

**T.C.  
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
DOKTORA TEZİ**

**TÜRKİYE'DE ÜREME SAĞLIĞINA İLİŞKİN  
GÖSTERGELERİN SOSYOEKONOMİK DEĞİŞKENLERLE  
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ, 1963-2013**

**Deniz SEYİRCİ**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Mithat KIYAK**

**İSTANBUL, 2018**



**T.C.  
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
DOKTORA TEZİ**

**TÜRKİYE'DE ÜREME SAĞLIĞINA İLİŞKİN  
GÖSTERGELERİN SOSYOEKONOMİK DEĞİŞKENLERLE  
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ, 1963-2013**

**Deniz SEYİRCİ  
122022002**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Mithat KIYAK**

**İSTANBUL, 2018**

T.C  
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

DOKTORA TEZİ  
ONAYI



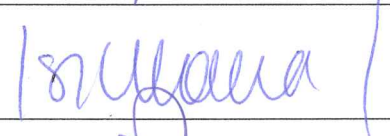
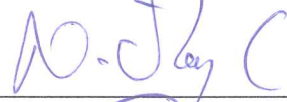

**ÖĞRENCİNİN**

**Adı ve Soyadı** : Deniz Seyirci  
**Anabilim/Bilim Dalı** : Sağlık Yönetimi  
**Danışman** : Prof. Dr. Mithat Kıyak

**Öğrenci No** : 122022002  
**Tez Savunma Tarihi** : 01.08.2018  
**Tez Savunma Saati** :13.30

**Tez Konusu** :Türkiye’de Üreme Sağlığına İlişkin Göstergelerin Sosyoekonomik Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi, 1963-2013

**TEZ SAVUNMA SINAVI**, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği’nin **42.Maddesi** uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin Kabulü’ne **OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA** karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof. Dr. Mithat Kıyak (Danışman)	Kabul	
Prof. Dr. Birsen Yürügen	Kabul	
Prof. Dr. Işıl Maral (İstanbul Medeniyet Üniversitesi)	Kabul	
Doç. Dr. Ayşe Nilüfer Özaydın (Marmara Üniversitesi)	Kabul	
Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Özlem Yazıcı		
Dr. Öğr. Üyesi Selma Söyük		

## ÖZET

Toplumun kalkınma düzeyinin bir göstergesi olan üreme sağlığı toplumsal, ekonomik ve kültürel faktörler ile şekillenmektedir. Bu çalışma, Türkiye'deki üreme sağlığına ilişkin göstergelerin 1963-2013 yılları arasındaki değişimini ve bu göstergeler ile sosyoekonomik değişkenlerin ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma, niceliksel ve niteliksel yöntemlerin birlikte kullanıldığı karma tipte ve retrospektif bir araştırmadır. Niceliksel araştırma bölümünde; sağlık göstergeleri ve sosyoekonomik göstergelerin 1963-2013 döneminde gösterdiği değişim lineer regresyon analizi ile incelenmiş, sağlık göstergeleri ile sosyoekonomik değişkenler arasındaki ilişkilerin varlığı ve düzeyini belirlemeye yönelik ileri analizler Spearman Korelasyon testi ile yapılmıştır. Niteliksel araştırma bölümünde üreme sağlığı alanında karar verici, eğitimci ve uygulayıcı roller üstlenmiş beş katılımcı ile yarı yapılandırılmış soru formu doğrultusunda derinlemesine görüşmeler yapılmış, elde edilen veriler betimsel analiz ve içerik analizi yapılarak değerlendirilmiştir.

Türkiye'de 50 yıllık dönemde; gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı artarken anne ölüm oranı ve toplam doğurganlık hızının azaldığı, nüfus planlaması kanunlarının çıkarılmasını takip eden yıllarda toplam doğurganlık hızının en yüksek düşme eğilimini gösterdiği, toplam isteyerek düşük hızının ilk kez 2008-2013 döneminde yarı yarıya azaldığı tespit edilmiştir. Anne ve bebek ölüm hızları ile toplam doğurganlık hızının azalmasında; kadının eğitim düzeyinin, ilk evlenme yaşının ve ülkenin gelir düzeyinin yükselmesinin etkili olduğu saptanmıştır. Derinlemesine görüşmelerde; üreme sağlığını etkileyen faktörler olarak sosyoekonomik ve kültürel özellikler ile nüfus politikaları, sağlık yönetimi, sağlık hizmetleri ve sağlık insan gücünün önemi vurgulanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Üreme sağlığı, Sosyoekonomik değişkenler, Nüfus ve kalkınma

## ABSTRACT

### AN EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN REPRODUCTIVE HEALTH INDICATORS AND SOCIOECONOMIC VARIABLES IN TURKEY, 1963-2013

Reproductive health, as an indicator of the development level of the community, takes form through the economical and the cultural factors. This study was carried out to determine the evolution of the indicators related to the reproductive health and the relation of those indicators and the socioeconomic factors in between the years 1963 and 2013.

The study was carried out as retrospective mixed research, incorporating both quantitative and qualitative methods. In the quantitative part of the study, the changes observed in health and socioeconomic indicators in the period of 1963-2013 were examined using linear regression analysis, while Spearman's Correlation test was employed in the advanced analysis to determine the status and level of the relationship between health indicators and socioeconomic variables. In the qualitative review, in-depth interviews were held with five participants qualified in the field of reproductive health in line with the semi-structured questionnaire used for this purpose. The data obtained were evaluated on the basis of descriptive analysis and content analysis.

It was observed that in the 50-year period examined, maternal death rates and total fertility rates dropped while there was a rise in the use of modern contraceptive methods, the maximum downward trend of the total fertility rates indicated within the following years right after the family planning legislations entered into force, the total induced abortion rate dropped to half in between 2008 and 2013. It is found that the higher level of the women's education, higher age at first marriage and improvements in income levels and distribution had influence on the decreasing of the maternal and infant's death rates and the total fertility rates. The in-depth discussions revealed that the most common factors influencing reproductive health were population policies, healthcare management, healthcare services, the healthcare labor force and socioeconomic and cultural characteristics.

**Keywords:** Reproductive health, Socioeconomic variables, Population and development

## ÖNSÖZ

Bu çalışmada, toplumların kalkınma düzeylerini doğrudan etkileyen ve uluslararası sözleşmelerle korunması ve geliştirilmesi teminat altına alınan üreme sağlığı ile ilgili olarak Türkiye’de 1963-2013 yılları arasında katedilen yol, değişen nüfus politikaları ve sosyoekonomik değişkenler kapsamında incelenmiştir. Bu çalışma, üreme sağlığı açısından Türkiye’nin 50 yılını içeren bir dönem analizidir.

Bu tez konusunu seçmemde bana cesaret veren, çalışmam boyunca motivasyonumu en üst düzeyde tutmamı sağlayan ve her aşamada bilimsel desteğini almaktan ve öğrencisi olmaktan onur duyduğum danışman hocam Prof. Dr. Mithat Kıyak’a, önerileriyle bakış açımı zenginleştiren ve kendilerinden bilimsel anlamda önemli kazanımlar edindiğim Doç. Dr. Nilüfer Özaydın ve Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal’a, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü’nde bana arşivini açarak çalışmama katkı sağlayan Prof. Dr. Banu Ergöçmen’e, yaptığım derinlemesine görüşmelerde, Türkiye’de üreme sağlığına ilişkin yaşanan gelişmelere bizzat tanıklık eden, emek ve yön veren kişiler olarak benimle değerli deneyimlerini ve görüşlerini paylaşarak, okuyucuya konuyu birinci ağızdan öğrenme fırsatı sunan ve çalışmama bilimsel katkı sağlayan Prof. Dr. Ayşe Akın’a, Prof. Dr. Ayşen Bulut’a, Dr. Gün Akı’ya, Dr. İbrahim Açıkalin’a ve Dr. Rıfat Köse’ye ayrıca bu zorlu süreçte sevgi, hoşgörü ve desteklerini her zaman hissettiğim sevgili aileme, arkadaşlarıma ve sevgili Ferhat Acuner’e çok teşekkür ediyorum.

Deniz SEYİRCİ

## BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

  
Deniz SEYİRCİ



# İÇİNDEKİLER

## SAYFA NO

ÖZET.....	iii
ABSTRACT .....	iv
ÖNSÖZ.....	v
BEYAN.....	vi
İÇİNDEKİLER .....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	xv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xvi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xxii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Üreme Sağlığının Tanımı ve Önemi.....	3
2.2. Üreme Sağlığının Tarihçesi ve Felsefesi .....	4
2.2.1. Üreme Sağlığına İlişkin Görüşler .....	4
2.2.1.1. Malthus/Neo- Malthus Felsefesi ve Demografik Görüş.....	4
2.2.1.2. Halk Sağlığı Görüşü .....	6
2.2.1.3. Cinsiyet Eşitliği Yaklaşımı.....	8
2.2.2. Cinsiyet Eşitliği, Kadın Hakları ve Üreme Sağlığı ile ilgili Uluslararası Belgeler, Sözleşmeler ve Konferanslar.....	13
2.2.2.1. Birinci Dünya Nüfus Konferansı, 1974, Bükreş .....	16
2.2.2.2. Birinci Dünya Kadın Konferansı, 1975, Meksiko City .....	17
2.2.2.3. Kadına Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi Toplantısı (CEDAW), 1979 .....	18
2.2.2.4. İkinci Dünya Kadın Konferansı, 1980, Kopenhag .....	18
2.2.2.5. Uluslararası Nüfus Konferansı, 1984, Meksiko City .....	19

2.2.2.6. Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (UNKK) (ICPD- International Conference on Population and Development), 1994, Kahire .....	20
2.2.2.7. Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, 4-15 Eylül 1995, Pekin .....	21
2.2.2.8. BM, Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesi, 2015. ....	22
2.3. Üreme Hakları .....	23
2.3.1. Üreme Hakları ve Yaşama Hakkı .....	24
2.3.2. Cinsel Yaşam ve Üremede Özgürlük ve Güvenlik Hakkı .....	25
2.3.3. Cinsel Yaşam ve Üremede Eşitlik ve Her Türlü Ayrımcılıktan Korunma Hakkı .....	26
2.3.4. Cinsel Yaşam ve Üremede Mahremiyet Hakkı.....	26
2.3.5. Cinsel Yaşam ve Üremede Düşünce Özgürlüğü Hakkı.....	27
2.3.6. Cinsel Yaşam ve Üremede Bilgilenme ve Eğitim Hakkı .....	27
2.3.7. Evlenme ve Aile Kurma Konusunda Seçim Yapma Hakkı .....	28
2.3.8. Çocuk Sahibi Olup Olmama Konusunda Seçim Yapma Hakkı..	28
2.3.9. Cinsel Yaşam ve Üremede Sağlık Bakımı Alma ve Sağlık Korunması Hakkı.....	28
2.3.10. Cinsel Yaşam ve Üremede Bilimsel Gelişmelerden Yararlanma Hakkı.....	29
2.3.11. Cinsel Yaşam ve Üremede Toplanma Özgürlüğü ve Siyasete Katılma Hakkı.....	30
2.3.12. Cinsel Yaşam ve Üremede İşkence ve Kötü Muameleden Korunma Hakkı .....	30
2.4. Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Amacı ve Kapsamı .....	30
2.4.1. Aile Planlamasına Yönelik Hizmetler .....	33
2.4.2. Danışmanlık ve Eğitim Hizmetleri .....	34
2.4.3. Güvenli Annelik Hizmetleri .....	36

2.4.4. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlara Yönelik Hizmetler .....	37
2.5. Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler .....	38
2.5.1. Nüfus Politikaları .....	39
2.5.2. Demografik Yapı .....	39
2.5.3. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık İnsan Gücü .....	40
2.5.4. Eğitim .....	41
2.5.5. Aile Yapısı .....	42
2.5.6. İlk Evlenme yaşı .....	43
2.5.7. Gelir Düzeyi ve Gelir Dağılımı .....	43
2.5.8. Kültürel Farklılıklar .....	45
2.5.9. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği .....	47
2.6. Türkiye’de Cumhuriyetten Bugüne Nüfus Politikaları Doğrultusunda Üreme Sağlığına İlişkin Yasa ve Uygulamalar .....	48
2.6.1. Pronatalist Nüfus Politikası Dönemi (1923-1964) .....	49
2.6.2. Antinatalist Nüfus Politikası Dönemi (1965-2008) .....	54
2.6.3. 2000’li Yıllarda Pronatalist Politikaya Dönüş .....	63
2.7. Türkiye’de Üreme Sağlığı Hizmetleri .....	72
2.8. Dünyada Üreme Sağlığı Sorunları .....	78
2.8.1. Anne Ölümleri .....	78
2.8.2. Bebek ve Çocuk Ölümleri .....	80
2.8.3. Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımına İlişkin Sorunlar .....	81
2.8.4. Adolesan Doğurganlık .....	83
2.8.5. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar .....	84
2.8.6. İnfertilite .....	85
2.8.7. Kadın Sünneti ve Kadının Genital Mutilizasyonu (KS/KGM) ...	86

<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>87</b>
<b>3.1. Araştırmanın Amacı</b> .....	<b>87</b>
<b>3.2. Araştırmanın Tipi</b> .....	<b>89</b>
<b>3.3. Veri Toplama Yöntemi</b> .....	<b>89</b>
<b>3.3.1. Niceliksel Araştırma</b> .....	<b>89</b>
<b>3.3.2. Niteliksel Araştırma</b> .....	<b>97</b>
<b>3.4. Verilerin Değerlendirilmesi</b> .....	<b>98</b>
<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>99</b>
<b>4.1. Üreme Sağlığına İlişkin Göstergelerin Zaman İçerisindeki Değişimi</b> .....	<b>99</b>
<b>4.1.1. Üreme Sağlığına İlişkin Ölümlülük Göstergeleri</b> .....	<b>99</b>
<b>4.1.2. Toplam Doğurganlık Hızı</b> .....	<b>102</b>
<b>4.1.3. Adolesan Doğurganlık Hızı</b> .....	<b>103</b>
<b>4.1.4. Toplam İsteyerek Düşük Hızı</b> .....	<b>104</b>
<b>4.1.5. 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı</b> .....	<b>105</b>
<b>4.1.6. HIV (+) Vaka Sayısı, AIDS Vaka Sayısı, AIDS İnsidansı</b> .....	<b>107</b>
<b>4.2. Sosyoekonomik Verilerin Zaman İçerisindeki Değişimi</b> .....	<b>108</b>
<b>4.2.1. Aile Tipi</b> .....	<b>109</b>
<b>4.2.2. Eğitim Durumu</b> .....	<b>110</b>
<b>4.2.3. İlk Evlenme Yaşı</b> .....	<b>113</b>
<b>4.2.4. Kadının İş Gücüne Katılımı</b> .....	<b>114</b>
<b>4.2.5. TBMM’de Kadın Milletvekili Oranı</b> .....	<b>116</b>
<b>4.2.6. Kişi Başına Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH)</b> .....	<b>117</b>
<b>4.2.7. Gini Katsayısı (Gelir Dağılımı)</b> .....	<b>118</b>
<b>4.2.8. Sağlık Harcamaları ve Sağlık Finansmanı</b> .....	<b>119</b>
<b>4.3. İleri Analizler</b> .....	<b>122</b>

4.3.1. Anne Ölüm Oranı ve 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı .....	122
4.3.2. Anne Ölüm Oranı ve Adolesan Doğurganlık Hızı .....	124
4.3.3. Anne Ölüm Oranı ve Toplam İsteyerek Düşük Hızı .....	125
4.3.4. Anne Ölüm Oranı ve Aile Tipi.....	126
4.3.6. Anne Ölüm Oranı ve Kadında İlk Evlenme Yaşı .....	131
4.3.7. Anne Ölüm Oranı ve Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurt İçi Hasıla.....	132
4.3.8. Anne Ölüm Oranı ve Gini Katsayısı .....	133
4.3.9. Anne Ölüm Oranı ve Sağlık Harcamaları / Sağlık Finansmanı	135
4.3.10. Bebek Ölüm Hızı ve 15- 49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı .....	137
4.3.11. Bebek Ölüm Hızı ve Aile Tipi .....	141
4.3.12. Bebek Ölüm Hızı ve Kadında Brüt Okullaşma Oranları.....	145
4.3.13. Bebek Ölüm Hızı ve İlk Evlenme Yaşı.....	147
4.3.14. Bebek Ölüm Hızı ve Kişi Başı GSYİH .....	148
4.3.15. Bebek Ölüm Hızı ve Sağlık Harcamaları/Sağlık Finansmanı..	149
4.3.16. Neonatal Ölüm Hızı ve Adolesan Doğurganlık Hızı .....	152
4.3.17. Neonatal Ölüm Hızı ve Kişi Başı GSYİH .....	153
4.3.18. Neonatal Ölüm Hızı ve Sağlık Harcamaları/Sağlık Finansmanı .....	154
4.3.19. Beş Yaş Altı Ölüm Hızı ve Aile Tipi.....	157
4.3.20. Beş Yaş Altı Ölüm Hızı ve Kadında Brüt Okullaşma Oranı ...	159
4.3.21. Beş yaş Altı Ölüm Hızı ve Kişi Başı GSYİH.....	161
4.3.22. Beş Yaş Altı Ölüm Hızı ve Gini Katsayısı.....	162
4.3.23. Beş Yaş Altı Ölüm Hızı ve Sağlık Harcamaları/Sağlık Finansmanı .....	163

4.3.24. Toplam Doğurganlık Hızı ve Kadında Doğumda Beklenen Yaşam Süresi .....	166
4.3.25. Toplam Doğurganlık Hızı ve Ölümlülük Göstergeleri .....	167
4.3.26. Toplam Doğurganlık Hızı ve 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı .....	169
4.3.27. Toplam Doğurganlık Hızı ve Aile Tipi.....	171
4.3.28. Toplam Doğurganlık Hızı ve Kadınlarda Brüt Okullaşma Oranı .....	174
4.3.29. Toplam Doğurganlık Hızı ve İlk Evlenme Yaşı .....	176
4.3.30. Toplam Doğurganlık Hızı ve Kişi Başına Gayri Safi Yurt İçi Hasıla.....	177
4.3.31. Toplam Doğurganlık Hızı ve Gini Katsayısı .....	179
4.3.32. Toplam Doğurganlık Hızı ve Sağlık Harcamaları / Sağlık Finansmanı .....	180
4.3.33. Adolesan Doğurganlık Hızı ve Kadında Brüt Okullaşma Oranı .....	183
4.3.34. Adolesan Doğurganlık Hızı ve Kişi Başı GSYİH .....	185
4.3.35. Adolesan doğurganlık ve Sağlık Harcamaları / Sağlık Finansmanı .....	187
4.3.36. Toplam İsteyerek Düşük Hızı ve 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı .....	189
4.3.37. Toplam İsteyerek Düşük Hızı ve Adolesan Doğurganlık Hızı .	191
4.3.39. Toplam İsteyerek Düşük Hızı ve İlk Evlenme Yaşı .....	193
4.3.38. Toplam İsteyerek Düşük Hızı ve Kişi Başı GSYİH .....	194
4.3.40. Toplam İsteyerek Düşük Hızı ve Sağlık Finansmanı /Sağlık Harcamaları.....	196
4.3.41. 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı ve Aile Tipi .....	199

4.3.45. 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı ve Kadınlarda Brüt Okullaşma Oranı.....	202
4.3.44. 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı ve İlk Evlenme Yaşı .....	205
4.3.43. 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı ve Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) .....	207
4.3.42. 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı ve Gini Katsayısı .....	208
4.3.47. 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı ve Sağlık Finansmanı /Sağlık Harcamaları.....	209
4.4. Derinlemesine Görüşme Bulguları.....	212
4.4.1. Temalar ve Kod İçerikleri.....	215
4.4.2. Tema 1: Katılımcıların Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüş ve Deneyimleri .....	219
4.4.2.1. Nüfus Politikaları/Yasalar .....	220
4.4.2.2. Sağlık Yönetimi .....	231
4.4.2.3. Sağlık Hizmetleri.....	234
4.4.2.4. Sağlık İnsan Gücü .....	247
4.4.2.5. Sosyoekonomik ve Kültürel Özellikler .....	257
4.4.2.6. Bölgesel Farklılıklar .....	262
4.4.2.7. Verilerin Toplanması .....	264
4.4.2.8. Demografik Özellikler.....	265
4.4.2.9. Üreme Hakları .....	267
4.4.3. Tema 2: 50 Yılda Görülen Değişimler, Güncel Durum ve Öngörüler.....	269
4.4.3.1. Ölümlülük .....	270
4.4.3.2. Doğurganlık .....	272

4.4.3.3. İsteyerek Düşükler .....	273
4.4.3.4. Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı .....	274
4.4.3.5. Doğum ve Doğum Öncesi Bakım .....	275
4.4.3.6. Üreme Hakları Bilinci.....	276
4.4.3.7. Eşitsizlikler.....	277
4.4.3.8. Adolesan Doğurganlık.....	278
4.4.4. Tema 3: Öneriler .....	278
5. TARTIŞMA .....	282
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	310
KAYNAKÇA .....	316
ÖZGEÇMİŞ.....	336
EKLER.....	337
Ek -1: Derinlemesine Görüşme Soru Formu .....	338
Ek -2: Görüşme Onam Formları .....	339
Ek- 3: Etik Kurul Onayı .....	345



## TABLolar LİSTESİ

### SAYFA NO

Tablo 1.	Araştırmada kullanılan üreme sağlığına ilişkin değişkenlerin veri dönemleri ve veri kaynakları .....	90
Tablo 2.	Araştırmada Kullanılan Sosyoekonomik Faktörlere İlişkin Değişkenlerin Veri Dönemleri ve Veri Kaynakları.....	91
Tablo 3.	Yıllara göre üreme sağlığına ilişkin ölümlülük göstergeleri, 1963 - 2013, Türkiye .....	100
Tablo 4.	Yıllara göre toplam doğurganlık hızı (Kadın başına), 1961-2013, Türkiye .....	102
Tablo 5.	Yıllara göre adolesan doğurganlık hızı, (Her 1.000 15-19 yaş grubu kadında), 1963-2013, Türkiye .....	103
Tablo 6.	Yıllara göre toplam isteyerek düşük hızı (Kadın başına), 1963-2013, Türkiye .....	104
Tablo 7.	15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı (%), 1963-2013, Türkiye .....	105
Tablo 8.	Yıllara göre HIV (+) vaka sayısı, AIDS vaka sayısı , AIDS insidansı, 1985-2013, Türkiye.....	107
Tablo 9.	Yıllara göre aile tipi oranları (%), 1968-2013, Türkiye.....	109
Tablo 10.	Yıllara göre brüt okullaşma oranları (%), 1960-2013, Türkiye ...	111
Tablo 11.	Yıllara göre ilk evlenme yaşı, 1965-2013, Türkiye .....	113
Tablo 12.	Kadının işgücüne katılım oranı (Her 15 yaş üzeri 100 kadında), 1965-2013, Türkiye.....	115
Tablo 13.	Yıllara göre TBMM’de kadın milletvekili oranı (%), 1961-2013, Türkiye .....	116
Tablo 14.	Yıllara göre kişi başı GSYİH (Üretim Yöntemi ile, Cari fiyatlarla, ABDS), 1963-2013, Türkiye .....	117
Tablo 15.	Yıllara göre Gini katsayısı (Hanehalkı kullanılabilir gelire göre), 1963-2013, Türkiye.....	118
Tablo 16.	Yıllara göre sağlık harcamaları ve sağlık finansmanı verileri, 1960-2013, Türkiye .....	119
Tablo 17.	Katılımcıların Üreme Sağlığına İlişkin Çalışma Deneyimleri.....	213
Tablo 18.	Kod Durumu .....	215
Tablo 19.	Temalara atanan kod sıklıkları.....	217
Tablo 20.	Temaların içerdiği kod durumu.....	218
Tablo 21.	“Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüş ve Deneyimler” Teması Kodları .....	219
Tablo 22.	“50 Yılda Görülen Değişimler, Güncel Durum ve Öngörüler” Teması Kodları .....	269

## ŞEKİLLER LİSTESİ

### SAYFA NO

Şekil 1.	Lorenz eğrisi .....	95
Şekil 2.	Yıllara göre bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı ve neonatal ölüm hızlarının seyri, 1963-2013, Türkiye.....	100
Şekil 3.	Yıllara göre anne ölüm oranının seyri, 1973-2013, Türkiye .....	101
Şekil 4.	Yıllara göre toplam doğurganlık hızının seyri, 1961-2013, Türkiye .....	102
Şekil 5.	Yıllara göre adolesan doğurganlık hızının seyri, 1963-2013, Türkiye .....	103
Şekil 6.	Yıllara göre toplam isteyerek düşük hızının seyri, 1968-2013, Türkiye .....	104
Şekil 7.	Yıllara göre 15-49 yaş grubu evli kadınların gebeliği önleyici yöntem kullanımı, 1963-2013, Türkiye .....	106
Şekil 8.	Yıllara göre HIV (+), AIDS vaka sayıları ve AIDS insidansının seyri, 1983-2013, Türkiye.....	108
Şekil 9.	Yıllara göre aile tipi oranlarının değişimi, 1968-2013, Türkiye.....	109
Şekil 10.	Yıllara göre brüt okullaşma oranları, 1960-2013, Türkiye .....	112
Şekil 11.	Yıllara göre ilk evlenme yaşı, 1965-2013, Türkiye .....	114
Şekil 12.	Yıllara göre kadının işgücüne katılım oranı, 1965-2013, Türkiye. ....	115
Şekil 13.	Yıllara göre TBMM’de kadın milletvekili oranı, 1961-2013, Türkiye .....	116
Şekil 14.	Yıllara göre GSYİH’nın seyri, 1963-2013, Türkiye .....	117
Şekil 15.	Yıllara göre Gini katsayısının seyri, 1963-2013, Türkiye.....	118
Şekil 16.	Sağlık harcamaları ve finansmanı ile ilgili üç göstergenin yıllara göre değişimi, 1963-2013, Türkiye .....	120
Şekil 17.	Anne ölüm oranı ve gebeliği önleyici yöntem kullanımının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye .....	122
Şekil 18.	Anne ölüm oranı ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı ilişkisi, 1978-2013, Türkiye .....	123
Şekil 19.	Anne ölüm oranı ve adolesan doğurganlık hızının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye.....	124
Şekil 20.	Anne ölüm oranı ve adolesan doğurganlık hızı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	124
Şekil 21.	Anne ölüm oranı ve toplam isteyerek düşük hızının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye.....	125
Şekil 22.	Anne ölüm oranı ve isteyerek düşük hızı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	126
Şekil 23.	Anne ölüm oranı ve aile tipinin yıllara göre seyri, 1968-2013, Türkiye .....	127
Şekil 24.	Anne ölüm oranı ve aile tipi ilişkisi, 1968-2013, Türkiye .....	127
Şekil 25.	Anne ölüm oranı ve geniş aile ilişkisi, 1968-2013, Türkiye.....	128
Şekil 26.	Anne ölüm oranı ve dağılmış aile ilişkisi, 1968 – 2013, Türkiye ....	128
Şekil 27.	Anne ölüm oranı ve kadınlarda brüt okullaşma oranının yıllara göre seyri, 1960-2013, Türkiye.....	129
Şekil 28.	Anne ölüm oranı ve kadınlarda brüt okullaşma oranı ilişkisi, 1960-2013, Türkiye .....	130

Şekil 29.	Anne ölüm oranı ve kadınlarda ilk evlenme yaşının yıllara göre seyri, 1965-2013, Türkiye.....	131
Şekil 30.	Anne ölüm oranı ve kadınlarda ilk evlenme yaşı ilişkisi, 1965-2013, Türkiye .....	131
Şekil 31.	Anne ölüm oranı ve kişi başı GSYİH'nın yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye .....	132
Şekil 32.	Anne ölüm oranı ve kişi başı GSYİH ilişkisi, 1963-2013, Türkiye	133
Şekil 33.	Anne ölüm oranı ve Gini katsayısının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye .....	134
Şekil 34.	Anne ölüm oranı ve gini katsayısı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye.....	134
Şekil 35.	Anne ölüm oranı ile sağlık harcaması ve finansmanı verilerinin yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye .....	135
Şekil 36.	Anne ölüm oranı ve sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payının ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	136
Şekil 37.	Anne ölüm oranı ile kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	136
Şekil 38.	Bebek ölüm hızı ve 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye .....	138
Şekil 39.	Bebek ölüm hızı ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	138
Şekil 40.	Bebek ölüm hızı ve adolesan doğurganlık hızının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye.....	140
Şekil 41.	Bebek ölüm hızı ve adolesan doğurganlık hızı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	140
Şekil 42.	Bebek ölüm hızı ve aile tipi oranlarının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye .....	141
Şekil 43.	Bebek ölüm hızı ve çekirdek aile ilişkisi, 1963-2013, Türkiye.....	142
Şekil 44.	Bebek ölüm hızı ve dağılmış aile oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	142
Şekil 45.	Bebek ölüm hızı ve geniş aile oranı ilişkisi, 1963-2013,Türkiye.....	143
Şekil 46.	Bebek ölüm hızı ve Gini katsayısının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye .....	144
Şekil 47.	Bebek ölüm hızı ve Gini katsayısı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	144
Şekil 48.	Bebek ölüm hızı ve okullaşma oranının yıllara göre seyri, 1960-2013, Türkiye .....	145
Şekil 49.	Bebek ölüm oranı ve okullaşma oranı ilişkisi, 1960-2013, Türkiye	146
Şekil 50.	Bebek ölüm hızı ve ilk evlenme yaşının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye .....	147
Şekil 51.	Bebek ölüm hızı ve ilk evlenme yaşı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye ..	147
Şekil 52.	Bebek ölüm hızı ve kişi başı GSYİH'nın yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye .....	148
Şekil 53.	Bebek ölüm hızı ve kişi başı GSYİH ilişkisi, 1963-2013, Türkiye..	149
Şekil 54.	Bebek ölüm hızı ve sağlık harcamaları/ finansmanı verilerinin yıllara göre seyri, 1963- 2013, Türkiye .....	150
Şekil 55.	Bebek ölüm hızı ile bütçeden sağlığa ayrılan pay ve sağlık harcamalarının milli gelire oranının ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .	150
Şekil 56.	Bebek ölüm hızı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	151
Şekil 57.	Neonatal ölüm hızı ve adolesan doğurganlık hızının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye.....	152

Şekil 58.	Neonatal ölüm hızı ve adolesan doğurganlık hızı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	153
Şekil 59.	Neonatal ölüm hızı ve kişi başı GSYİH'nın yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye .....	153
Şekil 60.	Neonatal ölüm hızı ve kişi başı GSYİH ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	154
Şekil 61.	Neonatal ölüm hızı ve sağlık harcamaları/sağlık finansmanı verilerinin yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye.....	155
Şekil 62.	Neonatal ölüm hızı ile bütçeden sağlığa ayrılan pay ve sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payının ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	155
Şekil 63.	Neonatal ölüm hızı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	156
Şekil 64.	Beş Yaş altı ölüm hızı ve aile tipi oranlarının yıllara göre seyri, 1963- 2013, Türkiye.....	157
Şekil 65.	Beş yaş altı ölüm hızı ve çekirdek aile ilişkisi, 1963-2013, Türkiye.....	157
Şekil 66.	Beş yaş altı ölüm hızı ve dağılmış aile oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	158
Şekil 67.	Beş yaş altı ölüm hızı ve geniş aile oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	158
Şekil 68.	Beş yaş altı ölüm hızı ve kadında brüt okullaşma oranlarının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye .....	159
Şekil 69.	Beş yaş altı ölüm hızı ve kadında brüt okullaşma oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	160
Şekil 70.	Beş yaş altı ölüm hızı ve kişi başı GSYİH'nın yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye.....	161
Şekil 71.	Beş yaş altı ölüm hızı ve kişi başı GSYİH ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	162
Şekil 72.	Beş yaş altı ölüm hızı ve Gini katsayısının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye .....	162
Şekil 73.	Beş yaş altı ölüm hızı ve Gini katsayısı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	163
Şekil 74.	Beş yaş altı ölüm hızı ve sağlık harcamaları / sağlık finansmanı verilerinin yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye.....	164
Şekil 75.	Beş yaş altı ölüm hızı ile bütçeden sağlığa ayrılan pay ve sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	164
Şekil 76.	Beş yaş altı ölüm hızı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	165
Şekil 77.	Yıllara göre toplam doğurganlık hızı ve kadında doğumda beklenen yaşam süresinin seyri, 1963-2013, Türkiye .....	166
Şekil 78.	Toplam doğurganlık hızı ile kadında doğumda beklenen yaşam süresi ilişkisi, 1963-2013, Türkiye.....	166
Şekil 79.	Toplam doğurganlık hızı ile bebek, neonatal ve beş yaş altı ölüm hızının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye .....	167
Şekil 80.	Toplam doğurganlık hızı ve anne ölüm oranının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye.....	168
Şekil 81.	Toplam doğurganlık hızı ve bebek, neonatal, beş yaş altı ölüm hızı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	168

Şekil 82.	Toplam doğurganlık hızı ve anne ölüm oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	169
Şekil 83.	Toplam doğurganlık hızı ve 15-49 yaş evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye .....	170
Şekil 84.	Toplam doğurganlık hızı ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	170
Şekil 85.	Toplam doğurganlık hızı ile aile tipi oranlarının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye.....	172
Şekil 86.	Toplam doğurganlık hızı ve çekirdek aile oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	172
Şekil 87.	Toplam doğurganlık hızı ve geniş aile oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	173
Şekil 88.	Toplam doğurganlık hızı ve dağılmış aile oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	173
Şekil 89.	Toplam doğurganlık hızı ve brüt okullaşma oranlarının yıllara göre seyri, 1960-2013, Türkiye.....	174
Şekil 90.	Toplam doğurganlık hızı ve brüt okullaşma oranları ilişkisi, 1960-2013, Türkiye .....	175
Şekil 91.	Toplam doğurganlık hızı ve kadın ve erkekte ilk evlenme yaşının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye .....	176
Şekil 92.	Toplam doğurganlık hızı ve ilk evlenme yaşı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	177
Şekil 93.	Toplam doğurganlık hızı ve kişi başı GSYİH'nin yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye.....	178
Şekil 94.	Toplam doğurganlık hızı ve kişi başı GSYİH ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	178
Şekil 95.	Toplam doğurganlık hızı ve Gini katsayısının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye.....	179
Şekil 96.	Toplam doğurganlık hızı ve Gini katsayısı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	180
Şekil 97.	Toplam doğurganlık hızı ile sağlık harcamaları/finansmanı verilerinin yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye.....	181
Şekil 98.	Toplam doğurganlık hızı ile bütçeden sağlığa ayrılan pay ve sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	182
Şekil 99.	Toplam doğurganlık hızı ile kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	182
Şekil 100.	Adolesan doğurganlık hızı ve kadında brüt okullaşma oranının yıllara göre seyri, 1960-2013, Türkiye.....	184
Şekil 101.	Adolesan doğurganlık hızı ve kadında brüt okullaşma oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye.....	184
Şekil 102.	Adolesan doğurganlık ve kişi başı GSYİH'nin yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye.....	186
Şekil 103.	Adolesan doğurganlık hızı ile kişi başı GSYİH ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	186
Şekil 104.	Adolesan doğurganlık hızı ve sağlık harcamaları/sağlık finansmanı verilerinin yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye.....	187
Şekil 105.	Adolesan doğurganlık ve sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payının ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	188

Şekil 106.	Adolesan doğurganlık ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	188
Şekil 107.	Toplam isteyerek düşük hızı ve gebeliği önleyici yöntem kullanımının yıllara göre seyri, Türkiye .....	190
Şekil 108.	Toplam isteyerek düşük hızı ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	190
Şekil 109.	Toplam isteyerek düşük hızı ile adolesan doğurganlık hızının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye .....	192
Şekil 110.	Toplam isteyerek düşük hızı ve adolesan doğurganlık hızı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	192
Şekil 111.	Toplam isteyerek düşük hızı ve ilk evlenme yaşının yıllara göre seyri, 1965-2013, Türkiye .....	193
Şekil 112.	Toplam isteyerek düşük hızı ve ilk evlenme yaşı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	194
Şekil 113.	Toplam isteyerek düşük hızı ve kişi başı GSYİH'nın yıllara göre seyri, 1963-2013 .....	195
Şekil 114.	Toplam isteyerek düşük hızı ve kişi başı GSYİH ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	195
Şekil 115.	Toplam isteyerek düşük hızı ve sağlık harcamaları / sağlık finansmanı verilerinin yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye .....	196
Şekil 116.	Toplam isteyerek düşük hızı ve sağlık harcamalarının milli gelire oranı ilişkisi, 1968-2013 Türkiye .....	197
Şekil 117.	Toplam isteyerek düşük hızı ile bütçeden sağlığa ayrılan pay ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	197
Şekil 118.	Toplam isteyerek düşük hızı ile kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	198
Şekil 119.	15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ile aile tipleri oranlarının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye .....	199
Şekil 120.	Gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve çekirdek aile oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	200
Şekil 121.	Gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ve geniş aile ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	200
Şekil 122.	Gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ve dağılmış aile oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	201
Şekil 123.	15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ve kadınlarda brüt okullaşma oranının yıllara göre seyri, 1960-2013, Türkiye .....	202
Şekil 124.	15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ve kadınlarda brüt okullaşma oranı ilişkisi, 1960-2013, Türkiye .....	203
Şekil 125.	15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici herhangi bir modern yöntem kullanımı ile kadınlarda brüt okullaşma oranları arasındaki ilişki, 1960-2013, Türkiye .....	204
Şekil 126.	15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve ilk evlenme yaşının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye .....	205
Şekil 127.	15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve ilk evlenme yaşı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	206

Şekil 128.	15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ve kişi başı GSYİH'nın yıllara göre seyri, 1963-2013 .....	207
Şekil 129.	15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ve kişi başı GSYİH ilişkisi, 1963-2013, Türkiye	207
Şekil 130.	15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve Gini katsayısının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye .....	208
Şekil 131.	15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ve Gini katsayısı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye....	209
Şekil 132.	15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile sağlık harcamaları/finansmanı verilerinin yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye.....	210
Şekil 133.	15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile kamu harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı arasındaki ilişki, 1963-2013, Türkiye .....	210
Şekil 134.	15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile bütçeden sağlığa ayrılan pay ve sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payının ilişkisi, 1963-2013, Türkiye .....	211
Şekil 135.	Katılımcılara göre kodlama sıklıkları .....	216
Şekil 136.	Üreme sağlığını etkileyen faktörlerin birbiriyle ilişkisi .....	220
Şekil 137.	Nüfus politikaları/yasalar kodunun Tema 1'deki hiyerarşik durumu .....	221
Şekil 138.	Nüfus politikaları/yasalar kodunun diğer kod/alt kodlarla ilişkisi	221
Şekil 139.	Sağlık yönetimi kodunun diğer kod/alt kodlarla ilişkisi.....	231
Şekil 140.	Sağlık hizmeti kodunun Tema 1'deki hiyerarşik konumu .....	235
Şekil 141.	Katılımcılara göre sağlık hizmetleri alt kodları sıklığı .....	235
Şekil 142.	Sağlık hizmetleri alt kodları ile diğer kod/alt kodların ilişkisi.....	236
Şekil 143.	Sağlık insan gücü kodunun Tema 1'deki hiyerarşik durumu.....	248
Şekil 144.	Katılımcılara göre "sağlık insan gücü" alt kodları sıklığı.....	248
Şekil 145.	Sağlık insan gücü alt kodlarının diğer kod/alt kodlarla ilişkisi .....	249
Şekil 146.	"Sosyoekonomik ve kültürel özellikler" kodunun Tema 1'deki hiyerarşik durumu .....	257
Şekil 147.	Katılımcılara göre "Sosyokültürel ve ekonomik özellikler" alt kodları sıklığı .....	257
Şekil 148.	"Sosyoekonomik ve kültürel özellikler" kodu ile diğer kod/altkodların ilişkisi .....	258
Şekil 149.	"Bölgesel farklılıklar" kodu ile diğer kod/alt kodların ilişkisi .....	262
Şekil 150.	"Verilerin toplanması" kodu ile diğer kod/alt kodların ilişkisi .....	264
Şekil 151.	"Demografik özellikler" kodu ile diğer kod/alt kodların ilişkisi... ..	266
Şekil 152.	"Üreme Hakları" kodu ile diğer kod/alt kodların ilişkisi.....	268
Şekil 153.	"Ölümlülük" kodu ile diğer kod/alt kodların ilişkisi .....	270
Şekil 154.	"Doğurganlık" kodu ile diğer kod/alt kodların ilişkisi .....	272
Şekil 155.	"İsteyerek düşükler" kodu ile diğer kod/alt kodların ilişkisi.....	274
Şekil 156.	"Gebeliği önleyici yöntem kullanımı" kodu ile diğer kod/altkodların ilişkisi .....	275
Şekil 157.	"Üreme hakları bilinci" kodu ile diğer kod/altkodların ilişkisi....	276

## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>AÇSAP</b>	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi
<b>AIDS</b>	: Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome)
<b>BM</b>	: Birleşmiş Milletler
<b>CEDAW</b>	: Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (The Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women)
<b>CYBE</b>	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
<b>CSÜS</b>	: Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı
<b>DPT</b>	: Devlet Planlama Teşkilatı
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>EUROSTAT</b>	: Avrupa Topluluğu İstatistik Ofisi
<b>GSYİH</b>	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
<b>HIV</b>	: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (Human Immunodeficiency Virüsü)
<b>HÜNEE</b>	: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
<b>ILO</b>	: Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organisation)
<b>İHEB</b>	: İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi
<b>KHK</b>	: Kanun Hükmünde Kararname
<b>OECD</b>	: Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development)
<b>RIA</b>	: Rahim İçi Araç
<b>SB</b>	: Sağlık Bakanlığı
<b>SSYB</b>	: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
<b>STK</b>	: Sivil Toplum Kuruluşu
<b>TBMM</b>	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
<b>TJOD</b>	: Türkiye Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>UNKK</b>	: Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı



**UNESCO** : Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)

**UNFPA** : Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (United Nations Population Fund)



## 1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) üreme sağlığını; “Üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili olarak yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, hayatın bütün safhalarında fiziksel, sosyal ve zihinsel yönden tam bir iyilik halinde olunmasıdır” şeklinde tanımlamıştır.

“Üreme sağlığı” kavramı ilk kez 1994 yılında Kahire’de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda (UNKK) ortaya çıkmış, kalkınmanın ön koşulu ve “vazgeçilmez bir insan hakkı” olarak kabul edilmiştir. Bu kapsamda, üreme sağlığı; insanların sorumlu, tatmin edici, güvenli cinsel yaşamlarının ve üreme yeteneklerinin olması ile bu yeteneklerini kullanıp kullanmayacaklarına ve hangi sıklıkta, ne zaman kullanacakları konusunda karar verme özgürlüğüne sahip olmalarını gerektirmektedir. Nitekim, Pekin’de 1995 yılında yapılan Dördüncü Dünya Kadın Konferansı sonunda yayımlanan eylem planları ve takip eden uluslararası katılımlı bir dizi konferans, ülke yöneticilerine “üreme hakları” kapsamında herkesin sağlık hizmetlerine eşit ulaşımının sağlanması, üreme sağlığının korunması ve geliştirilmesi sorumluluğunu yüklemiştir. Artık üreme sağlığına yönelik hizmetlerin, sadece ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri ile sınırlı kalmayarak, yaşamın her dönemindeki gereksinimlerin karşılanmasını amaçlayan yaşam boyu yaklaşımı içinde verilmesi hedeflenmektedir.

Yaşanan olumlu gelişmelere rağmen dünyada her üç kişiden biri yaşamının herhangi bir döneminde en az bir cinsel sağlık ya da üreme sağlığı sorunu yaşamaktadır ve halen üreme sağlığı açısından bölgeler arasındaki farklar giderilememiştir. Ülkelerin anne ve bebek ölümlülüğü, doğurganlık, güvenli olmayan düşükler ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara ilişkin göstergeleri sağlığın bütün alanlarında olduğu gibi toplumsal, kültürel ve ekonomik ögeler ile ilişkilidir.

Üreme sağlığına ilişkin farklılıklarda; ülkelerin nüfus politikaları ve bu politikalar etkisinde değişen sağlık hizmetleri, eğitim düzeyi, ilk evlenme yaşı, gelir düzeyi ve dağılımının yanı sıra her iki cinsiyetin toplumsal cinsiyet eşitliğine bağlı rolleri etkili olmaktadır.

Türkiye’de ana çocuk sağlığı hizmetleri 1960’lı yıllarda temel sağlık hizmetleri yaklaşımı içinde verilmeye başlanmış, 1965 ve 1983 yıllarında çıkarılan

Nüfus Planlaması Kanunları ile çok olumlu adımlar atılmış ve dünyadaki gelişmelere paralel olarak 1990'lı yıllardan itibaren "hak temelli" yaklaşım benimsenerek çok sayıda uluslararası destekli proje ile üreme sağlığı hizmetlerinin niteliği ve ulaşılabilir olmasında önemli aşamalar kaydedilmiştir. Bu gelişmeler, üreme sağlığına ilişkin göstergelerde kendini göstermiştir.

Bu tez çalışması, Türkiye'de 1963-2013 dönemine ait üreme sağlığına ilişkin göstergeler ile sosyoekonomik değişkenlerin zaman içerisinde gösterdiği değişimin varlığının ve yönünün belirlenmesi, üreme sağlığının etkilendiği sosyoekonomik değişkenlerin saptanması ve Türkiye'de değişen nüfus politikalarının üreme sağlığı hizmetlerine olan etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Üreme Sağlığının Tanımı ve Önemi

DSÖ'nün tanımına göre "Üreme Sağlığı; üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili olarak yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, hayatın bütün safhalarında fiziksel, sosyal ve zihinsel yönden tam bir iyilik halinde olunmasıdır. Dolayısıyla, üreme sağlığı; aynı zamanda, insanların sorumlu, tatmin edici, güvenli cinsel yaşamlarının ve üreme yeteneklerinin olması ile bu yeteneklerini kullanıp kullanmayacaklarına ve hangi sıklıkta, ne zaman kullanacakları konusunda karar verme özgürlüğüne sahip olmalarıdır" (1).

Üreme sağlığı, uluslararası sözleşmelerle teminat altına alınan temel bireysel bir haktır. Tanımdan anlaşılacağı gibi; kadın-erkek, genç-yaşlı bütün bireyleri cinsel tercihleri ne olursa olsun içine alan bir kavram olup cinsel sağlığı da kapsamaktadır. İnsanlar bireysel hakları olması gereği üreme sağlığı hizmetlerine eşit olarak erişebilmelidir. Kadınlar ve erkekler, üremeye ilişkin olarak güvenli, etkili, karşılanabilir, yasalara uygun ve tercih ettikleri yöntemleri kullanma, bu konuda bilgilenme, güvenli gebelik ve doğumu sağlayabilecekleri sağlık bakım hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşabilme hakkına sahiptir (1,2).

Üreme sağlığı insan hayatının bütünüyle ilgilidir. DSÖ tarafından bireylerin sağlığının doğumdan ölüme kadar bütüncül bir yaklaşım içinde ele alınması gerektiği, bir önceki durumun bir sonraki durumun nedeni ve bir sonraki durumun bir önceki durumun sonucu olduğu vurgulanmıştır (3).

Kadın sağlığı açısından üreme sağlığı ayrı bir öneme sahiptir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara (CYBE) yakalanma riskinin kadınlarda erkeklere oranla yüksek olması, doğum, hamilelik ve düşüğe bağlı sorunların kadın sağlığını doğrudan etkilemesi, genital yol enfeksiyonlarının komplikasyonlara neden olması ve annedeki enfeksiyonların bebeğe bulaşması kadınlara yönelik üreme sağlığı hizmetlerine özel bir önem verilmesini gerektirmektedir. Kadınların sağlıklı bir hamilelik geçirmesi, uygun şartlarda doğum yapması ve çiftlerin sağlıklı bir bebek sahibi olabilmeleri için gerekli koşulların sağlanması gereklidir (2).

Toplum sağlığının en önemli uygulama alanlarından biridir. Dünyada üreme ile ilgili nedenlerden dolayı çok sayıda insan ölmekte ve sakat kalmaktadır. Bu ölüm ve sakatlıkların bir çoğu önlenabilir nedenlerden dolayı ortaya çıkmakta ve bölgeler arasında farklılık göstermektedir. Üreme sağlığının halk sağlığı anlayışı içinde ve temel sağlık hizmetleri kapsamında ele alınması toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır.

## 2.2. Üreme Sağlığının Tarihçesi ve Felsefesi

Bu bölümde üreme sağlığının gelişimini sağlayan felsefi yaklaşımlar ve üreme sağlığına katkı sağlayan uluslararası toplantılar kronolojik olarak incelenecektir.

### 2.2.1. Üreme Sağlığına İlişkin Görüşler

Yüzyılı aşkın bir süredir, dünyada üreme sağlığını ilgilendiren üç önemli görüş ortaya çıkmıştır. İlk görüş, *Neo-Malthus felsefesi* üzerine odaklanmış, nüfus artışını azaltmayı hedefleyen demografik görüş, ikincisi koruyucu hekimlik, sağlık eğitimi, çevre sağlığı konularına öncelik veren *geleneksel halk sağlığı yaklaşımı* ve üçüncüsü de üreme sağlığını toplumda cinsiyetler arasındaki ilişki kapsamında inceleyen *cinsiyet eşitliği yaklaşımıdır* (4).

#### 2.2.1.1. Malthus/Neo- Malthus Felsefesi ve Demografik Görüş

Malthus'un nüfus teorisi, nüfus ve kaynaklar arasındaki uyuma odaklanmaktadır. Bu görüş bir İngiliz rahip olan Thomas Malthus'un (1766-1834), 1789 yılında yazdığı nüfus üzerine bir makaleye dayanmaktadır. Malthus, nüfusun geometrik olarak artarak her 25 yılda bir ikiye katlandığını, gıda arzının ise aritmetik hızla arttığını belirterek, bu artış farkı nedeniyle insanlığın zaman içerisinde gıda kıtlığı ile karşı karşıya kalacağını iddia etmiştir. *Malthusian tuzak* adıyla adlandırılan bu riske maruz kalmamak için nüfus artış hızının azaltılması gerekmektedir (4-6).

Malthus'a göre, insan nüfusunu kontrol etmek için doğurganlığın önlenmesi yerine pozitif ve negatif etkisi olan başka uygulamaların yapılması gerekmektedir. Çünkü Malthus, doğum kontrolünün ahlaki olmadığına inanmakta, doğurganlığın azaltılması için evliliğin geciktirilmesini önermekte hatta yasaklanmasını bile

savunmaktadır. Nüfusun azaltılması için, olumsuz çalışma koşulları, iklim koşulları, bulaşıcı hastalıklar, savaşlar ve yoksulluğa karşı mücadeleyi içeren *pozitif kontroller* ile doğurganlığı azaltmaya yönelik olarak geç evlenme, doğum kontrolü gibi *önleyici kontroller* alınması gerektiğini savunmuştur (5,6).

Neo-Malthus felsefesi, Malthusçu görüşün çağdaş temsilcisi olarak İkinci Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkmış ve yetersizliklerin doğurganlığı azalttığını, aksine refahın ise arttırdığını iddia etmişlerdir. Kontrolsüz ve hızlı nüfus artışı, çevreye yıkıcı etkiler yapmakta ve sosyal ve ekonomik gelişime karşı başa çıkılamayacak engeller ortaya koymaktadır. Bu yüzden, özellikle gelişmekte olan ülkelerde nüfus artışının siyasi istikrarsızlığa da neden olduğunu iddia ederek sınırlandırılması gerektiğini savunmuşlardır. Bu ikinci nüfus kontrol hareketinin bir lideri de John D. Rockefeller III idi (4,5,7).

Neo-Malthusçular bu görüşe dayanarak üç teori öne sürmüşlerdir;

1. Gıda yardımı, gelişmekte olan ülkelerde doğurganlığı artırır,
2. Gelişmiş ülkelere göç veren ülkelerde doğurganlık artar,
3. Ekonomik refah doğurganlığı artırır (5).

Sanayi devriminin öncesi ve sonrasındaki doğurganlık verileri Malthusçu görüşü doğrulamaktadır. Sanayi devrimi ile birlikte üretkenlikte ve dolayısıyla refah düzeyinde artış ortaya çıkmıştır. Ekonomik iyileşme, gelir artışı nedeniyle doğurganlığı artırmasının yanı sıra evlenme ve erken evlilik oranlarının da artmasına neden olarak doğurganlığı etkilemiştir (8).

1968 yılında Neo-Malthus akımının temsilcileri tarafından nüfus artışının getirdiği felakete dikkat çeken iki kitap basılmıştır. Birisi Amerikalı biyolog Paul Ehrlich'in *Nüfus Patlaması (The Population Bomb)* adlı kitabı, diğeri de Amerikalı ekolojist ve filozof Garrett Hardin'in *Ortak Kaynakların Paylaşımı Trajedisi (Tragedy of Commons)* isimli kitaplarıdır. Ehrlich (10), kitabında nüfus patlamasının kitlesel açlığa neden olacağını belirtmiş ve nüfus artışına bir sınır getirilmesini gerektiğini, ileride artış hızının yüzde sıfırda sabitlenmesinin hayati olduğunu, gebeliği önleyici yöntem kullanılmasından öte insanların bu yöndeki görüşlerinin değişmesinin önemli olduğunu savunmuştur. 1972'de de üçüncü çocuk doğurmanın

yasaklanmasını ve üçüncü gebeliklerin sonlandırılmasına yönelik kanun çıkarılmasını önermiştir. Hardin ise (9), kitabında ortak kaynaklar kullanıldığında herkesin bencil davranacağını ve bunun sonucunun kaynakların tamamen yok olması olacağını savunur. Bu teoriyi otlak örneği vererek anlatır; eğer çoban hayvanlarını ortak bir otlakta otlatıyorsa, o alana mümkün olacağı kadar çok hayvan götürmeye çalışır. Çünkü fazla hayvandan gelecek hasılat ona ait, ancak meranın kullanımından kaynaklanan yitim o merayı kullanan herkese aittir. Eğer o, söz konusu alanı kullanmaktan imtina ederse diğer çobanlarla rekabet edemez. Nasılsa diğerleri o alanı kullanacaktır. Buradan yola çıkarak Hardin, nüfus arttığı sürece dünya kaynaklarının tükeneceğini savunmuştur.

Neo-Malthus felsefesi, 1970'li yıllarda dünya kamuoyunda ivme kazanmıştır. 1974 yılında Bükreş'te yapılan Dünya Nüfus Konferansı'nda nüfus artışının azaltılmasına karar verilmesi Neo-Malthus akımının etkisini yansıtmaktadır. Çin'de 1979 yılında başlayan her çifte bir çocuk politikası da yine Neo-Malthus felsefesinin ürünüdür. Gelişmekte olan ülkelerde nüfus kontrol programları, Amerika Uluslararası Kalkınma Dairesi (USAID), Dünya Bankası ve sivil toplum örgütleri tarafından finanse edilmiştir. 1990'larda güvenlik ve çevre ile ilişkili nüfus çalışmaları yoğun olarak desteklenmiştir. Bunlardan bazıları Neo-Malthus görüşünü yansıtmaktaydı. Örneğin, Freeman ve Isaacs 1993 yılında, dünyanın çöküşünün başladığını belirtmiş, Homer-Dixon ise 2000 yılında, gelişmekte olan ülkelerin gelişmiş ülkelere oranla daha ciddi bir şekilde çevre değişikliklerinden etkileneceğini, çünkü bu ülkelerde politik, sosyal, finansal ve kültürel kaynakların yetersiz olduğunu savunmuştur. Bir başka çalışma da Birleşmiş Milletler (BM) HIV/AIDS Programı (UNAIDS) tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada, nüfus artışının neden olduğu olumsuz çevresel etkilerin, özellikle kadın ve çocuklardaki yüksek ölüm hızlarıyla ilgili bağlantılı olduğu vurgulanmıştır (4).

### **2.2.1.2. Halk Sağlığı Görüşü**

Halk Sağlığının önemli görüşlerinden biri epidemiyolojik dönüşüm teorisidir. Teori, ilk kez 1971 yılında Abdul Omran tarafından bir makale ile yayınlanmıştır. Bu teoride, toplumların sağlık sorunlarındaki değişimler dört aşamada ele alınmaktadır. Birinci aşamada toplumdaki en büyük sağlık sorunları açlık, enfeksiyon hastalıkları, doğal afetlere dayanan yüksek genel ölüm hızı, bebek ve anne ölüm hızlarının

yüksekliğidir. İkinci aşamada pandemilerin önlenmesi yani birinci aşamada önlenemeyen hastalıklarla başa çıkılması öne çıkmıştır. Üçüncü aşamada dejeneratif ve insan kaynaklı (man-made) hastalıklar ortaya çıkmış, son olarak dördüncü aşamada da yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşlılığa ait dejeneratif sorunlar ve yeni enfeksiyonlar öncelik kazanmıştır. Bu dönemde enfeksiyonlar, değişik yollarla kronik hastalıklara ve sakatlıklara neden olmaktadır (11–13).

Epidemiyolojik dönüşümler, toplumdaki demografik dönüşümler ile paralellik göstermektedir. Demografik dönüşümler üç aşamada incelenmektedir; Birinci aşama Sanayi Devrimi öncesindedir. Bu dönemde yaşam süresi çok kısa, anne-bebek ölüm hızları ise çok yüksektir. Tarımdaki gelişmeler ile yiyecek miktarı artmış, göç oranı azalmış ve nüfus yoğunluğu artmıştır. Tarımsal ürünlerin yetiştirilmesi ve dağıtımı ile ilgili daha karmaşık yapılar oluşmuştur. Birinci dönem sanayi devrimi ile sona ermiştir. İkinci dönemde sosyoekonomik iyileşmenin olması ölüm hızını düşürmüştür. Bu dönemde doğum hızı da düşmüştür ancak daha düşük hızla da olsa nüfus halen artmaktadır. Üçüncü dönemde ise doğum ve ölüm hızları azalmıştır. Nüfus artış hızı en düşük düzeydedir. Bu gelişmeler halk sağlığı profesyonellerini morbidite ve mortalite oranlarını ülkenin sosyoekonomik durumu içinde incelemeye yöneltmiştir. Örneğin; 1991’de Thomas McKeown sağlığın sosyal ve ekonomik bileşenlerini sıralamıştır (4,14).

Bu demografik ve epidemiyolojik dönüşümlerin yaşandığı süreler toplumdan topluma farklılık göstermiştir. Bazı Avrupa ülkelerinde yüzyıllar sürerken, hızlı sosyal ve ekonomik değişim yaşayan Asya ülkelerinde ise çok kısa sürmüştür. Ülkelerin buldukları demografik dönüşüm aşamaları, nüfus politikalarını etkilemiştir (5).

Halk Sağlığı bilimi, sağlık ve insan hakları ile ilgili olarak iki önemli tartışma ortaya çıkarmıştır. Birincisi John Rawls’un *adalet teorisidir*. Rawls, her insanın, diğer insanların sahip olduğu temel hak ve hürriyetlere sahip olması gerektiğini savunur. Bu teoriye göre; herkesin ekonomik ve sosyal koşulları iyileştirilmeli ve buna en kötünden başlanmalıdır. Bunun yapılması tamamen eşitsizliği yok etmez ama iyileştirir, aynı zamanda kişileri daha iyi pozisyonlara gelmesi için motive eder (4). İkinci görüş ise Amartya Sen’in *kapasite yaklaşımıdır*. Sen’e göre, sorun sadece düşük gelir değildir, kişilerin sunulan hizmetlere ulaşmak için belirli kapasiteleri



vardır ve bu kapasiteler maksimize edilmelidir. Engellilik durumu, yaş, cinsiyet, yaşanan coğrafya kapasiteleri dolaylı olarak özgürlükleri sınırlandırır. İnsanların sağlıkla ilgili hizmetlere ulaşabilme kapasiteleri en üst düzeye getirilmelidir. Her iki görüş de sağlık ölçütlerini dikkate almama konusunda eleştirilmiştir (15).

Takip eden yıllarda, sosyal bilimciler ve feminist düşünürler, halk sağlığı uygulamalarında etik yaklaşımları ele almışlardır. Marc Roberts ve Michael Reich (2002), halk sağlığı ile ilgili üç durum tanımlamıştır (4,16);

- Faydacılık (Utilitarianizm): Sağlık politikası kararlarını sonuçlarına göre değerlendirmek anlamını taşır. “Bu kararların topluma ne faydası olmuştur?” sorusuna yanıt arar.
- Özgürlükçülük (Liberalizm): Haklara ve seçeneklere odaklanır. Bu özgürlük nerede başlayıp nerede bitecektir? Seçebilmek için sağlık bir ön koşul mudur? Yoksa sağlık yapılan seçimlerin sonucu mudur?
- Toplumculuk (Communitarianism): toplumun değerlerine öncelik vermeyi ifade eder. Örneğin, toplumun bir değeri olması nedeniyle kadın sünneti onaylanabilir mi?

Halk sağlığı görüşüne göre üreme sağlığının önemi, üreme sağlığına ilişkin sorunların tarih içerisinde önlenebilir sorunlar olarak ele alınmasıdır.

### **2.2.1.3. Cinsiyet Eşitliği Yaklaşımı**

Cinsiyet eşitliği yaklaşımı; barış, insan hakları ve sosyal adalet kavramlarının insan haklarının gelişiminde önemli rol aldığını savunan feminist akımların etkisiyle ortaya çıkmıştır. Feminist yaklaşımlar ile kadın hakları, hem siyasal ve medeni hakları içeren birinci nesil hem de yiyecek, barınma, sağlık ve istihdam temini gibi hakları içeren ikinci nesil insan hakları kapsamında ele alınmıştır (17).

Cinsiyet eşitliği yaklaşımı ile kadın sağlığı sadece demografik verilerle değil, cinsiyet eşitliği kapsamında ele alınmaya başlanmıştır. Bu gelişmede, 1960-1970 yılları arasında, sosyal ve politik önderlerin uluslararası düzeyde kadın hakları ve kadın sağlığı konusuna önem vermeleri ve feminist akımların da bu konuya dikkat çekmesi etkili olmuştur. Bu “ikinci feminist akım” olarak adlandırılan görüş, sosyal adalet, kadın hakları, kadın üreme sağlığı ve kadının üremeye ilişkin seçim

yapabilmesi kavramlarını ortaya koymuştur. 1972 yılında Bonnie Mass Neo-Malthus felsefesini ciddi şekilde eleştirmiş; demografik hedefler ve doğum kontrolünün, ancak batının üçüncü dünya ülkelerindeki kadınların rahmini kontrol edebilmesi için ana strateji olabileceğini savunmuştur. Linda Gordon ise 1974'te, Neo-Malthusizmin dünyanın beyaz olmayan nüfusunu sınırlama amacını taşıdığını belirtmiştir. Sonuç olarak 1970'lerin ilk yıllarında nüfusa dayalı yaklaşımlar "Sıfır Nüfus Artışı" gibi radikal grupların da etkisiyle çok tepki almaya ve destek kaybetmeye başlamıştır (4).

1980'li yıllarda feminist bilim insanları, dünya kalkınmasına ilişkin kavram ve girişimlerde yeterince yer almamasını eleştirmişlerdir. Kadınların da modernizmin getirilerinden (sağlık, eğitim, barınma, vb. gibi) yararlanmaları için kalkınma süreçlerine katılmalarını ve cinsiyet ayrımcılığına son vermek gerektiğini savunmuşlardır (17).

Bu dönemde uluslararası kadın hareketinden etkilenen bir çok öncü, kadın sağlığına ilişkin ayrımcılığa dikkat çekmişlerdir. Allan Rosenfield ve Deborah Maine, yaptıkları araştırma sonucunda gelişmekte olan ülkelerde anne-çocuk sağlığı programlarında anne sağlığına önem verilmediğini belirtmişlerdir. Bu araştırma bütüncül anne bakımında önemli bir araştırma olarak anılmıştır. 1987 yılında Dawn, üreme kontrolünün kadınlar için temel bir hak ve ihtiyaç olduğunu ve bu hakkın özellikle fakir kadınlar tarafından bilinmesi gerektiğini savunmuştur. Ayrıca, kadın sağlığı ve sosyal konumunun dinin sosyal faktörlerinden, yönetsel aksaklıklardan etkilendiğini belirtmiştir. 1990'da Rosalind Petchey, doğurganlığın kadının kontrolünde olması gerektiğini savunmuştur. Kadının üreme hayatı konusundaki özgürlüğünün ve kendi sağlığına direk etkisinin olduğunu vurgulamıştır. 1995 yılında Higer, uluslararası kadın hareketinde iki strateji olduğunu belirtmiştir. Bunlardan birincisi; aile planlaması ve nüfusun sabit tutulmasına yönelik yaklaşımlardır. İkinci strateji daha radikal bir görüştür; aile planlaması uygulamalarının üreme sağlığı ve üreme haklarını dikkate alınarak yapılması, demografik hedefleri başarmaktan daha önemlidir (4).

Charlotte Bunch da kadın üreme sağlığını sosyal bir çerçevede ele almış, kadınlara yönelik insan hakları ihlallerinin bir çoğunun cinsiyet temelli olduğunu vurgulamıştır. Bunch'a göre bu ihlallerin bir çoğu kadınların ilişkide buldukları erkekler tarafından yapılmaktadır (18).

Yine feminist akımın üyelerinden Hodgson ve Watkins 1997 yılında, cinsiyet eşitliği, nüfus, kadın üreme sağlığı ve kadın hakları konusunda şu görüşleri öne sürmüşlerdir; Liberal feministlere göre, kontrasepsiyon hizmetlerine kolay ulaşım ve düşük; kadının aile düzenini kontrol edebilmesi, erkeklerle eşit şartlarda çalışabilmesi, sosyal hayatta eşitliği sağlayabilmek, üreme sağlıklarını sürdürebilmeleri için bir zorunluluktur. Diğer taraftan radikal feministler de kadınların üremeleri konusundaki seçim yapma haklarının toplum çıkarlarına kurban edilemeyeceğini savunmuştur. Mann Gostin, Gruskin, Brennan, Lazzarini and Fineberg, sağlık ve üreme sağlığında cinsiyet eşitliği yaklaşımı kapsamında birbiri ile bağlantılı üç teori ortaya koymuştur; Birincisi; cinsiyet eşitliğinin ihlal edilmesi kadının fiziksel, ruhsal ve sosyal konumu ile özellikle üreme sağlığına ilişkin verilerini olumsuz yönde etkilemektedir. İkincisi; cinsiyet eşitliğine saygı gösterilmesi hem kadınların hem de erkeklerin sağlık düzeylerini yükseltir ve toplumun kalkınmasına katkıda bulunur. Üçüncüsü ise sağlık bakım hizmetleri ve sağlık politikalarına odaklanmıştır. Halk sağlığı uygulamalarının kadın ve erkeğin eşit ulaşımına sunularak toplumun bu hakkı kullanması sağlanmalıdır, aksi takdirde insan hakları da ihlal edilmiş olacaktır (4).

Malhotra ve Mehra (1999), UNKK'da alınan kararların halen etkin olarak uygulanmadığını dile getirerek bu konuda üç öneri sunulmuştur; 1. Sosyo ekonomik verilere cinsiyet ve eğitim, cinsiyet ve sosyal kaynaklar, cinsiyet ve ekonomik kaynaklar eklenmelidir. 2. Kadınların her gün karşılaştıkları cinsiyet bazlı engeller tanımlanmalıdır. 3. Kadınların üreme sağlığı programlarına etkin olarak katılımları sağlanmalıdır. Malhotra ve Mehra, cinsiyet eşitliği yaklaşımının, kadınların üreme sağlığına ilişkin çıktılarının daha iyi düzeye getirilmesi ve üreme sağlığı hedeflerini gerçekleştirebilmeleri için onların sosyal ve ekonomik olarak güçlü olmaları gerektiğine dikkat çektiğini belirtmiştir (19).

Langermann ve Niebrugge'a göre, cinsiyet eşitliği yaklaşımı kadın merkezlidir. Bu anlamda kadının sosyal hayattaki deneyimleri ve konumu incelenmeli, kadının bakış açısı ile değerlendirme yapılmalı ve kadınlar için daha iyi bir dünya adına feminist yaklaşımlara önem verilmelidir. Sen ve Mc Daniel da kadın merkezli cinsiyet eşitliği yaklaşımının demografi ve sosyal olgu çalışmaları için vazgeçilmez olduğunu belirtmişlerdir (4).

Cinsiyet eşitliği yaklaşımının üreme sağlığına etkisi şu şekilde vurgulanmaktadır: Kadın, üreme davranışları ile ilgili olarak özgür bir biçimde, hiçbir baskı altında kalmaksızın karar verme gücüne sahip olmalıdır. Bu ancak, kadının sosyal, ekonomik ve politik kaynaklara eşit olarak ulaşımının sağlanması ile mümkün olabilir (CRLP-Center of Reproductive Law and Policy-2000). Kişilerin kendi üreme davranışları ile ilgili karar verebilme gücüne sahip olmaları demek kendi ailelerini planlama hakkına ve bütün zorlama ve baskılardan tamamen bağımsız olma hakkına sahip olmaları demektir (20).

Üreme sağlığı hizmetlerine ulaşabilme hakkının temelleri, 1948 yılında yayımlanan İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (İHEB), 1976 yılında imzalanan Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi ve 1979 yılında yapılan Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Toplantısı (CEDAW) toplantısına dayanmaktadır. Üreme hakları ve kadın erkek eşitliği kavramları bütün uluslararası insan hakları belgelerinde yer almaktadır. Bir çok bölgesel ve uluslararası organizasyon, kadın sağlığı hareketini savunucu rol üstlenmiştir. Bu organizasyonlar arasında; CEDAW, Yeni Bir Çağ için Kadınlara Birlikte Kalkınma Seçenekleri (DAWN- Development Alternatives with Women for a New Era), BM HIV-AIDS Ortak Programı (UNAIDS-The United Nations Joint Programme in HIV/AIDS), BM Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF-The United Nations Children's Fund) yer almaktadır (4).

1970'lerde benimsenen demografi ağırlıklı yaklaşım, 1980'lerde yerini sağlık temelli yaklaşımlara ve 1990'larda insanların temel hak ve ihtiyaçlarına bırakmıştır. BM, bu yıllardan itibaren kadının üreme sağlığı ve toplumsal cinsiyet eşitliğine dayalı çok sayıda konferans ve toplantı gerçekleştirmiştir; 1974'te Bükreş'te, 1984'te Mexico City'de, 1992'de İstanbul'da, 1993'te Viyana'da, 1994'te Kahire'de, 1995'te Kopenhag'da ve Pekin'de düzenlenen uluslararası konferanslarda nüfus ve aile planlamasının kalkınmadaki önemi vurgulanmıştır. 1994 yılında Pekin'de yapılan konferansta ise üreme sağlığı, cinsel sağlık ve yeni bir kavram olarak "üreme hakları" gündeme getirilmiştir. Aile planlaması kavramının artık yetersiz kaldığı, üreme sağlığının; sadece gebelik ve doğumla ilgili sorunları değil, yaşamboyu yaklaşımı kapsamında doğumdan başlayarak hayatın her evresinde sağlıklı bir cinsel

yaşam ve üreme fonksiyonları ile bunlara ilişkin kişilerin karar verme haklarına sahip olabilmeleri için yapılacak tüm çabaları içerdiği vurgulanmıştır (2).

Kahire konferansını feminist yaklaşım açısından diğerlerinden ayırmak gerekir. 1974 yılında yapılan Bükreş Konferansı belgelerinde kadınların eğitimi, eşit olarak ekonomik, toplumsal ve siyasal hayata katılımı ele alınmıştır. 1984'teki Meksico City kararlarında kadınların statülerinin yükseltilmesinin doğurganlığı azaltacağı vurgulanmış, çekirdek aileler hedeflenmiştir. Kahire'de ise daha ileriye gidilerek, nüfusta istikrar için kadınların statülerinin yükseltilmesinin şart olduğu ileri sürülmüştür. Bu konferanstaki asıl farklılık, feministler ve Neo-Malthusçuların ortak görüşü savunmalarıydı. Doğurganlığın düzenlenmesini ahlak dışı bulan Neo-Malthusçular, feministlerle birlikte cinsiyet eşitliği stratejisini benimsemişlerdir. Her iki grup da kadın sağlığı programları için mali sorumluluk almayı taahhüt etmiştir (6).

Bu toplantılara ek olarak Uluslararası Dünya Kadın Sağlığı Koalisyonu da (The International Women's Coalition-IWHC), kadın hakları ve kadın sağlığına öncelik vermek ve üreme sağlığı hizmetlerinin önemini vurgulamak suretiyle dünyadaki nüfus politikalarının tekrar gözde geçirilmesine yardım etmiştir. Bu organizasyonlarının tümünün, dünyada cinsiyet eşitliğine dikkat çekilmesinde ve üreme sağlığının geliştirilmesinde önemli katkıları vardır. Ayrıca, Üreme Hakları Dünya Kadın Birliğinin (The Women's Global Network for Reproductive Rights-WGNRR) 2005 yılında Hindistan'da gerçekleştirdiği toplantıda; ihtiyaç duyulan kapsayıcı üreme sağlığı hizmetlerine ulaşımın sağlanmasının önemi vurgulanmıştır. Üreme Hakları Dünya Kadın Birliğine göre bu hizmetler; güvenli ve etkili kontrasepsiyon ve sterilizasyon, güvenli ve yasal düşük, güvenli gebelik ve doğum, infertilite nedenlerinin tedavisini içermelidir. Ayrıca kadınlar, üzerlerinde hiç bir baskı olmaksızın çocuk sahibi olup olmamaya karar verebilmelidir (4).

Birleşmiş Milletler'in 2015'i hedefleyen Binyıl Kalkınma Hedeflerinde üreme sağlığı ile ilgili olarak; geliri bir dolardan az olan nüfus oranını düşürmek suretiyle açlık ve fakirlikle mücadele, kız ve erkek çocukların tümünün temel eğitime ulaşması, cinsiyet eşitsizliğinin giderilmesi, anne ve çocuk ölümlerini azaltmak, HIV/AIDS ile mücadele ve sağlıklı çevre koşullarına ulaşabilme konularına yer verilmiştir (21).

Sonuç olarak toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadın sağlığının karşılıklı olarak birbirini etkilediği kabul edilmiştir. Özsan'a göre, kadın sağlığı öncelikle bir feminizm sorunudur. Toplumsal cinsiyet eşitliği kapsamında üreme sağlığı, kadının sosyal ve ekonomik olarak da iyi durumda bulunması için bir ön koşuldur. Bu yüzden kadınların içinde etkin olarak bulunmadığı halk sağlığı programları sorgulanmalıdır. Cinsiyet eşitliği yaklaşımı, üreme sağlığının sosyal yönlerini anlayabilmek için önemli bir araçtır. Cinsiyete dayalı üreme sağlığı yaklaşımı 21.yüzyılda da öncelikli sağlık konusu olacaktır (4,6).

### **2.2.2. Cinsiyet Eşitliği, Kadın Hakları ve Üreme Sağlığı ile ilgili Uluslararası Belgeler, Sözleşmeler ve Konferanslar**

Birinci Dünya Savaşının sonunda Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO), İkinci Dünya Savaşı ile BM Örgütü'nün, ardından BM İnsan Hakları Takip Komisyonunun kurulması insan haklarının gelişimine katkıda bulunmuştur. 10 Aralık 1948 yılında Birleşmiş Milletlerin insan hakları konusundaki ilk dokümanı olan İHEB kabul edilmiştir. Beyannamede bütün insanların özgür doğduğu, hakları ve saygınlıkları açısından eşit oldukları ayrıca yaşama, özgür olma ve güvenlik haklarının olduğu dile getirilmiştir. Bu beyanname, sadece öneri niteliğinde olmasına rağmen katılımcı 58 ülkeden 48'inin kabul oyu vermesi ve red oyu olmaması nedeniyle (2 ülke oylamaya katılmamış, 8 ülke çekimser oy kullanmıştır.) evrensel olarak kabul edilmiştir. İHEB, kendisinden sonraki diğer insan hakları belgelerinin temeli olmuştur.

Bunu takip eden yıllarda cinsiyet eşitliği, kadın hakları ve üreme sağlığı ile ilgili yapılan uluslararası konferanslar ve sözleşmeler kronolojik olarak aşağıda sunulmuştur (4,22,23);

- BM, İnsan Ticareti ve Paralı Seks veya Benzer İşletmeciliğin Engellenmesi Sözleşmesi, 1949.
- ILO, Benzer İşlerde Çalışan Kadın ve Erkeğe Eşit Ücret Ödenmesi Sözleşmesi, 1951.
- BM, Kadının Politik Hakları Sözleşmesi, 1952.
- BM, Kadının Milliyeti Sözleşmesi, 1957.

- ILO, Meslek ve iş konusundaki eşitsizliklerle ilgili sözleşme, 1960.
- BM, Evlilikte Onay, Evlilikte Minimum Yaş ve Evliliğin Kayda Geçmesi Sözleşmesi, 1962.
- Uluslararası İnsan Hakları Konferansı, 1968, Tahran.
- Birinci Dünya Nüfus Konferansı, 1974, Bükreş.
- Birinci Dünya Kadın Konferansı, 1975, Meksiko City.
- Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Toplantısı (CEDAW – Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women), 1979.
- Avrupa Konseyi tarafından kadın-erkek eşitliğine ilişkin ilk komitenin kurulması, 1979.
- İkinci Dünya Kadın Konferansı, 1980, Kopenhag.
- Uluslararası Nüfus Konferansı, 1984, Meksiko City.
- BM Üçüncü Dünya Kadın Konferansı, 1985, Nairobi.
- Kalkınmada kadının rolü konusunda dünyada yapılan ilk araştırma sonuçlarının yayımlanması, 1986.
- Avrupa Birliği tarafından “Kadın Erkek Eşitliği Deklarasyonun” yayımlanması ve “Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komitesinin” kurulması, 1988.
- Çocuk Hakları Sözleşmesinin BM tarafından onaylanması, 1989.
- “Dünya Kadınları” dokümanının basılması, 1991.
- BM Çevre ve Kalkınma Konferansı, 1992, Rio De Janerio.
- Uluslararası Nüfus, Eğitim ve Kalkınma Konferansı, 1992, İstanbul.
- Dünya İnsan Hakları Konferansı, 1993, Viyana.
- Avrupa Birliği, Kadın Erkek Eşitliği Konferansı, 1993, Roma.
- Dünya Bilim Akademileri Nüfus Toplantısı, 1993, Yeni Delhi.
- Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (UNKK) (ICPD- International Conference on Population and Development), 1994, Kahire.

- Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, 4-15 Eylül 1995, Pekin.
- Dünya Sosyal Kalkınma Toplantısı, 1995, Kopenhag.
- BM, Dünya Yerleşimleri Konferansı –Habitat 2, 1996, İstanbul.
- Avrupa Konseyi, “Demokrasi ve Kadın-Erkek Eşitliği Toplantısı, 1997, İstanbul.
- Viyana +5 Toplantısı, 1998, Roma.
- UNKK +5 Toplantısı, 1999, Lahey.
- BM, Kadın, Barış ve Güvenlik Toplantısı, 2000.
- Pekin +5 Toplantısı, 2000, New York.
- Yeni Binyıl Kalkınma Sözleşmesi ve Hedefleri, 2000.
- BM Genel Kurulu HIV/AIDS Özel Oturumu, 2001, New York.
- Dünya Çocuk Toplantısı, 2002, New York.
- Dünya Sürdürülebilir Kalkınma Toplantısı, 2002, Johannesburg.
- Avrupa Birliği Kadın Erkek Eşitliğinden Sorumlu 5. Bakanlar Toplantısı, 2003, Üsküp.
- UNKK +10 Toplantısı, 2004.
- Pekin +10 Toplantısı, 2005.
- BM Genel Kurul Toplantısı, 2006, New York.
- Avrupa Birliği Kadın Erkek Eşitliğinden Sorumlu 6.. Bakanlar Toplantısı, 2006, Stockholm.
- Avrupa Birliği, Aile İçi Şiddet Dahil Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Kampanyası, 2006.
- Afrika Birliği Toplantısı, 2006, Mozambik.
- Medeniyetler İttifakında Kadın Kongresi, 2006, İstanbul.
- Avrupa-Akdeniz (Euromed) 1. Bakanlar Konferansı, “Kadının Tolumdaki Yerinin Güçlendirilmesi”, 2006, İstanbul.
- İslam Konferansı Örgütü 1. Bakanlar Konferansı, “İslam Konferansı



Örgütü'ne Üye Ülkelerin Kalkınmasında Kadının Rolü", 2006, İstanbul.

- Kadın Konferansı (Women Deliver Conference), 2007, Londra.
- UNKK +15, 2009.
- Binyıl Kalkınma Hedefleri +10, 2010, New York.
- UNKK Eylem Planı ve Milenyum Hedeflerine Ulaşma Hedefi, 2015.

Uluslararası yüksek katılımı olan ve üreme sağlığına doğrudan etkisi bulunan konferans, sözleşme ve belgeler aşağıda açıklanmıştır.

### **2.2.2.1. Birinci Dünya Nüfus Konferansı, 1974, Bükreş**

Birinci Dünya Nüfus Konferansı, hükümetler düzeyinde nüfus konusunda yapılan ilk toplantıdır. Konferans kapsamında hazırlanan eylem planı, gelişmiş ülkeler ile az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında anlaşmazlığa neden olmuştur. Az gelişmiş ülkeler, kalkınmanın önündeki tek engel olarak nüfus artışının görülmesini reddetmişler, bu yaklaşımın geri kalmışlığın asıl nedenlerine eğilmekten kaçınmak amacıyla geliştirildiğini ileri sürmüşlerdir. Hindistan Delegasyonu tarafından dile getirilen "Kalkınma en iyi kontraseptif yöntemdir" bu konferansın sloganı olmuştur (24,25).

Taslak planda çok sayıda değişiklik yapılarak kabul edilen eylem planında, nüfus ile kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkilere dikkat çekilmiştir. Kalkınma çabası olmadan doğurganlığı azaltıcı ve nüfus artış hızını yavaşlatıcı politikaların başarılı olamayacağı vurgulanmıştır (4,26). Konferans sonunda ülkelere; üreme, kadının konumu ve aile planlaması ile ilgili olarak aşağıdaki konulara önem vermeleri istenmiştir;

- Kadınların, çocuk sayısına ve aralıklarına kendilerinin karar vermesi,
- Sorumlu aileler için yeterli eğitim,
- Hem gebeliği önleyici hem de infertilite tedavisine yönelik hizmetlerin sunulması ve evlat edinmenin kolaylaştırılması.
- Sağlık hizmetleri ile yaşam kalitesini yükselten sosyal olanakların birleştirilmesi (çiftlerin psiko-sosyal ve zihinsel olarak iyi düzeyde olmalarını

sağlayacak aile planlaması politikalarının olması, aile yardımları, doğum yardımları vb),

- Sosyal adaletin sağlanması, eşit gelir dağılımı,
- Doğurganlığa etkisi olan sosyal kalkınma programlarının güçlendirilmesi,
- Aileyi koruma yasalarının olması,
- Karşılıklı sevgi ve saygı çerçevesinde aile birliğinin sağlanması,
- Ailenin refahını etkileyen ulusal yasaların gözden geçirilmesi,
- Evlilik dışı edinilen ya da evlat edinilen çocukların diğerleri ile yasal ve sosyal olarak eşit olanaklara sahip olması,
- Ailelerin çocukların bakımı konusunda yasal sorumluluklarının olması,
- Kadının, eğitsel, ekonomik, politik, sosyal hayata erkeklerle eşit olarak katılımının sağlanması (27).

Anlaşmazlıklara rağmen bu konferans, tüm tarafların nüfus politikalarına ilişkin eleştirilerini duyurabilme fırsatı bulmaları açısından önemlidir. Konferans sonrasında, pek çok ülke nüfus ve aile planlaması programları uygulamışlar ve doğurganlıkta tahmin edilemeyen bir düşüş sağlamışlardır. Ancak, aynı süreçte kadınların statüsünde belirgin bir iyileşme görülmemesi dikkat çekmektedir (25).

#### **2.2.2.2. Birinci Dünya Kadın Konferansı, 1975, Meksiko City**

Bu konferans ile dünyada ilk kez uluslararası anlamda kadına karşı ayrımcılığın sonlandırılması, kadın ve erkeklerin eşit olarak desteklenmesi ve kadınların katılımıyla dünya barışının güçlendirilmesi politikası hakkında ülkeler fikir birliğine varmıştır. Ayrıca bir BM Konferansında katılımcı hükümet temsilcilerinin ilk kez %70'ten fazlası kadın olmuştur. Konferansta, farklı bölgelerden gelen kadınların önceliklerinin de farklı olduğu görülmüştür. Örneğin doğu ülkelerinden katılanların önceliği barış olurken, batı bloğunda, erkeklerle eşit haklar edinilmesi öncelik olarak dile getirilmiştir. Konferans farklı kültürlerle sahip kadın ve erkeklerin görüşlerini paylaşması açısından önemlidir.

Konferans sonrasında BM, 1975-1985 dönemini, ana teması “istihdam, sağlık ve eğitim” olarak belirlenen “Kadın On Yılı” olarak ilan etmiştir. Bu dönemde, BM

bünyesinde Kadının İlerlemesi için Araştırma ve Eğitim Enstitüsü (United Nations International Research and Training Institute for the Advancement of Women-INSTRAW,1979) ile Kadın için Kalkınma Fonu (United Nations Development Fund for Women-UNIFEM, 1976) kurulmuştur. Bu çalışmalar sonucunda kadın, desteklenen ve yardım edilen konumundan toplumun kaynaklarından erkeklerle eşit şekilde faydalanan asıl öge olarak tanınmaya başlanmıştır (28,29).

### **2.2.2.3. Kadına Karşı Her TürLü Ayrımcılığın Önlenmesi Toplantısı (CEDAW), 1979**

Kadın hakları, cinsiyet eşitliği, kadın üreme sağlığı için dönüm noktasıdır. Bu toplantı, kadının genel sağlığı ve üreme sağlığını kapsayan kadın hakları konusundaki ilk yasal dayanak olmuştur. Toplantıda kadın hakları; üreme sağlığını ve üreme konusunda seçim hakkını içine alacak şekilde ele alınmıştır. Bu kapsamda, kadınların sahip olacakları çocuk sayısına ve hangi aralıklarla çocuk sahibi olacaklarına özgürce karar verebilmeleri için yeterli bilgiye erişmeleri, eğitim almaları ve bu hakkı kullanmaları savunulmuştur. Kadın ve erkeğin üreme sağlığı ve üreme hakları konusunda eşit olmaları, dolayısıyla sosyal ve politik hayatta her türlü cinsiyete dayalı ayrımcılıktan kaçınılması gerektiği belirtilmiştir. 10 Aralık 1999 Dünya İnsan Hakları Gününde cinsiyet ayrımcılığına ilişkin hükümler uluslararası sözleşme zeminine oturtularak güçlendirilmiş ve imzalanması zorunlu olmayan bir protokol olarak sunulmuştur. Böylece CEDAW, bireysel şikayet prosedürlerini içeren diğer insan hakları belgeleri ile eşit düzeye gelmiştir. 1980 yılında imzaya sunulan CEDAW, 1981 yılında 20 ülke tarafından imzalanmış, bu katılım Aralık 2007 yılı itibarıyla 185 ülkeye erişmiştir. Türkiye, sözleşmeyi 1985 yılında onaylamış ve 1986 yılında yürürlüğe sokmuştur (4,29–32). 2003-2005 döneminde CEDAW Başkanlığına Prof. Dr. Feride Acar seçilmiştir. Kendisi, BM bünyesindeki bir insan hakları komitesinin başkanı olarak seçilen ilk Türk bilim insanı olmuştur (33).

### **2.2.2.4. İkinci Dünya Kadın Konferansı, 1980, Kopenhag**

Meksiko'da yapılan Birinci Dünya Kadın Konferansı'nda alınan kararlara yönelik yapılan eylemleri değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Beş yıl önceki söz konusu toplantıda belirlenen hedeflere ulaşmak için eylem planı

hazırlanarak katılımcı 145 ülke tarafından kabul edilmiştir. Konferansta; kadınların eğitime, sağlık hizmetlerine ve iş olanaklarına eşit erişimi konularına odaklanılmış, kadının yasal olarak belirlenmiş haklarını kullanması konusundaki engeller ele alınmıştır;

- Kadınların sosyal hayattaki rollerinin geliştirilmesine erkeklerin katkısının yetersiz olması,
- Yetersiz politikalar,
- Planlamalarda kadının özel ihtiyaçlarına yeterli yer verilmemesi,
- Karar verici konumlarda yeterli kadın olmaması,
- Kadınların sosyal hayata katılması için yeterli desteğin sağlanmaması (kreşler, finansal destek vb.)
- Kadınların ulaşabilecekleri kolaylıklar konusunda farkındalığının yeterli olmaması.

Konferans, kadının miras hakkının olması, çocuğun velayetini alabilmesi gibi ulusal kriterleri içermesiyle dikkat çekmektedir (29).

#### **2.2.2.5. Uluslararası Nüfus Konferansı, 1984, Meksiko City**

Konferansın amacı, 1974 Dünya Nüfus Eylem Planı'ndaki taahhütlerin yenilenmesi olarak belirlenmiştir. Bu konferansta, 1968 yılında Tahran'da "çiftlerin özgürce sahip olacakları çocuk sayısına ve aralığına karar vermeye ve bunun için yeterli bilgiyi ve eğitimi almaya hakları olduğu" şeklinde tanımlanan "aile planlaması hakları" kavramına, bireysellik ve sorumluluk kavramları eklenmiştir; "Hakların tanınması aynı zamanda sorumlulukları da içinde barındırır: Bu durumda, çiftler ve bireyler (üreme) haklarını, kendi kişisel durumlarının yanı sıra, aldıkları kararların çocuklarının ve içinde yaşadıkları topluluk ve toplumun dengeli gelişimi üzerindeki etkilerini dikkate alarak kullanmalıdırlar" (UN, 1984). Bu kapsamda, evlenmemiş kadınların da üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanmaya haklarının olduğu savunulmuştur.

Meksiko City'de ayrıca güvenli olmayan düşüklerin ve karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının getirdiği risklere dikkat çekilmiştir. Ancak ABD bu

konferansta, önceki yaklaşımlarının aksine nüfus artışının doğal bir süreç olduğunu ve bu artışı durdurmaya yönelik politikalar karşısında tarafsız kalacağını belirtmiş, daha da ileri giderek toplantıdaki temsilcisi aracılığı ile, kürtajı destekleyen yabancı sivil toplum kuruluşlarının fon yardımıyla men edilmesini içeren ve daha sonrasında muhalifler tarafından “Küresel Gag Kuralı” olarak adlandırılan sınırlamaları koyduklarını duyurmuştur. Gelir durumu düşük olan ülkelerin sağlıklarına yönelik bir risk oluşturduğu iddia edilen bu kural Clinton ve Obama döneminde uygulamadan kaldırılmış, Bush Dönemi ve Trump döneminde tekrar gündeme getirilmiştir. Toplantıda diğer ülkeler de kürtaj tartışmasına katılmışlardır (4,34).

#### **2.2.2.6. Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (UNKK) (ICPD- International Conference on Population and Development), 1994, Kahire**

Konferansta demografik hedefler yerine sürdürülebilir kalkınmayı sağlamanın gereği olarak bireylerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı düzeylerinin yükseltilmesi ve buna yönelik olarak eğitim ihtiyaçlarının karşılanması hedeflenmiştir. Bu konferans 179 ülke yöneticisinin 20 yıllık bir programı içeren eylem planında tam bir uzlaşma sağlanmasıyla sonuçlanmıştır. Eylem planında iki ana görüş benimsenmiştir; Birincisi, üreme sağlığı kadının kendisi için bir haktır. Kadın sadece çocuklarının annesi değil, toplumda değerli yeri olan bir bireydir. İkincisi, üreme sağlığı sadece biyolojik bir süreç değildir; sosyal, politik ve ekonomik etkenlerden etkilenir. Bu programda, klasik demografik görüşte yer alan anne, bebek ve çocuk ölümlerini azaltmaya yönelik önlemlere ek olarak kız çocukların eğitimi, toplumsal cinsiyet eşitliği, üreme sağlığının insan hakları kavramı içinde değerlendirilmesi ve her türlü ayrımcılığa karşı çıkılması konuları önem kazanmıştır. Bu konferansta alınan kararlar şu şekilde özetlenebilir (2,4);

- Nüfus politikaları, bireylerin yaşam kalitesini yükseltmeye odaklanmalıdır.
- Nüfus, kaynaklar, çevre ve kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkiler dikkate alınmalıdır.
- Bütün ülkeler, yoksulluğun yok edilmesi için işbirliği yapmalıdır.
- Başta kadınlar ve kız çocukları olmak üzere eğitim herkesin hakkıdır ve öncelik çocuklara verilmelidir.

Norveç Başbakanının bu konferansta söylediği şu söz dikkat çekicidir; “Eğer ahlak, kadınların, istenmeyen gebelikler ve uygunsuz koşullarda yaptıkları düşükler nedeniyle ölümlerine ve istenmeyen çocuklarının mutsuzluk içinde yaşamalarına neden oluyorsa, bu iki yüzlülüktür” (4).

Kahire konferansında ulaşılan en önemli sonuçlardan biri önemi DSÖ’nün üreme sağlığı tanımında yer alan “Üreme Hakları” kavramının ayrıntılı olarak ele alınmasıdır. Bu konu bir sonraki kısımda incelenecektir.

#### **2.2.2.7. Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, 4-15 Eylül 1995, Pekin**

Konferans sonucunda Pekin Deklarasyonu ve Eylem Planı adı altında iki belge hazırlanmıştır. Bu konferansta yine kadının üreme sağlığının gelişiminin cinsiyet eşitliği ile sağlanabileceği vurgulanmış ve beş stratejik konu gündeme alınmıştır;

- Kadınların yaşamları boyunca, uygun şartlarda, karşılanabilir, nitelikli bir sağlık bakım hizmetine ve bilgileneceği ulaşımları sağlanmalıdır.
- Kadın sağlığını geliştirmeyi amaçlayan koruyucu sağlık programları güçlendirilmelidir.
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, HIV/AIDS ve cinsel ve üreme sağlığı ile ilgili tüm konularda cinsiyete duyarlı yaklaşımlarda bulunulmalıdır.
- Kadın sağlığına ilişkin olarak araştırma yapmaya ve bilgilendirmeye önem verilmelidir.
- Kadın sağlığına daha çok kaynak aktarılmalıdır (4).

Konferansta önceki konferanslardan elde edilen sonuçlar ışığında eylem planı hazırlanmış, aşağıda gösterilen alanlardaki problem sahaları tespit edilmiş ve her alana ilişkin hedefler belirlenerek, hedeflere ulaşmak için yapılacak eylemler açıklanmıştır (35);

- Kadınlar ve Yoksulluk,
- Kadınların Eğitimi ve Öğrenimi,
- Kadınlar ve Sağlık,

- Kadınlara Yönelik Şiddet,
- Kadınlar ve Silahlı Çatışma,
- Kadınlar ve Ekonomi,
- Yetki ve Karar Alma Sürecinde Kadınlar,
- Kadınların İlerlemesinde Kurumsal Mekanizmalar,
- Kadınların İnsan Hakları,
- Kadınlar ve Medya,
- Kadınlar ve Çevre,
- Kız çocuklar.

Pekin Deklarasyonu ve Eylem Planında; hedeflere ulaşabilmek için hemen harekete geçilmesi gerektiği vurgulanmış, uygulamanın öncelikle hükümetlerin sorumluluğunda olduğu, ayrıca kamu ve özel kuruluşlar ile hükümet dışı ulusal ve uluslararası kuruluşların sorumluluk alacakları belirtilmiştir. Türkiye, her iki belgeyi de çekincesiz olarak imzalamıştır (32).

#### **2.2.2.8. BM, Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesi, 2015.**

Birleşmiş Milletler'in üye ülkelerinin katılımıyla 2015 yılında gerçekleşen, Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesi'nde, 2000 yılında belirlenen Binyıl Kalkınma Hedeflerine dayanan ve "Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri" olarak adlandırılan 17 ana hedef ve 169 alt başlık belirlemiştir. Hedeflerin ana konuları; yoksulluk, eşitsizlik, ekonomik büyüme, iklim değişikliğinin önlenmesi gibi sosyoekonomik faktörlerden oluşmaktadır. Küresel Hedefler olarak da adlandırılan Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, Binyıl Kalkınma Hedeflerinin ötesinde, evrensel kalkınma ve yoksulluğun ana nedenlerine yönelik girişimlerde bulunmayı amaçlamıştır. Belirlenen hedeflerin 2030 yılına kadar gerçekleştirilmesi öngörülmüştür (36).

2030 yılına kadar "anne sağlığının iyileştirilmesi", "anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması", "HIV/AIDS, kızamık ve diğer hastalıklarla mücadele edilmesi", "cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişimin sağlanması" ve kadınların kaynaklara ve hizmetlere eşit erişimlerinin sağlanması için "toplumsal

cinsiyet eşitliğinin teşvik edilmesi ve kadınların güçlendirilmesi” hedeflerine yer verilmiştir (37).

### 2.3. Üreme Hakları

Üreme hakları kavramı, bir önceki kısımda belirtildiği gibi ilk olarak 1994’te Kahire’de düzenlenen UNKK’da ele alınmıştır. Üreme hakları kapsamında sağlık hizmetlerinin verilmesi ve herkesin eşit ulaşımının sağlanması BM Binyıl Kalkınma Hedeflerinin de temelini oluşturmaktadır. Ayrıca, DSÖ’nün üreme sağlığı tanımında üreme hakları kavramı vurgulanmıştır (38).

Üreme hakları, kısaca kişilerin temel hak ve özgürlüklerini, üreme sağlığı ve cinsel alanda da kullanabilmeleridir. İnsan hakları kapsamında yer alan yaşam hakkının temel destekleyicisi olan sağlık hakkı, üreme sağlığının temel insan hakları kapsamında ele alınmasını sağlamıştır. Kişinin cinsiyeti, yaşı, ırkı, cinsel tercihi vb. ne olursa olsun tıpkı kişinin sahip olduğu bütün hak ve özgürlükler gibi üreme hakları da eşit olarak kullanılabilirlerdir.

Sosyokültürel ve ekonomik etkenler ile ülkenin sağlık politikası, kişilerin üreme haklarını sahiplenme ve kullanmasında etkilidir. Toplumsal cinsiyet eşitliği ve hakkaniyetin sağlanması, üreme sağlığından daha çok etkilenen kadının üreme sağlığı hizmetlerini talep etmesi ve ulaşabilmesi açısından önemlidir. Kadının seçme ve seçilme hakkı, kadın sünneti gibi zararlı uygulamalar, erken evlilik, cinsel istismar, kadına yönelik şiddetin toplumda olumlanması gibi toplumsal özellikler üreme haklarının eşit olarak kullanımını etkilemektedir (39).

Üreme hakları kavramı; insanların üreme yeteneklerini ne zaman, nasıl ve ne sıklıkta kullanacaklarına karar verme özgürlüğüne sahip olmalarına odaklanmaktadır. Kişilerin bu özgürlüğe sahip olabilmeleri, konu hakkında bilgi sahibi olma, cinsel sağlığı da kapsayan üreme sağlığı hizmetlerine eşit olarak ulaşabilme, hayatın bütün evrelerinde herhangi bir ayrımcılık ve baskı altında kalmadan karar verebilme haklarına sahip olmaları anlamına gelmektedir. “Nüfus ve Kalkınma” ve “Kadın” Konferansları ile CEDAW sözleşmesinde herkese eşit ve yaşamboyu üreme sağlığı hizmetlerinin bir hak olarak sunumunun gerekliliği ve toplum kalkınması açısından önemine değinilmiştir (40).



Kahire’de 1994 yılında yapılan UNKK’yı takiben, Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu (IPPF), üreme haklarını tek bir metin altında toplamayı amaçlayarak 1995 yılında “Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi” yayımlamıştır. Söz konusu bildirmede kişilerin üreme sağlığı ve cinsel sağlık, aşağıdaki temel insan haklarına dayandırılmıştır (2,39,41);

1. Yaşama hakkı
2. Özgürlük ve güvenlik hakkı
3. Eşitlik ve her türlü ayrımcılıktan korunma hakkı
4. Mahremiyet hakkı
5. Düşünce özgürlüğü hakkı
6. Bilgilenme ve eğitim hakkı
7. Evlenme ve aile kurma konularında seçim yapma hakkı
8. Çocuk sahibi olup olmamaya ya da ne zaman çocuk sahibi olacağına karar verme hakkı
9. Sağlık bakımı alma ve sağlığın korunması hakkı
10. Bilimsel gelişmelerden yararlanma hakkı
11. Toplanma özgürlüğü ve siyasete katılma hakkı
12. İşkence ve kötü muameleden korunma hakkı

### **2.3.1. Üreme Hakları ve Yaşama Hakkı**

Üreme hakkını, temel insan hakları kapsamında değerlendirmek, bu hakkın kullanılabilmesini sağlamada en önemli kriterdir. Hiç kimsenin hayatı doğum, gebelik veya cinsiyeti nedeniyle tehdit altında olmamalıdır. Bu yüzden, kişiler yüksek riskli gebeliklerden kaçınmalı ve buna yönelik eğitim ve sağlık hizmetlerine erişebilmelidir.

Yaşama ilişkin tehlike ve riskler, kamusal otorite tarafından bertaraf edilmelidir. Yani devletin, sadece vatandaşlarının ölümüne neden olmaktan kaçınmakla kalmayıp, aynı zamanda onların yaşamını korumak için önlem alma yükümlülüğü olmalıdır (39,41).

Yaşama hakkı, sadece hizmet alan bireyleri değil, hizmet veren sağlık çalışanlarını da etkilemektedir. Örneğin; istemli düşüklerin zaman sınırı konusunda, yaşamın başlangıcı hakkındaki farklı görüşler, uygulamalar, hukuki düzenlemeler ve inanışlar önem kazanmaktadır. Yaşama hakkı ve dolayısıyla yaşamın ne zaman başladığı tartışma konusudur. Bu durum, sağlık çalışanlarının gebeliğin sonlandırılması ile ilgili etik sorunlar yaşamasına neden olmaktadır (39).

Doğumdan sonraki dönem için vurgulanan konu, anne ve babanın üreme haklarını kullanırken yaşamlarının tehlikeye düşmemesi için gerekli önlemlerin alınmasıdır. Erken veya geç yaştaki gebelikler ve sık gebelikler ile annenin yaşamına yönelik sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Riskli durumlarda annenin yaşamına öncelik verilmelidir (39).

Bir ulusu ya da kültürel, etnik, dini, sosyal herhangi bir grubu kısmen ya da tamamen yok etmek için gebeliği önlemeye yönelik aile planlaması uygulamak uluslararası bir suçtur (41).

### **2.3.2. Cinsel Yaşam ve Üremede Özgürlük ve Güvenlik Hakkı**

Kişilerin; cinsel yaşamları ve üremeyle ilgili davranışları hakkında özgürce karar verme ve cinsel hayatlarını istedikleri gibi sürdürme hakları vardır. Bu hak, başkalarının özgürlüğünü kısıtlayıcı ya da zarar verici nitelikte olamaz.

Kadın, erkek ve çocuklar, cinsel taciz ve şiddetten, ayrıca yeterli bilgilendirme yapılmadan ve onay alınmadan yapılacak tıbbi girişimlerden korunmalıdır. Bu kapsamda; kadın sünneti, cinsel şiddet, cinsel taciz, düşüğe ya da kısırlaştırmaya zorlama, gebeliğe ya da gebeliğin devamına zorlama, zorla bekaret kontrolü yaptırma, cinsel hayatı ile ilgili olarak dışlama, utandırma ve ayrımcı davranma gibi kimi zaman toplumun sosyo-kültürel özelliklerinden kaynaklanan ve kişilerin ruh sağlığını olumsuz etkileyen tutum ve uygulamalara izin verilmemelidir. Kadın ya da erkek, eşi tarafından bile olsa cinsel hayatı ve üreme kararları ile ilgili hiç bir konuda zorlanamaz (2,39,41).

### **2.3.3. Cinsel Yaşam ve Üremede Eşitlik ve Her Türlü Ayrımcılıktan Korunma Hakkı**

Bütün insanlar özgür ve eşit doğarlar. Hiç kimse; cinsiyeti, cinsel tercihi, ırkı, medeni durumu, ekonomik durumu, fiziksel ya da mental engelleri, yaşı, dili, dini, politik ya da başka alanlardaki görüşleri, ailevi konumu nedeniyle cinsel hayatı ve üreme davranışları ile ilgili olarak herhangi bir ayrımcılığa tabii tutulamaz.

Kişiler, cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili olarak ayırım yapılmaksızın sağlık bakım hizmeti alma, eğitim alma ve bilgilendirilme hakkına sahiptir. Gençlerin bu hizmetleri alması konusunda ailesinden, kadınların eşlerinden izin almasına gerek yoktur. Sağlık bakım hizmeti evli ya da bekar olmasına bakılmaksızın eşit olarak verilir. Ayrıca, sağlık hizmeti hiç bir gruba ayrımcılık hissettirecek şekilde planlanmamalıdır.

Doğumdan itibaren kadınlar ve erkekler, eşit olduklarına inanacak şekilde yetiştirilmeli, her iki cinsiyetin de birbirinden bir üstünlüğü olmadığı aşılmalıdır. Cinsiyetler arasında eğitim, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve sağlıklı beslenme açısından farklılık olmamalıdır. Kadınlar, aile ve sosyal yaşamlarında, doğum yaptıkları ve çocuk sahibi olmaları nedeniyle farklı beklentilere ve kısıtlamalara maruz kalmamalıdır. Bu kapsamda, ev işlerinin sadece kadından beklenmesi ya da işe alımlarda ayrımcı davranılması üreme haklarında eşitlik kavramı ile bağdaşmamaktadır.

Çocuklara yönelik cinsel istismar, ensest ilişkiler, çocuk pornografisi ya da dışı cenin oluştuğunda gebeliğin sonlandırılması, yaş ve cinsiyet nedeniyle yapılan ayrımcılığa örnektir (2,39,41).

### **2.3.4. Cinsel Yaşam ve Üremede Mahremiyet Hakkı**

Kişilerin cinsel hayat ve üreme ile ilgili konularda özgürce karar almaya ve aldıkları kararların saygıyla karşılanmasına hakkı vardır. Kişiler, aldıkları kararları uygulama sürecinde ise bilgilerinin gizli kalması, beden mahremiyetlerinin sağlanması ve bu konulardaki eylem ve görüşlerini özgürce ifade edebilme hakkına sahiptir. Kadınların gebeliği güvenli bir biçimde sonlandırma hakkına sahip olması, gençlerin herhangi bir yargılamaya maruz kalmaksızın özgürce cinsel yaşamlarını

sürdürme ve kendilerini ifade etmeleri bu kapsamdadır.

Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, eğitim ve danışmanlık hizmetleri de dahil olmak üzere kişilerin bilgi güvenliğini sağlama konusunda güven vermelidir. Gerek başvuru sahibinin verdiği bilgiler gerekse muayene ve tetkik sonucunda elde edilen bulgular paylaşılmamalıdır. Muayene ve danışmanlık kişi yalnızken yapılmalıdır. Sağlık kuruluşları, sağlık kayıtlarını talep edildiğinde başvuru sahibiyle paylaşmalıdır. Sağlık birimlerine karşı oluşturulan güven, özellikle toplum tarafından ayrıma maruz kalan grupların (eşcinseller, kadınlar, gençler vb.) sağlık hizmetlerini kullanmasını sağlar.

Beden mahremiyeti hakkı, zihinsel olarak karar verme yetisi olan kişilerin bedenlerine, kendilerinin izni olmadan herhangi bir tıbbi müdahaleye yapılmamasını içermektedir. Kişiler yaş, cinsiyet, medeni durum, cinsel tercih ayrımı olmaksızın tek başına karar verebilmelidir (2,39,41).

### **2.3.5. Cinsel Yaşam ve Üremede Düşünce Özgürlüğü Hakkı**

Kişiler, cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda karar alma, araştırma yapma ve düşüncelerini medya aracılığı ile sunma ve konuşma özgürlüğüne sahiptir. Dini inançlar, gelenekler, düşünce ve vicdan nedeniyle kişilerin bilgiye ulaşması ve sağlık hizmeti alması engellenemez. Kişiler, kendilerini kısıtlayan bu etkenlerden korunmalıdır. Dini metinler, gelenekler ve felsefi görüşlerin kişileri kısıtlayan yorumlarının olumsuz risklerine karşı önlem alınmalıdır.

Sağlık personelinin düşünce özgürlüğü kapsamında gebeliği sonlandırma ve gebeliği önleme hizmeti sunmayı reddetme hakkı vardır, ancak başvuru sahibini başka bir sağlık ekibine yönlendirmesi gerekmektedir. Bu hak, hayati risk taşıyan durumlarda geçerli değildir (2,39,41).

### **2.3.6. Cinsel Yaşam ve Üremede Bilgilenme ve Eğitim Hakkı**

Kişilerin cinsel hayatları ve üreme sağlığı hakkında bilgi edinme ve eğitim alma hakkı vardır. Bu hak, kişilerin özgürce karar alabilmelerine olanak sağlamaktadır. Eğitim ve bilgilendirme, cinsiyete duyarlı, tarafsız, önyargısız ve çoğulcu bir biçimde yapılmalı, herhangi bir nedenle bilgi sınırlandırılmamalıdır.

Aile planlaması yöntemleri hakkında, kadın – erkek ayırımı yapmaksızın her yöntemin olumlu ve olumsuz yönlerini içerecek şekilde bilgi verilmelidir. Özellikle gençlerin, adolesan gebelerin bilgiye ulaşımı sağlanmalıdır. Ergenlere yönelik olarak; toplumsal cinsiyet eşitliği, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, cinsel şiddet konularında eğitim programları düzenlenebilir. (2,39,41).

### **2.3.7. Evlenme ve Aile Kurma Konusunda Seçim Yapma Hakkı**

Kişiler, evlenip evlenmeme ya da nasıl bir aile kuracağına karar verme konusunda özgürdür. Hiç kimse zorla evlendirilemez, Bu hak, çocuk yaşta evlilikleri kapsamaz. Ülkeler bunu önlemek için gerekli yasal düzenlemeleri yapmalıdır. Evlenme yaşından önce yapılan evlilikler geçersiz sayılmalıdır.

Ayırım yapılmaksızın evli ve bekar tüm bireyler, aile planlaması yöntemleri, kısırlık tedavisi, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar konusunda sağlık hizmeti ve eğitim alma hakkına sahiptir. Aynı şekilde doğurganlık yeteneğine sahip olmayanlar ya da HIV (+) kişiler de üreme sağlığı hizmetlerinden faydalanmalıdır (2,39,41).

### **2.3.8. Çocuk Sahibi Olup Olmama Konusunda Seçim Yapma Hakkı**

Kişiler, kaç çocuk yapacaklarına ve hangi aralıkla çocuk sahibi olacaklarına karar verme hakkına sahiptir. Bu, çocuk yapmama hakkına da sahip olduklarını göstermektedir.

Kadınların, üreme sağlığı, güvenli annelik ve güvenli düşük için yeterli sağlık hizmeti ve bilgiye ulaşabilmesi, çocuk yapma kararlarında özgür olmalarında etkili olacaktır. Bu yüzden üreme sağlığına yönelik hizmetler, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında verilerek, bu hizmetlerin ulaşılabilir olması sağlanmalıdır. Ayrıca, iş yaşamının gebelik süresi ve sonrasında güvenli anneliği sürdürebilecek şekilde düzenlenmesi de karar verme açısından önemlidir (2,39,41).

### **2.3.9. Cinsel Yaşam ve Üremede Sağlık Bakımı Alma ve Sağlığın Korunması Hakkı**

Kişiler, fiziksel ve mental sağlıklarını korumaya yönelik olarak en üst düzeyde ve ulaşılabilir sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir. Cinsel sağlık ve üreme

sağlığı ile ilgili sağlık hizmetleri, geniş kapsamlı, finansal ve coğrafi olarak ulaşılabilir, bireyin mahremiyetine ve onuruna saygılı olmalıdır.

Sağlık hizmeti, güvenli düşük de dahil olmak üzere, doğurganlığı düzenleyici yöntemler ile cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tanı ve tedavisine yönelik olmalıdır. Bu hizmetlerin kapsamında sağlık eğitimi de olmalı, böylece kadınların ile üremeye ilişkin kararlarını kendi özgür iradeleri ile alabilmelerine olanak tanınmalıdır.

Gebelik ve emzirme süresi boyunca yeterli beslenmeyi de içerecek şekilde, tüm kadınlar ulaşılabilir ve yeterli gebelik ve doğum sonrası sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir. Ayrıca, iş ortamı, ücretli annelik izni ve yeterli sosyal olanaklar sağlayacak şekilde yapılandırılmalıdır.

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı merkezlerinde; sağlık eğitimi ve muayene ve tedavi hizmetleri verilirken, kişilerin saygısı ve güveni kazanılmalı, mahremiyete, gizliliğe ve insan onuruna saygı gösterilmeli, ayrıca kişilerin kendilerini rahat hissetmeleri ve görüş bildirmeleri sağlanmalıdır. Bu hizmetler ulaşılabilir olmasının yanı sıra süreklilik arz etmelidir. Tüm bireylerin hizmet almaya hakkı vardır.

Ayrıca kişilerin, kadın sünneti gibi zararlı olan geleneksel uygulamalardan, üreme fonksiyonlarını bozma riski olan çalışma koşullarından ve gebeliğin devamının ruhsal veya fiziksel olarak zarar verdiği durumlarda güvenli düşük yapılmasını kısıtlayan kanunlardan korunmaları haktır (2,41).

### **2.3.10. Cinsel Yaşam ve Üremede Bilimsel Gelişmelerden Yararlanma Hakkı**

Kişilerin, cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili olarak bilimsel gelişmelerden faydalanmaya hakkı vardır. En son kontraseptif yöntemleri, düşük ve kısırlık tedavisini de içeren teknolojik gelişmeler güvenli bir biçimde sunulmalıdır. Teknolojiye güvenli ulaşımı engelleyen uygulamalara izin verilmemelidir. Bu teknolojik gelişmelerin zararlarından korunmak da bir haktır, konu ile ilgili olarak yeterli bilgi verilmelidir.

Cinsiyete duyarlı tıbbi araştırmalar desteklenmelidir (41).

### **2.3.11. Cinsel Yaşam ve Üremede Toplanma Özgürlüğü ve Siyasete Katılma Hakkı**

Kişilerin, cinsel hayatları ve üremeleri ile ilgili olarak sivil toplum örgütlerine katılmaya, örgüt kurmaya, haklarını bireysel veya toplu olarak savunmaya hakları vardır. Kimse haklarını bu şekilde talep ettiği için cezalandırılmaz, zarar göremez.

Hükümetler, kişilerin sadece kendilerinin değil, çocuklarının da üreme haklarına sahip çıktıklarını dikkate almalı, bu hakkın sorumlu bir şekilde kullanılması için önlemler almalıdır. Bu kapsamda; özellikle ergenlere cinsler arasında saygı, güvenli cinsellik konusunda eğitim verilmelidir. Hükümetler tarafından, üreme sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi sağlanmalı, böylece güvensiz cinsel yaşam, ayırıcı tutum engellenerek, özellikle kadınların cinsel hayat ve üreme hakları konusunda güç sahibi olmaları desteklenmelidir. Yaşlıların cinsel hayat ve üreme sağlığına ilişkin sorunları da göz ardı edilmemelidir.

Yöneticiler, toplum tarafından cinsel sağlık ve üreme haklarına öncelik tanınması için uyarılmalıdır. Hükümetler de bu konudaki karar alma süreçlerine sivil toplum örgütlerinin ve bireylerin katılımını sağlamalıdır (2,39,41).

### **2.3.12. Cinsel Yaşam ve Üremede İşkence ve Kötü Muameleden Korunma Hakkı**

Kadınlar, erkekler ve tüm çocukların; insanlık dışı, onur kırıcı davranışlardan ve kötü muameleden, aynı zamanda bilgisi dışında ve onayı alınmadan herhangi bir işlem yapılmasından korunmaya hakkı vardır. Kimse, bilinçli olarak onayı alınmaksızın tıbbi araştırma ve deneylerde kullanılamaz.

Bu kapsamda; çocuklar da dahil olmak üzere tüm bireyler pornografi, fuhuş gibi her türlü cinsel taciz ve istismardan aile içi de dahil olmak üzere korunmalıdır. Bu muameleye maruz kalan kişiler için uluslararası önlemler alınmalıdır (2,39,41).

## **2.4. Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Amacı ve Kapsamı**

Üreme sağlığı tanımına uygun olarak üreme sağlığı hizmetleri, kişilerin doğumdan itibaren hayatlarının bütün aşamalarında üreme sağlığı ve cinsel sağlıkla

ilgili bilgilendirilmelerini, bu konu ile ilgili sorunların oluşmaması için gerekli önlemlerin alınmasını ve sorun olduğunda çözümünün sağlanmasını içeren yöntem, teknik ve hizmetler bütünüdür. Üreme sağlığı hizmetleri, sadece bebeklik, çocukluk ve doğurganlık çağında değil, kesintisiz olarak tüm yaşam boyunca sunulmalıdır. Her dönemin gereksinimleri ayrı ayrı ele alınmalı ancak hizmetler süreklilik ve bütünlük içermelidir. Bu bağlamda, üreme sağlığı hizmetleri erkeklere yönelik olarak da planlanmalı, çocukluk, adolesan ve yaşlılık dönemleri kapsam dışında bırakılmamalıdır (35,42).

Üreme sağlığı hizmetlerinin amacı; cinsiyet, yaş, cinsel tercih, ırk vb. ayrımlar olmadan tüm bireylerin eşit şekilde üreme sağlığı hizmetlerinden faydalanmasını sağlayarak sağlıklı cinsel olgunluğa ulaşmaları, sağlıklı cinsellik yaşamaları, hiç bir baskı veya şiddet altında kalmadan üreme ile ilgili kararlar verebilmeleri, güvenli ve sağlıklı üreme hayatlarının olması, cinsellik ve üremeye ilişkin hastalık ve sakatlıklarda uygun danışmanlık, tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini alabilmelerini sağlamaktır (35).

Bu kapsamda üreme sağlığı hizmetleri; bireyler arasında ayırım yapmaksızın, üreme haklarına saygılı bir biçimde, üreme sağlığı ile ilgili ihtiyaç duyulan bilgiye ve hizmetlere ulaşımın sağlanmasını, gençlere sağlıklı cinsellik ve üreme konusunda danışmanlık yapılmasını, istenmeyen ve/veya erken yaştaki gebeliklerin önlenmesini, güvenli annelik için gerekli koşulların sağlanmasını, emzirmenin teşvik edilmesini, üremeye bağlı hastalık ve ölümlerinin azaltılmasını, erkeklerin katılımının sağlanması ve artırılmasını, CYBE'nin ve komplikasyonlarının önlenmesini ve üreme sağlığına ilişkin tüm gereksinimlerin karşılanmasını hedeflemektedir (40).

Bu amaç ve hedefler doğrultusunda üreme sağlığı hizmetleri, sadece CYBE, doğum ve düşüğe bağlı oluşan sorunlarla ilgilenmez, aynı zamanda eğitim, doğurganlığın düzenlenmesi, danışmanlık ve insan hayatında ve ilişkilerinde önemli bir yeri olan olan cinsel sağlık gibi koruyucu sağlık hizmetlerini de kapsamaktadır. Gerek koruyucu gerekse tedavi, bakım ve rehabilitasyonu içeren üreme sağlığı hizmetlerinin herkes için eşit olarak ulaşılabilir olması ulusal sağlık politikasının önemli bir ögesi olmalıdır (2,35).



Bu kapsamda; Kahire Konferansı'nda belirtildiği gibi üreme sağlığı hizmetleri şu konuları içermelidir (2,3,40);

- Sorumlu üreme ve cinsel davranış, sorumlu ebeveynlik için bilgilendirme, eğitim ve iletişim,
- Yaygın aile planlaması hizmetleri, aile planlamasında bilgilendirme, eğitim, iletişim ve danışmanlık,
- Etkin ana sağlığı hizmetleri ve güvenli annelik; doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım, emzirme,
- Genital yol enfeksiyonlarının (GYE) etkin kontrolü,
- CYBE'nin önlenmesi ve AIDS ile mücadele,
- İnfertilitenin önlenmesi ve tedavisi,
- Güvenli olmayan düşüklere son verilmesi ve düşüğe bağlı sonuçlarda gerekenin yapılması,
- Üreme organları malignansilerinin önlenmesi ve tedavisi,
- Beslenme,
- Bebek ve çocuk sağlığı,
- Adolesan sağlığı ve cinselliği,
- Sağlıklı yaşam biçimi,
- Çevresel faktörlerin düzenlenmesi,
- Sosyal, kültürel ve davranışsal faktörlerin düzenlenmesi.

Bu hizmetler yürütülürken erkeklerin de katılımının sağlanması önerilmektedir.

Yukarıda belirtilen hizmetler; aile planlamasına yönelik hizmetler, CYBE'ye yönelik hizmetler, eğitim ve danışmanlık hizmetleri ve güvenli annelik hizmetleri başlıkları altında incelenecektir.

#### 2.4.1. Aile Planlamasına Yönelik Hizmetler

Aile planlaması, 1984 yılında Meksiko City’de yapılan Nüfus Konferansı’nda, “bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuk sahibi olma ve doğumların arasını açmaya serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları” olarak tanımlanmıştır. Bu tanım toplantıya katılan ulusların oybirliği ile kabul edilmiştir (43).

CEDAW Sözleşmesi’nin 12. maddesi, “devletler aile planlaması dahil, sağlık hizmetlerine erkeklerin ve kadınların eşit erişimi temelinde kadınlara karşı ayrımcılığı önlemek üzere gerekli önlemleri alacaktır” hükmünü içermektedir (44).

Uluslararası ve bölgesel insan hakları sözleşmeleri, ulusal anayasalar ve yasalar, özellikle aile planlamasına ilişkin bilgilendirme ve hizmetlerine erişim ile ilgili garantiler sağlar. Devletler, bireylerin özgürce ve bilinçli olarak karar vermelerini sağlayacak şekilde ve saygınlık, mahremiyet ve gizlilik ilkelerine saygı göstererek aile planlaması hizmetlerini kaliteli ve uygun maliyetli olarak vermeyi taahhüt etmektedir (45).

Aile planlamasına yönelik hizmetlerin amacı, bireylerin kendilerine uygun aile planlaması yöntemini seçebilecek bilgiye sahip olmalarını sağlamak, istenmeyen gebelikleri ve aşırı doğurganlığı önlemek, gebelik aralığını ve doğum yaşını ayarlamak, çocuk sahibi olmayan ailelere yol göstermek ve sağlıklı çocuklar dünyaya getirilmesini sağlamaktır.

Aile planlaması hizmetleri hem kadın, hem çocuk hem de toplum sağlığı açısından önemlidir. Ne zaman ve ne sıklıkta çocuk sahibi olacağına özgürce karar verebilen ve bunu sağlıklı ortamda gerçekleştiren kadının sağlığı hem fiziksel hem ruhsal açıdan korunur. Anne ve bebek ölümlerinin azaltılmasında ve toplumda sağlıklı kadın ve çocukların sayısının artmasında aile planlamasının katkısı vardır.

Aile planlaması hizmetleri; eğitim ve danışmanlık, rahim içi araç uygulama, cerrahi yöntemler uygulama ve infertilite tedavisi hizmetlerini kapsamaktadır. Kişiler ihtiyaç duydukları bu hizmetlere kolayca ulaşabilmelidir.

Aile planlaması hizmetleri amaca ulaşması için kalite yaklaşımı içinde verilmelidir, aksi halde uygun yöntem seçimi ve yöntemin doğru uygulanması

mümkün olmamaktadır. Aile planlaması hizmetlerinde kaliteyi oluşturan öğeler; programla ilgili, hizmetle ilgili ve beklenen etkilere yönelik öğeler olarak sınıflanmaktadır. Programla ilgili öğeler; hizmet politikası, ayrılan kaynaklar, programın yapısı ve yönetimidir. Hizmetle ilgili öğeler; seçenek sunulması, bilgi verilmesi, uygun kişilerarası ilişkiler, teknik yeterlilik, izleme ve devamlılık ve tamamlayıcı hizmet çeşitliliğidir. Hizmet sonucunda beklenen etkiler; bilgi düzeyinde artış, hizmetten memnuniyet, gebelikten korunma, yöntem kullanma sırasında sağlığın korunmasıdır (43).

Kalite yaklaşımı kapsamında aile planlaması hizmet kriterleri aşağıda açıklanmıştır (45);

- Bireylere, bir kontraseptif yöntemin seçimi için yeterli bilgi verilmelidir. Bu bilgi yöntemin göreceli etkinliğini, yöntemin doğru kullanımını, nasıl etki ettiğini, yan etkilerini, sağlık riskleri ve faydalarını, kliniğe tekrar başvuru gerektirecek belirti ve bulguları, yöntem kullanımından vazgeçtikten sonra doğurganlığa dönüşün nasıl olacağını, CYBE'dan korunmayı içermelidir. Bilgi, birey tarafından kolayca anlaşılabilen dil ve yöntemler kullanılarak sunulmalıdır.
- Girişimler ve eğitim eğitimli ve yetkin sağlık personeli tarafından, uygun şekilde donatılmış ve erişilebilir sağlık birimlerinde verilmeli ve enfeksiyon önleme prosedürlerine uyulmalıdır.
- Yeterli ve uygun ekipman ve malzemelerin stokta bulundurulması ve muhafaza edilmesi gerekir (örneğin kontraseptif ürünler ve enfeksiyon önleme prosedürleri için malzemeler).
- Hizmet sunucular tarafından izlem yapılması sağlanmalıdır.

#### **2.4.2. Danışmanlık ve Eğitim Hizmetleri**

Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CSÜS) Danışmanlığı; temel sağlık hizmetleri kapsamında, bu alanda yetkin bireylerin danışmanlık ve iletişim becerilerini kullanarak danışmanlık sürecini uygulamasıdır. Amaç, başvuranların kendi düşüncesi ve tutumunu oluşturabilmesine yardımcı olmaktır (40).

Danışmanlık hizmetleri kişinin ihtiyacını karşılayacak nitelikte olmalıdır. Kadının biyolojik durumu yanında psikolojik ve sosyal yönü de dikkate alınmalıdır. Örneğin, gebeliğini devam ettirmek isteyen bir kadın gebelik sonlandırma hakkında bilgilenmek istemeyecek, lohusalık döneminde emzirmenin gebeliği önlediğine inanan bir kadın da kontraseptif yöntemlerle ilgilenmeyecektir. Danışmanlıkta önemli olan ihtiyacın nerede başladığı ve nerede bittiğidir (46).

Danışmanlığın amacına ulaşması ancak etkili bir iletişimle sağlanabilir. Sağlığın geliştirilmesi, tıbbi bilgi ve teknolojinin gelişmesinin yanı sıra insanların yaşam tarzlarını değiştirmelerine bağlıdır. Bu değişimde özellikle de CSÜS konularında danışmanlığın katkısı büyüktür. Danışmanlık, genellikle ihmal edilen bir unsurdur. Ancak etkili bir danışmanlık, özellikle gebeliklerin önlenmesinde, gebeliği önleyici yöntem kullanımını teşvik etmede, yöntem seçiminde, yöntemin doğru, düzenli ve uzun süreli kullanılmasını sağlamada önemlidir (40).

Kıyak, Yolsal ve Erdal'ın vaka kontrol çalışmasında, vaka grubuna gebeliği önleyici yöntemler konusunda danışmanlık hizmetleri verilerek 6 ay, 1 yıl ve 2 yıl sonra kontrol grubu ile gebeliği önleyici modern yöntem kullanımları karşılaştırılmıştır. Vaka ve kontrol grupları daha önce hiç modern yöntem kullanmayanlar arasından seçilmiştir. Vaka grubundaki kadınların modern yöntem kullanımı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuş, ancak aralarındaki etkileşimden dolayı diğer grubun da yöntem kullanmaya başladığı görülmüştür (47).

Gençlere yönelik danışmanlık ve eğitim hizmetleri, üreme sağlığı hizmetlerinin önemli bir bölümüdür. Gençlere verilen cinsel sağlık eğitimi, cinsel sağlığın korunması ve geliştirilmesinde etkili olduğu gibi kişinin mutlu ve uyumlu bir sosyal hayatının olmasına da olanak sağlar; adolesan gebeliklerin önlenmesi, düşüklerin azaltılması, CYBE ve HIV/AIDS'i önlemek cinsel sağlık eğitimi ile mümkündür. Cinsel sağlık eğitimi, genellikle sanıldığı gibi gençleri yanlış cinsel aktivitelere yönlendirmez, aksine sağlıklı, sorumlu ve doğru davranışlara özendirir (48).

Üreme sağlığı hizmetleri kapsamında doğuma hazırlık eğitimleri verilmektedir. Gebe eğitimleri, ailelerin gebelik ve doğum sürecinde fiziksel ve ruhsal sağlıklarını korumada aktif rol almalarını sağlar. Bu süreçte olabilecek

problemlerle baş etme ve uyum sağlama becerisi kazandırır. Prenatal bağlanmayı arttırır ve depresyon riskini azaltır. Kartal ve Karaman'ın çalışmasında gebeliği planlı ve çekirdek aile tipine sahip ve çalışan kadınlarda prenatal bağlanmanın daha yüksek olduğu saptanmıştır (49).

### **2.4.3. Güvenli Annelik Hizmetleri**

Güvenli annelik; anneye, gebelik öncesinden başlayarak gebelik sırasında ve doğum sonrasında bakım verilmesini, istenmeyen ve riskli gebeliklerin önlenmesini, sağlık personeli desteği ile doğum ve acil obstetrik hizmetlerin sunulmasını, böylece anne ve bebek sağlığına yönelik tehlikelerin azaltılmasını ve ölümlerin önlenmesini amaçlayan bütüncül bir yaklaşımdır. Güvenli annelik bir insan hakkıdır (44,50,51).

Fetus hakları ve insan haklarının sınırı tartışma konusu olmaktadır. İnsan hakları sözleşmeleri, birleşme ile doğum arasındaki yaşamın insan hakları kapsamındaki yasal haklara sahip olmadığını yani onun henüz hakları korunması gereken bir "kişi" olmadığını belirtmektedir. Bu görüş, Üreme Hakları Merkezi (Center for Reproductive Right City) tarafından yayımlanan bir yayın ile bildirilmiştir. Buna ek olarak, insan hakları sözleşmeleri, özellikle hamileliğin kadınların sağlığını etkilediği durumlarda veya gönüllü olarak kadınların hamileliğini sonlandırma hakkına sahip olduklarını kabul etmektedir. Bir kadının gönüllü olarak hamileliğini sonlandırması cinsiyet eşitliği, yaşama hakkı, özel hayatın gizliliği, din ve vicdan özgürlüğü, kölelik, işkence ve kötü muameleden korunma hakkı olarak insan hakları kapsamındadır. Bu haklar, her zaman fetusun korunmasından önceliklidir (52).

Güvenli annelik yaklaşımı, kadının gebeliği sonlandırma hakkının yanı sıra aile planlaması hizmetlerine kolay ulaşmasını ve gebeliği önleyici yöntem seçimi konusunda özgürce karar verme hakkına sahip olmasını da içermektedir. Bu yaklaşıma göre her gebelik riskli gebeliktir. Bu yüzden gebelik öncesinden başlayarak gebelik, doğum ve doğum sonrası içeren hizmetler anne ve bebek sağlığı açısından belirleyicidir (51).

Son 30 yılda doğum öncesi bakım ve sağlık personeli desteği ile doğum yapılması oranlarında yaklaşık %30'luk bir artış sağlansa da bölgeler arasındaki

farklılıklar devam etmektedir. Sağlık personeli desteği ile yapılan doğumlarda bile %15 oranında komplikasyon yaşanmaktadır. Acil obstetrik bakımın ulaşılabilir olması olumsuz sonuçların neredeyse tümünü önlemektedir (44). Ayrıca bu hizmetlerin kaliteli bir şekilde yürütülmesi ile neonatal ölümlerin %75'inin önlenebileceği kabul edilmektedir. Doğumdan sonra annelerin erken taburcu olmaları, sorunların erken dönemde saptanamamasına neden olmaktadır. Bu yüzden anne ve bebekler kısa süre içerisinde tekrar hastaneye yatmakta, sonuç olarak maliyet ve mortalite artmaktadır. Bu nedenle doğum sonrası bakıma çok daha fazla özen gösterilmelidir (53).

Doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinin, sadece doktor tarafından verilmesi hizmetlerin etkinliğini azaltır. Bu hizmetler, halk sağlığı anlayışına uygun olarak, ekip anlayışı içerisinde özellikle ebe ve hemşirelerin aktif katılımıyla yürütülmelidir (54).

#### **2.4.4. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlara Yönelik Hizmetler**

CYBE, dünya genelinde kadın ve erkeklerde özellikle cinsel aktivitenin en yoğun olduğu yaş grubunda (15-35 yaş) görülmektedir. Kentlilerde görülme sıklığı, kırdaki yaşayanlara oranla daha yüksektir (44).

Kadınlar, CYBE'ye gerek biyolojik ve fizyolojik özellikleri gerekse sosyal duyarlılıkları nedeniyle daha sık maruz kalmaktadır. Erken evlilikler ve erken yaşta cinsel ilişkiye başlamak riski artırmaktadır. Viral enfeksiyonlar kronikleşmekte ve yaşam boyunca sadece semptomatik olarak tedavi edilebilmektedir. Bu nedenle erken tanı ve tedaviye yönelik hizmetler sunulmalıdır (40).

Gençler, CYBE açısından en önemli risk grubudur. Bu kapsamda gençlere yönelik cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri önem kazanmaktadır. Danışmanlık hizmetlerinin hedefi, gençlerin riskli davranışlarını değiştirmek ve sağlıklı yaşam tarzlarını özendirme olmalıdır. Bu amaçla etkili danışmanlık hizmeti veren genç dostu hizmet merkezleri artırılmalıdır. Cinsel olarak aktif nüfusun bu merkezlere erişimi sağlanmalıdır (50).

CYBE'ye yönelik korunma ve tedavi hizmetlerine ulaşabilme konusunda sıklıkla engellere maruz kalınmaktadır. CYBE'ye yakalanmış kişilerin ya da hastalık

riski olanların ayrımcılığa maruz kalması, hizmeti nereden ve ne zaman almaları gerektiğinin bilinmemesi ve bireylerin gizliliğine saygı gösterilmeyeceği endişesi hizmeti hiç almamalarına ya da zamanında alamamalarına neden olmaktadır. Bu durum, hastalığa yakalanma ve bulaş riskini artırmaktadır (55). Bu kapsamda, HIV pozitif ve AIDS vakalarının tespitini sağlayabilmek için başvuranın kimlik bilgilerinin istenmediği ve kaydedilmediği “anonim test merkezleri”nin hizmet vermesi önem kazanmaktadır. Bu merkezlerde sadece başvuranın yaşı, cinsiyeti ve risk faktörü gibi epidemiyolojik bilgiler toplanıp, raporlanmaktadır (56). Ayrıca, HIV enfeksiyonlarını önlemek amacıyla kan ve kan ürünlerinin tam taramasının yapılması, tanı, tedavi ve bakım standartlarının geliştirilmesi ve bu hastaların haklarının korunması amacıyla yasal, etik düzenlemelerin yapılması önerilmektedir (50).

Özellikler gençlerde CYBE, ilk temasta etkili olarak tedavi önemlidir. CYBE'ye yönelik hizmetler; danışmanlık hizmetlerini, vakaların yeterli tedavisini, sağlık personelinin eğitim ve gözetimini, antibiyotiklere direncin önlenmesini, risk grubundakilerin sayı ve yüzde olarak belirlenmesini, eşlere bulaşın önlenmesi için gerekli tedbirlerin alınmasını, anneden bebeğe bulaşın önlenmesini, kondom kullanımının özendirilmesini kapsamaktadır. CYBE ile mücadele sektörler arası işbirliği içinde olmalıdır (50).

## **2.5. Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler**

Bir toplumun üreme sağlığı düzeyi, genel sağlık düzeyi ile doğrudan ilişkilidir. Çünkü üreme sağlığı, yaşam boyu yaklaşımı ile ele alındığında bireylerin doğumdan ölüme kadar üreme sağlığı ile ilgili olarak biyolojik, sosyal ve zihinsel açıdan tam bir iyilik halinde olmalarını gerektirir. Bu yönüyle üreme sağlığı, kişilerin biyolojik yapılarından kaynaklanan etkenlerin (yaş, cinsiyet, kronik hastalıklar vb.) yanında çevrelerini oluşturan sosyal, kültürel, ekonomik ve politik etkenlere bağlı olarak da değişir. Dolayısıyla üreme sağlığı düzeyi, ülkeden ülkeye ve zaman içerisinde farklılık göstermektedir.

Bu kapsamda, üreme sağlığını etkileyen faktörler; nüfus politikaları, demografik yapı, sağlık hizmetleri ve sağlık insan gücü, eğitim, aile tipi, ilk evlenme

yaşı, gelir düzeyi ve dağılımı, kültürel farklılıklar ve toplumsal cinsiyet eşitliği başlıkları altında incelenmiştir.

### **2.5.1. Nüfus Politikaları**

Üreme sağlığını etkileyen en önemli faktörlerden biri ülkelerin nüfus politikalarıdır. Tarih boyunca doğurganlık, politikacıların ilgi alanında olmuş, özellikle 1994 yılında toplanan Kahire Konferansı'na kadar yaygın biçimde karar vericiler, nüfusu artırıcı ya da azaltıcı politikaları gündeme getirmişlerdir. Bu konferans ile birlikte, doğurganlığın, kişilerin karar vermesi gereken bir alan olduğu ve buna müdahale etmenin bir insan hakları ihlali olduğu gündeme gelmiştir. Üreme hakları kavramı dünya genelinde kabul görmeye başladıkça birlikte halen bir çok ülkede hükümetler doğurganlığa yön vermeye çalışmaktadır. Nüfus politikalarının tarih boyunca doğurganlığa etkisi 2.2.1.1. ve 2.6. kısımlarda açıklanmıştır.

### **2.5.2. Demografik Yapı**

Sağlığın genel belirleyicilerinden olan demografik yapı; doğum, ölüm ve göç bileşenleri ile üreme sağlığını etkilemektedir. Doğumlar ve ölümlerin doğurganlığa etkisi, 2.2.1.2. kısımda açıklanan demografik dönüşüm teorisi ile açıklanmıştır.

Dış ve iç göçler de nüfusun yapısını etkilemektedir. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) tarafından yapılan araştırmaya göre bireyler geri dönüş, güvenlik, bireysel, ailesel ve ekonomik nedenlerle göç etmektedir. Dünya üzerinde daha çok sosyoekonomik düzeyi düşük kadınların göç ettiği görülmektedir ve göçler kadının statüsünün daha da düşmesine yol açmaktadır. Kadınlar, gittikleri ülkede hem kadın hem göçmen olmaları nedeniyle cinsel taciz ve şiddete maruz kalabilmektedir. Dil engeli, kültürel farklılıklar ve yeni ortamın tanınmaması nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşım zorlaşmaktadır. Öncelikle kadınların bedensel sağlığı etkilenmektedir. Beslenme bozuklukları, anemi, sıtma, solunum yolu enfeksiyonları vb. sıklıkla görülmektedir. Bu sorunların getirdiği stres, psikolojik travmalara, kaygı bozuklukları ve depresyona yol açmaktadır. Üreme sağlığı düzeyi de bu sorunlarla birlikte olumsuz etkilenmektedir. CYBE, istenmeyen gebelikler, güvenli olmayan düşükler, aile planlaması ve doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinin alınamaması kadın sağlığını tehlikeye düşürmektedir (57,58).



### 2.5.3. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık İnsan Gücü

1995'te Pekin'de yapılan konferans sonucunda belirlenen eylem programında, "üreme sağlığı hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri aracılığı ile verilmesi" şartı bulunmaktadır. Bu kapsamda, içeriği 2.4. kısımda açıklanan üreme sağlığı hizmetlerinin varlığı, temel sağlık hizmetleri anlayışı içinde içinde verilmesi, ücretsiz olması, kabul edilebilir olması, hizmetin coğrafi olarak ulaşılabilir olması ve yaygınlığı üreme sağlığı açısından önem kazanmaktadır. Birinci basamak sağlık birimlerinde verilen hizmetlerin ikinci basamak sağlık birimleri tarafından desteklenmesi ve hizmet basamakları arasındaki koordinasyon üreme sağlığı hizmetlerinin etkinliğini artırmaktadır (2).

Sağlık hizmetlerinin kalite yaklaşımı içinde verilmesi önemlidir. Kalite yaklaşımına göre; her basamakta hangi hizmetin, hangi hedef gruplara, hangi nitelikteki personel ile ve nasıl verileceğinin belirlenmesi gerekmektedir. Personelin görev tanımları açık ve net olmalıdır. Hizmet standartları gelişmiş ülkeler tarafından kabul edilen, yasalarla uyumlu, hizmeti sunan ve hizmet alanların beklentilerini karşılayacak şekilde geliştirilmelidir. Sağlık hizmetlerinde hizmet alanların hakları ve hizmet sunanların gereksinimleri dikkate alınmalıdır. Tüm çalışanların, kurumun hedefleri ve hizmet standartları konusunda bilgisi olmalıdır. Hizmetler, değişen koşullara uyum sağlamalıdır. Nitelikli hizmet için gerekli fizik yapı, malzeme ve teknoloji gereksinimleri karşılanmalıdır. Kayıtlar doğru, eksiksiz, zamanında ve standartlara uygun şekilde tutulmalıdır. Kayıtların kim tarafından nasıl tutulacağı ve nerede, ne süre ile saklanacağı belirlenmelidir. Sağlık hizmetlerinin performans kriterleri belirlenerek, iç ve dış tetkiklerle takip edilmelidir. Hasta kayıtlarının, yatak doluluk oranlarının, sağlık istatistiklerinin, ayaktan tedavi için başvuran hasta taleplerinin, malzeme kontrolünün takip edildiği yönetim bilgi sistemleri kullanılmalıdır (2,44).

BM Genel Sekreteri tarafından UNKK hedeflerini değerlendirmek amacıyla 2014 yılında yayınlanan raporda; devletlerin, yukarıda açıklanan nitelikli üreme sağlığı hizmetlerini sunabilmek için nitelik ve nicelik olarak yeterli sağlık insan gücünü yetiştirmesi ve sağlık personelinin değişen şartlara uyum sağlayabilmesi için hizmet içi ve görev başı eğitimlerle güçlendirilmesi önerilmiştir. Rapora göre, yeteri kadar ve ihtiyacı karşılayacak nitelikte sağlık eğitim kurumları açılmalı, özellikle

ebeler gibi orta düzey kadroların yetiştirilmesine öncelik verilmeli, sağlık personelinin eşit dağılımı sağlanmalıdır (44).

Ayrıca, gelir farkı gözetmeksizin, mülteciler ve sığınmacılar da dahil olmak üzere herkes nitelikli, kapsamlı, bütünleşmiş üreme sağlığı hizmetlerine ulaşabilmelidir (44).

#### **2.5.4. Eğitim**

Eğitim düzeyi, ekonomik gelişme ve kalkınmanın yanı sıra üreme sağlığını da etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Eğitim düzeyi yükseldikçe kadının zaman değeri yükselmekte buna bağlı olarak evlenme ve çocuk sahibi olmanın fırsat maliyeti artmakta ve doğurganlık azalmaktadır. Doğurganlık kadının eğitim düzeyinden daha çok etkilenmektedir. Eğitim ile doğurganlık arasındaki ilişkiyi gerek ülkeler gerekse aynı ülke içindeki bölgeler arasındaki farklar açıklamaktadır. Eğitim düzeyi yüksek olan çiftlerde, ilk evlenme yaşı, ilk çocuk sahibi olma yaşı ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı daha yüksektir (59).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013'e göre Türkiye'de eğitilmiş annelerde çocuk sahibi olmayı sonlandırma isteği daha fazladır, bebek ve çocuk ölümlülüğü daha düşük seviyededir. Eğitim, doğum öncesi ve sonrasında bakım hizmetlerinin kullanımını, doğumda tıbbi yardım alma ve sağlık kuruluşlarında doğum yapma oranını artırmaktadır. Eğitilmiş annelerin bebek ve çocuk bakımıyla ilgili daha olumlu tutum ve davranışlar sergiledikleri görülmektedir; erken dönemde emzirmeye başlama, aşıları yaptırma oranları daha yüksektir. Düşük doğum ağırlıklı bebekler düşük eğitim düzeyindeki ailelerde daha sık görülmektedir. Eşler arasında eğitim farkı yüksek olanlarda (erkeğin yüksek olması durumunda) doğurganlık daha yüksektir (60).

Eğitim düzeyine bağlı olarak üreme sağlığını etkileyen diğer sosyal ve ekonomik faktörler de değişim göstermektedir. Eğitim düzeyi arttıkça kadının iş hayatına katılımı ve gelir düzeyi artmakta, böylece çocuk sahibi olmanın fırsat maliyeti ortaya çıkmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek olanlarda, evlilik nedeniyle işten ayrılmalar daha az görülmektedir. Eğitim düzeyi daha düşük olan kadınların, şiddete maruz kalma sebeplerini doğru bulma oranı daha yüksektir. Eğitim, kadının statüsünü ve aile içindeki karar verme gücünü artıran unsurlardan biridir (59,60).

Eryurt ve Ergöçmen araştırmalarında, kadınların ebeveyn eğitimlerinin de özellikle ikinci ve sonraki çocuklara geçişte etkili olduğunu, anne ve babası eğitimsiz olan kadınların ikinci doğuma geçme olasılıklarının %30 daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (61).

### **2.5.5. Aile Yapısı**

Kadının modern ailelerde söz sahibi olması doğurganlığı etkilemektedir. Modern aile kavramı tek eşliliği ve çekirdek aile modelini ifade etmektedir. Modern ailelerde genellikle evlenme yaşı yüksektir, evlilikler çiftlerin kararına ve romantik aşka dayanır. Gençler ailede söz hakkına sahiptir, bireysel özgürlükleri vardır. Bu ailelerde, toplumsal cinsiyet rollerinde eşitlik sergileyen çiftler, gebeliği önleyici yöntemleri yaygın olarak kullanırlar ve doğurganlıklarını planlarlar (62,63).

Toplumsal cinsiyet eşitliğine dair rollerin varolduğu ailelerde, kadının daha eğitilmiş olması, buna dayalı olarak sağlık hizmetlerini talep etmesi, sağlıklı ve nitelikli çocuk yetiştirme konusuna önem vermesi, ayrıca erkeğin çocuklara eşitlik algısı konusunda rol model olması üreme sağlığı düzeyini yükseltmektedir. Yani modern aile tipi, sadece doğurganlığı değil, üreme sağlığını genel olarak olumlu etkilemektedir. Örneğin, Kartal ve Karaman'ın yaptığı çalışmada (2018), çekirdek aile yapısına sahip kadınlarda prenatal bağlanmanın (gebelikte anne-bebek bağının kurulması) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (49).

Modern aile yapısının görölme sıklığı bölgeler arasında farklılıklar göstermektedir. Sosyoekonomik değişim, demografik değişim ve düşünsel değişim aile yapısını da değiştirmektedir. Sanayileşme, çocuk ölümlerinin azalması, kentleşmenin artması, evlilik yaşının yükselmesi, özgürlük ve eşitlik algısı, toplumsal cinsiyet eşitliği ideali, çocukların ve gençlerin toplumdaki yeri modern aile yapısının benimsenmesine neden olmaktadır. Modern aile yapısı en sık olarak kuzeybatı Avrupa'da görölmektedir.. Abbasi-Shavazi ve arkadaşlarının (2012), İran'da yaptıkları çalışmada; aile için "modern" olarak tanımlanan özelliklerin genellikle gelişmiş ölkeler ile özdeşleştiği belirtilmiştir. Örneğin; erken ve görücü usulü evlilikler ile yüksek doğurganlık az gelişmiş bölgelerde, toplumsal cinsiyet eşitliğine dayalı evlilikler ise gelişmiş bölgelerde daha sık olarak görölmektedir (62,63).

### **2.5.6. İlk Evlenme yaşı**

İlk evlenme yaşının, diğer sosyal ve demografik değişkenler sabit tutulduğunda doğurganlığı etkilediği görülmektedir. İlk evlenme yaşının yüksek olması, doğurganlık döneminin kısalmasına, gebeliği önleyici yöntem kullanımının artmasına ve doğurganlık örüntüsünün değişmesine yol açmaktadır. Bazı ülkelerde evlilik, cinsellik ve doğurganlık için bir ön koşuldur. Ancak evlenene kadar tabu olan cinsellik, evlilikten sonra zorunluluk olmakta ve kadından doğurganlık beklenmektedir. Bu toplumlarda ilk evlenme yaşının doğurganlık üzerindeki etkisi daha da önem kazanmaktadır (64–66).

Gelişmekte olan tüm ülkelerde ilk evlilik yaşının yükselmesinde; kadının eğitim düzeyi, toplumsal cinsiyet eşitliğine dayalı rolleri, kendi bedeni hakkında söz sahibi olması etkilidir. Ayrıca yapılan çalışmalar akraba evliliği yapanların daha erken yaşta evlendiğini göstermektedir (65).

Mevcut eğilimlerin devam etmesi halinde, 142 milyon kız çocuğunun daha 2020 yılına kadar 18. yaşından önce evlenmesi beklenmektedir (44).

### **2.5.7. Gelir Düzeyi ve Gelir Dağılımı**

Ekonomik durum üreme sağlığının belirleyicilerinden biridir. BM, 2015 yılında belirlenen Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinde 2030 yılına kadar dünyada yoksulluğun giderilmesini ve eşitsizlikler ile mücadeleyi ele almıştır. “Eşitsizlik” kavramı öncelikle sağlık alanındaki eşitsizlikleri kapsamaktadır. BM Kalkınma Programı (UNDP), dünya nüfusunun %30’undan fazlasının yaklaşık 1,5 milyar kişinin yoksulluk içinde olduğunu tahmin etmektedir (44,67).

Bir ülkenin ekonomik durumu toplumun sağlık düzeyini doğrudan ve dolaylı nedenlerle etkilemektedir. Ekonomik durumun, sağlık hizmetlerinin ve sağlık personelinin nitelik ve niceliği ile toplumun sağlık hizmetlerine erişimini etkilemesi sağlığı doğrudan etkileyen faktörler olarak ele alınmaktadır. Olumsuz yaşam koşulları ve yoksulluk nedeniyle ortaya çıkan beslenme sorunları ve yetersiz eğitim gibi sorunlar ise sağlık düzeyini dolaylı olarak etkilemektedir. Küreselleşme sürecinin ulusal ve uluslararası düzeyde gelir dağılımı eşitsizliğini belirginleştirmesi nedeniyle sağlık düzeyinin olumsuz etkilendiği söylenebilir (67).

Dünya genelinde düşük gelir düzeyinden öncelikle gebeler ve çocuklar etkilenmektedir. 1994'ten beri yoksulluk konusunda çok ilerleme sağlanmasına rağmen ülkeler arasındaki eşitsizlikler devam etmektedir. Olumsuz çevre koşullarından (gıda yetersizliği, sanitasyon sorunları ve yeterli/sağlıklı su bulunmaması vb. sorunlar) öncelikle kadınlar ve çocuklar etkilenmektedir. Yoksul gruplarda düşükler, doğumsal sorunlar, intrauterin gelişme geriliği ve perinatal mortalite riski artmaktadır. Düşük gelir düzeyinde yer alan anne, bebek ve beş yaş altı çocuklarda önlenebilir nedenlerden kaynaklanan ölümler daha sık görülmektedir. Erkeklerle oranla kadınlar ve kız çocuklarının ölüm oranları, gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir. Yoksul grubun sağlık göstergeleri, diğerlerine göre çok daha düşük düzeydedir (3,44,68).

Aşırı yoksulluk ve gelir dağılımındaki eşitsizlik, çocukların eğitim yılı sürelerini kısaltmakta, kadını toplumda ikincil konuma itmekte ve toplumsal, kültürel kurallara bağlı olarak erken yaşta evliliklerin artmasına yol açmaktadır. Dünyada nüfusun en yoksul diliminde yer alan kızların %54'ü çocuk yaşta evlenirken, en zengin %20'lik dilimde erken yaşta evlenenlerin oranı %16'dır. Erken yaşta evlilik ve ebeveyn olma yoksulluk riskini artırabilmektedir (44). Wang'ın yaptığı çalışmada, toplumların daha modern ve ekonomik olarak daha kalkınmış hale geldikçe toplumsal cinsiyet eşitliğinin ve üreme sağlığının da daha iyi bir düzeye geldiği sonucuna varılmıştır (69).

Doğurganlık, gelir düzeyi ve dağılımı ile ilişkili başlıca ekonomik değişkenlerden biridir. Hanehalkı gelirinin artışı ve kadının iş hayatına katılımı bir taraftan çocuğun maliyetini karşılarken diğer taraftan çocuk sahibi olmanın fırsat maliyetini artırmaktadır. Deliktaş'ın yaptığı çalışmada gelir düzeyi ile doğurganlık arasında negatif ilişki bulunmuş, Selim ve Üçdoğruk'un yaptığı çalışmada ise hanehalkı geliri ile pozitif, kadının geliri ile negatif yönlü ilişki tespit edilmiştir. Geliri artan aileler daha çok çocuk yerine daha az sayıda ancak nitelikli çocuk sahibi olmayı tercih etmektedir. Gelir düzeyi ile doğurganlık ilişkisi, ülkelerin gelişmişlik düzeyine, gelirin elde edilme zamanına ve şekline, ayrıca mensubu olunan sosyoekonomik gruba göre değişmektedir. Çocukların çalışması ve aileye kazanç getirmesi beklentisi olan ailelerde çocuğa atfedilen ekonomik değer yüksek, çocuklarını eğitime yönlendiren ailelerde ise eğitimin ek masraflarından dolayı

düşüktür. Bu aileler daha çok sayıda ve erkek çocuk tercihiyle bulunmaktadır. Kağıtçıbaşı'ya göre bunun nedeni, erkek çocukların özellikle kadınlar için, ekonomik rahatlığın kaynağı olarak görülmesidir. Freedman ve Thorton çalışmalarında, evliliğin ilk yıllarındaki gelir düzeyinin çocuk sayısını belirlemede etkili olduğunu belirtmişlerdir. Az gelişmiş ülkelerde gelir düzeyi ile doğurganlık ilişkisinin pozitif yönde olduğu görülmektedir (54,59,66,70).

### **2.5.8. Kültürel Farklılıklar**

Üreme sağlığının belirleyicileri sadece sağlık hizmetleri, kontraseptif kullanımı, ilaçlar, hastalıkların tedavi edilmesi değildir. Kişilerin sağlık davranışları sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde önemlidir. Üreme sağlığına yönelik davranışların genellikle yaş, eğitim, ekonomik durum, medeni durum ya da bölgesel faktörlerden etkilendiği düşünülürken kültürel faktörler göz ardı edilmektedir. Oysa sağlık davranışları, kültürel normlar, sosyal davranışlar, beden imgesi ve yaşam felsefesine bağlı olarak şekillenen sağlıkla ilgili önceliklerinden etkilenir (69,71).

Bazı toplumlarda evli olmak ve anne olmak, kadının statüsünü yükseltmekte ve sosyal ilişkilerini güçlendirmektedir. Bunun nedeni, kadınların geleneksel olarak kendilerinden beklenen rolleri yerine getirdiklerinde, aile içinde statü kazanmaları ve toplumsal alanda saygı görmeleridir (66). Bu yüzden kadının statüsü ile doğurganlık kontrolü arasında karşılıklı bir ilişki göze çarpmaktadır. Çocuk sayısı ile kadının değer kazandığı toplumlarda, kadınlar kendi doğurganlıklarını sınırlandıramamaktadır (44).

Kadına karşı şiddete tolerans, ergenlere yaklaşım, toplumsal cinsiyet eşitliği düzeyi, dini normlar, tabular ve üreme sağlığına ilişkin geleneksel uygulamalar kültürel faktörler olarak üreme sağlığını etkilemektedir. Kadına karşı şiddet, kadın ve erkek arasında var olan kültürel eşitsizliklerin en somut sonuçlarından birisidir. Şiddete yol açan kültürel normlarla mücadelede ülke yönetimleri sivil toplum örgütlerinin etkin rol almasını sağlamalıdır (72).

Ergenler, kültürel normlardan etkilenen savunmasız gruplardan biridir. Erken yaşta evlilikler, kendi seçmediği eşle zorla evlendirme, bedel karşılığı evlendirme, akraba evliliği, çok eşlilik, kadın sünneti, tecavüz ve ensest ilişkiler kültürleri nedeniyle bazı toplumlarda daha yaygındır. Evlilik öncesi cinsel ilişkinin tabu olduğu

toplumlarda gençler, sağlık hizmetlerinden tam olarak faydalanamamakta ve riskli cinsel birlikteliklerinin sonuçlarını daha travmatik yaşamaktadır. Bazı ülkelerde gebeliği önleyici ilaç kullanımına yönelik kısıtlamalar vardır. Örneğin, Güney Afrika'da 15 yaşın altındaki gençlerin ebeveyn izni olmadan kontraseptiflere erişimi yasaktır (72).

Dini ve sosyokültürel normlara bağlı olarak düşükle ilgili uygulamalar farklılık göstermektedir. Örneğin, anne yerine fetüsün yaşamının öncelik taşıdığı toplumlarda kadın sağlığı risk altındadır (73).

Ayrımcılığa maruz bırakılma ve tabular da kültürel normlardan kaynaklanmaktadır. Bazı toplumlarda eşcinseller, seks işçileri, evlilik dışı cinsel ilişkiye girenler ve farklı etnik kültürler ayrımcılığa maruz kalmaktadır. Ayrıca menstürasyon, gebelik, emzirme, akraba evliliği, anal ve oral seks konuları toplumdan topluma bazen yasaların da belirleyici olduğu şekilde farklılık göstermektedir (73). Bozbeyoğlu ve Ergöçmen'in araştırması sonucunda, bulunduğu toplum ile farklı dil konuşan etnik kültürlerde doğurganlık davranışında, gebeliği önleyici yöntem kullanımında ve kürtaj sıklığında farklılıklar olduğu bulunmuştur ve demografik analizlerde kültürel faktörlerin incelenmesi önerilmiştir (71).

Ayrıca, üreme sağlığını korumak, geliştirmek ya da gebeliği önleyici yöntemlere ilişkin çok sayıda tıbbi seçenek mevcuttur ve kişiler bunları bazen üreticilerin öngördüğünden farklı bir biçimde yorumlamaktadırlar. Bazı ülkelerde sağlıkla ilgili geleneksel uygulamalar kanıta dayalı olarak uygulanmaktadır. Gebelik, doğum öncesi ve sonrası davranışlar, gebeliği önleyici yöntem kullanımı, cinsel davranış, kürtaj, infertilite ve kadının cinsel organlarına yaklaşım kültürel etkiler ile yakından ilgilidir. Emzirmenin gebeliği önleyici yöntem olarak kabul edilmesi, uzun süren cinsel perhizler doğurganlığı etkileyen kültürel normlar arasındadır. Toplumların kültürel yapılarını anlamak, sağlık hizmetlerine şekil verecektir (43,74).

Evlilik ve aile yaşamını şekillendiren kültürel, toplumsal ve geleneksel normlar, resmi uygulamalara da yansımaktadır. Kadın haklarını koruyan yasaları kabul eden ülkeler bile çoğu zaman bu yasaları kültürel normlar nedeniyle yeterince uygulamamaktadır (72).

### 2.5.9. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği

Eşitsizlik, önlenemez olması nedeniyle topluma gereksiz yükler getiren, adil olmayan farklılıklar içeren ve “haksız” sonuçlar doğuran durumlardır. Bu bağlamda toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kaynağı, iktidar ilişkilerinin sonucunda toplumun kadın ve erkeğe ilişkin algıdır. Toplumsal cinsiyet, her iki cinsi sosyal olarak yapılandıran özelliklerdir. Burada önemli olan; bireylerin cinsiyeti nedeniyle herhangi bir ayrımcılığa maruz kalmadan fırsatlara, kaynaklara ve hizmetlere eşit olarak ulaşabilmesidir (75,76).

Sağlık alanında toplumsal cinsiyet analizi, kadın ve erkekte cinsiyete bağlı olarak farklılaşan sağlık risklerini, sağlık sonuçlarını, hastalıkların ortaya çıkma sıklığı ve şiddetini ayrıca hastalıklara verilen sosyal ve kültürel tepkileri inceler. Üreme sağlığı, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden en çok etkilenen alandır. Toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması, BM tarafından 2015 yılında belirlenen “Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri” arasındadır. (68,76).

Kadınlar, üremeye yönelik davranışlarından ötürü erkeklere oranla çok daha fazla sağlık riskleri taşımaktadır. Doğurganlığa bağlı ölümler, kadınların sağlık gereksinimlerinin yeterince karşılanmadığını göstermektedir. Aile içinde söz sahibi olan kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanma oranları daha yüksektir. Bu kadınların kendi bedeni üzerinde söz sahibi olması ilk evlenme yaşını yükseltmekte, doğurganlığı ve isteyerek düşük oranını düşürmektedir (44,65). Doğumda daha sık olarak kız çocuklarının kaybedilmesi, aile içindeki ayrımcılığın göstergesidir (68).

Korunmasız cinsel ilişki sonucunda kadınların CYBE’ya yakalanma riski erkeklere göre daha fazladır. Toplumsal cinsiyete dayalı şiddet genellikle kadınlara yöneliktir. Namus cinayetleri, bekaret kontrolü, çok eşlilik, başlık parası alınması, kadın sünneti, cinsel taciz toplumsal cinsiyete dayalı şiddet kapsamında değerlendirilmelidir. Yine yerlerinden edilmiş gruplarda, güvenli olmayan ortamlardan kadın ve kız çocukları daha çok etkilenmekte, toplumsal cinsiyete dayalı şiddete maruz kalmaktadır (44,76,77).

Kadınların siyasi katılımı ve işgücüne katılımında toplumsal cinsiyet ayrımı kendini göstermektedir. Kadınlar karar alma mekanizmalarında çok az yer almaktadır. Kadınların parlamentolara katılım oranı son 20 yılda ikiye katlanmasına



rağmen halen %20 düzeyindedir. Genç kadınlardaki işsizlik erkeklerden daha fazladır. Ayrıca yüksek öğrenim görmüş gençler arasında yine kadınların işsizlik oranı daha yüksektir. Dünyada kadınların tarım dışı istihdam oranı artmaktadır, ancak halen kadınlar ücretli işçilerin %41'ini oluşturmaktadır. Eşitsizlik ücretlendirme politikalarına da yansımaktadır. Kadınlar erkeklere göre %24 daha az kazanmaktadır. Kadının eğitilmiş olması ve para kazanabilmesi üreme sağlığını olumlu etkilemektedir. Gelişmekte olan ülkelerde kadın ve erkeklerin eğitimdeki eşitsizlikleri giderilmiştir. Güney Asya'da, 1990 yılında her 100 erkek için ilköğretimde sadece 74 kız kayıtlı iken 2015 yılında her 100 erkek için 103 kız kayıtlıdır (44,78).

Kadın engellilerin yaşam koşulları erkeklere göre daha güçtür. Engelli kadınlarda, en az lise ve üzerinde öğrenim görenlerin oranı erkeklerin yarısı düzeyindedir. Yine her üç engelli erkekten biri istihdam edilirken, engelli sekiz kadından biri istihdam edilebilmektedir (44).

Ev içindeki toplumsal cinsiyet eşitliği olan ailelerde kadının sağlık düzeyi daha iyi durumdadır. Ancak bu iki değişkenden hangisinin diğeri üzerinde etkili olduğu net değildir. Kadın ev işlerine daha fazla süre harcamaktadır. Kadınlar aile içinde ücretsiz bakım verir. Çiftler arasında kadın erkeğe göre daha az statüye, daha az parasal kaynağa ve daha az bağımsızlığa sahiptir (68,79).

## **2.6. Türkiye’de Cumhuriyetten Bugüne Nüfus Politikaları Doğrultusunda Üreme Sağlığına İlişkin Yasa ve Uygulamalar**

Türkiye’de Cumhuriyetin ilanından bugüne kadar uygulanan nüfus politikalarını, pronatalist (nüfusu artırıcı), antanatalist (nüfus artış hızını azaltan) ve 2000 sonrası nüfus politikaları olmak üzere üç bölümde incelemek mümkündür. Türkiye, 1923-1965 yılları arasında pronatalist, daha sonra 2000’li yıllara kadar antanatalist nüfus politikasını benimsemiştir (80,81).

Bu kısımda, her üç dönemde Türkiye’de üreme sağlığını doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen yasalar ile birlikte üreme sağlığı hizmetlerinin gelişimi incelenecektir.

### 2.6.1. Pronatalist Nüfus Politikası Dönemi (1923-1964)

Kurtuluş Savaşından henüz çıkmış genç Türkiye Cumhuriyeti, erkek nüfusunun azalmış olduğu, bulaşıcı hastalıklar ve salgınların yaşandığı, ayrıca sağlık personeli sayısının ise son derece yetersiz olduğu bir tablo ile karşı karşıya idi. Türkiye Cumhuriyetinin kurucusu Mustafa Kemal Atatürk, 1 Mart 1922 tarihinde TBMM'nin açılışında yaptığı konuşmada *“Sağlık ve sosyal yardım hususlarında takip ettiğimiz gaye şudur: Milletimizin sıhhatinin korunması ve takviyesi, ölümün azaltılması, nüfusun artırılması, bulaşıcı ve salgın hastalıkların etkisiz hale getirilmesi, bu suretle millet fertlerinin dinç ve çalışmaya kabiliyetli bir halde sıhhatli vücutlar olarak yetiştirilmesi...”* ve 1924'te *“Nüfusumuzun muhafaza ve çoğaltılması gayesine ehemmiyetle dikkatlerinizi çekerim. Asil ve verimli olan Türk Milleti'nin sağlıklı bir hayat şartına sahip olunca Türk vatanını suretle dolduracak ve şenlendirecek kuvvette olduğuna kimsenin şüphesi yoktur.”* ifadelerini kullanarak sorunların aşılması için nüfus artışının öncelikle önem verilmesi gereken bir konu olduğuna vurgu yapmıştır. Böylece “pronatalist nüfus politikası” benimsenmiştir. Bu dönemde Avrupa'daki benzer uygulamalar takip edilmiştir (14,80,82,83).

Pronatalist nüfus politikasının benimsenmesinin ekonomik, siyasal ve askeri nedenleri vardı. Bu üç alanda yeterli olmak bir güç unsuru idi. Bu yüzden nüfusun sadece nicelik değil, nitelik açısından da yeterli olmasına önem verilmiştir. Cumhuriyet'in 1925 yılında yapılan ilk ulusal tıp kongresinde Dr. Besim Ömer Paşa ve Dr. Refik Münir tarafından sunulan “Doğumdan Önce ve Doğum Esnasında Çocuk Ölümleri” konulu bildiri “iyi bir nesil” için önerilerde bulunulmuştur. Aynı bildiri kadınların kısırlık sorununa, hamile kadınların çalışma koşullarına ve evlenme yaşının ötelenmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır. Bu kongrede ana tema, çocuk ölümlerinin fazlalığı ve nüfusun azlığı sorunu olmuştur.

Ekonomik açıdan bakıldığında nüfusun artırılması politikasının izlenmesi iki nedene dayanıyordu. Birincisi; Türkiye'nin atıl olan doğal kaynaklarını modern teknikler kullanarak işletmek, ikincisi ise, nüfus artışı ile sosyal iş bölümü ve uzmanlaşmayı sağlamaktı. Nitekim bu politika, nüfus artışının ekonomiye zarar verme noktasına geldiği 1960'lı yıllara kadar uygulandı (6,81,83).

Türkiye Cumhuriyetinin nüfusla ilgili ilk girişimi 1926 yılında “Devlet İstatistik Dairesi”nin kurulması olmuştur. 1927 yılında gerçekleştirilen ilk genel nüfus sayımında toplam nüfusun 13.648.270 olduğu görülmüştür. Ancak, bu rakamın gerçeği tam olarak yansıtmadığı, askerlik ve vergi nedenlerinden ötürü 200.000-400.000 kişinin bildirilmediği çeşitli araştırmalarda yer almaktadır. Nüfus artış hızı ise 1935 yılında %21,10 bulunmuş, uygulanan politikalar sonunda 1960 yılında %28,53’e ulaşmıştır (80,81).

Bu sonuca ulaşmada aşağıda sunulan yasa ve düzenlemeler etkili olmuştur (14,80,81,84):

- 1 Mart 1926 tarihli 765 sayılı Türk Ceza Kanunu ile kontraseptif materyallerin ithalatı ve isteyerek düşük yasaklanmıştır. Kontraseptif yöntemlere ilişkin her türlü reklam ve eğitime son verilmiştir. 1936’da “ırkın devamlılığını ve sağlığını tehlikeye düşürmek” suç olarak kabul edilmiştir.
- 12 Haziran 1928 tarihli 1525 sayılı “Şose ve Köprüler Kanunu” ile 18-60 yaş arasındaki erkekler için zorunlu olmasına rağmen, beş çocuklu olanlar, yol yapımında çalışmaktan muaf tutulmuştur.
- 1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 156. maddesi gereği, altı çocuktan fazlasına sahip olan annelere parasal ödül ve madalya verilmeye başlanmıştır. Ayrıca çok çocuklu aileler yol vergisinden muaf tutulmuştur. Aynı Kanunun 152. maddesi ile gebeliği önleyici ya da düşüğe yönelik her türlü malzemenin ithali, dağıtımı ve satışı engellenmiştir. Sadece tedavi amacıyla kullanılanlar yasanın kapsamı dışında kalmıştır. Pronatalist dönemde, modern yöntemlere ulaşım olmadığından daha çok geleneksel yöntemler tercih edilmek zorunda kalınmıştır.
- 1934 yılında nüfus komisyonunun hazırladığı raporda, nüfusun artışını özendirmek için bekarlardan ek vergi alınması gerektiğine yer verilmiştir.

İkinci Dünya Savaşı döneminde nüfus artışı pronatalist nüfus politikalara rağmen duraklamıştır. Bir yandan erkeklerin silah altına alınması, evliliklerin ve doğumların ertelenmesine yol açmış, diğer yandan olumsuz sağlık koşulları ölüm oranlarını artırmıştır. Bu dönem, nüfus artış hızının çok yavaşladığı bir ara dönem olarak kabul edilmektedir (84).

Demokrat Parti tarafından da pronatalist politika desteklenmiştir. 1946 yılında Demokrat Parti'nin programının 88. maddesi “*yurttaşların kemiyet ve keyfiyet bakımından gelişmesine ait tedbirleri içine alacak geniş bir nüfus siyasetinin tespit ve takibini lüzumlu görüyoruz.*” ifadesini içermektedir. Bu madde uyarınca, evlenme yaşı erkene alınmış, valiliklerin nüfusun artmasını desteklemek için kamu sağlığı hizmeti vermeleri konusunda dikkatleri çekilmiş ve ücretsiz doğum evleri açmaları istenmiştir (83).

Ancak, zamanla hızlı nüfus artışı, sosyoekonomik sorunlara yol açmaya başlamıştır. 1950'li yıllarda sanayileşmenin artışıyla, tarımda iş gücü ihtiyacı azalırken kentte daha fazla iş gücüne ihtiyaç duyulması ve kent-kır arasındaki gelir farkının artması sonucunda kırdan kente göçler hızlanmıştır. 1950'lerin başında %75 olan kır nüfusu, 1960'da %68,1'e kadar düşmüştür. Buna karşın, kentteki iş olanakları, kent nüfusunun istihdamında yetersiz kalmış ve işsizlik sorunları baş göstermeye başlamıştır (14).

1950-1955 döneminde nüfus artışının önemli bir nedeni de nüfus mübadelesi ile Bulgaristan ve Yugoslavya'dan gelen göçmenler olmuştur. Bulgaristan'dan 1950-51 göç dalgası ile gelen göçmen sayısı 154.393'tür. 1960'lı yılların başında ise Avrupa'ya işçi göçünün olması nüfus artış hızını azaltmıştır. Yani ucuz iş gücüne dayalı ekonomik politikalar, ülkelerin nüfus politikalarını da etkilemiştir (81).

Bu dönemde, bebek ölüm hızının düşmeye başlamasıyla nüfus artışı hızlanmış, geniş ailelerin yerini çekirdek aileler almaya başlamış ve ailelerin istediği çocuk sayısı azalmıştır. İsteği dışında gebe kalan kadınların, yasal olmaması nedeniyle sağlıksız koşullarda yaptıkları isteyerek düşükler, kadın sağlığını tehdit eder hale gelmiştir. Bu yıllarda yasa dışı olarak yarım milyona yakın isteyerek düşüğün gerçekleştirildiği ve her yıl binlerce kadının düşük komplikasyonlarından dolayı öldüğü tahmin edilmektedir. Her beş gebelikten birinin düşükle sonuçlanmasına rağmen yöneticiler, ülkede yaşanan sosyoekonomik değişikliklerin sağlık boyutunu düşünmeyi önceliklerine almamışlardır (14,80,83). Konunun öncelik kazanması yapılan bir dizi araştırma ile mümkün olmuştur;

Konu ile ilgili yapılan ilk önemli çalışma, 1958 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB) tarafından, uygun olmayan koşullarda yapılan isteyerek

düşüklerin incelenmesi amacıyla oluşturulan bir komisyon tarafından yapılmıştır. Dr. Zekai Tahir Burak başkanlığındaki bu komisyon, çalışmaları sonucunda, 21 Haziran 1958 tarihli bir rapor hazırlamıştır. Raporda, karşılanmayan kontraseptif ihtiyacı nedeniyle istenmeyen gebeliklerin olduğu, yasal olmamasına rağmen isteyerek düşüklerin yapıldığı, bunların anne ölümlerine ve sakatlıklara yol açtığı, bazı kadınların para karşılığı isteyerek düşük yaptığı belirtilmiştir. Sonuç olarak; SSYB'na, kontraseptif materyallerin satış ve kullanımının serbest olması, ayrıca üç veya daha fazla çocuğu olan ve son çocuğu bir yaşından küçük olan veya gebe iken eşinden boşanan anneler için isteyerek düşüğe izin verilmesini sağlayacak yasal değişikliğe gidilmesi önerilmiştir. Öneri, bakanlık tarafından oluşturulan bilimsel kurul tarafından da uygun görülmüş ancak yasa değişikliği gerçekleştirilememiştir (14,80).

Benzer olarak, Prof. Dr. Nusret Fişek de Orta Anadolu'nun 137 köyünde bir araştırma yapmış, araştırma sonucunda bebek ölüm hızı ve anne ölüm oranının yüksekliğine dikkat çekmiş, daha da önemlisi anne ölümlerinin %53'ünün düşüklere bağlı olduğunu belirtmiştir. Bu çalışma, Zekai Tahir Burak'ın başkanlığını yaptığı komite sonuç raporunu destekleyerek, anne ölümleri ile düşüklükler arasındaki ilişkiye dikkat çekmiştir (80).

1960 yılından sonra Sağlık Bakanlığı (SB) müsteşarı olan Prof. Dr. Nusret Fişek nüfus politikasının değiştirilmesi konusunun uluslararası alanda da savunuculuğunu yapmıştır. Sivil toplum kuruluşları ve toplumun kanaat önderleri ile iş birliği yaparak, toplumda bu konuya ilgi uyandırmış ve destek bulmaya başlamıştır (80).

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) ile SSYB pronatalist politikasının değiştirilmesi konusunda fikir birliğine vardırıysa da 1960-65 yılları arasında bu tartışma hep devam etmiştir. Hatta 1965 yılından sonra da şiddeti azalmakla birlikte görüş ayrılıklarından doğan çatışmalar var olmuştur (81).

Türkiye'nin doğurganlık konusundaki ilk araştırması ise Türkiye Hükümetinin destek talebi ile BM Nüfus Konseyi tarafından 1963 yılında yapılan "Aile Planlamasında Bilgi Tutum ve Davranış Araştırması"dır. Araştırma, tüm ülkeyi

temsil eden bir örnekleme ile -yaklaşık 300 köy ve kentte, 5000'den fazla kişi üzerinde gerçekleştirilmiştir (80).

Bu araştırmalar ile Türkiye'de doğurganlık düzeyinin çok yüksek olduğu, bunun istenmeyen sonuçlar doğurduğu ve ailelerin de aile planlaması konusunda olumlu tutum sergilediği ortaya konmuştur. Böylece karar vericilerin ikna olmak için ihtiyaç duyduğu veriler kanıta dayalı bir şekilde sunulmuştur (80).

Bu gelişmeler üzerine Sağlık Bakanlığı 1964 yılında, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Prof. Dr. Turgut Metiner'in başkanlığında "Aile Planlaması" teşkilatını kurmuş ve sağlık personeline eğitim verilmesini sağlamıştır (80).

Uzun süren ve çok emek verilen bu hazırlıkların sonunda, Prof. Dr. Nusret Fişek tarafından kaleme alınan 557 sayılı "Nüfus Planlaması Yasası" 10 Nisan 1965 tarihinde Cumhurbaşkanı tarafından imzalanmıştır (80).

Pronatalist politikaların benimsendiği dönemde, basın da nüfus konusuna ilgi göstermiştir. Haluk Cillov'un Milliyet Gazetesi'nde çıkan "Türkiye'de nüfus süratle artıyor" (7 Mayıs 1958) ve Cumhuriyet Gazetesi'ndeki Fakir Baykurt'un "Aşırı Çoğalma" (12 Nisan 1959) başlıklı yazıları nüfus artışının getirdiği sorunlara ve risklere dikkat çekmiştir (14).

Bu dönemde Türkiye'de üreme sağlığını dolaylı olarak etkileyen kadın haklarına ilişkin yasa, politika ve düzenlemeler kronolojik olarak aşağıda sunulmuştur (79,84);

- 03 Mart 1924 - Tevhid-i Tedrisat Kanunu kabul edildi. Eğitimde laik ilkeler uygulanarak, kız ve erkek öğrenciler eğitimde eşit haklara sahip oldu. Tüm eğitim kurumları Milli Eğitim Bakanlığına bağlandı.
- 17 Şubat 1926 – 4 Ekim 1926'da yürürlüğe giren Türk Medeni Kanununun kabul edilmesi ile çok eşli evlilikler ve tek taraflı boşanmaya son verildi. Kadına boşanma hakkı, velayet hakkı ve malları üzerinde tasarruf hakkı verildi. Bu kanunla erkek ve kadında sırasıyla 18 ve 17 olarak belirlenen evlilik yaşı, 1938 tarihli 3453 sayılı yasa ile 17 ve 15'e indirildi.
- 1930 – Belediye Yasası yürürlüğe girdi. Kadınlara belediye seçimlerinde seçme ve seçilme hakkı verildi.

- 1930- Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile kadın ve çocukların korunmasına ilişkin ilk düzenleme yapıldı. Bu kanunla doğum izni tanımlandı.
- 26 Ekim 1933 – Köy Kanununda değişiklik yapıldı. Kadınlara muhtar olma ve ihtiyar meclisine seçilme hakkı verildi.
- 05 Aralık 1934 – Anayasa değişikliği ile kadınlara seçme ve seçilme hakkı verildi. 08 Şubat 1935 seçimlerinde 18 kadın milletvekili Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne (TBMM) girdi.
- 08 Haziran 1936 – İş Kanunu kabul edildi. Bu kanun ile kadınların iş hayatına ilişkin düzenleme yapıldı. ILO sözleşmesi ile kadınların ağır işlerde ve yer altında çalıştırılması yasaklandı.
- 1945 – 4772 sayılı yasa ile analık sigortası (doğum yardımı) düzenlendi.
- 1949 – 5417 sayılı yasa ile kadınlar için yaşlılık sigortası erkeklerle eşit hakları içerecek şekilde düzenlendi.
- 1952 – Sağlık Bakanlığı bünyesinde ana ve çocuk sağlığı hizmetleri vermeye başlandı.

### **2.6.2. Antinatalist Nüfus Politikası Dönemi (1965-2008)**

Devletin, artık nüfus artışının gerek ekonomik anlamda gelişmeye engel olduğunu gerekse anne ve bebek ölüm oranlarını yükselttiğini savunduğu bir ortamda, antinatalist politikanın ürünü olarak, 10 Nisan 1965 tarihinde 557 sayılı “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” çıkarılmıştır (54).

Yasa ile 1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'ndaki gebeliği önleyici yöntemlerin satışı, imalatı, ithalatı ve kullanımını yasaklayan hükümler yürürlükten kaldırılmış, böylece daha önce sadece kondom kullanımı serbest iken toplumun diğer yöntemlere de ulaşımı sağlanmıştır. Kırsal kesimlerde rahim içi araç kampanyaları yürütülmüştür. Annenin hayatını tehlikeye sokan durum olması veya çocuğun özürlü olması durumlarında isteyerek düşük yapılması yasal hale gelmiştir. Tıbbi gerekçe olmaksızın isteyerek düşük ve geri dönüşsüz yöntemler henüz yasal değildir. Ancak bu yasadan sonra isteyerek düşük sayısının arttığı ve bu konuda kimseye ceza verilmediği bir gerçektir. Bu durum, isteyerek düşüğün, toplum tarafından kabul gördüğünün işareti olarak algılanmıştır (54,63,80,84).

Bu yasaya paralel olarak 1963-1967 dönemini kapsayan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da rahim içi araç kullanımının teşvik edilmesine ilişkin hükümler bulunmaktadır. Bu planda nüfus planlaması kavramı yer almıştır (84). İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'na (1968-72) “nüfus planlaması” yerine “aile planlaması” kavramının konulması önemlidir. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (1973-77) ana ve çocuk sağlığı ile aile planlaması hizmetlerinin birleştirilmesi gerektiği belirtilmiş, Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da (1978-82) bebek ölüm hızının ve yetersiz ana çocuk sağlığı hizmetlerinin nüfus sorunu olduğu açıklanmıştır (81).

Askeri darbe sonrasında kabul edilen 1982 Anayasa'sının 41. maddesinin ikinci fıkrasında “Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilâtı kurar” hükmü yer almıştır (85).

Bu dönemde nüfus politikasının ana amacı, doğurganlık ve ölümlülük oranlarını azaltmak olmuştur. Bu nedenle gebeliği önleyici yöntem kullanımı teşvik edilmiş ve sağlık hizmetleri iyileştirilmeye çalışılmıştır. Ayrıca, işsizliğin azaltılması amacıyla dış göç özendirilmiştir. Bu tedbirlere rağmen, doğurganlık hızındaki düşüş, ölüm hızlarındaki düşme oranının altında kaldığından 1985 yılındaki nüfus 1955 yılının iki katı seviyesine ulaşmıştır (84).

1963 yılında ilki yapılan doğurganlık araştırması, her beş yılda bir yapılmaya devam edilmiş, böylece yasadan sonra oluşan üreme sağlığına ilişkin gelişmeler gözlenebilmiştir. Yasal olmamasına rağmen isteyerek düşük sayısının arttığı, bunların genellikle özel sağlık kuruluşlarında yapıldığı ve 1980'li yıllarda her 6 düşükten birinin sağlıksız koşullarda gerçekleştirildiği, özel sağlık kuruluşuna gitme olanağı olmayan kadınların hayatlarının risk altında olduğu görülmüştür (80).

557 sayılı Kanunun özellikle anne sağlığını koruma konusunda yetersiz kalması nedeniyle, yapılan bir dizi çalışma sonucunda 28 Haziran 1982 tarihinde Başbakanlık Kanunlar ve Kararlar Tetkik Dairesi Başkanlığı tarafından Nüfus Planlaması Yasası'nda değişiklik yapılmasını öngören tasarı, aşağıda sunulan gerekçeler ile birlikte Danışma Meclis Başkanlığına gönderilmiştir (86);



- Nüfus artış hızı, 15 yılı aşan süreye karşın istenilen düzeyde azalmamıştır.
- Ehliyetsiz kişiler tarafından ve uygunsuz koşullarda yapılan isteyerek düşükler nedeniyle oluşan anne ölümleri, tüm anne ölümlerinin yarısından fazlasını oluşturmaktadır. Düşüğe yasal olarak izin verilmeyen diğer ülkelerde de durum aynıdır.
- Türkiye Nüfus Araştırmasında gebe olan kadınların yarısı, istemeden gebe aldıklarını ifade etmişlerdir. Kadınların %75'i üç ve daha az sayıda sayıda çocuğa sahip olmak istediklerini belirtmişlerdir. Halbuki sahip olunan ortalama çocuk sayısı 5'tir. Aradaki 2 çocuk istenmeyen gebelikler sonucu dünyaya gelmektedir.
- Nüfus planlaması uygulayan diğer ülkelerde olduğu gibi sterilizasyon ve kastrasyonun eşlerin rızası olması kaydıyla serbest bırakılması, nüfus planlaması çalışmalarına katkı sağlayacaktır.
- İsteyerek düşüğün tıbbi nedenler dışında yasaklanması; bu uygulamanın saklanması, özel sektörde yapılmasına ve fiyatların yükselmesine neden olmuştur. Ekonomik gücü olmayan ailelerin hayatı tehlikeye girmektedir. Bu ailelere mensup kadınlar kibrit çöpü, sabun, çivi, tavuk teleği, ayakkabı çirişi, şiş, tığ, süpürge çöpü, çıra, aspirin, kinin vb. kullanarak düşüğe teşebbüs etmektedir.
- Dünyada bir çok ülkede kürtajın serbest bırakılması için çalışmalar yürütülürken, Türkiye'de de sorunlar yaşanmasına rağmen çalışma yapılmamaktadır. Amerika, Bulgaristan, Tunus, Batı Almanya, Danimarka, Finlandiya, Hindistan, İsveç, Macaristan, İngiltere, Belçika, Polonya, Çekoslovakya, Japonya, Rusya ve Yugoslavya gibi ülkeler 12 haftaya kadar olan gebeliklerde kürtajı serbest bırakmışlardır.
- Türkiye'de yapılan isteyerek düşüklerden, yasal olmamasına rağmen ancak 100.000'de 4'ü yargıya intikal etmiştir. Yani toplumumuz kürtajı cezalandırılması gerekli bir işlev olarak kabul etmemekte, dahası isteyen her kadın bunu yapmaktadır. Yasada bulunan engelleyici hükümlerin bir anlamı bulunmamaktadır.

- Yukarıdaki olgular ışığında; sosyal, ekonomik ve psikolojik nedenlerle isteyerek düşüğün suç olmaktan çıkarılmasının, kadın sağlığını koruyacağı ve adalet duygusunu pekiştireceği değerlendirilmiştir. Bu yasağın kalkması zorunludur.

Yasa taslağı, Danışma Meclisi Başkanlığı'nca 15 Nisan 1983'te Milli Güvenlik Genel Sekreterliğine gönderilmiş ve 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun 24 Mayıs 1983 tarihinde TBMM'de tartışmalar sonucunda kabul edilmiştir (80,86).

Söz konusu yasa ve ardından çıkarılan yönetmelik ve tüzükler ile;

- Nüfus planlaması eğitiminin, SSYB yetkisi ve koordinatörlüğünde diğer kamu kuruluşlarının katılımı ile gerçekleştirilmesi,
- Kurs gören ve yeterlik belgesi olan hekim, hemşire ve ebelerin, özel kanunlarda belirtilen şartlara bağlı olmaksızın rahim içi araç (RIA) dahil olmak üzere etkili geri dönüşlü gebeliği önleyici yöntemleri uygulama konusunda yetkili olmaları,
- Reşit olan erkek ve kadına istekleri üzerine ve evli olanlarda eşin rızası ile sterilizasyon uygulanabilmesi,
- Kadınlara sterilizasyon ameliyatının kadın hastalıkları ve doğum ya da genel cerrahi uzmanlarınca, erkeklere üroloji, kadın hastalıkları ve doğum ya da genel cerrahi uzmanlarının yanı sıra bu konuda SSYB tarafından açılan eğitim merkezlerinde kurs görmüş ve yeterlik belgesi almış pratisyen hekimler tarafından yapılabileceği,
- Gebeliğin 10. haftası doluncaya kadar annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca yoksa, kendi isteği üzerine ve evli olanlarda eşin rızasıyla rahim tahliyesi yapılabilmesi,
- Rahim tahliyesinin, SSYB tarafından açılan eğitim merkezlerinde kurs gören ve yeterlik belgesi almış bulunan pratisyen hekimlerce kadın hastalıkları ve doğum uzmanının denetim ve gözetiminde, menstrüel regülasyon yöntemiyle yapılabileceği hükme bağlanmıştır (87–89).

Yasada isteyerek düşük ve sterilizasyonda eşin rızası şartı aranmasına rağmen, 2004 yılında çıkarılan Türk Ceza Kanunu'nda bu fiil ile ilgili olarak cezai şart yer almamaktadır (90).

Bu yasada kadın, üreme rollerine indirgenmiş bir birey değil, gebeliği sonlandırma konusunda kendisi karar verebilen bir konumdur. Dolayısıyla toplumsal cinsiyet eşitliği açısından da bu yasa önemlidir (25).

Yasanın sağlık, ekonomik ve sosyal olarak çok olumlu sonuçları olmuştur: Yasanın kabulünü takiben pratisyen hekimler gebelik sonlandırma, ebe ve hemşireler de RİA uygulaması konusunda sertifikalandırılmıştır. İlk beş yıl içinde RİA kullanımı ikiye katlamış ve 10 yıl içinde modern yöntem kullanımı geleneksel yöntem kullanımını ilk kez geçmiştir. Düşüklere bağlı komplikasyonlar ve anne ölümleri yok denecek kadar azalmış, sağlık hizmetlerinde isteyerek düşüklerin yükü ve maliyeti düşmüş ve 1990'lardan sonra isteyerek düşük prevalansı hızla azalmıştır (80). Türkiye'de aileler, özellikle tarım dışı sektörde çalışan ve sosyoekonomik düzeyi yüksek kadınlar artık daha az çocuk yapmayı tercih eder hale gelmiştir (54).

DPT tarafından hazırlanan Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (1985-1989) aile sağlığının geliştirilmesi ve nüfus kalitesinin yükseltilmesine dikkat çekilmiş, kadın konusuna ayrı bir başlık halinde yer verilmiştir. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (1990-1994) "nüfus artış hızını azaltmaya yönelik politika ve programların daha da etkinleştirilerek uygulanması ve bebek ölüm hızlarının düşürülmesi" konuları yer bulmuştur (79,81).

Bu dönemde yaşanan olumlu gelişmeler, Türkiye'nin iki uluslararası sözleşmeyi imzalamasıyla daha da hız kazanmıştır. Türkiye, 1985 yılında, 1986 yılında yürürlüğe giren CEDAW sözleşmesini onaylamış ve 1994 yılında Kahire'de yapılan Nüfus ve Kalkınma Konferansına katılarak, burada alınan kararları çekincesiz olarak imzalamıştır. Kahire Konferansı'nda alınan kararlara uygun olarak üreme sağlığı alanında çok sayıda proje gerçekleştirilmiş ve Sağlık Bakanlığı koordinatörlüğünde 1998 yılında kamuoyuna duyurulan Ulusal Eylem Planı hazırlanmıştır (37,79,91).

Türkiye’de antinatalist nüfus politikalarının uygulandığı dönemde üreme sağlığını dolaylı olarak etkileyen kadın haklarına ilişkin yasa, politika, düzenleme ve gelişmeler kronolojik olarak aşağıda sunulmuştur (79);

- 22 Şubat 1966 – 1951 tarihli 100 sayılı ILO sözleşmesinin kabul edilmesi ile kadın ve erkekler arasında eşit işe eşit ücret uygulamasına başlandı.
- 26 Mart 1971 – Türkan Akyol ilk kadın bakan olarak göreve başladı.
- 1987 – DPT bünyesinde, Kadına Yönelik Politikalar Danışma Kurulunun kuruldu.
- 1989 – İstanbul Üniversitesi’nde ilk Kadın Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi kuruldu. 2016 yılı itibarıyla üniversite bünyesindeki bu merkezlerin sayısı 13’tür.
- 29 Kasım 1990 – Kadının çalışmasını kocanın iznine bağlayan Medeni Kanununun 159. Maddesi iptal edildi ancak iptal kararı, 2 Temmuz 1992’de Resmi Gazetede yayımlandı.
- 1990 – Hayat kadınlarına yönelik tecavüz suçlarında ceza indirimine gidilmesini öngören Türk Ceza Kanununun 438. maddesi iptal edildi.
- 14 Nisan 1990 – Kadın Eserleri Kütüphanesi ve Bilgi Merkezi Vakfı tarafından ilk kadın kütüphanesi ve bilgi merkezi açıldı.
- 1990 – Sosyal Hizmetleri ve Çocuk Esirgeme Kurumu bünyesinde şiddete uğrayan kadın ve çocuklara destek olmak amacıyla ilk kadın konuk evi ve Bakırköy Belediyesi tarafından ilk kadın sığınma evi açıldı. Kadın konukevlerinin gereklilikleri ve işleyiş esaslarını düzenleyen “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna Bağlı Kadın Konukevleri Yönetmeliği” 12 Temmuz 1998 tarihinde çıkarıldı. 2008 yılında Çocuk Esirgeme Kurumu, sivil toplum örgütleri ve yerel yönetimler bünyesinde açılan sığınma evlerinin sayısı 47’ye (İkisi kadınlar ticareti mağduru kadınlar için) ulaştı. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile konuk evleri KSGM sorumluluğuna devredildi. 2017 yılı itibarıyla ülke genelinde toplam 137 konukevinin 3.434 kapasitesi bulunmaktadır (37).
- 25 Ekim 1990 - Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü (KSSGM) kurularak şiddete uğrayan kadınlara yönelik hizmet vermeye başladı.

KSSGM, 1992 yılında yapılan INSTRAW toplantısında Türkiye’de kadın konusunda odak nokta olarak seçildi. Müdürlük tarafından, 1993’te “Kadının Kalkınmaya Katılımını Güçlendirme” projesi başlatıldı. Proje kapsamında, çok sayıda eğitim, istatistik, araştırma faaliyetleri yürütüldü. Toplumsal cinsiyete dayalı özet göstergeler yayımlandı.

- 1991 – Leyla Ataman, Muğla iline Türkiye’nin ilk kadın valisi olarak atandı.
- 1993 - İstanbul Üniversitesinde ilk Kadın Araştırmaları Ana Bilim Dalı kuruldu. Ana bilim dalındaki ilk yüksek lisans diploması 1996 yılında verildi. 2016 yılı itibarıyla üniversitelerdeki yüksek lisans eğitimi veren Kadın Çalışmaları Ana Bilim Dalı sayısı 4’e ulaştı.
- 25 Haziran 1993 – Tansu Çiller Türkiye’nin ilk kadın başbakanı oldu.
- 05 Aralık 1993 – Kadın Kimliği Kongresi yapıldı. Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı ve Ankara Üniversitesi iş birliği ile gerçekleştirilen kongrede, kadın imgesi, kadın emeği, sanatın içinden kadın, kadın bedeninin tanınması ve kadın örgütlenmesi konuları görüşüldü.
- 1993 – Halk Bankası tarafından kadınları girişimciliğe özendirmek amacıyla düşük faizli kredi verilmeye başlandı.
- 1994 –Şiddete uğrayan kadınlara hukuki ve psikolojik anlamda destek olmak ve girişimciliği özendirmek amacıyla Bilgi Başvuru Bankası kuruldu.
- 1994 – Kadın İstihdamının Geliştirilmesi Projesinin başlatıldı. Dünya Bankası ve T.C Hükümeti arasında imzalanan İkraz Anlaşması gereği Türkiye İş Kurumunun "İstihdam ve Eğitim Projesi" kapsamında söz konusu proje uygulanmaya başlandı. Proje kapsamında;
  - ✓ 16 araştırma projesi yapıldı. Projelerin üç ana başlığı; kadın istihdamı, eğitim-istihdam ilişkisi ve sektör araştırmaları ile işveren tutumları olmuştur.
  - ✓ KSSGM bünyesinde bir Dokümantasyon Merkezi kuruldu. Bu merkez, KSSGM’de bulunan kitap ve diğer tüm yayınlar ile gazete haberlerinin derlendiği bir merkez olarak Ankara’nın tek kadın kütüphanesi oldu.
  - ✓ “Kadınlara Göresel Tanıklık” kadın fotoğrafları arşivi oluşturuldu.

- ✓ “Kadın Çalıştıkça” adında belgesel film yapıldı.
- ✓ Toplumsal Cinsiyet Eğitim paketi hazırlandı. Bu paket resmi, özel ve sivil tüm kuruluşların personelinin kullanımına sunuldu. Proje 2000 yılında sonlandırıldı (92).
- 1995 – Kadın Bülteni Dergisi çıkarılmaya başlandı. KSSGM tarafından kadın kuruluşları arasındaki iletişimi sağlamak amacıyla yayımlanan dergi, 11 sayı çıkarılmıştır.
- 08-11 Haziran 1995 – Türkiye’de Kadın Politikalarının Oluşturulması konulu toplantı yapıldı. Sivas’ta yapılan toplantıda; kurumsallaşma, politik alanda ve iş yaşamında kadın ve kadın sağlığı konularında politikalar ortaya konuldu.
- 27-29 Mart 1996 – “Avrasya Ülkeleri Kadınları İş Birliği Grubu Birinci Toplantısı” Ankara’da yapıldı. Toplantıya; Arnavutluk, Azerbaycan, Bosna-Hersek, Gürcistan, Kazakistan, Kırgızistan, KKTC, Makedonya, Özbekistan, Romanya, Tacikistan, Türkmenistan ve Türkiye katılmıştır. Toplantı sonucunda, "Avrasya Ülkeleri Kadınları İş Birliği Grubu Kurulmasına Dair Protokol"ün imzalanması konusunda görüş birliğine varılmıştır. 1999 yılında TBMM "Avrasya Ülkeleri Kadınları İş Birliği Grubu Kurulmasına İlişkin Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun Tasarısı"nı onaylamıştır (93).
- 30 Ağustos – 08 Eylül 1995 – Türkiye, 4. Dünya Kadın Konferansına katılarak taahhütleri imzaladı. 1996 yılında bu taahhütlerin gereği olarak bir eylem planı hazırlandı ve KSSGM koordinasyonu ile eğitim, sağlık, istihdam ve hukuk alanlarında kadının durumunu iyileştirmek amacıyla dört komisyon kuruldu.
- Kasım 1995 – Çok Amaçlı Toplum Merkezlerinin (ÇATOM) ilki Urfa’da açıldı. Bu merkezlerin amacı, Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki kadınların sorunlarının çözülmesi ve kalkınmada katkılarının sağlanması idi.
- 29 Haziran 1996 – Türk Ceza Kanununun erkeğin zinasını suç olarak düzenleyen hükmü iptal edildi. Bu karar hakkında verilen bir yıllık süre içerisinde işlem yapılmadığından 1997 yılında zina, erkekler için suç olmaktan çıkarıldı. 1998 yılında da Anayasa Mahkemesinin kararıyla kadınlar için de suç olmaktan çıkarıldı. Gerekçeli karar 1999 yılında açıklandı.

- 1996 – Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı bünyesinde “Kırsal Kalkınmada Kadın Daire Başkanlığı” kuruldu.
- 1997 – KSSGM tarafından 13 ilde “Kadının Statüsü Birimleri” kuruldu.
- 1997 – Kadının evlendikten sonra kocasının soyadının yanında kendi soyadını da kullanabilmesine ilişkin yasa değişikliği yapıldı. Ayrıca, bir genelge ile nüfus cüzdanlarında “dul” ve “bekar” ifadelerinin yerine sadece “evli” ve “bekar” ifadelerinin kullanılması sağlandı.
- 18 Ağustos 1997 – Zorunlu temel eğitim kesintisiz 8 yıla çıkarıldı.
- 13-14 Kasım 1997 – 4. Kadın Erkek Eşitliğinden sorumlu Avrupa Bakanlar Toplantısı İstanbul’da yapıldı. Avrupa Birliğine üye 40 ülkeden 38’inin katıldığı toplantı sonucunda bir deklarasyon hazırlandı.
- 17 Ocak 1998 – Ailenin Korunmasına Dair Kanun yürürlüğe girdi. Bu kanun ile aile içi şiddeti önlemek için alınması gereken tedbirler düzenlendi. 2007 yılında kanunun kapsamı genişletildi. 2008 yılında kanuna yönelik yönetmelik çıkarıldı. Son olarak 2012 yılında geniş toplum kesimlerinin görüşleri alınarak, “Ailenin Korunması ve Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun” çıkarıldı.
- 21 Ekim 1998 – Adalet Bakanlığı tarafından bekaret kontrolüne ilişkin esasları açıklayan genelge yayınlandı. Genelgeye göre bekaret kontrolü sadece;
  - ✓ Şikayete bağlı suçlarda mağdurun izni alınarak,
  - ✓ Resen takibi gerekli suçlarda (ırza geçme vb.) hakim kararı ile,
  - ✓ Hakim kararı ile gecikme yaşanacağı durumlarda ise Cumhuriyet Savcısı’nın yazılı izni ile yapılabilir.
- 1998 – Gelir Vergisi Kanununda değişiklik yapılarak, kadınların da kocalarından ayrı olarak beyanname vermesi sağlandı. 2007 yılında yapılan değişiklik ile de hane içinde kadınlar tarafından üretilen ürünlerin satılmasından elde edilen gelirden vergi alınmamaya başlanmıştır.
- 1998-1999 – Önce Ankara’da sonra İstanbul’da şiddete uğrayan kadınlara destek hizmeti vermek amacıyla Kadın Danışma Merkezleri kuruldu. Bu

komisyonlar arasında koordinasyon sağlamak için “Türkiye Barolar Birliği Kadın Hakları Komisyonları Ağı” kuruldu.

### **2.6.3. 2000’li Yıllarda Pronatalist Politikaya Dönüş**

Önceki kısımlarda belirtildiği gibi Türkiye’de 2000’li yıllara dek üreme sağlığı alanında önemli aşamalar kaydedilmiştir. Önce 1961 yılında çıkarılan “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu” ile üreme sağlığı hizmetleri temel sağlık hizmetleri kapsamında verilmeye başlanmış, ardından 557 sayılı yasa ile gebeliği önleyici yöntemlere ulaşım sağlanmış ve son olarak üreme sağlığı 2827 sayılı yasa ile uluslararası sözleşmelere uygun olarak insan hakları çerçevesinde ele alınmıştır. Bunları destekleyen kadın haklarına ilişkin gelişmeler de üreme sağlığını olumlu yönde etkilemiştir. Sonuç olarak gerek doğurganlık gerekse anne ve bebek ölümleri azalmıştır.

Doğurganlığın aile başına iki çocuğun altına düşmesi, uzun vadede nüfusun azalmasına ve yaşlı nüfusun artmasına yol açması nedeniyle, bir çok ülke tarafından ekonomik, sosyal, politik ve askeri açıdan tehdit olarak algılanmaktadır. 2000’li yılların başlarında Türkiye’de de demografik dönüşümün son aşamasına geçildiği değerlendirilerek, nüfus politikalarında farklılıklar ortaya çıkmaya başlamıştır (54,83).

Bu endişe kendisini öncelikle politik söylemlerde göstermiştir. Aslında 1980’lerden beri, kadınları birey değil sadece eş ve anne olmak gibi geleneksel rollerde gören anlayış kendini göstermeye başlamış, bu durum 2000’li yıllarda kadının doğurganlığı konusundaki politik söylemlere yansımıştır. Başbakan 2008 yılında “en az 3 çocuk” açıklaması yaparak nüfus politikası değişikliğinin işaretini vermiştir. Avrupa’daki yaşlı nüfus sorunları dile getirilerek, en az 3 çocuk ile “Güçlü Türkiye” vurgusunun yapılması, Cumhuriyetin ilk yıllarındaki pronatalist politikaya dönüleceğini göstermiştir. Ardından medyada doğurganlığı teşvik eden söylemlere ilişkin çok sayıda haber yapılmıştır. Doğan çocuklar için ailelere para yardımı yapılması, daha uzun doğum izinleri, esnek çalışma saatlerinin düzenlenmesi, isteğe bağlı kürtajda yasal olan 10 haftalık sürenin kısaltılması, hatta uygulamanın tamamen kısıtlanacağı haberleri gündeme gelmiştir. 2012 yılında da bir üst düzey politikacının



“Kürtaj cinayettir” açıklaması yapması, yasa değişikliği tartışmalarına neden olmuştur (54,80).

Nüfus politikası değişikliği Kalkınma Planlarındaki farklılıkta kendini göstermiştir. Yedinci ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planları’nda (sırasıyla 1996-2000 ve 2001-2005) aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması, bu konudaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılması, nüfusun sağlık, eğitim ve insan gücü niteliklerinin iyileştirmesi gerektiğine vurgu yapılırken, Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda (2007-2013) nüfus artış hızının azalmasına dikkat çekilmiştir (81). Son olarak Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı’nın (2014-2018) 347. maddesinde “Nüfus politikalarıyla doğurganlık hızının artırılması” ve 350. maddesinde “Nüfus alanında uygulanacak politikalarla toplam doğurganlık hızının tedricen (azar azar) yükseltilmesi hedeflenmektedir.” ifadeleri yer almış, aile planlamasına ise hiç yer verilmemiştir (94).

Kalkınma Bakanlığı tarafından 8 Ocak 2015 tarihinde "Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı” açıklanmıştır. Programda, doğurganlık artışı açıkça desteklenmiştir. Programda, yeni doğan çocuk başına nakdi yardım ve annelik iznini takiben yarım gün çalışma hakkının çocuk sayısına bağlı olarak artacağı belirtilmiştir. Babanın doğum izninin 3 günden 5 güne çıkarılması, doğum nedeniyle alınan ücretsiz izinlerde derece ilerlemesinin yapılması gibi yeni haklar tanımlanmıştır. Ayrıca, “çeyiz hesabı” uygulaması ile evlilik yaşının öne çekilmesi hedeflenmiştir (54). Bu düzenlemeler, 10 Şubat 2016 tarihinde çıkarılan “6663 sayılı Gelir Vergisi Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile yürürlüğe girmiştir. Kanunun getirdiği düzenlemeler, bu kısmın sonundaki yasal düzenlemelerin kronolojik olarak incelendiği kısımda açıklanmıştır.

Kadının çocuk doğurması nedeniyle iş hayatından uzak kalmayacağını belirten dönemin başbakanı, uzun vadede, 2,1 olan toplam doğurganlık hızını 3’e çıkarmayı hedeflediklerini belirtmiştir (95).

2000’li yıllardan itibaren doğurganlığı desteklemek ve nüfus artış hızını yükseltmeyi hedefleyen anlayış, 2827 sayılı yasada değişikliğe neden olamasa da aile planlaması ve isteyerek düşük hizmetlerinin sunumunu önemli ölçüde engellemiştir. Bu nedenle anne ve bebek sağlığının tehlikeye gireceği, bugüne kadar

edinilen kazanımların kaybedileceği endişesi ve bu anlayışın üreme haklarının ihlali anlamına geldiği bilim insanları ve sivil toplum kuruluşları tarafından sıkça dile getirilmektedir.

Türkiye’de 2000’li yıllardan itibaren üreme sağlığını dolaylı olarak etkileyen kadın haklarına ilişkin yasa, politika, düzenleme ve gelişmeler kronolojik olarak aşağıda sunulmuştur (79);

- 2000 – “2000 Yılı Kadın Toplantıları” kapsamında 200 etkinlik (panel, sergi vb.) gerçekleştirildi.
- 1 Mart 2000 – TBMM bünyesinde “Kadın - Erkek Eşitliğini İzleme Kurulu” kurulmasına karar verildi. 24 Mart 2009 tarihinde bu alanda dünyadaki gelişmeleri takip etmek ve TBMM’ne bu konuda yapılan öneriler hakkında görüş sunmak amacıyla “Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu” kurulmuştur.
- 05-09 Haziran 2000 – Türkiye, BM tarafından düzenlenen Pekin Deklarasyonu ve Eylem Planının değerlendirildiği “Kadın 2000: 21. Yüzyıl için Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Kalkınma ve Barış” özel oturumuna katıldı. Türkiye tarafından, kadın erkek eşitliğinin ana politikalara entegre edilmesi ve namus cinayetleri ile zorla evlendirmelerin kadına yönelik şiddet kapsamına alınmasına ilişkin yapılan teklifler sonuç belgesinde yer aldı.
- Aralık 2000 – “183-Alo Çocuk ve Kadın Hattı” hizmete girdi.
- 01 Ocak 2002- 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu yürürlüğe girdi. Bu kanunun hazırlanma aşamasında bir çok kuruluş tarafından kamuoyu oluşturma çabası gösterildi, “Medeni Yasa için Hep Birlikte Yürüyüşü” yapıldı. Sonuç olarak yeni kanunun kadın erkek eşitliği ilkesine uyumlu hükümlerle çıkması sağlandı. Yeni yasa ile “ailenin reisi kocadır” ifadesi kaldırıldı. Ev seçimi, ailenin temsili, çocukların geçimi konusunda eşlere eşit hak ve sorumluluklar verildi. Vesayet, miras konularında cinsiyet ayrımcılığı ortadan kaldırıldı. Kadın ve erkeğin evlenme yaşı eşit hale getirildi ancak 16 yaşını dolduran bireylerin olağanüstü koşullarda ebeveyn ve mahkeme onayı ile evlenebileceği belirtilmesine rağmen bu olağanüstü koşulların ne olduğu açıklanmamıştır (96,97).

- 18 Ocak 2003 – “Aile Mahkemelerinin Kuruluş Görev ve Yargılama Usullerine Dair Kanun” çıkarıldı.
- 2003 - İlk kez bir Türk uzman BM bünyesindeki bir insan hakları sözleşme komitesinin başkanı oldu. ODTÜ Siyaset ve Kamu Yönetimi Bölümü Başkanı Prof. Dr. Feride Acar CEDAW Başkanlığı’na seçildi.
- 4 Haziran 2003 - Türkiye, BM tarafından 35 yıl önce hazırlanan medeni, siyasal, kültürel, ekonomik ve sosyal hakları içeren ‘İkiz Sözleşmeleri’ imzaladı ve 3 yıl sonra, Avrupa Birliği Uyum Yasaları kapsamında gündeme getirerek onayladı (98).
- 10 Haziran 2003 – İş Kanunu yürürlüğe girdi. Bu kanun ile iş sözleşmesinin yapılması, uygulanması ve sonlandırılmasında cinsiyet nedeniyle farklı işlem yapılmayacağı, eşit işe eşit ücret verileceği hükümleri getirildi. Böylece kadınların gebelik ve doğum nedeniyle işten atılmalarına karşı önlem alınmış oldu. Temel hak ve özgürlere dayalı uluslararası anlaşmaların kanunların önünde olmasına ilişkin yasa değişikliği yapıldı.
- 12 Haziran 2003 – Türk Vatandaşlığı Kanununda değişiklik yapılarak, evlenerek Türk vatandaşlığına geçme hükümlerinde kadın erkek ayrımı ortadan kaldırıldı (99).
- 15 Ocak 2004 – “Personel Temininde Eşitlik İlkesine Uygun Hareket Edilmesi” başlıklı Başbakanlık Genelgesi yürürlüğe girdi.
- 22 Mayıs 2004 - Temel hak ve özgürlere dayalı uluslararası anlaşmaların kanunların önünde olmasına ilişkin anayasa değişikliği yapıldı.
- 14 Temmuz 2004 – “Gebe ve Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Ait Yönetmelik” yürürlüğe girdi.
- 21 Temmuz 2004 – Devlet memurlarına yönelik kanunda doğum izinlerinin artırılması yönünde değişiklik yapıldı.
- 06 Kasım 2004 - “KSSGM Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun” çıkarıldı.
- 13 Kasım 2004 – “Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun” çıkarıldı.

- 26 Eylül 2004 – Cinsiyet eşitliği ve kadına yönelik şiddet konularını içeren 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu yürürlüğe girdi. Yeni Ceza Kanunu ile evlilik içi tecavüz, iş yerinde cinsel taciz, evli olsun ya da olmasın kendisinden gebe kalan kadını terk etmek suç olarak nitelendi. Namus cinayetleri, tecavüz ve kadın kaçırma durumlarındaki ceza indirimi engellendi. Töre, namus gibi ataerkil ifadeler kaldırıldı. “Evli-bekar” ve “bakire-bakire olmayan” kadınlar arasındaki ayrımcılığa son verildi. Kolluk kuvvetleri tarafından yapılan cinsel saldırı ağırlaştırıcı neden olarak kabul edildi (90). Bu düzenlemelere rağmen özellikle cinsel istismar ve çocuk yaşta evliliklerin bildirim konusunda halen çelişkiler yaşanmaktadır. Uluslararası Çocuk Hakları Sözleşmesine göre 18 yaşına kadar her bireyin “çocuk” kabul edilmesine rağmen TCK’da 15 yaşında bir çocuğun cinsel ilişkiye rıza gösterebileceği varsayılmaktadır. Bu nedenle 15 yaşını dolduran bir çocuğun ancak “şikayeti üzerine” evlendiği kişi cinsel istismar suçunu işlemiş sayılmaktadır (96,100). Yaşanan çelişkiler üzerine Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği, 15-18 yaş aralığındaki çocukların şikayette bulunmamaları ve zorlama tespit edilmemesi halinde bu yaş grubunda gebe olanlar için adli bildirimde bulunulmasına gerek olmadığını belirten bir yazı yayınlamıştır (101).
- 09 Ağustos 2004 – “Kadın işçilerin Gece Postalarında Çalıştırılma Koşulları Hakkında Yönetmelik” yürürlüğe girdi.
- 18 Mayıs 2005 – “Töre ve Namus Cinayetleri ile Kadınlara ve Çocuklara Yönelik Şiddetin Sebeplerinin Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Bir Meclis Araştırma Komisyonu Kurulmasına İlişkin Karar” yayımlandı ve Ekim 2005’te çalışmalara başladı.
- 13 Temmuz 2005 – Belediye Kanununda, kadın ve çocuklar için koruma evi açılmasının, belediyelerin (Büyük şehir belediyeleri ile nüfusu 50.000 ve üzerinde olan belediyelerin) görevi olduğuna dair değişiklik yapıldı.
- 2005 – Türkiye, Geniş Ortadoğu ve Kuzey Afrika (GODKA) girişimi kapsamında “Kadının Toplum İçindeki Rolünün Güçlendirilmesi” konulu süreci eş başkan sıfatıyla üstlendi. Bu kapsamda İstanbul’da iki, Ankara’da bir toplantı gerçekleştirildi.

- 2006 - Avrupa-Akdeniz (EUROMED) 1. Bakanlar Konferansı olan “Kadının Toplumdaki Yerinin Güçlendirilmesi” konulu konferans İstanbul’da yapıldı.
- 2007 - Türk Milletvekili Gülsün Bilgehan, Avrupa Birliği Parlamenterler Meclisi “Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komitesi” Başkanlığına seçildi. (22).
- 2007 – “Kadına Yönelik Şiddet İzleme Komitesi”, kamu ve sivil kurum ve kuruluşlar ile üniversitelerin katılımı ile kuruldu.
- 2007 – Aile Danışma Merkezlerinin sayısı 39’a, Toplum Merkezlerinin sayısı 70’e ulaştı.
- 2007-2008 – “Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin Yaygınlaştırılması Projesi”, “2005 Yılı Türkiye Avrupa Birliği Katılım Öncesi Mali İş Birliği Programı” kapsamında başlatıldı. 2007-2010 dönemini içeren proje kapsamında, “Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı” hazırlanarak onaylandı. Söz konusu planda; “yasal düzenlemeler”, “toplumsal farkındalık ve zihniyet dönüşümü”, “kadının sosyoekonomik konumunun güçlendirilmesi”, “koruyucu hizmetler”, “tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri” ve “sektörler arası işbirliği” konuları ele alındı (102).
- 2008- 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile analık sigortası düzenlendi (37).
- 24 Mart 2009 – 5840 sayılı kanunun yürürlüğe girmesi ile Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu kuruldu (37).
- 07 Mart 2010 – “Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” ile kadın işi - erkek işi ayırımı kaldırıldı.
- 25 Mayıs 2010 – “Kadın İstihdamının Artırılması ve Fırsat Eşitliğininin Sağlanması” konulu Başbakanlık Genelgesi yayımlandı.
- 2011 – 657 sayılı Devlet Memurları kanununda değişiklik yapılarak, anne ve babanın evlat edinenler dahil olmak üzere doğum izinleri, süt izinleri ile anne ve babalık izinleri düzenlenmiş, ayrıca engelli çocuğu olanlara yönelik izin hakları belirlenmiştir. 2011 yılından itibaren Kanunun bu konu ile ilgili değişiklik yapılan maddeleri aşağıdadır (103);

- ✓ **Kanunun 101. Maddesi;** “Günün yirmidört saatinde devamlılık gösteren hizmetlerde çalışan Devlet memurlarının çalışma saat ve şekilleri kurumlarınca düzenlenir. Ancak, kadın memurlara; tabip raporunda belirtilmesi hâlinde hamileliğin yirmidördüncü haftasından önce ve her hâlde hamileliğin yirmidördüncü haftasından itibaren ve doğumdan sonraki iki yıl süreyle gece nöbeti ve gece vardiyası görevi verilemez. Engelli memurlara da isteği dışında gece nöbeti ve gece vardiyası görevi verilemez.”,
- ✓ **104. Madde;** “Kadın memura; doğumdan önce sekiz, doğumdan sonra sekiz hafta olmak üzere toplam onaltı hafta süreyle analık izni verilir. Çoğul gebelik durumunda, doğum öncesi sekiz haftalık analık izni süresine iki hafta eklenir. Ancak beklenen doğum tarihinden sekiz hafta öncesine kadar sağlık durumunun çalışmaya uygun olduğunu tabip raporuyla belgeleyen kadın memur, isteği hâlinde doğumdan önceki üç haftaya kadar kurumunda çalışabilir. Bu durumda, doğum öncesinde bu rapora dayanarak fiilen çalıştığı süreler doğum sonrası analık izni süresine eklenir. Doğumun erken gerçekleşmesi sebebiyle, doğum öncesi analık izninin kullanılmayan bölümü de doğum sonrası analık izni süresine ilave edilir. (Ek cümle: 29/1/20166663/6 md.) Doğum öncesi analık izninin başlaması gereken tarihten önce gerçekleşen doğumlarda ise doğum tarihi ile analık izninin başlaması gereken tarih arasındaki süre doğum sonrası analık iznine ilave edilir. Doğumda veya doğum sonrasında analık izni kullanılırken annenin ölümü hâlinde, isteği üzerine memur olan babaya anne için öngörülen süre kadar izin verilir. (Ek cümleler: 29/1/2016-6663/6 md.) Üç yaşını doldurmamış bir çocuğu eşiyile birlikte veya münferit olarak evlat edinen memurlar ile memur olmayan eşin münferit olarak evlat edinmesi hâlinde memur olan eşlerine, çocuğun teslim edildiği tarihten itibaren sekiz hafta süre ile izin verilir. Bu izin evlatlık kararı verilmeden önce çocuğun fiilen teslim edildiği durumlarda da uygulanır. B) Memura, eşinin doğum yapması hâlinde, isteği üzerine on gün babalık izni; kendisinin veya çocuğunun evlenmesi ya da eşinin, çocuğunun, kendisinin veya eşinin ana, baba ve kardeşinin ölümü hâllerinde isteği üzerine yedi gün izin verilir.”(...). D) Kadın memura, çocuğunu emzirmesi için doğum sonrası analık izni süresinin bitim tarihinden itibaren ilk altı ayda günde üç saat, ikinci altı ayda günde birbuçuk saat süt izni verilir. Süt izninin hangi saatler arasında ve günde kaç kez kullanılacağı hususunda, kadın memurun tercihi esastır. E) (Ek: 20/2/2014-6525/7 md.) Memurlara; en az %70 oranında engelli ya da süreğen hastalığı olan çocuğunun (çocuğun evli olması durumunda eşinin de en az %70 oranında engelli olması kaydıyla) hastalanması hâlinde hastalık raporuna dayalı olarak ana veya babadan sadece biri tarafından kullanılması kaydıyla bir yıl içinde toptan veya bölümler hâlinde on güne kadar mazeret izni verilir. F) (Ek: 29/1/2016-6663/6 md.) Doğum sonrası analık izni süresi sonunda kadın memur, isteği hâlinde çocuğun hayatta olması kaydıyla analık izni bitiminde başlamak üzere ayrıca süt izni verilmeksizin birinci doğumda iki ay, ikinci doğumda dört ay, sonraki doğumlarda ise altı ay süreyle günlük çalışma süresinin yarısı kadar çalışabilir. Çoğul

doğumlarda bu süreler birer ay ilave edilir. Çocuğun engelli doğması veya doğumdan sonraki on iki ay içinde çocuğun engellilik durumunun tespiti hâllerinde bu süreler on iki ay olarak uygulanır. Üç yaşını doldurmamış bir çocuğu eşiyile birlikte veya münferit olarak evlat edinen memurlar ile memur olmayan eşin münferit olarak evlat edinmesi hâlinde memur olan eşleri de, istekleri üzerine (A) fıkrası uyarınca verilen sekiz haftalık iznin bitiminden itibaren bu haktan aynı esaslar çerçevesinde yararlanır. Memurun çalışacağı süreler ilgili kurum tarafından belirlenir.”,

- ✓ 108. Madde; “B) Doğum yapan memura, 104 üncü madde uyarınca verilen doğum sonrası analık izni süresinin veya aynı maddenin (F) fıkrası uyarınca verilen izin süresinin bitiminden; eşi doğum yapan memura ise, doğum tarihinden itibaren istekleri üzerine yirmidört aya kadar aylıksız izin verilir.” hükümlerini içermektedir.
- 07 Nisan 2011 – “Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi” imzalandı. Sözleşme, 29 Kasım 2011 tarihli Resmi Gazetede yayımlandı. Türkiye, Avrupa Birliği ülkeleri arasında sözleşmeyi ilk imzalayan ülke oldu. Bu sözleşmede; şiddet türleri tanımlanmakta ve bunlara yaptırımlar getirilmektedir. Sözleşme, 10-11 Mayıs 2011 tarihinde İstanbul’da yapılan “121. Avrupa Bakanlar Konseyi Toplantısı” ile üye ülkelerin imzasına açıldı.
- 2011 – İş Kanunu’nun 74. maddesine “Kadın işçinin erken doğum yapması halinde ise doğumdan önce kullanamadığı çalıştırılmayacak süreler, doğum sonrası süreler eklenmek suretiyle kullanılır.” hükmü eklenmiştir.
- 2012 – 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununa dayanarak “Kadın Çalışanların Gece Postalarında Çalıştırılma Koşulları Hakkında Yönetmelik” ve “Gebe ve Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartları ile Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik” çıkarıldı (37).
- 2012 – “Panik Butonu” projesi hayata geçti. Proje, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü işbirliğiyle yürütülmeye başlandı. Ancak, butona basma ile kolluk gücünün ulaşması arasındaki zamanda failin uzaklaşması nedeniyle etkin kullanılmadığına karar verilerek kaldırıldı (104,105).
- 2012 - 6270 sayılı “Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile kendi nam ve hesabına

tarımsal faaliyette bulunan kadın çiftçilerin sigorta kapsamında sayılması için aile reisi olmaları koşulu kaldırıldı (106).

- 08 Şubat 2013 - “Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik”te ağır ve tehlikeli iş kriterleri değiştirilerek kadın istihdamına yönelik sınırlamalar kaldırılmıştır (37).
- 2013-2016 – Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı – Avrupa Birliği iş birliği ile “Aile içi Şiddetle Mücadele Projesi” yürütüldü (107).
- Şubat 2015 - "Kredi Garanti Kurumlarına Sağlanacak Hazine Desteğine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Karar” yayınlanarak kadın girişimcileri destekleyen kararlar alındı (37).
- 8 Mart 2015 - Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Adalet Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı arasında “Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Kapsamında Teknik Yöntemlerle Takip Sistemlerinin Kullanılmasına Yönelik Pilot Uygulama İşbirliği Protokolü” imzalanarak kadına şiddete karşı elektronik kelepçe uygulaması getirildi. Ancak ilk iki yıl içerisinde sadece 31 kez uygulandığı görüldü (104).
- 23 Nisan 2015 – İş kanununda değişiklik yapılarak eşi doğum yapan işçiye 5 gün babalık izni verildi (37).
- 10 Şubat 2016 – “6663 sayılı Gelir Vergisi Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile; ücretsiz izinde geçen sürelerde kademe ilerlemesi durdurulmasına son verilmiş, analık izninin bitiminden itibaren çocuğun hayatta kalması kaydıyla birinci, ikinci, üçüncü ve daha fazlası çocuk için sırasıyla 2 ay, 4 ay ve 6 aya kadar ücretli yarı zamanlı çalışma olanağı getirilmiştir. Çoğul doğumlarda bu sürelere birer ay eklenmektedir. Bu süre, çocuğun engelli olması durumunda 12 ay olarak belirlenmiştir. Çalışan ebeveynlere çocuk ilköğretim çağına gelene kadar kısmi süreli çalışma hakkı verilmiştir. Anne ölümü durumunda babaya analık izni hakkı verilmiştir. Evlat edinme durumunda da bu izinlerden kıyasen faydalanabilecektir.
- 17 Mart 2016 – “Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri Hakkında Yönetmelik” yürürlüğe girdi.



## 2.7. Türkiye’de Üreme Sağlığı Hizmetleri

Türkiye’de ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, 1963-1994 döneminde 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” yasasının öngördüğü "Temel Sağlık Hizmetleri” yaklaşımı içinde sağlık ocakları ve sağlık evlerinde, Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Dispanserlerinde ve hastanelerin nüfus planlaması kliniklerinde verilmekteydi. “Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması (AÇSAP)” hizmetleri adı altında yaşamın belirli dönemlerine odaklı olarak yürütülen hizmetler, birinci basamak sağlık kuruluşlarında tamamen ücretsiz, ikinci basamak sağlık kuruluşlarında ücretsiz ya da az katkı payı ile sunuluyordu. Bu hizmetlerin sunulmasında kilit personel birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan pratisyen hekim, hemşire ve ebeler idi. Sağlık ocakları ve sağlık evlerinde ev ziyaretleri ile 15-49 yaş grubundaki kadınlar ve tüm gebeler izleniyor aynı zamanda aile planlaması eğitimi de veriliyordu (42,80).

Üreme sağlığı hizmetleri, Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında üç birim tarafından yürütülmekte idi. Üreme sağlığı hizmetlerinin koordinasyonundan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, birinci basamak sağlık kuruluşlarının açılması ve donanımına ilişkin faaliyetlerden Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, personel atamalarından ise Personel Genel Müdürlüğü sorumlu idi (42).

1994 yılında yapılan Kahire Konferansı (UNKK) sonrasında, ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin kapsamı genişletilerek yeni bir bakış açısı ile “üreme sağlığı hizmetleri” adı altında verilmeye başlanmıştır. Üreme sağlığı hizmetlerinin, yaşam boyu yaklaşımını ve üreme haklarını temel alacak şekilde; erkekleri, gençleri ve doğurganlık çağındaki olmayan kadınları da kapsamı hedeflenmiştir. Bu amaçla, 1996 yılında UNKK’nin önerileri doğrultusunda, multidisipliner bir yaklaşımla “Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Strateji Planı” onaylanarak, hizmet sunumu, kadının statüsü, halk eğitimi, altyapı ve yönetim, personel eğitimi, lojistik ve finans konularında stratejiler belirlenmiştir. Bu stratejiler kapsamında 1998 yılında “Ulusal Faaliyet Planı” onaylanmıştır. Bu çalışmalar, Türkiye’nin UNKK kararlarına uyum süreci doğrultusunda yaptığı ilk çalışmalar olması nedeniyle önemlidir. Bu plan ile “ana sağlığı” yerine “kadın sağlığı” söylemine geçilmiş ve bu perspektifle aktivite planları hazırlanmıştır. “Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal

Faaliyet Planı” gelişen ihtiyaçlar doğrultusunda 2005 yılında “Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik Eylem Planı (2005-2015)” olarak güncellenmiştir. Bu stratejik planda anne ölümleri ve istenmeyen gebelik oranlarının düşürülmesi, gençlerin sağlığının geliştirilmesi, CYBE’nin önlenmesi ve sağlıkta coğrafi eşitsizliklerin azaltılması hedeflenmiştir (25,108).

1997 yılında Aile Planlaması - Ana ve Çocuk Sağlığı Dispanserleri, AÇSAP Merkezleri adını almış ve yeni üreme sağlığı yaklaşımına uygun olarak görev alanları genişletilmiştir. İlgili Yönetmelikte (109) bu merkezler, nüfusu 100.000’i aşan illerde her 100.000 nüfusa, ilçelerde 30.000 nüfusa hizmet verecek şekilde planlanmıştır. Merkezlerde, üreme sağlığı ile ilgili olarak; kadın ve erkek üreme sağlığı, adolesan sağlığı, gebe ve bebek izlemleri hizmetlerinin yürütülmesi öngörülmüştür. Düşük öncesi ve sonrası dahil olmak üzere etkin aile planlaması danışmanlığı ve yöntem sunumu ile bazı merkezlerde vazektomi ve tüp ligasyonu hizmetleri sunulmuştur. Ayrıca bu merkezlerden, istenilen koşulları (personel, donanım) sağlayanlar eğitim merkezi olarak görev yapmışlardır. İl içi ve dışından gelen sağlık personeline hizmet içi eğitim vermek ve mezuniyet öncesi eğitim konusunda ilgili kurumlarla iş birliği yapmak ve halk eğitimleri yapmak görevleri arasındadır. Bu merkezlerde yetiştirilen personel ile her sağlık ocağı ve sağlık evinde en az bir aile planlaması danışmanı bulundurulması hedeflenmiştir. AÇSAP Merkezlerinde, aile planlaması danışmanlığı bölümü, gebe izlem/sağlam çocuk izlem odaları ve eğitime gelenlerin kalacakları misafirhane kurulmuştur (42,109).

Bu hizmetlerin yanı sıra, isteyerek düşük hizmetlerinin de 2827 sayılı yasa ile kadın doğum uzmanı bulunan AÇSAP Merkezlerinde sertifika almış pratisyen hekimler tarafından sunulması mümkün hale gelmiştir. İsteyerek düşük hizmetleri aynı zamanda kamu hastanelerinde açılan Nüfus Planlaması Kliniklerinde verilmiştir. AÇSAP Merkezlerinde 8 haftaya kadar, Nüfus Planlaması kliniklerinde 10 haftaya kadar olan gebeliklerde rahim tahliyesi yapılmasına izin verilmiştir (89,109).

Üreme sağlığı hizmetlerinde önemli yeri olan “Nüfus Planlaması Klinikleri” 2827 sayılı yasaya dayalı olarak 1983 yılında çıkarılan “Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği” gereği Bakanlıkça belirlenen ikinci basamak sağlık kuruluşlarında açılmıştır. Bu kliniklerde bir kadın doğum uzmanı, aile planlaması danışmanlığı eğitimi ve yeterlik belgesi almış iki pratisyen hekim ve iki

ebe/ebe-hemşire/hemşire görevlendirilmiştir. Nüfus planlaması kliniklerinde, AÇSAP Merkezlerinde verilen hizmetlere ek olarak, 10 haftanın üzerindeki gebeliklerde tüzüğe uygun şekilde rahim tahliyesi ve acil durumlarda rahim tahliyesi işlemleri yürütülmüştür (89).

Türkiye’de yasal engel olmamasına rağmen “tıbbi düşük-medical abortus” yöntemi kamu tarafından sunulmamaktadır. 1999 yılı sonrasında Dr. Akın tarafından yapılan araştırmada, tıbbi düşüğün kadınlar tarafından tercih edilen, riski düşük bir yöntem olduğu görülmüştür. Ayrıca, Başkent ve Hacettepe Üniversitelerinin, DSÖ iş birliği ile 2012 yılında, Ankara, İzmir, Manisa ve Van illerinde yaptığı bir araştırmanın sonuçlarının yayınlandığı bildirmede, tıbbi düşük hizmetinin kadınlara standart üreme sağlığı hizmetleri içinde sunulmasının uygun olacağı ve bu konuda ruhsatlandırma yapılması gerektiği belirtilmiştir (80).

“Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği”nde, nüfus planlaması konusunda yaygın eğitim yapılması, ortaöğretimden başlayarak okullarda eğitim verilmesi ve sağlık personeli yetiştiren okullarda teorik ve uygulamalı eğitim verilmesi konularına yer verilmiştir. Ayrıca, nüfus planlaması kliniklerinin yanı sıra sağlık ocakları ve sağlık evlerinin de üreme sağlığı ile ilgili görevleri açıklanmıştır. Bu birimlerde eğitim görmüş ve yetki belgesi olan personel tarafından RİA uygulamasının ücretsiz olarak yapılacağı ve ev ziyaretleri ile aile planlaması eğitimi verileceği belirtilmiştir. İş yerlerine yönelik olarak; 200 üzerinde çalışanı olan iş yerlerinde nüfus planlaması kliniklerinin kurulması halinde devlet tarafından destekleneceği bildirilmiştir (89).

Sağlık Bakanlığı tarafından “Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Projesi” kapsamında UNICEF, UNFPA birçok sivil toplum kuruluşunun iş birliği ile “Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri” açılmıştır. Bu merkezlere en az iki hekim, iki hemşire/ebe, bir psikolog, bir sosyal hizmet uzmanı ve diyetisyen atanmıştır. Merkezlerde genç dostu ve kaliteli hizmet verilmesi hedeflenmiş, eğitim, danışmanlık, tanı ve tedavi hizmetleri birlikte sunulmuştur. Bu merkezlerin koordinasyonu ile gençlerin yoğun olarak bulunduğu alanlarda (okul, fuar, spor kulübü vb.) poster, afiş vb. materyaller kullanılarak eğitim çalışmaları yapılmıştır (110).

Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Komisyonu iş birliği ile 2003-2007 yılları arasında “Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Projesi (CSÜSP)” hayata geçirilmiştir. CSÜSP'nin temel amacı proje sonunda, Türkiye'deki CSÜS hizmetlerinin kalitesini, ve ulaşılabilirliğini artırmaktır. Bu amaçla; hizmet standartlarının geliştirilmesi, mevcut olan hizmetlerin kapsamının genişletilmesi, sağlık personeline yönelik eğitimler (hizmet içi ve mezuniyet öncesi) verilmesi ve ihtiyacı karşılayacak şekilde hizmet kapasitesinin artırılması hedeflenmiştir. Projede güvenli annelik, acil obstetrik bakım, aile planlaması, CYBE-HIV/AIDS ve adolesan üreme sağlığı olmak üzere beş müdahale alanı belirlenmiştir (50).

Proje kapsamında eğitim alanında çok sayıda çalışma yapılmıştır. Katılımcı ve eğitimciler için eğitim amacına yönelik üreme sağlığı eğitim modülleri hazırlanmıştır. Eğitimcilere rehber olması için; “Üreme Sağlığına Giriş”, “Aile Planlaması Danışmanlığı”, “Güvenli Annelik”, “Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri” ve “CYBE” eğitim modülleri geliştirilmiştir. Eğitimlerde standart ve güncel modüllerin yanı sıra maket ve modeller kullanılmıştır. 2006-2010 yılları arasında birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan 18.581 sağlık personeline standart ve güncel hizmet içi eğitim verilmiştir. Projeler sonrasında da eğitimin sürdürülebilmesi için yeni üreme sağlığı eğitimcileri yetiştirmek ve varolan eğitimciler ile hizmet sunucularının becerilerini geliştirmek amacıyla 14 adet Üreme Sağlığı Bölgesel Eğitim Merkezi (Adana, Ankara, Antalya, Balıkesir, Bolu, Bursa, Diyarbakır, Erzurum, İstanbul, İzmir, Malatya, Samsun, Sivas ve Trabzon) açılmıştır. Bu merkezlerde yetiştirilen eğitimciler, 81 ilde kurulan 91 Üreme Sağlığı Eğitim Merkezinde hem hizmet sunmuşlar hem de hizmet içi eğitimleri gerçekleştirmişlerdir. Benzer şekilde, hekim, hemşire ve ebe yetiştiren okullar için müfredat programları hazırlanmıştır. İkinci basamak sağlık kuruluşları için acil obstetrik ve yeni doğan bakımına yönelik ulusal rehberler hazırlanmış ve hizmet içi eğitimler yapılmıştır (42).

Türkiye Üreme Sağlığı Programı çerçevesinde ICON-İNSTITUT Public Sector GmbH (Almanya), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (Türkiye) ve BNB Danışmanlık (Türkiye) tarafından oluşturulan bir konsorsiyum tarafından “Ulusal Anne Ölümleri Çalışması” yapılmış ve 2005 yılında sonuç raporu yayınlanmıştır (136).

2007 yılında “Evlilik Öncesi Danışmanlık ve Cinsel Sağlık Programları” başlatılmıştır. Programda, toplumsal cinsiyet eşitliği, kadının statüsü, erken yaşta evlilikler, modern gebeliği önleyici yöntemleri kullanımı, istenmeyen gebelikler, isteyerek düşükler ve anne ölümleri konularına odaklanılmıştır. Ayrıca TAPV tarafından “Güvenli Annelik Projesi” ve SB tarafından “Anne ve Bebek Ölümünün Önlenmesi Projesi” hayata geçirilmiştir (111).

Yukarıda açıklanan yasa, yönetmelik, ulusal/uluslararası planlar ve projeler ile temel sağlık hizmetleri anlayışıyla verilen sağlık hizmetleri sonucunda; üreme sağlığı hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve toplumun farkındalığı artmıştır. Verilen hizmetlerin etkinliği başta anne ve bebek ölüm hızı olmak üzere sağlık göstergelerinde kendini göstermiştir. Üreme sağlığı ile ilgili göstergelerin zaman içerisinde gösterdiği değişim, çalışmanın bulgular ve tartışma bölümünde ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Yukarıda bahsi geçen hizmetlerin dışında üreme sağlığı alanında yapılan girişimler arasında; 1963 yılından itibaren her beş yılda bir nüfus ve doğurganlık araştırmalarının yapılması, 1985 yılında Türkiye Aile Planlaması Vakfının (TAPV) kurulması, 1996 yılında “Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmet Sisteminin (KAPS)”, 17 gönüllü kuruluş ve Türkiye Aile Planlaması Derneği’nin iş birliği ile “Kadın Sağlığı Komisyonu’nun (KASAKOM)” kurulması, 1997 ve 2005 yıllarında ulusal anne ölüm araştırmalarının yapılması, 2007 yılında “HIV/AIDS Sürveyans Programı Geliştirme Araştırması”nın yapılması sayılabilir (111).

Ayrıca, bazı üniversiteler tarafından farklı projeler yürütülmüştür. Örneğin; İ.Ü. Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi’nce, yerli ve yabancı kuruluşlar tarafından desteklenen halk sağlığı programlarında toplum katılımı uygulaması olarak “Sağlıklı Başlangıçlar Projesi” uygulanmıştır. Proje kapsamında gebe ya da yeni çocuk sahibi olmuş ailelere, çocuk bir yaşına gelene kadar geçen sürede sağlık konusunda bilgilendirme yapılmış, programda “Sağlıklı Başlangıçlar Projesi - Program Hazırlayanlar ve Eğitimciler İçin Rehber”, “Doğum Öncesi Eğitim” ve “Bebeğinizi Büyütürken” adlı rehber kitaplar kullanılmıştır (112–114). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından 2000-2002 yılları arasında DSÖ iş birliği ile “Adolesanların Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Projesi” yürütülmüştür. Araştırma’da, Hacettepe

Üniversitesi Beytepe Kampüsü ve Dicle Üniversitesi'nde odak grup görüşmeleri yapılmıştır (115).

Ulusal ve uluslararası üreme sağlığı projeler hali hazırda yürütülmekte iken 2004 yılında başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm” politikasının ürünü olarak “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması” 2005 yılında Düzce ilinde uygulamaya sokulmuştur. Aile Hekimliği projesi 2010 yılında tüm Türkiye’yi kapsar hale gelmiştir. Yeni sistem ile sağlık ocakları, aile hekimliği merkezlerine dönüştürülmüştür. Aile hekimliği personeli güvenceli çalışma hakkını kaybederek sözleşmeli yapılmıştır, doktorların ücretlendirmesi performans puanına dayandırılmıştır. Ebe ve hemşireler “aile sağlığı elemanı” olarak “doktorun yardımcısı” pozisyonunda çalıştırılarak kendilerine sekreterlik, laborantlık vb. işler yüklenmiş, evde bakım ve koruyucu sağlık hizmetlerini veremez hale getirilmişlerdir. Zaten sistem, bölge temelli olmaması ve kar amacı gütmemesi nedeniyle ev ziyareti ve koruyucu sağlık hizmetlerini engelleyici niteliktedir (116). Bundan üreme sağlığı hizmetleri fazlasıyla payını almıştır.

Aile hekimliği sisteminde, aile planlaması danışmanlığı ve yöntem sunumu hizmetleri, ücretlendirmede esas olan performans puanı kapsamı dışında tutulmuştur. Bu nedenle, teorik olarak doktorun görevleri arasında yer alan bu hizmetler fiilen verilmemeye başlanmıştır. Merkezlerde ilk kapanan odalar “Aile Planlaması Odaları” olmuş, laboratuvar ve aşı odaları ortak kullanıma açılmıştır (42). 2010 yılı itibarıyla aile hekimliği merkezlerinde çalışan hekimlerin “Aile Planlaması Sertifikası” durumu bilinmemektedir. 1965 yılından beri birinci basamak sağlık kuruluşlarından talep edilen RİA uygulaması, doktorun sertifikası olmaması nedeniyle çoğu merkezde yapılamaz hale gelmiştir (80).

Sağlıkta Dönüşüm ile AÇSAP Merkezleri işlevsiz hale getirilmiştir. Bu merkezler, AÇSAP birimi adıyla Toplum Sağlığı Merkezlerinin altına alınmış, personel, bina ve donanım olarak yetersiz bırakılmıştır. Sadece bir oda, geçici bir sağlık personeli ile gebeliği önleyici malzeme dağıtan bir konuma getirilmiştir (42).

Son olarak 02 Kasım 2011 tarihli 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı teşkilatı yeniden yapılandırılmış, birinci ve ikinci basamak sağlık birimlerinin birbiriyle bağı koparılmış ve AÇSAP Genel Müdürlüğü kapatılmıştır. Yeni

yapılanma üreme sağlığı hizmetlerinin koordinasyonunu güçleştirmiştir; sağlık ocakları, sağlık evleri, AÇSAP merkezleri ile hastanelerdeki nüfus planlaması kliniklerinin iletişimi kopmuştur. Birinci basamak sağlık birimlerinde isteyerek düşük, vazektomi ve tüp ligasyonu hizmeti verilemez olmuştur (42).

Zamanla sağlık hizmetlerinin çok başlı yönetilmesinin sakıncaları ortaya çıkmış ve 25 Ağustos 2017 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanan 694 sayılı KHK ile Halk Sağlığı Kurumu kapatılarak Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü adıyla Bakanlık merkez teşkilatının 17 Genel Müdürlüğünden biri olarak belirlenmiştir. Üreme sağlığı hizmetleri, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün altında “Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı” ve illerde Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığının altında yer alan “Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi” tarafından yürütölmektedir (117).

Ancak, önceki bölümlerde açıklandığı gibi Türkiye’nin nüfus politikasındaki değişiklik ve sağlıkta dönüşüm politikasının etkisiyle, yasalarda bir değişiklik olmamasına rağmen gerek birinci gerekse ikinci basamakta yer alan üreme sağlığı birimleri personel ve malzeme açısından yetersiz bırakılmıştır.

Böylece birinci basamak sağlık hizmetlerinde UNKK ile edinilen kazanımlar kaybedildiğı gibi 1994 öncesinde sunulan hizmetlerin de gerisine gidilmiştir. Üreme sağlığı hizmetleri sadece gebe ve bebek izlemleri ile sınırlanmıştır (42).

## **2.8. Dünyada Üreme Sağlığı Sorunları**

UNKK Eylem Programında ve Binyıl Kalkınma Hedeflerinde belirtilen önceliklere uygun olarak dünyada üreme sağlığı sorunları; anne ölümleri, bebek ve çocuk ölümleri, gebeliğı önleyici yöntem kullanımı, isteyerek düşükler, adolesan doğurganlık, CYBE, infertilite ve kadın sünneti başlıkları altında nedenleri ile birlikte incelenmiştir.

### **2.8.1. Anne Ölümleri**

Dünyada 2015 yılında her gün yaklaşık 830 kadın (yılda 303.000), gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Bu ölümlerin neredeyse

tamamı yetersiz koşullar nedeniyle oluşmuştur ve önlenebilir nedenlerden kaynaklanmıştır. Anne ölümlerinin beş ana nedeni; doğum sonu kanamaları, hipertansif bozukluklar, enfeksiyonlar, güvenli olmayan düşükler ve zor/uzamış doğumlardır. Dolaylı nedenleri ise önceden var olan tıbbi durumların gebelikte ortaya çıkardığı sorunlardır.

Önlenebilir nedenlerden kaynaklanan anne ölümlerinin azaltılması, güvenli anneliğe yönelik hizmetlerin sunulabilmesi ile mümkündür. Güvenlik annelik yaklaşımı, gebelik öncesinden başlayarak, gebelikte ve doğum sonrasındaki bakım hizmetleri ile yetkin bir sağlık personeli yardımıyla doğum yaptırılmasını ve acil obstetrik hizmetlerin verilmesini gerektirmektedir. Güvenli anneliğe yönelik hizmetlerdeki farklılıktan dolayı gelişmekte olan bir ülkede bir kadının anne olmaktan dolayı ölme riski, gelişmiş bir ülkede yaşayan bir kadına göre yaklaşık 33 kat daha yüksektir. Anne ölümlerinin %99'u gelişmekte olan ülkelerde ortaya çıkmaktadır. Anne ölümleri, hem ülkeler arasında hem de aynı ülke içinde, zengin ve yoksul, kentsel ve kırsal alanlar arasında büyük farklılıklar göstermektedir. (44,51,118).

Anne ölüm oranı, büyük oranda 2000 yılından beri olmak üzere 1990'dan itibaren dünya çapında neredeyse yarıya inmiştir. Azalma oranı, Güney Asya'da %64, Sahra altı Afrika'da %49 olmuştur (78).

Küresel olarak kadınların %77,4'üne gebelik süresince en az 4 kez izlem yapılmıştır, bu oran gelişmekte olan ülkelerde %50'dir. Ancak bir gebenin ilk 28 hafta içinde her ay, sonrasında 36. haftaya kadar iki haftada bir ve son ay içerisinde her hafta izlenmesi önerilmektedir. Yani önerilen izlem sayısı en az 10'dur (60,118).

Dünya genelinde doğumların %71'inden fazlası yetkin sağlık personelinin yardımıyla yapılmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde kırsal alanlardaki kadınların sadece %56'sı sağlık personelinin yardımını alabilmiştir. Doğumda eğitimli personelin bulunması, doğum komplikasyonlarını ve acil doğum hizmetlerine ihtiyacı azaltmaktadır. Özellikle yoksulların doğumda eğitimli sağlık personeli yardımı almaları sağlanmalıdır. Yeterli doğum hizmeti, ancak her 500.000 nüfusa, biri acil doğum hizmeti veren sağlık kuruluşu olmak üzere en az beş sağlık kuruluşunun hizmet vermesiyle sağlanabilir (44,78).



Gebelik ve doğum kaynaklı nedenler ile ölen her kadına karşılık 20 kadın aynı nedenlerle sakat kalmakta veya önemli bir sağlık sorunu yaşamaktadır. BM Nüfus Fonu Türkiye Ofisi'nin desteğiyle hazırlanan "UNKK Eylem Programının İzlenmesi-2014 Sonrası için Program Çerçevesi ve Türkiye'nin Öncelikleri Raporu"nda anneliğe bağlı sakatlıkların da gösterge olarak kullanılması önerilmiştir (44).

15-49 yaş grubundaki kadınlar arasında en yaygın kanser türü meme kanseridir, ikinci sırada rahim ağzı kanseri yer almaktadır. Gelişmiş ülkelerdeki kadınlar, diğerlerine göre iki kat daha fazla meme kanserine yakalanmaktadır ancak diğer ülkelerde sağlık hizmetlerine ulaşım olanakları kısıtlı olduğu için ölüm oranları arasında farklılık gözlenmemektedir. Her yıl en az yarım milyon kadın rahim ağzı kanseri olmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde rutin meme ve rahim kanseri taraması yapılmalıdır (44).

### **2.8.2. Bebek ve Çocuk Ölümleri**

Dünyada beş yaş altı ölüm hızı, 1990 ve 2015 yılları arasında neredeyse yarı yarıya azalarak 1.000 canlı doğumda 90'dan 43'e düşmüştür. Gelişmekte olan ülkelerdeki nüfus artışına rağmen, beş yaşın altındaki çocuklarda görülen ölümlerin sayısı dünya genelinde 1990'da 12,7 milyon iken 2015 yılında yaklaşık 6 milyona düşmüştür. Bu dönemde, ölümlerdeki düşme oranı yaklaşık üç kat artmıştır. Sahra altı Afrika'da, 2005–2013 döneminde beş yaş altı ölüm hızının yıllık düşüş oranı, 1990-1995 dönemine göre beş kat fazladır (78).

Kızamık aşısı 2000-2013 yılları arasında yaklaşık 15,6 milyon kişinin ölümünü önlemiştir. Aynı dönemde dünya genelinde bildirilen kızamık vakalarının sayısı %67 oranında azalmıştır. 2016 yılında dünyada 12-23 aylık çocukların yaklaşık % 84'ü en az bir doz kızamık aşısı olmuştur. Bu oran 2000 yılında %73'tür (78,119).

Bu gelişmelere rağmen, halen 2015 yılında dünyada her gün 16.000 çocuk, önlenbilir nedenlerden dolayı hayatını kaybetmiştir. Dünyada bir çok bölgedeki (Sahra Altı Afrika ve Güney Asya başta olmak üzere) mevcut bebek ve çocuk ölüm hızları Binyıl Kalkınma Hedeflerini karşılayamamıştır (78).

Neonatal ölüm hızı 1990 ve 2015 yılları arasında dünya çapında, 1000 canlı doğumda 33 ölümden 19'a düşmüştür. Beş yaş altı ölüm hızındaki düşüş, neonatal ölüm hızındaki düşüşten daha hızlı seyrettiğinden, neonatal ölümler toplam beş yaş altı ölümlerin daha büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Dünyadaki neonatal ölümlerin çoğuna erken doğum komplikasyonları (%35), doğum ve doğum sırasındaki komplikasyonlar (%24) ve sepsis (%15) neden olmaktadır. Sahra altı Afrika ve Güney Asya'da birçok ölüm de önlenemez bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanmaktadır (78). Neonatal ölümler, daha çok gebelik ve doğumla ilgili faktörlerden, postneonatal ölümler ise genellikle çevresel faktörlerden kaynaklanmaktadır. Postneonatal ölümler aşılama gibi düşük bütçeli yatırımlar ile önlenirken, neonatal ölümlerin önlenmesi küvöz, neonatal resusitasyon gibi daha maliyetli tıbbi yatırımları gerektirmektedir. Annelerin genel sağlığının korunması, gebelik öncesi, doğum ve doğum sonrası hizmetlerin düzenli verilmesi ile bir çok neonatal dönemdeki ölüm önenebilecektir (44,53).

### **2.8.3. Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımına İlişkin Sorunlar**

Dünyada gebeliği önleyici yöntem kullanımı giderek artmakla birlikte, üreme çağındaki kadınların %12'si gebeliği geciktirmek veya önlemek istemesine rağmen herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmamaktadır. Karşılanmayan modern yöntem ihtiyacı ise 2013 yılı için %18,5'dir (44,78).

Gebeliği önleyici yöntem kullanımı, istenmeyen gebeliklerin, güvenli olmayan düşüklerin ve anne ölümlerinin sayısının azaltılmasında çok önemlidir ancak tek başına yöntem kullanımı yeterli değildir; yöntemin düzensiz, hatalı kullanımı ya da yöntem başarısızlıkları da istenmeyen gebeliklere yol açmaktadır. Bu nedenle, yöntem eğitim ve danışmanlığına sağlık hizmetlerinin her basamağında yer verilmeli, danışmanlık hizmetlerine eşler de dahil edilmelidir (120).

Dünya çapında 15-49 yaş arasındaki evli ya da birlikte yaşayan kadınların herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanımı 1990'da %55 iken, 2015'te %64'e yükselmiştir. Sahra Altı Afrika'da bu oran iki kattan fazladır (1990 ve 2015'te %13 ve 28). Kullanıcıların %90'ı sterilizasyon, oral hormonal haplar, RİA, kondom, enjektabl veya implant gibi etkili yöntemler kullanmaktadır. Dünya Bankası 2014 yılı verilerine göre, doğurganlık çağındaki evli olan veya partneri olan kadınların

%49'u gebeliği önleyici yöntem ihtiyaçlarını bir modern yöntem ile karşılamışlardır. Ancak, cinsel olarak aktif fakat evli olmayan veya birlikte yaşamayan kadınlar bu göstergelere dahil olmadıkları gibi aile planlaması danışmanlığına da ulaşmakta güçlük çekmektedirler (78,121).

#### **2.8.4. İsteyerek Düşükler**

Dünyada 2014-2018 yılları arasında 25 milyonu güvenli olmayan toplam 56 milyon isteyerek düşük yapılmıştır. 15-49 yaş grubundaki kadınlarda isteyerek düşük hızı her 1.000 kadında 35'tir. Gebeliklerin %25'i düşükle sonuçlanmıştır. Güvenli olmayan isteyerek düşüklerin neredeyse tamamı gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmiştir. Güvenli olmayan düşüklerin yarısından fazlası Asya'da gerçekleşmiştir. Latin Amerika ve Afrika'daki 4 düşükten 3'ü güvenli değildir. Güvenli olmayan düşükten ötürü en yüksek ölüm riski Afrika'dadır (122).

Güvenli olmayan düşüklerden kaynaklı anne ölümleri giderek azalsa da toplam anne ölümleri içindeki payı artmaktadır (44). Anne ölümlerinin %4.7- 13.2 oranında nedeni, güvenli olmayan düşüklerdir. Her yıl 7 milyon kadın güvenli olmayan düşükler sonucunda hastaneye başvurmaktadır. İsteyerek düşüklerin neden olduğu komplikasyonlar; tamamlanmayan düşükler (incomplete abortus), kanamalar, enfeksiyonlar, uterus perforasyonu, uygun olmayan cisimlerle kendi kendine düşük yaparken genital organların veya anüsün zarar görmesi olarak sıralanmaktadır (122).

İsteyerek düşükler, DSÖ tarafından önerilen uygun yöntemler kullanılarak eğitilmiş bir kişi tarafından yapılmalıdır. İsteyerek düşük kaynaklı hemen hemen her ölüm ve sakatlık; cinsellik eğitimi, etkili gebeliği önleyici yöntem kullanımı, isteyerek düşük hizmetinin ulaşılabilir olması, komplikasyonlara zamanında müdahale edilmesi ve düşük yapanların ayrımcılığa maruz kalmaması ile önlenebilir. Burada en önemli konulardan birisi de ülkelerin isteyerek düşük için yasal zemin hazırlamasıdır. İsteyerek düşüğün yasal olmadığı ülkelerde güvenli olmayan düşükler ve dolayısıyla anne ölümleri artmaktadır. İstemli düşük taleplerinin yasal açıdan engel olmadığı halde karşılanmaması, bireylerin üreme haklarının ve sağlık hizmetlerine ulaşma haklarının ihlalidir (122,123).

Gebeliğin sonlandırılmasının yasal zemine oturtulması ile anne ölümleri arasındaki ilişki, Romanya örneğinde çok çarpıcıdır. Romanya’da 1957 yılında isteğe bağlı düşük yasa ile serbest bırakıldıktan sonra 1960 yılındaki isteğe bağlı düşük nedeniyle ölümler 100,000 doğumda 20 idi. Çavuşesku’nun 1966’da düşüklere sınırlayan yasayı çıkarmasıyla anne ölümleri yedi kat artarak 1989 yılında 100,000’de 148 olmuştur. Bu oranın %87’sini düşüklere bağlı ölümler oluşturmuştur. Çavusesku’nun devrilmesinin ardından düşük yasasının tekrar değiştirilerek kadınların güvenli düşük hizmetlerine ulaşmasını müteakip ilk yılda ölüm hızı %68 oranında azalmıştır. Güvensiz düşüklere bağlı anne ölüm oranı 2002 yılında 100,000’de 9’a düşmüştür (80).

#### **2.8.4. Adolesan Doğurganlık**

Adolesan doğurganlık, hem 15-19 yaş grubundaki genç kadınların hem de çocuklarının sağlığını tehdit etmektedir. Mortalite oranı gençlerde diğer yaş gruplarına oranla düşük olmasına rağmen, gebelikle ilgili mortalite ve morbidite oranları daha yüksektir. Adolesanların antenatal bakıma ulaşamaması, doğum ve doğum sonrası komplikasyon riskini artırmaktadır (124).

Adolesan gebelik hızı 1990 yılında her bin 15-19 yaş grubu kadında 59 iken 2015 yılında 51’e düşmüştür ancak bölgeler arası farklılıklar devam etmektedir. Afrika’da halen adolesan doğurganlık hızı %116 düzeyindedir. Doğu Asya, Güney Asya ve Okyanusya 1990-2015 yılları arasında adolesan doğurganlık hızında en çok düşüş gösteren bölgelerdir (78).

Erken yaşta gebeliklerin nedeni; bu yaş grubundaki gençlerin etkili aile planlaması danışmanlığı alamaması, yöntem seçme ve kullanma konusunda söz sahibi olmamaları, evlilik ve gebelik kararının eş ya da aile tarafından verilmesidir. Evlilik öncesi cinsel deneyimin bir çok ülkede kültürel olarak kabul görmemesi, adolesanların sağlık personeli dahil olmak üzere toplum tarafından ayrımcılığa maruz kalması, ilk cinsel deneyimden ortalama bir yıl sonra modern bir yöntem kullanılmaya başlanması istenmeyen gebeliklere neden olmaktadır (96).

Bu savunmasız yaş grubunda gebeliklerin önlenmesi için çaba gösterilmelidir. Bu çabalardan en etkili olanı eğitim süresinin uzun tutulması ve

kesintisiz eğitimin tercih edilmesidir. Kız çocuklarının eğitimine verilen destek ve teşvikler erken yaşta evlilikleri önlemektedir. Etyopya'da Taffa, Haimanot ve Desalegn tarafından yapılan bir araştırmada; kültürel tabuların bir sonucu olarak, gençlerin ebeveynleri ile cinsel konuları konuşmadıklarını, bu bilgileri genellikle akranlarından edindiklerini ayrıca ebeveynlerin de erken evlilik, gebelik ve cinsel sağlık konusunda yeterince bilgi sahibi olmadıklarını göstermiştir. Ülkeler, erken evlilik kararlarında etkili olan ebeveynlerde farkındalık yaratacak programlar oluşturmalıdır. Ayrıca, erken yaşta gebelikler hiç bir ayrımcılığa maruz kalmaksızın takip edilmeli ve genç annelere yaşam boyu eğitim ve istihdam olanakları sağlanmalıdır (44,125).

### **2.8.5. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar**

DSÖ Ağustos 2016 verilerine göre dünyada her gün yaklaşık 1 milyon kişide (yılda yaklaşık 357 milyon) yeni CYBE (frengi, bel soğukluğu, klamidy, trikomonas) ortaya çıkmaktadır. 500 milyondan fazla kişinin herpes simpleks virüsü (HSV) ile genital enfeksiyonu olduğu tahmin edilmektedir. 290 milyondan fazla kadında human papilloma virüsü (HPV) enfeksiyonu vardır. HSV tip 2 ve frengi gibi CYBE'ler HIV edinme riskini artırabilir. Bazı vakalarda CYBE, kendi etkisinin ötesinde infertilite, yeni doğan körlüğü, rahim ağzı kanseri gibi ciddi üreme sağlığı sorunlarına neden olmaktadır (44,126).

Günümüzde, cinsel yolla bulaşan viral ve bakteriyel enfeksiyonlar epidemi düzeyine ulaşmıştır. Bel soğukluğu, frengi ve şankroid gibi venerial hastalıklar özellikle gelişmiş ülkelerde azalırken klamidy, herpes virus, papilloma virus ve HIV (+)/AIDS vaka sayısı artmaktadır. (3).

HIV enfeksiyonu; yaş, cinsiyet, cinsel davranış ve sosyal durum farklılığı gözetmeksizin herkesi etkileyebilen ve hızla yayılan bir hastalıktır. Dünyada HIV (+) vaka sayısı ortalama 36.7 milyondur (DSÖ, Şubat 2018) ve bu vakaların %95'inden fazlası gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. 2016 yılı içinde 1.8 milyon yeni vaka bildirilmiştir ve yaklaşık 1 milyon kişi HIV kaynaklı nedenlerden hayatını kaybetmiştir. 2000-2016 yılları arasında HIV enfeksiyonu insidansı %39 oranında düşmüştür. Aynı dönemde antiretroviral tedavi ile yaklaşık 13,1 milyon ölüm

engellenerek, ölüm oranı 1/3 oranında azaltılmıştır. HIV/AIDS hastalığı Sahra Altı Afrika'da birinci, dünyada ise 4. ölüm nedenidir (127,128).

Hastalık, en sık olarak korunmasız heteroseksüel cinsel temas ile bulaşmaktadır. İkinci sıklıkta rastlanan bulaş yolu damar içi madde kullananların ortak paylaştığı enjektör, üçüncüsü ise korunmasız homoseksüel cinsel temastır. Kadın seks işçilerine HIV bulaşma riski diğer kadınlardan 13,5 kat fazladır. Seks işçileri ve homoseksüeller ayrımcılığa maruz kaldıklarından bu savunmasız gruplarda koruma, bakım ve tedavi güçlüğüyle yürütülmektedir (44,127).

HIV enfeksiyonunun anneden bebeğe geçme olasılığı %20-30'dur. Ancak, HIV (+) anne gebelik boyunca tedavi alır, doğum 38. haftada sezaryen ile yapılır, bebek doğumdan sonra belli süre tedavi alır ve anne bebeğini emzirmese bu oran %1-2'lere kadar düşebilmektedir (127).

2014 yılında Sahra altı Afrika'da, 15-24 yaş grubundaki gençlerin %40'ından daha azı, HIV enfeksiyonu hakkında kapsamlı ve doğru bilgiye sahiptir (78).

CYBE ile mücadelede etkili cinsel sağlık ve üreme sağlığı danışmanlığı, antiretroviral tedaviye ulaşımın sağlanması, enfekte olmuş kişilerin ve savunmasız grupların dışlanmaması önemlidir.

### **2.8.6. İnfertilite**

İnfertilite, 30 yılı aşkın süredir bir üreme sağlığı sorunu olarak daha fazla kabul görmektedir. İnfertilite, genellikle ikincil bir sorun olarak ortaya çıkmakta ve büyük oranda CYBE, güvenli olmayan düşükler ve pelvik enfeksiyonlardan kaynaklanmaktadır (3). Çevresel toksinler, obezite, işyeri ortam faktörleri, kadın ve erkek yaşı da infertilitede etkili olmaktadır (129).

Dünyadaki her 6 çiftten birinde infertilite sorunu vardır. DSÖ, beş yıl ve daha uzun süredir bir ilişkisi olan kadınların %10'undan fazlasının infertilite ve subfertiliteden etkilendiğini saptamıştır. Bu hesap iki yıllık bir süre için yapıldığında prevalans 2,5 kat artmaktadır. Her 5 infertil çiftin yaklaşık birinde sorun sadece erkek partnerdedir. Erkeklerden kaynaklanan infertilite, toplam infertilitenin %30'unu oluşturmaktadır. 20 erkekte birinin ejakülatta az miktarda sperminin

olduğu ve her 100 erkekten birinde ejakülatta hiç sperm olmadığı bilinmektedir (130–132).

Son 20 yılda infertilite/subfertilite oranında herhangi bir düşüş olmadığı tahmin edilmektedir. Yüksek oranda görülmesine rağmen, özellikle sınırlı kaynaklara sahip ülkelerde infertilite tedavisi ulaşılabilir değildir. Bununla birlikte, üreme tıbbi ve endokrinoloji alanı infertilite ve doğurganlık problemlerini çözen yeni teknolojiler ve yöntemler geliştirmektedirler (130).

İnfertilite, hem erkek hem de kadın için bir üreme sağlığı sorunu iken çoğu toplumda sosyal ve psikolojik yükünü kadınlar üstlenmektedir. Bu yüzden kadınlar sosyal olarak dışlanmakta ve boşanmaya zorlanmaktadır. UNKK Eylem Programı, infertilite ile mücadeleyi içermektedir. (44).

#### **2.8.7. Kadın Sünneti ve Kadının Genital Mutilizasyonu (KS/KGM)**

Kadın bedenine yönelik bir şiddet unsuru olan kadın sünneti ve kadının genital mutilizasyonu, tıbbi olmayan nedenlerden dolayı kadın genital organlarını kasıtlı olarak değiştiren veya yaralayan girişimleri içermektedir. Bazı toplumlarda kültürel nedenlerle kadının cinsel olarak haz almasını engellemek amacıyla yapılmaktadır (73,133).

Afrika, Orta Doğu ve Asya'da 30 ülkede yaşayan 200 milyondan fazla çocuk ve kadın ve her yıl en az en az iki milyon kişi bu uygulamaya maruz kalmıştır. KS/KGM, çoğunlukla bebeklik ve 15 yaş arasındaki genç kızlara uygulanmaktadır. Hem kız hem de erkeklerin uluslararası konferans belgelerinde onaylanan bir dizi tanınmış insan haklarının ihlali anlamına gelmektedir. Bunlar arasında ayrımcılığa maruz kalmama hakkı, yaşama ve fiziksel bütünlüğün korunması hakkı, sağlık hakkı ve çocuğun korunması hakkı yer almaktadır. İnsan hakları örgütleri bu konu ile ilgilenmektedir. Bazı ülkelere kadın sünneti yasak iken bazı ülkelere devam etmektedir (72,73,133,134).

Bu girişim kısa dönemde enfeksiyon ve kanama, uzun dönemde ise skar dokusu, idrar yaparken zorluk, menstruasyon sorunları, cinsel ilişkide ağrı, hamilelik ve doğumda komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Uygulama, kız çocuklarının üreme sağlığı ve cinsel yaşamlarını ömür boyu olumsuz etkilemektedir (25,133).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de 1963-2013 yılları arasındaki üreme sağlığı göstergeleri ile sosyoekonomik değişkenlerin ilişkisini incelemektir. Çalışma; söz konusu döneme ait üreme sağlığına ilişkin göstergeler ile sosyoekonomik değişkenlerin zaman içerisinde gösterdiği değişimin ve yönünün belirlenmesi, bu değişkenler arasındaki ilişkilerin ortaya konulması amacıyla yapılmıştır.

Bu kapsamda, çalışmanın birinci bölümünde üreme sağlığına ilişkin değişkenlerin, ikinci bölümünde sosyoekonomik faktörlere ilişkin değişkenlerin zaman içerisindeki değişiminin varlığı ve yönü incelenmiştir. Üçüncü bölümde, değişkenler arasında aşağıda belirtilen ilişkilerin varlığı ve düzeyi araştırılmıştır;

- Anne ölüm oranı ile 15- 49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı, adolesan doğurganlık hızı (15-19 yaş grubu evli kadınlarda), toplam isteyerek düşük hızı, aile tipi, kadınlarda brüt okullaşma oranları, ilk evlenme yaşı, kişi başına düşen gayri safi yurt içi hasıla (GSYİH), Gini katsayısı, bütçeden sağlığa ayrılan pay, sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı arasındaki ilişki,
- Bebek ölüm hızı ile 15- 49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı, aile tipi, kadınlarda brüt okullaşma oranları, ilk evlenme yaşı, kişi başı GSYİH, bütçeden sağlığa ayrılan pay, sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı arasındaki ilişki,
- Neonatal ölüm hızı ile adolesan doğurganlık hızı (15-19 yaş grubu evli kadınlarda), kişi başı GSYİH, bütçeden sağlığa ayrılan pay, sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı arasındaki ilişki,
- Beş yaş altı ölüm hızı ile aile tipi, kadınlarda brüt okullaşma oranları, kişi başına düşen GSYİH, Gini katsayısı, bütçeden sağlığa ayrılan pay, sağlık



harcamalarının milli gelir içindeki payı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı arasındaki ilişki,

- Toplam doğurganlık hızı ile kadında doğumda beklenen yaşam süresi, 15-49 yaş grubu kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı, bebek ölüm hızı, neonatal ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, anne ölüm oranı, aile tipi, kadınlarda brüt okullaşma oranları, ilk evlenme yaşı, kişi başı GSYİH, Gini katsayısı, bütçeden sağlığa ayrılan pay, sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı arasındaki ilişki,
- Adolesan doğurganlık hızı ile kadınlarda brüt okullaşma oranları, kişi başı GSYİH, bütçeden sağlığa ayrılan pay, sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı arasındaki ilişki,
- Toplam isteyerek düşük hızı ile 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı, adolesan doğurganlık hızı (15-19 yaş grubu evli kadınlarda), anne ölüm oranı, kadınlarda brüt okullaşma oranları, ilk evlenme yaşı, kişi başı GSYİH, Gini katsayısı, bütçeden sağlığa ayrılan pay, sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı arasındaki ilişki,
- 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile aile tipi, kadınlarda brüt okullaşma oranları, ile evlenme yaşı, kişi başı GSYİH, Gini katsayısı, bütçeden sağlığa ayrılan pay, sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı arasındaki ilişki.

Çalışmanın dördüncü bölümünde, Türkiye’de üreme sağlığı alanında karar verici, uygulayıcı, politika yapıcı roller üstlenmiş olan beş katılımcı ile derinlemesine görüşme yapılarak elde edilen nitel verilerle, üreme sağlığını etkileyen faktörler ve bu faktörlerin 50 yıl içerisinde Türkiye’de gösterdiği değişimin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

### **3.2. Araştırmanın Tipi**

Çalışma, nitel ve nicel yöntemlerin birlikte kullanıldığı karma tipte ve retrospektif bir araştırmadır. Niceliksel araştırma bölümünde sağlık göstergeleri ve sosyoekonomik göstergeler kullanılarak istatistiki analiz gerçekleştirilmiş, niteliksel araştırma bölümünde tanımlayıcı fenomoloji (hermenütik) yaklaşımı kullanılarak üreme sağlığı alanında yetkin beş katılımcı ile derinlemesine görüşmeler yapılmış, görüşmeler sonucunda elde edilen veriler betimsel analiz ve içerik analizi yapılarak değerlendirilmiştir.

### **3.3. Veri Toplama Yöntemi**

#### **3.3.1. Niceliksel Araştırma**

Nicel araştırma bölümünde; öncelikle literatür araştırması yapılarak ülkelerin üreme sağlığı düzeyine ilişkin sık kullanılan göstergeler ve bunları etkilemesi öngörülen sosyoekonomik göstergeler belirlenmiştir.

Üreme sağlığına ilişkin verilerin elde edilmesinde; 1963-2013 yıllarına ait verileri içeren, periyodik aralıklarla tekrarlanan ve gerçekçi olan verilerin elde edilebileceği kaynakların kullanılması tercih edilmiştir. Bu kapsamda, 1963 yılından beri beş yılda bir yapılan TNSA, Dünya Bankası ve TÜİK verilerinden yararlanılmıştır. Bu kaynaklardan elde edilemeyen veriler için farklı araştırma sonuçlarına başvurulmuştur.

Sosyoekonomik faktörlere ilişkin veriler, genel olarak TÜİK ve TNSA'dan edinilmiş olup, bu iki kaynakta yer almayan diğer veriler için farklı kaynaklar kullanılmıştır. Tablo 1 ve Tablo 2'de, araştırmada kullanılan değişkenler, veri dönemleri ve veri kaynakları sunulmaktadır.

Araştırmada, beş yılda bir gerçekleştirilen TNSA verilerine paralel olarak, diğer kaynaklardan da sonu 3 ve 8 ile biten yılların verileri alınmıştır. Bu yıllara ait bulunamayan veriler olduğu için, karşılaştırmada bütünlük sağlaması açısından 50 yıllık dönem 1961-1965 döneminden başlamak üzere 5'er yıllık periyotlarla ele alınmış, diğer yıllara ait veriler ilgili periyoda yerleştirilmiştir. Bu veriler, bulgular

bölümünde ilgili tabloların altında belirtilmiştir. Araştırma verileri 2014 yılında toplanmıştır.

**Tablo 1:** Araştırmada kullanılan üreme sağlığına ilişkin değişkenlerin veri dönemleri ve veri kaynakları

Araştırmada Kullanılan Üreme Sağlığına İlişkin Değişkenler	Veri Dönemi	Veri Kaynağı
Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın başına)	1960-2013	1961-1970: Macura ve Shorter'ın 1935-1975 yıllarını kapsayan "Türkiye'de Nüfus Artışı" konulu araştırması (135) 1971-2013: TNSA
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl) (Toplam, Erkek ve Kadın)	1963-2013	Dünya Bankası
15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı (100 kadında) (Toplam, Modern Yöntem ve Geleneksel Yöntem)	1963-2013	TNSA
Bebek Ölüm Hızı (1.000 canlı doğumda)	1963-2013	TNSA*
Neonatal Ölüm Hızı (1.000 canlı doğumda)	1978-2013	TNSA
Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (1.000 canlı doğumda)	1963-2013	Dünya Bankası
Anne ölüm oranı (100.000 canlı doğumda)	1975-2013	1975, 1981, 1990 ve 1998 verileri: SB Anne –Bebek Ölümlerinin Değerlendirilmesi Raporu, 2007-2012 (53)  1995 verisi Türkiye'nin Demografik Dönüşümü (HÜNEE Yayını) (84)  2005 verisi Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, (136),  2008 ve 2013 verileri: SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı
Toplam İsteyerek Düşük Hızı (Kadın başına)	1968-2013	TNSA
Adolesan Doğurganlık Hızı (15-19 yaş arasındaki 1000 evli kadında)	1963-2013	Dünya Bankası
HIV (+) / AIDS Vaka Sayısı	1983-2013	Türkiye Halk Sağlığı Gn.Md.lüğü Bulaşıcı Hastalıklar Daire Bşk.lığı, 01 Aralık 2017 verileri.
AIDS İnsidansı (100.000 nüfusta)	1983-2013	SB İstatistik Yıllıkları

\* Türkiye'nin 1978 ve sonrasındaki bebek ölüm hızı verileri Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarından, 1963 ve 1973 yılı verileri Hacettepe Üniversitesi'nin "Turkish Demography: Proceedings of a Conference" adlı yayınından (199) ve 1967 yılına ait veri ise DPT Sosyal Planlama Başkanlığı Araştırma Dairesi yayınından (200) elde edilmiştir. Bahsi geçen 1963, 1967 ve 1973 yıllarına ait veriler için faydalanılan bu kaynaklarda, TNSA verilerinin kullanıldığı belirtilmiştir.

**Tablo 2.** Araştırmada kullanılan sosyoekonomik faktörlere ilişkin değişkenlerin veri dönemleri ve veri kaynakları

Araştırmada Kullanılan Sosyoekonomik Faktörlere İlişkin Değişkenler	Veri Dönemi	Veri Kaynağı
Aile Tipi Oranı (%) (Çekirdek-Geniş-Dağılmış Aile Oranı)	1968-2013	TNSA
Kişi Başına Düşen GSYİH (Cari fiyatlarla - ABD\$)	1963-2013	TÜİK
Gini Katsayısı (Hanehalkı kullanılabilir gelire göre)	1963-2013	TÜİK, DİE, DPT 2000 Yılı Verisi: Ege Akademik Bakış Dergisinde Yayımlanan Gini Katsayısı Tahminine İlişkin Makale (137).
İlk Evlenme Yaşı (Erkek ve Kadın)	1965-2013	TNSA 2003-2013: TÜİK
Kadının İşgücüne Katılım Oranı (%)	1965-2013	Dünya Bankası
TBMM’de Kadın Milletvekili Oranı (%)	1961-2013	TÜİK
Okullaşma Oranı (Kadın-Erkek, İlköğretim, Ortaöğretim ve Yükseköğretim Brüt Okullaşma Oranları) (%)	1960-2013	1960 verileri: World Development Report 1984 1973-2013: Dünya Bankası
Bütçeden Sağlığa Ayrılan Pay (%)	1963-2013	Maliye Bakanlığı Bütçe Mali Kontrol Genel Müdürlüğü
Sağlık Harcamalarının Milli Gelir İçindeki Payı (%)	1973-2013	OECD
Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)	1978-2013	OECD

Yukarıda belirtilen göstergelerin tanımları ve hesaplama yöntemleri aşağıda sunulmuştur;

**Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın başına):** Bir kadının, doğurganlık çağında (15-49 yaşları arasında) hayatta olacağı ve mevcut yaşa özel doğurganlık hızını takip edeceği varsayıldığında doğurabileceği ortalama canlı doğan çocuk sayısını ifade etmektedir (138). Yaşa özel doğurganlık hızlarının toplamının 5 ile

çarpılmasıyla elde edilmiştir (139). TDH, 1998, 2003, 2008 ve 2013 yılları için araştırma tarihinden önceki 36 aylık döneme, diğer veriler araştırmadan önceki son bir yıllık döneme aittir.

**Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl):** Bir yenidoğanın doğduğu zamandaki yaygın ölüm nedenlerinin, onun hayatı boyunca aynı kalması halinde yaşaması beklenen yıl sayısını ifade etmektedir. Dünya Bankası tarafından verilerin şu kaynaklardan elde edildiği belirtilmiştir (140); BM Nüfus Bölümü Dünya Nüfusu Tahminleri, milli istatistik yayınları ve diğer raporlar, Avrupa Topluluğu İstatistik Ofisi (EUROSTAT) Demografi İstatistikleri, BM İstatistik Bölümünün çeşitli yıllara ait nüfus ve hayati istatistikler raporları, ABD Nüfus Sayım Bürosu (U.S. Census) uluslararası veri tabanı ve Pasifik Topluluğu Sekreterliği İstatistik ve Demografi Programı.

**15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı (100 kadında) (Toplam, Modern Yöntem ve Geleneksel Yöntem):** TNSA’da gebeliği önleyici yöntemler, “geleneksel” ve “modern” yöntemler olmak üzere iki grupta incelenmiştir. Modern yöntemler; kadının tüplerinin bağlanması, erkeğin üreme kanallarının bağlanması, kombine oral kontraseptifler, rahim içi araç (RİA), enjeksiyon, deri altı implantları, kondom, kadın kondomu, diyafram ve acil korunma haplarını içermektedir. Geleneksel yöntemler olarak tehlikesiz günler ve geri çekme ele alınmıştır (141).

**Bebek Ölüm Hızı ve Neonatal Ölüm Hızı (1.000 canlı doğumda):** Bebek ölüm hızı, doğumdan sonraki 365 gün içinde ölme olasılığıdır. Bir toplumda, bir yıl içinde ölen bebek sayısının, aynı yıl içinde canlı doğum sayısına oranının 1.000 ile çarpımı sonucu elde edilir. Neonatal ölüm hızı, doğumdan itibaren ilk 28 gün içerisinde ölme olasılığıdır. Bir toplumda belli bir zaman zarfında canlı doğan ve ilk 28 gün içinde ölen bebek sayısının aynı toplumdaki aynı sürede meydana gelen canlı doğum sayısına bölünmesiyle hesaplanır. TNSA’da bebek ve neonatal ölüm hızı tanımlanırken gestasyon yaşı ve doğum ağırlığı belirtilmemiştir. TNSA 2013’te, bu hesaplamaların detaylı anlatımının Rutstein (1984)’te bulunacağı belirtilmiştir ve hesaplama şekli şu şekilde açıklanmıştır;

“Bu bölümdeki ölümlülük göstergeleri, hız değil, klasik hayat tablosu yönetimi ile hesaplanan gerçek olasılıklardır. Ölüm olasılıklarının hesaplanması sürecinde öncelikle

herhangi bir dönemdeki ölümler ve ölümlere maruz kalan çocuklar 0, 1-2, 3-5, 6-11, 12-23, 24-35, 36-47 ve 48-59 aylık yaş aralıklarına göre tabloleştirilmişlerdir. Daha sonra, yaş aralığına özel hayatta kalma olasılıkları hesaplanmıştır. Son olarak yaş aralığına özel hayatta kalma olasılıkları birbiri ile çarpılarak ve çarpım sonuçları 1'den çıkarılarak daha geniş yaş aralıkları için ölüm olasılıkları hesaplanmıştır.” (142).

**Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (1.000 canlı doğumda):** Doğumdan itibaren ilk beş yıl içinde ölme olasılığına denir. Bir yılda canlı doğup, beş yaşını tamamlamadan ölenlerin sayısının, aynı yıl içinde gerçekleşen canlı doğum sayısına oranının 1.000 ile çarpılması ile hesaplanır. Dünya Bankası verilerinin BM Kurumlararası Çocuk Ölüm Oranları Tahmin Grubu (UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation) tarafından yapıldığı belirtilmiştir. Bu grubun, UNICEF, DSÖ, Dünya Bankası ve BM Ekonomik ve Sosyal İşler Nüfus Bölgeleri Departmanı (Department of Economic and Social Affairs /DESA Population Division) verilerinden faydalandığı belirtilmiştir (143).

**Anne Ölüm Oranı (100.000 canlı doğumda):** 100.000 canlı doğumda ölen annelerin sayısıdır. Bir toplumda bir yıl içerisinde gebelik sırasında, doğum esnasında ve doğumdan sonraki ilk 6 hafta içinde doğrudan ya da dolaylı olarak obstetrik nedenlerle ölen kadın sayısının aynı toplumda o yıldaki canlı doğum sayısına bölümünün 100.000 ile çarpılmasıyla elde edilmektedir. Bazı kaynaklarda “anne ölüm hızı” olarak ifade edilse de gerçekte hesaplanan bir orandır. Çünkü “hız” olarak tanımlanabilmesi için paydada tüm gebeliklerin olması gereklidir. Oysa, daha güvenilir kayıtlara dayanması ve standart olması nedeniyle paydada canlı doğum sayısı kullanılmaktadır. Ölüm nedenlerinin belirlenmesinde Uluslararası Hastalık Kodlarının (UHD-10) kullanıldığı ve veri kaynağı olarak hastane kayıtları, aile sağlığı merkezleri, belediye tabiplikleri ve diğer sağlık kuruluşlarından faydalanıldığı 2013 yılı SB İstatistik Yıllığı'nda belirtilmiştir (144,145).

**Toplam İsteyerek Düşük Hızı (Kadın başına):** Toplam doğurganlık hızına benzer şekilde hesaplanır. Bir kadının mevcut yaşa özel düşük hızlarına uyduğu takdirde, hayatı boyunca yapabileceği toplam düşük sayısı varsayımına dayanmaktadır. Yaşa özel düşük hızlarının toplanması ile elde edilir. Yaşa özel hızlar, bir yıllık dönem içerisinde belli bir yaş dönemindeki kadının yapacağı isteyerek düşük hızını ifade etmektedir (146).

**Adolesan Doğurganlık Hızı (15-19 yaş grubundaki 1.000 evli kadında):**

Adolesan dönemdeki (15-19 yaş grubundaki) her 1.000 evli kadına düşen doğum sayısıdır. Bu grubundaki evli kadınların yaptığı doğum sayısının, aynı gruptaki kadınların nüfusuna oranının 1000 ile çarpılmasıyla elde edilir. Dünya Bankası tarafından BM Nüfus Bölümü ve Dünya Nüfusu tahminlerinden yararlanıldığı belirtilmiştir (147).

**HIV(+)/AIDS Vaka Sayısı:** AIDS, HIV enfeksiyonunun 3. aşaması olarak sınıflandırılmaktadır. Bu aşamada, HIV ile enfekte olmuş kişinin bağışıklık sistemi ciddi şekilde tehlikeye girmiştir (CD4 hücre sayımı ile ölçülür) ve kişi fırsatçı bir enfeksiyonla hastalanmıştır. Tedavi olunmadığında, AIDS genellikle ilk HIV enfeksiyonundan 8 ila 10 yıl sonra gelişir; erken HIV tanısı ve tedavisi ile bu yıllarca gecikebilir (148). Araştırmada, SB Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı verileri kullanılmıştır. Veriler, sağlık kuruluşlarının kayıtlarına dayanarak elde edilmiştir.

**AIDS İnsidansı (100.000 nüfusta):** Bir toplumda bir yıl içinde ortaya çıkan yeni AIDS vakası sayısının, aynı yıl içindeki toplum nüfusuna oranının 100.000 ile çarpılması ile elde edilir. Verilerin elde edildiği SB İstatistik yıllıklarında hesaplama yöntemi ile ilgili özel bir açıklama bulunmamaktadır.

**Aile Tipi (Çekirdek-Geniş-Dağılmış Aile):** Veri kaynağı olarak kullanılan TNSA 2013 İleri Analiz Çalışması'nda aile, "gelenekler ya da yasalar ile kurulmuş ilişkileri barındıran bir birim" olarak tanımlanmıştır. Araştırmada kullanılan üç temel aile tipi şu şekilde açıklanmıştır (63);

- Çekirdek aile: "Karı-koca ve/veya evlenmemiş çocuklardan oluşan aile biçimidir."
- Geniş aile: "Çekirdek aile birimine yatay, dikey ya da düşey olarak eklenmiş diğer bir kişinin ya da ailenin bulunduğu aile biçimidir."
- Dağılmış aile: "Çekirdek aile biriminin tek kişiye, tek ebeveyne dönüşmüş olduğu ya da aralarında kan bağı olan ya da olmayan kişilerden oluşan aile biçimidir."

Aile tipi oranları, bir aile tipinin toplam aile sayısına yüzde biçiminde oranını ifade etmektedir.

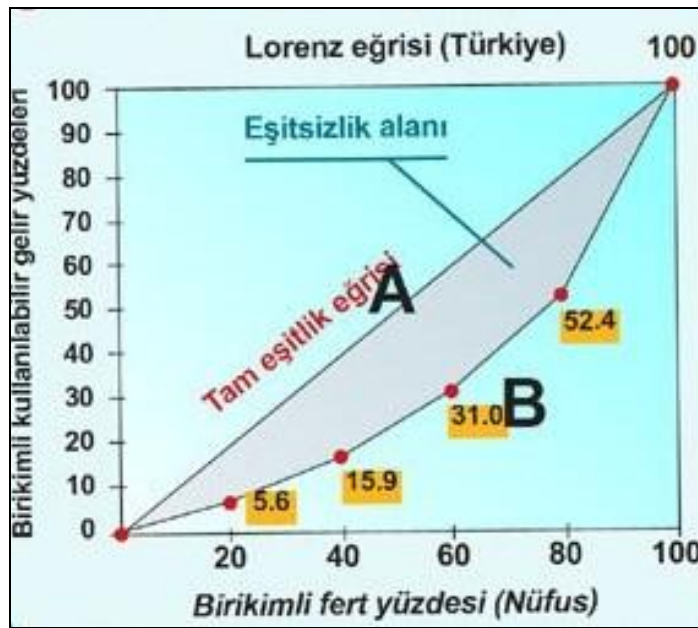
### **Kişi Başına Düşen GSYİH (Üretim yöntemi ile, cari fiyatlarla - ABDS):**

GSYİH, belirli bir zaman zarfında, bir ülkenin coğrafi sınırları içinde üretilen nihai ürün ve hizmetlerin parasal değeridir. Üretim ya da katma değer yönünden GSYİH, bir ülkedeki farklı sektörlerin ortaya koyduğu katma değerlerin toplamıdır. Tarım, sanayi, ulaşım, ticaret vb. alanlarda üretilen mal ve hizmet miktarları kendi piyasa değerleri ile çarpılır ve toplamları alınarak GSYİH elde edilir. GSYİH, TÜİK tarafından Avrupa Topluluğu Ekonomik Faaliyetlerin İstatistiki Sınıflandırması esas alınarak gruplar halinde ve 3 aylık dönemler halinde hesaplanmaktadır. Hesaplamada; tarım, sanayi ve hizmet sektörleri verileri kullanılmaktadır (149).

### **Gini Katsayısı (Hanehalkı kullanılabilir gelire göre);**

Gelir dağılımı eşitsizliğini gösteren önemli bir göstergedir. Gini katsayısının hesaplanması için nüfus, hanehalkı gelir durumlarına göre en fakirden en zengine olmak üzere %20'lik 5 dilime ayrılır ve her bir grubun milli gelirden aldığı pay belirtilir. Bu hesaplama TÜİK tarafından yapılmaktadır. Grupların milli gelirden aldıkları paylar doğrultusunda Lorenz Eğrisi oluşturulur. Lorenz eğrisinin eşitlik çizgisinden uzaklığı gelir dağılımındaki eşitsizliği göstermektedir. Şekil 1'de gösterilen A alanı, eşitlik çizgisi ile Lorenz eğrisi arasındaki alanı, B alanı ise eşitlik çizgisi altındaki toplam alanı ifade etmektedir. A alanı/ B alanı Gini katsayısını verir. Katsayı, "Sıfır" ile 1 arasındadır ve 1'e yaklaştıkça eşitsizlik artar. "Sıfır" tam eşitlik durumudur.

Şekil 1: Lorenz eğrisi, 2009, Türkiye.



Kaynak: 150'den alınmıştır.



**İlk Evlenme Yaşı (Erkek ve Kadın):** TNSA 2008 İleri Analiz Çalışmasında, ortalama ilk evlilik yaşlarının, Singulate Mean Age at Marriage (SMAM) Yöntemi ile hesaplandığı belirtilmiştir. Yöntem, 50 yaşından önce evlenenlerde evlenmeden geçirilen yaşam yıllarını esas almaktadır (151,152).

**Kadının İşgücüne Katılım Oranı:** Mal ve hizmet üretiminde bulunan 15 yaş ve üzerindeki toplam işgücü içerisinde aktif olan kadın işgücü oranını ifade etmektedir. Dünya Bankası veri kaynağı olarak ILO, ILOSTAT ve Dünya Bankası nüfus tahminlerinden faydalandığını ve verilerin Kasım 2017’de güncellendiğini belirtmiştir (153).

**TBMM’de Kadın Milletvekili Oranı:** Araştırma kapsamı içerisinde 11 kez yapılan genel milletvekili seçimlerinin (1961-2011) sonucunda, TBMM’de görev alan kadın milletvekili sayısının toplam milletvekili sayısına oranı ele alınmıştır (154). 3’lü ve 8’li yıllardaki kadın milletvekili oranları için o tarihte halen görevde olduklarından bir önceki seçimin kadın milletvekili oranları kullanılmıştır.

**Okullaşma Oranı (Kadın-Erkek, İlköğretim, Ortaöğretim ve Yükseköğretim Brüt Okullaşma Oranları):** Brüt okullaşma oranı, yaş faktörünü dikkate almadan belli bir eğitim düzeyinde kayıtlı olan öğrenci sayısının, ilgili eğitim seviyesinde yer alması gereken yaş nüfusuna oranıdır. Dünya Bankası, kaynak olarak UNESCO istatistiklerini kullandığını belirtmiştir (155).

**Bütçeden Sağlığa Ayrılan Pay:** Genel bütçeden sağlığa ayrılan payı ifade etmektedir. Veri olarak; 1963-2008 yılları için genel bütçeden Sağlık Bakanlığına ayrılan pay ele alınırken, 2013 yılı için Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneleri Kurumu ve Halk Sağlığı Kurumuna ayrılan payın toplamı kullanılmıştır. Sağlığa ayrılan pay, harcama esaslı olarak incelenmiştir. Veriler, Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan “Kuruluşlar İtibarıyla Bütçe Ödenekleri ve Harcamaları” dokümanından elde edilmiştir (156).

**Sağlık Harcamalarının Milli Gelir İçindeki Payı ve Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı:** Dünya Bankası tarafından OECD, EUROSTAT ve DSÖ Sağlık Hesapları (WHO Health Accounts Questionnaires (HAQ)) veri kaynağı olarak kullanılmıştır.

### 3.3.2. Niteliksel Araştırma

Niteliksel araştırma bölümünde veriler, derinlemesine görüşme yapılarak elde edilmiştir. Derinlemesine görüşme yapılan katılımcılar; üreme sağlığı alanında yetkin olan, yasa yapılmasında rol alan, karar verici, eğitici ve uygulayıcı rolleri üst düzeyde olan ve bu rolleri uzun süre boyunca üstlenmiş kişiler arasından seçilmiştir. Katılımcıların belirlenmesinde zincir örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Her bir katılımcının, üreme sağlığı alanındaki deneyimlerinin uzun soluklu ve kapsamlı olması nedeniyle, her görüşme 1,5-2 saat sürmüştür. Beş görüşme sonunda elde edilen veriler, katılımcıların deneyimlerine paralel olarak çok yönlü ve geniş kapsamlı olduğundan araştırmanın beş katılımcı ile yapılması yeterli bulunmuştur.

Derinlemesine görüşme yapılan katılımcılar; Prof. Dr. Ayşe Akın (Halk Sağlığı, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı), Prof. Dr. Ayşen Bulut (Halk Sağlığı Uzmanı), Dr. Gün Akı (Halk Sağlığı, PhD), Dr. İbrahim Açıkalin ve Dr. Rıfat Köse'dir (Halk Sağlığı Uzmanı). Katılımcıların üreme sağlığı alanındaki deneyimleri bulgular bölümünde sunulmuştur.

Görüşme içeriği, Ek-1'de sunulan yarı yapılandırılmış soru formu doğrultusunda aşağıdaki başlıklardan oluşmuştur;

- Üreme sağlığına ilişkin çalışma deneyimleri,
- Türkiye'de üreme sağlığına ilişkin göstergelerin 1963-2013 dönemindeki değişimi (anne ölüm oranı, bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, toplam doğurganlık hızı, isteyerek düşük hızı, adölesan doğurganlık, gebeliği önleyici yöntem kullanımı, CYBE insidansı),
- Türkiye'de üreme sağlığı hizmetlerinin gelişimi ve yönetimi,
- Türkiye'de üreme hakları,
- Türkiye'de üreme sağlığını etkileyen sosyoekonomik faktörler (eğitim, ilk evlenme yaşı, gelir düzeyi ve dağılımı, kadının statüsü).

Görüşme öncesinde, katılımcılara görüşme içeriği hakkında bilgi verilmiş, ses kaydı alınması için izin istenmiş ve görüşme metinlerinin bu çalışma dışında kullanılmayacağı bilgisi verilmiştir. Bu bilgilendirme doğrultusunda Ek-2'de sunulan görüşme onam formları imzalatılmıştır. Ses kaydı alınmasına izin veren 4 katılımcı

ile yapılan görüşmeler kayda alınmış, diğer katılımcı ile yapılan görüşmede not tutulmuştur. Ses kayıtları çözümlenerek metinler değerlendirilmiştir.

Araştırma, Okan Üniversitesi Etik Kurulu tarafından 21 Haziran 2017 tarihinde yapılan 85 no.lu toplantıda onaylanmıştır. Etik Kurul Raporu Ek-3'tedir.

### **3.4. Verilerin Değerlendirilmesi**

Öncelikle üreme sağlığına ilişkin değişkenler ile sosyoekonomik değişkenlere ilişkin veriler Microsoft Office programında Excel tablo oluşturularak kaydedilmiş ve bilgisayar paket programına aktarılmıştır.

Bulguların birinci ve ikinci bölümünde yer alan zaman analizleri, lineer regresyon yapılarak gerçekleştirilmiştir. Bu bölümdeki analizlerde zaman değişkeni bağımsız değişken, Tablo 1 ve Tablo 2'de gösterilen tüm değişkenler ise bağımlı değişkenler olarak modellere dahil edilmiştir.

Üçüncü bölümdeki ileri analizler, Spearman Korelasyon testi ile yapılmıştır. Analiz öncesinde korelasyon grafikleri ile değişkenler arasında doğrusal ilişki olup olmadığı gözlemlenmiş, istatistikî analiz ile ilişkilerin varlığı ve düzeyi sorgulanmıştır.

Değişkenler arası ilişki düzeylerinde istatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

Dördüncü bölümde yer alan niteliksel araştırma verileri, betimsel analiz ve içerik analizi yapılarak değerlendirilmiştir. Betimsel analiz kapsamında katılımcıların ifadelerinden alıntılar yapılmıştır. İçerik analizi; tümevarım yaklaşımı ile kodlama yapılması (kod ve alt kodların belirlenmesi), kod sıklıkları ve dağılımlarının saptanması, temaların oluşturulması, kod ve alt kodlar arasındaki ilişkilerin hesaplanması ve haritalandırılmasını içermektedir. Analizler, MAXQDA 18© paket programı kullanılarak yapılmış ve araştırmacı tarafından sonuçlar yorumlanmıştır.

## **4. BULGULAR**

Bulgular dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde Türkiye’de üreme sağlığına ilişkin göstergelerin, ikinci bölümde sosyoekonomik değişkenlerin 1963-2013 yılları arasındaki trendini gösteren bulgular sunulmuştur. Üçüncü bölümde üreme sağlığı göstergeleri ile sosyoekonomik değişkenlerin ilişkisi ele alınmıştır. Son bölüm, derinlemesine görüşme bulgularından oluşmaktadır.

### **4.1. Üreme Sağlığına İlişkin Göstergelerin Zaman İçerisindeki Değişimi**

Bu bölümde, Türkiye’de üreme sağlığı göstergelerinin araştırma dönemindeki seyrine ilişkin bulgular yer almaktadır. Bu kapsamda, ölümlülük göstergeleri (anne ölüm oranı, bebek ölüm hızı, neonatal ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı), toplam doğurganlık hızı, adolesan doğurganlık hızı, toplam isteyerek düşük hızı, 15-49 yaş evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve HIV(+)/AIDS vaka sayısı ve insidansı bulguları sunulmuştur.

#### **4.1.1. Üreme Sağlığına İlişkin Ölümlülük Göstergeleri**

Üreme sağlığı göstergeleri olarak sıklıkla kullanılan bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, neonatal ölüm hızı ve anne ölüm oranının 1963-2013 yılları arasındaki seyri Tablo 3 ile Şekil 2 ve Şekil 3’te sunulmuştur.

**Tablo 3:** Yıllara göre üreme sağlığına ilişkin ölümlülük göstergeleri, 1963 -2013, Türkiye

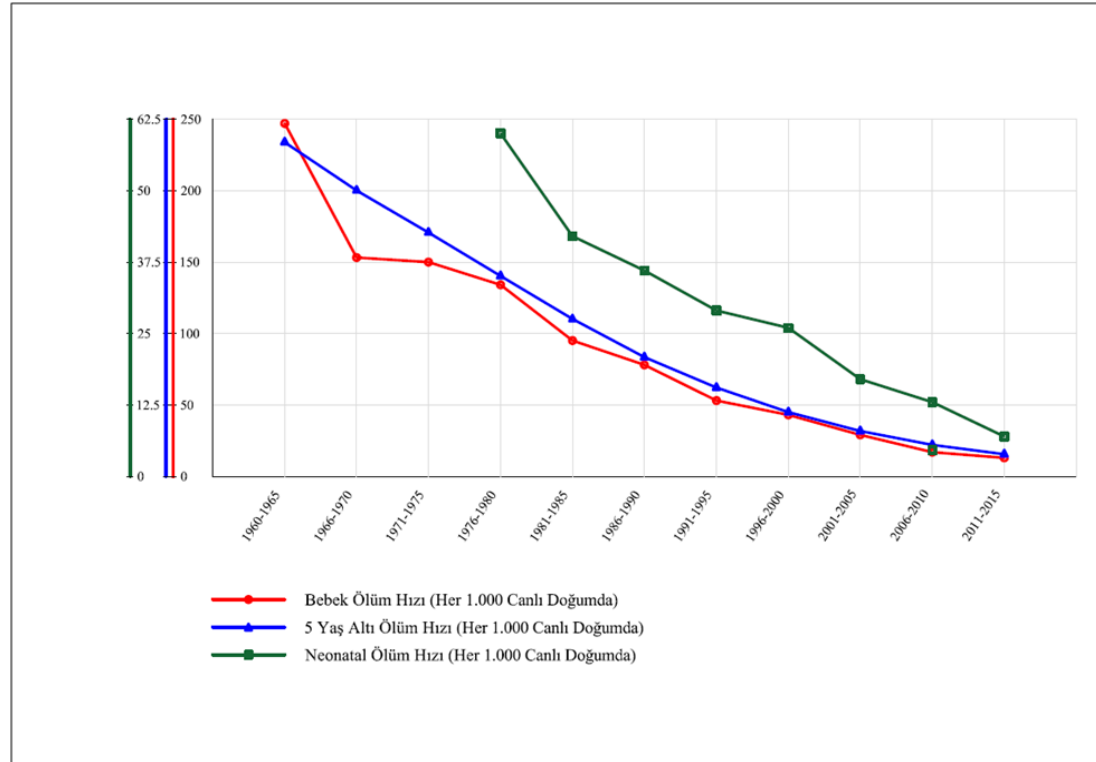
Yıllar	1961-1965	1966-1970	1971-1975	1976-1980	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015
<b>Bebek ölüm hızı (Her 1000 canlı doğumda)</b>	247	153.1	150	134	95	78	53	43	29	17	13
<b>Beş yaş altı ölüm hızı (Her 1000 canlı doğumda)</b>	233.8	200.1	170.6	140.2	110.1	83.4	62.1	45	31.7	22.1	15.5
<b>Neonatal ölüm hızı (Her 1000 canlı doğumda)</b>	©	©	©	60.0	42.0	36.0	29.0	26.0	17.0	13.0	7.0
<b>Anne ölüm oranı (Her 100.000 canlı doğumda)*</b>	©	©	208	©	132	100	56	49	28,5	19,4	15,9

\*İlk 6 veri sırasıyla 1974, 1981, 1990, 1998 ve 2005 yıllarına aittir.

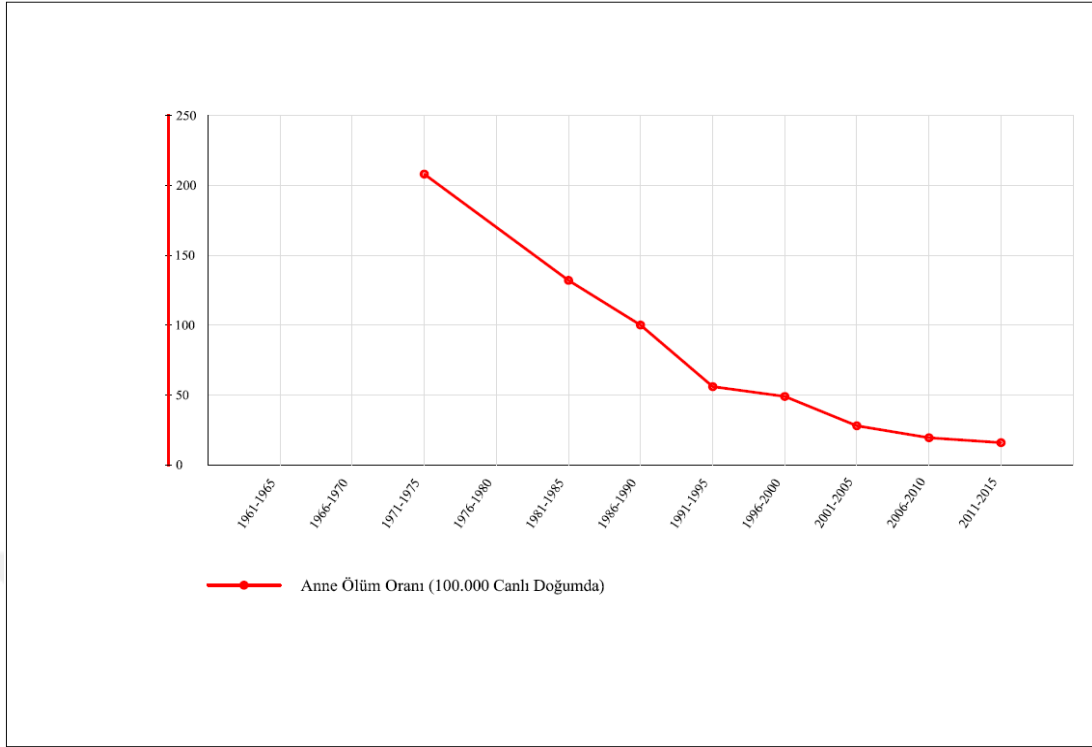
© Veriye ulaşılamamıştır.

**Kaynak:** 53, 60, 84, 136, 143 ve 144'ten uyarlanmıştır. Ayrıntılı bilgi için bkz. Tablo 1.

**Şekil 2:** Yıllara göre bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı ve neonatal ölüm hızlarının seyri, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 3:** Yıllara göre anne ölüm oranının seyri, 1973-2013, Türkiye



Ulusal düzeyde ilk neonatal ölüm hızı araştırmasının TNSA 1978 ve anne ölüm oranı araştırmasının 1974-75 Türkiye Nüfus Araştırması kapsamında yapılması nedeniyle bu iki veri serisi tamamlanamamıştır.

50 yıllık dönemde, bebek ölüm hızı %247'den 13'e, beş yaş altı ölüm hızı %233,8'den 15,5'e düşmüştür. Neonatal ölüm hızının 1978-2013 döneminde %60'dan %7'ye ve anne ölüm oranının 1973'ten itibaren 40 yıl içerisinde 100.000'de 208'den 15,9'a düştüğü görülmektedir.

Bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızının düşme eğilimi son 5 yıllık dönemde azalmıştır.

Söz konusu dört ölümlülük göstergesinin, zaman içerisinde gösterdiği değişim regresyon analizi ile incelenmiştir. Beş yıllık zaman dilimlerinde; bebek ölüm hızında 20.986 birim, neonatal ölüm hızında 1.371 birim, beş yaş altı ölüm hızında 0.215 birim ve anne ölüm oranında 4,457 birim düşüş olduğu görülmüştür. Ölümlülük hızlarındaki bu değişim istatistiki olarak çok yüksek düzeyde anlamlı bulunmuştur (Bebek ölüm hızı  $R^2=0,912$ ; Beş yaş altı ölüm hızı  $R^2=0,960$ ; Neonatal ölüm hızı  $R^2=0,953$ ; Anne ölüm oranı  $R^2=0,916$ ;  $p<0,001$ ).

#### 4.1.2. Toplam Doğurganlık Hızı

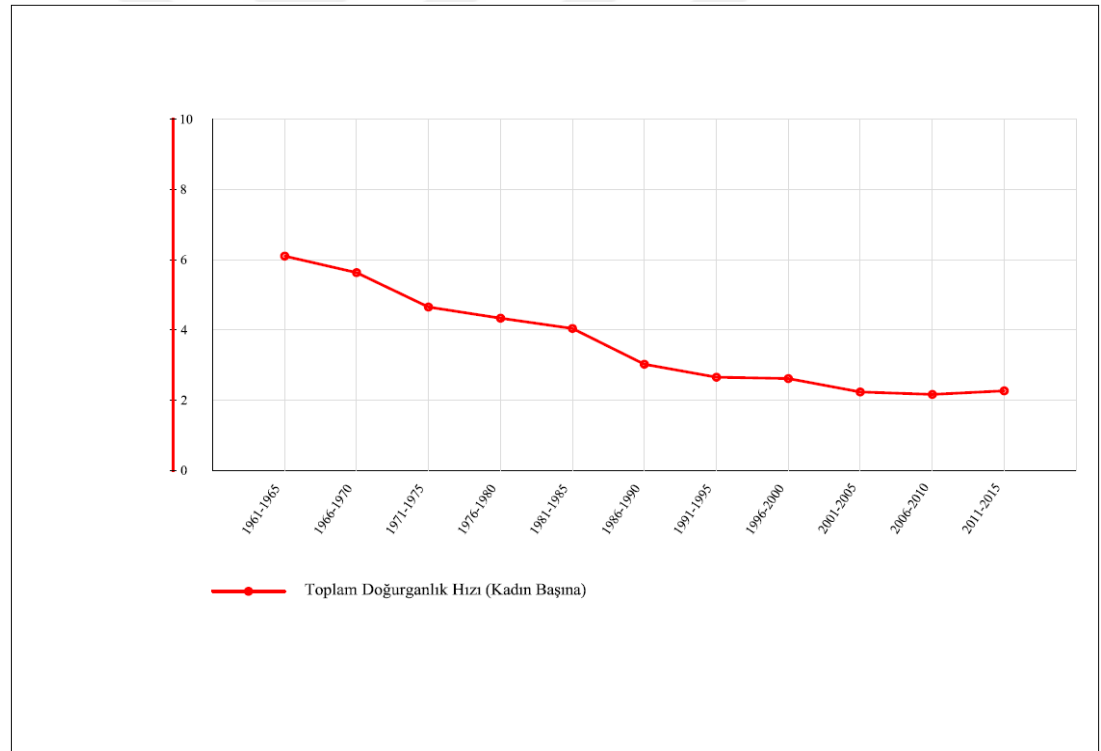
Türkiye’de toplam doğurganlık hızının 1963-2013 dönemindeki değişimi Tablo 4 ve Şekil 4’te gösterilmiştir.

**Tablo 4:** Yıllara göre toplam doğurganlık hızı (Kadın başına), 1961-2013, Türkiye

Yıllar	1961-1965	1966-1970	1971-1975	1976-1980	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015
<b>Toplam doğurganlık hızı</b>	6.10	5.63	4.65	4.33	4.04	3.02	2.65	2.61	2.23	2.16	2.26

**Kaynak:** 60 ve 135’ten uyarlanmıştır. Ayrıntılı bilgi için bkz. Tablo 1.

**Şekil 4:** Yıllara göre toplam doğurganlık hızının seyri, 1961-2013, Türkiye



1963 yılında yapılan ilk nüfus araştırmasında 6,10 bulunan toplam doğurganlık hızının (kadın başına) 45 yıl boyunca süregelen düşüş göstererek TNSA 2008’de 2,16 bulunduğu ve son 5 yıllık dönemde ilk kez yükselerek 2,26’ya yükseldiği görülmüştür.

Zaman içerisindeki değişimin incelenmesi amacıyla yapılan regresyon analizi sonucunda, her 5 yıllık sürede toplam doğurganlık hızında 0.439 birim düşüş olduğu görülmüş ve bu sonuç istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $R^2=0,913$ ;  $p<0.001$ ).

#### 4.1.3. Adolesan Doğurganlık Hızı

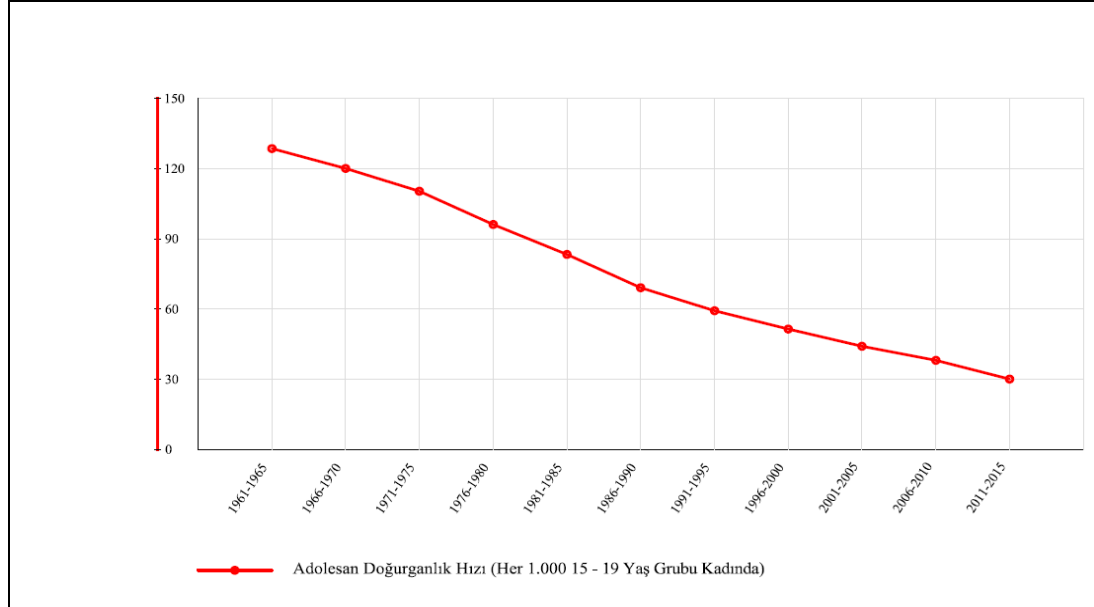
Adolesan doğurganlık hızının Türkiye’de 1963 yılından itibaren izlediği seyir, Tablo 5 ve Şekil 5’de gösterilmiştir.

**Tablo 5:** Yıllara göre adolesan doğurganlık hızı, (Her 1.000 15-19 yaş grubu kadında), 1963-2013, Türkiye

Yıllar	1960 - 1965	1966- 1970	1971- 1975	1976- 1980	1981- 1985	1986- 1990	1991- 1995	1996- 2000	2001- 2005	2006 -2010	2011- 2015
Adolesan doğurganlık hızı (Her 1.000 15-19 yaş grubu kadında)	128.49	120.02	110.27	96.09	83.24	69.04	59.25	51.38	44.03	38.06	30.02

**Kaynak:** 147’den uyarlanmıştır.

**Şekil 5:** Yıllara göre adolesan doğurganlık hızının seyri, 1963-2013, Türkiye



Adolesan doğurganlık hızı 50 yıl boyunca sürekli düşme eğilimi göstermiş; 1963 yılında her 1000 15-19 yaş grubu kadında 128,49 iken 2013 yılında 30,02 bulunmuştur.



Zaman değişkeninde gerçekleşen 1 birimlik (5 yıllık süre) değişimin adolesan doğurganlık hızında 2.059 birim düşüğe neden olduğu tespit edilmiştir. Bu düşüş yapılan regresyon analizinde de çok yüksek düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $R^2=0,985$ ;  $p<0,001$ ).

#### 4.1.4. Toplam İsteyerek Düşük Hızı

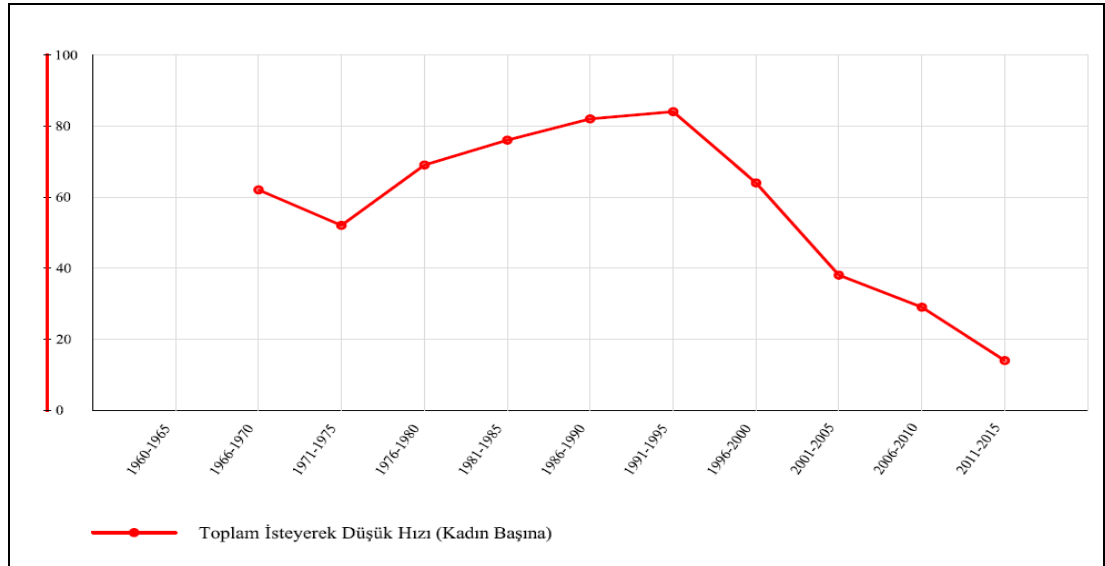
Üreme sağlığının önemli göstergelerinden biri olan toplam isteyerek düşük hızının yıllara göre gösterdiği değişim Tablo 6 ve Şekil 6'da sunulmuştur.

**Tablo 6:** Yıllara göre toplam isteyerek düşük hızı (Kadın başına), 1963-2013, Türkiye

Yıllar	1960-1965	1966-1970	1971-1975	1976-1980	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015
Toplam isteyerek düşük hızı (Kadın başına)	©	0.62	0.52	0.69	0.76	0.82	0.84	0.64	0.38	0.29	0.14

**Kaynak:** 60'dan uyarlanmıştır. © Veriye ulaşılamamıştır.

**Şekil 6:** Yıllara göre toplam isteyerek düşük hızının seyri, 1968-2013, Türkiye



Türkiye'de toplam isteyerek düşük hızının 1968 yılından itibaren 1993 yılına kadar genel olarak artış eğiliminde olduğu, sonraki 10 yılda hızlı bir düşüş sergilediği, 2003-2008 döneminde düşüş hızının azaldığı ve 2008-2013 döneminde tekrar hızla düşme eğilimi sergilediği görülmektedir.

İsteyerek düşük hızındaki bu değişim, istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır ( $R^2 = 0,324$ ;  $p > 0,05$ ).

#### 4.1.5. 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı

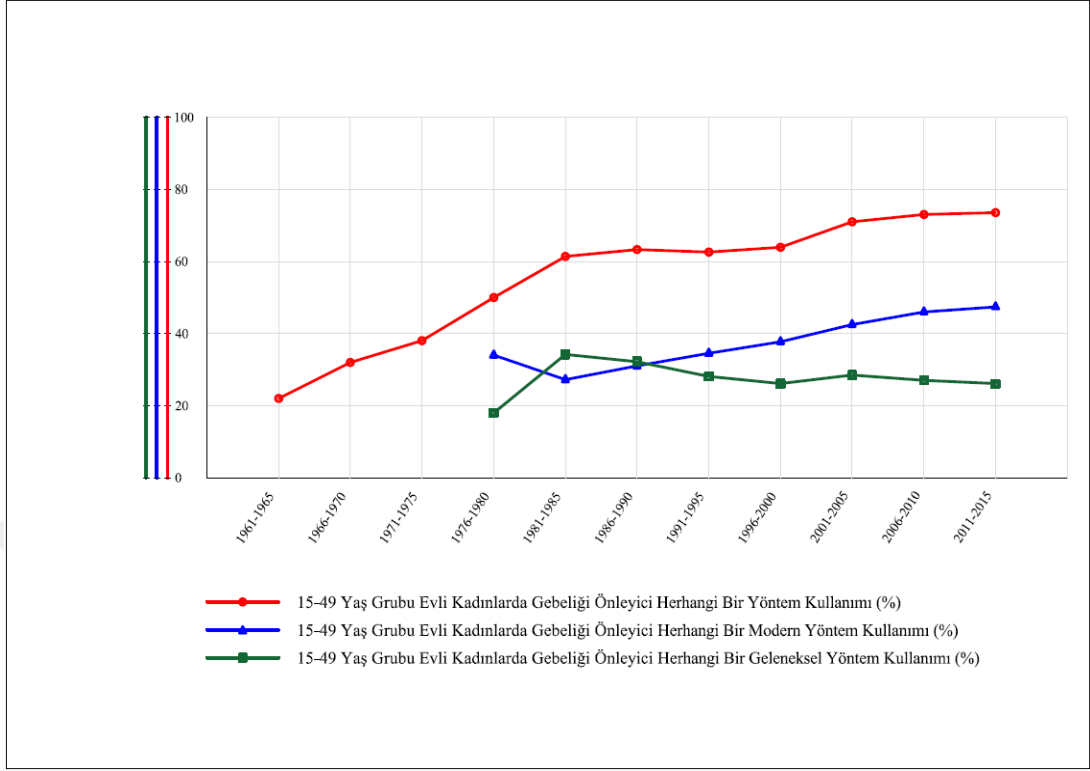
Türkiye’de doğurganlık çağındaki evli kadınların 1963 yılından itibaren gebeliği önleyici yöntem kullanımları Tablo 7 ve Şekil 7’de sunulmuştur.

**Tablo 7:** 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı (%), 1963-2013, Türkiye

	1960- 1965	1966- 1970	1971- 1975	1976- 1980	1981- 1985	1986- 1990	1991- 1995	1996- 2000	2001- 2005	2006- 2010	2011- 2015
<b>Herhangi Bir Yöntem Kulanma Oranı (%)</b>	22.00	32.00	38.00	50.00	61.40	63.30	62.60	63.90	71.00	73.00	73.50
<b>Modern Yöntem Kullanımı (%)</b>	©	©	©	34.00	27.20	31.00	34.50	37.70	42.50	46.00	47.40
<b>Geleneksel Yöntem Kullanımı (%)</b>	©	©	©	18.00	34.20	32.30	28.10	26.10	28.50	27.00	26.00

**Kaynak:** 60’dan uyarlanmıştır. © Veriye ulaşılamamıştır.

**Şekil 7:** Yıllara göre 15-49 yaş grubu evli kadınların gebeliği önleyici yöntem kullanımı, 1963-2013, Türkiye



Elli yıllık zaman diliminde evli kadınlarda herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanımının süreğen olarak artış gösterdiği görülmüştür. Modern yöntem kullanımı 1983 yılından itibaren artarken, geleneksel yöntem kullanımının aksine düşüş gösterdiği tespit edilmiştir. Bu bağlamda, gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı artışının, modern yöntem kullanımına bağlı olduğu anlaşılmaktadır.

Lineer regresyon analizine göre; her beş yıllık dönemde gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımında 0,877 birim ve modern yöntem kullanımında 1,545 birim artış olduğu saptanmıştır. Herhangi bir yöntem ve modern yöntem kullanımındaki artış istatistiki olarak çok yüksek düzeyde anlamlı bulunmuştur (Sırasıyla  $R^2=886$ ,  $R^2=830$ ,  $p<0,001$ ).

Gebeliği önleyici geleneksel yöntem kullanımındaki düşüş ise istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır ( $R^2=0,020$ ;  $p>0,05$ ).

#### 4.1.6. HIV (+) Vaka Sayısı, AIDS Vaka Sayısı, AIDS İnsidansı

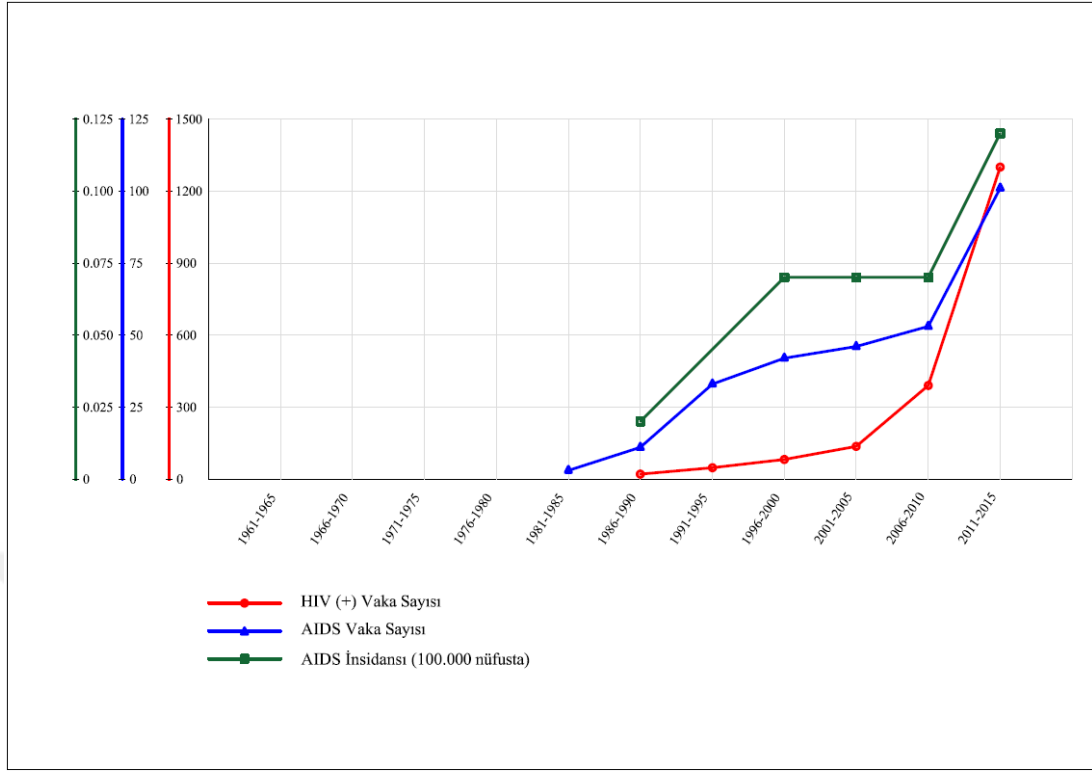
Türkiye’de HIV (+) vaka sayısı, AIDS vaka sayısı ve AIDS insidansının 1981-2013 yıllarındaki seyri Tablo 8 ve Şekil 8’de gösterilmiştir.

**Tablo 8:** Yıllara göre HIV (+) vaka sayısı, AIDS vaka sayısı , AIDS insidansı, 1985-2013, Türkiye

Yıllar	1971- 1975	1976- 1980	1981- 1985	1986- 1990	1991- 1995	1996- 2000	2001- 2005	2006- 2010	2011- 2015
<b>HIV (+) Vaka Sayısı</b>	©	©	0.0*	21.0	47.0	82.0	136.0	390.0	1299.0
<b>AIDS Vaka</b>	©	©	3.0*	11.0	33.0	42.0	46.0	53.0	101.0
<b>AIDS İnsidansı (100.000 kişide)</b>	©	©	0.0	0.02	©	0.07	0.07	0.07	0.12

**Kaynak:** 144 ve 198’den uyarlanmıştır. \*1985 verisi , ©Veriye ulaşlamamıştır.

**Şekil 8:** Yıllara göre HIV (+), AIDS vaka sayıları ve AIDS insidansının seyri, 1983-2013, Türkiye



HIV (+) vakası 1985 yılında hiç tespit edilmemişken, yıllar içinde vaka sayısı sürekli olarak artış göstermiş, 2013-2018 döneminde 3 kat artarak 1299 vakaya ulaştığı saptanmıştır. Bu artış, istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ( $R^2= 0,655$ ;  $p:0,050$ ).

Benzer şekilde AIDS vaka sayısı ve AIDS insidansının da yıllar içinde artış gösterdiği, özellikle son beş yıl içinde yaklaşık iki kat arttığı görülmektedir. Bu iki değişkenin zaman içerisindeki değişimi regresyon analizi ile incelediğinde, AIDS vaka sayısının her beş yıllık dönemde 0,316 birim ve AIDS insidansının 259,633 birim artış gösterdiği saptanmıştır. Bu artışlar, istatistiki olarak yüksek düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $R^2 = 0,884$ ;  $R^2 = 0,913$ ;  $p<0,01$ ).

#### 4.2. Sosyoekonomik Verilerin Zaman İçerisindeki Değişimi

Bu bölümde, Türkiye’de 1963-2013 yılları arasında sosyoekonomik değişkenlerin trendine ilişkin bulgular yer almaktadır. Bu kapsamda, aile tipi, brut okullaşma oranları, ilk evlilik yaşı, kişi başı GSYİH, gelir dağılımını gösteren Gini katsayısı ile sağlık harcamaları ve sağlık finansmanına ait bulgulara yer verilmiştir.

#### 4.2.1. Aile Tipi

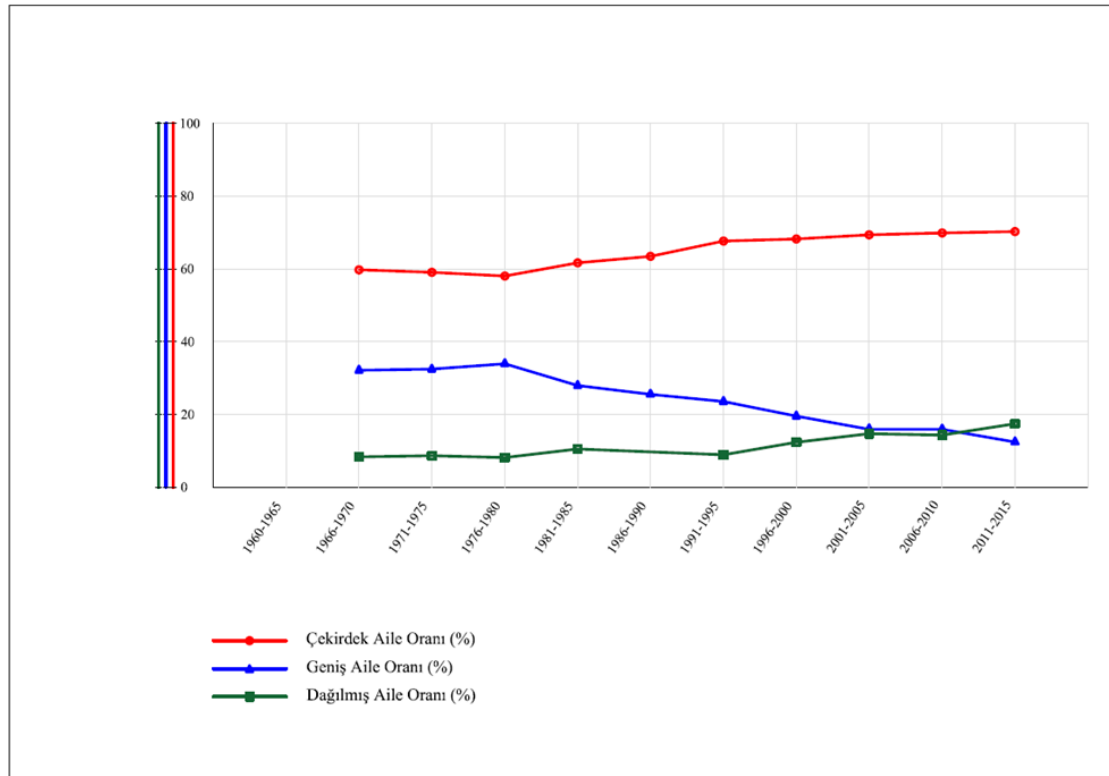
Türkiye’de, üç temel aile tipi olan çekirdek aile, geniş aile ve dağılmış aile oranlarının 1968-2013 yılları arasındaki değişimi Tablo 9 ve Şekil 9’da sunulmuştur.

Tablo 9: Yıllara göre aile tipi oranları (%), 1968-2013, Türkiye

Yıllar	1966-1970	1971-1975	1976-1980	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015
Çekirdek aile oranı (%)	59.7	59.0	58.0	61.6	63.4	67.6	68.2	69.3	69.8	70.2
Geniş aile oranı (%)	32.1	32.4	33.9	27.9	25.5	23.5	19.5	16.0	15.9	12.4
Dağılmış aile oranı (%)	8.3	8.6	8.1	10.5	11.1	8.9	12.3	14.7	14.3	17.4

Kaynak: 63’ten uyarlanmıştır.

Şekil 9: Yıllara göre aile tipi oranlarının değişimi, 1968-2013, Türkiye



Türkiye’de en sık görülen aile tipinin çekirdek aile olduğu ve 45 yıllık dönem boyunca sürekli artış gösterdiği görülmektedir. 1968 yılında çekirdek aile oranı, geniş aile oranının yaklaşık 2 katı iken 2013 yılında yaklaşık 6 katıdır.

1978 yılından itibaren geniş aile oranının süregelen olarak düştüğü, çekirdek ve dağılmış aile oranlarının arttığı saptanmış, 2013 yılında ilk kez dağılmış aile oranı, geniş aile oranından yüksek bulunmuştur.

Aile tipi oranlarındaki değişimin regresyon analizi ile incelenmesi sonucunda, 5 yıllık zaman diliminde çekirdek aile oranının 1.519 birim, dağılmış aile oranının 0.958 birim arttığı, buna karşın ve geniş aile oranının 2.482 birim azaldığı tespit edilmiştir. Her üç aile tipi oranındaki değişim, istatistiki olarak çok yüksek düzeyde anlamlı bulunmuştur (Sırasıyla geniş, çekirdek ve dağılmış aile  $R^2=0,948$ ,  $R^2=0,899$ ,  $R^2=0,826$ ;  $p<0,001$ ).

#### **4.2.2. Eğitim Durumu**

Yıllara göre erkek ve kadınlarda brüt okullaşma oranları Tablo 10 ve Şekil 10’da görülmektedir.

**Tablo 10:** Yıllara göre brüt okullaşma oranları (%), 1960-2013, Türkiye

Yıllar	1960- 1965	1966- 1970	1971- 1975	1976- 1980	1981- 1985	1986- 1990	1991- 1995	1996- 2000	2001- 2005	2006- 2010	2011- 2015
İlköğretimde brüt okullaşma oranı (kadın)*	58.00	65	93.87	93.09	92.74	101.44	96.52	94.18	99.65	101.33	106.51
İlköğretimde brüt okullaşma oranı (erkek)**	90.00	85	122.10	112.67	113.81	111.76	105.62	107.47	106.58	104.14	107.20
Ortaöğretimde brüt okullaşma oranı (kadın)***	45	55	16.86	22.77	27.20	34.18	44.10	49.19	75.01	82.71	98.66
Ortaöğretimde brüt okullaşma oranı (erkek)***	65	75	41.38	49.78	50.72	60.96	69.74	72.70	103.33	93.70	101.84
Yükseköğretimde brüt okullaşma oranı (kadın)	65	75	1.77	3.63	3.76	7.18	11.36	18.17	25.37	34.72	72.91
Yükseköğretimde brüt okullaşma oranı (erkek)	65	75	7.83	14.24	8.83	14.40	21.66	27.66	34.24	45.04	84.91

\* 1960, 1982 ve 1997 verileri kullanılmıştır.

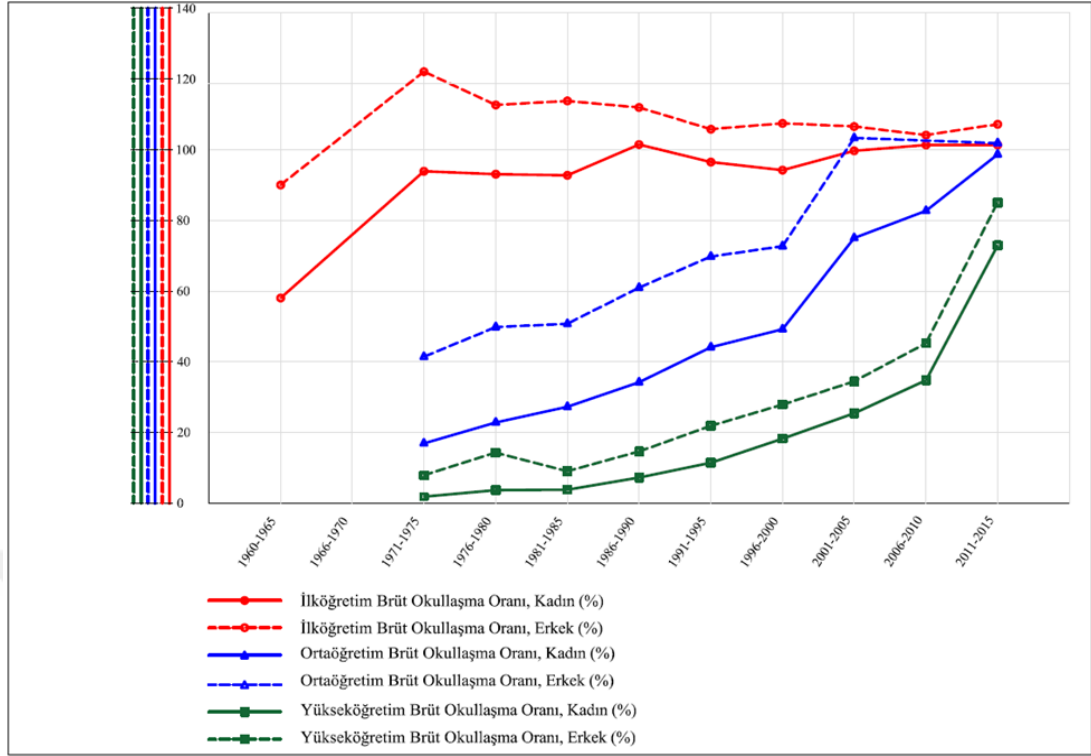
\*\*1960 verisi kullanılmıştır.

\*\*\*1997 verisi kullanılmıştır. © Veriye ulaşamadım.

**Kaynak:** 8 ve 155'ten uyarlanmıştır. Ayrıntı bilgi için bkz. Tablo 2.



Şekil 10: Yıllara göre brüt okullaşma oranları, 1960-2013, Türkiye



Türkiye’de 1963-2013 yılları arasında erkek ve kadınlarda; ilk, orta ve yükseköğretimde brüt okullaşma oranları incelenmiştir. Yapılan inceleme sonucunda; her üç düzeyde de erkeklerin okullaşma oranlarının kadınlardan yüksek olduğu görülmüştür.

İlkokulda brüt okullaşma oranının, 1988 yılından itibaren yataya yakın seyrettiği ve her iki cinsiyette de %100’ün üzerinde olduğu saptanmıştır.

Ortaöğretimde brüt okullaşma oranı 2001-2005 dönemine kadar sürekli yükselmiş, bu dönem sonrasında kadınlarda yükselişe devam ederken, erkeklerde hafif bir düşüş görülmüştür. Ortaöğretimde okullaşma oranında en büyük çıkış, 1998’den sonraki beş yılda olmuştur. 2013 yılı itibarıyla her iki cinsiyette de okullaşma oranı %100 civarındadır.

Yükseköğretimde brüt okullaşma oranının; 50 yıllık dönemde sürekli yükseldiği, en büyük çıkışın 2008-2013 döneminde olduğu, kadınlarda %72,91 ve erkeklerde %84,91 düzeyinde olduğu görülmüştür.

Kadın ve erkeklerde ilk, orta ve yükseköğretim brüt okullaşma oranlarını içeren 6 veri serisinin zaman içerisindeki değişimi regresyon analizi ile incelenmiş ve sonuçlar aşağıda sunulmuştur;

- İlköğretim brüt okullaşma oranında, her beş yılda erkeklerde 2.075 birim azalma, kadınlarda 3.206 birim artış olduğu saptanmış ve bu değişim istatistiki olarak yüksek düzeyde anlamlı bulunmuştur (Sırasıyla erkek ve kadında  $R^2=0,719$ ,  $R^2= 0,593$ ;  $p<0,01$ )
- Ortaöğretim brüt okullaşma oranında, her beş yılda erkeklerde 0.563 birim, kadınlarda 8.793 birim artış olduğu saptanmış ve bu değişim istatistiki olarak çok yüksek düzeyde anlamlı bulunmuştur (Sırasıyla erkek ve kadında  $R^2=0,921$ ,  $R^2=0,907$ ;  $p<0,001$ )
- Yükseköğretim brüt okullaşma oranında, her beş yılda erkeklerde 0.489 birim, kadınlarda 0.520 birim artış olduğu saptanmış ve bu değişim istatistiki olarak yüksek düzeyde anlamlı bulunmuştur (Sırasıyla erkek ve kadında  $R^2= 0,758$ ,  $R^2= 0,749$ ,  $p<0,01$ )

#### 4.2.3. İlk Evlenme Yaşı

Türkiye’de 1965-2013 döneminde erkek ve kadında yıllara göre ilk evlenme yaşı Tablo 11 ve Şekil 11’de gösterilmiştir.

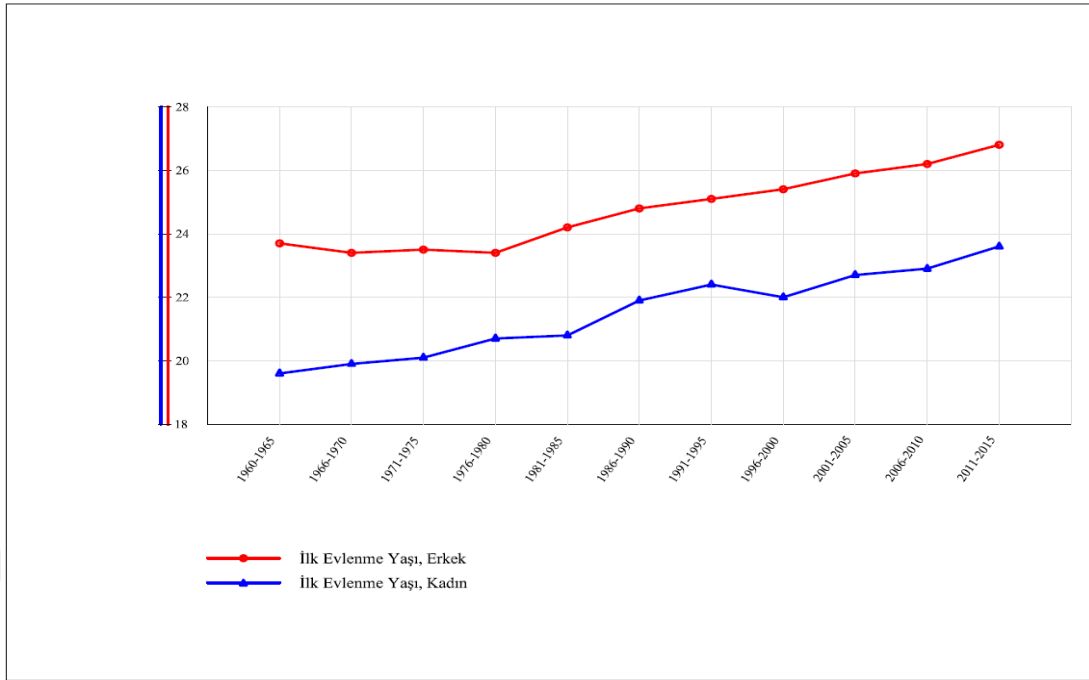
**Tablo 11:** Yıllara göre ilk evlenme yaşı, 1965-2013, Türkiye

Yıllar	1960-1965	1966-1970	1971-1975	1976-1980	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015
İlk evlenme yaşı (erkek)*	23.5	23.4	23.7	23.4	24.2	24.8	25.1	25.4	25.9	26.2	26.8
İlk evlenme yaşı (kadın)*	19.6	19.9	20.1	20.7	20.8	21.9	22.4	22	22.7	22.9	23.6

\* İlk üç veri sırasıyla 1965, 1970 ve 1975 yıllarına aittir.

**Kaynak:** 151 ve 157’den uyarlanmıştır. Ayrıntılı bilgi için bkz. Tablo 2.

**Şekil 11:** Yıllara göre ilk evlenme yaşı, 1965-2013, Türkiye



Doğurganlığın ara değişkenlerinden olan ilk evlenme yaşının 50 yıllık seyri incelenmiş, hem erkek hem kadında süreğen olarak yükselme eğiliminde olduğu görülmüştür. İlk evlenme yaşı, 48 yıllık dönemde kadında 4 yaş, erkekte 3,3 yaş artış göstermiştir.

İlk evlenme yaşına ilişkin 1965-2013 yılları arasındaki veriler regresyon analizi ile incelenmiş; erkeklerde her beş yıllık dönemde 0.356 birim, kadınlarda 0.400 birim artış olduğu saptanmıştır. Analiz sonuçlarına göre evlenme yaşındaki bu artış istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı bulunmuştur (Erkek ve kadında sırasıyla  $R^2_{\text{erkek}} = 0,945$ ,  $R^2_{\text{kadın}} = 0,962$ ;  $p < 0,001$ ).

#### 4.2.4. Kadının İş Gücüne Katılımı

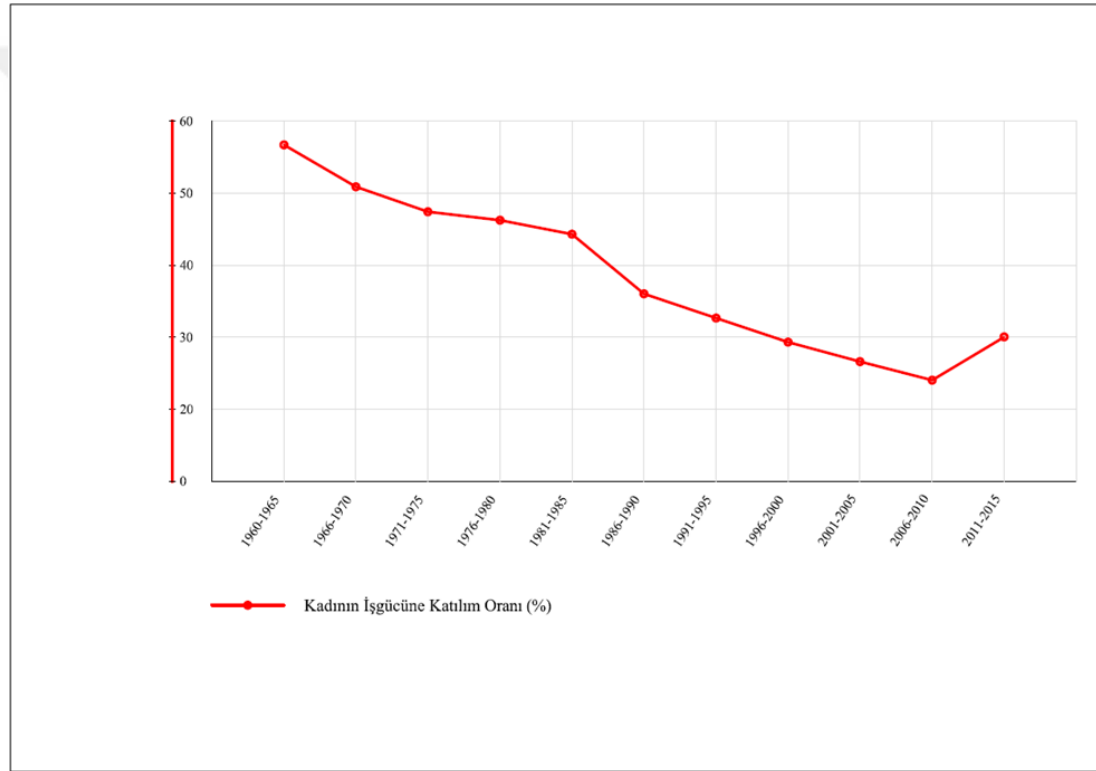
Onbeş yaş üzerindeki kadınların ürün ve hizmet sektöründe işgücüne katılım oranları Dünya Bankası verilerine göre Tablo 12 ve Şekil 12’de gösterilmiştir.

**Tablo 12:** Kadının işgücüne katılım oranı (Her 15 yaş üzeri 100 kadında), 1965-2013, Türkiye

Yıllar	1960-1965	1966-1970	1971-1975	1976-1980	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015
Kadının işgücüne katılım	56.68	50.87	47.41	46.23	44.27	36.01	32.65	29.30	26.59	24.02	30.30

**Kaynak:** 153'ten uyarlanmıştır.

**Şekil 12:** Yıllara göre kadının işgücüne katılım oranı, 1965-2013, Türkiye



Türkiye’de kadının işgücüne katılım oranı 1965 yılında %56,68 iken 2013 yılında 30,3 bulunmuştur.

Kadının işgücüne katılım oranı, Şekil 12’te görüldüğü üzere 1960- 1965 dönemi ile 2006-2010 dönemi arasında düşüş eğiliminde iken incelenen son beş yıllık dönemde yükselme eğilimine geçmiştir.

Sonuçlar regresyon analizi ile incelendiğinde; son dönemdeki artışın analiz sonucuna yansımadağı, her beş yıllık zaman değişiminin kadının işgücüne katılım

oranında 0.634 birim düşüşe neden olduğu görülmüş ve bu fark istatistiki olarak çok yüksek düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $R^2= 0,908$ ;  $p<0,001$ ).

#### 4.2.5. TBMM’de Kadın Milletvekili Oranı

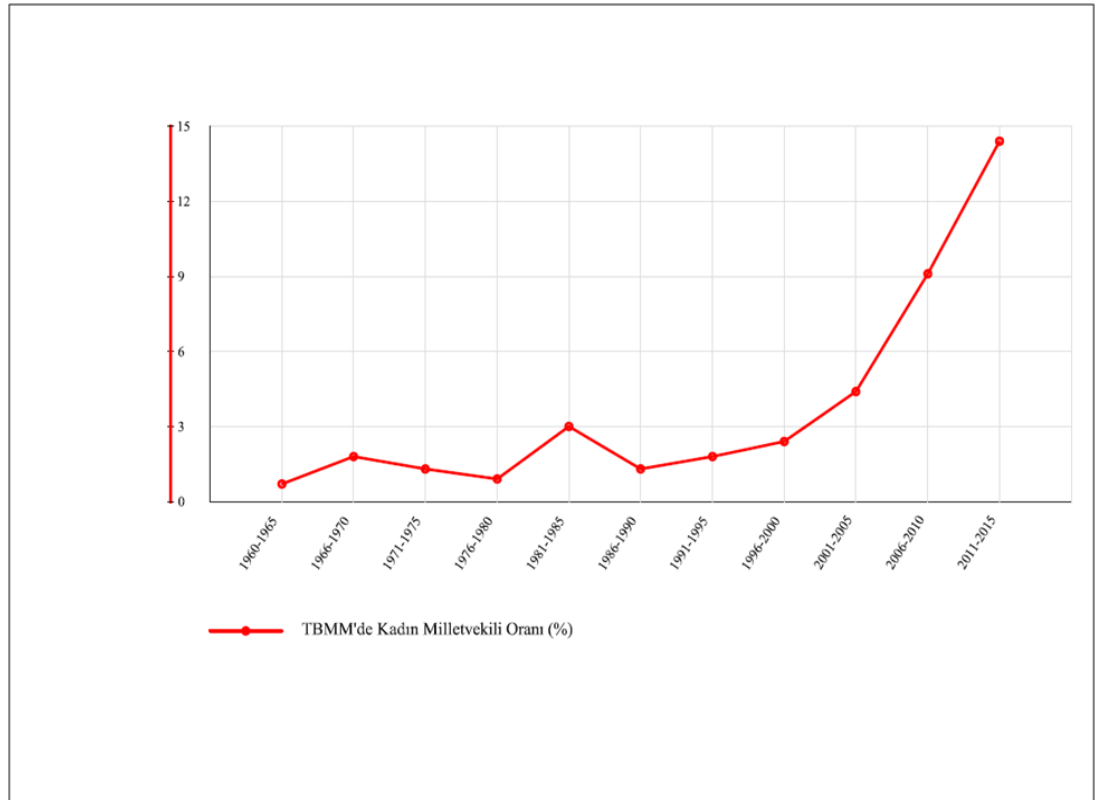
Cumhuriyetin ilanından itibaren 26 kez yapılan milletvekili seçimleri sonucunda, TBMM’de yer almaya hak kazanan kadın milletvekili oranları yıllara göre incelenerek Tablo 13 ve Şekil 13’te sunulmuştur.

**Tablo 13:** Yıllara göre TBMM’de kadın milletvekili oranı (%), 1961-2013, Türkiye

Yıllar	1960-1965	1966-1970	1971-1975	1976-1980	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015
TBMM’de kadın milletvekili oranı (%)	0.7	1.8	1.3	0.9	3.0	1.3	1.8	2.4	4.4	9.1	14.4

**Kaynak:** 154’ten uyarlanmıştır.

**Şekil 13:** Yıllara göre TBMM’de kadın milletvekili oranı, 1961-2013, Türkiye



TBMM’de kadın milletvekili oranı, 1961 genel seçimlerinde seçilen 3 kadın milletvekili ile %0,07 olmuştur. Bu oran; 2002 seçimlerinde 24 kadın milletvekili ile ancak %4,4’e kadar yükselmiş, 2007 seçimlerinde 2 kattan fazla artarak 50 milletvekili ile % 9,1’e ve 2011 yılında 79 milletvekili ile %14,4’e ulaşmıştır.

Yapılan istatistiki analiz sonucunda her beş yıllık değişimin 0.989 birim artışa neden olduğu saptanmıştır. Bu değişim, istatistiki olarak yüksek düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $R^2= 0,592$ ;  $p<0,01$ ).

#### 4.2.6. Kişi Başına Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH)

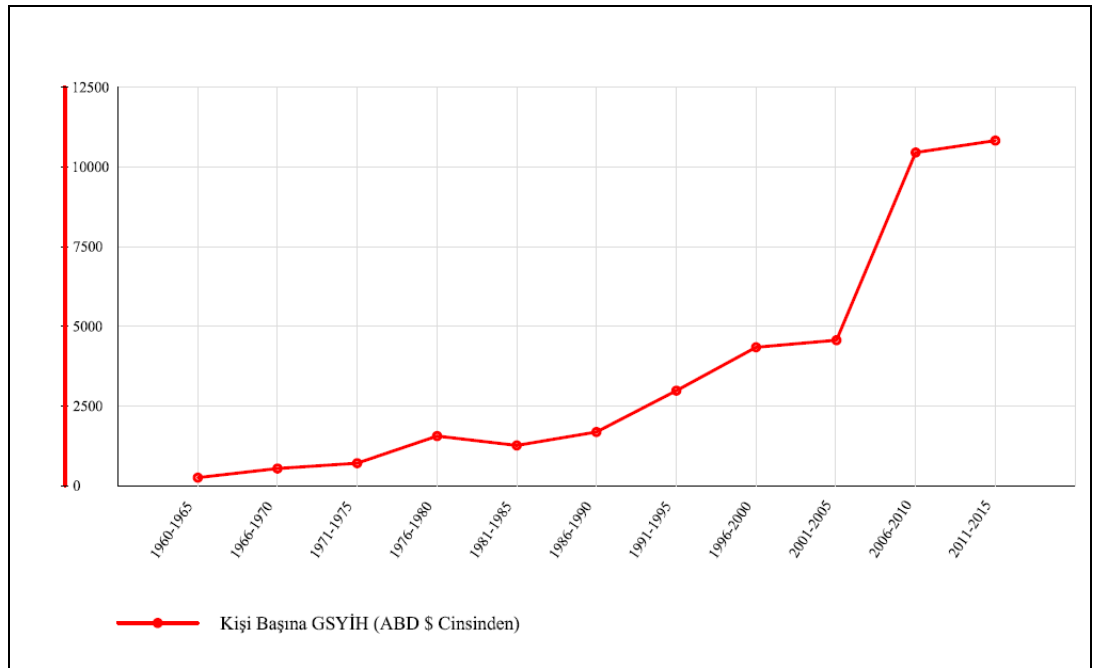
Türkiye’nin araştırma dönemini kapsayan 50 yıllık periyodunda GSYİH’nın gösterdiği değişim Tablo 14 ve Şekil 14’de sunulmuştur.

**Tablo 14:** Yıllara göre kişi başı GSYİH (Üretim Yöntemi ile, Cari fiyatlarla, ABD\$), 1963-2013, Türkiye

Yıllar	1960-1965	1966-1970	1971-1975	1976-1980	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015
GSYİH	249	536	705	1.554	1.261	1.685	2.981	4.338	4.565	10.444	10.822

**Kaynak:** 158’den uyarlanmıştır.

**Şekil 14:** Yıllara göre GSYİH’nın seyri, 1963-2013, Türkiye



GSYİH'nın 1963 yılında 249 ABD\$ olduğu, sonrasında süreğen olarak yükseldiği ve 2003-2008 döneminde iki kat arttığı olduğu görülmüştür. Regresyon analizi sonucunda her beş yıllık dönemde GSYİH'nın 1012,386 birim artış gösterdiği görülmüş ve bu değişim istatistiki olarak yüksek düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $R^2= 0,788$ ,  $p<0,01$ ).

#### 4.2.7. Gini Katsayısı (Gelir Dağılımı)

Toplumda gelir dağılımı eşitsizliğini ölçen Gini katsayısı değerinin, 1963 yılından itibaren 50 yıl içerisinde gösterdiği değişim Tablo 15 ve Şekil 15'de sunulmuştur.

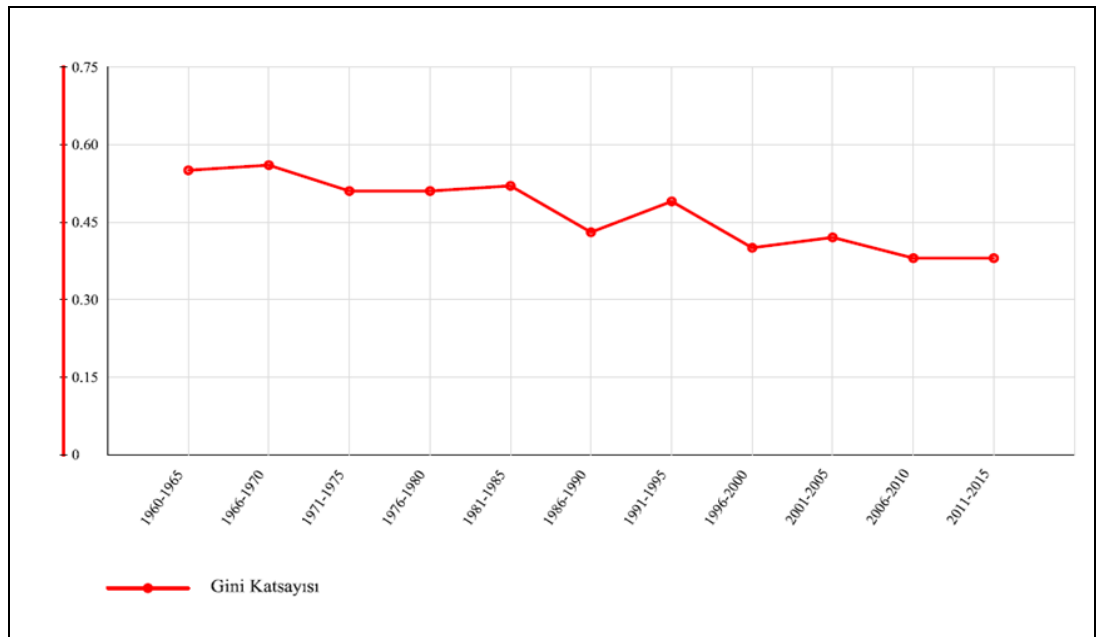
**Tablo 15:** Yıllara göre Gini katsayısı (Hanehalkı kullanılabilir gelire göre), 1963-2013, Türkiye

Yıllar	1960-1965	1966-1970	1971-1975	1976-1980	1981-1985	1986-1990*	1991-1995*	1996-2000*	2001-2005	2006-2010	2011-2015
Gini Katsayısı	0.55	0.56	0.51	0.51	0.52	0.43	0.49	0.40	0.42	0.38	0.38

\* Sırasıyla 1986, 1994 ve 2000 yılı verileri kullanılmıştır.

**Kaynak:** 137, 159 ve 160'tan uyarlanmıştır. Ayrıntılı bilgi için bkz. Tablo 2.

**Şekil 15:** Yıllara göre Gini katsayısının seyri, 1963-2013, Türkiye



Gini katsayısının, 1963 yılında 0,55 düzeyinde olduğu, 1983 yılına kadar neredeyse paralel bir seyir izlediği, 1986 -1994 yılları arasında yükseldiği, daha

sonra tekrar düşme eğilimine geçtiği görülmektedir. Son olarak 2008 ve 2013 yıllarında 0,38 bulunan katsayı değeri sabit kalmıştır.

Gini katsayısının 50 yıllık seyri regresyon analizi ile incelendiğinde, her beş yıllık dönemdeki düşüşün 0,018 birim olduğu tespit edilmiş ve bu değişim istatistiki olarak yüksek düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $R^2= 0,844$ ;  $p<0,01$ ).

#### 4.2.8. Sağlık Harcamaları ve Sağlık Finansmanı

Sağlık harcamaları ve sağlık finansmanı göstergelerinden üçünün 50 yıllık dönem içerisindeki değişimi araştırılmıştır. Bu kapsamda, bütçeden sağlığa ayrılan pay, sağlık harcamalarının milli gelir içerisindeki payı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının 50 yılda gösterdiği değişim Tablo 16 ve Şekil 16’da gösterilmiştir.

**Tablo 16:** Yıllara göre sağlık harcamaları ve sağlık finansmanı verileri, 1960- 2013, Türkiye

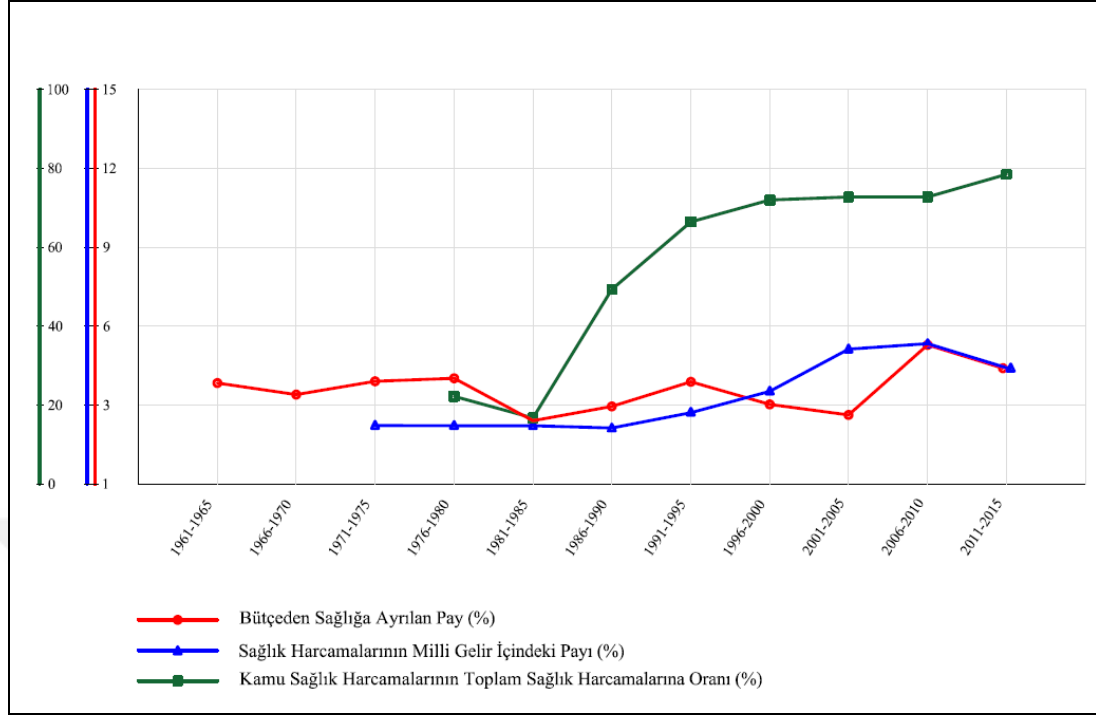
Yıllar	1960- 1965	1966- 1970	1971- 1975	1976- 1980	1981- 1985	1986- 1990	1991- 1995	1996- 2000	2001- 2005	2006- 2010	2011- 2015
<b>Bütçeden sağlığa ayrılan pay (%)</b>	3.83	3.39	3.9	4.01	2.4	2.95	3.88	3.02	2.62	5.28	4.4
<b>Sağlık Harcamalarının Milli Gelir İçindeki Payı (%)*</b>	©	©	2.2	2.2	2.2	2.1	2.7	3.5	5.1	5.3	4.4
<b>Kamu Sağlık Harcamalarının Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%) **</b>	©	©	©	22.2	16.7	49.3	66.4	71.9	71.2	72.7	78.4

\* 1975 verisi, \*\* 1979 Verisi, ©Veriye ulaşılamamıştır.

**Kaynak:** 156 ve 161’den uyarlanmıştır. Ayrıntılı bilgi için bkz. Tablo 2.



**Şekil 16:** Sağlık harcamaları ve finansmanı ile ilgili üç göstergenin yıllara göre değişimi, 1963-2013, Türkiye



Bütçeden sağlığa ayrılan payın yıllara göre değişimi incelendiğinde; düzenli bir değişim göstermediği, 1963 yılında %3,85 olan payın aldığı en düşük değerin 1983 yılında %2,40, en yüksek değerin ise 2008 yılında %5,20 olduğu görülmüştür. Bütçeden sağlığa ayrılan pay 2013 yılında %4,40 bulunmuştur.

1973 yılında sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı %2,20'dir. Bu oran, 1976-1980 döneminden itibaren genel olarak yükselme eğiliminde olup, 2003-2008 döneminde düşüş göstermiştir. Sağlık harcamalarının milli gelir içerisinde aldığı en yüksek pay %5,30 ile 2008 yılında görülürken, en düşük pay %2,10 ile 1988 yılına aittir.

Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı, 1979 yılından itibaren süreğen olarak yükselmiştir; 1979 yılında %22,2 iken, 1983'te %16,7'ye düşmüş ve yaklaşık 4,5 kat artarak 2013 yılında %78,40'a ulaşmıştır.

Regresyon analizi sonuçlarına göre;

- Bütçeden sağlığa ayrılan payın 1963 yılından itibaren beşer yıllık dönemlerde 0.055 birim arttığı ve bu artışın istatistiki olarak anlamlı olmadığı ( $R^2=0,047$ ;  $p > 0,05$ ),

- Sağlık harcamalarının milli gelir içerisindeki payının her beş yıllık zaman diliminde 9.088 birim artış gösterdiği ve bu artışın istatistiki olarak yüksek düzeyde anlamlı olduğu ( $R^2= 0,766$ ;  $p< 0,01$ ),
- Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının, her beş yıllık dönemde 0,454 birim arttığı ve bu artışın istatistiki olarak yüksek düzeyde anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $R^2= 0,804$ ;  $p< 0,01$ ).



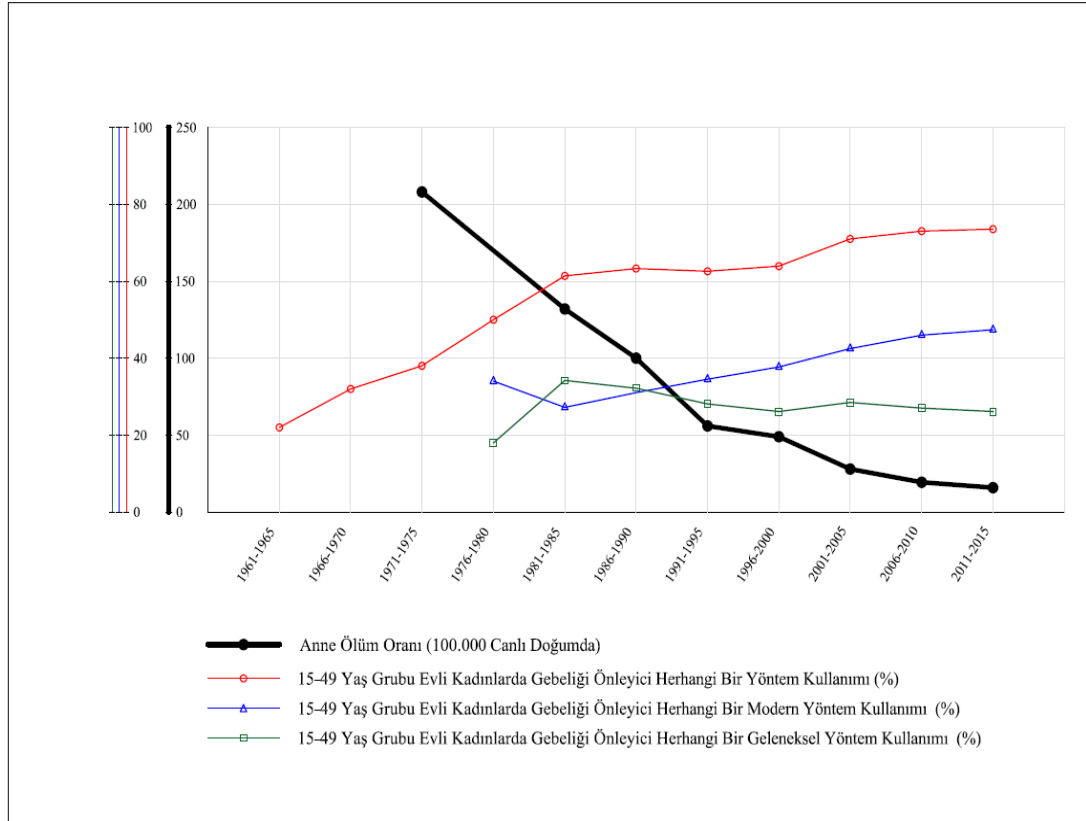
### 4.3. İleri Analizler

Bu kısımda değişkenler arasındaki ilişkilerin varlığı, kuvveti ve yönü incelenmiştir. Bu amaçla; aralarındaki ilişki sorgulanan değişkenlerin yıllara göre aldıkları değerlerin trendi aynı grafikte gösterilmiş, Spearman Korelasyon testi ile ilişkiler incelenmiş ve korelasyon grafikleri oluşturularak bulgular sunulmuştur.

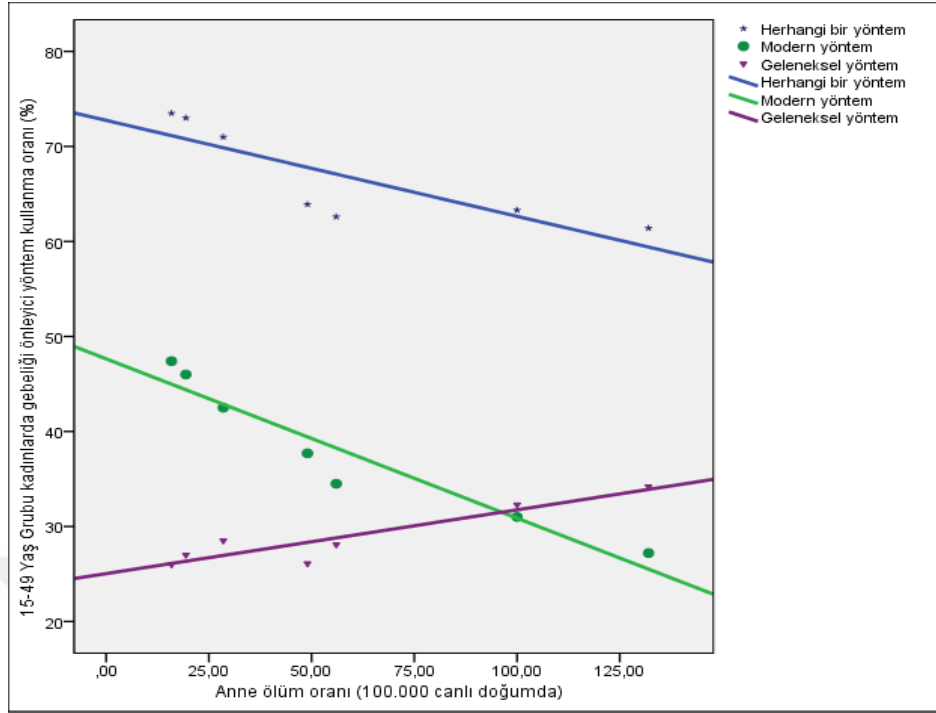
#### 4.3.1. Anne Ölüm Oranı ve 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı

Anne ölüm oranı ve gebeliği önleyici yöntem kullanımının yıllara göre seyri Şekil 17'de ve bu değişkenler arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon grafiği Şekil 18'de sunulmuştur.

**Şekil 17:** Anne ölüm oranı ve gebeliği önleyici yöntem kullanımının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 18:** Anne ölüm oranı ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı ilişkisi, 1978-2013, Türkiye



50 yıllık dönemde; gebeliği önleyici herhangi bir yöntem ve modern yöntem kullanımı artarken, anne ölüm oranının düştüğü görülmektedir.

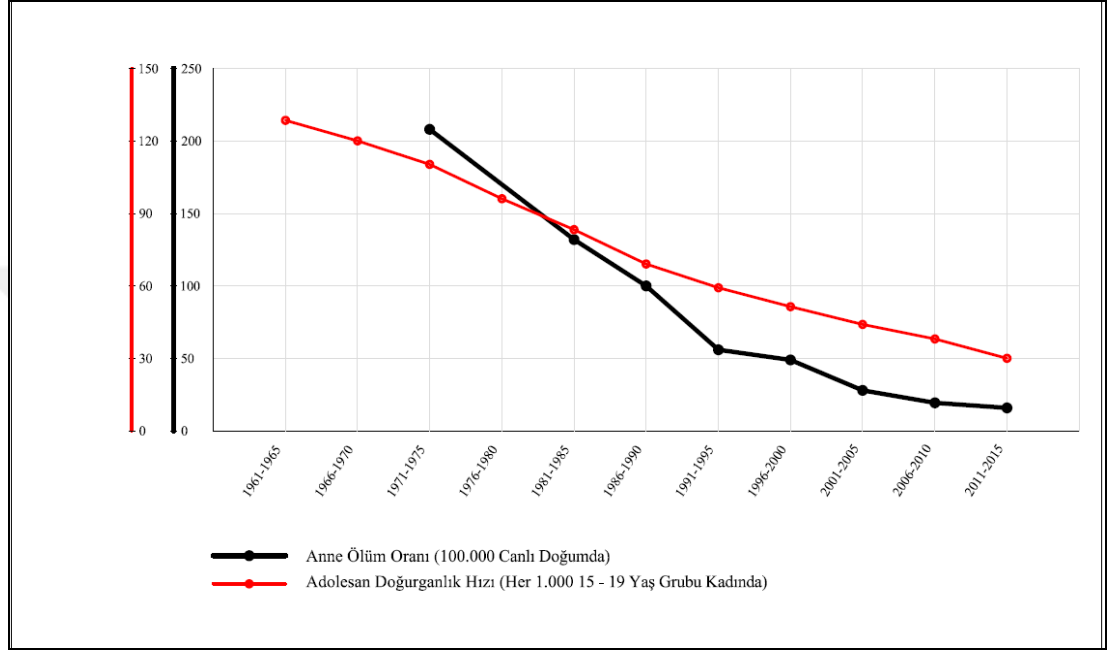
Spearman Korelasyon analizi sonucunda;

- Anne ölüm oranı ile gebeliği önleyici **herhangi bir yöntem** kullanımı arasında negatif yönde, çok güçlü ve istatistiki olarak çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ( $r = -0,976$ ;  $p < 0,001$ ),
- Anne ölüm oranı ile gebeliği önleyici herhangi bir **modern yöntem** kullanımı arasında negatif yönde, istatistiki olarak çok yüksek düzeyde anlamlı ve tam ilişki olduğu ( $r = -1,000$ ;  $p < 0,001$ ),
- Anne ölüm oranı ile gebeliği önleyici **geleneksel yöntem** kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ( $p > 0,05$ ).

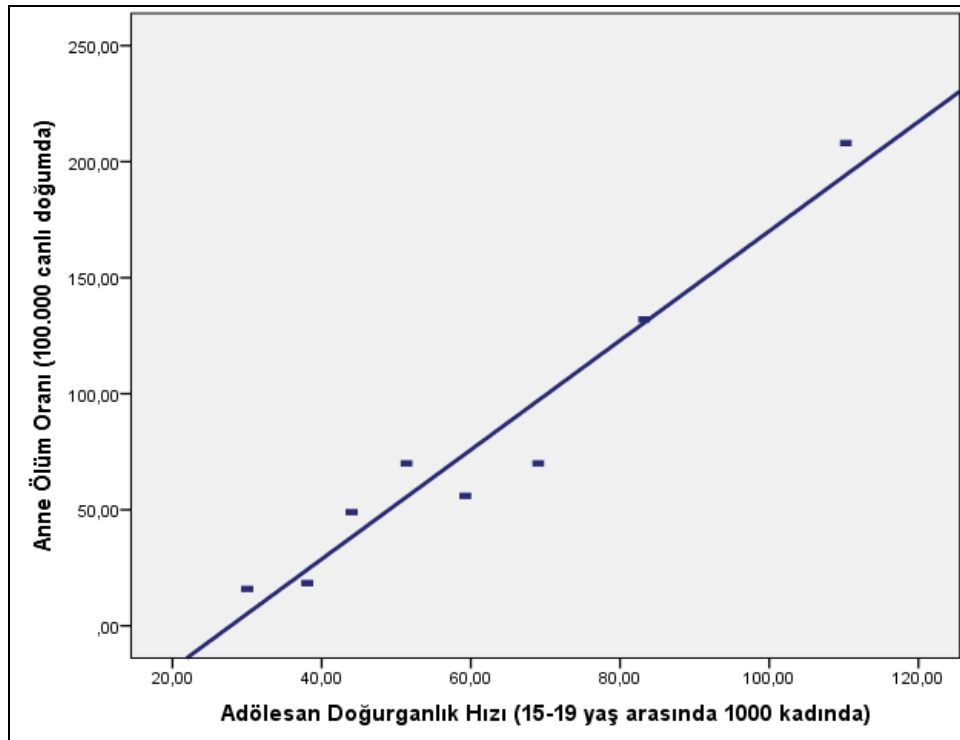
### 4.3.2. Anne Ölüm Oranı ve Adölesan Doğurganlık Hızı

Anne ölüm oranı ve adölesan doğurganlık hızının 50 yıllık dönemde birlikte düşüş gösterdiği Şekil 19’da görülmektedir. İki gösterge arasındaki güçlü ilişkiyi açıklayan korelasyon grafiği Şekil 20’dedir.

Şekil 19: Anne ölüm oranı ve adölesan doğurganlık hızının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



Şekil 20: Anne ölüm oranı ve adölesan doğurganlık hızı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye

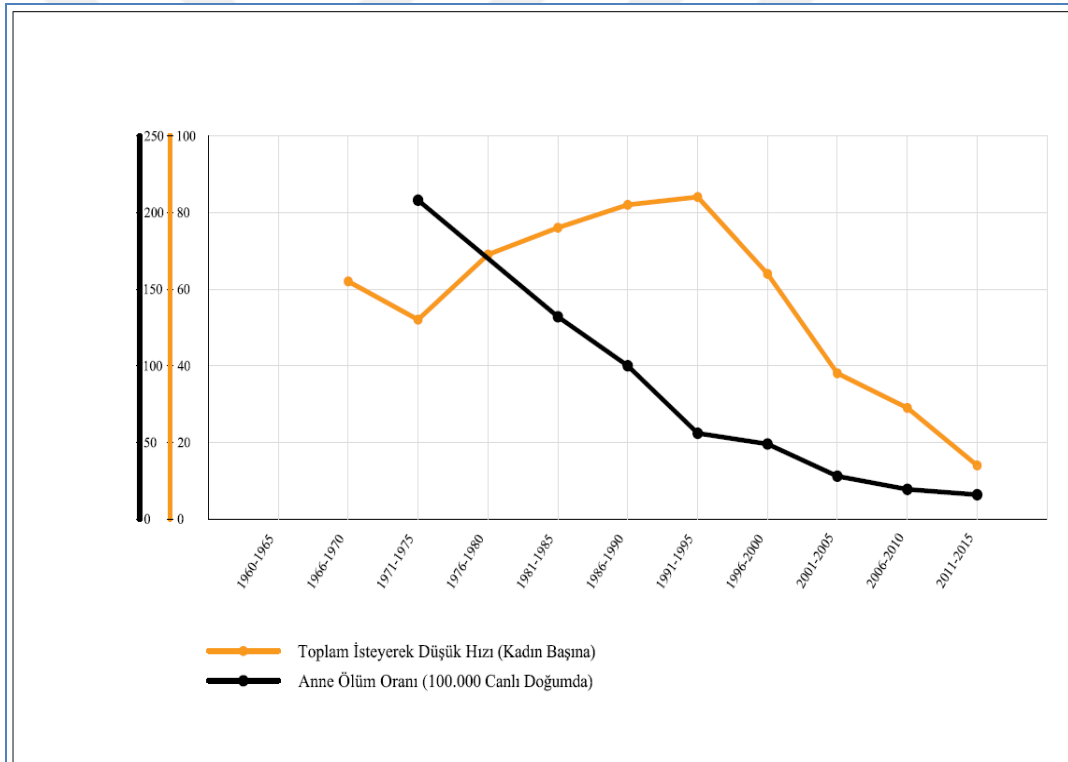


Anne ölüm oranı ile adolesan doğurganlık hızı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan analiz sonucunda; iki değişken arasında pozitif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $r= 0,989$ ;  $p<0.001$ ).

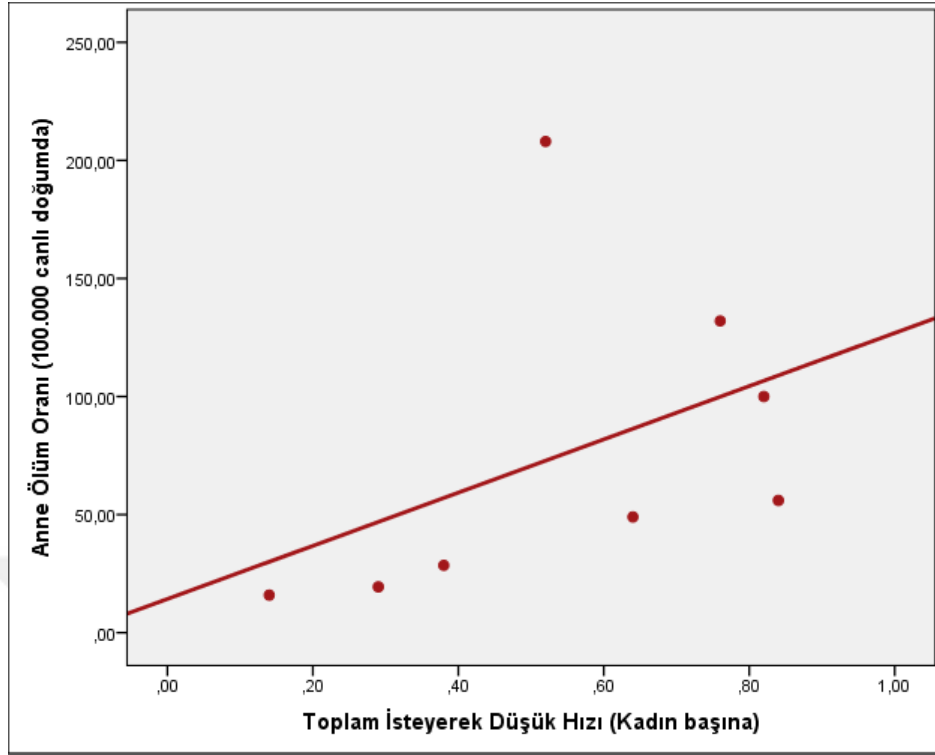
### 4.3.3. Anne Ölüm Oranı ve Toplam İsteyerek Düşük Hızı

Anne ölüm oranı ve toplam isteyerek düşük hızının zaman içerisinde gösterdiği seyir, karşılaştırma yapılabilmesi amacıyla Şekil 21’de sunulmuştur. Toplam isteyerek düşük hızı, 1991-1995 dönemine kadar artış gösterip, daha sonra çok hızlı bir şekilde düşerken, anne ölüm oranı süregelen olarak düşüş göstermiştir. Şekil 22’de bu değişkenlere ait korelasyon grafiği yer almaktadır.

Şekil 1: Anne ölüm oranı ve toplam isteyerek düşük hızının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 22:** Anne ölüm oranı ve isteyerek düşük hızı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Korelasyon grafiği incelendiğinde; anne ölüm oranı ile toplam isteyerek düşük hızı arasındaki ilişkinin pozitif yönde olduğu görülmüştür.

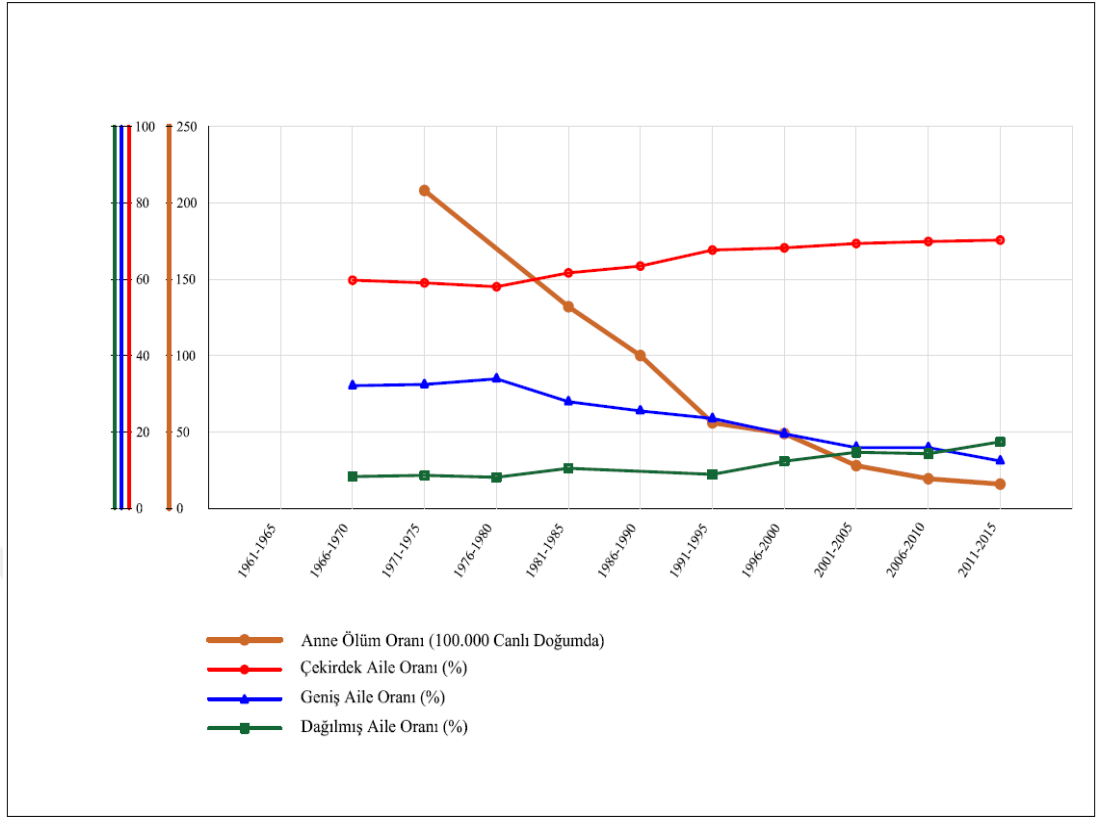
Yapılan korelasyon analizinde, anne ölüm oranı ile isteyerek düşük hızı arasında pozitif yönde ve orta düzeyde saptanan ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $r:0.667$ ;  $p>0.05$ ).

#### **4.3.4. Anne Ölüm Oranı ve Aile Tipi**

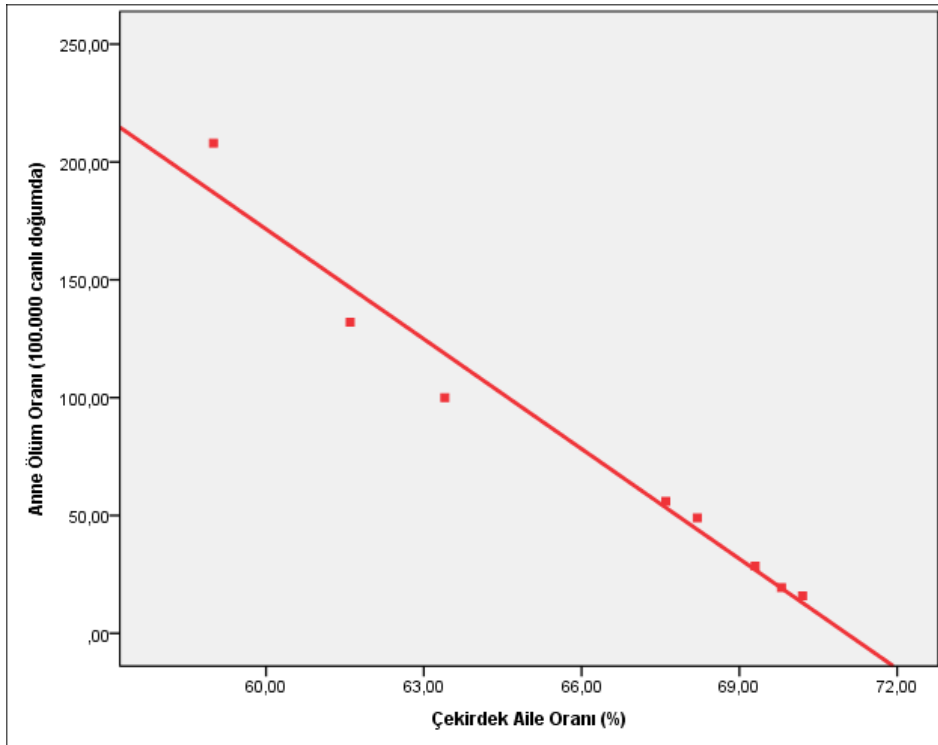
Anne ölüm oranı ile aile tipi oranlarının yıllara göre seyri Şekil 23'te sunulmuştur. Anne ölüm oranındaki düşme hızının; geniş aile oranındaki düşme hızından, aynı zamanda çekirdek ve dağılmış aile oranındaki yükselme hızından daha yüksek olduğu görülmektedir.

Değişkenler arasındaki ilişkiyi tanımlayan korelasyon grafikleri Şekil 24, Şekil 25 ve Şekil 26'dadır.

Şekil 23: Anne ölüm oranı ve aile tipinin yıllara göre seyri, 1968-2013, Türkiye

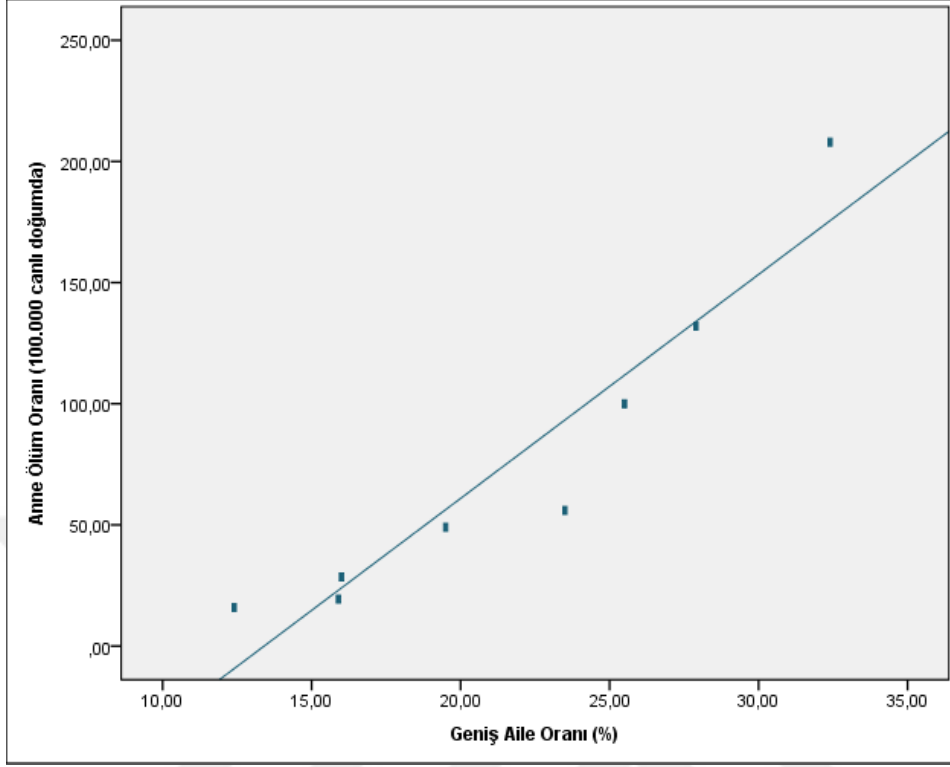


Şekil 24: Anne ölüm oranı ve çekirdek aile tipi ilişkisi, 1968-2013, Türkiye

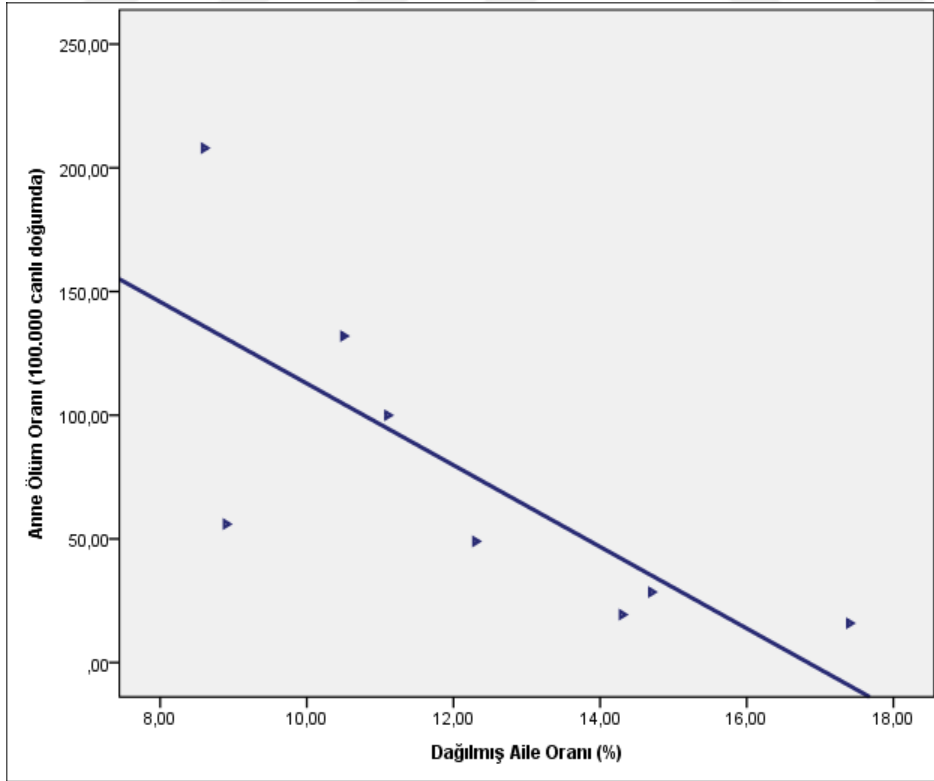




Şekil 25: Anne ölüm oranı ve geniş aile ilişkisi, 1968-2013, Türkiye



Şekil 26: Anne ölüm oranı ve dağılmış aile ilişkisi, 1968 – 2013, Türkiye



Aile tipi oranları ile anne ölüm hızlarının ilişkisi korelasyon grafikleri ile incelendiğinde; anne ölüm oranının, çekirdek ve dağılmış aile oranı ile negatif yönde bir ilişkisinin olduğu, geniş aile ile ilişkilerinin ise pozitif yönde olduğu görülmüştür. Çekirdek ve dağılmış aile oranı yükseldikçe, anne ölüm oranı düşmüştür.

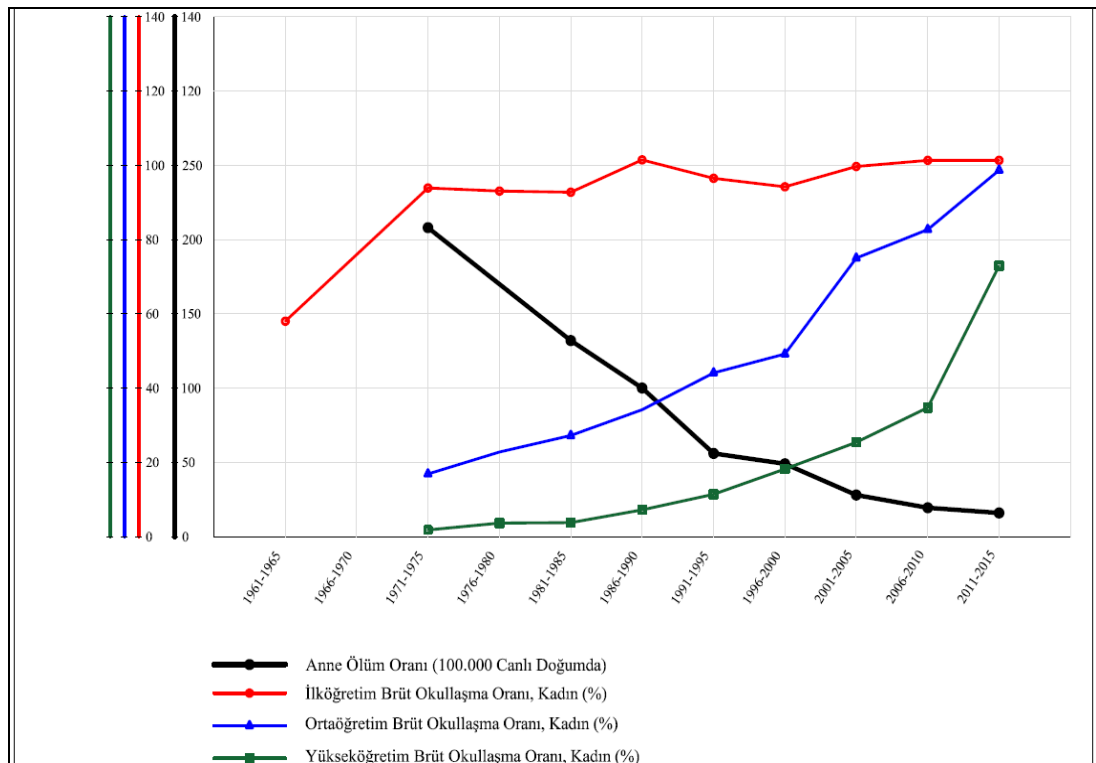
Anne ölüm oranı ile aile tipleri arasındaki ilişki istatistiki olarak değerlendirildiğinde;

- Anne ölüm oranı ile geniş aile oranı arasında pozitif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki ( $r= 0,946$ ;  $p<0,001$ ),
- Anne ölüm oranı ile çekirdek aile oranı arasında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki ( $r= -0,983$ ;  $p<0,001$ ),
- Anne ölüm oranı ile dağılmış aile oranı arasında negatif yönde, güçlü ve anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $r= -0,755$ ;  $p<0,05$ ).

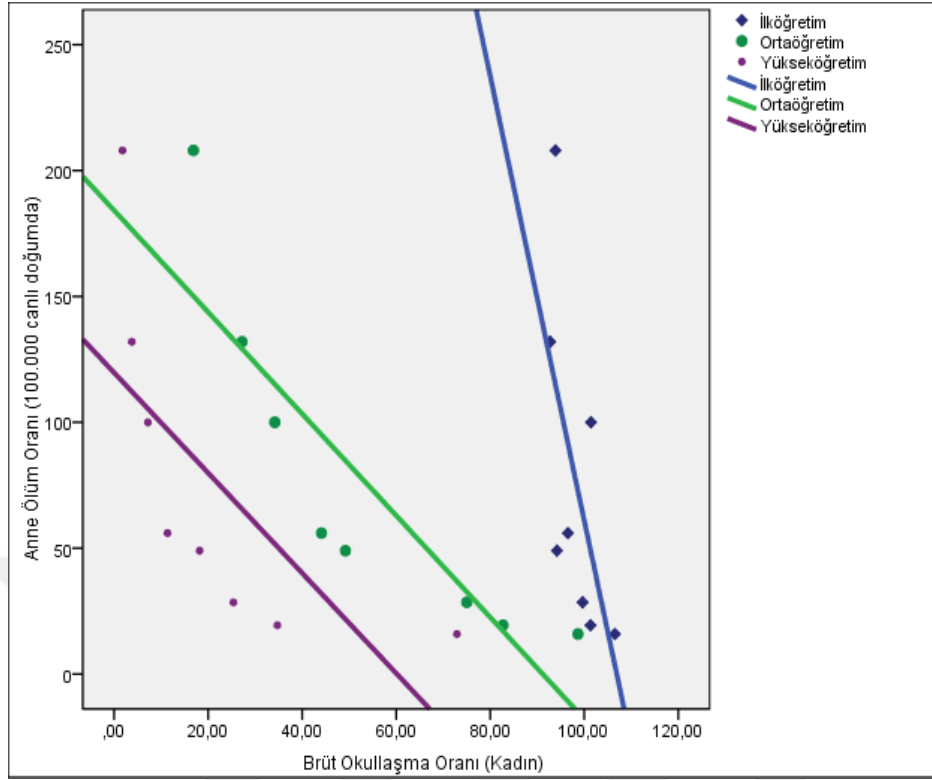
#### 4.3.5. Anne Ölüm Oranı ve Kadınlarda Brüt Okullaşma Oranı

Anne ölüm oranı ile kadınlarda brut okullaşma oranlarının yıllara göre seyri Şekil 27’de, aralarındaki ilişkiyi tanımlayan korelasyon grafiği Şekil 28’dedir.

**Şekil 27:** Anne ölüm oranı ve kadınlarda brüt okullaşma oranının yıllara göre seyri, 1960-2013, Türkiye



**Şekil 28:** Anne ölüm oranı ve kadınlarda brüt okullaşma oranı ilişkisi, 1960-2013, Türkiye



Araştırma kapsamındaki 50 yıl içerisinde anne ölüm oranı ile kadında brüt okullaşma oranlarının değişimi ters yönde olmuştur. Anne ölüm oranı ile ortaöğretim ve yükseköğretim okullaşma oranlarının değişim eğrileri ters yönde olmakla birlikte benzer hızda değişirken, ilköğretim brüt okullaşma oranı nispeten yatay seyretmiştir.

Korelasyon grafiğinde, anne ölüm oranı ile üç düzeydeki okullaşma oranının arasındaki negatif ilişki görülmektedir.

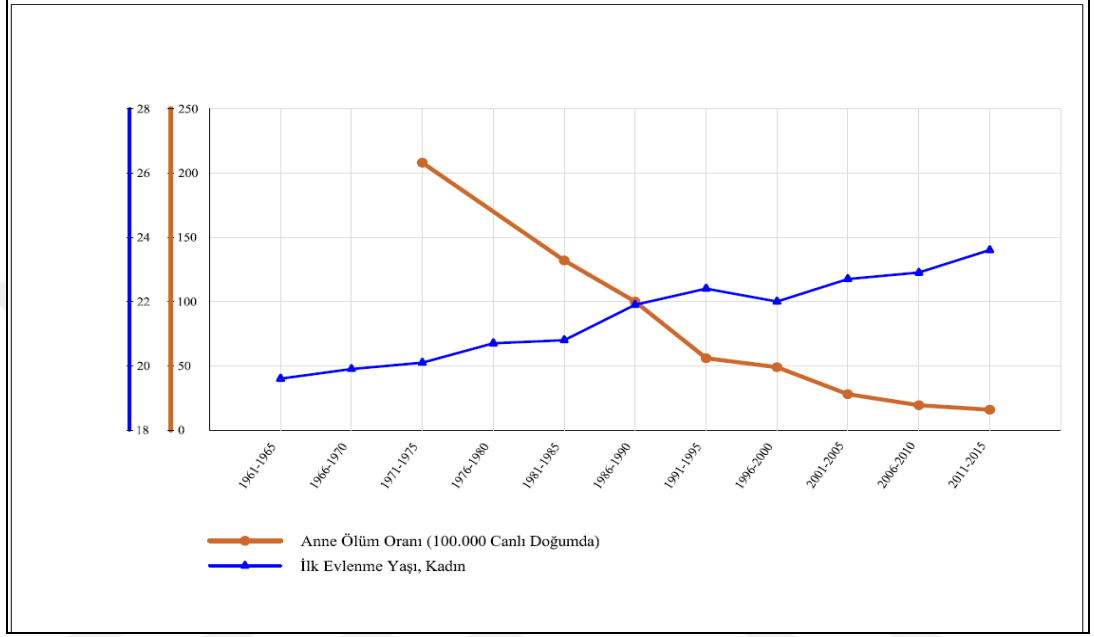
Korelasyon analizi sonucunda;

- Anne ölüm oranı ile ilköğretim brüt okullaşma oranı arasında negatif yönde, güçlü ve anlamlı ilişki olduğu ( $r = -0,714$ ;  $p < 0,05$ ),
- Anne ölüm oranı ile ortaöğretim brüt okullaşma oranı arasında negatif yönde, güçlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r = -0,874$ ;  $p < 0,01$ ),
- Anne ölüm oranı ile yükseköğretim brüt okullaşma oranı arasında negatif yönde, çok yüksek düzeyde anlamlı ve tam ilişki olduğu ( $r = -1,000$ ;  $p < 0,001$ ) görülmüştür.

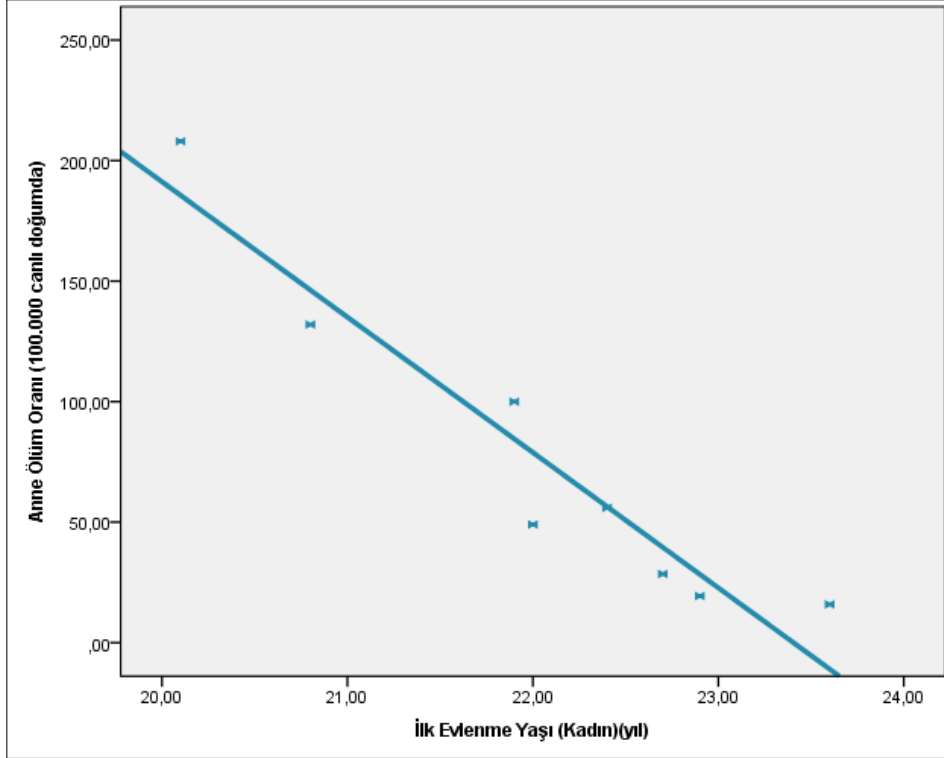
#### 4.3.6. Anne Ölüm Oranı ve Kadında İlk Evlenme Yaşı

50 yıllık dönem boyunca anne ölüm oranı azalırken, kadınlarda ilk evlenme yaşının yükseldiği Şekil 29’da, aralarında negatif yönde ve doğrusala yakın bir ilişki olduğu Şekil 30’da görülmektedir.

Şekil 29: Anne ölüm oranı ve kadınlarda ilk evlenme yaşının yıllara göre seyri, 1965-2013, Türkiye



Şekil 30: Anne ölüm oranı ve kadınlarda ilk evlenme yaşı ilişkisi, 1965-2013, Türkiye

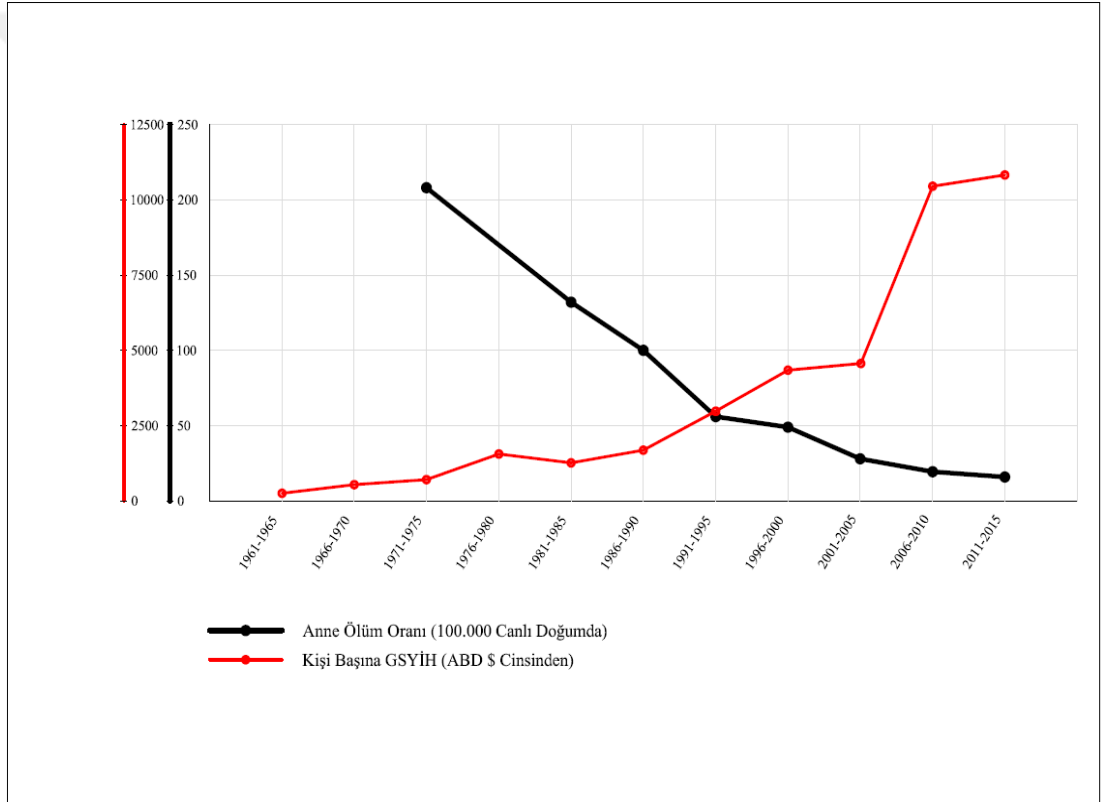


İstatistiksel olarak anne ölüm oranı ile kadınlarda ilk evlenme yaşı arasında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $r = -0,976$ ;  $p < 0,001$ ).

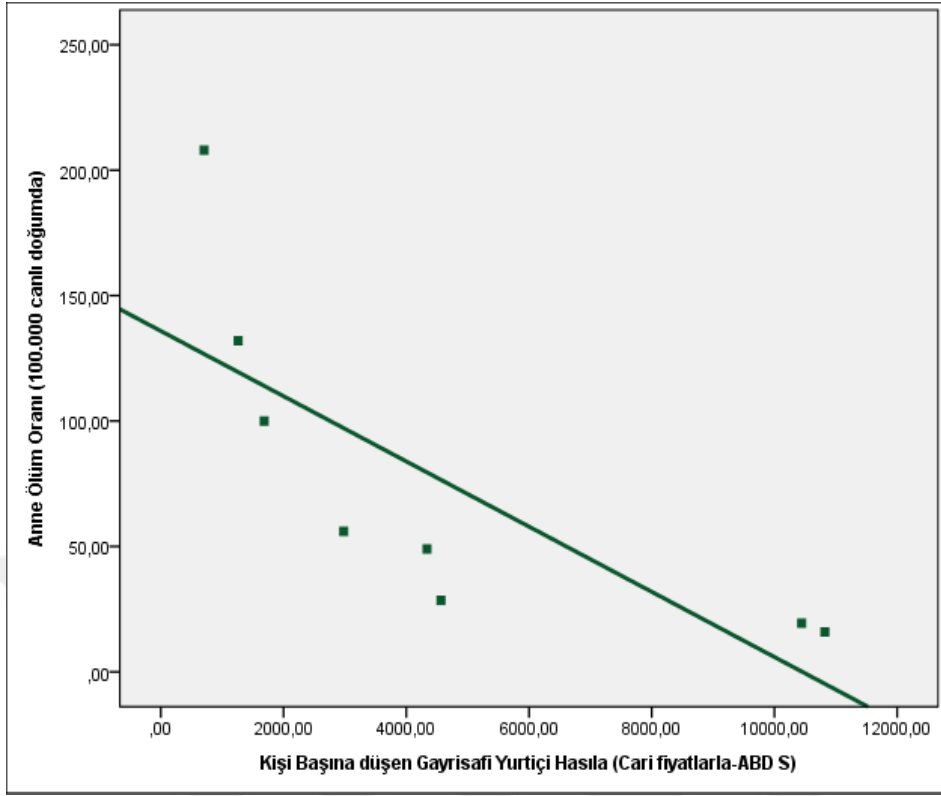
#### 4.3.7. Anne Ölüm Oranı ve Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurt İçi Hasıla

Anne ölüm oranı ile kişi başı GSYİH'nın yıllara göre seyri incelendiğinde, anne ölüm oranı düşerken, GSYİH'nın yükseldiği görülmektedir. Bu iki değişkenin zaman içerisindeki değişimi Şekil 31'de ve aralarındaki ilişkiyi gösteren korelasyon grafiği Şekil 32'de sunulmuştur.

Şekil 31: Anne ölüm oranı ve kişi başı GSYİH'nın yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 32:** Anne ölüm oranı ve kişi başı GSYİH ilişkisi, 1963-2013, Türkiye

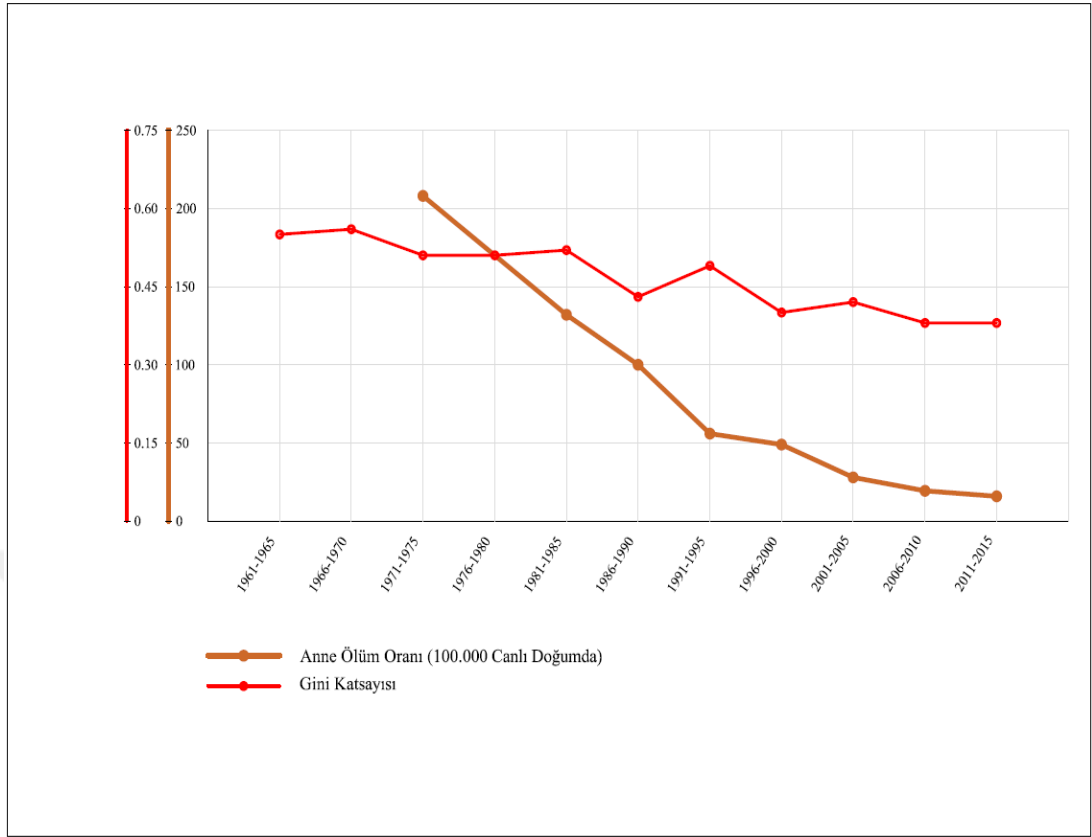


Korelasyon analizinde, anne ölüm oranı ile kişi başı GSYİH arasında negatif yönde, güçlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir ( $r=-0,771$ ;  $p<0,05$ ).

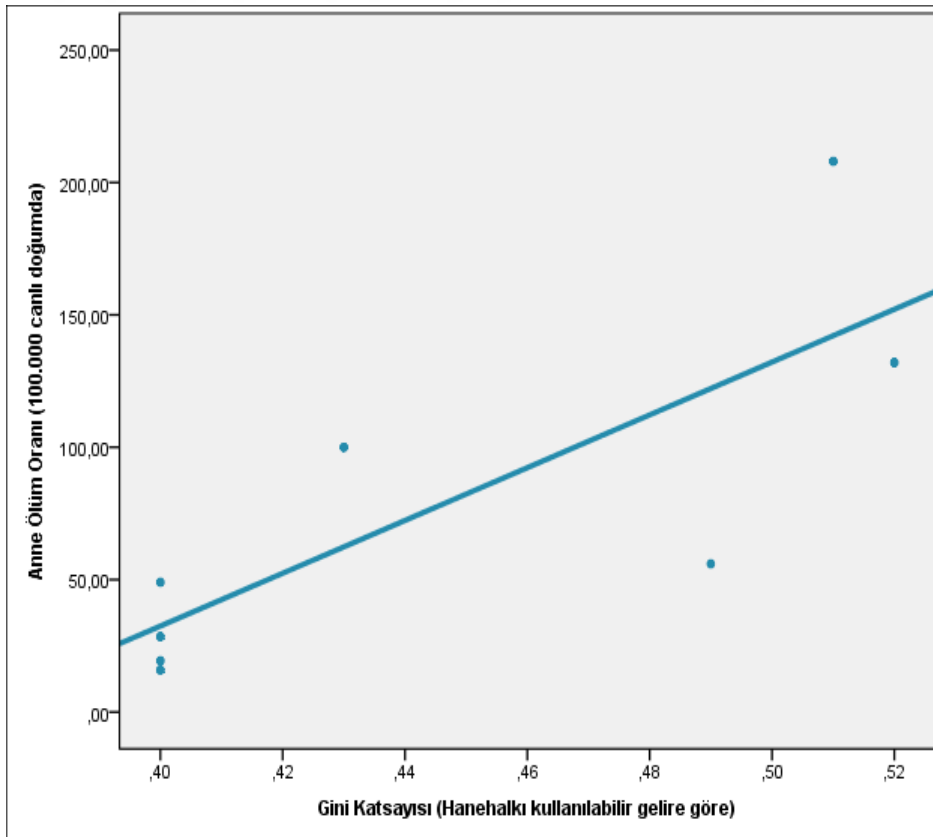
#### **4.3.8. Anne Ölüm Oranı ve Gini Katsayısı**

Anne ölüm oranı ile Gini katsayısı arasındaki ilişkiyi açıklayan grafikler Şekil 33 ve Şekil 34'tedir.

Şekil 33: Anne ölüm oranı ve Gini katsayısının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



Şekil 34: Anne ölüm oranı ve Gini katsayısı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



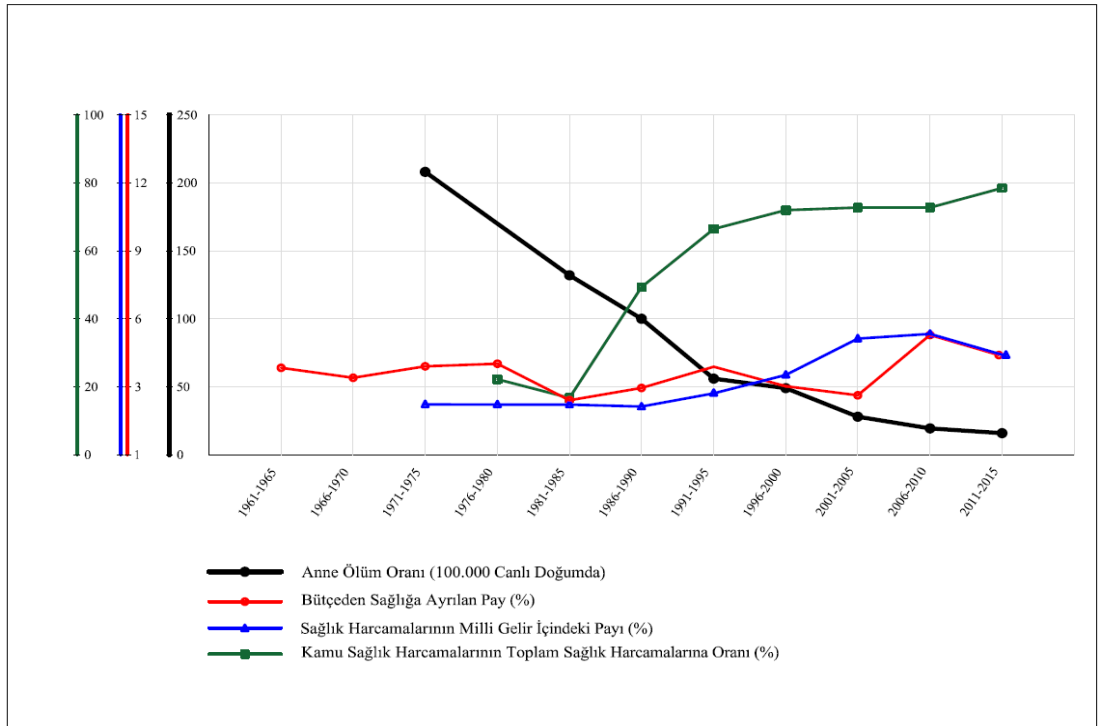
Her iki değişken de zaman içerisinde düşme eğiliminde olmasına rağmen, anne ölüm oranındaki değişimin daha yüksek oranda olduğu görülmektedir. Korelasyon grafiğinde, pozitif yönde ilişki olduğu göze çarpmaktadır.

Korelasyon analizi sonucunda, değişkenler arasındaki ilişkinin pozitif yönde, güçlü ve istatistiki olarak yüksek düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ( $r= 0,888$ ;  $p<0.01$ ).

#### 4.3.9. Anne Ölüm Oranı ve Sağlık Harcamaları / Sağlık Finansmanı

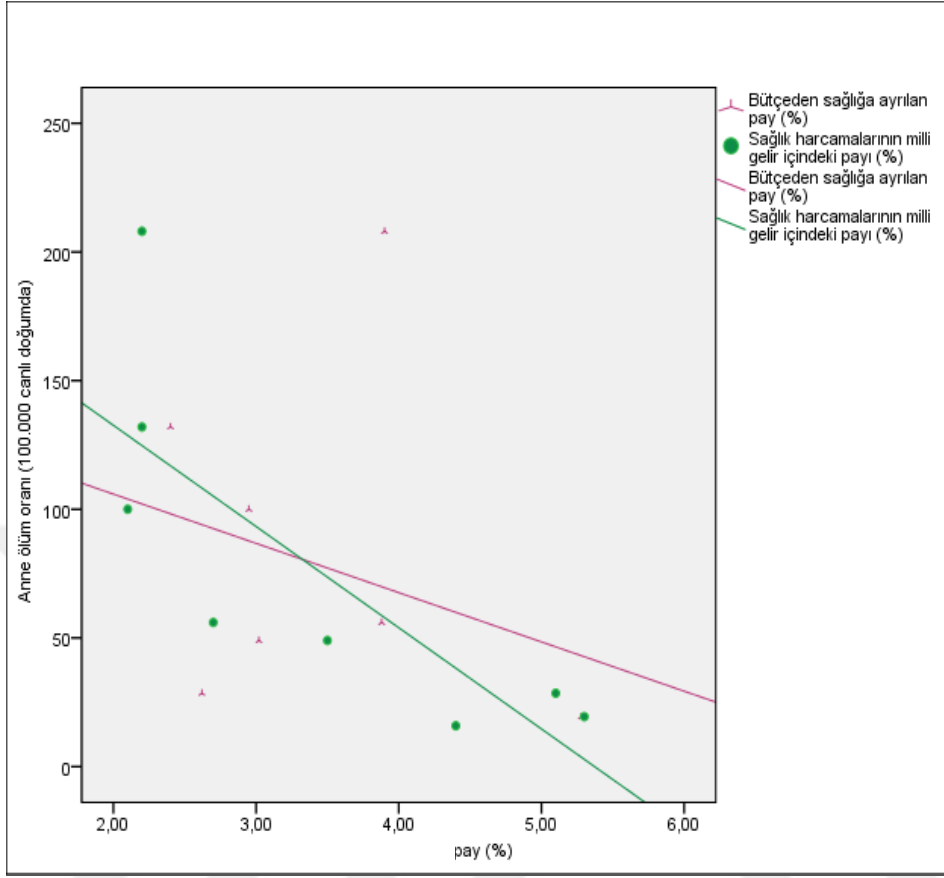
Seçilmiş sağlık harcamaları/sağlık finansmanı verileri olan bütçeden sağlığa ayrılan pay, sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranının zaman içerisindeki değişimleri Şekil 35’de gösterilmiştir. Anne ölüm oranı ile söz konusu değişkenlere yönelik korelasyon grafikleri Şekil 36 ve Şekil 37’dedir.

**Şekil 35:** Anne ölüm oranı ile sağlık harcaması ve finansmanı verilerinin yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye

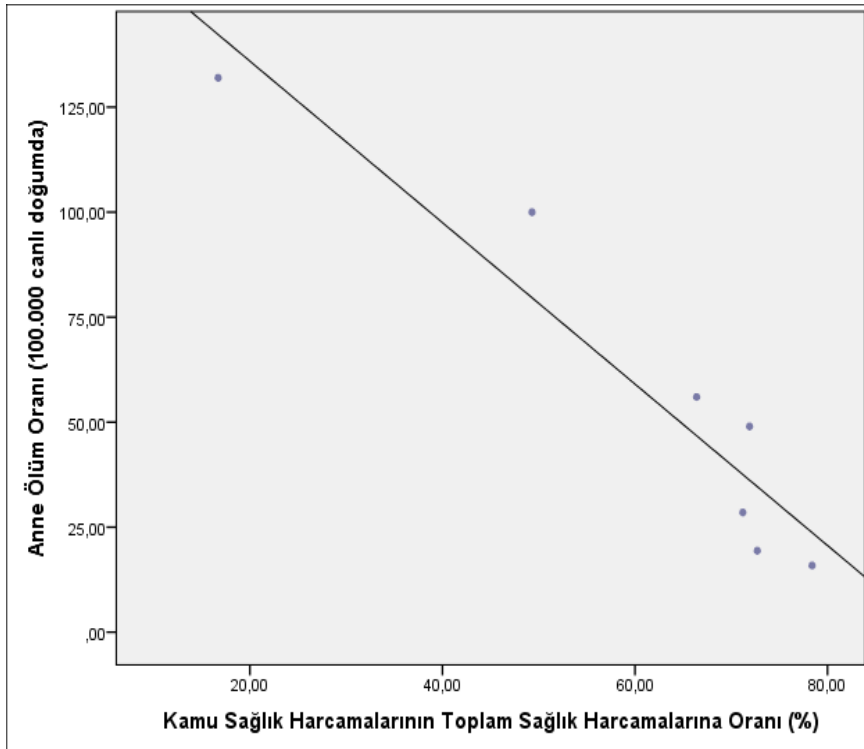




**Şekil 36:** Anne ölüm oranı ve sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payının ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 37:** Anne ölüm oranı ile kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Söz konusu değişkenlerden sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranının, anne ölüm oranının azalmasına karşılık genel olarak artış gösterdiği, bütçeden sağlığa ayrılan payın ise genel olarak düşük seviyede seyrettiği ve değişimlerinin bir düzen içinde olmadığı görülmüştür.

Korelasyon grafiklerinde; sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ile anne ölüm oranının arasında negatif bir ilişki olduğu görülmüştür.

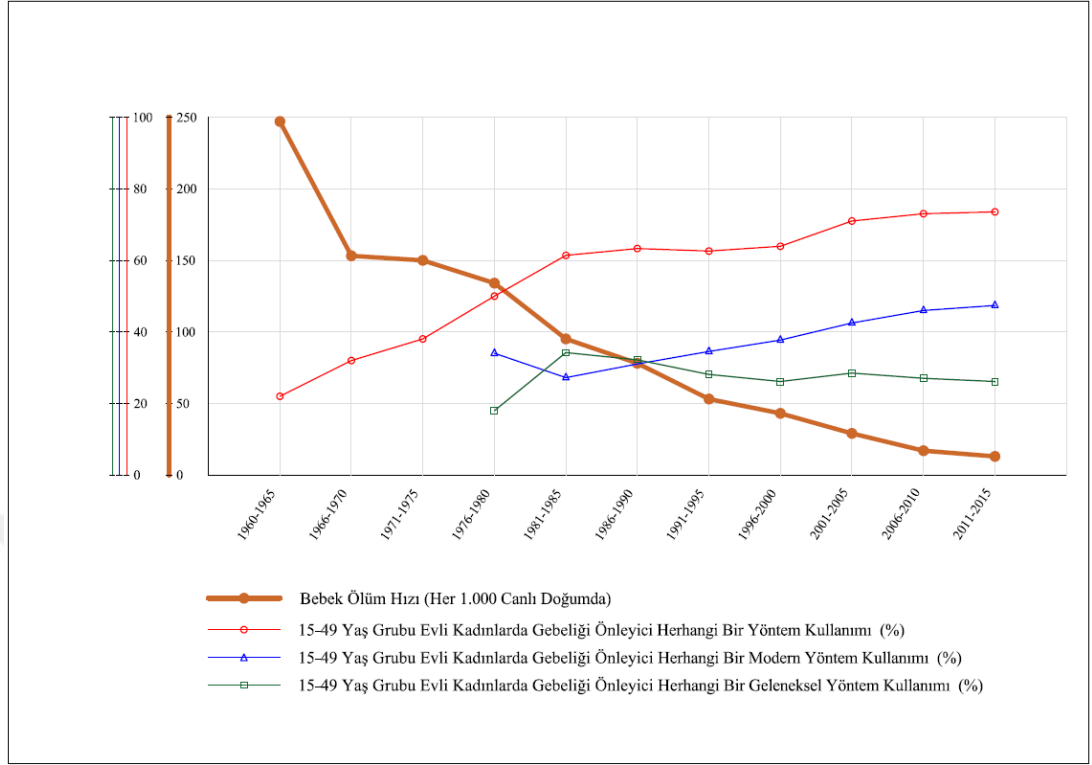
İstatistiki analiz sonucunda;

- Anne ölüm oranı ile bütçeden sağlığa ayrılan pay arasında istatistiki ilişki saptanmamış ( $p>0,05$ ),
- Anne ölüm oranı ile sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı arasında negatif yönde, güçlü ve anlamlı ilişki olduğu ( $r= -0,783$ ;  $p<0,05$ ),
- Anne ölüm oranı ile kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı arasında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r= -0,964$ ;  $p<0,001$ ) saptanmıştır.

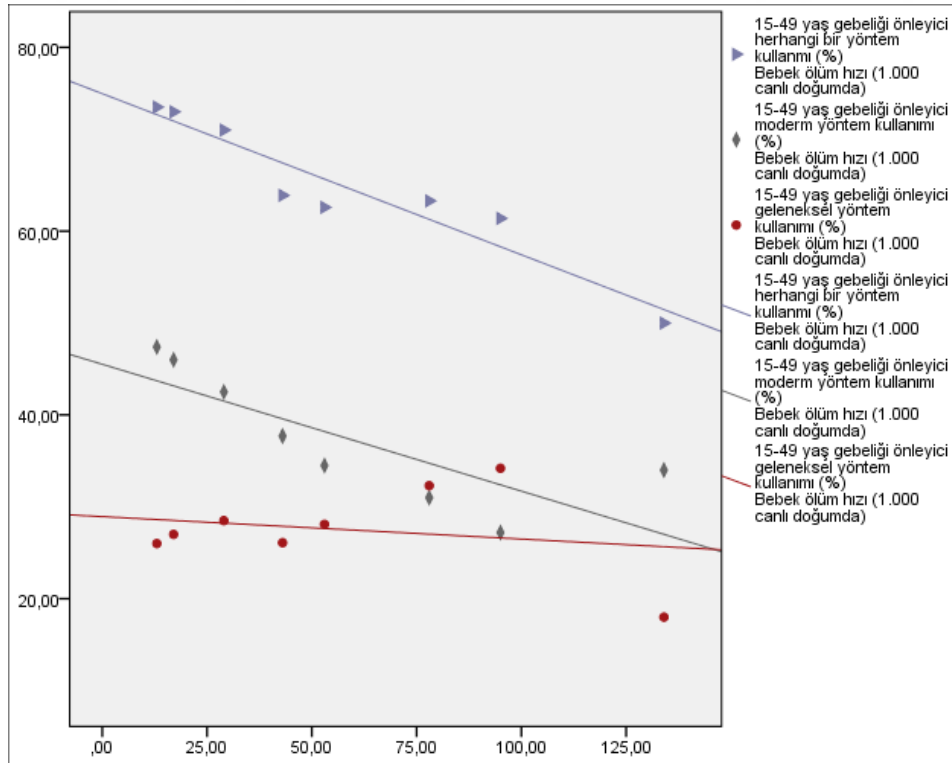
#### **4.3.10. Bebek Ölüm Hızı ve 15- 49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı**

Bebek ölüm hızı ve gebeliği önleyici yöntem kullanımının yıllara göre seyri Şekil 38'de ve iki değişkene ait korelasyon grafiği Şekil 39'dadır.

**Şekil 38:** Bebek ölüm hızı ve 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 2:** Bebek ölüm hızı ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Son 50 yıl içerisinde 15- 49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı yükselirken (geleneksel yöntem dışında), bebek ölüm hızının düştüğü görülmektedir. Korelasyon grafiğinde, 1986-1990 döneminden itibaren bebek ölüm hızının düşme eğimi ile modern yöntem kullanımı oranının yükselme eğiminin benzer olduğu göze çarpmaktadır.

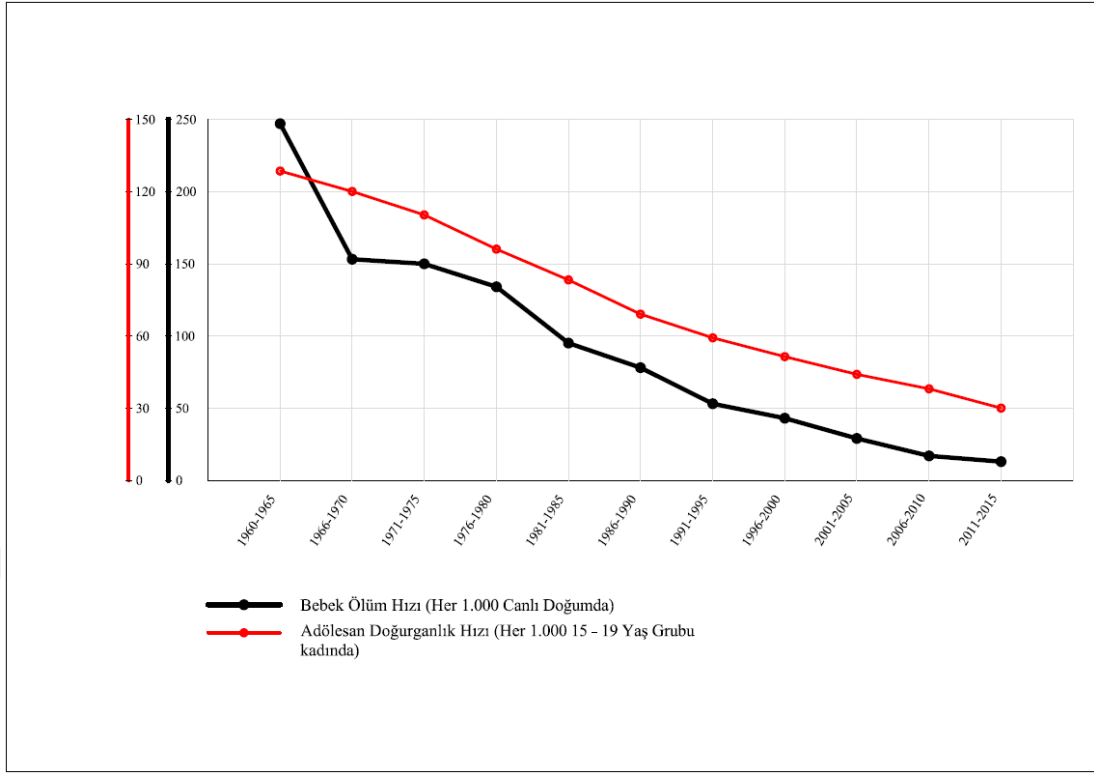
Korelasyon analizi sonuçlarına göre;

- Bebek ölüm hızı ile 15- 49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici **herhangi bir yöntem** kullanımı arasında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r = -0,991$ ;  $p < 0.001$ ),
- Bebek ölüm hızı ile 15- 49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici **modern yöntem** kullanımı arasında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r = -0,929$ ;  $p < 0.001$ ),
- Bebek ölüm hızı ile 15- 49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici **geleneksel yöntem** kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p > 0.05$ ) tespit edilmiştir.

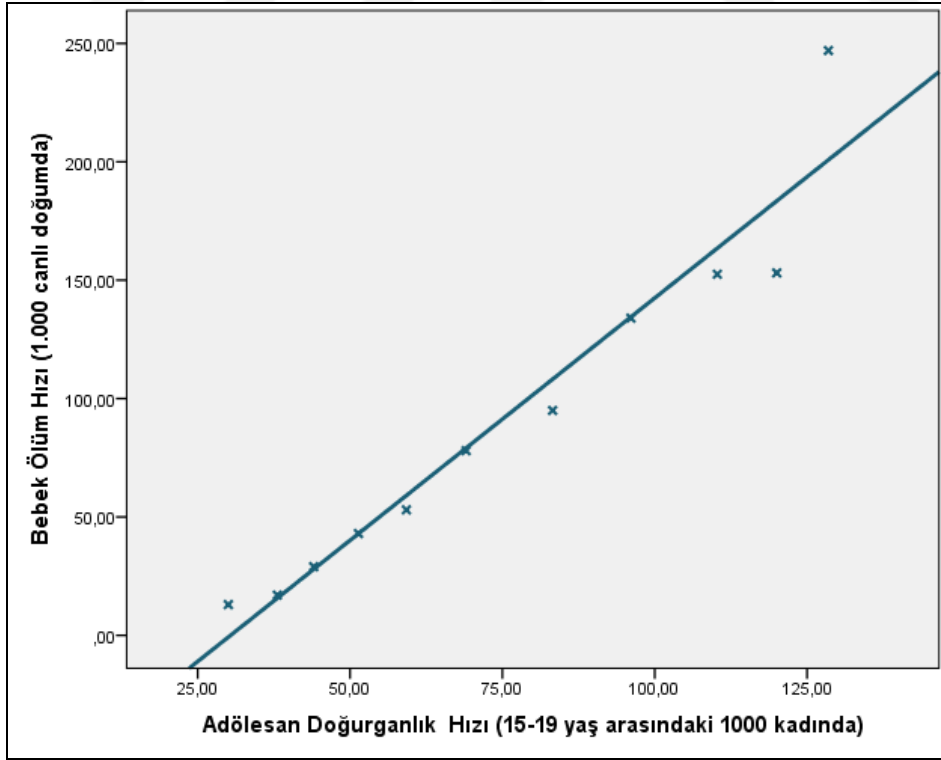
#### 4.3.12. Bebek Ölüm Hızı ve Adolesan Doğurganlık Hızı

Bebek ölüm hızı ve adolesan doğurganlık hızı Şekil 40'ta görüldüğü gibi yıllar içinde birlikte düşüş göstermiştir. Şekil 41'de yer alan korelasyon grafiğinde iki değişken arasında pozitif yönde ve doğrusal bir ilişki görülmektedir.

Şekil 40: Bebek ölüm hızı ve adolesan doğurganlık hızının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



Şekil 41: Bebek ölüm hızı ve adolesan doğurganlık hızı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye

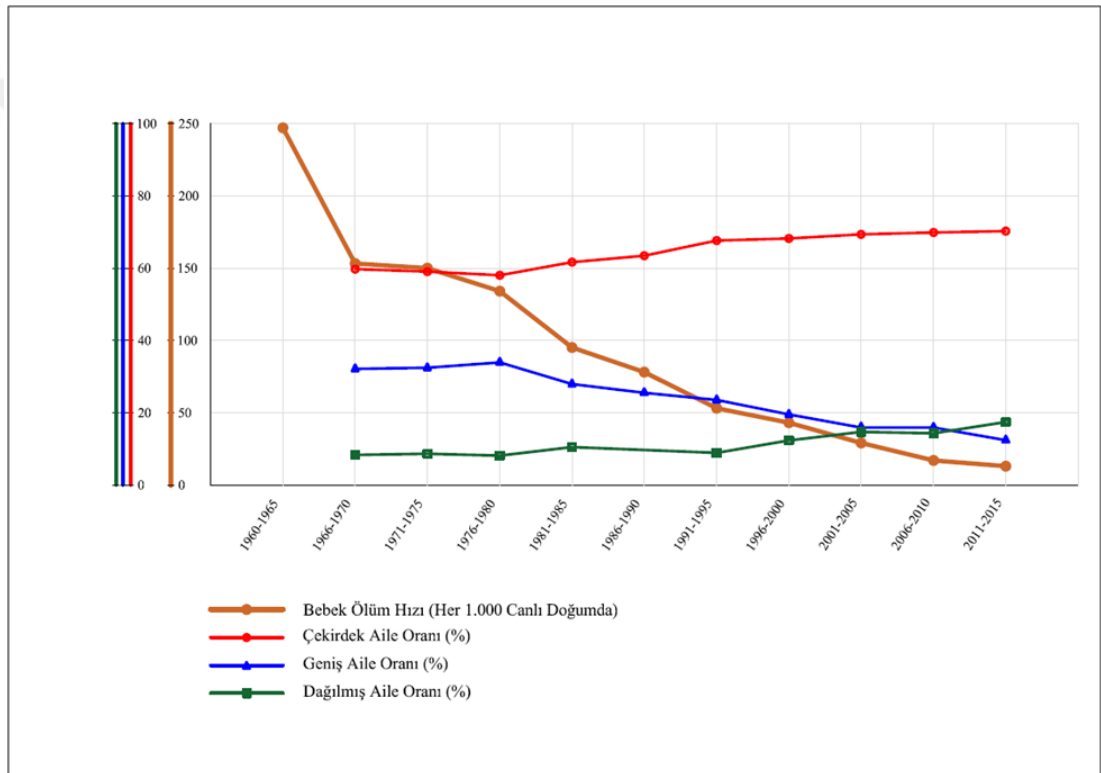


Veriler, korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde; bebek ölüm hızı ile adolesan doğurganlık hızı arasında pozitif yönde, tam ilişki bulunduğu ve bu ilişkinin çok yüksek düzeyde anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $r= 1,00$ ;  $p<0.001$ ).

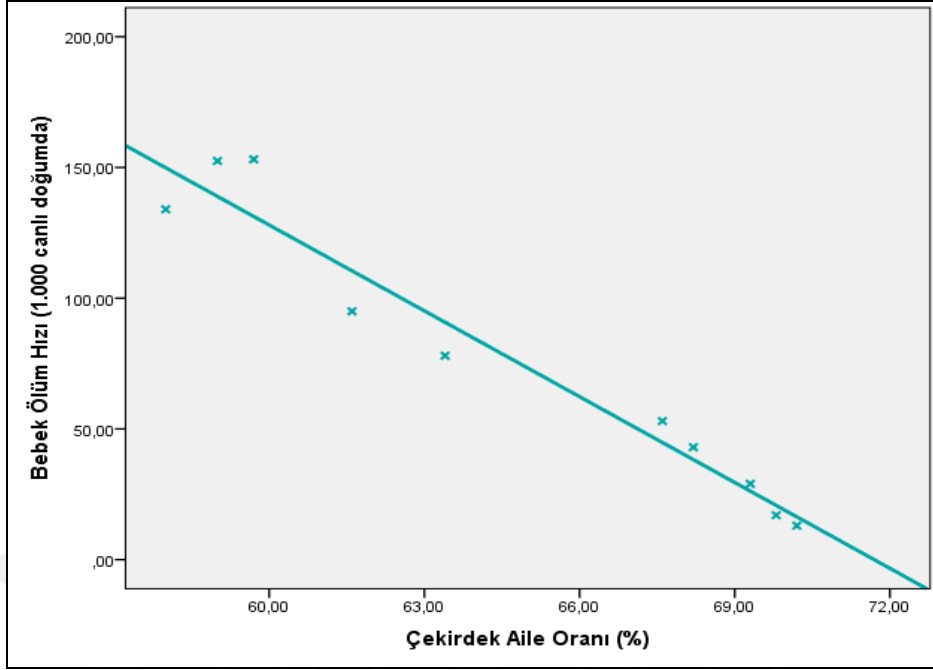
#### 4.3.11. Bebek Ölüm Hızı ve Aile Tipi

Bebek ölüm hızı ile aile tipi oranları arasındaki ilişkiyi gösteren grafikler Şekil 42, Şekil 43, Şekil 44 ve Şekil 45’de gösterilmektedir.

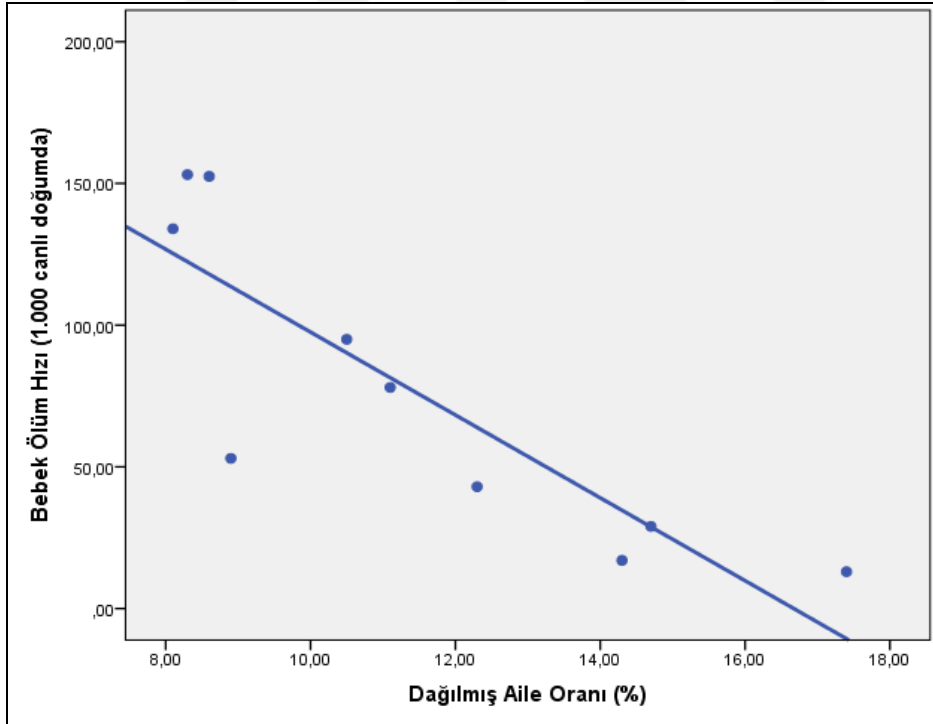
Şekil 42: Bebek ölüm hızı ve aile tipi oranlarının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



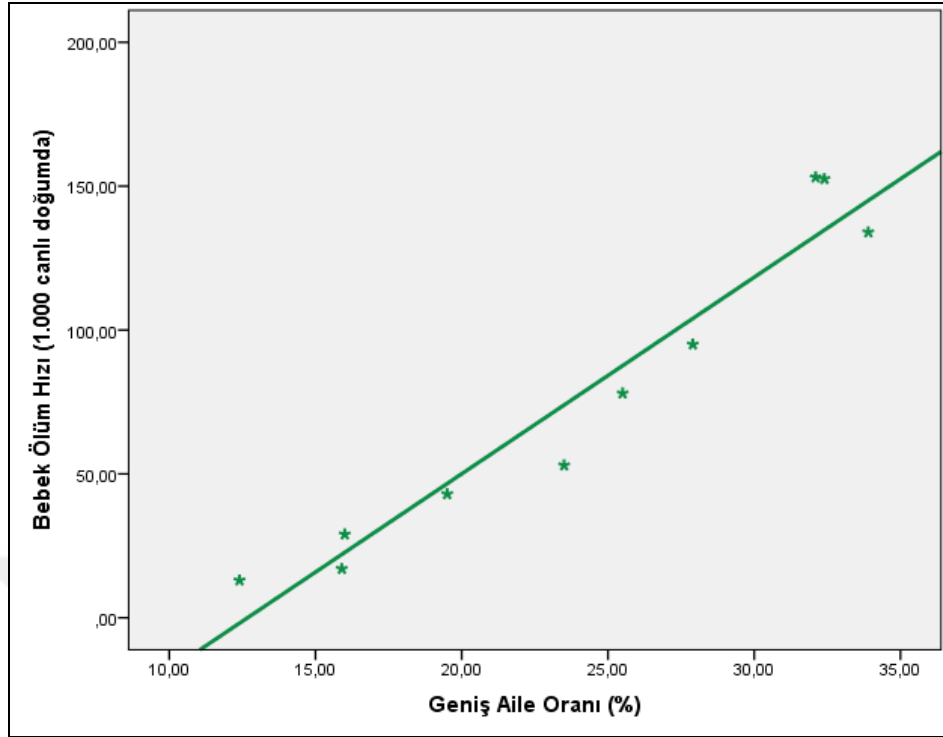
Şekil 43: Bebek ölüm hızı ve çekirdek aile ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Şekil 44: Bebek ölüm hızı ve dağılmış aile oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Şekil 45: Bebek ölüm hızı ve geniş aile oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Bebek ölüm hızının düşme eğilimi giderek azalsa da 50 yıl içerisinde süreğen olarak düşüş göstermiştir. Buna karşın çekirdek ve dağılmış aile oranı süreğen olarak artmıştır. Geniş aile oranının ise düştüğü göze çarpmaktadır.

Korelasyon grafikleri incelendiğinde; bebek ölüm hızı ile çekirdek aile ve dağılmış aile oranı arasında negatif ve geniş aile oranı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır.

Korelasyon analizi sonucunda;

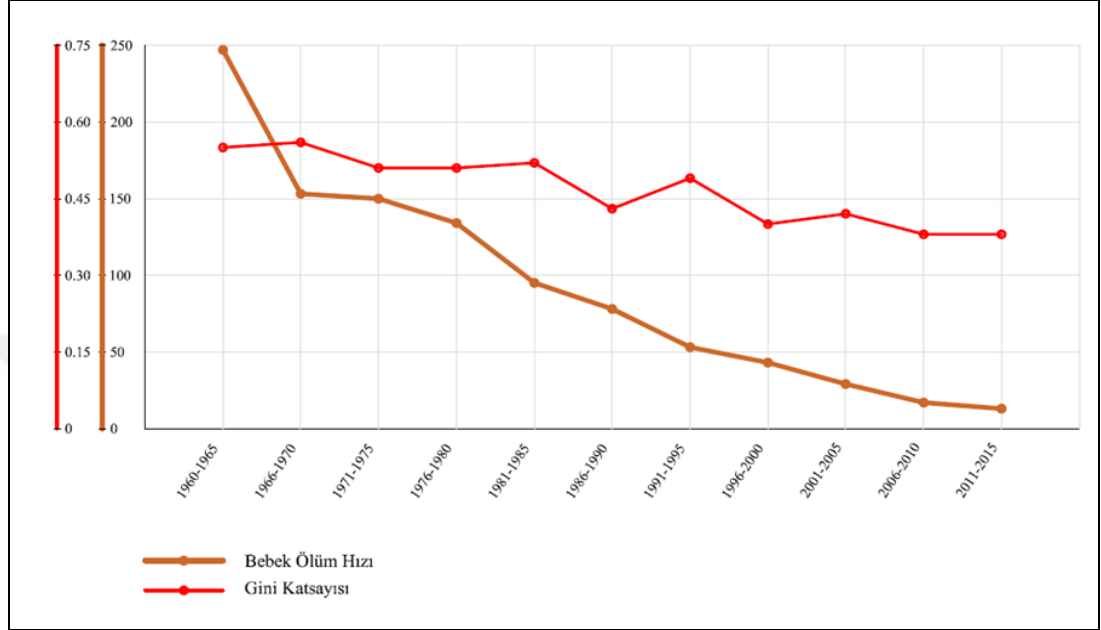
- Bebek ölüm hızı ile **geniş aile** oranı arasında pozitif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r= 0,952$ ;  $p<0.001$ ),
- Bebek ölüm hızı ile **çekirdek aile** oranı arasında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r= -0,952$ ;  $p<0.001$ ),
- Bebek ölüm hızı ile **dağılmış aile** oranı arasında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $r= -0,915$ ;  $p<0.001$ ).



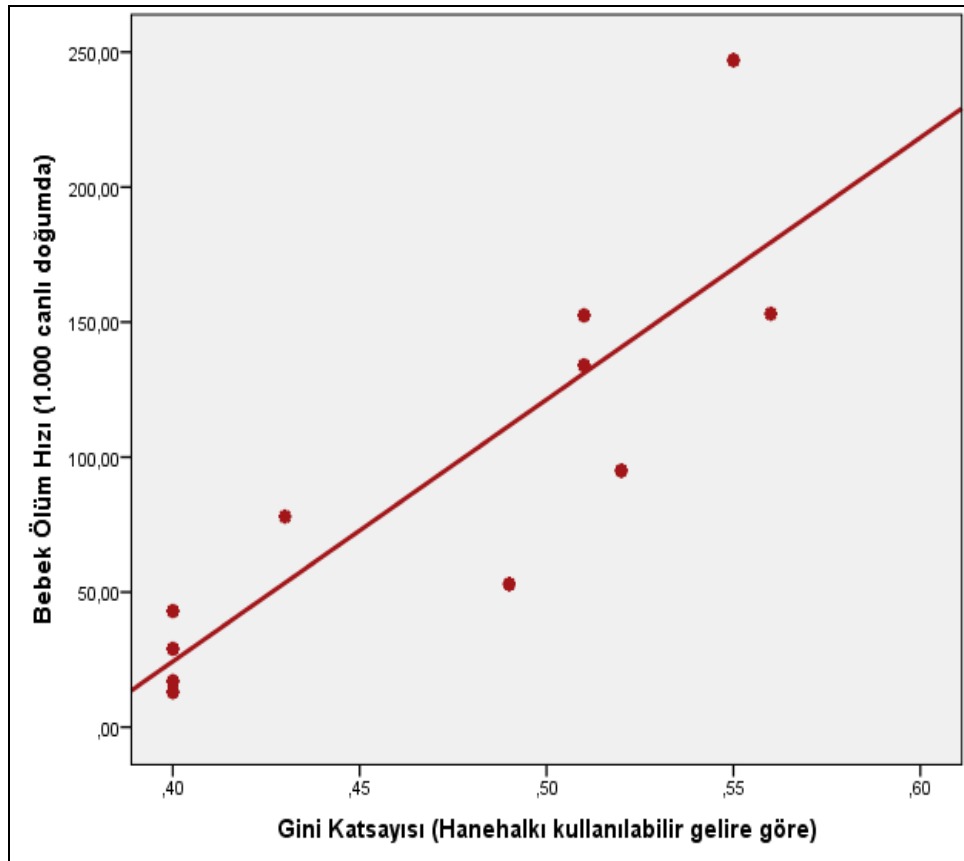
#### 4.3.14. Bebek Ölüm Hızı ve Gini Katsayısı

Bebek ölüm hızı ile Gini katsayısının yıllara göre seyri Şekil 46'da ve iki değişkene ait korelasyon grafiği Şekil 47'dedir.

Şekil 46: Bebek ölüm hızı ve Gini katsayısının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



Şekil 47: Bebek ölüm hızı ve Gini katsayısı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



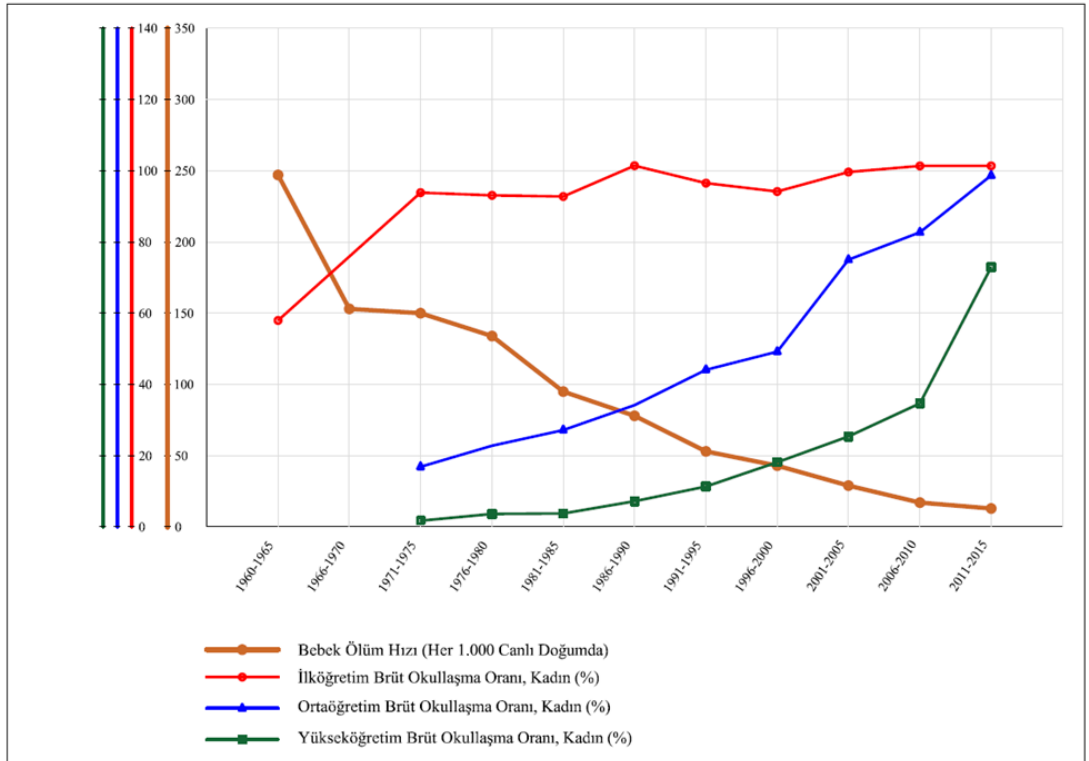
Gini katsayısının, genel olarak bebek ölüm hızına göre daha yatay bir seyir izlediği ancak 2003-2013 yılları arasında birbiririne uyumlu olarak değişim gösterdikleri görülmektedir. Korelasyon grafiğinde de aralarında pozitif yönlü bir ilişki olduğu göze çarpmaktadır.

Yapılan analiz sonucunda, bebek ölüm hızı ile Gini katsayısı arasında pozitif yönlü, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r= 0,928$ ;  $p<0,001$ ).

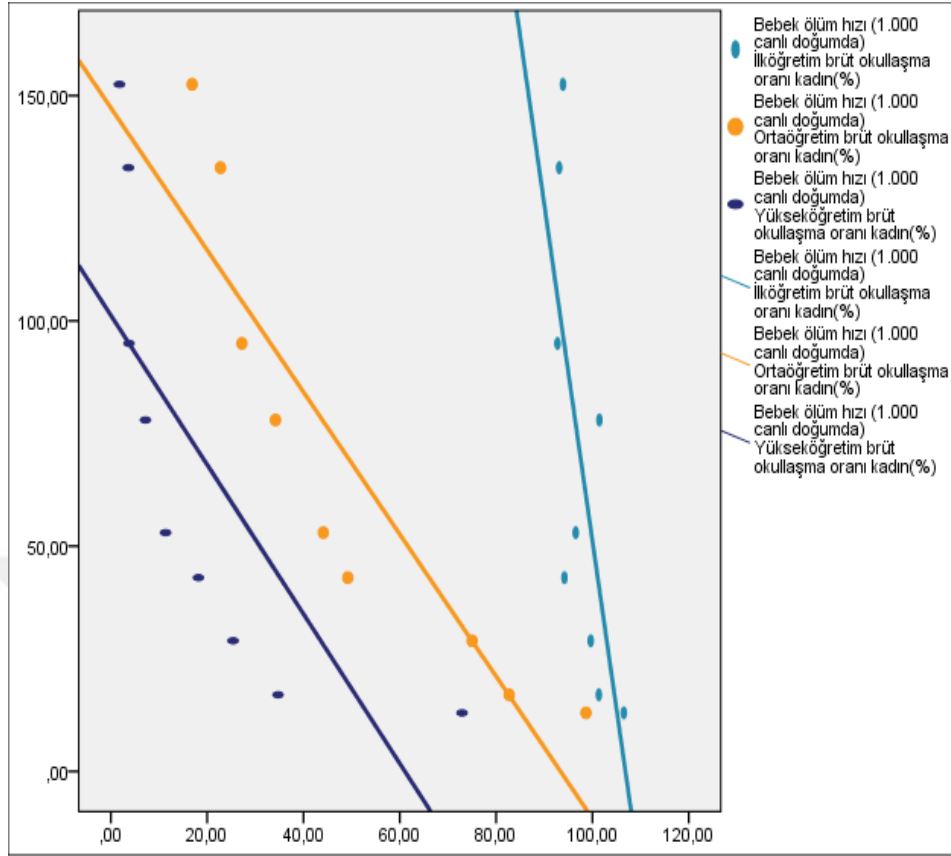
#### 4.3.12. Bebek Ölüm Hızı ve Kadında Brüt Okullaşma Oranları

Bebek ölüm hızı ile kadında brüt okullaşma oranları arasındaki ilişkiyi açıklayan grafikler Şekil 48 ve Şekil 49'da sunulmuştur.

Şekil 48: Bebek ölüm hızı ve okullaşma oranının yıllara göre seyri, 1960-2013, Türkiye



Şekil 49: Bebek ölüm oranı ve okullaşma oranı ilişkisi, 1960-2013, Türkiye



Bebek ölüm hızı ile kadınlarda brüt okullaşma oranları, zaman içerisinde ters yönde değişim göstermiştir. Bebek ölüm hızındaki düşme eğiliminin, kadınlarda brüt okullaşma oranlarının artış hızından daha yüksek olduğu görülmektedir.

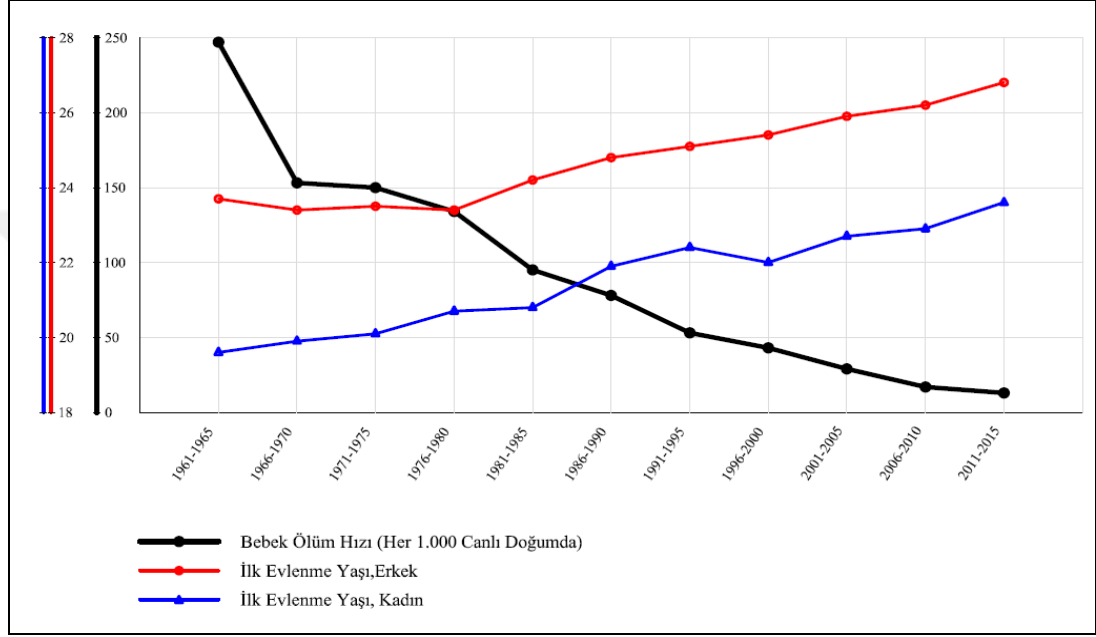
Korelasyon analizi sonucunda;

- Bebek ölüm hızı ile kadında ilköğretim brüt okullaşma oranı arasında negatif yönde, güçlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r = -0,818$ ;  $p < 0,01$ ),
- Bebek ölüm hızı ile kadında ortaöğretim brüt okullaşma oranı arasında negatif yönde, doğrusal (tam) ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r = -1,000$ ;  $p < 0,001$ ),
- Bebek ölüm hızı ile kadında yükseköğretim brüt okullaşma oranı arasında negatif yönde, doğrusal (tam) ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r = -1,000$ ;  $p < 0,001$ ) görülmüştür.

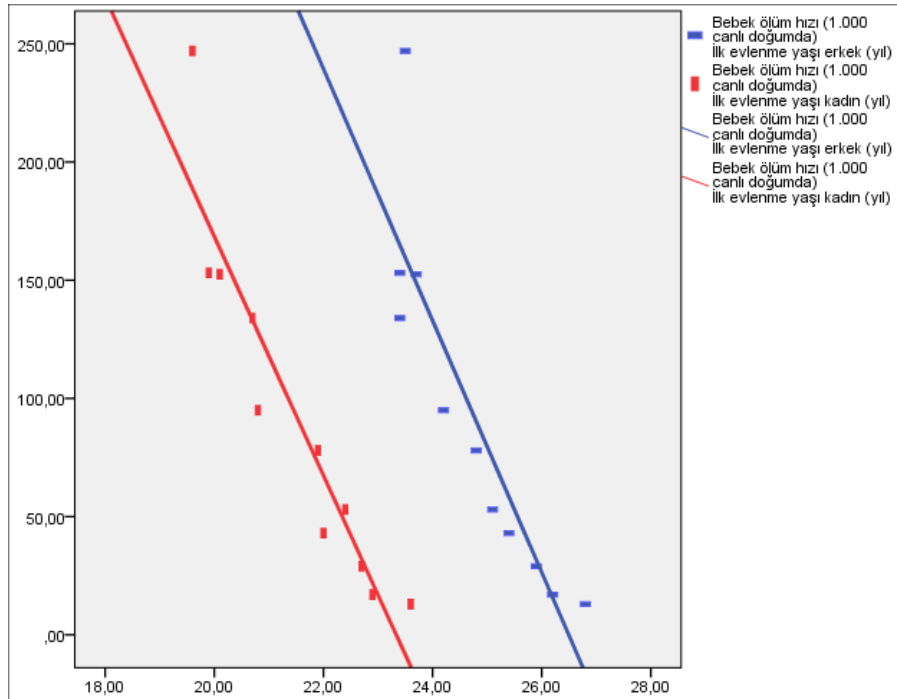
### 4.3.13. Bebek Ölüm Hızı ve İlk Evlenme Yaşı

Bebek ölüm hızı 50 yıl içerisinde düşme eğilimi gösterirken, kadında ve erkekte ilk evlenme yaşı süregelen olarak ve bebek ölüm hızına benzer eğimde artış göstermiştir. Değişkenlerin yıllar içindeki seyri Şekil 50’de ve aralarındaki ilişkiyi gösteren korelasyon grafiği Şekil 51’de yer almaktadır.

Şekil 50: Bebek ölüm hızı ve ilk evlenme yaşının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



Şekil 51: Bebek ölüm hızı ve ilk evlenme yaşı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Değişkenler arasında negatif yönlü ve doğrusala yakın bir ilişki olduğu korelasyon grafiğinde görülmektedir.

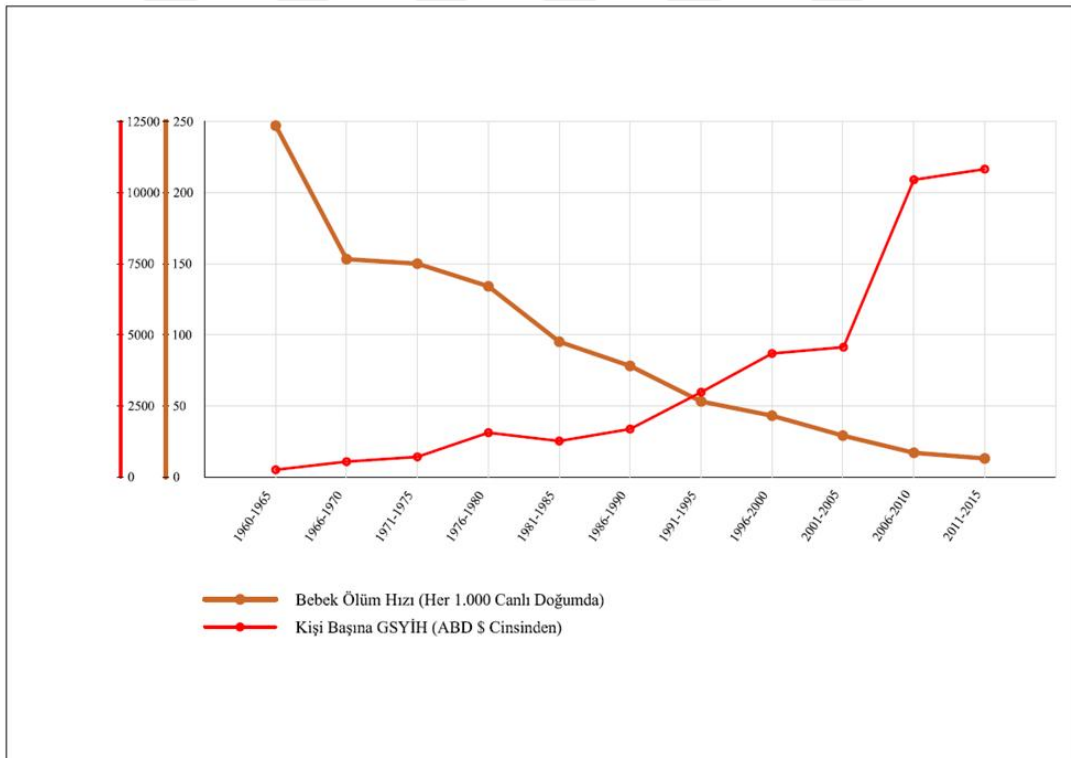
Korelasyon analizi ile bebek ölüm hızı ile kadın ve erkekte ilk evlenme yaşı arasında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. (Sırasıyla erkek ve kadında  $r_{\text{erkek}} = -0,948$ ,  $r_{\text{kadın}} = -0,991$ ;  $p < 0,001$ ).

#### 4.3.14. Bebek Ölüm Hızı ve Kişi Başı GSYİH

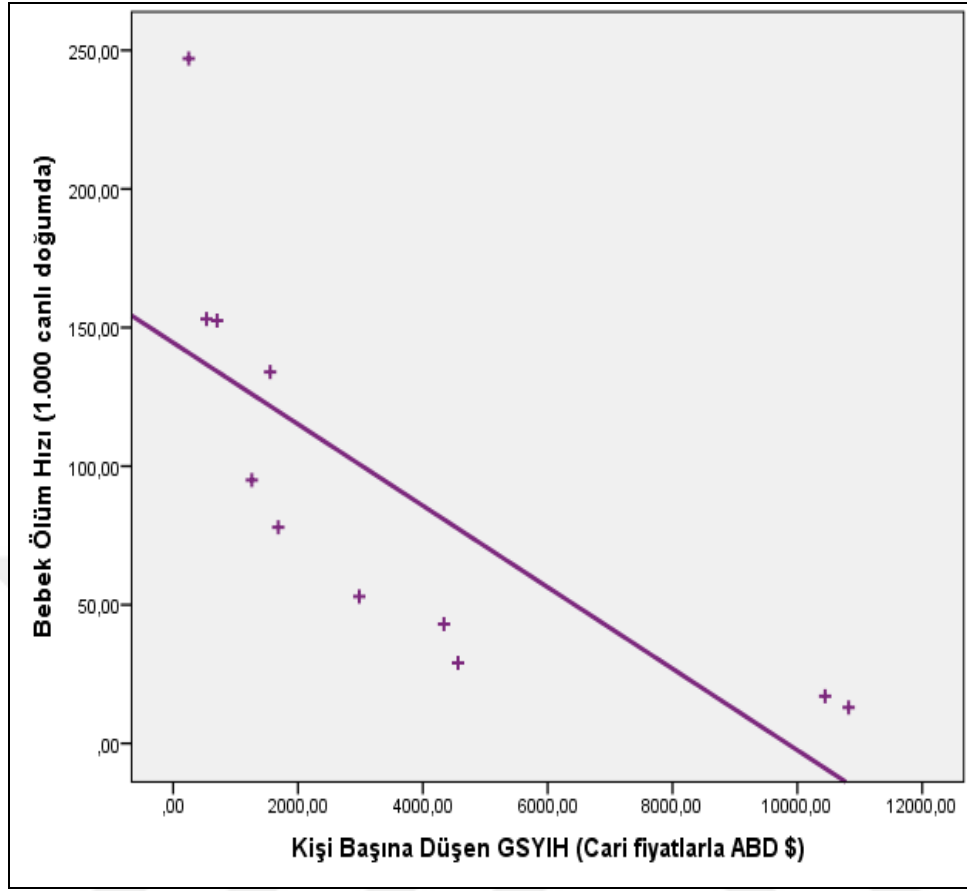
Bebek ölüm hızının düşme eğilimine karşılık, kişi başı GSYİH'nin 50 yıllık dönemde yükselme eğiliminde olduğu, özellikle 1966-2005 yılları arasında ters yönde olmakla birlikte birbirine benzer oranlarda değişim gösterdikleri Şekil 52'de görülmektedir.

Değişkenler arasında negatif yönlü ilişki olduğu Şekil 53'de yer alan korelasyon grafiğinde göze çarpmaktadır.

Şekil 52: Bebek ölüm hızı ve kişi başı GSYİH'nin yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 53:** Bebek ölüm hızı ve kişi başı GSYİH ilişkisi, 1963-2013, Türkiye

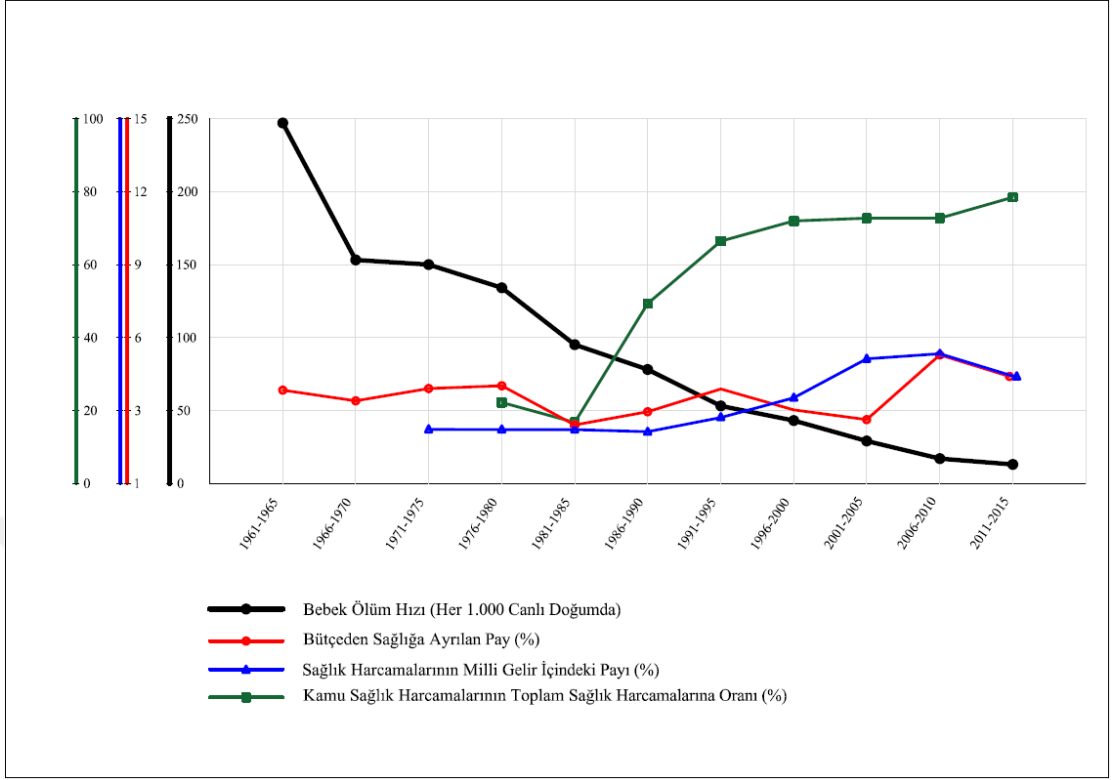


İstatistiki analiz sonucunda bebek ölüm hızı ile kişi başı GSYİH arasında negatif yönlü, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $r = -0,991$ ;  $p < 0,001$ ).

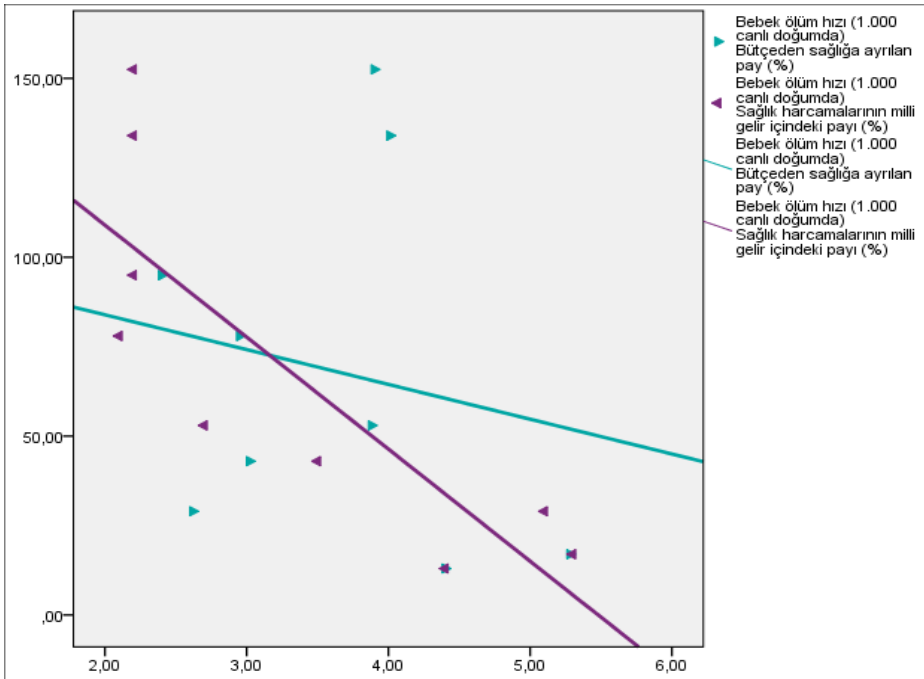
#### 4.3.15. Bebek Ölüm Hızı ve Sağlık Harcamaları/Sağlık Finansmanı

Sağlık harcamaları/sağlık finansmanı verileri olarak; bütçeden sağlığa ayrılan pay, sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ele alınmıştır. Bu değişkenlerin zaman içerisindeki değişimlerinin bebek ölüm hızı ile ilişkisi Şekil 54, Şekil 55 ve Şekil 56'da sunulmuştur.

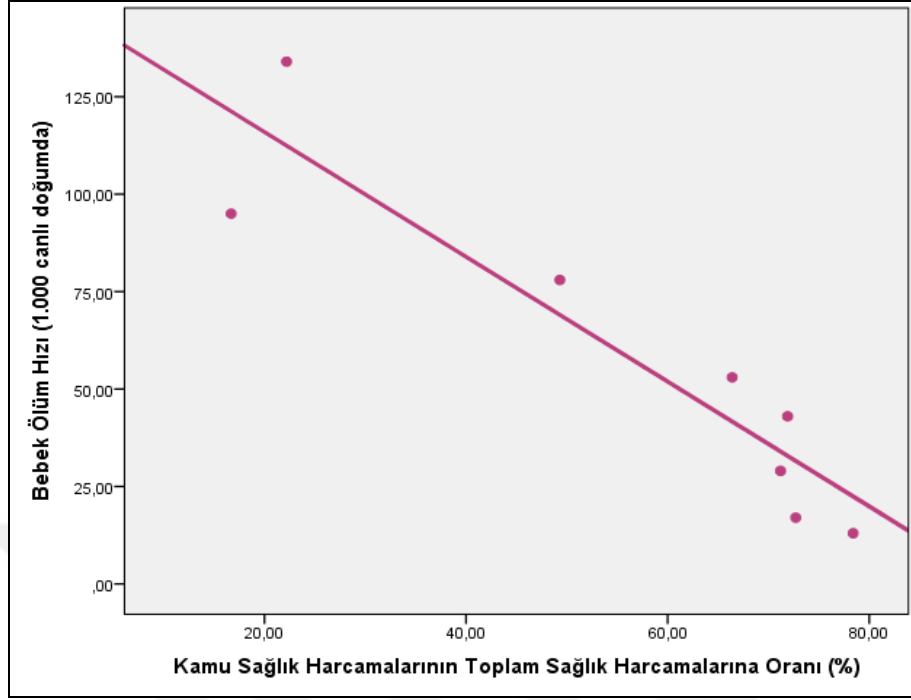
**Şekil 54:** Bebek ölüm hızı ve sağlık harcamaları/ finansmanı verilerinin yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 55:** Bebek ölüm hızı ile bütçeden sağlığa ayrılan pay ve sağlık harcamalarının milli gelire oranının ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 56:** Bebek ölüm hızı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Korelasyon grafiklerinde yapılan gözlemler aşağıda sunulmuştur;

- Bütçeden sağlığa ayrılan payın, bebek ölüm hızı gibi 50 yıl boyunca düzenli bir seyir göstermemesi nedeniyle aralarında bir ilişki görülmemektedir.
- Bebek ölüm hızı ile sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı arasında negatif yönde ilişki gözlenmektedir.
- Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ile bebek ölüm hızı arasındaki ilişkinin negatif yönde ve güçlü olduğu görülmektedir.

Korelasyon analizi sonucunda, grafikler ile yapılan saptamalara paralel olarak;

- Bebek ölüm hızı ile bütçeden sağlığa ayrılan pay arasında ilişki saptanmamış ( $p > 0,05$ ),
- Bebek ölüm hızı ile sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı arasında negatif yönde, güçlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r = -0,831$ ;  $p < 0,01$ ),



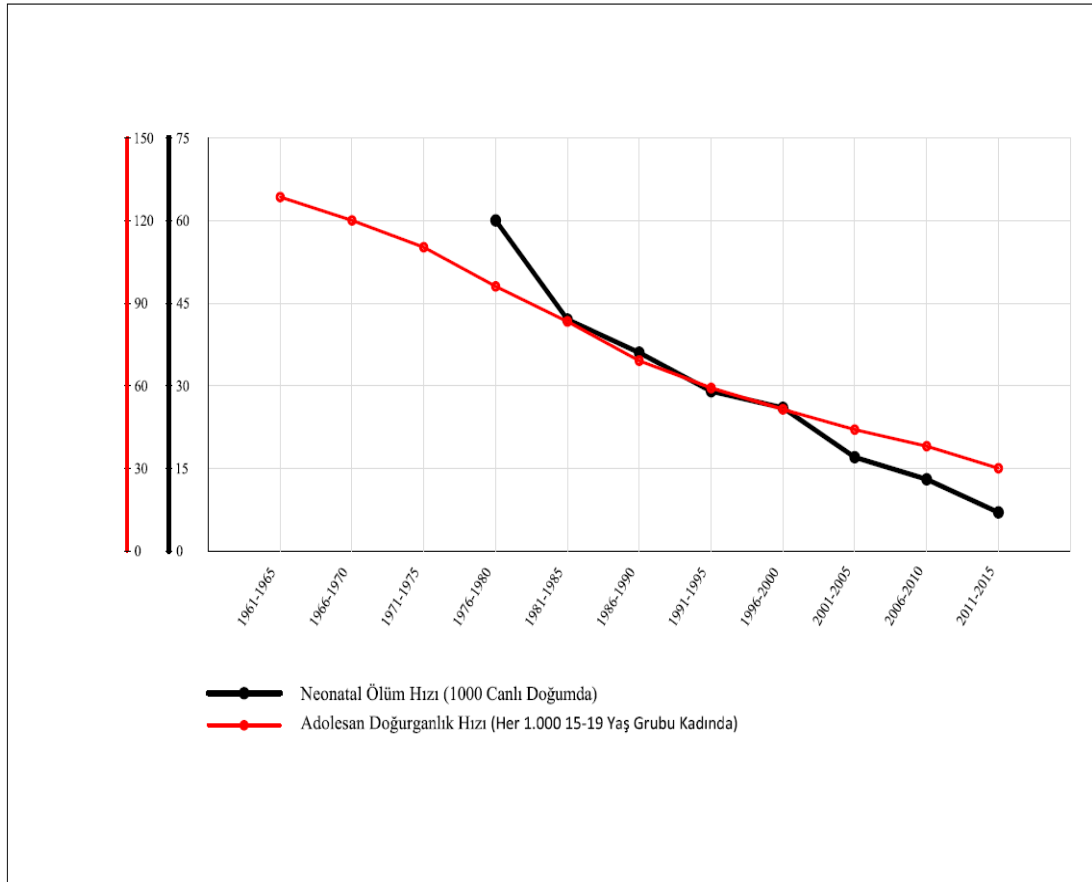
- Bebek ölüm hızı ile kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı arasında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $r = -0,952$ ;  $p < 0,001$ ).

#### 4.3.16. Neonatal Ölüm Hızı ve Adolesan Doğurganlık Hızı

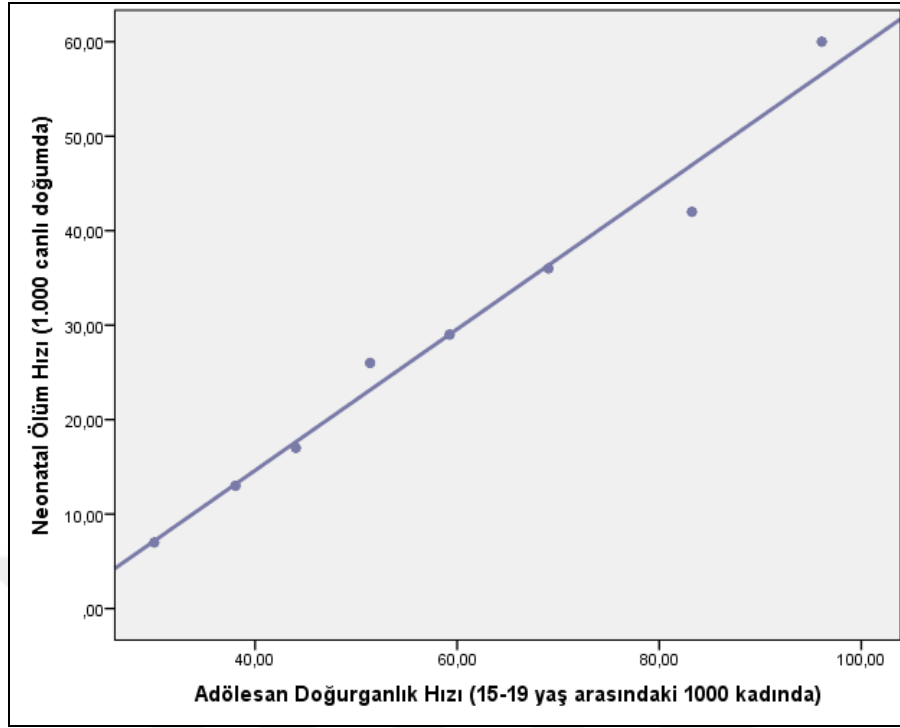
Adolesan doğurganlık hızı ve neonatal ölüm hızının genel olarak sürekli azalma eğiliminde olduğu, 1996-2000 döneminden sonra neonatal ölüm hızının, adolesan doğurganlık hızına nazaran daha hızlı düşüş gösterdiği Şekil 57’de görülmektedir.

Şekil 58’de yer alan korelasyon grafiğinde, adolesan doğurganlık hızı ve neonatal ölüm hızı arasında pozitif yönde güçlü bir ilişkinin olduğu dikkat çekmektedir. Korelasyon analizine göre; grafikte görülen bulgulara paralel olarak, bu iki değişkenin arasında pozitif yönlü, doğrusal (tam) ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r = 1.000$ ;  $p < 0,001$ ).

Şekil 57: Neonatal ölüm hızı ve adolesan doğurganlık hızının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



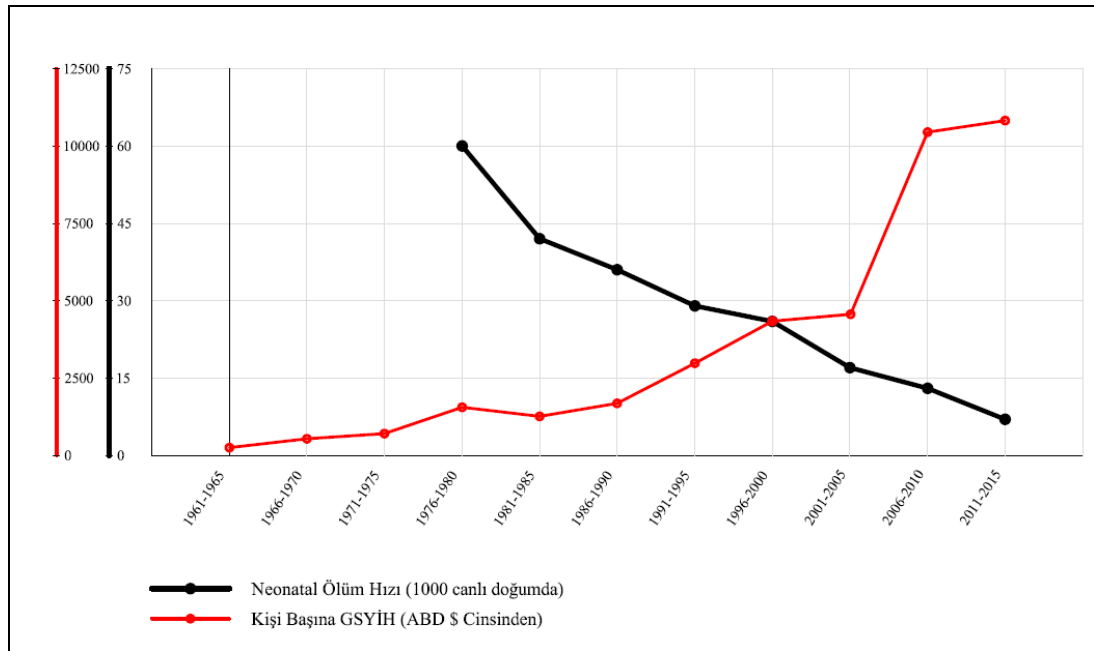
Şekil 58: Neonatal ölüm hızı ve adolesan doğurganlık hızı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



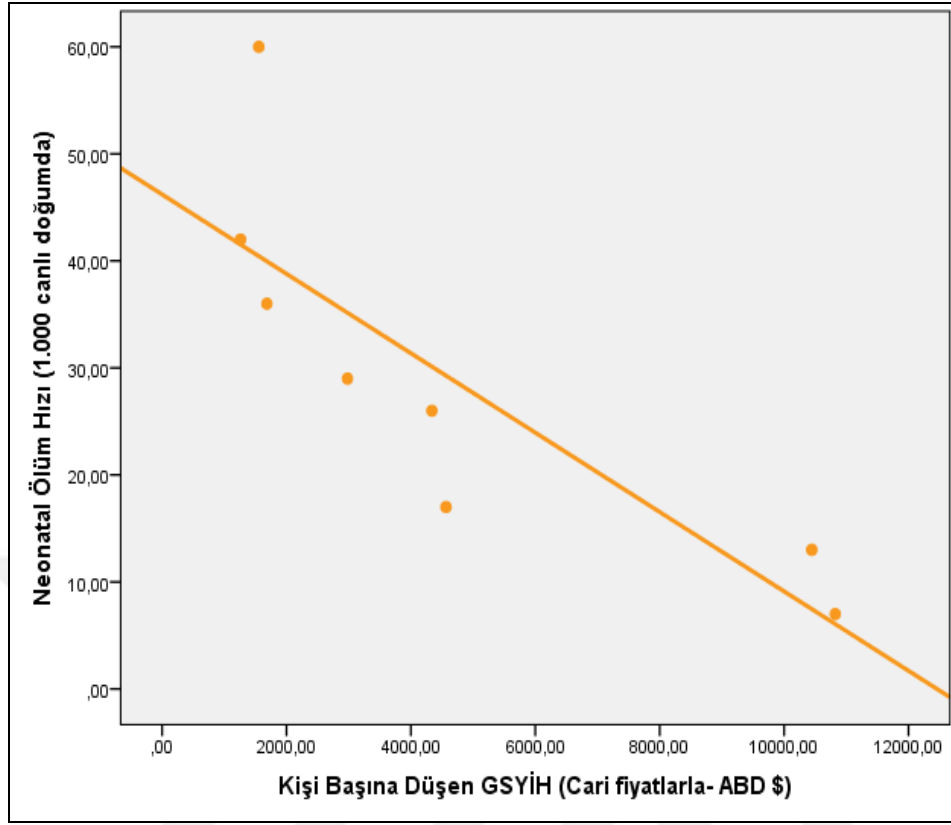
#### 4.3.17. Neonatal Ölüm Hızı ve Kişi Başı GSYİH

Neonatal ölüm hızı ile GSYİH'nın yıllara göre seyri Şekil 59'da ve iki değişkene ait korelasyon grafiği Şekil 60'da sunulmuştur.

Şekil 59: Neonatal ölüm hızı ve kişi başı GSYİH'nın yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 60:** Neonatal ölüm hızı ve kişi başı GSYİH ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



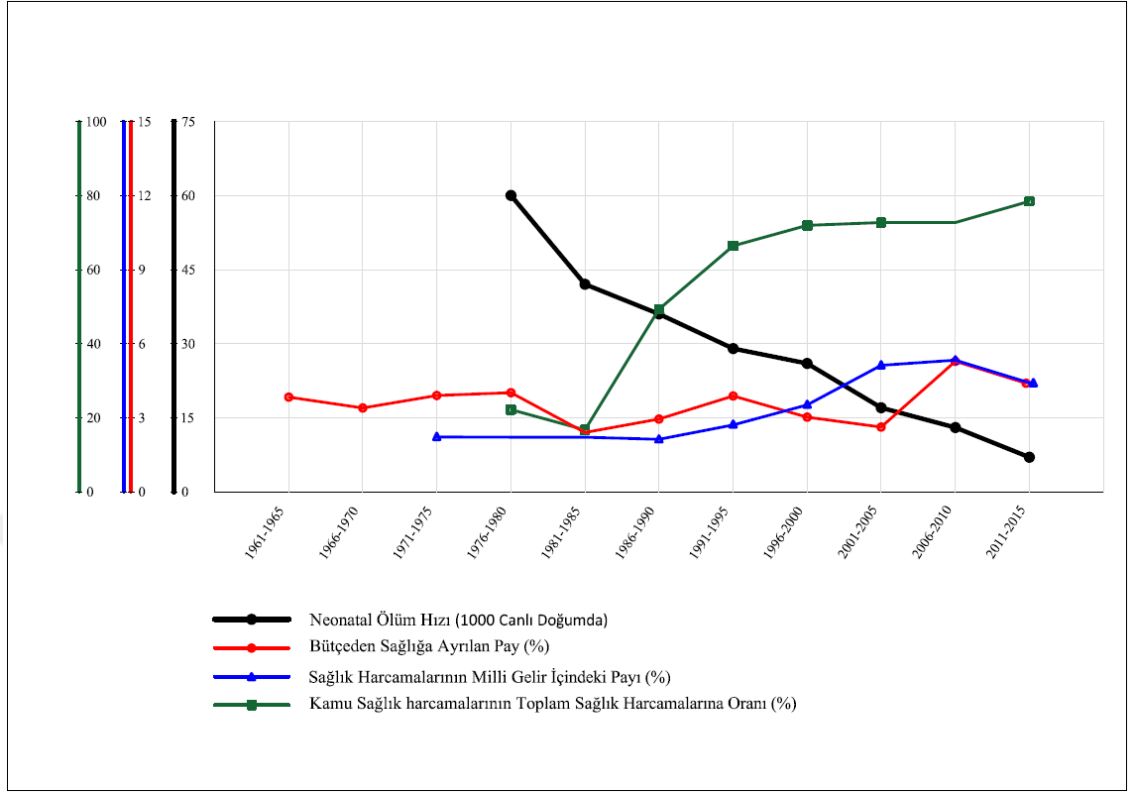
Neonatal ölüm hızı ile kişi başı GSYİH'nin zamanla ters yönde değişim gösterdiği; neonatal ölüm hızının düşme eğilimi göstermesine karşılık GSYİH'nin yıllar içinde arttığı zaman grafiğinde görülmektedir. Bu ters yönlü değişim korelasyon grafiğine negatif ilişki olarak yansımıştır.

Korelasyon analizi sonucunda da benzer şekilde; neonatal ölüm hızı ile kişi başına düşen GSYİH arasında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $r = -0,976$ ;  $p < 0,001$ ).

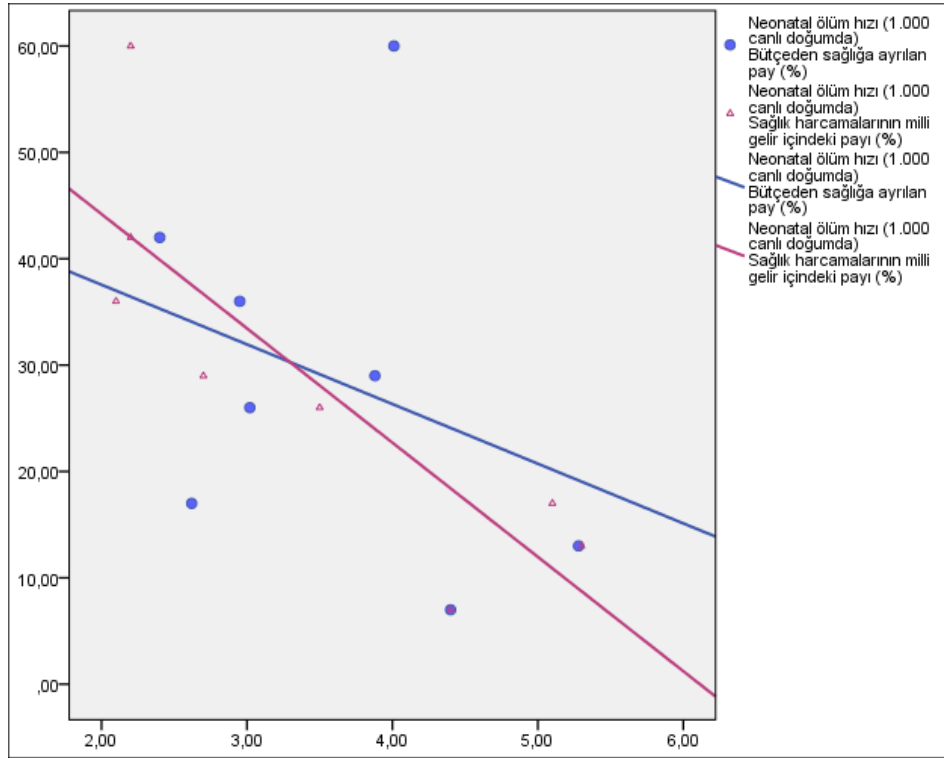
#### **4.3.18. Neonatal Ölüm Hızı ve Sağlık Harcamaları/Sağlık Finansmanı**

Neonatal ölüm hızı ile bazı sağlık harcamaları/sağlık finansmanına verileri arasındaki ilişkiye yönelik grafikler Şekil 61, Şekil 62 ve Şekil 63'tedir.

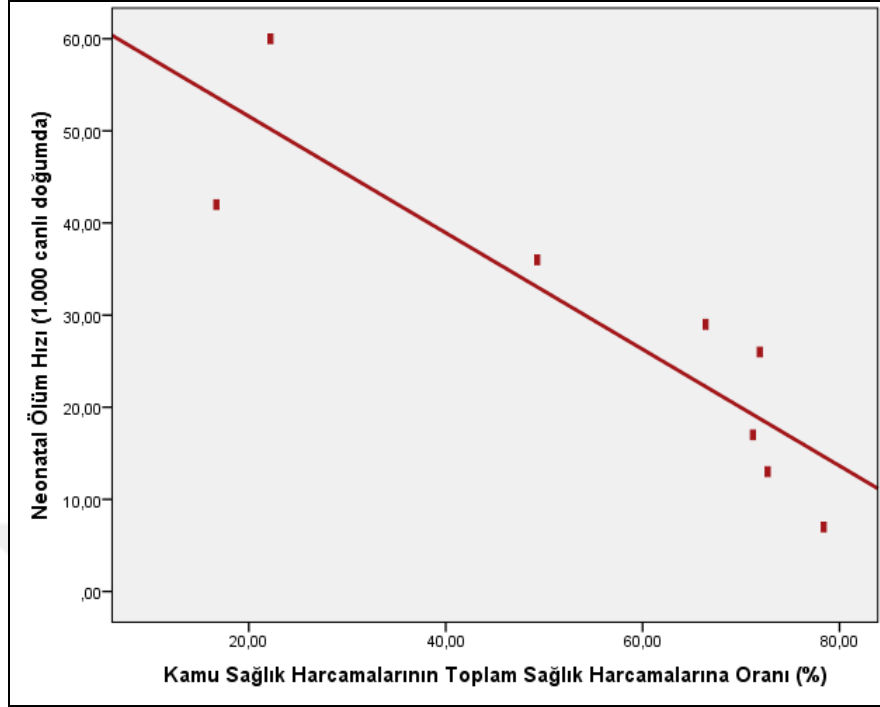
**Şekil 61:** Neonatal ölüm hızı ve sağlık harcamaları/sağlık finansmanı verilerinin yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 62:** Neonatal ölüm hızı ile bütçeden sağlığa ayrılan pay ve sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payının ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 63:** Neonatal ölüm hızı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Neonatal ölüm hızınının 1976-1980 döneminden itibaren süregelen olarak azaldığı, buna karşın sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranının arttığı, bütçeden sağlığa ayrılan payın ise düzenli bir seyir izlemediği zaman grafiğinde görülmektedir.

Korelasyon grafiklerine göre; neonatal ölüm hızı ile en güçlü ilişki kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ile kurulmuştur.

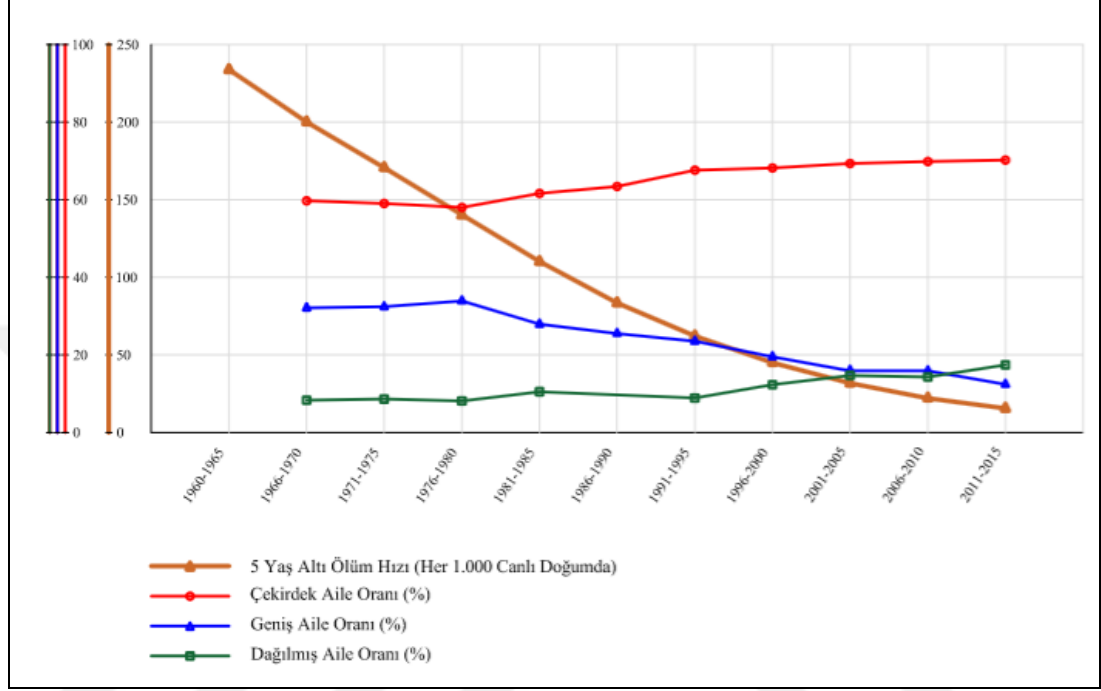
Neonatal ölüm hızı ile sağlık finansmanı/sağlık harcamaları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelendiğinde;

- Neonatal ölüm hızı ile bütçeden sağlığa ayrılan pay arasında ilişki saptanmamış ( $p > 0,05$ ),
- Neonatal ölüm hızı ile sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı arasında negatif yönde, güçlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r = -0,850$ ;  $p < 0,01$ ),
- Neonatal ölüm hızı ile kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı arasında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $r = -0,952$ ;  $p < 0,001$ ).

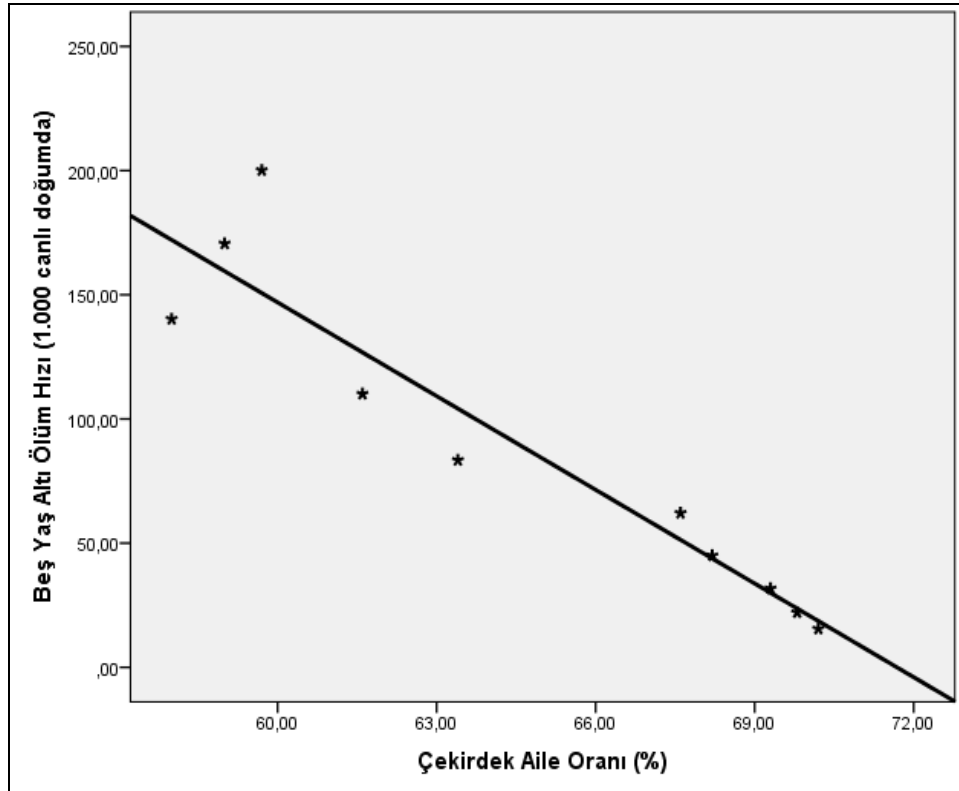
#### 4.3.19. Beş Yaş Altı Ölüm Hızı ve Aile Tipi

Beş Yaş altı ölüm hızı ve aile tipi oranı ilişkisini açıklayan grafikler Şekil 64, Şekil 65, Şekil 66 ve Şekil 67’de yer almaktadır.

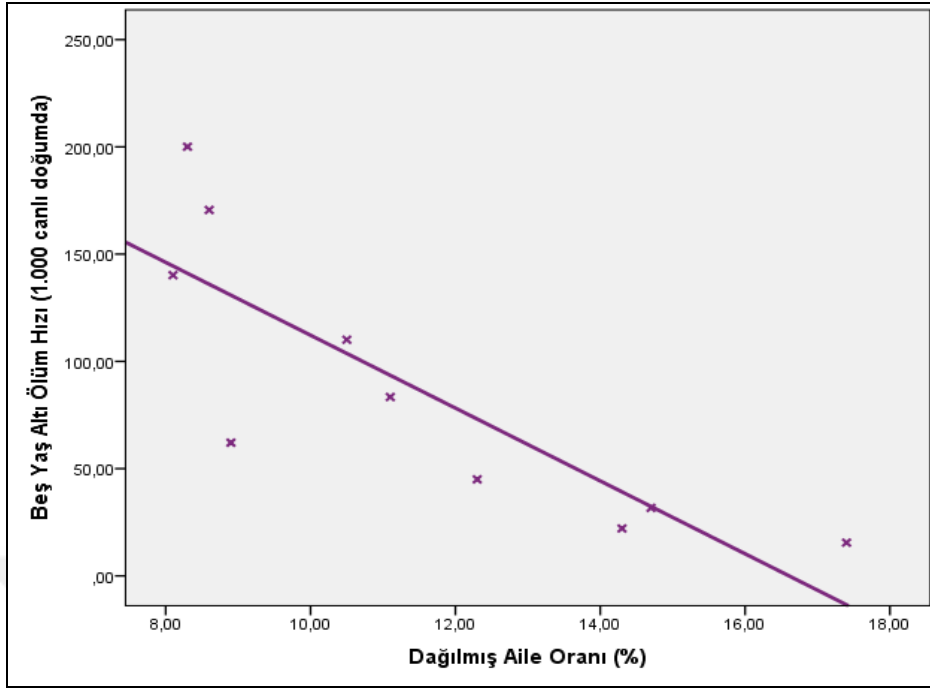
Şekil 64: Beş Yaş altı ölüm hızı ve aile tipi oranlarının yıllara göre seyri, 1963- 2013, Türkiye



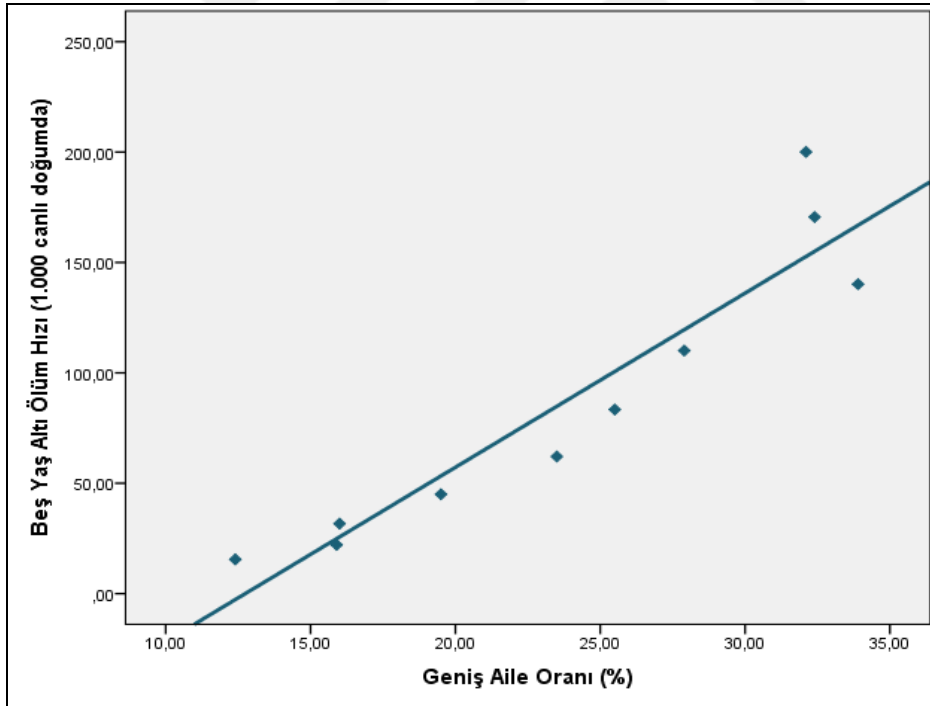
Şekil 65: Beş yaş altı ölüm hızı ve çekirdek aile ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Şekil 66: Beş yaş altı ölüm hızı ve dağılmış aile oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Şekil 67: Beş yaş altı ölüm hızı ve geniş aile oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Zaman grafiğinde; Beş yaş altı ölüm hızının 50 yıl boyunca süreğen olarak düştüğü, çekirdek ve dağılmış aile oranının arttığı görülmektedir.

Korelasyon grafiklerinde; beş yaş altı ölüm hızı ile çekirdek ve dağılmış aile oranının negatif yönlü, geniş aile oranının ise pozitif yönlü bir ilişkisinin olduğu dikkat çekmektedir.

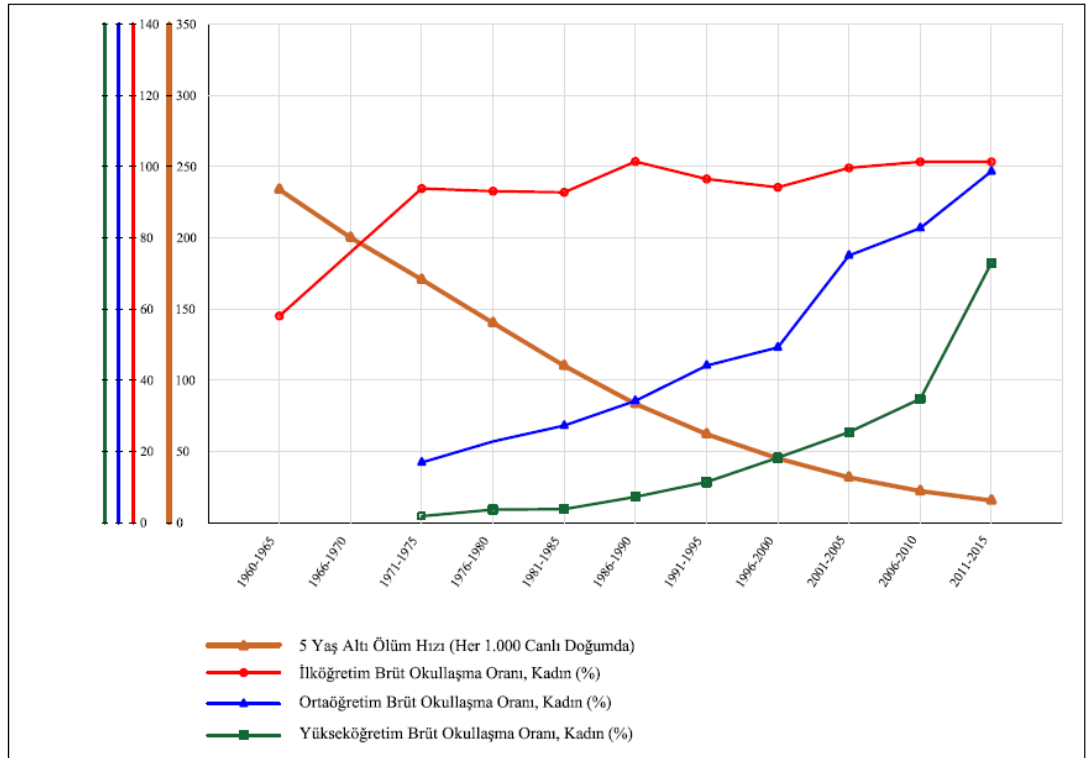
Korelasyon analizi sonucunda;

- Beş yaş altı ölüm hızı ile **geniş aile** oranı arasında pozitif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r= 0,952$ ;  $p<0.001$ ),
- Beş yaş altı ölüm hızı ile **çekirdek aile** oranı arasında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r= -0,952$ ;  $p<0.001$ ),
- Beş yaş altı ölüm hızı ile **dağılmış aile** oranı arasında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $r= -0,915$ ;  $p<0.001$ ).

#### 4.3.20. Beş Yaş Altı Ölüm Hızı ve Kadında Brüt Okullaşma Oranı

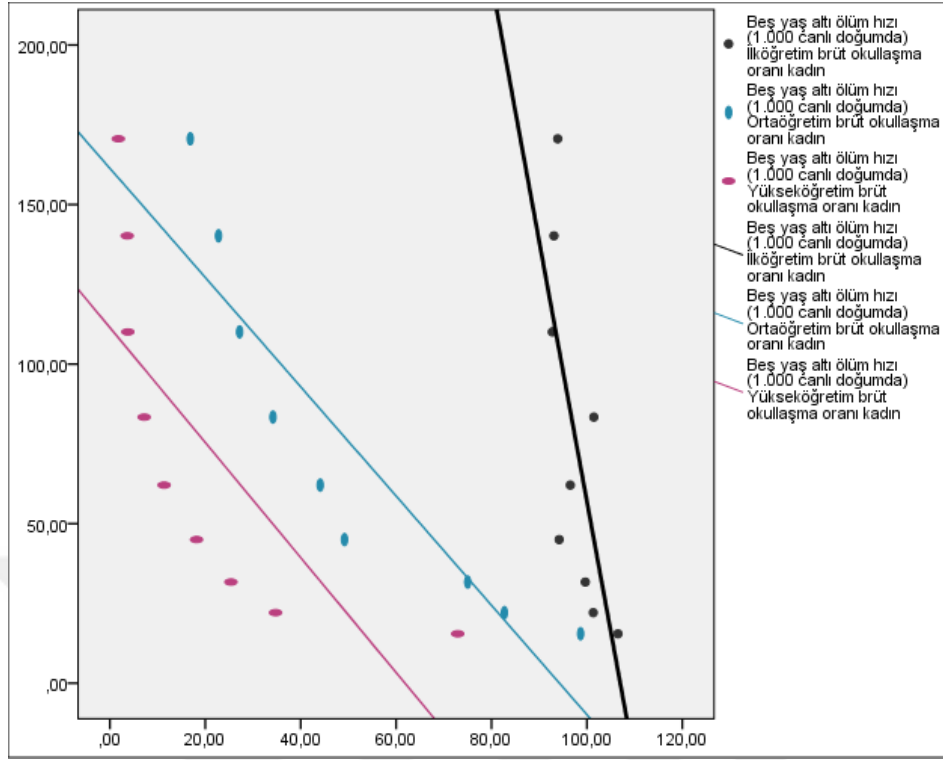
Beş yaş altı ölüm hızı ile kadında brüt okullaşma oranları arasındaki ilişkiyi tanımlayan grafikler Şekil 68 ve Şekil 69'dadır.

**Şekil 68:** Beş yaş altı ölüm hızı ve kadında brüt okullaşma oranlarının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye





**Şekil 69:** Beş yaş altı ölüm hızı ve kadında brüt okullaşma oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Beş yaş altı ölüm hızı ile kadında brüt okullaşma oranlarının yıllar içerisinde birbirine ters yönde değişim göstermekte, dolayısıyla korelasyon grafiğinde negatif ilişkiler gözlemlenmektedir.

Korelasyon analizi sonucunda;

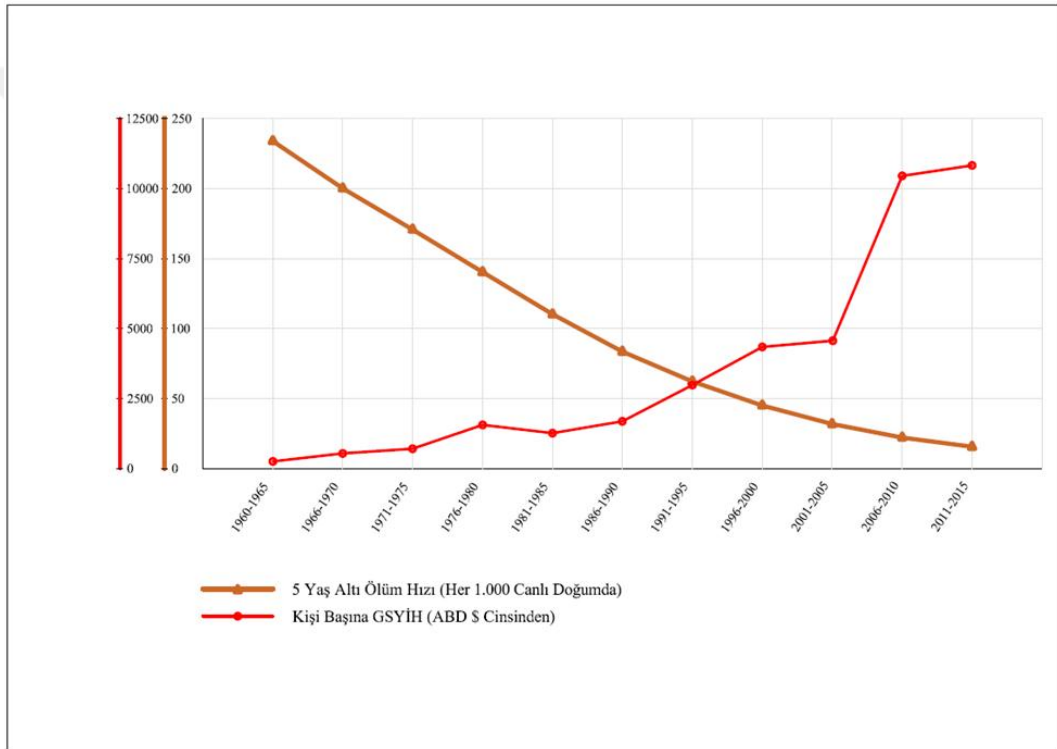
- Beş yaş altı ölüm hızı ile kadında **ilköğretim** brüt okullaşma oranı arasında negatif yönde, güçlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r = -0,818$ ;  $p < 0,01$ ),
- Beş yaş altı ölüm hızı ile kadında **ortaöğretim** brüt okullaşma oranı arasında negatif yönde, doğrusal (tam) ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r = -1,000$ ;  $p < 0,001$ ),
- Beş yaş altı ölüm hızı ile kadında **yükseköğretim** brüt okullaşma oranı arasında negatif yönde, doğrusal (tam) ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r = -1,000$ ;  $p < 0,001$ ) görülmüştür.

#### 4.3.21. Beş yaş Altı Ölüm Hızı ve Kişi Başı GSYİH

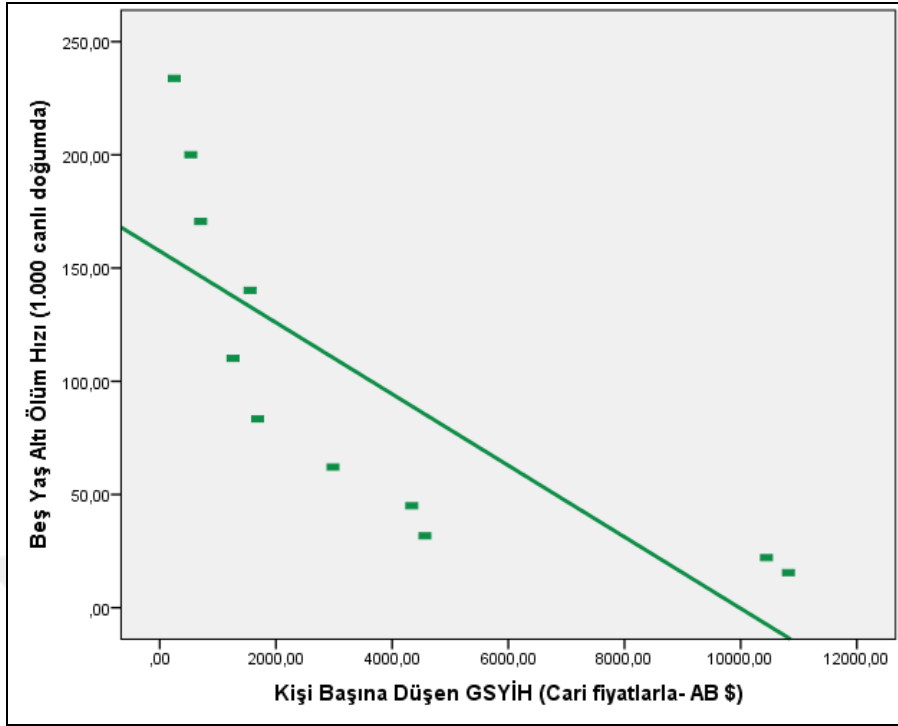
Araştırma dönemindeki 50 yıl boyunca beş yaş altı ölüm hızı süreğen olarak düşerken GSYİH'nın artış gösterdiği Şekil 70'de görülmektedir.

İki değişken arasındaki Şekil 71'de görülen negatif ilişki, istatistiki olarak da kanıtlanmıştır. Yapılan korelasyon analizinde, beş yaş altı ölüm hızı ile kişi başı GSYİH arasında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $r = -0,991$ ;  $p < 0,001$ ).

Şekil 70: Beş yaş altı ölüm hızı ve kişi başı GSYİH'nın yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



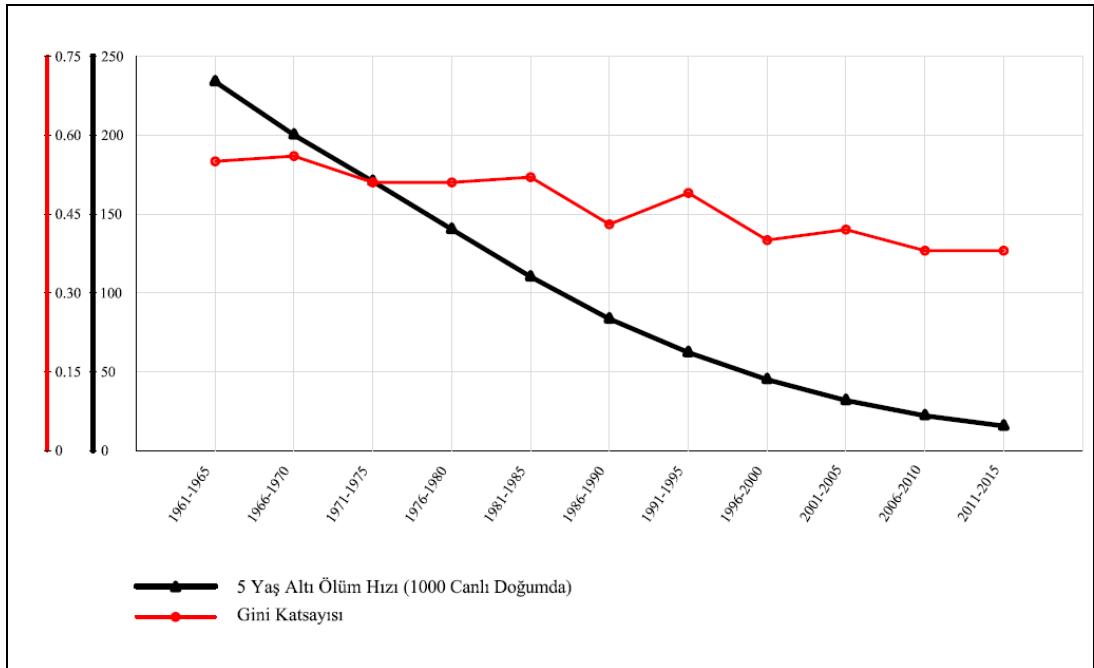
Şekil 71: Beş yaş altı ölüm hızı ve kişi başı GSYİH ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



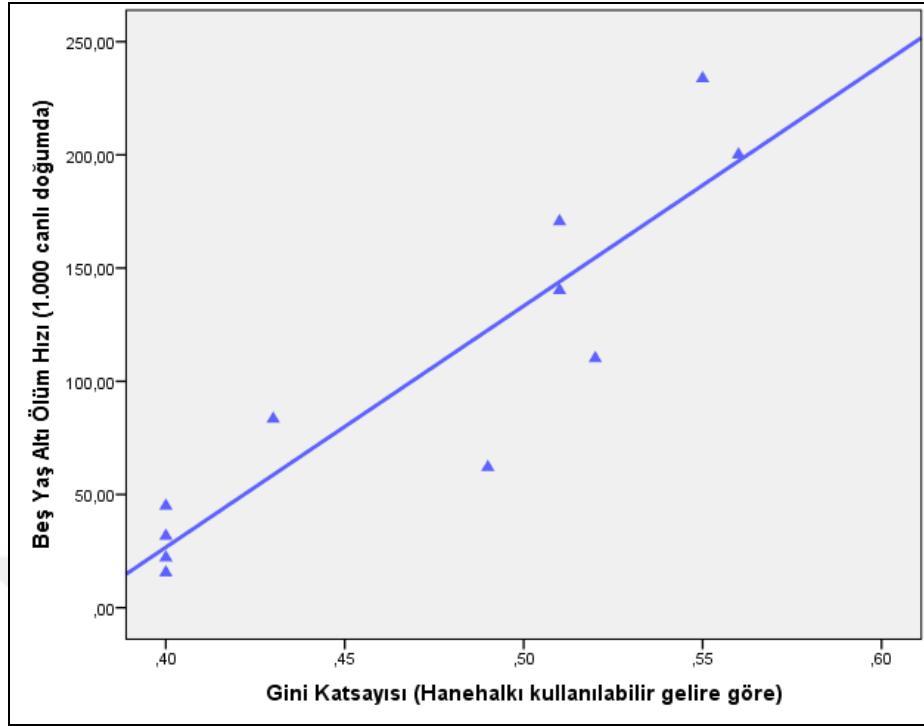
#### 4.3.22. Beş Yaş Altı Ölüm Hızı ve Gini Katsayısı

Beş yaş altı ölüm hızı ve Gini katsayısının yıllara göre seyri Şekil 72’de ve aralarındaki ilişkiyi gösteren korelasyon grafiği Şekil 73’te gösterilmiştir.

Şekil 72: Beş yaş altı ölüm hızı ve Gini katsayısının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 73:** Beş yaş altı ölüm hızı ve Gini katsayısı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



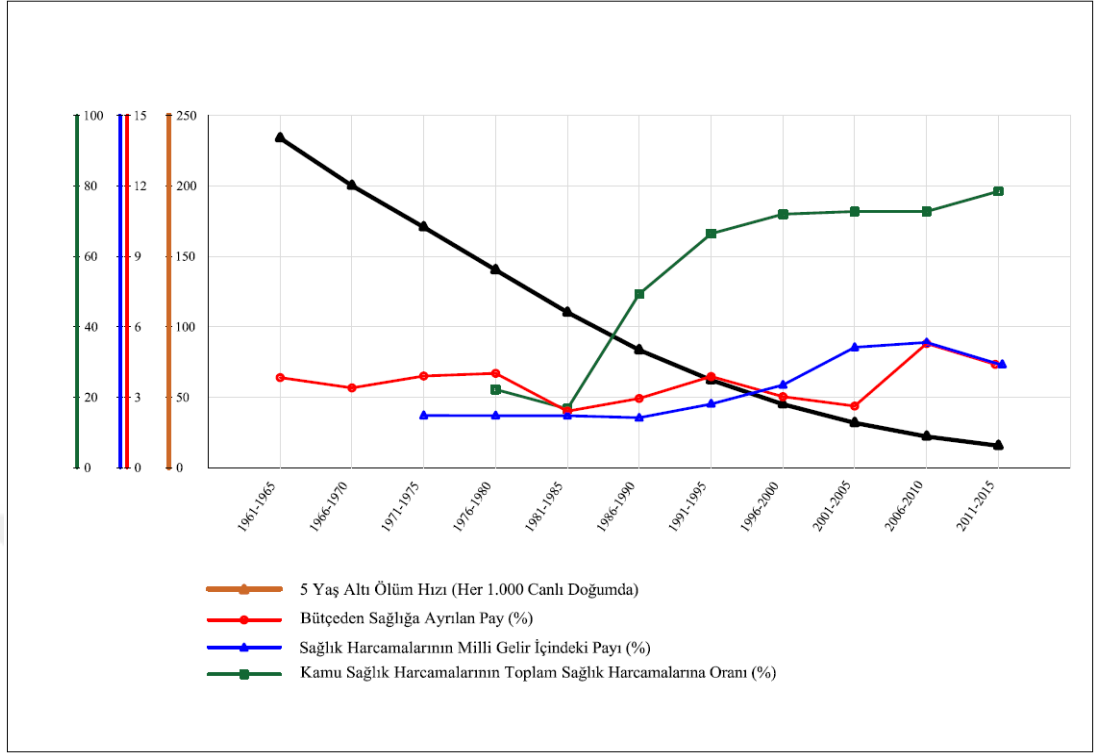
Beş yaş altı ölüm hızı, zaman içerisinde düşüş gösterirken, Gini katsayısının da düştüğü görülmektedir. Buna paralel olarak korelasyon grafiğinde, iki değişken arasında pozitif yönlü ilişki gözlenmiştir. Değişkenler arasındaki ilişki, istatistiki analiz ile incelendiğinde de aralarında pozitif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $r= 0,928$ ;  $p<0,001$ ).

#### **4.3.23. Beş Yaş Altı Ölüm Hızı ve Sağlık Harcamaları/Sağlık Finansmanı**

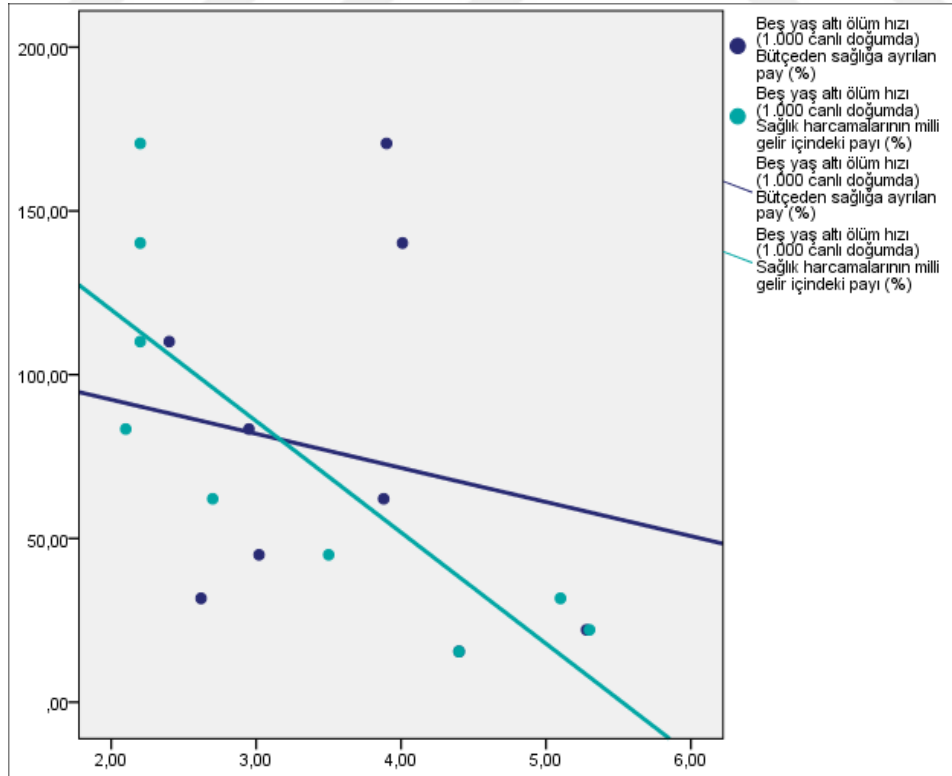
Beş yaş altı ölüm hızının 50 yıl içerisinde düzenli olarak azalmasına karşılık, sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranının yükseldiği, bütçeden sağlığa ayrılan payın ise düzenli bir seyir izlemediği Şekil 74'te görülmektedir.

Söz konusu değişkenler arasındaki ilişkiyi açıklayan korelasyon grafikleri Şekil 75 ve Şekil 76'dadır.

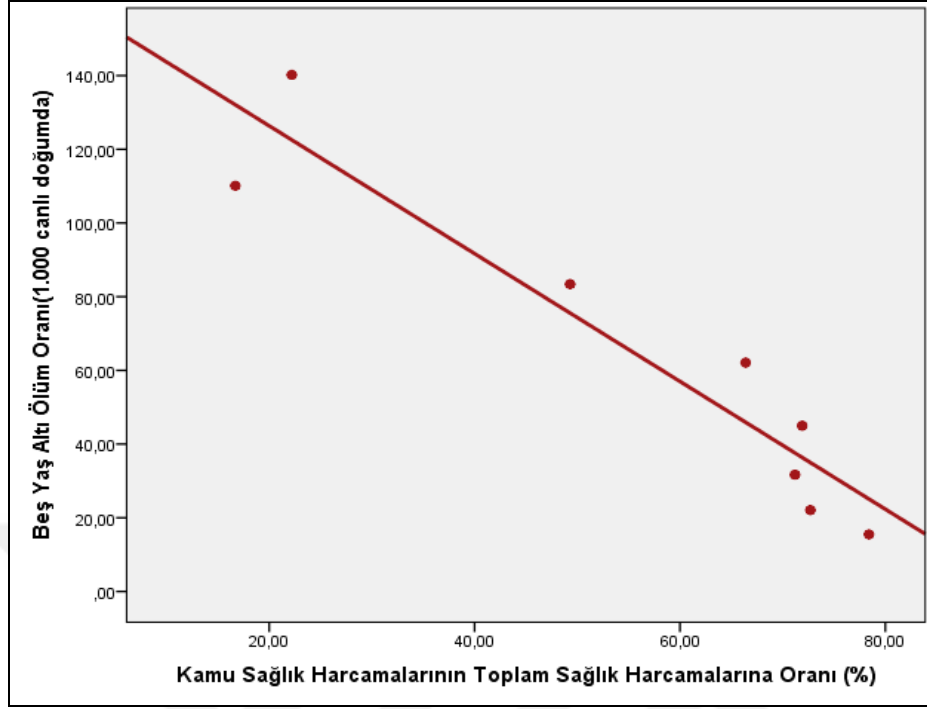
**Şekil 74:** Beş yaş altı ölüm hızı ve sağlık harcamaları / sağlık finansmanı verilerinin yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 75:** Beş yaş altı ölüm hızı ile bütçeden sağlığa ayrılan pay ve sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 76:** Beş yaş altı ölüm hızı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Beş yaş altı ölüm hızının; bütçeden sağlığa ayrılan pay ile arasında belirgin bir ilişki gözlenmediği, diğer iki değişkenle ise negatif yönde ilişki olduğu dikkat çekmektedir.

Korelasyon analizi ile değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde;

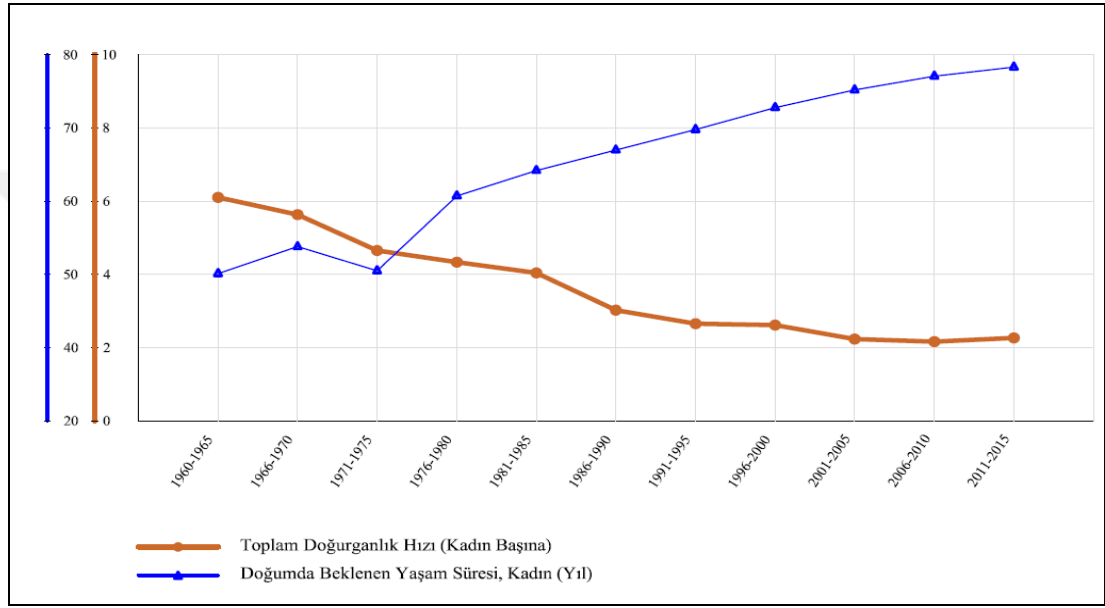
- Beş yaş altı ölüm hızı ile bütçeden sağlığa ayrılan pay arasında ilişki saptanmamış ( $p > 0,05$ ),
- Beş yaş altı ölüm hızı ile sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı arasında negatif yönde, güçlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r = -0,831$ ;  $p < 0,01$ ),
- Beş yaş altı ölüm hızı ile kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı arasında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $r = -0,952$ ;  $p < 0,001$ ).

#### 4.3.24. Toplam Doğurganlık Hızı ve Kadında Doğumda Beklenen Yaşam

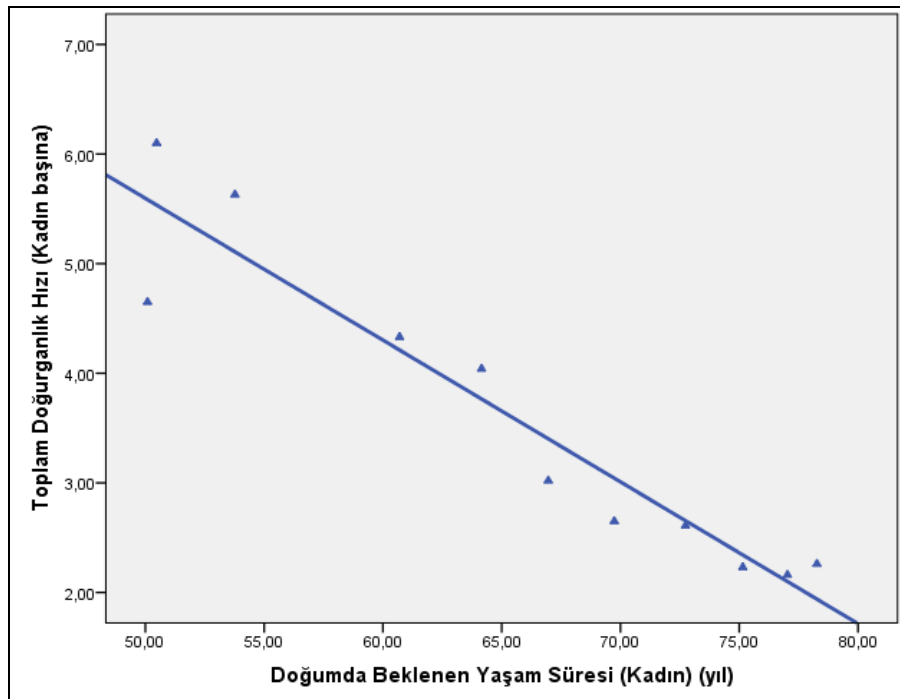
#### Süresi

Toplam doğurganlık hızı ile kadında doğumda beklenen yaşam süresinin 50 yıl içerisindeki seyri Şekil 77’de ve aralarındaki ilişkiyi açıklayan korelasyon grafiği Şekil 78’de gösterilmiştir.

Şekil 77: Yıllara göre toplam doğurganlık hızı ve kadında doğumda beklenen yaşam süresinin seyri, 1963-2013, Türkiye



Şekil 78: Toplam doğurganlık hızı ile kadında doğumda beklenen yaşam süresi ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Zaman grafiğinde, toplam doğurganlık hızı ve kadında doğumda beklenen yaşam süresinin birbirine ters yönde ve benzer eğimlerle seyrettikleri görülmektedir. Toplam doğurganlık hızı düşerken, kadında doğumda beklenen yaşam süresi artmaktadır. Bu ters yönlü ilişki korelasyon grafiğine yansımıştır.

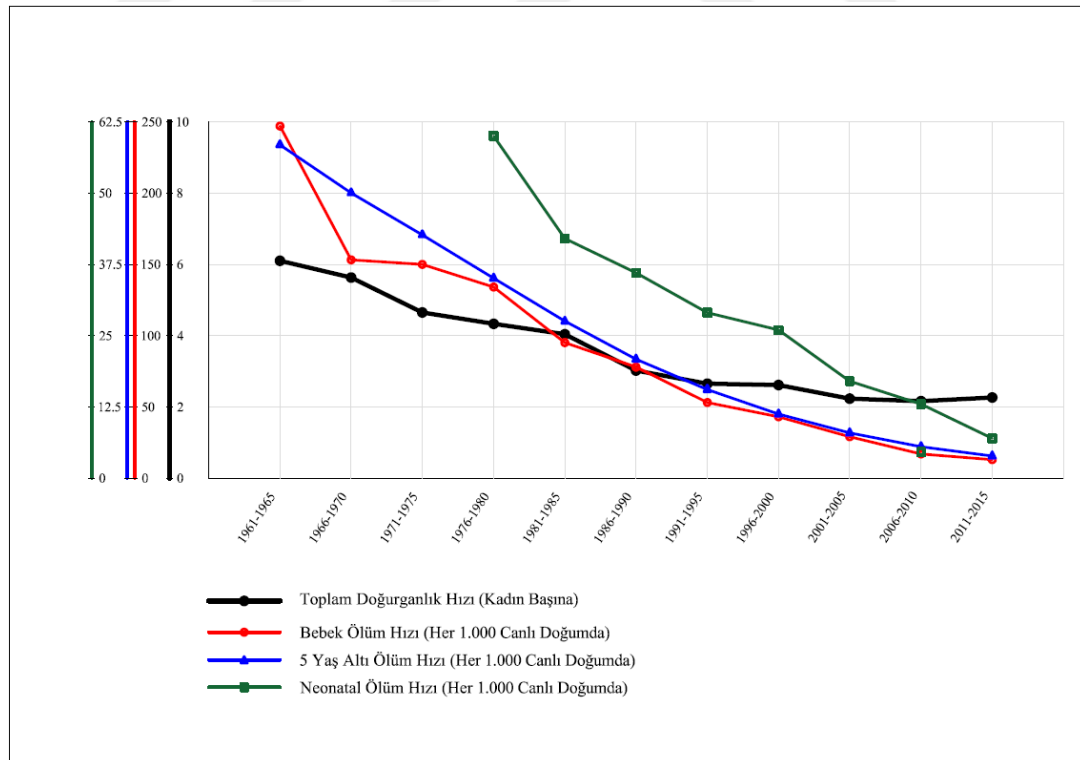
İki gösterge arasındaki ilişki korelasyon analizi ile değerlendirilmiş ve aralarında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $r = -0,945$ ;  $p < 0,01$ ).

#### 4.3.25. Toplam Doğurganlık Hızı ve Ölümlülük Göstergeleri

Toplam doğurganlık hızı ile neonatal ölüm hızı, bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı ve anne ölüm oranı arasındaki ilişki incelenmiştir.

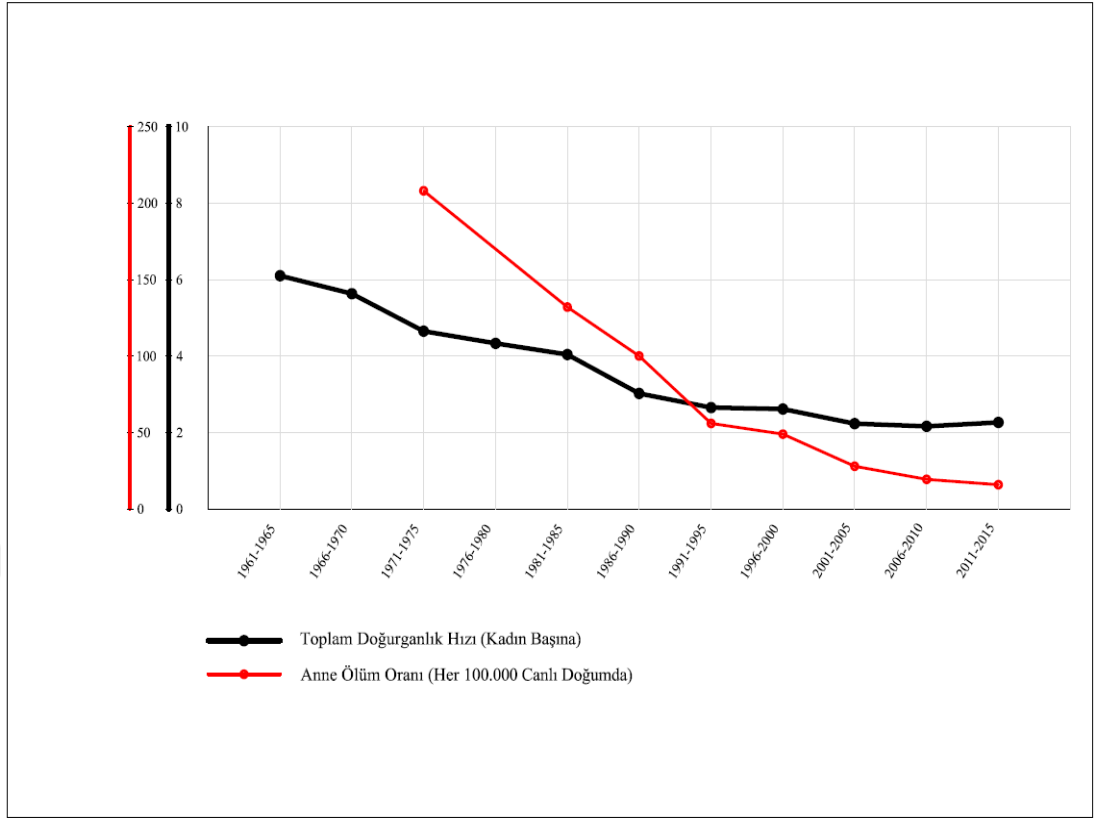
Değişkenlerin zaman göre seyri Şekil 79 ve Şekil 80’de, aralarındaki ilişkiye yönelik korelasyon grafikleri Şekil 81 ve Şekil 82’de yer almaktadır.

**Şekil 3:** Toplam doğurganlık hızı ile bebek, neonatal ve beş yaş altı ölüm hızının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye

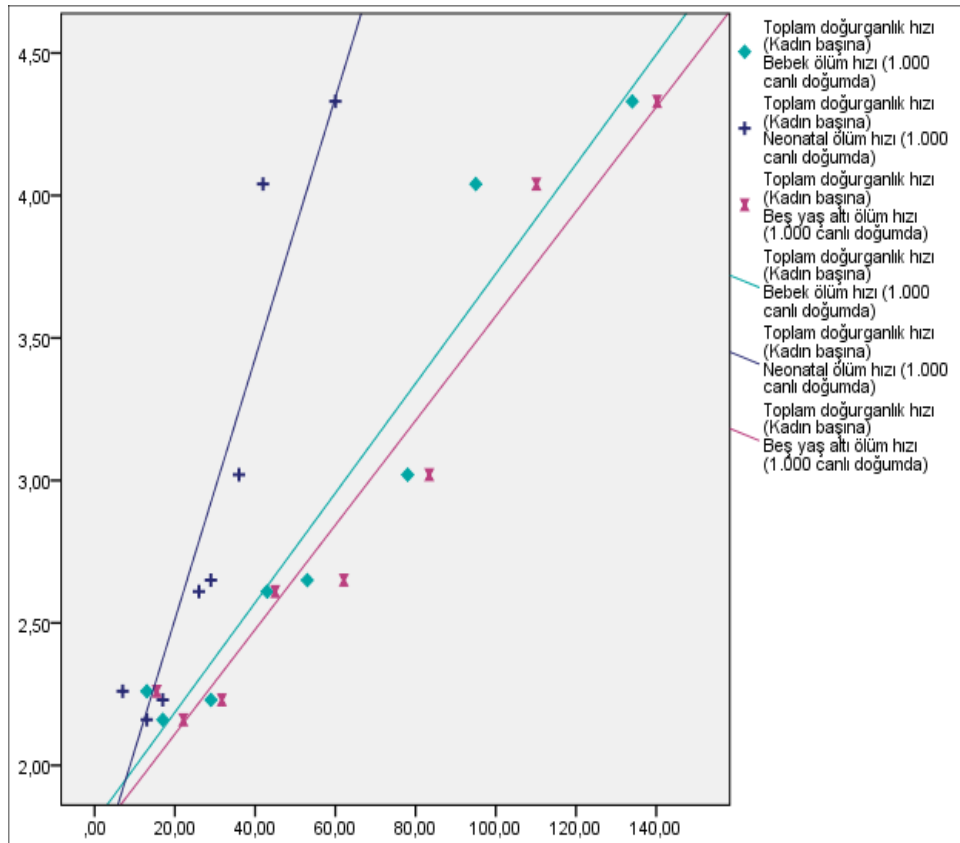




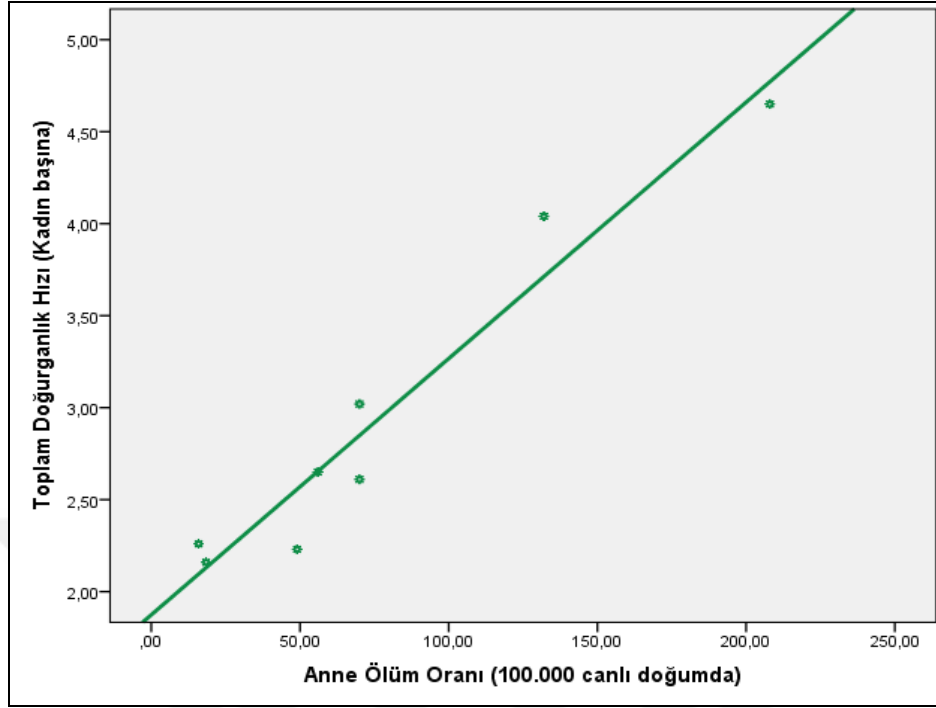
**Şekil 80:** Toplam doğurganlık hızı ve anne ölüm oranının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 81:** Toplam doğurganlık hızı ve bebek, neonatal, beş yaş altı ölüm hızı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 82:** Toplam doğurganlık hızı ve anne ölüm oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Toplam doğurganlık hızı ile incelenen dört ölümlülük göstergesinin de benzer şekilde düşme eğilimi gösterdiği görülmektedir.

Korelasyon grafiklerinde de toplam doğurganlık hızı ile dört gösterge arasında pozitif yönde ilişki olduğu görülmektedir.

Yapılan korelasyon analizinde;

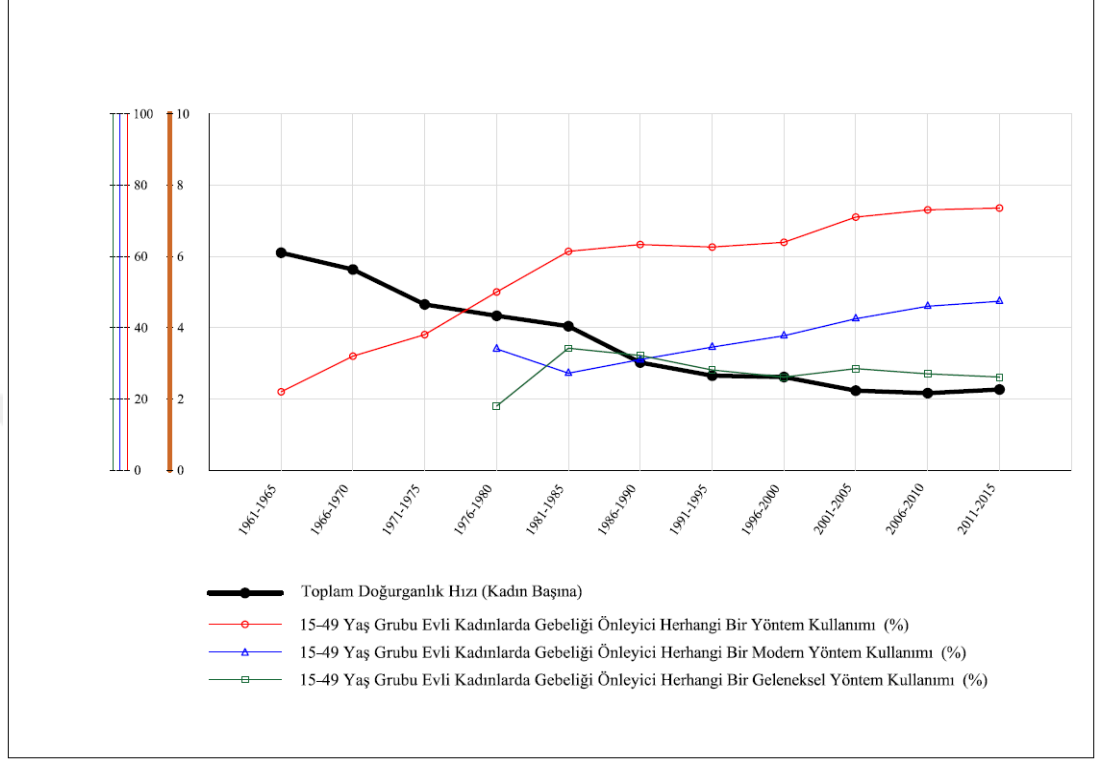
- Toplam doğurganlık hızı ile bebek, neonatal ve beş yaş altı ölüm hızları arasında pozitif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu (sırasıyla  $r=0,973$ ,  $r=0,929$ ,  $r=0,973$ ;  $p<0,001$ ),
- Toplam doğurganlık hızı ile anne ölüm oranı arasında pozitif yönde, güçlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=0,886$ ;  $p<0,01$ ).

#### **4.3.26. Toplam Doğurganlık Hızı ve 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı**

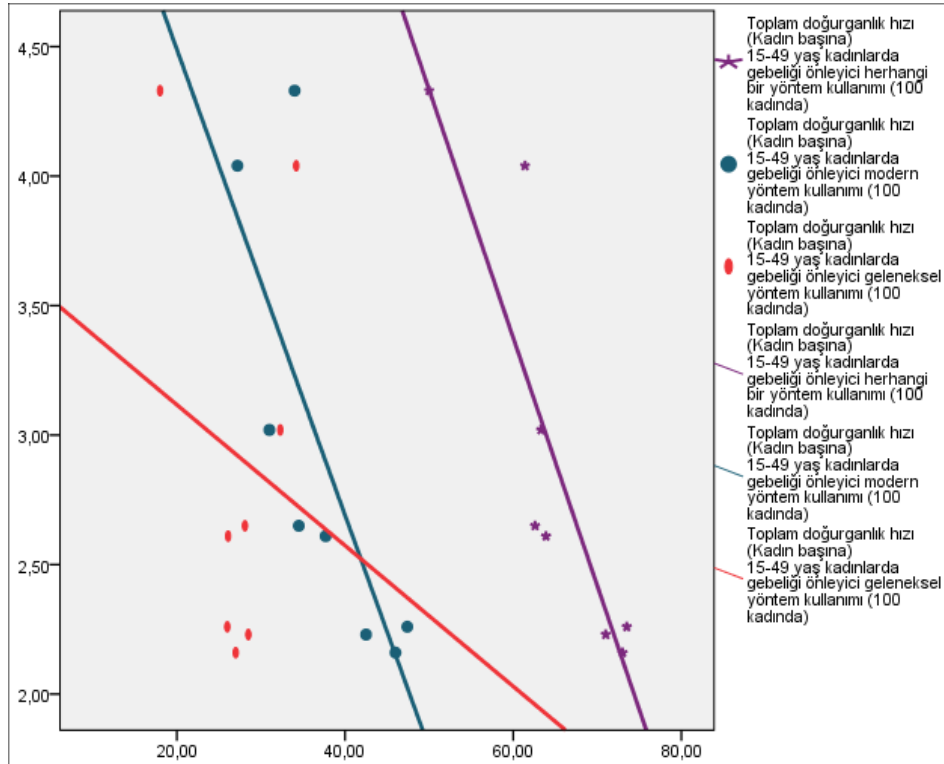
Toplam doğurganlık hızı ile gebeliği önleyici yöntem kullanımı arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla, söz konusu değişkenlerin zaman içerisindeki

değişimini gösteren grafik (Şekil 83) ve korelasyon grafiği (Şekil 84) aşağıda sunulmuştur.

**Şekil 83:** Toplam doğurganlık hızı ve 15-49 yaş evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 84:** Toplam doğurganlık hızı ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Zaman grafiğinde, toplam doğurganlık hızı düşerken gebeliği önleyici herhangi bir yöntem ve modern yöntem kullanımının yükseldiği, geleneksel yöntem kullanımının ise 1983 yılından itibaren düştüğü görülmektedir. Yani, gebeliği önleyici yöntem kullanımının yükselmesi modern yöntem kullanımının artmasından kaynaklanmaktadır.

Korelasyon grafiğinde görüldüğü gibi evli kadınlarda herhangi bir yöntem kullanma ve modern yöntem kullanma oranları ile toplam doğurganlık hızı arasında negatif yönde bir ilişki gözlenmektedir.

Korelasyon analizi sonucunda; toplam doğurganlık hızı ile 15- 49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici **herhangi bir yöntem** kullanımı ve herhangi bir **modern yöntem** kullanımı arasında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $r = -0.991$ ,  $r = -0,929$ ;  $p < 0.001$ ).

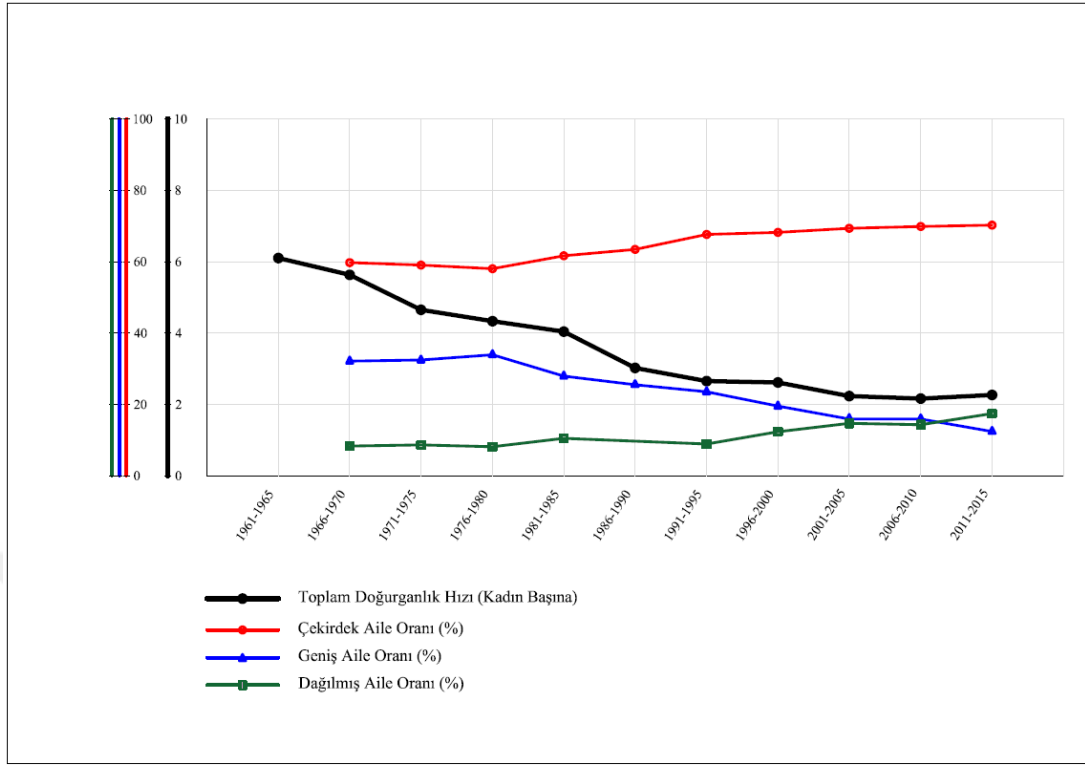
Toplam doğurganlık hızı ile 15- 49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici herhangi bir geleneksel yöntem kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $r: 0.071$ ;  $p > 0.05$ ).

#### **4.3.27. Toplam Doğurganlık Hızı ve Aile Tipi**

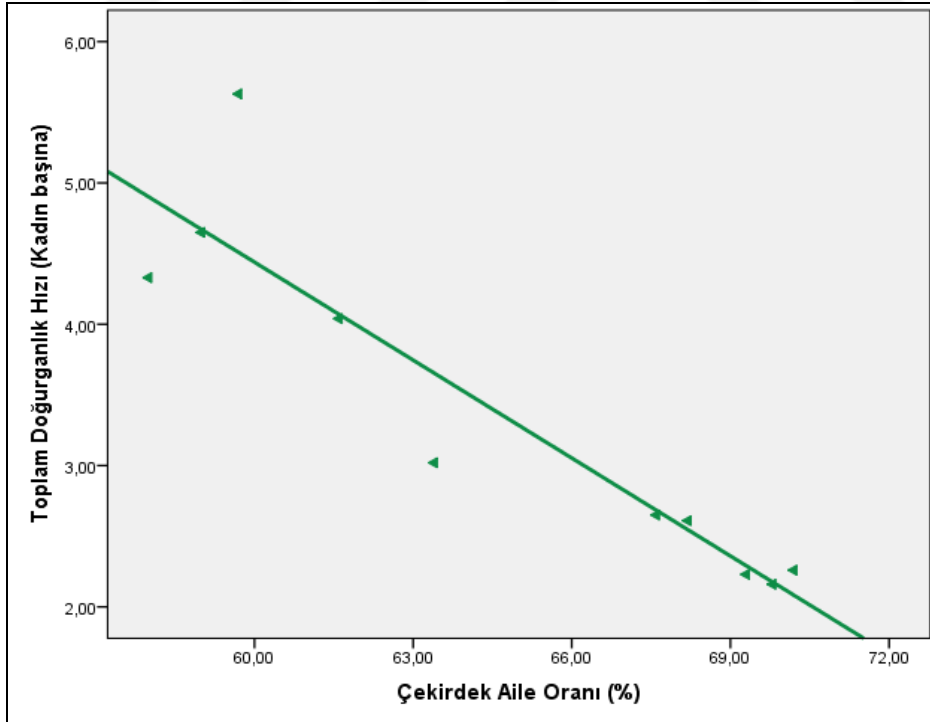
Toplam doğurganlık hızı ve aile tipi oranlarının zaman içerisindeki değişimleri Şekil 85'de yer almaktadır. Grafikte, toplam doğurganlık hızı azalırken, geniş aile tipi oranının da azaldığı, ancak çekirdek ve dağılmış aile oranlarının yükseldiği görülmektedir.

Toplam doğurganlık hızı ile aile tipi oranları arasındaki ilişki korelasyon grafiklerinde incelenmiştir (Şekil 86, Şekil 87 ve Şekil 88).

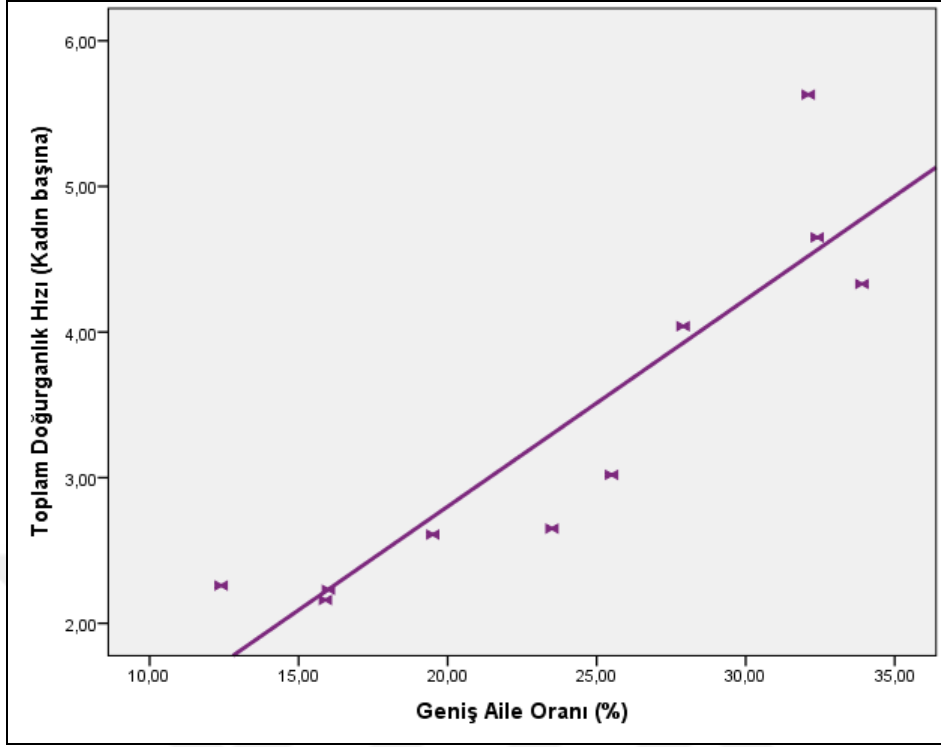
Şekil 85: Toplam doğurganlık hızı ile aile tipi oranlarının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



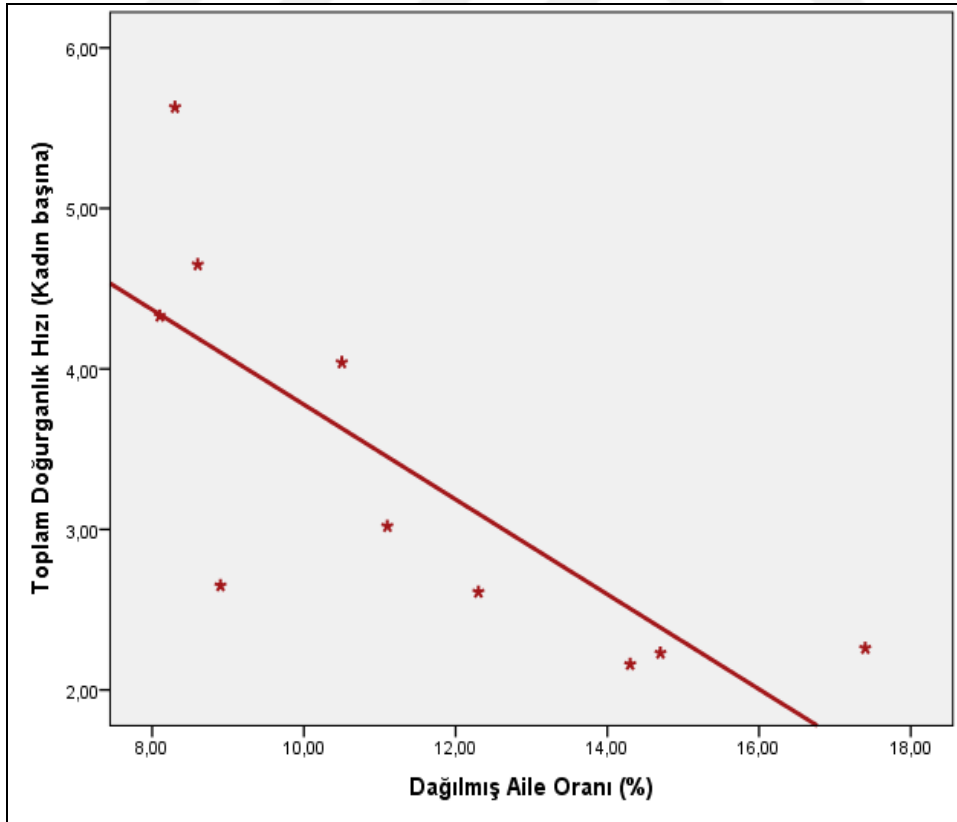
Şekil 86: Toplam doğurganlık hızı ve çekirdek aile oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Şekil 87: Toplam doğurganlık hızı ve geniş aile oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Şekil 88: Toplam doğurganlık hızı ve dağılmış aile oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Korelasyon grafiklerinde, toplam doğurganlık hızı ile çekirdek ve dağılmış aile oranı arasında negatif, geniş aile oranı arasında ise pozitif yönlü ilişki görülmektedir.

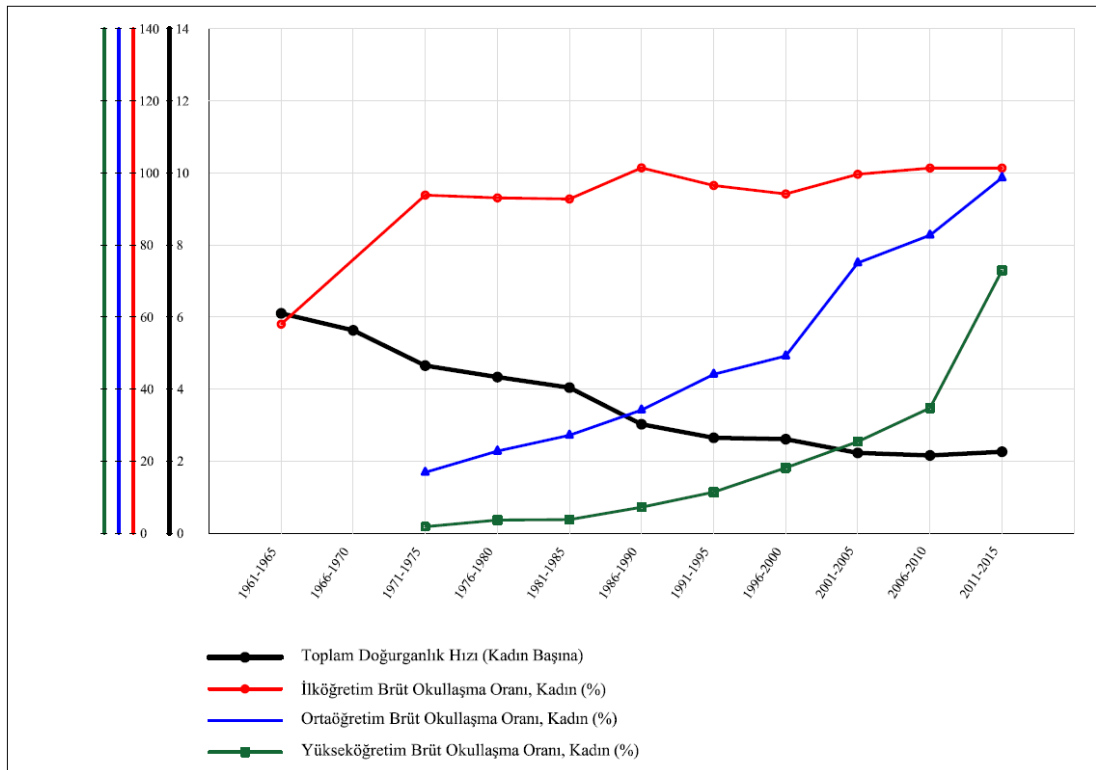
Veriler, korelasyon analizi ile incelendiğinde;

- Toplam doğurganlık hızı ile **geniş aile** oranı arasında pozitif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r= 0,915$ ;  $p<0.001$ ),
- Toplam doğurganlık hızı ile **çekirdek aile** oranı arasında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r= -0,952$ ;  $p<0.001$ ),
- Toplam doğurganlık hızı ile **dağılmış aile** oranı arasında negatif yönde, güçlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $r= -0,879$ ;  $p<0.01$ ).

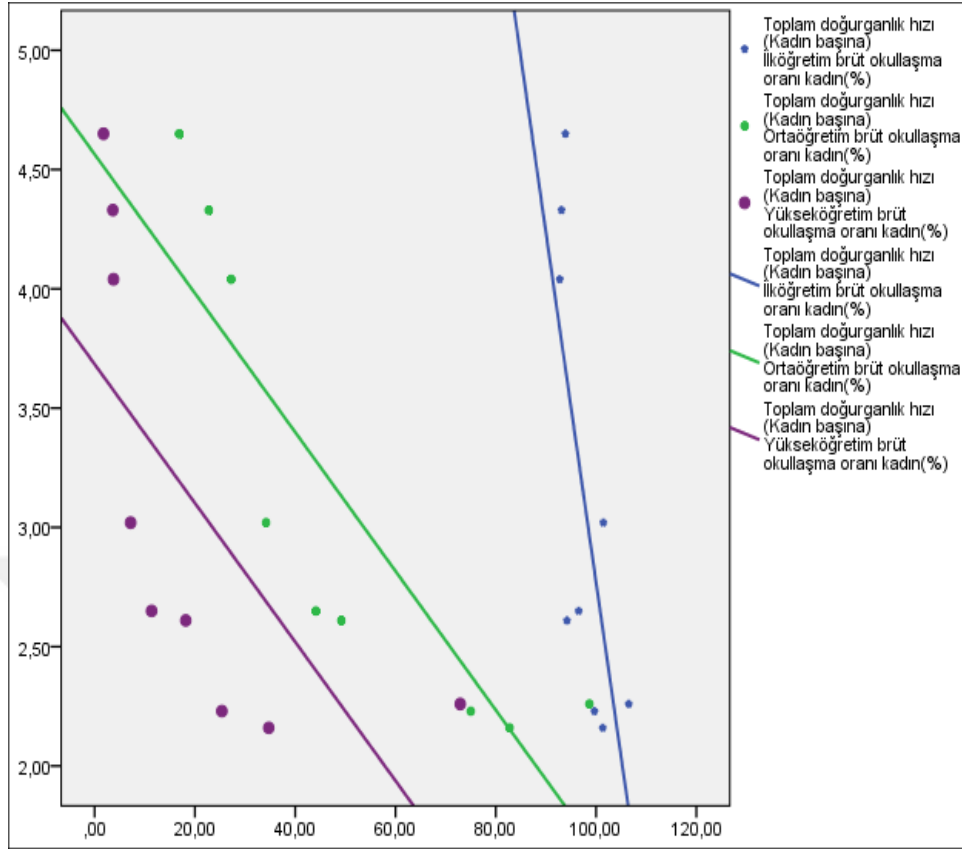
#### 4.3.28. Toplam Doğurganlık Hızı ve Kadınlarda Brüt Okullaşma Oranı

Toplam doğurganlık hızı ve brut okullaşma oranlarının seyri Şekil 89'da, iki değişkene ait korelasyon grafiği Şekil 90'dadır.

**Şekil 89:** Toplam doğurganlık hızı ve brüt okullaşma oranlarının yıllara göre seyri, 1960-2013, Türkiye



**Şekil 90:** Toplam doğurganlık hızı ve brüt okullaşma oranları ilişkisi, 1960-2013, Türkiye



Toplam doğurganlık hızı ve kadında brüt okullaşma oranlarının zaman içerisindeki seyri karşılaştırıldığında; toplam doğurganlık hızı düşerken, orta ve yükseköğretimde brüt okullaşma oranlarının yükseldiği, ilköğretimde okullaşma oranının ise 1988'den sonra neredeyse yatay seyrettiği görülmektedir.

Bu değişkenler arasındaki ilişki, korelasyon grafiğinde incelendiğinde, toplam doğurganlık hızının her üç değişken ile negatif yönde bir ilişkisi olduğu görülmektedir.

Korelasyon analizi ile yapılan inceleme sonucunda;

- Toplam doğurganlık hızı ile kadında ilköğretim brüt okullaşma oranı arasında negatif yönde, güçlü ve anlamlı ilişki olduğu ( $r = -0,758$ ;  $p < 0,01$ ),
- Toplam doğurganlık hızı ile kadında ortaöğretim brüt okullaşma oranı arasında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r = -0,964$ ;  $p < 0,001$ ),

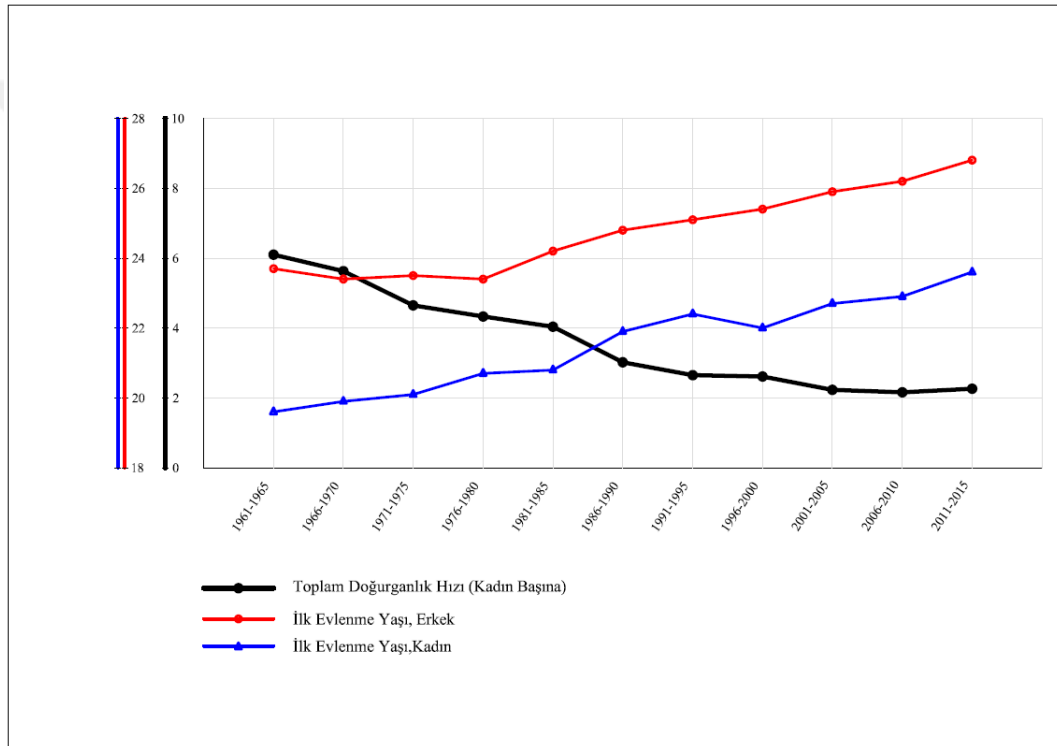


- Toplam doğurganlık hızı ile kadında yükseköğretim brüt okullaşma oranı arasında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r = -0,950$ ;  $p < 0,001$ ) görülmüştür.

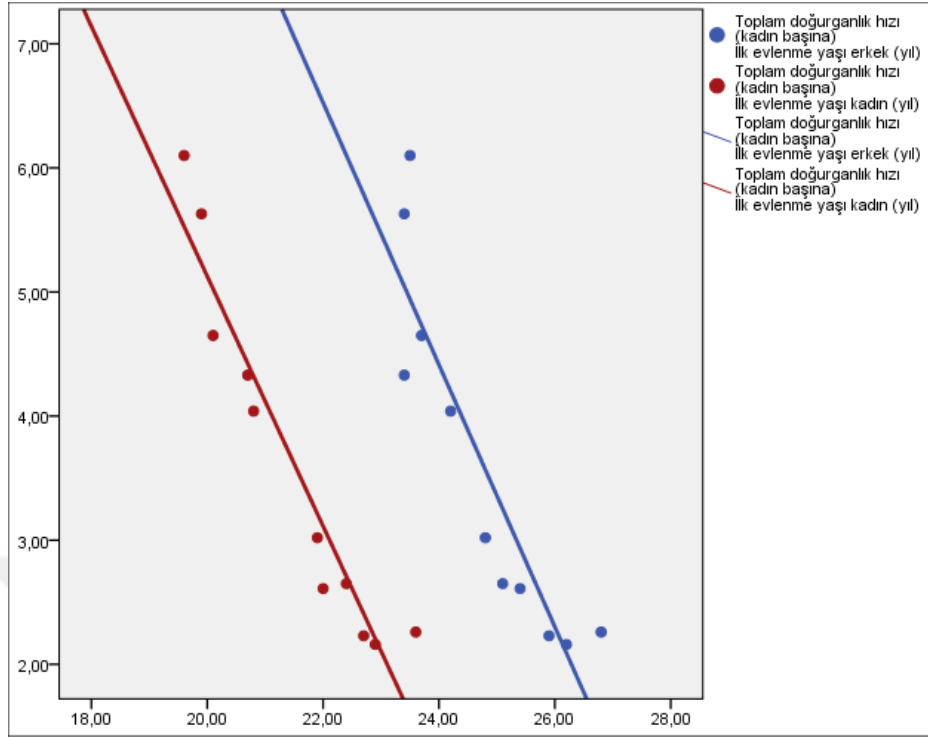
#### 4.3.29. Toplam Doğurganlık Hızı ve İlk Evlenme Yaşı

Toplam doğurganlık hızı ile kadın ve erkekte ilk evlenme yaşı arasındaki ilişkiyi gösteren grafikler Şekil 91 ve Şekil 92’de sunulmuştur.

**Şekil 91:** Toplam doğurganlık hızı ve kadın ve erkekte ilk evlenme yaşının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 92:** Toplam doğurganlık hızı ve ilk evlenme yaşı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Erkeklerde ilk evlenme yaşı süregelen olarak daha yüksek olmakla birlikte, hem erkek hem kadında ilk evlenme yaşı birbirine paralel olarak yükselmiştir. Bu eğilim, toplam doğurganlık hızının tam tersi yöndedir.

Korelasyon grafiği incelendiğinde, ilk evlenme yaşı ile toplam doğurganlık hızı arasında negatif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir.

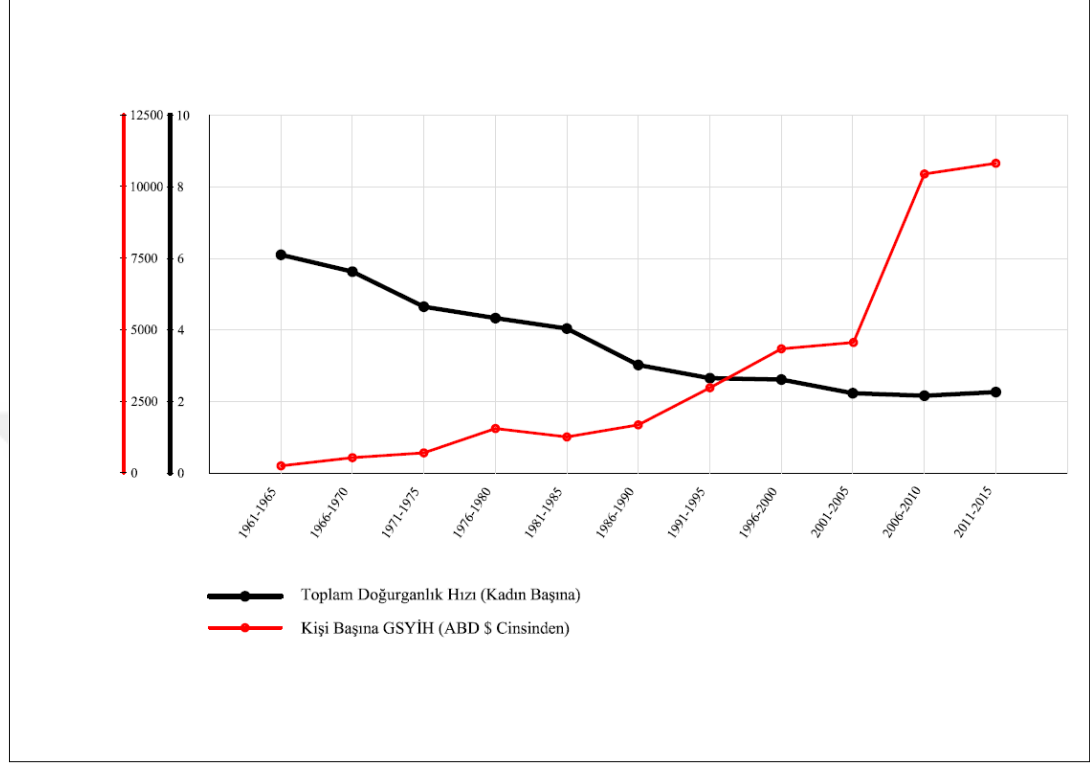
İstatistiksel analiz sonucuna göre, toplam doğurganlık hızı ile erkeklerde ve kadınlarda ilk evlenme yaşları arasında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki mevcuttur ( $r_{\text{erkek}} = -0,920$ ,  $r_{\text{kadın}} = -0,964$ ;  $p < 0,001$ ).

#### **4.3.30. Toplam Doğurganlık Hızı ve Kişi Başına Gayri Safi Yurt İçi Hasıla**

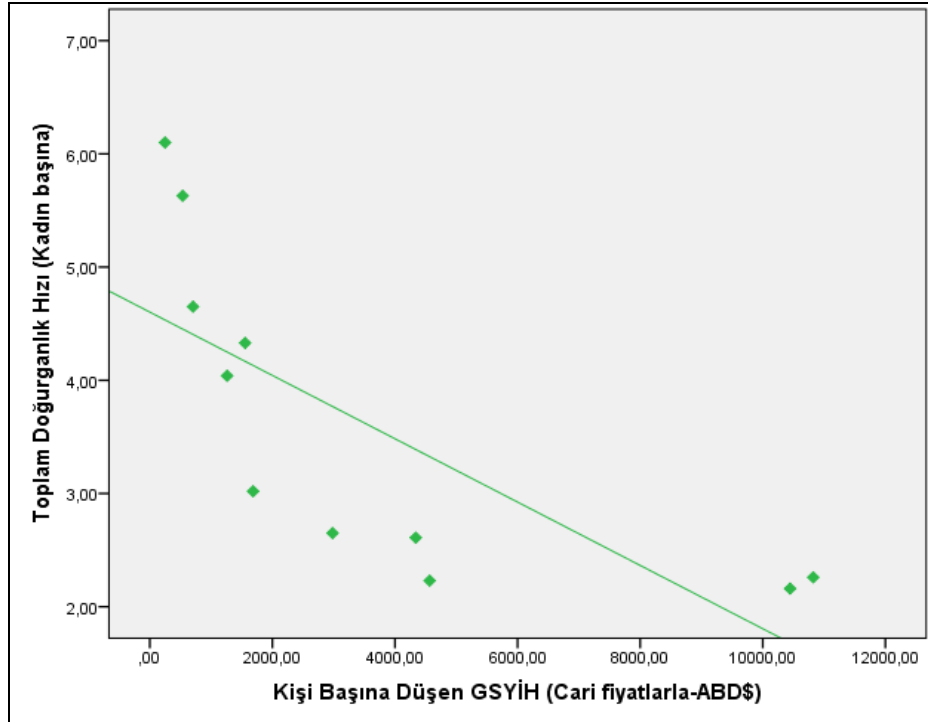
Toplam doğurganlık hızı ile kişi başı GSYİH'nin yıllara göre aldığı değerler, Şekil 93'te gösterilmiştir. Toplam doğurganlık hızı, süregelen olarak düşerken GSYİH'nin arttığı görülmektedir.

Söz konusu iki değişken arasındaki ilişki Şekil 94'teki korelasyon grafiği ile değerlendirildiğinde aralarında negatif yönde bir ilişki olduğu gözlenmektedir.

Şekil 93: Toplam doğurganlık hızı ve kişi başı GSYİH'nın yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



Şekil 94: Toplam doğurganlık hızı ve kişi başı GSYİH ilişkisi, 1963-2013, Türkiye

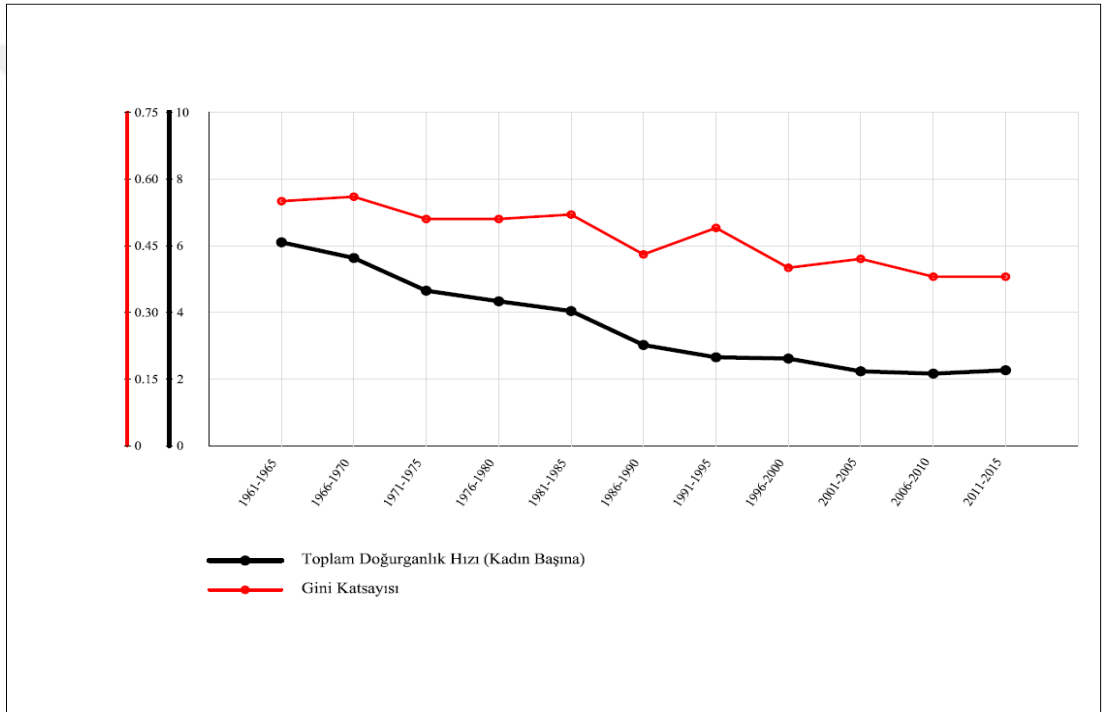


Korelasyon analizi sonucunda; toplam doğurganlık hızı ile kişi başı GSYİH arasında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r = -0,964$ ;  $p < 0,001$ ).

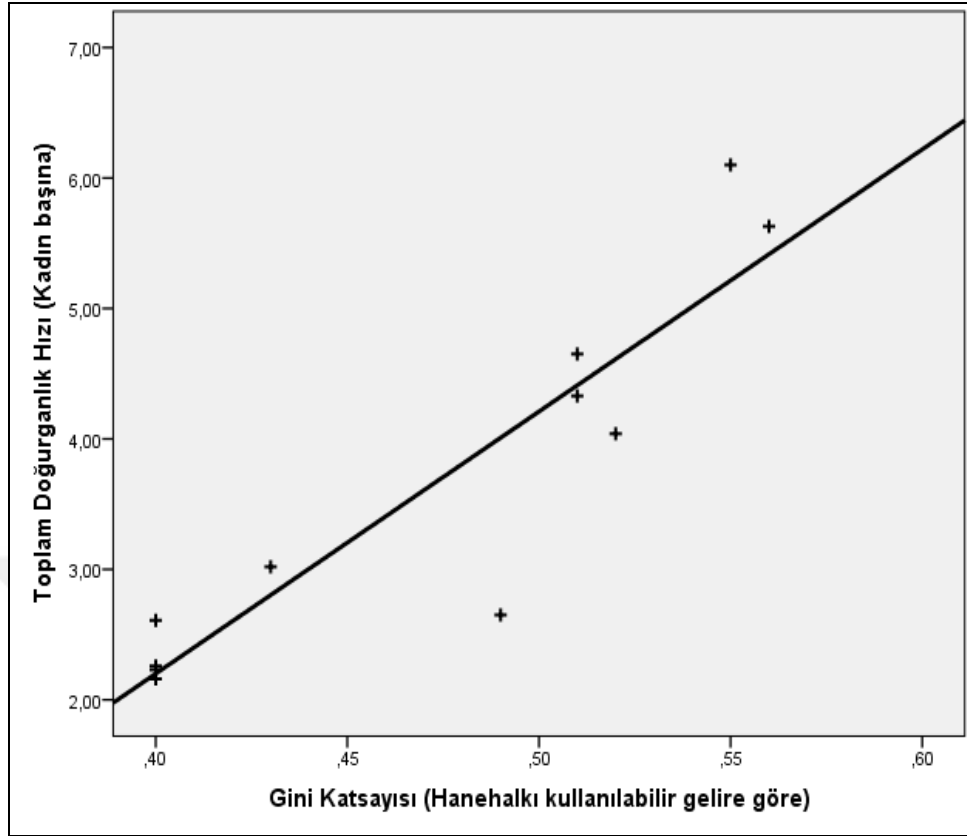
#### 4.3.31. Toplam Doğurganlık Hızı ve Gini Katsayısı

Toplam doğurganlık hızı ve Gini katsayısının birbiriyle ilişkisi incelenmiştir. Bu amaçla, her iki değişkenin yer aldığı zaman grafiği ve ilişkinin yönünü gösteren dağılım grafiği sırasıyla Şekil 95 ve Şekil 96’da sunulmuştur.

Şekil 95: Toplam doğurganlık hızı ve Gini katsayısının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 96:** Toplam doğurganlık hızı ve Gini katsayısı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Zaman değişkenini içeren grafikte, toplam doğurganlık hızının süreğen olarak azaldığı ve benzer şekilde Gini katsayısının da zamanla azaldığı ancak arada küçük çıkışlar gösterdiği görülmektedir.

Korelasyon grafiğinde ise değişkenler aralarındaki ilişkinin pozitif yönde olduğu anlaşılmaktadır.

Veriler, korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde, söz konusu iki değişken arasında pozitif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $r = 0,928$ ,  $p < 0,001$ ).

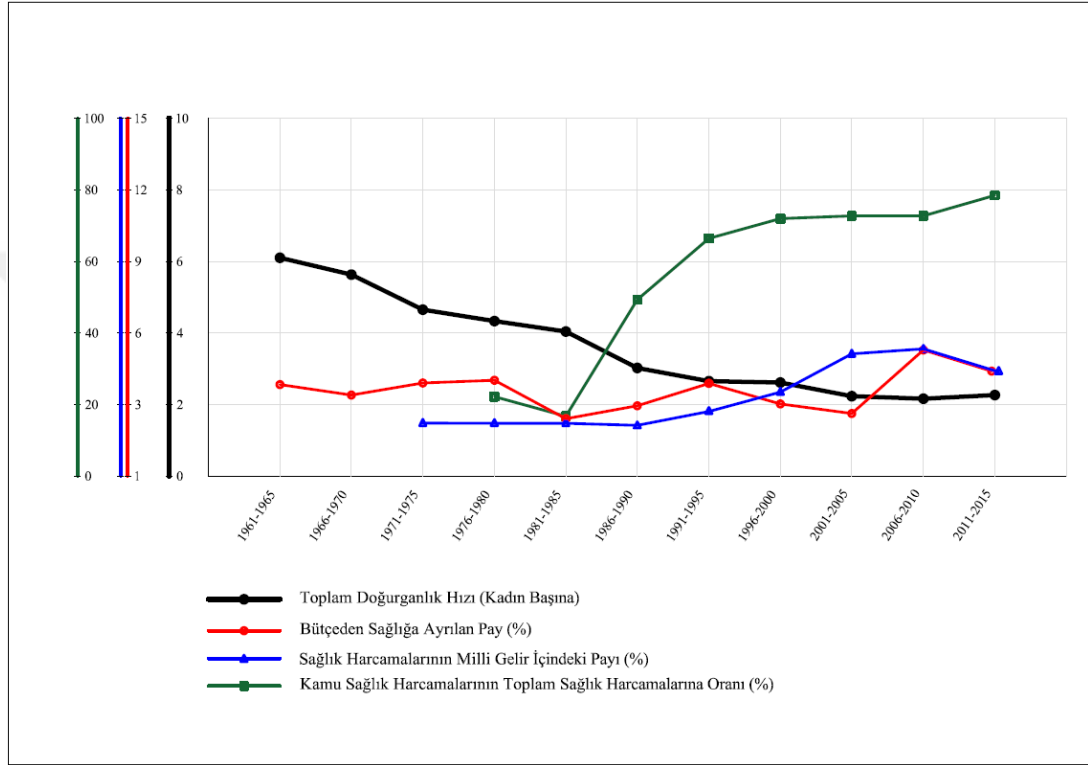
#### **4.3.32. Toplam Doğurganlık Hızı ve Sağlık Harcamaları / Sağlık Finansmanı**

Toplam doğurganlık hızının, sağlık harcamaları ve sağlık finansmanından nasıl etkilendiğini incelemek amacıyla; bütçeden sağlığa ayrılan pay, sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık

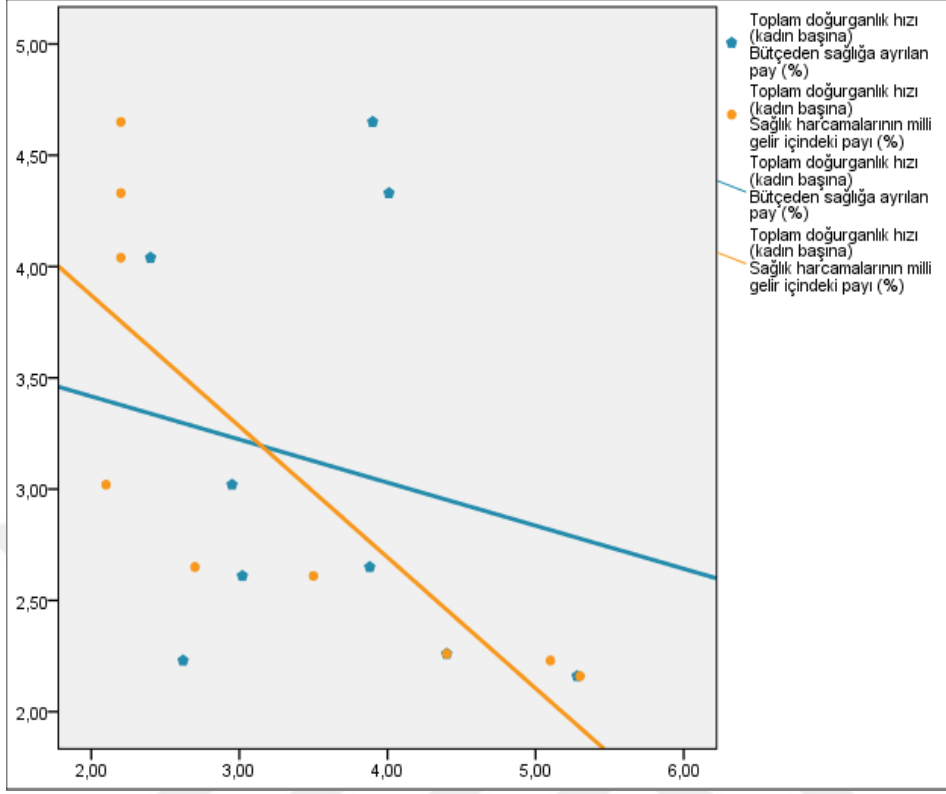
harcamalarına oranının zaman içerisindeki değişimi incelenmiştir ve ilgili grafik Şekil 97’te sunulmuştur.

Şekil 98 ve Şekil 99’da değişkenler arasındaki doğrusal ilişkiyi irdeleyen korelasyon grafikleri yer almaktadır.

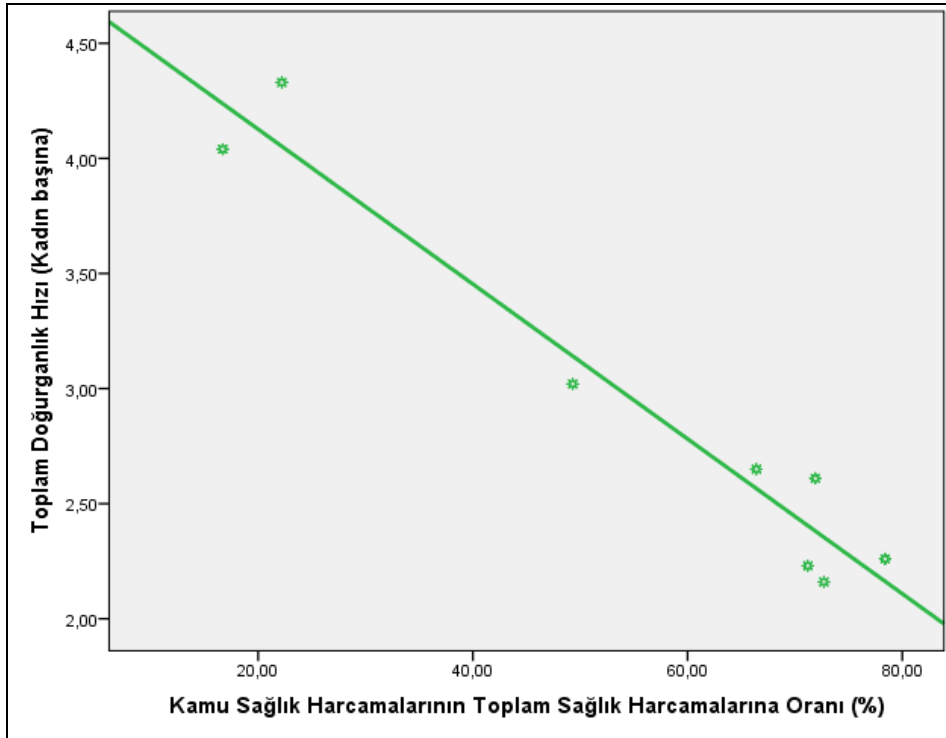
**Şekil 97:** Toplam doğurganlık hızı ile sağlık harcamaları/finansmanı verilerinin yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 98:** Toplam doğurganlık hızı ile bütçeden sağlığa ayrılan pay ve sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 99:** Toplam doğurganlık hızı ile kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Değişkenler arasındaki ilişki dağılım grafiğinde incelenmiş ve bütçeden sağlığa ayrılan pay ile toplam doğurganlık hızı arasında doğrusal bir ilişki olmadığı, diğer iki değişkenin (Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ve sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı) ise doğrusal ve negatif yönde bir ilişki gösterdiği görülmüştür.

Analiz sonucunda;

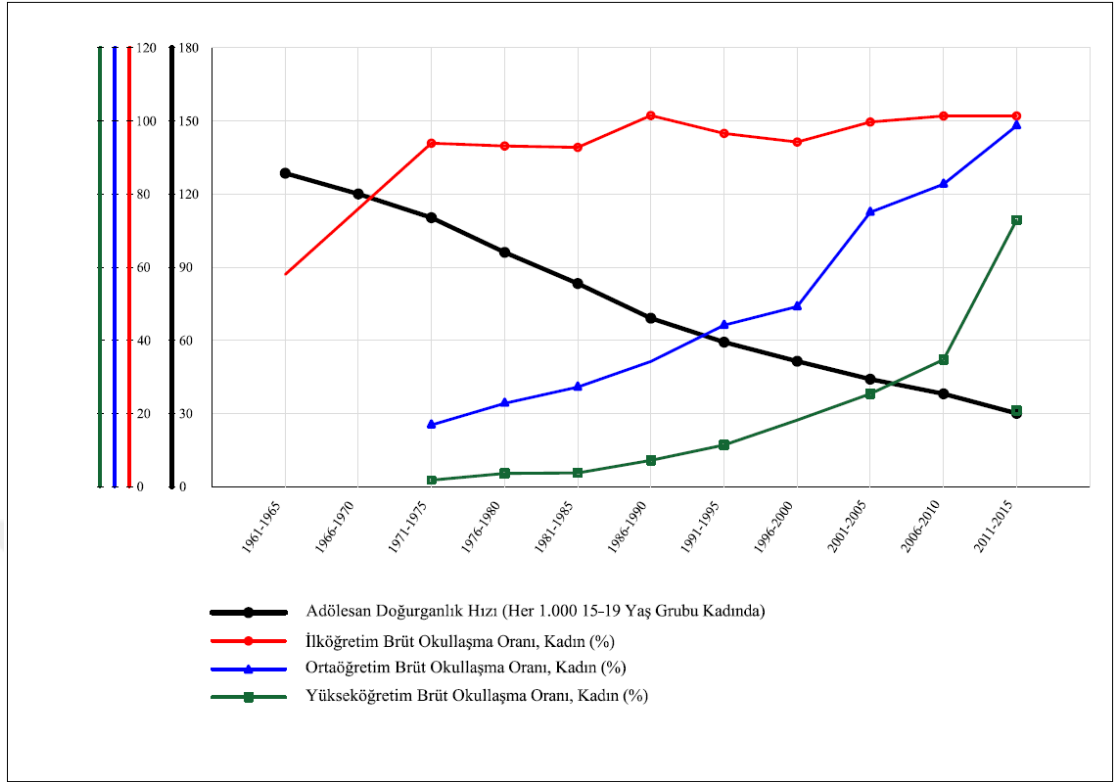
- Toplam doğurganlık hızı ile bütçeden sağlığa ayrılan pay arasında ilişki saptanmamış ( $r = -0,136$ ;  $p > 0,05$ ),
- Toplam doğurganlık hızı ile sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı arasında negatif yönde, güçlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r = -0,881$ ;  $p < 0,01$ ),
- Toplam doğurganlık hızı ile kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı arasında negatif yönde, güçlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $r = -0,857$ ;  $p < 0,01$ ).

#### **4.3.33. Adolesan Doğurganlık Hızı ve Kadında Brüt Okullaşma Oranı**

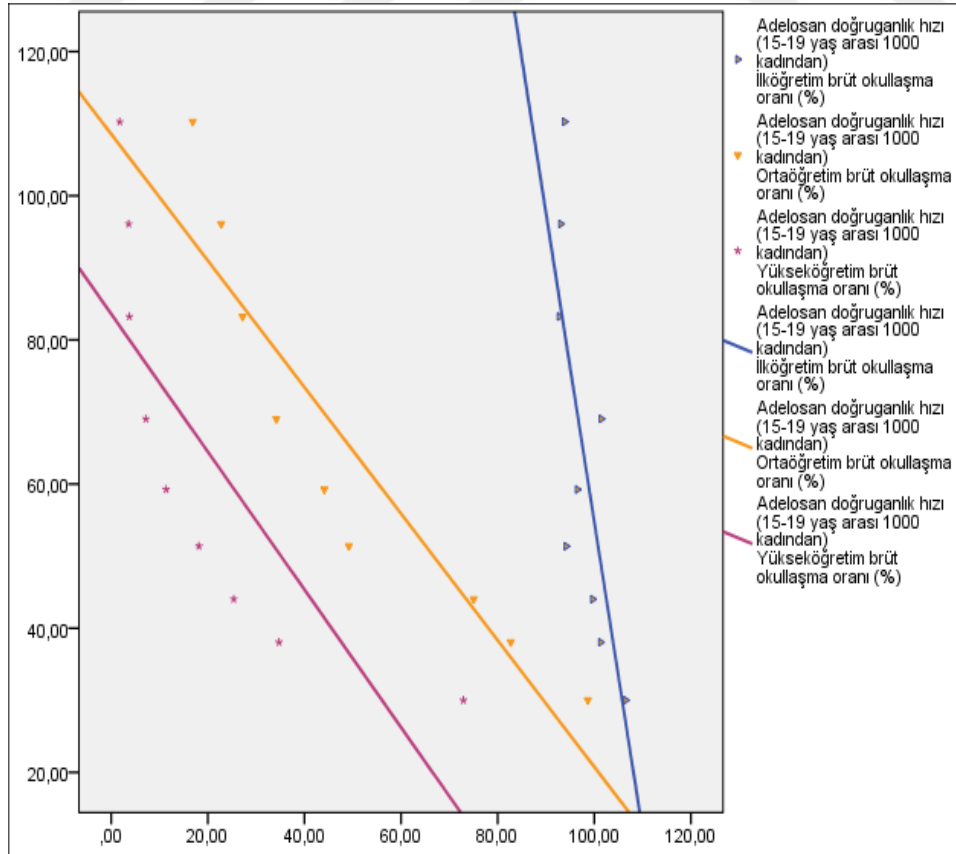
Şekil 100'de görüldüğü gibi adolesan doğurganlık hızı, 50 yıl içerisinde sürekli düşüş gösterirken, özellikle ortaöğretim ve yükseköğretimde okullaşma oranları artış göstermiştir. Bu ters yönlü seyir, Şekil 101'deki korelasyon grafiğine negatif yönlü ilişki olarak yansımaktadır.



**Şekil 100:** Adolesan doğurganlık hızı ve kadında brüt okullaşma oranının yıllara göre seyri, 1960-2013, Türkiye



**Şekil 101:** Adolesan doğurganlık hızı ve kadında brüt okullaşma oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Korelasyon analizi sonucunda;

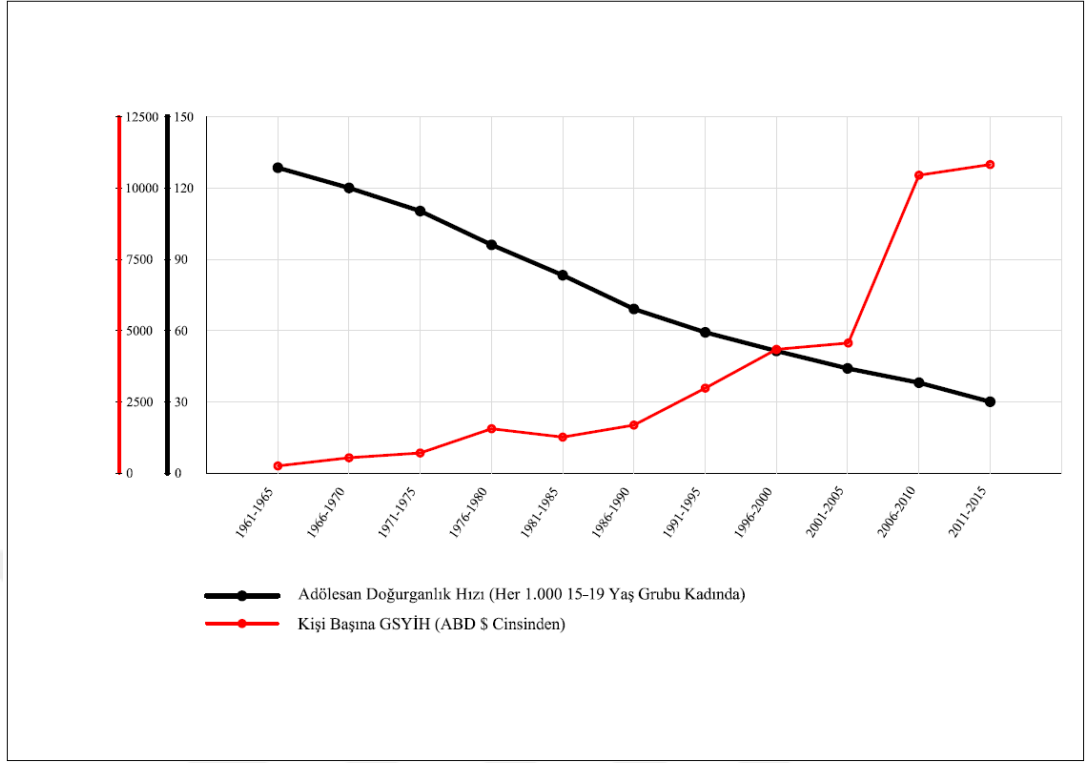
- Adolesan doğurganlık hızı ile kadında ilköğretim brüt okullaşma oranı arasında negatif yönde, güçlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r = -0,818$ ;  $p < 0,01$ ),
- Adolesan doğurganlık hızı ile kadında ortaöğretim brüt okullaşma oranı arasında negatif yönde, doğrusal (tam) ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r = -1,000$ ;  $p < 0,001$ ),
- Adolesan doğurganlık kadında yükseköğretim brüt okullaşma oranı arasında negatif yönde, doğrusal (tam) ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r = -1,000$ ;  $p < 0,001$ ) tespit edilmiştir.

#### **4.3.34. Adolesan Doğurganlık Hızı ve Kişi Başı GSYİH**

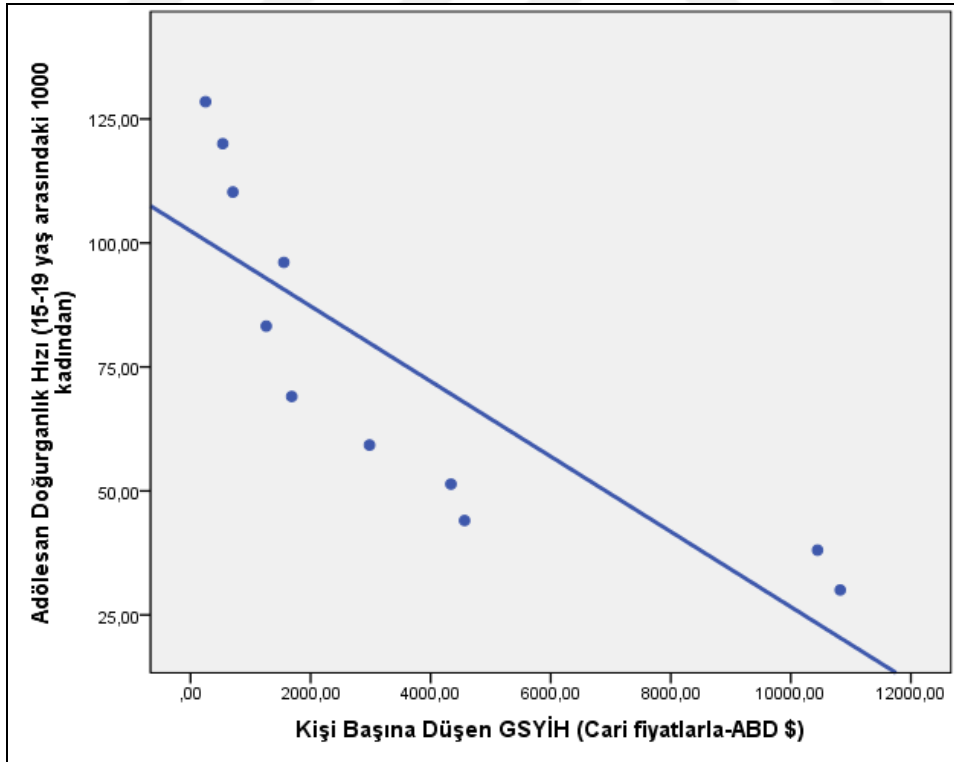
Adolesan doğurganlık hızı ile kişi başı GSYİH arasındaki ilişki incelendiğinde; 50 yıllık dönem içerisinde adolesan doğurganlık hızının genel olarak düşme eğiliminde olduğu ve buna karşılık kişi başı GSYİH'nın yükselme eğiliminde olduğu görülmektedir (Şekil 102). Korelasyon grafiğine de bu negatif yönlü ilişki yansımıştır (Şekil 103).

Aralarındaki ilişki, korelasyon analizi sonucunda negatif yönde, çok güçlü ve yüksek düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $r = -0,991$ ;  $p = 0,001$ ).

Şekil 102: Adolesan doğurganlık ve kişi başı GSYİH'nın yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



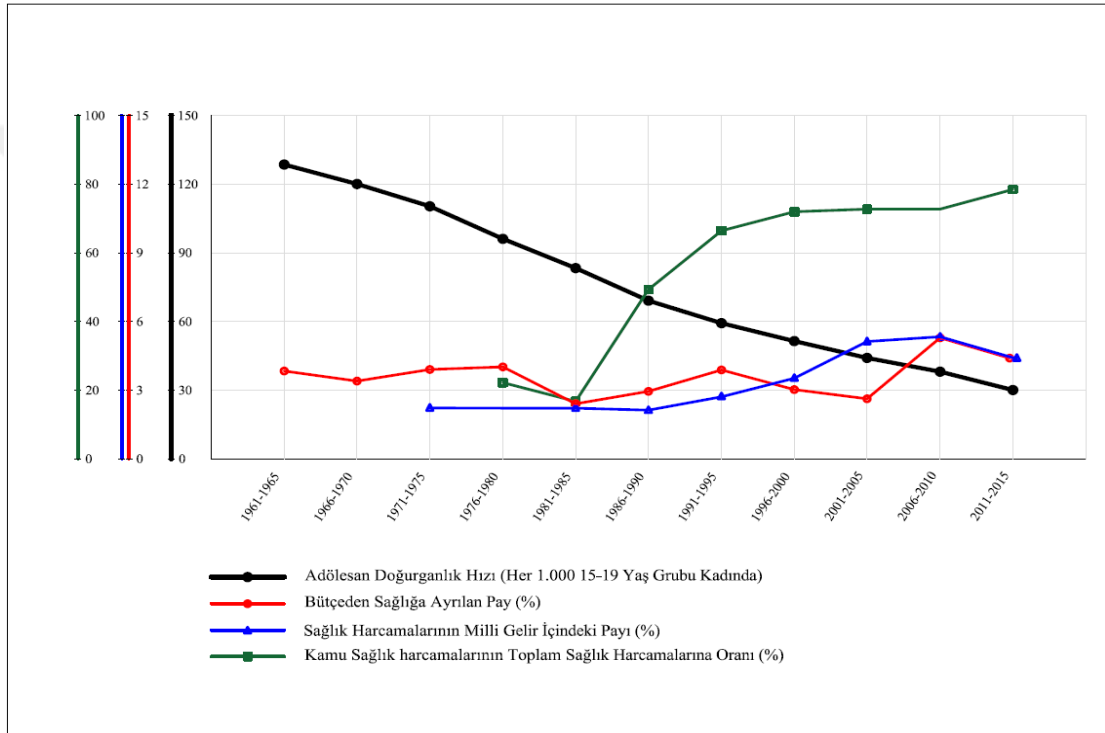
Şekil 103: Adolesan doğurganlık hızı ile kişi başı GSYİH ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



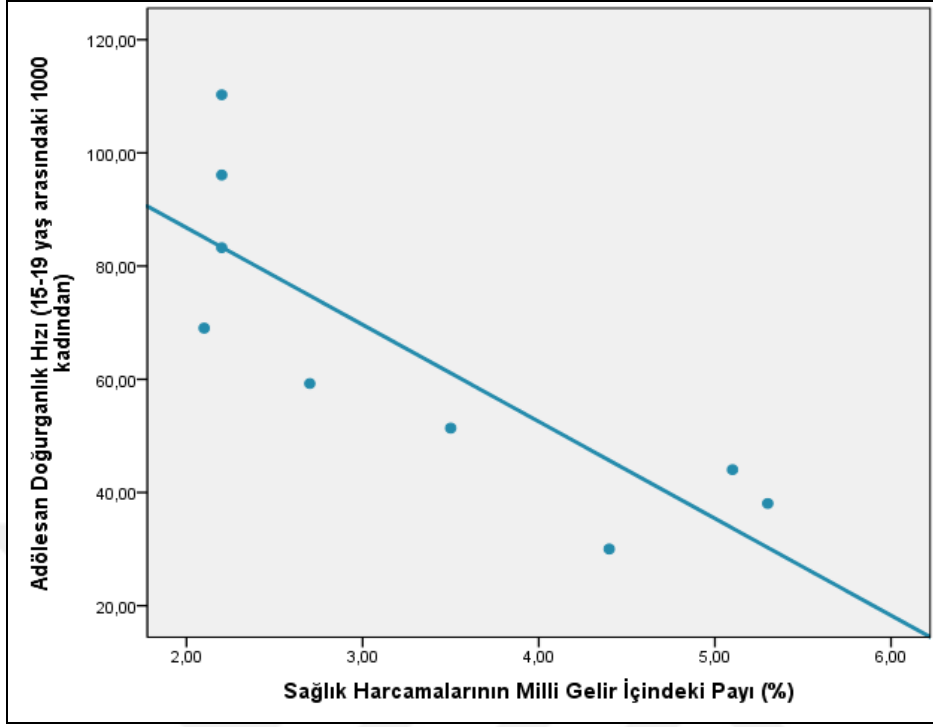
#### 4.3.35. Adolesan doğurganlık ve Sağlık Harcamaları / Sağlık Finansmanı

Sağlık harcamaları/sağlık finansmanı verileri olarak; bütçeden sağlığa ayrılan pay, sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ele alınmıştır. Bu değişkenlerin zaman içerisindeki değişimlerinin bebek ölüm hızı ile ilişkisini açıklayan grafikler, Şekil 104, Şekil 105 ve Şekil 106’da sunulmuştur.

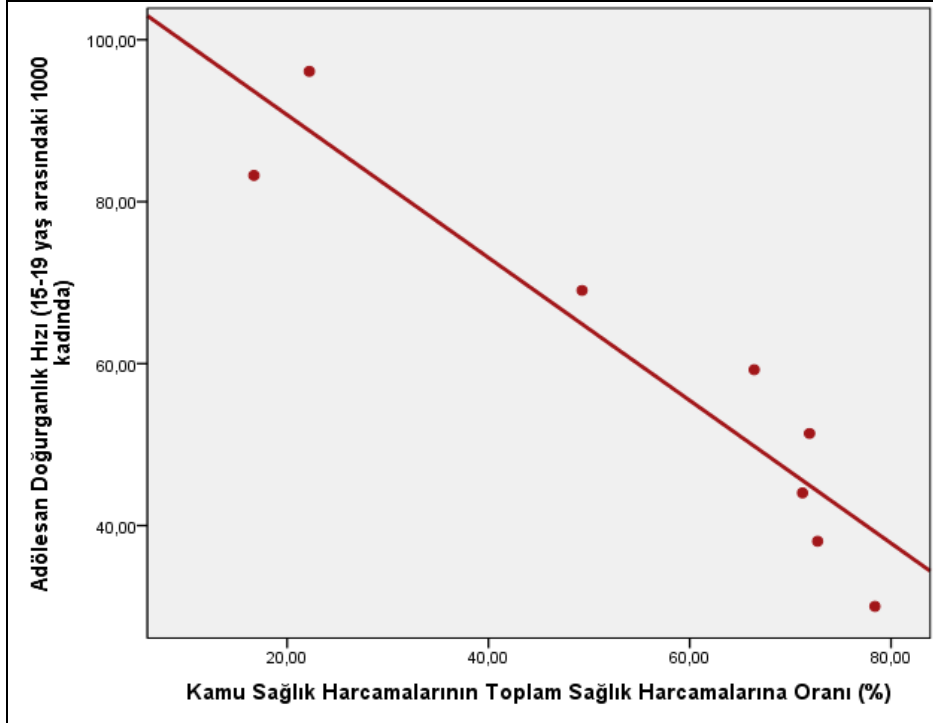
**Şekil 104:** Adolesan doğurganlık hızı ve sağlık harcamaları/sağlık finansmanı verilerinin yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 105:** Adolesan doğurganlık ve sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payının ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 106:** Adolesan doğurganlık ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Adolesan doğurganlık hızı süregelen olarak düşme eğilimi gösterirken, bütçeden sağlığa ayrılan pay sürekli düşük düzeyde olmakla birlikte iniş çıkışlı bir seyir izlemekte, kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ve sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı artmaktadır.

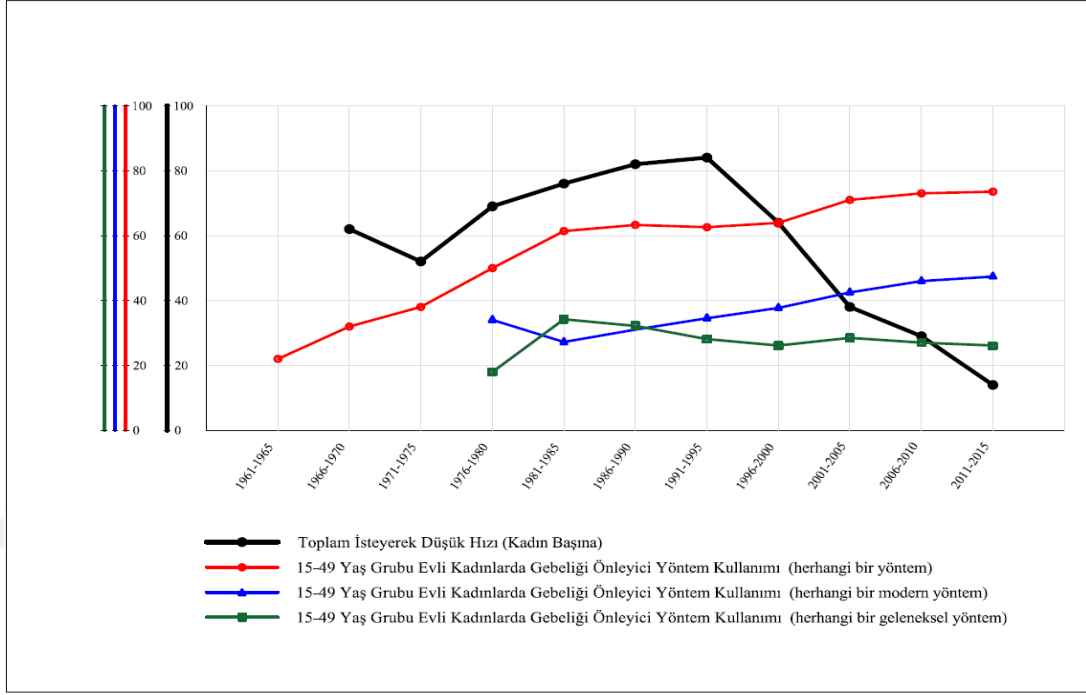
Değişkenler arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelendiğinde;

- Adolesan doğurganlık hızı ile bütçeden sağlığa ayrılan pay arasında ilişki saptanmamış ( $p>0,05$ ),
- Adolesan doğurganlık hızı ile sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı arasında negatif yönde, güçlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r= -0,831$ ;  $p<0,01$ ),
- Adolesan doğurganlık hızı ile kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı arasında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $r= -0,952$ ;  $p<0,001$ ).

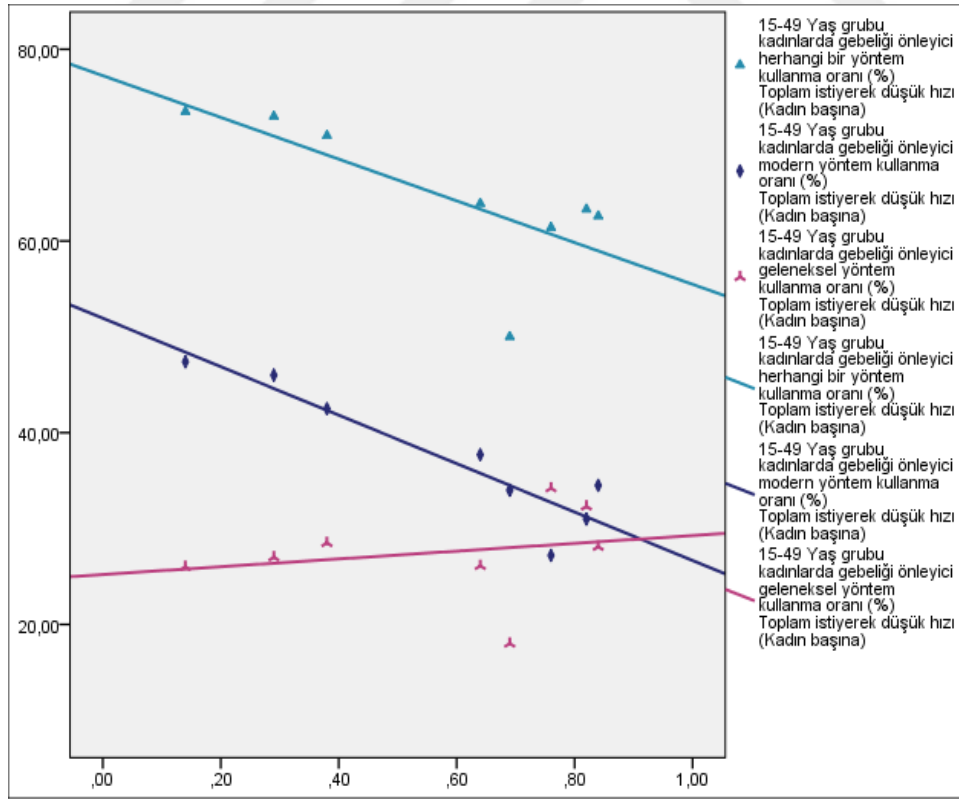
#### **4.3.36. Toplam İsteyerek Düşük Hızı ve 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı**

İsteyerek düşük hızı ve gebeliği önleyici yöntem kullanımının zaman içerisinde gösterdiği değişim Şekil 107’de ve iki değişkene ait korelasyon grafiği Şekil 108’de sunulmuştur.

**Şekil 107:** Toplam isteyerek düşük hızı ve gebeliği önleyici yöntem kullanımının yıllara göre seyri, Türkiye



**Şekil 4:** Toplam isteyerek düşük hızı ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



İsteyerek düşük hızı, 1971-1995 yılları arasında yükselirken, daha sonra süreğen hızlı bir düşüş göstermiştir. Buna karşın, gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımında sürekli bir artış görülmektedir.

Korelasyon grafiğinde, isteyerek düşük hızı ile gebeliği önleyici herhangi bir yöntem ve modern yöntem kullanımı arasında negatif yönde bir ilişki dikkat çekmektedir.

Değişkenler arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiş;

- Toplam isteyerek düşük hızı ile 15- 49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici **herhangi bir yöntem** ve **geleneksel yöntem** kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı ( $p>0.05$ ),
- Toplam isteyerek düşük hızı ile 15- 49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici **modern yöntem** kullanımı arasında negatif yönde, güçlü ve anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $r= -0,929$ ;  $p=0.01$ ).

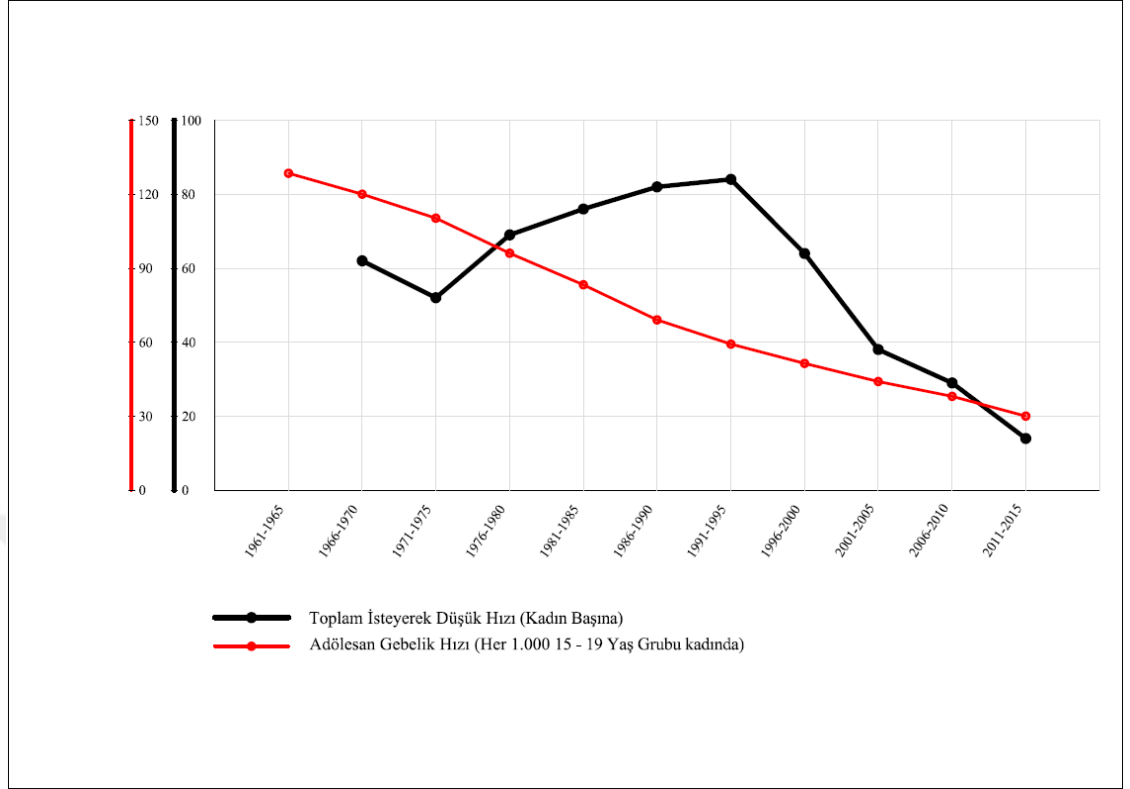
#### **4.3.37. Toplam İsteyerek Düşük Hızı ve Adolesan Doğurganlık Hızı**

Toplam isteyerek düşük hızı ile adolesan doğurganlık hızı arasındaki ilişkiyi incelemek maksadıyla, her iki değişkenin zaman içerisindeki seyri aynı grafikte gösterilmiştir (Şekil 109). Grafikte, adolesan doğurganlık hızının zaman içerisinde süreğen bir düşüş gösterdiği, buna karşın toplam isteyerek düşük hızının 1993 yılına kadar yükseldiği sonrasında ani bir düşüş olduğu görülmektedir.

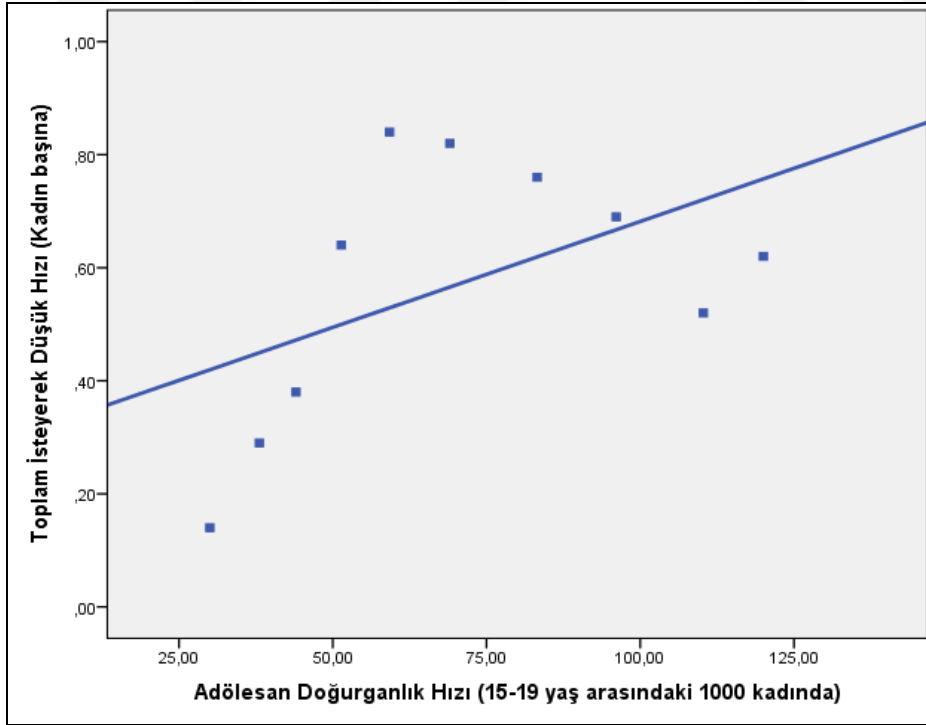
Değişkenler arasındaki doğrusal ilişkiyi sorgulayan korelasyon grafiği Şekil 110'da yer almaktadır.



**Şekil 109:** Toplam isteyerek düşük hızı ile adolesan doğurganlık hızının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 110:** Toplam isteyerek düşük hızı ve adolesan doğurganlık hızı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye

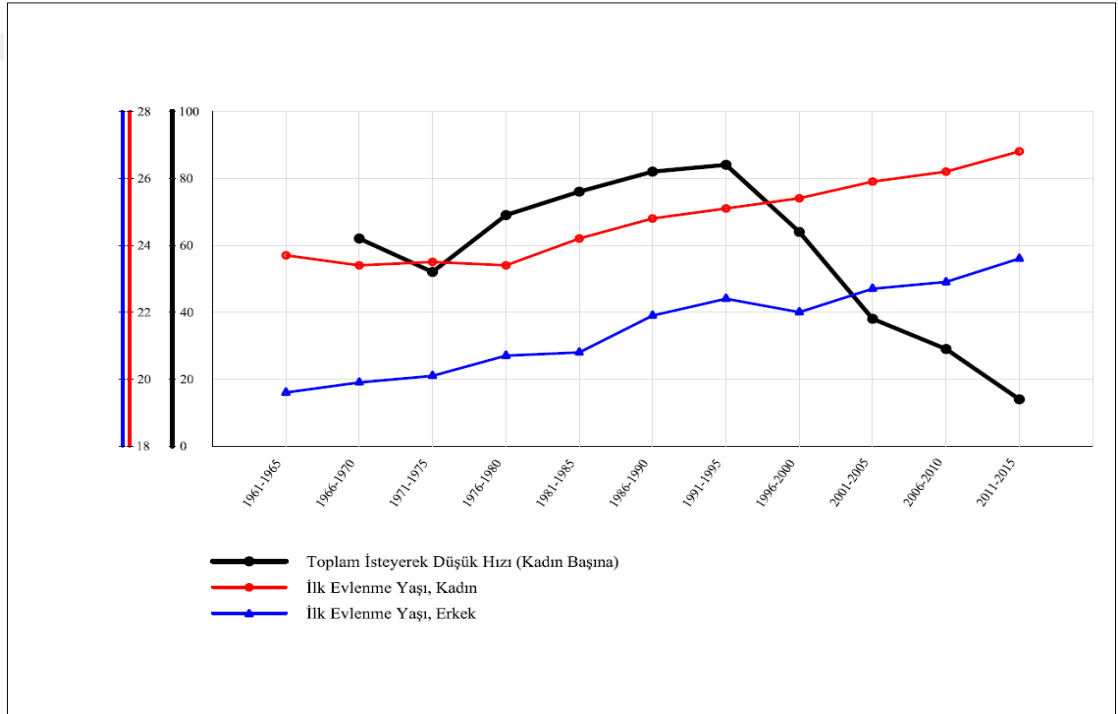


Toplam isteyerek düşük hızı ile adolesan doğurganlık hızının ilişkisi, korelasyon grafiğinde incelendiğinde aralarında doğrusal bir ilişki görülmemektedir. Korelasyon analizinde de istatistiki olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

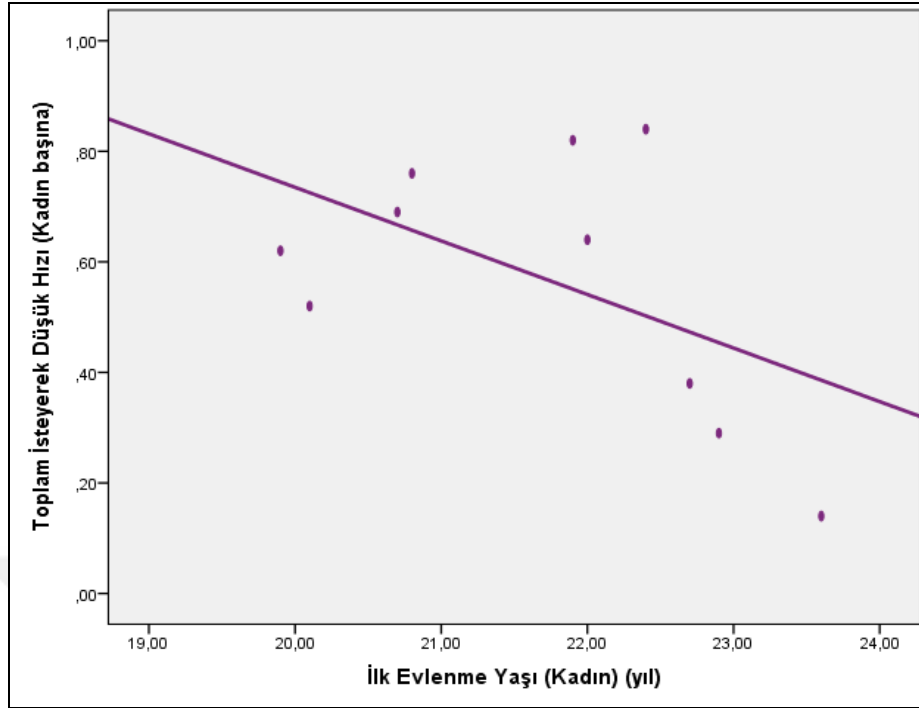
#### 4.3.39. Toplam İsteyerek Düşük Hızı ve İlk Evlenme Yaşı

Toplam isteyerek düşük hızı ve ilk evlenme yaşı ilişkisine yönelik grafikler, Şekil 111 ve Şekil 112’de yer almaktadır.

**Şekil 111:** Toplam isteyerek düşük hızı ve ilk evlenme yaşının yıllara göre seyri, 1965-2013, Türkiye



**Şekil 112:** Toplam isteyerek düşük hızı ve ilk evlenme yaşı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



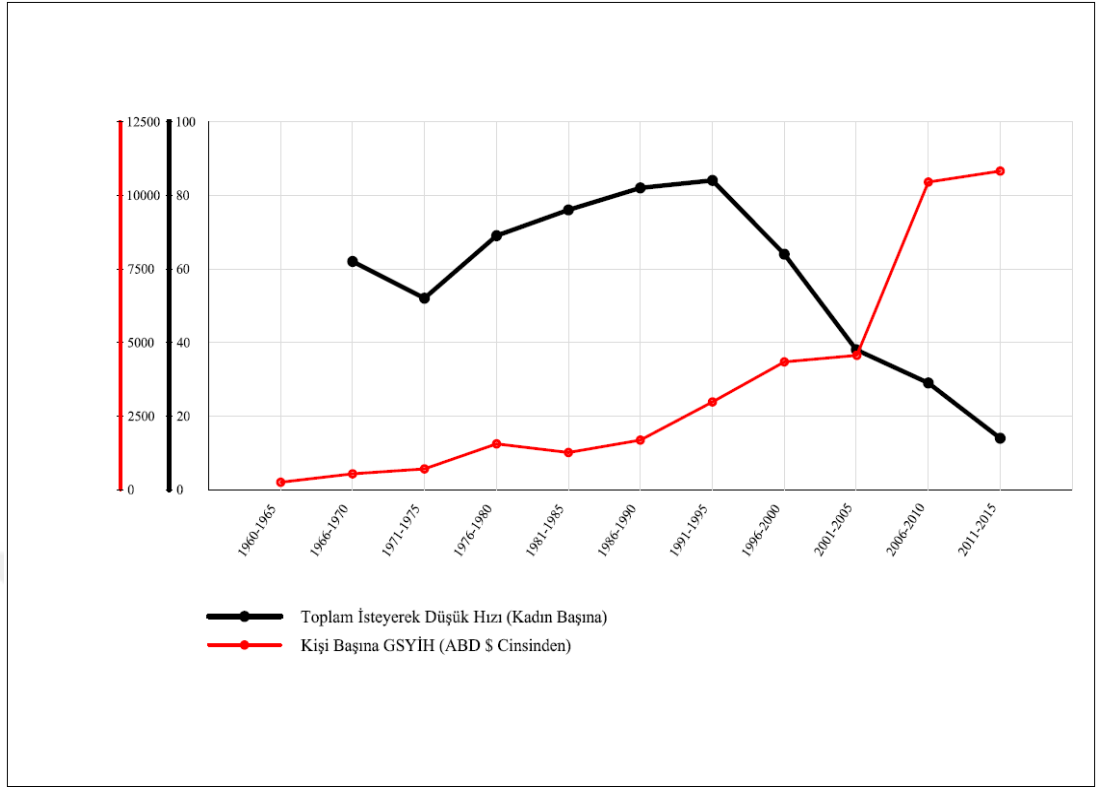
Toplam isteyerek düşük hızı, 1971-1995 döneminde yükselme eğilimindeyken, 1993 yılından itibaren süregelen olarak düşüş göstermiştir. Ancak, korelasyon grafiğinde doğrusal ilişki görülmemektedir.

Korelasyon analizi ile değişkenler arasındaki ilişki sorgulandığında; toplam isteyerek düşük hızı ile erkek ve kadında ilk evlenme yaşı arasında istatistik olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

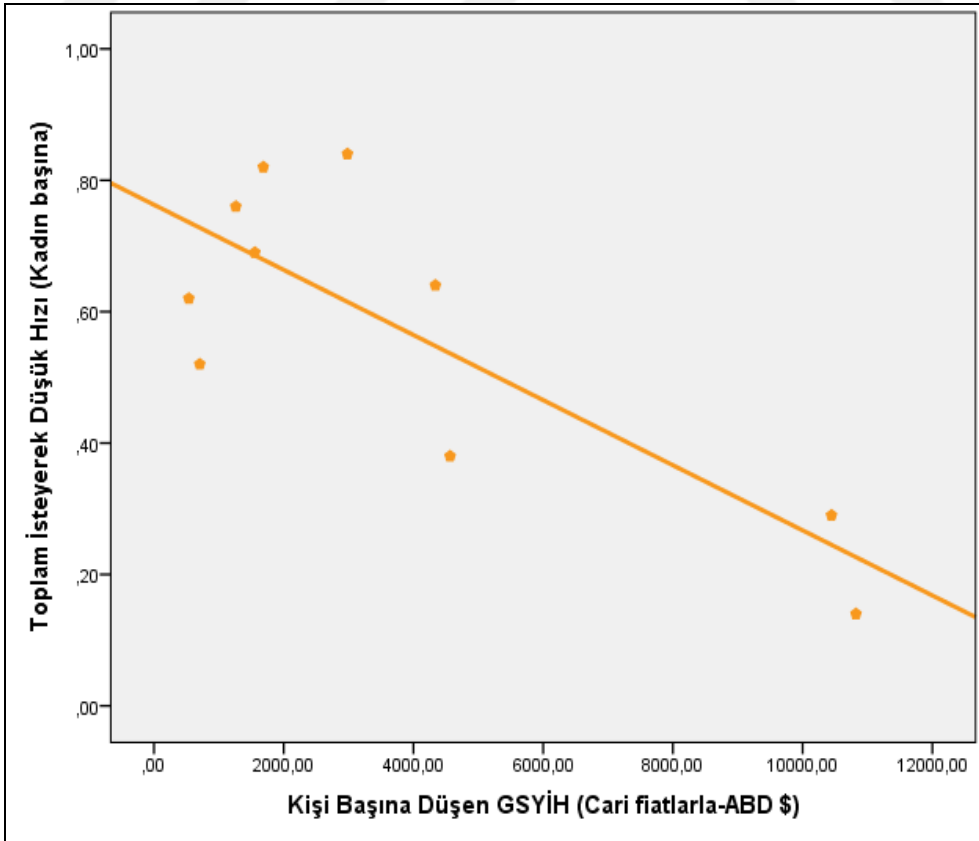
#### **4.3.38. Toplam İsteyerek Düşük Hızı ve Kişi Başı GSYİH**

1991-2005 yılları arasında kişi başı GSYİH dik bir eğimle olmasa da yükselmekte, bu süre içerisinde toplam isteyerek düşük hızı önce yükselme, daha sonra düşme eğilimi göstermektedir. 2003 yılından itibaren ise iki değişken arasındaki ters yönlü değişim göze çarpmaktadır. Söz konusu değişkenlerin zaman içerisindeki seyri Şekil 113'te, değişkenlere ait korelasyon grafiği Şekil 114'te görülmektedir. Yapılan korelasyon analizinde, söz konusu değişkenler arasında istatistik olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Şekil 113: Toplam isteyerek düşük hızı ve kişi başı GSYİH'nın yıllara göre seyri, 1963-2013



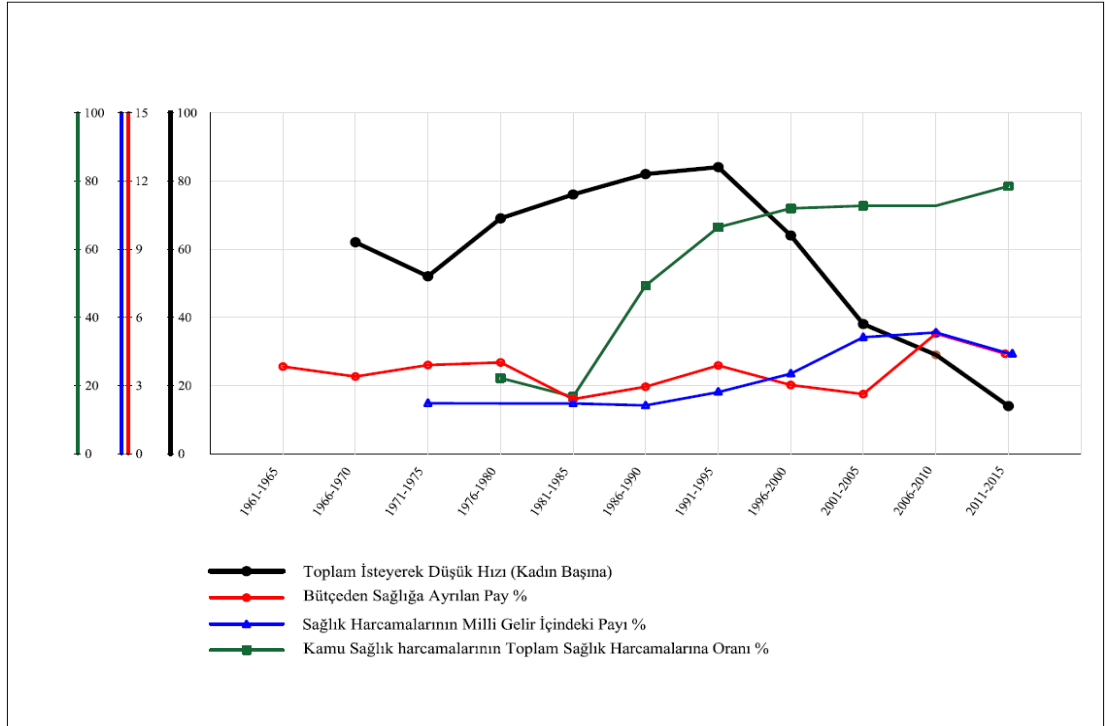
Şekil 114: Toplam isteyerek düşük hızı ve kişi başı GSYİH ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



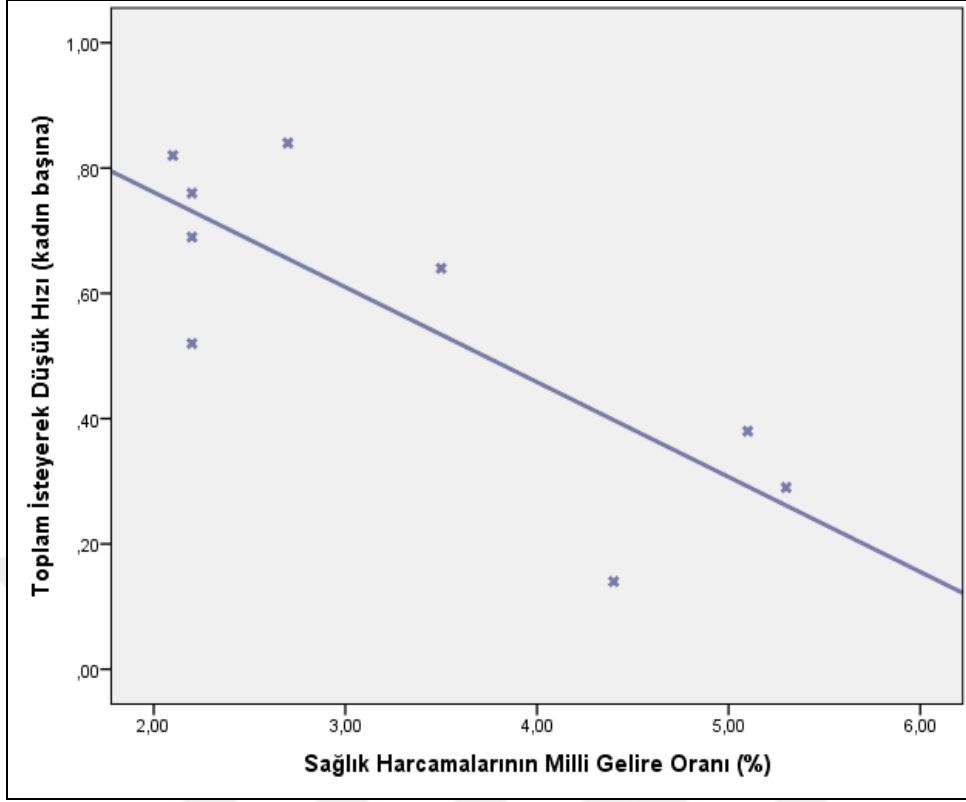
#### 4.3.40. Toplam İsteyerek Düşük Hızı ve Sağlık Finansmanı /Sağlık Harcamaları

Toplam isteyerek düşük hızının önce yükselme sonra düşme eğilimine karşılık, bütçeden sağlığa ayrılan payın düşük düzeyde ve düzensiz bir seyir izlediği, sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payının son beş yıl hariç olmak üzere genel olarak yükselme eğiliminde olduğu, kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranının sürekli yükselme eğiliminde olduğu Şekil 115’de görülmektedir. Söz konusu değişkenler ile toplam isteyerek düşük hızı arasındaki doğrusal ilişkiye yönelik grafikler Şekil 116, Şekil 117 ve Şekil 118’de sunulmuştur.

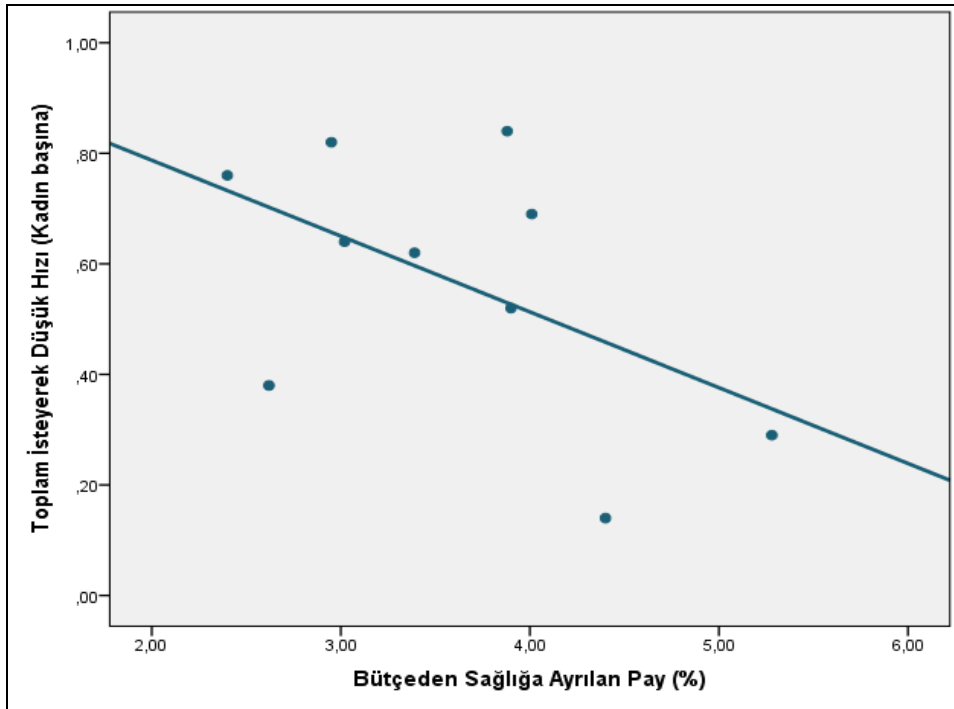
**Şekil 115:** Toplam isteyerek düşük hızı ve sağlık harcamaları / sağlık finansmanı verilerinin yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



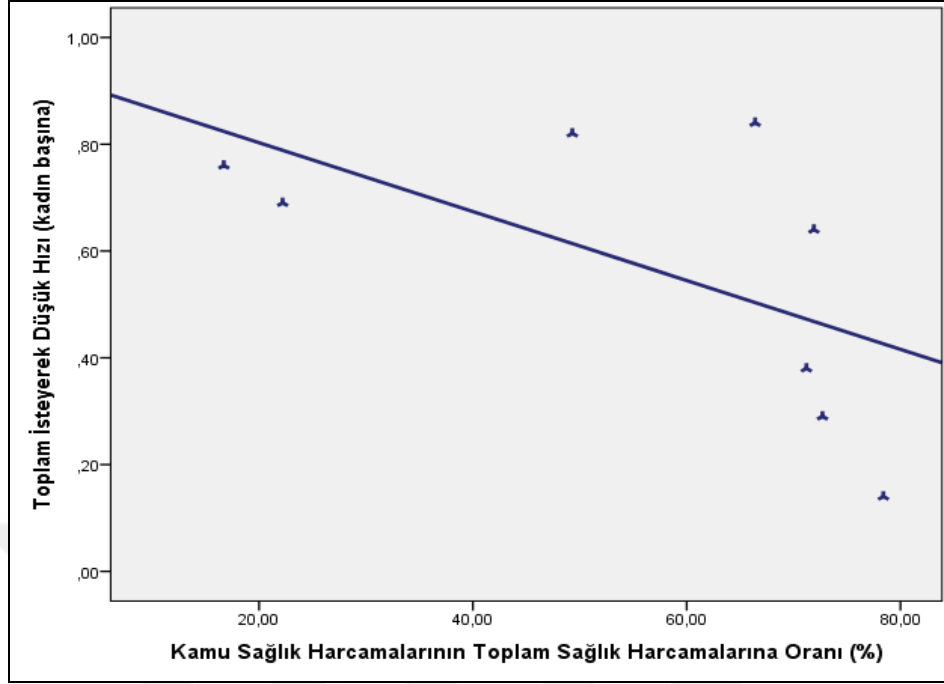
Şekil 116: Toplam isteyerek düşük hızı ve sağlık harcamalarının milli gelire oranı ilişkisi, 1968-2013 Türkiye



Şekil 5: Toplam isteyerek düşük hızı ile bütçeden sağlığa ayrılan pay ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 118:** Toplam isteyerek düşük hızı ile kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Önce korelasyon grafiklerinde sorgulanan doğrusal ilişki düzeyi, korelasyon analizi ile incelendiğinde,

- Toplam isteyerek düşük hızı ile bütçeden sağlığa ayrılan pay arasında ilişki saptanmamış ( $p > 0,05$ ),
- Toplam isteyerek düşük hızı ile sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı arasında negatif yönde, güçlü ve anlamlı ilişki olduğu ( $r = -0,712$ ;  $p < 0,05$ ),
- Toplam isteyerek düşük hızı ile kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı arasında negatif yönde, güçlü ve anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $r = -0,762$   $p < 0,05$ ).

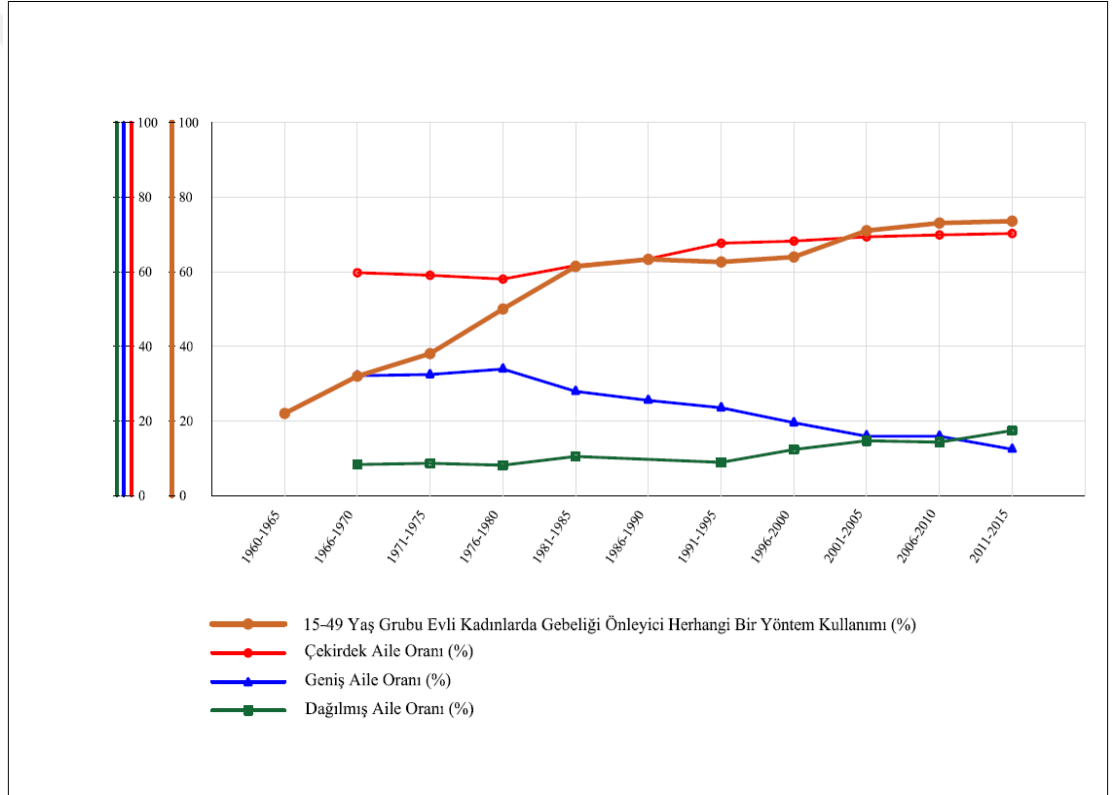
Toplam isteyerek düşük hızı ile anne ölüm oranı, kadınlarda brüt okullaşma oranları ve Gini katsayısı ilişkisi de incelenmiş ancak bu değişkenler ile anlamlı bir istatistikî ilişki tespit edilmemiştir ( $p > 0,05$ ).

#### 4.3.41. 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı ve Aile Tipi

Gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımının aile tipi ile ilişkisi incelendiğinde, yöntem kullanımı artarken, çekirdek aile ve dağılmış aile oranının da arttığı, geniş aile oranının ise azaldığı görülmüştür.

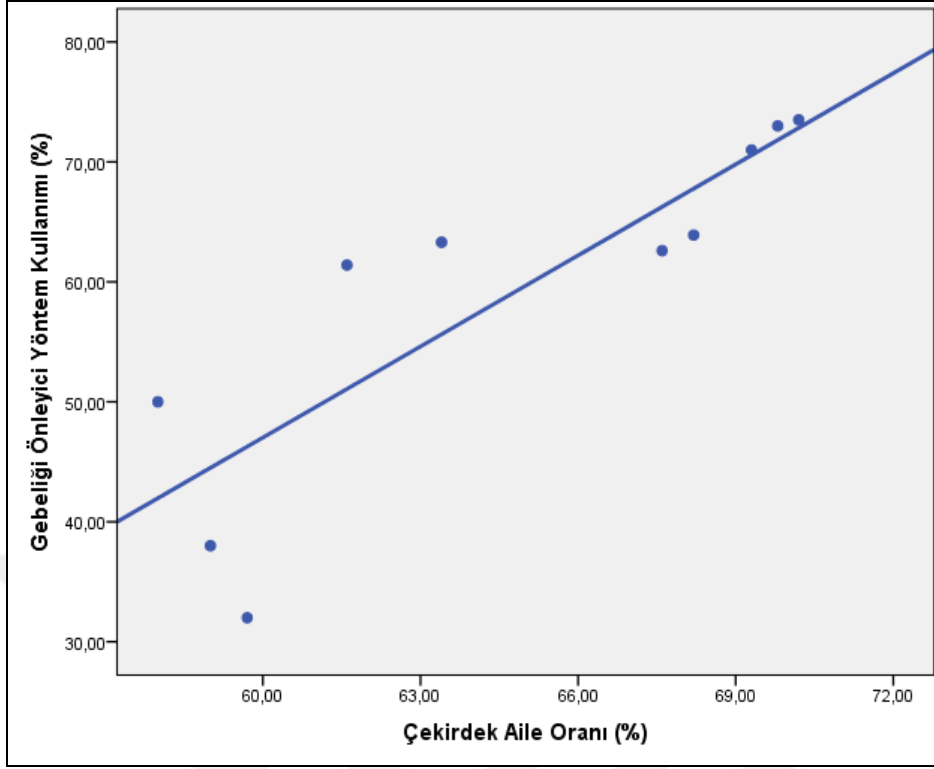
Değişkenlerin zaman içindeki seyri Şekil 119’da, değişkenlere ilişkin korelasyon grafikleri Şekil 120, Şekil 121 ve Şekil 122’dedir.

**Şekil 119:** 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ile aile tipleri oranlarının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye

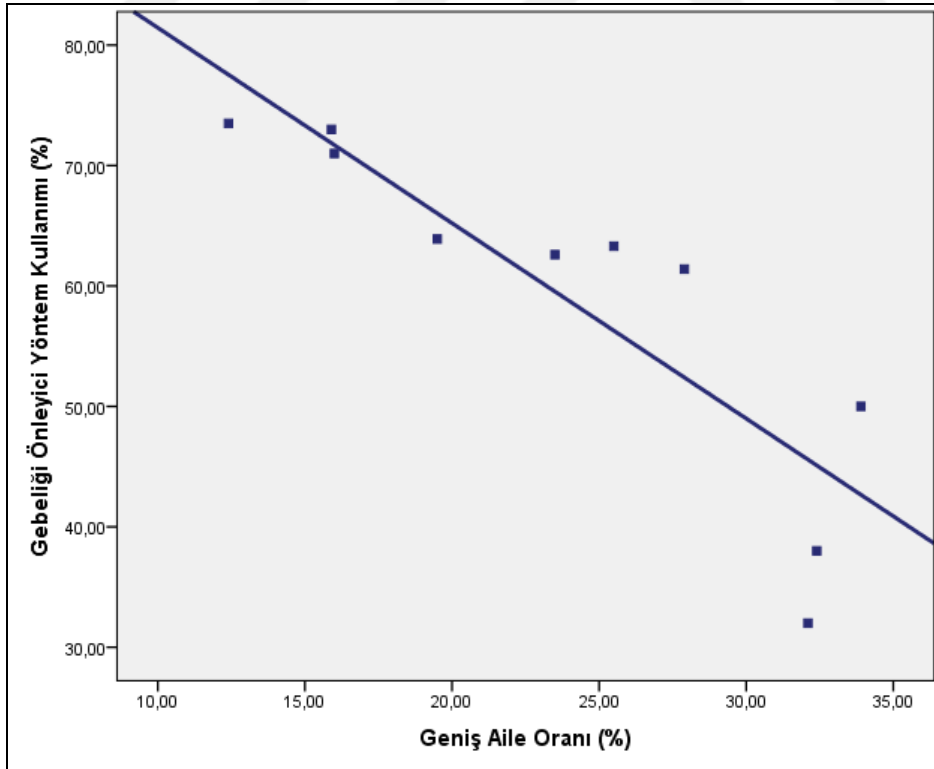




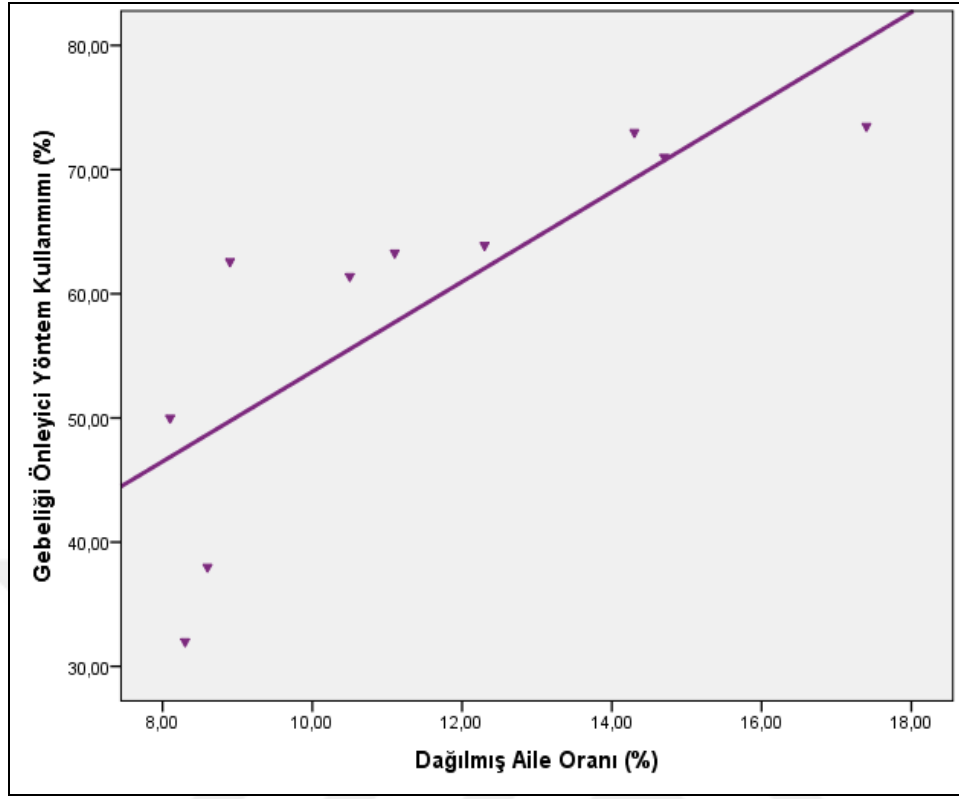
**Şekil 120:** Gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve çekirdek aile oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 121:** Gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ve geniş aile ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Şekil 122: Gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ve dağılmış aile oranı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Korelasyon grafiklerinde; 15-49 yaş grubu evli kadınların gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ile çekirdek ve dağılmış aile tipi oranları arasında pozitif yönde ilişki ve geniş aile oranında ise negatif yönlü ilişki olduğu görülmüş, bu sonuçlar korelasyon analizi ile sınanmıştır;

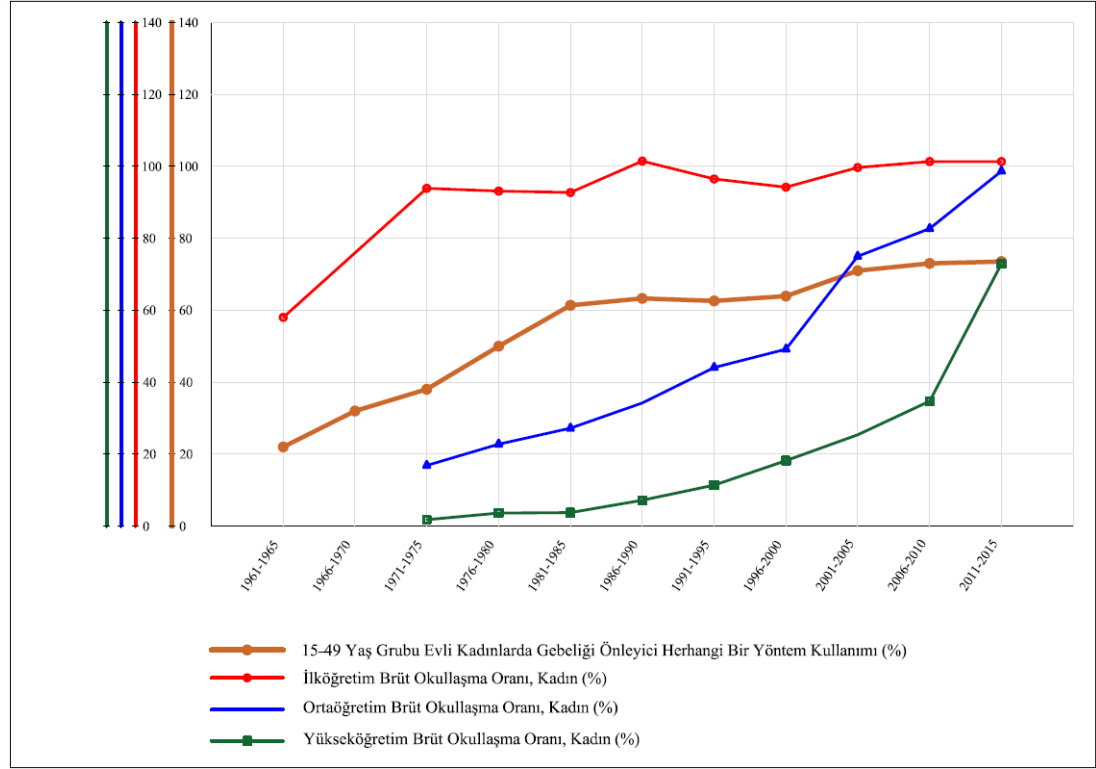
- 15-49 yaş grubu evli kadınların gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ile **geniş aile** oranı arasında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r = -0,939$ ;  $p < 0,001$ ),
- 15-49 yaş grubu evli kadınların gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ile **çekirdek aile** oranı arasında pozitif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r = 0,939$ ;  $p < 0,001$ ),
- 15-49 yaş grubu evli kadınların gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ile **dağılmış aile** oranı arasında pozitif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $r = 0,939$ ;  $p < 0,001$ ).

#### 4.3.45. 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı ve Kadınlarda Brüt Okullaşma Oranı

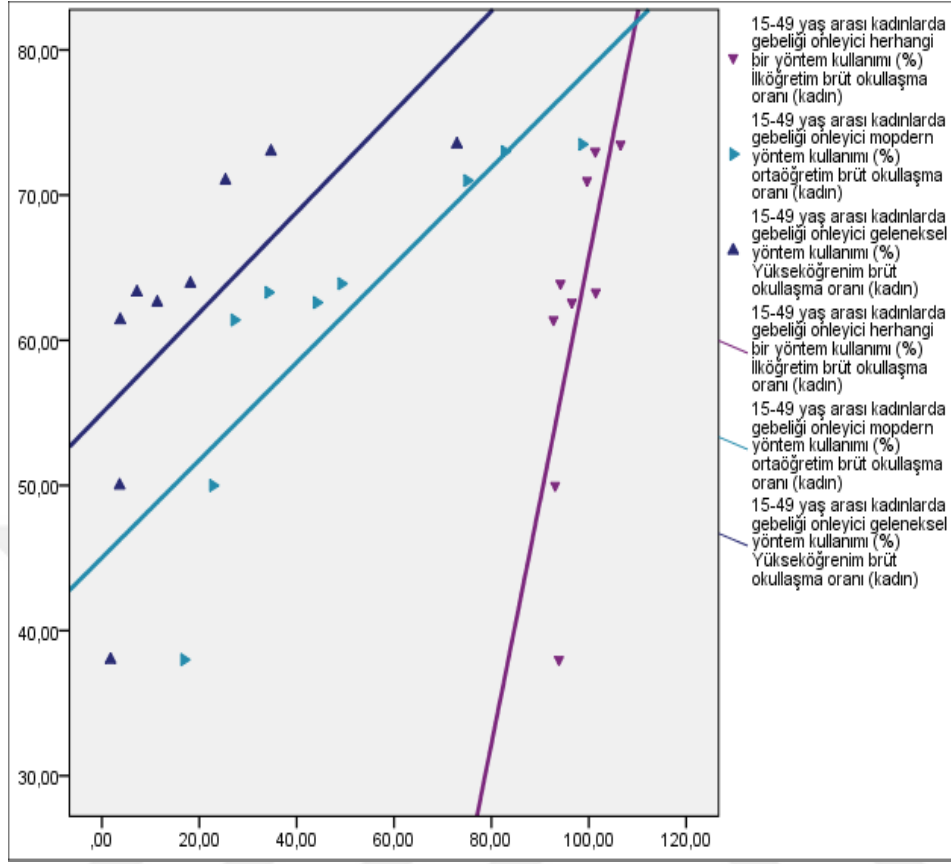
Gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ile kadınlarda brüt okullaşma oranı arasındaki ilişkiyi açıklayan grafikler Şekil 123, Şekil 124 ve Şekil 125'dedir.

Aşağıdaki grafikte görüldüğü gibi, dört değişken de 50 yıl içerisinde yükselme eğiliminde olmuş, en belirgin artış hızı 2000'li yıllardan itibaren ortaöğretim ve yükseköğretim brüt okullaşma oranlarında gerçekleşmiştir.

**Şekil 123:** 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ve kadınlarda brüt okullaşma oranının yıllara göre seyri, 1960-2013, Türkiye



**Şekil 124:** 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ve kadınlarda brüt okullaşma oranı ilişkisi, 1960-2013, Türkiye



Gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ile kadınlarda brüt okullaşma oranları arasında pozitif bir ilişki olduğu yukarıdaki grafikte göze çarpmaktadır.

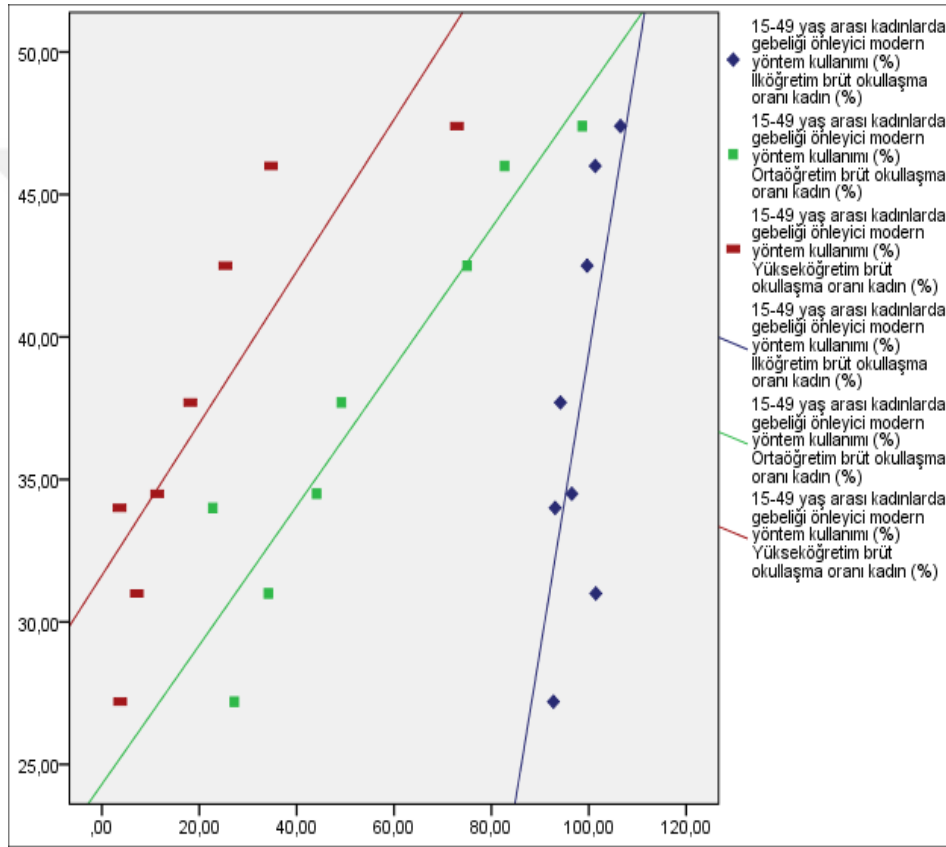
Korelasyon analizi sonucunda;

- 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ile kadında ilköğretim brüt okullaşma oranı arasında pozitif yönde, güçlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r= 0,855$ ;  $p<0,01$ ),
- 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ile kadında ortaöğretim brüt okullaşma oranı arasında pozitif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r= 0,988$ ;  $p<0,001$ ),
- 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ile kadında yükseköğretim brüt okullaşma oranı arasında pozitif

yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu ( $r=0,983$ ;  $p<0,001$ ) görülmüştür.

Kadınlarda brüt okullaşma oranı ile herhangi bir **modern yöntem** kullanımı arasındaki ilişki önce aşağıda yer alan korelasyon grafiği, sonrasında korelasyon analizi ile incelenmiş; bu kez ilköğretimde brüt okullaşma oranı ile arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Şekil 125:** 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici herhangi bir modern yöntem kullanımı ile kadınlarda brüt okullaşma oranları arasındaki ilişki, 1960-2013, Türkiye

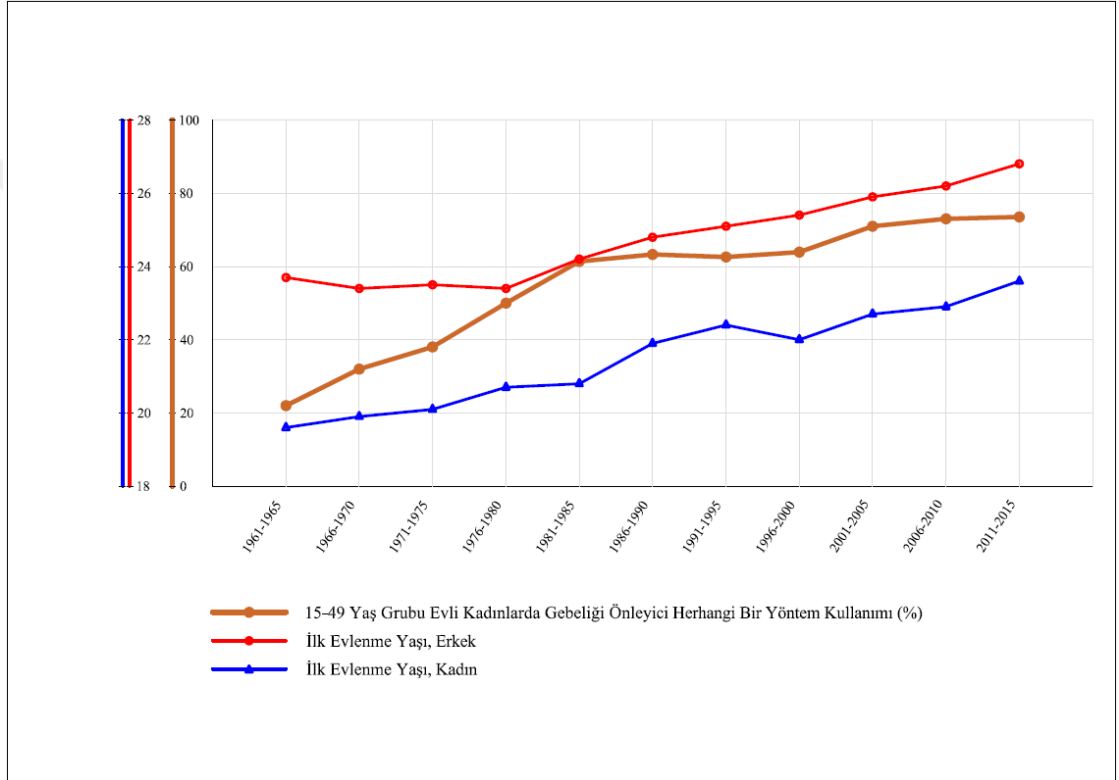


Diğer sonuçlar benzer olarak ortaya çıkmıştır; herhangi bir **modern yöntem** kullanımı ile ortaöğretim ve yükseköğretimde brüt okullaşma oranları arasında pozitif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Her iki eğitim düzeyi için  $r=0,929$ ;  $p<0,001$ ).

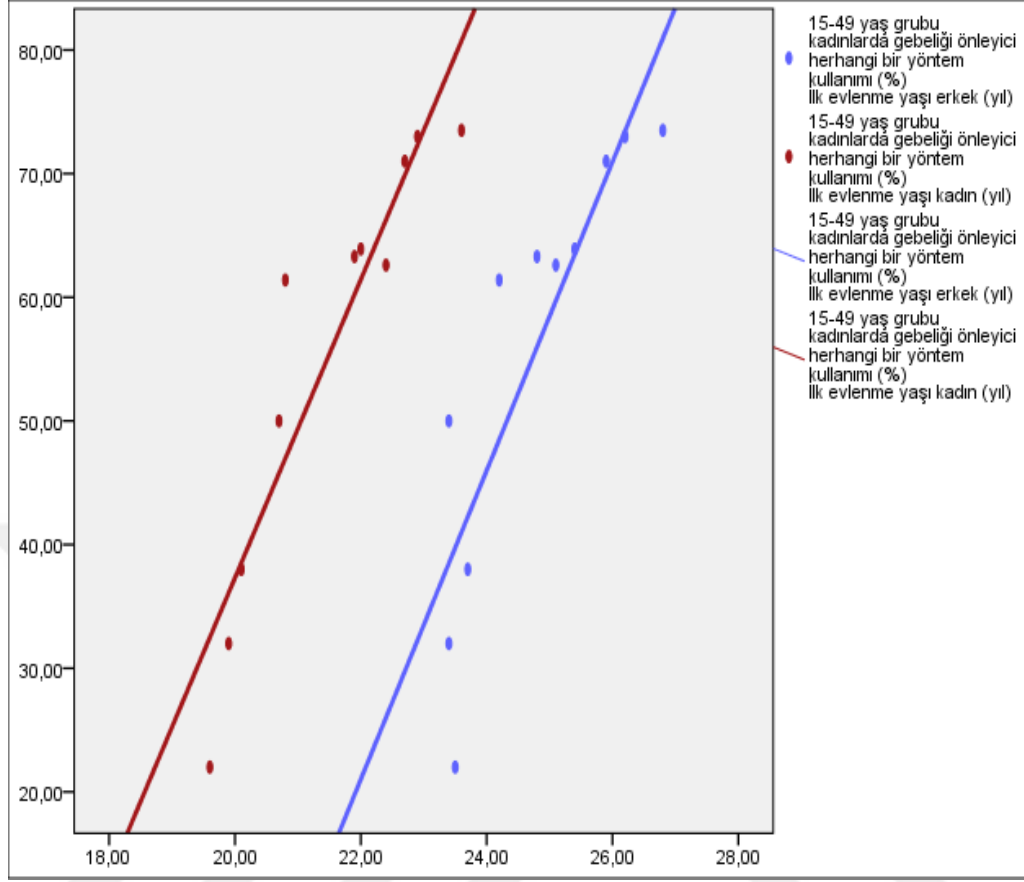
#### 4.3.44. 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı ve İlk Evlenme Yaşı

Gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ile ilk evlenme yaşının zaman içerisinde gösterdiği seyir Şekil 126’da ve iki değişkene ait korelasyon grafiği Şekil 127’de sunulmuştur.

**Şekil 126:** 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve ilk evlenme yaşının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 127:** 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve ilk evlenme yaşı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



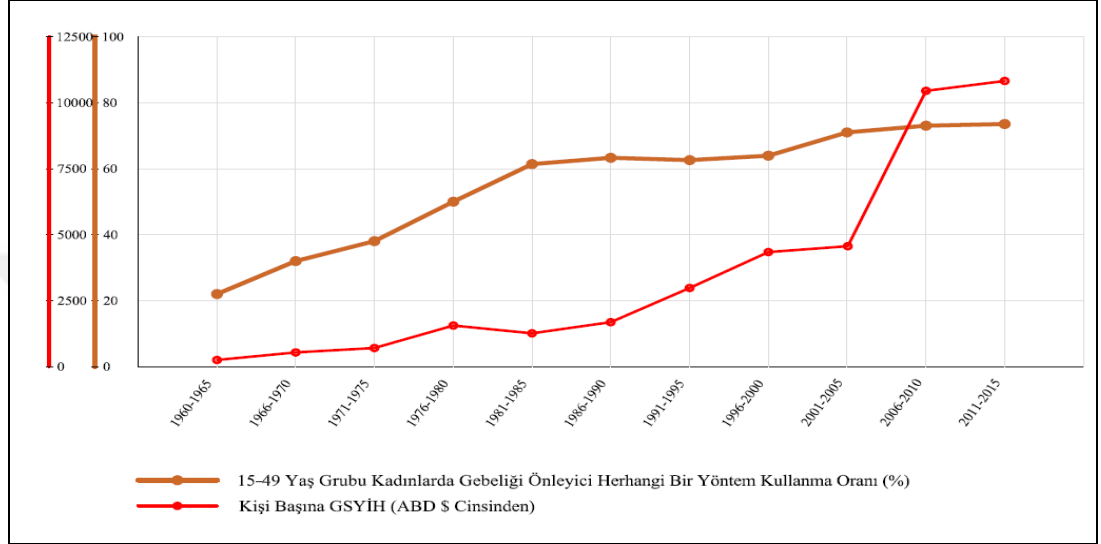
Araştırma döneminde, her üç değişkene (gebeliği önleyici yöntem kullanımı, erkek ve kadınlarda ilk evlenme yaşı) ait değerlerin yükselme eğiliminde olduğu, özellikle son 15 yılda artış hızlarının birbirine paralel seyrettiği gözlenmiştir. 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile kadın ve erkekte ilk evlenme yaşının ilişkisi korelasyon grafiği ile değerlendirildiğinde, aralarında pozitif yönde bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır.

İlişkinin varlığını ve düzeyini belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizinde, gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ile kadın ve erkekte ilk evlenme yaşı arasında pozitif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla erkek ve kadında  $r_{erkek}=0,938$ ,  $r_{kadın}=0,973$ ;  $p<0,001$ ).

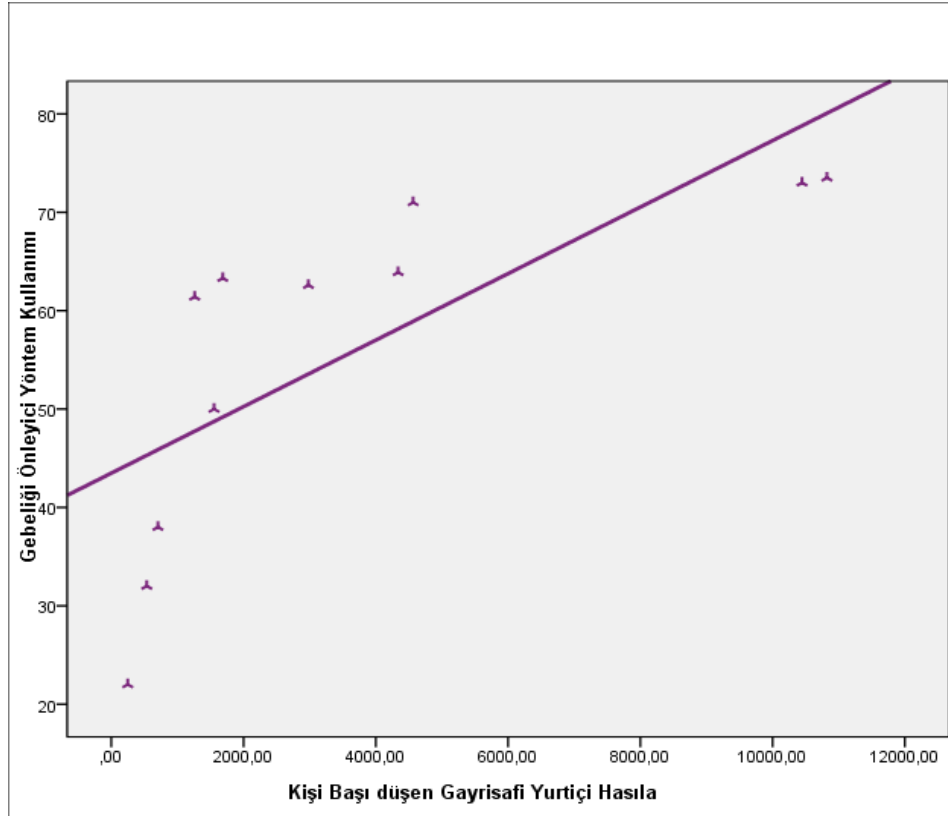
#### 4.3.43. 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı ve Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH)

Gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ve kişi başı GSYİH arasındaki ilişkiyi açıklayan grafikler Şekil 128 ve Şekil 129'da yer almaktadır.

**Şekil 128:** 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ve kişi başı GSYİH'nın yıllara göre seyri, 1963-2013



**Şekil 129:** 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ve kişi başı GSYİH ilişkisi, 1963-2013, Türkiye





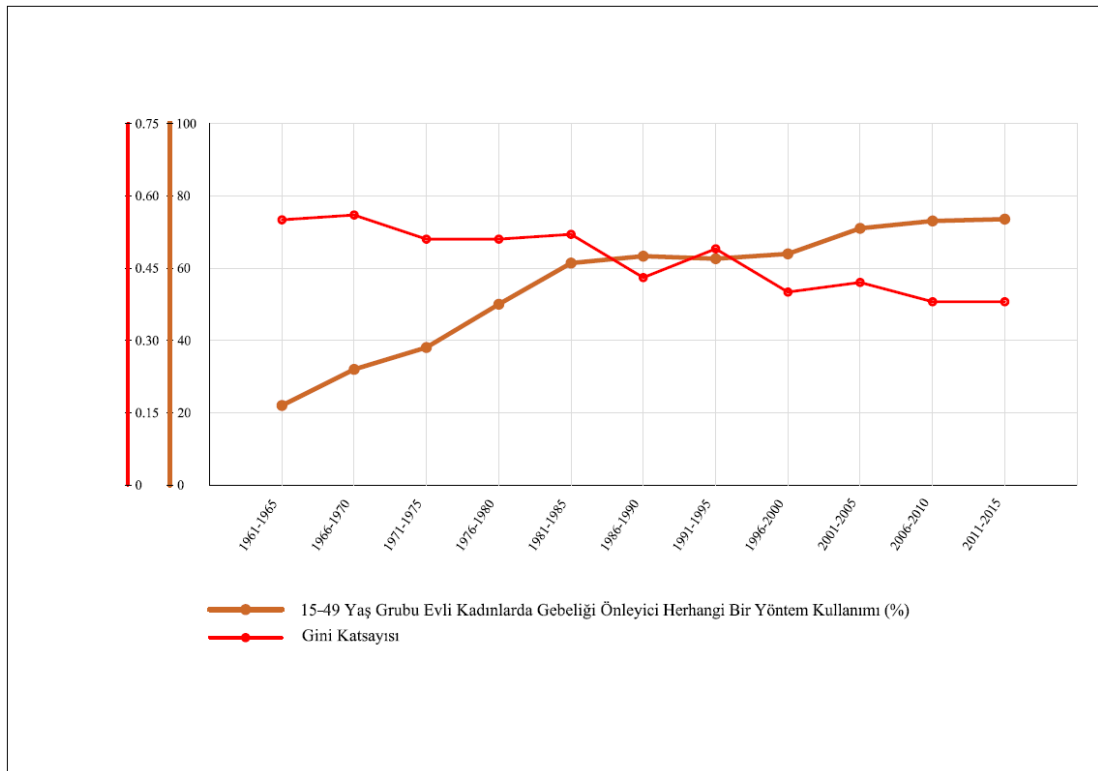
50 yıl içerisinde, hem 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımının hem de kişi başı GSYİH'nın arttığı görülmektedir. Ancak, 2000'li yıllarda, GSYİH artış oranı, gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımından daha yüksek olmuştur.

Söz konusu iki değişken arasındaki ilişki, yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $r= 0,982$ ;  $p<0,001$ ).

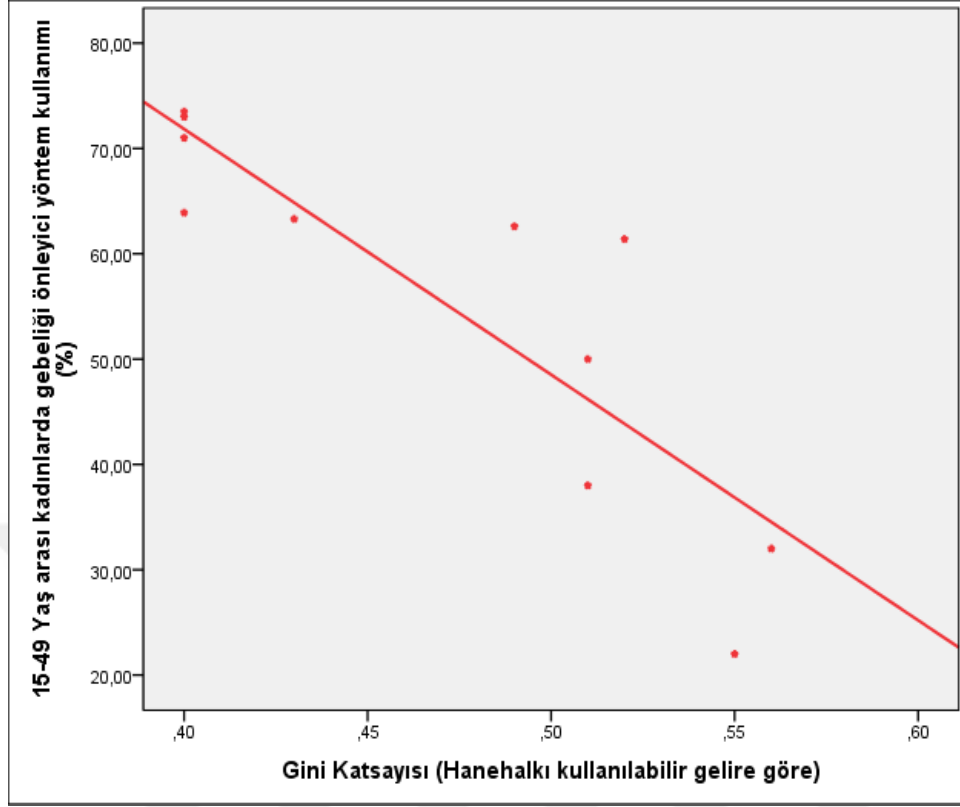
#### 4.3.42. 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı ve Gini Katsayısı

Gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ile Gini katsayısının yıllara göre seyrinin birbiriyle ters yönde ancak benzer oranda değiştiği Şekil 130'da ve değişkenlere ait korelasyon grafiği Şekil 131'de görülmektedir.

**Şekil 130:** 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve Gini katsayısının yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 131:** 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ve Gini katsayısı ilişkisi, 1963-2013, Türkiye

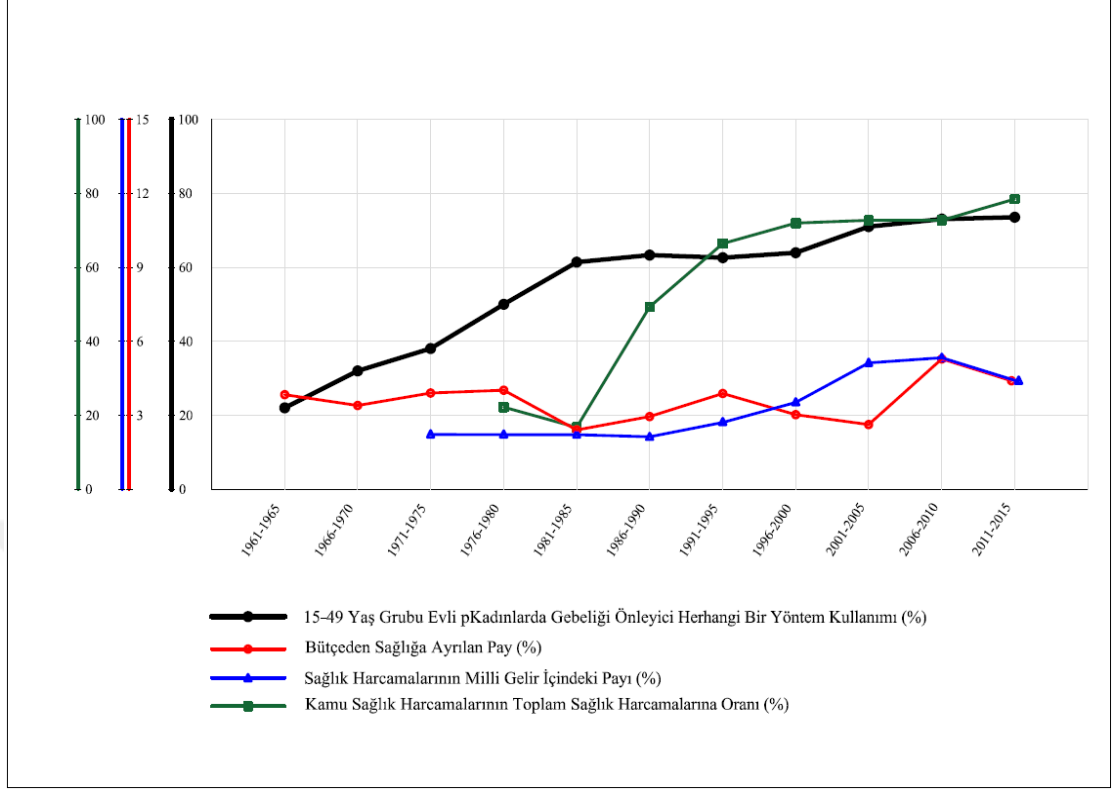


Korelasyon grafiğinde iki değişkenin arasındaki ilişkinin negatif yönde olduğu anlaşılmaktadır. Bu bulgu korelasyon analizi ile desteklenmiştir. Analize göre, gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ve Gini katsayısı arasında negatif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ( $r = -0,937$ ;  $p < 0,001$ ).

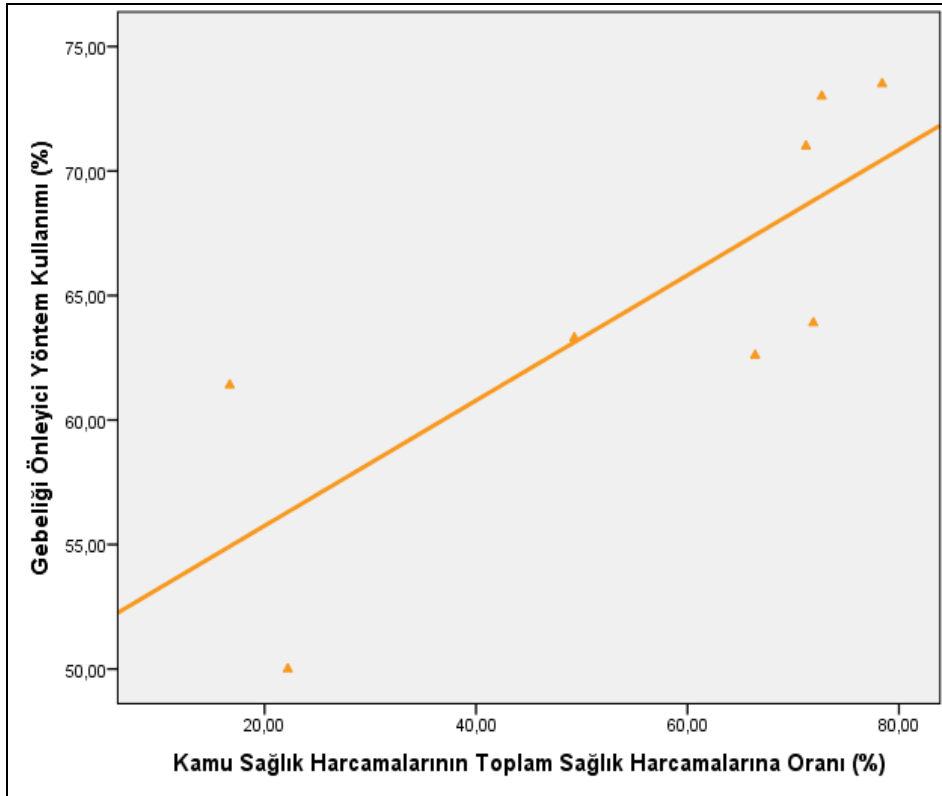
#### **4.3.47. 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı ve Sağlık Finansmanı /Sağlık Harcamaları**

15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile bütçeden sağlığa ayrılan pay, sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranının zaman içerisindeki değişimi Şekil 132’de sunulmuştur. Değişkenlere ait korelasyon grafikleri Şekil 133 ve Şekil 134’tedir.

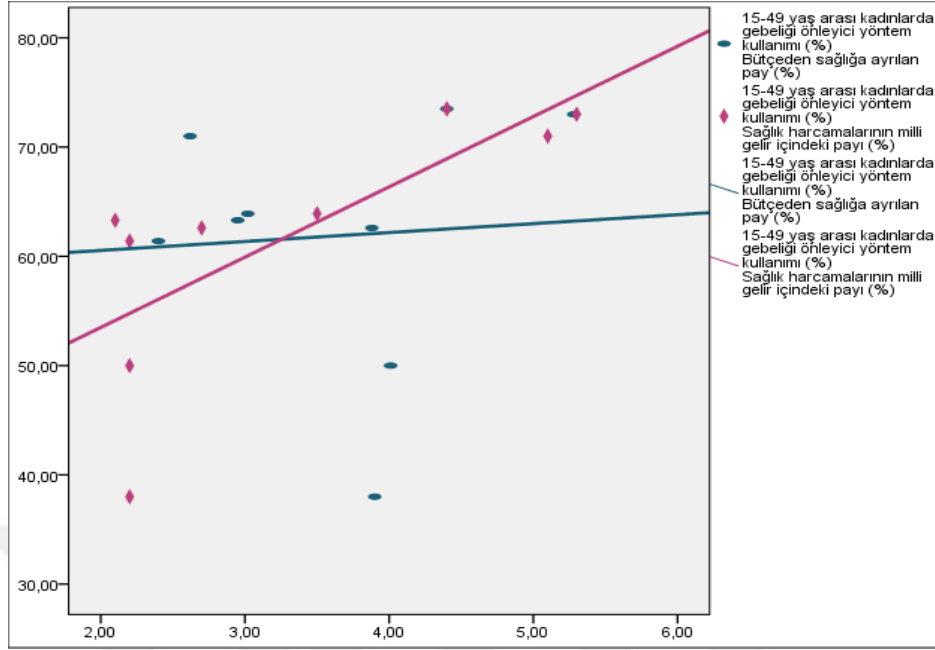
**Şekil 132:** 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile sağlık harcamaları/finansmanı verilerinin yıllara göre seyri, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 133:** 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile kamu harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı arasındaki ilişki, 1963-2013, Türkiye



**Şekil 134:** 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile bütçeden sağlığa ayrılan pay ve sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payının ilişkisi, 1963-2013, Türkiye



Zaman değişkeninin içeren grafikte görüldüğü gibi, hem kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ve sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı hem de gebeliği önleyici yöntem kullanımı artış göstermiştir.

Korelasyon grafikleri incelendiğinde, kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ve sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı ile gebeliği önleyici yöntem kullanımı arasında pozitif ilişki gözlenmekte, bütçeden sağlığa ayrılan pay için ise bir ilişki görülmemektedir.

Veriler korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde;

- 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ile bütçeden sağlığa ayrılan pay arasında ilişki saptanmamış ( $p>0,05$ ),
- 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ile sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ilişki olduğu ( $r= 0,763$ ;  $p<0,05$ ),
- 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı ile kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı arasında pozitif yönde, çok güçlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $r= 0,929$ ;  $p<0,001$ ).

#### 4.4. Derinlemesine Görüşme Bulguları

Bu bölümde, üreme sağlığı alanında uygulayıcı, eğitimci ve karar verici roller üstlenmiş beş katılımcı ile yapılan derinlemesine görüşme bulguları yer almaktadır. Derinlemesine görüşmelerden elde edilen veriler, betimsel analiz ve içerik analizi ile değerlendirilerek yorumlanmıştır. Bulgular, katılımcıların söylemlerinden yapılan alıntılar ve içerik analizi sonuçlarından oluşmaktadır. İçerik analizi kapsamında kod frekanları ve dağılım tabloları ile kodlar arasındaki ilişkileri gösteren haritalar sunulmuştur.

Katılımcılara, ilk olarak üreme sağlığı ile ilgili çalışma deneyimleri sorulmuştur. Söz konusu beş katılımcının üreme sağlığına ilişkin çalışma deneyimleri Tablo 17’de sunulmuştur.

**Tablo 17:** Katılımcıların Üreme Sağlığına İlişkin Çalışma Deneyimleri

Adı Soyadı	Üreme Sağlığı Alanındaki Deneyimleri
Prof. Dr. Ayşe Akın	<p>Çat/Erzurum ve Ergazi/Ankara'da Sağlık Ocağı Hekimliği (1965-1968), Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Halk Sağlığı ihtisası (1966-1970), Hacettepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda Kadın Hastalıkları ve Doğum ihtisası (1968-1971), Southampton Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları-Doğum ve Halk Sağlığı departmanlarında asistan (1972-1974) Çubuk Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekimliği ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Direktörü (1975-1988), Çubuk Eğitim ve Araştırma Bölgesi Sorumlusu (1987-1988), DSÖ Danışma Kurulu Üyeliği (1984-1989), Türkiye'deki Aile Planlaması çalışmalarında SB Danışmanı (1979-1992), Türkiye Jinekoloji Derneği Başkan Yardımcısı ve üyesi (1990-1993), SB Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürü (1992-1997), UNKK Türkiye Delegatesi (1994), DSÖ ve Avrupa Üreme Sağlığı Departmanı yayını "Entre-Nous" Yazı İşleri Kurulu üyesi (1990-1995), 4. Uluslararası Kadın Konferansı (Pekin) Türkiye Delegatesi (1995), Uluslararası Nüfus Programları Yönetim Kurulu Üyesi (1993-1999), DSÖ Avrupa Bölgesi Komitesinin 8 dönem boyunca Türkiye Delegatesi (1993-2001), DSÖ/Avrupa 51. Bölgesel Komitesi Başkanı (2001), Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Kurucusu, Yönetim Kurulu ve Denetleme Kurulu üyesi (1987-), Uluslararası Çocuk Merkezi Kurulu Üyesi (1990-), DSÖ'nün ulusal kadın sağlığı projelerini değerlendirme çalışmalarında danışmanlık ve kadın sorunlarına yönelik programlarda eğitimcilik (1990-), BM Kadının Statüsü Komisyonunda BeşYıllık Dönem Türk Delegatesi (2000-2007), 1. "Kadına Karşı Şiddet" temalı Kadın Sağlığı Kongresi Başkanı (2008), Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi (HÜKÇAM) Kurucusu ve Başkanı (2001-2008), UNESCO Türk Ulusal Kadın Komisyonu Üyesi ve Başkanı (2008-2010), Hacettepe Üniversitesi'nde Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi (1976-2008), Başkent Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi (2008-), Başkent Üniversitesi, Kadın Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi (BÜKÇAM) Başkanı (2008-),</p>

Adı Soyadı	Üreme Sağlığı Alanındaki Deneyimleri
Prof. Dr. Ayşen Bulut	<p><b>Hacettepe Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı (1976-1986)</b></p> <p>Çubuk Merkez Sağlık Ocağı Sorumlu Hekimi (1977-1979),  Çubuk Eğitim ve Araştırma Sağlık Grubu Başkan Yardımcılığı (1979-1981),  Ankara Zübeyde Hanım Doğumevi Aile Planlaması Eğitim Merkezi Kurucusu ve Eğitim Sorumlusu (1980-1983),  Çubuk Bölge Hastanesi Aile Planlaması Eğitim Merkezi-Eğitim Görevlisi (1984-1986),  Etimesgut Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı-Başkanlık Uzmanı (1984-1986),  Etimesgut Sağlık Grup Başkanlığı Aile Planlaması Eğitim Merkezi Kurucusu ve Eğitim Sorumlusu (1984-1986)</p> <p><b>İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü (1987-2008):</b></p> <p>Aile Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi (1987-2008)  Aile Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı (1994-2008)</p> <p><b>İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı</b></p> <p>Sosyal Pediatri Bilim Dalı Başkanı (1994-2003),  İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi Öğretim Üyesi (1994-2005),</p> <p><b>İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Kurucu ve Yönetim Kurulu üyesi (1989-)</b></p> <p>Cinsel Eğitim Tanı ve Tedavi Derneği üyesi (1998-)</p>
Dr. Rıfat Köse	<p>Zonguldak ilinde sağlık ocağı tabipliği, Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanseri Baştabipliği, Frengi Lepra Savaş Başkanlığı, İl Sağlık ve Sosyal Yardım Müdür Yardımcılığı Vekilliği ve İl Sağlık ve Sosyal Yardım Müdür Vekilliği (1983-1984),</p> <p>Halk Sağlığı Uzmanlık eğitiminin tamamlanması (1990),  İstanbul Sağlık Müdür Yardımcılığı (1991-1995),  SB Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (1997-2012).</p>
Dr. İbrahim Açıkalın	<p>Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Daire Başkanı (1996-2006),  Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdür Yardımcısı (2006-2010),  SB ile ulusal ve uluslararası kuruluşların iş birliği kapsamında yürütülen üreme sağlığı programlarında yönetim kademesinde yer almıştır (1996-2010).</p>
Dr. Gün Akı	<p>Kırşehir Devlet Hastanesi Çocuk İshallerini Önleme Bölümü'nde doktor (1985-1987),  İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Doktora Programından mezuniyet (2003),  Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Merkezi'nde Eğitimci, Eğitici Eğitimcisi, İzlemci, Uygulayıcı Hekim (1987-2015),  İstanbul ili Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Eğitimcisi, İzlemcisi, Ulusal Eğitici Eğitimcisi (1987-2015),  T.C.SB, JHPIEGO, AVSC, WILLOWS, IKGV, USAID/MSH, TOGV, TAPV gibi ulusal ve uluslararası kurum ve vakıfların üreme sağlığı ile ilgili değişik illerde düzenlenen (İstanbul, İzmir, Eskişehir, Samsun, Ankara, Aydın, Van, Mersin, Malatya, Adana, Ordu) proje çalışmalarında eğitici, eğitici eğitimcisi ve izlemci (1999 – 2017),  Beyoğlu Ana Çocuk Sağlığı Merkezi Hekimi (2016).</p>

#### 4.4.1. Temalar ve Kod İçerikleri

Katılımcıların yarı yapılandırılmış soru formu doğrultusunda yöneltilen sorulara verdikleri yanıtlar çerçevesinde tümevarım yaklaşımı ile önce kodlama yapılarak kodlar ve alt kodlar belirlenmiş, daha sonra temalar oluşturulmuştur.

Görüşmelerde katılımcıların kullandıkları ifadeler Tablo 18’de gösterilen 35 başlık altında 407 kez kodlanmıştır.

**Tablo 18:** Kod Durumu

		<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>
1	Nüfus politikaları/yasalar	42	10,32
2	Danışmanlık ve eğitim hizmetleri	32	7,86
3	Doğurganlığın düzenlenmesine yönelik hizmetler	27	6,63
4	Öneriler	21	5,16
5	İsteyerek düşük hizmetleri	21	5,16
6	Birinci basamak sağlık hizmetleri	20	4,91
7	Sağlık insan gücünün üreme sağlığı hizmetlerine yaklaşımı	19	4,67
8	Sağlık yönetimi	17	4,18
9	Sağlık insan gücünün eğitimi	17	4,18
10	Toplum liderleri	17	4,18
11	Toplumsal cinsiyet ve kadına yönelik şiddet	17	4,18
12	Sağlık insan gücünün sayısı ve niteliği	16	3,93
13	Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği	14	3,44
14	Bölgesel farklılıklar	13	3,19
15	Üreme hakları bilinci	13	3,19
16	Doğurganlık	12	2,95
17	Ölümlülük	11	2,70
18	Hastanelerde üreme sağlığı hizmetleri	11	2,70
19	Verilerin toplanması	10	2,46
20	Doğum ve doğum öncesi bakım hizmetleri	9	2,21
21	Demografik özellikler	8	1,97
22	Eğitim düzeyi	6	1,47
23	Üreme hakları	5	1,23
24	Gelir dağılımı/ekonomik durum	5	1,23
25	Gençlere yönelik hizmetler	4	0,98
26	Değerler	4	0,98
27	Gebeliği önleyici yöntem kullanımı	3	0,74
28	Doğum ve doğum öncesi bakım	3	0,74
29	İsteyerek düşükler	3	0,74
30	Çocuk sağlığı hizmetleri	2	0,49
31	CYBE	1	0,25
32	Adolesan doğurganlıklar	1	0,25
33	Eşitsizlikler	1	0,25
34	Menopoza yönelik hizmetler	1	0,25
35	Aile ilişkileri	1	0,25
	TOPLAM	407	100,00



En çok kodlanan konular; nüfus politikaları/yasalar (%10,32), danışmanlık ve eğitim hizmetleri (%7,86) ve gebeliği düzenlemeye yönelik hizmetler (%6,63) olmuştur.

Katılımcıların ifadelerinin en sık hangi alanlarda kodlandığı Şekil 135'de gösterilmiştir.

**Şekil 135:** Katılımcılara göre kodlama sıklıkları

Kod Sistemi	Ayşe Akın	Ayşen Bulut	Gün Akı	İbrahim Açkalın	Rıfat Köse	TOPLAM
Üreme hakları	1	1	0	0	0	5
Verilerin toplanması	1	0	0	1	1	10
Sağlık yönetimi	1	1	1	1	1	17
Demografik özellikler	1	1	1	0	0	8
Bölgesel farklılıklar	1	1	1	0	1	13
Nüfus politikaları/yasalar	1	1	1	1	1	42
Çocuk sağlığı hizmetleri	1	0	0	1	1	2
Menopoza yönelik hizmetler	0	0	1	0	0	1
CYBE	0	0	1	0	0	1
Gençlere yönelik hizmetler	1	1	1	0	0	4
Doğum ve doğum öncesi bakım hizmetleri	1	1	1	1	1	9
Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği	1	1	1	1	1	14
Danışmanlık ve eğitim hizmetleri	1	1	1	1	1	32
Doğurganlığı düzenlemeye yönelik hizmetler	1	1	1	1	1	27
İsteyerek düşük hizmetleri	1	1	1	0	0	21
Sağlık hizmetlerinin yapısı	0	0	0	0	0	0
Hastanelerde üreme sağlığı hizmetleri	0	1	1	0	1	11
Birinci basamak sağlık hizmetleri	1	1	1	1	1	20
Sağlık çalışanlarının üreme sağlığı hizmetlerine yaklaşımı	1	1	1	1	1	19
Sağlık insan gücünün sayısı ve niteliği	1	1	1	1	1	16
Sağlık insan gücünün eğitimi	1	1	1	1	1	17
Aile ilişkileri	0	1	0	0	0	1
Eğitim düzeyi	0	1	1	1	0	6
Gelir dağılımı/ekonomik durum	1	1	1	1	0	5
Değerler	1	1	1	0	0	4
Toplum liderleri	1	1	1	1	1	17
Toplumsal cinsiyet ve kadına yönelik şiddet	1	1	1	1	1	17
Üreme hakları bilinci	1	1	1	1	1	13
Eşitsizlikler	0	1	0	0	0	1
Ölümlülük	1	1	1	1	1	11
Doğurganlık	1	1	1	1	1	12
İsteyerek düşükler	1	1	1	1	0	3
Adölesan gebelikler	0	1	0	0	0	1
Gebeliği önleyici yöntem kullanımı	1	1	1	1	0	3
Doğum ve doğum öncesi bakım	1	1	1	1	0	3
Öneriler	1	1	1	1	1	21
<b>TOPLAM</b>	<b>129</b>	<b>69</b>	<b>92</b>	<b>69</b>	<b>48</b>	<b>407</b>

\* Karelerin büyüklüğü her sütundaki en sık kodlanan konuları göstermektedir.

Prof. Dr. Ayşe Akın'ın genel olarak en çok üzerinde durduğu konu nüfus politikaları (n:29) iken, Prof. Dr. Ayşen Bulut gebeliği düzenlemeye yönelik hizmetleri (n:9), Dr. İbrahim Açıkalin ve Dr. Gün Akı danışmanlık ve eğitim hizmetlerini (n:11, n:11) ve Dr. Rifat Köse birinci basamak sağlık hizmetlerini (n:5) en sık olarak gündeme getirmiştir.

Yapılan 407 kodlama işlemi sonrasında bazı ifadelerin birden fazla kod/alt kod ile tanımlanması nedeniyle toplam 245 kod/alt kod elde edilmiştir. Bu kod/alt kodlar, “Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörlere Yönelik Görüş ve Deneyimler”, “50 Yılda Görülen Değişimler, Güncel Durum ve Öngörüler” ve “Öneriler” olmak üzere üç tema altında toplanmıştır. Tablo 19’da söz konusu üç temaya atanan kod/alt kod frekansları gösterilmiştir.

**Tablo 19:** Temalara atanan kod sıklıkları

	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>
Üreme sağlığını etkileyen faktörlere yönelik görüş ve deneyimler	181	73,88
50 yılda görülen değişimler, güncel durum ve öngörüler	43	17,55
Öneriler	21	8,57
<b>TOPLAM</b>	245	100,00

En çok kod/alt kod içeren tema “Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörlere Yönelik Görüş ve Deneyimler” teması olmuştur (%73,88). “50 Yılda Görülen Değişimler, Güncel Durum ve Öngörüler” teması toplam kod/alt kod sayısının %17,55’ini ve “Öneriler” teması %8,57’sini içermektedir. Tablo 20’de bu temalara atanan kodlar ve alt kodlar ile kodlanma sıklıkları görülmektedir.

**Tablo 20:** Temaların içerdiği kod durumu

<b>Tema 1: Üreme sağlığını etkileyen faktörlere yönelik görüş ve deneyimler</b>			
<b>Kod</b>	<b>Alt Kod</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>
Nüfus politikaları/yasalar		42	10,32
Sağlık hizmetleri	Danışmanlık ve eğitim hizmetleri	32	7,86
	Doğurganlığın düzenlenmesine yönelik hizmetler	27	6,63
	İsteyerek düşük hizmetleri	21	5,16
	Birinci basamak sağlık hizmetleri	20	4,91
	Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği	14	3,44
	Hastanelerde üreme sağlığı hizmetleri	11	2,70
	Doğum ve doğum öncesi bakım hizmetleri	9	2,21
	Gençlere yönelik hizmetler	4	0,98
	Çocuk sağlığı hizmetleri	2	0,49
	Menopoza yönelik hizmetler	1	0,25
	CYBE	1	0,25
Sağlık insan gücü	Üreme sağlığı hizmetlerine yaklaşımı	19	4,67
	Eğitimi	17	4,18
	Sayısı ve niteliği	16	3,93
Sosyoekonomik ve kültürel özellikler	Toplum liderleri	17	4,18
	Toplumsal cinsiyet ve kadına yönelik şiddet	17	4,18
	Eğitim düzeyi	6	1,47
	Gelir dağılımı/ekonomik durum	5	1,23
	Değerler	4	0,98
	Aile ilişkileri	1	0,25
Sağlık yönetimi		17	4,18
Bölgesel farklılıklar		13	3,19
Verilerin toplanması		10	2,46
Demografik özellikler		8	1,97
Üreme hakları		5	1,23
<b>Tema 2: 50 yılda görülen değişimler, güncel durum ve öngörüler</b>			
<b>Kod</b>	<b>Alt Kod</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>
Üreme hakları bilinci		13	3,19
Doğurganlık		12	2,95
Ölümlülük		11	2,70
İsteyerek düşükler		3	0,74
Gebeliği önleyici yöntem kullanımı		3	0,74
Doğum ve doğum öncesi bakım hizmetleri		3	0,74
Adolesan doğurganlıkler		1	0,25
Eşitsizlikler		1	0,25
<b>Tema 3: Öneriler</b>		<b>21</b>	<b>5,16</b>
<b>TOPLAM</b>		<b>407</b>	<b>100,00</b>

#### 4.4.2. Tema 1: Katılımcıların Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüş ve Deneyimleri

Katılımcılara, Türkiye’de üreme sağlığını etkileyen faktörler hakkındaki görüşleri ve bunlara ilişkin yaşadıkları deneyimler sorulmuştur. Bu alanda Tablo 21’de görüldüğü gibi 9 başlık altında 295 kez kodlama yapılmıştır.

**Tablo 21:** “Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüş ve Deneyimler” Teması Kodları

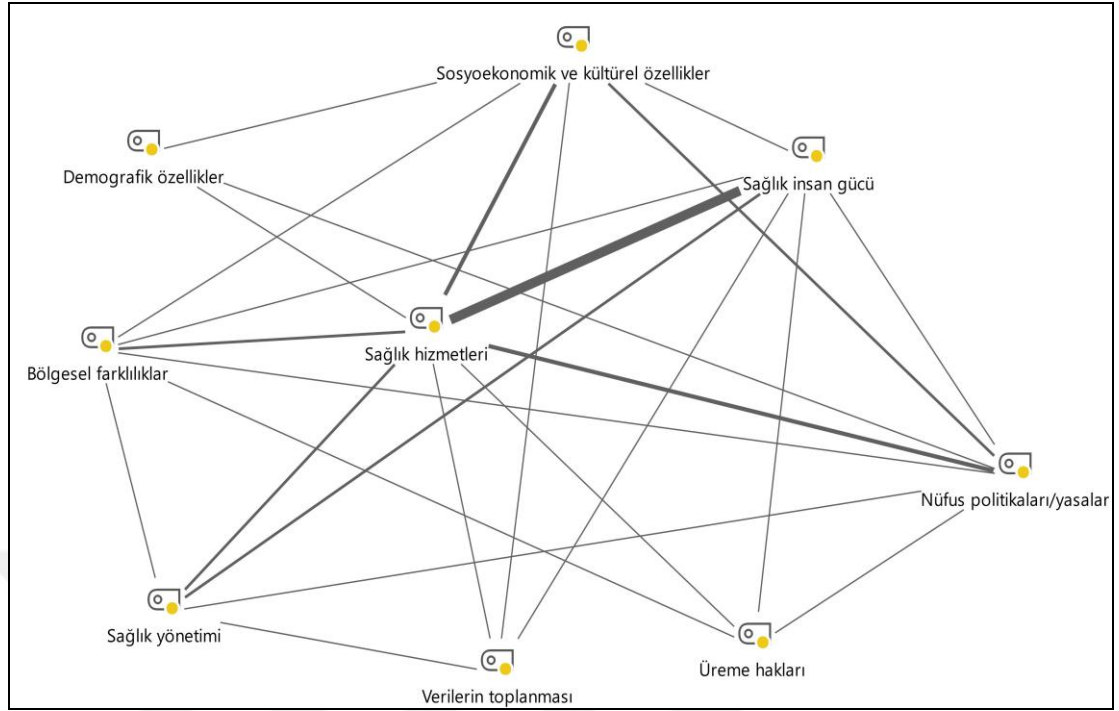
Kod/Alt Kodlar	Frekans	Yüzde
Sağlık hizmetleri	110	37,29
Sağlık insan gücü	47	15,93
Sosyoekonomik ve kültürel özellikler	43	14,58
Nüfus politikaları/yasalar	42	14,24
Sağlık yönetimi	17	5,76
Bölgesel farklılıklar	13	4,41
Verilerin toplanması	10	3,39
Demografik özellikler	8	2,71
Üreme hakları	5	1,69
TOPLAM	295	100,00

Katılımcıların, “üreme sağlığını etkileyen faktörler” olarak en çok üzerinde durdukları konunun “sağlık hizmetleri” (%37,29) olduğu görülmektedir. 2. sırada sağlık insan gücünden (%15,93), üçüncü sırada sosyoekonomik ve kültürel faktörlerden, 4. sırada nüfus politikaları/yasalardan ve 5. sırada sağlık yönetimini ele aldıkları gözlenmektedir.

Bu tema başlığı altında birbiriyle kesişmeyen kod sayısı 181’dir (Tablo 19). Yani bu tema başlığı altında 181 alanda 295 kez kodlama yapılmıştır. Kod başlıklarının birbiriyle ilişkili olduğu kesişen kod sayısından anlaşılmaktadır.

Üreme Sağlığını etkileyen faktörlerin birbiriyle ilişkisi Şekil 136’da görülmektedir.

**Şekil 136:** Üreme sağlığını etkileyen faktörlerin birbiriyle ilişkisi



\*Çizgi genişlikleri ilişkinin gücünü göstermektedir.

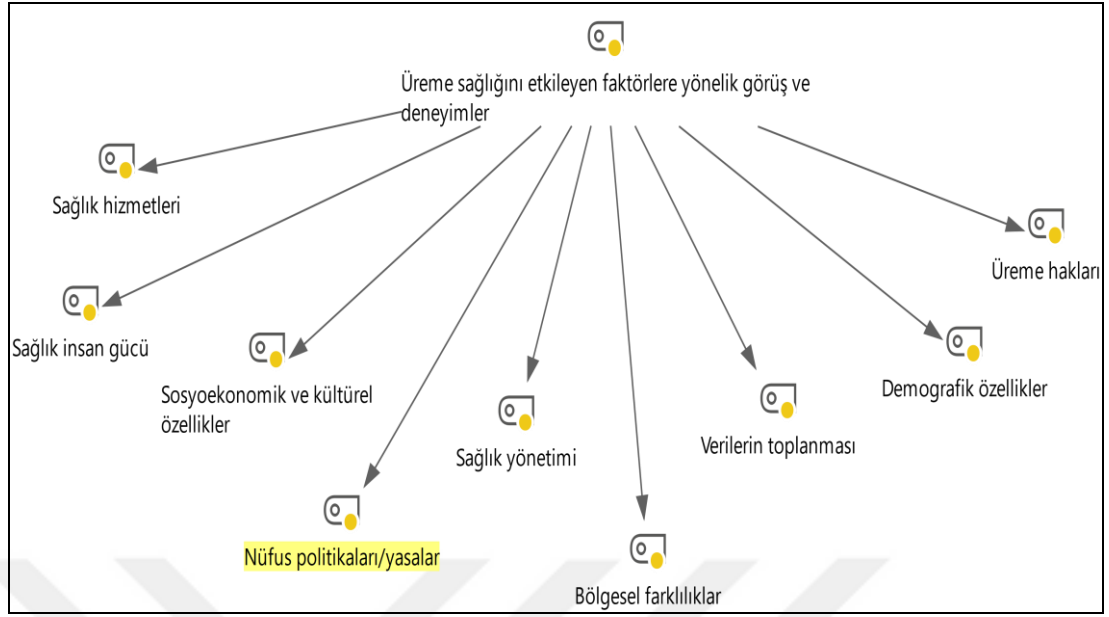
“Sağlık hizmetleri”nin diğer 8 kodla, “nüfus politikaları/yasalar” ve “sağlık insan gücü”nün diğer 7 kodla, “bölgesel farklılıklar”ın diğer 6 kodla, “sağlık yönetimi”nin diğer 5 kodla, “üreme hakları”nın diğer 4 kodla ve “demografik özellikler”in diğer 3 kod ile ilişkilendirildiği görülmektedir.

En güçlü ilişkiler “sağlık insan gücü-sağlık hizmetleri”, “nüfus politikaları-sağlık hizmetleri” ve “sağlık hizmetleri-sosyoekonomik ve kültürel özellikler”, “sağlık yönetimi-sağlık hizmetleri” ve “sağlık yönetimi-sağlık insan gücü” arasında görülmüştür.

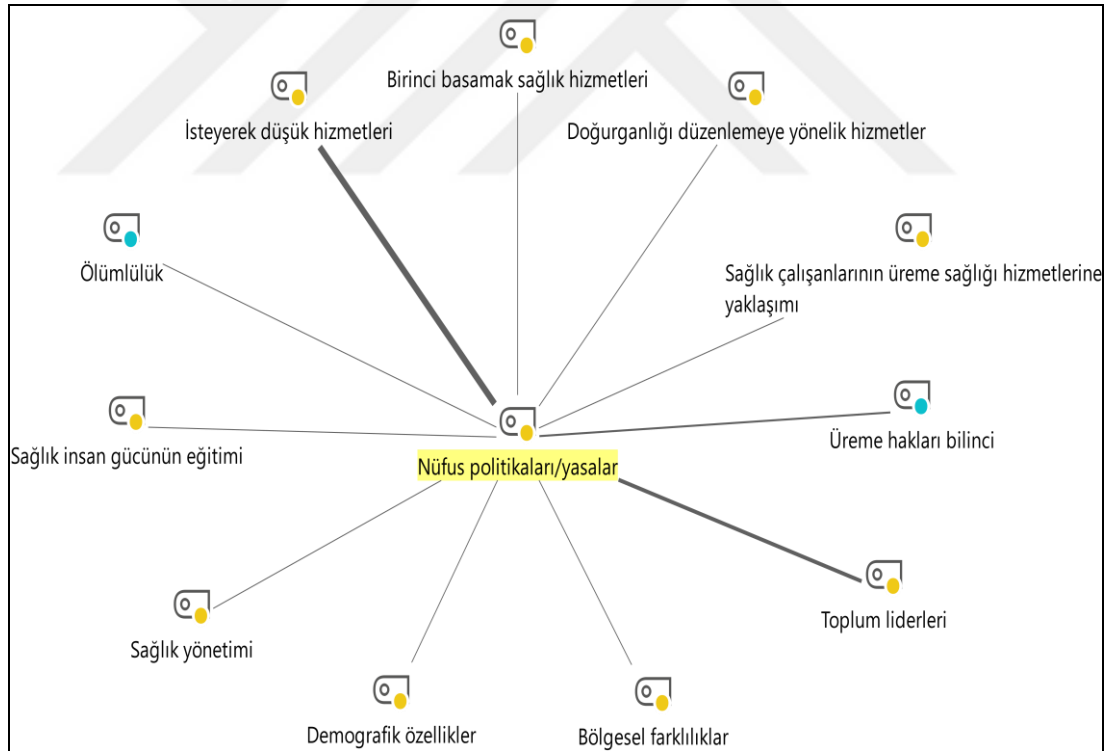
#### 4.4.2.1. Nüfus Politikaları/Yasalar

“Nüfus politikaları/yasalar” kodu, Şekil 137’de görüldüğü gibi “Üreme sağlığını etkileyen faktörlere ilişkin görüş ve deneyimler” temasının 9 kodundan biri olarak belirlenmiştir. Bu kodun, diğer kod ve alt kodlarla ilişkisi Şekil 138’de gösterilmektedir.

Şekil 137: Nüfus politikaları/yasalar kodunun Tema 1'deki hiyerarşik durumu



Şekil 138: Nüfus politikaları/yasalar kodunun diğer kod/alt kodlarla ilişkisi\*



\* Çizgi kalınlıkları ilişkinin gücünü göstermektedir.

Söz konusu kod ile “Toplum liderleri” ve “İsteyerek düşük hizmetleri” alt kodları arasında diğerlerine oranla daha sık ilişki kurulduğu tespit edilmiştir. Bu kod toplam 11 kod/altkod ile ilişkilendirilmiştir.

Bu kısımda, önce katılımcıların dünyada ve Türkiye’de nüfus politikalarının değişimine ilişkin görüş ve deneyimlerine yer verilmiştir. Ardından 2827 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu’nun hazırlanması ve savunulması süreci, kanunun çıkarılmasında aktif rol alan Prof. Dr. Ayşe Akın’ın anlatımıyla aktarılmıştır. Daha sonra “Nüfus politikaları/yasalar” kodu ile “İsteyerek düşük hizmetleri”, “Doğurganlığın düzenlenmesine yönelik hizmetler” ve “Toplum liderleri” alt kodları arasındaki ilişkiye yönelik katılımcı ifadeleri sunulmuş ve yorumlanmıştır.

### **i. Dünya’da ve Türkiye’de Nüfus Politikalarının Değişimi**

Prof. Dr. Ayşe Akın ve Prof. Dr. Ayşen Bulut, nüfus politikalarında, önce demografi ağırlıklı yaklaşımın, daha sonra “ana ve çocuk sağlığı” kavramının gündeme geldiğini, 1990’lı yıllardan itibaren uluslararası konferansların etkisiyle “hak temelli” yaklaşımın benimsendiğini ifade etmişlerdir.

“Genel olarak dünyada; 1960’larda demografi, “nüfus az mı, çok mu?” konuşulurken 1980’lerde tamamen ana çocuk sağlığı nedenli nüfus konusu konuşuluyor. 1990’larda hak gündeme geliyor. 1990’lardan sonraki UNKK bunun temeli, hak temelli. Yani hiçbir gerekçeniz olmasa da aile planlaması denilen şey insan hakkı olarak kabul ediliyor” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Eskiden beri savaş sonrası dönemlerde gelişme için yeni nüfusun olması gerektiği düşünülür. Çünkü savaşlardan sonra kayıplar ve hastalıklar vardır. Cumhuriyet tarihine bakıldığında yine aynı nedenlerle 1927’den itibaren doğurganlık politika olarak desteklenmiştir. Ama zamanla dünyada nüfusun fazlalığı sorun olarak ortaya çıkmaya başlamış ve nüfus konusuna odaklı konferanslar düzenlenmiştir. İlki 1960’lı yıllarda Roma’da, daha sonra 70’li yıllarda Bükreş’te, 80’li yıllarda Meksika’da, 1994’te de Kahire’de düzenleniyor” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

“Dünya önce ekonomiye zarar verecek, insanlar aç kalacak endişesiyle nüfus artışı sorunu ile ilgileniyor, sonra kadın sağlığı daha sonra da insan hakları gündeme geliyor. Türkiye’de de aynı geçişlerin yankılarını görüyoruz” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

**ii. 2827 sayılı yasanın çıkarılması (Çalışmalara bizzat katılan Prof. Dr. Ayşe Akın'ın anlatımıyla)**

Prof. Dr. Ayşe Akın, milli sağlık politikasının hazırlanması için 60 kişilik bir çalışma grubunun içinde yer aldığını, yoğun çalışmaların ardından önce 1000 sayfalık daha sonra yöneticilere sunulabilmesi için 50 sayfalık bir rapor hazırladıklarını, bu raporun içinde isteyerek düşüklerin yasal olmasının önemine ilişkin kanıta dayalı bilgi sunduklarını ifade etmiştir. 1980 darbesi sonrasında kurulan geçici hükümetin Sağlık Bakanı, bilimsel olarak hazırlanan raporu uygun bulmuş, ancak mecliste görüşülürken teknik bilgi zaafı olmaması açısından Prof. Dr. Ayşe Akın'ı TBMM'ne davet etmiştir. TBMM'nde, başta karşı çıkan büyük bir grup olmasına rağmen, örnek bir savunuculuk örneği gösterilmesinin sonunda yasa kabul edilmiştir.

“1980 darbesi oldu. O süreçte iyi işler de yapıldı, bunu görmek lazım. O dönem içlerinde benim ve Çubuk'tan arkadaşımın da içinde olduğu 60 kişiyi Meclise aldılar telgrafla. Milli sağlık politikası hazırlayacağız. 60 kişinin 2'si biziz. Biz de şaşırдық ve biz tam 1 ay boyunca 60 kişi, çeşitli komisyonlarda çalıştık. Ben iki komisyondaydım.

Aramızda politikacı yok. Askerler bizi böyle bir çekip çeviriyor, tamamen konunun uzmanları; sağlıkçı var, profesörü var, yeni uzmanı var, psikoloğu var. Yani milli sağlık politikasını şekillendirilebilir diye düşündükleri herkes var. Can hıraş çalıştık. 1000 sayfalık rapor üredi. Gerçekten de koordinatörümüz Altan Ateş Yarbay mükemmel birisiydi. Yani o bizimle ilgilenenler hakikaten hepsi mükemmel, vicdanlı Türkiye'den yana insanlardı, biz de öyle. Çalıştık, 1000 sayfalık rapor Kenan Evren'e sunulacak, iyi de Kenan Evren 1000 sayfayı okumaz. Bize dediler ki “Bunu 50 sayfaya indireceksiniz.” Biz 60 kişi 1000 sayfayı ürettik sonra benim de olduğum 7 kişi seçildi ve biz o raporu 50 sayfaya indirdik. Biz hiç unutmuyorum ramazan oruçluyuz, 15 gün çok iyi çalıştık. İki hekimdik biz orada, öbürleri yarı politikacı daha hekim dışı, sağlık dışı, çünkü her alan vardı. Ben de ısrarla diyorum ki, “Bakın hikaye bu, durum bu, artık Türkiye'de bu yasa çıkmalı, çünkü kadını kaybediyoruz.” Çok eşitsiz muamele var, çünkü parası olanın sıkıntısı yok. Çok savundum. Bana da biraz kuşku ile bakıyorlar tabii, hemen inanacaklar diye bir şey yok. Bir tanesi dedi ki “Nasıl bu kadar kesin konuşabiliyorsunuz hocam?”. Benim doçentlik tezim bile bu: “Ankara İlinde İsteyerek Düşüklerin Kadın Sağlığına Etkisi.” Onunla doçent olmuşum, iyi bir araştırma yaptım, temsil eden örnek üzerinde. Dedim ki “Ben çok kanıta dayalı konuşuyorum, Türkiye'de seri araştırmalar var düşüğün nereye gittiğini ne olduğunu gösteren ve benim doçentlik tezim bu”. “Rica etsem de onları bana getirebilir misiniz?”. dedi. Ertesi sabah da bekliyor ama tabii bu konuşmalarla çok ikna ettik. Ben o gece 03.30'a kadar onu topladım,



bunu topladım, o sırada bilgisayar filan yok elle özetledik, adam hepsini okumaz, hepsinin kitabını raporunu falan koyduk. Ertesi sabah 09.00’da ben onun odasına teslim ettim bitti.

Yani şunu demek istiyorum; onlar böyle bağınaz bir şekilde hareket etmediler, kulak verdiler bilimsel sese. Bir de şunu söyledi o laf benim için önemliydi; “Biz geçici bir hükümetiz, yarın gideceğiz, biz gittikten sonra bu kadar tartışmalı bir konumdaki bu yasa için bizi savunan olmaz.”. Dedik ki “Biz savunuruz, merak etmeyin.” Hakikaten biz o darbe döneminde bu yasa çıksın diye çok uğraştık. Bir tek ben değil, aklınıza gelen, akli başında herkes uğraşiyor; o dönemde Diyanet akli başındaydı, Bakanlık akli başındaydı, yani biz aynı düşünüyorduk, henüz Türkiye böyle ayrışamamıştı. Bakanlık sanıyorum, Diyanet’ten görüş almak istemiş; istiyorlar ki Diyanet “Kürtaj olabilir.” desin. Dedim ya Diyanet akli başında; demişler ki “Bize sormayın, sorarsanız biz buna alenen böyle “olabilir evet” demeyiz, diyemeyiz. Sormazsanız da hiç fikir söylemeyiz.” İşte bu, ülkeden yana, kadından yana, akli başında bir tavırdır. Böyle yapıldı, Kenan Evren’i, rahmetle anıyorum, bu iyi işi için. Bütün bunlar kendisine sunuldu, anlatıldı herkes tarafından ve onun akli yattığı için de o paralelde gidildi.

Bir olay çok etkilidir ki gene Nusret Hoca onun yöntemini bilimsel kuruldun onay olarak getirtmişti; bu Karman aspirasyonu yönteminin Türkiye’de sunulması. Nitekim ilk 500 kit getirtti bize, biz onun Ayşen Bulut’la çalışmasını yaptık. Dolayısıyla orada anlattık. O dönemde o teknolojinin de örnek olarak bulunması çok önemliydi. Kenan Evren’i bir grup ziyaret ettiğinde -ben o grupta yoktum- onu göstermişler. Zaten kendisi ikna olmuştu ama 4 kişi tarafından bu da sunulunca iyice emin oldu. Sanırım Nurettin Paşa biraz tutucu karşı çıkmaya çalışmış, nasıl ithal edileceği konusundaki tereddütlerini söylemiş. “Ya Nurettin” demiş, “Biz onu yaparız, basit bir şey bu, yaparız” demiş, konu kapanmış.

İşte o yasa böyle hazırlandı. Yasanın hazırlığı zaten çoğumuz tarafından yapılmıştı da içi ne olacak? Bakanlıkta Tandoğan Tokgöz, Güler Kanrı, rahmetli oldu Güler Bezirci, Genel Müdür Yardımcısı Cihangir Özcan bunlar hep çok emeği olan insanlar. Dolayısıyla yasa çok düzgün hazırlandı.

Bir gün Çubuk’ta ameliyat yapıyorum, arkadaşlardan birisi kapıdan baktı, “Ayşe Abla, Bakan sizi çağırıyor, bu yasa ile ilgili bir şey konuşacakmış, işiniz bitince Bakanlıkta bekliyor.” dedi. Ben ameliyatın sonundaydım zaten, toparladım fırladım, gittim. Bakanı da birebir bir kere görmüştüm, bizden görüş almıştı bu konuda. Bakan Kaya Kılıçturgay, çok da ciddi bir adam ancak mikrobiyolog olduğu için bu konuları bilmiyor haliyle. Dedi ki “Ayşe Hanım, şimdi size bazı sorular soracağım. Yarın mecliste konuşulacak bu yasa. Siz teknik bilgi verin bana. İşte ben anlatıyorum; “şu aydaki uterus kaç santimdir, neyin nesidir, gelişen fetüs ne durumda?” vs. bir sürü bir şey anlattım. Baktı kesmedi, dedi ki “Bu durumda yarın siz de gelin Meclise. Belki bazı sorularda bana bilgi verirsiniz ya da size söz veririz.”. “Hay hay” dedim,

Ertesi gün Güler Bezirci, Cihangir Özcan ve ben Meclis'e gittik. Ama onlar zaten Bakanlık'ta çalışıyorlar, zaten gitmek zorundalar. Ben Hacettepe'nin hocası olarak oradayım. Ayrıca Kurucu Meclis üyesi Tandoğan Tokgöz var, bir de eski Genel Müdür Ziya Durmuş, rahmetli. Böyle bir grup, hatta bizim böyle tarihi bir resmimiz var, bu kadar insan. Girdik oturduk; Bakan, Bakan Müsteşarı önde, biz arkada. Dinliyoruz; Kurucu Meclis üyelerinden el kaldıran nasıl aleyhte konuşuyor sinir oluyorum. Son derece aleyhte konuşuyorlar. Bizim hepimizin morali gitti. Başkan şöyle bir Kurucu Meclis'teki 10 kişiden genel görüşleri aldı, biz de bu arada söylenenlere yanıt olarak Bakan'a arkadan kartları uzatıyoruz. O da hakkını verdi, savundu. O arada Başkan çay molası verdi ama bizim moralimiz çok bozuk, felç olmuş gibi kıpırdamıyoruz. Bakan döndü, dedi ki "Çocuklar ne yapalım? Biz elimizden geleni yaptık ama kısmet değilmiş". Herkes gitti çay içti döndü geldi. Biz kıpırdamadık grup olarak, böyle kara kara düşünüyoruz.

Sonra Sağlık Komisyonu Başkanı Zeki Çakmakçı geldi, o bizden yanaydı, biz gibi düşünüyordu. Geldi dedi ki Sağlık Bakanına, "Sayın Bakanım, Sağlık Komisyonu sizden yana ama küretaja izin verilen süre 12 değil 10 hafta olursa yani 12 hafta yerine 10'a inerseniz bu sizin bir taviziniz olur, onlar da destekleyici konuşurlar.". Bakan bize döndü; orada en teknik ben ve Ziya Bey var, diğer arkadaşlar başka branşlardan. Mesela Cihangirle, Güler Abla rahmetli çocuk hekimi. Biz dedik ki "Ne saçma bir şey; 10 ile 12 fark etmez tıbbi açıdan. Ama eğer taviz kabul edeceklerse, yani hoşlarına gidecekse, yasa reddedileceğine 10 hafta olsun."

Benim öğrencilerim soruyor hocam niye 10 hafta? Bu, medeni bir ülkede olmazdı. Yani medeniysen bilimsel bir tabanı vardır, 12 ile 10 bir şey fark etmiyor ama yapmak istemeyen onu kullanıyor, sonra anladık. Gitti adam dedi ki "Yasanın maddelerini tartışmaya açıyorum, kabul edenler...". O 10 kişi hariç herkes elini kaldırdı ve yasa geçti. Şimdi artık yönetmelik, tüzük onlar hazırlanacak. O Bakanlık o kadar akli başındaydı ki neredeyse hazırdı onlar" (Ayşe Akın).

### **iii. "Nüfus Politikası/yasalar – İsteyerek düşük hizmetleri ve gebeliği önleyici yöntem kullanma" ilişkisi**

Katılımcılar, 1983 yılından önce de yasak olmasına rağmen gebelik sonlandırmak için vatandaşların başvurduğunu, öyle ki yasak olduğunu dahi bilmediklerini, işlem hastanede yapılmayınca özelde yaptırdıklarını ya da kendi kendilerine sağlıksız girişimlerde bulduklarını, bunun da anne sağlığını riske attığını belirtmişlerdir.

“Erzurum Çat’ta gebelikten korunmak isteyen kadına bir şey önereceğim ama daha yasanın sahaya yansımamış olması beni çok zor durumda bırakıyor. O sırada kanamayı kontrol için kullanılan bir oral kontraseptif var ama adı kontraseptif değil, hormonal bir şey. Onu öneriyorum, iyi kötü onun o etkisini biliyorum ama onu yapmak eski yasaya göre suç. İstenmeyen gebeliklerden dolayı anne ölümleri çok. Yani yasanın sahaya yansımamış olmasının acısını hem kadınlar çekti, hayatlarıyla ödediler hem de biz çektik. Daha sonra literatüre hakim olduğumda gördüm ki büyük bir mücadele ile o yasa çalışılmış, çıkarılmış. Sonuçta işte dediğim gibi 1965’te yasa çıkıyor. Çıkıyor ama biz uçtakilerin haberi yok.

Dolayısıyla temel sağlık hizmetini topluma vermek için tasarlanmış 1961 yasası ile sistem kurulmuş; sağlık evi var, içinde ebe var, ocak ekibi var. Yani alt yapı hazırlanırken üstüne 1965 yasanın gelmesiyle bizim de işimiz kolaylaştı.

1965 yasa geçti birkaç yıl sonra da etkisini göstermeye başladı, ama ilk yasa da bildiğiniz gibi düşük, isteyerek düşük sadece medikal sebeple yapılabilir. Ta ki 1983’e kadar. İşte orada da bizim emeğimiz çok oldu. Devlette hiç kimse medikal dışı nedenle kürtaj yapmıyor, kadın doğumcunun da hoşuna gitti muayenehanede para kazanıyor, iyi ki. Yoksa bizde merdiven altı denilen düşükler çok daha fazla olurdu. Çok daha fazla insan ölürdü. 1980 öncesi yapılan son çalışma şunu gösterdi ki isteyerek düşük giderek artıyor. Artıyor ama insanlar olabildiğince saklıyor. Bir grup rahat; cebinde parası var, Kadın Doğumcuya gidiyor yaptırıyor. 400.000 düşüğün 50 bini kendi kendine kurcalayarak. Böyle ağır bir tablo karşımızda. ....1983 yasasından sonra , isteyerek düşük hızı önce 100 gebelikte 21’lere çıktı, çünkü insanlar rahat ifade ettiler; “Evet gittim, aldırırım.” Sonra, iyi bir aile planlaması hizmeti alındığı için 10’a kadar düştü. Bu suni olmayan gerçek bir düşük oranıydı” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Toplum Hekimliği 2. sene asistanıyken Ergazi Ocak Hekimi olarak görev aldım. Zaten birinci yılda orada yapmıştım. Artık Kadın Doğuma da biraz başladığım için yasayı iyice fark ettim. İlk iş kendim öğrendim, artık yasada olduğuna göre sorun yoktu. Ben olağanüstü bir aile planlamasını orada yerleştirdim, güçlü bir biçimde” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Çubuk Devlet Hastanesi Başhekimiyim. Kürtaj yasası yok, kadınlar kurcalayarak düşük yapmaya çalışıyor. Artık hep kafamda; bu yasa çıkmalı. Elin İngilteresi’nden bizim kadınların nesi eksik? Hakkıysa hakkı. O ara bize komşu Orta kazasından bana 3 vaka geldi. Biri tavuk teleği koymuştu, biri şiş sokmuştu, öbürü de ya sabundu ya kibrit çöpüydü. İktek var, idrar çıkmıyor ben üçünü de doğumevine yolladım. Zekai Tahir’e gönderdim, üçü de öldü” (Prof. Dr. Ayşe Akın)..

“Çubuk’ta kelimenin tam anlamıyla aile planlaması ile ilgili saha çalışması yaptık. Yasada yazanlar %100 yapıldı. Tabii o zaman kürtaj yapan da 7 yıl, yaptıran da 7 yıl cezası var. ....Yasa yok, isteyerek düşük de 1965 yasasına göre ben de yapmıyorum. Hasta geliyor, bu ülkede yasanın olduğundan da haberdar değil millet, olmadığından da. Çünkü yasaya rağmen serbest gibi 400 bin düşük yapıyor Türkiye’de. Geliyor “Ne şikayetin var?”, cevap:

“Gebeyim çocuk aldıracağım.” Ben şaşırıyorum “Bilmiyor musunuz?” Yasa, hapis bir sürü bir şey anlatıyorum. Böyle bir yüzüme bakıyor hayretle. Beni de artık tanıdılar çok seviyorlar, sayıyorlar, gidiyor. 3 gün sonra geliyor diyor ki “Ben aldirttim”. Ben bir sürü laf etmişim, alay eder gibi yani. “Şimdi sen bana bir alet tak” diyor. (Prof. Dr. Ayşe Akın)

“O sıra burada adını söylemeyeyim, bir kadın doğumcu sürümden kazanıyor, bizim de Çubuk’a gelenler muhakkak oraya gidiyor. Dönüşte de bize nereye gittiğini söylüyor. Bu böyle devam etti ve öyle vaka geldi ki; 3 Hemoglobin. O 3 hemoglobiniyi yatırdım, 40 derece ateş. Kurtaralım diye bir de böyle kendimizden neler veriyoruz. Ben karar verdim, mertçe kendim alayım diye. İngiltere’de şakır şakır yapıyorduk, yasaları vardı tabii. Birde o karman aspirasyonu ucundan kendi paramla satın alıp getirmiştim, vakum var, onu elektrikli vakuma adapte ettim oh gayet kolay. Vallahi başladım. Yalan endikasyon yazmak zaten bana göre değil. Yazmam. Ben “8 haftalık sonlandırıldı.” filan yazıyorum, dürüst insanım. Bir gün dedim ki hocaya, -o bizim her şeyimizi - danışıyorum; “Hocam” dedim “Şimdi yasa yok, ben böyle böyle yapıyorum, çünkü şu nedenle, para pul almayız hiçbir alakamız yok.” Ben ne bekliyorum? Hoca bana bir akıl verecek de benim içim rahatlayacak. Dedi ki “Bak kızım, başına bir şey gelirse ben çok üzülürüm”. Hiç bir şey demedim anladım ki başka bir yol bulmam lazım. Biz halk sağlıkçılar bilirsiniz kayıta da çok önem veririz, doğrusu yazılacak. Ben bundan sonra dosyaya “8 haftalık gebe 3. derece İnkompletabortus” yazıyorum, “Müdahale edildi.” diyorum. Sonra Profesör Şanda Çalı duymuşsunuzdur, “Ayşe abla” dedi. “Ben dosyalarda düşükle ilgili araştırma yapabilir miyim?”. “Yap” dedim. Biraz sonra ter içinde odama geldi, bu “İnkompleteabortus” nedir dedi? Anlattım. O bilerek doğru bir araştırma yaptı” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

Prof. Dr. Ayşe Akın, medikal abortus için yasada bir engel olmadığını, ancak kimsenin ruhsat almak için girişimde bulunmadığını belirtmiştir.

“Medikal abotusa gelince... Kolay uygulanabilir aslında. Medikal abortusun bu ülkede yapılmaması için yasa engel değil. Bir tek ruhsat, ruhsatı olsa sorun yok. Ama şu ortamda hangi ilaç firması cesaret eder de başvurur. Türkiye’de şu an bulunamıyor, biz araştırma için Bakanlıktan izinle getirdik. Aslında uygulanması çok kolay, ASM uygulayacak. Ancak ilaçlar eczaneden direk satılmamalı. Bu iş muhakkak önce bir hastane bazında başlatılır, çünkü %95’i halloluyor 5’inde muhakkak cerrahi müdahaleye gerek oluyor” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

Prof. Dr. Ayşen Bulut, aile planlaması ve gebeliği sonlandırma hizmeti verilen birimlerin hiçbir zaman hastanelerin diğer kliniklerine entegre olamadığını, ek kliniklerle bu hizmeti yürütmenin özellikle malzeme açısından her zaman sorun olduğunu belirtmiştir.

“Kürtaj yasaklanmadı, yasada değişen bir şey yok. Yalnız çok şanssız bir hizmet; çünkü sonradan katılan bir hizmet Türkiye’de. 1983’ten önce yok, sonrasında da hastane

hizmetleri içinde yer almış bir şey değil. Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğünün ilgisinde hastanelere Nüfus Planlaması Kliniği diye sokuldu. Gebelikten korunma ve gebelik sonlandırması sonra eklendi. Mesela kliniğe git, Kadın Doğum Bölümü bambaşka bir yerde, bir alt bodrum katta aile planlaması vardı, sonra orada gebelik sonlandırma bölümü oldu. Hiçbir şey hastaneden işe edilmez, hep projelerden geldi, Genel Müdürlüğün ilgisi altında. Kürtaj girişimsel bir şey olmasına rağmen yasası böyle çıktı, o zaman da kimse bunun böyle olacağını düşünmedi. Bu yasa hazırlanırken SB ile işbirliği yapıyorduk ve sanki herkes kucak açacak diye düşünüyorduk. Halbuki hala klinik hizmetlere dosdoğru “Ben bu çocuğu sosyal olarak istemiyorum” ya da “Kaza ile oldu gebelikten korunamadım, bir daha olmasın bana bunu sonlandırın.” diye gelen insan diğerleri gibi hizmet almıyor. Çünkü hiçbir zaman hastanenin içinde öyle bir şey yapılmadı. Hep ek kliniklerde oldu. Bu ek kliniklerin malzemeleri varken, oraya doktor atanırken insanlar geliyorlardı” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

Dr. Gün Akı, yasa gereği gebelik sonlandırma için eşleri birlikte çağırdıklarını belirtmiş, Prof. Dr. Ayşe Akın, yasada buna gerek olmadığını, eşin imzasının sadece getirilmesinin yeterli olduğunu ifade etmiştir.

“Kürtaj olacaksa eşini biz çağırıyorduk, yasa öyle. Bu gerekir mi? Çocuk da onun da çocuğu tabii. Öyle bir zor durum ki şimdi biri taşıyan ama baba da diyor ki ”Benim de bir parçam.” Bazen tersi de olabiliyor kadın istiyor adam istemiyor öyle gelen de oluyor tabii kavga dövüş. Birisini ikna edeceksin, hangisini? Hani o da zor bir durum hakikaten. Böyle durumlar çok yaşıyorduk, mecburen 2 kişiyi birden alıyorduk. Bir de sorumlu olmak var yasanın önünde. Şart mı değil mi bilemiyorum ama evli olmayınca durum kolay. Evli olunca baba hak iddia edebilir” (Dr. Gün Akı).

“2827 sayılı yasa böyle cinsiyete duyarlı, insan hakkına saygılı, doğru bir yasadır. Uygulansa bana göre yeterli, 1-2 şey var; mesela kocanın imzası gerekli mi? Yani o hiç doğru değil, yasa çıkaranlar onu düşündü de zaten o dönem. Ben biliyorum, koca gelip imza atmak zorunda değildi. Kadın getirir, “Kocanın imzası bu”der ve o kabul edilir. İşte bazen karşı çıkılır. Onun gereği yok. Bu haliyle uygulansın işe yarıyor. “Evidencebase” diyorlar ya bu “evidencebase” –kanıta dayalı- işe yaradı. Yeterli olduğu belli. Oynamak yanlış olur” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

#### iv. Nüfus Politikaları/yasalar - Toplum liderleri ilişkisi

- **Politikacıların nüfus planlaması yasalarına yaklaşımı ve savunuculuk rolü üstlenen liderler**

İlk Nüfus Planlaması Yasası, Türkiye’de 1950’lerden başlayarak Necdet Erenus, Ziya Durmuş, Zekai Tahir Burak ve Nusret Fişek gibi öncülerin pronatalist nüfus politikasının sonlandırılması için gösterdikleri çaba ile politikacıların ikna edilmesi sonucunda 1965 yılında çıkarılabildiği. Her iki yasanın çıkarılmasında toplum liderlerinin, medyanın ve sivil toplum örgütlerinin desteği ve çabalarının önemli katkıları olmuştur. Türk Silahlı Kuvvetleri de üreme sağlığı projelerini desteklemiştir. 2000’li yıllarda bazı politikacıların “Üreme sağlığına evet, aile planlamasına hayır!”, “Kürtaj cinayettir” ve “En az üç çocuk” söylemleri yasanın kaldırılmasına neden olmamış ancak gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve gebeliğin sonlandırılması hizmetlerinde sessiz bir direnç gösterilmesine yol açmıştır.

“Askerler en hassas grup, onun için o grubu seçmiştik (üreme sağlığı eğitimleri için). Silahlı kuvvetler ve GATA bize hakikaten destek oldu o konuda. Sivil toplum kuruluşları da devreye girdi.” (Dr. İbrahim Açıkalin).

“Cumhuriyet ilan edilmiş, 13 milyon civarında nüfus var o zaman. Atatürk haklı olarak pronatalist politika önermiş ama asla bir zorlama yok; 3 doğurun, 5 doğurun gibi. Atatürk hayatta olsaydı 1950’lerde zaten o politikayı değiştirdi. Nitekim 1950’lerde benim hocam, büyük doktor Necdet Erenus ile Ziya Durmuş, Zekai Tahir Burak gibi öncüler, liderler, aşırı doğurganlıktan annelerin kaybedildiğini fark ediyorlar ve büyük bir savunuculuk rolü üstleniyorlar. Literatürde yılda 10 bin kadın ölümü denilir. O nüfusa göre korkunç bir şey 80 milyon değiliz o sırada. Bu liderler, öbür sektörleri de yanlarına alıyorlar ve artık Türkiye’de nüfus politikasının değişmesi ve yasallaşması için büyük mücadele veriyorlar. Tabii o yıllarda daha bu doğurganlık olayına daha insan hakkı diyen yok, dünyada da yok” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“İhtiyaç var, anne ölümleri ve bütün koşullar artık bu ülkede nüfus politikasının değişmesi gerektiğini gösteriyor. İşte ondan sonra somut delile, kanıta dayalı hareket ediyorlar. Karşı olanlar çok ama yana olanlar da var. Sanatçılar, yazarlar, medya... Ve iyi bir şey ivme yakalanıyor herhalde ama ancak 1965’te hep beraber gidiyorlar, İnönü’ye bunu anlatıyorlar. İnönü diyor ki “Ben anladım ama bunu kimseye anlatamazsınız”. Çünkü Türkiye, “100 milyon nüfus olacağım” diye ortaya çıkan bir ülke. ....Nusret Fişek’ten birebir dinledik, çok çaba sarf ettiler ama toplumu ikna etmek hele politikacıları ikna etmek Türkiye’de bir 10 yıl sürüyor. Bu 10 yıl hala geçerli” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“1965’te yasa gündeme getirildiği zaman tabii ki çok karşı çıkan oluyor. Başta Bakan karşısında. Çünkü politik bir konu, bakan da milletvekili sonuçta, tekrar seçime girecek. Benim hocam Nusret Fişek’in öyle bir derdi yok. O sağlıktan yana, tabii ki hekim, kendisine halk sağlıkçıların babası diyoruz. Yasanın mecliste görüşüldüğü gün, Bakan orada bulunup da savunmak zorunda kalmamak için doğu gezisine gidiyor,. İlk defa tarihte bir müsteşar, Nusret Bey, yasayı savunuyor, normalde Bakan savunur” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Şunu özellikle vurgulamak isterim ki; 1963’te kurulmuş olan -1965’te yasa çıkıyor-Türkiye Aile Planlaması Derneğinin gerçekten bu ülkede yasanın gelmesinde bir STK olarak rolü kilittir, kilit. Hala bizim ülkede sivil toplum kuruluşlarının değeri ne anlaşılmıştır ne de tam anlatılabilmıştır” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Bu arada ondan önceki 1961 yasası, 1965’ten de bana sorarsanız daha önemli; Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi. Ben zaten Erzurum’a gittiğimde o sistemin içinde çalışmaya başladım. Önceki sistemi bilmiyorum ama bu olağanüstüydü, ev ev, kapı kapı, doktoru ebisi hemşiresi gidiyor. Dünyanın önünde bir kanundu o. Almaata’da, 17 yıl sonra dünyanın akli başına geliyor.Biz bunları gördük yaşadık, gereğini yaptık ama politikacılar görmek istemiyor. Çünkü vizyonu yok, eğitimi yok” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Küretajla ilgili kanun, talep üzerine olağanüstü dönemde çıktı. Aslına bakarsanız, olağanüstü dönem olmasa siyaseten bu kanunu çıkarmak zordu. Çok iyi takip edildi, peşine düşüldü ve çıktı. Takip edilmeseydi, çıkmazdı” (Dr.İbrahim Açıkalm).

“Sayın Akdağ’ın ilk bakanlığı döneminde ben de DSÖ’nün hala danışmanıydım. Bir danışma kurulunun da son 3 yıl başkanı olmuştum. O sırada onlarla birlikte bir çalışma yapıyoruz, yani bir ayağım oranın Üreme Sağlığı Departmanında. 1999’da Hacettepe’de tıbbi düşük için Mifepriston kullanılması, o yöntemin Türkiye’ye getirilmesi için uğraşmıştım. Aynı karman kiti için uğraştığım gibi. Akdağ dönemine kadar 1000 vakaya ulaştığımız. Sonra ikinci Akdağ dönemi geldi; “Üreme sağlığına evet, aile planlamasına hayır!” dendi. Bu bir cehalettir. Çünkü üreme sağlığına evet diyorsanız komponenti aile planlamasıdır. Bu “Politik bir söylem” dedik. “Bilgi vermiyorlar mı acaba?” diye düşündük. Sonra baktık ki bilgisizlikten değil gayet bilinçli.” (Prof. Dr. Ayşe Akın)

“2012’de ben bir ödül aldım DSÖ’den. Ödülü aldım döndüm, valizi açtım, o sıra televizyonu açtım.Sadece bir hafta yoktum. İyi tanıdığım bir ses “Kürtaj cinayettir.” diyor. Valizi falan bıraktım,yanlış duyduğumu sandım ama yine tekrarlandı! Meğer bir gün önce Uludere olmuş, gündemi bir şeyle kapatmak istemişler. Ama bu çok tehlikeli bir laftı, çok kötü bir laftı. O sırada tam bir hafta sonra benim Ankara’da düzenleyeceğim MedicalAbortus toplantısı var. DSÖnden de konuşmacı geliyor, tabii ki bu laflar hemen duyuluyor. Bana telefonda diyor ki “Dr. Akın iptal mi ediyorsunuz toplantıyı?”, “Hayır ne münasebet, bilakis yapacağız.” dedim ve gerçekten de özellikle bizim kadın doğumcular

daha fazla geldi. En tanınan en güçlüleri oradaydı ve biz açık seçik her şeyi konuştuk. Çünkü savunuculuğun devam etmesi gerektiğine inandık.

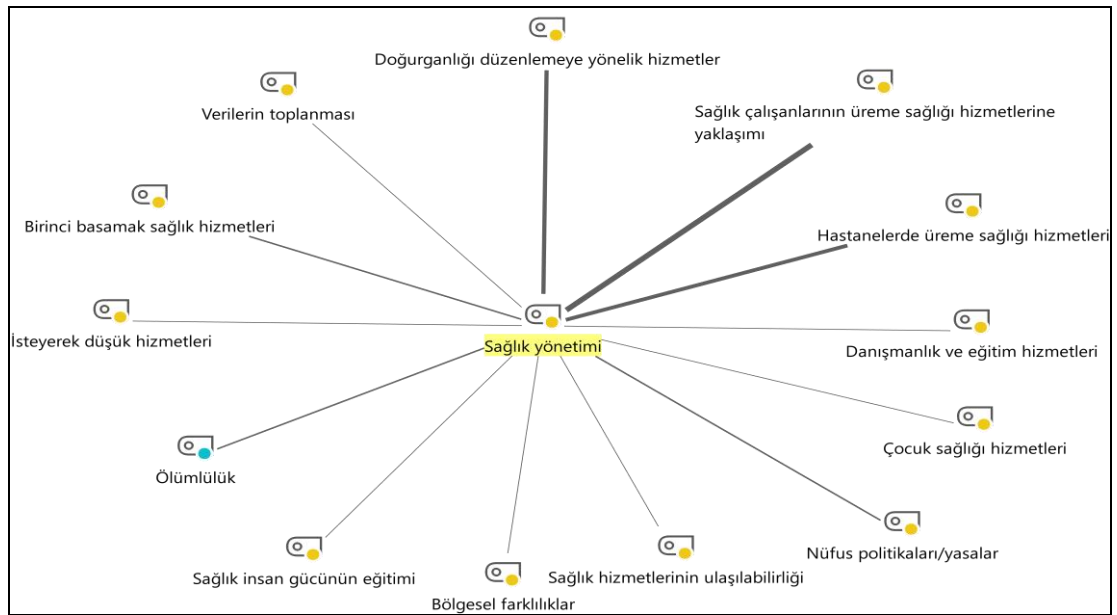
Yalnız Türkiye’de şöyle bir şey var; en tehlikeli karşı çıkış sessiz kalıp, bütün kanalları direnç için kullanmak. Şimdi kürtaajla ilgili yasa var ama yasayı şöyle kaldırmaya kalktılar; efendim ÇKS’yi dinletecekler kadına, bebeğin ÇKS’sini ve aldırmamaya ikna edecekler! Bu kadına işkencedir. Hani kadına şiddet azalmıyor, bir de işkenceyi ekliyorsun. Bu etik değil. Onlar yasayı kaldırmak için bu tür olaylarla uğraşırken, biz de başka türlü savunuculuk yolları bulduk. Bir grup, Bakan’a yollandı. Bakan’ın reaksiyonu da şuydu; daha doğrusu Bakanlık’tan aldığım izlenim: Bizim böyle planımız da yok, aklımızda da yok ama bebeği kucağımızda bulduk, kucağa veren belli, o zaman Başbakan. Medya tepkili, kadınlar tepkili tabii. Biz de Ankara’dan sonra İzmir’de aynı toplantıyı yaptık. İzmir’de biz aynı toplantıyı yapıyoruz; STK’lar da katılmak istedi. Bu bilimsel bir toplantı olduğu için onlara “Siz sokakta tepkinizi göstermeye devam edin” dedik. Onlar epey etkili oldu ve yasa durduruldu, unutuldu” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Askerler en hassas grup, onun için o grubu seçmiştik (üreme sağlığı eğitimleri için). Silahlı kuvvetler ve GATA bize hakikaten destek oldu o konuda. Sivil toplum kuruluşları da devreye girdi” (Dr.İbrahim Açıkalın).

#### 4.4.2.2. Sağlık Yönetimi

“Sağlık yönetimi” alt kodunun diğer kod ve alt kodlarla ilişkisi Şekil 139’da gösterilmiştir.

Şekil 139: Sağlık yönetimi kodunun diğer kod/alt kodlarla ilişkisi



\* Çizgi kalınlıkları ilişki gücünü ifade etmektedir.



Bu kodun, toplam 13 kod/altkod ile ilişkisi tespit edilmiş olup, en ilişkili olduğu alt kodların “Sağlık personelinin üreme sağlığı hizmetlerine yaklaşımı”, “Hastanelerde üreme sağlığı hizmetleri”, “Doğurganlığın düzenlenmesine yönelik hizmetler”, “Birinci basamak sağlık hizmetleri” “nüfus politikaları/yasalar” ve “Ölümlülük” olduğu görülmüştür.

“Sağlık yönetimi” koduna ilişkin katılımcı söylemleri aşağıda sunulmuştur;

**i. “Sağlık yönetimi - Sağlık personelinin üreme sağlığı hizmetlerine yaklaşımı” ilişkisi**

Prof. Dr. Ayşe Akın ve Dr. Gün Akı, aile planlaması hizmetlerinin performans puanı kapsamı dışında tutulmasının personelin motivasyonunu düşürdüğünü ve hizmetlerin aksadığını belirtmişlerdir.

“1983 yasası aynı duruyor ama daha tehlikelisi sessiz direnç ve orada da kendi meslektaşlarıma çok kızıyorum. Ebe hemşireler daha yasadan yana. Onların daha içi yanıyor. Kadın doğumcu kürtajlar yine muayenehaneye kaydı diye memnun. Pratisyen hekim sertifikalı, ama aile planlamasının performans puanı yok. Bir tek kürtajı yavaşlatsalar emin olun bu kadar bana dokunmazdı hekim olarak, aile planlaması hizmetine de direnç var.” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“İyi ki aksi performans yani negatif performans vermiyorlar aile planlaması hizmetlerine. Küretajdan ben de yana değilim, keşke istenmeyen gebelik hiç olmasa” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Eğitici eğitimini almak için de önce sertifika eğitimi almak gerekiyordu, ancak son yıllarda sertifikası olmayana hatta istekli olmayanlara bile görevlendirildiler diye eğitim vermeye başlamıştık. Zaten gönüllüler de çok azalmıştı. Çünkü bu işlere performans puanı vermiyorlardı” (Dr. Gün Akı).

“İki tane Adolesan Sağlığı Merkezi kurulmuştu bir ara. Biri Bakırköy de diğeri de karşı tarafta Üsküdar Ana Çocuk Sağlığında. Orada odası falan hazırlanmıştı da hizmet veren yoktu henüz. Ama Bakırköy’dekini bir arkadaşımız çalıştırıyordu. O da bayağı randevulu sistemle çalışıyordu. Yani yarım saat danışmanlık olacak şekilde ayarlanmıştı ama performans falan hiçbir katkı görmediği için aile hekimliği sistemine geçti. Onlar da bitti” (Dr. Gün Akı).

## ii. “Sağlık yönetimi – Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri” ilişkisi

Prof. Dr. Ayşe Akın, sağlık ocaklarının aile hekimliği merkezlerine dönüştürülmesinin, bu merkezlerde koruyucu hizmetlerin öncelikli olmaması nedeniyle aile planlaması hizmetlerini olumsuz etkilediğini belirtmiştir.

“Ücret politikası sorunlu. Pratisyen hekim, ASM ile iyi para alıyor ama -o parayı ocak hekimine veremez miydik?- sistem kötüleşti. Ocak hekimliği toplumun yararına bir sistemdi, kilit personel, hekim diyorsunuz, onu da inletiyorsunuz. Dolayısıyla sağlığın alt yapısını da bir bozmasalar, iyi olanı efektif kullansalar sorun kalmayacak. Alt yapı yönünden gitmediğim tek ülke Avustralya, ben hiç gitmedim. Onun dışında hele bu kimliğimde İzlanda dahil gittim, dolayısıyla hiç bir yönden çok kötüyüz diyemem ama yönetim hep kötü. Zaten DSÖ’nün eski başkanı demiş ki “Sıtmayı eradike ettik şimdi bir de kötü yönetimi eradike etsek”.O hiç olmadı” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

Prof. Dr. Ayşen Bulut, birinci basamak sağlık hizmetleri ile ikinci basamak sağlık hizmetleri arasında koordinasyon olmamasının üreme sağlığı hizmetlerinin verimliliğini azalttığını ve sağlık birimlerinde her zaman tedavi hizmetlerine öncelik verildiğini ifade etmiştir.

“Devlet kuruluşlarının binaları güzelleşiyor, nitelikli hizmet vermeye de çalışıyorlar ama aile hekimleri ile hastanelerin ve koruyucu hizmetlerin bağlantısı olmadıkça hiçbir verimli çalışmayacak. Özel sektör de bunu kaçırıyor, sadece tedavi hizmeti veriyorlar. Bir türlü koruma, sağlığı geliştirme etkinliklerine kaynak ayırmıyorlar çünkü para getirmeyen işler bunlar. Koca koca bloklar var ama koruma sağlığı geliştirme sorumlusu yok. İnsanların bu konudaki talebini internetle tamamlamaya çalışıyorlar ama yeterli olmuyor.” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

Dr. İbrahim Açıkalın, sağlıkta reform yapılırken hizmeti sunan ve alanların görüşlerinin alınmasının önemini vurgulamış, aksi uygulamalarda zaman kayıpları yaşandığını dile getirmiştir.

“Tabii geçiş yapılırken aslında hizmet alanların görüşü ve hizmet sunanların görüşünü alıp öyle karar vermek lazım. Biz genellikle öyle yapmıyoruz harala gürele “haydi şimdi şöyle yapalım” deyip bir kanala yöneliyoruz ama eldeki mevcut dokuda neleri muhafaza etmemiz gerekir konusunda da titiz bir çalışma yapmıyoruz genellikle. Onun için de kalıcı sistemler oluşmuyor, bir sisteme geçiyoruz, 3-5 yıl sonra onun revizyonunu yapıyoruz, değiştiriyoruz falan derken zaman kayıpları yaşıyoruz. SB Taşra teşkilatı da aynı

şekilde değiştirildi ancak kimse memnun olmadı. Bir ilde üç başlılık oldu. Şimdi geri dönülüyor” (Dr.İbrahim Açıkalın).

### iii. “Sağlık yönetimi – Ölümlülük” ilişkisi

Prof. Dr. Ayşe Akın, ölüm kayıtlarının halk sağlığı bakış açısı ile tutulmasının ve bu kapsamda ölüm nedeni olarak temel neden, ara ve son nedenin belirtilmesinin önemini vurgulamış, halen ölüm kayıtlarında aksaklıklar olduğunu belirtmiştir.

“1965 yasasından sonra, -biz o dönemde demek ki yasanın da meyvelerini yiyoruz ülke olarak- Kadın Doğum ve Halk Sağlığı ihtisaslarımı yaptım. Nusret Fişek, Toplum Hekimliği asistanı yetiştirmek üzere Türkiye’den 7 doktor seçmiş kendisine, biri de benim. Kendisini de tanımıyoruz daha. İhtisasa başladık. Hoca, büyük adamdı, büyük adam deyince aklıma o geliyor, dedi ki “Çok önemli bir konu, çok önemli bir ihtisas yapıyorsunuz. Hatta ben klinik dallarda da güçlenmenizi istiyorum”. Düşüncesi şuydu; bizi önce klinik bir ihtisasa almak, oralarda Halk Sağlığı, Toplum Hekimliği bakış açısını öğretmek. Öyle de oldu. ....Ben tabii sade kadın doğumcu gözüyle bakmıyorum, bir de halk sağlığı tarafı var. Yani temel neden ortaya çıksın, ara neden, son neden. Çünkü klinikçi hep son nedene bakar, “Şundan öldü” der. ....Ölüm bildirimini yapıyor şu anda, o işliyor.Öyle bir komisyon kuruluyor ki “Bu niye öldü? Önlenebilir miydi?” bakılıyor. Yalnız gereği gibi işletilmiyor bana sorarsanız, örneklerini duyuyorum. Halk sağlıkçı gözlüğü şart bu işlerde” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

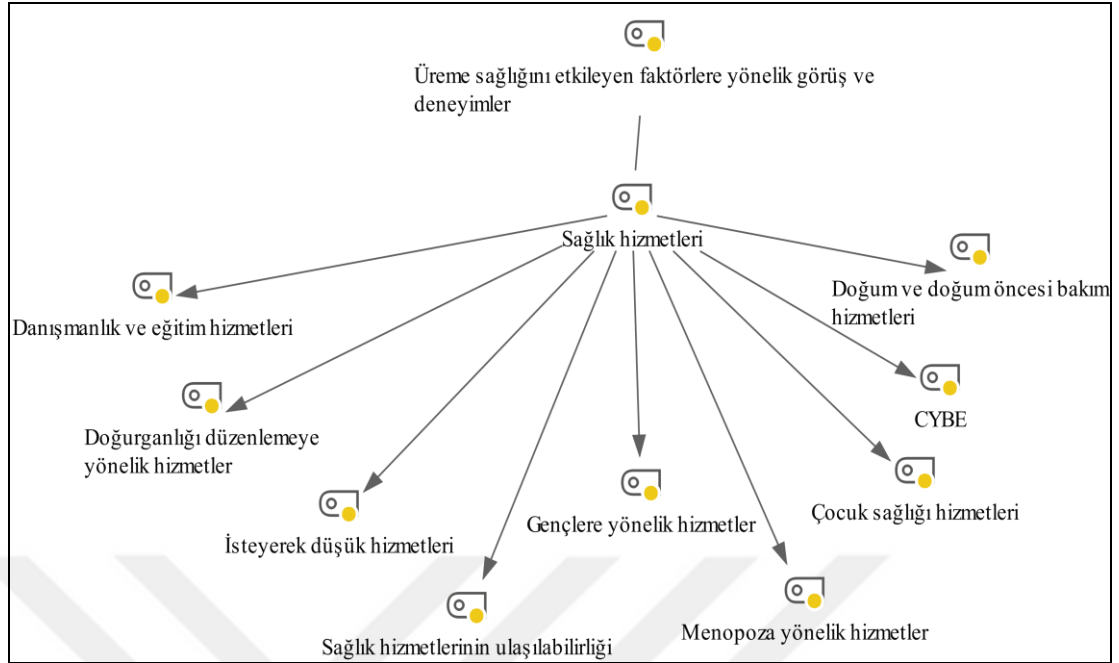
Dr. Rıfat Köse, sağlıkta dönüşüm politikası ile genel sağlık sigortası sisteminin kurulmasının hizmet alımında eşitlik sağladığını, bağışıklama programları ile bebek ölümlerinin azaltıldığını ifade etmiştir.

“Bebek ölüm hızımız düşmektedir. Bu başarının nedeni; sağlıkta dönüşüm politikası ile genel sağlık sigortası sisteminin kurulması, sağlık hizmetlerinin eşit sunulması, sağlık personeli sayısının ve acil sağlık hizmetlerinin artırılmasıdır. Ayrıca, bağışıklama programlarının başarılı bir şekilde uygulanması, anne sütünün teşviki, acil ve yoğun bakım ünitelerinin artırılması etkili olmuştur” (Dr. Rıfat Köse).

#### 4.4.2.3. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri kodu, Şekil 140’ta görüldüğü gibi 11 alt kod içermektedir.

**Şekil 140:** Sağlık hizmeti kodunun Tema 1’deki hiyerarşik konumu



Sağlık hizmetleri kodunda en çok vurgulanan alt kodlar; “Danışmanlık ve eğitim hizmetleri” (n:32, %7,86), “Doğurganlığın düzenlenmesine yönelik hizmetler” (n:27, %6,63), “İsteyerek düşük hizmetleri” (n:21, %5,16) ve “Birinci basamak sağlık hizmetleri” (n:20, %4,91) olmuştur (Tablo 20).

Katılımcıların, “sağlık hizmetleri” kodu kapsamında en sık vurguladıkları alt kodlar Şekil 141’de gösterilmektedir.

**Şekil 141 :** Katılımcılara göre sağlık hizmetleri alt kodları sıklığı

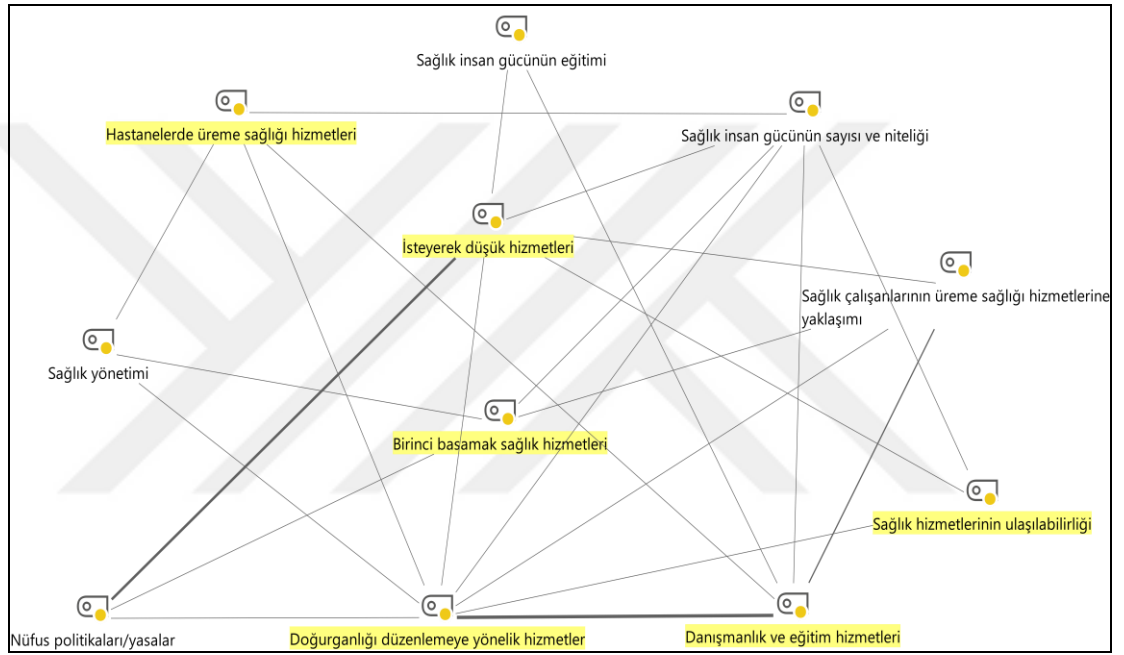
Kod Sistemi	Ayşe Akın	Ayşen Bulut	Gün Akı	İbrahim Açıkalın	Rıfat Köse	TOPLAM
Danışmanlık ve eğitim hizmetleri						32
Doğurganlığı düzenlemeye yönelik hizmetler						27
İsteyerek düşük hizmetleri						21
Hastanelerde üreme sağlığı hizmetleri						11
Birinci basamak sağlık hizmetleri						20
Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği						14
Doğum ve doğum öncesi bakım hizmetleri						9
Gençlere yönelik hizmetler						4
Çocuk sağlığı hizmetleri						2
Menopoza yönelik hizmetler						1
CYBE						1
<b>TOPLAM</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>49</b>	<b>27</b>	<b>14</b>	<b>142</b>

\* Karelerin büyüklüğü aynı sütun içindeki sıralamayı ifade etmektedir.

Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak, Prof. Dr. Ayşe Akın en sık “İsteyerek düşük hizmetleri”, Prof. Dr. Ayşen Bulut “Doğurganlığın düzenlenmesine yönelik hizmetler”, Dr. Gün Akı ve Dr. İbrahim Açıkalin “Danışmanlık ve eğitim hizmetleri” ve Dr. Rıfat Köse “birinci basamak sağlık hizmetleri” ile ilgili görüşlerini bildirmişlerdir.

“Sağlık hizmetleri” kodunda yer alan alt kodların diğer kodlarla ilişkisi Şekil 142’de sunulmuştur.

**Şekil 142:** Sağlık hizmetleri alt kodları ile diğer kod/alt kodların ilişkisi



\* Çizgi kalınlıkları ilişkinin gücünü ifade etmektedir.

En sık olarak “Doğurganlığın düzenlenmesine yönelik hizmetler - Danışmanlık ve eğitim hizmetleri” ve “Nüfus politikaları/yasalar - İsteyerek düşük hizmetleri” arasında ilişki kurulduğu görülmüştür.

“Doğurganlığın düzenlenmesine yönelik hizmetler” alt kodu, diğer 8 kod/alt kod ile ilişkili bulunmuş olup, sağlık hizmetleri içinde diğer kodlarla en sık ilişki kurulan alt kod olmuştur. Bu alt kodun ilişkili olduğu diğer kod/alt kodlar; “Danışmanlık ve eğitim hizmetleri”, “nüfus politikaları/yasalar”, “sağlık yönetimi”, “isteyerek düşük hizmetleri”, “sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği”, “sağlık insan gücünün sayısı ve niteliği”, “sağlık personelinin üreme sağlığı hizmetlerine yaklaşımı” ve “hastanelerde üreme sağlığı hizmetleri” kod/alt kodlarıdır.

“Danışmanlık ve eğitim hizmetleri” alt kodu, “sağlık hizmetleri” kodu içinde diğer kodlarla en sık ilişki kurulan 2. alt kod olmuştur. Bu alt kod, “Doğurganlığın düzenlenmesine yönelik hizmetler”, “Sağlık çalışanlarının üreme sağlığı hizmetlerine yaklaşımı”, “sağlık insan gücünün sayısı ve niteliği”, “sağlık insan gücünün eğitimi” ve “hastanelerde üreme sağlığı hizmetleri” ile ilişkili bulunmuştur.

“Birinci basamak sağlık hizmetleri” alt kodunun en ilişkili olduğu alt kod “Sağlık personelinin sayısı ve niteliği” bulunmuş, “sağlık yönetimi”, “Nüfus politikaları/yasalar” ve “Sağlık çalışanlarının üreme sağlığı hizmetlerine yaklaşımı” kodları ile de ilişkisi olduğu görülmüştür.

Aşağıda, sağlık hizmetleri içerisinde en sık frekansa sahip olan “Danışmanlık ve eğitim hizmetleri” ve “Doğurganlığın düzenlenmesine yönelik hizmetler” kodlarını oluşturan katılımcı ifadeleri konularına göre gruplandırılarak verilmiştir;

#### **i. Danışmanlık ve Eğitim Hizmetleri**

• **“Danışmanlık ve eğitim hizmetleri” ile “Doğurganlığın düzenlenmesine yönelik hizmetler”/“Sağlık çalışanlarının üreme sağlığı hizmetlerine yaklaşımı” ilişkisi**

Katılımcılar, kişinin gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve seçimine özgürce kendisinin karar vermesi gerektiğini ve sağlık personelinin görevinin onların bu kararı vermesini sağlayacak bilgiyi sunmak olduğunu belirtmişlerdir. Kişilere çocuk sayısı ya da herhangi bir gebeliği önleyici önlem dikte etmenin hizmetin etkinliğini düşürdüğünü ifade etmişlerdir.

“Sağlık Bakanlığında görev yaptığım süre içinde aile planlaması hizmetlerinin başarılı olmasının nedeni özetle şudur; Gebeliği önleyici yöntemleri dikte etmiyorduk, aile planlaması danışmanlığı veriyorduk” (Dr.İbrahim Açıkalın).

“Antanatalist politikalar sürdürülürken, aile planlaması kavramı, bazı uygulayanlar tarafından sadece “çocuk yapmayın” şeklinde verildi. Sağlık personeli sınırlı çocuk önerisinde bulunuyordu. Dikkat edin; Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Müdürlüğünün logosu bile iki çocukludur. Bu da aile planlaması hizmetlerinin benimsenmemesine ve yanlış anlaşılmasına neden oldu.” (Dr. Rıfat Köse).

“Ben de 1977 - 86 yıllarında Çubuk'ta çalışırken, herkes gibi geri çekme ile korunan insanların yanlış yaptığını düşünüyordum ve rahim içi araç takılsın diye ısrar ediyorduk. Çünkü

çok iyi ve rahat bir şey olduğuna çok emindik. ...Uzmanlık tezimde, 1978 yılında Çubuk bölgesinde merkez sağlık ocağına gelen kadınların istenmeyen gebelikleri olduğunda ne yaptıklarını araştırmıştım. O zaman düşük de yasal değil, isteyerek gebelik sonlandırma yok. 3 ayda bir bütün kadınları izleyerek bir yıllık bir araştırma yapmıştım. Şahane bir araştırmaydı o ve tez danışmanım da Nusret Fişek'ti. O zaman şöyle bir şey fark ettim; geri çekme ile gebe kalan kadınlar bir daha geri çekme kullanmıyor. Kullananlar, zaten başarılı kullananlar, onların başına bir şey gelmiyor. O çok ilginçtir benim için, hatta benim ilk yayınımdır. Korunan için kendi cinsel hayatı, kimseyi ilgilendirmez. Yani geri çekme ile çok mutlu, korunan insanlar var. Biz ne yapıyorduk? Bunu, “Yanlıştır, korumaz” deyip sonra da RİA takıyorduk. Hatta bir sürü kadın habersiz RİA taşıdı, öyküleri var, ben yapmadım şahsen ama. Ve ne oldu biliyor musun Deniz? Bir kaç kere geri çekme ile güvenli korunanlar sonra RİA ile gebe oluyor ve gelip bize hesap soruyorlardı. O zaman tabii T spiraller yok. Bazen de yanlış takıyorsun, o zamanlar çok rahatsız olduğumu hatırlıyorum.” (Prof. Dr..Ayşen Bulut).

“Vatandaş bize ihtiyacını “Bunun için ne yapabilirim o zaman doktor hanım, doktor bey, ebe hanım, hemşire hanım? Ne yapabilirim?” diyebildiğinde “Ha bak bunun için biz sana ücretsiz materyaller sunuyoruz. Şunu kullanırsan avantajları dezavantajları bunlar, doğum kontrol hapı kullanırsan avantajları dezavantajları bunlar, rahim içi araç kullanırsan avantajları dezavantajları bunlar... Kondom kullanırsan eşinin katılması lazım. Hatta ve hatta eğer doğurganlığı sonlandırmak istiyorsanız cerrahi yöntemler de söz konusu. Beraber seçin birisini” denmeli. Bizim uygulamaya çalıştığımız danışmanlık buydu. Ama sadece “gel RİA takalım” dersen, doğuda zamanında sıkça söylendiği gibi “Niye RİA takalım? Yoksa Rusya bizi mi dinliyor?” gibi cevaplar alırsın.” (Dr. İbrahim Açıklalın).

“Biz vatandaşa, “ben uzmanım, sağlık personeliyim, senin neye ihtiyacın olduğunu senden iyi bilirim” yaklaşımı sergilersek olmaz. O bizim emir erimiz değil. Herhangi bir hizmeti alırken nasıl araştırıp soruşturuyorsa, bize de soracak. Bu soruları yanıtlayacağız ve onun karar vermesini sağlayacağız” (Dr.İbrahim Açıklalın).

Dr. Gün Akı, nüfus planlaması kliniklerinde etkili danışmanlık hizmeti verdiklerini, bu kliniklerin işlevsiz kalmasının en önemli kısmının danışmanlık hizmetlerinin aksaması olduğunu belirtmiş, bu kliniklerde geri dönüşsüz yöntem kullanımı hakkında da bilgi verildiğini ifade etmiştir.

“Danışmanlık hizmeti önemli bir hizmet. Onun da kısıtlanmış olması (hastanelerdeki Aile Planlaması Uygulama ve Eğitim Merkezleri artık işlevsel değil), bence en önemli kısmı. Bilginin nakledilmesi açısından önemli. Ona bilgi veriyorsunuz ama belki o yanındakine anlatıyor, komşusuna bahsediyor. Danışmanlık hizmetlerini birebir yapıyorduk. Kürtaj öncesinde sonrasında uygulayacağımız yöntem için danışmanlık veriyorduk. Diyelim RİA'ya karar verdi, onu uygulayacağız, onu anlatıyorduk. O son yıllarda onam formu dediğimiz bir

form vardı, onu da onaylatıyorduk. Yani herkese anlatıyorduk tekrar tekrar, bir daha bir daha...” (Dr. Gün Akı).

“Tüp ligasyonu hastanede yapılan bir şey. Biz danışmanlık kanalıyla yönlendiriyorduk, tabii ki talep hep vardı, çok yoğun olmasa da vardı” (Dr. Gün Akı).

- **Danışmanlık hizmetlerinin gelişimi ile ilgili deneyimler**

Prof. Dr. Ayşen Bulut, İngiltere’de bir kursa katılmasının ardından Hacettepe Üniversitesi’ne döndüğünde, insanları geri çekme yönteminden vazgeçirmeye çalışmadan danışmanlık hizmeti verilmesi gerektiğini söylediğini ancak o zamanki hayretle karşılandığını ifade etmiştir.

“..... Sonra ben Exeter Üniversitesi İnsani Bilimler Enstitüsünün bir parçası olan Nüfus Bilimleri Enstitüsü’ne bir yıl süreli Nüfus Araştırmaları Kursu’na gönderildim. Orada yaşlı bir antropolog ile çalıştık. Benim ilk defa sosyal bilim oryantasyonum da orada oldu. Dönüşte, Hacettepe’ye büyük bir heyecanla geldim ve bir öğretim üyesine dedim ki “Çok güzel şeyler öğrendim, zorla insanları geri çekmeden vazgeçirmenin anlamı yok. Mutlularsa, gebe olmuyorsa bizi ilgilendiren bir şey yok.” Ne yazık ki büyüklerim bunu hayretle karşıladı ve onaylamadı. Yani oralardan bugünlere geldik” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

Yine 1990 yılında bir görev nedeniyle Afrika’ya gittiğinde “aile planlaması hizmetlerinde kalite kavramı” ile tanıştığını, bu kavramın da başta kabul görmediğini dile getirmiştir.

“.....Sonra çok hoş bir şey oldu bana; 1990 yılında Afrika’da 2 hafta iş yerlerinde üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili denetleme yapmak üzere yollandım bir kuruluş tarafından. Orada Aile Planlaması (Family Planning) dergilerinin bir tanesinde sosyolog Judith Bruce diye bir değerli kadın bir kavramsal haritalama yapmıştı, aile planlaması hizmetlerinde kalite sorunu diye. Sonra ben o şablonu yaptığım her işte kullandım. O kadar güzeldi ki o, çünkü, hemşiresin, acilde çalışıyorsun; insanların seni değerlendirmek aklına bile gelmiyor. Bir yerden düşmüş, ne yaparsan yap. Ama gebelikten korunma öyle değil. Çünkü onlar sağlıklı insanlar. Eğer dosdoğru iş yapmıyorsan sana gelmiyorlar. Neden doğru iş yapılmalı? Doğru iş nasıl yapılır? İlk defa sağlık hizmetlerinin kalitesi kavramı bu alanda başladı diye biliyorum. O yayın 1990’dır, her yerde kullanırım ben onu. Ondan sonra bütün yapılanlar irdelendi, daha iyi nasıl olabilir diye tartışıldı ve sonra danışmanlıklar çıktı.” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

Ayrıca, Çobançeşme’de yaptıkları bir niteliksel çalışmada sağlık hizmetlerinin kadınlara ulaşmayı ne kadar zorlaştırdığını saptadıklarını belirtmiştir.



Tüp ligasyonu konusunda sağlık personelinin direndiği örneğini vermiştir. Sonraları, çeşitli projelerle önemli adımlar atıldığını söylemiştir.

“Psikolog yüksek lisans öğrencim, Çobançeşme’de yaptığı niteliksel bir çalışmada 57 kadın seçti. Kadınlarla uzun uzun konuştu. Sağlık hizmetlerinin ne kadar engelli olduğunu, aslında kadınlara ulaşmanın son derece kolay olduğunu gördük. Mesela; tüp ligasyonu yaptırmak istiyor bir kadın ve Bakırköy Doğumevine gidiyor. 35 yaşında, 4 çocuklu, doktor diyor ki “Yapmayız, sonradan gelirsin, aç dersin, başımıza dert olursun.” Kadın ısrarla tüplerini bağlatmak istiyor ve bir daha çocuk istemediğini ifade diyor. Doktor: “Sen köye gidiyor musun?” diyor, Cevap: “Gidiyorum”. Doktor: “Çocuklarla hep beraber traktörle tarlaya gidiyor musunuz, orada çok traktör kazası oluyor. 4 çocuğun birden traktörde ölse ne olacak?” Bunun üzerine kadın yere oturdu, “Doktor, benim kardeşlerimin çok çocuğu var, onları büyütürüm, ben kendim 4 çocuğum da ölse doğurmayacağım buradan beni ameliyat etmeden gitmeyeceğim” diye ağladı. Sonra tüpleri bağlanıyor. Yani doktorlar tarafından da çok engel var. Sonuçta para getirmeyen, cazip olmayan bir iş sağlıklı insanla uğraşmak.” Ve ben bu vakalardan Halk Sağlığı Kongresinde sunum yaptım. Hocama “Danışmanlık konusunu tanıtalım mı?” dedim. O da “Güzel ama şöyle yapılabilecek bir şeylerle uğraş” dedi. O anı hiç unutmuyorum. Dedim ki “Yapılabilir, biz daha yeni öğreniyoruz.”. Sonra kaliteli hizmet, KAPS projeleri, John Hopkins üreme sağlığı programları devam etti.” (Prof. Dr.. Ayşen Bulut)

#### • **Gençlere yönelik danışmanlık ve eğitim hizmetleri**

“Gençlere yönelik eğitimleri daha çok Ana Çocuk Sağlığı’ndaki eğitimci arkadaşlar veriyordu, biz de katkıda bulunuyorduk zaman zaman. Onlar da bayağı emek verdiler. Hastaneler bu eğitimin dışındaydı. Yani çok fazla şey yapılıyordu ama uygulamaya nasıl yansıyor onu bilmiyoruz. Biz vakti zamanında izlemler yapıyorduk, onların izlemi yapılamıyordu tabii, personelde yetmiyordu artık buna, azalan personelin öyle bir etkisi de olmuştu.”(Dr. Gün Akı)

#### • **Üreme sağlığının diğer hizmet alanlarında danışmanlık**

Dr. İbrahim Açıkalın, gebelerin birinci basamak sağlık kuruluşundan hizmet talep etmesini sağlayacak bilgi düzeyine erişmeleri gerektiğini, danışmanlık hizmetlerinin hedefinin toplumda bu konuda talep yaratmak olduğunu, sezaryen veya normal doğum tercihi konusunda da hiçbir şekilde baskı yapılmaması gerektiğini ifade etmiştir.

“Toplumun hizmeti talep etmesini sağlayacak bilgi düzeyine gelmesi için çalışılmalı. Talep oluşturulmalı. ....Birinci basamak sağlık kuruluşları bölgesindeki tüm gebelerin sağlık hizmeti alması gerektiğinin farkında olması, anne ölümlerini kontrol etmek açısından çok

önemlidir. ....Vatandaş hasta olmadan da sağlık kuruluşuna başvurmasının gerekliliğini anlamalı, bunu talep etmeli. Bunun için danışmanlık ve eğitim verilmeli” (Dr.İbrahim Açıkalın).

“Sezaryenle doğumlar hemen azalsın isteniyor ama vatandaş talep ediyor. Burada da yine bireyin talebi önemli. Danışmanlık önemli. Sezaryenin riskleri de var ama hem sağlık personeli hem de kadın açısından tercih edilmesinin nedenleri de var. Gebe korkuyor, sancı başladı başlayacak derken. Ayrıca idrar torbası sarkmaları, normal doğumdan sonra cinsel hayatta problem olacağı endişesi var. Bu korkuyu yenmezseniz, bu konularda aydınlatmazsanız olmaz. Böyle sezaryen oranı düşmez. Siz açıklarsınız, o neyi istiyorsa seçer. Biz “düşün” dedik diye düşmez. Sezaryen yapan personele ceza vererek de düşmez, bu kez özele kayma olur. Sonuç olarak her konuda olduğu gibi bu konuda da kişinin sağlıklı kararı verebilecek danışmanlığı alması gerekir” (Dr.İbrahim Açıkalın).

Dr. Rifat Köse, üreme sağlığı danışmanlığı hizmetlerinin evlilik öncesinde başlatılması gerektiğini belirterek, çiftlerin gebelik öncesinden itibaren sağlıklı olmalarının önemini vurgulamıştır.

“Yaptığımız eğitimlerde hep şunu vurguladık; “Üreme Sağlığı = sağlıklı gebelik + sağlıklı çocuk +sağlıklı eşler.” Hatta şöyle dedik; bulaşık makinası alırken özelliklerini araştırıyorsunuz, çocuk sahibi olurken de hazır mıyım? Uygun muyum? diye düşünmelisiniz. Üreme sağlığı düzeyinin yüksek olması için bireyin hayata sağlıklı başlaması gerekir. Bunu sağlamak ancak sağlık programlarının evlilik öncesi dönemden başlatılması ile mümkündür. Anne ve baba adaylarının kronik ve doğumsal geçişli hastalıklarına karşı önlem almaları gerekir. Gebelikler tesadüfen değil, planlı olarak gerçekleşmelidir. Bireyler, cinselliklerinin farkında olmalı, istenmeyen gebelik ve CYBE korkusu taşımadan yaşamak için yeterli bilgiye sahip olmalıdır ” (Dr. Rifat Köse).

Dr. Gün Akı, tacize uğrayan kadınların nüfus planlaması kliniklerine bu amaçla başvurmadıklarını ancak yapılan danışmanlık sırasında taciz öyküsü aktardıklarını söylemiştir.

“Taciz muayeneleri için kadın doğuma gittiklerini düşünüyorum. Biz ancak bize anlatırsa kişi danışmanlık sırasında onu bilebiliyorduk. Birebir bunun için başvuruyordu. Belki bizim başvuru yeri olduğumuzu düşünmüyordu veya çekiniyordu belki de çok travmatik bir şey yaşıyorsa kadın doğuma gitmeyi tercih ediyordu. Çok rastlamıyordum ben” (Dr. Gün Akı).

- **Üreme sağlığı danışmanlık eğitimleri**

Dr. Gün Akı, gerek danışmanlık gerekse eğitici eğitimleri verdiklerini, danışmanlık eğitimlerine İstanbul'un bütün hastanelerindeki ilgili sağlık personelinin katılımını sağladıklarını, ayrıca niversiteler, TSK, okullar ve sağlık ocakları gibi farklı birimlerde eğitim hizmetlerini yürüttüklerini belirtmiştir. Eğitim verdikleri hastanelerde, post partum aile planlaması eğitiminin izlemi ni yaptıklarını dile getirmiş, ayrıca üreme sağlığı projesi kapsamında verilen modül eğitimlerinin çok değerli olduğunu vurgulamıştır.

“Ayrıca farklı farklı kesimlerde üreme sağlığı eğitimleri verdik. Biz reme sağlığı danışmanlık eğitimlerini hemşirelik yüksekokullarındaki hocalara verdik, askerlere verdik. O zamanlar çocuklara yönelik cinsel sağlık eğitimleri pilot uygulamaları vardı. Bu yüzden öğretmenlerin bilgilerini artırmak amaçlı öğretmenlere de verdik. Yalova'ya gitmiştim. Bu eğitimler SB tarafından koordine ediliyordu. Hatta Van'a kadar gittik. Eğitim izlemeleri yaptık, dolaştık, çok emek verdik. İzlemlere gittik, yaptığımız işin izlemlerini yapıyorduk yani eğitici eğitimi ya da eğitim sertifikası verdikten sonra sağlık ocaklarına tek tek gidip post partum aile planlaması uygulamasını nasıl yapıyorlar diye izliyorduk. Post Partum Aile Planlaması Danışmanlığı Eğitimlerini hem özel hastaneler hem devlet hastanelerinde verdik. Bütün zel hastanelerini dolaştık İstanbul'un tek tek; post partum aile planlaması hizmetlerini izlemek için. Danışmanlık eğitimlerini İstanbul'un hastanelerinde kadın doğumculara, hemşirelere, doktorlara verdik. Bütün hastaneleri dolaştık. Bazı hastanelerin mutfaklarında yaptık bu eğitimleri. ARSC diye bir kurum vardı şimdi adı Angel Heart olmuş. Onlarla da ortak eğitimler verdik.”(Dr. Gün Akı)

“Modül eğitimlerini, hastanedeki poliklinik hizmetlerine ek olarak yürütüyorduk. Bizim aldığımız ve verdiğimiz eğitimlerle şimdikileri karşılaştırınca çok üzülüyorum. Nereden nereye geldik. Niye baş aşağı gidiyoruz? Nasıl bu hale geldik? Bizden mkemmelenirken neden şimdi gıdım la yetinir haldeyiz? Niye böyle diye düşünür oldum, tabii bu insanda biraz hayal kırıklığı yaratıyor. Kafanızdaki ile hiç uyurmayan işler yapılıyor” (Dr. Gün Akı).

“28 yıl emek verdim, daha fazlası olabilir diye. Bazen emek boşa gidiyormuş gibi geliyor ama hiçbir emek boşa gitmiyor. Üreme sağlığında bu modüller bir kere kullanılsa bile önemli, gerçek manada danışmanlık yapılırsa, ulaşılabilse, bir kere bile önemli. Yeni araştırma sonuçlarını çok merak ediyorum (2018 TNSA) doğrusu” (Dr. Gün Akı).

## ii. Doğurganlığın Düzenlenmesine Yönelik Hizmetler

### • Gebeliği önleyici yöntem kullanma /isteyerek düşük ilişkisi

Katılımcılar, etkin aile planlaması hizmetlerinin; isteyerek düşükleri, doğum sonrası istenmeyen gebelikleri ve güvensiz düşüklerden kaynaklanan komplikasyonlara bağlı ölümleri azalttığını belirtmişlerdir.

“1983 yasasından sonra , isteyerek düşük hızı önce 100 gebelikte 21'lere çıktı, çünkü insanlar rahat ifade ettiler; “Evet gittim, aldırırım.” Sonra, iyi bir aile planlaması hizmeti alındığı için 10'a kadar düştü.Bu suni olmayan gerçek bir düşük oranıydı.”(Prof. Dr. Ayşe Akın).

“1960'lı yıllarda anne ölümlerinin artması, gebelikten korunmamanın sonucunda insanların istemedikleri gebeliklerden kurtulmak için yaptıkları eylemler var kitaplarda. Özellikle Fakir Baykurt o konuları çok işlemiş.” (Prof. Dr..Ayşen Bulut).

“İstanbul Üniversitesi'nde çok şahane bir Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi oluşturduk. Doğum yapan kadınlar buraya geliyorlardı. Makalelerimizde görülüyor ki gebelikten sonra tekrarlanan gebelik çok az. %80-90 başarılıyız” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

“Zaten orası da 1982 de kurulmuştu (Şişli Etfal Hastanesi Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Merkezi). Sonra yavaş yavaş hasta potansiyeli oluşmuş. Hatta çok yoğun bir kürtaj talebi varmış. Oradaki ilk başlangıcı yapan doktor abimiz günde 30 kürtaj gibi bir taleple karşı karşıya gelince birkaç masa birden çalışır olmuş. Biz gittiğimizde de yaklaşık günde 18 kürtaj yapılıyordu. Bu düşüş tabii kürtaj sonrası RİA uygulaması ya da başka yöntemle başlamamız üzerine olmuştu. Zamanla o kürtaj talebi de artık haftada 5-10 kişiydi. Haydi bilemediniz 12 kişi olsun. Tabii bu AP hizmetlerinin her yerde uygulanmasının sonucuydu” (Dr. Gün Akı)..

### • Gebeliği önleyici yöntem kullanma /ölümlülük-doğurganlık ilişkisi

Prof. Dr. Ayşe Akın, gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile riskli gebeliklerin önlendiğini, böylece anne ve bebek ölümlerinin azaldığını belirtmiş, Dr. İbrahim Açıkalın, doğurganlığın azalmasında geleneksel yöntemlerin de payınının olduğuna dikkat çekmiştir.

“Siz o %7,6'lara (BÖH, SB verisi) bakmayın ama sonuçta şimdi azalıyor olmasında aile planlamasının bir kere çok büyük etkisi var. Şöyle bir bilgi var, değişmedi o. Siz riskli gebelikleri önlediğiniz vakit anne ve bebek ölümü %30-40 aşağıya düşüyor. Başka bir şey

yapmayın. AP yaptınız mı o düşünüyor, o düşünce de kadın doğurmuyor zaten. Haritalara da baktığımız vakit Türkiye’de her bölgede doğurganlık azaldı (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Aile planlamasında modern yöntem kullanımı çok hızlı ilerlemedi ama bizim toplumumuzda geri çekmenin de ya da kondom kullanımının da çok etkili olduğunu düşünüyoruz. Çünkü doğurganlık hızının düşüşünün sadece modern yöntem kullanımı ile sağlanmadığını görüyoruz. Demek ki bizim geleneksel geri çekme yöntemi çok etkili kullanılıyor. O zaman önceden “Aman onu bırakın” derken, stratejik olarak “Onu nasıl kullanıyorsunuz? Sorun ebe hanımlara anlamaya çalışın” demeye başladık, tavsiyelerde bulunduk.” (Dr. İbrahim Açıkalin)

### • Birinci basamak sağlık kuruluşlarında doğurganlığı düzenlemeye yönelik hizmetler

Dr. Gün Akı, aile hekimliği sisteminde sertifikası olan doktorların bile RİA uygulanmaktan kaçındığını belirtmiş, bunun nedeninin aile planlaması hizmetleri için gerekli şartları oluşturmakta zorlanmaları, girişimsel işlemleri riskli bulmaları ve yoğunlukları olabileceğini ifade etmiştir. Ayrıca ana çocuk sağlığı merkezlerinde yapılan vazektominin de artık yapılamadığını belirtmiştir.

“2011’den itibaren bu sertifikasyon programları (aile planlaması ve üreme sağlığı) aile hekimlerine verilmeye başlandı. Eğitim sertifikasına performans puanı verildiği için bu arkadaşlar uygulasalar da uygulamasalar da bu sertifikayı aldılar. Bir kısmı uyguladı belki. Bunun şartlarını oluşturmak da çok kolay değil, bir aile hekimliği sistemi içerisinde o düzeni kurmak ve 1-2 kişi için bu hizmeti vermek, bu riski almayı çok istemediler. RİA uygulamak sonuçta bir küçük müdahale. Hani hap, kondom vs. belki verdiler ya da iğne gibi şeyleri sağladılar ama bu uygulamada biraz çekimser de kaldılar gibi geliyor bana. Belki başka faktörler de işin içine girmiştir, onların çalışma şartları altında yoğunluk veya başka şeylere zaman ayırma gibi” (Dr. Gün Akı).

“Ana Çocuk Sağlığı Merkezlerinde bir ara vazektomi yapılıyordu, özel bir teknikle. Onun eğitimleri de veriliyordu. Bizde o alanda eğitim almış kimse olmadığından, bize başvuru olmuyordu, İstanbul’daki diğer birimlerde yapanlar vardı. Sonrasında personel, yer yetersizliğinden o da kaldı” (Dr. Gün Akı)..

### • Hastanelerde doğurganlığın düzenlenmesine yönelik hizmetler

Prof. Dr. Ayşen Bulut İstanbul Üniversitesi’nde kurdukları Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi’nin ve Dr. Gün Akı hastanelerde kurulan nüfus planlaması kliniklerinin üst düzeyde hizmet verdiğini ancak zamanla personel

yetersizliği, hastaneye getiri sağlamaması gibi nedenlerle kapandığını/işlevsiz hale getirildiğini ifade etmişlerdir.

“Sadece anlatıyorsun derslerde, bu beni çok rahatsız etti. Sonunda Avrupa Birliği’nden kaynak bulduk ve İstanbul Üniversitesi’nde çok şahane bir birim oluşturduk. Doğum yapan kadınlar buraya geliyorlardı. Makalelerimizde görülüyor ki gebelikten sonra tekrarlanan gebelik çok az. %80-90 başarılıyız. Bu başka bir yerde bir türlü olmadı. Orada da devam edemedik, çünkü biz ne Kadın Doğum Kliniğinin bir parçasıyız, ne de Çocuk Kliniğinin. Başka projelerle insanları çalıştırdık ama hiç kimse doğru kadrolanamadı burada. Sonunda yorgunluk oluyor. Sonuçta ücretsiz hizmet, hastaneye para kazandırmıyorsun. Kadrolu olan arkadaşlar da artık başka yerlere gittiler. Bir de bina deprem sonrası zedelendi, ara verdik, bir şeyler oldu, çok tüketici bir şey ama bir sürü insan yetiştirdi. 15000 aile sürekli olarak oradan hizmet aldı, izlendi, şahane şeyler oldu, yapılabilir ama bunun için uygun strateji lazım. Mesela Gülhane’de de bunun için çok uğraşıldı. Ama hep taşıma suyla yapılan şeyler bunlar.” (Prof. Dr..Ayşen Bulut)

“İşte böyle büyük bir ünite ama tabii performans değerlendirmesi kriterlerine göre, getirisi de az diye düşünöldü muhtemelen. Ama getirisi hemen hemen aynı olan birimler de vardı hastanede. Bizim yerin büyüklüğü yani oranın bu kadar yer işgal ediyor olması da biraz gereksiz gelmiş olabilir. AP kliniklerinin standartları zaten yasada var. Bu birimleri istiyor yasa. Ayrıca kadın doğum ünitesi ile aynı binada olması gibi bir şart da vardı. Önce hastanenin başka bir yerine taşınması isteği oldu ama buna zaten yasa olarak izin vermiyordu” (Dr. Gün Akı)..

“İhtiyaç hala vardı, bir gün kimse başvuramazsa zaten kapanırdı ama böyle bir şeyin olması mümkün değil. Biz sonuçta reklam falan yapmıyorduk, insanlar kendileri geliyordu. İhtiyaca paralel bir hizmetti sonuç olarak. En son ben ayrılırken başvurular “Nereye gidelim?” diye soruyorlardı” (Dr. Gün Akı)..

#### • **Gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve üreme sağlığı**

“Üreme sağlığı kavramı daha yeni bir kavram ama aile planlaması da bunun içinde önemli bir parça. Yani bu olmazsa olmaz gibi bir şey. Bütüncül yaklaşımın içinde bu sekteye uğradığı takdirde nasıl üreme sağlığı yapılır? Örneğin bir sürü doğum yaptı diyelim ama sık yaptı. Ya da doğum sonrası korunmak istedi ama belki ulaştı belki ulaşamadı. Böyle üreme sağlığı olur mu?” (Dr. Gün Akı).

#### • **Gebeliği önleyici yöntem kullanma talebi;**

Katılımcılar, halkın her zaman gebeliği önleyici yöntem talebinin olduğunu ifade etmişlerdir.

“Yıl 1965, Erzurum Çat. Kadın, geliyor, “Kızım ben şimdi ne yapayım? 13 tane doğurdum, artık doğurmayayım istiyorum” diyor. Yani ihtiyaç her zaman var.” (Prof. Dr.. Ayşe Akın)

“Nusret Hoca, ilk 1963 araştırmasını Population Council’den destek alarak yapıyor. Araştırmalarda görülüyor ki halk %22 aile planlaması yöntemi kullanıyor. Ama ne? “Geri çekme”. Halkın istediği ortada, istiyor ama yasa yok, yöntem yok. İhtiyaç var, anne ölümleri ve bütün koşullar artık bu ülkede nüfus politikasının değişmesi gerektiğini gösteriyordu. 1965’te yasa çıktı” (Prof. Dr.. Ayşe Akın).

“İnsanların aile planlamasına çok fazla talebi var. O kadar çok gebelik istenerek yapılmıyor. Türkiye’de en sık görülen kaza istenmeyen gebeliktir. Kadın gelir, “kaza oldu, kaza oldu...” der. Özellikle doğum sonrası korunma çok büyük problemdi, hala devam ediyor. En eğitilmiş kesimde bile devam ediyor” (Prof. Dr..Ayşen Bulut).

“Poliklinik hizmeti de (Şişli Etfal Hst. AP Eğt.ve Uyg.Mrk.) günde 100 iken 40-50 kişiye düşmüştü zamanla. Çünkü çevremizde yeni Ana Çocuk Sağlığı merkezleri de açılmıştı. Onlar da AP yöntemi uyguluyorlardı. Ayrıca özellikle RİA’nın uzun süreli bir yöntem olması da önemli. 10 sene gidiyor bir uyguladığımız zaman. Dolayısıyla Şişli çevresinden o ihtiyaç zamanla azalmıştı. Ama diğer kesimden, İstanbul’un her yerinden geliyordu son zamanlarda; Kağıthane, Alibeyköy, Kartal bir sürü yerden geliyorlardı. Bir de Zeynep Kamil kapandıktan sonra bu tarafa geçmeye başladı kişiler. İşte böyle bir hizmet potansiyeli vardı” (Dr. Gün Akı).

“Adolesan başvurular vardı ama çok da değildi. Bize gelmiyorlar diye düşünüyorum. Ama özellikle göç ile gelen Suriyeli ya da diğer gruplarda resmi nikâhlı olmayan erken evlilikler olduğu için 16-17 yaş grubu son zamanlarda biraz artmıştı. Yöntemle ilgili başvurular da vardı. Kürtaj olabiliyordu ama daha çok da yöntemle ilgili geliyorlardı” (Dr. Gün Akı)..

#### • **Gebeliği önleyici yöntem kullanma ve toplum liderleri/değerler**

Prof. Dr. Ayşe Akın, gebeliği önleyici yöntem kullanma konusunda, bir imam örneği vererek toplum liderlerinin halkın üzerindeki etkisini açıklamıştır. Ayrıca, politikacıların halka çocuk sayısı konusunda telkinde bulunmasının doğru olmadığını belirtmiştir.

“Bir köyümüz var, bir tek orada RİA başaramıyoruz, direnç var. Araştırdım, ben de arada oraya polikliniğe gidiyorum. Çat’ta yol-iz olmayınca atla gidiyorduk köylere, burada öyle bir dert yoktu tabii, Ankara’nın köyü. Ebe Hanım dedi ki “İmam karşı çıkıyor, günah diyor.” Şunu fark ettim ki o günlerde Ankara’nın köyünün yobazlığı, Erzurum’dan çok. Çat

yoksul, cahil ama o kadar yobaz değildi. Ben imamı bulayım, ikna edeyim diye düşünürken o kendi ayağıyla polikliniğe geldi. Benimle görüşmek istiyormuş. Aldık içeriye. Hemşire var yanımda, odada ikimiziz. Benimle yalnız görüşmek istediğini söyledi. Israr edince hemşire hanımı odadan çıkarttım. “Buyrun” dedim, dedi ki “Doktor hanım, bizim hanıma bir alet koysanız ama köylülerden kimsenin haberi olmasın.”. “Olur” dedim ve neden kimsenin haberi olmaması gerektiğini sordum. Cevap “İşte Doktor Hanım bizim rızığımız daha çok köylüden geliyor, bunların içindeyiz.Şimdi beni yanlış anlamasınlar.” Önce bunun yanlış anlayacak bir tarafının olmadığını anlattık. Ben şimdi yaşım başım nedeniyle otoriter gibiyimdir, oysa o küçük yaşta da aynı otoriterdim.Hizmet için ağırlığımı ortaya koyarım. Ona dedim ki “Ben şimdi hemşireyi de içeriye almayacağım, eşin geldiği vakit aletini koyacağım, kimseye de söylemeyeceğim ama benim de duyularım var. Siz camide alet kullanmayla ilgili bu kadar da lehte konuşmuyormuşsunuz. Eğer bu köyde bir kelime aksi sizin ağzınızdan çıktığını duyarsam, bilin ki ertesi gün Hürriyet’in manşeti siz olursunuz”. Güldü,“Yok yok” dedi, “Katiyyen bundan sonra aksi bir şey demem.”. Gerçekten ondan sonra biz o köyde gayet başarılı olduk. Çünkü imama soruyorlar mesela “Öbür dünyada cennete gider miyim?” diye, “Canım ne alakası var filan” diyor veya “Yok yok, hiçbir zararı yok.” diyor. Yani biz onun eşini kimseye demedik o da muhalefeti bıraktı.” (Prof. Dr..Ayşe Akın)

“Kadının biri Cumhurbaşkanına 13 çocuk doğurduğunu söyledi. Cevap: “Sen cennetlikisin”. Hangi mesajı alıyorsunuz burada? Bizim insanımız kadın diye ayırmayalım gerçekten temiz kalplidir, iyi niyetlidir, saygılıdır. Yani biz de bir şey desek inanıyor, başka birisi de bir şey dese inanıyor. Dolayısıyla toplumu, özellikle düşük eğitilmiş ya da kırsal alandan gelmiş birisini yanıltmaya çalışmak herhalde inancımız varsa günahtır. Şu an yaşanan da gerçekten budur. Bütün o anlattığım çabalar (yasanın çıkarılması, araştırmalar, eğitimler, savunuculuk vs) ters yüz olsun diye uğraşılıyor.” (Prof. Dr.. Ayşe Akın)

Prof. Dr. Ayşen Bulut, toplum liderlerinin çok çocuk konusundaki söylemlerinin eğitilmiş kadını etkilemediğini ifade etmiştir.

“Bütün dünyada eğitim düzeyleri arttıkça ve kadının hayatı değiştikçe ne olursa olsun doğurganlık cazip olmaktan çıkıyor. Kim “Üç çocuk doğurun” derse desin kadınlar bunu tercih etmiyorlar, öyle bir şey yok. Bunu söyleyenlerin kadınların nasıl yaşadığını bilmediğini düşünüyorum” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

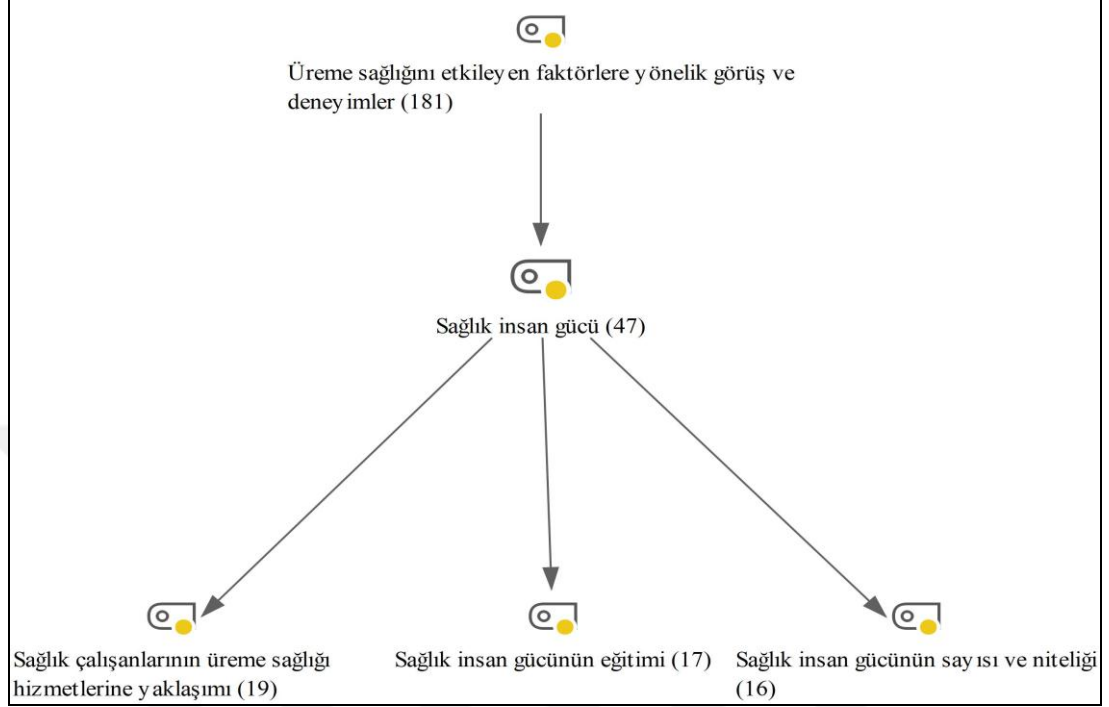
#### 4.4.2.4. Sağlık İnsan Gücü

“Sağlık çalışanlarının üreme sağlığı hizmetlerine yaklaşımı”, “Sağlık insan gücünün eğitimi” ve “Sağlık insan gücünün sayısı ve niteliği” alt kodları, “Sağlık insan gücü” kodu adı altında birleştirilmiştir.



“Sağlık insan gücü” kodunun tema analizindeki yeri Şekil 143’te gösterilmiştir.

Şekil 143: Sağlık insan gücü kodunun Tema 1’deki hiyerarşik durumu



“Sağlık çalışanlarının üreme sağlığı hizmetlerine yaklaşımı” 19 kez kodlanarak (tüm kodlar içinde %4,67), “Sağlık insan gücü” kodu içerisinde en çok kodlanan alt kod olmuştur.

Katılımcıların bu koda ait alt kodları ifadelerinde kullanma sıklıkları Şekil 144’te sunulmuştur.

Şekil 144 : Katılımcılara göre “sağlık insan gücü” alt kodları sıklığı

Kod Sistemi	Ayşe Akın	Ayşen Bulut	Gün Akı	İbrahim Açıkalin	Rıfat Köse	TOPLAM
Sağlık çalışanlarının üreme sağlığı hizmetlerine yaklaşımı	■	■	■	■	■	19
Sağlık insan gücünün sayısı ve niteliği	■	■	■	■	■	16
Sağlık insan gücünün eğitimi	■	■	■	■	■	17
Σ TOPLAM	13	7	23	3	6	52

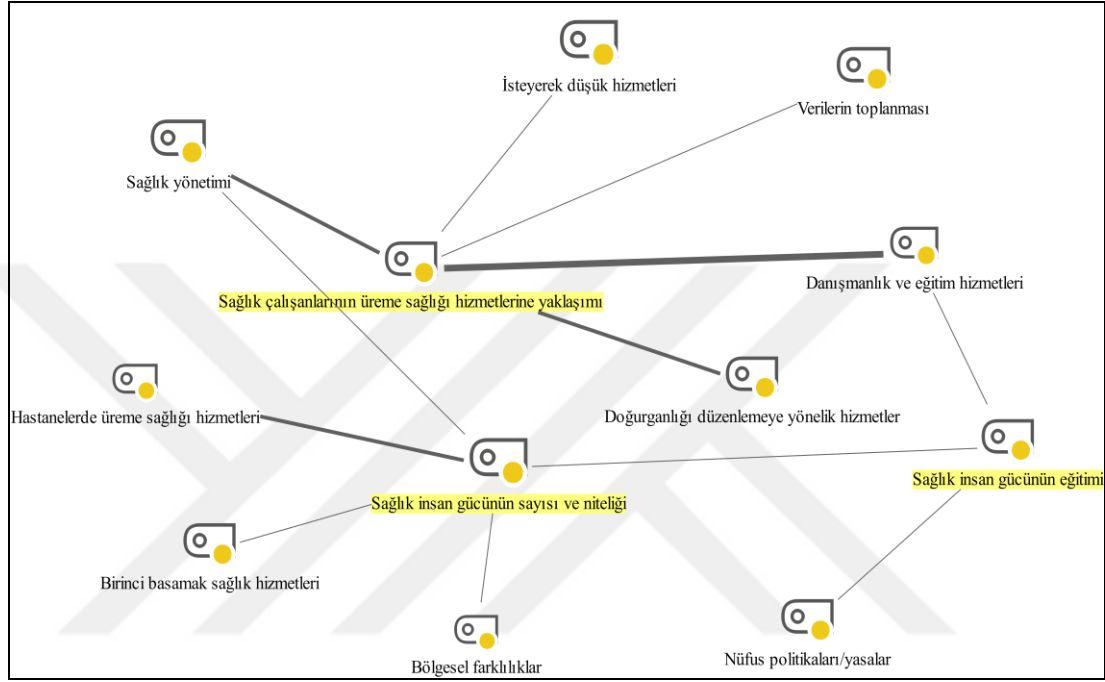
\* Her sütun kendi içinde kare büyüklükleri ile sıralanmıştır.

Katılımcıların sağlık insan gücüne ilişkin ifadeleri incelendiğinde; Prof. Dr. Ayşe Akın ve Prof. Dr. Ayşen Bulut’un “sağlık çalışanlarının üreme sağlığı hizmetlerine yaklaşımı”, Dr. Gün Akı ve Dr. İbrahim Açıkalin’in “sağlık insan

gücünün eğitimi” ve Dr. Rıfat Köse’nin “sağlık insan gücünün sayısı ve niteliği” alt kodlarını en sık olarak vurguladıkları görülmektedir.

Sağlık insan gücü alt kodlarının diğer kod/altkodlarla ilişkisi Şekil 145’de gösterilmiştir.

Şekil 145: Sağlık insan gücü alt kodlarının diğer kod/alt kodlarla ilişkisi\*



\* Çizgi kalınlıkları ilişkinin gücünü ifade etmektedir.

“Sağlık çalışanlarının üreme sağlığı hizmetlerine yaklaşımı” ve “Sağlık insan gücünün sayısı ve niteliği” alt kodlarının 5 kod/alt kod ile ilişkili oldukları görülmüştür. “Sağlık insan gücünün eğitimi” alt kodu ise 3 kod/alt kod ile ilişkili bulunmuştur.

Buna göre en güçlü ilişkiler sırasıyla; “Sağlık çalışanlarının üreme sağlığı hizmetlerine yaklaşımı- Danışmanlık ve eğitim hizmetleri”, “Sağlık çalışanlarının üreme sağlığı hizmetlerine yaklaşımı-Sağlık Yönetimi”, “Sağlık çalışanlarının üreme sağlığı hizmetlerine yaklaşımı-Gebeliği Düzenlemeye Yönelik hizmetler” ve “Sağlık insan gücünün sayısı ve niteliği-Hastanelerde üreme sağlığı hizmetleri” olarak tespit edilmiştir.

Sağlık insan gücü alt kodlarına yönelik katılımcı ifadeleri aşağıda konularına göre gruplandırılarak sunulmuştur;

## i. Sağlık çalışanlarının üreme sağlığı hizmetlerine yaklaşımı

Prof. Dr. Ayşen Bulut, Dr. Gün Akı ve Dr. İbrahim Açıkalin, personelin şartları zorlayarak da olsa üreme sağlığı hizmetlerini yürütmek için istekli ve gönüllü olmalarının önemini vurgulamışlardır.

“Çalışanlar çok az şeyi düzeltmeye çalışıyorlar; ben doktorların her şeye razı olup kötü koşullarda çalışmasını hiç affedemiyorum. Kendi çalıştığı yeri düzeltmek gibi bir niyet yok. Bir ara Ana Çocuk Sağlığı Merkezinde bir toplum araştırması var. Bir tane eriyikle dezenfeksiyon yapılacak. Doktor hanım şöyle demişti: “Hocam SB yollamıyor” Orada 1 liraya alacağı bir şey almıyor. Bir taraftan da muayenehanesinde böyle çalışmadığını söylüyordu. Öğleden sonra muayenehaneye gidiyor bu insan. Nasıl kişilik bozukluğu değil mi? Orada öyle burada böyle çalışabilir misin? Vicdanın el verir mi? Sanırım insanların bu ilgisiz ve bilgisizliği ile bu böyle de gidecek, düzeleceğini sanmıyorum.” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

“Ben ilk İstanbul’a geldim, heyecanla Valiliğe bağlı Sağlık Müdürlüğünde Nüfus Planlaması Danışma Kurulu kurmaya çalışıyorum. Oradaki Kadın Doğumcu doktor dedi ki: “Yere tüküren Vali ile muhatap etmeyin beni lütfen hanımefendi.” Vali yere tükürüyor olabilir ama yasal olarak Valinin yetki alanı bu. O kadar ilkel şeylerle uğraşıyorlar ki çok büyük üzüntü ama insan kaynağı böyle. Özellikle işte kamu sektöründe de böyle seçilmişler kalıyor, öbürleri de ilgilenmiyor. Bunlara rağmen çok fazla şey yapıldı gerçekten.” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

“Yani bu işi yapmak için hem istek hem de donanım olacak. Ben mesela izlemlere kendi aracım ile gidiyordum. Diğer arkadaşlara da aracı bizim birim sağlıyordu” (Dr. Gün Akı).

“Hani kendimizden verip yapıyorduk ama o da hora geçmedi, bir tarihten sonra. Ne yapılabilirdi daha fazla bilemiyorum yani dayandık desek yeridir. Aslında 10 sene, artık son 10 seneyi inadımdan sürdürdüm diyebilirim. Hani bu iş bitmesin diye sürdürdüm. Bu kadar dayanabildik. Hele son 3 sene bir işkenceydi benim için, tek başıma yürüttüğüm bir klinik vardı çünkü artık. Oraya atanmıştım” (Dr. Gün Akı).

“Sağlık ocaklarında bayağı yaygınlaşmıştı aile planlaması uygulamaları. Ama sağlık ocağı sisteminden sonra aile hekimliği sistemine geçince bu iş biraz bozuldu. Bir de şöyle bir şey var tabii, bu işte gönüllülük esas. Her hekimin el becerisi aynı değil olmadığı gibi herkes aynı istekle de bu işi yapmıyor. Sağlık Ocaklarında bu işe gönüllü arkadaşlar vardı, onlardan biri bu işi yüklenirdi mesela. O işi hem severek yapıyor hem de becerisi vardı. Ona da o yönde destek veriliyordu; eğitim, araç gereç vs. Şimdi aile hekimliği sisteminde

bir hekim zaten her işi yapacak ve bunu da yapacak, çok zor. Bir de poliklinik yükü çok ağır zaten. Biraz da çekince olunca yapmıyor, bitiyor.” (Dr Gün Akı).

“Bakanlıkta çalıştığım dönemde başarımızın nedenlerinde biri şuydu; personelin farkındalığını artırdık, bilgili ve istekli olmasını sağlamaya çalıştık” (Dr.İbrahim Açıkalm).

Prof. Dr. Ayşe Akın, sağlık personelinin kayıtlara yaklaşımına dikkat çekmiştir. Bazen doktorların da çekindikleri için isteyerek düşükleri, kendiliğinden düşük olarak kaydettiklerini belirtmiştir.

“Bizim kadınıımız dürüsttür; soruyorsunuz “Çocuk düşürdün mü?”, “Evet” diyor, saklamıyor. Ama “Aldırdın mı?” deyince cani yerine konmamak için -doktoru da aynı- “Hayır, kendi düştü.” diyor. Orada hafif modifiye ediyor, benim yorumum o” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

Prof. Dr. Ayşe Akın, sağlık personelinin üreme sağlığı konusunda savunuculuk rolüne dikkat çekmiştir.

“Hemşireler gayet sıkı bir şekilde uğraşıyorlar. Ebeler öyle değil. Genel Müdürüm o zaman, toplantı yapıyorum. “Ebelik Derneği diye bir şey yok mu?” dedim “Var” dediler. Davet ediyorum cevap yok, bir gün artık telefonla aradım.Ondan sonra, biraz daha gelir oldular, daha savunur oldular” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

## ii. Sağlık insan gücünün eğitimi

### • 2827 sayılı yasanın çıkmasından sonra uyum eğitimleri

Prof. Dr. Ayşe Akın, 2827 sayılı yasanın çıkarılmasından sonra, pratisyen hekimlere küretaj eğitimi ve doğumevleri başhekimlerine karman aspirasyonu kitinin uygulama eğitimini verdiklerini belirtmiştir. Yasanın çıkarılması sonrasında çok sayıda kurs açıldığını ve Bakanlığın bu konuda çok iyi işler yaptığını ifade etmiştir.

“Dolayısıyla alt yapı yönünden üreme sağlığında 2827 sayılı yasa ile nasıl güzel bir politika izledik. Kadın Doğumcular bir kere ayağa kalktı, hani kürtaj yasallaşırsa kim yapacak diye. Al işte pratisyen hekim. O araştırmayı da biz yaptık Ayşen (Bulut) de içindeydi. Küretaj yöntemini 35 pratisyen hekime öğrettik, gittiler, bir yıl izledik. Yasa da yok daha ama incomplete abortuslara öyle müdahale ediyorlardı” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Yasanın uygulanması için SB benden rica etti. Ben böyle çok tepede büyük doğumevlerinin başhekimlerini o yöntemle ilgili eğittim. Önce Çubuk'ta eğitiyorduk ama vaka sayısı yeterli değil tabii. Büyük büyük hastanelerin başhekimleri, doğum bölümü

başkanları geldiler ama bizim hastane 75 yataklı, karşılardaki de kendilerinden çok genç biri. “Niye geldik” gibi bir tavır. Ben de bir süre çay, kahve sohbetinden sonra karman aspirasyon kitini gösterdim. “Siz hiç bunu gördünüz mü?” dedim, “Hayır ne o?” dediler; Hah işte güç bana geçti. Sonra kitten başlayarak yasayı anlattım, Bakanlığın yaptığı hazırlıkları anlattım. “Bu atravmatik yöntemi siz hastanenizde kullanacaksınız ama ben bugün birkaç vaka ayarladım demonstre edeceğim.” dedim. Hatta onlara da bir - iki vaka yaptırırım, çok sevindiler. Artık o olumsuz hava ortadan kalkmıştı” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Ben artık doğumevine gelip eğitimi yapıyordum, giderek de çok kurslar yapıldı. O Bakanlık’ı şimdi çok minnetle anıyorum. Ülkenin ihtiyacına göre her şeyi yapmaya çalıştı, yaptı da. Yasa gayet güzel uygulanmaya başlandı.” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

### • Üreme sağlığı hizmetlerinde çalışan personele yönelik eğitimler

Prof. Dr. Ayşe Akın, 1960’lı yıllarda Erzurum-Çat’taki bir sağlık ocağında ebelerin yanlış uygulamalarına yönelik eğitimler verdiğini dile getirmiştir.

“Ebeler evde doğum yaptırıyorlar (Erzurum-Çat). O dönemde ne yazık ki ebelerimiz kendi hallerine bırakılmış, bir sistemin içinde değiller. Sosyalizasyon Yasası yeni; 1961’de çıktı, 1963’te uygulanmaya başladı. Postuitrine denilen bir şey yaparlardı uterusu kasan. Ebe doğuma çağırılıyor, çağırıyorlar da bakıyor ki daha çok var, hızlandırmak için daya intramüsküler Postuitrine’i. Uterusu kasiyorsunuz, halbuki önde engel var değil mi? İşte oralar bana hep ders anlamındaydı. Bunu görünce önce ebeleri eğitime aldım ve çantalarından o ilacı toplattım.”(Prof. Dr. Ayşe Akın).

Dr. Gün Akı, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nüfus Planlaması Kliniği’nde çalışırken görev aldığı eğitim çalışmalarını açıklamıştır (Johns Hopkins Üniversitesi’nin katkıda bulunduğu eğitim çalışması, eğitici eğitimleri, modül eğitimleri, RIA sertifikası eğitimleri, yeni uygulamalara yönelik pilot çalışmalar, CYBE’nin mikrobiyolojik tanısına yönelik eğitim, aile hekimliği elemanlarına eğitim).

“Şişli Etfal Hastanesi’nde bu birim kurulma aşamasındayken ben gönüllü olmamıştım. Ama orada çalışan arkadaşımın yanına gidip geliyordum. Orada görevlendirilince tabii işin içine girdim. Orası eğitim de veren bir hastaneydi. Aile Planlaması Eğitim ve Uygulama Merkezi idi adı. Ben orada aile planlaması ve küretaj eğitimi aldım” (Dr. Gün Akı)..

“Hastanede bu bölümün ekibi sayıca çok iyiydi, hekimler, hemşireler... Yıl 1994’e geldiğinde JHPIEGO yani Johns Hopkins Üniversitesinin de katkıda bulunduğu bir eğitim programı çerçevesinde bizi eğitici eğitimine aldılar. Herhalde Bakanlığın bu konuda bir

sözleşmesi vardı. Bu eğitici eğitimleri Erzurum, İstanbul, İzmir ve Ankara’da verildi. Ben İzmir’e gittim ve İzmir’de Ana Çocuk Sağlığının bir ünitesinde bir ay kaldım, orada bu iş için eğitildim, ondan sonra tekrar Şişli Etfal’e döndüm. Sonraki dönemde sorumluluklar çoktu; hem sertifikalarını vermek üzere eğitici eğitimi veriyorduk hem de uygulama yapıyorduk. Ayrıca, orada zaten daha öncesinde olan hekim ve hemşirelere eğitim verdik, ayrıca uygulamaları da yapıyorduk. (Dr. Gün Akı).

“Önceden de bu kliniklerde yasa çerçevesinde pratisyen hekimlere ve hemşirelere RİA sertifikası eğitimi zaten vardı. Bunun biraz daha standardize edilmiş halini yapar olduk. Toplu yapabileceğimiz alanlarda bir hafta teorik eğitim yapıp sonra pratik eğitime geçiyorduk. Maketler üzerinde çalışıyorduk, belli bir eğitim programı uygulanıyordu. Bu standardize eğitim bütün Türkiye’de aynı pratik uygulamalarla, aynı basamaklarla, aynı danışmanlık kurallarına uygun olarak yapıldı. Zamanla eğitimde de yetersizlikler ortaya çıktı. Personel sıkıntısından en son teorik eğitimi 5 günden 3 güne indirmek zorunda kaldık.” (Dr Gün Akı).

“Bu birimlerde çalışanlara SB, Aile Planlaması Sertifika Eğitimi dışında beş modülde eğitim veriyordu. Üreme Sağlığına Giriş, Güvenli Annelik, Adolesan Sağlığı, Cinsel Sağlık, Aile Planlaması. Bu eğitimler daha çok teorikti ama hekim ve diğer sağlık personeline danışmanlık amaçlı veriliyordu. Bu çok önemli aslında gerçek manada uygulanabilirse işe yararlığı yüksek bir eğitim. Ama uygulanması da önemli tabii. Bu modül eğitimlerini, hastanedeki poliklinik hizmetlerine ek olarak yürütüyorduk. Bizim aldığımız ve verdiğimiz eğitimlerle şimdiki karşılaştırdığımız çok üzülüyorum. Nereden nereye geldik. Niye baş aşağı gidiyoruz? Nasıl bu hale geldik? Bizden mükemmel istenirken neden şimdi gıdımınla yetinir haldeyiz? Niye böyle diye düşünür oldum, tabii bu insanda biraz hayal kırıklığı yaratıyor. Kafanızdaki ile hiç uyuşmayan işler yapılıyor” (Dr. Gün Akı)..

“Yeni çıkan farklı yöntemler ortaya çıkınca da pilot çalışmalar yapılıyordu. Depo provera kullanılması gibi. Onları devreye sokmak için eğitimler oluyordu, yani ayrı ayrı yöntemlerle ilgili de eğitimler alıyorduk” (Dr. Gün Akı)..

“Biz hastanede aile hekimliği asistanlarına da rotasyon uyguluyorduk, bize geliyorlardı eğitim alıyorlardı ve öyle mezun oluyorlardı. Şimdi bizim birimde yok mesela” (Dr. Gün Akı)..

“CYBEların mikroskopik tanısına kadar biz teorik bilgi veriyorduk Zeynep Kamil’de ya da başka hastanelerin bir çoğunda kısmen mikroskopta da inceleme yapılır olmuştu. İşte o son 10 senede o da yavaş yavaş kalktı. Öncesinde hekim ya da bu konuda eğitilmiş hemşire mikroskopta bakıyordu” (Dr. Gün Akı).

Dr. İbrahim Açıkalın, sağlık personelinin sık yer değiştirmesinden dolayı eğitim ihtiyacının arttığını belirtmiştir.

“Kurumsallaşma ya da sürdürülebilirlik noktasında da bizim tabî ki eksikliklerimiz var. Onun için de çok sayıda hizmet içi eğitimlerimiz olurdu. Böyle binlerce, yüzbinlerce sağlık personeline ulaşırlardı çünkü sağlık personelinde 1-2 yıl içinde yer değiştirme çok fazla oluyordu. TSK ile başladığımız üreme sağlığı eğitimleri, TSK'nın kurumsal yapısından dolayı daha sürdürülebilir oldu” (Dr.İbrahim Açıkalın).

Dr. Rıfat Köse, aile hekimliği personeline verilen eğitimin kapsamının genişletilmesi ve toplum sağlığı merkezlerinde çalışanlara da aynı eğitimin verilmesinin gerektiğini ifade etmiştir.

“Aile hekimliğine geçiş sürecinde doktorlara uyum eğitimi verebildik ancak bu yeterli değildir. Hekimler, hemşireler ve ebeler acil durumlar ve az rastlanan vakalar konusunda hizmet içi eğitim verilmelidir. Aynı eğitimler, toplum sağlığı merkezlerinde görev yapan hekimlere de verilmelidir” (Dr. Rıfat Köse).

### **iii. Sağlık insan gücünün sayısı ve niteliği**

Prof. Dr. Ayşe Akın, Türkiye’de doktorlara uzmanlığın özendirildiğini ve yeterli sayıda pratisyen hekim olmadığını, bunun yanı sıra dağılımda sorun yaşandığını belirtmiştir.

“1965’te yeni mezun olarak Erzurum Çat’a gittiğimde, malzeme açısından baktığımızda koşullar olağanüstü. Koca koca sandıklar gelmiş,kimse açmamış, ben açtım tabii. İçinde ne ararsanız var, ilaçlar, malzemeler..Yani ocağa ne lazımsa var. Ocak pırıl pırıl, yeni yapılmış, lojmanımız var.Personel olarak benim ebelerim var. Yalnız ülkede doktor kıtlığı olduğundan ilk defa kışı doktorla geçirdiler onlar da benim gitmemle” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Türkiye’de genel sağlık insan gücü yetersiz. Cumhuriyetten sonra giderek hep artmış. Yıllar içinde mükemmel bir gelişme, her konuda sayı arttı, temel olarak baktığımızda. Ancak yanlış bir politikayla uzmanlık pompalandı, halbuki gelişmiş ülkelerde genel pratisyen sayısı fazladır. Ancak, gelişmekte olan bir ülkeyse pratisyen sayısı uzman hekim sayısından az olur” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Şimdi sağlık insan gücü yönetim kötü olduğu için kötü kullanılıyor. Yani değerlendirilmiyor, dağılım kötü, hala kötü. Ücret politikası sorunlu” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

Prof. Dr. Ayşen Bulut, halka ulaşıldığında etkili hizmet verilebildiğini Batman'da Kürtçe bilen bir ebenin yaptığı başarılı çalışmalardan örnek vererek açıklamıştır.

“Entegrasyon olmayınca Doğu'da ne olduğunu bilmiyorsun. Ben Batman'da TPAO'nun rafinerisinde TÜRKİŞ'in projesi olarak 80'li yıllarda klinik kurdum. En fazla Batman'daki klinik çalıştı. Petrol kuyuları hep dışarıda, onların eşlerinin gelebileceği rafineride özel klinik yaptık. Oraya Kürtçe konuşan bir ebe-hemşire bulduk. Çünkü o insanlar aynı dili konuşmuyor seninle. Üstelik 80'li yıllar, olağanüstü hal durumu var ve biz oraya Bakanlık izniyle gittik. Yani “Afişe etmeden çalışın.”dendi bize. Bu ebe- hemşirenin kocasını da Tüm Öğretmenler Birleşme ve Dayanışma Derneği'ne (TÖB-DER) üye diye işten atmışlar. Adam Diyarbakırlı, eşi de onunla birlikte geldi. Eşsiz bir ebe hemşire, dört dörtlük, “Saniye Atabay”. Kız şahane hizmetler verdi. Herkes çok mutlu oldu. Halka hizmeti yararlanabileceği şekilde sunuyorsan, dostça sunuyorsan ve güven oluşturuyorsan hizmeti kullanıyor. Doğu- batı farketmez. Doğurganlık eğilimi batıda 4'den 2' ye inerken doğuda 8 den 4'e iniyor, aynı eğilim var. Çünkü sahada çalışan bir sürü ebe var” (Prof. Dr. Ayşen Bulut)..

Dr. Gün Akı, personel yetersizliğinden dolayı, Şişli Etfal Eğt. ve Arş. Hst.'ndeki nüfus planlaması kliniğinin kapandığını, ana çocuk sağlığı merkezlerinde gençlere yönelik eğitim verilemediğini, eğitim izlemlerinin yapılamadığını, vazektomi eğitiminin verilemediğini ifade etmiştir.

“Bizim birim de (Şişli Etfal) biz gidince kapandı, eleman da olmadığı için. Yeni atama da yok haliyle. Zaten biz en son 4 kişiydik bir hemşire, bir hizmetli, ben pratisyen hekim olarak bir de kadın doğum uzmanı arkadaşımız. Eski kadromuz; 2 kadın doğum uzmanı, 4-5 pratisyen, 3 hemşire. Genelde bu birimlerin yöneticisi kadın doğumcu oluyordu. Bu kliniklerin mutlaka sabit bir yöneticisi olurdu. Başka türlü yürümez zaten. ...Bunlar yasada Nüfus Planlaması Merkezleri diye geçiyor, yasa adıyla uyumlu. Hem bölümün fiziki standardı hem de çalışması gereken kişi sayısının standardı yazılı. Ona göre kurulmuş bir birim. Standardı belli olmasına rağmen o sayıyı koruyamadık maalesef. Keşke bizim yetiştirip bıraktığımız kişiler olabilseydi, yani birileri olsa da yetiştirsek bıraksak istedik ama bu da olamadı. Sonuçta bu 30-35 senelik üniteler gitti” (Dr. Gün Akı)..

“Hekim ya da bu konuda (CYBE) eğitilmiş hemşiremiz mikroskopta bakıyordu. Yapmaya çalıştık ama sonra işte hem personel sayısının azalması hem de bir takım imkanların azalması nedeniyle o da her şey gibi azalır oldu. Her şeyden yavaş yavaş taviz vermeye başlıyorsunuz, personel yok” (Dr. Gün Akı).

“Gençlere yönelik eğitimleri daha çok Ana Çocuk Sağlığı'ndaki eğitimci arkadaşlar veriyordu, biz de katkıda bulunuyorduk zaman zaman. ....Biz vakti zamanında izlemler



yapıyorduk, onların izlemi yapılamıyordu tabii, personel de yetmiyordu artık buna, azalan personelin öyle bir etkisi de olmuştu” (Dr. Gün Akı)..

“İstanbul’da bayağı da gözcü bir eğitim ekibi vardı. Onlar tamamen hekim dışı personelden oluşuyordu. İl dışına çağırılıyorlardı. Ama kan kaybetti artık, geri dönüşü yok. Emekli olanlar, ayrılanlar, başka işe geçenler, yani hali hazırda yapanlar var ama onlarda eh yapabildiği kadar yapıyor ne yapsınlar, güçleri yettiğince yapıyorlar” (Dr. Gün Akı)..

“Ana Çocuk Sağlığı Merkezlerinde bir ara vazektomi yapılıyordu, özel bir teknikle. Onun eğitimleri de veriliyordu. Bizde eğitim almış o alanda kimse olmadığından bize başvuru olmuyordu, İstanbul’daki diğer birimlerde yapanlar vardı. Sonrasında personel, yer yetersizliğinden o da kaldı” (Dr. Gün Akı).

Dr. Rifat Köse, sağlıkta dönüşüm ile sağlık personeli sayısının artırıldığını, sağlık ocakları döneminde büyük şehirlerde doktor yetersizliğinden dolayı ev ziyaretlerinin yapılamadığını, bölge tabanlı ebelik hizmetlerine geçilmesi gerektiğini dile getirmiştir.

“Bebek ölüm hızımız düşmektedir. Bu başarının nedeni; sağlıkta dönüşüm politikası ile genel sağlık sigortası sisteminin kurulması, sağlık hizmetlerinin eşit sunulması, sağlık personeli sayısının ve acil sağlık hizmetlerinin artırılmasıdır. Ayrıca, bağışıklama programlarının başarılı bir şekilde uygulanması, anne sütünün teşviki, acil ve yoğun bakım ünitelerinin artırılması etkili olmuştur.” (Dr. Rifat Köse)

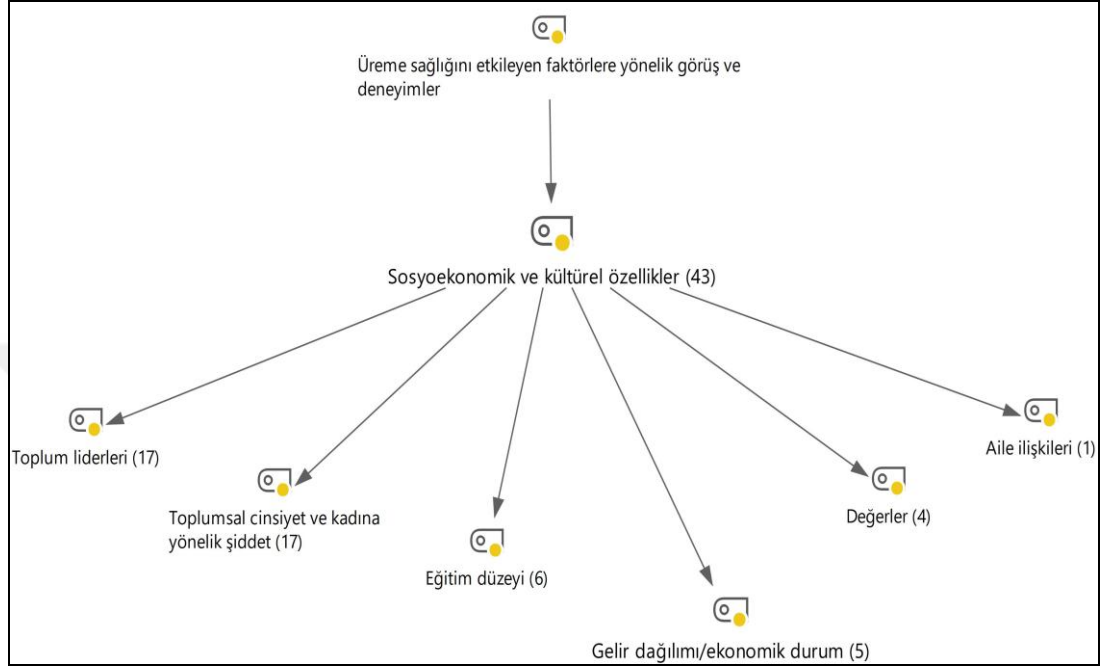
“Sağlık Ocağı sistemi sosyalizasyon ilkelerine göre bölge tabanlı olarak uygulanıyordu. 3000 nüfusa bir sağlık ocağı, 1000-3000 nüfusa sağlık evi vardı. Bir hekim, bir hemşire, bir sağlık memuru görevlendiriliyor ve onların lojmanda kalması gerekiyordu. Bunu büyük şehirlerde sağlayamadık. O zaman ev ziyaretleri 154 sayılı kanuna göre yapıyordu. 1983’e kadar uygulandı. 01.01.1984’te bütün ülke bu düzene geçsin diye kanun çıktı ama şartlar uygun değildi. 1983’te Sağlık Müdürü Vekilliği ve Beyoğlu Hükümet Tabipliği yaptım. Vali ek tabip gönderemedi. 250.000 nüfus vardı, nasıl bir doktor ev ziyareti yapacak?” (Dr. Rifat Köse).

“Aile hekimliğinin avantajı; vatandaş, hekim seçilebiliyor. Ama bunda da sıkıntı var; Nüfus bazlı görevlendirme yapıldığından bazı ilçelerde sadece bir aile hekimi var. Tek hekimden fazlası israf oluyor. Tek hekimde de seçme özgürlüğü olmuyor. Bu yüzden nüfusu 250.000’in altında olan ilçeler için bölge tabanlı modelin uygulanması gerekir. Aynı zamanda bölge tabanlı ebelik hizmetlerine de geçilmelidir, çünkü her gebelik çok değerlidir. Böylece ebelerin ev ziyaretleri yapması sağlanacak, gebelerin isteği halinde ebe doğuma katılabilecektir.” (Dr. Rifat Köse).

#### 4.4.2.5. Sosyoekonomik ve Kültürel Özellikler

“Sosyoekonomik ve kültürel özellikler” kodunun tema analizindeki yeri Şekil 146’da görülmektedir.

Şekil 146: “Sosyoekonomik ve kültürel özellikler” kodunun Tema 1’deki hiyerarşik durumu



Katılımcıların “Toplum liderleri”, “Toplumsal cinsiyet ve kadına yönelik şiddet”, “eğitim düzeyi”, “gelir dağılımı ve ekonomik durum”, “değerler”, aile ilişkileri” alt kodları ile tanımlanan ifadeleri “Sosyoekonomik ve kültürel özellikler” kodu altında toplanmıştır. Bu kod kapsamında, birbiriyle kesişmeyen ifade sayısı 43’tür.

Katılımcıların “Sosyoekonomik ve kültürel özellikler” koduna ait alt kodları ifadelerinde kullanma sıklıkları Şekil 147’de sunulmuştur.

Şekil 147: Katılımcılara göre “Sosyokültürel ve ekonomik özellikler” alt kodları sıklığı

Kod Sistemi	Ayşe Akın	Ayşen Bulut	Gün Akı	İbrahim Akgalın	Rıfat Köse	TOPLAM
Aile ilişkileri		■				1
Eğitim düzeyi		■	■	■		6
Gelir dağılımı/ekonomik durum	■	■	■	■	■	5
Değerler	■				■	4
Toplum liderleri	■	■		■	■	17
Toplumsal cinsiyet ve kadına yönelik şiddet	■	■	■		■	17
<b>TOPLAM</b>	<b>23</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>50</b>



## **i. “Eğitim düzeyi - Doğurganlık” ilişkisi**

Prof. Dr. Ayşen Bulut ve Dr. İbrahim Açıkalın, kadının eğitim düzeyi arttıkça, doğurganlığın azaldığını belirtmişlerdir.

“Bütün dünyada eğitim düzeyleri arttıkça ve kadının hayatı değiştikçe ne olursa olsun doğurganlık cazip olmaktan çıkıyor” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

“Batı’da, Marmara’da, Ege’de, İç Anadolu’da ve Akdeniz’in batısında doğurganlıkta 2.1’in altındayız biz son 10-15 yıldır. 1.7-1.6’lardayız, burada kim var? Burada ekonomik durumu daha iyi olan, eğitim durumu daha iyi olan, sosyal durumu daha iyi olan, aslında çocuk sahibi olursa daha iyi yetiştirebilecek olanlar var. Onlar 1 ya da 2 çocukla ya da sıfır çocukla kalmışlar bilinçli olarak” (Dr.İbrahim Açıkalın)..

“Biz bilinçlenme hemen olsun istiyoruz haklı olarak ama bir günde olmaz bu, bir nesil gerekir. Bilinçli bir anne baba, sağlıklı ve bilinçli bir ergen yetiştirecek, o da üreme çağında sağlığı için en doğru seçimleri yapacak” (Dr.İbrahim Açıkalın).

## **ii. Toplumsal Cinsiyet ve Kadına Yönelik Şiddet**

Prof. Dr. Ayşe Akın, doğuda görev yaptığı yıllarda halkın, bir kadın doktor olarak kendisine karşı tutumunu anlatmıştır;

“1965 yılında yeni mezun bir doktor olarak zorunlu hizmet için Erzurum Çat’a gittim. Doktorum ama nüfus politikası falan bilmiyoruz o zaman. Orada, Kadın Sağlığının ne kadar kötü olduğunu, ne kadar gereksiz ölümler olduğunu, kadının ne kadar geriye atıldığını yaşayarak gördüm. Toplumsal cinsiyet kavramından da haberimiz yok o zaman. Ben gittim “Ebe Hanım” diyorlar bana, ben de hiç itiraz etmiyorum. Ebe benim en sevdiğim personeldir. Onlara göre, sağlıklı uğraşan kadın ebedir. 6 ay sonra beni çok sevdiler, çok saydılar; aniden ben “Doktor Bey” oldum. Ben şimdi okulda aile planlaması görmedim, Toplumsal Cinsiyet kavramını hiç görmedim. Diyorum ki “Adamın gözü de görüyor, ama niye bana “Doktor Bey” diyor?”. Bu hitap bir türlü değişmeyince bir gün adamın birisine dedim ki “Pardon ben erkeğe mi benziyorum?”, cevap daha beterd “Esağfurullah, ayıp olmasın diye öyle diyoruz.” Ona göre “Hanım” lafi aşağılıyor beni.” (Prof. Dr. Ayşe Akın)

Prof. Dr. Ayşen Bulut, toplumsal cinsiyet eşitliğinin, cinsiyet ayrımı olmadan çocuk yetiştirme ile mümkün olduğunu ifade etmiştir.

“Kadımlarla ilgili başka ön yargılar var, erkeklerle ilgili başka ön yargılar var. Bir tane kitap gördüm gazetede, aldım torunlarıma; “erkek çocukların hakları, kız çocukların hakları”

diye Yapı Kredi Bankası yayınlarından tercüme bir kitap. Mesela benim kızım doğum yapan arkadaşının çocuğunu ziyarete gidecekti, gittik oyuncakçıya, bir mutfak seti aldı. Ben de işte güya bu işlerle uğraşan bir uzmanım. Ya dedim “Erkek değil mi bu çocuk?” “Evet anne” dedi “Artık erkeklere böyle evle ilgili hediyeler almıyor, kız çocuklarına da bebek alınmıyor” dedi. O zaman “Niye bunu düşünmedim?” diye düşündüm. Sonra yine aynı mahallede oturan bizim kız torunumuzun erkek arkadaşının kardeşi oldu, 3-4 yaşında çocuklar. Ben o erkek abiye bir tane yeni doğmuş bebek hediye ettim. Şöyle fırlattı oğlan ama birkaç gün sonra baktım annesi küçük bebeği arabaya koymuş, o da bebeği kucağına almış beraber geziyorlar. Bunlar eşcinselliğe neden olmaz. Yanlış işte, cehalet diz boyu. O kitapları alıp kullanmak lazım. Bunları nasıl yayabiliriz? Yeni gebeler çok önemli, çok açıklar, öğrenmekten çok mutlu oluyorlar. Eşler birlikte olmalı tabii ama artık kadınlar, erkekler her şeye de karışsın istemiyorlar. Ama erkeklerin bilgili olmasını istiyorlar, birbirlerini takdir etsin istiyorlar. Baba araştırmalarında çok güzel sonuçlar oldu.” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

Prof. Dr. Ayşe Akın, kadının statüsü yükseldikçe, anne ölümlerinin azaldığını, toplumsal cinsiyet eşitliği sağlandığı takdirde üreme sağlığı sorunlarının azalacağını, Türkiye'nin bu konudaki kazanımlarını koruması gerektiğini ifade etmiştir.

“Anne ölümünü etkileyen etmenlerden biri de kadının statüsüdür. Kadının statüsü düzeldikçe istediği kadar doğuruyor, batıda da doğuda da” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Bizim kadınının aklı başında. Siz bu ataerkil düzeni değiştirdiğiniz ölçüde ki kimse onu değiştirmiyor işlerine gelmiyor, o zaman fazla bir şey yapmanıza gerek yok. İşte bebek ölüm hızı düşüyor, sağlık hizmetine ulaşılabilir, kadın kendi kendine doğurganlığını düzenleyebiliyor” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Biz cumhuriyetin içine doğduk, dolayısıyla öyle “Kadın şudur, erkek budur” hiç öğrenmedik, aksini öğrendik, eşitlik öğrendik. Cumhuriyet Türkiye’de kadın-erkek eşitliğinin önünü açmış, kurumsallaşmasının önünü açmıştır. Osmanlı eşitsizliği kurumsallaştırmıştır. Bizim jenerasyona ağır gelen budur; Cumhuriyetin her ürünü biz yaşadık. Ben Erenköy Kız Lisesi mezunuyum, bizim kuşakta kimsenin aklına gelmez kadının daha geride bir kavram olduğu. Şimdi din adamları (!) ya da bazı akademisyenlerden “kadını geriye itelim”, “Şu kadar doğursun”, “Örtelim”, “Pantolon giyerseniz size tecavüz edilir”, “Hamile kadının sokağa çıkması terbiyesizliktir”, “Kadın çalışmazsa işsizlik zaten olmaz” vb. söylemler duyuyoruz. Bunları söyleyen gerçek bir din adamı değildir. Böyle politikacı da akademisyen de olmaz” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“1983 yasasına karşı direnç gösterilmesi, hatta AP yöntemlerine de direnç gösterilmesi kadının geri gitmesi demektir. 1980’den beri mütemadiyen kadının elde ettiği haklar geri alınsın diye uğraşılıyor. Yani şu son 10 yıl değil, 1980’den bu yana Türkiye’de

Atatürk'ün açtığı yol, kazandığımız kazanımlar kaybedilsin diye uğraşılıyor. En kötüsü kadınlar da buna yol açıyor. Yalnız bu konuda beni rahatlatan, rahatlatmadı belki daha strese soktu; bütün Dünyada son 10-15 yıldır global muhafazakarlaşma devam ediyor. Biz de onun bir parçasıyız. Global muhafazakarlaşma iki şeyi kullanıyor; “Din ve Kadın”. Aynı Türkiye. O açıdan bu konuda kadımla ilgili bir şeyler tersine dönerse hekim de kabahatli, politikacı baş kabahatli, ona alet olan kadın daha da kabahatlidir” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Artık serbestçe imam nikâhı kıyılıyor. Halbuki resmi evrağı görmeden kıyamayacaklardı. Efendim öyle yaşayanlar varmış, bu ayrımcılıkmış! Yani var ama kız - erkek, o zaten bilinçli bir biçimde hakkının hukukunun olmadığını da bilerek yaşıyor. Sen öbürünü “evlendirdim” diyorsun, yani “çocuk gelinler, namus cinayetleri, töre cinayetleri” adına öyle diyorlar” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

Dr. Gün Akı, kadının sağlığının kadına yönelik şiddet nedeniyle de risk altında olduğunu ifade etmiştir.

“Kadının sağlığı başka nedenlerle de risk altında artık. Cinayetleri görüyoruz. Sırf bebeği olan anne diye düşünmemek lazım. Kadının genel sağlığı anne sağlığını da etkiler” (Dr. Gün Akı).

Dr. Rıfat köse, konu ile ilgili çalışmaların Aile ve Sosyal politikalar Bakanlığı tarafından yürütüldüğünü belirtmiştir.

“O konu (Toplumsal Cinsiyet Eşitliği ve Kadına Yönelik Şiddet) ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ilgileniyor. Bilinçlendirme SB tarafından yapılıyor. 2009’a kadar SB çok aktif çalıştı. 100’ün üzerinde STK ile çalıştık” (Dr. Rıfat Köse).

Prof. Dr. Ayşe Akın, üniversitelerde toplumsal cinsiyet eşitliğine yönelik projeler yürüttüklerini belirtmiştir.

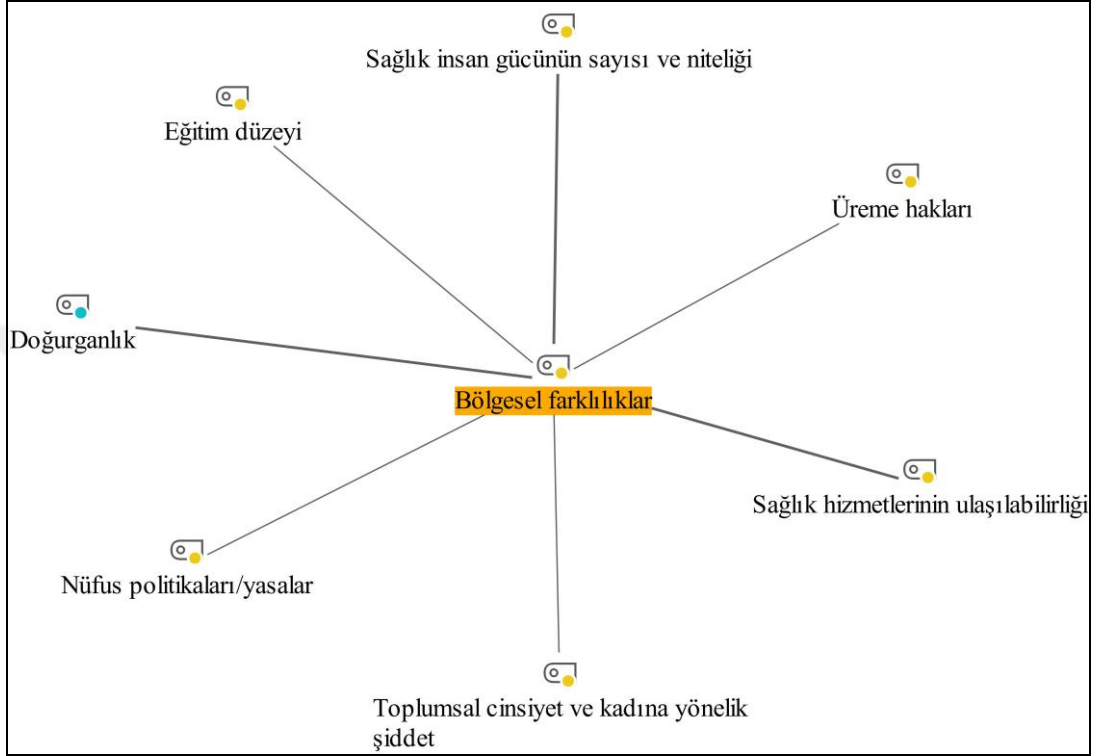
“En önemlisi karar vericileri duyarlı hale getirmek. Bir gün rektör yardımcısı aniden telefonla beni aradı “Hocam, Başkent Üniversitesi olarak ilk defa bu yıl yeni girenlere bir program koyuyoruz; Toplumsal Öne Çıkan Değerlerimiz, Toplumsal Cinsiyet Eşitliği. Sizden yardım bekliyoruz.” dedi. “Aman dedim, memnuniyetle”. Biz işte birkaç gündür gidip gidip 250’şer kişiye anlatıyoruz ama nasıl çıt çıkmıyor... Yeni gelen öğrenciler çok ilgililer. Bu da Türkiye’de ilk” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Cinsiyet Eşitliği Derneğinde çalışmalar var. Başlığa bakın; “Türkiye’de Katılımcı Demokrasinin Güçlendirilmesi: Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin İzlenmesi Projesi, Uluslararası Belgeler, Ulusal Belgeler, Göstergeler ve İzlemler.” Bu bir AB Projesi yeni başladık sayılır. Rektörden onay aldım.” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

#### 4.4.2.6. Bölgesel Farklılıklar

“Bölgesel farklılıklar” kodu ile diğer kod/alt kodlar arasındaki ilişki Şekil 149’da gösterilmiştir.

Şekil 149: “Bölgesel farklılıklar” kodu ile diğer kod/alt kodların ilişkisi



“Bölgesel farklılıklar” kodu, toplam 7 kod/alt kod ile ilişkili bulunmuştur. “Bölgesel farklılıklar” kodu ile “Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği”, “Sağlık insan gücünün sayısı ve niteliği” ve “Doğurganlık” kod/alt kodları arasında diğerlerine oranla daha güçlü bir ilişki görülmüştür. Bu koda ilişkin katılımcı ifadeleri aşağıda sunulmuştur;

Prof. Dr. Ayşe Akın, 1960’lı yıllarda bölgeler arasında sağlık hizmetleri ve hasta transportu açısından fark olduğunu, bağımlılığın bazen batıda daha fazla olduğunu ve göçün batıda doğurganlığın düşmesine engel olduğunu ifade etmiştir.

“5 anne ölümü tamamen uterus rüptürüne bağlı olarak meydana geldi. Hastalar bana geldiğinde zaten tansiyon ve nabız yoktu. Erzurum Devlet Hastanesine yolladım ve beşi de öldü; rüptürten. Kamyonun üzerinde gidiyor hastalar, çünkü transport da yok. Benim Erzurum merkeze uzaklığı 60 km. olan bir pratisyen hekim olarak yapacağım bir şey yoktu” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Ankara’nın köyü. Ebe Hanım dedi ki “İmam karşı çıkıyor, günah diyor.”Şunu fark ettim ki o günlerde Ankara’nın köyünün yobazlığı, Erzurum’dan çok” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Tabii iç göç, demografik yönden de -doğurganlık vs.- bir şeyleri alt üst etti. Yani batıda da doğurganlık beklediğiniz oranda düşmüyor, çünkü göç var” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

Prof. Dr. Ayşen Bulut, doğru hizmet veriliyorsa doğuda da batıda da halka ulaşıldığını belirtmiştir.

“Halka hizmeti yararlanabileceği şekilde sunuyorsan, dostça sunuyorsan ve güven oluşturuyorsan hizmeti kullanıyor. Doğu- batı farketmez. Doğurganlık eğilimi batıda 4’den 2’ ye inerken doğuda 8’den 4’e iniyor, aynı eğilim var. Sahada çalışan bir sürü ebe var” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

Dr. İbrahim Açıkalın, doğu ile batı arasında doğurganlık hızlarındaki farka dikkat çekmiştir.

“Nüfus politikaları ülkenin çok farklı sektörlerinin birlikte karar vereceği bir şey ama bana göre de 2.1’in altına düşmek çok da anlamlı değil. Nüfus, toplam doğurganlık hızının 2.1’in altına düştüğünde birden azalmıyor, sonraki kuşaklarda 30-40-50 yıl sonra bu nüfusta hissedilmeye başlanıyor. O zaman da tabii bölgeler arası farklılıklarımız çok anlamlı bir hale geliyor. Batı’da, Marmara’da, Ege’de ve İç Anadolu’da ve Akdeniz’in batısında 2.1’in altındayız biz son 10-15 yıldır. 1.7-1.6’lardayız, burada kim var? Burada ekonomik durumu daha iyi olan, eğitim durumu daha iyi olan, sosyal durumu daha iyi olan, aslında çocuk sahibi olursa daha iyi yetiştirebilecek olanlar var. Onlar 1 ya da 2 çocukla yada sıfır çocukla kalmışlar bilinçli olarak. Kırsala gittiğimizde yada batıdan uzaklaştığımızda 2.1’in üzerinde bir toplam doğurganlık hızı var. Çocuk konusunda çok da bilinçli olmayan yani yetiştirme konusunda bilinçli olmayanların daha çok çocuk yaptığını görüyorsunuz. Bütün bunların bir arada düşünülüp bakılması lazım. O zaman aslında batıdaki doğurganlığın bana göre arttırılması lazım. Yani ekonomik açıdan, beyin kapasitesi açısından, eğitim imkânları sağlama açısından iyi çocuk yetiştirecekler bu ülkede hakikaten iyi çocuk yetiştirsinler çünkü nitelikli insan ülkenin kalkınmasına daha çok katkı sağlayacaktır. Yani iş beklemeyecektir, istihdam oluşturacaktır. Öbür yandan hem ekonomik durumu, hem eğitim durumu zayıf, hem de çocuğunun geleceği ile ilgili çok da fazla sorumluluk taşımayan grupların çok çocuk yapması da sorundur” (Dr.İbrahim Açıkalın).

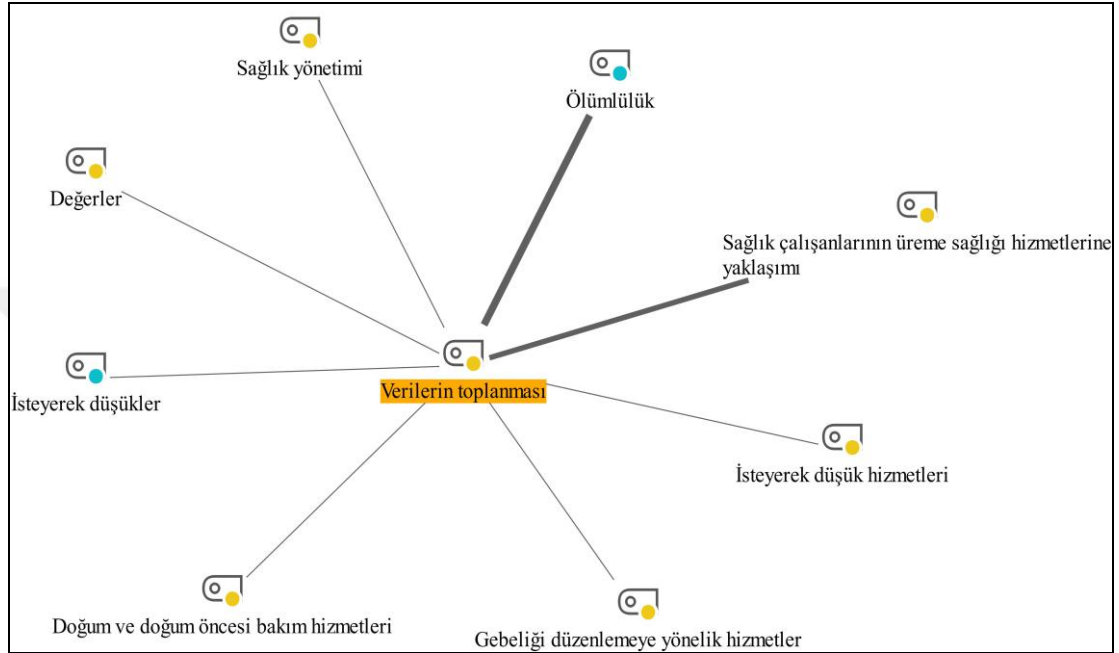
Dr. Rıfat Köse’nin bölgesel farklılıklar ile ilgili ifadesine “sağlık insan gücünün sayısı ve niteliği” kısmında yer verilmiştir.



#### 4.4.2.7. Verilerin Toplanması

“Verilerin toplanması” kodu toplamda 8 kod/alt kod ile ilişkili bulunmuş ve en sık olarak “Ölümlülük” kodu ve “Sağlık çalışanlarının üreme sağlığı hizmetlerine yaklaşımı” alt kodu ile ilişkilendirildiği görülmüştür (Şekil 150).

Şekil 150: “Verilerin toplanması” kodu ile diğer kod/alt kodların ilişkisi\*



\*Çizgi kalınlıkları ilişkinin gücünü ifade etmektedir.

Bu kod kapsamında Prof. Dr. Ayşe Akın’ın söylemi “Doktorun sağlık kayıtlarına yaklaşımı” kısmında verilmiştir. Diğer katılımcı söylemleri aşağıda sunulmuştur;

Dr. İbrahim Açıkalin, anne ölüm kayıtlarının 2010 yılından itibaren nedene dayalı olarak tutulabildiğini, Sağlık Bakanlığı’ndaki görevi sırasında daha sağlıklı veri elde etmek için sadece kayıtlardan değil araştırmalardan ve halk ile görüşerek de veri topladıklarını ifade etmiştir.

“Biz önceden anne ölümlerini DSÖ’nün yaptırdığı değerlendirmelere dayanarak tahmin yoluyla bulmaya çalışıyorduk ama 2010 yılına geldiğimizde kaç annenin hangi sebeple hayatını kaybettiğini ve bunlarla ilgili maternal, maternal olmayan sebepleri (trafik kazası ya da cinayet vb) takip edebilir hale gelmiştik. Buradaki amacımız, ölüm nedeninin tekrarlanmasını önlemektir. Tabii 100.000’de 15 dediğimiz zaman Türkiye’de toplam 200 anne ölümünden bahsediyoruz. Bazı illerde toplam 3-5 ölüm olurken bazılarında hiç olmuyor. Bu durumda nedene yönelik önlem almak çok mümkün değil” (Dr.İbrahim Açıkalin).

“Sadece kayıtlardan değil araştırmalardan ve halkla görüşerek de veri topluyorduk. Çünkü kayıtlarımız daha iyi görünsün şeklinde makyajlı olabilirdi. Bakanlığın kayıtlarına da dikkat ediyorduk ama nüfus sağlık araştırmasıyla 5 yılda bir yapılan araştırmalara göre de değerlendirme yapıyorduk. Yani, doğum öncesi bakım, bakılınca her tarafta yapıyor görünüyordu ama orada sen vatandaşa sorduğunda “sen gebeliğinde bir hizmet aldın mı?, kaç sefer aldın?, nereden aldın?” diye daha net bir tablo ortaya çıkıyordu. Böylece daha net sonuçlar elde ediyorduk” (Dr.İbrahim Açıkalın).

“2010 yılında artık bütün Türkiye’den veri toplayabilir hale gelmiştik. (Doğumlar, ölümler)“ (Dr.İbrahim Açıkalın).

Dr. Rıfat Köse, 2007’den beri anne ve bebek ölümlerinde sağlıklı veriye ulaşılabildiğini, bebek ölüm kayıtlarında viabilite sınırının önemini ifade etmiştir. Sezaryen kayıtları konusuna değinmiş ve bu kayıtların elektif sezaryen ve acil sezaryen olarak ayrılması gerektiğini dile getirmiştir.

“Anne ve bebek ölümlerinde 2007’den itibaren güvenilir verilere ulaşabildiğimizi düşünüyorum.” (Dr. Rıfat Köse)

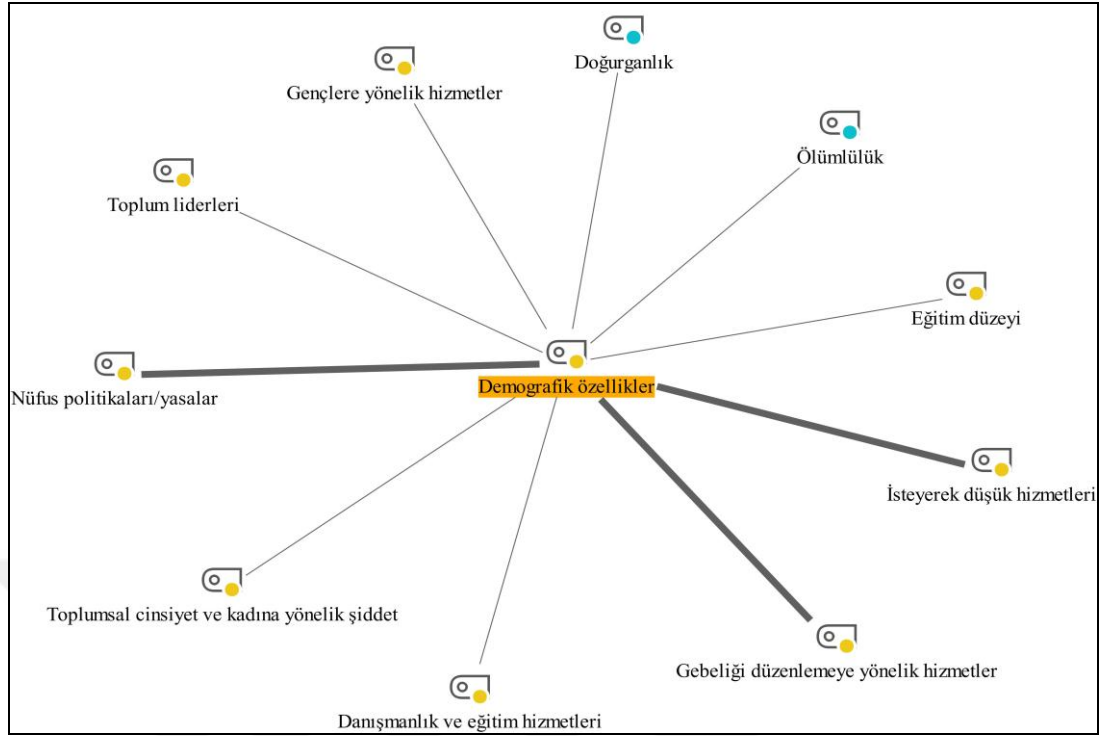
“Türkiye’deki bebek ölüm hızlarını gelişmiş ülkeler ile kıyasladığımızda, Türkiye’de daha yüksek gibi görünüyor ancak bunda viabilite sınırının farklı konumlandırılmasının da etkisi vardır. Viabilite sınırını 22 haftadan fazla olarak hesaplayan ülkelerin bebek ölüm hızı düşük görülmektedir.” (Dr. Rıfat Köse)

“Sezaryen ve normal doğum arasındaki mortalite farkı incelenirken sezaryenlerin elektif ve acil olarak ayrılması gerekir. Bizdeki istatistikler tüm sezaryenleri kapsadığından aradaki mortalite farkı bilimsel bir değer taşımamaktadır.” (Dr. Rıfat Köse)

#### **4.4.2.8. Demografik Özellikler**

Demografik özellikler kodunun diğer kod/alt kodlarla ilişkisi şekil 151’de görülmektedir.

Şekil 151: “Demografik özellikler” kodu ile diğer kod/alt kodların ilişkisi\*



\* Çizgi kalınlıkları ilişkinin gücünü göstermektedir.

“Demografik özellikler” kodu ile diğer 10 kod/alt kod arasında ilişki tespit edilmiş olup, en yoğun ilişki “İsteyerek düşük hizmetleri”, “Doğurganlığın düzenlenmesine yönelik hizmetler” ve “Nüfus politikaları/yasalar” arasında görülmüştür.

Katılımcılar, doğurganlığı etkileyen bir faktör olarak göçlere dikkat çekmişlerdir. Ayrıca, bebek ölüm hızının artmasının doğurganlığı da artırdığı belirtilmiştir.

“Tabii iç göç, demografik yönden de -doğurganlık vs.- bir şeyleri alt üst etti. Yani batıda da doğurganlık beklediğiniz oranda düşmüyor, çünkü göç var” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Bir kere o kadar ayrılmaz bir parça ki bebek ölüm hızı ile doğurganlık. O 1965 yasalarından önce %265 idi. Bebek ölüm hızının fazla olması doğurganlığı teşvik eder. Ben Erzurum Çat’a gittiğimde soruyorum “Kaç doğum yaptın?” diye. “12 diyor.”, “Çok olmuş.” diyorum. “Çok olmuş” diyorum ama “3 tanesi hayatta” diyor, bitti. Doğan çocuğun yaşayacağından emin olmayan doğurur, çok da doğru bir şeydir, siz bebek ölümünü azaltırsanız önce bir nüfus artar hafif, sonra “Ben doğuruyorum doktoru da var, hizmeti de var, yaşıyor. E ben niye doğurayım?” olur. Yani bizim kadınının aklı başında” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Zamanla 1983 yasaının iyi etkileri gözükmeye başladı. Çünkü o yasadan sonra anne ölümleri aşağıya gitmeye başladı, bebek ölümleri aşağıya gitmeye, toplam doğurganlık aşağıya gitmeye başladı ama düşük, hala bir kadın sağlığı sorunu olarak devam etmekte” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Bu arada, aile planlaması yöntemlerini kullanmak istememelerinin de ayrı sosyal nedenleri olabiliyor. Örneğin, İstanbul’a gelmiş, gecekonduda yaşıyor. Çoğalarak bu şehirde yer edinmek istiyor bir taraftan” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

“1987’den itibaren ele alırsak; hem İstanbul’un nüfusunun artması, belki göç alması ya da daha uçlardaki kesimlerin bize ulaşmasından bilmiyorum -bu iyi bir şey de olabilir- genç nüfustaki eğitim düzeyinin hiç de yükselmediğini gördüm. Yani 25 yaşında eğitimi var ama ilkokul ya da okuma yazma bilir seviyesinde olan kadınlar gelmeye başladı. Yani hani seneler geçtikçe bunun artması beklenirken düşerek giden bir eğitim seviyesi var” (Dr. Gün Akı).

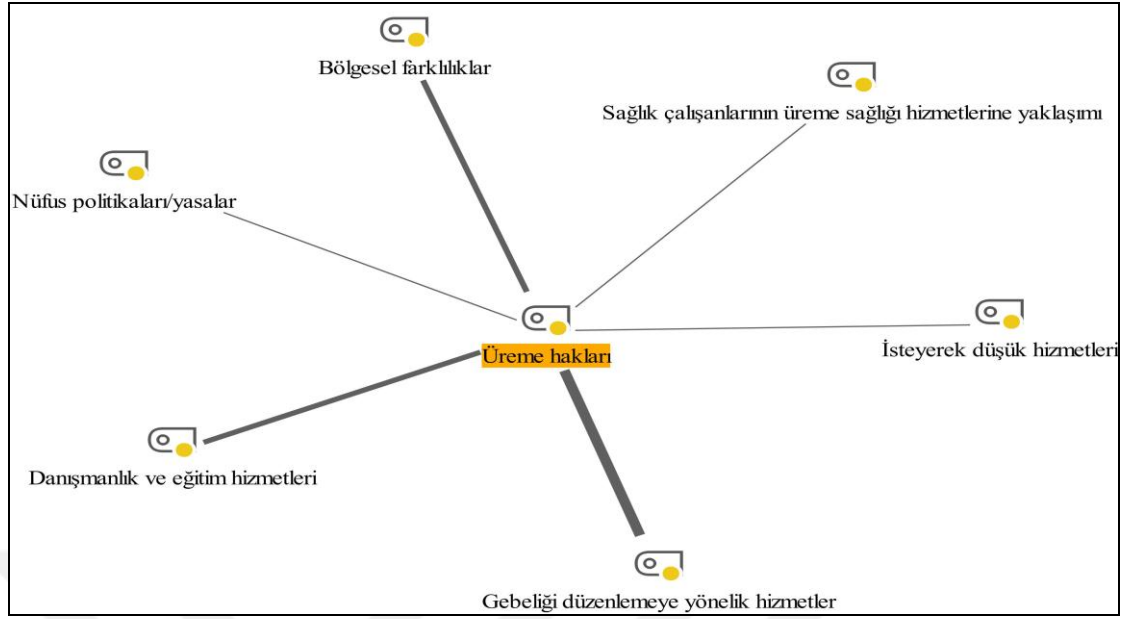
“Adolesan başvurular vardı ama çok da değildi. Bize gelmiyorlar diye düşünüyorum. Ama özellikle göç ile gelen Suriyeli ya da diğer gruplarda resmi nikâhlı olmayan erken evlilikler olduğu için 16-17 yaş grubu son zamanlarda biraz artmıştı” (Dr. Gün Akı).

“Birkaç ay öncesinde Suriye’den gelen grubun toplam doğum sayısı 500 bine ulaşmıştı. O grupta bebek ölümleri ortalamadan çok yüksek olup, ortalamaları etkileyecek hale gelmiştir. 500 bin bebek az değil, birkaç yıl içinde 500 bin bebek. Ayrıca bakılıyor ama nasıl bakıldığından çok emin olamadığımız bir grup” (Dr. İbrahim Açıkalın).

#### **4.4.2.9. Üreme Hakları**

“Üreme hakları” kodu ile diğer kod/alt kodlar arasındaki ilişki Şekil 152’de gösterilmiştir.

**Şekil 152:** “Üreme Hakları” kodu ile diğer kod/alt kodların ilişkisi



\* Çizgi kalınlığı, ilişkinin gücünü ifade etmektedir.

“Üreme hakları” kodu ile diğer 6 kod/alt kod arasında ilişki bulunmuştur. Bu kodun sırasıyla en sık olarak “Gebeliği düzenlemeye yönelik hizmetler”, “Danışmanlık ve eğitim hizmetleri” ve “Bölgesel farklılıklar” ile ilişkilendirildiği görülmüştür.

Konu ile ilgili olarak Prof. Dr. Ayşe Akın, İngiltere’de 1947’den beri var olan hak temelli yaklaşımın Türkiye’de de benimsenmesi için çaba harcadığını ifade etmiştir.

“Çubuk Devlet Hastanesi Başhekimiyim. Kürtaj yasası yok, kadınlar kurcalayarak düşük yapmaya çalışıyor. Artık hep kafamda; bu yasa çıkmalı. Elin İngilteresi’nden bizim kadınların nesi eksik? Hakkıysa hakkı” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Benim ihtisaslar bittikten sonra İngiltere’ye gittim, orada gördüm ki ohooo adamlar 1947’den beri bunu insan hakkı olarak ele alıyorlar, oranın bende etkisi epey oldu” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

Prof. Dr. Ayşen Bulut, RİA takılması konusundaki ısrarın uygun olmadığını, kadının kendisinin karar vermesine olanak sağlanması gerektiğini vurgulamıştır.

“Üreme sağlığı bir insan hakkı olarak gündeme gelmeden önce biraz zorlama var tabii. Mesela ebelerin anılarından okudum ve diğer çalıştığım arkadaşlardan da şunu duydum;

“Önce biz gidiyorduk, yatıyorduk, arkadan köyün kadınları geliyordu...” Zorla ikna yani” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

“Ben de 1977 - 86 yıllarında Çubuk'ta çalışırken, herkes gibi geri çekme ile korunan insanların yanlış yaptığını düşünüyordum ve rahim içi araç takılsın diye ısrar ediyorduk. Çünkü çok iyi ve rahat bir şey olduğuna çok emindik” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

Dr. Gün Akı, çocuk doğurmak veya istemeyen kadının haklarına saygılı olunması gerektiğini, çalışma hayatının kadının doğurganlık kararını etkilemeyecek şekilde düzenlenmesinin önemini vurgulamıştır.

“Üreme sağlığı açısından ben kadının haklarını kullanmasının çok kolay olmadığını düşünüyorum, hem sosyoekonomik açıdan, hem de eğitim açısından. Çok seviyor olabilir, çocuğum olsun istiyor olabilir, kreş yok, nasıl olacak? Bu olanakların artması lazım. Yani kadının çalışıyor diye çocuk sahibi olamaması demek onun da hakkını kullanamadığı anlamına geliyor. Çalışmak bir engel olmamalı. Bunların hepsine iki taraflı bakmak lazım. Çocuk yapmak isteyen de istemeyen de özgürce karar verebilecek olanaklara sahip mi? Bu madem ki bir hak, gereği yerine getirilmeli” (Dr. Gün Akı).

#### **4.4.3. Tema 2: 50 Yılda Görülen Değişimler, Güncel Durum ve Öngörüler**

Buraya kadar katılımcıların üreme sağlığını etkileyen faktörlerle ilgili deneyimleri ve bu faktörlere ilişkin görüşleri incelenmiştir. Bu kısımda, “Tema 2” başlığı altında katılımcıların Türkiye’de üreme sağlığı alanında 50 yılda görülen değişimler ve güncel durum hakkındaki görüşleri ile geleceğe yönelik öngörülerine yer verilmiştir. Bu kapsamda katılımcıların kullandıkları toplam 47 ifade kodlanmış ve bu kodlar 8 başlık altında ele alınmıştır (Tablo 22).

**Tablo 22:** “50 Yılda Görülen Değişimler, Güncel Durum ve Öngörüler” Teması Kodları

	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>
Üreme hakları bilinci	13	27,66
Doğurganlık	12	25,53
Ölümlülük	11	23,40
İsteyerek düşükler	3	6,38
Gebeliği önleyici yöntem kullanımı	3	6,38
Doğum ve doğum öncesi bakım	3	6,38
Eşitsizlikler	1	2,13
Adolesan doğurganlıkler	1	2,13
TOPLAM	47	100,00

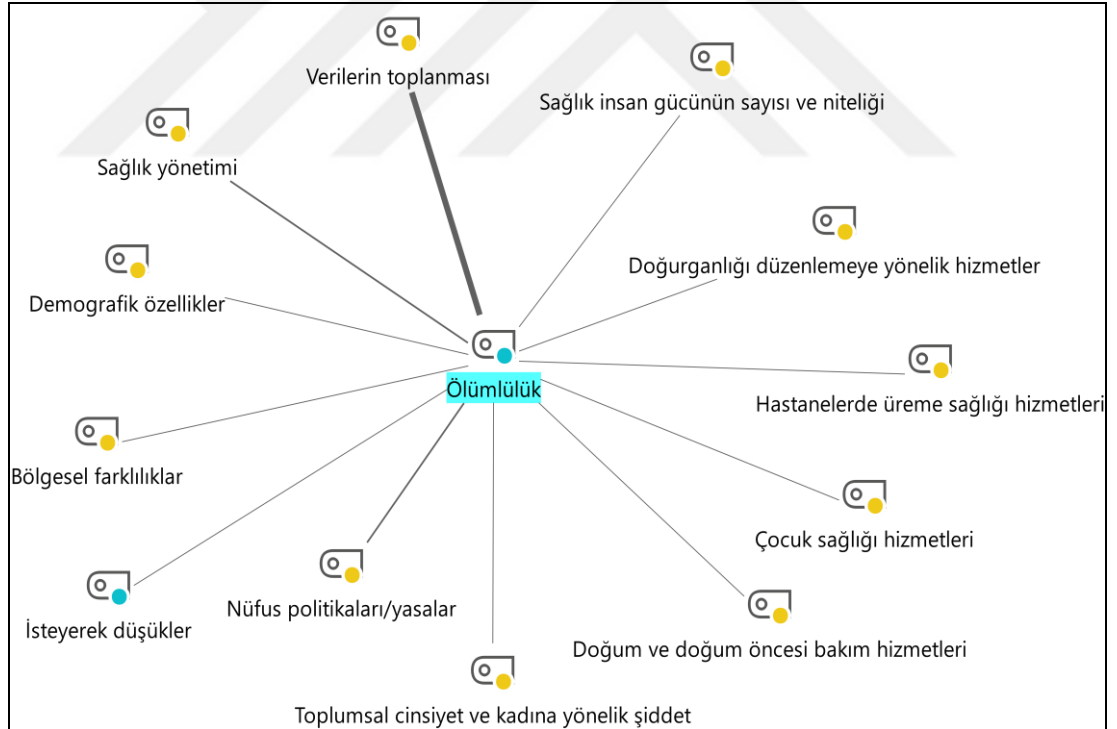
Bu temada en çok üzerinde durulan konuların sırasıyla “Üreme hakları bilinci” (n:13), “Doğurganlık” (n:12) ve “Ölümlülük” (n:10) olduğu görülmüştür.

Takip eden kısımlarda, “50 Yılda Görülen Değişimler, Güncel Durum ve Öngörüler” teması altında bulunan kodların diğer kod ve alt kodlarla ilişkisi incelenmiş ve bu alandaki katılımcı söylemlerine yer verilmiştir. Son 3 koda ait kodlanan ifade sayısı 3 ve altında olduğundan bu kısımlarda kodlar arası ilişki analizi yapılmamıştır.

#### 4.4.3.1. Ölümlülük

“Ölümlülük” kodu ile 12 kod/alt kodun ilişkili olduğu görülmüş, en yoğun ilişkinin “Verilerin toplanması”, “Nüfus politikaları/yasalar” ve “Sağlık yönetimi” kodları ile kurulduğu saptanmıştır (Şekil 153).

Şekil 153: “Ölümlülük” kodu ile diğer kod/alt kodların ilişkisi



\* Çizgilerin kalınlığı ilişkinin gücünü ifade etmektedir.

Katılımcılar, “Ölümlülük” koduna ilişkin olarak; Türkiye’de anne ve bebek ölüm hızlarının düştüğünü, ifade etmişlerdir. Dr. İbrahim Açıkalın ve Rıfat Köse, Türkiye’nin OECD ülkeleri içinde bebek ölümlerinde en hızlı düşüşü sağlayanlardan biri olduğunu ve uluslararası belirlenen hedeflere erişildiğini belirtmişlerdir. Dr.

Ayrıca Dr. Rıfat Köse, 2012’de bebek ölüm hızındaki küçük yükselişin anlamlı olmadığını vurgulamıştır.

“Bebek ölümündeki trendimiz iyi, anne ölümündeki trendimiz de iyi” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

“Siz kadını 1965 öncesine mi döndüreceksiniz? Romanya örneği vardır, ben hep anlatırım. Orada da akli evvel bir politikacı geldi yasayı kaldırdı, 23 yıl kadınlar grafiğini görürsünüz her kitapta vardır, kadınlar öldü 23 yıl, hem de yüksek düzeyde. Sonra akli başında politikacı geldi yasayı geri çevirdi, anne ölümü derhal azaldı. “Biz Romanya’ya mı benzemek istiyoruz?” diye yazdık çizdik hala yazıp çiziyoruz. Ama şu anda pasif bir direniş var maalesef. Mesela Sağlık Müdürlüğü’ne bir ödenek geliyor -Bakanlık bir ödenek yolluyor- istese aile planlaması yöntemine kullanır ama o parayı kullanmıyor. Çünkü AP politika olarak kötüleniyor, geriye atılıyor. Böyle şu anda, hizmet vermeme direnci var, yasa duruyor” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Bebek ölüm hızında son zamanlarda olan küçük artışın çok önemli olduğunu düşünmüyorum. Göreceksin 2018’de de daha yüksek çıkmayacak.” (Prof. Dr. Ayşen Bulut)

“1997’de anne ölüm oranı 100.000’de 200’lerde iken en son ben Bakanlıktan ayrıldığımda (2010 yılında) 100.000’de 15’ler düzeyine gelmişti ve artık anne ölümlerini tek tek takip edebilir ve vaka analizleri yapabilir hale gelmiştik. OECD ülkeleri arasında en hızlı düşüşü sağlayanlardan biriydik” (Dr. İbrahim Açıklan).

“Anne ve bebek ölümlerinde 2007’den itibaren güvenilir verilere ulaşabildiğimizi düşünüyorum. İstatistikler ne derse desin –ki son yıllarda önemli aşamalar kaydedilmiştir- anne ve bebek ölümlerinde bizim önemsedığımız konu, önlenebilir her ölümün önlenmesidir. Türkiye, 2000 yılında 147 ülkenin katılımı ile gerçekleştirilen zirvede ortaya konan anne ve beş yaş altı ölümleri ile ilgili Yeni Binyıl Hedeflerine 2015 yılından önce ulaşmıştır. Ülkelerin bir çoğu halen ulaşamadığı gibi, ulaşabilecek gibi de görünmemektedir. Türkiye’nin anne ve bebek ölüm hızlarındaki azalma hızı aynı gelir grubu ülkelerden anlamlı olarak daha yüksektir.” (Dr. Rufat Köse)

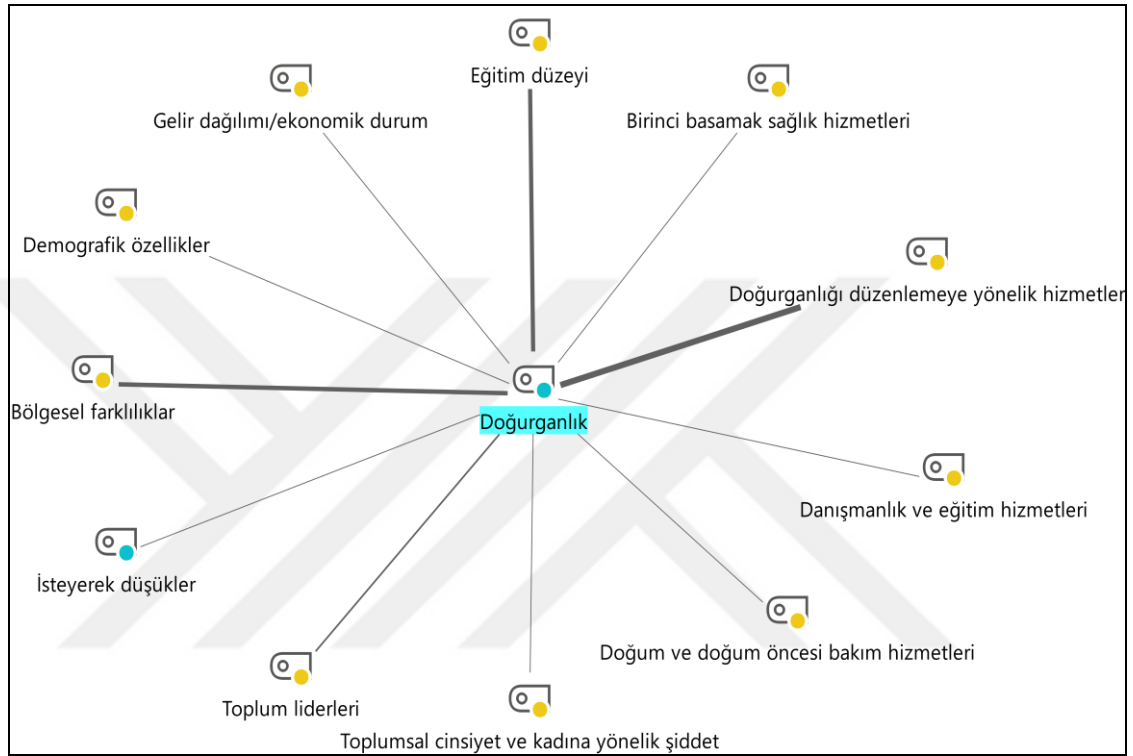
“Bebek ölüm hızında 2012’de küçük bir artış var. Nedeni; 663 sayılı KHK 2011’de çıktı, 6 ay sonra uygulamaya kondu. Geçiş döneminde hep sıkıntılar olur. 2011’de seçim de vardı. Bundan 2012 de etkilendi haliyle. Dolayısıyla o 2 yılı kayıp kabul etmek lazım. Telaş edilecek bir durum yoktur, bebek ölüm hızımız düşmektedir.” (Dr. Rufat Köse)



#### 4.4.3.2. Doğurganlık

“Doğurganlık” kodunun 12 kod/alt kod ile ilişkisi tespit edilmiş olup, en sık olarak “Gebeliği düzenlemeye yönelik hizmetler”, “Eğitim düzeyi” ve “Bölgesel farklılıklar” kod ve alt kodları ile ilişkilendirildiği Şekil 154’te görülmektedir.

Şekil 154: “Doğurganlık” kodu ile diğer kod/alt kodların ilişkisi\*



\* Çizgi kalınlıkları ilişkinin gücünü ifade etmektedir.

“Doğurganlık/ölümlülük - Gebeliği önleyici yöntem kullanma” ile “Eğitim düzeyi – Doğurganlık” ilişkisine ait katılımcı söylemleri önceki kısımlarda yer aldığından burada tekrarlanmamıştır.

Konuya ilişkin olarak Dr. İbrahim Açıkalın ve Dr. Rıfat Köse, Türkiye’nin nüfus artış hızı açısından idame düzeyde olduğunu, bunun korunması gerektiğini belirtmişlerdir. Dr. İbrahim Açıkalın doğu ve batı arasındaki doğurganlık farkına dikkat çekmiş, artık bireylerin başkalarının söylemleri ile değil kendi kararları ile doğurganlık kararı verdiklerini ifade etmiştir.

“Toplam doğurganlık hızında 2.1 düzeyi nüfusun idame düzeyidir” (Dr.İbrahim Açıkalın).

“1997’de Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğüne atandım. 2000’li yıllarda aile planlamasını gerçek anlamına oturtmaya çalıştık. Yaptığımız çalışmalarla ulaştığımız 2,1 doğurganlık hızını korumamız gerekir. Doğurganlık hızı 2,1’in altına düşerse yenileme yok demektir. Nüfusun yaşlanmasına karşı önlem alınmalıdır.” (Dr. Rıfat Köse)

“1990 sağlık göstergeleri ile kıyaslayalım. Ya da ona da inanmayalım, sonuçta araştırma dediğinizde belli sayıda örneklendirmeye çalışıyorsunuz, o örnekten bambaşka bir tesadüf de oluşmuş olabilir. Etrafı gözleyelim; kimse kardeş sayısı kadar çocuk yapmıyor” (Dr.İbrahim Açıkalın).

“2000’li yıllarda nüfus politikasına bakıldığında; politik söylemlerden etkilenen bir grup olduğu doğru ama kendi sağlığını korumanın öneminin farkına varmış kimse politik söyleme göre çocuk sayısını belirlemiyor. Bakıyorsunuz 3 çocuk yapmış, 15-20 yıllık evli, menopoz çağına gelmiş neredeyse. Demek ki korunmak için bir yöntem kullanmış. Aslında toplumun geneli kardeş sayısından az çocuk sahibi oluyor” (Dr.İbrahim Açıkalın).

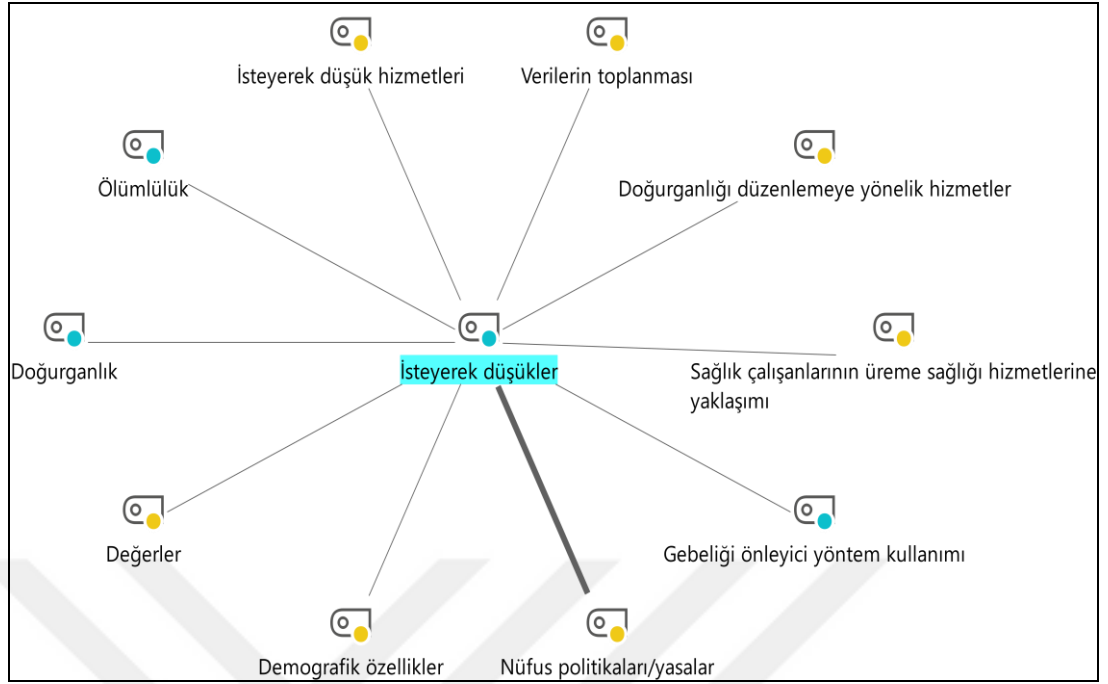
“Yaşam şartları insanların taleplerini de değiştiriyor, kimse eskisi kadar çocuk doğurmak istemiyor bence. Çocuk eskiden tarım toplumları için bir güç kaynağıydı. Karşı tarafa gövde gösterisi idi. Benim ailem senin aileden kalabalık gibi. Artık yok öyle br şey. Şimdi teknoloji var, tarım az” (Dr. Gün Akı).

“Kırsala gittiğimizde ya da batıdan uzaklaştığımızda 2.1’in üzerinde bir toplam doğurganlık hızı var. Çocuk konusunda çok da bilinçli olmayan yani yetiştirme konusunda bilinçli olmayanların daha çok çocuk yaptığını görüyorsunuz. Bütün bunların bir arada düşünülüp bakılması lazım. O zaman aslında batıdaki doğurganlığın bana göre arttırılması lazım. Yani ekonomik açıdan, beyin kapasitesi açısından, eğitim imkânları sağlama açısından iyi çocuk yetiştirecekler. Bu ülkede hakikaten iyi çocuk yetiştirsinler çünkü nitelikli insan ülkenin kalkınmasına daha çok katkı sağlayacaktır. Yani iş beklemeyecektir, istihdam oluşturacaktır. Öbür yandan hem ekonomik durumu, hem eğitim durumu zayıf, hem de çocuğunun geleceği ile ilgili çok da fazla sorumluluk taşımayan grupların çok çocuk yapması da sorundur” (Dr.İbrahim Açıkalın).

#### **4.4.3.3. İsteyerek Düşükler**

“İsteyerek düşükler” kodu ile Şekil 155’de görülen 10 kod/alt kod arasında ilişki saptanmıştır.

Şekil 155: “İsteyerek düşükler” kodu ile diğer kod/alt kodların ilişkisi\*



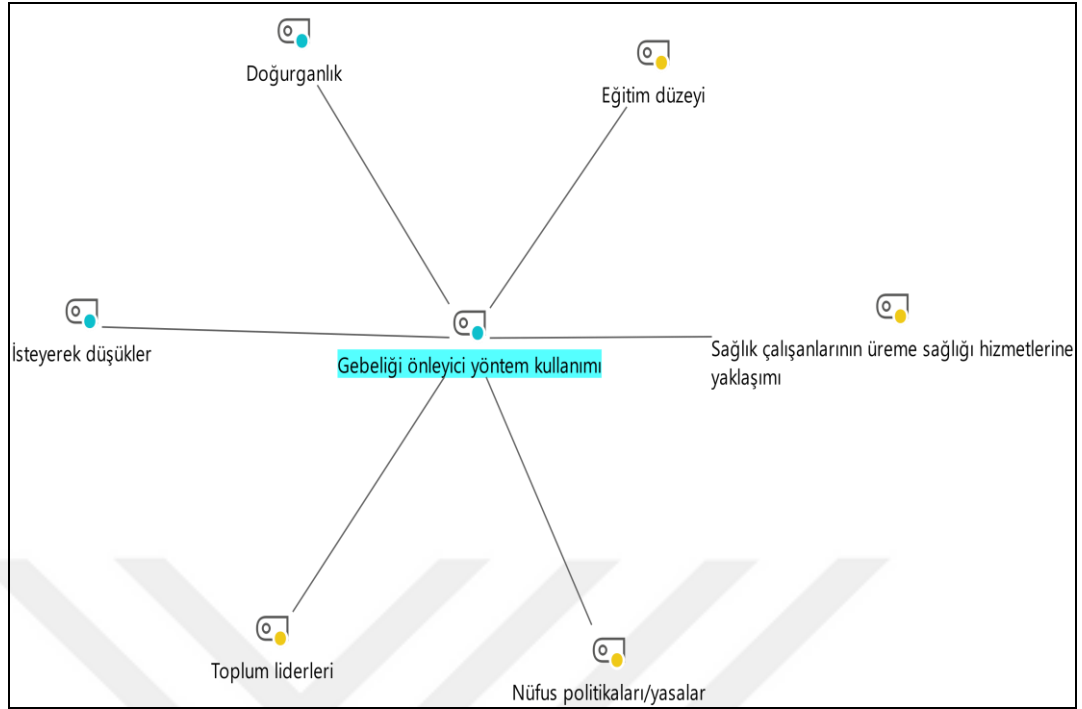
\* Çizgi kalınlıkları, ilişkinin gücünü ifade etmektedir.

En güçlü ilişkinin “Nüfus politikaları/yasalar” kodu ile kurulduğu görülmektedir. Katılımcıların tümü Türkiye’de gebeliğin sonlandırılması konusunda yasal engel olmadığını ifade etmişlerdir. Bu ilişki kapsamında kodlanan katılımcı ifadeleri “Nüfus Politikası/yasalar – İsteyerek düşük hizmetleri ve gebeliği önleyici yöntem kullanma ilişkisi” kısmında verildiğinden burada tekrarlanmamıştır.

#### 4.4.3.4. Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı

“Gebeliği önleyici yöntem kullanımı” kodu ile diğer 6 kod/alt kod arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir (Şekil 156).

Şekil 156: “Gebeliği önleyici yöntem kullanımı” kodu ile diğer kod/altkodların ilişkisi



Bu koda ait katılımcı söylemleri aşağıda gösterilmiştir;

“Bir tek kürtaşı yavaşlatsalar emin olun bu kadar bana dokunmazdı hekim olarak, aile planlaması hizmetine de direnç var; “3 doğurun, 5 doğurun” diye” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“İsteyerek düşük için Türkiye’de yasal engel yoktur. Esas olan istenmeyen gebeliklerin önlenmesidir. Türkiye’de karşılanamayan aile planlaması ihtiyacı %4’ün altındadır.” (Dr. Rıfat Köse)

“2000’li yıllarda nüfus politikasına bakıldığında; politik söylemlerden etkilenen bir grup olduğu doğru ama kendi sağlığını korumanın öneminin farkına varmış kimse, politik söyleme göre çocuk sayısını belirlemiyor. Bakıyorsunuz 3 çocuk yapmış, 15-20 yıllık evli, menopoz çağına gelmiş neredeyse. Demek ki korunmak için bir yöntem kullanmış. Aslında toplumun geneli kardeş sayısından az çocuk sahibi oluyor.” (Dr. İbrahim Açıkalm)

#### 4.4.3.5. Doğum ve Doğum Öncesi Bakım

Katılımcıların “Doğum ve Doğum Öncesi Bakım”ın güncel durumu ile ilgili görüşleri aşağıda sunulmuştur;

“Sunulan sağlık hizmetleri, ülkenin gelişmişlik düzeyi ile birlikte hastanede doğum oranı da çok arttı. Doğum öncesi bakım niteliği o kadar iyi değil, evet %97 doğum öncesi hizmet alıyor ama kalan o %3, 80 milyonda çok şeydir” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

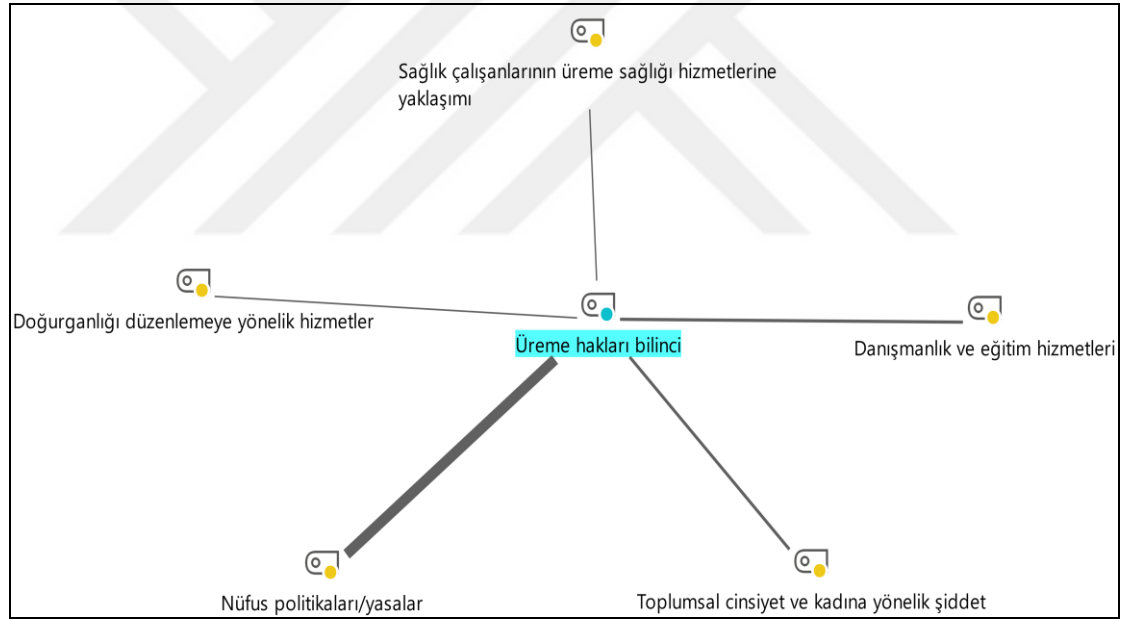
“Doğum öncesi bakım oranı %70’lerden %90’lara çıktı. Sağlık personeli kontrolünde doğum %90’lara çıktı” (Dr.İbrahim Açıklın).

“Türkiye’de gebelerin %95’inden fazlası doğum öncesi bakım almaktadır. Nüfusu gençleştirme ihtiyacı olan ülkemizde artık her gebelik çok değerlidir. ....Burada önemli olan doğumun sağlıklı bir ortamda gerçekleşmesidir. Türkiye için uygun olan hastanede doğumdur.” (Dr. Rıfat Köse)

#### 4.4.3.6. Üreme Hakları Bilinci

Katılımcıların ifadeleri 13 kez “Üreme hakları bilinci” adı altında kodlanmıştır. “Üreme hakları bilinci” kodunun bir kod ve 4 alt kod ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu kodun en sık olarak “Nüfus politikaları/yasalar” kodu ile ilişkilendirildiği görülmüştür (Şekil 157).

Şekil 157: “Üreme hakları bilinci” kodu ile diğer kod/altkodların ilişkisi



\*Çizgi kalınlıkları ilişki gücünü ifade tmektedir.

Prof. Dr. Ayşe Akın, Türkiye’de kadının hak açısından çok önemli kazanımları olduğunu, son zamanlarda tersine yaklaşım sergilenmesine rağmen kadın haklarının korunması için herkesin savunuculuk yapması gerektiğini vurgulamıştır.

“Ülkede üreme sağlığı hizmetlerinin yasaya uygun yerine getirilmesi için, kadının haklarını kullanabilmesi için savunuculuğa devam edeceğiz. Toplumun bilinçlenmesine devam edeceğiz. Kadınla ilgili yapılan şeylerin tersine çevrilmesine engel olacağız. İvme iyiydi, şu an durduruldu, üstüne terse çevrilsin diye uğraşılıyor. Dolayısıyla biz Cumhuriyetin içine doğan kuşak, gidişata hayret ettiğimiz gibi çok karamsar da oluyoruz. Türkiye böyle bir ülke değil” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Artık serbestçe imam nikâhı kıyılıyor. Halbuki resmi evrağı görmeden kıyamayacaklardı. Efendim öyle yaşayanlar varmış, bu ayırıcılıkmış! Yani var ama kız - erkek, o zaten bilinçli bir biçimde hakkının hukukunun olmadığını da bilerek yaşıyor. Sen öbürünü “evlendirdim” diyorsun, yani “çocuk gelinler, namus cinayetleri, töre cinayetleri” adına öyle diyorlar” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Büyük mücadelelerle kadının üreme hakkını, insanlık hakkı olan bir hakkı verme başarısını göstermişiz, kadın da bunu kullanma başarısını göstermiş. Sağlığın politikası olur, sağlık politikaya alet edilmez. Bunu herkesin bilmesi lazım” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

Prof. Dr. Ayşen Bulut, kadının kendi hayatı hakkında karar verme ve mücadele etme kapasitesinin üreme sağlığını etkilediğini, Türkiye’de kadının özgürce kararlar alamadığını ancak eşinden gizli gebelik sonlandırdıklarına şahit olduğunu ifade etmiştir. Çocuk sahibi olmak için sperm bankasının kullanılmasının da hak olarak değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir.

“Bizim kadınıımız öyle bir kültürle yetişmiş değil. Alışık değil kendi kendine karar vermeye. Ama dediğim gibi kocasından gizli çocuk aldırma çok” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

“Şimdi de biliyorsun gidiyorlar Amerika’da doğuruyorlar bir kesim. Ya da sperm bankalarına gidiyorlar. İnsanlar gebe olmak istiyorsa ve baba adayları yoksa engellenmemeli. Sperm bankası kullanabilmeliler. Yurt dışına gidenleri yadırgamıyorum” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

“Üreme sağlığı için sosyoekonomik durum, insanların eğitim düzeyi... Her şey bir arada herhalde birisini seçmem ama kişinin yaşam beklentisi, kendi yaşamını ayarlayabilme kapasitesi, beklentilerini istediği gibi karşılayabilecek bir yaşam sağlamak için elinden gelenleri yapma yeteneği, çok önemli herhalde” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

#### **4.4.3.7. Eşitsizlikler**

“Eşitsizlikler azalmaz, daha da artacak daha da kötü olacak. Her şey düzelmez ama bunlarla nasıl yaşanır öğrenmeye çalışıyorsun ama insan ömrü o kadar uzun değil herhalde” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

#### 4.4.3.8. Adolesan Doğurganlık

“2013 TNSA’da görülüyor ki adolesan doğurganlıkler azaldı, adolesan evlilikler azaldı, ilk çocuk sahibi olma yaşı yükseldi” (Dr. Rifat Köse).

#### 4.4.4. Tema 3: Öneriler

Bu kısımda katılımcıların üreme sağlığı düzeyinin yükseltilmesine yönelik önerilerine yer verilmiştir. Katılımcıların 21 ifadesi öneri teması kapsamında kodlanmıştır.

Kodlanan ifadeler, konularına göre aşağıda sunulmuştur;

- **Halk sağlığı bakış açısı**

“Ölüm bildirim yapıyor şu anda, o işliyor. Öyle bir komisyon kuruluyor ki “Bu niye öldü? Önlenebilir miydi?” bakılıyor. Yalnız gereği gibi işletilmiyor bana sorarsanız, örneklerini duyuyorum. Halk sağlığı gözlüğü şart bu işlerde” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Bu durum sanırım insanların bu ilgisiz ve bilgisizliği ile böyle de gidecek, düzeleceğini sanmıyorum. Halk sağlığı hizmetlerinin öncelik kazanması gerekir” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

- **Savunuculuk**

“Ülkede üreme sağlığı hizmetlerinin yasaya uygun yerine getirilmesi için, kadının haklarını kullanabilmesi için savunuculuğa devam edeceğiz. Toplumun bilinçlenmesine devam edeceğiz. Kadınla ilgili yapılan şeylerin tersine çevrilmesine engel olacağız” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Büyük mücadelelerle kadının üreme hakkını, insanlık hakkı olan bir hakkı verme başarısını göstermişiz, kadın da bunu kullanma başarısını göstermiş. Sağlığın politikası olur, sağlık politikaya alet edilmez. Bunu herkesin bilmesi lazım” (Prof. Dr. Ayşe Akın).

“Hiç moralinizi bozmayacaksınız, yalnız aklımızı yoracağımız konu bu karşı devrimdir. O grubun farkında olup gereğini yapmak hiç vazgeçmeden, hiç morali bozmadan.” (Prof. Dr. Ayşe Akın)

- **Üreme sağlığı hizmetlerinin klinik hizmetlerle entegrasyonu**

“Devlet kuruluşlarının binaları güzelleşiyor, nitelikli hizmet vermeye de çalışıyorlar ama aile hekimleri ile hastanelerin ve koruyucu hizmetlerin bağlantısı olmadıkça hiçbiri verimli çalışmayacak” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

“Özel sektör de bunu kaçırıyor, sadece tedavi hizmeti veriyorlar. Bir türlü koruma, sağlığı geliştirme etkinliklerine kaynak ayırmıyorlar çünkü para getirmeyen işler bunlar. Koca koca bloklar var ama koruma, sağlığı geliştirme sorumlusu yok. İnsanların bu konudaki talebini internetle tamamlamaya çalışıyorlar ama yeterli olmuyor” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

“Türkiye’nin en büyük problemi entegrasyon yok, herkes kendini koruyor, beraber çalışmıyor. Herkes her şeyi yapıyor, birbirinden habersiz yapıyor, okullar da bunun içinde değil, aslında bunlar hiç zor şeyler değil. Entegrasyon olmayınca Doğu’da da ne olduğunu bilmiyorsun” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

## • Üreme hakları

“Şimdi de biliyorsun gidiyorlar Amerika’da doğuruyorlar bir kesim. Ya da sperm bankalarına gidiyorlar. İnsanlar gebe olmak istiyorsa ve baba adayları yoksa engellenmemeli. Sperm bankası kullanabilmeliler. Yurt dışına gidenleri yadırgamıyorum” (Prof. Dr. Ayşen Bulut).

“Üreme sağlığı açısından ben kadının bu hakları kullanmasının çok kolay olmadığını düşünüyorum, hem sosyoekonomik açıdan, hem de eğitim açısından. Çok seviyor olabilir, çocuğum olsun istiyor olabilir, kreş yok, nasıl olacak? Bu olanakların artması lazım. Yani kadının çalışıyor diye çocuk sahibi olamaması demek onunda hakkını kullanamadığı anlamına geliyor. Çalışmak bir engel olmamalı. Bunların hepsine iki taraflı bakmak lazım. Çocuk yapmak isteyen de istemeyen de özgürce karar verebilecek olanaklara sahip mi? Bu madem ki bir hak, gereği yerine getirilmeli” (Dr. Gün Akı).

## • Danışmanlık ve Eğitim

“28 yıl emek verdim, daha fazlası olabilir diye. Bazen emek boşa gidiyormuş gibi geliyor ama hiçbir emek boşa gitmiyor. Üreme sağlığında bu modüller bir kere kullanılsa bile önemli, gerçek manada danışmanlık yapılsa, ulaşılabilsen, bir kere bile önemli” (Dr. Gün Akı).

“Bugünkü konjonktürde yapmamız gereken, vatandaşa aile planlaması yöntemlerini öğretmek. Danışmanlık vermek. Kaç çocuk yapmak istiyorsa o kadar yap ama bir çocuk doğduktan sonra 3 yıl boyunca yeni bir gebelik yaşama, 18 yaşından önce gebe kalma, 35 yaşından sonra kalma. Aslında şimdiki toplumda yaş sınırı 35yaşın üstüne çekilebilir” (Dr. İbrahim Açıkalın).

“Tamam hastanede bugün böyle olabilir (küretaj yapılmayabilir), karar vericilere dönük bununla ilgili çalışma da yapılabilir ama bunu yaptırmıyor diye küsmeye de gerek yok, kavgaya da gerek yok. Bu kavganın o istenmeyen gebeliği yaşayacak anne adayına da bir yararı yok. Kalmadı tamam. Hastanede bu iş zorlukla mı yapılıyor “e sen bu gebeliği niye kaldın ki zaten?”. “Ha tamam kalmışsın, şimdi bir şey bulalım ama bak başka da kalmayasın. Eğer istenmeyen gebelikle karşılaşırsan orada şu sorunları yaşayabilirsin.” yaklaşımı ile



olabileceğin en iyisini yapmamız lazım. Ücretsiz karşılanan aile planlaması yöntemlerini söylemeliyiz vb. Fiilen yaşanan bu sorunun da çözümü aslında vatandaşın elindedir. Vatandaşın elinde farkında olmadığı bir güç vardır” (Dr.İbrahim Açıkalın).

“Temel sorun şudur benim gözümde; hizmet sunucuları neye karar verirse versin hizmet almak isteyen bilinçli olursa, ne tür bir hizmet almak istediğini bilirse hizmet sunucuları ya da karar mekanizmalarını yönetmeye etkilemeye başlar. Dolayısıyla vatandaşa yaklaşım “Sen bilmezsin bak, ben sana söylüyorum senin neye ihtiyacının ne olduğunu” değil, “Sen ne talep ediyorsun? Kimden talep ediyorsun?” olmalıdır. Bunu yapabilmek için insanların temel sağlık hizmetlerini talep etmesi için farkındalık yaratmış olmak gerekir. Yoksa onlar poliklinik poliklinik, hastane hastane dolaşüyor ve bakıyorsunuz hastanede üç kişiden ikisinin belki hastaneye hiç uğramasına gerek yok” (Dr.İbrahim Açıkalın).

“Vatandaş “benim ihtiyacım vardır, benim çocuğum aşılacakmış, benim çocuğum niye aşılanmıyor?, benim çocuğumun aşısı niye yapılmıyor” diye hesap sormaya gelmesi lazım. “Beni niye bilgilendirmediniz? Sorularıma niye cevap veremediniz? diye kavgaya değil, Benim çocuğumun aşılanması ya da benim 3 yılda bir mamografimin yapılması lazımmış, niye yapılmıyor? Niye onun için tedbir alınmıyor?” diye soracak hale gelmelidir. Vatandaşın bu tür taleplerde bulunmaya başlaması için bilgilendirilmesi lazım ve farkındalık oluşması lazım ve de motive edilmesi lazım” (Dr.İbrahim Açıkalın).

### • Nüfus politikası

“Yapıldığında yani nüfus planlaması illa 1 çocuk, 2 çocuk yapmak demek değil, 3-4 tane yap iyi yetiştir, hakikaten ülkenin nitelikli insan ihtiyacı var. Öbürleri yüz binlerce niteliksiz çocuk olacağına burada nitelikli nüfus olsun ve ülkenin kalkınmasına katkı, ülkeye değer kazanmasında katkı sağlasın” (Dr.İbrahim Açıkalın).

“1997’de Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğüne atandım. 2000’li yıllarda aile planlamasını gerçek anlamına oturtmaya çalıştık. Yaptığımız çalışmalarla ulaştığımız 2,1 doğurganlık hızını korumamız gerekir. Doğurganlık hızı 2,1’in altına düşerse yenileme yok demektir. Nüfusun yaşlanmasına karşı önlem alınmalıdır.” (Dr. Rıfat Köse)

“Bizim sağlıkçılar olarak görevimiz nüfus politikası belirlemek değil, insanların sağlıklarını düşünerek hizmet vermektir. Biz sağlıkçıların işi politika değil, biz buna takılmayalım. Politik söylemler, bizim hizmet anlayışımızı etkilememeli.” (Dr. Rıfat Köse)

### • Sağlık yönetimi

“Gelişmeleri hızlandırabilir miyiz diye bakmak lazım. Biz bu gidişle 2040 yılında üreme sağlığı konusunda hiçbir sorunu olmayan bir toplum haline geleceğiz. Peki onu 2019’a çekebilir miyiz? Aslında bakanlıktaki çalışmalarımızda bizim ekibin temel felsefesinden birisi de buydu. Bu toplum hiçbir şey yapmasanız da bu eğitim hızıyla bu okullaşma hızıyla

2050-2060'ta zaten bu sorunlarını hiç müdahale etmesek de çözecek, yani onu kendi sosyal, doğal gelişmesine bıraksak bunu zaten çözecek. Dünyaya bakacak, internete bakacak, öbür toplumlara bakacak, başkasına bakacak, imrenecek ama biz ne yapabiliriz peki? Biz bunu daha düşük maliyetle daha öne nasıl çekebiliriz? 10 yıl sonra sağlığını korumak için adım atacak birisini bugünden adım atmasını nasıl sağlarız? Bunlara odaklanmamız lazım” (Dr.İbrahim Açıkalın).

“Hem topluma yönelik mesajlar verilmeli hem de her bireye tek tek ulaşılmalı. Vatandaşın kafasında soru işareti kalmamalı, her sorusuna cevap verilmeli. Aile hekimlerinin, hiç ona uğramadan direk hastanede takip edilen ve doğum yapan kadınları tespit etmesi lazım. Bu, hastane tarafından aile hekimine bildiriliyor artık. Ve mutlaka birinci basamak sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir olması lazım”. (Dr. İbrahim Açıkalın)

“Bölge tabanlı ebelik hizmetlerine de geçilmelidir, çünkü her gebelik çok değerlidir. Böylece ebelerin ev ziyaretleri yapması sağlanacak, gebelerin isteği halinde ebe doğuma katılabilecektir.” (Dr. Rıfat köse)

Katılımcılar tarafından yapılan öneriler aşağıda özetlenmiştir;

- Halk sağlığı hizmetleri öncelikli olmalı ve sağlık personeline halk sağlığı bakış açısı kazandırılmalıdır.
- Birinci basamak sağlık hizmetleri ulaşılabilir olmalıdır.
- Kadın hakları konusunda savunuculuğa devam edilmelidir.
- Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin entegrasyonu sağlanmalıdır.
- Üreme haklarının kullanılabilmesi için gerekli olanaklar sağlanmalıdır.
- Bireyi yönlendirmeden etkin danışmanlık hizmetleri verilmelidir.
- Politik söylemler ve gebeliği sonlandırma hizmetlerinin kısıtlılığı hizmet anlayışını etkilememelidir.
- Sağlık, politikaya alet edilmemelidir.

## 5. TARTIŞMA

Bir ülkenin genel sağlık düzeyinin en önemli bileşenlerinden birisi olan üreme sağlığı, aynı zamanda sosyoekonomik gelişmişliğin ve kalkınmanın göstergesidir. Uluslararası düzeyde sözleşmelerle teminat altına alınan ve insan hakkı olarak kabul edilen üreme sağlığı düzeyinin takibi ve geliştirilmesine yönelik önlemlerin alınması devletlerin öncelikli görevidir. Çalışmada, Türkiye’de 1963-2013 döneminde üreme sağlığına ilişkin göstergelerin zaman içerisinde gösterdiği değişim ve bu göstergeleri etkileyen faktörler incelenmiştir. Çalışmada; Türkiye’de 50 yıllık dönemde değişen nüfus politikaları, sağlık yönetimi yaklaşımları ve sosyoekonomik durum ile ilgili gelişmeler eşliğinde üreme sağlığı hizmetleri ve düzeyi ele alınmıştır. Türkiye’nin 50 yıllık dönemini sağlık göstergeleri ve sosyoekonomik değişkenleri ile bir bütün olarak ele alan bu çalışma, verilere ilişkin zaman analizlerinin ve değişkenler arasındaki ilişki analizlerinin sunulmasına olanak sağlamıştır.

Bir toplumun sağlık durumunu ölçmek, değerlendirmek ve uluslararası kıyaslamalarda bulunmak için kullanılan göstergelerden birisi anne ölüm oranıdır. Anne ölüm oranı, aynı zamanda üreme sağlığının ve üreme sağlığı hizmetlerinin göstergesidir (145). Gelişmekte olan ülkelerde doğurganlık çağındaki kadınlarda en sık rastlanan ölüm nedeninin doğum ve doğum ile ilgili sorunlar olması ve bu sorunların çok düşük maliyetle ortadan kaldırılabilmesi nedeniyle, anne ölüm oranının düşürülmesi, BM Binyıl Kalkınma Hedeflerinde öncelik olarak belirlenmişti (84,162). Yine, 2030 yılında gerçekleşmesi hedeflenen BM 17 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinden beşincisi “anne ölüm oranının dörtte üç oranında azaltılması”dır (36). Türkiye’de anne ölüm oranı, ilk olarak 1974-75 Türkiye Nüfus Araştırması’nda ele alınmış ve 100.000 canlı doğumda 208 bulunmuştur. Bu oran, kız kardeş yöntemi ile yapılan 1989 Türkiye Nüfus Araştırması’nda 1981 yıl ortası nüfusu için 100.000 canlı doğumda 132 bulunurken, 1990’da 100 olarak tahmin edilmiştir (53,84).

*Anne ölüm oranının 1981 araştırmasından sonraki düşüşünde 1983 yılında 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile isteyerek düşüklerin yasal hale gelmesinin etkili olduğu kabul edilebilir. Güvenli olmayan şartlarda yapılan*

düşüklere bağlı komplikasyonlar nedeniyle anne ölümleri dünyada önemli bir kadın sağlığı sorunudur (80). İnsan hakları anlaşmaları izleme organları da kısıtlayıcı yasalar, güvenli olmayan düşükler ve bunlara bağlı anne ölümleri arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir (44). Gebeliğin sonlandırılmasının yasal zemine oturtulması ile anne ölümleri arasındaki ilişki, Romanya örneğinde net olarak görülmektedir. Romanya’da isteğe bağlı düşüğün, 1966’da yasa ile kısıtlanmasından sonra, isteğe bağlı düşük nedeniyle ölüm oranları 100,000 doğumda 20’den 23 yıl içerisinde yedi kat artarak 1989 yılında 100,000’de 148’e ulaşmıştır. Anne ölümlerinin %87’sinin düşüklere bağlı ölümlerden oluştuğu görülmüştür. Düşük yasasının değiştirilerek, güvenli düşük hizmetlerine ulaşımın serbest bırakılmasının ardından anne ölüm oranı 2002 yılında 100,000’de 9’a düşmüştür (80).

*Ayrıca, anne ölüm oranının düşmesinde SB tarafından, 1994 yılından itibaren uygulanan uluslararası projelerin ve 2003-2007 yılları arasında yürütülmüş olan geniş kapsamlı “Türkiye Üreme Sağlığı Programı”nın etkisi olduğu rahatlıkla söylenebilir. Türkiye’de kapsamlı olarak yapılan üreme sağlığı çalışmalarının, gebeliği önleyici modern yöntem kullanımını artırdığı, bu artışın doğum yaşı, doğum aralığı ve kendi sağlığı açısından daha sağlıklı şartlarda doğum yapan kadın sayısını etkilediği ve anne ölümlerinin azalmasına neden olduğu tahmin edilmektedir. Çalışmada Türkiye’de gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı ile anne ölüm oranı arasında negatif yönde tam ilişki bulunmuştur. İnsani Gelişmişlik Endeksi’ne göre (2016 yılı raporu) en üst sırada bulunan Norveç’te gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı %82,2 ve anne ölüm oranı 100.000’de 0 iken orta grupta bulunan Mısır’da bu göstergeler sırasıyla %56,9 ve 100.000’de 52 ve alt grupta yer alan Nijerya’da %16 ve 100.000’de 576’dır. Görüldüğü dünya genelinde gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı yüksek olan ülkelerde anne ölüm oranları daha düşüktür. Bu ülkelerde eğitimde geçirilen yıl sayısı ve kişi başı GSYİH da aynı şekilde sıralanmaktadır; Ortalama olarak bir kadın Norveç’te 12,8, Mısır’da 6,4 ve Nijerya’da 4,9 yıl eğitim görmektedir. Kişi başı GSYİH bu ülkelerde sırasıyla; 64.451 ABD Doları (Norveç), 10.250 ABD Doları (Mısır) ve 5.639 ABD Doları’dır (Nijerya) (121,163). Çalışmamızda, anne ölüm oranı ile kadınlarda yükseköğretimde brüt okullaşma oranı arasında negatif yönde ve tam ilişki tespit edilirken, anne ölüm oranı ile kişi başı GSYİH arasında negatif yönde ve güçlü ilişki olduğu saptanmıştır.*

Bu durumda Türkiye’de eğitim ve gelir düzeyinin yükselmesinin anne ölüm oranının düşmesinde etkili olan sosyoekonomik faktörlerden olduğu söylenebilir.

Bütüncül olarak *anne ölüm oranındaki değişime bakılacak olursa; 1974-2013 döneminde 13’te 1’ine indiği, 1998-2013 döneminde 2/3 oranında azaldığı*, anne ölümlerindeki 2000 yılındaki değer 2015 yılına kadar üçte birine düşülmesini hedefleyen 55. BM oturumunda belirlenen Binyıl Kalkınma Hedefine Türkiye’de daha erken ulaşıldığı görülmektedir. Söz konusu hedeflere ilişkin analiz raporunda, Türkiye’nin en hızlı gelişme sağlayan ülkelerden biri olduğu belirtilmiştir. Ancak, çalışmada *anne ölüm oranının düşme eğiliminin son yıllarda azaldığı görülmektedir; 1998-2005 döneminde azalma oranı %42, 2005-2008 yılları arasında %32, 2008-2013 yılları arasındaki düşme oranı %18 ve 2013-2016 arasındaki düşme oranı %7 civarındadır (2016 yılı değeri 100.000’de 14,7) (53,54,138,164)*. Nüfusbilim Derneği’nin BM Nüfus Fonu ile desteklenen çalışmasında, siyasilerin isteyerek düşük konusundaki söylemlerinin bireylerin kürtaj konusundaki algılarını ve davranışlarını etkileyebileceği dahası bu hizmetin ulaşılabilir olmasında aksamaya yol açabileceği belirtilmiştir (54). Hizmetin ulaşılabilir olmaması, Romanya örneğinde görüldüğü gibi anne ölümlerini artırmaktadır (80). *Bu kapsamda, isteyerek düşük ve doğurganlığın artırılmasına yönelik politik söylemler ile yaratılan algı neticesinde, sağlık kuruluşlarında yasada bir engel olmamasına karşın aile planlaması danışmanlığı, gebeliği önleyici modern yöntem uygulaması ve gebeliği sonlandırma hizmeti verilmemesinin, güvenli olmayan düşüklere dolayısıyla anne ölümlerinin artışına neden olabileceği söylenebilir.*

Anne ölüm oranı OECD ortalaması, 2013 yılı için 100.000’de 7,26, 2015 yılında 100.000’de 7’dir (165)<sup>1</sup>. *Türkiye’de anne ölüm oranı, OECD ortalamasının yaklaşık iki katıdır*. Sayılı, Sayman, Vehid ve arkadaşlarının 2013 ve 2015 yılı verilerini kullanarak yaptığı çalışmada da Türkiye’de anne ölüm oranı, OECD ülkelerine göre istatistiki analiz sonucunda çok yüksek düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Türkiye 100.000’de 16, OECD 8,80± 6,88) (166).

Bir ülkenin gelişmişlik düzeyini belirlemede öncelikle kullanılan bir diğer gösterge bebek ölüm hızıdır. Bebek ölüm hızı, ana çocuk sağlığına yönelik

<sup>1</sup> Veriler OECD.Stat 2018’den alınarak yazar tarafından hesaplanmıştır. 2013 yılı için verisi olan 33 OECD ülkesinin, 2015 yılı için 22 OECD ülkesinin ortalaması alınmıştır.

girişimlerin başarı göstergesi olmasının yanı sıra sosyal ve ekonomik gelişmişliği de göstermektedir. Bir toplumda, çocukluk çağı ölümlerinin toplam ölümlerdeki payının yüksek olması, o toplumda olumsuz çevre koşulları, bulaşıcı hastalıklar ve sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği konusunda sorun yaşandığı anlamına gelmektedir. Tam tersi, yaşlıların toplam ölümler içindeki payının yüksek olması, o toplumun refah düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Başka bir deyişle, bebek ölüm hızı, beklenen yaşam süresini ve ülkenin geleceğini belirler. Bebek ölüm hızının düşük olması o ülkeye prestij ve sosyoekonomik düzeyi yüksek bir gelecek sağlar (53,167,168). Çalışmada, bebek ölüm hızı, neonatal ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızları incelenmiştir.

Çalışma bulgularımıza göre, 50 yıllık dönem içerisinde bebek ölüm hızı 1.000 canlı doğumda 247'den 13'e düşmüş yani yaklaşık %95 oranında gerilemiştir. 1993-2013 döneminde ise azalma oranının %75 olduğu görülmüştür. OECD 2017 Sağlık Raporu'nda da Türkiye'nin bebek ölüm hızının *1990-2015 döneminde %74 oranında azaldığı, OECD ülkeleri arasında genel ortalamanın %64 olduğu ve Türkiye'nin en başarılı 7. ülke olduğu belirtilmektedir* (169). Bu düşme hızına rağmen, OECD 2015 verilerine göre (165), Türkiye'de bebek ölüm hızı %10,2'dir ve 30 ülke arasında Türkiye, Meksika'dan sonra bebek ölüm hızı en yüksek olan ikinci ülkedir. *Ayrıca, 1998'den sonraki iki beş yıllık dönemde bebek ölüm hızında sırasıyla %32 ve %41 olan azalma oranı 2008-2013 döneminde %23'e gerilemiştir.*

Neonatal ölüm hızı 1978-2013 döneminde %60'dan %7'ye düşmüştür. OECD 2015 verilerine göre (165) Türkiye'nin neonatal ölüm hızı %6,5'dir ve bebek ölüm hızına benzer şekilde 27 ülke arasında Meksika'dan sonraki en yüksek düzeydedir.

Binyıl Kalkınma Hedeflerinde beş yaş altı ölüm hızının 1990-2015 yılları arasında 2/3 oranında azaltılması yer almaktaydı (21). Türkiye'de beş yaş altı ölüm hızı 1993 yılında %62,1 iken 2013 yılında %15,5'e düşmüş; bu dönemde %75 oranında gelişme sağlanarak hedefe daha erken ulaşılmıştır. *1963-2013 yılları arasında beş yaş altı ölüm hızı 15'de 1'e düşmüştür.*

Çalışmada, neonatal ölüm hızının bebek ölüm hızına oranı 1978 yılında %44 iken 2008 yılında %76 ve 2013 yılında %53 olarak bulunmuştur. Korkmaz ve

arkadaşlarının 2008 yılına ait Bebek Ölümleri Veri Tabanını kullanarak yaptıkları çalışmada da araştırmamızla aynı sonuç elde edilmiş; neonatal ölümlerin bebek ölümleri içindeki oranı %76 bulunmuştur (170). Benzer şekilde, neonatal ölümlerin tüm beş yaş altı ölümler içindeki oranı 1978 yılında %42 iken 2008 yılında %59 ve 2013 yılında %46'dır. *Neonatal ölümlerin bebek ölümleri ve beş yaş altı çocuk ölümleri içindeki payı, 35 yıl öncesine oranla daha yüksektir.*

*Bunun nedeni, postneonatal ve beş yaş altı ölüm hızının azalma oranının, neonatal ölüm hızına göre daha yüksek düzeyde olmasıdır. SB tarafından hazırlanan 2007-2012 Anne ve Bebek Ölümleri Raporu'nda Türkiye'de bebek ve çocuk ölüm hızlarının düşmesinde 1980'li yıllardan itibaren uygulanan anne ve çocuk sağlığı programlarının katkısı olduğu belirtilmiştir (53). Türkiye'de "Genişletilmiş Bağışıklama Programı", "Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı", "İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı" ve alt solunum yolları enfeksiyonları ile mücadele çalışmaları yapılmıştır.*

Türkiye, DSÖ'nün dünyada bebek ve çocuk ölümlülüğünü azaltmaya yönelik olarak 1974 yılında uygulamaya koyduğu "Genişletilmiş Bağışıklama Programı" (Expanded Programme on Immunization-EPI, GBP) çalışmalarına 1981 yılında başlamış ve 1985 yılında "Aşı Kampanyası" düzenleyerek hız kazandırmıştır. Bu programda temel olarak difteri, boğmaca, tetanoz, verem, polio ve kızamıktan korunma hedeflenmiş, bu önlenbilir hastalıklara yönelik 6 aşı yaygın olarak uygulanmıştır. Türkiye'de günümüzde çocuklara yönelik olarak Hepatit B, BCG, DaBT-İPAHib (Difteri, Aselüler boğmaca, tetanoz, inaktif polio, hemafilus influenza tip b), beşli karma aşısı, KPA (Konjuge Pnömonokok), KKK (Kızamık, kızamıkçık, kabakulak), OPA (Oral polio aşısı), Td (Erişkin tipi difteri, tetanoz), Hepatit A ve Suçiçeği aşıları uygulanmaktadır. Yetişkinlere yönelik olarak; Td, Kızamık/ KKK, Hepatit B, İnfluenza, Pnömonokok, Hepatit A, Suçiçeği, Meningokok aşıları yapılmaktadır. Ayrıca, biriken duyarlı nüfusları korumak için (özellikle poliomyelit ve kızamıkta) ve salgını önlemek amacıyla duyarlı yaş gruplarında yakalama (catch-up) ya da takip (follow-up) gibi ek aşılama programları yürütülmektedir. *Maternal ve neonatal tetanozun Türkiye'de elimine edildiği 24 Nisan 2009 tarihinde DSÖ tarafından duyurulmuştur.* Türkiye'de, 1995 yılında Polio Ulusal Aşı Günleri, 1996 yılında Kızamık Hızlandırma Kampanyası, 1997 yılında Polio Mop-up çalışması,

2003 yılında Kızamık Okul Aşı Günleri, 2005 yılında Kızamık Aşı Günleri, 2005-2008 yıllarında İlköğretim kohortu Hepatit B aşılama ları, 2006-2008 yıllarında İlköğretim kohortu Kızamıkçık aşılama ları, 2008-2009 yıllarında Ortaöğretim Hepatit B - Kızamıkçık aşılama ları, 2009 yılında 33 ilde 18-35 yaş kadın Kızamıkçık aşılama ları, 2010-2015 yıllarında «Polio Mop-up» çalışmaları ve 2017 yılında “5 Yaş Altı Göçmen Çocuk Aşı Tamamlama Kampanyası” yapılmıştır. Göçmenler, GBP’ye uygun olacak şekilde, rutin aşı lama kapsamına alınmakta, ayrıca kampanyalar ile 0-15 yaş grubunu da içerecek şekilde çocuk felci aşısı ve kızamık aşısı ve beşli karma aşı uygulaması şeklinde uygulanmaktadır (171–173).

Türkiye’de 1988 yılında başlatılan “İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı” çerçevesinde SB tarafından büyük kuruluşlarda ishal tedavisinin iyileştirilmesi, evde ishal tedavisinin teşviki ve “Oral Rehidratasyon Sıvısı” paketlerinin bütün sağlık ocakları ve AÇSAP merkezlerinde ücretsiz olarak dağıtılmasının hizmete ulaşılabilirliği artırdığı söylenebilir (174,175). SB tarafından bebek ve çocuk ölümlerinin önlenmesi için 1991 yılında “Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı” uygulamaya konmuştur. Programın başlangıcından itibaren 1065 “Bebek Dostu Hastane” sayısına ulaşıldığı, Türkiye’deki doğumların büyük çoğunluğunun Bebek Dostu Hastanelerde gerçekleştirildiği belirtilmektedir. Ayrıca, 1-7 Ekim Emzirme Haftası olarak kutlanmaktadır (176).

*Bu çalışmaların sonucunda TNSA 1993’te postneonatal ölüm hızındaki azalmaya bağlı olarak ilk kez postneonatal ölüm hızı, neonatal ölüm hızının altında kalmıştır. Bu bir dönüm noktası olarak kabul edilebilir. Postneonatal ve beş yaş altı ölümlerin azaltılmasında yukarıda belirtilen koruma programları ve sosyoekonomik faktörler daha etkili iken neonatal ölüm hızındaki azalma, annelerin genel sağlığı, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası hizmetler ile yakından ilgilidir (44). Neonatal dönemdeki ölümler, gebelik ve doğumla ilgili faktörlere bağlıdır ve bu dönemdeki ölümleri önlemek daha maliyetli yatırımlar gerektirmektedir (53).*

Birleşmiş Milletler’in üye ülkelerinin katılımıyla 25 Eylül 2015 tarihinde gerçekleşen Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesi’nde, 2030 yılında gerçekleşmesi öngörülen 17 “Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi” belirlenmiş; bu kapsamda dünyada anne ölüm oranının 100.000’de 70’in, neonatal ölüm hızının 1000 canlı doğumda 12’nin ve beş yaş altı çocuk ölüm hızının 1000 canlı doğumda 25’in altına



düşürülmesi hedeflenmiştir (36). *Türkiye, ölümlülük göstergeleri açısından söz konusu zirvede belirlenen kabul edilebilir değerleri şimdiden sağlamaktadır.*

Ölümlülükle ilgili göstergeleri değerlendirirken veri toplamada ve analiz etmede yaşanan aksaklıkları da dikkate almak gerekir. Türkiye’de Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi (MERNİS), 2001 yılında çevrimiçi (online) uygulamasına geçmiş ve doğum istatistikleri bu çevrimiçi veri tabanından elde edilmeye başlanmıştır. Ancak MERNİS’in dinamik yapısı nedeniyle doğum istatistiklerinin sürekli güncellenmesine bağlı olarak 2001-2011 yılına ilişkin doğum istatistikleri TÜİK tarafından 31/03/2013 tarihinde güncellenmiştir. Bu durum, SB’na ait ölüm verileri arasında da farklılık olmasına neden olmaktadır (53,177).

Ölüm verileri nedene yönelik olarak toplanmalıdır. Bu açıdan anne ölümlerinin belirlenmesinde gelişmiş ülkelerde bile zorluk yaşanmaktadır. Çünkü ölüm nedenleri sınıflamasında sorunlar vardır ve anne ölümleri gerçekte olduğundan daha düşük görünmektedir (44). Dolar, Gökçay, Bulut ve Neyzi görevlilerin ölüm kayıtları ile ilgili bilgi ve beceri düzeylerine dikkat çekmişlerdir. İstanbul’daki beş yaş altı ölümleri değerlendirdikleri araştırmada; 2000 yılından önceki 12 yılda ölüm nedenleri arasında tanısı bilinmeyenlerin oranının yükselme eğiliminde olduğunu belirtmişler, bunun defin ruhsatı doldurma işlemi yapanların bilgi düzeylerinin ve becerilerinin yeterli olmamasından kaynaklandığını vurgulamışlardır (178). Ergöçmen ve Yüksel, anne ölümü bildirimine yönelik yaptıkları çalışmada, anne ölümlerinin vatandaş tarafından bildiriminden, kamu görevlilerinin kaydına ve bilgisayara aktarılmasına kadar geçen her aşamada sorunlar yaşandığını, bunların aşılması için kayıt bilincinin geliştirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (162). Kayıt sistemi güvenilir olmayan ülkelerde anne ölüm oranı en gerçekçi olarak anne ölüm araştırmaları ile belirlenebilmektedir. Türkiye’de anne ölümlerine ilişkin ilk kapsamlı araştırma 2005 yılında yapılmıştır (44).

Türkiye’de bebek ölümleri 2005 yılında yürürlüğe konulan “Bebek Ölümü Kayıt ve Bildirim Sistemi”, 2007 yılında kullanılmaya başlanan “Anne Ölümleri Veri Sistemi” ve 2013 yılından itibaren kullanılan “Ölüm Bildirimi Sistemi” ile ayrıntılı olarak incelenmeye başlanmıştır (44,162,170).

Dr. Rıfat Köse, ancak 2007 yılından itibaren anne ve bebek ölümlerinde sağlıklı veri toplanabildiğini ifade etmiştir. Dr. İbrahim Açıkalin, 2010 yılına gelindiğinde artık her anne ölümünün nedenini belirleyebildiklerini, sadece kayıtlarla sınırlı kalmayıp, araştırma ve birebir görüşmelerle veri topladıklarını, ancak anne ölümü nadir görülen bir durum olduğundan her nedene yönelik önlem almanın her zaman mümkün olmadığını, bebek ölümleri için ise nedene yönelik önlem alabildiklerini dile getirmiştir. Prof. Dr. Ayşe Akın, ölüm nedenlerini ana neden, ara neden ve son neden olarak sınıflamak gerektiğini belirterek halk sağlığı bakış açısı ile veri toplamak gerektiğini vurgulamış, anne ölüm verilerini analiz eden komisyonlar olduğunu ancak aksayan yönlerin halen var olduğunu belirtmiştir.

Ölüm verileri ile ilgili diğer bir sorun da Türkiye’de farklı kaynaklardan elde edilen bebek ölüm hızı verilerinin (SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı, TNSA, TÜİK, UNICEF, WHO) birbirinden farklı olmasıdır. Eskiocak ve Selçuk 2014 yılında yaptıkları çalışmada; bu farklılığın bebek ölüm hızının kavramsal olarak her kaynakta aynı şekilde tanımlanmamasından kaynaklandığını, bazı kaynaklarda gestasyon yaşı ve doğum ağırlığının dikkate alınmadığı ya da farklı şekilde ele alındığını, bu yüzden farklı verilerin karşılaştırma amacıyla kullanılamayacağını belirtmişlerdir (167).

Türkiye’de 1963 yılında 6,10 olan toplam doğurganlık hızı, 2013 yılında 2,26’ya düşmüştür. 45 yıl boyunca süregelen olarak düşüş gösteren toplam doğurganlık hızının, TNSA verilerine göre 2003 ve 2008 yıllarında sırasıyla 2,23 ve 2,16 iken 2013’te ilk kez yükselerek 2,26’ya ulaştığı görülmüştür. Sağlık İstatistikleri Yıllığı’na göre 2013 değeri 2,1 iken 2014’te 2,2’ye yükselmiş ve 2016 yılında tekrar 2,1’e düşmüştür (138). Yani 2003 yılından itibaren toplam doğurganlık hızı neredeyse paralel bir seyir izlemektedir. Türkiye’de toplam doğurganlık hızı nüfusun idame düzeyindedir.

*Toplam doğurganlık hızının 50 yıllık seyrinde, Türkiye’nin 1965’ten beri uyguladığı antinatalist politikalar ile 2000’li yıllardan itibaren gündeme tekrar gelen doğurganlığı destekleyen politikaların etkisi görülmektedir.*

*Türkiye’de doğurganlığın seyrinde dikkat çeken en önemli konu, nüfus planlaması kanunlarının çıkarılmasını takiben toplam doğurganlık hızlarının en*

*yüksek azalma eğrisini göstermesidir. 1983 yılında 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanunun kabul edilmesini müteakip ilk 5 yıl içinde toplam doğurganlık hızı %25 düşme oranı ile 50 yıllık dönemin en yüksek düşüşünü göstermiştir. İkinci en yüksek düşme hızı değişim oranı ise %17 ile 1968-1973 dönemidir. Bu dönemde de 1965 yılında çıkarılan 557 sayılı Kanunun etkisi söz konusudur. 557 sayılı Kanun ile gebeliği önleyici araçların satış ve dağıtımına izin verilmesi, tıbbi zorunluluk halinde kürtajın serbest hale gelmesi ve 2827 sayılı Kanun ile gebeliği önleyici modern yöntemlere ulaşımın kolaylaşması ayrıca 10. haftanın sonuna kadar isteyerek düşüklerin yasal hale gelmesi toplam doğurganlık hızının düşmesine neden olmuştur. Nitekim 1963-1968 döneminden itibaren gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımının ve 1983'den itibaren modern yöntem kullanımının arttığı görülmektedir. Geleneksel yöntem kullanımı ise 1983-1993 döneminde bir düşüş gösterse de sonrasında genel olarak paralel bir seyir izlemiştir. Çalışmada da gebeliği önleyici herhangi bir yöntem ve modern yöntem kullanımı artarken toplam doğurganlık hızının düştüğü görülmüştür.*

Geleneksel yöntem kullanımının toplam doğurganlık hızının düşmesine etkisi istatistiki olarak anlamlı bulunmasa da Prof. Dr. Ayşen Bulut bazı çiftlerin özellikle geri çekme yöntemini gayet başarılı bir şekilde uyguladıklarını, bu durumda modern yöntem konusunda ısrar edilmemesi gerektiğini belirtmiş, doğurganlığı düzenleyici yöntem danışmanlığı yapılarak kişinin kendi kararını vermesi gerektiğini vurgulamıştır.

Türkiye'de 2000'li yıllar ile birlikte hükümet tarafından doğurganlığın artırılması görüşünün hakim olduğu gözlenmektedir. 2008 yılında Başbakan Recep Tayyip Erdoğan tarafından "en az 3 çocuk" söyleminde bulunulmuş, devamında sonradan uygulamaya konulacak olan doğurganlığı özendirici uygulamalara yönelik haberler (aileye çocuk için nakit para verilmesi, esnek çalışma saatleri vb.) çıkmış, 2011 yılında da kürtajın 10 haftalık süresinin kısıtlanması gündeme getirilmiştir. Bu görüşler, Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda "doğurganlığın artırılması" hedefi konularak somutlaşmıştır. Ardından "Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı" ile çalışmanın 2.6.3. kısmında ayrıntılı olarak açıklanan doğurganlığı destekleyen uygulamalar getirilmiştir (54). *2000'li yılların başından itibaren devam eden bu tutumun, aile planlaması hizmetlerini etkilediği söylenebilir.*

Prof. Dr. Ayşe Akın, Prof. Dr. Ayşen Bulut ve Dr. Gün Akı ile yapılan görüşmelerde; son 10 yıldır hastanelerdeki Nüfus Planlaması Kliniklerine personel atanmayarak işlevsiz hale getirildiği, bu birimlerle kadın doğum kliniklerinin entegrasyonu hiç bir zaman sağlanamadığı, zamanla yerlerinin diğer birimlere devredildiği, yasada engel olmamasına rağmen isteyerek düşük yapılmamasından daha da önemlisi doğurganlığı düzenleyici yöntem danışmanlığı ve uygulamalarının da fiilen neredeyse sonlandırıldığı belirtilmiştir. Dr. Gün Akı tarafından, 2000’li yılların başlarına kadar bu birimlerde aile planlaması danışmanlığı, gebeliği önleyici yöntem uygulamaları ve eğitici eğitimlerinin yanı sıra il bazında bu birimlerde eğitilen gözlemci personel tarafından üreme sağlığı hizmetlerinin takibinin yapıldığı dile getirilmiştir. Türkiye’de 2006-2010 yılları arasında, 14 Bölge CSÜS Eğitim Merkezi ve 91 CSÜS Eğitim Merkezi’nde; birinci basamak sağlık personeline yönelik olarak 18.581 kişiye “Üreme Sağlığına Giriş”, 16.045 kişiye “Güvenli Annelik”, 17.680 kişiye Aile Planlaması Danışmanlığı, 12.918 kişiye “Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı”, 851 kişiye “Eğitim Becerileri”, 12.775 kişiye “CYBE”, 180 kişiye “İleri Eğitim Becerileri” ve 78 kişiye “İzleme-Değerlendirme Eğitimi” verilmiştir (42). 2010 yılından sonraki sağlık personeline yönelik eğitim verilerine ulaşılammıştır.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı’na göre Türkiye’de 2002 yılında 298 olan AÇSAP Merkezi sayısı, 2016 yılında 181’e inmiştir AÇSAP Merkezlerinde 2002 yılında 2.980.481 kez doktora müracaat edilmiş iken bu sayı 2016 yılında 525.011’e inmiştir (138). *Bu merkezlerin hem sayı hem de personel ve malzeme olarak yetersiz hale gelmesinin hizmetin ulaşılabilirliğini etkilediği söylenebilir.*

Sağlık ocakları, sağlıkta dönüşüm projesi ile aile hekimliği merkezlerine dönüştürülmüştür. Aile hekimliği merkezlerinde çalışan sağlık personeline üreme sağlığı ile ilgili olarak gebe izlemi, bebek izlemi ve aşılama için performans puanı verilmekte, gebeliği önleyici yöntem uygulamaları ise performans puanı kapsamı dışında tutulmaktadır (116,179). Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı 2003-2013 yılları arasında artmakla birlikte, bu dönemde RİA kullanımının azaldığı (TNSA 2003’te %20, TNSA 2013’te %17), kondom kullanımının (TNSA 2003’te %11, TNSA 2013’te %16) ve tüp ligasyonu tercihinin (TNSA 2003’te %6, TNSA 2013’te %9) arttığı görülmektedir. RİA kullanımının azalması, birinci basamak

sağlık kuruluşlarında bu hizmetin sunulmasında aksaklık olduğuna işaret etmektedir. Tüp ligasyonu uygulamasının artmasının sezaryen ile doğum yapma oranının artışından kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Ayrıca, kondomun temininde market/dükkan gibi kaynakların payının %6,4'ten %20,2'ye çıkması, aile planlaması danışmanlığı alınmadan yöntem seçildiğini düşündürmektedir (60). *1963 yılından beri sürekli azalma eğiliminde olan doğurganlığın, 2003 yılından beri neredeyse paralel olarak seyretmesinin nedeni, yukarıda bahsedilen doğurganlığı düzenlemeye yönelik hizmetler ile ilgili sorunlar olabilir.*

Türkiye'de toplam doğurganlık hızı halen 2,1–2,2 düzeyini korumaktadır. Ancak, TNSA 1998, 2003 ve 2008'de 15-49 yaş grubundaki evli kadınların beyan ettikleri ideal çocuk sayısı 2,5 iken TNSA 2013'te 2,9'a yükselmiştir. TNSA 2013 betimsel analizinde, halen evli kadınların %33'ünün, daha iyi ekonomik koşullar, ücretli annelik-babalık izninin uzatılması, daha uzun emzirme saatleri, çocuk yardımının artırılması, çocuk bakımı için maddi destek verilmesi, kreş ve erken emeklilik tanınması konularından en az birinde yapılacak bir teşvik ile çocuk istememe yönündeki düşüncelerini değiştirebilecekleri belirtilmektedir. Ayrıca, doğurganlığını sonlandırmak isteyen kadın oranı önceki araştırmalara göre daha düşüktür (180). *Denilebilir ki çiftlerin sahip oldukları çocuk sayısında bir değişiklik görünmese de doğurganlık tercihleri değişmiştir.* Bu tercih değişikliğinin etkilerinin TNSA 2018'de görülmesi beklenmektedir.

Kadınların çocuk yapma tercihlerine etki eden önemli değişkenlerden biri bebek ve çocuk ölümlülüğüdür. *Çalışmada, neonatal, bebek ve çocuk ölüm hızları azaldıkça toplam doğurganlık hızının da azaldığı gözlenmiştir.* Doğurganlığın azalması gebeliği önleyici yöntemlerin kullanıldığına işaret etmektedir. İsteddiği zaman, sağlıklı koşullarda çocuk sahibi olan ailelerin bebeklerinde de ölümlülük azalmaktadır. *Yani doğurganlık ile bebek ve çocuk ölümlülüğü birbirini karşılıklı etkilemektedir.* Prof. Dr. Ayşe Akın, bebek ölümlülüğünün azalması ile çiftlerin daha az çocuk sahibi olmaya karar verdiklerini belirtmiş, kadının var olan çocukların yaşayıp yaşamayacağını bilmediği durumlarda başka çocuk yapma yönünde tercih kullandığını ifade etmiştir. *Çalışmada, gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı ile bebek ölüm hızı arasında negatif yönde çok güçlü bir ilişki tespit edilmiş, bebek ölüm hızı ile geleneksel yöntem kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.*

Demografik dönüşüm teorisine göre, doğurganlık tercihlerinin ana belirleyicisi eğitimidir (180). Çalışmada eğitim ve doğurganlık ilişkisi incelenmiştir. *Kadında brüt okullaşma oranı ile toplam doğurganlık hızı arasında negatif yönde ilişki tespit edilmiştir. Ortaöğretim ve yükseköğretimin kadının doğurganlığına etkisi daha güçlü bulunmuştur.* Kadınlarda okullaşma oranı arttıkça, doğurganlık azalmaktadır. TNSA 2013’de lise veya üzeri eğitim almış kadınların hiç eğitimi olmayan kadınlardan, ortalama iki çocuk daha az sayıda çocuğa sahip oldukları görülmüştür (60). Benzer şekilde, Başkaya ve Özkılıç, Türkiye’de doğurganlık düzeyinin azalmasını etkileyen en önemli faktörün eğitim olduğunu ve kadının eğitim düzeyi ile doğurganlık arasında çok sayıda araştırmada negatif ilişki bulunduğunu aktarmıştır (62). Akatlı ve Ergöçmen, yaptıkları çalışmada ebeveyni eğitimsiz olan annelerin ikinci ve sonraki doğumları yapma olasılıklarının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (61).

Eğitimin, doğurganlık üzerinde farklı açılardan etkisi vardır. Eğitim düzeyi arttıkça evlilik yaşı ve ilk çocuk edinme yaşı ötelenmektedir. Kadının işgücüne katılımı arttığından çocuk bakımı olanaklarının kısıtlılığı ve çocuk bakımının getirdiği fırsat maliyetinden dolayı doğurganlık azalmaktadır. Çocuk eğitiminin getirdiği maliyet de doğurganlığın azalmasına neden olmaktadır. Doğurganlık azaldıkça daha nitelikli eğitim alan bir nesil yetişmekte ve bu döngü devam etmektedir. Ayrıca çalışan kadınlar sigorta güvencesinde oldukları için gelecekte kendilerine bakılması ihtiyacını karşılamak amacıyla çocuk sahibi olmamaktadırlar. Öte yandan eğitilmiş kadın gebeliği önleyici yöntemleri daha etkin kullanmaktadır (59,61). *Çalışmada, gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile kadında brüt okullaşma oranları arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Kadında orta ve yükseköğretim okullaşma oranının, ilköğretim okullaşma oranına nazaran gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile daha güçlü ilişkisi vardır.*

Türkiye’de toplam doğurganlık hızındaki değişimleri etkileyen faktörlerden ikisi gelir düzeyi ve gelir dağılımıdır. *Toplam doğurganlık hızı ile kişi başı GSYİH arasında çok güçlü negatif ilişki tespit edilmiştir. Gelir düzeyi arttıkça doğurganlık azalmaktadır.* Wang ve Famoye’nin çalışmasının sonuçları araştırma sonucuyla uyumludur; söz konusu çalışmada gelir düzeyi arttıkça ailelerin daha nitelikli ama az sayıda çocuk yetiştirmeyi tercih ettikleri görülmüştür (181). Kağıtçıbaşı’na göre,

çocuğa faydacı değerler atfedilen ailelerde, çocuk aile ekonomisine katkı sağlamasının yanı sıra yaşlılıkta kendilerine bakacak bir güvence olarak görülmektedir. Bu toplumlarda çekirdek ailelerin geniş aile ile bağı her zaman vardır ve “işlevsel geniş aileler” ortaya çıkmaktadır (70). Eryurt, Adalı ve Şahin’in TNSA 2008 İleri Analiz Çalışması kapsamında yaptıkları “Türkiye’de Doğurganlığın Dönüşümü” konulu çalışmalarında, hanehalkı geliri düştükçe çocuk yapma olasılığının arttığı ve en düşük refah düzeyindeki hanede yaşayan kadının, en yüksek düzeydeki hanede yaşayan kadına göre çocuk sahibi olma olasılığının 1,5 kat fazla olduğu sonucuna varmışlardır (151).

Çalışmada, *toplam doğurganlık hızı ile Gini katsayısı arasında çok güçlü pozitif ilişki tespit edilmiştir*. Borluk 2014 yılında yaptığı çalışmada, gelir dağılımı ile doğurganlık ilişkisinin U-şekilli bir dinamik olduğunu belirtmiştir. Doğurganlık arttıkça, gelir dağılımı bozulmakta, azaldıkça gelir dağılımı düzelmektedir (182).

Doğurganlıkta dikkate alınması gereken bir diğer önemli değişken ilk evlilik yaşıdır. Daha erken yaşlarda evlenen kadınlar, daha uzun süre boyunca gebelik riskine maruz kalmaktadır. Diğer değişkenler sabit tutulduğunda, ilk evlenme yaşı ile doğurganlık arasında bir ilişki olduğu kabul edilmektedir. Çalışmamızdaki bulgular da buna paralel sonuçlar vermiştir. *50 yıllık dönem incelendiğinde, toplam doğurganlık hızı ile kadında ilk evlenme yaşı arasında negatif yönde çok güçlü ilişki olduğu görülmüştür*. İlk evlenme yaşı arttıkça, doğurganlık azalmaktadır. 1993-1998 döneminde kadında ilk evlenme yaşı 0,4 yaş düşerken, toplam doğurganlık hızının da en düşük azalma oranını göstermesi ilişkiyi açıklamak açısından önemlidir. Türkiye’de 1963-2013 döneminde ilk evlenme yaşı erkeklerde 3,3 yaş, kadınlarda 4 yaş artmıştır. İki kuşak arasındaki yaş aralığının artması, nüfus artış hızının da azalmasına neden olmaktadır (65).

Adolesan doğurganlık hızı üreme sağlığı göstergelerinden biridir. Erken yaşta çocuk sahibi olma hem sağlık riskleri taşıması açısından hem de sosyal bir belirleyici olması açısından önemlidir. Adolesan dönemde anne olan kadınların oranının yüksek olması, birçok ülkede önemli bir sağlık ve toplumsal sorun olarak kabul edilmektedir (60,124). Türkiye’de 1963-2013 dönemi incelendiğinde; *50 yıl içerisinde evli kadınlarda adolesan doğurganlık hızının %77 oranında azaldığı görülmektedir*. Dünya Bankası tahminlerine göre Türkiye’de 2013 yılı itibarıyla adolesan döneme

ilişkin 15-19 yaşa özel doğurganlık hızı %30,02 iken dünya ortalaması %46,01, Avrupa Birliği Bölgesi'nde %11,65 ve Avrupa ve Orta Asya Bölgesi'nde %19,03'tür. 2016 yılı itibarıyla Türkiye, Avrupa ve Orta Asya Bölgesinde yer alan 49 ülkeden 43. en yüksek adolesan doğurganlık hızı olan ülkedir (Türkiye; Azerbaycan, Gürcistan, Kırgızistan, Bulgaristan, Tacikistan, Romanya ve Kazakistan'ın önünde yer almaktadır). 2016 yılında Türkiye'nin adolesan doğurganlık hızı %27, Avrupa ve Orta Asya ülkeleri ortalaması %17,21'dir. Yüksek milli geliri olan bazı ülkelerde, adolesan doğurganlık hızının düşük düzeylerde olmasına rağmen Türkiye'den daha hızlı düşüş gösterdiği görülmektedir. Örneğin 1960-2016 yılları arasında Danimarka'da adolesan doğurganlık hızı mevcut değer 11'de 1'ine, (%44'ten %4'e) İsveç'te 8'de 1'ine düşmüştür (%40'dan %5'e) (147). Türkiye için bu oran 1/4'tür (%122'den 27'ye). *Sonuç olarak Türkiye'de dünya ortalamasının altında olan adolesan doğurganlık hızı süreğen bir düşüş göstermesine rağmen, halen Avrupa ve Orta Asya Bölgesi'ndeki ülkelerle kıyaslandığında oldukça yüksektir.*

Türkiye'de ilk doğumda anne yaşı yükselmektedir. İleri yaşlardaki kadınlarda genç yaşta doğum yapmış olma oranı, genç kadınlara göre daha yüksektir. Ancak hala, 15-19 yaş grubu kadınların neredeyse %5'i ya çocuk sahibidir ya da ilk çocuğuna gebedir (37,60). TNSA sonuçlarına göre adolesan çağda gebe kalan kadınların %20'si, bir başka çalışmada ise %32.4'ü gebeliği istemediklerini ifade etmişlerdir. Bu kadınlardan %22.9'u evliliği de istememektedir (96). Bu yaştaki kadınların gebeliği önleyici yöntemler hakkında yeterli bilgi sahibi olmamaları nedeniyle doğurganlık oranları artmaktadır. Geri çekme yönteminin, en yüksek oranda (%28) kullanıldığı grup adolesanlardır. Yine adolesanlar, en düşük düzeyde herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanan gruptur (60).

Adolesan doğurganlığın yüksek olması kadının eğitim hayatının kısa olmasının göstergesidir. Çalışmada adolesan doğurganlık ile kadında brüt okullaşma oranı ilişkisi incelenmiş ve her üç eğitim düzeyinde de negatif yönde ilişki olduğu görülmüştür. *Kadında yükseköğretimde brüt okullaşma oranı ile adolesan doğurganlık arasında tam ilişki tespit edilmiştir. Türkiye'de kadında okullaşma oranının artması, beklenen şekilde adolesan doğurganlığın azalmasına neden olmuştur.* TNSA 2013 verilerine göre, eğitimi olmayan kadınların %17'si, en az



ilkokulu bitiren kadınların ise %8'i adolesan yaşta çocuk sahibi olmaktadır (60). Burada zorunlu eğitimin erken yaşta doğurganlığın önlenmesine olan etkisi dikkat çekicidir.

*Türkiye’de gelir düzeyi arttıkça adolesan doğurganlık azalmıştır.* Elli yıllık dönemde kişi başı GSYİH ile adolesan doğurganlık hızının ilişkisi incelendiğinde aralarındaki ilişki çok yüksek düzeyde anlamlı bulunmuştur. TNSA 2013’te, orta, düşük ve en düşük refah düzeyinde olan adolesanlarda çocuk doğurmaya başlama oranı %6-8, en yüksek refah düzeyinde bu oran %3’ün altında bulunmuştur (60). Yapılan çalışmalar adolesan dönemde, gelir düzeyi düşük ailelerden gelen kızların diğerlerinden daha sık cinsel deneyim yaşadıklarını ve gebelik risklerini daha az bildiklerinden gebe kalma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (124).

Prof. Dr. Ayşen Bulut, sadece doktor ile yapılan poliklinik hizmetinin gençlere faydasının olmadığını, okullarda danışmanlık verilmesi gerektiğini, UNFPA projesi olarak eğitimci yetiştirdiklerini, eğitim fakültelerine “Cinsel Sağlık Bilgisi” dersinin seçmeli olarak konulduğunu ancak MEB ve YÖK ile entegre olunamadığı için sürekliliğin sağlanamadığını ifade etmiştir. Dr. Gün Akı, İstanbul’da kurulan Adolesan Sağlığı Merkezi’nde hizmet devamlılığının sağlanamadığını, oysa gençlerin talebinin her zaman olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, son zamanlarda kamu hastanelerindeki Nüfus Planlaması Kliniklerine gelen adolesanların bir çoğunun Suriyeli olduğunu, bu grupta resmi nikahlı olmayanların sayısının yüksek olduğunu, genellikle danışmanlık için geldiklerini nadiren de isteyerek düşük için başvurduklarını ifade etmiştir.

*Adolesan doğurganlık oranlarını değerlendirirken adolesan gebeler ve 18 yaş altı evliliklerin bildirim konusunda yaşanan çelişkileri de dikkate almak gerekir.* Karcı ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları çalışmada, bir kongreye katılan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına adolesan gebelik konusunda konferans verilmiş, konferansın öncesi ve sonrasında 18 yaş altı gebelik ve evliliklerin adli bildirim konusunda sorular sorulmuştur. Katılımcıların %75’i ön testte 18 yaş altı gebeliği bildirmeyeceğini belirtmiştir. Bu oran konferans sonrasında %19,4’e düşmüştür. Ön testte 18 yaş altı hem evliliği hem de gebeliği bildireceklerini ifade edenlerin oranı %24 iken son testte %80,6’ya çıkmıştır (96). Ön test sonuçları *Türkiye’de kayıtlara*

*geçmeyen adolesan gebelerin olduğunu göstermektedir. Ayrıca, Türkiye’de var olan adolesan gebelik kayıtlarının genel olarak evli adolesanları kapsamı nedeniyle adolesan gebelik sayısının bilinenden daha yüksek olduğu rahatlıkla söylenebilir.*

Toplam isteyerek düşük hızının 50 yıl içerisindeki seyri incelendiğinde; 1983 yılında 2827 sayılı Kanun’un çıkarılmasından önce Türkiye’de isteyerek düşük yaptırmanın yasal olmamasına rağmen, 1968’de kadın başına 0,62 kez, Kanunun çıktığı yıl ise 0,76 kez isteyerek düşük yaptırıldığı kayıtlarda yer almıştır. Bu rakamların gerçek değerinin altında olma, az beyan edilme olasılığı da yorum yapılırken akılda tutulmalıdır.

1976’da yapılan bir araştırma, genç ve eğitilmiş olup kentte yaşayan kadınların gebelik sonlandırma ile ilgili olarak daha doğru bilgiler verdiğini göstermiş, 1978’de Ankara-Çubuk’ta yapılan bir araştırmada da gebeliklerini sonlandırmak isteyen kadınların %62’sinin hekime başvurduğu, %17’sinin kendisinin düşük yapma girişiminde bulunduğu saptanmıştır (183). Prof. Dr. Ayşe Akın, Türkiye’de isteyerek gebelik sonlandırmanın yasal olmadığı dönemde hem kadınların hem de özel muayenehanesinde isteyerek düşük hizmeti sunan doktorların doğru veriler sunmadıklarını belirtmiştir. Kültürel olarak da kürtajın kabul görmemesi gizlenmesine neden olmaktadır. Prof. Dr. Ayşen Bulut, bazı kadınların eşlerinden gizli isteyerek düşük yaptırdıklarını ifade etmiştir. *Türkiye’de 1983 yılı öncesinde yasa engeli olmasına rağmen isteyerek düşük hızı sürekli artış göstermiştir. Bu artış 1993’e kadar devam etmiştir. 1983-1993 arasındaki artışın nedeni isteyerek düşüklerin artık gizlenmemesi ve daha doğru verilerin elde edilmesi olabilir.*

1993 yılından itibaren isteyerek düşük hızı düşme eğilimine geçmiştir. Bu düşme eğiliminde, *2827 sayılı yasa ile gebeliği önleyici modern yöntemlere ulaşımın kolaylaşması, özellikle RİA’nın hekim dışı sağlık personeli tarafından da uygulanması ve cerrahi sterilizasyonun serbest bırakılması nedeniyle istenmeyen gebeliklerin azalmasının etkisi olabilir.* 1994 sonrasında Türkiye’de UNKK kararlarına uyum sürecinde iki uluslararası destekli üreme sağlığı projesi uygulamaya konmuştur. Projeler kapsamında, daha önce “ana çocuk sağlığı” olarak ele alınan hizmetler, “üreme sağlığı hizmetleri” adı altında daha geniş kapsamlı olarak verilmeye başlanmıştır (42,108). *Proje kapsamındaki çalışmalar ile bireylerin gebeliği önleyici yöntemler konusundaki bilgi düzeylerinin artması ve üreme sağlığı*

*hizmetlerine ulaşımın kolaylaşmasının, ayrıca bu zaman diliminde sezaryen ile doğumların artmasına bağlı olarak tüp ligasyonu uygulamasının artışının isteyerek düşüklerin azalmasına neden olduğu söylenebilir.*

*İsteyerek düşük hızı ile gebeliği önleyici yöntem kullanımının ilişkisi incelenmiştir ve gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı artarken isteyerek düşük hızının azaldığı saptanmıştır. Aynı etki gebeliği önleyici geleneksel yöntem ya da herhangi bir yöntem kullanımında gözlenmemiştir. TNSA 2013'te isteyerek düşük yaptıran kadınların bir önceki ay en sık kullandıkları yöntemin geri çekme (%37) olduğu saptanmıştır (60). Maral ve arkadaşlarının 2007 yılında Ankara'daki AÇSAP merkezlerine başvuran evli, boşanmış ve dul 2455 kadına anket uygulayarak yaptıkları çalışmada; isteyerek düşük yaptıran kadınların yaklaşık %60'nın istenmeyen gebelik nedeniyle kürtaj başvurusunda bulunduğu ancak bu kadınlardan sadece %55'inin daha önce herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığı ve kadınların %60'nın düşük sonrası yöntem kullanmayı düşünmediği, bu konudaki danışmanlık hizmetlerinin çok yetersiz olduğu, isteyerek düşüğü serbest kılan yasanın geçmesinden sonra aile planlaması yöntemi kullanımının artışından dolayı isteyerek düşük sayısının düştüğü, yasa öncesinde kürtajın bir aile planlaması yöntemi olarak kullanıldığı görülmüştür (184). Benzer şekilde, isteyerek düşük oranları ve kontraseptif kullanımı ile ilgili güvenilir kayıtların olduğu ülkelerden elde edilen veriler, modern gebeliği önleyici yöntem kullananların oranı arttıkça, isteyerek düşüklerin azaldığını göstermektedir. Modern kontraseptiflerin kullanımı yaklaşık %70 olduğunda, isteyerek düşük hızı 1000 kadın başına 10-30 iken, kullanım oranı %40-60'a düştüğünde isteyerek düşük hızı %30-50'ye yükselmektedir. Örneğin; Çin'de 'Tek çocuk politikası' bağlamında, kadınlar etkili yöntemler kullanmaya başlar başlamaz, isteyerek düşük oranı 5 yıl içinde neredeyse sıfıra düşmüştür. İsteyerek düşüğün yaygın olduğu ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı sınırlı olduğu için aile planlaması yöntemi olarak isteyerek düşüğün tercih edildiği Kazakistan, Özbekistan ve Kırgız Cumhuriyeti'nde, isteyerek düşük oranları 1000 kadın başına 180'e kadar çıkmıştır. Bu ülkelerde son 10 yılda, kontraseptif kullanımı %50'ye varan oranlarda yükselince, isteyerek düşüklerde aynı oranlarda düşüş görülmüştür (185). Dr. Gün Akı, kamu hastanelerindeki Nüfus Planlaması Kliniklerine isteyerek düşük için başvuruların sayısının giderek azaldığını ve bunda yıllardır uyguladıkları gebeliği önleyici yöntem danışmanlığının etkili olduğu*

görüşünü belirtmiştir. İsteyerek düşüklerin azaltılmasında kontraseptif yöntemle ilgili olarak; etkili yöntem kullanma, yöntemi doğru kullanma, yönteme ve hizmete ulaşılabilirlik, yöntem kullanma konusunda eşyle iletişim kurabilme de etkilidir (44). *Bir toplumda doğurganlığı düzenleme yani kontraseptif yöntemlere ve hizmetlere ulaşım ne kadar kolaysa, o toplumda istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması hizmetlerine talep de o kadar az olacaktır.*

Prof. Dr. Ayşen Bulut, hastanelerdeki gebelik sonlandırma hizmetlerinin gebeliği önleyici yöntem danışmanlığı hizmetleri ile entegre edilmesi gerektiğini bildirmiştir. Dr. Toubia ile yaptıkları çalışmada, kadınların gebeliği önleyici yöntem kullanmanın etkinliğini bilmelerine rağmen hizmete ulaşamadıklarını, isteyerek düşüğü bir yöntem olarak algılamadıklarını yine de istenmeyen düşüklerle karşı karşıya kaldıklarını belirtmiştir (183).

1993 yılından itibaren 5'er yıllık dönemlerde toplam isteyerek düşük hızlarının azalma oranı %24, %40, %24 ve son olarak %51 bulunmuştur. *2008–2013 dönemindeki azalma hızı dikkat çekmektedir.* 2008 yılından sonraki bu azalma hızında, kürtaşı “cinayet” olarak tanımlayan politik görüşün ve kamuda isteğe bağı gebelik sonlandırma hizmetlerinin hemen hiç sunulmamasının etkili olduğı söylenebilir. Bu politik görüşün etkisiyle, daha önce belirtildiğı gibi, yasada bir engel olmamasına karşın ücretsiz olarak isteyerek düşük hizmetine ulaşılammaktadır. Kadir Has Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Merkezi tarafından 2016 yılında yapılan araştırmada, kadın doğum bölümü bulunan 431 Devlet Hastanesi ve 58 Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile telefon anketi yapılarak düşük hizmetleri hakkında bilgi istenmiştir. Devlet hastanelerinin sadece %7,8'inde ve Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin %17,3'ünde isteğe bağı düşük hizmeti verildiğı, Batı Marmara ve Doğı Karadeniz Bölgesi'nde isteğe bağı olarak kürtaj hizmeti veren devlet hastanesinin olmadığı saptanmıştır. Türkiye'nin 81 ilinden 53'ünde isteğe bağı olarak kürtaj hizmeti veren Devlet Hastanesi ve Eğitim Araştırma Hastanesi bulunmamaktadır (186).

Çavlin çalışmasında, geleneksel yöntem kullananların gebeliğı önlemede masrafsız bir yol tercih ettiğini, dolayısıyla kürtaj için de maddi kaynak ayırmama ihtimallerinin yüksek olduğunu dile getirmiştir (64). Nitekim, TNSA 2013'te isteyerek düşüklerin %62'sinin özel sektörde yapıldığı görülmektedir. Refah düzeyi

en üst %20'lik dilimde bulunan kadınların isteyerek düşük sayısı, en düşük %20'lik dilimde yer alan refah düzeyindeki kadınlardan en az 3 kat yüksek bulunmuştur (Sırasıyla, her 100 gebelik için 8,5 ve 2,7) (60). Maral ve arkadaşlarının 2007 yılında Ankara'da yaptığı çalışmada da her 4 kadından 3'ünün gebelik sonlandırma işlemini özel bir sağlık kuruluşunda yaptırdığı görülmüştür (184). Ekonomik durumu iyi olan kadınlar isteyerek düşük hizmetini kullanabilmekte yani parası olan özel sektörde hizmete erişim sağlamaktadır. UNKK Eylem Planı'nda da kürtaj yaptırma konusunda yoksul olanların dezavantajlı konuma düşürülmemesi gerektiği, bazen kürtaj talebinin cinsel şiddet sonucu ortaya çıktığı ve herkesin bu hizmetten yararlanmaya hakkı olduğu belirtilmiştir (187). *İsteyerek düşük hizmetlerinin ve gebeliği düzenleyici yöntemlere yönelik hizmetlerin ücretsiz ve ulaşılabilir olması isteğe bağlı gebelik sonlandırma talebini etkileyen temel değişkenlerdendir.*

*İsteğe bağlı gebelik sonlandırma hizmetlerinin bir toplumda yasaklanması, isteyerek düşük sayısını azaltmamakta, aksine o toplumda güvenli olmayan düşük sayısını ve anne ölümlerini artırmaktadır. Örneğin, 1998'de kürtajın yasal olarak son derece kısıtlı olduğu Latin Amerika'da güvenli olmayan düşük hızları yüksek (%30 civarında) ve anne ölümlerinin 8'de 1'i güvenli olmayan düşüklere bağlı iken, gebelik sonlandırmanın yasal olduğu Batı Avrupa genelinde ise isteyerek düşük hızı %11 ve Danimarka'da düşüklere bağlı ölümlerin anne ölümleri içindeki payı %5'in altında idi (185). Türkiye Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (TJOD), 2827 sayılı yasanın iptali halinde Romanya örneğini vererek anne sağlığının tehdit altında kalacağını kamuoyuna duyurmuştur (188). Prof. Dr. Ayşe Akın, yasadan önceki dönemde uygun olmayan koşullarda yapılan düşükler nedeniyle çok sayıda anne ölümü ile karşılaştığını, neyse ki gizli de olsa kadın doğum uzmanlarının muayenehanelerde bu hizmeti verdiklerini, aksi halde kendi kendine düşük yapmaya çalışan kadınların sayısının daha da artacağını ifade etmiştir. UNKK Eylem Planı'nda, kürtajın yasaklanmasının güvenli olmayan düşüklere yol açacağı, güvensiz düşüklerin bir halk sağlığı sorunu olduğu ve asıl üzerinde durulması gereken konunun istenmeyen gebelikleri önlemek için etkili gebeliği önleyici yöntem kullanımının desteklenmesi ve herkese eşit olarak sunulması olduğu belirtilmiştir (187).*

*Araştırma kapsamında derinlemesine görüşme yapılan dört katılımcı, 2827 sayılı yasanın büyük bir savunuculuk örneği ile yasalaştığını belirtmişlerdir. Yasanın hazırlanması, TBMM’de oylanması ve kabul edilmesinden sonra da uygulamaya geçilmesi aşamalarına aktif olarak katılan Prof. Dr. Ayşe Akın, bu değişimin Türkiye’nin 50 yılında anne ve bebek ölümlerinin düşürülmesinde önemli etkisi olduğunu ve savunuculuğuna devam edilmesi gerektiğini belirtmiştir.*

İsteyerek düşük hızını etkileyen diğer faktörler arasında doğurganlık talebindeki değişiklikler, eşler arasında çocuk sahibi olma konusundaki görüş ayrılıkları, cinsel ilişkiye zorlanma ve planlanmamış cinsel ilişki sayılabilir (44). Prof. Dr. Ayşen Bulut, bu kararın her ailede farklı şekilde verildiğini, bazen kadınların eşiyle iletişime geçmek için bile gebe kaldığını ya da isteyerek düşük yaptırdığını belirtmiştir.

UNKK’dan beri isteyerek düşüğün yapılmasını reddeden bir grup hep olmuştur. Konferansı takiben önce Vatikan karşı çıkmıştır. Aslında Vatikan, sadece kürtaja değil, herhangi bir şekilde doğurganlığın düzenlenmesine karşı olmuştur. Vatikan tarafından başlatılan kürtaj karşıtı kampanyayı ABD Başkanı Bush da desteklemiş ve Meksiko City konferansında Reagan’ın duyurduğu kürtajı bir yöntem olarak öneren sivil toplum kuruluşlarının (USAID dahil) ABD fonlarından yararlanmasını sınırlayan “küresel gag kuralı”nı tekrar yürürlüğe koymuştur. Bu uygulamanın, ABD fonlarından yararlanan düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde, güvenli olmayan düşüklerin ve anne ölümlerinin artmasına ve üreme sağlığının diğer hizmet alanlarında da (HIV/AIDS gibi) sorun yaşanmasına neden olduğu Etyopya, Kenya, Peru ve Uganda üzerinde yapılan bir çalışmada belirtilmiştir. Obama döneminde kaldırılan “Küresel gag kuralı”, Trump döneminde daha genişletilerek tekrar gündeme getirilmiştir. Bu kez Bush döneminin 15 katı kadar bir fon havuzunun etkileneceği öngörülmektedir. Kuralın tek istisnası, tecavüze uğrayan ve hayatı gebelik nedeniyle ciddi risk altında olan kadınlardır. Gana’da 2011 yılında yapılan bir çalışma, “küresel gag kuralı” nedeniyle aile planlaması hizmeti veren kuruluşların fondan mahrum kalmasına bağlı olarak istenmeyen gebeliklerin ve düşük sayısının arttığını göstermiştir. Çok sayıda İslami kurallarla yönetilen ülke de kendi kültürlerinden dolayı “ailenin hakkı”nı kadının bireysel haklarından önde tutmakta ve kürtaja karşı çıkmaktadır (34,187,189). *Türkiye’nin müslüman ülkeler*

*içerisindeki farkını Dr. Toubia çalışmasında ifade etmiştir.* Dr. Toubia, hekimliğinin ilk yıllarında Sudan'da bir hastanede çalışırken Türkiye'nin yasadan önceki durumu gibi güvenli olmayan düşüklerden dolayı anne ölümlerinin ortaya çıktığını farkedip, politik nedenlerle ülkeden ayrıldığında müslüman ülkelerde bu sorunun sürekli yaşandığı endişesini taşıırken, isteyerek düşük hizmetlerinin Türkiye ve Tunus'ta yasal olduğunu öğrenmiş ve İstanbul'da iki kamu hastanesinde isteyerek düşüklerin etkinliğini araştırmıştır. Türkiye'de yaşadığı bu olumlu deneyimi çok sayıda öğrencisine aktarmış, ancak isteyerek düşük sınırının 10 haftadan 4 haftaya indirilmeye çalışıldığını öğrenince hayrete düştüğünü belirterek bir eleştiri kaleme almıştır (190).

Çeşitli araştırmalarda, gebelik sonlandırma talebinin yüksek olduğu risk grupları tespit edilmeye çalışılmış; kültür, yasalar, din ve toplam doğurganlık hızına bağlı olarak ülkeden ülkeye farklılık gösterse de, birçok gelişmiş ülkede gençlerde isteyerek düşük yaptırma eğiliminin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. İngiltere'de, 1969'dan bugüne isteyerek düşük sayısı sürekli artış gösteren tek yaş grubunun 11-14 yaş grubundaki gençler olduğu gözlenmiştir. Başka bir gözlem de, kürtaj hizmeti alan genç kadınların daha sonra komplikasyon riski taşıyan gebe kalma olasılıklarının daha yüksek olmasıdır. İstenmeyen gebelik riski ve buna bağlı kürtajın artması ilk cinsel ilişki yaşının düşmesi ile de ilgilidir. Menopoz öncesi dönemdeki ve yüksek doğurganlığı olan kadınlarda da isteyerek düşüklerde artış gözlenmektedir (185). *Türkiye'de isteyerek düşük yaptırmanın en yaygın olduğu grup 45-49 yaş grubudur* (60). Bunun nedeni, bu yaş grubundaki kadınların istedikleri sayıda çocuğa sahip olması olabilir.

Çalışmada 50 yıllık süre içerisinde, 15-49 yaş grubu evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımındaki değişim incelenmiştir. Gebeliği önleyici yöntem kullanımındaki değişimin ana belirleyicilerinin önceki kısımlarda sözü geçen 557 sayılı ve 2827 sayılı Nüfus Planlaması Kanunlarının olduğu söylenebilir. Prof. Dr. Ayşe Akın, bu kanunlardan daha önemlisinin 1961 yılında çıkarılan "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" olduğunu belirtmiştir. Bu yasa ile sistemin temel sağlık hizmetlerine odaklandığını, bunun üreme sağlığı hizmetleri açısından çok önemli olduğunu, ardından 1965 yılında çıkarılan 557 sayılı yasa ile legal olarak aile planlaması hizmetlerinin verilmeye başlandığını dile getirmiştir.

Türkiye’de 15- 49 yaş evli kadınlarda gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı 50 yıl içerisinde yaklaşık 3,5 kat artmıştır. Modern ve geleneksel yöntem kullanımı ile ilgili ilk veriler 1978 yılına aittir. *1983-2013 döneminde modern yöntem kullanımı 1,75 kat artarken, geleneksel yöntem kullanımı %23 azalmıştır. 1993’ten beri geleneksel yöntem kullanımının %26-28 düzeyinde seyrettiği görülmektedir.*

Dünya Bankası verilerine göre gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı 2013 yılında dünya genelinde %63,14 ve Türkiye’de %73,5’tir. Modern yöntem kullanımı ise Dünya ve Türkiye’de sırasıyla %49,9 ve %47,4’tür. *Türkiye’de herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanımı dünya ortalamasının üzerinde iken modern yöntem kullanımı neredeyse aynıdır (121).*

Türkiye’de karşılanmayan aile planlaması gereksinimi 2013 yılında %6 bulunmuştur. TNSA 2013’te “başka bir çocuk sahibi olmadan önce beklemek isteyen ya da artık başka çocuk sahibi olmak istemeyen ve gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmayan doğum yapabilme yetisine sahip evli kadınlar” karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olan kadınlar olarak ele alınmıştır (60). Ergöçmen ve Bozbeyoğlu, yaptıkları çalışmada karşılanmayan aile planlaması ihtiyacının hesaplanmasında yöntem kullanmayan ya da geleneksel yöntem kullanan kadınlardan çocuk yapmak istemeyen ve modern bir yöntem kullanmaya meyilli olanların büyüklüğünü ele almışlardır. Türkiye’de geleneksel yöntem kullanımının yaygın olması nedeniyle bu hesaplama yöntemiyle, yöntem kullanmaya olan talebin daha doğru bir şekilde ortaya çıkacağını belirtmişlerdir. Bu yöntemle hesaplandığında Türkiye’de 2013 yılı için karşılanmayan aile planlaması gereksinimi %32’ye çıkmaktadır (44,191). *Türkiye’de karşılanmayan aile planlaması yöntemi ihtiyacının düşük olması, 50 yıllık dönemdeki üreme sağlığı hizmetlerinin başarısı olarak yorumlanabilir.*

Gebeliği önleyici yöntem kullanımı, sahip olunan çocuk sayısına, yaşadığı bölgeye, eğitim ve gelir durumuna göre farklılık göstermektedir. *Çalışmada, 15-49 yaş gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile eğitim düzeyi arasında ve kişi başına düşen GSYİH arasında pozitif yönde çok güçlü ilişki tespit edilmiştir. Yani Türkiye’de 1963-2013 yılları arasında eğitim düzeyi ve kişi başına düşen GSYİH yükseldikçe gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı da artmıştır. TNSA 2013’te, hiç okula gitmemiş ve ilkokulu bitirmemiş olanlar arasında gebeliği önleyici*



herhangi bir yöntem kullanımı %62,5 iken lise veya daha üzerinde %75,1 bulunmuştur. En düşük refah düzeyindekilerin %64,1'i ve en yüksek refah seviyesindekilerin %76,5'i gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmaktadır. Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımında farklılık daha belirgindir (sırasıyla %38,2 ve % 54,5) (60). *Bu bulgular, gebeliği önleyici yönteme ücretsiz olarak ulaşılmasının önemini göstermektedir.*

*Gelir dağılımını gösteren Gini katsayısı ile yöntem kullanımı arasında negatif yönde çok güçlü ilişki tespit edilmiştir.* Gelir dağılımı düzeldikçe gebeliği önleyici yöntem kullanımı artmaktadır. Avrupa'da yer alan 28 ülkenin Gini katsayısı ortalaması 2015 yılı verilerine göre 0,31 iken Türkiye 0,397 ile son sırada yer almıştır (192). Dünya Bankası verilerine göre Türkiye'nin Gini katsayısı 2007 yılında 0,384 iken 2016 yılında 0,419'a yükselmiştir ve herhangi bir kontraseptif yöntem kullanım oranı 2013 yılı için %73,5'tir. Gini katsayısı 0,275 olan Norveç'te herhangi bir kontraseptif yöntem kullanımı %88,4 düzeyindedir. İnsani Gelişmişlik Endeksi'nde alt grupta yer alan Nijerya'da kontraseptif kullanımı ve Gini katsayısı sırasıyla %43 ve 0,430'dir (193). Bu veriler çalışma bulgularımızla paralel sonuçlar vermektedir. *Dünya'da gelir dağılımı daha iyi durumda olan ülkelerde kontraseptif kullanımı da daha yaygındır.*

*Türkiye'de gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı artışının önemli bir nedeni doğru bir şekilde uygulanan danışmanlık hizmetleri olabilir. 1994'ten başlayarak 2010 yılına kadar uygulanan Üreme Sağlığı Projeleri, sadece gebeliği önleyici yöntemlere ulaşımı kolaylaştırmakla kalmamış, üreme sağlığının bütün alanlarına olumlu katkılar sağlamıştır. 2006-2010 yılları arasında birinci basamak sağlık kuruluşlarında görevli toplam 18.581 sağlık personeline hizmet içi eğitim kapsamında standart, yapılandırılmış ve güncel "Üreme Sağlığı Eğitimi" verilmiştir. Derinlemesine görüşmelere katılan katılımcıların tümü danışmanlık hizmetlerinin önemini vurgulamış, kişilerin kendi kararlarını alabilecek bilgi ile donanmasının, üreme sağlığına ilişkin sorunların çözümünde büyük ölçüde katkı sağlayacağını belirtmişlerdir. Kıyak, Yolsal ve Erdal tarafından 1990-1992 yılları arasında yapılan vaka kontrol araştırmasında; vaka grubuna gebeliği önleyici yöntemler konusunda danışmanlık hizmetleri verilerek 6 ay, 1 yıl ve 2 yıl sonra kontrol grubu ile gebeliği önleyici modern yöntem kullanımları karşılaştırılmıştır. Vaka ve kontrol grupları*

daha önce hiç modern yöntem kullanmayanlar arasından seçilmiştir. Danışmanlık hizmeti verilmesinden 6 ay sonra vaka grubundaki kadınların modern yöntem kullanımını %77.65, kontrol grubundaki kadınların %47.25 bulunmuştur. 1 yıl sonra bu oranların vaka ve kontrol grubunda sırasıyla %67,4 ve %43,4 ve 2 yıl sonra %58,5 ve %52,8 olduğu saptanmıştır. Görüldüğü gibi vaka grubunda modern yöntem kullanımını kontrol grubuna göre 6 ay, 1 yıl ve 2 yıl sonrasında daha yüksek bulunmuştur. Aralarındaki etkileşimden dolayı kontrol grubunun da modern yöntem kullanmaya başladığı görülmüştür. *Bu çalışma, danışmanlık hizmetlerinin modern yöntem kullanımını artırdığını göstermektedir. (47).*

SB Aile Hekimliği Merkezlerinde kullanılmak üzere “Aile Sağlığı Hizmetlerinde Kadın ve Üreme Sağlığı İzlem Danışmanlığı” adında bir başvuru kaynağı hazırlamıştır. Ancak, tedavi hizmetlerine öncelik verilen bu merkezlerde üreme sağlığı danışmanlığı hizmeti verebilmek her zaman fiilen mümkün olmamaktadır (40,116).

Üreme sağlığının önemli bileşenlerinden biri de CYBE’yi önlemeye yönelik hizmetlerdir. Bazı gelişmiş ülkeler dışında, CYBE’ye ilişkin güvenilir veri toplanamamaktadır. Türkiye de bu ülkelerden biridir. Bu yüzden çalışmada sadece HIV(+)/AIDS sayıları ve insidansı incelenmiştir; HIV/AIDS ile ilgili ilk veri 1985 yılına aittir. 1985 yılında 3 olan AIDS vaka sayısı 2013’te 101’e yükselmiştir. *2008-2013 döneminde AIDS vaka sayısı ve insidansının yaklaşık 2 kat artması dikkat çekicidir.* HIV (+) vaka sayısı ise 1988’de 21 iken 2013 yılında 1299 bulunmuştur. *2013 yılındaki vaka sayısı, 2008 yılı vaka sayısının 4 katıdır.* Üç verinin de zaman içerisinde gösterdiği değişim anlamlı bulunmuştur. SB 2016 Yılı İstatistik Yıllığı’nda AIDS vaka sayısı 103 ve insidans 100.000’de 0,13 olup, bu değerler OECD ortalamasının (100.000’de 0,17) altındadır. DSÖ verilerine göre dünya genelinde 2000 ve 2016 yılları arasında yeni HIV enfeksiyonları %39 oranında azalmıştır. Gelişmiş ülkelerde 2000 yılında yaklaşık 3,5 milyon olan HIV(+) vaka sayısı, 2013’te %40 azalarak 2,1 milyona düşmüştür. *Dünya genelinde ve gelişmiş ülkelerde HIV (+) insidansında durma ve gerileme varken ülkemizdeki artış hızı dikkate alındığında koruyucu önlemlerin alınmasının önemi ortaya çıkmaktadır (78,128,138).*

CYBE açısından en riskli grup olan ergenler ve gençler (10-24 yaş grubu) 2016 yılı istatistiklerine göre Türkiye nüfusunun yaklaşık %24'ünü oluşturmaktadır (138). Dünya genelinde gençler riskli sağlık davranışları sergilemektedir. Türkiye’de yapılan araştırmalar gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusundaki bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu, evli olsun ya da olmasın gençlerin cinsel olarak aktif olduğunu ve yeterli danışmanlık hizmetleri alamadıklarından sağlıklarının risk altında olduğunu göstermektedir (26). Türkiye’de 2006 yılında yapılan “Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı” araştırmasında kadınların %42’sinin ilk cinsel bilgi kaynağının eşleri olduğu saptanmıştır. Aynı araştırmada Türkiye’de, 23 ildeki birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet veren toplam 37 adet “Adolesan/Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri” olduğu belirtilmektedir (194). Genç dostu merkezlerin kurulması ve erken tanı sağlanması CYBE ile mücadelede önemlidir (126). Tüm dünyada, danışmanlık hizmetleri ve kondom kullanımının CYBE’den korunmada önemli katkısı vardır. Türkiye’de kondom temininin giderek artan oranda market/dükkan gibi satış yerlerinden yapılması (2008-2013 döneminde 3 kat artmıştır: TNSA 2013’te %20,2 olduğu belirtilmiştir), danışmanlık alınmadan yöntem kullanıldığını düşündürmektedir (60). Dr. Gün Akı, kamu hastanelerindeki Nüfus Planlaması Kliniklerinde hizmet sunulabildiği dönemlerde, CYBE’nin tanısına yönelik mikroskobik inceleme yapabildiklerini, başvurulara mikroskobik tanı hakkında bilgi verdiklerini, bu konuda eğitim almış bir hemşire çalıştığını ancak zamanla personel ve malzeme yetersizliğinden bu uygulamaya da son verildiğini ifade etmiştir.

Üreme hakları kapsamında beklentileri karşılayacak etkin politikalar oluşturulması açısından üreme sağlığına ilişkin politika belirleme, karar alma ve uygulama aşamalarına kadınların katılımı bir ön koşuldur (25). Bu yüzden çalışmada Türkiye’nin 50 yıllık döneminde, TBMM’deki kadın milletvekili oranları incelenmiştir.

Türk kadını, dünyanın bir çok gelişmiş ülkesinden önce 5 Aralık 1934 tarihinde milletvekili seçme ve seçilme hakkını kazanmış ve 1935 seçimlerinde 18 kadın milletvekilinin seçilmesiyle TBMM’deki ilk kadın milletvekili oranı %4.5 olmuştur. Aynı dönemde Fransa’da kadınlar seçme ve seçilme hakkı elde edememişken, İngiltere Parlamentosu’nda da kadının temsil oranı %0,1 ile %2,4

oranında idi (195). Ne var ki araştırma dönemimizin başında yani 1963 yılında TBMM’nde de bu oran %0,7’ye inmiştir. Takip eden yıllar içerisinde de 2007 yılına kadar kadın milletvekili oranı 1935 yılındaki ilk seçim sonuçlarının üzerine çıkamamıştır. Bu oran 2007’de %9,1 ve 2011 genel seçimlerinde %14,4 ve son olarak 2018 genel seçimlerinde %17,1 olmuştur (154,196). *Çalışmada bu yükselme oranı istatistiki olarak yüksek düzeyde anlamlı bulunsa da uluslararası örgütler tarafından önerilen kritik eşik olan %30’u aşamadığı için yeterli değildir.*

Türkiye’de kadınların siyasal hayata katılımı dünya ülkeleri ile kıyaslandığında; 2016 yılında parlamentolarda kadın milletvekili oranı dünya ortalamasının %23,4 olduğu ve *Türkiye’nin 186 ülke arasında 132. sırada yer aldığı görülmektedir* (197). Kadın milletvekili sayısının azlığına paralel olarak kadınlar, nüfus ve üreme sağlığına ilişkin yasal düzenlemelerin ilk inceleme yeri olan İhtisas Komisyonlarında da düşük düzeyde temsil edilmektedir. Bu siyasal katılım ile taleplerin tam olarak yansıtılması mümkün değildir (25). Kaldı ki siyasete atılan kadınların üreme sağlığı ve hakları konusundaki yaklaşımları da ayrıca değerlendirilmelidir.

Özsan, 2007 yılında yaptığı çalışmasında; kadın sağlığının çok sayıda toplumsal değişkenden etkilendiğini, bunların arasında toplumsal cinsiyet eşitliği, kadının toplumdaki konumu ve kültürel normların bulunduğunu belirtmiştir (6). Prof. Dr. Ayşe Akın, derinlemesine görüşmede kadının statüsünün üreme sağlığı açısından önemli olduğunu, tüm dünyada kadının statüsü yükseldikçe anne ölümlerinin azaldığını, Türkiye’de de ataerkil düzen değiştiği ölçüde bütün üreme sağlığı göstergelerinin olumlu yönde değişeceğini ifade etmiştir. Prof. Dr. Ayşen Bulut ve Dr. İbrahim Açıkalın, *kadının eğitim düzeyi yükseldikçe üreme sağlığı ile kararlarını kendilerinin aldığını ve bunu değiştirmeye politikacılar dahil kimsenin gücünün yetmeyeceğini dile getirmişlerdir. Üreme hakları, kadınların üreme ile ilgili davranışlarına kendilerinin özgürce karar verebilmelerini gerektirmektedir. Bu bağlamda, kadınların gebeliği önleyici yöntem kullanma, çocuk sahibi olmanın zamanı ve aralığı, cinsel ilişki sıklığı, gebeliği sonlandırma konularında karar alma becerisi ve gücüne sahip olması gerekir.*

TNSA 2013’te, isteyerek düşük kararının genellikle eşi ile birlikte alındığı (%38,6) ve doktor kararının etkili olduğu (%38,2) görülmektedir. Kadınlara,

toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin sorular sorulmuş ve şu yanıtlar alınmıştır; Kadınların; %10'u "ailede önemli kararlar sadece ailenin erkekleri tarafından alınmalıdır" ve "erkek çocukların eğitimi kız çocukların eğitimi olmasından her zaman daha iyidir" ifadesine, %75'i "erkeklerin ev işlerini yapması gerektiği" ve "kadınların siyasette yer alması gerektiği" ifadelerine katılmışlardır. Bununla birlikte kadınların %52'si "küçük çocuğu olan kadınlar çalışmamalıdır" ve %73'ü "kadınlar evlendiklerinde bakire olmalıdır" ifadelerini onaylamışlardır. Kadınların %13'ü şiddet uygulanmasına ilişkin belirtilen beş nedenden (yemeği yakma, eşine karşılık verme, eşinden habersiz dışarı çıkma, çocukların bakımını ihmal etme, cinsel ilişkide bulunmayı reddetme) en az birini doğru bulduklarını belirtmişlerdir (60). *Kadının toplumsal cinsiyet rolleri ve şiddete yönelik tutumunun, üreme sağlığı ile ilgili kararları almasına ve sağlık hizmetlerinden yararlanmasına etkisi olabilir.*

Gebeliğin sonlandırılması konusundaki yasal engeller ya da çocuk sayısı konusunda yaptırımda bulunmak insan hakları ihlalidir. Türkiye'de, yasalar açısından gerek gebeliği sonlandırma gerekse gebeliği önleyici yöntem kullanımı konusunda bir engel yoktur. Derinlemesine görüşme yapılan beş katılımcı da bu konuda hemfikirdir. Ancak, uygulamada sorunlar yaşandığı da belirtilmiştir. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı danışmanlığının ve gebeliği sonlandırma hizmetlerinin ulaşılabilir olmaması, üreme sağlığı hizmetlerinin performans puanı dışında bırakılması ve Prof. Dr. Ayşe Akın'ın belirttiği gibi medikal abortusun halen ruhsatlanmamış olması üreme hakları ihlali olarak kabul edilebilir.

UNKK eylem önerilerinden biri de iş hayatlarında bireylerin üreme haklarının ihlal edilmemesidir. İşverenler, kadınların gebelik ve doğum nedeniyle gereksinim duyacakları hizmetlere erişimlerini sağlamalıdır (25). Dr. Gün Akı, kadınların üreme haklarını kullanabilmeleri için emzirme odası, süt izni, çocuk bakımına yönelik yardımların yapılmasının önemini vurgulamış, sadece kadının farkındalığının yetmediğini, bu kolaylıklar sağlanmadıktan sonra hak kullanımının mümkün olmadığını belirtmiştir.

Çalışmamızın bazı kısıtları olmuştur; bazı verilerin 1963 yılından itibaren elde edilememesinin yanı sıra Türkiye'de isteyerek düşük hızı, adolesan doğurganlık hızı ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı verileri evli kadınları kapsamaktadır. CYBE verilerinin toplanmasında dünyanın pek çok ülkesinde olduğu gibi sıkıntılar

vardır. 50 yıllık dönemdeki anne ölüm oranı verileri farklı kaynaklardan elde edilerek toplanabilmiştir. 1963-2013 yılları arasındaki veriler beşer yıllık aralıklarla yapılan araştırmalardan elde edildiğinden her veri seti, 10-11 veriden oluşmuştur. Her yıla ait verilerin olmaması daha ayrıntılı analizler yapılmasını engellemiştir. İleriki yıllarda veri sayısının artması ile her biri birden fazla değişkenden etkilenen üreme sağlığına ilişkin göstergelere yönelik nedensellik analizlerinin yapılması mümkün olacaktır.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de üreme sağlığı göstergelerinin, 1963-2013 dönemindeki değişimini ve sosyoekonomik değişkenlerle ilişkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Türkiye’de anne ölüm oranı 1974-2013 döneminde 100.000’de 208’den, 100.000’de 15,9’a düşmüş, 1998-2013 döneminde 2/3 oranında azalmıştır.
- Yaklaşık 40 yıl içerisinde anne ölüm oranının düşmesinde etkili olan faktörler; gebeliği önleyici modern yöntem kullanımının artması, adolesan doğurganlık hızının düşmesi, kişi başı GSYİH’nın artışı, gelir dağılımının iyileşmesi, kadında ilk evlenme yaşının yükselmesi, kadınlarda özellikle ortaöğretim ve yükseköğretim brüt okullaşma oranının yükselmesi olarak bulunmuştur.
- 1963 -2013 döneminde Türkiye’de bebek ölüm hızı %95 (%247’den %13’e) ve beş yaş altı ölüm hızı %93 (%233.8’den %15.5’e) oranında azalmıştır. Ancak, bebek ölüm hızının 2008-2013 dönemindeki azalma eğilimi son 15 yılın en düşük düzeyindedir.
- Neonatal ölüm hızı, 1978-2013 döneminde %88 oranında (%60’dan %7’ye) azalmıştır. Neonatal ölümlerin, bebek ölümleri ve beş yaş altı çocuk ölümleri içindeki payı 35 yıl öncesine oranla daha yüksektir. Postneonatal ölüm hızı, neonatal ölüm hızından daha yüksek oranda azalmış ve ilk kez 1993 yılında neonatal ölüm hızının altında bir değer almıştır.
- Kadınlarda özellikle orta ve yükseköğretimde eğitim düzeyinin yükselmesinin neonatal, bebek ve beş yaş altı ölüm hızlarının azalmasında etkili olduğu saptanmıştır.
- Türkiye’de 50 yıl içerisinde bebek, neonatal ve beş yaş altı ölüm hızlarının düşmesinde; 15-49 yaş evli kadınlarda gebeliği önleyici modern yöntem kullanımının artması, kişi başı GSYİH’nın artışı, gelir dağılımının iyileşmesi ve kadında ilk evlenme yaşının yükselmesi etkili olmuştur.

- Adolesan doğurganlık hızı azaldıkça, bebek ölüm hızının da azaldığı tespit edilmiştir.
- Türkiye’de 1963 yılında 6,10 olan toplam doğurganlık hızı, 2013 yılında 2,26’ya düşmüştür. 45 yıl boyunca süregelen olarak düşüş gösteren toplam doğurganlık hızının, 2008-2013 döneminde ilk kez yükseldiği (2,16’dan 2,26’ya) tespit edilmiştir. Toplam doğurganlık hızının, 2003-2016 yılları arasında nüfusun idame düzeyinde seyrettiği görülmüştür.
- Toplam doğurganlık hızı, nüfus planlaması kanunlarının çıkarılmalarını takiben en yüksek azalma eğilimini göstermiştir. 1983 yılında 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanunun kabul edilmesini müteakip ilk 5 yıl içinde toplam doğurganlık hızı %25 oranı ile 50 yıllık dönemin en yüksek düşüşünü göstermiştir. İkinci en yüksek orandaki düşme hızı ise %17 ile 1965 yılında kabul edilen 557 sayılı Kanunun etkisinin hissedildiği 1968-1973 dönemidir.
- Toplam doğurganlık hızının 50 yıllık süre içinde gösterdiği düşüşün, gebeliği önleyici modern yöntem kullanımından kaynaklandığı gösterilmiştir.
- Toplam doğurganlık hızı düşerken doğumda beklenen yaşam süresinin arttığı, bebek ve çocuk ölüm hızlarının azaldığı tespit edilmiştir.
- Adolesan doğurganlık hızının düşmesine; kişi başı GSYİH’nın artışının, gelir dağılımının iyileşmesinin, kadında ilk evlenme yaşının yükselmesinin, kadınlarda brüt okullaşma oranlarının artışının ve toplam doğurganlık hızının düşmesinin etki ettiği saptanmıştır.
- Türkiye’de 1963-2013 döneminde evli adolesanlarda doğurganlık hızı %77 oranında azalmıştır. Bu sonuçta, kadının eğitim düzeyinin yükselmesi etkili olmuştur. Kadında ortaöğretim ve yükseköğretim brüt okullaşma oranları arttıkça adolesan doğurganlık azalmıştır. Ayrıca, kişi başı GSYİH yükseldikçe, adolesan doğurganlık hızının düştüğü görülmüştür.
- Türkiye’de yasa engelinin olduğu yıllarda (1983’ten önce) isteyerek düşüklerin yapıldığı görülmüştür. Yasanın çıktığı 1983 yılından sonraki ilk 10 yıl içinde de toplam isteyerek düşük hızı artış göstermeye devam etmiştir.



1993'ten itibaren toplam isteyerek düşük hızı azalmaya başlamıştır ve 1993-2013 döneminde en keskin düşüşünü göstermiştir. Düşme eğilimi halen devam etmektedir. 1993 yılından itibaren 5'er yıllık dönemlerde toplam isteyerek düşük hızında %24, %40, %24 ve son olarak %51 oranında azalma saptanmıştır. 2008-2013 dönemindeki azalma özellikle dikkat çekmektedir.

- Türkiye'nin 50 yıllık döneminde, toplam isteyerek düşük hızının, gebeliği önleyici modern yöntem kullanımının artışına bağlı olarak düştüğü tespit edilmiş, bu etki geleneksel ve herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanımında görülmemiştir. Ayrıca, 1963-2013 yılları arasında ilk evlenme yaşı ve kişi başı GSYİH yükselirken, isteyerek düşüklerin azaldığı tespit edilmiştir.
- Türkiye'de 15- 49 yaş evli kadınlarda gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı 50 yıl içerisinde yaklaşık 3,5 kat artmıştır. 1983-2013 döneminde modern yöntem kullanımı 1,75 kat artarken, geleneksel yöntem kullanımı %23 oranında azalmıştır. 1993'ten itibaren geleneksel yöntem kullanımının %26-28 düzeyinde seyrettiği görülmüştür.
- Türkiye'de 50 yıllık dönemde kadında brüt okullaşma oranı ve kişi başına düşen GSYİH yükseldikçe gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı da yükselmiştir. Ayrıca gelir dağılımının iyileşmesinin ve ilk evlenme yaşının yükselmesinin gebeliği önleyici yöntem kullanımını artırdığı tespit edilmiştir.
- Türkiye'de 1985 yılında 3 olan AIDS vaka sayısı 2013'te 101'e yükselmiştir. 2008-2013 döneminde AIDS vaka sayısı ve insidansı yaklaşık 2 kat artmıştır. HIV (+) vaka sayısı ise 1988'de 21 iken 2013 yılında 1299 bulunmuştur. 2013 yılındaki vaka sayısı, 2008 yılı vaka sayısının 4 katıdır.
- 50 yıllık dönem içerisinde bütçeden sağlığa ayrılan payın aldığı en düşük değer 1983 yılına ait (%2,4) ve en yüksek değer 2008 yılına ait (%5,28) olduğu görülmüştür. Benzer şekilde toplam sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı %2,1 (1988 yılı değeri) ile %5,3 (2008 yılı değeri) aralığında seyretmiştir. Ancak kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı 1978 ile 2013 yılları arasında 3,53 kat artmıştır.

- Çalışmada, toplumsal cinsiyet eşitliği kapsamında Türkiye’de kadının TBMM’de temsil oranı incelenmiştir. Temsil oranı, 1935 genel seçimleri sonucunda %4,5’tir ve bu oran 2007 yılına kadar aşamamıştır. Kadın milletvekili oranı 2011 genel seçimlerinde %14,4 ve son olarak 2018 genel seçimlerinde %17,1 olarak ortaya çıkmıştır.

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Türkiye’nin anne, bebek ve çocuk ölümlülüğünün düşürülmesi, doğumda beklenen yaşam süresinin uzatılması, istenmeyen gebeliklerin önlenmesine yönelik olumlu sonuçlar elde ettiği temel sağlık hizmetleri yaklaşımında yürütülen üreme sağlığına ilişkin hizmetlerin aynı anlayışla verilmesine devam edilmesi,
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında cinsel sağlık ve üreme sağlığı danışmanlığı hizmetleri ile gebeliği önleyici yöntem uygulama hizmetlerinin ekip anlayışı içinde etkin olarak sunulması, bu amaçla koruyucu hizmetlerin öncelikli hale getirilmesi için sağlık sisteminin revize edilmesi,
- Türkiye’de daha önce hizmet veren “Adolesan/Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri”nin işlevsel hale getirilmesi, bu merkezlerin gençlerin mahremiyetini sağlayacak şekilde hizmet vermesi, birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşları ile bağlantılarının sağlanması, finansal desteğinin belirlenmesi,
- Üniversitelerde medikososyal merkezlerin yapılandırılması, bu birimlerde gençlere cinsel sağlık ve üreme sağlığı danışmanlığı hizmetlerinin verilmesi,
- İkinci basamak sağlık kuruluşlarının üreme sağlığı hizmetlerinden gelir elde etme kaygısını ortadan kaldıracak şekilde sağlık sisteminin tekrar değerlendirilmesi, kadın doğum uzmanı olan her hastanede doğurganlığı düzenleyici hizmetlerin verilmesi, kamu hastanelerinde kapatılan nüfus planlaması kliniklerinin tekrar açılması, halen var olanların personel, malzeme, bina olarak desteklenerek işlevsel hale getirilmesi, bu kliniklerin malzeme temini prosedürlerinin açık ve net olması ve hastane hizmetleri ile entegre olmalarının sağlanması,

- Üreme sağlığı hizmetlerinde birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarının koordinasyonunun sağlanması,
- Üreme sağlığına yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin illerde il sağlık müdürlükleri koordinatörlüğünde; il milli eğitim müdürlükleri, üniversiteler, yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşlarının iş birliği ile çok paydaşlı sağlık sorumluluğu kapsamında yürütülmesi,
- Türkiye’de 2010 yılına kadar sürdürülen üreme sağlığı projeleri kapsamında yapılan uygulamalara benzer şekilde sağlık personeline “cinsel sağlık ve üreme sağlığı danışmanlığı”, “CYBE ile mücadele”, “güvenli annelik”, “acil obstetrik bakım”, “aile planlaması danışmanlığı” ve “gençlere yönelik üreme sağlığı danışmanlığı” eğitimlerinin verilmesi, bunların kayıt altına alınması, eğitilmiş personelin uygun yerlerde ve yeterli sayıda görevlendirilmesi, verilen eğitimlerin izlemlerinin yapılması,
- Sağlık personeline mezuniyet öncesi yeterli cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimlerinin verilmesi,
- Anne ve bebek ölüm kayıtlarının halk sağlığı bakış açısı ile nedene yönelik olarak tutulması, anne ölüm oranı ve bebek ölüm hızlarının sunumunda hesaplama yönteminin açıkça belirtilerek doğru karşılaştırma yapılmasının sağlanması,
- İsteyerek düşük için başvuranlara gebeliği önleyici yöntem hizmetinin de verilmesi,
- Medikal abortus (tıbbi düşük) yönteminin ulaşılabilir hale getirilmesi,
- Gebeliği önleyici yöntem kullanımı, adolesan doğurganlık ve isteyerek düşükler konusunda evli olmayan kadınları da kapsayan araştırmaların yapılması,
- Neonatal ölüm hızının azaltılmasına yönelik olarak; kamu hastanelerinde küvöz, yoğun bakım gibi tıbbi donanım ihtiyaçlarının karşılanması, bu alanda hizmet verecek yeterli sayıda sağlık personelinin yetiştirilmesi,

- UNKK’da insan hakkı olarak kabul edilen üreme hakları konusunda devletin yükümlülüklerini yerine getirmesi, sivil toplum örgütlerinin üreme hakları ve toplumsal cinsiyet eşitliği konusundaki desteklerinin alınması, “hak” kapsamında bireylerin üreme sağlığı hizmetlerine eşit ulaşımının sağlanması ve bütün uygulamaların sürekli ve takip edilebilir olması,
- Toplumsal cinsiyet eşitliği kapsamında kadının siyasi, ekonomik ve sosyal hayata katılımının sağlanması, annelik nedeniyle bu alanlarda dezavantajlı duruma düşmesinin önlenmesi, böylece kadının gebeliği önleyici yöntem kullanma, çocuk sahibi olmanın zamanı ve aralığı, gebeliği sonlandırma konularında karar alma becerisi ve gücüne sahip olmasının sağlanması.



## KAYNAKÇA

1. WHO. "Reproductive health", 2018. [http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/en/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/) Erişim tarihi: 16 Haziran 2018.
2. AÇSAP Genel Müdürlüğü. *Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı No: 1-B Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi*. AÇSAP Genel Müdürlüğü Basımevi, Ankara, 2009: 1-145.
3. Özvarış ŞB, Ertan AE. "Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşımı". Editör: Akın A. *Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın*, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara, 2003. p. 113–27.
4. Wang G-Z. *Reproductive Health and Gender Equality*, 2nd ed, Ashgate Publishing Company, Burlington. 2010: 7-18 .
5. Kabaş T, Kandır ED. "Türkiye’de Demografik Geçiş ve Yoksulluk İlişkisinin Değerlendirilmesi", *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2013;22(2):411–26.
6. Özsan G. *Türkiye’de Modernleşme ve Kadın Sağlığı Politikaları (Tez)*. Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Ana Bilim Dalı Doktora Tezi; 2007.
7. Sinding SW. "Overview and Perspective". Editör: Robinson WC, Ross JA. *The Global Family Planning Revolution*, The World Bank, Washington, DC, 2007: 1–6.
8. The World Bank. *World Development Report 1984*, The World Bank Oxford University Press, New York, 1984. <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/0-1952-0460-3> Erişim tarihi: 17 Temmuz 2018.
9. Aşar H. "Yaşam Sandalı Etiği", *Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 2016;(22):185–205.
10. Ehrlich P. *Nüfus Bombası*, Ayyıldız Matbaası, Ankara, 1976: 162-163.
11. Hayran O. "Demografik ve epidemiyolojik geçiş", <http://www.hsozluk>.

com/videogallery/demografik-ve- Erişim tarihi: 11 Eylül 2017.

12. Barrett B, Charles JW, Temte JL. "Climate change, human health, and epidemiological transition.", *Prev Med*, 2015;70:69–75.
13. Mercer AJ. "Updating the epidemiological transition model", *Epidemiol Infect*, 2018;146(6):680–7.
14. Bozkurt B. *Kürtaj Yasalarının Nüfus Politikaları ile İlişkisi* (Tez). Yıldız Teknik Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Siyaset Bilimi ve Uluslararası İlişkiler Bölümü Lisans Bitirme Tezi; 2013.
15. Sen A, Metin B. "Approaching To Struggle Against Poverty From The Point Of View Of Human Rights: An Evaluation Based On The Capability Approach Of Amartya Sen.", *Journal of Yaşar University*, 2014;9(36):2010–2.
16. Roberts MJ, Reich MR. "Ethical analysis in public health" *Lancet*, 2002;359(9311):1055–9.
17. Ataman M. "Feminizm: Geleneksel Uluslararası İlişkiler Teorilerine Alternatif Yaklaşımlar Demeti", *Alternatif Politika*, 2009;1(1):1–41.
18. Bunch C. "Transforming Human Rights From a Feminist Perspective". Editör: Wolpers JPA. *Women's Rights, Human Rights, International Feminist Perspectives*, 1st ed, London: Routledge; 1995. p. 11–8.
19. Malhotra A, Mehra R. *Fulfilling the Cairo Commitment Enhancing Women's Economic and Social Options for Better Reproductive Health*, International Center for Research on Women, Washington DC, 1999: 10.
20. Center for Reproductive Rights. "About us" ,<https://www.reproductiverights.org/about-us> Erişim tarihi: 14 Ekim 2017.
21. Eşkinat R. "From Millennium to Sustainable Development Goals", Ekonomik Yaklaşım International Congress on Economics II "Growth, Inequality and Poverty, Ankara; 2015.
22. Akyazı G. "Uluslararası düzeyde kadın konusunda yapılan toplantılar ve

- düzenlemeler", 2018, <http://istekadin.org.tr/makaleler/21-gulhan-akyazi/116-uluslararasi-duzeyde-kadin-konularinda-yapilan-ve-duzenlenen-toplantilar>  
Erişim tarihi: 18 Ekim 2017.
23. Öztürk ZA. "Uluslararası Siyasette ve Karar Alma Mekanizmalarında Kadın" *Ege Stratejik Araştırmalar Dergisi*, 2012;1-33.
  24. Reichenbach L. "The Global Reproductive Health and Rights Agenda: Opportunities and Challenges for the Future". Editör: Reichenbach L. *Reproductive Health and Human Rights*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 2009: 21-39.
  25. Karaca Bozkurt Ö. *Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD, 1994) Eylem Programının Türkiye'de Uygulanan Sağlık Politikalarına Yansımalarının Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden İncelenmesi* (Tez). T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Uzmanlık Tezi; 2011.
  26. Akın A, Ersoy K. *2050'ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Sağlık Sistemine Bakış*, Sis Matbaacılık, İstanbul: 2012: 27-65.
  27. Hunter HJ. *Social Work Education and Population Planning Project*, 1st ed., Michigan University, Michigan, 1976: 1-62. [https://www.google.com.bd/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwju6NqPzdfPAhWMqI8KHfaBC9wQFggoMAI&url=http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNAAH494.pdf&usg=AFQjCNF2MDgIWC3D8d\\_mwEbErh3Agjp3-g&sig2=TORZV2A2gkfCwxslYWSFyA](https://www.google.com.bd/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwju6NqPzdfPAhWMqI8KHfaBC9wQFggoMAI&url=http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNAAH494.pdf&usg=AFQjCNF2MDgIWC3D8d_mwEbErh3Agjp3-g&sig2=TORZV2A2gkfCwxslYWSFyA) Erişim tarihi: 17.07.2018.
  28. A. West L. "The United Nations Women's Conferences and Feminist Politics". Editör: K. Meyer M. *Gender Politics in Global Governance*. 1st ed., Rowman and Littlefield Publishers Inc., Maryland: 1999: 177.
  29. UN Women. "The four global womens' conferences 1975 - 1995: Historical perspective", <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/copenhagen.html>  
Erişim tarihi: 17 Ekim 2017.
  30. Taşkın L. "Uluslararası Sözleşmeler Işığında Kadının Durumu", *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004;8(2):16-22.

31. UN Women. "Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women", 2009, <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/reports.htm> Erişim tarihi: 17 Ekim 2017.
32. TBMM. "Dünya kadınlarının eşit haklar ve eşit olanaklar elde etme mücadelesinin kısa tarihçesi", 2000, [https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/belge/uluslararası\\_belgeler/pekin-5 Kadın 2000 21.Yüzyıl İçin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Kalkınma ve Bariş.pdf](https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/belge/uluslararası_belgeler/pekin-5_Kadın_2000_21.Yüzyıl_İçin_Toplumsal_Cinsiyet_Eşitliği_Kalkınma_ve_Bariş.pdf) Erişim tarihi: 17 Ekim 2017.
33. Bianet. "CEDAWın yeni başkanı Prof. Dr. Feride Acar", <http://bianet.org/bianet/kadin/16227-cedawin-yeni-baskani-prof-dr-feride-acar> Erişim tarihi: 2018 Jul 6].
34. The Center for Reproductive Rights. "Trump Administration Expands Global Gag Rule", 2017. <https://www.reproductiverights.org/Trump-Administration-Expands-Global-Gag-Rule> Erişim tarihi: 17 Temmuz 2018.
35. TBMM. "Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu" <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/pekin.pdf> Erişim tarihi: 17 Temmuz 2018.
36. Özbakır SN. *Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Hedefleri ve 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri*, İzmir Ticaret Odası Yayını, İzmir, 2016.
37. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. *Türkiye'de Kadın*, Ankara; 2017.
38. WHO. *Reproductive, maternal, newborn and child health and human rights*, WHO Document Production Services, Geneva, 2014.
39. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. *Vakalarla Türkiye'de Üreme Hakları*, 1.ed., Sert G, Güven T, Kaplan N, Tunca N, Arslanboğan K, Çokar M, et al., editors, Turap Tanıtım Yayınları, İstanbul: 2012.
40. T.C.Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. *Aile Sağlığı Hizmetlerinde Kadın ve Üreme Sağlığı İzlem ve Danışmanlığı*, Şencan İ, Keskinçılıç B, Sanioğlu S, Kabasakal A, Çalışkan D,



Aslantekin F, et al., editors, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2017:1-12 p.

41. IPPF. *IPPF Charter Guidelines on Sexual and Reproductive Rights*, 2nd ed. London, 2003.
42. Özaydın N. "Türkiye’de Üreme Sağlığı Hizmetleri Nereye Gidiyor?" Editör: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Uludağ Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. 15 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa. 2012:142–8.
43. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. *Aile Planlamasında Temel Bilgiler*, Damla Matbaacılık, İstanbul: 2002.
44. UNFPA. *Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Programının İzlenmesi: 2014 Sonrası için Program Çerçevesi ve Türkiye’nin Öncelikleri*, Kuban Matbaası, Ankara, 2016.
45. WHO Department of Reproductive Health Services. *Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*, Geneva; 2015: 193-194.
46. Bruce J. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework", *Stud Fam Plann*. 1990;1(2):61–91.
47. Kıyak M, Yolsal N, Erdal S. "A study on the role of counselling service and follow up in the use of family planning methods", *Marmara Med J*. 2001;14(4):232–7.
48. Gürsoy E, "Gençalp NS. Cinsel Sağlık Eğitiminin Önemi", *Aile ve Toplum*, 2010;6(23):29–36.
49. Kartal YA, Karaman T. "Doğuma Hazırlık Eğitiminin Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Depresyon Riski Üzerine Etkisi", *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2018;49(1):85–91.
50. T.C Sağlık Bakanlığı, Avrupa Komisyonu. *Türkiye Üreme Sağlığı Programı Hizmet Çerçevesi Raporu DELTUR/MEDTQ/20-02*, Ankara: 2004.
51. SB Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü. *Üreme Sağlığı Modülleri*, Ankara: 2008.

52. Geneva Foundation for Medical Education and Research. "Sexual and reproductive rights/fetal rights", 2017. <https://www.gfmer.ch/srr/fetalrights.htm> Erişim tarihi: 6 Temmuz 2018.
53. Sağlık Bakanlığı. *2007-2012 Anne ve Bebek Ölümünün Değerlendirilmesi Raporu*, Ankara: 2014.
54. Nüfusbilim Derneği. *Türkiye Nüfusuna Güncel Bir Bakış*, Ankara: 2016.
55. GFMER. "Findings from two papers addressing Sexually Transmitted Infections (STIs) in Adolescents/Young People", 2018. <https://www.gfmer.ch/SRH-Course-2018/adolescent-health/pdf/STI-adolescents-Chandra-Mouli-2018.pdf> Erişim tarihi: 18 Temmuz 2018.
56. Ontario. "Guidelines for HIV counselling and testing" 2008. [http://www.ohsntp.ca/uploads/Ontario\\_HIV\\_Testing\\_guidelines.pdf](http://www.ohsntp.ca/uploads/Ontario_HIV_Testing_guidelines.pdf) Erişim tarihi: 17 Temmuz 2018.
57. Arabacı Z, Hasgöl E, Serpen A. "Türkiye’de kadın göçmenlik ve göçün kadın sağlığı üzerine etkisi", *Sos Polit Çalışmaları Derg*, 2016;0(36):129–44.
58. Aksu H, SevİL Ü. "Göç ve Kadın Sağlığı", *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Derg.*, 2010;2(3):133–8.
59. Akça H, Ela M. "Türkiye’de eğitim, doğurganlık ve işsizlik ilişkisinin analizi", *Maliye Derg* 2012;163:223–42.
60. HÜNEE. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 1963-2013*, HÜNEE, T.C. Kalkınma Bakanlığı, TÜBİTAK, Ankara.
61. Eryurt MA, Ergöçmen BA. "Ebeveyn eğitiminin doğurganlık üzerindeki etkisi" *Nüfusbilim Dergisi/Turkish J Popul Stud.*, 30–31:13–28.
62. Başkaya Z, Özkılıç F. "Türkiye’de doğurganlıkta meydana gelen değişimler (1980-2013)", *Uluslararası Sos Araştırmalar Derg.*, 2017;10(54):404–23.
63. Koç İ, Adalı T, Polat S, Türk HD. "Türkiye’de Aile Yapısının Değişimi: 1968-2013". In: *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 İleri Analiz Çalışması*,

- Türkiye Nüfus Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara: 2015: 1–47.
64. Bozbeyoğlu AÇ. "Doğurganlık kontrolünde rasyonelliğin sınırları: Türkiye kürtaj ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı" *Fem Eleştiri.*, 2011;3(1):24–37.
  65. Tezcan S, Coşkun Y. "Türkiye’de 20. yüzyılın son çeyreğinde kadınlarda ilk evlenme yaşı değişimi ve günümüz evlilik özellikleri", *Nüfusbilim Dergisi/Turkish J Popul Stud.*, 2004;26:15–34.
  66. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. *Türkiye Aile Yapısı Araştırması*, Çizge Tanıtım ve Kırtasiye Ltd.Şti., Ankara, 2014: 112-190.
  67. Saraçoğlu Varol G. *Küreselleşme Süreçlerinin Türk Sağlık Sistemine Etkileri* (Tez). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2004.
  68. Özel Doğan H, Piyal B. "Toplumsal cinsiyetle ilişkili sorunlar", *Turk J Public Heal.*, 2017;15(2):150–63.
  69. Wang G-Z. "Testing the impact of gender equality on reproductive health: An analysis of developing countries.", *Soc Sci J.*, 2007;44(3):507–24.
  70. Şahin T, Cevher FN. "Türk toplumunda aile-çocuk ilişkilerine genel bir bakış." In: 38th International Congress of Asian and North African Studies, Ankara, 2007.
  71. Bozbeyoğlu AÇ, Ergöçmen BA. "Ethno-cultural analysis of abortion and contraception: The cases of Turkey and selected Central Asian States." *Nüfusbilim Derg.*, 11(32):63–82.
  72. Center for Reproductive Rights. "Harmful Traditional Practices Affecting Reproductive Rights: Female Circumcision/Female Genital Mutilation (FC/FGM)". In: *Reproductive Rights 2000: Moving Forward*. Geneva; 2003.
  73. T.C.Sağlık Bakanlığı AÇSAP Gn.Md.lüğü. *Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı No:5-B Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri*, Bulus Tasarım Matbaacılık Hizmetleri, Ankara, 2005: 38-64.

74. Obermeyer CM. *Cultural Perspectives On Reproductive Health*, 1.ed, Oxford University Press, New York, 2001: 2-5 p.
75. Şimşek H. "Cinsiyet eşitsizliğinin üreme sağlığına etkisi.", *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.*, 2011;25(2):119–26.
76. Türmen T. "Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı". In: *Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın*. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara, 2003: 3–16.
77. Şahiner G, Akyüz A. "Toplumsal cinsiyet ve kadının üreme sağlığı.", *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekim Bülteni*, 2010;9(4):333–42.
78. United Nations. *The Millennium Development Goals Report 2015 Summary*, New York, 2015. [http://www.un.org/millenniumgoals/2015\\_MDG\\_Report/pdf/MDG2015\\_Summary\\_web\\_english.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG2015_Summary_web_english.pdf) Erişim tarihi: 15.07.2018.
79. Yanikkerem E, Şirin A. "Kadın ve Sağlık Bakım Sistemi, Politikalar, Yasalar". Editör: Şirin A, Kavlak O. *Kadın Sağlığı*. 2nd ed., Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2016: 3–20.
80. Akın A. "Türkiye’de değişen nüfus ve sağlık politikaları doğrultusunda, isteyerek düşükler ve üreme sağlığı hizmet sunumunda geleceğe bakış", *Türkiye Halk Sağlığı Derg.*, 2012;10(1):43–60.
81. Doğan M. "Türkiye’de uygulanan nüfus politikalarına genel bakış", *Marmara Coğrafya Dergisi*, 2011;(23):293–307.
82. Akdur R. "Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık" [http://www.recepakdur.com/upload/CUMHURİYETTEN\\_GÜNÜMÜZE\\_\\_TÜRKİYE.pdf](http://www.recepakdur.com/upload/CUMHURİYETTEN_GÜNÜMÜZE__TÜRKİYE.pdf) Erişim tarihi: 17 Temmuz 2018.
83. Aydoğan E, Çoban E. "Türkiye’de Nüfus Sayımları ve Uygulanan Nüfus Politikaları", *Batman Üniversitesi Yaşam Bilim Derg.*, 2016;6(2):113–26.
84. Koç İ, Eryurt MA, Adalı T, Seçkiner P. *Türkiye’nin Demografik Dönüşümü*, HÜNEE, T.C.Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, T.C. Başbakanlık DPT Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, 2009:42.

85. "T.C. Anayasası", <http://www.anayasa.gen.tr/1982ay.htm> Erişim tarihi: 5 Haziran 2018.
86. TC Başbakanlık Kanunlar ve Kararlar Tetkik Dairesi Başkanlığı. "557 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile 765 Sayılı Türk Ceza Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısının Danışma Meclisince Kabul Olunan Metni ve Millî Güvenlik Konseyi Adalet Komisyonu Raporu" Türkiye: Milli Güvenlik Konseyi; 1982. <https://www.kanunum.com/files/2827-1-5.pdf> Erişim tarihi: 5 Haziran 2018.
87. Resmi Gazete. "2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" Türkiye, 1983. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2827.pdf> Erişim tarihi: 5 Haziran 2018.
88. Resmi Gazete. "Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük", Türkiye, 1983. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.5.837395.pdf> Erişim tarihi: 5 Haziran 2018.
89. Resmi Gazete. "Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği", Türkiye, 1983. <http://www.hukuki.net/kanun/837083.35.text.asp> Erişim tarihi: 5 Haziran 2018.
90. Resmi Gazete. "5237 sayılı Türk Ceza Kanunu", Türkiye, 2004. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/10/20041012.htm> Erişim tarihi: 5 Haziran 2018.
91. Akın A, Oktay Koçoğlu G. "Üreme sağlığında alınan uluslararası kararlar ve Türkiye uygulamaları", *Sağlık ve Toplum*, 1998;8(3-4):16-22.
92. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. *Politika Dokümanı Kadın ve Sağlık*, Fersa Ofset, Ankara, 2008: 6-9.
93. Türkiye Büyük Millet Meclisi. "Avrasya Ülkeleri Kadınları İşbirliği Grubu Kurulmasına İlişkin Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulduğuna Dair Kanun Tasarısı ve Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler ve Dışişleri Komisyonları Raporları (1/324)", Türkiye, 1999. <https://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem21/yil01/ss81m.htm> Erişim tarihi: 06. Haziran 2018.

94. T.C. Kalkınma Bakanlığı. "Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018", 2013. [http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma\\_Planlar/Attachments/12/Onuncu\\_Kalkinma\\_Planı.pdf](http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma_Planlar/Attachments/12/Onuncu_Kalkinma_Planı.pdf) Erişim tarihi: 17 Temmuz 2018.
95. TC. Başbakanlık. "Başbakan Davutoğlu, "Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı"na katıldı." [http://www.basbakanlik.gov.tr/Forms/\\_Article/pg\\_Article.aspx?Id=3e77b6d3-9941-429b-a670-2a26fce1db5e](http://www.basbakanlik.gov.tr/Forms/_Article/pg_Article.aspx?Id=3e77b6d3-9941-429b-a670-2a26fce1db5e) Erişim tarihi: 17 Temmuz 2018.
96. Kuygun Karcı C, Avcı A, Yolga Tahiroğlu A, Metin Ö, Çelik GG. "Bir adli bildirim çelişkisi: Çocuk yaşta evlilik ve gebelik", *Çukurova Med Journal/Çukurova Üniversitesi Fakültesi Derg.*, 2017;42(4):682–6.
97. Resmi Gazete. "4721 sayılı Türk Medeni Kanunu.",Türkiye, 2009. <http://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4721.pdf> Erişim tarihi: 17 Temmuz 2018.
98. Soysal T. "Birleşmiş Milletler İkiz Sözleşmeleri ve Self-Determination İlkesi", *Türk Hukuk Derg*, 2003;8–13.
99. Resmi Gazete. "5901 sayılı Türk Vatandaşlığı Kanunu", Türkiye, 2009. <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5901.html> Erişim tarihi: 17 Temmuz 2018.
100. Birleşmiş Milletler. "Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesi" 1989. [http://www.uhdigm.adalet.gov.tr/sozlesmeler/coktaraflioz/bm/bm\\_08.pdf](http://www.uhdigm.adalet.gov.tr/sozlesmeler/coktaraflioz/bm/bm_08.pdf) Erişim tarihi: 17 Temmuz 2018.
101. T C Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği. "18 yaş altı resmi nikahı olmayan gebelerin adli mercilere bildirim konulu ve B.10.0.HKM./ 647.03.01/07. 45/ 25312 sayılı yazı", 2009. <https://www.gundemsaglik.net/wp-content/uploads/2018/01/tck-280-sb-gorusdegisikligi-2009-1.pdf> Erişim tarihi: 19 Temmuz 2018.
102. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. *Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı 2008–2013*, Ankara, 2008: 82.

103. Resmi Gazete. "2872 sayılı Devlet Memurları Kanunu", Türkiye, 2005. <http://www.resmigazete.gov.tr/Eskiler/2004/07/20040721.htm> Erişim tarihi: 19 Temmuz 2018.
104. "Aile Bakanı'ndan müjde (1): Elektronik kelepçe geliyor" <https://ekmekvegul.net/guncel-dosya/aile-bakanindan-mujde-1-elektronik-kelepce-geliyor> Erişim tarihi: 7 Haziran 2018.
105. KADEM. "Yıllara göre yasal düzenlemeler", <http://kadem.org.tr/kadinlaryonelik-yasal-duzenlemeler/> Erişim tarihi: 17 Temmuz 2018.
106. Resmi Gazete. "6270 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun", Türkiye; 2012. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/01/20120126-4.htm> Erişim tarihi: 17 Temmuz 2018.
107. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. "Kadının aile içinde ve toplum hayatında baskıya uğramadığı bir toplum, güçlü toplumdur", 2016. <https://www.aile.gov.tr/haberler/kadinin-aile-icinde-ve-toplum-hayatinda-baskiya-ugramadigi-bir-toplum-guclu-toplumdur>. Erişim tarihi: 17 Temmuz 2018.
108. AÇSAP Genel Müdürlüğü. *Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik Eylem Planı*, Ankara, 2010.
109. Resmi Gazete. "Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği", <http://www.siyamiozkan.org/mevzuat/20262.html> Erişim tarihi: 17 Temmuz 2018.
110. T.C.Sağlık Bakanlığı AÇSAP Gn.Md.lüğü. *Türkiye Üreme Sağlığı Programı Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi Yönetici Rehberi*, Ankara, 2007.
111. Kadın Hareketi Derneği. "Türkiye'de kadın sağlığı alanında uygulanmış ve uygulanmakta olan plan ve projeler" <http://www.kadinhareketidernegi.org.tr/icerik.php?sayfa=26> Erişim tarihi: 17 Temmuz 2018.
112. İ.Ü.Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi.

*Bebeğinizi Büyütürken*, 1st ed., İstanbul, 2000.

113. İ.Ü.Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi. *Sağlık için Toplum Katılımı Örneği - Sağlıklı Başlangıçlar Projesi*, İllpress Basım ve Yayın, İstanbul, 2000.
114. İ.Ü.Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi. *Doğum Öncesi Eğitim*, İstanbul, 2000.
115. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. *Adolesanların Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Projesi*, Ankara, 2003.
116. Belek İ. *Sağlıkta Dönüşüm*, 1.ed., Yazılama Yayınevi, İstanbul, 2012: 127-150.
117. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. "Mevcut Durum", 2016. <http://www.saglik.gov.tr/TR,11445/mevcut-durum.html> Erişim tarihi: 17 Temmuz 2018.
118. WHO. "Maternal and Reproductive Health", 2018. [http://www.who.int/gho/maternal\\_health/en/](http://www.who.int/gho/maternal_health/en/) Erişim tarihi: 10 Haziran 2018.
119. WHO. "Immunization, measles (% of children ages 12-23 months)", <https://data.worldbank.org/indicator/SH.IMM.MEAS> Erişim tarihi: 7 Temmuz 2018.
120. Tekiner AS, Çetin F, Ceyhan AG, Kafkaslı A. "Planlanmamış Gebelikler ile Kontraseptif Yöntemler Arasındaki İlişki", *Dirim Tıp Gazetesi*, 2010;85(2):65-71.
121. The World Bank. "Contraceptive prevalence, modern methods (% of women ages 15-49)", <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CONM.ZS> Erişim tarihi: 26 Mayıs 2018 .
122. WHO. "Preventing unsafe abortion. Fact sheet", 2018. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/en/> Erişim tarihi: 18 Temmuz 2018
123. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. *Üreme Haklarının Yasal Temelleri ve Etik*



- Değerlendirme*. Ege Reklam ve Basım Sanatları Ltd. Şti., İstanbul, 2013:17-169.
124. Başer M. “Adolesan cinselliği ve gebelik.”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg.* 2000;4(1):50–4.
  125. Taffa N, Haimanot R, Desalegn S, Tesfaye A. “Do parents and young people communicate on sexual matters? The situation of Family Life Education (FLE) in a rural town in Ethiopia”, *Ethiop J Heal Dev.* 2017;13(3):1–7.
  126. WHO. "Sexually transmitted infections (STIs)", 2016 [http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)) Erişim tarihi: 12 Temmuz 2018.
  127. Tümer A. "HIV AIDS Epidemiyolojisi ve Korunma", 2017. [http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/Epid\\_web\\_AT\\_2017.pdf](http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/Epid_web_AT_2017.pdf) Erişim tarihi: 15 Mayıs 2018.
  128. WHO. "HIV/AIDS", 2018. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> Erişim tarihi: 12 Haziran 2018.
  129. Topçu HO, Evliyaoğlu Ö, Şahin Y. “Temel infertilite araştırmaları neler olmalıdır?”, *TJRMS*, 2017;1(2):104–11.
  130. WHO. "Infertility is a global public health issue", <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/perspective/en/> Erişim tarihi: 12 Haziran 2018.
  131. Andrology Australia. "Male infertility" 2018 <https://andrologyaustralia.org/your-health/male-infertility/> Erişim tarihi: 7 Temmuz 2018.
  132. American Pregnancy Association. "Male infertility", 2018. <http://americanpregnancy.org/infertility/male-infertility/> Erişim tarihi: 7 Temmuz 2018.
  133. WHO. "Female genital mutilation", 2018. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation> Erişim tarihi: 12 Haziran 2018.
  134. WHO. *Newborn and child health and human rights: A toolbox for examining*

*laws, regulations and policies*, 2014.

135. Shorter F, Macura M. *Türkiye’de Nüfus Artışı (1935-1975)*, 1. ed., Maya Matbaacılık, Ankara, 1983.
136. HÜNEE, ICON-İNSTITUT Public Center, BNB Danışmanlık. *Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005*, T.C.Sağlık Bakanlığı AÇSAP Gn. Md.lüğü, Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara, 2006.
137. Dumlu U, Aydın O. "Ekonometrik modellerle Türkiye için 2006 yılı Gini katsayısı tahmini", *Ege Acad Rev* 2008;8(1):373–93.
138. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara: 2017.
139. Koç İ, Türkyılmaz AS, Adalı T. "Doğurganlık". In: *Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013*. Elma Teknik Basım Matbaacılık Ltd. Şti., Ankara, 2014: 59–75.
140. WHO. "World Health Statistics 2014", <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/en/> Erişim tarihi: 17 Temmuz 2018.
141. Seçkiner PÇ, Ergöçmen BA, Özgören AA. "Aile Planlaması". In: *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013*. Elma Teknik Basım Matbaacılık Ltd. Şti., Ankara, 2014: 75–95.
142. Koç İ, İlknur YK, Eryurt MA. "Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü". In: *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013*. Elma Teknik Basım Matbaacılık Ltd. Şti., Ankara, 2014: 129–30.
143. The World Bank. "Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births)", 2018. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT> Erişim tarihi: 7 Mayıs 2018.
144. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013*, Ankara, 2014.

145. Akın A, Bahar Özvarış Ş. "Dünyada ve Türkiye’de Kadın Sağlığının Durumu". Editör: Güler Ç, Akın L. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. 3. Hacettepe Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2015: 210–7.
146. HÜNEE. "Düşükler ve Ölü Doğumlar". In: *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013*. 1st ed., Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, 2014: 95–104.
147. WHO. "Adolecent Fertility Rate, births per 1000 women ages 15-19", 2018. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT?locations=TR> Erişim tarihi: 3 Şubat 2018.
148. Centers for Diseases Control and Prevention. "HIV/AIDS", 2016. <https://www.cdc.gov/hiv/statistics/surveillance/terms.html> Erişim tarihi: 8 Temmuz 2018.
149. TÜİK. *Üretim ve Harcama Yöntemi ile GSYİH Tahminleri*, 1st ed., TÜİK Matbaası, Ankara, 2012: 9-14.
150. Saltık A. "Gelir Dağılımı ve Gini Katsayısı", 2012 . <http://ahmetsaltik.net/2012/10/14/gelir-dagilimi-ve-gini-katsayisi/> Erişim tarihi: 18 Temmuz 2018.
151. Eryurt MA, Adalı T, Şahin E. "Türkiye’de Doğurganlığın Dönüşümü: Alt Nüfus Gruplarındaki Farklılaşmalar". In: *Türkiye’de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık*, HÜNEE, AÇSAP Gn.Md.lüğü, TÜBİTAK, Başbakanlık DPT Müsteşarlığı, Ankara, 2010: 1–8.
152. United Nations. "Singulate Mean Age At Marriage", <http://www.un.org/esa/population/publications/WMD2008/Metadata/SMAM.html> Erişim tarihi: 8 Mayıs 2018.
153. The World Bank. "Labor Force Participation Rate, Female, National Estimate, Turkey", 2017. <https://data.worldbank.org/indicator/SL.TLF.CACT.FE.NE.ZS?end=2016&locations=TR&start=1960&view=chart> Erişim tarihi: 18 Temmuz 2018.
154. TÜİK. *Milletvekili Genel Seçimleri 1923-2011*, TÜİK Matbaası, Ankara,

2012.

155. The World Bank. "School enrollment, Turkey", 2018. <https://data.worldbank.org/indicator/SE.SEC.ENRR.MA?locations=TR> Erişim tarihi: 18 Temmuz 2018.
156. T.C.Maliye Bakanlığı Bütçe ve Genel Kontrol Gn. Md.lüğü. "Bütçe Gider Gelir Gerçekleşmeleri (1924-2016)", [http://www.bumko.gov.tr /TR,4461/butce-gider-gelir-gerceklesmeleri-1924-2016.html](http://www.bumko.gov.tr/TR,4461/butce-gider-gelir-gerceklesmeleri-1924-2016.html) Erişim tarihi: 18 Temmuz 2018.
157. TÜİK. "Evlenme ve Boşanma İstatistikleri, 2016", 2017. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24642> Erişim tarihi: 30 Mayıs 2017.
158. TÜİK. "Ulusal Hesaplar", <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> Erişim tarihi: 5 Şubat 2018
159. Çalışkan Ş. "Türkiye’de Gelir Eşitliği ve Yoksulluk”, *Türkiye Siyaset Konf Derg.*,2010;2(59):89–132.
160. TÜİK. "Gelir Dağılımı ve Yaşam Koşulları İstatistikleri" [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1011](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1011) Erişim tarihi: 18 Temmuz 2018.
161. OECD.Stat. "Health expenditure and financing" <http://stats.oecd.org/view.html.aspx?datasetcode=SHA&lang=en#> Erişim tarihi: 18 Temmuz 2018.
162. Ergöçmen BA, Yüksel I. "Türkiye’de Ölüm Kayıtlarına İlişkin Sorunlar: Anne Ölümleri Özelinde Niteliksel Bir Çalışma", *Nüfusbilim Dergisi/Turkish J Popul Stud.* 28–29:29–46.
163. UNDP. "Human Development Reports", [http://hdr.undp.org/en /composite/HDI](http://hdr.undp.org/en/composite/HDI), Erişim tarihi: 17 Temmuz 2018.
164. United Nations. "55/2. United Nations Millennium Declaration" <http://www.tr.undp.org/content/dam/turkey/docs/mdg/ares552e.pdf> Erişim tarihi: 19 Mayıs 2018.

165. OECD.Stat. "Health Status", [http://stats.oecd.org/Index.aspx? DataSetCode=HEALTH\\_STAT#](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#) Erişim tarihi: 20 Mayıs 2018.
166. Sayılı U, Aksu Sayman Ö, Vehid S, Köksal SS, Erginöz E. "Türkiye ve OECD ülkelerinin sağlık göstergeleri ve sağlık harcamalarının karşılaştırılması", *Online Türk Sağlık Bilim Derg.*, 2017;1-12.
167. Eskiocak M, Selçuk G. "A critical review of infant mortality rates reported by the Ministry of Health in Turkey", *Turk J Public Heal.*, 2014;12(3):207-16.
168. Özcebe H. "Türkiye'de Çocuk Sağlığının Durumu". Editör: Güler Ç, Akın L., *Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 3.* Hacettepe Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2015: 375-87.
169. OECD. *Health at a glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, 2017: 210 [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health\\_glance-2017-en.pdf?expires=1531913959&id=id&accname=guest&checksum=9C23EEE511EC8A9A1E82CAF12C928C7F](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-en.pdf?expires=1531913959&id=id&accname=guest&checksum=9C23EEE511EC8A9A1E82CAF12C928C7F) Erişim tarihi: 15 Temmuz 2018.
170. Korkmaz A, Aydın Ş, Çamurdan AD, Okumuş N, Onat FN, Özbaş S, et al. "Türkiye'de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirilmesi", *Cocuk Sagligi ve Hast Derg.*, 2013;56(3):105-21.
171. T.C.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Gn.Md.lüğü. "Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi", Türkiye, 2008. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1117,gbpgenelge2008pdf.pdf> Erişim tarihi: 20 Mayıs 2018.
172. Topaç O. "Ülkemizde Aşı Uygulamaları Genişletilmiş Bağışıklama Programı". In: 6 PUADER Kongresi, Antalya, 2017.
173. Özmert E. "Dünya'da ve Türkiye'de aşılama takvimindeki gelişmeler", *Çocuk Sağlığı ve Hast Derg.*, 2008;51:168-75.
174. İstanbul İl Sağlık Md.lüğü AÇSAP Şubesi. "İshalde ORS Kullanımı" [http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/dergi/eylul/18ishalde\\_ors.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/dergi/eylul/18ishalde_ors.pdf) Erişim tarihi: 13 Temmuz 2018.
175. WHO. *Ulusal Politika İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı*, T.C.Sağlık

Bakanlığı AÇSAP Gn.Md.lüğü, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1993.

176. T.C. Sağlık Bakanlığı. "Emzirme Sürdürülebilir Kalkınma İçin Bir Anahtardır", 2016. <http://www.saglik.gov.tr/TR,2568/bremzirme-surdurulebilir-kalkinma-icinbrbir-anahtardir.html> Erişim tarihi: 13 Temmuz 2018.
177. TÜİK. "Doğum İstatistikleri, 2012" <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13618> Erişim tarihi: 13 Temmuz 2018.
178. Dolar O, Gökçay G, Bulut A, Neyzi O. "İstanbul'da Beş Yaş Altı Çocuk Ölümlerinin Epidemiyolojisi : 12 Yılda Neler Değişti?", *Nüfusbilim Dergisi*, 2005;27:35–48.
179. TBMM. "Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği", Türkiye; 2010 <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.20101237.pdf> Erişim tarihi: 18 Temmuz 2018.
180. Çağatay P, Saraç M, İlyas E, Sinan T. "Türkiye'de Doğurganlık Tercihleri". In: *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013.*, Elma Teknik Basım Matbaacılık Ltd. Şti., Ankara, 2015. p. 176–218.
181. Selim S, Üçdoğruk Ş. "Türkiye'de Doğurganlık: Kalite-Miktar Yaklaşımı", *Nüfusbilim Dergisi/Turkish J Popul Stud.*, 2005;27:49–66.
182. Borluk S. "Yoksulluk Gelir Dağılımı ve Kalkınma", *Kalkınmada Anahtar Veriml Derg.*, 2014;309:18–22.
183. Bulut A, Toubia N. *Hastanelerde Gebelik Sonlandırma Hizmetlerinin İşlerliği ve Etkinliği*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1994.
184. Maral I, Durukan E, Albayrak S, Öztimur N, Biri A, Bümin M.A. "Induced abortion frequency in Ankara, Turkey, before and after the legal regulation of induced abortion", *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, September 2007;12(3):279–288.

185. Gil L. "Assessing maternal mortality due to induced abortion A systematic review of the literature", 2017. [https://www.gfmer.ch/Medical\\_education\\_En/PGC\\_RH\\_2004/Gil\\_review.htm](https://www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_RH_2004/Gil_review.htm) Erişim tarihi: 12 Temmuz 2018.
186. O'Neil M, Aldanmaz B, Quirant Quile RM, Kılınç FR. "The Availability of Abortion Services at States Hospitals in Turkey: A National Study.", *Contracept J.*,2017;95(2):148–53.
187. Berer M. "The Cario "Compromise" on Abortion and Its Consequences for Making Abortion Safe and Legal". In: *Reproductive Health and Human Rights*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 2009:152–67.
188. TJOD. "Kürtaj Raporu", 2007. <http://www.tjod.org/turk-jinekoloji-ve-obstetrik-dernegi-tjod-kurtaj-raporu/> Erişim tarihi: 18 Temmuz 2018.
189. The Center for Reproductive Rights. *Breaking the Silence: The Global Gag Rule's Impact on Unsafe Abortion*, New York, 2003.
190. Toubia N. "Pregnancy Termination in Turkey: 'Nereden Nereye...?'", *Türkiye Halk Sağlığı Derg.* 2012;10(Özel sayı 1).
191. Ergöçmen BA, Bozbeyoğlu AÇ. "An alternative approach to measure unmet need for family planning in Turkey." *Nüfusbilim Dergisi/Turkish J Popul Stud.*, 2005;27:3–16.
192. TÜİK. "Gini katsayısı AB ortalamasında 0,310 oldu", 2016. [http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2016\\_109\\_20161020.pdf](http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2016_109_20161020.pdf) Erişim tarihi: 14 Temmuz 2018.
193. World Bank. "GINI index (World Bank estimate)", 2018. <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI?locations=TR> Erişim tarihi: 14 Temmuz 2018.
194. CETAD. *Gençlik ve Cinsellik*. İstanbul, 2006.
195. Gökçimen S. "Ülkemizde Kadınların Siyasal Hayata Katılım Mücadelesi", *Yasam Derg.*, 2008;10:5–58.

196. TBMM. "Türkiye Büyük Millet Meclisi Milletvekilleri Dağılımı" [https://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/milletvekillerimiz\\_sd.dagilim](https://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/milletvekillerimiz_sd.dagilim) Erişim tarihi: 14 Temmuz 2018.
197. UN Women. "Women in politics 2017 map" <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2017/4/women-in-politics-2017-map> Erişim tarihi: 26 Mayıs 2018.
198. Türkiye Halk Sağlığı Gn.Md.lüğü Bulaşıcı Hastalıklar Daire Bşk.lığı, 01 Aralık 2017 verileri.
199. Shorter FC, Bozkurt G. *Turkish Demography: Proceeding Of a Conference*, Hacettepe Üniversitesi Yayını No.7, Ankara, 1969: 10.
200. Devlet Planlama Teşkilatı. *Türkiye'de Planlı Dönemde Nüfus ve Aile Planlaması Çalışmaları*, DPT, Ankara, 1983: 30.



## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı:</b>	Deniz	<b>Soyadı:</b>	Seyirci
<b>Doğum Yeri:</b>	Gölcük	<b>Doğum Tarihi:</b>	11.07.1970
<b>Uyruğu:</b>	T.C.	<b>Telefon:</b>	
<b>Email:</b>	dseyirci@yahoo.com		

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
<b>Yüksek lisans</b>	Dokuz Eylül Üniversitesi-Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi	2009
<b>Yüksek Lisans</b>	İstanbul Üniversitesi-Halk Sağlığı Hemşireliği	1998
<b>Lisans</b>	GATA Hemşirelik Yüksekokulu	1991
<b>Lise</b>	Amiral Bristol Sağlık Meslek Lisesi	1987

### İş deneyimi

Görevi	Kurumu	Süresi (Yıl-Yıl)
Öğretim Görevlisi (Yarı zamanlı)	Okan Üniversitesi	2016-Halen
Öğretim Görevlisi (Yarı zamanlı)	Işık Üniversitesi	2015-Halen
Sağlık Kısım Amiri	1. Ordu Komutanlığı	2012-2016
Sağlık Kısım Amiri	Ege Ordusu Komutanlığı	2008-2012
Ayaktan Tanı Bölüm Sorumlu Hemşiresi/Eğitim Hemşiresi	İzmir Asker Hastanesi	2005-2008
Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi	İzmir Asker Hastanesi	2003-2005
Birinci Basamak Muayene Merkezi Başhemşiresi	Bosna Hersek Türk Görev Kuvvet Komutanlığı	1999-2000
Hastane Başhemşiresi	Gümüşsuyu Asker Hastanesi	1995-2003
Ortopedi Kliniği Sorumlu Hemşiresi	Gümüşsuyu Asker Hastanesi	1993-1995
Hastane Başhemşiresi	Erzincan Asker Hastanesi	1992-1993
Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi	Diyarbakır Asker Hastanesi	Mayıs - Ekim 1992

Yabancı Diller	Okuduğunu anlama	Konuşma	Dinleme	Yazma	ÜDS
İngilizce	İyi	Orta	Orta	İyi	67,5

ALES	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
	72	77	69

## **EKLER**

**Ek-1 :** Derinlemesine Görüşme Soru Formu

**Ek-2 :** Görüşme Onam Formları

**Ek-3 :** Etik Kurul Onayı



## **Ek -1: Derinlemesine Görüşme Soru Formu**

Görüşmenin Yapıldığı

Yer :

Tarih :

Görüşme Yapılan Kişinin

Adı Soyadı :

### **I. Bölüm – Üreme Sağlığı Deneyimleri**

Üreme Sağlığı Hizmetlerinde hangi yıllarda, hangi alanlarda rol aldınız?

### **II. Bölüm – Türkiye’de Üreme Sağlığına İlişkin Göstergelerin Değişimi ile ilgili Görüşleri**

Türkiye’de üreme sağlığına ilişkin verilerin son 50 yıldaki değişimini nasıl değerlendiriyorsunuz?

Anne Ölüm Hızı

Bebek Ölüm Hızı

Beş Yaş Altı Ölüm Hızı

Toplam Doğurganlık Hızı

İsteyerek Düşük Hızı

Adölesan Doğurganlık

Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Oranı

Cinsel yolla bulaşan hastalıkların insidansı

### **III. Bölüm – Türkiye’de Üreme Hakları ile ilgili Görüş ve Önerileri**

### **IV. Bölüm – Türkiye’de Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Gelişimi ve Yönetimi**

### **V. Bölüm -- Üreme Sağlığını Etkileyen Sosyoekonomik Faktörlerle İlgili Görüş ve Önerileri**

Son 50 yılda aşağıda belirtilen faktörler üreme sağlığını nasıl etkilemiştir?

Eğitim durumu

İlk evlenme yaşı

Gelir düzeyi ve dağılımı

Kadının statüsü

Bölgelerarası eşitsizlikler

### **VI. Bölüm – Ekleyeceğiniz diğer hususlar?**

## Ek -2: Görüşme Onam Formları



## DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME ONAM FORMU

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Doktora Programı kapsamında Prof.Dr. Mithat Kıyak danışmanlığında “Türkiye’de Son 50 Yıldaki Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi” konulu doktora tezi çalışması yapmaktayım.

Sizin üreme sağlığı hizmetlerindeki deneyimleriniz ile bu konudaki görüş ve önerilerinizin söz konusu araştırmama önemli katkı sağlayacağını değerlendirdiğimden konu ile ilgili olarak sizinle derinlemesine görüşme yapmak istiyorum.

Uygun gördüğünüz taktirde, görüşmemiz boyunca ses kayıt cihazı kullanarak ve not alarak söylediklerinizi kaydedeceğim. Görüşme sırasında sizin uygun görmediğiniz bölümler kaydedilmeyecek ve isterseniz ses kaydının bir kopyası size teslim edilecektir.

Görüşmemizden elde ettiğim veriler sadece doktora tezimde kullanılacak, bunun dışında üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

Bu kapsamda, görüşmeyi kabul edip etmediğinize ilişkin olarak aşağıdaki bölümü imzalamanızı saygılarımla arz ederim.

Deniz Seyirci

Doktora Öğrencisi

### DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME ONAYI

Prof. Dr. Ayşe AKIN

Adı Soyadı :

İmzası :

Tarih

28/09/2017

Görüşme Yapılacak Kişi Tarafından Doldurulacaktır.

## DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME ONAM FORMU

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Doktora Programı kapsamında Prof.Dr. Mithat Kıyak danışmanlığında “Türkiye’de Son 50 Yıldaki Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi” konulu doktora tezi çalışması yapmaktayım.

Sizin üreme sağlığı hizmetlerindeki deneyimleriniz ile bu konudaki görüş ve önerilerinizin söz konusu araştırmama önemli katkı sağlayacağını değerlendirdiğimden konu ile ilgili olarak sizinle derinlemesine görüşme yapmak istiyorum.

Uygun gördüğünüz takdirde, görüşmemiz boyunca ses kayıt cihazı kullanarak ve not alarak söylediklerinizi kaydedeceğim. Görüşme sırasında sizin uygun görmediğiniz bölümler kaydedilmeyecek ve isterseniz ses kaydının bir kopyası size teslim edilecektir.


Görüşmemizden elde ettiğim veriler sadece doktora tezimde kullanılacak, bunun dışında üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

Bu kapsamda, görüşmeyi kabul edip etmediğinize ilişkin olarak aşağıdaki bölümü imzalamanızı saygılarımla arz ederim.

Deniz Seyirci

Doktora Öğrencisi

### DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME ONAYI

Adı Soyadı : Ayşen Bulut  
İmzası :   
Tarih : 22.9.2017.

Görüşme Yapılacak Kişi Tarafından Doldurulacaktır.

## DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME ONAM FORMU

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Doktora Programı kapsamında Prof.Dr. Mithat Kıyak danışmanlığında “Türkiye’de Son 50 Yıldaki Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi” konulu doktora tezi çalışması yapmaktayım.

Sizin üreme sağlığı hizmetlerindeki deneyimleriniz ile bu konudaki görüş ve önerilerinizin söz konusu araştırmama önemli katkı sağlayacağını değerlendirdiğimden konu ile ilgili olarak sizinle derinlemesine görüşme yapmak istiyorum.

Uygun gördüğünüz takdirde, görüşmemiz boyunca ses kayıt cihazı kullanarak ve not alarak söylediklerinizi kaydedeceğim. Görüşme sırasında sizin uygun görmediğiniz bölümler kaydedilmeyecek ve isterseniz ses kaydının bir kopyası size teslim edilecektir.

Görüşmemizden elde ettiğim veriler sadece doktora tezimde kullanılacak, bunun dışında üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

Bu kapsamda, görüşmeyi kabul edip etmediğinize ilişkin olarak aşağıdaki bölümü imzalamanızı saygılarımla arz ederim.

Deniz Seyirci

Doktora Öğrencisi

### DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME ONAYI

Adı Soyadı : Gan AKI

İmzası :

Tarih :

10.10.2017

Görüşme Yapılacak Kişi Tarafından Doldurulacaktır.

## DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME ONAM FORMU

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Doktora Programı kapsamında Prof.Dr. Mithat Kıyak danışmanlığında “Türkiye’de Son 50 Yıldaki Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi” konulu doktora tezi çalışması yapmaktayım.

Sizin üreme sağlığı hizmetlerindeki deneyimleriniz ile bu konudaki görüş ve önerilerinizin söz konusu araştırmama önemli katkı sağlayacağını değerlendirdiğimden konu ile ilgili olarak sizinle derinlemesine görüşme yapmak istiyorum.

Uygun gördüğünüz takdirde, görüşmemiz boyunca ses kayıt cihazı kullanarak ve not olarak söylediklerinizi kaydedeceğim. Görüşme sırasında sizin uygun görmediğiniz bölümler kaydedilmeyecek ve isterseniz ses kaydının bir kopyası size teslim edilecektir.

Görüşmemizden elde ettiğim veriler sadece doktora tezimde kullanılacak, bunun dışında üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

Bu kapsamda, görüşmeyi kabul edip etmediğinize ilişkin olarak aşağıdaki bölümü imzalamanızı saygılarımla arz ederim.

Deniz Seyirci

Doktora Öğrencisi

### DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME ONAYI

İhsanîm Acıkoçlu  
Adı Soyadı  
İmzası  
Tarih 4.10.2017

Görüşme Yapılacak Kişi Tarafından Doldurulacaktır.



## DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME ONAM FORMU

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Doktora Programı kapsamında Prof.Dr. Mithat Kıyak danışmanlığında “Türkiye’de Son 50 Yıldaki Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi” konulu doktora tezi çalışması yapmaktayım.

Sizin üreme sağlığı hizmetlerindeki deneyimleriniz ile bu konudaki görüş ve önerilerinizin söz konusu araştırmama önemli katkı sağlayacağını değerlendirdiğimden konu ile ilgili olarak sizinle derinlemesine görüşme yapmak istiyorum.

Uygun gördüğünüz takdirde, görüşmemiz boyunca ses kayıt cihazı kullanarak ve not alarak söylediklerinizi kaydedeceğim. Görüşme sırasında sizin uygun görmediğiniz bölümler kaydedilmeyecek ve isterseniz ses kaydının bir kopyası size teslim edilecektir.

Görüşmemizden elde ettiğim veriler sadece doktora tezimde kullanılacak, bunun dışında üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

Bu kapsamda, görüşmeyi kabul edip etmediğinize ilişkin olarak aşağıdaki bölümü imzalamanızı saygılarımla arz ederim.

Ses kaydı alınmamıştır.

Deniz Seyirci

Doktora Öğrencisi

### DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME ONAYI

Adı Soyadı :

İmzası :

Tarih :

Mehmet Kılıç 28.09.2017

Görüşme Yapılacak Kişi Tarafından Doldurulacaktır.

**Ek- 3: Etik Kurul Onayı**



# OKAN ÜNİVERSİTESİ

## Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 21.06.2017

Toplantı Sayısı: 85

### Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan) (Katılmadı)
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan	(Üye) (Katılmadı)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye) (Katılmadı)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdiñç Ünal	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 21.06.2017 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

**Karar 1.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Sağlık Yönetimi Bölümünden **Deniz SEYİRCİ'nin** "Türkiye'de Son 50 Yıldaki Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mithat Kıyak  
(Başkan) (Katılmadı)

Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan  
(Üye) (Katılmadı)

Prof. Dr. Dilek Öztürk  
(Üye) (Katılmadı)

Prof. Dr. Ali Tayfun Atay  
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı  
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın  
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Erdiñç Ünal  
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan  
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ  
(Üye)