

## ÜREME SAĞLIĞI EPİDEMİYOLOJİSİ: TÜRKİYE'DE DOĞURGANLIK VE AİLE PLANLAMASI

Seval AKGÜN\*, Coşkun BAKAR\*

\* Profesör Doktor, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

### GİRİŞ

Kadın sağlığı ve kadınların yaşamları boyunca karşılaştıkları tıbbi problemler her dönemde olduğu gibi günümüzde de devam etmektedir. M.Ö.1000 yıllarında kadın ömrü 28 yıl iken günümüzde doğuştan yaşam beklentisinin gelişmiş ülkelerde 80-85 yıla, ülkemizde ise 68-70 yıla ulaşması tıbbi problemlerin çeşitliliğinin ve sıklığının ayrı bir göstergesidir. Ayrıca günümüzde iyi bilinen bilimsel bir gerçek; kadının toplumsal statüsü ile sağlığı arasında doğrusal kesin bir ilişkinin olmamasıdır. Dünyanın pek çok ülkesinde hâlâ toplumda kadın, geri plana atılan, statüsü düşük, önceliği olmayan bir konumdur.

Bugün dünya nüfusu altı milyara ulaşmış durumdadır. 1960'larda % 2 düzeyinde olan nüfus artış hızı günümüzde % 1.5'lere inmiş olsa da, 1960'larda her yıl eklenen nüfus 53 milyon civarında iken bugün bu sayı 81 milyona ulaşmış durumdadır. Dolayısıyla dünya nüfusunun hızla artmaya devam ettiğini söyleyebiliriz. Bu artış, küresel olarak mortalite hızlarındaki azalmaya rağmen, halen çok ciddi üreme sağlığı problemleri ile gündemimize girmektedir<sup>(1,2)</sup>.

Üreme sağlığı, kadın sağlığı, cinsel sağlık, anne ve çocuk sağlığı gibi kavramlar, her ne kadar son 50 yıl içerisinde daha fazla gündeme gelse de, aslında insanoğlunun var olduğundan günümüze kadar önemini korumuştur. Konunun önemi 1950'li yıllara kadar tüm dünyada anne ve çocuk ölümlerinin yüksek seyretmesinden kaynaklanmıştır. Son elli yılda ise gerek dünyanın bazı bölgelerindeki sosyo ekonomik iyileşmeye bağlı, gerekse sağlık alanındaki gelişmelere bağlı olarak ölüm hızları giderek azalan bir eğilim göstermiştir. Ancak hâlâ dünyanın birçok bölgesinde kadınlar gebelik ya da buna bağlı başka nedenlerden kaybedilmektedir<sup>(1,2)</sup>.

Ölüm hızlarının azalması son yıllarda insanoğlunun elde ettiği en büyük kazanımlardan birisidir. Ancak, bu durum üreme sağlığı ile ilgili problemlerin çözüldüğü anlamına gelmemelidir. Çünkü bu olumlu gelişmelerden tüm insanlar eşit şekilde yararlanamamıştır, halen de yararlanamamaktadır. Bölgelerarası ve kıır-kent farklılığının yanı sıra, özellikle gelişmekte olan ülkelerde yoksullar, sağlık riski en yüksek grubu oluşturmaktadır. Günümüzde dünya çapında, yoksulluğun giderek yaygınlaşması ve süreklilik kazanması, sosyal ve ekonomik eşitsizlikler, aşırı nüfus artışı, çevresel kirlenme gibi temel sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunlar bütün ülkeleri ilgilendirmekte ve nüfus sorununa yönelik uluslararası işbirliğinin artırılması konusunda ortak bir görüş giderek yaygınlık kazanmaktadır<sup>(1,2)</sup>.

Günümüzde ise üreme sağlığı denildiğinde artık sadece anne ölümü, aile planlaması, doğum öncesi bakım gibi temel kavramlar değil; bunun yanında insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşama sahip olması, üreme yeteneklerinin olması ve bu yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları gibi konular ön plana çıkmaktadır. Bu sürece katkı sağlayan etmenlerden biri de kadının statüsündeki iyileşmelerdir. Geride bıraktığımız yüz yıl içerisinde kadınlar, dünyanın birçok bölgesinde yasal, siyasi, ekonomik ve kültürel hak ve özgürlüklerini elde etmişlerdir. Bu özgürlük kadının kendi üreme sağlığını ve dolayısıyla kendi sağlığını yönlendirmesine yadsınamayacak katkılar sağlamıştır<sup>(1-4)</sup>.

Bu yazıda, "Üreme Sağlığı Epidemiyolojisi" başlığı altında Türkiye'de üreme sağlığı hizmetlerinde ulaşılan son durum konunun genel başlıkları ile bir bütün olarak ele alınacaktır. Eldeki verilerin izin verdiği ölçüde Türkiye'de üreme sağlığı sorunları tartışılacaktır. Bu yazı dizisinin ilkinde Doğurganlık ve Aile Planlaması

hizmetleri seçilmiş bazı göstergeler doğrultusunda tartışılacak, olası nedenler ve çözüm önerileri gözden geçirilecektir. Öncelikle üreme sağlığının tanımı, kapsamı ve tüm göstergeleri direkt ya da in direkt etkileyen üreme sağlığı kapsamı içerisinde ana başlık olarak kabul edilen kadının statüsü değerlendirilmelidir.

## ÜREME SAĞLIĞI

Farklı kaynaklarda yer alan ürüme sağlığı tanımına bakıldığında; aslında tanımların Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımı perspektifinden değerlendirildiği görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün üreme sağlığı tanımı , “Üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır”. Üreme Sağlığı aynı zamanda, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir<sup>(3-5)</sup>.

İnsan hakları açısından ele alındığında; kadın ve erkek üreme konusunda bilgilendirilmiş şekilde, yetki sahibi olabilmelidir. Bu bağlamda tüm bireyler ve çiftler, çocuklarının sayı, aralık ve zamanlaması konusunda, hiçbir ayrımcılık, şiddet ve baskı olmaksızın, özgürce ve sorumlulukla karar verme, bunun için gerekli bilgi ve olanaklara sahip olma, bunun için en yüksek standartta cinsel sağlık ve üreme sağlığına erişebilmelidir<sup>(4)</sup>.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) “üreme sağlığı” tanımından da anlaşılabilceği gibi, üreme sağlığı herkesi ilgilendirmektedir. Kadın ve erkek herkes, yaşamları boyunca, normal büyüme ve gelişme sürecinden kaynaklanan üreme ve cinsel sağlık ihtiyaçlarına sahiptir. Bu yaklaşımda, doğumdan ölüme kadar kadın ve erkeğin yaşamının bir bütün olarak ele alınması gerektiği; yaşama sağlıklı başlamanın ilk adım olduğu, bireyin sağlık gelişiminin birçok faktörün kümülatif etkisiyle oluştuğu, bireylerin sağlıklarıyla ilgili şu andaki durumlarının bir önceki dönemin bir sonucu, bir sonraki dönemin ise bir nedeni olduğu bir kez daha önemle vurgulanmaktadır. DSÖ bu bütüncül yaklaşımla, ailelerin, çocukların, adölesanların ve kadınların sağlığını geliştirici destekleyici programları gündeme getirmektedir<sup>(1,5)</sup>.

Özetlemek gerekirse insanların, doğurganlıklarını düzenleyebilme, güvenli bir gebelik dönemi geçirme ve doğum yapma, çocuğun sağ kalması ve sağlıklı olarak büyümesi için en iyi şekilde sağlık hizmetlerine ihtiyaç bulunmaktadır.

1994'te Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (International Conference on Population and Development-ICPD), kalkınmanın temel ve vazgeçilmez bir insan hakkı olduğu vurgulanmıştır. Toplantıda nüfus politikalarının temelinde, bireylerin yaşam kalitesini yükseltme hedefinin yer alması ve nüfus, kaynaklar, çevre ve kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkilerinin bilincinde olunması gerektiği ilkeleri kabul edilmiştir. Kahire Konferansında üzerinde durulan konulardan bir diğeri de “üreme hakları” olmuştur. Bu konferansta; bireylerin ve çiftlerin, adolesan dönemden başlanarak, postmenopozal ve yaşlılık dönemi de dâhil üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma haklarının insan hakları kapsamında ele alınması gerektiği vurgulanmıştır<sup>(6)</sup>.

Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Konseyi 4-15 Eylül 1995 tarihlerinde Pekin'de IV. Dünya Kadın Konferansını gerçekleştirmiştir. Bu konferans, dünyanın her yerinde yaşayan kadınlar için eşitlik, gelişme ve barış hedeflerine ulaşma ve böylece bütün insanlığın yararlanacağı bir dünya kurma kararlılığında idi. Pekin'de üzerinde durulan diğer konular ise kalkınma ve nüfus ilişkisi, kadınların güçlendirilmesi, cinsiyetler arasındaki eşitsizliklerin yok edilmesi, şiddetin önlenmesi, üreme sağlığı, aile planlaması, kız çocukları, gençler ve yaşlıların sağlığı olmuştur. Kadının İlerlemesi İçin Nairobi İleriye Dönük Stratejiler ve 1995 yılında gerçekleştirilen Birleşmiş Milletler (BM) Dördüncü Dünya Kadın Konferansı sonucunda kabul edilen Pekin Deklarasyonu ve Pekin Eylem Platformunun tam olarak uygulanması amacıyla 5-9 Haziran 2000 tarihleri arasında New York'ta, 5 yılda edinilen kazanımlar, karşılaşılan engeller, son beş yılda dünyada meydana gelen değişmelerin kadın gündemine yansımaları ve geleceğe yönelik eylem ve girişimlerin ele alındığı “Kadın 2000: 21 Yüzyıl için Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Kalkınma ve Barış (Pekin+5)” başlıklı Birleşmiş Milletler Genel Kurulu Özel Oturumu gerçekleştirilmiştir<sup>(4,7)</sup>.

Kahire Konferansına geniş bir heyetle katılan Türkiye, her iki belgeyi de hiç çekince koymadan kabul etmiştir. Konferansta, ülkemiz 2000 yılına kadar, Kadınlara

Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesine (CEDAW) konulan çekincelerin kaldırılmasını, anne ve çocuk ölümlerinin %50 azaltılması, zorunlu eğitimin 8 yıla çıkarılması, kadın okur-yazarlığının %100’e çıkarılması yönünde taahhütte bulunmuştur. Taahhütlerden bir kısmı yerine getirilmiş diğer konulardaki çalışmalar devam etmektedir. CEDAW’a (Birleşmiş Milletler Kadına Her Türlü Ayrımcılığın Kaldırılması Sözleşmesi-1979) konulan çekinceler kaldırılmıştır. Zorunlu eğitim 8 yıla çıkarılmıştır. Okur-yazarlığın %100’e çıkarılması amacıyla çeşitli çalışmalar yürütülmektedir. Halen ülkemizde kadınların %19.4’ü okuma-yazma bilmemektedir. Bebek ölüm hızı ‰ 29, çocuk ölüm hızı ‰ 37’ye düşürülmüştür (7-9). Bu güzel gelişmeler doğrultusunda üreme sağlığının amaçlarını, sorunları ve kapsamında olan hizmetleri ve Türkiye’de ki üreme sağlığı ile ilgili mevcut durumun gözden geçirilmesinde yarar vardır.

#### **Üreme sağlığının amaçları kısaca şu şekilde özetlenebilir:**

- Üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili ihtiyaçları karşılamada yardımcı olmak,
- İstenmeyen gebelikleri önlemek, yüksek riskli gebelik, hastalık ve ölümleri azaltmak,
- Erkeklerin katılımını artırmak,
- Emzirmeyi teşvik etmek,
- Kızları ve kadınları dikkate alarak, cinsel yolla bulaşan hastalıkları, komplikasyonlarını önlemek, tedavi yöntemlerini bulmak,
- Cinsiyetler arası eşitliğe dayanan cinselliğin yeterince gelişmesini sağlamak,
- Kadın ve erkeklerin cinsel sağlık, üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için gerek duydukları bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşmalarını sağlamak,
- Gençlere bilinçli ve sağlıklı üreme ve cinsel davranış özendirme, hizmet ve danışmanlık sağlamak,
- Erken yaştaki gebelikleri azaltmak.

Yukarıda değinildiği üzere üreme sağlığı sorunlarını da geniş bir perspektiften değerlendirmek gerekmektedir. Bu bağlamda üreme sağlığı sorunlarını toplumsal cinsiyet, bebeklik ve çocukluk dönemi sorunları, adolesan dönemi, erişkin, menapoz ve yaşlılık sorunları olarak altı ana başlık altında toplamak olasıdır. Toplumsal cinsiyet tanımını vurguladığımızda; toplumsal cinsiyet bir bireyin ya da toplumun kadını ya da erkeği nasıl tanımladığıdır. Toplumsal cinsiyet rolleri kadın ve erkek için sosyal ve

kültürel olarak tanımlanmış tutumlar, davranışlar, beklentiler ve sorumluluklardır. Toplumsal cinsiyet kimliği ise hepimizin kadın ve erkek olmakla sahip olduğumuz kişisel ve özel kimliğimizdir; toplumsal cinsiyet kimliği her bir kişinin kendisini kadın ya da erkek ya da ikisinin bileşimi olarak tanımlaması demektir. Toplumsal cinsiyetin bireylere yüklediği roller aynı zamanda toplumda bireyin statüsünü de belirler. Bu bağlamda statü de bireyin toplumdaki sosyal rolü ile birlikte, sağlık davranışını da etkiler. Kadının bireysel ve toplumsal işlevlerini, özel yaşamını, işini ve diğer sorumluluklarını yerine getirebilmesi için sağlıklı olması, sağlığını koruyabilmek için yeterli olanaklara sahip olması gerekmektedir. Yeryüzünde gelişmiş ya da gelişmemiş hemen her ülkede kadın sağlığı son derece ihmal edilmiş, doğum ve üreme organları hastalıkları ile sınırlandırılmıştır. Kadın sağlığı tümü ile kadının sosyal statüsünden, kadına verilen değerden, toplumun onu algılayış biçiminden etkilenir. Kadının statüsü ile doğurganlığı arasında zıt bir ilişki olduğu gibi, doğurganlığı ile sağlığı arasında da aynı zıt ilişki söz konusudur.

Türkiye’de 2000 yılı nüfus sayımı kesin sonuçlarına göre 33.457.192 kadın yaşamaktadır. Bu kadınların % 64.5’i şehirlerde, % 35.5’i de kırsal alandan yaşamaktadır. Kadınların % 54.4’ü (18.201.844) 15-49 yaş arasında bulunmaktadır<sup>(9)</sup>.

2000 yılı nüfus sayımı sonuçlarına göre 12 yaş üzeri kadınların % 61.3’ü (15.746.268) halen evlidir. Okuryazar olup olmama durumuna göre bakıldığında ise, 2000 yılında kadınların % 19.4’nün, erkeklerin % 6.1’nin okuryazar olmadığı görülmektedir. Tablo I’de görüldüğü üzere 1975 yılından günümüze okuryazarlık durumunu sürekli olarak artmaktadır. 2000 yılı nüfus sayımı sonuçlarına göre Türkiye’de 1.511.550 kadın okuma yazma bilmemektedir<sup>(9)</sup>.

Yükseköğrenim görme durumu incelendiğinde; 1975 yılında erkeklerin % 3’ü, kadınların % 0.7’si, 2000 yılında ise erkeklerin % 10.2’si, kadınların % 5.4’ü yükseköğrenim görmüşlerdir<sup>(9)</sup>. DİE 2000 yılı nüfus sayımı sonuçlarına göre kadınların işgücüne katılma oranı erkeklerin işgücüne katılma oranından daha azdır. Ancak bu fark son on yılda azalma eğilimi göstermektedir. 2000 yılında erkeklerin işgücüne katılma oranı % 79.8’iken, kadınların işgücüne katılma oranı % 39.6 olarak hesaplanmıştır. TNSA-03’de de araştırmadan önceki 12 ay içerisindeki çalışma durumu % 27 olarak saptanmıştır. TNSA-03 verilerine göre incelenen

kadınların % 25.9'nunun hanedeki kazancın karşılanmasına neredeyse hiç katkıları olmazken; % 9.9'u kazancın nasıl harcanacağı hakkında hiç katkıda bulunmamaktadır<sup>(8,9)</sup>. Kadının sosyal, kültürel ve ekonomik statüsü kendi üreme sağlığı üzerinde olumlu ya da olumsuz etkiler yapabilmektedir. Türkiye'de de bunun verileri daha önce yapılmış çalışmalarda gözlenmiştir. Doğurganlık hızları ve mortalite hızlarının Türkiye'nin doğusuna ve kırsal alana doğru kaydıçça, kadının statüsü ile paralel olarak olumsuzlaştığı gözlenmektedir. Kadının statüsünün anlaşılması üreme ve sağlık davranışının içinde bulunduğu genel koşullar ile birlikte yorumlanmasında katkılar sağlamaktadır. 2000 yılı nüfus sayımı sonuçlarına göre Türkiye'de kadınların, % 64'ü kentsel alanda yaşamaktadır, % 54'ü 15-49 yaş arasında bulunmaktadır, % 61.3'ü evlidir, beşte biri okuryazar değildir. Tüm kadınların ancak % 5.4'ü yüksek öğrenim görmüştür. Kadınların % 40'ı çalışma hayatına aktif olarak katılmaktadır ve % 10'u aile içerisinde ekonomik olarak söz hakkına sahip değildir. Kadınların doğumda beklenen yaşam beklentileri 72 yıldır. İlk evlenme yaşı 20.5'dir, ilk doğum yapma ortancası 21.8'dir<sup>(7,9,10)</sup>.

## DOĞURGANLIK

### Türkiye'nin Nüfus Yapısındaki Değişim

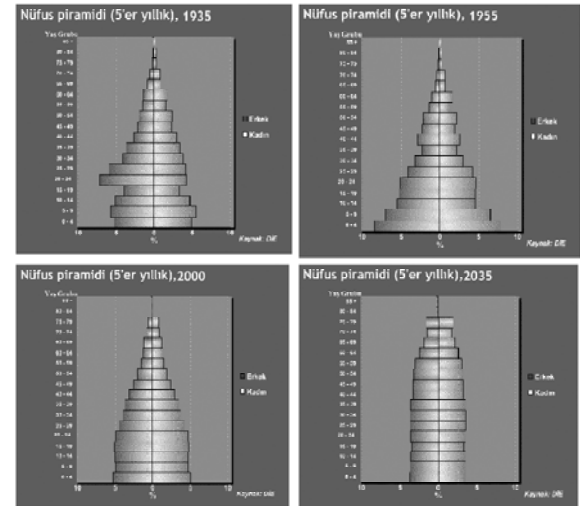
Cumhuriyet kurulduktan sonra ilk modern nüfus sayımı 1927'de yapılmış, nüfus 13 678 270 bulunmuştur. Bu sayımda şehir nüfusu % 24.2 ve köy nüfusu % 75.8'dir. Türkiye'nin nüfusu 1923-1955'de demografik değişimin birinci aşamasını tamamlamış, bu aşamada ölüm hızlarının düzenli olarak düşmesiyle beraber doğurganlık 5.5 çocuktan 7 çocuğa yükselmiştir ve nüfus yaklaşık ikiye katlanarak 24 milyona ulaşmıştır<sup>(2,8,11,12)</sup>.

İkinci aşama, 1955-1985 arasında olup, nüfus artış hızının en yüksek değerine (yılda % 2.8) ulaşması ile

başlamıştır. Bu arada azalmaya başlayan doğurganlık, daha önce azalmaya başlayan ölümlerdeki hızı yakalayamadığı için 1985'de 51 milyona çıkarak yine yaklaşık ikiye katlanmıştır. Bu aşamanın ikinci önemli gelişmesi, hızlı kentleşmedir. Kentleşme oranı 1985'de % 51'e yükselmiştir. Kentleşme, doğurganlığı etkileyen önemli bir faktördür<sup>(2,8,11,12)</sup>.

Üçüncü değişim dönemi, 1985-1990 arasındadır; doğal nüfus artış hızı 1990'da % 1.8, ve 1994'de % 1.6 olmuştur. Bu dönemin tamamlanmış kabul edilmesi için iki koşul gerekir. Bunlardan birisi doğurganlığın aşağı yukarı anne baba neslinin yerini aldığı bir düzeye düşmesi (ikame düzeyi), ikincisi de nüfus artışının durmasıdır. Bunların ikisi aynı zamanda ortaya çıkmayabilir. Doğurganlığın ikame düzeyine ulaşmasından çok sonra bile nüfus büyümeye devam eder. Bunun nedeni daha önceki yüksek doğurganlığa bağlı olarak, genç erişkinlerin sayıca bir önceki neslin hayatta kalanlarından çok daha fazla olmaları ve yaşadıkları süre boyunca ileri yaş gruplarına eklenerek toplam nüfusu arttırmalarıdır<sup>(2,8,9,11,12)</sup>.

Bu değişimi Şekil 1'deki nüfus piramitlerinde görmek mümkündür.



Şekil 1: Türkiye'nin nüfus piramitleri (1935-2050)

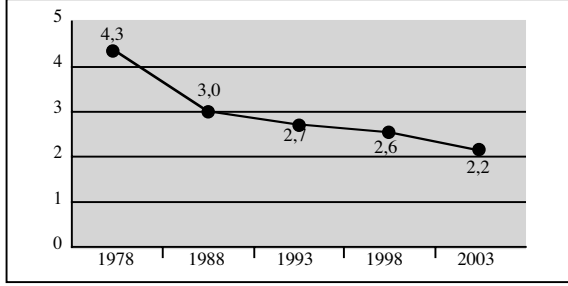
Kaynak: [http://www.un.org.tr/unfpa\\_tur/populationdynamics/1/turkey.asp](http://www.un.org.tr/unfpa_tur/populationdynamics/1/turkey.asp)

Tablo 1: Nüfus sayımı sonuçlarına göre (2000 Yılı) yıllara göre okuryazarlık ve cinsiyete göre nüfus dağılımı, Türkiye.

		1975	1980	1985	1990	2000	2003
<b>OKURYAZARLIK</b>							
<b>ERKEK</b>							
Okuma Yazma Bilmeyen	%	23.79	20.02	13.48	11.19	6.14	4.3
Okuma Yazma Bilen	%	76.21	79.98	86.52	88.81	93.86	95.7
<b>KADIN</b>							
Okuma Yazma Bilmeyen	%	49.49	45.33	31.84	28.02	19.36	18.9
Okuma Yazma Bilen	%	50.51	54.67	68.16	71.98	80.64	81.1

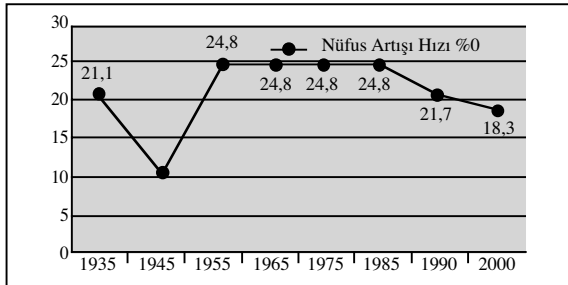
Kaynak: Devlet İstatistik Enstitüsü, Türkiye İstatistik Yılı, 2004.

Yıllık nüfus artış hızı; 1935 yılından günümüze kadar gelen verilere göre yıllık nüfus artış hızı %0 20’ler seviyesinde seyretmektedir (Grafik 1). 1935’li yıllardan itibaren Türkiye nüfus piramitleri incelendiğinde; giderek yaşlı nüfusun arttığı, genç nüfustaki aşımın azaldığı, gelecek on yıllarda ise yaşlı nüfustaki artışlarla piramidin fıçı şekline dönüşeceği gözlenmektedir.



Grafik 1: Yıllara Göre Nüfus Artış Hızı, Türkiye

Türkiye’de doğurganlık hızlarında yıllarla birlikte azalmalar görülmektedir. TNSA-03 verilerine göre TDH 2.23 olarak saptanmıştır. TDH’nın bölgelere göre ve eğitim durumuna göre dağılımı incelendiğinde doğu bölgelerinde (3.65), eğitimi olmayan kadınlarda (3.65) daha yüksek gözlemlendiği saptanmaktadır. Paralel olarak ortalama canlı doğum sayısı incelendiğinde; doğu bölgelerinde ortalama 6.07, batı bölgelerinde 2.90; eğitimi olmayan kadınlarda 4.98, lise ve üzeri eğitimi olan kadınlarda 1.98 olarak saptanmaktadır<sup>(8,11,12)</sup>.



Grafik 2: Yıllara Göre Toplam Doğurganlık Hızı, Türkiye

Tablo II: Temel sağlık göstergeleri, 1965-2004, Türkiye

	Kaba Doğum Hızı (%)	Kaba Ölüm Hızı (%)	Bebek Ölüm Hızı (%)	Toplam Doğurganlık Hızı	Yaşam Beklentisi
1965-1969	30.0	13.5	158.00	5.31	54.9
1970-1974	34.5	11.6	140.40	4.46	57.9
1975-1979	32.2	10.0	110.79	4.33	61.2
1980-1984	30.8	9.0	82.96	4.05	63.0
1985-1989	29.9	7.8	65.22	3.76	65.6
1990-1994	23.5	6.7	50.56	2.80	67.3
1995-1999	21.4	6.5	39.02	2.45	68.6
2000-2004		6.4*	29.0**	2.23**	67.7*

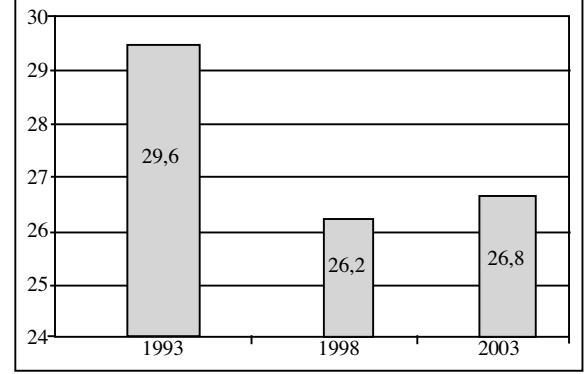
**Kaynak**

Devlet İstatistik Enstitüsü, Devlet Planlama Teşkilatı 2002

• \* Ulusal Hastalık Yükü-Maliyet Etikililik Çalışması, Hastalık Yükü Araştırması

• \*\* Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2004) "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 (TNSA-2003), Ankara, 2004

Araştırmalar bir önceki doğumdan hemen sonra (24 ay içerisinde) doğan çocukların daha uzun süre doğan çocuklara göre daha yüksek hastalık ve ölüm riski taşıdığını göstermektedir. Ayrıca sık aralıklı doğumlar önceki çocukların da sağlığını olumsuz etkilediği bilinmektedir.



Grafik 3: Yıllara Göre 24 Ay ve daha Az Aralıklarla Doğum Yapma Yüzdesi, Türkiye

Türkiye’de doğurganlık durumu açısından kentsel, kırsal alan ve bölgeler arasında ciddi farklılıklar söz konusudur. Bu farklılıklar yıllar içerisindeki değişimle birlikte Tablo 3’de sunulmaktadır.

Türkiye’de doğurganlık hızları bölgelere göre ciddi farklılıklar içermektedir. Ülke genelinde 2.2 olan TDH, kırsal alanda kentsel alana göre, doğu bölgelerinde batı bölgelerine göre daha yüksek saptanmaktadır. Ayrıca TNSA 2003’de istenen doğurganlık hızı ile toplam doğurganlık hızı karşılaştırılmış ve ilginç sonuçlar elde edilmiştir. İstenen doğurganlık hızı ile, toplam doğurganlık hızı arasındaki farkın ülkenin doğusu ile batısı arasında oldukça fazla olduğu görülmektedir. Ayrıca eğitimi olmayanlarla (Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş istenen TDH 2.1, TDH 3.7), lise üzeri eğitimi olanlar (İstenen TDH 1.0, TDH 1.4) arasında fark olduğu gözlenmektedir<sup>(8,11,12)</sup>.

**Tablo III:** Doğurganlıktaki Yaş Gruplarına ve Yıllara Göre Değişimler

Yaş Grupları	TDA-1978	TNSA-1988	TNSA-1993	TNSA-1998	TNSA-2003
15-19	93	45	56	60	46
20-24	259	193	179	163	136
25-29	218	183	151	150	134
30-34	154	102	94	93	78
35-39	101	55	38	42	38
40-44	38	19	12	13	12
45-49	2	7	0	1	2
TDH 15-49	4,33	3,02	2,65	2,61	2,23

**Kaynak:** Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(2004), "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003(TNSA-2003)", Ankara, 2004.

**Not:** \* 1978, 1988 ve 1993 Hızları araştırmadan önceki bir yıllık döneme, 1998 ve 2003 hızları araştırma tarihinden önceki üç yıllık döneme aittir.

\*\* Yaşa özel doğurganlık hızları (1000 kadın için) ve toplam doğurganlık hızı, 1978 Türkiye Doğurganlık Araştırması ve 1988, 1993 ve 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları.

**Tablo IV:** Türkiye’de Doğurganlıktaki Değişimin Yerleşim Yeri ve Bölgelere Göre Dağılımı

YERLEŞİM YERİ	TOPLAM DOĞURGANLIK HIZI(TDH)			
	TNSA-1993	TNSA-1998	TNSA-2003	İSTENEN TDH (TDH)
Kentsel	2.37	2.39	1.5	2.06
Kırsal	3.10	3.08	2.6	2.65
<b>BÖLGELER</b>				
Batı	2.03	2.03	1.6	1.88
Güney	2.37	2.55	1.8	2.30
Orta	2.44	2.56	1.3	1.86
Kuzey	3.15	2.68	1.3	1.94
Doğu	4.40	4.19	1.9	3.65
İstanbul	-	-	1.4	1.83
Güneydoğu Anadolu	-	-	2.2	4.19
<b>TOPLAM</b>	<b>2.65</b>	<b>2.61</b>	<b>1.6</b>	<b>2.23</b>

### İlk Doğumda Anne Yaşı

Türkiye'nin halen mevcut sosyo-kültürel yapısı, İslam kültürünün etkisi ile doğumların nerdeyse hepsi evlilik yapısı içerisinde meydana gelmektedir. Dolayısıyla, özellikle kadınlar için üreme sağlığı açısından risk evlilikle birlikte başlanmaktadır. Bu yüzden ilk evlilik yaşı riskli grupları belirlemek için oldukça önemli bir veri olmaktadır. 2003 TNSA verilerine göre kadınlarda ilk evlilik yaş ortancası 25-49 yaş arası kadınlarda 20 yaş olarak görülmektedir. Evlilik yaşı kentsel alanda 20.3, kırsal alanda 19.4, batı bölgelerinde 20.4, doğu bölgelerinde 19.0, ilkökul bitirmemiş grupta 18.0, lise üzeri grupta 24.8'dir. Bu yaş ortancası 1966 yılında köylerde 18.06, şehirlerde 18.28 olarak karşımıza çıkmaktadır<sup>(8,11,12,13)</sup>.

Çocuk doğurmanın başladığı yaş anne ve çocuğun sağlığı ve yaşam kalitesi açısından olduğu kadar genel olarak toplum için de önemli demografik sonuçlar doğurur. Tablo V’de ilk doğumdaki ortanca anne yaşının yıllara göre dağılımı görülmektedir.

**Tablo V:** Yıllara Göre Ortanca İlk Doğum Yaşı, Türkiye

	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	25-49
TNSA-93	21.8	20.7	20.4	20.7	20.6	20.8
TNSA-98	22.2	21.9	20.9	20.5	20.6	21.3
TNSA-03	22.9	21.9	21.7	20.9	21.1	21.8

### Kaynak:

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(1994), "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993 (TNSA-1993)", Ankara,1994.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(1999), "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 (TNSA-1998)", Ankara,1999.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(2004), "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 (TNSA-2003)", Ankara,2004.

Tablo V’de yaş gruplarına göre oluşturulan kuşaklara göre seçilmiş değişkenlere göre ortanca ilk doğum yaşı verilmektedir. 25-49 yaş arası kadınların ilk doğum yaş ortancasının TNSA-93’den 2003’e kadar giden dönemde arttığı görülmektedir. 1966 yılında ise 20.5 ile 21.3 arasında değişmektedir<sup>(8,11,12,13)</sup>.

TNSA-03 verilerine göre Türkiye’de 15-19 yaş arası kadınların % 8’nin doğurganlık davranışına başladığı görülmektedir. Bu oranın adolesan dönemde yaşla birlikte hızla arttığı görülmektedir. 16 yaşında % 1 iken, 18 yaşında % 8’e çıkmaktadır. Bu durum bölgeler arasında ise ciddi farklılıklar göstermektedir. Doğu bölgelerinde % 9.1’iken, kuzey bölgelerinde % 2.7, batı bölgelerinde % 7.1’dir. Ayrıca Ege Bölgesinde adolesan dönemi gebeliğinin % 12.7 olarak görülmesi de şaşırtıcı bir bulgudur. Adolesan dönemi gebeliğinin eğitimle de ilişkisi bulunmaktadır. Lise ve üzeri grupta % 3 olarak saptanırken, eğitimi olmayan grupta % 14.5 olarak saptanmıştır<sup>(8)</sup>.

On sekiz yaş ve altı gebeliklerin hem anne hem de çocuk sağlığı açısından önemli riskler barındırdığı herkes tarafından bilinmektedir. Ülkemizde son kırk yıl içerisinde bu konuda bir miktar yola alındığı

söylenbilir. Çünkü 1966 yılındaki evlilik yaş ortancası özellikle kırsal alanda adolesan dönemde oldukça fazla evlilik yapıldığını göstermektedir. Günümüzdeki tablo da buna benzese de, en dramatik görünüm farklı eğitim almış gruplar arasındadır. Eğitimi olmayan grupların ortanca evlilik yaşı 18.0 iken, lise ve üzeri eğitim alanlarda 24.8 olarak saptanmıştır. Bu durum, eğitimin kadının statüsünün belirlenmesindeki önemini göstermesi açısından çok etkili bir veridir. Ayrıca böylece hem sekiz yıllık zorunlu eğitim kararının da ne kadar yerinde bir karar olduğu hem de hatta zorunlu eğitimin 11 yıla çıkarılmasının da gerekli olduğu görülmektedir. Eğitim kız çocuklarının kültürel seviyesini yükselttiği gibi, okulda geçen dönemde çocuklar evlendirilemeyeceği için, evlilik yaşı da dolaylı yoldan yükselmektedir.

## AİLE PLANLAMASI

İnsanoğlu sosyal evrimin ulaştığı son noktada; tatmin edici ve güvenli yaşamlarının, üreme yeteneklerinin ve bu yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olunması hakkına ulaşmıştır. Bu hakkı kullanmanın en sağlıklı yolu aile planlaması yöntemlerinin bilinmesi ve kullanılabilmesi imkânlarına sahip olunabilmesidir. Aile planlaması (AP) “Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi-CEDAW” sözleşmesinde bir insan hakkı olarak tanımlanmıştır<sup>(7)</sup>.

Mexico-City’de yapılan tanımlamaya göre aile planlaması; bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olma ve doğumların arasını açmaya serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve amaçlara sahip olmaları olarak kabul edilmektedir. Kısaca, dünyada üreme sağlığı açısından ulaşılan son noktada, insanların istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları yanında güvenli, tatmin edici ve sağlıklı

cinsel yaşam hakları bulunmaktadır<sup>(4,5)</sup>.

Ülkemizde bu konuda son kırk yıl içerisinde ciddi atılımlar yapılmıştır. Özellikle birinci basamak seviyede sağlık ocaklarında ve ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde ağırlıklı olacak şekilde yıllardır verilen aile planlaması hizmetlerinde ülkemizde önemli kazanımlar elde edilmiştir. Bu bölümde Türk Toplumunda aile planlaması hizmetlerinde gelinen son durum irdelenmiştir.

Halen aile planlaması yöntemi kullanma durumunun ve buna paralel modern yöntem kullanma durumunun yıllarla birlikte arttığı görülmektedir. Geleneksel yöntemler arasında en yaygın kullanılan yöntem geri çekme olup, bu oran yıllara göre değişiklik göstermemektedir. En yaygın kullanılan modern yöntem RİA’dır. Aile planlaması modern yöntem kullanma durumunun farklı sosyo-demografik özelliklerle ilişkileri incelendiğinde; Türkiye’de modern yöntem kullanma durumunun kentsel alanda kırsal alana göre, batı bölgelerinde doğu bölgelerine göre, lise ve üzeri eğitim görmüş grupta daha az eğitim görmüş gruba göre daha fazla olduğu görülmektedir. TNSA-03 verilerine göre hiç çocuk yapmamış kadınların, çocuk sahibi kadınlara göre daha az yöntem kullandıkları görülmektedir.

Aile planlaması yöntemleri üç şekilde sınıflandırılır:

- Modern / geleneksel yöntemler:
- Geri dönüşümlü / geri dönüşümsüz yöntemler: Kadınlarda tüp ligasyonu ve erkeklerde vazektomi geri dönüşümsüz yöntemler olarak değerlendirilir. Bu sınıflama özellikle danışmanlık sırasında bilgi alan kişi için önemlidir.
- Kadın yöntemleri / erkek yöntemleri: Bu sınıflama da aile planlaması danışmanlığı sırasında kullandığımız kitaplarda yer alan bir sınıflamadır. Danışmanlık alan kişinin yöntemleri aklında daha kolay tutmasına yardımcı olabilir. Kadın yöntemleri kadınların kullandığı RİA, hap, depo-provera, mesigyna, tüp ligasyonu, spermisit, diyafram; erkek yöntemleri ise kondom, geri çekme ve vazektomidir.

Aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak hem yöntem kullanma durumu hem de yöntemler hakkında bilgi düzeyi açısından önemlidir. 15-49 yaş grubu kadınların aile planlaması hizmetlerini bilme durumları ile bunun davranışa dönüşmesi, herhangi bir yöntem kullanım durumları arasında farklılıklar söz konusudur. Tablo VI’de yıllar içerisinde 15-49 yaş doğurgan dönemindeki kadınların aile planlaması yöntemlerinden haberdar olma durumu ve yöntem kullanma durumu hakkındaki dağılımı görülmektedir. Dünyada en fazla kullanılan sınıflama modern ve geleneksel yöntemler şeklindedir.

**Tablo VI:** 15–49 Yaş Doğurgan Çağdaki Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerinden Haberdar Olma ve Yöntem Kullanma Durumları

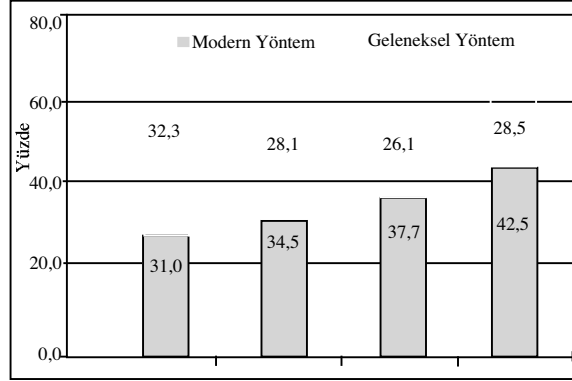
YÖNTEM	1993		1998		2003	
	Bilme Durumu	Halen Kullanan	Bilme Durumu	Halen Kullanan	Bilme Durumu	Halen Kullanan
Herhangi bir yöntem	99.0	62.6	98.9	63.9	99.8	71.0
Modern Yöntem	98.6	34.5	98.7	37.7	99.5	42.5
Geleneksel Yöntem	89.0	28.1	90.6	25.5	97.7	28.5

**Kaynak:**

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(1994), "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993 (TNSA-1993)", Ankara, 1994.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(1999), "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 (TNSA-1998)", Ankara, 1999.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(2004), "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 (TNSA-2003)", Ankara, 2004.



**Grafik 4:** Türkiye’de modern ve geleneksel yöntem kullanım durumu verilmektedir. Tablo ve grafiklerde görüldüğü üzere modern yöntem kullanma sıklığı yıllarla birlikte artmıştır.

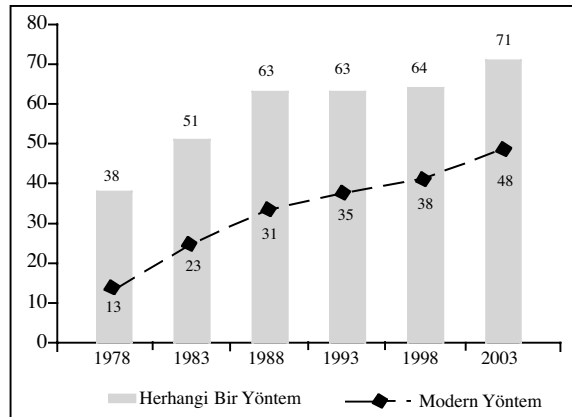
**Kaynak:**

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(1994), "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993 (TNSA-1993)", Ankara, 1994.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(1999), "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 (TNSA-1998)", Ankara, 1999.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(2004), "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 (TNSA-2003)", Ankara, 2004.

Araştırmalar, 1978 yılında toplumda herhangi bir yöntem kullanma sıklığının % 38, modern yöntem kullanma sıklığının ise % 13’lerde, 2003 yılında ise yöntem kullanma sıklığı % 71, modern yöntem kullanma sıklığı ise % 48’lere ulaştığını göstermektedir (Grafik 5).



**Grafik 5:** Yöntem Kullanma Durumunun Yıllara Göre Değişimi, 1978–2003, Türkiye

Yöntem kullanma durumu ayrıntılı olarak irdelendiğinde modern yöntem kullanma sıklığının yıllarla birlikte arttığı görülmektedir. Bu yöntemler içerisinde RİA’nın daha çok oranda tercih edildiği gözlenmektedir. Türkiye’de hormonal kontrasepsiyon yöntemleri çok fazla tercih edilmemektedir. Batı toplumları ile karşılaştırıldığında bu oranın oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bunun toplum içerisinde bilgi eksikliğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Diğer bir önemli konu da geleneksel yöntemlerin hâlâ önemli sıklıkta kullanılmasıdır. Bunların içerisinde en sık olarak karşılaşılanı geri çekmedir. Etkin bir yöntem olmadığı bilinmesine rağmen hâlâ toplum tarafından tercih edilmektedir. Bundan sonra yapılacak aile planlaması çalışmalarında üzerinde ağırlıkla çalışılacak grup bu grup olmalıdır.

**Tablo VII:** İncelenen Kadınların Araştırma Sırasında Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumunun Yıllara Göre Dağılımı

	1993	1998	2003
HERHANGİ BİR YÖNTEM	62.6	63.9	71.1
Modern Yöntem	34.5	37.7	42.5
Oral Kontraseptif	4.9	4.4	4.7
Rahim içi Araç	18.8	19.8	20.2
Enjeksiyon	0.1	0.5	0.4
Diyafram/Köpük/Jel	1.2	0.6	0.6
Kondom	6.6	8.2	10.8
Tüp Ligasyonu	2.9	4.2	5.7
Vazektomi	0.0	0.0	0.1
GELENEKSEL YÖNTEM	28.1	25.5	28.5
Takvim	1.0	1.1	1.1
Geri Çekme	26.2	24.4	26.4
Vajinal Duş	0.6	---	---
Cinsel Perhiz	0.1	---	---
Emzirme	---	---	0.6
Diğer	0.2	0.6	0.4
YÖNTEM KULLANMAYAN	37.4	36.1	28.9

**Kaynak :**

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(1994), "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993 (TNSA-1993)", Ankara,1994.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(1999), "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 (TNSA-1998)", Ankara,1999.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(2004), "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 (TNSA-2003)", Ankara,2004.



Türkiye’de aile planlaması yöntemleri hem devlet hem de özel sektör tarafından her basamakta verilmektedir. Eğitimli ebe ve hemşireler tarafından RİA uygulaması, hormonal kontraseptifler ve kondom danışmanlığı ve yöntem sunumu yapılabilmektedir. RİA, vazektomi uygulaması ve MR uygulaması eğitimli pratisyen hekimler, aile hekimleri tarafından sunulabilmektedir. Tüp ligasyonu ise kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ile genel cerrahi uzmanları tarafından yapılabilmektedir. Vazektomi uygulaması üroloji uzmanlarınca ve eğitimli pratisyen hekimler tarafından yapılabilmektedir. Modern aile planlaması yöntemi kullananların bu yöntemleri en fazla oranda AÇSAP ve sağlık ocakları ile eczanelerden tercih ettikleri görülmektedir.

## SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Üreme sağlığı, halen sağlık gündeminin en önemli maddelerinden birisidir. Ancak, gün geçtikçe sorunun farklı boyutlarıyla yüzleşmekteyiz. Geride bıraktığımız yüzyılın başlarında mortaliteye bağlı sorunlar ön planda iken, yüzyılın ortalarından itibaren önlenabilir hastalıklarla yapılan mücadelelerin sonuçlarının alınmasıyla mortalite hızları azalmaya başlamıştır. Böylece artık üreme sağlığının farklı yönleri ortaya çıkmıştır.

Günümüzde uluslararası konferansların da etkisiyle üreme sağlığı insan hakları boyutundan değerlendirilmekte olup, sadece sağlıklı olmak değil, tatmin edici bir cinsel yaşam da üreme sağlığı konuları içerisine girmektedir.

Türkiye’de geride bıraktığımız kırk yılda ciddi değişimler yaşanmıştır. Artık nüfusun yarıdan fazlası şehirlerde yaşamaktadır. Ayrıca, kadınların okuryazarlığında ciddi yol alınmıştır. Bu durum birçok durumda olduğu gibi üreme sağlığı düzeyini de etkilemektedir. Doğurganlık hızları ülke genelinde azalmaktadır. Modern aile planlaması yöntemlerini kullananların oranı yükselmektedir.

Bütün bunlar, sağlıklı topluma ulaşabilmek için olumlu gelişmelerdir. Kadınların doğurganlıkları üzerinde söz sahibi olabilmesi, toplum sağlığının gelişmesi için oldukça önemli göstergelerdir.

Ancak hâlâ sorunlar bulunmaktadır. Mortalite göstergeleri hâlâ istenilen düzeyde değildir. Anne ölümleri ile ilgili mevcut durum net olarak bilinmemek-

tedir. Hâlâ kadınların beşte biri okuma yazma bilmemektedir. Doğu bölgelerinde ortanca evlilik yaşı 19 olarak görülmektedir. Toplumun önemli bir bölümü modern yöntemler kullansa da, üçte biri herhangi bir geleneksel yöntemle korunmaya çalışmaktadır. Elimizdeki veriler bize kadının statüsündeki çok basit müdahalelerin bile doğurganlığının kontrolünde etkili sonuçlara ulaştığımızı göstermektedir. Örneğin, eğitimi olmayan kadınlarla, lise ve üzeri eğitimi olan kadınlar arasında ilk evlenme yaşının ciddi farklılıklar gösterdiği gözlenmektedir. Bu sonuçlar, toplum içerisinde eğitimsiz kadınların kendi hayatları hakkında bile sınırlı söz sahibi olduklarını bize düşündürmektedir. Üreme sağlığı düzeyinde daha ileriye gitmek ve günümüzde ulaşılan son nokta olan insan hakları düzeyine ulaşabilmek için gerek hükümet düzeyinde gerekse sivil toplum kurumları düzeyinde yapılacak en önemli çalışmalar kadınların statülerinin daha da yükseltilmesine yönelik çalışmalar olacaktır. Gelecekte sağlıklı nesiller yetiştirecek annelere ulaşmak için öncelikle tüm kızların (tabii ki erkeklerin de) en az sekiz yıllık eğitimden kesintisiz olarak yararlanması sağlanmalıdır. Bu eğitim dönemi içerisinde ise üreme sağlığı konularında çocukların doğru ve sağlıklı bilgilere ulaşması sağlanmalıdır. Ayrıca, bugünün anne ve babaları da unutulmamalı, hem sağlık kuruluşları yolu ile hem de onlara ulaşılacak tüm kanallardan (medya, toplum liderleri, sivil toplum kuruluşları vb) doğru ve sağlıklı bilgilere ulaşmaları sağlanmalıdır. Sağlık eğitimi aynı zamanda en temel ve etkin koruyucu hekimlik kuralıdır.

Eğitim yapılması gerekenlerden sadece birisidir. Bunun dışında yapılması gerekenlerden bazıları; koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması ve insanların bu hizmetlere ulaşımının kolaylaştırılması; bu düzeyde yapılacak araştırmalarla risk gruplarının belirlenmesi ve onlara yönelik hizmetlerin yoğunlaştırılması; özellikle yoksul kesimin üreme sağlığı hizmetlerinden ücretsiz yararlanmasının artırılması; sağlık personelinin üreme sağlığı hizmetlerine olan duyarlılığının artırılmasıdır.

## KAYNAKLAR

1. World Health Organization(1998), “The Changing World”, The World Health Report 1998 Life in The 21st Century A Vision for All, 1998.
2. Çilingiroğlu N., “Demografi ve Sağlık”, Bertan M., Güler Ç.,

- Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Güneş Kitapevi, 1997.
3. Özvarış ŞB, Akın A, Üreme Sağlığı, Sağlık ve Toplum, 1998;8:3-4.
  4. Özvarış, ŞB, Ertan AE(2003), Üreme Sağlığında Yaşamboyu Yaklaşım, Akın A, Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Hacettepe Üniversitesi Yayınları,2003;113-126.
  5. Akın A, Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş, Aktüel Tıp Dergisi,2001:6:4-8.
  6. TC Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu (Özet),1994.
  7. TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, .
  8. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(2004),“Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003(TNSA–2003)”, Ankara, 2004.
  9. TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü(2003),2000 Genel Nüfus Sayımı, Ankara, 2003.
  10. TC Sağlık Bakanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi (2005), “Ulusal Hastalık Yükü Maliyet Etkinlik Çalışması, Hastalık Yükü-Final Raporu-”, Ankara, 2005.
  11. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(1994),“Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993(TNSA-1993)”, Ankara, 1994.
  12. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(1999),“Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998(TNSA-1998)”, Ankara, 1999.
  13. TC Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Hıfzısıhha Okulu, Türkiye Nüfus Araştırmasından Elde Edilen Hayati İstatistikler, Ankara, 1965-1966.