

# TÜRKİYE CUMHURİYETİ'NİN 100 YILINDA KADIN SAĞLIĞI



## Women's health in 100 years of republic of Turkey

Meltem ÇÖL<sup>1</sup>, Nefise ŞEKER<sup>1</sup>

### Özet

Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşundan bu yana kadın sağlığı alanında önemli ilerlemeler kaydedilmiş, değişen nüfus politikaları, yasal düzenlemeler ve sağlık hizmetleri kadın sağlığını etkilemiştir. Bu yazıda çeşitli dönemlere göre kadın sağlığıyla ilgili politikalar, sağlık hizmetleri ve önemli göstergeler sunulmuş ve değerlendirilmiştir. Cumhuriyetin ilk yüzyılında sağlık alanındaki ilerlemelerle, bebek ve anne ölüm oranları düşmüş, bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümler azalmış ve yaşam süresi uzamıştır. Ancak, günümüze bakıldığında sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler devam etmekte olup sağlık göstergeleri hala istenen seviyelerde değildir. Kadınların yüz yüze olduğu sosyoekonomik eşitsizlikler de önemli bir sorun alanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Kadınların sosyal ve ekonomik açıdan güçlenmesini sağlamak için eşit fırsatlar sunulmalı ve sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller kaldırılmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Kadın sağlığı, üreme sağlığı, aile planlaması, cumhuriyet dönemi.

### Abstract

Since the establishment of the Republic of Turkey, significant progress has been made in the field of women's health, with changing population policies and legal regulations affecting women's health. This article presents and evaluates policies, healthcare services, and key indicators related to women's health across various periods. During the first century of the Republic, advances in healthcare led to a decrease in infant and maternal mortality rates, a reduction in deaths from infectious diseases, and an increase in life expectancy. However, inequalities in access to healthcare services persist today, and health indicators are still not at the desired levels. Socioeconomic inequalities faced by women also emerge as a significant issue. To ensure the social and economic empowerment of women, equal opportunities must be provided, and barriers to accessing healthcare services must be removed.

**Keywords:** Women health, reproductive health, family planing, republican period.

1-Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. Ankara, Türkiye

**Sorumlu Yazar / Corresponding Author:** Uzm. Dr. Nefise ŞEKER

**e-posta / e-mail:** nefiseseker@istanbul.edu.tr

**Geliş Tarihi / Received:** 09.08.2024, **Kabul Tarihi / Accepted:** 25.09.2024

**ORCID:** Meltem ÇÖL : 0000-0001-7089-1644

Nefise ŞEKER : 0000-0003-4722-3087

**Nasıl Atıf Yaparım / How to Cite:** Çöl M, Şeker N. Türkiye Cumhuriyeti'nin 100 yılında kadın sağlığı. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2024;9(3):341-53.

## Giriş

**K**adınların karşılaştığı sağlık sorunları, cinsiyet temelli eşitsizlikler ve sağlık hizmetlerine erişimdeki zorlukları nedeniyle kadın sağlığı, genel sağlık sorununun öncelikli konularından biridir. Gebelik, doğum, doğum sonrası dönemler, kadın sağlığını doğrudan etkiler ve çocuk sağlığıyla da yakından ilişkilidir. Kadın sağlığını etkileyen birçok faktör olup; eğitim düzeyi, gelir seviyesi, istihdam olanakları, doğurganlık davranışları, sağlık hizmetlerinin mevcut durumu ve psikososyal faktörler öne çıkmaktadır. Doğurganlık hızları, perinatal bebek ölüm hızı, bebek, çocuk ölüm hızları ve anne ölüm oranı gibi göstergeler, toplumun kadın ve çocuk sağlığına dair durumunu yansıtır (1-3).

Son yüzyılda, dünyada kadın sağlığını etkileyen önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Doğum kontrol yöntemlerinin çeşitlenmesi ve erişilebilir olması, kadınlara gebelikleri üzerinde daha fazla kontrol sağlarken, sağlık hizmetlerine erişimin artması, anne ve bebek ölümlerinde azalmaya neden olmuştur. Teknolojik ilerlemeler, kanser gibi önemli hastalıkların erken tanısı ve tedavisi için etkili olmuştur. Kadınların eğitim ve sosyal yaşamda daha etkin rol üstlenmeleri, iş gücüne katılmalarıyla

cinsiyet eşitliği ve güçlenmeleri açısından önemli adımlar atılmıştır. Ancak, dünya genelinde kadın sağlığıyla ilgili zorluklar ve eşitsizlikler devam etmektedir. Kadınların sağlık sorunları, ülkelerin koşullarına bağlı olarak farklılıklar göstermektedir. Yüksek gelirli ülkelerde kadınlar daha uzun yaşamaktadır ve çocuk ölüm oranları daha düşüktür. Düşük gelirli ülkelerde ise nüfusun yaş ortalaması yüksek olmayıp, kadın ölümleri çocuk, ergen ve genç yetişkinler arasında yoğunlaşabilmektedir. Bölgesel farklılıkların en belirgin örneklerinden biri, anne ölümlerinin çoğunun gelişmekte olan ülkelerde görülmesidir (3).

Türkiye genelinde kadın sağlığı, geçmişe oranla iyileşme göstermekle birlikte henüz arzu edilen düzeye ulaşamamıştır. Kadınların, ekonomik ve sosyal olanaklara erişimindeki farklılıklar nedeniyle sağlık durumları da değişkenlik göstermektedir (3, 4). Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk yüzyılında, kadın sağlığı alanındaki gelişmeler, ülkemizin sağlık politikaları ve uygulamaları ile ilişkili olarak dönemlere göre farklı özellikler göstermiştir. Bu nedenle, kadın sağlığı ile ilgili yaklaşımlar ve sonuçları, 1923-1960, 1960-1980, 1980-2000 ve 2000 yılı sonrası olmak üzere dört farklı dönemde incelenmiştir.

## 1923-1960 Dönemi

Mustafa Kemal Atatürk önderliğinde Türkiye Cumhuriyeti'nin 1923 yılında kuruluşuyla birlikte kadın hakları konusunda önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Yasal olarak eğitim, seçme ve seçilme hakkı gibi hakların verilmesinin yanı sıra Türk Medeni Kanunu ile tek eşlilik, miras, boşanma gibi konular düzenlenerek, kadınların sosyal ve ekonomik alanda güçlenmeleri sağlanmıştır.

Cumhuriyetin ilk yıllarında, 13,6 milyon olan ülke nüfusu, ekonomik olarak yetersizdi. Genç ve üretken nüfus ihtiyacı nedeniyle nüfus arttırıcı (pronatalist) bir politika benimsendi. Bu politika ile doğum koşullarının iyileştirilerek doğum sayısının artırılması ve bebek ölümlerinin azaltılması çalışmaları ile de desteklenmesi hedeflendi (5, 6). Kaynaklar ve insan gücünün sınırlı olması nedeniyle, Cumhuriyet

Dönemi'nin ilk Sağlık Bakanı Refik Saydam, sağlık sektörünü genişletmeyi ve sağlık personeli yetiştirmeyi hedefledi. Bu kapsamda tıp fakülteleri, ebe ve sağlık memuru okulları açıldı. Ayrıca, annelerin güvenli ve hijyenik ortamlarda doğum yapmalarını sağlamak amacıyla doğumevleri kuruldu (7).

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda (1930), annelerin doğum öncesi ve sonrası sağlıklarını koruma görevi, Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir. Kanun, ekonomik olarak zor durumdaki kadınların doğum hizmetlerine ücretsiz erişimini sağlamış, çok çocuklu annelere nakdi ödül verilmesini öngörmüş ve düşük yapmaya yönelik araçların ithal edilmesi ve satışı yasaklanmış, çocuk düşürmek eylemi suç sayılmıştır (7, 8). Koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanılmış ve belirli sağlık konularında uzmanlaşarak daha etkili ve özelleşmiş hizmetler sunmayı amaçlayan "Dikey Örgütlenme" modeli benimsenmiştir. Bu model kapsamında Ana Çocuk Sağlığı (AÇS) örgütü kurulmuş ve ana çocuk sağlığı hizmetleri, illerde AÇS merkezleri, ilçelerde şubeler ve köylerde istasyonlar aracılığıyla sunulmuştur. Bu merkezlerde görevli personel, ev ziyaretleri yaparak gebeleri, emziren anneleri ve 0-6 yaş arasındaki çocukları tespit etmiş ve eğitimler vermiştir. 1953'te bir AÇS merkezi ile başlayan hizmetler, 1960'ta 26 merkez ve 19 şubeyle genişletilmiştir (7).

Pronatalist politikaların etkisiyle 1960'ta, nüfus 27,7 milyona ulaşarak, nüfus artış hızı binde 28,5'e yükselmiştir (9). Cumhuriyetin ilk yıllarında 5,6 olan toplam doğurganlık hızının, 1930-1935 yılları arasında 7,1, 1950-1955 döneminde ise 6,5 olduğu tahmin

## 1960-1980 Dönemi

Ana ve çocuk sağlığı açısından antinatalist politikaların benimsenmesi gerektiğini savunan ve Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığına atanan Dr. Nusret Fişek başkanlığında, 1963 yılında "Aile Planlamasında Bilgi, Tutum ve Davranış

edilmektedir (10). Bebek ölüm hızı, 1950'de binde 233, 1960'ta binde 176 olmuştur (11).

Riskli gebelikler açısından izlenmesi gereken adolesan evlilik oranı, 1955'te %40,3 iken, 1960'ta %33,8'e düşmüştür. Kadınların ilk evlenme yaşı ortalaması 1955'te 18,9 olarak belirlenmiştir (12).

Bu dönemde aşırı doğurganlıkla birlikte istenmeyen gebelikler de artmış, doğum kontrol yöntemi ve kürtaj yasakları, geleneksel yöntemlerin kullanımına ve sağlıksız düşüklere artmasına yol açmış, bunlara bağlı olarak anne ölümleri de yükselmiştir. Sağlık kuruluşlarının verilerine göre, her üç gebelikten biri düşükle sonuçlanmakta ve yılda 500,000'i ilkel koşullarda gerçekleşen düşüklere, 10,000 anne ölümüne neden olmaktadır (7). Hıfzıssıhha Okulu Müdürü Dr. Nusret Fişek tarafından 1959'da yapılan ve köyleri kapsayan bir araştırmada, bebek ölüm hızının binde 165, anne ölüm oranının ise yüz binde 280 olduğu ve %53'ünün sağlıksız koşullarda yapılan düşüklere bağlı olduğu belirlenmiştir. Ankara Doğumevi Başhekimisi Dr. Zekai Tahir Burak, Sağlık Bakanlığı'na yazdığı mektupta, güvensiz koşullarda gerçekleştirilen sağlıksız düşüklere anne ölümlerine yol açtığını belirtmiş, pronatalist politikanın değiştirilmesi ve doğum kontrol yöntemlerinin yasallaştırılması gerektiğini vurgulamıştır. Bakanlık bilim kurulu da doğum kontrol yöntemleri kullanımına ve bazı durumlarda düşüğe izin verilmesi gerektiğine dair görüş belirtmiştir. Ancak bürokratik nedenlerden dolayı ilk etapta ilerleme kaydedilememiştir (10).

Araştırması" adlı saha çalışması gerçekleştirilmiştir. Araştırma, geri çekme yönteminin yaygın olarak kullanıldığını, yasağa rağmen isteyerek düşüklere önlenemediğini ve etkili doğum kontrol yöntemlerine duyulan ihtiyacın arttığını

ortaya koymuştur (6). Bunun yanı sıra, 1950'li yıllarda kırdan kente göç ve sosyoekonomik sorunlar artarken, sorunların temelinde hızlı nüfus artışı olduğu düşünülmüştür. Devlet Planlama Teşkilatı'nın kurulması sonrasında yayınlanan ilk beş yıllık kalkınma planında, nüfusun, ekonomik kalkınma çabalarını engelleyebileceği vurgulanmış ve antinatalist politika önerilmiştir. Bu politikanın hedefi, çocuk nüfus oranını azaltmak ve genel nüfus artış hızını kontrol altında tutmaktır. Plan, nüfus planlamasının devlet müdahalesi anlamına gelmediğini, ailelerin istedikleri sayıda ve zamanda çocuk sahibi olmalarını kolaylaştıran demokratik bir usul olduğunu belirtmektedir. Mevcut dönemde antinatalist politikayı destekleyen, iki kalkınma planı daha yayınlanmış, ayrıca ikinci kalkınma planında "nüfus planlaması" yerine "aile planlaması" kavramı kullanılmıştır (13).

Yapılan çalışmalar sonucunda 1965'te yürürlüğe giren 557 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu, geri dönüşü olan doğum kontrol yöntemleri hakkında bilgilendirmeyi ve buna yönelik hizmetleri yasal hale getirmiştir. Kanun, bireylere istedikleri sayıda ve zamanda çocuk sahibi olma hakkı tanımış, doğum kontrol yöntemi kullanımını serbest bırakmış, sertifikalı hekimlerin Rahim İçi Araç (RİA) uygulamasını başlatmış, ancak cerrahi sterilizasyon ve gebelik sonlandırma işlemlerine sadece tıbbi zorunluluk durumlarında izin vermiştir (6).

Süreç içinde, doğum ve çocuk bakımevlerinin sayısı artmış, diğer hastanelerde de doğum servisleri açılmıştır. AÇS hizmetleri, merkez, şube ve köy istasyonları aracılığıyla sürdürülürken, 1961'de yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'la sosyalleştirilen illerde bu hizmetler sağlık ocakları, sağlık evleri ve dispanserler tarafından sağlanmıştır. Sağlık ocakları aracılığıyla geniş kitlelere 0-6 yaş çocuk izlemi, 15-49 yaş arası kadın izlemi, gebe ve lohusa izlemi gibi hizmetler ulaştırılmış olup aile planlaması hizmeti de entegre bir şekilde ele alınmıştır. Aile planlaması

çalışmalarının yürütülmesi için 1963'te Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü kurulmuş (7). Türkiye'nin ilk ulusal aile planlaması programı uygulanmaya başlanarak program kapsamında RİA ve diğer doğum kontrol yöntemleri sunulmuş, gezici ekiplerle doğum kontrol yöntemleri kırsal ve kentsel alanlara ulaştırılmıştır. Bilgilendirme kapsamında, ortaokul ve lise ders programlarına insan üreme sistemi ve hızlı nüfus artışının sosyoekonomik sonuçları dahil edilmiştir. Ayrıca bu dönemde, dernekler, işçi sendikaları, üniversite öğrencileri, kamu çalışanları, silahlı kuvvetler personeli gibi çeşitli hedef gruplar için eğitim programları geliştirilmiştir. Türkiye Aile Planlaması Derneği 1963'te kurulmuş ve 1971'de Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (United Nations Population Fund-UNFPA), ülkemizde ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması alanında proje bazlı çalışmalar yürütmeye başlamıştır (14, 15).

Bakanlığın 1963 araştırmasının ardından, aile planlaması konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları izlemek amacıyla her beş yılda bir Nüfus Etütleri Enstitüsü araştırmalar gerçekleştirmiştir. Bebek ölüm hızı, 1968'de binde 167 iken, 1978'de binde 134'e düşmüştür (16). Gebeliği önleyici yöntem kullanımı da %22 iken, %44'e kadar yükselmiştir. Geleneksel yöntemler hala yaygın kullanılmakta olup, 1978'de istenmeyen gebelik oranı %38 olarak belirlenmiştir (5). İsteyerek düşük oranı, 1963'te her 100 gebelikte 7,6 iken, 1983'te 19'a yükselmiştir (10). Türkiye Nüfus Araştırması'na (1974-75) göre anne ölüm oranı, yüz bin canlı doğumda 208 olarak kaydedilmiştir (17). Adolesan evlilik oranı 1960'ta %33,8 iken, 1980'de %21'e gerilemiş, süreç içinde kadınların evlenme yaşı ortalaması da 19,2'den, 20,6'ya kadar yükselmiştir (12).

Sonuç olarak, adolesan evlilik oranı düşmüş kadınların ilk evlilik yaşı yükselmiş ve aile planlaması yöntemleri kullanımı artmıştır. Ancak, yeni nüfus planlaması kanunu, istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması hakkını içermediği için bu durum, kadın sağlığının

korunması hedefine tam olarak ulaşılmamasını engellemiş ve sağlıklı koşullarda gerçekleşmiş yasadışı

düşükler, anne ölümlerinde önemli bir yer tutmaya devam etmiştir (14, 15).

## 1980-2000 Dönemi

Bu dönemde kabul edilen kalkınma planları, ana ve çocuk sağlığı ile aile planlaması hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik önemli hükümler içermektedir. Dördüncü kalkınma planında, bebek ölümlerinin azalmasına rağmen hala yüksek seviyelerde olduğuna dikkat çekilmiştir. Kadınların gebeliklerini sonlandırmak için tehlikeli yöntemler uyguladığı da bilinmektedir. Bunlara dayanarak, 557 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu yürürlükten kaldırılmış, 1983'te 2827 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu kabul edilmiştir (13). Bu kanunla cerrahi sterilizasyon ve on haftaya kadar istenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasına izin verilmiş; eğitim verilerek; pratisyen hekimlere rahim tahliyesi ve RİA uygulama yetkisi, ebe ve hemşirelere de RİA uygulama yetkisi verilmiştir (6). Sonraki kalkınma planlarında da aile planlamasına önem verilmiş, anne ve bebek ölümlerinin yüksek olduğu bölgeler ve aile planlaması hizmetlerinden yeterince yararlanamayan kesimlere öncelik tanınması gerektiği vurgulanmıştır (13).

Ana ve Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü ile Nüfus Politikaları Genel Müdürlüğü'nün 1982'de birleştirilmesiyle, Sağlık Bakanlığında Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü kurulmuştur (8).

Türkiye, 1985'te Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığı Önleme Sözleşmesi'ni (The Committee on the Elimination of Discrimination against Women-CEDAW) imzalamıştır. Sözleşmeye taraf ülkeler, kadınların eğitim, sağlık, ekonomik ve sosyal haklar gibi temel insan haklarından eşit şekilde yararlanmalarını sağlamak ve kadınlara karşı ayrımcılığı önlemek için gerekli yasal, politik ve diğer önlemleri alma

taahhüdünde bulunmaktadır. CEDAW taahhütlerini izlemek, değerlendirmek amacıyla 1990'da Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü kurulmuştur (18). Bu konuyla ilgili ülkemizde 1997'de yayınlanan rapora göre, kadınların erkeklerle eşit haklara sahip olduklarının farkında olmadıkları ve bu hakları kullanabilecekleri araçlara erişemedikleri belirtilmiş olup, yönetimlerin gerekli araçları sağlamaları istenmiştir (19).

UNFPA, 1988'de Türkiye Ülke Programı'nı başlatmıştır. Program, anne ve çocuk sağlığını teşvik etmek, üreme sağlığı ve haklarını iyileştirmek ve kadına yönelik şiddetle mücadeleyi desteklemek gibi amaçları taşımaktadır (20).

Kahire'de 1994'te düzenlenen Birleşmiş Milletler Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında (International Conference on Population and Development – ICPD 1994) kadın haklarını ve sağlığını tehdit eden nüfus politikalarına karşı durularak, üreme sağlığı ve üreme hakları savunulmuş; yaşam boyu sağlık ve üreme sağlığı konularına dikkat çekilmiştir. Türkiye'nin de aralarında bulunduğu 179 ülke, ICPD eylem programını oy birliğiyle kabul etmiştir. Program, kadınların yaşam kalitesini artırmayı, üreme sağlığı hizmetlerini temel sağlık hizmetlerine dahil etmeyi ve kadına yönelik şiddeti önlemeyi hedeflemektedir. Pekin 4. Dünya Kadın Konferansı'nda da üreme hakları kapsamında devletler, istenmeyen veya planlanmayan gebelikleri önleme, güvenli koşullarda istenmeyen gebelikleri sonlandırma, aile planlaması danışmanlığı hizmeti sunma ve bu hizmetlere erişimi sağlama gibi sorumlulukları üstlenmişlerdir (18, 21, 22).

ICPD-1994'ün ardından, Türkiye'de üreme sağlığı alanında önemli adımlar atılmıştır. Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Eylem Planı 1998'de hazırlanmış, bakanlıkta Kadın Sağlığı Danışma Kurulu oluşturulmuş ve AÇSAP Genel Müdürlüğü tarafından 1994'te ilk ulusal aile planlaması hizmet rehberi geliştirilmiştir (8).

1988-1998 döneminde, bu çalışmalar sonucunda geleneksel doğum kontrol yöntemlerinin kullanımı azalmış, modern yöntem kullanımı artarak, 1993'te geleneksel yöntem kullanımını ilk kez aşmıştır. Bu dönemde en yaygın kullanılan modern yöntem, RİA olmuştur (6, 23) (Tablo 1).

**Tablo 1:** 1988-1998 arası yapılan araştırmalarda, kadınlarda aile planlaması yöntem kullanımı.

	TDSA 1988 %	TNSA 1993 %	TNSA 1998 %
Herhangi bir yöntem	63,4	62,6	63,9
Herhangi bir modern yöntem	31,0	34,5	37,7
Hap	6,2	4,9	4,4
Rahim içi araç	14,0	18,8	19,8
Erkek kondomu	7,2	6,6	8,2
Tüp ligasyonu	1,7	2,9	4,2
Herhangi bir geleneksel yöntem	32,3	28,1	26,1
Geri çekme	25,7	26,2	24,4
Halen yöntem kullanmıyor	36,6	37,4	36,1
Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı	--	14,6	14,0

\*TDSA: Türkiye Doğum ve Sağlık Araştırması, TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

Modern aile planlaması yöntemlerinden tüplerin bağlanması ve RİA'lar çoğunlukla olmak üzere diğer yöntemler de önemli ölçüde devlet hastaneleri ve birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından karşılanmıştır. Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı oranı 1993'te %14,6 iken, danışmanlık hizmetleri ve aile planlaması hizmetleri ile 2003'te %10'a kadar gerilemiştir (23).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'na (TNSA) göre, 1993'te her 100 gebelikten 18'i isteyerek düşük ile sonuçlanırken, doğum kontrol yöntemi kullanımının yaygınlaşmasıyla isteyerek düşük oranı 1998'de 14,5'e kadar düşmüştür. Kendiliğinden düşük oranı ise %8 civarında seyretmiştir (24). Doğum ve doğum öncesi bakım (DÖB) hizmetleri değerlendirildiğinde, TNSA 1993'ten 1998'e kadar hastanede gerçekleşen doğum oranı %59,6'dan %72,5'e, sezaryen oranı %8'den %13,9'a, nitelikli sağlık personeli eşliğinde doğum %75,9'dan %80,6'ya yükselmiştir. İlk üç ayında DÖB alan gebe oranı %53,6'dan

%57,9'a, gebelik süresince 4 ve üzeri DÖB alanların oranı %35,9'dan %42'ye çıkmıştır. Bu verilerle kadınların, gebelik ve doğum sürecinde sağlık hizmeti kullanım oranlarının arttığı görülmüştür (24, 25).

Türkiye'de 1990'da kaba doğum hızı binde 24,1, toplam doğurganlık hızı 2,9 olup, bu oranlar yıllar içinde azalmıştır (26). Aynı yıl, bebek ölüm hızı binde 56, beş yaş altı çocuk ölüm hızı da binde 76 olarak bildirilmiştir (27). Hastaneler üzerinden 1997-98 yıllarında yapılan anne ölümleri araştırmasında, yüz bin canlı doğumda anne ölümü oranı 49 olarak bulunmuştur (28).

Yeni nüfus planlaması kanunu ve sonrasındaki uygulamalarla birlikte modern aile planlaması yöntemlerinin, özellikle RİA'nın kullanımı artmış, istenmeyen gebelikler azalmıştır. Düşüğün yasallaşmasıyla da anne ölümleri azalmış, bebek ve çocuk sağlığında da olumlu sonuçlar elde edilmiştir (14, 23).

## 2000 Sonrası Dönem

Bu dönemde yer alan Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005), nitelikli nüfus ve aile planlaması hizmetlerine erişimin artırılmasını vurgulamıştır. Dokuzuncu kalkınma planı (2007-2013) ise öncekilerden farklı olarak antinatalist politikaları eleştirmiştir. Onuncu planda (2014-2018) da antinatalist politikadan pronatalist politikaya dönüş ve uygulanacak politikalarla toplam doğurganlık hızının yükseltilmesi yer almaktadır. Doğurganlık hızının artırılması için de kadınlara esnek çalışma imkanları, kreşler ve doğum izinleri gibi uygulamalar hedeflenmiştir (13). Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı (2013-2017) da doğurganlık hızının düşmesi ve nüfusun yaşlanma eğilimini bir tehdit olarak vurgulamıştır (29). On birinci kalkınma planında (2019-2023) yine pronatalist yaklaşımlar gündemde olup, evlilik yaşının genç yaşlara kaydırılması, 2 ve üzerinde çocuk yapılması için ailelerin desteklenmesi amaç olarak belirtilmiştir. Plan, toplam doğurganlık hızının 1,99'dan 2,15'e yükseltilmesine ve demografik fırsat penceresine vurgu yapmaktadır (13).

Birleşmiş Milletler önderliğinde 2000 yılında, 189 ülkenin temsilcileriyle Binyıl Kalkınma Hedefleri kabul edilmiş ve 2010 yılında ulaşılması beklenen sekiz hedef belirlenmiştir. Belirlenen bu hedeflerden beşincisi anne sağlığının iyileştirilmesi ile ilgilidir ve gebelikten korunma yöntem kullanım hızı, adolesan doğum hızı, DÖB kapsayıcılığı ve karşılanmamış aile planlaması gereksinimi gibi göstergeler ile takip edilmektedir (30).

Avrupa Komisyonu ve Sağlık Bakanlığı'nın 2003-2007'de yürüttüğü Üreme Sağlığı Programı, beş temel müdahale alanı belirleyerek (güvenli annelik, acil obstetrik bakım, aile planlaması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE)-HIV/AIDS ve

adolesan üreme sağlığı) bu alanlarda çeşitli etkinlikler planlamıştır (31). Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik Eylem Planı'nda (2005-2015), anne ölüm oranının yüksekliği, istenmeyen gebeliklerin fazlalığı, CYBE vakalarının artışı ve gençlerin üreme sağlığı bilgisinin yetersizliği, öncelikli sorunlar olarak belirlenmiştir (32).

ICPD 1994'ten itibaren alınan kararlar belli aralıklarla gözden geçirilmekte olup, 2019'da ICPD'nin 25. yıldönümünde Nairobi'de yapılan konferansta, anne ölümlerinin yeterli olmasa da büyük ölçüde azaldığı, ancak kadın kanserleri, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve adolesan evlilikleri önlemede yetersiz kaldığı belirtilmiştir. Bu nedenle, "Hedef 3 Sıfır" sloganı ile karşılanmamış aile planlamasının, önlenebilir anne ölümünün ve kadınların uğradığı toplumsal cinsiyete dayalı şiddetin 2030'a kadar sıfırlanması hedeflenmiştir (33).

Nüfus Bilim Derneği ve UNFPA iş birliğinde 2007'de yapılan "Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması" gençlerin üreme sağlığı ve cinsel sağlık konularında bilgi, tutum ve davranışlarını ölçmek amacıyla gerçekleştirilmiş ve bilgi eksikliklerini ortaya koymuştur (34).

Bu dönemde sağlık hizmetleri değerlendirildiğinde; 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile 2004 yılında aile hekimliği sistemine geçilmiştir. Aile hekimleri, kişiye özel koruyucu sağlık hizmetlerini ve birinci basamak tedavi hizmetlerini sunarken, sağlık ocağı sistemindeki ekip çalışması ve ev ziyaretleri sona erdirilmiştir. Aile planlaması hizmetleri aile hekimliklerinde ve toplum sağlığı merkezlerinde bulunan üreme sağlığı birimlerinde gerçekleştirilmeye çalışılmış ancak bu hizmetler yeterli düzeye ulaşmamıştır (21, 35).

Bu dönemdeki önemli bir gelişme, 2012'de AÇSAP Genel Müdürlüğü'nün kapatılması, üreme sağlığı hizmetlerinin Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü bünyesindeki Kadın Sağlığı Daire Başkanlığı'na devredilmesidir. Bu değişiklikle beraber hastanelerdeki aile planlaması klinikleri ve AÇSAP merkezi sayısı da azaltılmıştır (8, 21).

Cumhuriyetin kuruluşundan itibaren hastane sayısı giderek artarken kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanelerinin sayısı da 2008 yılına kadar artmıştır. Ancak sağlık sistemindeki değişikliklerle bu hastaneler daha sonra,

genel hastaneler olarak hizmet vermeye başlamış, kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastane sayısı 2021'de 19'a düşmüştür (9).

TNSA sonuçlarına bakıldığında 2003-2018 arasında, genel olarak geleneksel yöntem kullanımı azalmış, modern yöntem kullanımı ise artmıştır. Her dönem giderek artan herhangi bir yöntem kullanma oranının 2018'de düşmüş olması ve RİA kullanımının TNSA 2003' den itibaren düşerek 2018 de %13.7 e kadar gerilemesi dikkati çekmektedir (23) (Tablo 2).

**Tablo 2:** 2003-2018 TNSA'ya göre kadınlarda aile planlaması yöntem kullanımı.

	TNSA 2003	TNSA 2008	TNSA 2013	TNSA 2018
	%	%	%	%
Herhangi bir yöntem	71,0	73,0	73,5	69,8
Herhangi bir modern yöntem	42,5	46,0	47,4	48,9
Hap	4,7	5,3	4,6	4,8
Rahim içi araç	20,2	16,9	16,8	13,7
Erkek kondomu	10,8	14,3	15,8	19,1
Tüp ligasyonu	5,7	8,3	9,4	10,4
Herhangi bir geleneksel yöntem	28,5	27,0	26,0	20,9
Geri çekme	26,4	26,2	25,5	20,4
Halen yöntem kullanmıyor	29,0	27,0	26,5	30,2
Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı	9,5	8,3	5,9	11,6

\*TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

Uzun yıllar uluslararası kuruluşlardan hibe olarak sağlanan aile planlaması lojistik desteğinin azalması sonrasında bu malzemelerin topluma ulaştırılmasında yetersizlikler ortaya çıkmıştır. Bu süreç, tüm kadınların bu yöntemlere erişimini etkilerken, özellikle yoksul ve eğitimsiz kadınların aile planlaması hizmetlerine erişimindeki eşitsizliklerin derinleşmesine neden olmuştur (21, 23). TNSA verilerine göre 2000 sonrasında, önceki dönemlere göre kondom kullanımının arttığı, ancak RİA kullanımının giderek azaldığı ve özel sektör payının da arttığı söylenebilir. Ayrıca karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının 2018' deki artışının bir önceki araştırmaya göre iki katına çıkması kadın sağlığında hizmetlere erişim açısından dikkatle değerlendirilmelidir. Sağlık

politikaları ve hizmetleri, iyi uygulamalar, eğitimler ve genç dostu birimlerin artmasıyla giderek azalan karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, 2013'te %6'ya düşmüş ancak, nüfus politikasındaki değişiklikler, kamu tarafından finanse edilen yöntemlerin yanı sıra aile planlaması hizmeti sunan birimlerin ve personelin azaltılması nedeniyle, 2018'de %12'ye ulaşmıştır. Geleneksel yöntemleri kullananlar da dahil edildiğinde, kadınların üçte birinin aile planlaması ihtiyacı karşılanamamaktadır. Yöntemlerin karşılandığı kaynak olarak kamunun payı son 10 yılda azalmış, düzensiz gelire sahip, işsiz ve yoksul kadınların hizmete erişimi daha fazla etkilenmiştir. (21, 23). Bu nedenle, koruyucu bir hizmet olan aile planlaması hizmeti kamu tarafından verilmeli ve



desteklenmelidir. ICPD25'te belirlenen üç sıfır hedefinden biri olan karşılanmamış aile planlaması ihtiyacında sıfıra ulaşabilmek, yönetimin bu alana öncelik vermesine bağlıdır. Olumsuz sonuçları azaltmak için aile planlaması politikaları iyileştirilmeli, hizmetler yaygın ve erişilebilir olmalı ve dezavantajlı gruplara yönelik programlara öncelik verilmelidir.

TNSA'lara göre, isteyerek düşük oranı 2003'te 100 gebelikte 11,3 iken, 2013 araştırmasında 4,7, 2018 de ise 5,9 olmuştur (26). TNSA 2018'de, isteyerek düşüklerin %49'unun özel hastanelerde gerçekleştirilmiş olması, düşüğün yasal olmasına karşın kamu eli ile hizmete ulaşılabilirliğin azaldığını düşündürmektedir. Ayrıca, kendiliğinden düşükler de artmış ve 2018'de 100 gebelikte 12,7'ye kadar yükselmiştir (36). Bu oranın, daha önceki dönemlerde 8 civarında seyrederken, 2003 araştırması ve sonrasında daha yüksek olması, gebelik sayılarının azalışı (ilk gebeliklerde fazla olduğu için), tıbbi nedenler ve isteyerek düşüklerin kendiliğinden düşük olarak bildirilmesi gibi nedenlere bağlı olabilir (24, 25, 37). TNSA 2003'te, adolesan annelerin oranı %7,5 iken 2018'de 3,5'e gerilemiştir (26). Zaman içinde hastanede ve sağlık personeli eşliğinde gerçekleşen doğum ve DÖB alan gebe oranı %99'olarak bildirilmiştir ancak bu oran en az dört kez değil, bir kez DÖB alan gebe oranını yansıtmaktadır. Sezaryen oranı ise %52' ye yükselmiş olup, özel hastanelerde bu oran çok daha yüksektir (36).

Toplam doğurganlık hızı, TNSA verilerine göre, 1998'de 2,6 iken 2018'de 2,3'e gerilemiştir (36). TÜİK verilerine göre ise bu süreç daha da hızlanmış ve toplam doğurganlık hızı 2019'da 1,9'a, 2023'te 1,5'e düşmüştür (9, 38). Aile planlaması hizmetlerinin giderek daha sınırlı hale gelmesi ve nüfusu artırıcı politikaların gündemde olmasına rağmen, böylesine bir düşüşün nedenleri tartışmaya açık görünmektedir. Yine TÜİK verilerine göre, yıllık nüfus artış hızı

da 1990'da binde 21,7 iken, 2023'te 1,1'e kadar gerilemiştir (9, 38). Bu durum aile planlaması hizmetlerinin verilmesini etkilememeli, kadın sağlığı açısından bakıldığında, doğru yaklaşım, hizmetlerin erişilebilirliğinin sağlanması olmalıdır.

Bebek ve çocuk ölümleri değerlendirildiğinde 2023 yılında bebek ölüm hızı binde 10, beş yaş altı ölüm hızı ise binde 14,5'dir (38). Tüm ölümler içinde bebek ölümlerinin payı da %1,9'a kadar düşmüş, ancak halen Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development-OECD) ülke ortalamalarının üzerinde seyretmektedir (9, 39). Bebek ölümleri gibi anne ölümlerinde de düşüş gözlenmiş olup 2005'te anne ölüm oranı yüz binde 28,5'tir. Anne ölümlerinin %60'ı önlenebilir nedenlerle meydana gelmişken, düşüklerle ilişkili anne ölüm oranı da 1997'den 2005'e %7,6'dan %15,7'ye yükselmiştir (6, 28, 40).

Anne Ölümleri İzleme Programı, 2007'de başlatılmış olup, Sağlık Bakanlığı'nın 2015-2019 Anne Ölümleri Raporu'na göre, anne ölümlerinin %50'si doğrudan, %45,8'i dolaylı, %4,2'si ise sınıflanamayan sebeplerle gerçekleşmiştir (41). Anne ölüm oranı 2020'de yüz binde 13,1 iken COVID-19'a bağlı anne ölümleri dahil edildiğinde 19,9'a yükselmiştir (42). OECD 2023 raporuna göre Türkiye'nin anne ölüm oranı, OECD ülkeleri ortalamasından daha yüksektir (39).

COVID-19 pandemisi, 2000 sonrası dönemdeki önemli olaylardan biridir. Pandemi, kadın istihdamında azalmaya, Covid dışı nedenlerle sağlık hizmetlerine başvuruların düşmesine, rutin tarama programlarının aksamasına neden olmuş ve kadına yönelik şiddette de artış görülmüştür. Sağlık hizmetleri ile ilgili diğer etkilenen nokta, kamu kaynaklı doğum kontrol malzemeleriyle düşük hizmetlerine erişimde yaşanan aksaklıklardır (43).

## 2000 Yılı Sonrası Dönemde Kadınlarda Ölüm Nedenleri, Kronik Hastalıklar ve Bazı Sosyodemografik Göstergeler

Türkiye’de toplam nüfusun %49,9’unun kadınlardan oluştuğu, kadın nüfusunun 60 ve üstü yaş grubunda %52,1 ile, 90 ve üzeri yaş grubunda ise %70,2 ile erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir (44). Kadınların doğumda beklenen yaşam süresi 2002’de 74,7 iken 2019’da 81,3’e yükselmişken COVID-19 un etkisi ile tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de beklenen yaşam süresi azalmış olup 2021-2023 döneminde kadınlarda beklenen yaşam süresi 80 olmuştur (26, 45). Bin dokuz yüz altmışlardan 2022’ye doğru tüm yaş grubu kadın ölümleri içerisindeki 15 yaş altı kadın ölümlerinin payı %49,3’ten %2,7’ye düşmüşken, 65 yaş üstü kadın ölümlerinin payı %27’den %80,8’e yükselmiştir. Kadınların ölüm nedenleri yıllar içerisinde değişim göstermiş, bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümler azalırken kalp hastalıklarıyla diğer kronik hastalıklara bağlı ölümler artmıştır. 2021’e gelindiğinde en yaygın ölüm nedenleri dolaşım sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları ve malignitelerdir. Bu hastalıkları, endokrin sistem hastalıklarıyla sinir sistemi hastalıkları takip etmektedir. COVID-19’a bağlı ölümler de 2020 ve 2021’de yüksek seyretmiştir (12, 26).

Kronik hastalıkların ölüm nedenleri içindeki payı artarken, aynı zamanda hastalık yükleri de artmıştır. Küresel Hastalık Yüğü Çalışması’na göre kadınlarda inme, meme kanseri, Alzheimer ve diğer demans hastalıkları ile KOAH’a bağlı kaybedilmiş yaşam yılları artmıştır. Kadınlarda en sık engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı (DALY) nedenleri iskemik kalp hastalığı, jinekolojik hastalıklar, inme ve diyabettir. Sağlığa ayarlanmış yaşam yılı (HALE) ise, kadınlarda 2002’de 66,8 iken 2019’da 68,4’e yükselmiştir (26, 46). Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS) araştırmasında, 15 yaş üstü kadınlarda obezite %36, hipertansiyon %20, diyabet

%11, yüksek kolesterol %12, astım %9, KOAH %4 oranında belirlenmiştir. On beş yaş üstü kadınlarda tütün kullanım sıklığı %20, alkol kullanım sıklığı %3 iken, kadınların %13’ü yüksek, %61’i düşük düzeyde fiziksel aktiviteye sahiptir (47).

Türkiye’de ücretsiz olarak sunulan meme ve rahim ağzı kanser tarama hizmetlerine rağmen, tarama oranları OECD ortalaması olan yüzde ellilerin çok altında kalmaktadır. OECD 2021 verilerine göre, 50-69 yaş arası kadınların son iki yılda mamografi çekme oranı %21, 20-69 yaş arası kadınların son üç yılda smear testi yaptıma oranı ise %33’tür (39). Türkiye’de 2022’de kadınlarda insidans hızı en yüksek olan kanserler meme, tiroid, kolorektal, akciğer ve uterin korpus kanserleridir. Kanser mortalite hızı da yüz binde 75,8 olarak saptanmış olup mortalite hızı en yüksek olan kanserler meme, akciğer, kolorektal kanserleridir (48).

2023 TÜİK verilerine göre Türkiye’deki kadınlara ilişkin bazı dikkat çekici sosyoekonomik göstergeler;

- 25 yaş ve üzeri kadınların %86,7’si en az bir eğitim düzeyini tamamlamıştır.
- Yükseköğretim mezunu kadınların oranı %21,6’dır.
- 15 yaş ve üstü kadınlarda istihdam oranı %30,4’tür.
- Kadınlarda iş gücüne katılım oranı %35,1’dir.
- Şirketlerde üst düzey ve orta kademe yönetici pozisyonundaki kadın oranı %19,6’dır.
- Kadın büyükelçi oranı %27,3, milletvekili oranı %19,9’dur.
- Yüksek öğretimde görevli kadın profesör oranı %33,9 iken, doçent kadrosunda görevli kadın oranı %40,8’dir (44).

Dünya Ekonomik Forumu’nun Küresel Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği raporuna göre, Türkiye 145 ülke arasında 129. sırada yer almaktadır. Ekonomik Katılım

ve Fırsat kategorisinde 133. sırada, eğitimsel kazanımlar kategorisinde 99. sırada, sağlık ve sağlıklı yaşam beklentisi kategorisinde 100. sırada, siyasi güçlenme kategorisinde 118. sıradadır (49). Başlı başına önemli ve çok faktörlü bir konu olan kadına yönelik şiddette Türkiye, OECD ülkeleri içerisinde %32 ile birinci sırada yer almaktadır (50).

Ülkemizdeki kadınların sosyodemografik özelliklerine ilişkin verdiğimiz oranlar ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği raporu sonuçları Türkiye’de kadın eğitiminin, istihdamının iş gücüne katılımının, yöneticilikteki temsilinin istenen düzeyde olmadığını ve iyileştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

## Sonuç ve Öneriler

Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşundan bu yana kadınlar için istihdam, eğitim, gelir ve sağlık alanlarında olumlu gelişmeler yaşanmıştır. Kadın sağlığı alanında kaydedilen ilerlemelere rağmen, sağlık göstergeleri halen istenilen düzeyde değildir ve eşitsizlikler devam etmektedir. Kadın sağlığına yönelik kimi alanlarda hizmetlerde sorunlar bulunmaktadır. Kadınlar yaşamları boyunca başta koruyucu hizmetler olmak üzere sağlık

hizmetleri ile desteklenmeli, doğum öncesi ve sonrası bakım, sağlıklı doğum ve aile planlaması, düşük hizmetlerine erişimi yanı sıra, kronik hastalıklar ve kanserden korunma, tarama ve tedavileri sağlanmalıdır. Kadın sağlığına tüm yönleri ile yaklaşılmalı, sosyal ve ekonomik açıdan güçlenmeleri için fırsat eşitliği tanınmalı ve Cumhuriyetin ilanı ile sahip olunan kazanımları ileriye götürmek temel amaç olmalıdır.

## Kaynaklar

1. Soysal G, Özcan C, Akın A. *Dünyada ve Türkiye’de Kadın, Anne ve Çocuk Sağlığının Güncel Durumu. Sağlık ve Toplum Dergisi.* 2022;32(1):3-13.
2. Güler Ç, Akın L. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler.* Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi; 2012.
3. WHO. *Women and Health: Today's Evidence Tomorrow's Agenda* 2009.
4. İlçioğlu K, Keser N, Çınar N. *Ülkemizde Kadın Sağlığı ve Etkileyen Faktörler. Journal of Human Rhythm.* 2017;3(3):112-9.
5. Dirican R. *Dünya’da ve Türkiye’de Nüfus Sorunu. Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları- II Ana-Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması: Türkiye Tabipleri Birliği; 1998. pp. 91-106.*
6. Akın A. *Türkiye’de Nüfus, Doğum Kontrol Yöntemi ve İsteyerek Düşüklere Yönelik Politikalar: Nedenleri ve Sonuçları. Toplum ve Hekim.* 2012;27(5):323-36.
7. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. *Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl. Ankara: Ayyıldız Matbaası; 1973.*
8. Ahmet Can Bilgin, Hande Bahadır, Günay Tr. *Üreme Sağlığı. Tarihsel Bakışla Türkiye’de Halk Sağlığı. Edirne; 2018. pp. 341-55.*
9. TÜİK. *100 Yılın Göstergeleri. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2023.*
10. Akın A. *Türkiye’de Değişen Nüfus ve Sağlık Politikaları Doğrultusunda, İsteyerek Düşükler ve Üreme Sağlığı Hizmet*

- Sunumunda Geleceğe Bakış. *TJPH*. 2012;10 (Özel Sayı):43-6.
11. Akdağ R, Koç Y. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011): Herkes İçin Sağlık: TC Sağlık Bakanlığı; 2012.
12. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. *İstatistiklerle Kadın: 1927-1992*. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası; 1995. pp. 1-185.
13. Kayacan E. Türkiye'nin Nüfus Politikalarında Değişim Kalkınma Planları Üzerinde Değerlendirilme. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2022;22(54):107-39.
14. Akın, A, "Emergence of the Family Planning Program in Turkey", *The Global Family Planning Revolution, Three Decades of Population Policies and Programs* kitabı içerisinde, Ed. Robinson, W. C. Ross, J. A. The World Bank, Washington DC; 2007, pp. 85-102.
15. Karaca Bozkurt Ö. Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD, 1994) Eylem Programı'nın Türkiye'de Uygulanan Sağlık Politikalarına Yansımalarının Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden İncelenmesi. TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, Ankara: Afşaroğlu Matbaası; 2011.
16. Tezcan S. Nüfus ve Sağlık Araştırmaları. *Tarihsel Bakışla Türkiye'de Halk Sağlığı*. Edirne 2018. pp. 298-303.
17. Ergöçmen BA, Yüksel İ. Türkiye'de Ölüm Kayıtlarına İlişkin Sorunlar: Anne Ölümleri Özelinde Niteliksel Bir Çalışma. *Nüfusbilim Dergisi*. 2016;28(1):29-46.
18. Sert G. *Üreme Haklarının Yasal Temelleri*. İstanbul: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı; 2013.
19. *Kadının İnsan Hakları – Yeni Çözümler Eşitlik İzleme Komitesi ve Mor Çatı Vakfı. Birleşmiş Milletler Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi'nin (Cedaw) Uygulamasına İlişkin Türkiye Stk Gölge Raporu*. Newyork; 1997.
20. UNFPA. Türkiye, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu. [cited 2004 Agu 7]. Available from: <https://turkiye.unfpa.org/tr>.
21. Özvarış ŞB. Türkiye'de Üreme Sağlığı Hizmetlerin Durumu: Son Yirmi Yılda Neler Değişti? *Toplum ve Hekim*. 2023;38(2):1-9.
22. Özgülner N. Sağlıkta Dönüşüm Kadın Sağlığını Nasıl Etkiledi. *Toplum ve Hekim*. 2015;30:120-6.
23. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). *Üreme Sağlığı Konularında Tematik Analizler 1993-2018*. Ankara: Emsal Matbaası; 2022.
24. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998*. Ankara; 1999.
25. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1993*. Ankara; 1994.
26. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Türkiye Sağlık İstatistikler Yıllığı 2021*. Ankara; 2023.
27. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. *Levels and Trends in Child Mortality: Report 2022*. UNICEF, 2023.
28. Biliker MA. Maternal Mortality in Turkey. *J Perinat Med*. 2003;31(5):380-5.
29. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Sağlık Bakanlığı Stratejik Eylem Planı 2013-2017*. Ankara; 2012.
30. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilâtı Müsteşarlığı. *Binyıl Kalkınma Hedefleri Raporu Türkiye 2010*. Ankara; 2010.
31. T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Komisyonu. *Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Hizmet Çerçevesi Raporu*. Ankara; 2004.
32. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal*

- Stratejiler ve Eylem Planı (2005-2015). Ankara; 2010.
33. Abbasoğlu Özgören A, Ergöçmen A. *Nairobi Taahhütleri: Türkiye'de Üç Sıfıra Doğru*. 2020.
34. Özcebe H, Ünalın T, Türkyılmaz A, Coşkun Y. *Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması, Nüfusbilim Derneği. I. Baskı* Ankara; 2007.
35. Kılıç B. *Türkiye'de 2000 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları. Tarihsel Bakışla Türkiye'de Halk Sağlığı*. Edirne; 2018. pp. 42-64.
36. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). *2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Temel Bulgular*. Ankara; 2019.
37. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). *2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Temel Bulgular*. Ankara; 2004.
38. TÜİK. *İstatistiklerle Türkiye 2023*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2024
39. OECD. *Health at a Glance 2023*. 2023. doi:10.1787/7a7afb35-en.
40. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). *Türkiye Anne Ölümleri Çalışması, 2005, Ana Rapor*. Ankara; 2006.
41. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. *Türkiye Anne Ölümleri Raporu, 2015-2019*. Ankara; 2021.
42. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. *Türkiye Sağlık İstatistikler Yıllığı, 2020*. Ankara; 2022.
43. Abay E, Akın A. *COVID-19 Salgınında; Dünyada ve Türkiye'de Kadınlara Yönelik Şiddet ve Toplumsal Cinsiyet. Sağlık ve Toplum*. 2021;31(3):11-6.
44. TÜİK. *İstatistiklerle Kadın, 2023*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2024.
45. TÜİK. *Hayat Tabloları, 2021-2023*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2024.
46. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). *Türkiye Hastalık Yükü Çalışması*. Ankara; 2019.
47. Üner S, Balçılar M, Ergüder T. *Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (Steps)*. Ankara; 2018.
48. GLOBOCAN. *Türkiye Kanser Datası, 2022*. Available from: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/792-turkiye-fact-sheet.pdf>
49. WEF. *The Global Gender Gap Report 2023: World Economic Forum 2023*.
50. OECD. *Kadına Yönelik Şiddet Datası, 2023 [cited 2024 Agu 8]*. Available from: <https://www.oecd.org/en/data/indicators/violence-against-women.html>.