

## ÜLKEMİZDEKİ KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

### *WOMAN's SOCIAL AND DEMOGRAPHY SPECIALITIES IN TURKEY*

Ahsen ŞİRİN

E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Doğum Hemşireliği AD,  
Bornova/İZMİR

Anahtar Sözcükler: Kadın, kadın sağlığı, kadının eğitimi, doğurganlık oranları  
Key Words: Women, woman's health, women's education, rates of reproductive

---

### ÖZET

İnsanlığın başlangıcından beri toplumun ana unsuru kadın olmuştur. Kadınlar doğurganlıkları ile insanlığın devamını sağlamış, üretkenlikleri ile ekonomiye katkıda bulunmuşlardır. Kadının statüsü giderek değişmektedir. Kadın statüsüyle ilgili toplumsal Cıçüt Ana 1:51çüm I-İzıdır. Bu makalede; ülkemizdeki kadın sağlığına etki eden kadın nüfusu, eğitimi ve doğurganlık özellikleriyle ilgili bilgiler verilmiştir.

### SUMMARY

*Women are been base of every society since beginning of hurnanity. Women who have been of help economy with productivity, provide continuity of humanity with reproductives of them. Wornen's status have gradually changed. The Maternal Mortality Rate is a criterian connected with women's status. At this contex: Inforrnations which are interested in women's population. women's education and women's reproductives cire giyen in Turkey.*

### GİRİŞ

İnsanlığın başlangıcından beri her toplumun ana unsuru kadın olmuştur. Kadınlar doğurganlıkları ile insanlığın devamını sağlamış, üretkenlikleri ile ekonomiye katkıda bulunmuşlardır. Son yıllarda özellikle gelişmiş ülkelerde kadının toplum içindeki yeri, rolü ve statüsü giderek değişmektedir. Buna bağlı olarak sağlık statüsünde de değişme

görülmekte ve buna göre sağlık bakım ihtiyaçları ortaya çıkmaktadır. Kadının geleneksel durumunun değişmesinde başlıca şu faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir;

- Kadının daha geç evlenmesi,
- Boşanmayla sonuçlanan evliliklerin artması,
- Ekonomik baskılarla giderek daha fazla kadının çalışması,
- Çalışan anneye ilişkin olarak toplumun giderek daha olumlu düşünmesi,
- Aile planlaması, doğurganlığın düzenlenmesi, doğum oranının azalması (Şirin ve ark. 1997).

Kadın ve kadın sağlığı, doğrudan kendisi için önemli olduğu kadar, çocuk sağlığı ve aile sağlığı üzerindeki etkisi bakımından da önemlidir. Bir ülkenin gelişmesindeki etkenlerden biri topluma bedensel ve ruhsal bakımdan sağlıklı çocuklar kazandırmaktır. Bu durum kuşkusuz çocukların yetişmesinde rol oynayan annelerin sağlıklı olması şartını da birlikte getirmektedir. Gelişimsel yaşam süreçleri gereği gebelik, doğum, emzirme gibi sağlık açısından son derece önemli deneyimler geçiren kadınların sağlığı toplum sağlığının en önemli boyutudur. Annenin sağlığı çocuğun sağlığını ve dolayısıyla ailenin sağlığını doğrudan etkiler. Gebeliğin ve anneliğin güvence altında geçmesi, bebeklik, çocukluk ve adölesan dönemlerinin en az risk altında, hastalık ve sakatlıklardan anılmış olması gerekmektedir (Taşkın 1998).

Dünyadaki ve ülkemizdeki bazı ölçütlere göre;

- Dünyada her yıl 150 milyon kadın gebe kalmaktadır (İnanç ve Hatipoğlu 1995).
- Her yıl 500.000 kadın, çoğu önlenemez, gebeliğe ve doğuma bağlı nedenlerle ölmektedir (inanç ve Hatipoğlu 1995). Ölümlerin yalnızca 4.000 kadarı gelişmiş ülkelerde, diğerleri gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir (Özvanş ve Çalı 1997).
- Dünyada her yıl 62 milyon kadının anneliğe bağlı en az bir tıbbi sorunu olmaktadır (İnanç ve Hatipoğlu 1995).
- Dünyada yılda yaklaşık 30-50 milyon kadın isteyerek düşük yapmaktadır. Bu oran ülkemizde 100 canlı doğuma karşın 35.0'dur (inanç ve Hatipoğlu 1995).
- Ülkemizde evli kadınların % 21.1'i eşiyile akrabadır. Akrapa evliliği % 10 ile en az Batı Anadolu'da olup bu oran Kanada'nın 10, Belçika'nın 16 katıdır (İnanç ve Hatipoğlu 1995).

- Her gün 100 milyonun üzerinde olduğu tahmin edilen cinsel ilişkilerin 910.000'i gebelik ve 356.000'i cinsel yolla bulaşan hastalıkla sonuçlanmaktadır. Bu gebeliklerin yarısı planlanmış olmasına rağmen % 25'1 kesinlikle istenmemektedir. Her gün istenmeyen bu gebeliklerden 150.000'1 isteyerek düşükle sonuçlanmaktadır.

Bu düşüklerin 1 /3'ü sağlıklı olmayan koşullarda yapılmakta ve her gün 500'ü ölümlerle sonuçlanmaktadır. Anne ölümlerinin 1/4-1/3'ü güvenli olmayan düşük komplikasyonlarına bağlıdır (Özvarış ve Çalı 1997).

Kadın sağlığı, kadının bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır. Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nursing = ICN) (1995)'ne göre kadın sağlığı ifade edilirken, ana rahminden, çocukluğa ve kadınlığa doğru devam eden yaşantılarla hastalıkta ve sağlıkta yaşanan sosyo-ekonomik bileşenleri içerecek şekilde düşünülmeli ve değerlendirilmelidir. Kadın sağlığına bakışta, kadının gereksinimlerinin karşılanması, özerklik ve bireysel haklarına saygı önemli bir kriterdir (Çam 1996).

Genellikle erkek ve kadınların sağlık sorunları arasında ergenlikten önce ve menapoz döneminden sonra önemli bir fark yoktur. Bu nedenle kadınların sağlık sorunları denilince 15-49 yaş arasındaki dönemin sağlık sorunları üzerinde önemle durulur. Ülkemizde nüfusumuzun % 27.4'ünü oluşturan 15-49 yaş grubu kadınların sağlık sorunları özellikle önem taşımaktadır (TNSA-1999).

Kadının sağlık durumunu etkileyen faktörler; kültürel normlar, evliliğe ilişkin tutumlar. evlilik anındaki yaş. doğurganlık oranı, doğan çocuğun cinsiyeti, aile yapısının belirgin karakteri. kadının aile içindeki yeri ve üretim biçimi gibi faktörlerdir. Bunlar incelendiğinde kadın sağlığının doğurganlık çağı sağlığı ile başka bir deyişle doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemleri içeren ana sağlığı ile iç içe olduğu görülür (Şirin ve ark.1997).

Ülkemizde doğurganlığın düzenlenmesinde belirleyici olan faktörlerin bazıları şunlardır;

- Toplumun yapısı: Ülkemizde nüfusun % 60'1 kentsel. % 39.1'i ise kırsal alanda oturmaktadır. Ancak, kırdan kente göç, sosyal açıdan genelde doğurganlık davranışlarını değiştirmekle birlikte, halen kentlerde özellikle gecekondualarda yaşayanların doğurganlık davranışları, ağırlıklı olarak kırsal yapının etkisi altındadır (Özvarış ve Çalı 1997).

- **Aile Yapısı:** Kentleşmeyle birlikte giderek çekirdek aile yapısının artmasına rağmen, kırsal alanda hala geleneksel -geniş-aile yapısı varlığını sürdürmektedir. Geleneksel aile yapısı, ilk çocuğun zamanlaması, istenilen çocuk sayısı ve kadının kontraseptif kullanımına karar vermesi açısından kadını daha edilgen yapmaktadır (Özvarış ve Çalı 1997, Şirin 1990).
- **Ailenin Ekonomik Durumu:** Sosyo-ekonomik durumun düşük olması, kadının sağlık hizmetlerinden yararlanma, antenatal takip ve diğer hizmetleri almasını etkilemektedir (özvanş ve Çalı 1997).
- **Kadının Statüsü:** Kadının statüsünü belirlemede eğitim ve para getiren bir işte çalışma durumu, yaptığı işin özelliği ve aile içindeki yeri önemlidir (Özvarış ve Çalı 1997, Şirin 1990).
- **Evlilik ve ilk Evlenme Yaşı:** İlk evlenme yaşının erken olması fertil dönemin uzun olmasına neden olmakta ve doğurganlığı etkilemektedir (Özvarış ve Çalı 1997, Şirin 1990).
- **istenen Çocuk Sayısı:** Kadının ve erkeğin eğitim durumu istenen çocuk sayısını etkilerken, eğitim düzeyi arttıkça istenen çocuk sayısı azalmaktadır (Özvarış ve Çalı 1997).
- **Çocuklarda Cinsiyet Tercihi:** Erkek çocuk tercihi pek çok gelişmekte olan ülkede olduğu gibi ülkemizde de doğurganlığı etkileyen bir faktördür. Bununla birlikte, cinsiyet tercihinin ortadan kalkması ile birlikte kontraseptif yöntem kullanma oranı artmaktadır (Özvarış ve Çalı 1997).
- **Çocuğun Maliyeti ve Aileye Ekonomik Yararı:** Kırsal yörede çocuğun aileye ekonomik ve zaman açısından maliyeti, kente göre azdır. Bununla birlikte kırsal yörede işgücü anlamında çocuğun ekonomik yararı daha çok olacaktır (Özvanş ve Çalı 1997, Şirin 1990).
- **Bebek ve Çocuk Ölümleri:** Bebek ve çocuk ölümlerinin hala yüksek olması doğan çocukların hayatta kalıp kalmama endişesi yaratmakta, bu da kadını daha çok çocuk doğurmaya yöneltmektedir (Özvarış ve Çalı 1997).
- **Laktasyon:** Ülke genelinde emzirmenin çok yaygın olmasına ve bebeklerin uzun süre emzirmelerine rağmen, ek gıdaya başlama erken olduğundan, laktasyonun kontraseptif etkisi yeterli olmamaktadır (Özvarış ve Çalı 1997, Şirin 1990).
- **Kontraseptif Kullanımı:** Ülkemizde kontraseptif kullanımında, özellikle de modem yöntem kullanımında yıllara göre artış ol-

maktadır. Ayrıca, kontraseptif kullanımında ki başarısızlık da doğurganlığı etkileyen bir faktördür (Özvanş ve Çalı 1997).

**Ana ölümü;** gebeliğin süresine ve lokalizasyonuna bakılmaksızın gebelik sırasında veya doğumu takip eden 42 gün içinde gebeliğe bağlı nedenlerle oluşan ölümlerdir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı (SU) kayıtlarına göre ilk üç sırayı gebelik ve lohusalık toksemileri (% 41), kanamalar (% 19,9) ve enfeksiyonlar (% 5.5) almaktadır. Diğer komplikasyonlar ise % 25'dir (Taşkın 1997).

Kadının statüsüyle ilgili toplum sağlığı ölçütü olarak Ana Ölüm Hızı (AÖH = Maternal Mortalite = MM) önemli bir ölçüttür, 53 ilde yapılan araştırmaya göre ana ölümünün % 59.11 doğum sonu, % 22'si gebelik, % 12'si doğum, % 5.9'u düşük sonucu, % 09'u dış gebelikte meydana gelmektedir (Arsan 2001). A(51.1 1974'te yüzbin de 208, 1993'te yüzbin de 132 ve 1998'de ise yüzbin de 100 dür. Gelişmiş ülkelerde bu oran yüzbin de 26 dir (Taşkın 1998).

Ana ölümlerine hazırlayan nedenlerin büyük bölümü önlenbilir nedenlerdir. Bunlar ise;

- Erken ve ileri yaştaki gebelikler (20 yaştan önce ve 35 yaş sonrası).
- Beslenme yetersizliği.
- Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde yeterli bakım alamama,
- Sosyal faktörlerdir (Taşkın 1997).

Ana ölümlerine neden olan demografik faktörler;

- Kadının yaşı (18 yaş altı ve 35 yaş üzeri),
- Doğum aralıkları ( 2 yıldan sık aralıklarla),
- Doğurduğu çocuk sayısı (Özvarış ve Çalı 1997)

**Kadının Yaşı:** En iyi çocuk doğurma yaşı 20-30 yaşları arasındır. Bu yaştan ne kadar uzaklaşılar ise prematürelilik, anne ve bebek hastalık ve ölüm hızlarında o kadar artma görülür. Bebek Ölüm Hızı (BÖH) 20-30 yaş arasında en düşüktür. En yüksek doğurganlık hızı 20-24 yaşları arasındadır. Ülkemizde çocuk doğurma yaşının yavaş yavaş 3rükselrnekte olduğu görülmektedir. Ortanca çocuk doğurma yaşı 45-49 yaş kadınlar için 20.6 iken, henüz doğurganlık çağının başlarında olan 25-29 yaşlarındaki kadınlarda 22.2'ye yükselmektedir (TNSA-1999, Taşkın 1998).

Adötesan gebelerde, gebeliğin ilk ve son üç ayına ilişkin kanamalar, anemiler, zor ve uzun doğum eylemi, gebelik toksemisi, prematüre ve düşük doğum ağırlığında bebek doğumu görülür.

İleri yaş gebeliklerinde ise kromozom anomalileri insidansı artar. Ayrıca, toksemi, kanamalar, zor ve uzun doğum eylemi gibi komplikasyonların görülme hızı da artmaktadır. Gelişmiş ülkelerde bu tür komplikasyonlara, doğum öncesi bakıma ve yeterli beslenmeye bağlı olarak daha az rastlanmaktadır.

**Doğum Aralığının Etkisi:** Bir doğumdan diğer doğuma fizyolojik olarak iki üç yıl içinde hazır Doğumlar arasındaki ortalama süre doğurganlık durumunda belirleyici olmaktadır. Bu süre ne kadar kısa olursa, çocuk sahibi olabilme devrine sığacak çocuk sayısı da o kadar fazla olmaktadır. Doğum aralığı, gebe kalmak için bekleme süresi ve postpartum fertil olmama süresini içerir (Özvanş ve Çalı 1997). Doğum aralığının kısa olması durumunda hem anne hem de bebek ölüm hızı artmaktadır. Sık doğumla birlikte yetersiz ve dengesiz beslenme ortaya çıkmakta ve anne-çocuk sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Beslenme bozukluğu olan annelerde prematür doğum, ölü doğum, konjenital malfarmasyonlar, düşük doğum ağırlıklı bebekler dünyaya gelmektedir. Yapılan araştırmalarda fetüsün beslenmesi ile onun süt çocukluğu ve çocukluk dönemlerindeki mental ve fiziksel gelişmesinin yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (Taşkın 1998).

**Çocuk Sayısının Etkisi:** Çocuk sayısı arttıkça gebelik toksemisi, kanama, zor ve uzun doğum eylemi, uterus rüptürü, hipertansiyon v.b komplikasyonlarda da artma gözlenmektedir. Ayrıca, çocuk sayısı kadında jinekolojik problemlerin (uterus prolapsusu, stress inkontinans ve servikal kanserler v.b) de görülme sıklığını artırır (Hatcher ve ark. 1990).

## ÜLKEMİZDE KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERİNE GÖRE ÖZELLİKLERİ

### I- KADINLARIN NÜFUSA GÖRE DAĞILIMI:

Ülkemiz nüfusu Cumhuriyetin kuruluşundan dört yıl sonra 1927'de yapılan ilk resmi nüfus sayımında 13.6 milyon bulunmuştur. 1997 'de 62.8 milyon olan nüfusun % 65'inin kentlerde yaşadıkları bulunmuştur. 2010 yılında ise 76 milyon, 2025 yılında da 88 milyon olabileceği düşünülmektedir (Population Reference Bureau 99, TNSA-1999).

1960'ların ortalarına kadar nüfusun arttırılmasına yönelik pronatalist politikadan, daha sonra antinatalist politikaya dönülmüştür. 1965

yılında çıkarılan Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun ile resmileştirilmiştir. Bu politikanın benimsenmesindeki etken, 1950'lerde nüfus artış hızlarının yüksek olmasının birçok tıbbi soruna neden olması, özellikle yasal olmayan yollarla yapılan kürtajlar sonucunda pek çok kadının hayatını kaybetmesidir. Kent nüfusunun artması ve istihdam sorunları da hükümetleri buna itmiştir. 1983 yılında bu kanun yeniden gözden geçirilmiş ve daha kapsamlı bir yasa çıkartılarak, 10 haftaya kadar olan gebeliklerin kürtajla sona erdirilmesi ve gönüllü cerrahi sterilizasyon yasallaştırılmıştır (Özvarış ve Çalı 1997, TNSA-1999, Özsoy 1996).

Tablo 1. Nüfusun yaş, yerleşim yeri ve cinsiyete göre dağılımı (TNSA-98).

Yaş grubu	KENT			KIR		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
15-19 yaş	11.0	10.6	10.8	10.2	11.6	10.9
20-24 yaş	8.4	10.6	9.5	7.5	8.5	8.0
25-29 yaş	9.0	9.5	9.3	6.9	6.9	6.9
30-34 yaş	7.9	8.0	8.0	5.8	5.9	5.9
35-39 yaş	7.2	7.1	7.2	5.1	5.9	5.5
40-44 yaş	6.4	6.0	6.2	5.1	5.0	5.1
45-49 yaş	5.2	4.7	4.9	4.3	4.2	4.3
<b>Toplam</b>						
•nel Top. içinde)	55.1	56.5	44.9	44.9	48.0	46.6

Nüfusun 15-49 yaş gruplarına, yerleşim yerine ve cinsiyete göre dağılımına bakıldığında (Tablo 1): 15-49 yaş grubunda yaşayanların oranı tüm nüfus içinde % 52.5'dir. Kadın nüfusu % 53.4 ve erkek nüfusu ise % 51.4'dür. Burada kadın nüfusunun erkeklere oranla biraz daha yüksek olduğu görülmektedir. Kadınlarda yerleşim yerine göre nüfuslarında farklılıklar görülmektedir. Kentte yaşayanların oranı kadın nüfusu genelinde % 56.5 iken kırsal alanda % 48.0'dır. Ülkemizde tüm nüfusa göre kentte yaşayan kadınların oranı % 56.5'dir (TNSA 99).

#### KADINLARIN EĞİTİMİNE GÖRE DAĞILIMI:

Ailedeki bireylerin eğitim durumu, cloğurganlık davranışı, gebeliği önleyici yöntem kullanımı, çocuk sağlığı ve doğru temizlik alışkanlıkları gibi bir çok olguyu etkilemektedir.

Bugün dünyakla okur-yazar olmayan 960 milyon erişkin mevcuttur. Bu sayının üçte ikisi kadındır. Hiç okula gitmeyen çocukların % 70'i kız çocuğudur (Özsoy 1996).

Birçok ülkede okuma-yazma bilen kadın oranı % 20'nin altında olup örneğin Somali'de % 2 düzeyindedir. Sosyal güvenceden yoksun ve eğitimsiz olmanın sonucu kadın, aşırı doğurganlığın getirdiği kadın sağlığı ve analık sorunlarını yaşamaktadır (Erefe 1996).

6-65 ve üzeri yaş grubundaki kadınların % 48.3'ü ilkokulu bitirmiş/ortaokulu bitirmemiş, ortaokul mezunu olanların oranı ise % 12 dir. Bu oranlar erkeklerde % 55.5 ve % 19.4 dür. Ortanca eğitim süresi ise kadınlarda 4.3 yıl iken erkeklerde ise 4.7 yıldır.

Kırsal alanlarda hiç okula gitmemiş olanların oranı kentte yaşayanlardan daha yüksektir ve bu fark hem erkekler hem de kadınlar için gözlenmektedir. Kentlerde kadınların üçte ikisine yakını en az ilkokul mezunudur. Kırsal kesimlerde, en az ilkokul mezunu olanların oranı hem erkekler hem de kadınlar için düşüktür (TNSA-1999).

Eğitim düzeyi bakımından bölgeler arasında da önemli farklılıklar bulunmaktadır. Hiç eğitime devam etmemiş kadınların (% 46) ve erkeklerin (% 23) en yüksek oranda bulunduğu bölge Doğu Anadolu'dur. Hiç okula devam etmemiş kadınların (% 7) ve erkeklerin (% 17) en düşük oranda bulunduğu bölge Batı Anadolu bölgesidir(TNSA-1999).

Kadınların eğitim durumu ile doğum öncesi bakım (DOB) alma durumları arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. En az ortaokul eğitimi almış kadınların hemen hemen hepsi D(5B aldığı halde ilkokulu bitirmemiş kadınların yalnızca üçte biri bu bakımdan yararlanmıştır. Ayrıca, kadınların eğitim düzeyi ile doğum için bir sağlık kuruluşunu tercih etme arasında da kuvvetli ilişki bulunmuştur. Hiç eğitimi olmayan kadınlarda doğuma bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirme oranı % 45'e ulaşılırken, bu oranın ortaokul ve daha fazla düzeyde eğitim almış kadınlarda % 96'ya çıktığı görülmüştür (TNSA-1999).

Çocuğun aşılama durumuyla annenin eğitim düzeyi arasında da ilişki vardır. Hiç eğitim almamış annelerin çocukları arasında tam aşılama oranı % 29 iken, anneleri ortaokul ya da üzeri eğitim görmüş çocuklar arasında ise % 64'tür (TNSA 99).

Eğitimi olmayan annelerin çocuklarında ishal görülme oranı % 36'dan yüksek olup ve çocukları sağlık kuruluşuna götürmede de farklılık görülmektedir. Ortaokulu bitirmiş annelerde bu oran % 56.3 iken eğitimi olmayanlarda % 35'tir (TNSA 1999,Özcebe 2001).

Hiç eğitimi olmayan annelerin % 45'i, ortaokul ve üzeri eğitim alan annelerin % 65'i doğumdan sonraki ilk bir saat içinde bebeklerini emzirmişlerdir. Buna karşılık hiç okula gitmeyen kadınlar çocuklarını daha eğitimli kadınların çocuklarından en az yedi ay daha fazla olmak üzere 17 ay emzirmişlerdir (TNSA 1999).



**Annelerin** eğitimi çocuğun biiyüme ve gelişmesini de etkilemektedir (Özcebe 2001).

Eğitim durumu kadının çalışma hayatına katılımını da etkilemektedir. TNSA-98 araştırması: kadınların °A 39'unun 12 aylık dönem içinde çalıştıkları, % 35'inin araştırma tarihinde halen çalışmakta olduğunu göstermektedir. Çalışmayan kadınlar içinde yaşlı kadınlar, kırsal kesimde yaşayan kadınlar, eğitimsiz kadınlar daha yüksek orandadır. Çalışan kadınların % 49'u tarım kesiminde çalışmaktadır. Tarım dışı kesimlerde çalışan kadınların çoğunlukla serbest (profesyonel) ve teknik meslelerde ve daha sonra da vasıflı işçi olarak çalıştıkları görülmektedir. Diğer kadınların çoğunluğu ev-içi işlerde ve ticaret/hizmet sektöründe çalışmaktadır (TNSA-1999).

### ili- KADINLARIN DOĞURGANLIK DURUMLARINA GÖRE DAĞHIMI:

1- Toplam Doğurganlık Hızı (TDH): Bu hız doğurgan çağdaki kadın nüfusunun yaş yapısından etkilenmeden doğurganlık düzeyi hakkında kesin bilgi veren bir ölçüttür. Doğurgan çağa giren bir kadının bu çağ sonuna kadar ortalama kaç canlı doğum yapacağına gösterir. Bu hız yaşa özel doğurganlık hızlarının toplamı alınarak hesaplanır (Sümbüloğlu 1990, Üner 1972).

Tablo 2. kadınların yerleşim yeri. yaşadıkları bölge ve eğitim durumlarına göre TDH ve ortalama canlı doğum sayısına göre dağılımı (TNSA-98).

Temel Özellik	Toplam Doğurganlık Hızı	Ortalama Canlı Doğum Sayısı (40-49 yaş kadınlarda)
<b>YERLEŞİM YERİ</b>		
Kent	2.39	3.82
Kır	3.08	5.02
<b>BÖLGE</b>		
Batı	2.03	3.43
Güney	2.55	4.46
Orta	2.56	3.84
Kuzey	2.68	4.36
Doğu	4.19	7.00
<b>EĞİTİM DURUMU</b>		
Etilini Yok'ilk. Bitirmemiş	3.89	5.63
ilk. Mezunu \Ortaoktl Bitirmemiş	2.55	3.40
Ortaokul ve üzeri	1.61	1.84
<b>TOPLAM</b>	<b>2.61</b>	<b>4.22</b>

• 15-49 yaşlarındaki kadınlara ait hızlar

TDH, kırsal yörelerde yaşayan kadınlar için yaklaşık 3.1 iken kentte yaşayanlarda bu hız 2.4 ile Türkiye ortalamasından (2.6) daha düşüktür. Yaşamları bölgelere bakıldığında en düşük (2.03) Batı, en yüksek (4.19) Doğu bölgesindedir (Tablo 2). Eğitimsiz kadınlar ile en az ortaokulu bitirmiş kadınlar karşılaştırıldığında hem doğurganlık hızları. hem de canlı doğan çocuk sayılarında yandan fazla düşme görülmektedir (Arsan 2001. TNSA 1999).

**2- Kaba Doğum Hızı ise (KDH):** Bir yıl içinde olan canlı doğum sayısının yıl ortası nüfusa bölünmesiyle bulunur. Her bin nüfusa kaç doğum düştüğünü gösterir (Sümbüloğlu 1990, ener 1972). Ülkemizde KDH binde 20'lere düşmüştür, Ülke ortalaması 23.4' tür. Bu hız, kaba ölüm hızının (M5H) çok düşük olması halinde bile, ülkemizde artık nispeten düşük bir nüfus artış hızının olduğunu ifade etmektedir (Arsan 2001).

**3- Yaşa Özel Doğurganlık Hızı:** Belli bir yaş ya da yaş grubundaki kadınların bir yıl içinde yaptıkları canlı doğum sayısının o yaş veya yaş grubundaki kadın yıl ortası nüfusuna bölünmesi ile bulunur (Sümbüloğlu 1990, Üner 1972).

Türkiye'de doğurganlık zaman içinde azalmaktadır. Ancak, düşme eğilimi daha çok doğurganlık çağlarının sonlarındaki kadınlar için söz konusudur. Doğurganlığın en yüksek olduğu yaş grubu 20-24 dür. Bunu 25-29 yaş grubu izlemektedir. Doğurganlık açısından risk grubu olarak ele alabileceğimiz 15-19 yaş grubunda doğurganlığın yüksek olması adölesan gebeliklerin yüksek olduğunu gösterir ve ileri yaş anne olma oranında da yıllara göre düşme görülmektedir (TNSA 1999).

#### 4- Canlı Doğum Sayısı Ve Yaşayan Çocuk Sayısı:

**Tablo 3. 15-49 Yaş Kadınlarda Canlı Doğum Ve Yaşayan Çocuk Sayısına Göre Dağılımı (TNSA-98).**

Canlı Doğum Sayısı (CDS)	15-49 Yaş Kadın
0	9.9
1-3 çocuk	63.3
4 ve üzeri çocuk	29.9
Ortalama CDS	2.76
Yaşayan Çocuk Sayısı Ortalaması	2.49

Tablo 3'de görüldüğü gibi halen evli kadınlarda hiç çocuğu olmayanların oranı % 9.9 dur. Bu oran tüm kadınlar için ise % 34.9 dur.

CDS ortalamasının 2.76 olmasına rağmen dört ve üzeri çocuk sahibi olanların oranı da küçümsenmeyecek orandadır (29.9). Yaşayan çocuk sayısının ortalama değeri ile CDS ortalaması karşılaştırıldığında yaklaşık olarak çocuk ölümleri hakkında bilgi verebilir (TNSA 1999).

Türkiye'de evliliğin yaygın olmasının yanı sıra çocuksuz kalmayı tercih eden kadın sayısı da çok azdır. Çocuksuz kadın sayısı bekar kadın sayısının azalması ile birlikte azalmaktadır. Halen evli olup doğurganlık çağı'nı tamamlanmış üzere olan kadınlar arasında çocuk sahibi olmayanlar sadece % 2'nin biraz üzerindedir. Bu durum büyük bir olasılıkla çocuksuz kalmayı tercih etmekten çok infertiliteye dayanmaktadır (TNSA 1999).

5- Doğum Aralıkları= Kısa doğum aralıkları bebek sağlığı ve anne sağlığı açısından büyük tehlikeler yaratmaktadır. 24 aydan kısa olan doğum aralıklarından sonra doğan bebekler için daha büyük bir tehlike söz konusudur. TNSA-98 verilerine göre; ortanca doğum aralığı üç yılın biraz üstündedir (37 ay). Bu süre ile güvenli kabul edilen minimum süre arasındaki fark bir yıldan fazladır. Temel özelliklerine göre belirgin şekilde farklılaşmaktadır. En az ortaokul mezunu olan annelerde riskli doğum aralığı oranı, eğitimsiz kadınlarınkinden yüzde 40 düşüktür. Çocuğun cinsiyeti de doğum aralığına etki eden bir faktördür. Kız çocuğu doğumum' izleyen doğum aralıkları erkek çocuğunkini izleyenlerden genellikle daha kısadır [yaklaşık % 28 ve % 25) (Onalan 1997). Bütün özelliklere bakıldığında doğum aralığını belirleyen en önemli etmen bir önceki doğan çocuğun yaşayıp yaşamadığıdır.

6- Adölesan Doğurganlık ve Annelik: 15-19 yaşları arasında anne olan ya da ilk çocuğuna gebe olan kadınların yüzdesini vermektedir. Adölesan doğurganlık oranı % 51.6 dır. Kentte yaşayanlarda adölesan kızlar arasında anne olanların oranı (% 9), kırsal yörede yaşayanlara (% 11) göre daha düşüktür. Anne olma oranı bölgelere baktığımızda da en yüksek oranda Orta Anadolu bölgesinde (% 11.2), en düşük ise Kuzey Anadolu bölgesindedir (% 6.7). Eğitim düzeyi sadece eğitime devam edildiği sürece evliliğin gecikmesine ve böylece doğumların ertelenmesine yol açtığı için değil aynı zamanda davranış değişikliğine sebep olduğu için de adölesan doğurganlığını etkileyen en önemli değişkendir (TNSA 1999).

Dünya'da tüm doğumların 1/10 dan fazlası adölesan annelere aittir. Gelişmiş ülkelerde adölesan dönemdeki doğum oranı % 17'nin üzerindedir (Lüleci ve ark. 1996). Japonya'da, 15-19 yaşları arasındaki evlilik oranları % 1 iken bu yaştaki her 100 genç kadından üçü doğurmaktadır. Bu oran Singapur'da % 2, Hindistada % 57 ve Nepalde % 59

dur. Genellikle gelişmekte olan ülkelerdeki (GOO) adölesanlar, gelişmiş ülkelerdeki (GO) adölesanlardan daha fazla gebe kalmakta ve çocuk doğurmaktadırlar. GÜde genç yaşta kadına sağlanan eğitim ve kontrasepsiyon fırsatları gebe kalma riskini azaltmaktadır. Bu ülkelerde ayrıca, cinsel açıdan aktif olanlar kontraseptif kullanmaya ve kürtaj olmaya özendirilmektedir. Örneğin, İsviçre'de 15-19 yaşta çocuklarda cinsel aktivite yaygındır, ancak etkin kontraseptiflerin kullanımı da çok yaygın olduğu için, bu yaşta gebelikler nadirdir. Birçok gelişmekte olan ülke, kontraseptif kullanımını kabul etse bile evlilik yaşını yükseltmediği için nüfus artışının % 15'in altına düşürme olasılığının olmadığı açık olarak görülür (Hatcher ve ark. 1990).

**7- ilk Evlilik Yaşı:** Cinsel açıdan aktif her yaş grubundaki kadınların oranı toplumlar arasında değişkenlik göstermekte ve dolayısıyla gebelik riski buna bağlı olarak değişmektedir. Ayrıca, cinsel aktiviteye başlama yaşı ile ilk evlenme yaşı ve çocuk sahibi olma yaşı arasındaki süre, evlilik oranı, evliliğin çözülmesi ve yeniden evlenme örüntüleri kültürler arasında farklılık gösterdiği gibi, doğurganlık da farklılık göstermektedir. Evlilik yaşının yükselmesi, bir kısım genç kadını erken çocuk sahibi olma riskinden uzaklaştırarak toplam doğurganlığı azaltmaktadır. Bu demografik değişimle birlikte evlilik yaşının yükselmesi, kadının okula daha uzun süre devam etmesi, iş hayatında daha çok yer alması gibi sosyal değişikliklere neden olarak kadının statüsünün yükselmesine de yol açmaktadır. Ayrıca, bu tür sosyal değişiklikler, doğurganlığın kontrolünde kendiliğinden talep yaratmaktadır (özvarış ve Çalı 1997).

Ortanca ilk evlilik yaşı kadınlar için 19.5 iken, kocaları için 24 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, ortanca ilk evlenme yaşında yerleşim yeri, bölge ve eğitime göre de farklılıklar vardır. Kentsel yörede yaşayanların kırsal yörede yaşayanlara göre daha geç evlendikleri görülmektedir. Bölgeler arasındaki farklılık, Doğu bölgesi ile diğer bölgeler arasındadır. En düşük ortanca ilk evlenme yaşı 18.1 ile Doğuda görülürken, en yüksek ortanca yaş 19.9 ile Batı bölgesinde görülmektedir.

Eğitim düzeyi ilk evlenme yaşında da etkili olmaktadır. En az ortaokul mezunu olan kadınlarda ortanca ilk evlilik yaşı 23.5 ile eğitimi olmayan kadınlardan ortanca ilk evlilik yaşından yaklaşık altı yıl yüksektir (TNSA 99).

Tüm kadınlar içinde 15-19 yaş grubu oranı, Afrika'da % 40, Asya'da % 30, Amerika'da % 15 ve Avrupa'da ise % 7'dir. 15 yaşına geldiğinde Asya'da yaşayan kızların % 18'i, Latin Amerika'dakilerin de % 8'i evlenmektedir (Lülecı ve ark. 1996).

**8- Düşükler ve Ölü Doğumlar:** Aile planlaması hizmetlerine ulaşımın yetersiz olduğu ya da diğer psikososyal faktörlerin yöntem kullanımını engellediği durumlarda, kadınlar isteyerek düşüklere yönelmektedirler. Ayrıca, kullanılan yöntemin başarısız olması nedeniyle, kadını isteyerek düşüğe yönelten, istenmeyen gebelikler de ortaya çıkabilmektedir.

Düşüklerin yasal hale getirilmesi, istenmeyen gebeliklerin güvenli biçiminde sonlandırılacağı ortamı sağlar. Akın ve Ergör (1997)le göre, WFIO tahminlerine göre her yıl 70 000 veya diğer tahminlere göre **150-200** bin kadın uygun koşullarda yapılmayan düşüklerin sonucu gelişen komplikasyonlardan ölmektedir. Tüm Dünya'da ana ölümlerinin % 13'ü, bazı ülkelerde de % 60'ı sağlıksız kürtajlara bağlı olarak oluşmaktadır. GOL'r de her yıl yaklaşık iki milyon ergen uygun olmayan koşullarda düşük yapmaktadır. ABD'de her yıl gebe kalan bir milyon adolesanın % 80'inin gebeliği planlanmamış, istenmeyen gebeliklerdir. Bu nedenle her 10 adolesan gebeliğinde dördü sonlandırılmaktadır. Düşükle ilgili ölümlerin yarısı bu yaş grubuna aittir(Lüleci ve ark.1996). **TNSA 98'e göre** kadınların 1/4sden daha azı kendiliğinden düşük yaptıklarını belirtmişlerdir. Evlenmiş kadınların % 27'sinin isteyerek düşük yapmış oldukları saptanmıştır.

İsteyerek düşük yapmış olan evlenmiş kadınların oranı **25 yaş** altındaki kadınlarda % 10'dan daha az iken, 45-49 yaş grubu kadınlarda % 40'tan daha fazladır. İsteyerek düşük yapmış olan evlenmiş kadınların oranı yaşayan çocuk sayısı ile birlikte artmaktadır. **Çocuğu** olmayan kadınlarda bu oran % 5 iken, halen yaşayan dört çocuğu bulunan kadınlarda % 41'e çıkmaktadır (TNSA 1999).

Kentte yaşayan kadınların kırsal kesimde yaşayanlardan daha **fazla** sayıda isteyerek düşük yapmış oldukları görülmektedir. Doğu'da bu oran az iken, Batı'da en fazladır. TNSA-98 bildirirlerine göre her **100 gebeliğin 2'si ölü doğumla ve 15'i isteyerek olmak üzere, toplam 23'ü** düşükle sonuçlanmıştır. TNSA-93'e göre ise her 100 gebeliğin 18'i isteyerek düşükle sonuçlanmıştır (TNSA 1999).

İsteyerek düşük nedenlerine bakıldığında; Akın ve Ergör'ün (1997) belirttiğine göre, Dünya nüfusunun % 24'ü sosyal nedenlerle, % 13'ü medikal nedenlerle, % 39'u bazı kısıtlamalarla istek üzerine kürtaj hizmetlerine ulaşmaktadır. % 24 için sadece annenin hayati tehlikesi varsa yapılabilir. Eldeki verilere göre, isteyerek düşük hızları daha çok istenmeyen gebeliklerin sayısı, etkili yöntemlerin varlığı ve ulaşılabilirliği, bilgi, eğitim ve iletişim hizmetleriyle doğrudan ilişkilidir. TNSA-98 verilerine göre, 10 kadından altısı **isteyerek** düşük nedenleri olarak, sahip

olduklarından başka çocuk istememelerini belirtmişler. % 7'si ise bir önceki gebeliğin bitirildikten sonra çok kısa sürede gebe kaldıklarını belirtmişlerdir.

Kadınların yaşlarının ilerlemesi artık başka çocuk istememelerine neden olmakta bu da isteyerek düşük oranlarını arttırmaktadır (TNSA 1999).

Kadınların 3/4'ü özel bir doktor muayenehanesinde (% 59) veya özel bir hastane ya da klinikte (% 15) isteyerek düşük (küretaj) yaptıklarını belirtmişlerdir (TNSA 1999).

**9- Başka Çocuk Sahibi Olma isteği:** Halen evli kadınların 2/3'ü ileride başka çocuk sahibi olmak istemediklerini veya tüplerini bağlatmış olduklarının belirtmişlerdir. Dolayısıyla halen evli her beş kadından dördü gerek gebeliği engellemek gerekse geciktirmek için bir aile planlaması yöntemi ihtiyacı içindedir. Geriye kalan kadınların içerisinde çoğu (0/11) yakın zamanda çocuk sahibi olmak istemektedir (TNSA 1999).

**10- Doğum Öncesi Bakım ve Doğuma Yardım:** Annelerin % 68'i en az bir kez, sağlık personelinin doğum öncesi bakım (DÖB) almıştır. Bu bakımı sunanlar içinde doktorların oranı % 60'dan fazladır. Diğer taraftan annelerin yaklaşık 1/3'ü herhangi bir bakım almamıştır. DÖB yararlanmada kadınların temel özelliklerine göre belirgin farklılıklar vardır. Genç anneler, DÖB eğitilmiş sağlık personelinin alma konusunda, 35 yaş üzerindeki kadınlardan daha isteklidir. 35 yaş üzeri kadınların neredeyse yarısı DÖB almamışlardır. Doğum sayısı büyüdükçe DÖB alanların oranı azalmaktadır (TNSA 1999).

DÖB yerleşim yeri ve bölgesel farklılıklar da belirgindir. Kentte yaşayan kadınlar eğitilmiş sağlık personelinin DÖB (0/10 78). kırsal alanda yaşayanlardan daha fazla (% 51) (TNSA 1999).

Annelerin eğitim durumuyla DÖB yararlanma arasında da güçlü bir ilişki vardır. En az ortaokulu bitirmişlerin hemen hemen hepsi DÖB almışlardır. DÖB bakımı .ebe/hemşireden alanların oranı 20 yaş altındaki gebelerde en yüksek oranda (0/10 9.1), ikinci veya üçüncü doğumunu yapanlarda % 8.3, kır kesiminde yaşayanlar daha çoğunlukta ve en fazla Orta Anadolu bölgesinde yaşayanlar (% 12.7) almışlardır (TNSA-1999).

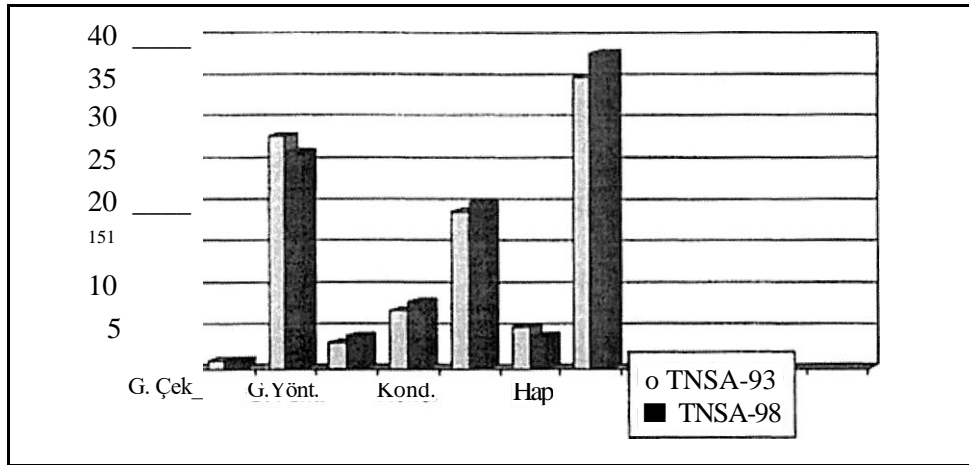
Doğum sırasındaki hijyenik ortam ve uygun tıbbi bakım annelerin ve çocukların hastalık risklerini azaltır. TNSA-98 verilerine göre, doğumların % 73'ü bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmiştir. Doğumların sağlık kuruluşunda gerçekleşmesinde önceki yıllara göre artmış olduğunu gösterir. Genç annelerde de, doğumun bir sağlık kuruluşunda gerçekleş-

mesi olasılığını arttırır. Eğitim düzeyi ile doğum için sağlık kuruluşunu tercih etme arasında kuvvetli bir ilişki vardır. Ortaokul veya daha üzeri eğitim alanlarda doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleşme oranı % 96 olarak tespit edilmiştir (TNSA 1999).

Kadının doğum sırasında aldığı yardım, büyük oranda doğumun gerçekleştiği yer ile ilişkili olup, sağlık kuruluş dışında gerçekleşen doğumlarla doktor veya eğitimli sağlık personelinin yardım alma oranı düşüktür. TNSA-98'e göre bir doktor veya eğitimli sağlık personelinin yardımı ile gerçekleşen doğumların oranı % 8 dır. Sağlık personelinin yardım alma ile doğum öncesi izlenme sayısı arasında pozitif bir ilişki görülmektedir. Dört veya daha fazla izlenen annelerin doğumlarının % 96'sında sağlık personelinin yardım almışlardır (TNSA 1999).

#### IV- AILE PLANLAMASI YÖNTEM KULLANIMI:

TNSA-98'e göre aile planlamasında modern yöntemler cevaplayıcıların neredeyse tümü tarafından bilinmektedir. Geleneksel yöntemleri bilenlerin oranı kadınlar için % 91, kocaları için % 88'dir. En fazla bilinen yöntem RIA ve haptır. Bunu kondom ve tüpligasyon izlemektedir. Geri çekme yöntemi evli kadınların % 89'u ve kocaları= da % 84'ü tarafından bilinmektedir (Grafik 1).



Grafik 1. Türkiye 1993-1998 araştırması sırasında yöntem kullanımı.

Genel olarak Türkiye'de halen evli kadınların % 64'ü gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Halen evli kadınların 1/5'i RIA kullanmaktadır. En sık kullanılan ikinci yöntem kondomdur. Geri çekmeyi ise kadınların % kullanmaktadır (TNSA 1999).

Gebeliği önleyici yöntem kullanımı, yaşayan çocuk sayısının artmasıyla birlikte artmaktadır. İki çocuğu olan kadınlar arasında % 78 ile en yüksek noktasına ulaşmaktadır. Hiç çocuğu olamayan ve halen evli kadınların sadece % 18<sup>1</sup> bir yöntem kullanmaktadır (TNSA 1999).

Halen gebeliği önleyici yöntem kullanımı, eğitim düzeyi ile pozitif olarak ilişkili olup ortaokul veya daha üzeri eğitimli kadınlarda en yüksek orandadır. Bu kadınlarda modern yöntemleri özellikle de RİA ve kondomu kullanma oranları daha az eğitimli kadınlara kıyasla daha fazladır. Kentte yaşayanların modern bir yöntem kullanma olasılıkları kırsal alanda yaşayan kadınlara kıyasla belirgin olarak artmaktadır. Batı bölgesinde halen evli kadınların % 71\*'i herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanırken Doğuda bu oran % 42'ye düşmüştür (TNSA 99).

Sonuç olarak; Kadın ve sağlığı, doğrudan kendisi için önemli olduğu kadar çocuk sağlığı, aile sağlığı ve toplum sağlığı açısından da önemlidir. Toplam nüfusta kadınların oranı % 53.4 dür. Ortanca eğitim süresi 4.3 yıldır. TDH. Türkiye ortalaması 2.6 dır. Canlı doğum sayısı ortalaması ise 2,76 dir. Adölesan doğurganlık oranı % 51.6 dir. Kadınlarda ilk evlilik yaşı ortanca değeri 19.5 dir. Doğu bölgesinde 18.1 ile en yüksek oranda ve en az ortaokul mezunu olanlarda ortanca ilk evlilik yaşı 23.5 dir. En fazla bilinen yöntem RİA ve haptır. 10 kadından altısı sahip olduklarından başka çocuk istememeleri nedeniyle isteyerek düşük yapmışlardır. Annelerin % 68"i en az bir kez sağlık personelinin DÖB almıştır.

#### KAYNAKLAR

1. Akın A. Ergör G, (1997). Türkiye'de isteyerek düşüklerin üreme sağlığı kapsamında yeri ve önemi, III. Ulusal Nüfusbilim Konferansı, Ankara, 2-5 Aralık 1997.
2. Arsan S. (2001). Ülkemizde ana sağlığı ve aile planlamasının durumu. I. Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı. Ankara, Baran Ofset,116-126.
3. Çam O, (1996).Yaşamda kadın. Ege Ü. H.Y.O. Dergisi. 12: 3. 117-132.
4. Erefe İ, (1996). Türkiye'de kadının konumu ve sorunların çözümü, 4. Ulusal Kadın Çalışmaları Toplantısı "Kadın Sorunlarının Çözümüne Doğru Yöntem, Strateji Ve Politikalar. İzmir, Bornova Can Ofset. 181-185.
5. Hatcher R. Kowal D, Guest F ve ark. (1990). Kontraseptif Yöntemler: Uluslararası Basım. Akın D. A(çev).. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. 1-51.
6. H.O. Nüfus Etüdleri Enstitüsü -Macro International inc. Nüfus Ve Sağlık Araştırması-1998 (1999). Ankara. 13-117.
7. inanç N, Hatipoğlu S. (1995). Sağlıklı toplumlar için sağlıklı aile. Ankara, Damla Matbaacılık, 18-20.



8. Lüleei E. Mandıracıoğlu A. Doğan F, (1996). Erken cinsellik. evlilik ve doğurganlığın genç kadınların sağlığı üzerine etkileri. 4. Ulusal Kadın alışmaları Toplantısı "Kadın Sorunlarının özümüne Doğru Yöntem. Strateji Ve Politikalar". İzmir, Bornova Can Ofset. 160-165.
9. özeebe H. (2001). Ülkemizde çocukların büyüme ve gelişmesinin durumu. I. Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı, Ankara, Baran Ofset.141-149..
10. Özsoy SA. (1996). Nüfus-çevre ve kadın sağlığı. Ege O.H. Y.O. Dergisi. 12: 3, 109-116.
11. özvanş řB, çalı ř. (1997). Aile planlamasında temel bilgiler. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul, 5-27.
12. Sünbüloğlu K, (1990). Sağlık alanına özel istatistiksel yöntemler. 3. Basım, Ankara: Hatipoğlu Yayınlan.33-35.
13. şirin A, (1990). Türkiye'de ve Dünya'da doğurganlığı etkileyen faktörler ve doğurganlık düzeyinde değişmeler. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kongre Kitabı, İzmir: 258-266.
14. şirin A. Demir O, Saruhan A, (1997). Doğum ve kadın sağlığı ve hastalıkları hernşireliği ders notlan. İzmir.
15. Taşkın L. (1998). Doğum ve kadın sağlığı hernşireliği. Genişletihniş 3. baskı, Ankara. Sistem Ofset Matbaacılık.
16. Onalan T. (1997). Sahip olunan çocukların cinsiyetinin doğurganlık davranışı üzerindeki etkisi. III. Ulusal Nüfusbilim Konferansı. Ankara. 2-5 Aralık 1997.
17. Ünler S. (1972). Nüfusbilim sözlüğü, Ankara. H.Ü. Yayınları, 53-63.