

TÜRKİYE'DE İÇ GÖÇ VE ÇOCUK SAĞLIĞI

Sabahat TEZCAN *
Mehmet Ali ERYURT **

Bu çalışmada iç göçün çocuk sağlığı, özellikle de çocuk ölümlülüğü üzerindeki etkisi incelenmektedir. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2003) verisi ülke genelinde son beş yılda doğan her bin canlı bebekten 37'sinin beş yaşını tamamlamadan öldüğünü göstermektedir. Çocuk ölüm hızları kırsal ve göçmenler-göçmen olmayanlar arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Kentli kadınların çocuklarının hayatta kalma ihtimalleri kırsal kadınların çocuklarından 2,4 kat; kırsal kente göç eden kadınların çocuklarından ise 1,6 kat daha fazladır. Göç durumuna göre doğum öncesi ve doğum sırasında bakım alma, aşılanma ve beslenme düzeyleri de benzer bir tablo ortaya koymaktadır. Bu durum yaşanan yerleşim yerinin tipine ve göçmenlik durumuna göre sağlık hizmetlerine ulaşımın farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır.

1. GİRİŞ

Türkiye uzunca bir süre yüksek bebek ve çocuk ölümlülüğünün yaşandığı bir ülke olmasına rağmen çocuk ölümlülüğünün belirleyenlerine ilişkin az sayıda çalışma bulunmaktadır. Benzer şekilde göç, doğurganlık ve ölümlülükle birlikte nüfus büyüklüğünü ve kompozisyonunu belirleyen üç önemli etkenden biri olmasına rağmen gereken ilgiyi görmemekte, özellikle iç göç alanında çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Hal böyle olunca, Türkiye'de iç göçün çocuk sağlığı ve ölümlülüğü üzerindeki etkisine dair neredeyse hiçbir çalışmaya rastlanmamaktadır.

Önce Dünya Doğurganlık Araştırmalarında (WFS) (Hobcraft, McDonald, Rutstein, 1984), sonra Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında (Sullivan, Rutstein, Bicego, 1994) tesbit edildiği üzere, gelişmekte olan ülkelerde kırsal ve kentsel yerleşim yerlerinde çocuk ölümlülüğünde belirgin bir farklılaşma bulunmaktadır. Örneğin Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'nın yapıldığı ülkelerde kırsal yerleşim yerlerinde çocuk ölüm hızının kentsel yerleşim yerlerindeki kadar yüzde 61 daha fazla olduğu görülmüştür. Pekçok Latin Amerika ülkesinde kırsal alanlarda çocuk ölümlülüğünün düzeyi, kentsel alanlardakinin iki katına kadar çıkabilmektedir (Mahy, 2003).

Türkiye yoğun iç göç olgusuyla 1950'li yıllarla birlikte tanışmaya başlamıştır. O zamana kadar toplam nüfus içerisinde kentli nüfusun payı yüzde 25'lerin altında iken bu oran günümüze kadar giderek artmış, 2000 Genel Nüfus Sayımı sonuçlarına göre yüzde 65'e çıkmıştır (DİE, 2003). Kent nüfusundaki bu hızlı artışta kırsal kente göç en önemli faktör olmuştur (DİE, 1995). Kent nüfusunun artışında "doğal" nüfus artışının etkisi çok sınırlı kalmıştır (DİE, 1995; Kongar, 1993).

Göçle birlikte ivme kazanan kentleşme, hızlı bir şekilde artan kentsel yatırım ihtiyaçlarına cevap üretilememesi neticesinde önemli sosyal ve yapısal sorunlara yol açmıştır. Köyden kente göç edenler daha çok kentlerin çevresinde bulunan ve genelde kent standartlarını karşılamaktan uzak olan gecekondualarda yaşamaya başlamışlardır. Gecekondualarda yaşayan göçmenlerin kent yaşamına uyum sağlamakta, sağlık hizmetlerine ulaşmada karşılaştıkları güçlüklerin, çevresel koşulların taşıdıkları risklerin tesbit edilmesi, anne-çocuk sağlığının iyileştirilmesi ve hizmet planlamasının geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır.

* Prof.Dr., Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü Müdürü

** Dr., Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü

Bu çalışmada temel olarak kır ve kent arasında çocuk ölümlülüğü açısından varolan farkın göçmen ailelerin çocuklarının yaşama ihtimallerini de artırıp artırmadığı sorusuna cevap aranmaktadır. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2003) verisinin kullanıldığı bu çalışmada iç göçün, özellikle de kırdan kente göçün, çocukların hayatta kalma ihtimallerini nasıl etkilediği betimsel düzeyde incelenmektedir. Analize 1998-2003 döneminde doğan çocuklar dahil edilmiştir.

2. VERİ KAYNAĞI

Çalışmanın verileri 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'ndan (TNSA-2003) gelmektedir. Aralık 2003 ile Mayıs 2004 tarihleri arasında sahası Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından gerçekleştirilen araştırma, doğurganlık düzeyi ve eğilimi, bebek ve çocuk ölümlülüğü, aile planlaması, anne çocuk sağlığı, aşılama ve beslenme gibi konularda bilgi toplamayı amaçlamaktadır. TNSA-2003 ulusal çapta bir örneklem araştırmasıdır. Araştırma kapsamında 10836 hanehalkıyla ve bu hanelerde bulunan, 15-49 yaşları arasında olup en az bir kere evlenmiş 8075 kadınla görüşme yapılmıştır. TNSA-2003'ün saha çalışması sırasında iki sorukağıdı kullanılmıştır; "Hanehalkı sorukağıdı" ve "Evlenmiş kadın sorukağıdı". Araştırmanın örnekleme ağırlıklı, çok aşamalı ve tabakalı küme örnekleme yaklaşımı ile seçilmiştir. Araştırma çeşitli nüfus ve sağlık göstergelerinin Türkiye toplamı, kentsel ve kırsal yerleşim yerleri, 5 bölge ve 12 NUTS1 bölgesi için hesaplanmasına olanak tanıyacak şekilde tasarlanmıştır (HÜNEE, 2004).

Hayati kayıt sisteminin yeterince gelişmediği Türkiye'de erken yaş ölümlülüğüne ilişkin veri ancak nüfus sayımlarından veya örneklem araştırmalarından elde edilebilmektedir. Erken yaş ölümlülük hızları Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 1970 yılından beri Nüfus Sayımları'ndan elde edilen bilgilerle dolaylı yöntemler kullanılarak ve 1968 yılından beri Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından her beş yılda bir gerçekleştirilen nüfus araştırmaları ile dolaylı teknikler kullanılmadan, doğrudan hesaplanabilmektedir. Nüfus araştırmaları ile Türkiye toplamı, kırsal ve kentsel yerleşim yerleri ve beş demografik bölge (Batı, Güney, Orta, Kuzey, Doğu) için erken yaş ölümlülüğü hesaplanabilmektedir. Nüfus araştırmaları zincirinin parçası olarak 1993 yılından itibaren Nüfus ve Sağlık Araştırmaları gerçekleştirilmeye başlanmış ve bu dizinin üçüncüsü 2003 yılında gerçekleştirilmiştir (HÜNEE, 1994, 1999, 2004).

Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında bebek ve çocuk ölümlülüğüne ilişkin bilgi "Doğurganlık" modülünde toplanmaktadır. Kadına öncelikle sahip olduğu toplam çocuk sayısı, yaşayan ve ölen erkek ve kız çocuklarının sayısı sorulmaktadır. Sonrasında tüm canlı doğumları için doğum tarihçesi alınmaktadır. Bu bölümde çocuğun cinsiyeti, ay ve yıl detayında doğum tarihi alınmakta, eğer çocuk ölmüş ise öldüğünde kaç yaşında olduğunu öğrenmek için 2 yaşından büyüklerin yaşı yıl, 2 yaşından küçüklerin yaşı 'ay', bir aydan küçüklerin yaşı ise 'gün' detayında kaydedilmektedir. Böylece ölümlülük hızlarını neonatal dönem için gün bazında, yaşamın ilk iki yılı için ay ve sonrası için yıl bazında hesaplamak mümkün olmaktadır. Doğum tarihçesine kaydedilen ve son 5 yılda meydana gelen canlı doğumlara ilişkin sorukağıdının sonraki bölümlerinde ise, doğum öncesinde ve doğum sırasında yeterli bakım alınıp alınmadığına ve çocukların aşılama durumlarına dair daha ayrıntılı bilgiler alınmıştır.

Çalışmada yapılan istatistiksel analizler, TNSA-2003 örnekleme ağırlıklı, çok aşamalı ve tabakalı küme örnekleme yaklaşımı ile seçildiği için, veriyi ağırlıklandırarak yapılmıştır. Örneklem ağırlığının nasıl hesaplandığına ilişkin ayrıntılar TNSA-2003 ana raporu'ndan bulunabilir (HÜNEE, 2004).

Çalışmada iç göçün çocuk sağlığı ve ölümlülüğü üzerindeki etkisi ölçülmeye

çalışıldığından “göç durumu” değişkeninin oluşturulması özel bir önem kazanmaktadır. TNSA-2003’te kadının doğduğu il; 12 yaşına kadar en uzun süreyle yaşadığı il ve yerleşim yerinin tipi (kent/kır); kadın eğer son 5 yıl içerisinde göç etmişse, göç ettiği il ve yerleşim yerinin tipi; şu an yaşamakta olduğu yerleşim yerinde kaç yıldır yaşadığı; eğer kadın yaşadığı yerleşim yerinde doğduğundan beri yaşamıyorsa, öncesinde yaşadığı il ve yerleşim yeri tipi hakkında bilgi toplanmıştır. Kadınların göç durumunu tayin ederken bu bilgilerden bir ya da birkaçını kullanmak mümkündür. Doğum yeri bilgisi sadece il detayında alındığı, son 5 yıldaki göç ise çok kısa bir süre hakkında bilgi verdiği için çalışmanın amaçları açısından kullanışlı bulunmamıştır. Üstelik bu bilgiler hanehalkı soru kağıdında alınması nedeniyle kadın hakkındaki bilginin hanede yaşayan başka bir kişiden alınması da mümkün olabilmekte, bu da güvenilirlik sorunu yaratmaktadır. Kadın soru kağıdında alınan, kadının çocukluğunu geçirdiği, bir başka ifadeyle 12 yaşına kadar en uzun süreyle yaşadığı yerleşim yerine dair bilgi de, kadının yaşadığı yerleşim yerinde ne kadar süredir yaşadığı hakkında bilgi vermediği için tercih edilmemiştir. Bu çalışmada esas olarak, kadının yaşadığı yerleşim yerinde kaç yıldır yaşadığına ve eğer doğduğundan beri orada yaşamıyor ise bir önceki yerleşim yerinin özelliklerine bakılarak kadının göç durumu belirlenmiştir. Göçmenlik durumunun son göçe göre belirlendiği bu yaklaşımda, eğer kadının bir önceki yerleşim yeri kır, şu an yaşamakta olduğu yer kent ise **“kırdan kente göç etmiş”** olarak tanımlanmakta ve kendi içinde 5 yıldan daha az veya 5 yıldan daha uzun süredir kentte yaşayan kadınlar olarak iki alt gruba ayrılmaktadır. Eğer bir önceki yerleşim yeri kent, şu an yaşamakta olduğu yer kır ise **“kentten kıra göç etmiş”** olarak nitelenmektedir. Eğer kadın yaşam boyu hiç göç etmemiş ve şu an kentte yaşıyor ise veya göç etmiş ama hem daha önce yaşadığı yer, hem de şu an yaşadığı yer kent ise **“kentte yaşıyor”** kategorisinde yer almaktadır. Bunun tersi durumda, yani kadın hiç göç etmemişse ve şu an kırdan yaşıyor ise, veya göç etmiş ama daha önce yaşadığı ve şu an yaşadığı yerleşim yerlerinin her ikisi de kır ise **“kırdan yaşıyor”** kategorisinde yer almaktadır. Tabii böyle bir tanım kentten kente ve kırdan kıra göçü kapsamamaktadır. “Kentte yaşıyor” kategorisinde yer alan kadınların yüzde 60’a yakını kentten kente göç eden; “kırdan yaşıyor” kategorisinde yer alan kadınlarınsa yüzde 40’a yakını kırdan kıra göç eden kadınlardır. Ancak yaptığımız analizler kentten kente göç eden kadınların demografik davranış özelliklerinin sürekli aynı kentte yaşayan kadınlara benzer olduğunu, kırdan kıra göç eden kadınların özelliklerinin ise sürekli aynı köyde yaşayan kadınlarla benzer özellikler taşıdığını gösterdiğinden gözlem sayılarının azalmaması için göç durumu değişkeninin 4 kategori ile sınırlandırılması tercih edilmiştir.

3. BULGULAR ve TARTIŞMA

Tablo 1’e göre son beş yılda gerçekleşen canlı doğumların yaklaşık yüzde 39.5’i kentte yaşayan kadınlar tarafından, yüzde 27.5’i kırdan yaşıyan kadınlar tarafından gerçekleştirilirken, doğumların yüzde 33’ü ise göçmen kadınlar tarafından, özellikle kırdan kente göç eden kadınlar tarafından gerçekleştirilmiştir.

Tablo 1. Göç durumuna göre 15-49 yaşları arasında en az bir kez evlenmiş Kadınların son beş yılda yaptıkları canlı doğumların dağılımı, TNSA-2003

Göç durumu	Canlı doğum	
	sayısı	Yüzde
Kentte yaşıyor	1594	39,5
Kırdan kente göç etmiş	1044	25,9
<i>Kırdan kente göç etmiş (<5 yıl)</i>	335	8,3
<i>Kırdan kente göç etmiş (5+ yıl)</i>	709	17,6
Kentten kıra göç etmiş	285	7,1
Kırdan yaşıyor	1110	27,5
TÜRKİYE	4033	100,0

Sosyoekonomik özellikler

Son beş yılda yapılan doğumların annenin öğrenim ve çalışma durumu gibi sosyoekonomik özelliklerine ve göç durumuna göre dağılımı Tablo 2’de sunulmaktadır. Kentte kadınların eğitim düzeyi beklenildiği gibi daha yüksektir. Kentte yaşayan kadınların yüzde 14’ünün hiç eğitimi yok ya da ilköğretimi bitirmemiş iken, bu değer kırdada yüzde 40’a çıkmaktadır. Öte yandan, kentte lise ve üstü eğitim almış kadınlar yüzde 28 iken, kırdada yüzde 3’lerde kalmaktadır. Kırdan kente göç edenler kırdada benzer bir görüntü sergilemektedirler. Annelerin çalışma durumuna bakıldığında, kırdada yaşayan ve kırdada göç eden kadınlar arasında çalışan kadın yüzdesinin daha yüksek olduğu, kentte yaşayan ve kente göç eden kadınların ise çoğunlukla çalışmadıkları dikkati çekmektedir. Çalışmayan kadınlar özellikle kırdan kente göç eden kadınlarda yüzde 80’e kadar çıkmaktadır. Kırdada çalışan kadın yüzdesinin yüksek olmasının sebebi kadınların ücretsiz aile işçisi olarak tarımda çalışmalarıdır, nitekim sigortalı çalışan kadın yüzdesine bakıldığında kentte yüzde 10 olan rakam kırdada yüzde 1’in altına düşmektedir. Çalışma durumu açısından en dezavantajlı grup olarak kırdan kente göç eden kadınlar ön plana çıkmaktadır. Kırdan kente göç eden kadınlar genelde istihdam olanağı bulamamakta, çalışma olanağı bulan kadınlarsa çoğunlukla sigortasız olarak çalışmaktadırlar.

Tablo 2. Son beş yılda yapılan doğumların, annenin öğrenim, çalışma ve göç durumuna göre yüzde dağılımı*, TNSA-2003

Sosyoekonomik Faktörler	Kentte yaşıyor	Kırdan kente göç etmiş	Kentten kırdada göç etmiş	Kırdada yaşıyor	TÜRKİYE
Annenin öğrenim durumu					
Eğitimi yok/ilk. bitirmemiş	14,4	31,0	34,3	39,9	27,1
İlköğretim birinci kademe	45,9	60,5	46,0	54,2	51,9
İlköğretim ikinci kademe	11,7	4,1	10,9	2,5	7,2
Lise ve üzeri	28,0	4,4	8,8	3,4	13,8
Annenin çalışma durumu					
Çalışmıyor	73,8	79,6	58,5	42,6	65,6
Sigortasız çalışıyor	16,2	18,0	40,1	56,8	29,5
Sigortalı çalışıyor	10,0	2,4	1,4	0,6	4,8

* Sütun yüzdeleri

Biyodemografik özellikler

Biyodemografik özelliklerin çocuk ölüm hızları üzerinde etkili oldukları bilinmektedir (Bicego and Ahmad, 1996; Rutstein, 1984; Sullivan et al., 1994; Mahy, 2003). “18 yaşından küçük” veya “35 yaşından büyük” annelerin çocukları, “doğum sırası yüksek olan, yani 4 veya daha fazla doğumdan sonra dünyaya gelen çocuklar” ile “18 aydan kısa bir doğum aralığından sonra doğan çocuklar” diğer gruplardaki çocuklara göre daha yüksek ölüm risklerine sahiptirler. Tablo 3’te Türkiye genelinde son beş yılda meydana gelen doğumların yüzde 12.1’ini annelerin riskli yaşlarda gerçekleştirdikleri görülmektedir. Riskli yaşlarda gerçekleştirilen doğumlar kentte en az iken, kentten kırdada göç eden kadınlar arasında en çoktur.

Doğum sırasına ve doğum aralıklarına bakıldığında da beklenen ilişkiler tesbit edilmektedir. Kırdada, doğum sırası 4 ve üzeri olan çocukların oranı yüzde 35’i aşmakta iken kentte yüzde 14’ün altındadır. Kırdada, bir önceki doğumla arasında 18 aydan kısa bir süre olan çocukların

oranı yüzde 16 iken kentte yüzde 8 düzeyindedir. Göçmenlerin biyodemografik özellikleri ise kent ve kırsal arasında bir görüntü sergilemektedir.

Tablo 3. Son beş yılda yapılan canlı doğumların, anneye ilişkin özelliklere ve göç durumuna göre yüzde dağılımı*, TNSA-2003

Anneye İlişkin Faktörler	Kırdan				TÜRKİYE
	Kentte yaşıyor	kente göç etmiş	Kentten kırsala göç etmiş	Kırda yaşıyor	
Doğumda anne yaşı					
<20	3,3	3,5	4,9	3,2	3,4
20-34	90,1	86,9	83,1	86,8	87,9
35+	6,6	9,6	12,0	10,0	8,7
Doğum sırası					
1	40,0	30,9	33,0	26,4	33,4
2	31,6	26,4	24,6	22,3	27,2
3	14,8	18,3	16,8	16,1	16,2
4+	13,6	24,4	25,6	35,2	23,2
Önceki doğum aralığı					
İlk doğum	40,5	31,2	33,3	26,6	33,7
<18 ay	11,4	20,9	18,6	24,5	18,0
18-35 ay	11,5	15,5	18,2	17,2	14,6
36+ ay	36,7	32,4	29,8	31,7	33,7
<i>Canlı doğum sayısı</i>	<i>1594</i>	<i>1044</i>	<i>285</i>	<i>1110</i>	<i>4033</i>

* Sütun yüzdeleri

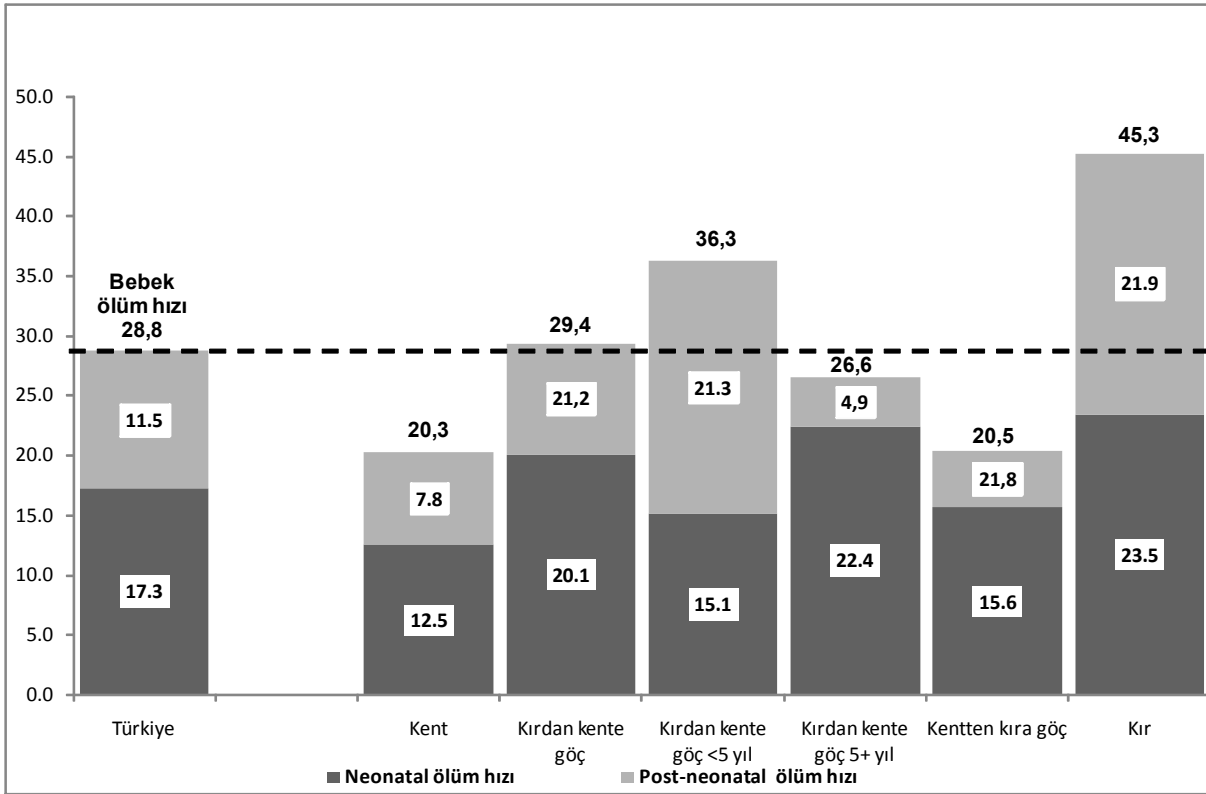
Erken Çocukluk Dönemi Ölüm Hızları

TNSA 2003 verisine göre Türkiye genelinde bebek ölüm hızı binde 29, beş yaş altı ölüm hızı ise binde 37 düzeyindedir. Ancak, erken çocukluk dönemi ölüm hızlarına göç durumuna göre biraz daha detaylı şekilde bakıldığında, kırsal dünyaya gelen çocukların hayatlarının ilk bir yılında, kentte dünyaya gelen çocuklardan 2,23 kat daha fazla ölüm riski taşıdıkları görülmektedir (Tablo 4). Şekil 1 bebek ölüm hızlarını, yaşamın ilk bir ayında gerçekleşen yenidoğan (neonatal) ölümlerini ve sonraki 11 ayda gerçekleşen yenidoğan sonrası (postneonatal) ölümleri ayrıştırarak sunmaktadır. Neonatal dönemde gerçekleşen bebek ölümleri daha çok biyolojik; postneonatal dönemde gerçekleşen bebek ölümleri ise çevresel nedenlerden kaynaklanmaktadır (Stockwell 1962, Donabedian ve diğerleri 1965, Stockwell ve diğerleri 1978, Johnson ve diğerleri 2009).

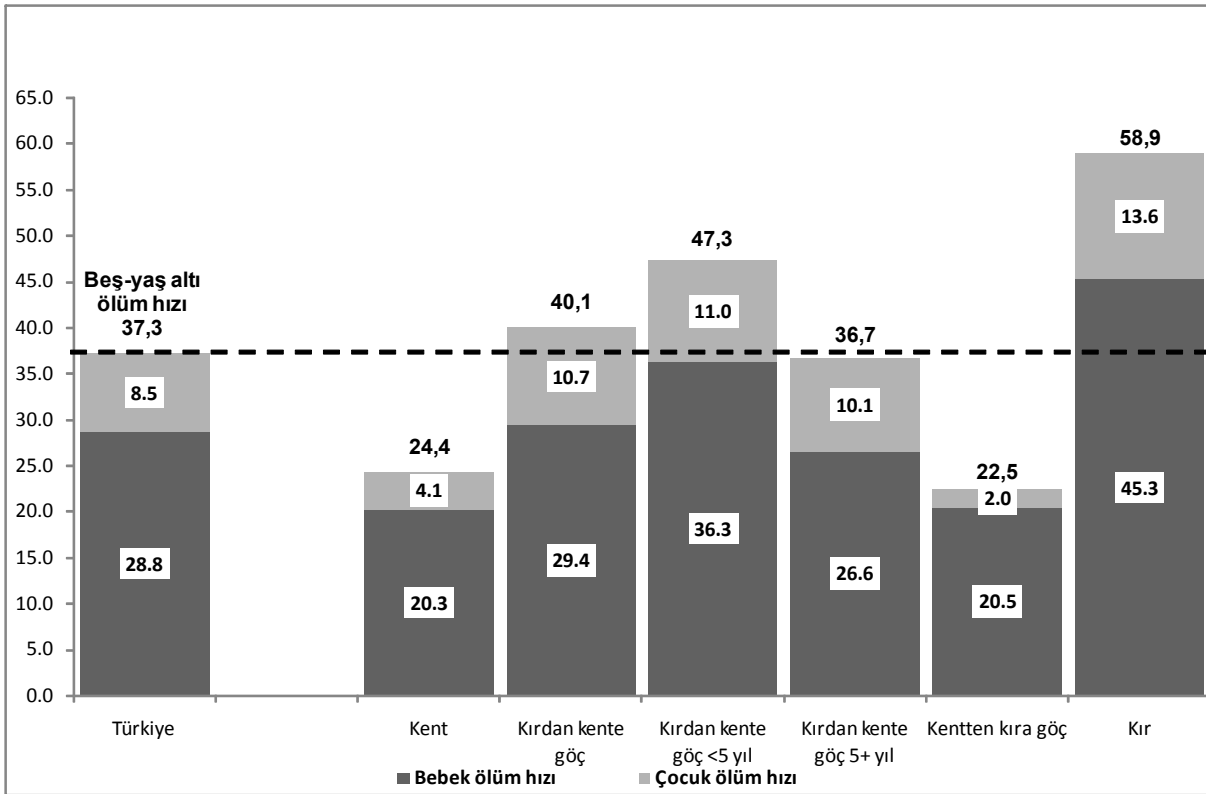
Tablo 4. Göç durumuna göre erken çocukluk dönemi göreceli (relative) ölüm riskleri, TNSA-2003

Göçmenlik Durumu	Post-neonatal		Bebek ölüm hızı	Çocuk ölüm hızı	Beş-yaş altı ölüm hızı
	Neonatal ölüm hızı	ölüm hızı			
Kentte yaşıyor (referans)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Kırdan kente göç etmiş	1,61	1,20	1,45	2,63	1,64
<i>Kırdan kente göç etmiş <5 yıl</i>	<i>1,21</i>	<i>2,73</i>	<i>1,79</i>	<i>2,70</i>	<i>1,93</i>
<i>Kırdan kente göç etmiş 5+ yıl</i>	<i>1,79</i>	<i>0,54</i>	<i>1,31</i>	<i>2,49</i>	<i>1,50</i>
Kentten kırsala göç etmiş	1,25	0,62	1,01	0,50	0,92
Kırda yaşıyor	1,87	2,81	2,23	3,35	2,40
TÜRKİYE	1,38	1,48	1,42	2,10	1,53

Şekil 1. Annenin göçmenlik durumuna göre bebek ölüm hızları (binde), TNSA-2003



Şekil 2. Annenin göçmenlik durumuna göre beş-yaş altı ölüm hızları (binde), TNSA-2003



Bebek ölümleri içerisinde postneonatal dönemde gerçekleşen ölümlerin payının özellikle kırdan yaşayan ve kırdan kente göç eden kadınların çocukları arasında yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum kırdan yaşayan ve kırdan kente göç eden kadınların çevresel koşullarının daha kötü olduğuna işaret etmektedir.

Benzer değerlendirmeler beş yaş altı ölüm hızları için de yapılabilir. Kırdan yaşayan beş yaş altı çocukların ölüm hızı binde 59 iken, bu değer kentte yaşayanlar için binde 24’e düşmektedir (Şekil 2). Bir başka ifade ile kırdan yaşayan çocuklar, kentte yaşayan çocuklardan 2,4 kat fazla ölüm riski altındadırlar (Tablo 4) Kırdan kente göç eden kadınların çocuklarının ölüm risklerinde ise kırdaki kadınların çocuklarına oranla ciddi bir azalma gözlenmekte, kentte geçirilen sürenin artması ile birlikte çocukların hayatta kalma ihtimalleri de artmaktadır. Kentte 5 yıldan kısa süredir yaşayan kadınların çocukları arasında beş yaş altı ölüm hızı binde 47 iken, bu rakam 5 yıldan uzun süredir kente göç etmiş olan kadınların çocukları arasında binde 37’ye düşmektedir.

Doğum Öncesi Bakım

Doğum öncesi bakım (DÖB) annenin ve fetusun eğitimli bir sağlık personeli tarafından (doktor-hemşire-ebe) bütün gebelik boyunca kontrol altında tutulması ve düzenli olarak muayene edilmesidir (Afşar ve Biliker, 1996). Doğum öncesi bakımın gebeliğin başarıyla sonlandırılması üzerinde etkili olup olmadığı konusu tartışmalı bir konudur, literatürde farklı görüşlere ve bulgulara rastlanmaktadır. Doğum öncesinde bakım alma ve sağlıklı doğum arasında pozitif bir ilişki olduğunu gösteren pek çok çalışma olduğu kadar (Anandlakshmy and others, 1993; Swenson and others, 1993; Goldenberg and others, 1992); doğum öncesi bakım almanın çocuk ölüm risklerini azaltmada cüzi bir etkisi olduğunu gösteren bazı çalışmalar da bulunmaktadır (McDonagh, 1996; Rooney, 1992; Maine 1991; Sundari, 1992). Ancak doğum öncesi bakım almanın, yüksek riskli gebeliklerin tesbit edilmesi, yetersiz beslenen kadınlara besin desteği yapılmasının sağlanması ve doğumun bir sağlık kurumunda veya sağlık personeli eşliğinde gerçekleştirilmesi olasılığını artırarak anne ve çocuk sağlığı üzerinde etkili olacağı konusunda genel bir konsensus olduğu söylenebilir (McDonagh, 1996; Sundari, 1992; Villar and Bergsjö, 1997; Mothercare Matters, 1998; Nylander and Adekunle, 1990).

Doğum öncesi bakım hizmetlerinin yeterliliği değerlendirilirken, temel olarak doğum öncesi bakımın başlama zamanına, hizmetin eğitimli bir sağlık personelinden alınıp alınmadığına ve alınan hizmetin sayısı ve özellikle kalitesi çok önemlidir. Doğum öncesi bakım hizmetinin eğitimli bir sağlık personelinden alınmış olması; DÖB için ilk ziyaretin birinci trimesterde, yani gebeliğin 3. ayından önce yapılmış olması; gebeliğin 28. haftasına kadar ayda bir, 28. haftadan 36. haftaya kadar iki haftada bir ve daha sonra her hafta DÖB hizmeti alınmış olması gerekmektedir (Özvarış Ş.B ve Akın A., 2010).

TNSA-2003 sonuçlarına göre, son beş yılda canlı doğumla sonuçlanan gebeliklerin dörtte birinde eğitimli bir sağlık personelinden doğum öncesi bakım alınmamakta, yaklaşık yarısında doğum öncesi bakım zamanında başlatılmamakta, bakım alanların da yarısından azında DÖB hizmeti dörtten daha az sayıdadır. Doğum öncesi bakımın kalitesini dolaylı biçimde değerlendirmeye ilişkin bu üç faktörü göz önünde tutarak oluşturulacak kompozit bir endeks doğum öncesi bakım hizmetlerinden faydalanmadaki farklılaşmayı görmek açısından daha faydalı olacaktır. Tablo 5’te doğum öncesi bakım; hizmetin bir sağlık personeli (doktor/hemşire/ebe) tarafından verilmesi, hizmet alınmaya gebeliğin 3. ayından önce başlanması ve dört veya daha fazla sayıda bakım alınması koşullarının her üçünün de karşılanması durumunda “yeterli DÖB” olarak, bu koşullardan en az birinin karşılanmaması durumunda ise “yetersiz DÖB” olarak değerlendirilmiştir. Yeterli doğum öncesi bakım alınmasında kırsal ve kentsel yerleşim yerleri

arasında belirgin bir farklılaşma olduğu gözlenmektedir. Kentte yaşayan kadınların yüzde 60'ı yeterli DÖB hizmeti alırken, bu rakam kırdan yüzde 20'lere kadar düşmektedir. Göçmenlerin düzeyi göç edilen yerleşim yerindeki yüzdelerle yakın bir görüntü arz etmektedir.

Tablo 5. Son beş yılda yapılan canlı doğumların, doğum öncesi bakım hizmetlerinin kapsamı ve göç durumuna göre yüzde dağılımı, TNSA-2003

Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri	Kentte yaşıyor	Kırdan kente göç etmiş	Kentten kıra göç etmiş	Kırdan yaşıyor	TÜRKİYE
İlk doğum öncesi bakımda gebelik ayı					
< 4 ay	69,3	50,8	43,2	31,3	52,1
≥ 4 ay	20,1	27,6	26,3	25,3	23,9
Doğum öncesi bakım yok	10,6	21,6	30,5	43,4	24,0
<i>Canlı doğum sayısı</i>	<i>1588</i>	<i>1034</i>	<i>278</i>	<i>1101</i>	<i>4001*</i>
Doğum öncesi bakım sayısı					
4+	66,9	45,8	38,7	25,2	47,9
< 4	22,4	32,5	31,3	31,2	28,1
Doğum öncesi bakım yok	10,7	21,7	30,0	43,6	24,0
<i>Canlı doğum sayısı</i>	<i>1577</i>	<i>1026</i>	<i>284</i>	<i>1096</i>	<i>3983*</i>
Doğum öncesi bakım veren kişi					
Doktor	84,3	73,0	60,2	51,1	70,5
Ebe-hemşire	5,0	5,0	9,5	5,3	5,5
Doğum öncesi bakım yok	10,7	22,0	30,3	43,6	24,0
<i>Canlı doğum sayısı</i>	<i>1592</i>	<i>1040</i>	<i>284</i>	<i>1104</i>	<i>4020*</i>
Doğum öncesi bakımın kalitesi**					
Yeterli doğum öncesi bakım	59,5	38,8	29,8	19,7	41,1
Yetersiz doğum öncesi bakım	29,7	38,9	40	36,6	34,9
Doğum öncesi bakım yok	10,8	22,3	30,2	43,7	24,0
<i>Canlı doğum sayısı</i>	<i>1574</i>	<i>1027</i>	<i>285</i>	<i>1099</i>	<i>3985*</i>

* Canlı doğum sayısı 4033'tür, aradaki fark bilinmeyenlerden kaynaklanmaktadır.

** Yukarıda bahsedilen üç faktörü gözönünde tutarak oluşturulan kompozit endeks.

Doğuma Yardım

Doğum öncesi bakımın tersine, doğumun yapıldığı yerin anne çocuk sağlığı üzerinde hayati bir öneme haiz olduğu, neonatal ölüm riskini düşürdüğü hemen hemen tüm çalışmaların ortak bulgusudur (Giri, 1995; Tsu, 1994; Thaddeus and Maine, 1994). TNSA-2003'te son beş yılda doğan tüm çocuklar için doğumun yapıldığı yer ve doğuma yardım eden kişi hakkında bilgi toplanmıştır.

Ülke genelinde doğumların yüzde 78'i bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmiştir (Tablo 6). Doğum yapılan sağlık kuruluşları arasında kamu sektörü yüzde 66'lık oranla en büyük paya sahiptir. Son beş yılda yapılan doğumların yaklaşık yüzde 22'si ise evde yapılmıştır. Doğum sırasında eğitimli bir sağlık personelinden yardım alınıp alınmadığına bakıldığında, doğuma yardım edilen kişi ile doğumun yapıldığı yer arasındaki belirgin korelasyon dikkati çekmektedir.

Türkiye genelinde doğumların yaklaşık yüzde 83'ünün eğitilmiş sağlık personeli nezaretinde, kalanının ise eğitilmiş sağlık personelinin desteğinden yoksun bir şekilde gerçekleştiği gözlenmektedir. Doğumların ne kadarının sağlıklı koşullarda gerçekleştirildiğini görmek için doğumun yapıldığı yer ve doğuma yardım eden kişi birlikte değerlendirildiğinde, doğumların yaklaşık yüzde 17'sinin sağlıklı koşullarda, evde ve sağlık personeli yardımı olmaksızın gerçekleştirildiği görülmektedir. Göç durumuna göre doğumun gerçekleştiği koşullara bakıldığında, kentsel ve kırsal yerleşim alanlarında gerçekleşen doğumlar arasındaki çarpıcı fark dikkati çekmektedir. Kentte doğumların yüzde 94'ü sağlıklı koşullarda gerçekleşirken bu oran kırdan yüzde 67'ye düşmektedir. Göçmenlerin özellikleri göç edilen yere göre farklılaşmaktadır. Kente göç edenlerin sağlıklı koşullarda doğum yapma olanakları artarken, kırdan göç edenlerin koşulları kötüleşmektedir. Kentte doğumlar yüzde 89 oranında sağlık kuruluşunda gerçekleşmekte, özel sağlık kuruluşları en fazla kentli kadınlar tarafından rağbet görmektedir. Kentli kadınlar arasında yüzde 19'a çıkan rakam, kırdan yaşayan kadınlarda yüzde 3'lere düşmektedir. Evde yapılan doğumlardaysa tam tersi bir durum gözlenmekte, kırdan kadınların yüzde 37'si, kentteyse yüzde 11'i evde doğum yapmaktadır.

Tablo 6. Son beş yılda yapılan canlı doğumların, doğum bakımı özelliklerine ve göç durumuna göre yüzde dağılımı, TNSA-2003

Doğum Bakımı Özellikleri	Kentte yaşıyor	Kırdan	Kentten	Kırdan yaşıyor	TÜRKİYE
		kente göç etmiş	kırdan göç etmiş		
Doğumun yapıldığı yer					
Sağlık kuruluşunda/Kamu	70,1	62,0	66,7	58,8	65,5
Sağlık kuruluşunda/Özel	18,8	8,8	12,9	3,0	12,2
Evde	10,8	29,2	19,7	37,1	21,7
Diğer	0,3	0,0	0,7	1,1	0,6
<i>Canlı doğum sayısı</i>	<i>1594</i>	<i>1044</i>	<i>284</i>	<i>1109</i>	<i>4031*</i>
Doğuma yardım eden kişi					
Doktor	60,0	46,5	36,6	27,4	45,9
Ebe-hemşire	33,6	38,3	39,8	39,0	36,7
Doğuma yardım eden eğitilmiş sağlık personeli yok	6,4	15,2	23,6	33,6	17,4
<i>Canlı doğum sayısı</i>	<i>1594</i>	<i>1045</i>	<i>284</i>	<i>1109</i>	<i>4032*</i>
Doğum özellikleri**					
Evde/sağlık personeli yardımı olmadan	6,1	14,6	23,6	32,6	16,8
Evde/sağlık personeli yardımı ile	4,7	5,3	5,6	4,9	5,0
Sağlık kuruluşunda	89,2	80,1	70,8	62,5	78,2
<i>Canlı doğum sayısı</i>	<i>1589</i>	<i>1038</i>	<i>284</i>	<i>1092</i>	<i>4003*</i>

* Canlı doğum sayısı 4033'tür, aradaki fark bilinmeyenlerden kaynaklanmaktadır.

** Yukarıda bahsedilen iki faktörü gözönünde tutarak oluşturulan bir değişken.

Çocukların Aşılınması

Bir yaşın altındaki çocukların aşı ile önlenebilir altı hastalığa (tüberküloz, difteri, boğmaca, tetanoz, polio, kızamık) karşı aşılınması bebek ve çocuk ölüm riskinin azaltılması açısından oldukça önemlidir. Çocukların bu altı hastalığa karşı korunabilmeleri için 12 aylık olana kadar tüm aşılarının tamamlanması, bir başka ifade ile tam aşı olmaları gerekmektedir. TNSA-2003'te araştırma tarihinden önceki beş yıl içinde doğan ve yaşayan tüm çocukların aşılınma

durumu ile ilgili bilgi toplanmıştır. Tablo 7’de 12-23 aylık çocuklar için annelerinin göç durumuna göre aşılama yüzdeleri verilmektedir. Türkiye genelinde çocukların yüzde 54’ü tam aşıli iken, bu yüzde kırdaki yaşayan çocuklarda yüzde 36’ya düşmekte, kentte yaşayan çocuklardaysa yüzde 65’e çıkmaktadır. Göçmenler açısından dikkati çeken nokta ise göç edilen yerin belirgin bir öneme sahip olmasıdır. Kente göç eden annelerin bebeklerinin aşılama yüzdeleri kentte yaşayanlara, kırdaki göç eden annelerin bebeklerinin aşılama yüzdeleriye kırdaki yaşayanlara benzemektedir.

Tablo 7. Araştırma tarihinden önceki herhangi bir zamanda belli aşıları almış olan 12-23 aylık çocukların, annelerinin göçmenlik durumuna göre aşılama yüzdeleri, TNSA-2003

Aşı olan çocukların yüzdesi	Kentte yaşıyor	Kırdan		Kırdaki yaşıyor	TÜRKİYE
		kente göç etmiş	Kentten kırdaki göç etmiş		
BCG %	94,3	91,1	78,7	77,2	87,7
DBT1+ %	94,1	85,8	88,1	81,1	88,5
DBT2+ %	95,8	93,3	97,8	93,0	75,8
DBT3+ %	74,7	68,6	47,4	48,2	64,4
Polio1+ %	83,7	76,3	64,3	64,9	94,7
Polio2+ %	85,9	85,2	75,9	77,4	82,8
Polio3+ %	78,1	74,1	50,3	54,9	69,1
Kızamık %	86,6	81,0	78,4	66,3	79,4
Tam aşıli*	64,9	60,8	38,4	36,0	54,2
Hiç aşı olmamış	1,4	4,0	2,2	4,4	2,8
<i>Canlı doğum sayısı</i>	297	179	52	195	749

* Tam aşıli çocuklar (BCG, kızamık ve üç doz DBT ve polio almış olanlar)

Çocukların Beslenme Durumu

Çocukların beslenme durumları erken yaşta çocukların sağlık durumlarını ve ölüm risklerini etkileyen önemli faktörlerden birisidir. TNSA-2003’te beş yaşın altındaki tüm çocuklar için antropometrik veri toplanmıştır. Tablo 8’de bu antropometrik veri kullanılarak hesaplanan yaşa-göre-boy ve yaşa-göre-ağırlık endeksleri sunulmaktadır. Yaşa göre boy endeksi çocuklarda lineer büyüme geriliğine işaret eden, uzun bir dönem süresince yetersiz beslenmenin, bir başka ifade ile kronik yetersiz beslenme sorununun olduğunu gösteren ve mevsimsel olarak varyasyon göstermeyen bir göstergedir (HÜNEE, 2004). Referans grubun ortanca değerinden eksi iki standart sapma, “bodur-kısa” olarak değerlendirilmekte, eksi üç standart sapma gösteren çocuklar ise “ciddi olarak kısa boylu” addedilmektedirler. Yaşa göre ağırlık endeksi ise hem kronik hem de akut beslenme yetersizliğine dair fikir vermektedir. Bir önceki endekste olduğu gibi referans grubun ortanca değerinden eksi iki standart sapma gösteren çocuklar “düşük kilolu”, eksi üç standart sapma gösterenlerse “ciddi şekilde düşük kilolu” olarak değerlendirilmektedirler. Tablo 8’de kırdaki her beş çocuktan birinin kısa boylu, her 20 çocuktan birininse ciddi şekilde kısa boylu olduğu görülmektedir. Kentte ise her 13 çocuktan biri kısa boylu iken her 60 çocuktan biri ciddi şekilde kısa boyludur. Bir başka ifade ile kırdaki kronik yetersiz beslenme problemi yaşayan çocukların oranı, kenttekilerin 3 katıdır. Kırdan kente göç eden ailelerin çocukları arasında ciddi şekilde kısa boylu olanların oranı, kırdaki çocuklara benzer bir görüntü ortaya koyar iken, kısa boylu olanların dağılımı kentteki ve kırdaki çocukların arasındadır, kente göç eden ailelerin çocuklarının durumu biraz daha kente yakındır. Yaşa-göre-ağırlık endeksine bakıldığında ise, Türkiye genelinde

çocukların yüzde 4'ünün düşük kilolu olduğu görülmektedir. Düşük kilolu çocukların oranı kentten kıra göç eden ailelerin çocukları arasında en fazla iken, beklenildiği şekilde kentte yaşayanlar arasında en düşüktür.

Tablo 8. Beş yaş altındaki çocukların yetersiz beslenme durumlarının antropometrik ölçütlere ve göçmenlik durumuna göre yüzdeleri, TNSA-2003

Beslenme Ölçütü	Kırdan			Kırda yaşıyor	TÜRKİYE
	Kentte yaşıyor	kente göç etmiş	Kentten kıra göç etmiş		
Yaşa-göre-boy (bodurluk)					
-3 SD	1,7	4,4	5,6	5,8	3,6
-2SD	7,5	11,4	13,8	20,1	12,2
<i>Ölçüm yapılan çocuk sayısı</i>	<i>1467</i>	<i>284</i>	<i>953</i>	<i>1017</i>	<i>3721</i>
Yaşa-göre-ağırlık					
-3 SD	0,3	1,1	0,4	0,8	0,6
-2SD	2,2	4,2	6,8	5,7	3,9
<i>Ölçüm yapılan çocuk sayısı</i>	<i>1458</i>	<i>280</i>	<i>931</i>	<i>1013</i>	<i>3682</i>

4. SONUÇ

Türkiye'de çocuk ölümlülüğü örüntüsü kent-kır ekseninde olduğu kadar, göçmen-göçmen olmayan ekseninde de belirgin bir farklılaşma sergilemektedir. Kırdan kente göç eden kadınların çocuklarının hayatta kalma ihtimalleri, kırdan yaşayan kadınların çocuklarına oranla belirgin bir iyileşme gösterirken, kentte yaşayan kadınlarla mukayese edildiğinde dezavantajlı bir konuma sahip oldukları görülmektedir.

Kırdan kente göç eden kadınlar genellikle, kentin periferinde, çevresel koşulların kötü olduğu gecekonduarda yaşamaktadırlar. Kadınlar göç ettikten sonra çalışma durumu açısından da dezavantajlı bir konuma gelmektedirler. Kırdan kente göç eden kadınlar genelde istihdam olanağı bulamamakta, çalışma olanağını yakalayan kadınlarsa çoğunlukla sigortasız olarak çalışmaktadırlar.

Kentte, göçmen kadınların çocukları arasında erken yaş ölüm hızlarının daha yüksek oluşu çevresel özelliklerin kötü oluşunun ötesinde sağlık hizmetlerine ulaşımında da eşitsiz bir durumun söz konusu olduğunu düşündürmektedir. Nitekim çalışmada kente göç eden kadınların doğum öncesinde ve doğum sırasında kentli kadınlara göre sağlık hizmetlerinden daha az faydalandıkları, çocuklarının aşılama oranlarının kentli kadınların çocuklarına kıyasla daha düşük olduğu, beslenme yetersizliğinin göçmen kadınların çocukları arasında daha yaygın olduğu görülmüştür.

Kırda yaşayan ve kırdan kente göç eden kadınların öğrenim düzeylerinin düşük oluşu, kadınların çocuk hastalıkları konusunda yeterince bilgi sahibi olmamalarına yol açıyor olabilir.

Kuşkusuz kente göç eden kadınların kentli gruplarla etkileşime girmeleri, televizyon, radyo gibi modern iletişim araçlarının etkilerine daha çok maruz kalmaları gibi faktörler zamanla kadınların çocuk hastalıkları konusunda daha çok bilgi sahibi olmalarına, sağlık hizmetlerinin farkında olmalarına ve o hizmetlerin daha etkili bir şekilde kullanılmasına yol açacaktır. Çalışmada kentte geçirilen süreye bağlı olarak çocukların hayatta kalma ihtimallerinde önemli farklılıklar olduğu görülmüştür.

Ancak, bu sürecin hızlandırılması için kırsal alanlardaki ve göçmen kadınların daha yoğun olarak yaşadıkları gecekondulardaki çevresel koşulların iyileştirilmesi, su ve sanitasyon gibi temel altyapı sorunlarının halledilmesi gerekmektedir. Çevresel koşulların iyileştirilmesinin yanı sıra hem kırdaki yaşayan, hem de göçmen ailelerin kadınları güçlendirilmeli, toplumsal statülerinin yükseltilmesi sağlanmalıdır. Bunun için kadınların öğrenim düzeylerinin yükseltilmesi, sosyal güvenlik kapsamında çalışma yaşamına dahil olmaları için yoğun çaba gösterilmelidir. Sağlık hizmetleri planlanırken daha fazla risk altında olan bu gruplara öncelik verilmesi, birinci basamak sağlık kurumlarında anne-çocuk sağlığı konularında eğitim çalışmalarının planlanması, sunulan sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğinin artırılması, sürekliliğinin sağlanması ve niteliğinin yükseltilmesi erken yaş çocuk ölüm hızlarında önemli gelişmeler kaydeden ülkemizde daha da iyi noktalara gelmesini sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

Afşar, A. ve Biliker, M.A. (1996), “Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım ve Doğum Hizmetlerinden Yararlanma”, **Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler** içinde. Ankara.

Anandlakshmy, P.N., Talwar P.P., Buckshee K. ve Hingorani V. (1993), “Demographic, socio-economic and medical factors affecting maternal mortality –an Indian experience”, **The Journal of Family Welfare**, 39 (3): 1-4.

Bicego, G.T. ve O.B. Ahmad. (1996), **Infant and child mortality**. DHS Comparative Studies No. 20. Calverton, Maryland: Macro International Inc.

Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE). (1995), **Türkiye Nüfusu: 1923-1994 Demografi Yapısı ve Gelişimi**. Ankara.

Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE), (2003), **2000 Genel Nüfus Sayımı: Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri**. Ankara.

Donabedian A, Rosenfeld LS, Southern EM. (1965), “Infant mortality and socioeconomic status in a metropolitan community”, **Public Health Reports**, 80:1083–94. [PubMed: 4954380]

Giri, K. (1995), “Discussion”, **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, 50 (2): 43.

Goldenberg, R.L., Patterson E.T. ve Freese M.P. (1992), “Maternal, demographic, situational and psychosocial factors and their relationship to enrolment in prenatal care: A review of the literature”, **Women and Health**, 19 (2-3): 133-151.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993, Ankara, 1994

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Ankara, 1999

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Ankara, 2004

Hobcraft, J.N., McDonald, J.W. ve Rutstein, S.O. (1984), "Socioeconomic Factors in Infant and Child Mortality: A Cross-National Comparison". **Population Studies**, 38: 193-223.

Johnson Pamela Jo, J. Michael Oakes, and Douglas L. Anderton. (2009) "Neighborhood poverty and American Indian infant death: are the effects identifiable?", **Annals of Epidemiology**. Author manuscript; available in PMC 2009 July 1. PMID: PMC2464618

Kongar, E. (1993), **İmparatorluktan Günümüze Türkiye'nin Toplumsal Yapısı**. Remzi Kitabevi, İstanbul.

Maine, D. (1991), **Safe Motherhood Programs: Options and Issues**. Centre for Population and Family Health, New York.

Mahy, M. (2003), **Childhood Mortality in the Developing World: A Review of Evidence from the Demographic and Health Surveys**. DHS Comparative Reports No. 4. Calverton, Maryland: ORC Macro.

McDonagh, M. (1996), "Is Antenatal Care Effective in Reducing Maternal Morbidity and Mortality", **Health Policy and Planning**, 7 (1): 1-15.

Mothercare Matters (1998), "Maternal Health Assessment in Bangladesh: Bangladesh Program Review And Assessment", **Mothercare Matters**, 7 (1): 10-17.

Nylander, P.P.S. ve Adenkunle, A.O. (1990), "Antenatal Care in Developing Countries", **Bullieres Clinical Obstetrics and Gynecology**, 4 (1): 169-186.

Özvarış Ş.B, Akın A. **Türkiyede Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma**. Erişim Adresi: http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/turkiyede_dogum_onesi.pdf. Erişim Tarihi:10.05.2010

Rooney, C. (1992), **Antenatal Care and Maternal Health: How Effective is It?**. WHO/Safe Motherhood, WHO, Geneva, Switzerland.

Rutstein, S.O. (1984), **Infant and child mortality: Levels, trends, and demographic differentials**. World Fertility Survey Comparative Studies No 43. Cross-national Summaries. Voorburg, Netherlands: International Statistical Institute.

Stockwell EG. (1962), "Infant mortality and socio-economic status: a changing relationship", **Milbank Memorial Fund Quarterly**, 40:101-11. [PubMed: 13917299]

Stockwell EG, J W Wicks, and D J Adamchak (1978), "Research needed on socioeconomic differentials in U.S. mortality", **Public Health Reports**, Nov-Dec; 93(6): 666-672. PMID: PMC1431951

Sullivan, J.M., S.O. Rutstein, ve G.T. Bicego. (1994), **Infant and child mortality**. DHS Comparative Studies No. 15. Calverton, Maryland: Macro International Inc.

Sundari, T.K. (1992), "The Untold Story: How the Health Care Systems in Developing Countries Contribute to Maternal Mortality". **International Journal of Health Services**, 22 (3): 513-528.

Swenson, I., Thang N., Nhan V. ve Tieu P. (1993), "Factors related to the utilization of antenatal services in Vietnam", **Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, 96 (2): 76-85.

Thaddeus, S. ve Maine, D. (1994), "Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context", **Social Science and Medicine**, 38 (8): 214-226.

Tsu, V.D. (1994), "Antenatal Screening: Its Use in Assessing Obstetric Risk Factors in Zimbabwe", **Journal of Epidemiology and Community Health**, 48: 297-305.

Villar, J. ve Bergsjö, P. (1997), "Scientific Basis for the Content of Routine Antenatal Care: Philosophy, Recent Studies, and Power to Eliminate or Alleviate Adverse Maternal Outcomes", **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, 76: 1-14.

SUMMARY

INTERNAL MIGRATION AND CHILD HEALTH IN TURKEY

This study examines the influence of internal migration on child health, specifically child mortality in Turkey. Data from the 2003 Turkey Demographic and Health Survey reveals that the probability of dying before completing the fifth birthday is 37 per 1,000 live births at the national level. However, child mortality rates exhibit large variations among urban-rural residents and migrants-nonmigrants. The survival chance of the children of urban native women is 2.4 times more than those of rural native women and 1.6 times more than children of rural-to-urban migrants. Antenatal and delivery care, vaccination status and nutritional level of children under 5 years displayed a similar pattern among migrants and natives. This situation reveals that women's access to medical care varies by place of residence and migratory status.