

## TÜRKİYE'DE BEBEK ÖLÜMLERİ ÜZERİNE DÜŞÜNCELER

Doç. Dr. Gülay ARIKAN (\*)

### GİRİŞ

Bebek ölümleri herhangi biryerdeki genel sağlık durumunu olduğu kadar, toplumsal ve ekonomik durumu, kısaca toplumun gelişmişlik düzeyini en kapsamlı ve en iyi şekilde yansıtan bir ölçüttür. Başka bir deyişle, bebek ve beş yaş altı ölümlülük, sosyal refahın önemli göstergeleridir. Günümüzde ülkeler kişi başına düşen milli gelire göre değil, bebek ölümlülüğünde nerede olduklarına göre değerlendirilmektedirler. Gelişmekte olan ülkeler, çocuklarının hayatta kalması açısından hızlı bir değişim süreci içindedirler. Birçok ülke ölümlülük hızlarını azaltmada çok önemli ilerlemeler kaydederken, bazı ülkelerde ise ivme azalmaktadır (Bertan 1993:181; DİE. T.N.A. 1989:81).

Ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyleri ile IMR (Infant Mortality Rates = bebek ölüm oranları) arasında negatif bir ilişki vardır. Gelişmiş ülkelerde IMR binde 15'lerde iken, gelişmemiş ülkelerde binde 80'lerde gezinmektedir. Aynı şekilde gelir düzeyi ile IMR arasında da çok açık bir ilişki bulunmaktadır. Bir ülkede kişi başına düşen gelir düzeyi yükseldikçe IMR düşmektedir. Özellikle endüstrileşmiş ve gelişmiş batı toplumlarında durum böyledir (Güvenç 1992:13). Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Avrupa Topluluğuna bağlı ülkeler.

Gelişmekte olan ülkelerle gelişmiş ülkelerin sağlık yönünden en önemli farkları ana-çocuk sağlığı alanındadır. Gelişmiş ülkelerde tüm ölümlerin ancak yüzde 2-5'i beş yaşın altında iken, aynı oran gelişmekte olanlarda yüzde 40 dolayındadır. Ölüm nedenleri de farklıdır. Gelişmiş ülkelerde ölümlerin çoğunluğu konjenital anomaliler, metabolik ve genetik hastalıklar gibi önlenmesi güç nedenlere bağlı olduğu halde, gelişmekte olan ülkelerde çeşitli enfeksiyon hastalıkları, doğum travmaları gibi çoğunlukla çevre ve sosyo-ekonomik koşullara bağlı, büyük ölçüde önlenilecek nedenlerdir (Tezcan 1985 : 9).

(\*) Hacettepe Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü Öğretim Üyesi.

Türk toplumunda bebek ölüm hızları cinsiyet bazında incelendiğinde, genellikle erkek çocuklar arasında ölümlerin daha yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır. Bebek ölüm hızı Türkiye genelindeki erkek çocuklar için binde 65.08 iken, kız çocuklar için binde 59.34 olarak bulunmuştur. Türkiye'nin kırsal yörelerinde bebek ölüm hızı erkek çocuklar için binde 73.20, kız çocuklar için binde 69.14, kentsel yörelerde ise erkek çocuklar için binde 55.20; kız çocuklar için binde 47.78'dir (DİE Türkiye Nüfus Araştırması 1989:87).

Bu durum hayatın ilk dönemlerinde erkek çocukları etkileyecek hastalıkların (cinsiyete bağlı hastalıkların) daha çok olması ve erkek çocukların hastalıklara karşı daha az dirençli olmalarından ortaya çıkabileceği gibi, kız çocuk ölümlerinin eksik bildirilmesi gibi kültürel bir nedenden de doğabilir. Diğer taraftan kırsal yerleşim yerleri ile karşılaştırıldığında, kentsel yerlerde erkek ve kız çocuk ölüm oranları arasındaki farklılaşmanın daha az olduğu görülmektedir. Kentsel yerleşim yerlerinde koruyucu bakım hizmetlerinin daha yaygın olmasının bu farklılaşmayı azaltan etkenlerden biri olduğu söylenebilir (H.Ü.N.E.E Temel Etkenler 1988:14). Ancak gelişmekte olan ülkelerde 1-4 yaş çocuklarının özellikle bebeklerin sağlık hizmetlerinden yararlandırılmaları da yetersizdir. Bu ülkelerin özellikle kırsal alanlarında bebeklerin yarısı veya dörtte üçü ölümden önce herhangi bir sağlık personeline götürülmemektedir. Gelişmiş ve az gelişmiş ülkeler arasındaki ölüm düzeyi ve nedenlerinde ki farklılıklar bebeklik ve çocukluk döneminden sonra büyük ölçüde ortadan kalkmaktadır (Tezcan 1985:10).

Unicef tarafından beşyaş altı ölümlülük hızı, ülke çocuklarının durumunu gösteren en önemli gösterge olarak seçilmiştir. Türkiye için beş yaş altı ölüm hızının binde 97.4 olduğu tahmin edilmektedir. Bu da her 100 canlı doğuma karşılık 10 çocuğun beşinci doğum gününü kutlamadan öldüğünü göstermektedir. Beş yaş altı ölümlülük açısından bölge ve yerleşim yeri bakımından farklılıklar bulunmaktadır; kentsel alanlarda binde 63.6, kırsal alanlarda binde 130.2'dir.

Doğu Anadolu Bölgesi tüm bölgeler içinde en yüksek beş yaş altı ölüm hızına (binde 117.1) sahiptir. Batı Anadolu'da binde 74.7, Güney Anadolu'da binde 97.9, Orta Anadolu'da binde 100.8, ve Kuzey Anadolu'da binde 70.00'dir (Bertan 1993:188)

Beş yaşın altındaki çocuklar Türkiye nüfusunun yüzde 12'sini oluşturmaktadır (T.C. Hükümeti UNİCEF 1991:36). Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda bebek ölümlülüğünü tahmin etmek için güvenilir veya sürekli bir kayıt sistemi bulunmamaktadır. Bebek ölüm hızı konusunda temel bilgi 1972'den bu yana Hacettepe Üniversitesi, Nüfus

Etüdüleri Enstitüsü tarafından yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları ile toplanmaktadır. Aynı şekilde Devlet İstatistik Enstitüsü de düzenli araştırmalarla nüfus araştırmaları yaparak konu ile ilgili ayrıntılı bilgiler vermektedir. 1989 Türkiye Nüfus Araştırmasına göre bebek ölüm hızı (BÖH) bin canlı doğumda 62.3, kırsal alanlarda binde 721.25, kentsel alanlarda binde 51.58'dir. Batı Anadolu en düşük, Doğu Anadolu ise en yüksek bebek ölüm hızına sahiptir.

Kırsal alanlardaki bebek ölüm hızı, ülke genelindeki bebek ölüm hızından daha yüksek (binde 71.25), kentsel alanlardaki bebek ölüm hızı ise daha düşüktür (binde 51.58) (DİE Türkiye Nüfus Araştırması 1989:81).

Yapılan araştırmalarda bebek ölüm hızındaki düşmenin sosyal ve ekonomik kalkınmaya paralel olduğu gözlenmektedir. 1990 yılı için tahmin edilen bebek ölüm hızı binde 59.3'tür (Bertan 1993:184).

Çalışmamızın odak noktasını bebek ve çocuk ölümlerine neden olan faktörlerin irdelenmesi ve edinilen bilgilerden yola çıkarak sorunun çözüm yollarına ilişkin bazı önerilerde bulunmak oluşturmaktadır. Çalışma; bebek ölümleri olgusuna genel bir bakışı içeren giriş bölümü ile doğurganlık, bebek ölümlerini etkileyen faktörler ve konuya ilişkin uluslararası karşılaştırmaları içeren bölümlerle sonuç kısmından oluşmaktadır.

### **DOĞURGANLIK VE DOĞURGANLIKLA İLGİLİ ÇALIŞMALAR**

Toplam doğurganlık hızı, bir kadının doğurgan olduğu dönem boyunca (15-49 yaşlar arasında) doğurabileceği çocuk sayısını göstermektedir. Toplam doğurganlık hızı, Türkiye geneli için yüzde 3.39, kırsal yerler için yüzde 4.03 ve kentsel yerler için yüzde 2.84 olarak bulunmuştur (DİE Türkiye nüfus Araştırması 1989:37).

Doğurganlığı açıklamaya yönelik çalışmalar, Leibenstein'in (1957) ve Becker'in (1960) çalışmaları ile başlamış ve Willes (1973) tarafından, çocukların tüketim mallarına benzer algılandığı, "yeni ev ekonomisi" yöntemiyle kuramsallaştırılmıştır. Bu çalışmaları Basit Duragan modeller (Nerlove ve Razin, 1981), Optimal Kontrol Teorisi (Moffit, 1984) ve Risk Fonksiyonları (Newman ve Mc Culloch, 1984) gibi çeşitli gelişmeler izlemiştir (Kasnakoğlu 1993:425).

Adı geçen çalışmalar sonunda doğurganlık farklılıklarını belirleyici dört temel etmen ortaya çıkmıştır. Bunlar; gelir, kadının işgücü faaliyetleri, zaman ayarlama mekanizmaları ve kuşaklararası bazı etmenlerdir.

Kadınların iş bulma olanaklarındaki artışların doğurganlığı açıklamakta önemli potansiyel bir etmen olduğu uzun süreden beri tar-

tırlmaktadır. Başka bir deyişle; bir toplumda çalışma hayatına atılan kadın nüfus arttıkça, o toplumun doğurganlık düzeyinin düşmesi beklenmektedir. 1989 Türkiye Nüfus Araştırmasında bu varsayım doğrulanmıştır. Adı geçen araştırmaya göre; tarım sektörü dışındaki sektörlerde kadınlar için iş olanaklarını artırmak, doğurganlık düzeyinin düşürülmesinde etkili olabilecektir (DİE Türkiye Nüfus Araştırması 1989:69). Kadınların para kazanma yeteneklerinin artmasının, çocukların gölge fiyatını artıracakı öne sürülmektedir. Bu nedenle "kadınların kazanç sağlama gücü artarsa, kadınlar için zaman yoğun mallar olan çocuklara talep azalır". Bu yüzden, kadınların ücret düzeyleri ve işgücüne katılım oranları doğurganlık farklıklarını açıklamakta kullanılır (Kasnaoğlu 1993:426).

Yapılan analizler, kırsal ve kentsel kesimlerde olduğu gibi tüm Türkiye düzeyinde de kadınların işgücüne katılım oranının erkeklerin işgücüne katılım oranından düşük olduğunu göstermektedir. Her iki grubun da işgücüne katılım oranlarında 1985 yılından 1988 yılına artış olmuştur. 1988 yılında istihdam edilen kadınların sadece yüzde 20.5'inin tarım dışı faaliyet ve mesleklerde yer aldığı ve yüzde 73.25'inin ise ücretsiz aile işçisi olduğu gerçeği ortaya çıkmaktadır (Kasnaoğlu 1993:423).

- Kadınların iktisadi faaliyet kolları ile ortalama canlı doğmuş çocuk sayıları arasındaki ilişkiler bakımından evlenmiş kadınlar, i) tarım sektörü dışındaki sektörlerde çalışanlar, ii) çalışmayanlar, iii) tarımla ilgili iktisadi faaliyetlerde çalışanlar olarak üç grupta toplanırsa; en yüksek ortalama doğmuş çocuğa tarımda çalışanların sahip olduğu, bunu iktisaden faal olmayan kadınların izlediği ortaya çıkmaktadır. Ortalama çocuk sayısı ile ilgili bu bulgu, batıdaki kırsal kesimlerin dışındaki tüm bölgelerde gözlenmiştir. Bu sonuç "yeni ev ekonomisi teorisi"nde yer alan, iktisaden faal olan kadınların sınırlı zamanlarını meslekleri, çocuk bakımı ve ev işleri arasında bölüştürmek zorunda oldukları için daha az çocuk sahibi oldukları savı ile uyumludur (Kasnaoğlu 1993:430).

1989 Türkiye Nüfus Araştırmasına göre, tüm öğrenim düzeylerinde evlenmiş kadınların sahip olmak istediği çocuk sayısı 2 çocukta yoğunlaşmaktadır. Türkiye genelinde 2 çocuk sahibi olmak isteyen kadınların oranı, okuma-yazma bilmeyenler için yüzde 39.50, ilkokul mezunları için yüzde 64.84, yükseköğretim ve fakülte mezunları için yüzde 78.07 olarak bulunmuştur.

- Öğrenim düzeylerinin çoğunda 1 veya 2 çocuk sahibi olmak isteyen kadın oranının kentsel yerlerde, 3 veya daha fazla çocuk sahibi olmak isteyen kadın oranının ise kırsal yerlerde daha yüksek olduğu görülmektedir (DİE Türkiye Nüfus Araştırması 1989:73).

Yapılan analizler en yüksek doğurganlığın tarım sektöründe olduğunu, bu sektörü ev kadınları ve sanayi sektörünün izlediğini göstermektedir. En düşük doğurganlığın görüldüğü sektör ise ticaret ve hizmetlerdir. Bölgesel doğurganlık eğilimleri, bölgelerdeki sektörlere de yansımaktadır. Bölgedeki doğurganlık yüksek ise, bölgedeki sektörel doğurganlık da yüksek olmaktadır (Kasnaoğlu 1993:433).

Herhangi bir işdeki durum için, tüm yaş grupları genel ortalamaları dikkate alınarak, ortalama canlı doğan çocuk sayılarının bölgesel analizlerinde şu sonuçlar ortaya çıkmaktadır : Batı, Güney ve İç Anadolu bölgelerinde ücretsiz aile işçileri, Kuzeyde ise kendi hesabına çalışan kadınlar en yüksek canlı doğan çocuk ortalamasına sahiptir. Güney, İç ve Kuzey bölgelerinde ücretli ve maaşlılar; batıda ise kendi hesabına çalışan kadınlar en düşük canlı doğan çocuk ortalamasına sahiptir (Kasnaoğlu 1993:435).

Gelir-meslek ve ortalama çocuk sayısı bakımından kadınların durumuna bakacak olursak; Türkiye'de kent ve kırsal bazında en yüksek ortalama gelir, müteşebbis, direktör ve üst kademe yöneticisi olan kadınlarca elde edilmektedir. Türkiye geneli için bu gruptaki kadınların ortalama çocuk sayısı 1.74 olup, üçüncü en düşük ortalamadır. İkinci en düşük ortalama çocuğa sahip grup (1.60) ilmi ve teknik elemanlar, serbest meslek sahipleri ve benzeri çalışanlar grubudur. Bu grup aylık ortalama gelir açısından Türkiye, kentsel ve kırsal alanlarda ikinci sıradadır. Tüm Türkiye ve kırsal yörelerde, iktisaden faal ve gelir getiren kadınların içerisinde en düşük gelir grubunu tarımla uğraşanlar oluşturmaktadır. En yüksek ortalama canlı doğan çocuk sayısına sahip bu grup için ortalama çocuk sayıları Türkiye, kentsel ve kırsal yörelerde sırasıyla 4.83, 5.33 ve 4.81'dir. Böylece gelir ve çocuk sayısı arasında negatif ilişki olduğu sonucuna varılabilir. Yüksek gelirli mesleklerdeki kadınların az çocuk sahibi olma eğilimleri vardır.

Sonuç olarak; kadınların zamanları sınırlıdır ve bu sınırlı zamanlarını ev işleri ve çocuk yetiştirme, gelir getirici işler arasında paylaşmak zorundadırlar. Tarım sektörünün doğurganlığı en yüksek sektör olmasının nedeni belki de, bu sektörde çalışan kadınların daha düşük eğitim düzeyine sahip olmasına ek olarak, kadınların zamanı açısından tarla işi ve çocuk bakımının birbirini dışlamaması olabilir. 1988 yılında kentsel yörelerde en düşük doğurganlık ticaret ve satış personeli grubunda görülmüştür. Aynı grup 1978 yılı için en düşük ikinci doğurganlık hızına sahiptir. Bu durum, kamu kesiminde çalışan kadınların bu grupta yer aldığı ve kamu kesimi çalışanları için iş saatlerinin çocuk bakımına ayrılacak zamanı kısıtladığı gözönünde bulundurulduğunda, beklenmeyen bir sonuç değildir. Bu

sonuç Nijerya'da kamu kesiminde çalışan kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmanın bulguları ile de tutarlıdır (Kasnakoğlu 1993:440).

### **BEBEK ÖLÜMLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Bebek ve çocuk ölümleri ile ilişkili etmenlerin analizinde en yaygın bir biçimde kullanılan Mosley ve Chen modeline göre biyolojik faktörler ve sağlık hizmetleri ölümleri doğrudan sosyo-ekonomik ve fiziksel ortamlar ise dolaylı olarak etkilemektedir (Mosley ve Chen 1984:25-45). Türkiye'de modelin bütününe sınıyarak bir istatistikî analiz yapılmamış, dolaylı ve dolaysız değişkenler gerek tek tek gerekse bir dizi olarak bebek ölümleriyle ilişkilendirilmiştir.

Bebek ölümlerini etkileyen çok çeşitli faktörler vardır. Çocuğun hayatta kalma şansı, annenin eğitim düzeyi ile yakından ilişkilidir. Anneleri eğitimsiz olan çocuklar arasında bebek ölüm hızı, anneleri en az ilkökul mezunu olan çocuklara göre 1.6 kez daha fazladır (H.Ü. N.E.E. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993:10). Annenin doğumdaki yaşı (18 yaştan küçük, 35 yaştan büyük olması halinde risk yükselir), doğurduğu çocuk sayısı, doğum aralıkları (iki doğum arasında en az 24 ay olmalıdır), doğum öncesi tıbbî bakım alıp almadığı, gebelik durumunun yüksek riskli gebelik olup olmadığının tesbiti; ailelerin sosyo-ekonomik koşulları; ayrıca toplumun değer yargıları, anne ve babalara göre çocuğun değeri bebek ölümlerinde önemli rol oynamaktadır.

Yapılan araştırmalarda kadının gebeliklerinin sayısı ile sahip olduğu çocuk sayısı ve evde yaşayan aile üyelerinin sayısı ile bebek ölümleri arasında belirgin pozitif bir ilişki; annenin eğitim seviyesi ve ailenin gelir düzeyi ile bebek ölümleri arasında ise belirgin bir negatif ilişki bulunmuştur (Briscoe 1984; Shultz 1984; Ware 1984).

Bebek ölümlerini etkileyen risk faktörlerinden anne-babaya ilişkin özellikler aşağıdaki biçimde sıralanabilir :

#### **a) Annenin yaşı**

Yapılan araştırmalar genç (18 yaş ve daha küçük) ve yaşlı (35 yaş ve üzeri) annelerden doğan bebeklerin ölüm olasılığının diğerlerine göre daha yüksek olduğunu göstermiştir (Tezcan 1985: 33, H.Ü.N.E.E. Temel Etkenler 1988 : 20).

Gelişmekte olan ülkelerde evlilikler erken yaşlarda gerçekleştiğinden, adolesan doğurganlığı evlilik içinde olmaktadır. Adı geçen doğurganlık türü, kendi içinde birtakım riskleri taşımaktadır. Konuya ilişkin medikal ve sosyal risklerle ilgili olarak yapılmış bazı çalışmalar bulunmaktadır. Adolesan çağda gebe kalanlarda anne ölümlerinin daha çok olduğu; prematüre bebek dünyaya getirme ola-

sılığının arttığı; düşük, ölü doğum, gebelik zehirlenmelerinin daha çok görüldüğü, bu konudaki bulgular arasındadır. Bu annelerin bebeklerinde de ölümlerin fazlalığı, doğum ağırlıklarının düşüklüğü, kaza ve hastalıkların daha çok görüldüğü dikkati çekmektedir.

Bu konudaki çalışmalarda ağırlık medikal yönde olmasına rağmen, konuyu sosyal yönden ele alıp inceleyen araştırmacılar da vardır. Bulgulara göre; eğitim, gelir, sosyal statü ve sosyo-ekonomik düzey gibi faktörler adolesan doğurganlığının nedeni olabildiği gibi sonucu da olabilmektedir. Bu durum ülkelerin sosyo-ekonomik yapılarına ve kültürel değerlerine bağlıdır (Bulut 1985:497-498).

b) Annenin eğitim düzeyi

Eğitim hem bebeğe yönelik davranışlar, hem de kişinin sosyo-ekonomik imkanları ile ilgili olduğu için bebeklerin hayatta kalabilmelerini etkileyebilecek önemli bir faktördür. Nitekim annesi daha iyi eğitim görmüş çocukların hayatta kalma şansları diğerlerine göre daha yüksek olmaktadır.

c) Babanın mesleği

Babanın mesleği ile ölüm düzeyi arasında da ilişki vardır. Genellikle işsiz, vasıfsız işçi ve statüsü düşük mesleklerde çalışanların bebek ve çocuklarının ölüm olasılığı diğer meslek gruplarına göre daha yüksektir.

d) Ailenin sosyo-ekonomik durumu

Ailenin sosyo-ekonomik durumunu tesbit etmede sıklıkla kullanılan değişkenler; eğitim düzeyi, meslek, gelir durumu, bazende konut koşullarına ilişkin bilgilerdir.

Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda sosyo-ekonomik durumla bebek-çocuk ölüm düzeyi arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. Yani ailenin sosyo-ekonomik durumu iyileştikçe ölüm düzeyi düşmektedir (Tezcan 1985:37).

Ülkemiz düzeyindeki verilere göre düşük geliri ailelerin yüzde 70-80'inde en az bir çocuk ölümü varken, aynı oran orta gelirli gruplarda yüzde 40'a düşmektedir.

e) Gebelik sırası

Bebek ölümleri, bebeğin hangi sıradaki gebelikten doğduğuna göre farklı boyutlardadır. Genellikle ülkemizde ilk sırada ve 5.6. gebelikten sonra doğan bebeklerin ölüm olasılığı, aradakilere (2,3 ve 4. sıradakiler) göre daha yüksektir (Tezcan 1985:37).

f) Gebelik süresi

Gebelik süresinin normalden kısa veya uzun olduğu durumlarda bebek, özellikle neonatal dönem (yaşamın ilk ayında olan) bebek ölüm hızları artmaktadır.

g) Gebeliğin istenme durumu

Genellikle istenmeyen gebelikler sonucu doğan bebeklerin az ilgi gördüğü ve iyi bakılmadığı için ölüm olasılığının yüksek olduğu ileri sürülmektedir (Tezcan 1985:39).

h) Gebelikler arasındaki süre

Gebelikler arasındaki sürenin kısa veya uzun olması, bebeğin yaşama şansını etkilemektedir. Genellikle anne ve çocuk sağlığı için en uygunu gebelikler arasında üç yıl olmasıdır (Tezcan 1985:40).

ı) Doğumun olduğu yer

Bebek ölümlerinde, özellikle neonatal dönem ölümlerinde, doğumun olduğu yer, bebeğin yaşama şansını etkileyen önemli bir faktördür. Doğumevi, hastane veya evde sağlık personeli yardımı ile yapılan doğumlarda bebekler daha az ölmektedir. Evde kendi kendine veya ehliyetstiz, ara ebelerin yardımı ile doğarlarda ise bebeklerin yaşama şansı azalmaktadır.

j) Doğum şekli ve komplikasyon

Doğumun oluş şekli ve doğum sırasında komplikasyon olup olmaması genellikle erken yeni doğan bebek ölümlerini etkiler.

k) Çoğul gebelik

Çoğul gebeliklerden (ikiz, üçüz, dördüz gibi) doğan bebeklerin ölüm olasılığı, tek doğumlardan daha yüksektir.

l) Annenin alışkanlıkları

Çeşitli araştırmalarda annenin gebeliği sırasında sigara içme, ilaç kullanma gibi bazı alışkanlıklarının fetüse zararlı olduğu gösterilmiştir.

m) Annenin sağlık durumu

Annenin gebelikten önce varolan, gebelik sırasında ağırlaşan veya gebelik döneminde ortaya çıkan sağlık sorunları doğacak bebeğin sağlığını da çok yakından ve olumsuz yönde etkiler. Bu sorunların en önemlileri kalp, böbrek, karaciğer hastalıkları, hipertansiyon, anemi gibi sistemik hastalıklar, gebelik döneminde kanama, enfeksiyon, travma gibi durumlardır (Tezcan 1985:42).



#### n) Akraba evlilikleri

Akraba evlilikleri de bebek ve çocuk ölümlerinin ortaya çıkmasında etkin rol oynamakta olan risk faktörlerinden biri olarak değerlendirilmektedir.

Türkiye'de akraba evlilikleri yaygın bir evlilik biçimi olmakla birlikte, ülkenin az gelişmiş ve gelişmiş bölgeleri, kır ve kent yerleşim yerleri arasında ve değişik eğitim düzeylerinde akraba evliliği yoğunluğu farklıdır. Gelişmiş bölgelerimizde, kentlerde yüksek eğitim düzeyinde akraba evlilikleri azalmaktadır.

Bazı çalışmalarda akraba evliliği ile çocuk ölümleri arasında bir ilişki bulunmuştur. Ancak sosyo-ekonomik faktörlerle akraba evliliğinin çocuk ölümleri üzerindeki etkisi birbirinden ayırdedilemediğinden akraba evliliklerinin çocuk ölümlerinin bir nedeni olduğu sonucuna kolaylıkla varılamamaktadır.

Ulusoy ve Tunçbilek yaptıkları araştırmada bebek ölümlerine etkili sosyo-ekonomik faktörler olarak düşünülen bölge ve konut tipinin etkilerini akraba evliliğinin etkisinden ayırtmaya çalışarak akraba evliliklerinin etkisini daha net olarak görebilmişlerdir. Örneğin Batı Anadolu'da çok iyi konutta yaşayan akraba evliliği yapanlarda ortalama 5-52 hafta içinde ölen çocuk binde 346 iken, bu ortalama akraba olmayanlarda binde 102'dir (Ulusoy, Tunçbilek 1991:509).

Batının sanayileşmiş ülkelerinde bu yüzyılın başından itibaren akraba evliliklerinde bir düşme gözlenmektedir. Bu azalma sanayileşmiş bölge ve merkezlerde başlamış, daha sonra, uzak kırsal alanlara kadar yayılmıştır. Ülkemizde ise sanayileşme, hızlı kentleşme ve göçlere rağmen hala çok yüksek sıklıkta akraba evliliği yapıldığını görüyoruz. Akraba evliliğinin en az yapıldığı Batı Anadolu'da dahi akraba evliliği sıklığı gelişmiş ülkeler düzeyinin çok üstünde olup, Batı Anadolu'da bile akrabalı yetiştirme katsayısı Kanada'nın 10, Belçika'nın 16 katı kadardır (Ulusoy, Tunçbilek 1991:513).

#### **Bebek-Çocuğa İlişkin Özellikler**

##### a) Yaş

Yeni doğanlar için en riskli dönem ilk hafta, yeni doğan dönemini bitiren bebekler için ilk altı ay, 1-4 yaş dönemi için de ilk yaştır. Bu dönemlerin herbirini geride bırakan çocuğun yaşama şansı yüksektir.

##### b) Cins

Genellikle erkek bebeklerin ölüm olasılığı kız bebeklere göre daha yüksektir. Bu durum gelişme düzeyi farklı olan tüm ülkelerde böy-

ledir. Kesin nedeni bilinmemekle birlikte erkek bebeklerin biyolojik olarak daha az dirençli oldukları varsayılmaktadır. Doğumda cinsiyet oranı (E/K) incelendiğinde erkeklerin daha fazla sayıda doğduğu görülmüştür. Bebek ölümleri az, sağlık düzeyi iyi olan ülkelerde 100 kız bebeğe karşılık, 102-103 erkek, bebek ölümlerinin yüksek olduğu daha az gelişmiş ülkelerde ise 105-106 erkek bebek doğmaktadır (Tezcan 1985:44).

Türkiye'de hem kırsal hem de kentsel alanlar da erkek bebek ölüm hızlarının bebek ölüm hızından daha yüksek olduğu yapılan araştırmalarla ortaya konulmuştur. Farklılık bölgesel çalışmalarda da bulunmuştur.

Bebek ölüm hızı, Türkiye genelindeki, erkek çocuklar için binde 65.08 iken kız çocuklar için binde 59.34'tür. Türkiye'nin kırsal yörelerinde bebek ölüm hızı erkek çocuklar için binde 73.20, kız çocuklar için binde 69.14; kentsel yörelerde ise erkek çocuklar için binde 55.20, kız çocuklar için binde 47.78'dir (Türkiye Nüfus Araştırması 1989:87).

#### c) Ölen kardeş sayısı

Bebek ölümü ile önceden ölen kardeş olup olmaması arasında da yakın ilişki vardır. Bebek ve çocuk ölümünün olduğu ailelerde çeşitli olumsuz durumlar kısa sürede değişmediğinden her yeni bebeğin ölme olasılığı da, bebek-çocuk ölümü ile karşılaşmayan diğer ailelerinkinden daha yüksektir. Bu risk kimi zaman iki kat daha fazla olabilmektedir.

#### d) Beslenme durumu

Bebek-çocukların yetersiz-dengesiz beslenmeleri durumunda enfeksiyon hastalıklarına yakalanma, hastalıkların daha ağır seyretmesi ve ölüm olasılıkları artar. Buna 3-M kompleksi adı verilir. Yapılan araştırmalara göre Türkiye'de bebeklik ve erken çocukluk dönemlerinde yetersiz ve dengesiz beslenme önemli boyutlardadır (Tezcan 1985:46).

#### e) Sağlık durumu

Zamanında ve sağlıklı doğan bir bebeğin yaşama şansı erken, geç ve/veya sağlıklı doğan bir bebeğe göre çok yüksektir.

Bütün bu yukarıda sayılan çeşitli risk ve faktörleri birbirlerine bağımlı bir şekilde işleyerek çocuk sağlığını olumlu veya olumsuz yönde etkilerler. Örneğin, annenin eğitim düzeyinin düşük olması, kırsal alanda oturması, daha fazla sayıda doğum yapmış olması, geçmişte birkaç bebeğini kaybetmesi ve sosyo-ekonomik durumunun kötü, be-

bekte beslenme yetersizliği olması gibi çeşitli riskli durumların birarada bulunma olasılığı yüksektir ki; böyle durumlarda bebek-çocuk ölümleri artmaktadır. Bu nedenle çeşitli risk faktörleri birlikte değerlendirilmelidir.

f) Sağlık hizmetlerinin sunulması ve kullanımına ilişkin özellikler

Sağlık hizmetlerinin sunulması ve kullanımına ilişkin çeşitli faktörler de bebek-çocuk sağlığı düzeyini dolayısıyla ölüm boyutunu etkiler. Sağlık hizmetlerinden halkın yararlanabilmesi için en önemli ve ilk koşul hizmetin varolması, yani sunulmasıdır. Ülkemizde kentsel kesimde sağlık hizmeti sunulmaktadır. Kırsal kesimde ise tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri sağlık ve sosyal yardım bakanlığı'nın sağlık ocakları aracılığıyla verilmektedir. Çocuk ve bebek ölümlerinin kırsal kesimde yüksek olması, sunulan hizmetlerin yeterli düzeyde olmadığı tartışmasını gündeme getirmektedir.

Hizmetlerin ücretli olup olmaması, sağlık harcamalarının devlet-kurum-kişiler tarafından ödenme durumu da yararlanmayı etkiler.

Ayrıca sağlık hizmetlerinin niteliği; araç, gereç, personel sayısı, dağılımı ve personelin bilgi bakımından niteliği de yararlanmada önemli etkenlerdendir.

Bir başka etken, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için onların ulaşılabilir mesafede olmasıdır.

Son bir etken olarak halkın sosyo-kültürel özellikleri de sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkiler. İnsanlar kaderci bir düşünce yapısıyla sağlık hizmetlerinden yararlanmak yerine başka yollara başvurabilirler.

Ayrıca, aile büyüklüğü, cinsiyet, eğitim, meslek, gelir, sağlık sigortası ve bazı sosyal faktörlerin de hizmet kullanımı ile ilişkisi bulunmaktadır.

### **BEBEK ÖLÜM ORANLARINA İLİŞKİN**

### **ÜLKELERARASI KARŞILAŞTIRMALAR**

Avrupa Topluluğu'ndaki ülkelerin Tablo I'e göre doğum, ölüm ve bebek ölüm oranları şöyledir. 1992 yılı verilerine göre AT 12'nin toplam olarak doğum oranı %011.3, ölüm oranı %09.8, bebek ölüm oranı %06.8'dir. Doğum oranının en yüksek olduğu ülkeler, İrlanda %014.5, Danimarka ve İngiltere %013.1, Fransa ve Hollanda %013.0, Lüksemburg %013.2, ile ilk sıralarda yer almaktadır. Ölüm oranları Danimarka %011.8, Almanya %011.1 ile başta bulunmaktadır. Bebek ölüm oranı AT 12 ülkede toplam %06.8'dir. AT içinde bebek ölüm oranının en yüksek olduğu ülkeler Portekiz %09.3, Lüksemburg %08.5,

Yunanistan %08.4, İtalya %08.2 ve %07.8 ile İspanya gelmektedir. Türkiye'de 1992 verilerine göre doğum oranı %027.5, ölüm oranı %07.7, bebek ölüm oranı ise %062.0'dır. Bu sonuçlara göre Türkiye'de doğum oranı ile bebek ölüm oranı AT ülkelerinden çok daha fazladır (Baran 1994:102).

**Tablo 1.** Avrupa Topluluğuna İlişkin demografik Veriler

Ülkeler	Nüfus Yoğunluğu (1993)(1000)	Doğum Oranı (1992)(‰0)	Ölüm Oranı (1992)(‰0)	Bebek Ölüm Oranı (192)(‰0)
AT 12	146.8	11.3	9.8	6.8
Belçika	329.9	12.4	10.4	6.9
Danimarka	120.3	13.1	11.8	6.6
Almanya	225.9	10.1	11.0	6.2
Yunanistan	78.4	10.1	9.6	8.4
İspanya	77.5	9.8	8.7	7.8
Fransa	105.8	13.0	9.1	7.3
İrlanda	50.7	14.5	8.7	6.7
İtalya	189.0	9.9	9.6	8.2
Lüksemburg	152.8	13.2	10.3	8.5
Hollanda	369.9	13.0	8.6	6.3
Portekiz	106.7	11.7	10.3	9.3
İngiltere	237.4	13.1	9.6	6.0
Türkiye	75.4	27.5	7.7	62.0

Kaynak : Eurostat 1994 : 115, 128, 130, 132-DİE 1993: 101, 159, 169

Bebek ölüm oranı Amerika Birleşik Devletlerinde binde 8.3, Kanada'da binde 6.8'dir.

Bilindiği gibi yüksek bebek ölüm oranına sahip olma, az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerin sorunudur. Birkaç örnek verecek olursak; 1994 yılı verilerine göre bebek ölüm oranı Mısır'da binde 62, Nijerya'da binde 87, Libya'da binde 68, Sudan'da binde 85, Ethiopia'da binde 110, Mozambique'de binde 147, Angola'da binde 37'dir. Türkiye'nin komşularında ise durum şöyledir: Kıbrıs'ta binde 25, Irak'da binde 79, Suriye'de binde 44, İran'da binde 66, Bulgaristan'da binde 16, Romanya'da binde 23.3'tür. Türkiye ise binde 57 ile kendi bölgesinde bebek ölüm oranı büyüklüğü bakımından Irak'dan sonra gelmektedir.

Adı geçen ülkelerden Mısır'la ilgili verilere göz atmak istersek, 1992 yılında Mısır'da 5 yaş altı ölümlerinin dörtte üçü ilk bir yıl içinde olmuştur. Bebek ölümlerine sosyo-ekonomik farklılıklar açısından bakıldığında; Mısır'da kırsal kesimde her yaş grubunda ölüm oranının çok yüksek olduğu görülür. Bebek ölümlerinin binde 119'u 5 yaş altı ölümlerinin binde 164'ü kırsal alanda gerçekleşmektedir. Kentsel ke-

simde ise bebek ölüm oranı binde 65, 5 yaş altı ölümlerinin oranı ise binde 93'dür (Egypt, Demographic and Health survey 1992:124).

Yüksek eğitim düzeyindeki annelerde bebek ölüm oranı binde 36, 5 yaş altı çocuk ölüm oranı ise binde 42'dir.

Eğitimsiz annelerde bebek ölüm oranı binde 98,5 yaş altı çocuk ölüm oranı binde 133'dür.

İlkokul eğitimi almış olan annelerde bebek ölüm oranı binde 63,5 yaş altı çocuk ölüm oranı binde 85'dir.

Görüldüğü gibi bebek ve çocuk ölüm oranları bakımından eğitimsiz annelerle sadece ilkokul eğitimi almış anneler arasında çok belirgin farklılık bulunmaktadır.

Anneler arasında doğum öncesi bakımı alıp almama bakımından da farklılıklar vardır. Doğum öncesi bakım alan annelerde bebek ölüm oranı binde 50, 5 yaş altı çocuk ölüm oranı binde 59'dur.

Doğum öncesi bakım almayan annelerde bebek ölüm oranı binde 69,5 yaş altı çocuk ölüm oranı binde 97'dir.

Ücretli bir işte çalışan annelerde bebek ölüm oranı binde 62, 5 yaş altı çocuk ölüm oranı binde 78 iken; ücretli bir işte çalışmayan annelerde bebek ölüm oranı binde 83, 5 yaş altı çocuk ölüm oranı ise binde 112'dir.

Çalışan annelerin en az ilkokul mezunu olacak şekilde eğitim aldıklarını, buna ek olarak çalışan kadınların daha az sayıda çocuğa sahip olma eğilimi taşıdıklarını da düşünürsek sonucun şaşırtıcı olmaması gerekir.

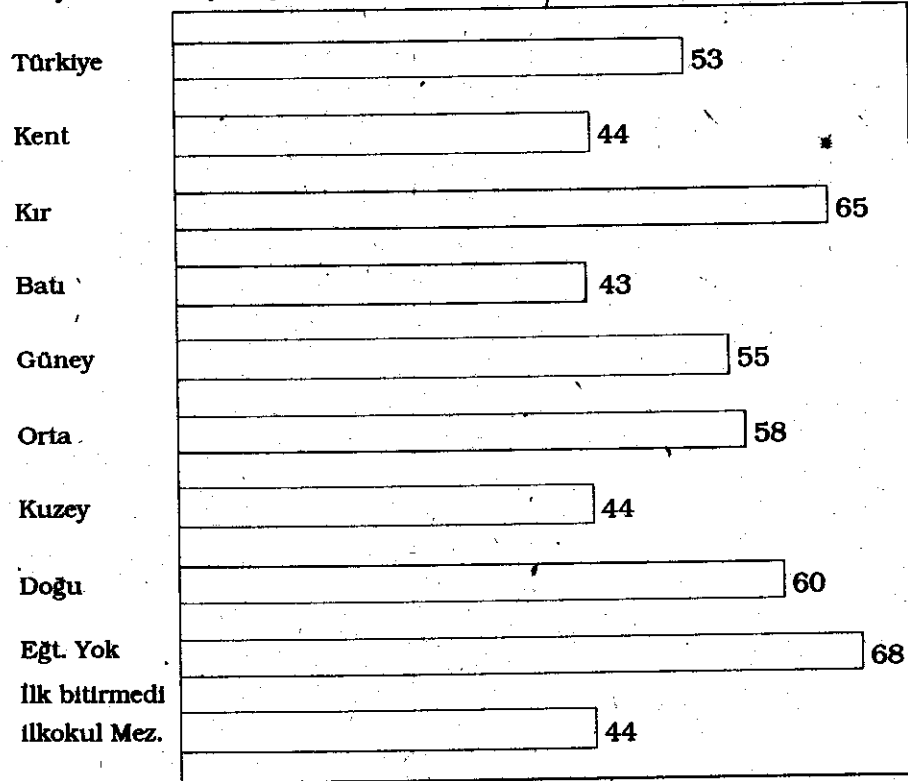
Mısır'da bebek ve 5 yaş altı çocuk ölümlerine demografik farklılıklar açısından bakarsak; binde 85 oranında erkek bebek, binde 75 oranında kız bebek ölmektedir. 5 yaş altı çocuk ölümlerinde ise, erkek çocuk ölümleri binde 107 iken, kız çocuk ölümleri binde 109'dur. Bu durum, çok riskli olan yaşamın ilk yılını geçirdikten sonra cinsiyet olarak kız ve erkek çocukların ölüm oranlarının eşitlenmeye doğru gittiğini göstermektedir.

Bir başka demografik gösterge olan annenin doğumdaki yaşına bakarsak; 20 yaşın altındaki annelerde bebek ölüm oranı binde 118, 5 yaş altı çocuk ölüm oranı binde 151 iken yaşı 20-29 arasında olan annelerde bebek ölüm oranı hızla binde 73'e 5 yaş altı çocuk ölüm oranı ise binde 100'e düşmektedir. 30-39 yaş arasında bebek ölüm oranı binde 83'e, 5 yaş altı çocuk ölüm oranı ise binde 105'e çıkmakta; 40-49 yaş arasında ise bebek ölüm oranı yeniden tırmanışa geçmekte binde 115, 5 yaş altı çocuk ölüm oranı ise binde 151, 5 yaş altı çocuk

ölüm oranı ise binde 151 olmaktadır (Egypt, Demographic and Health Survey 1992:126-127).

Türkiye'deki duruma gözatacak olursak; 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre araştırma tarihinden önceki beş yıl içinde bebek ölüm hızı bin canlı doğumda 53 olarak hesaplanmıştır. Bunun anlamı her 20 çocuktan biri biryaşına girmeden önce ölmektedir. Aynı dönemde canlı doğan bin çocuktan 61'i 5 yaşından önce ölmüştür. Bebek ve çocuk ölümlülüğü geçtiğimiz on yılda hızlı bir azalma göstermiştir. Bebek ölüm hızındaki düşme, son on yılda yüzde 35 olarak saptanmıştır.

**Şekil : 1** Seçilmiş Özelliklere Göre Bebek Ölüm Hızları



Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993, Özet Rapor:10.

Türkiye'de seçilmiş özelliklere göre bebek ölüm hızlarına baktığımızda bebek ölüm oranının kırsal kesimde binde 65 iken, kentsel kesimde binde 44 olduğunu görürüz. Bebek ölüm hızı Batı ve Kuzey Anadolu bölgelerinde ülke ortalamasının altında iken, Doğu Anadolu Bölgesinde ülke ortalamasından yüzde 15 daha fazladır.

Çocuğun hayatta kalma şansı, annesinin eğitim düzeyiyle yakından ilişkilidir. Anneleri eğitimsiz olan çocuklar arasında bebek ölüm hızı, anneleri en az ilkokul mezunu olan çocuklara göre 1.6 kez daha fazladır (1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması :10).

Kısa doğum aralığından sonra (iki doğum arasındaki sürenin iki yıldan az olması) doğan çocukların ölme riski, uzun doğum aralığından sonra doğanlara göre daha fazladır.

Bir başka demografik özellik; erkek bebekler de ölüm oranı (binde 71) kız bebek ölüm oranından daha yüksektir (binde 66).

Annenin doğum sırasındaki yaşı açısından 20 yaş altındaki annelerin bebeklerinde ölüm oranı en yüksektir (binde 93) 20-29 yaş arasında aynı oran binde 55'e düşerken, 30-39 yaş arasında yeniden yükselmekte (binde 88), 40-49 yaş arasında ise binde 102'ye ulaşmaktadır.

Doğum öncesi bakım almak bakımından araştırmadan önceki beş yıl içinde yapılan doğumların yüzde 37'sinde annelerin doğum öncesi hiçbir bakım almadıkları ortaya çıkmıştır. Doğumların yüzde 60'ı bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmiştir ve doğumların yüzde 76'sı doktor veya diplomalı ebe/hemşire tarafından yaptırılmıştır (1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması : 11).

Yukardaki oranlar; halkımızın üçte ikisinin doğum öncesi bakım alma ve doğumunu bir sağlık kuruluşunda yapma bakımından belirli sınırlar içinde bilinçlendiğini göstermektedir.

### **DEĞERLENDİRME ve SONUÇ**

Tablo I'de de görüldüğü gibi Türkiye'de yetişkin ölüm oranı gelişmiş ülkelerdeki durumun benzeridir; gelişmiş ülkelerden ayrılan yanı sıra bebek ölümlerinin çok yüksek boyutlarda ve ölüm nedenlerinin büyük çoğunluğunun etkin tıbbi hizmetler sunularak önlenabilir nitelikte olmasıdır.

Ailelerin çocuğa gerekli değeri vermemesi ve özen göstermemesi, annenin eğitim düzeyinin düşüklüğü, bebeklerin hastaneye götürülmesi gerektiği halde götürülmemesi ya da götürme de geç kalınması, sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlük çekilmesi ve ailedeki bebek sağlığına ilişkin yanlış inançlar v.b. bebek ölümlerinin sosyal nedenlerini oluşturmaktadır.

Bir ülkede bebek ölümlerinin azaltılmasında önemli faktörlerden birisi olan doğum öncesi bakım, özellikle anne ve çocuk sağlığı açısından çok önemlidir. İyi bir doğum öncesi bakım ile anne ve çocuk ölümleri engellenebilir. Gebe izlenimlerinin sağlık evlerinde, sağlık

ocaklarında ya da ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde en az altı kez yapılması gerekmektedir. Anne ve çocuk sağlığı açısından risk altında olan kadınlar ancak bu şekilde saptanıp sağlık ocaklarına ya da hastaneye sevkedilecekleri için doğum öncesi bakım hayatı önem taşımaktadır.

1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre; 1988-1993 yılları arasında meydana gelen doğumlarda annelerin yüzde 47'si doktordan, yüzde 16'sı ise ebe/hemşireden doğum öncesi bakım almışlardır. Bununla beraber, doğumların yüzde 37'sinde de annelerin doğum öncesi hiçbir bakım almamış oldukları görülmüştür. Doğum öncesi bakım almada kırsal ve kentsel alanlar arasında olduğu gibi bölgeler arasında da belirgin farkların bulunacağı açıktır.

Yine aynı yıllar arasında doğumların yüzde 60'ı bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmiştir. Doğumların yüzde 76'sı doktor veya diplomalı ebe/hemşire tarafından yapılmıştır. Yani her 4 doğumdan 3'ü, doktor, veya ebe/hemşire tarafından yapılmaktadır. Ayrıca doğumların yarısından daha azında (yüzde 42) anneler gebelikleri sırasında tetanoz aşısı olmuşlardır (H.Ü.N.E.E., Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması : 11).

Bebek ölümlerine yol açan etkenlerden birisi olan erken hamilelik; eğitim düzeyi düşük anneler arasında daha yaygındır. Bilgisizlikten kaynaklanan çeşitli uygulamalar, bebek ve anne ölümlerine neden olmaktadır. Bu tür uygulamalar arasında, bebeğin baştan sona kundaklanması nedeniyle ortaya çıkan kalça çıkıkları sayılabilir. Diğer uygulamalara örnek olarak; ilk yirmidört saat içinde ya da çocuk ishal olduğunda kendisine su verilmemesi, toprak ile kundaklanması v.b. gibi geleneksel çocuk bakım yöntemleri gösterilebilir (T.C. Hükümeti - UNİCEF 1991:187). Bu tür sakıncalı durumlar, kitle iletişim araçları aracılığıyla yaygın eğitim yoluyla giderilmeye çalışılmalıdır.

Ayrıca bebek ve çocukların hastalıklardan korunmaları için aşılanmaları çok önemlidir. Türkiye'de 1983 yılında yalnızca 29.000 çocuk aşı ile önenebilir hastalıklardan hayatını kaybetmiş, bu sayının yarısı kadarı da kabıcı sakatlıklara sahip olmuştur.

Çocukların aşılanma oranları, aşıların ikinci ve üçüncü dozlarının tamamlanmamasından dolayı istenilen düzeyde değildir. Tam aşılu çocuk oranı 12-23 aylık çocuklarda sadece yüzde 65'dir. Aşılanma oranlarında yaşanan yere göre varolan farklılığın azaltılması ve bir yaşına kadar tam aşılu olan çocukların oranının artırılması için çalışmalara devam edilmelidir. Bu ve benzeri durumların önenebilmesi için 1985 yılında sağlık bakanlığı ile Unicef ve WHO arasında, 1985-1989 Temel Sağlık Hizmeti kapsamında çocukları yaşatma ve ge-



1989 Temel Sağlık Hizmeti kapsamında çocukları yaşatma ve geliştirme için işbirliği programı imzalanmıştır. Bu program sık rastlanan difteri, boğmaca, tetanoz (DPT), çocuk felci, kızamık ve tüberküloz gibi hastalıklara karşı aşılama, emzirmenin teşvik edilmesi, yeterli beslenmenin sağlanması, büyüme ve gelişmenin izlenmesi, ishal hastalıklarının ağızdan sıvı tedavisi uygulaması ile ishale bağlı ölümlerin önlenmesi ve akut solunum yolu enfeksiyonlarının kontrol edilmesi konularını kapsamaktadır. Ayrıca aile planlaması, beslenme ve annenin eğitimi de çocuk sağlığı açısından taşıdıkları önem itibarıyla kapsanan konular arasındadır (Bertan 1993:195-196).

#### Kaynaklar

- BARAN, A.G. "Avrupa Topuluğunun Bütünleşmesi konusuna Sosyolojik Bir Bakış ve AT-Türkiye İlişkileri", Hacettepe Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi Dergisi, Cilt 11, Sayı 1-2 Aralık 1994.
- BERTAN, M. "The Health and population of Turkey", Hacettepe University Institute of Population Studies, Population Issues in Turkey, Ankara, 1993.
- BRISCOE, J. "Technology and child survival: the example of sanitary engineering", in W.H. Mosley and L.C. Chen, eds, Child Survival. Strategies for Research, Supplement to Population Development Review, Vol. 10, 1984.
- BULUT, I. "Adolesan Evlilikleri", Aile Yazıları 4 Evlilik Kurumu ve İlişkileri, T.C. Başbakanlık, Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı, Ankara, 1991.
- T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, 1989 Türkiye Nüfus Araştırması, Ankara, DİE, Basımevi, 1991.
- EL. Zanaty, FATMA H., Sayed, Hüseyin A.A., Zaky, Hassan H.M., Way, Ann A. Egypt, Demographic and Health Survey 1992 National Population Council, DHS Macro International Inc., Calverton, Maryland U.S.A., November 1993.
- GÜVENÇ, B. "Demographic Aspects of Families in Turkey", A Paper Presented to Population Conference Organized by Hacettepe Institute of Population Studies, Ankara, 1992.
- GRANT, J.P. The State of the World's children 1987 UNICEF, Oxford University Press, 1987.
- Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Türkiye'de Bebek Ölümleri Temel Etkenler, Ankara, 1988.
- Hacettepe University, Institute of Population Studies, Demographic and Health survey 1993, Summary Report, Ankara, October, 1994.

- KASNAKOĞLU, Z. "An Empirical Analysis of Female Occupation, Income and Fertility in Turkey", Hacettepe University, Institute of Population Studies, Population Issues in Turkey, Ankara, 1993.
- MOSLEY, W.H.; Chen, L.C. "An Analytical Frame Work For The Study of Child Survival in Developing Countries", Population and Development Review, Vol. 10., 1984.
- SHULTZ, T.P. "Studying The Impact of Household Economics and Community Variables on child mortality", in W.H. Mosley and L.C. Chen, eds, Child Survival Strategies for Research, Supplement to Population development review, Vol. 10, 1984.
- T.C. Hükümeti ve UNICEF. Türkiye'de Anne ve Çocukların Durumu, Ankara, Yeniçağ Matbaası, 1991.
- TEZCAN, S. Türkiye'de Bebek ve Çocuk Ölümleri, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayın No: 85/26, Ankara, 1985.
- ULUSOY, M. TUNÇBİLEK, E. "Türkiye'de Akraba Evlilikleri ve Çocuk Ölümlerine etkisi", Aile Yazıları 4 Evlilik Kurumu ve İlişkileri, T.C. Başbakanlık, Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı, Ankara, 1991.
- WARE, H, "Effects of Maternal Education, Women's Roles and Child Care on Child Mortality", in W.H. Mosley and L.C. Chen, eds, Child Survival Strategies for Research, Supplement to, Population Development Review, Vol. 10, 1984.