



# SEKİZİNCİ BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI

DPT: 2556 – ÖİK: 572

## NÜFUS, DEMOGRAFİ YAPISI, GÖÇ ÖZEL İHTİSAS KOMİSYONU RAPORU

ANKARA 2001

## Ö N S Ö Z

Devlet Planlama Teşkilatı'nın Kuruluş ve Görevleri Hakkında 540 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname, "İktisadi ve sosyal sektörlerde uzmanlık alanları ile ilgili konularda bilgi toplamak, araştırma yapmak, tedbirler geliştirmek ve önerilerde bulunmak amacıyla Devlet Planlama Teşkilatı'na, Kalkınma Planı çalışmalarında yardımcı olmak, Plan hazırlıklarına daha geniş kesimlerin katkısını sağlamak ve ülkemizin bütün imkan ve kaynaklarını değerlendirmek" üzere sürekli ve geçici Özel İhtisas Komisyonlarının kurulacağı hükmünü getirmektedir.

Başbakanlığın 14 Ağustos 1999 tarih ve 1999/7 sayılı Genelgesi uyarınca kurulan Özel İhtisas Komisyonlarının hazırladığı raporlar, 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı hazırlık çalışmalarına ışık tutacak ve toplumun çeşitli kesimlerinin görüşlerini Plan'a yansıtacaktır. Özel İhtisas Komisyonları çalışmalarını, 1999/7 sayılı Başbakanlık Genelgesi, 29.9.1961 tarih ve 5/1722 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulmuş olan tüzük ve Müsteşarlığımızca belirlenen Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu genel çerçeveleri dikkate alınarak tamamlamışlardır.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ile istikrar içinde büyümenin sağlanması, sanayileşmenin başarılması, uluslararası ticaretteki payımızın yükseltilmesi, piyasa ekonomisinin geliştirilmesi, ekonomide toplam verimliliğin artırılması, sanayi ve hizmetler ağırlıklı bir istihdam yapısına ulaşılması, işsizliğin azaltılması, sağlık hizmetlerinde kalitenin yükseltilmesi, sosyal güvenliğin yaygınlaştırılması, sonuç olarak refah düzeyinin yükseltilmesi ve yaygınlaştırılması hedeflenmekte, ülkemizin hedefleri ile uyumlu olarak yeni bin yılda Avrupa Topluluğu ve dünya ile bütünleşme amaçlanmaktadır.

8. Beş Yıllık Kalkınma Planı çalışmalarına toplumun tüm kesimlerinin katkısı, her sektörde toplam 98 Özel İhtisas Komisyonu kurularak sağlanmaya çalışılmıştır. Planların demokratik katılımcı niteliğini güçlendiren Özel İhtisas Komisyonları çalışmalarının dünya ile bütünleşen bir Türkiye hedefini gerçekleştireceğine olan inancımızla, konularında ülkemizin en yetişkin kişileri olan Komisyon Başkan ve Üyelerine, çalışmalara yaptıkları katkıları nedeniyle teşekkür eder, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın ülkemize hayırlı olmasını dilerim.

  
Dr. Akın İZMİRLIOĞLU  
Müsteşar

<b><u>İÇİNDEKİLER</u></b>	<b>i</b>
<b>KOMİSYON BAŞKANI'NIN ÖNSÖZÜ</b>	<b>vii</b>
<b>NÜFUS, DEMOGRAFİ YAPISI, GÖÇ ÖİK KATILIMCI LİSTESİ</b>	<b>viii</b>
<b>NÜFUS VE KALKINMA ALT KOMİSYONU RAPORU</b>	
I. GİRİŞ	1
II. EKONOMİK GELİŞME VE NÜFUS	3
A. Nüfus Artışı Ve Sermaye Birikimi	3
B. Nüfus Artışı Ve Teknolojik Gelişme	4
C. Nüfus Artışı, İşgücü Ve İstihdam	5
D. Nüfus Artışı Ve Doğal Kaynaklar	5
E. Türkiye'de Mevcut Durum Ve VIII. Plan Döneminde Beklenen Gelişmeler	6
III. NÜFUS-SAĞLIK-KALKINMA İLİŞKİLERİ	7
IV. KALKINMAYI DESTEKLEYİCİ UNSURLAR	9
A. Nüfus Araştırmaları	9
B. Ulusal Eylem Planları	9
C. Uluslararası İşbirliği	10
D. Hükümet Dışı Sektör	11
V. NÜFUS ALT GRUPLARI	11
A. Bebek ve Çocuk, Gençler, Kız Çocuk	11
B. Kadının Güçlendirilmesi	12
C. Üreme Çağındaki Nüfus	13
D. Yaşlılar	13
VI. NÜFUS VE ÇEVRE	13
A. VII. Plan Döneminde Yapılan Çalışmalar	15
B. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı İçin Öngörülen Politika, Strateji Ve Faaliyetler	15
<b>NÜFUS DİNAMİKLERİ VE GÖÇ ALT KOMİSYONU RAPORU</b>	
I. NÜFUS YAPISI VE DEĞİŞİMİ	17
A. Nüfus Büyüklüğü Ve Artış Hızı	17
1. Mevcut Durum	17
2. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Döneminde (2001-2005) Beklenen Gelişmeler	18
B. Hanehalkı Büyüklüğü	18
1. Giriş	18
2. Mevcut Durum	18
C. Nüfusun Yaş Ve Cinsiyet Yapısı	19
1. Mevcut Durum	19
2. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Döneminde (2001-2005)	

Beklenen Gelişmeler	20
3. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Amaç Ve Hedeflerine Ulaşılması İçin Öngörülen Politika, Strateji Ve Faaliyetler	20
II. DOĞURGANLIK	21
A. Giriş	21
B. Mevcut Durum	
C. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Döneminde (2001-2005) Beklenen Gelişmeler	23
D. Ulaşılmak İstenen Amaç Ve Hedefler	23
1. Kısa Dönemde (2001-2005)	23
2. Uzun Dönemde (2001-2023)	24
E. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Amaç Ve Hedeflerine Ulaşılması İçin Öngörülen Politika, Strateji Ve Faaliyetler	24
III. ÖLÜMLÜLÜK	24
A. Giriş	24
B. Mevcut Durum	24
C. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Döneminde (2001-2005) Beklenen Gelişmeler	25
D. Ulaşılmak İstenen Amaç Ve Hedefler	25
1. Kısa Dönemde (2001-2005)	25
2. Uzun Dönemde (2001-2023)	25
F. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Amaç Ve Hedeflerine Ulaşılması İçin Öngörülen Politika, Strateji Ve Faaliyetler	26
IV. İÇ GÖÇLER	26
A. Giriş	26
B. Mevcut Durum	26
C. VIII. BYKP Döneminde (2001-2005) Beklenen Gelişmeler	27
D. Ulaşılmak İstenen Amaç Ve Hedefler	28
1. Kısa Dönemde (2001-2005)	28
2. Uzun Dönemde	29
V. TÜRKİYE’DE DIŞ GÖÇ VE MÜLTECİLER SORUNU	29
A. Giriş	29
B. Mevcut Durum	29
C. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Amaç Ve Hedeflerine Ulaşılması İçin Öngörülen Politika, Stratejiler Ve Faaliyetler	31
VI. TÜRKİYE’DE KIRSAL VE KENTSEL YERLEŞMELER	32
A. Giriş	32
B. Mevcut Durum	32
C. Ulaşılmak İstenen Amaç Ve Hedefler	32
1. Kırsal Yerleşmeler	32
a. Kısa Dönemde (2001-2005)	33
b. Uzun Dönemde	33
2. Kentsel Yerleşmeler	33
a. Kısa Dönem	33

E. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Amaç Ve Hedeflerine Ulaşılması İçin Öngörülen Politika, Stratejiler Ve Faaliyetler	33
KAYNAKLAR	34

## ÜREME SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI ALT KOMİSYONU RAPORU

I. GİRİŞ	36
II. ADOLESANLARDA VE GENÇLERDE ÜREME SAĞLIĞI VE CİNSEL SAĞLIK	40
A. Giriş	40
B. Mevcut Durum	40
1. Temel Göstergeler	40
2. VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (2000) Sonuna Kadar Sağlanan Başarılar	44
3. Temel Sorunlar	47
C. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Döneminde (2001-2005) Beklenen Gelişmeler	49
D. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planında Ulaşılmak İstenen Amaç Ve Hedefler	50
1. Kısa Dönemde (2001-2005)	50
2. Uzun Dönemde (2001-2023)	51
F. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Amaç Ve Hedeflerine Ulaşılması İçin Öngörülen Politika, Strateji Ve Faaliyetler	51
1. Temel Politika ve Stratejiler	51
2. Yasal ve Kurumsal Düzenlemeler	52
3. Faaliyetler	53
4. İzleme/Değerlendirme Kriterleri ve Mekanizmaları	53
KAYNAKLAR	54
III. ANA SAĞLIĞI VE ANA ÖLÜMLERİ	55
A. Giriş	55
B. Mevcut Durum	56
1. Temel Göstergeler	56
2. VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (2000) Sonuna Kadar Sağlanan Başarılar	61
3. Temel Sorunlar	61
C. VIII Beş Yıllık Kalkınma Planında (2001-2005) Beklenen Gelişmeler	62
D. Ulaşılmak İstenen Amaç Ve Hedefler	63
1. Kısa Dönemde	63
2. Uzun Dönemde	64
F. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Hedeflerine Ulaşılması İçin Öngörülen Politika, Strateji Ve Faaliyetler	64
1. Temel Politika ve Stratejiler	64
2. Faaliyetler	65
3. İzleme/Değerlendirme Kriterleri ve Mekanizmaları	65

IV. AİLE PLANLAMASI	67
A. Giriş	67
B. Mevcut Durum	67
1. Temel Göstergeler Ve Sorunlar	67
2. VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi Sonuna Kadar (2000) Sağlanan Başarılar	80
C. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Döneminde (2001-2005) Beklenen Gelişmeler	85
D. Ulaşılmak İstenen Amaç Ve Hedefler	85
E. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Amaç Ve Hedeflerine Ulaşılması İçin Öngörülen Politika, Strateji Ve Faaliyetler	87
1. Temel Politika Ve Stratejiler	87
2. Yasal Ve Kurumsal Düzenlemeler	94
3. Faaliyetler	94
4. İzleme /Değerlendirme Kriterleri Ve Mekanizmaları	94
V. CİNSEL SAĞLIK – CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR VE HIV/AIDS	95
A. Giriş	95
B. Mevcut Durum	100
1. Temel Göstergeler	100
C. Öneriler	105
KAYNAKLAR	107
VI. İLERİ YAŞ ÜREME SAĞLIĞI	110
A. Giriş	110
B. Mevcut Durum Ve Temel Sorunlar	112
C. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Döneminde Beklenen Gelişmeler	112
D. Öngörülen Politika Strateji Ve Faaliyetler	113
E. İzleme/Değerlendirme Kriterleri Ve Mekanizmaları	113
KAYNAKLAR	114

## **VERİ KAYNAKLARI, ANALİZİ VE NÜFUS PROJEKSİYONLARI ALT KOMİSYONU RAPORU**

I. GİRİŞ	115
A. Sayımlar	115
B. Kayıtlar	116
C. Araştırmalar	116
II. MEVCUT DURUM	118
A. Temel Göstergeler	118
1. Sayımlar	118
2. Kayıtlar	118
3. Araştırmalar	122
B. VII Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (2000) Sonuna Kadar Sağlanan Başarılar	122
1. Sayımlar	122

2. Kayıtlar	123
3. Araştırmalar	125
C. Temel Sorunlar	125
1. Sayımlar	125
2. Kayıtlar	126
3. Araştırmalar	126
III.VIII. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI DÖNEMİNDE	
BEKLENEN GELİŞMELER	128
A. Sayımlar	128
B. Kayıtlar	128
C. Araştırmalar	128
IV. ULAŞILMAK İSTENEN AMAÇ VE HEDEFLER	129
A. Kısa Dönemde ( 2000 -2005)	129
1. Sayımlar	129
2. Kayıtlar	129
a. Türkiye Cumhuriyeti Kimlik Numarası Verilmesi	129
b. Türkiye Cumhuriyeti Kimlik Numaralı Nüfus Cüzdanlarının Verilmesi	130
c. Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü'nün Yeniden Yapılanması	131
3. Araştırmalar	131
B. Uzun Dönemde (2001-2023)	132
1. Sayımlar	132
2. Kayıtlar	132
3. Araştırmalar	132
VI. VIII. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI AMAÇ VE HEDEFLERİNE	
ULAŞILMASI İÇİN ÖNGÖRÜLEN POLİTİKA, STRATEJİ	
VE FAALİYETLER	133
A.Temel Politika Ve Stratejiler	133
1. Sayımlar	133
2. Kayıtlar	133
a. Kısa Vadeli Önlemler	134
b. Orta Vadeli Önlemler	138
c. Uzun Vadeli Önlemler	139
B.Yasal Ve Kurumsal Düzenlemeler	140
1. Sayımlar	140
2. Kayıtlar	140
3. Araştırmalar	141
C.Faaliyetler	141
1. Kayıtlar	141
D.İzleme, Değerlendirme Kriterleri Ve Mekanizmaları	142
1. Kayıtlar	142
<b>EK 1. ÜREME SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI ALT</b>	
<b>  KOMİSYONU ÜST YÖNETİM (ÖZET) RAPORU</b>	157
<b>EK 2. NÜFUS PROJEKSİYONLARI</b>	167

ISBN 975 – 19 – 2637 - 8. (basılı nüsha)

Bu Çalışma Devlet Planlama Teşkilatının görüşlerini yansıtmaz. Sorumluluğu yazarına aittir. Yayın ve referans olarak kullanılması Devlet Planlama Teşkilatının iznini gerektirmez; İnternet adresi belirtilerek yayın ve referans olarak kullanılabilir. Bu e-kitap, <http://ekutup.dpt.gov.tr/> adresindedir.

Bu yayın 1500 adet basılmıştır. Elektronik olarak, 1 adet pdf dosyası üretilmiştir.



## **KOMİSYON BAŞKANI'NIN ÖNSÖZÜ**

Organize toplumsal yaşam ilişkileri içerisinde her merkezi öge bireydir. Birey sayıları, yapısı ve yapılarındaki değişikliği ile nüfusu oluşturmaktadır. Toplumsal kalkınma bu ilişkilerin istenilen düzeylere çıkartılmasını sağlarken, nüfus ögelerini birincil olarak ele almaktadır.

Ülkemizdeki kalkınma planları başlangıcından beri nüfus konusuna hak ettiği değeri vermiştir. Bu süre zarfında Türkiye'deki nüfusun sayısı, yapısı ve değişimi, gelişmekte olan ülke görünümünden gelişmiş ülkelerdeki konuma dönüşmüştür. Bu bağlamda ölümlülük ve doğurganlıkta görülen ciddi gelişmelerin, yanı sıra çağdaş toplumlarda görülen yerleşim birimleri arasındaki nüfus hareketliliği yani göçler hız kazanmıştır.

Nüfus, Demografi Yapısı, Göç Özel İhtisas Komisyonu üyeleri üzerlerine düşen sorumluluğun bilinci altında büyük özveri ile çalışarak ilişikteki raporu hazırlamışlardır. Büyük bir şevk ile sürdürülen bu çalışma, çok kısa sürede tamamlanmak zorunluluğunun getirdiği zaman kısıtlaması içerisinde bitirilmiştir. Komisyon üyeleri yeterli zamanın verilmesi halinde ellerinde raporu daha mükemmelleştirmek için yeterli imkanlarının olduğunu ifade etmişlerdir. Gösterdikleri bu özveriye şükran duygularımı iletmek isterim. Ayrıca toplantıların gerçekleştirilmesinde katkıları olan Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) Türkiye Temsilciliği'ne ve Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'ne teşekkür ederim.

**Prof. Dr. Aykut TOROS**  
**Nüfus, Demografi Yapısı, Göç**  
**Özel İhtisas Komisyonu Başkanı**



## VIII. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI NÜFUS, DEMOGRAFİ YAPISI, GÖÇ ÖZEL İHTİSAS KOMİSYONU KATILIMCI LİSTESİ

**Komisyon Başkanı :** Prof. Dr. Aykut TOROS  
**Raportör:** Meryem DEMİRCİ  
**Koordinatörler :** Y. Mehmet KONTAŞ  
Kemal MADENOĞLU

**Komisyon Üyeleri :** Dr. İbrahim AÇIKALIN  
Prof. Dr. Ayşe AKIN  
Yrd. Doç Dr. Kemal ARI  
Şengül ARSLAN  
Doç. Dr. Feramuz AYDOĞAN  
Uğur AYTAÇ  
Yrd. Doç. Dr. Ayşe AZMAN  
Bahar BAŞTİMUR  
Dr. Güler BEZİRCİ  
Dr. Sevgin BİÇER  
Dr. Mehmet Ali BİLİKER  
Dr. Derman BOZTOK  
Prof. Dr. Ayşen BULUT  
Neriman CAN  
Dr. Süleyman CEYLAN  
Dr. Neş'e ÇAKIROĞLU  
Doç. Dr. Nesrin ÇİLİNGİROĞLU  
Hasibe DEDEŞ  
Meryem DEMİRCİ  
Seher DERE  
Doç Dr. Banu ERGÖÇMEN  
Mehmet EMİRALIOĞLU  
Nuray FİNCANCIOĞLU  
Dr. Türkiz GÖKGÖL  
Prof. Dr. Sabahattin GÜLLÜLÜ  
Mustafa GÜNGÖRLÜ  
Dr. Demet GÜRAL  
Doç.Dr. Atilla HANCIOĞLU  
Dr. Şeref HOŞGÖR  
Celal KARPUZ  
Yrd. Doç. Dr. İsmet KOÇ  
Dr. Rifat KÖSE  
Dr. Arzu KÖSELİ

**Elif KURTULUŞ**  
**Suat KÜÇÜK**  
**Dr. Selçuk METİNER**  
**Doç. Dr. Hilal ÖZCEBE**  
**Fatma ÖZDOĞAN**  
**Prof. Dr. Mümtaz PEKER**  
**Doç. Dr. Haydar SUR**  
**Fisun ŞENER**  
**Ayşe Karaduman TAŞ**  
**Doç. Dr. Fahrettin TATAR**  
**Selma TOSUN**  
**Dr. Cem TURAMAN**  
**Dr. Aygen TÜMER**  
**Sinan TÜRKYILMAZ**  
**Kezban UĞUZER**  
**Doç. Dr. Turgay ÜNALAN**  
**Prof. Dr. Sunday ÜNER**  
**Münip ÜSTÜNDAĞ**  
**Deniz YARATIM**  
**Dr. Samira YENER**  
**Dr. Gökhan YILDIRIMKAYA**  
**Dr. Sare YİĞİTBAŞ**  
**Dr. Pınar ZARAKOLU**

# VIII. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI NÜFUS, DEMOGRAFİ YAPISI, GÖÇ ÖZEL İHTİSAS KOMİSYONU

## NÜFUS VE KALKINMA ALT KOMİSYONU RAPORU

**Alt Komisyon Başkanı :** Dr. Cem TURAMAN  
**Raportör :** Selma TOSUN

**Üyeler :** Dr. Arzu KÖSELİ  
Elif KURTULUŞ  
Prof. Dr. Mümtaz PEKER  
Dr. Samira YENER



## NÜFUS VE KALKINMA ALT KOMİSYONU RAPORU

### I. GİRİŞ

Nüfusun büyüklüğü ve yapısı, kalkınma planlarının üzerine bina edildiği temel yapıyı teşkil etmektedir. Nüfus, gelir ile birlikte bir ekonomide mal ve hizmetlere olan talebin kompozisyonunu ve miktarını belirler. Nüfusun büyüklüğü, yapısı, bilgi ve beceri düzeyi, üretim sisteminin temel girdisini oluşturur.

Gelişen bir ekonomide nüfus ve nüfusun özellikleri, kaynakların sosyal ve ekonomik sektörler arasındaki dağılımını büyük ölçüde etkiler; kaynakların bu şekilde dağılımı da ekonominin büyüme hızını, istihdam düzeyini, sektörel üretim artış oranları ile ihracat ve ithalat oranlarını etkiler.

Nüfusu ekzojen bir faktör olarak alma eğilimi, özellikle 1950 ve 1960'larda gündeme gelen kalkınma stratejilerindeki yaklaşımda görülmeye başlanmıştır. Bu yaklaşımlar, çoğunlukla kalkınmanın hızlanması için sanayiye daha çok yatırım yapılmasını ve sadece kişi başına toplam gelir artışını hedeflemekte, gelirin bölgeler ve kişiler arasındaki dağılım özellikleri gözardı etmektedirler. Kuşkusuz bu yaklaşımlarda uluslararası kuruluşların o dönemdeki gelişmekte olan ülkelerde gözlenen hızlı nüfus artışından ürkmelerinin ve ne pahasına olursa olsun bu hızları aşağı çekme gayreti içine girmelerinin payı da vardır. Bu durum, nüfusla kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkinin anlaşılmasını geciktirmiş ve konunun yalnızca aile planlaması olarak ele alınmasına yol açmıştır.

Bu konudaki kavramlar ve yaklaşımlar 1974'te Bükreş'te toplanan Dünya Nüfus Konferansı'ndan sonra değişmiştir. Hükümetler düzeyindeki bu ilk önemli toplantıdaki tartışmalarda ve kabul edilen Dünya Nüfus Hareket Planı'nda çok açık olarak nüfus dinamikleri ile kalkınma faktörleri arasındaki karşılıklı ilişkilere ve etkileşimlere dikkat çekilmiştir. Bükreş Konferansı, nüfus politikalarının, özellikle doğurganlığı azaltıcı ve nüfus artış hızını yavaşlatıcı politikaların, ancak yoğun kalkınma çabaları ile birlikte uygulanabilirse başarılı olabileceğini ortaya koymuştur ve bu durum 1984 Meksika Dünya Nüfus Konferansı'nda artık tartışılmadan kabul edilen bir gerçek haline gelmiştir.

Nüfus politika ve programlarının kalkınma stratejileri ile bütünleşmesi ancak nüfusun planlama süreci içinde herhangi diğer bir ekonomik sektör gibi, ayrı bir sektör olarak ele alınması ile mümkün olacaktır. Başka bir ifade ile nüfus, kalkınma planlarının endojen bir sektörü olabildiği ölçüde kalkınma stratejisi ile tutarlılığı sağlanmış olur. Bazı ülkelerde düşük doğurganlık bir problem olabilirken, bazılarında yüksek doğurganlık mevcut kaynakları zorlayabilmektedir. Bazı ülkelerde ise kişi başına milli gelir ne ölçüde yüksek olursa olsun, bu gelirin hakkaniyetle dağılmadığı sık olarak görülmektedir.

Ancak, kalkınma stratejilerinin, önceden olduğu gibi sadece kişi başına gelir artışını hedeflemek yerine, nüfusun genel refah düzeyini artırma hedefine dönüştürülmesinin kaçınılmaz gereği artık kabul edilmektedir.

Türkiye, kalkınma ile ilişkili uluslar arası etkinliklere katılmış ve uluslar arası eylem planlarını imzalamıştır. Bunlar arasında:

- Birleşmiş Milletler Kadın 10 Yılı: Eşitlik, Kalkınma ve Barış başlıklı projenin gözden geçirilmesi ve Başarıların Değerlendirilmesi Dünya Konferansı, Nairobi 1985;
- Dünya Çocuk Zirvesi, New York 1990;
- Birleşmiş Milletler Çevre ve Kalkınma Konferansı, Rio de Janeiro 1992;
- Uluslararası Beslenme Konferansı, Roma 1992;
- Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, Kahire 1994;
- Dördüncü Dünya Kadın Konferansı: Eşitlik, Kalkınma ve Barış için Eylem, Beijing 1995;
- Birleşmiş Milletler İkinci İnsan Yerleşimleri (Habitat II) Konferansı, İstanbul 1998.

Tüm bu etkinlikler kalkınmanın temelinde insan olduğunu ve insana daha fazla yatırım yapılması ve kişilerin kendi toplumlarının sosyal, ekonomik ve politik yaşamına her düzeyde tam katılımlarının sağlayacak şekilde güçlendirilmesi gereğini ortaya koymaktadır.

Özellikle 1994 Kahire Nüfus ve Kalkınma Konferansı nüfusa ilişkin amaç ve politikaları, temel hedefi bütün insanların yaşam kalitesini artırmak olan kültürel, ekonomik ve sosyal kalkınmanın ayrılmaz bir parçası olarak görmektedir. Eylem Planı insan merkezli sürdürülebilir bir kalkınma anlayışı ile; nüfus, kaynaklar, çevre ve kalkınma arasındaki ilişkilerin tam olarak dengelenmesini esas almaktadır. Bu anlamda yoksulluğun giderilmesi, cinsiyetler arasında eşitliğin sağlanması, toplumsal refaktan, sağlık, eğitim gibi temel hizmetlerden eşit olarak yararlanabilmeyi, sorumlulukların paylaşılmasını ve herkesin bunlardan yararlanmada eşit fırsatlardan yararlanmasını bir hak olarak dikkate almaktadır. Üreme sağlığı cinsiyet ayırımı yapmaksızın herkes için bir sağlık hakkıdır. Aile planlamasını da fırsat ve sorumluluklar temelinde çiftlere ve bireylere en iyi sağlığı, sorumluluğu ve aile refahını sağlayan, değerlere saygılı ve ailelerin çocuk sayısına, sıklığına ve zamanlamasına karar verme hakkına saygı duyan bir çerçeve içinde üremeye yönelik amaçlarını gerçekleştirmeleri için bir araç olarak görülmektedir.

Kahire’de 5-13 Eylül 1994’te toplanan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD), hemen tüm ülkelerin katılımıyla gerçekleşmiş ve kabul edilen Eylem Planı tüm ülkelerin, bölge ve BM gibi dünya ölçeğindeki kuruluşların katılımıyla geliştirilmiştir. ICPD toplantısına katılan 189 ülkede toplantı hedeflerinin nasıl anlaşıldığı, savunulduğu ve ülke ve yerel düzeylerde, sektör düzeyinde nasıl uygulandığı ICPD+5 hedefleri olarak araştırılmaktadır.

Türkiye, Kahire toplantısına DPT koordinatörlüğünde ilgili kamu ve gönüllü kuruluşların işbirliği ile hazırlanan çalışmayla katılmış, Eylem Planı’ndaki tüm kararları desteklemiştir. Toplantıda sürdürülebilir ekonomik büyüme ve kalkınma ile nüfus ilişkileri eğitim, ekonomik düzey ve kadının güçlendirilmesi konularıyla ilişkileri içinde tartışılmıştır. Çocuklar için temel insan hakları, gençler, kadınlar, yaşlılar ve diğer nüfus alt gruplarına dikkat çekilmesi, ICPD’nin belki de en önemli yanısıdır.



## II. EKONOMİK GELİŞME VE NÜFUS

Nüfus artış hızı, ekonomik gelişme temposu içinde işgücü artışını, sermaye birikimini, teknolojik gelişmeyi ve doğal kaynakların kullanılmasını etkileyen önemli bir unsurdur.

Nüfus artışı bir yandan doğrudan doğruya, öte yandan ekonomik gelişme yoluyla kentleşmeye yol açarak, konut, sağlık ve eğitim harcamalarını da etkiler. Konut ile sağlık ve eğitim harcamaları da ekonomik faaliyeti etkilediği gibi nüfusun sosyal ve kültürel gelişmesini etkilemektedir. Sermaye birikimi ile teknolojik gelişmenin kişi başına gelir artışına yol açan önemli iki etken olduğu bilinmektedir. Sermaye birikimi ile teknolojik gelişmenin birlikte gerçekleştiği bir ortamda doğal kaynakları kullanma şeklinin nasıl değiştiği konusunda genelleme yapmak çok kolay değildir. Sermaye birikimi ile beraber gerçekleşen daha ileri teknoloji kullanmanın, daha çok ve nitelikli işgücü ihtiyacına yol açıp açmayacağını da önceden kestirmek mümkün değildir. Çünkü, nüfus artışının işgücü artışına yol açarak ekonomik gelişmeyi olumlu yönde etkilemesi yanında, artan nüfusun kişi başına gelir artışını olumsuz yönde etkilemesi de söz konusudur. Ayrıca, nüfus artışının sermaye birikimi, teknolojik gelişme, işgücü artışı, istihdam ve doğal kaynaklar ile ilişkisini de göz önüne almak gerekmektedir.

### A. Nüfus Artışı ve Sermaye Birikimi

Sermaye birikimi veya sermaye stokunun artması belirli bir zaman içinde elde edilen gelirin tüketilmeyen kısmının yatırımlar haline gelmesi ile sağlanır. Bu bakımdan gelirin tasarruf edilen kısmının büyüklüğü sermaye artış hızını belirleyen önemli bir unsurdur. Nüfusun yaşlara göre bölünüşü tasarruf oranının belirlenmesini yakından etkiler. Bu bölünüş ise nüfus artış hızına bağlı olarak değişir. Nüfus artış hızı yükseldiğinde, 0-14 yaş grubu nüfusun toplam nüfus içindeki payının artacağı ve böylece çalışma çağı dışındaki bu yaş grubunun toplam tüketimi artırarak tasarruf oranını azaltacağı kabul edilir. 0-14 yaş grubu nüfus ile 65 yaşından yüksek olan nüfus grubu, çalışma çağı dışındaki nüfus olarak bilinir. Çalışma çağı dışındaki nüfusun, çalışma çağı nüfus grubu olan 15-64 yaş grubuna bölünmesi ile bağımlılık oranı adı verilen bir oran bulunur. Bağımlılık oranının yüksek olması tasarruf oranını azaltır. Öte yandan çalışma çağındaki nüfusun tamamının çalışmadığı da bilinen bir gerçektir. Bu bakımdan halen bir işte çalışanlar ile iş bulamayanların toplamından meydana gelen işgücünün çalışma çağı nüfusuna bölünmesi ile bulunan işgücüne katılma oranı da tasarruf oranını etkiler.

Tasarruf oranının belirlenmesinde hükümetlerin uyguladığı vergi politikalarının önemi büyüktür. Nüfus artış hızının yüksek olması, vergi politikaları yolu ile tasarrufların artırılmasını zorlaştırır. Vergi politikası ile elde edilen kamu gelirlerinin kamu yatırımları yolu ile sermaye artışını hızlandırabilmesi, kamu cari harcamalarının düşük oranda olmasını gerektirir. Nüfus artış hızının yüksek olması, özellikle eğitim ve sağlık hizmetleri için gerekli olan kamu cari harcamalarını artıracığı için sermaye artış hızının yavaşlamasına da sebep olabilir. Yüksek bir nüfus artış hızı, sadece eğitim ve sağlıkla

ilgili cari harcamaları artırmakla kalmaz, bu alandaki yatırım harcamalarının da artması gerekir.

Nüfus artış hızının yüksek olması hızlı bir şehirleşmenin de temel sebebidir. Hızlı nüfus artışı ve hızlı şehirleşme, hızla artan konut ihtiyacı ve hızla artması gereken konut yatırımları demektir. Demografik yatırımları, nüfusu artan bir ekonomide, kişi başına gelirin aynı kalması için yapılması gereken yatırımlar olarak nitelendirmek de mümkündür. Nüfus artış hızı ile demografik yatırımlar arasındaki ilişkiye şöyle bir örnek verilebilir: Sermaye/hasıla katsayısı 3 olan bir ülkede her bir puanlık nüfus artışı, ülke gelirin yüzde 3'ünün demografik yatırımlara ayrılmasını gerektirir. Ülkenin nüfus artış hızı yüzde 1 ise, demografik yatırımlar ülke gelirin yüzde 3'ü kadar olurken, nüfus artış hızı yüzde 3 olduğunda demografik yatırımlar ülke gelirin yüzde 9'u kadar olacaktır. Bu ülkenin, gelirin yüzde 18'ini tasarruf edip yatırımlara yönelttiği varsayılırsa, yüzde 3 nüfus artış hızı söz konusu olduğunda tasarrufların ancak yarısı demografik olmayan üretken yatırımlara ayrılacaktır.

Nüfus artış hızının yüksek olmasının yurtiçi talebi artıracığı, işbölümünü geliştireceği ve teknolojik gelişmeyi özendirileceği ileri sürülebilir. Ancak gelişmekte olan ülkelerde işbölümünün gelişmesi, teknoloji düzeyinin yükselmesi ve ekonomik gelişmenin hızlanmasını belirleyen temel değişken, tüketim talebi artışından çok yatırımlarda ortaya çıkan artışlar olmaktadır. Bu sebeple, ülke gelirin ne kadar büyük bir kısmı tasarruf edilip yatırımlara yönlenebilirse, yatırımlar o kadar hızlı artabilir. Yatırımlarda gözlenen artışlar ise, teknolojik gelişmeyi sağlayan en önemli faktör olarak görülmektedir. Bu bakımdan, gelişmekte olan ülkelerde yüksek nüfus artış hızının tasarruf oranı ve demografik yatırımları etkileyerek, yatırımları ve sermaye artışını yavaşlatması daha muhtemeldir.

## **B. Nüfus Artışı ve Teknolojik Gelişme**

Hızlı nüfus artışının gelişmiş ülkelerde tüketim talebini artırmak suretiyle karları, işbölümünü ve teknolojik gelişmeyi özendirileceği kabul edilebilir. Ancak gelişmekte olan ülkelerde gözlenen yüksek nüfus artış hızları, bir yandan tüketim talebini artırıcı bir rol oynarken öte yandan yatırımlara aktarılacak fonları azaltmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde teknolojik gelişmenin hızlanması, tüketim talebinde ortaya çıkan artışlardan çok, yatırım artışlarına bağlıdır. Teknolojik bakımdan geri olan bu ülkeler, ileri teknolojileri ülkelere aktarabilmek için yüksek yatırım oranlarına ihtiyaç duymaktadırlar. Yüksek yatırım oranlarına ulaşabilmek için ise gelirlerinin daha az bir bölümünü tüketip, daha büyük bir bölümünü tasarruf etmek zorundadırlar. Bunun içindir ki, hızlı nüfus artışını yavaşlatarak tüketimi azaltmak ve yatırımlara yönlenecek tasarruf fonlarını artırmak gerekir. Yüksek yatırım oranlarını gerçekleştirerek daha ileri teknolojileri hızla kullanabilen ülkeler kar oranlarını ve gelirlerini yükseltip, yüksek tasarruf oranlarına daha kolay ulaşacaklardır. Tüketim oranını artıran yüksek nüfus artışının, gelişmekte olan ülkelerde yatırımları ve teknolojik gelişimi yavaşlatıcı bir rolü vardır.

### C. Nüfus Artışı, İşgücü ve İstihdam

Nüfus artış hızı, işgücü artış hızını belirleyen temel değişkendir. Ancak nüfus artış hızında ortaya çıkan değişmelerin, işgücü artış hızını 15 yıllık bir gecikme ile etkilediği söylenebilir. Zira çalışma çağı genel olarak 15 yaşından sonra başlar. İşgücü talebi veya istihdam, teknoloji düzeyi veri olarak ele alındığında gelir düzeyine bağlıdır. Bu bakımdan istihdamda beklenen artışlar, gelir artış hızına bağlı olarak belirlenir. Ekonomik gelişme döneminde ülke geliri artarken teknoloji düzeyinin de ilerlediği genel olarak kabul edilir. Teknolojik gelişme sebebiyle işgücü talebi artış hızının gelir artış hızından daha küçük olması normaldir.

İşgücü arzındaki artış hızı doğrudan doğruya, istihdam artış hızı ise dolaylı olarak nüfus artış hızı ile ilgilidir. İşgücünün çalışma çağındaki nüfusa oranı olarak tanımlanan işgücüne katılma oranı sabit iken ve dış göçler ihmal edilirken, nüfus artış hızının 15 yıl sonra işgücü arzı artış hızına eşit olması beklenir. Bunun içindir ki, nüfus artış hızı işgücü arzı artış hızını doğrudan doğruya belirler. İstihdam artış hızı ise, gelir artış hızı ile teknolojik gelişme hızına bağlanmaktadır. Bu bakımdan istihdam artış hızı ekonomik gelişmeye ve dolaylı olarak nüfus artış hızına bağlanabilir. Ekonomik gelişme içinde yatırımlar, hem teknolojik gelişmeyi hem de gelir artışını belirler. Böyle olunca işgücü talebi artışı açıklanırken gelir artışı yanında yatırımların da gözönüne alınması gerekir.

Gelişmekte olan ülkelerde görülen nüfus artış hızı ve işgücü arzı artış hızı yüzde 2.5 civarında ve yüksek sayılabilecek bir düzeydedir. Bu ülkelerde ekonomik gelişme için gerekli olan işgücü yönünden bir sorun genellikle görülmez. Ancak, yüksek işgücü arzı artışını emebilecek bir istihdam artışı sağlamak için gerekli olan gelir artış hızına ulaşmak pek kolay değildir. Bu bakımdan gelişmekte olan ülkeler, yüksek düzeyde seyreden ve zaman içinde artma eğilimi gösteren bir işsizlik sorunu ile karşı karşıya kalırlar.

### D. Nüfus Artışı ve Doğal Kaynaklar

Nüfus artışının doğal kaynakların tükenmesine yol açabileceği endişesi, ekonomistleri iki yüzyıldır düşündüren önemli bir sorundur. Teknoloji düzeyi sabit iken nüfus artışının doğal kaynakların tükenmesine ve ekonomik gelişmenin durmasına yol açacağı düşünülebilir. Ancak nüfus artarken ekonomik gelişme ile birlikte teknoloji düzeyinin de ilerleyeceği kabul edilirse, gelişen teknolojinin yeni doğal kaynakların bulunmasına yol açarak uzun dönemde bu kaynakları arttırabileceği beklenebilir. Yüksek bir nüfus artış hızının kısa dönemde doğal kaynaklar arzı üzerinde baskı yaratması, kar oranını azaltarak ekonomik gelişme açısından olumsuz etkiler yaratması muhtemeldir. Ne var ki, ekonomik gelişmenin kaçınılmaz unsurları olan sermaye birikimi ve teknolojik gelişme yeni doğal kaynaklardan istifadeyi sağladıkça bu olumsuz etkiler ortadan kalkar. Gelişmekte olan ülkelerde görülen yüksek nüfus artışının doğal kaynaklar üzerinde yaratacağı olumsuz baskılar, sermaye birikimi ve teknolojik gelişme yoluyla telafi edilemediği sürece bu kaynakların ekonomik gelişmeye sınırlamalar getirmesi beklenebilir.

## E. Türkiye'de Mevcut Durum ve VIII. Plan Döneminde Beklenen Gelişmeler

Ülkemiz son iki plan döneminde önemli demografik, sosyal, ekonomik, çevresel ve politik değişimler geçirmiş, yukarıda sayılan uluslararası konferans ve kararlara katılmış, alınan kararların gerçekleştirilmesi doğrultusunda taahhütlerde bulunmuştur. Buna paralel olarak üreme sağlığı hizmetleri yaygınlaştırılmış, doğum ve ölüm hızlarında azalma sağlanmış, kadınların eğitim düzeylerinin yükseltilmesi için çalışılmıştır.

Türkiye'de son yıllarda üretici/bağımlı oranı azalmış, anne-babanın çocuklarına yatırım gücü artmıştır. Öte yandan 1980-90'lı yıllarda işgücünün niteliğinin artması, üretim artışlarına yol açmıştır. Bu durum, ekonomide daha yüksek bir büyüme hızına ulaşmak için bir fırsat olarak değerlendirilmelidir.

VII. Beş Yıllık Plan'da 20 kadar yapısal reform projesi içinde 5 tanesi nüfus konularına doğrudan bağlıdır. Bunlar; insan kaynakları, eğitim, sağlık reformu, aile planlaması ve isdihtamdır. Aile planlaması bu planda ayrı bir konu olarak ele alınmıştır. Kadının düşük eğitim ve gelir düzeyine ek olarak aldığı doğum öncesi ve sonrası bakım eksikliği, erken ve geç yaşlardaki gebelikler, planlanmamış gebelikler, kadın sağlığını etkileyen faktörler olarak belirtilmiştir. Sektörler ve kuruluşlar arası işbirliği ve hizmet kalitesinin önemi vurgulanmıştır.

Ancak Türkiye halen dünyanın en kalabalık 20 ülkesinden biridir. Nüfus artış hızı 2000 yılı itibariyle yüzde 1.4 ile gelişmiş ülkelerin ve hatta dünya nüfus artış hızı ortalamasının (%1.3) üstündedir. Avrupa ülkeleri arasında nüfus artış hızı en yüksek olan ülkedir. 1990 yılında 56.5 milyon olan ülke nüfusunun, 1997 yılında yapılan Nüfus Tespitine göre 62.5 milyona yükseldiği tespit edilmiş olup, 2000 yılında 65.3 milyon olacağı tahmin edilmektedir.

2000'li yılların başında (1997-1998 yıllarında) Türkiye ülke geliri bakımından dünyanın 22. ülkesi durumunda bulunmaktadır. Buna karşın ülke gelirinin nüfusa bölünmesi ile elde edilen kişi başına gelir açısından yapılan sıralamada ise 89. sırayı almaktadır.

Ekonomik büyüme hızı önemli ölçüde "modern" sektörün hızına bağlı iken, nüfus artış hızı "geleneksel" sektörde görülen yüksek doğum hızlarına bağlı olarak artmaktadır. Örneğin; 40 yaşa ulaşmış kadınların doğurduğu canlı çocuk sayısı göz önüne alındığında, batı bölgelerinde yaklaşık 3 çocuğa karşılık (3.43), doğu bölgelerinde 7 çocuk doğmaktadır. Çocukların fazla olması, çalışanlara bağımlı olanların da fazla olması demektir.

Türkiye gibi nüfus artış hızının yüzde 1.4 olduğu bir ülkede, sermaye hasıla katsayısı 3.3 ise<sup>1</sup>, gayrisafı milli hasılanın (GSMH) yüzde 4.6'sının konut, sağlık ve eğitim gibi demografik yatırımlara ayrılması, böylece ekonomik büyümeyi sağlayacak yatırımların yüzde 20'sine yakınının üretken olmayan yatırımlara gitmesi gerekmektedir. Ülkemizde

<sup>1</sup> 1988-1999 ortalaması. (Kaynak: DPT)

kamu yatırımlarının GSMH'ya oranının yüzde 6.5 olduğu gözönünde bulundurulduğunda ve demografik yatırımların tamamının kamu tarafından gerçekleştirildiği varsayıldığında, tüm kamu yatırımlarının ancak yüzde 1.9'unun üretken yatırımlara ayrılacağı gibi bir durum ortaya çıkmaktadır. Kamu yatırımların önemli bir bölümünün demografik yatırımlara ayrılması ise, devletin yatırım yapmasının gerekli olduğu sektörlerde istihdam artış hızını yavaşlatacak, teknolojik yatırımlara ayrılan payı düşürecek ve sermaye artışını sınırlayacaktır.

Nüfus artışının işgücü arzına etkisinin 15 yıllık bir dönem sonrasında ortaya çıkacağı yukarıda belirtilmiştir. Buradan hareketle, 1960-1990 yılları arasında yılda yaklaşık yüzde 2.5 civarında artan nüfusun, 2000 yılına kadar işgücü arzını iyimser bir tahminle yüzde 2 civarında artıracığı kabul edilirse, 1980 yılında 17.8 milyon olan işgücünün 2000 yılında 23 milyona çıkacağı hesaplanmaktadır. Gayri safi milli hasılda 2000-2010 döneminde yıllık yüzde 6.9, 2010-2023 döneminde yıllık yüzde 6.7'lik bir artış beklenmektedir. Toplam işgücünün 2005 yılında 28.6 milyona, 2010 yılında 32.9 milyona ulaşması, buna karşılık yıllık ortalama yüzde 6'lık bir gelir artışının istihdamda yılda ortalama % 1.5 civarında bir artış yaratacağı varsayılırsa, 2000 yılında 22.8 milyon kişi olan istihdamın, 2005 yılında 26.8 milyona ve 2010 yılında 31.2 milyona ulaşması beklenmektedir. Toplam işgücünün 2010-2023 döneminde 48.7 milyona ve toplam istihdamın 47.3 milyona ulaşması beklenmektedir. 2000 yılı itibariyle yüzde 49 olan işgücüne katılım oranının 2010 yılı sonunda yüzde 56, 2023 yılı sonunda ise yüzde 72'ye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Buna karşılık 2000 yılı itibariyle yüzde 7.2 seviyesinde tahmin edilen işsizlik oranının, 2010 yılı sonunda yüzde 5.2'ye, 2023 yılı sonunda ise yüzde 2.8'e düşeceği tahmin edilmektedir. İleri dönük tahminleri içeren böyle bir tablonun, düşen nüfus artış hızı ile 21. Yüzyılın ilk çeyreğinde Türkiye'nin gelir, istihdam ve yatırımlar açısından olumlu beklentileri güçlendirdiği söylenebilir.

### III. NÜFUS-SAĞLIK-KALKINMA İLİŞKİLERİ

Aşırı doğurganlık kadın ve çocuk sağlığını olumsuz etkileyen önemli öğelerden biridir. Araştırmalar ailede çocuk sayısı arttıkça ve doğum aralığı azaldıkça çocuk ölümleri artmakta, çocukların hastalanma oranları yükselmekte, beslenme durumu bozulmakta, çocukların zekâ gelişmelerinin gerilediğini göstermektedir.

Daha fazla çocuk istemeyen kadınlarda, aşırı doğurganlığın olumsuz etkilerinden biri de isteyerek çocuk düşürmedir. Uygun olmayan koşullarda çocuk düşürme kadın ölümleri ve jinekolojik hastalıkların önemli nedenlerindedir.

Ekonomik güç ile sağlık arasında genel bir ilişki vardır. Bir toplumda sağlık hizmetleri düzeyi, sağlık insan gücü ve organizasyonunun nitelik ve niceliğine bağlıdır. Sağlık hizmetlerini geliştirmek için kişi başına düşen nitelikli sağlık personeli ve uygun nitelikteki sağlık kuruluşu sayılarını artırmak esastır. Aşırı nüfus artışı, az gelişmiş ülkelerde bu oranların halk yararına değişmesi için yapılan çabaların verimini büyük ölçüde düşürmektedir.

Aşırı doğurganlığın aile üzerindeki etkisi çok çocuklu olma ve bunun yol açtığı hastalık ve ölüm riskleri, ülke düzeyindeki sonucu da nüfusun hızlı artışıdır. Bu nedenle aşırı doğurganlık doğrudan ve dolaylı olarak sağlığı etkiler. Daha iyi beslenme, daha iyi giyinebilme, daha iyi konutta oturabilme ve çocuklarını daha iyi okutma az çocuklu ailelerde daha kolayca mümkün olabilir.

Gelişmiş ülkelerde üreme sağlığı ile ilgili göstergeler, yerleşim yerinin özelliği, bölgeler ve sosyo-ekonomik düzeyi farklı gruplar arasında çok fazla farklılık göstermediği halde, ülkemizde kırsal/gecekondu/kent, bölgeler arası sosyo-ekonomik düzeyler arası farklılık çok belirgindir. Üreme Sağlığı hizmeti verecek personelin dağılımı dengesizdir. Aşırı doğurganlığın yüksek olduğu bölgeler, hizmete ulaşmada güçlüğü olan kırsal alanlar, doğurganlık davranışları henüz değişmemiş olan büyük kentlerin gecekondu bölgeleridir.

Son on yıllarda görülen başka ülkelere göç etme olgusu, nüfus baskısını önleyecek önemli bir etken değildir.

İletişimin gelişmesi ülke içinde hareketliliği de artırmıştır. Büyük insan kitleleri bir başka yerdeki ekonomik refahın artmasına doğal bir tepki olarak harekete geçmektedir. Yeni bir olgu da "ekolojik göçmenler" in çevre yönünden bozulan bölgelerden kaçışıdır.

Nüfus politikaları, geniş ulusal demografik amaçlar ve diğer sosyo-ekonomik amaçlarla ilişkili olarak izlenmelidir.

1. Sosyal ve Kültürel Faktörler: Doğurganlığı etkileyen diğer unsurların önünde gelir. Bunlar arasında en önemlisi kadınların aile içinde, ekonomide ve genel olarak toplumda oynadığı roldür.

- Kadınların ev ve tarım dışında istihdam imkânı arttıkça,
- Eğitim görme imkânı arttıkça,
- Evlilik yaşı yükseldikçe doğurganlık da azalmaktadır.

O halde, doğurganlığı azaltacak politikalar, yalnız ekonomik özendiricileri ve caydırıcıları içermekle kalmamalı; aynı zamanda kadının statüsünü de iyileştirilmeye yönelik olmalıdır.

2. Ekonomik Faktörler: Gelir düzeyi ile nüfus artışı arasında belirli bir ilişki vardır. İstihdam, sosyal güvenlik ve gelir düzeyi düşük aileler çocukların önce çalışmasına, sonra yaşlı anne babalara bakmasına ihtiyaç duymaktadırlar.

- Çocuk işçiler için asgari çalışma yaşı ile ilgili yasalar çıkarıp uygulamak ve,
- Kamu finansmanı ile sosyal güvenlik sağlamak gibi tedbirler doğurganlığı etkiler.

3. Kamu Sağlığının İyileştirilmesi ve Çocuk Beslenme Programları: Çocuk ölümlerini aşağı çekerek çocuk ölümlerine karşı bir sigorta olarak "fazla" çocuğa duyulan ihtiyaç azalır. Bu da doğum hızlarının düşmesine yol açar.

4. Yararların Eşit Olarak Paylaşılması: Bütün bu programların doğum hızlarını düşürebilmesi, ancak yararlar çoğunluk tarafından paylaşılıyor ise mümkündür ve sağlık, eğitim, kırsal kalkınma programları ile başarılı biçimde birleştirilir ise üreme sağlığı konusunda yapılan yatırımların etkililiği yükselir.

## IV. KALKINMAYI DESTEKLEYİCİ UNSURLAR

### A. Nüfus Araştırmaları

Nüfus ve kalkınmaya ilişkin veri toplama ve bu verilerin incelenmesi, ilgili politika ve program geliştirmenin temelidir. Nüfus araştırmalarının farklı amaçları vardır. Bu tür araştırmalar nüfusla sosyal çevre ve ekonominin karşılıklı ilişkisinin anlaşılması ve önceden görülebilmesi ve program geliştirme, uygulama, izleme ve değerlendirmenin iyileştirilmesi için gerekli zemini hazırlar. Yaş, cinsiyet, etnik durum ve farklı coğrafi bölgelere göre sınıflandırılmış bilgileri kullanarak kalkınma stratejilerini oluşturmada yardımcı olur. Düzenli veri toplanması ve incelenmesi, uygulanması ve tam kullanımı, politik kararlılığı ve anlayışı sağlamaktadır.

Nüfus araştırmaları; eğitim, sağlık, özellikle üreme sağlığı, yoksulluk, aile refahı, çevre, kadın, göç ve kalkınma konuları arasında bağlantı kurmayı mümkün kılan verileri sağlar. Ülkemizde doğumlar ve ölümler de dahil olmak üzere nüfusla ilgili temel bilginin niteliği, kapsamı ve sürekliliği konusunda pek çok eksik vardır. Kalkınma politika ve programlarının duyarlılığını arttırmak ve izlemek için gerekli olan, özellikle cinsiyet ve sosyo-ekonomik özelliklerle ilgili bilgilerin toplanması önemlidir.

Devlet, mali destek sağlayan kurumlar ve araştırma kurumları nüfus, ekonomik büyüme ve kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkilere özel bir önem veren nüfus ve kalkınma politikalarıyla programlarına ilişkin sosyo-kültürel ve ekonomik araştırmaları teşvik etmeli ve yaygınlaştırmalıdır.

### B. Ulusal Eylem Planları

Geçtiğimiz yıllarda hükümet politika ve programlarının nüfus ve kalkınma konularını ele alacak, insanların seçeneklerini arttıracak ve geniş çaplı sosyal ilerlemeye katkıda bulunacak şekilde nasıl düzenlenip uygulanması gerektiğine dair önemli deneyimler kazanılmıştır. Ülkeyi yönetenlerin ulusal eylem planları aracılığı ile ekonomik büyüme, insan kaynağı, halk sağlığı, üreme sağlığı konularında göstereceği kararlılık, nüfus ve kalkınma ile ilgili programları başarıya ulaştıracaktır.

Ulusal eylem planlarının amacı, nüfusla ilgili bütün ulusal kalkınma stratejileri, plan, politika ve programlarıyla bütünleştirmektir. Ayrıca nüfus ve kalkınma alanındaki politika ve programların düzenlenmesinde ve uygulanmasında halkın seçilmiş temsilcilerinin ve özellikle parlamenterlerin, ilgili grupların ve bireylerin aktif katılımını arttırmak ulusal eylem planlarının diğer bir amacıdır.

Uluslararası topluluk ve sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği yaparak gerekli planların ulusal çıkarlar ve öncelikler doğrultusunda hazırlanması gerekir. Buna bağlı olarak özel sektör ve araştırma gruplarının aktif katılımı teşvik edilmelidir.

Kalkınma amaçlı ulusal eylem planlarının gerçekleştirilebilmesi, etkili kurumsal düzenlemeler ve ilgili özel sektör ve hükümet dışı örgütlerin de katılımını gerektirir. Ulusal eylem planlarında yetkinin merkezi olmaktan çıkarılmasına yönelik eğilim, yönetimin alt düzeyinin yeni veya genişleyen sorumluluklarını üstlenecek eğitilmiş personel ihtiyacını büyük ölçüde arttırmaktadır.

Ulusal eylem planlarının uygulanmasını kolaylaştırmak için nüfus ve kalkınma programlarında çalışan idari ve teknik personelin işte kalmaları ve ilerlemeleri sağlanmalıdır. Planların yönetiminde başarılı olmak için hedef kitlenin, özellikle kırsal kesimdekilerin her düzeyde katılımları sağlanmalı ve onlarla etkili bir iletişim kurulmalıdır.

Ulusal eylem planlarının oluşumunu ve izlenmesini kolaylaştıracak veri tabanlarının geliştirilmesi gereklidir.

Ulusal eylem planlarının diğer bir amacı da kalkınmanın devamını sağlamak amacıyla toplumsal, ulusal ve uluslararası düzeylerde kaynakların yeterli ölçüde seferber edilmesini ve tahsisini yapmaktır.

### **C. Uluslararası İşbirliği**

Son yıllarda nüfus ve kalkınma planlarının uygulanmasında uluslararası işbirliğinin büyük önem taşıdığı ortaya çıkmıştır. Mali kaynak sağlayanların sayısı sürekli artmış ve hükümet dışı örgütlerle özel sektör örgütlerinin katılımıyla uluslararası işbirliği daha çok önem kazanmıştır. Ülkelerin ve kurumların işbirliği sonucunda göç ve AIDS gibi eskiden bir kaç ülkenin sıradan bir sorunu olarak görülen bir çok konu uluslararası kimliğe bürünmüş ve şimdi çok sayıda ülkenin öncelik taşıyan konuları arasına girmiştir.

Uluslararası işbirliğinin temel hedefi gelişmekte olan ülkelere bilgi ve teknoloji transferi yapmaktır. Ayrıca uluslararası topluluk gerekli makroekonomik politikaları benimseyerek kalkınma sürecinde destekleyici bir ekonomik ortam oluşturmaktadır.

Kahire'de 1994 yılında kabul edilen eylem planında belirtildiği üzere, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA), diğer Birleşmiş Milletler örgütleri, çok taraflı finans kuruluşları, bölgesel bankalar ve iki taraflı finans kaynakları gelişmekte olan ülkelerin nüfus programlarını desteklemeye davet edilmişlerdir.

Ülkemizde de özellikle nüfus, aile planlaması ve cinsel sağlık hizmetlerinin dahil olduğu üreme sağlığı alanında uluslararası kuruluşların mali yardımları ve destekleri devam etmektedir. Bu kuruluşların desteğinin devamını sağlamaya yönelik teşvikler arttırılmalıdır.



## D. Hükümet Dışı Sektör

Nüfus ve kalkınma ile ilgili çalışmaların etkin bir şekilde yürütülmesi için hükümet dışı sektörle de işbirliği içinde çalışmanın gerekliliği tartışılmazdır. Hükümet dışı kuruluşlar yerel, ulusal ve uluslararası düzeyde olabilir ve kar amacı gütmeyen gruplardır. Hükümet dışı kuruluşlar halkın sesidir ve kurdukları birlikler ve ağlar onların yerel ve ulusal önceliklere daha iyi odaklanmalarını ve nüfus, çevre, göç, ekonomik ve sosyal kalkınma alanındaki öncelikli sorunlarını ele almalarını sağlayan etkili birer araçtır.

Türkiye’de hükümet dışı kuruluşlar nüfus ve özellikle aile planlaması alanında çeşitli projeler kapsamında çalışmaktadırlar. Bu kuruluşlar, özellikle üreme sağlığı alanında faaliyet gösterenler yöresel olarak halkın bilgisini arttırmışlar ve eğitim hizmeti sunmuşlardır ki, bu da nüfus ve kalkınma politikalarına bilgi sağlamaya katkıda bulunmuştur. Ayrıca yaşlılar, kadınlar, göçmenler ve özürllülere ilişkin çalışmalarda bulunan hükümet dışı örgütler de vardır. Hükümet dışı kuruluşlar, nüfus ve kalkınma ile ilgili programların hizmet etmeyi amaçladıkları topluluklara uygunluğunu ve kalitesini sağlamaya yardımcı olurlar.

Hükümet dışı kuruluşların haricinde, nüfus ve kalkınma konusunda çalışan özel ve kar amaçlı kuruluşlar da vardır. Aile planlaması ve üreme sağlığı malzemelerinin ve doğum kontrol araçlarının üretimi, dağıtımı ve hizmet sunumunda özel sektörün işlevi önemlidir.

Sonuç olarak, gelecekte nüfus ve kalkınma alanında yapılacak çalışmalarda hükümet, uluslararası örgütler ve özel sektör arasındaki ortaklığın güçlendirilerek devamı sağlanmalıdır. Nüfus ve kalkınma konusunda çalışan tüm kuruluşlar, yenilikçi yaklaşımları, araştırmaları ve kalkınma önerilerini paylaşma amacıyla düşünce ve deneyim alışverişi yapabilecekleri mekanizmalar kurmalıdırlar. Araştırmalara ve bilgi sağlamaya ve bilginin dağıtılmasına öncelik verilmelidir.

## V. NÜFUS ALT GRUPLARI

### A. Bebek ve Çocuk, Gençler, Kız Çocuk

Türkiye nüfusunun büyük bir kısmı çocuklar ve gençlerden oluşmaktadır. Her çocuğun istenilen çocuk olması önemlidir. Çocukların gelecek için en önemli kaynak olduğunu kavramak ve sürekli ekonomik büyüme ve kalkınma için onlara yönelik yatırım yapmak gerekir.

Dünya Çocuk Zirvesi’nde yer alan yükümlülükler ve Çocuk Hakları Bildirgesi doğrultusunda, tüm çocukların ve gençlerin sağlık, refah ve potansiyelleri tam olarak desteklenmelidir.

Cinselliğe dayanan ayırım çoğu zaman çok küçük yaşlarda başladığından, kadınların kendi potansiyellerini tam olarak kavrayabilmeleri ve kalkınmada eşit taraf

olabilmelerinin güvence altına alınması için gerekli olan ilk adım genç kızlara daha fazla eşitlik sağlanmasıdır. Kız çocuğun doğumundan gençliğine kadar sağlık, beslenme ve eğitime yatırımların kritik önemi vardır.

Doğum öncesi cinsiyet tercihine ilişkin zararlı ve etik olmayan uygulamalarla sonuçlanan kız çocuklarına karşı ayrımcılığın ve erkek çocuk tercihinin nedenlerini ortadan kaldırmak için gerekli olan tedbirlerin alınması gerekir. Kız çocuğun değeri konusunda kamu bilinci artırılmalı ve aynı zamanda kız çocuğun kendine ilişkin kanaati, özgüveni ve statüsü güçlendirilmelidir. Kız çocuğun özellikle sağlık, beslenme ve eğitim açısından refahı geliştirilmelidir.

Kız çocuğun gerek ailesi ve gerekse toplum içindeki değeri, potansiyel çocuk doğuran ve çocuk bakan tanımından öteye genişletilmeli ve yaşadığı toplumun kalkınmasına tam olarak katılımını sağlayan eğitsel ve sosyal politikaların oluşturulması ve uygulanması ile desteklenmelidir.

Ergenlik çağındakilerin ve gençlerin kendi yaratıcılık kapasitelerine, sosyal, ailevi ve toplumsal desteğe, iş olanaklarına, politik sürece katılım ile eğitim, sağlık, danışmanlık ve kaliteli üreme sağlığı hizmetlerinden, cinsel sağlık da dahil, yararlanabilme koşullarının da gereken önemi vererek karşılanması gerekir.

Ayrıca, çocuklar ve gençler kendilerine daha iyi bir yaşam sağlayacak olan eğitime teşvik edilmeli ve insan olarak kendi potansiyellerini arttırma, erken evlilik ve yüksek riskli çocuk doğumları ve buna bağlı ölüm ve hastalık olasılığını azaltma konularında onlara yardımcı olunmalıdır.

Gençler için mesleki eğitim ve iş programları oluşturulmalıdır. Gençlerin temel ihtiyaçlarının karşılanmasına, yaşam standartlarının iyileştirilmesine ve kalkınmaya olan katkılarının arttırılmasına öncelik verilmelidir. Gençler, günlük yaşamları üzerinde doğrudan etkisi olan kalkınma faaliyetlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesine aktif olarak katılmalıdır.

## **B. Kadının Güçlendirilmesi**

Kadınların güçlenmesi ve kendi kendilerini idare etmeleri ile politik, sosyal, ekonomik ve sağlığa ilişkin durumlarının düzelmesi çok önemli bir amaçtır. Ayrıca, kadınların statülerinin iyileştirilmesi, yaşamın her alanında, özellikle cinsellik ve doğurganlık alanında, kadınların karar verme kapasitelerini arttırır. Kadınların statülerini iyileştirmek üzere yapılan programlar nüfus ve kalkınma ile ilgili programlarla birlikte ele alındığında çok daha etkili olur.

Kadınların politik sürecin ve toplumsal hayatın bütün düzeylerinde hakkaniyetli bir şekilde temsil edilmelerini ve bunlara eşit şekilde katılımlarını sağlayacak mekanizmaları kurmak ve kadınların kendi düşünce ve ihtiyaçlarını dile getirmelerini sağlamak gerekir. Kadınların eğitim, beceri geliştirme, istihdam ve potansiyelleri desteklenmeli, kadınlar

arasında yoksulluk, cehalet ve kötü sağlık koşullarının ortadan kaldırılmasına daha fazla önem verilmelidir.

Kadınlara karşı ayrımcılık güden tüm uygulamalar ortadan kaldırılmalı, üreme sağlığı ve cinsel sağlıkla ilgili olanlar dahil kendi haklarını bilmeleri ve kullanmaları için kadınlara yardımcı olunmalı, işgücü ve sosyal güvenlik sistemlerinden kadınların eşit olarak yararlanmalarını sağlayıcı uygun önlemler alınmalıdır. Kadınlara yönelik şiddeti ortadan kaldırmaya yönelik gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

### **C. Üreme Çağındaki Nüfus**

Üreme çağındaki nüfus genellikle üreme hakları ve üreme sağlığı ile birlikte ele alınır. Üreme sağlığı, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşama, üreme yeteneğine ve bunun ne zaman ve nasıl olması gerektiğine karar verme özgürlüğüne sahip olmaları anlamına gelir. Üreme hakları ise ulusal yasalarda, uluslararası insan hakları bildirgelerinde ve diğer oybirliğiyle kabul edilmiş belgelerde benimsenmiş belirli insan haklarını içerir. Bunlar, bütün çiftlerin ve bireylerin, çocuklarının sayısına, doğum aralığına ve zamanlamasına özgürce ve sorumlulukla karar verme temel hakkı, bunu yapacak bilgiye ve araçlara sahip olma hakkı, cinsel sağlık ve üreme sağlığında en yüksek standarda ulaşma hakkıdır.

Üreme çağındaki nüfusun birinci basamak sağlık hizmetleri yoluyla üreme sağlığına ulaşması için gayret gösterilmelidir. Aile planlaması danışmanlığı, doğum öncesi bakım ve güvenli doğum, emzirme, bebek ve anne sağlığı, kısırlık ve düşüğün önlenmesi, üreme yolları enfeksiyonlarının tedavisi, cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili hizmetlerin tümüne üreme çağındaki nüfusun ulaşabilmesi sağlanmalıdır. Bu da sağlık hizmeti maliyetinin toplumca erişilebilir olmasına bağlıdır.

### **D. Yaşlılar**

Doğurganlık düzeyindeki düşüş ve ölüm hızındaki sürekli azalma nüfusun yaşlanmasına yol acar. Türkiye’de yapılan projeksiyonlarla gelecekte yaşlı nüfusun artacağı görülmektedir. Bu nedenle nüfus içerisinde artan sayı ve orandaki yaşlılar, yapılacak olan her planlamada gözönünde bulundurulmalıdır.

Yaşlılarla ilgili en önemli politika (birden fazla kuşağın birarada yaşadığı aile yapısını da teşvik etmeyi sürdürerek) artan sayıdaki güçsüz yaşlıya uzun vadeli destek ve hizmet götürülen sosyal güvenlik sistemlerini geliştirmektir. Yaşlıların toplumsal yasama katılımlarının sürekliliğini kolaylaştırmak için kendilerine güvenleri arttırılmalıdır. Hükümet dışı örgütler ve özel sektörle işbirliği içinde yaşlılara yönelik resmi ve resmi olmayan destek sistemlerini ve güvenlik ağlarını güçlendirmeli ve yaşlılara yönelik her türlü şiddet ve ayırımı, yaşlı kadınların ihtiyaçlarına özel bir dikkat göstererek ortadan kaldırılmalıdır.

## VI. NÜFUS VE ÇEVRE\*

Devamlı artan nüfusun devamlı artan gereksinimlerinin sınırlı doğal kaynaklar ile nasıl dengede tutulacağı temel bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Nüfus sayısındaki ve yapısındaki değişmelerin kişilerin tüketim kalıplarındaki değişmelerle birleşmesi, doğal kaynakların yenilenebilir olma düzeyinin çok ötesinde tüketilmesine yol açmaktadır.

Nüfus ve çevre arasında karşılıklı bir etkileşim mevcuttur. Bu etkileşim sosyal ve ekonomik nitelikli ara değişkenler vasıtasıyla gerçekleşmektedir. Nüfusun büyüklüğü, dağılımı ve artış hızı, sosyo-ekonomik faktörler, toprak ve gelir dağılımı üzerinde etkili olmakta, bunlar da doğal kaynakların kullanımını hacim ve verimlilik olarak (üretim dönüşme oranı) etkilemektedir.

Nüfus ve tüketim talebi, yalnızca sınırlı olan doğal kaynakların aşırı kullanımına yol açmakla kalmayıp, ara değişken olan çevreye zararlı teknoloji atıklarına, kirletici çevre kullanımına, ticari istismlara yol açmaktadır. Bu genel çerçevede nüfus ve çevre arasındaki ilişkinin özeti şu formülle yapılmaktadır:

$$İ = PAT$$

İ - çevre üzerindeki etki

P - nüfus

A - kişi başına tüketim

T - A için gerekli ancak çevre için sakıncalı olan teknoloji

Bu anlatımda, teknoloji ve tüketim seviyesi ne olursa olsun, kişi sayısının artmasının çevre üzerine olumsuz etkileri de artacaktır. Örneğin ülkemizde kişi başına tüketimin çevresel etkisini yüzde 5 azaltabildiğimizi ve teknolojiyi de yüzde 5 iyileştirebildiğimizi varsayarsak, toplam iyileşmenin yüzde 10 olacağı beklenir. Ancak, hızlı nüfus artışının azaltılmaması halinde 5 sene gibi kısa bir zamanda sürdürülemez tüketim eski düzeyine çıkacak ve iyileşme sıfırlanacaktır.

Nüfus artışı, kaynakların üzerinde talebi etkileyen, çevrenin bozulmasına hızlandıran ve sürdürülebilir kalkınmayı engelleyen önemli faktörlerden biridir.

Öte yandan, yaşam kalitesi ile çevre arasında sıkı bir ilişki vardır. İnsanoğlunun yaşam kalitesi, bozduğu çevre koşullarından etkilenmektedir. Bozuk çevre koşulları sağlığı etkilemekte ve dolayısıyla sağlığa yapılan yatırımlara olan talebi de artırmaktadır.

Hızlı kentleşme ile birlikte kentlerde daha yoğun bir çevre kirlenmesi ortaya çıkmaktadır. Hızla büyüyen kentlerde sağlık ve kaliteli bir yaşam için temiz ve yeterli suyun sağlanması, havanın kirlenmesinin engellenmesi, kentsel yönetimlerin gücünü aşan finans kaynaklarına sahip olunmasını gerekli kılmaktadır. Sağlıklı bir yaşam için gerekli olan kanalizasyon gibi hizmetlerin sağlanamaması insanları sağlıklı çevrenin yarattığı hastalıklarla karşı karşıya bırakmaktadır. Dolayısıyla yaşam süresini de etkilemektedir.

Ülkemizde hızlı bir biçimde kentlerin büyümesi, kentsel gelişmenin kontrol edilmesini zorlaştırmıştır. Kentleşme türlü nedenlerle köyünü terk etmek zorunda olanların kente yığılması biçiminde olma özelliğini korumaktadır.

1998 Nüfus ve Sağlık Araştırması bulgularına göre, ülkemizde kentlerde nüfusun yüzde 83'ü sağlıklı içme suyuna ulaşabilmekte, kanalizasyona bağlı tuvalete sahip olan hanelerin oranı ise yüzde 89'a kadar çıkmaktadır.

Nüfusa eklenen insanların ihtiyaçlarının asgari düzeyde karşılanabilmesinin gerekliliği, teknoloji den beklentilerimizi artırmakta ve bizi "nüfus taşıma kapasitesi" kavramı ile karşı karşıya bırakmaktadır. Ülke ile sınırlı doğal çevrenin insan nüfusunu taşıma kapasitesi belirli bir nüfus artışını gerektirmektedir.

#### **A. VII. Plan Döneminde Yapılan Çalışmalar**

DPT koordinatörlüğünde hazırlanan Ulusal Çevre Eylem Planı'nın bir bölümünü Nüfus ve Çevre Çalışma Grubunun hazırladığı eylem planı teşkil etmektedir. Nüfus ve Çevre Çalışma Grubundaki değişik kamu, özel ve sivil toplumdaki gelen üyelerin görüşlerini de alarak, yerel danışman grubu olarak seçilen Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü öğretim üyeleri tarafından Nüfus ve Çevre Eylem Planı hazırlanmıştır. DPT nüfus sektörü, odak noktası olarak koordinatör görevini üstlenmiştir.

Türkiye Çevre Vakfı, nüfus ve çevre konularındaki çalışmalarını VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde de sürdürmüştür. 1997 yılında Nüfus, Çevre ve Kalkınma Konferansı düzenlenerek bu üç konunun birbirleri ile ilişkilerini kamuoyuna sunmuştur.

Türkiye Çevre Vakfı tarafından düzenlenen uzmanların katıldığı bir çalışma grubu toplantısında ise "Göç ve Çevre" konusunda karşılaşılan sorunlar tartışılmıştır.

#### **B. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı İçin Öngörülen Politika, Strateji Ve Faaliyetler**

UÇEP Nüfus ve Çevre Raporunda yer alan önerilerin pek çoğu diğer ilgili ÖİK'lar tarafından ve Nüfus, Demografi Yapısı ve Göç ÖİK'na bağlı alt komisyonlarda ele alınacağı düşünülerek, yalnızca nüfus ve kalkınma bölümünde yer alması uygun görülen önerilere aşağıda yer verilmiştir:

- Nüfus politikası ve programları, dengeli ve sürdürülebilir kalkınmanın bir aracı olarak ele alınmalıdır.
- Demografik faktörler çevre konularına entegre edilmelidir.
- Nüfus dinamikleri, doğal kaynaklar, teknoloji ve kültürel davranışlar arasında iyi bir dengenin kurulması sektörel programların hazırlanmasında göz önünde tutulmalıdır. Bu konuda merkezi yönetim kadar yerel yönetimlerin, sivil toplum kuruluşlarının ve özel sektörün de sorumluluk alması gözetilmelidir.
- Nüfusun gelecekteki artışı, yoğunluğu ve dağılımındaki değişmelerin, özellikle ekolojik açıdan hassas alanlarda ve kentlerin yoğunlaştıkları bölgelerde yaratacağı

muhtemel ekolojik etkilere yönelik politikalar geliştirilmelidir. Özel çevre koruma alanlarında demografik gelişmeler devamlı izlenmelidir.

- Nüfus hareketlerinin yoğun olarak yaşandığı yerlerde, göç nedenleri araştırılmalı ve yarattıkları sorunların ve nedenlerin çözümü için gerekli mekanizmalar geliştirilmelidir. Buna paralel olarak ara ölçekli yerleşmelerin gelişmeleri desteklenmelidir.
- Kentlere göç edenlerin kente uyum sürecinde, kent kültürünün oluşmasında ve korunmasında çevrenin en az tahrip olmasına özen gösteren mekanizmalar geliştirilmelidir.
- Doğal kaynakların sürdürülebilir şekilde kullanılmasının sağlanması amacıyla, nüfus ve çevre konularının söz konusu olduğu karar verme süreçlerine, özellikle kadınların ve gençlerin katılımı sağlanmalıdır.
- Ailede çevreci tüketim davranışlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında kadının önemli bir işlevi olması nedeniyle kadının savurgan olmayan ve çevre koşullarını gözetken bir kılavuz olması yönünde eğitimi sağlanmalıdır. Bu konuda sivil toplum örgütlerinden ve toplum gönüllülerinden yararlanılmalıdır.
- Örgün ve yaygın eğitimde çevre-nüfus konularının karşılıklı etkileşimi üzerinde durulmalı ve bu konuda gerekli müfredat değişiklikleri yapılmalıdır.
- Her düzeydeki karar vericilerin aşırı nüfus artışının çevre üzerindeki olumsuz etkileri konusunda bilinçlendirilmeleri ve politika yapıcıların sorumluluğunda toplumun çevre eğitiminin yaygınlaştırılması sağlanmalıdır. Türkiye Aile Planlaması Derneği'nin Parlemlenterler projesi bu konuda önemli bir girişimdir ve devamı sağlanmalıdır.
- Bilinçli ve çevreci tüketimin yaygınlaştırılması ve atıkların ekonomiye kazandırılması konularında kadın ve gençlik örgütlerinden yararlanılmalıdır.
- Nüfus, tüketim, üretim, çevre, doğal kaynaklar ve insan sağlığı arasındaki bağlantılar konusunda araştırmalar yapılmalıdır.
- Ülkemizdeki bölgelerin ve alt bölgelerin nüfus-çevre profilinin çıkartılması ve çevre konusunda karar vericilerin yararlanması için veri tabanı oluşturulmalıdır.
- Nüfus ve çevre konularında çalışan kamu, özel sektör, üniversite ve gönüllü kuruluşlarda bu iki konunun birlikte ele alınması alışkanlığını geliştirmelidir.

**(\*Kaynaklar:**

Toros, A.; Ulusoy, M.; Ergöçmen, B. (1997) *Ulusal Çevre Eylem Planı-Nüfus ve Çevre*, DPT Yayını, Ankara.

Türkiye Çevre Vakfı (1998) *Nüfus, Çevre ve Kalkınma Konferansı*, 13-14 Kasım 1997, Ankara.

# VIII. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI NÜFUS, DEMOGRAFİ YAPISI, GÖÇ ÖZEL İHTİSAS KOMİSYONU

## NÜFUS DİNAMİKLERİ VE GÖÇLER ALT KOMİSYONU RAPORU

**Alt Komisyon Başkanı :** Doç Dr. Banu ERGÖÇMEN  
**Raportör :** Deniz YARATIM

**Redaksiyon Komitesi:** Dr. Demet GÜRAL  
Celal KARPUZ

**Üyeler :** Yrd. Doç Dr. Kemal ARI  
Doç. Dr. Feramuz AYDOĞAN  
Yrd. Doç.Dr. Ayşe AZMAN  
Prof. Dr. Sabahattin GÜLLÜLÜ  
Dr. Sare YİĞİTBAŞ





## NÜFUS DİNAMİKLERİ VE GÖÇLER ALT KOMİSYONU RAPORU

### I. NÜFUS YAPISI VE DEĞİŞİMİ

#### A. Nüfus Büyüklüğü Ve Artış Hızı

##### 1. Mevcut Durum

Türkiye nüfusu, 1997 yılında yapılan Genel Nüfus Tespiti'ne göre 62.865.574 kişi olarak saptanmıştır. İl ve ilçe merkezlerinin toplam nüfus içindeki oranı yüzde 65.03 olup, köy nüfusunun toplam nüfus içindeki oranı ise yüzde 34.97'dir. Nüfus artış hızı 1990-95 dönemi için tahmin edilen yüzde 1.8'den biraz daha azalmıştır. 1990-97 yılları arasında yıllık nüfus artış hızı ortalama binde 15.08 olmuş, bu nüfus artış hızı il ve ilçe merkezleri için binde 28.27, köyler için ise binde -6.57 olarak belirtilmiştir.(DİE, web sayfası)

1997 Genel Nüfus Tespiti sonuçlarına göre 1990-97 döneminde Karadeniz Bölgesi dışındaki diğer bölgelerde nüfus artmıştır. Genel Nüfus Tespiti sırasında bulunulan yere (de facto) göre yıllık nüfus artış hızının en fazla olduğu bölge binde 27.67 ile Marmara Bölgesi'dir. Sanayi bölgesi olması nedeniyle yoğun göç alan bu bölgenin nüfus artışı diğer bölgelerin nüfus artışlarından daha fazladır. Nüfus artış hızının en düşük olduğu bölge ise binde - 5.16 ile Karadeniz Bölgesi'dir. (Tablo 1).

**Tablo 1: Bölgelerin Nüfusu ve Yıllık Nüfus Artış Hızı**

<b>Bölgeler</b>	<b>1990 Genel Nüfus Sayımı</b>	<b>1997 Genel Nüfus Tespiti</b>	<b>Nüfus Artış Hızı(1990-97) (%)</b>
<b>Toplam</b>	56 473 035	62 865 574	15,08
<b>Marmara Bölgesi</b>	13 295 607	16 186 673	27,67
<b>Ege Bölgesi</b>	7 594 977	8 452 087	15,04
<b>Akdeniz Bölgesi</b>	7 026 489	8 058 311	19,27
<b>İç Anadolu Bölgesi</b>	9 913 306	10 580 657	9,16
<b>Karadeniz Bölgesi</b>	8 136 984	7 843 966	-5,16
<b>Doğu Anadolu Bölgesi</b>	5 346 208	5 614 907	6,9
<b>Güneydoğu Anadolu Bölgesi</b>	5 159 464	6 128 973	24,31

*Kaynak: DİE, 1997 Genel Nüfus Tespiti.*

## 2. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Döneminde (2001-2005) Beklenen Gelişmeler

Yakın geçmişte yaşanmış olan yüksek doğurganlık nedeniyle bugün ülke nüfusunda doğurgan yaşlardaki kadınların oranının yüksek olması, nüfus artış hızındaki düşmeyi yavaşlatmaktadır. Geçmişten gelen sayıca geniş kuşaklar, yüksek doğurganlığın nüfus artışı üzerindeki etkilerini göstermeye devam etmektedir ve plan dönemi içinde de devam edecektir. Sayıca büyük olan bu kuşaklar düşük doğurganlık davranışı içinde de olsalar, kendileri sayıca geniş bir kuşak oluşturduklarından doğurdıkları çocukların toplam sayısı da fazla olacak ve bu da yansımaları nüfus artış hızının daha yavaş azalmasında gösterecektir.

Yapılan projeksiyonlara göre sekizinci beş yıllık plan dönemi içinde doğal nüfus artış hızında gözlenen azalma eğiliminin devam edeceği ve doğurganlık hızının 2010 itibarıyla nüfusun kendini yenileme düzeyine düşeceği varsayımı altında Türkiye nüfusunun 2005 yılında 69.761.600 olacağı tahmin edilmiştir.

### B. Hanehalkı Büyüklüğü

#### 1. Giriş

Hanehalkı büyüklüğü ve hanenin kompozisyonu hanehalkı üyelerinin faydalanabilecekleri kaynakların üyeler arasındaki dağılımını ve sonuçta da hanehalkı üyelerinin refahını etkilemektedir. Hanehalkı büyüklüğü kalabalık hanehalkı ortamı ile ilişkili olduğundan, hane içinde olumsuz sağlık koşullarının oluşmasına da yol açabilmektedir.

#### 2. Mevcut Durum

1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerinden elde edilen ortalama hanehalkı büyüklüğü Türkiye için 4.3 kişidir. Kentsel yerleşim yerleri için 4 kişiye düşen ortalama hanehalkı büyüklüğü, kırsal yerleşim yerleri için de 4.9 kişiye çıkmaktadır. Türkiye'deki hanelerin sadece yüzde 5'i tek kişilik olup, her beş haneden 2'sinde ise 5 veya daha fazla sayıda kişi yaşamaktadır. (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc, 1999)

### C. Nüfusun Yaş ve Cinsiyet Yapısı

#### 1. Mevcut Durum

Son yirmi yılda yaşanan doğurganlık düzeyindeki düşüş Türkiye nüfusunun kompozisyonunda önemli değişiklikler meydana getirmiştir. Ülkenin yaş yapısı değişmekte, çocuk nüfusun toplam nüfus içindeki oranı azalmakta, 15-64 ve 65 ve üzeri yaş gruplarının payı ise giderek artmaktadır. Ancak, Türkiye hala genç yaş yapısına sahip bir ülkedir. 1990 Genel Nüfus Sayımı'na göre 15 yaşından küçükler nüfusun yüzde 36'sını oluştururken, 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda bu oran yüzde 31.5 olarak bulunmuştur. 1990 yılında 15-64 yaş grubundaki her 100 kişiye yaşları 0-14 arasında 56 çocuk düşerken 1998'de bu sayı 50 çocuğa inmiştir. Diğer taraftan, Türkiye nüfusu içinde yaşlıların (65 yaş ve üzeri yaşta kişiler) oranı yüzde 4.3'den 1998'de yüzde 5.9'a çıkmıştır. Nüfusun yaş yapısını olduğu

kadar, nüfusun ekonomik açıdan topluma olan yükünü de özetleyen bir gösterge olan bağımlılık oranı 1990'da yüzde 64.9'dur. 1998'de ise bu oran 59.7 olarak bulunmuştur, bir diğer deyişle, çalışma çağındaki her 100 kişi başına 60 bağımlı kişinin varlığını göstermektedir. Bağımlı durumda olan bu 60 kişinin de önemli bir bölümünü çocuklar oluşturmaktadır.

1990 Genel Nüfus Sayımı'ndan bölgelere göre temel yaş grupları incelendiğinde, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde erkek nüfusun yüzde 48.2'si, kadın nüfusun yüzde 46.1'i, Doğu Anadolu Bölgesi'nde erkek nüfusun yüzde 44.8'inin, kadın nüfusun yüzde 42.8'inin 15 yaşın altında olduğu görülmektedir. Bu bölgelerdeki doğurganlığın yüksek oluşu, bölge nüfusunun yarıya yakınının genç nüfustan oluşmasına neden olmaktadır. Çalışma çağındaki nüfusun en yoğun olduğu bölge kadın ve erkek nüfusta Marmara Bölgesi'dir (Tablo 2).

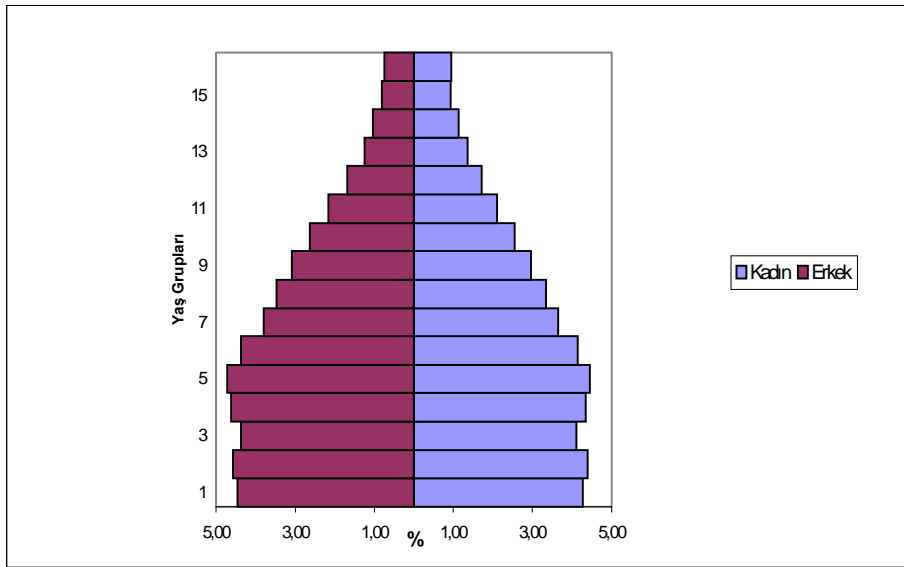
**Tablo 2: Bölgelere ve Cinsiyete Göre Temel Yaş Grupları, 1990 (Yüzde)**

<b>CİNSİYET VE BÖLGELER</b>	<b>TOPLAM</b>	<b>0-14</b>	<b>15-64</b>	<b>65+</b>
<b>Erkek</b>				
Türkiye	100,00	35,5	60,6	3,8
Marmara	100,00	29,2	66,9	3,9
Ege	100,00	30,3	65,0	4,7
Karadeniz	100,00	36,5	58,8	4,7
Akdeniz	100,00	36,8	60,0	3,2
İç Anadolu	100,00	34,9	61,4	3,8
Güneydoğu Anadolu	100,00	48,2	49,3	2,4
Doğu Anadolu	100,00	44,8	51,9	3,2
<b>Kadın</b>				
Türkiye	100,00	34,4	60,8	4,8
Marmara	100,00	29,5	65,2	5,4
Ege	100,00	29,9	64,1	6,1
Karadeniz	100,00	33,8	60,6	5,7
Akdeniz	100,00	35,9	60,1	4,0
İç Anadolu	100,00	33,5	62,1	4,5
Güneydoğu Anadolu	100,00	46,1	51,1	2,8
Doğu Anadolu	100,00	42,8	53,8	3,4
<b>Toplam</b>	<b>100,00</b>	<b>36,1</b>	<b>60,0</b>	<b>4,3</b>

*Kaynak: DİE, 1990 Genel Nüfus Sayımı.*

## 2. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Döneminde (2001-2005) Beklenen Gelişmeler

Doğurganlık hızının düşmeye devam etmesi ve yaşam beklentisinde meydana gelecek iyileşmeler, Türkiye'nin yaş yapısında değişiklikler meydana getirmeye devam edecektir.

**Grafik 1: Türkiye Nüfus Piramidi (2005)**

Nüfus piramidinin daralmakta olan tabanı doğurganlıktaki azalmanın devam etmesi ile daralmaya devam edecektir. Ancak nüfus üç ana yaş grubuna ayrılarak incelendiğinde 0-14 yaş grubunun toplam nüfus içindeki payının bir miktar azalarak yüzde 27.8 olacağı tahmin edilmiştir. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içinde payı artmaya devam edecektir. Yapılan tahminler 65 ve daha yukarı yaşlardaki nüfusun toplam nüfus içindeki payının 2005 yılı için yüzde 5.9 olacağı yönündedir. 15-64 yaş grubunun da toplam nüfus içindeki payının plan döneminde artması beklenmektedir. Bu yaş grubunun payının 2005 yılı itibariyle yüzde 66.3 olacağı tahmin edilmektedir.

### 3. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Amaç ve Hedeflerine Ulaşılması İçin Öngörülen Politika, Strateji ve Faaliyetler

Hala yüksek olan çocuk bağımlılık oranı, ekonomik açıdan aktif olmayan ve tüketici durumda olan bu yaş grubunun fazlalığına işaret ederek ülke ekonomisinde demografik yatırımların payının artırılmasını gerekli kılmaktadır.

Plan döneminde 15-64 yaş grubunun toplam nüfus içindeki payının artacağı göz önüne alındığında ortaya çıkacak olan işgücü arzının toplumsal ve ekonomik gelişmeye olumlu katkılarını sağlayacak istihdam olanakları sağlanmalıdır.

Sayımlar arasındaki dönemin on yıla çıkarılmış olması ve mevcut nüfus kayıt sistemindeki yetersizlikler nedeniyle, demografik değişimlerin izlenmesi ancak araştırmalarla mümkün olmaktadır. Kayıt sisteminin demografik değişimleri izlemeyi olanaklı kılacak bir şekilde yapılandırılmasına gereksinim vardır.

Ekonomik ve toplumsal gelişme çabaları içinde demografik bakışın da yer alması gerekmektedir.

Nüfusa ilişkin konulara temel eğitim sistemi içinde yer verilmeli ve kitle iletişim araçları kanalıyla da işlenmelidir.

## II. DOĞURGANLIK

### A. Giriş

Türkiye’de İkinci Dünya Savaşından bu yana düşme eğilimi içinde olan doğurganlık son yirmi yılda yüzde 40 azalmıştır. 1990’lı yıllardan itibaren doğurganlık düzeyindeki düşüşün hızının artık yavaşladığı anlaşılmaktadır. Doğurganlığın düşmesinde başta gebeliği önleyici yöntem kullanımındaki artışın yanında, kadınlarda ilk evlenme yaşının yükselmesi ve evlilik oranlarının genç yaşlarda azalma göstermesi bu sonucu etkilemiştir.

### B. Mevcut Durum

1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’na göre Türkiye’de toplam doğurganlık hızı kadın başına 2.61 çocuktur. Bu hız, kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan kadınlar için 3.08 olup, kentsel yerleşimlerdeki için 2.39’dur.

Doğurganlıktaki bölgesel farklılıklar göz önüne alındığında bölgelerin üç grupta toplanabileceği görülmektedir. Doğu Anadolu bölgesi 4.19 olan toplam doğurganlık hızı ile en yüksek doğurganlığa sahip olan bölgedir. Kuzey, Orta ve Güney Anadolu bölgelerinde doğurganlık daha düşük olup (sırasıyla 2.68; 2.56; 2.55), toplam doğurganlık hızı 3 çocuğun altındadır. En düşük hız 2.03 ile Batı Anadolu bölgesinde görülmektedir. Bu hız birçok Batı Avrupa ülkesi ile karşılaştırılabilir bir düzeydedir (Tablo 3).

Doğurganlık, eğitim düzeyine göre de önemli farklılık göstermektedir. Eğitimsiz kadınlar ile karşılaştırıldığında, en az ortaokulu bitirmiş kadınların toplam doğurganlık hızlarında yarıdan fazla bir düşme görülmektedir (sırasıyla 3.89; 1.61).

Yaşa özel doğurganlık hızları tipik olarak genç yaşlara yığılımlı bir dağılım göstermekte olup, en yüksek doğurganlık hızı 20-24 yaş grubunda görülmektedir. 15-29 yaş grubu içindeki doğurganlık toplam doğurganlığın dörtte üçünü oluşturmaktadır. Doğurganlık düzeyi 30 yaşından sonra hızla azalmakta, 40’lı yaşlarda da ihmal edilebilecek düzeyde inmektedir.

Türkiye’de istenen doğurganlık ile gerçekleşen doğurganlık arasında fark vardır. Doğumların yaklaşık beşte biri istenmemiş doğumlardır; yüzde 11’i ise doğurganlığın planlaması açısından daha sonra olmaları istenmiş doğumlardır.

**Tablo 3: Günümüzdeki Doğurganlık**

Kentsel/Kırsal Yerleşim Yerlerine Göre Araştırma Tarihinden  
Önceki Üç Yıl İçin Yaşa Özel, Toplam Doğurganlık Hızları (1998)

Yaş	Yerleşim Yeri		Toplam	
	Kent	Kır		
15-19	55	68	60	
20-24	141	211	163	
25-29	139	178	150	
30-34	97	85	93	
35-39	32	60	42	
40-44	14	12	13	
45-49	0	2	1	
TDH	15-49	2.39	3.08	2.61

Not: Hızlar araştırmadan önceki 1-36 ay için hesaplanmıştır.

45-49 yaş grubu için verilen hızlarda bazı kadınlar hesaplama dışı kalmaktadır.

TDH: Toplam doğurganlık hızı kadın başına ifade edilmiştir.

Kaynak: 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.

İstenen doğurganlık hızı 1.9 çocuk, gerçekleşen doğurganlık hızı 2.6 çocuktur. İstenen ve gerçekleşen toplam doğurganlık hızları arasındaki fark, kırsal alanlarda yaşayan kadınlar arasında, Doğu Anadolu bölgesinde yaşayan kadınlarda ve eğitimi olmayan kadınlar arasında en yüksek düzeye ulaşmaktadır.

Türkiye’de gebeliği önleyici yöntem bilgisi son derece yaygın olmakla beraber, gebeliği önleyici yöntem kullanımı modern yöntemler dikkate alındığında bilgi ile paralellik göstermemektedir. Genel olarak Türkiye’de halen evli kadınların yüzde 64’ü gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Ne var ki kadınların sadece yüzde 38’i doğurganlıklarını gebeliği önleyici modern yöntemler kullanarak kontrol etmektedirler. Kadınların dörtte biri geleneksel yöntemlerle ve ağırlıklı olarak da geri çekme ile doğurganlıklarını kontrol etmektedirler.

Çiftler doğurganlıkla ilgili hedeflerine ancak gebeliği önleyici yöntemlerin tutarlı ve başarılı bir şekilde kullanımı ile ulaşabilirler. Ancak gebeliği önleyici yöntem kullananların yüzde 35’i, yöntem kullanmaya başladıktan sonra 12 ay içinde çeşitli nedenlerle yöntem kullanmayı bırakmaktadır. Yöntem bırakmanın yüzde 7’si yöntem başarısızlığı ile ilişkilidir. Evlenmiş kadınların yüzde 27’sinin en az bir isteyerek düşüğü vardır. İsteyerek düşük yapmanın en temel nedeni yüzde 62 ile doğurganlığın sonlandırılmak istenmesidir.

Evlilik, genellikle kadının gebelik riski altına girmesinin bir göstergesi olarak ele alındığından, doğurganlığın boyutlarının anlaşılmasında önem taşımaktadır. Evlilik

Türkiye’de son derece yaygındır ve kadınların sadece yüzde 2’sinden azı doğurganlık çağına sonuna gelindiğinde hiç evlenmemiş olarak doğurgan çağını tamamlamaktadır. Evlenmenin yaygın olduğu ve doğumların neredeyse hepsinin evlilik içinde meydana geldiği Türkiye’de, gebelik riski altına girmenin başlangıcı anlamına gelen ilk evlenme yaşı önemli bir demografik göstergedir. Türkiye’de kadınlar ortanca olarak 19.5, erkekler ise 23.6 yaşında evlenmektedir. Belirli yaşlar için evli kadınların yüzdesine bakıldığında genç kuşaklarda belirtilen yaşa kadar evlenmiş olanların yüzdelerinin yaşlı kuşaklara göre daha düşük olduğu gözlenmektedir. İlk evlilik yaşı ile eğitim düzeyi arasında da doğru orantılı bir ilişki vardır.

VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda toplam doğurganlık hızının 2.3’e düşeceği tahmin edilmiş, ancak bu hız 2.6 olarak gerçekleşmiştir.

Doğurganlıkta bölgeler arasındaki farklılaşma azalmış olmakla beraber süregelmektedir. Ülkenin batısı ile doğusu arasında doğurganlık ve doğurganlıkla ilintili faktörlerde dengesiz bir gelişme farklılığı söz konusudur.

Her 10 doğumdan 3’ünün planlanmamış ya da istenmemiş doğum olması, doğurganlıklarını planlamak ve sınırlandırmak isteyen çiftlerin bu isteklerini tam anlamıyla gerçekleştiremediklerini göstermektedir. Ayrıca, istenmeyen gebeliklerin isteyerek yapılan düşük ile sonlandırılmak istenmesi de arz talep dengesinde temel bir sorun olduğunun işaretidir.

Mevcut nüfus kayıt sistemindeki eksiklikler nedeniyle gerekli demografik bilgiler uygun bir biçimde elde edilemediğinden doğurganlık göstergeleri ve ölçütleri bu veriler temel alınarak hesaplanamamaktadır. Yaşamsal kayıtlara gereksinim vardır.

### **C. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Döneminde (2001-2005) Beklenen Gelişmeler**

Yapılan projeksiyona göre 2001 ve 2005 yılları için toplam doğurganlık hızının sırasıyla 2.29 ve 2.18 olacağı tahmin edilmiştir (DİE, 1995).

Doğurganlıkta elde edilen düşüş, Türkiye’nin nüfus kompozisyonunda önemli değişiklikleri beraberinde getirmiştir. Yaş yapısı hızlı bir şekilde değişmekte, çocuk nüfusun toplam nüfus içindeki oranında azalmalar olmaktadır.

### **D. Ulaşılmak İstenen Amaç Ve Hedefler**

#### **1. Kısa Dönemde (2001-2005)**

Hedef; istenen çocuğa istenen zamanda sahip olmak olmalıdır.

Doğurganlıkta bölgesel farklılıklar en alt düzeye indirilmelidir.

Vatandaşlar arasında doğumların kaydedilme bilincinin oluşturulması ve kayıt sonucunda önemli bireysel ve toplumsal yarar elde edecekleri bilincine varmaları sağlanmalıdır.

Doğurganlığın planlanmasının ve kontrol edilmesinin, kadının sosyal konumunun geliştirilmesinde de önemli ve en temel adımlardan biri olması nedeniyle bu yönde politikalar geliştirilmelidir.

## 2. Uzun Dönemde (2001-2023)

Yaşamsal kayıt sisteminin işlevsel bir konuma getirilmesi ve doğurganlık düzeyinin ve doğurganlığı etkileyen faktörlerin tespitinin sağlanması için mevcut kayıt sistemindeki eksikliklerin giderilmesi gerekmektedir.

### E. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Amaç Ve Hedeflerine Ulaşılması İçin Öngörülen Politika, Strateji Ve Faaliyetler

Ekonomik ve toplumsal gelişme çabaları içinde demografik bakışın da yer alması gerekmektedir.

Mevcut nüfus kayıt sisteminin, ülke çapında yaygınlaştırılması ve etkili bir yapıya kavuşturulması amacıyla yasalarda gerekli yapısal değişikliklerin yapılması gerekmektedir.

## III. ÖLÜMLÜLÜK

### A. Giriş

Ölümlülük, bebek-çocuk ve yetişkin ölümlerinin bir birleşimidir. Türkiye’de ölüm istatistikleri, özellikle de yetişkin ölümleri ile ilgili önemli bilgi eksikliği bulunmaktadır. Ancak, doğurganlık araştırmalarından hesaplanan bebek ölüm hızları için daha uzun döneme ilişkin bilgiler mevcuttur.

### B. Mevcut Durum

Bebek ölüm hızı 1990’ların başında binde 52.6 iken 1998 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre 42.7 ‘ye düşmüştür. Beş yaş altı ölüm hızında belirgin azalmalar meydana gelmiş ve 1993 TNSA’ya göre 60.9 olan beş yaş altı ölüm hızı 1998’de 52.1’e düşmüştür.

Beş yaş altı çocuk ölümlerinin başlıca ölüm nedenleri incelendiğinde, Türkiye’de çocuk ölümlerinin yaklaşık yarısı, perinatal mortalitenin diğer nedenleri ile doğum travması, güç doğum ve diğer anoksi ve hipoksi gibi durumlardan kaynaklanmaktadır. Bebek ölümlerinin büyük bir kısmı bir ayını doldurmadan ölen bebeklerden oluşmaktadır. Bu nedenle, genetik yapı, hamilelik ve doğum esnasındaki problemlerden kaynaklanan ölüm nedenleri çocuk



ölümlüğünün en önemli nedeni olarak ortaya çıkmaktadır. Diğer çocuk ölüm nedenleri arasında ayrıca ishal, akut solunum yolu enfeksiyonları ve pnömoni yer almaktadır.

Ülkemizde, 1998 yılından günümüze kadar olan dönem içinde ölümlerin değişimi dikkate alındığında, genel olarak 45 ve daha yukarı yaşlardaki ölümlerin toplam içindeki payının yaşla birlikte hızlı bir artış gösterdiği görülmektedir. Buna karşın 1-4 ve 5-14 yaş grupları arasındaki fark yıllar bazında azalmaktadır. Ölümlerde cinsiyet farklılığı da belirgindir. En yaşlı kuşak olan 75 ve daha yukarı yaş dışındaki bütün yaş gruplarında erkek ölümleri kadın ölümlerinden daha fazladır. Kadın ve erkek arasındaki bu farklılık 5 yaşından sonraki ölümlerde yaş ilerledikçe artmakta ve 55-64 yaş grubunda en yüksek seviyeye ulaşmaktadır. Erkek ölümlerinin kadınlara göre daha genç kuşakta yoğunlaşması, ülkemizde kadınlarda yaşam beklentisinin erkeklerden daha fazla olmasından kaynaklanmaktadır.

Ülkemizin gelişmişlik düzeyine göre anne ölümleri oldukça yüksektir. Anne ölümleri ile ilgili Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından 1989 yılında yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre Anne Ölüm Hızı (AÖH) 1981 yılı için 100 bin canlı doğumda 132 olarak bulunmuştur. AÖH'na ilişkin son yıllara ait güvenilir veri bulunmamaktadır. Ancak Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerdeki anne ölüm kayıtlarından bu hızın yüzbinde 54 olduğu bulunmuştur. Hastane kayıtlarında pay ve paydada görülebilecek olan farklılıklar ile hastane ve hastane dışında yapılan doğumlardaki anne ölüm riskleri birarada düşünüldüğünde, bugün için ülkemizdeki anne ölümlüğünün sözkonusu araştırma sonuçlarından çok farklı olmadığı düşünülmektedir. Anne ölümlerinin en önemli nedeni doğrudan gebeliğe bağlı nedenlerdir. Bunlar içinde de kanama birinci sırada, gebelik toksemisi (epilepsi) ikinci sırada yer almaktadır.

Ülkemizde genel ölümlüğün göstergesi olarak Kaba Ölüm Hızlarındaki (KÖH) değişimler dikkate alındığında, KÖH 1995'te 6.6 iken 1996'da 6.5 olarak belirlenmiştir. Yetişkin ölümlerinin başlıca ölüm nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde, ölümlerin yaklaşık yarısını içeren kalp hastalıkları en önemli ölüm nedenidir. Diğer ölüm nedenlerinden kanserler ikinci sırada, serebro-vasküler hastalıklar üçüncü sırada yer almaktadır. Beş yaş altı ölüm hızında belirgin azalmalar meydana gelmiş ve 1993 TNSA'ya göre 60.9 olan beş yaş altı ölüm hızı 1998'de 52.1'e düşmüştür.

Mevcut nüfus kayıt sistemleri, altyapı ve organizasyon eksiklikleri nedeniyle ölümle ilgili gerekli demografik bilgiler uygun bir biçimde toplanamamaktadır.

### **C. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Döneminde (2001-2005) Beklenen Gelişmeler**

2001-2005 döneminde bebek ölüm hızının binde 32.0'a düşmesi beklenmektedir. Kaba Ölüm Hızının ise 2001-2005 döneminde 6.5 olması beklenmektedir.

## **D. Ulaşılmak İstenen Amaç Ve Hedefler**

### **1. Kısa Dönemde (2001-2005)**

Bebek, çocuk ve yetişkin ölümlerinin ve nedenlerinin tespitinin sağlanması için mevcut kayıt sistemindeki eksikliklerin giderilmesi amacıyla alt yapının güçlendirilmesi, gerekli personelin sağlanması ve eğitilmesi gerekmektedir. Ölümlülük ve doğurganlık gibi nüfus dinamiklerine ilişkin güncel ve güvenilir verilerin bir sistem içinde temin edilmesi, bu konuda kurumlar ve sektörlerarası veri akışını, iletişimi, eşgüdümü, uygulamada etkinliği ve sürekliliği sağlayacak altyapının oluşturulması ve yaygınlaştırılması gerekmektedir.

### **2. Uzun Dönemde (2001-2023)**

Önlenebilir nedenlere bağlı olarak gelişen bebek, çocuk, yetişkin ve anne ölümlerinin azaltılmasına yönelik uygun sağlık hizmetlerinin ve politikalarının uygulanması ve sonuçlarının etkin bir biçimde değerlendirilmesi amacıyla ölümlerle ilgili kayıt sistemlerindeki eksikliklerin giderilmesi ve güvenilir, çok amaçlı bilgi üretilebilecek düzeyde olması için mevcut kayıt sistemi yeniden yapılandırılarak ülke çapında tüm yerleşim birimlerini kapsayacak şekilde yaygınlaştırılmalıdır. Mevcut bilişim teknolojilerinden yararlanılarak veri toplama, değerlendirme ve bilgi akışı ağının tüm ülke düzeyinde yaygınlaştırılması gerekmektedir.

## **E. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Amaç Ve Hedeflerine Ulaşılması İçin Öngörülen Politika, Strateji Ve Faaliyetler**

Ülkemizin sosyal, ekonomik ve kültürel yönden hızlı bir gelişim süreci içinde bulunması göz önünde bulundurularak, mevcut nüfus kayıt sisteminin, ülke çapında yaygınlaştırılması ve etkin bir yapıya kavuşturulması amacıyla İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü'nün yeniden örgütlenmesi için 1587 sayılı Nüfus Yasası ve 3152 sayılı İçişleri Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun'da gerekli değişikliklerin en kısa sürede yapılması ve uygulanması gerekmektedir.

## **IV. İÇ GÖÇLER**

### **A. Giriş**

Göç, ulusal sınırlar içerisinde olabileceği gibi ulusal sınırların ötesine, hatta kıtalar ötesine de taşabilmektedir. Ulusal sınırlar içerisinde gerçekleşen göçlere içgöçler, ulusal sınırların dışına taşan göçlere ise dış göçler denilmektedir.

Türkiye'de az gelişmiş bölgelerden iş olanaklarının daha geniş olduğu sanayi ve ticaret merkezleriyle iklim koşullarının daha elverişli olduğu turizm merkezlerine doğru yoğun bir gönüllü iç göçün yaşandığı görülmektedir. Yaşanılan bölgenin doğal koşulları sel baskını, deprem, yerleşim yerinin baraj altında kalması ve terör zorunlu göçe yol açabilmektedir.

## B. Mevcut Durum

1990 Genel Nüfus Sayımına göre il ve ilçe merkezlerinin toplam nüfus içindeki oranı % 59.21, köy nüfusunun toplam nüfus içindeki oranı ise % 40.79'dur. 1997 Genel Nüfus Tespitine göre ise il ve ilçe merkezlerinin toplam nüfus içindeki oranı % 65.03, köy nüfusunun toplam nüfus içindeki oranı ise % 34.97'dir. İki ayrı nüfus sayımı sonuçları karşılaştırıldığında Türkiye'de iç göç hareketlerinin devam ettiğini söylemek mümkündür.

Ülkemizdeki nüfus hareketleri bölgeler temelinde ele alındığında sürekli göç veren ve sürekli göç alan bölgeler ayrımı söz konusu olabilmektedir. Sürekli göç veren bölgeler Doğu, Güneydoğu ve Karadeniz Bölgeleri, sürekli göç alan bölgeler ise İstanbul ve Kocaeli gibi sanayi merkezlerini, Muğla ve Antalya gibi yumuşak iklimli kentleri içine alan Akdeniz, Marmara ve Batı Anadolu bölgeleridir.

VII. BYKP incelendiğinde iç göç olgusunun "Nüfus Hareketleri ve Aile Planlaması", Bölgesel Dengelerin Sağlanması", "Altyapı Hizmetlerinde Yapısal Değişim Projesi" gibi başlıklar kapsamında serpiştirilerek dolaylı bir biçimde plan kapsamında yer aldığı görülmektedir. İç göç olgusunun en önemli boyutlarından olan zorunlu göç ise planın herhangi bir yerinde tanımlanmış değildir.

Bu nedenle VII.BYKP'ında iç göçlere ilişkin uygulamaya konulan siyasi, ekonomik ve yasal düzenlemelerin neler olduğu doğrudan saptanamamaktadır. Planda yer alan Bölgesel Gelişme bölümünde göç veren bölgelerin başında gösterilen Güney Doğu Anadolu Bölgesine ilişkin GAP projesi çerçevesinde yapımı devam eden ve tamamlanan barajlara ilişkin bilgiler yer almaktadır. Ayrıca kırsal alana yerleşim planının düzenlenmesi için genelinde "merkez köy" olarak belirlenen birimlerden söz etmektedir.

Halihazırda başlatılan "köye dönüş" projesinin başarı kazanabilmesi "Ulaşılmak İstenen Amaçlar ve Hedefler" bölümünde sunulan öneriler çerçevesinde düşünülmesi yararlı olacaktır.

Zorunlu göçler 1990'lı yıllarla birlikte hızlanmış ve Türkiye'nin eski geleneksel göç bölgelerine olan akışı yeni bölgelerin ve kentlerin eklenmesi ile farklı boyut ve biçimlerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Zorunlu göç, ilk olarak bulunulan ilin kırsalından kent merkezine, ardından da diğer illere gerçekleşmektedir. Göçler sonucu kentlere gelenler, kentli nüfusun yerleşik sosyo-ekonomik ve kültürel yapısını olumsuz etkilemektedir. İşsizlik ve ekonominin bozulması göçün yol açtığı en temel problem alanı olarak görülmektedir. Genel asayişin bozulması, hırsızlık ve fuhuşun artışı, konut, alt yapı sorunu gibi kentleşme sürecine ilişkin olarak gündeme gelen sorunlar da ikincil derecede görülmektedir.

Ülkemizin gelişmiş ve gelişmemiş bölgeleri arasındaki yaşam standardında görülen büyük farklılıklar göçü artırmaktadır. Göç sonucu gelenlerin gerekli koşulların sağlanması durumunda memleketlerine geri dönme eğilimi taşıdıkları görülmektedir. Özellikle gelme süresi kısaltıkça geri dönme eğilimi de güçlenmektedir. Ancak kentte durma süresi arttıkça geri dönme eğiliminin azaldığı da gözlemlenmektedir. Göç edenlerin geliş nedenlerine göre

geri dönme eğilimlerine bakıldığında ise çeşitli nedenlerle köylerin boşaltılması sonucu göçe katılanların daha çok geri dönme eğilimi içerisinde oldukları, terörle yüz yüze kaldığı için göç edenlerin daha az, ekonomik nedenlerle göçe katılanların ise çok daha az geri dönme eğilimi içerisinde oldukları izlenilmektedir.

### **C. VIII. BYKP Döneminde (2001-2005) Beklenen Gelişmeler**

Önem sırasına göre iş alanları ve yatırım beklentisi, göçün önlenmesi, konut ve altyapı gibi kentleşme sürecine ilişkin sorunların çözümü, güvenlik ve asayişin sağlanması, kültür farklılığının giderilerek, kente uyum sağlamaya yönelik özel eğitim programlarının hazırlanması gerekmektedir. Göç edenlerin kente uyum sağlama konusunda ilk yapılması gereken yeterli eğitimin verilmesi, kültür düzeylerinin yükseltilmesi ve iş alanlarının açılarak ekonomik düzeylerinin yükseltilmesi gelmektedir.

Ekonomik nedenlerden kaynaklanan göç kısa dönemde, mevcut durumun devam edeceği varsayıldığında benzer oranlarda devam edecektir. Ancak terör olaylarının giderek azalması nedeniyle terör kaynaklı göçün gelecek dönemlerde azalması ve tümüyle ortadan kalkması beklenen bir gelişmedir. Son dönemde yaşanan Kocaeli depremi nedeniyle göçün hedef illeri (1985-90) sıralamasında; Kocaeli ve İstanbul illerinin daha alt sıralardaki Antalya, İçel, Tekirdağ, Muğla, Aydın gibi illerle yer değiştirmesi söz konusu olabilecektir.

Kısa dönemde göç olayının yerleşim birimleri açısından değişiklik göstermesi beklenmemektedir. Köyden (kırsal bölgelerden) kente göç aynı ivme ile devam edecek, ancak kentten-kente göçün artan net göç hızı oranlarına bağlı olarak toplam göç içindeki payı artacaktır. Böylece Türkiye'deki kentleşme hızı mevcut durumu koruyarak devam edecek ancak belli hedef illerde biriken nüfus daha da çoğalacaktır. Türkiye'nin en büyük bölgesel kalkınma planı GAP projesinin her alanda uygulanmasıyla birlikte bölgeler arası eşitsizliğin giderilmesinde önemli adımlar atılacaktır. Özellikle iş alanlarının ve yatırımların çoğalması sorunların bölgede çözülmesi ile iç göç olgusunun kendi doğal seyrine kavuşacağı düşünülmektedir.

### **D. Ulaşılmak İstenen Amaç Ve Hedefler**

#### **1. Kısa Dönemde (2001-2005)**

- Göç veren bölgelerdeki yoğun göçün önlenmesi, öncelikle ekonomik koşulların iyileştirilmesi ve yüksek doğal nüfus artış hızının aşağı çekilmesine bağlıdır. Bu sonuca ulaşmak için yerel kaynakların harekete geçirilmesi ve ekonomiye kazandırılması gerekmektedir. Bu noktada özel sektörün desteklenmesi büyük önem taşımaktadır.
- Kentten-kente göçü engelleyecek çeşitli önlemlerin yanı sıra kırsal alanlardan yakın kentsel alanlara göç özendirilmeli, göç eden nüfus için özellikle hizmetler sektöründe iş olanakları hazırlanmalıdır.
- Göç nedeniyle çeşitli il merkezlerinde bulunan ve geri dönme eğilimi olmayan göçer nüfusun buldukları kentlere uyum sağlayabilmeleri için eğitim, meslek edindirme,

- sağlık, yerleşim, iş sorunu gibi temel sorunların çözülebilmesi için merkezi ve yerel otoriteler daha etkin davranmalıdır
- Zorunlu ya da gönüllü göçle gelen ve bir daha geriye dönmeyi düşünmeyenlerin ise buldukları yerlerde sosyo-ekonomik ve kültürel düzeylerini yükseltici başlıca kurumlar ivedilikle açılmalıdır.
  - Yoğun göç alan kentsel birimlerin yol, su, kanalizasyon gibi alt yapı gereksinimlerinin giderilmesi ivedilikle yapılmalıdır.
  - Göç alan bölgelerin çevre düzenlemesine önem verilmeli ve tasarım olarak göze hoş görülmeyen, kullanılan malzeme bakımından yetersiz ve dayanıksız olan, imar planına uymayan konut yapımına izin verilmemelidir.
  - Göçün yoğun olarak yaşandığı bölge üniversitelerinde göçü önleyecek politikalara yardımcı olmak üzere, araştırma yapmak ve bulgulara birinci elden ulaşmak amacıyla araştırma merkezleri kurulmalıdır.
  - Orman köylerinden göçe katılanların oranını düşürmek amacıyla, ormanlardan köylünün bilinçli ve etkin bir biçimde yararlanabilmesi için olanaklar yaratılmalı ve orman köylülerinin yerinde kalkandırılması için gerekli olan fon kredileri yükseltilmelidir.

## 2. Uzun Dönemde

- Temel hedef, göçe zorlayan nedenleri ortadan kaldırmak olmalıdır. Bu bağlamda işsizlik sorununu kısa ve uzun vadede çözebilecek orta ve büyük ölçekli işletmeler kurulmalıdır.
- Karadeniz, Doğu ve Güneydoğu'ya yönelik bölgenin şartlarına uygun sosyo-ekonomik yatırımlara öncelik verilmelidir.
- Göç veren bölgelerden göç etme nedeni olarak gösterilen işsizliğe son verilmeli ve bölgeye özgü istihdam politikası gerçekleştirilmelidir.
- Başta Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesi olmak üzere, göç veren bölgelere eğitim-kültür ve sağlık alanında yatırımlara devam edilmelidir.
- Göç veren bölgelerde gelir getirici uğraşlar yaratılmalıdır. Bunun içinde bölgedeki tarım dışı sektörler desteklenmelidir.
- Göç veren bölgelerde bölge şartlarına uygun kırsal sanayiye geçilmelidir. Böylece kırsal sanayiden en çok yararlananlar kırsal alanda yaşayanlar olacaktır.
- Göç veren bölgelerde bir yandan köy tipi sanayi geliştirilmeli ve el emeğinin değerlendirilmesi yoluna gidilmelidir
- Göç veren bölgelere devlet yatırımı ile birlikte, bölgede yatırım yapacak özel girişimciler cesaretlendirilmeli ve özendirilmelidir.
- Gerek köylerde, gerekse kentlerde el sanatlarına dönük imalat ve evlerde yapılacak fason üretim canlandırılmalı, kooperatifçilik teşvik edilmelidir.

## V. TÜRKİYE'DE DIŞ GÖÇ VE MÜLTECİLER SORUNU

### A. Giriş

Türkiye'nin göçmen ve mülteci sorunuyla karşı karşıya kalmasına neden olan etkenler, tarihinden ve üzerinde yaşadığı toprakların jeopolitik ve jeostratejik öneminden kaynaklanmaktadır. Komşu ülkelerde yaşayan Türk soydaşlarına karşı Türkiye'nin özellikle tarihten gelen önemli bir sorumluluğu bulunmaktadır. Bu ülkelerde görülen istikrarsız ve baskıcı yönetimler ve kabaran etnik milliyetçilik nedeniyle Türk ve Müslüman kitlelere yöneltilen sindirici ya da asimile edici dayatmalar, Türkiye'ye yönelik göç eğilimini sürekli olarak canlı tutmaktadır. Bunun yanısıra, Avrupa ile doğu dünyasını bağlayan bir köprü olması nedeniyle, transit geçişlerde önemli bir basamak niteliği taşımaktadır.

Göç ve mülteci olaylarının, ülkemizin hem göç ve sığınmacı alan bir ülke durumunda olması ve hem de gelen göçmenler ve mültecilerin neden olduğu sorunlar açısından iki boyutu vardır. Bu nedenle, geliştirilecek çözüm projelerinin bu iki boyutta ele alınması zorunludur.

### B. Mevcut Durum

Türkiye hem göç alan, hem de göç veren bir ülke konumundadır. Türkiye'ye yönelik göçlerin temel etkeni, Türkiye dışındaki soydaşların, totaliter rejimlerden ya da savaş ortamlarından kaçarak Türkiye'ye gelmek istemeleridir. Bunun yanında, Ortadoğu ve Afrika ülkelerinden gelerek, gelişmiş ülkelere geçmek isteyenler de Türkiye'yi transit ülke olarak kullanmak istemektedirler.

Uluslararası göç konusunda Türkiye'de düzenli veri toplama sistemi yoktur. En güvenilir veri kaynağı, Emniyet Genel Müdürlüğü, Jandarma Genel Komutanlığı ve UNHCR (Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği)'nin verileridir. Ayrıca pasaport kayıtları ve nüfus sayımlarındaki akış da belli veri stokları sunmaktadır. Ancak, bu verilerin toplumsal, siyasal, kültürel, ekonomik boyutlu planlamalarda yeterli olduğunu söylemek olanaksızdır. Çünkü eldeki mevcut veriler, bu kitlelerin eğitim, sağlık, beceri, yetenek, istek, eğilim v.b. durumlarını belirleyen anket verileri değil, ancak sayılarını ve kökenlerini anlamaya yarayan kaba verilerdir. Bu yüzden, Türkiye'ye gelen ve Türkiye'den ayrılanlar hakkında tam ve doğru bilgilere ulaşmak mümkün değildir.

Göçmenler, çoğunlukla ekonomik ve kültürel nedenlerle daha iyi bir yaşam standardı beklentisi ile ülkelerini terkederek başka ülkelere yerleşen kimselerdir. Gelen göçmenler, ekonomik durumları çökmüş, sosyal statüleri yok olmuş, psikolojik yönden çöküntüler içinde Türkiye'ye geldiklerinden, sorunun çözümü yalnız ekonomik önlemlerle aşılabilecek nitelikte kalmamış, toplumsal, kültürel ve hatta psikolojik bir nitelik kazanmıştır. Günümüzde bile, hala hukuksal sorunları çözümlenememiş önemli bir kitle gözlemlenebilmektedir. Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği tarafından ülkemizdeki uluslararası göçmen ve sığınmacılar ile ilgili bilgi ağını oluşturmak üzere bir proje yürütülmektedir.

Mülteciler, ülkelerindeki siyasi ve sosyal gelişmelerden dolayı kaçarak, yardıma ihtiyaç duyan kişilerdir.

Sığınmacılar, ülkesini terkederek mülteci olduğu iddiasıyla bir başka ülkeye giden ancak henüz mülteci olup olmadığı konusunda karar verilemeyen veya UNHCR tarafından karar verilmemiş kimselerdir.

Gelen göçmenler ve mülteciler, genellikle olağanüstü zor koşulların içinden ayrılarak ülkemize gelmektedirler. Ağır yol koşulları, yollarda karşılaştıkları engelleme girişimleri ve müdahaleler, sınırdan geçiş sırasında karşılaştıkları zorluklar ve mevsimlere dayalı doğal engeller, bu insanlarda önemli sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Bu etkenlerden en çok etkilenenler çocuklar, kadınlar ve yaşlılardır. Göçmen ve mülteciler maddi varlıklarını geldikleri ülkede terk etmek zorunda kaldıklarından kısa ve uzun vadeli çözümler gerektiren beslenme ve barınma sorunları ortaya çıkmaktadır.

Göç olgusu, bir baskı ya da zorlamaya dayandığından, çoğu zaman bu insanlar kendi statülerini tanımlamaya yarayacak belgelerden yoksun durumda bulunmaktadır. Bu nedenle, sonraki yasal düzenlemelerde ve işlemlerde, en önemlisi de göç sürecinin, göç veren ve göç alan ülke arasında hukuki bir belgeye bağlanmasında yaşanan zorluktur. Göçmenler ve mültecilerin kendilerini hukuksal açıdan tanımlayacak ve tanıyacak bir resmi makam bulma, haklarını ve statülerini benimsetme güçlükleri, önemli bir etken olarak belirmektedir.

Göç eden kitlenin içine katıldığı yeni doğal ve toplumsal çevreyi, göç alan kitlelerin de içlerine yeni katılan göçmen kitleleri benimseme güçlükleri yaşanmaktadır. Böylece, yeni bir ortak toplumsal yapı oluşumu sözkonusu olmaktadır. Göçmen ve mültecilerin yeni yaşamlarını kolaylaştırmanın ve bunun için oluşturulacak uyum kamplarında seminer ve saha çalışmaları gerçekleştirmenin önemi büyüktür.

Sınır geçişlerinin Türkiye açısından güvenlik sorunları ortaya çıkardığı görülmektedir. Özellikle mülteci kitleler, terkettikleri ülkenin güvenlik makamlarından gizli ve kaçarak Türkiye'ye geldiklerinden, iki ülke arasında kimi sürtüşmeler ve diplomatik temaslar kendisini gösterdiği gibi, gelen insanların arasına Türkiye'de başta terör ve casusluk olmak üzere diğer yasadışı olaylara destek verecek kötü niyet sahipleri de sızabilmektedir.

### **C. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Amaç Ve Hedeflerine Ulaşılması İçin Öngörülen Politika, Stratejiler Ve Faaliyetler**

- Başta kalkınma planları olmak üzere, hükümet programlarına ve uygulamalara, göçmen ve mülteci sorununu araştırma ve inceleme, geleceğe dönük strateji belirleme ve olası gelişmelere dönük plan hazırlıkları yapılmalıdır. Hükümetlerin strateji geliştirmesi, hem göç ortamı hazırlayan etkenleri ortadan kaldıracak, hem de ülke kaynaklarının bilinçsiz harcanmasını ve savurganlığı engelleyecektir. Bu sorunun uluslararası anlatılması gerekmektedir.
- Yurt dışından Türkiye'ye yönelik göçler ve sığınmacı hareketleri, Türkiye'nin insiyatifinin dışında yaşanan gelişmelerin zorlamasıyla gerçekleşmektedir. Sorunun kalıcı

çözümü, Türkiye'nin çevresinde hissedilen istikrarsız yönetimlerin, daha demokratik bir nitelik kazanmasıyla, komşular arasında oluşturulacak barış ortamının geliştirilmesiyle ve hızlı demokratikleşmeyle aşılabılır. Bu saptamadan da görüleceği gibi, sorunun çözümü Türkiye'nin tek başına karar vermesi ve çaba harcamasıyla çözümlenecek türde bir sorun değildir. Bunun için Türkiye'ye düşen görev, uluslararası kuruluşların konuya duyarlılığının artmasını sağlamak için aktif destek ve katılımdır. Sivil toplum örgütlenmelerine ağırlık verilmesi, bilgi ve iletişim ağı kurulma girişimleri çözümü kolaylaştıracak stratejilerin oluşturulabilmesi için son derece önemlidir.

- Göçmen kitlelerin beceri ve üretim türleri, yaşam alışkanlıkları, kültürel durumları ve statüleri de bu yerleştirme işlemlerinde önemle üzerinde durulması gereken bir konudur. Göç olgusu yalnızca göçmenleri değil, içine katıldıkları doğal ve toplumsal çevreyi de değişime zorladığından, olası değişiklikleri planlamalarda kesin olarak göz önüne alınmalıdır. Göçmenlerin kültürel, ekonomik ve psikolojik uyum süreçlerini daha sorunsuz aşabilmelerini sağlamak için uyum projeleri oluşturma zorunluluğu vardır.
- Türkiye'yi transit geçişin bir halkası olarak gören mültecileri, üçüncü bir ülkeye yerleştirilinceye kadar, Türkiye'deki ikametlerinde koruma projeleri gerekmektedir. İnsan hakları konusunda yeniden tanımlanan değerler, hukukun üstünlüğünü benimsemiş, demokratik ülkelerde bu tür projeler oluşturmayı gerekli kılmaktadır. Araştırma projelerine destek verilerek, sorunun bütün boyutlarıyla anlaşılmasını sağlayacak etkenlerin tanımlanmasına çalışılması son derece önemlidir.
- Mülteciler konusu, artık yalnızca iki ülke ya da toplum arasında bir sorun olmaktan çıkmış, insan haklarının gereği olarak, hukuku yeniden tanımlanan bir konu haline gelmiştir. Bu proje, mülteci olmanın getirdiği sorunların yanısıra, cinsiyet farklılıklarından kaynaklanan sorunlara karşı duyarlı olmayı da gerektirmektedir. Bu aşamada, çocuk ve kadın mültecilerin istismarının önüne geçmeye çalışmak son derece önemlidir.
- Türkiye'de göç konusundaki stratejileri oluşturacak, stok verileri sağlayacak ve geleceğe ilişkin projeksiyonlar oluşturabilecek ulusal bir göç izleme kurumuna gereksinim vardır. Uluslararası göç konusundaki ihtiyaçların giderilmesi ve bu konuda veri derlenmesi, yani bilgi sağlanması ile mümkündür. Bu ise, göç bilgisi veri kayıt sisteminin oluşturulması ve düzenli bir biçimde işletilebilmesi ile sağlanabilir. Göç veri kayıt sistemi, ilgili kurum ve kuruluşlar arasında oluşturulacak koordineli bir işbirliği ile kurulabilir. Toplanan verilerin güvenilirliğinin ve kalitesinin artırılması göç sisteminin kurulması ile mümkün olabilir.

## VI. TÜRKİYE'DE KIRSAL VE KENTSEL YERLEŞMELER

### A. Giriş

Türkiye'de kırsal ve kentsel yerleşmelere ilişkin çalışmalar hangi bilimsel disiplin bağlantısında olursa olsun, bütünü kapsayacak seviyeye ulaştırılamamıştır.

Nüfus ve yerleşme gibi iki önemli olgunun, ekonomik ve toplumsal yapının değerlendirme ve planlanmasındaki tutarlılığı özellikle coğrafya ve coğrafyacının da katılımıyla daha sağlam temeller üzerine oturtulabilir. Özellikle ulaşılan yapısal gerçekleri



belirleyen faktörler içerisinde coğrafya dikkate alınmaksızın sağlıklı değerlendirme yapma olanağı kısıtlıdır.

## **B. Mevcut Durum**

Türkiye’de yerleşme, yerleşme dokusu, yerleşmelerin nüfus miktarı ve sahip oldukları ekonomik olanaklar, coğrafyanın sunduğu fiziksel ortam koşullarına büyük ölçüde bağlıdır. Yerleşmeleri ilgilendiren yapısal ayrıcalıklar salt fiziksel ortam koşullarına da bağlanamaz. Doğal ortamın sunduğu olanakları, yerleşme ve ekonomik uğraşı biçimi açısından değerlendiren, yönlendiren ve değiştiren insan faktörü dikkate alınmaksızın ortam yapısını kavramak olanaksızdır.

Hızlı kentleşme sürecinin yarattığı sorunların çözümlenemediği, kır ve kent ilişkilerinin nesnel boyutlarının belirlenmesinde ilkelerin konulmadığı ülkemizde, kent yerleşmelerinin kontrolsüz bir gelişim ve değişime terk edildiği malumdur. Bu bağlamda kentlerimiz nüfus yığılmalarının olduğu birimler konumundadır.

Türkiye’de kırsal ve kentsel yerleşmelere ilişkin yapıyı yansıtacak verilerin, bazı monografik çalışmalar dışında yeterli düzeyde olmadığı anlaşılmaktadır. Bölgesel, bölümsel ve yöresel bazda aktarılacak bilgiler, yetersiz sayıdaki bilimsel çalışmaların dışına çıkamamakta ve mevcut veriler ancak çok genel ölçütte değerlendirmeye olanak tanımaktadır.

## **C. Ulaşılmak İstenen Amaç ve Hedefler**

### 1. Kırsal Yerleşmeler

Kır yerleşmelerinin bölgesel, bölümsel ve yöresel bazda değerlendirilmesine esas olacak envanter ve alan çalışmaları için ele alınması gereken ana başlıklar:

#### **a. Kısa Dönemde (2001-2005)**

- Kırsal yerleşme ve meskenlerinin tipolojisinin saptanması,
- Kırsal yerleşmelerin mevcut ekonomik yapısının belirlenmesi,
- Kırsal yerleşmelerin kır-kent bütünleşmesindeki konumlarının belirlenmesi,
- Nüfusa ilişkin demografik özelliklerin saptanması,
- Kır yerleşmelerine ilişkin yapı ve imar faaliyetlerinin disipline edilmesini sağlayacak yasal düzenlemelerin oluşturulması,
- Kırsal yerleşmelerdeki kültürel miras öğelerinin korunması için gerekli düzenlemelerin yapılması,
- Sosyal ve ekonomik alt yapının belirlenmesi,

**b. Uzun Dönemde (2001-2023)**

- Köy ve özellikle köy-altı (kom, ağıl, mezra, mahalle) iskan birimlerinin fazlalığından dolayı aksayan sosyal ve ekonomik gelişimin sağlıklı bir yapıya kavuşturulabilmesi için toplulaştırma yoluna gidilmesi,
- Veri akışını sağlayacak sistemin planlanması,
- Arazi kabiliyet sınıflandırması yapılarak, tarımsal üretimde verimliliği arttırabilecek çözümlerin saptanması (toplulaştırma, veraset sistemine ilişkin iyileştirmeler vs.)

**2. Kentsel Yerleşmeler**

Toplumsal, ekonomik ve fiziki yapıya bağlı özellikler ve sorunlar açısından sistematik bir yaklaşımla değerlendirilmemiş olan kentlerimizin, kır yerleşmelerinde önerildiği gibi bölgesel, bölümsel ve yöresel bazda araştırılması ve sağlıklı gelişimleri için sorunlarının saptanması ve yasal düzenlemelere gidilmesi kaçınılmazdır. Bu bağlamda kısa ve uzun vadede yapılacaklar bir öneri dizini şeklinde sunulabilir:

**a. Kısa Dönemde (2001-2005)**

- Kent yerleşmelerinin nüfus miktarlarına göre saptanması,
- Kent nüfusunun iktisadi faaliyet kollarına göre sağlıklı analizlerinin yapılarak tipolojik çözümlere ulaşılması,
- Sosyal ve fiziksel alt yapıya ilişkin özellik ve sorunların saptanması,
- Kentsel hizmetlerin sunulabildiği hinterlandın belirlenmesi için gerekli ön çalışmaların planlanması,
- Kentlere yönelik nüfus akışının kontrol altına alınabileceği yasal ve diğer düzenlemelerin devreye sokulması,
- Kentsel mekanın kullanımındaki olumsuzlukları giderebilecek, kentin alansal ve işlevsel gelişimini kontrol altına alabilecek düzenlemelere gidilmesi,
- Değişen toplumsal ve ekonomik yapıda kentlerin üstlenecekleri ek işlevleri devreye sokabilecek sistemlerin geliştirilmesi.

**D. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Amaç ve Hedeflerine Ulaşılması İçin Öngörülen Politika, Stratejiler ve Faaliyetler**

Türkiye’de yerleşim ünitelerinin en küçük birimini ölçüt almak kaydıyla, fiziksel, sosyal ve ekonomik yapılarını ortaya koyabilecek verilerin oluşturulması zorunluluğu vardır. Batı ülkelerinde uygulanan veri derleme yöntem ve teknikleri, ülkemiz yerleşme birimleri için de devreye sokulmalıdır.

Yerleşmeleri kır-kent ayrımıyla değerlendirirken, bölgesel, bölümsel ve yöresel ölçeklerde ele almak ilke olmalıdır. Hatta, ülkenin jeopolitik konumunda özel yer alması gereken alanlar, bölge, bölüm ve yöre ölçeklerini aşabilecek bir değerlendirmeye tabi tutulmalıdır.

Bölgesel, bölümsel ve yöresel ölçütlere göre yapılacak değerlendirmeler, bu birimleri sınırsal olarak aşan veya birleştiren faktörler açısından da ele alınmalıdır. Bu yaklaşım, ülkesel sınırları da aşabilecek boyutlarda değerlendirme zorunluluğunu da getirebilir.

Yerleşim dokusu, yerleşmelerin sosyal ve ekonomik yapısını saptama ve biçimlendirmede jeomorfoloji, iklim, toprak, doğal bitki örtüsü, hidrografik kaynaklar ve kültürel değerlere ilişkin veri oluşturmada süreklilik örgütlenme yoluyla sağlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

### Nüfus Yapısı ve Değişimi ve Doğurganlık

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

DİE web sayfası <http://www.die.gov.tr/turkish/sonist/nufus/nufus97.htm>

Hacettepe University, Institute of Population Studies (HIPS) and Macro International Inc (MI) (1997) *Fertility Trends, Women's Status, and Reproductive Expectations in Turkey: Results of Further Analysis of the 1993 Turkish Demographic and Health Survey*, Calverton Maryland:HIPS and MI.

Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc. (1994) *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993*, Ankara.

Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, Measure DHS+ Macro International. Inc. (1999) *1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*, Ankara.

### Ölümlülük

Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, Measure DHS+ Macro International. Inc. (1999) *1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*, Ankara.

DİE (1996) *Türkiye Nüfusu 1923-1994, Demografi Yapısı ve Gelişimi 21.Yüzyıl Ortasına Kadar Projeksiyonlar*, II. Baskı.

DİE (1999) *Ölüm İstatistikleri 1997*, Ankara.

Mıhçıokur, S.; Akın, A. (1998) *Dünya'da ve Türkiye'de Anne Ölümleri, Sağlık ve Toplum*, Sayı 3-4, Temmuz-Aralık 1998.

Yiğitbaş, S. (1998) *Hastane Kayıtlarından Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması*, Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (1998) *Sağlık İstatistikleri 1997*, Ankara.

### İçgöç

Akkayan, T. (1979) *Göç ve Değişme*, İstanbul: İ.Ü.Edebiyat Fakültesi Yayınları.

Aydoğan, F. (1998) "Doğu ve Güneydoğu Anadolu'daki Toplumsal Hareketliliğin Nedenlerine İlişkin Bir Değerlendirme", *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Sayı 1.

- Aydoğan, F. (1997) "Doğu ve Güneydoğu Anadoludaki Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Yapının Aileye Etkileri", *Sosyal Bilimler Kavşağında Doğu ve Güneydoğu Anadolu Sempozyumu*, Yüzüncü Yıl Üniversitesi ve Van Valiliği İşbirliğiyle, Van.
- Barut, M. (1997) "Zorunlu Göç, Toplumsal Barış ve Bütünleşme-İçel İli Örneği", *İşgücü Göçü: Çok Kültürlülük ve Küreselleşme Sempozyumu*, Mersin Üniversitesi-Hannover Üniversitesi, Türk-Alman İnsan Bilimleri ve Mübadele Derneği İşbirliği. Mersin.
- Bilgili, A.; Aydoğan, F. ;Güngör, C.(1997) "Zorunlu Göç Olgusunun Sosyolojik Çözümlemesi", *II.Ulusal Sosyoloji Kongresi-Toplum ve Göç*, DİE Yayınları, Ankara.
- Güllülü, S.; Öner, S.; Kaçmazoğlu, B. (1997) *Doğu Anadolu'da Göç Eğilimi*, Atatürk Üniversitesi Yayınları, Erzurum.
- Kongar, E. (1998) *21. Yüzyılda Türkiye*, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Üner, S. (1972) *Nüfus Bilim Sözlüğü*, Mars Yayınları, Ankara.
- Yüceuluğ, R. (1966) *Demografi*, DİE Yayınları, Ankara.

# VIII. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI NÜFUS, DEMOGRAFİ YAPISI, GÖÇ ÖZEL İHTİSAS KOMİSYONU

## ÜREME SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI ALT KOMİSYONU RAPORU

**Alt Komisyon Başkanı :** Prof. Dr. Ayşe AKIN  
**Raportör :** Dr. Mehmet Ali BİLİKER

**Redaksiyon Komisyonu :** Prof. Dr. Sunday ÜNER  
Nuray FİNCANCIOĞLU  
Dr. Derman BOZTOK

**Üyeler :** Dr. İbrahim AÇIKALIN  
Dr. Güler BEZİRCİ  
Dr. Sevgin BİÇER  
Prof. Dr. Ayşen BULUT  
Dr. Süleyman CEYLAN  
Dr. Neş'e ÇAKIROĞLU  
Seher DERE  
Dr. Selçuk METİNER  
Doç. Dr. Hilal ÖZCEBE  
Doç. Dr. Haydar SUR  
Doç. Dr. Fahrettin TATAR  
Dr. Aygen TÜMER  
Dr. Gökhan YILDIRIMKAYA  
Dr. Pınar ZARAKOLU



## ÜREME SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI ALT KOMİSYONU RAPORU

### I. GİRİŞ

1990'lara dek üreme fonksiyonu ve bu işlevle bağlantılı "sağlık" daha çok fertilitate, nüfus, aile planlaması, annelik gibi konular kapsamında incelenmekte, fertilitate, mortalite, morbidite ölçütleri ile ve daha çok, doğurganlık dönemi olan 15-49 yaş, özellikle de "Kadın Grubu" hedef olarak ele alınmakta idi.

1994'de Kahire'de yapılan, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma (ICPD) Konferansı, konuya gereken, kapsamlı-çağdaş tanım ve yaklaşımı getirmiştir. Bu yaklaşım, Pekin'de 1995 yılında yapılan IV. Dünya Kadın Konferansı'nda, konunun psiko-sosyal boyutu da daha kapsamlı ele alınarak bir kez daha vurgulanarak onaylanmıştır.

Üreme sağlığı, üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyişine ilişkin bütün alanlarda sadece bir hastalık yada sakatlık olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumudur. Bu nedenle üreme sağlığı insanların doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşam, üreme yeteneğine ve bunun ne zaman nasıl olması gerektiğine karar verme özgürlüğüne sahip olmaları anlamına gelir.

**Tablo 4: Dünyada Üreme Sağlığı İle İlgili Bazı Olayların Boyutu (1995)**

Sorun	Kadınlar	Erkekler	Dünyada (K&E)
Anne Ölümleri	585 bin	-	585 bin
Ciddi Maternal Hastalık(yılda)	20 milyon	-	20 milyon
Perinatal Bebek Ölümü	Bilinmiyor	Bilinmiyor	7.6 milyon
Sağlıksız Koşullarda Düşük	20 milyon	-	20 milyon
HIV/AIDS'li Yetişkin	9 milyon	1.3 milyon	22 milyon
Yeni HIV Vakası (yılda)	1.4 milyon	1.3 milyon	2.7 milyon
Tedavi Edilebilir Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Vakası (yılda)	166 milyon	167 milyon	333 milyon
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Prevelansı	175 milyon	75 milyon	250 milyon
İnfertil Çift	-	-	60-80 milyon
İnvaziv Servikal Kanserli Kadın	2 milyon	-	2 milyon
Yeni Servikal Kanser Vakası	450 bin	-	450 bin
Genital Mutilasyonlu Kadın	85-110 milyon	-	85-110 milyon
Aile Planlamasında Karşılanamayan Gereksinimi Olan Çift	-	-	120 milyon

Kaynak: WHO, 1995

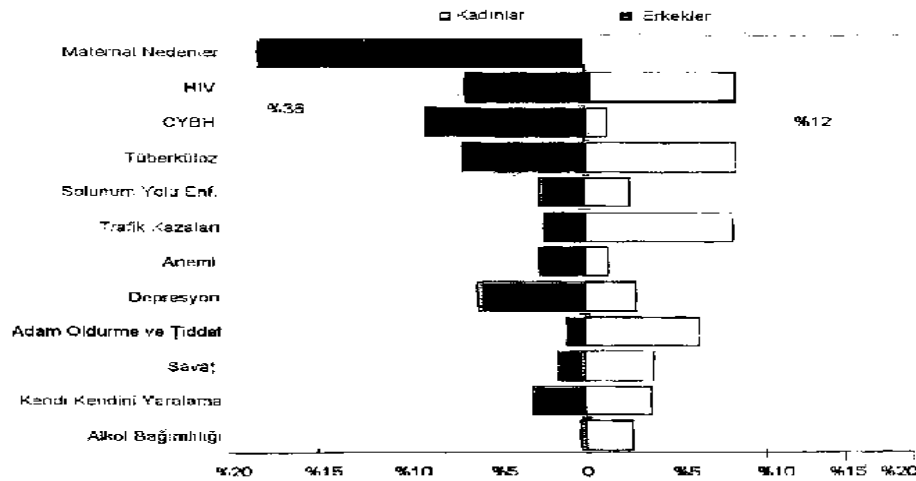
Bu son koşul kadın ve erkeklerin kendi seçecekleri yasalara aykırı olmayan doğurganlığı düzenleme yöntemleri kadar yine kendi seçecekleri güvenli, etkili, maliyeti uygun, kabul edilebilir aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma, bunlara ulaşabilme hakkını, kadının gebelik ve doğumu güvenli koşullarda geçirmesini ve çiftlerin sağlıklı bir bebeğe sahip olabilecekleri en iyi koşulları sağlayacak, uygun sağlık bakım hizmetlerinden yararlanabilme hakkını içerir. Üreme sağlığının yukarıdaki tanımına uygun olarak üreme sağlığı hizmetleri, üreme sağlığı sorunlarını engelleyerek ve çözerek üreme sağlığına katkıda bulunacak yöntemler, teknikler ve hizmetler bütünü olarak tanımlanmıştır. Üreme sağlığı hizmetleri aynı zamanda amacı sadece üreme ve cinsel ilişkiyle geçen hastalıklarda bakım ve danışmanlık değil, hayatı ve kişisel ilişkileri zenginleştirmek olan cinsel sağlığı da kapsar.

Üreme sağlığı, yaşam siklusu yaklaşımı ile, yani çocukluk, adolesanlar, erişkinler ve post menopozal ileri yaş dönemleri bütünlüğü içinde, cinsel sağlığı da kapsamak koşulu ile, her iki cinsiyet için ele alınmaktadır.

Üreme sağlığı ile ilgili sorunlar tüm dünyada ancak özellikle de gelişmekte olan ülkelerde her iki cinsiyette, erişkinlerde olduğu kadar adolesan ve ileri yaş gruplarında da yaygındır. Üreme sağlığı sorunlarının boyutu yönünden aşağıdaki istatistik bilgiler yol göstericidir.

Tablo 4 ve Grafik 2'de görüleceği gibi, üreme sağlığı yükü, her iki cinsiyet için de önemlidir. Ancak, boyutu kadınlarda daha fazladır.

**Grafik 1- Gelişmekte Olan Ülkelerde 15-44 Yaş Grubu Erişkinlerde Cinsiyete Göre Hastalık Yükü Dağılımı, 1990.**





Üreme sağlığının yenilikçi-kapsamlı bir şekilde ele alındığı ICPD aksiyon planında, üreme sağlığı için uygun koşulların sağlanabilmesi için, kadınların güçlendirilmesi, cinsiyetler arası yasal ve sosyal eşitliğin sağlanması; kız çocuğuna yönelik ayrımcılığın ortadan kaldırılması; erkeklerin üreme sağlığı ile ilgili sorumlulukların ve katılımların sağlanması; evrensel eğitimin başarılması, üreme sağlığı ve üreme haklarının garantilenmesi; herkes için üreme sağlığı fikrinin savunulması vurgulanmaktadır.

Bütün ülkelerin, 2015 yılından önce TSH kapsamında (AP ve cinsel sağlık dahil) tüm üreme sağlığı hizmetlerinin nitelikli olarak toplumda, gereksinimi olan herkese ulaşmasını sağlamaları hedef olarak belirlenmiştir. Üreme sağlığı kapsamında kadınların sağlığı ve güvenli annelik, sağlıksız düşüklerin önlenmesi, adolesanların cinsel ve üreme sağlığı; cinsel yolla bulaşan hastalıkların ve HIV'in yayılmasının önlenmesi de önemle ele alınmaktadır.

Üreme sağlığı hizmetlerinin kullanımını ve yeterliliğini artırmada, sektörlerarası işbirliği, hizmetlere ulaşmada her türlü engelin ortadan kaldırılması, hizmetlerin desentralizasyonu ve toplumun katılımının sağlanması hükümetlerin gerçekleştirilmesi gereken uygulamalardır. Üreme sağlığı ile ilgili yeterli kaynak (Bütçe) tahsisi, konu ile ilgili kanıta dayalı yaklaşımların geliştirilmesi, bunun için kayıt-bildirimini güçlendirilmesi, ayrıca gereksinim olan alanlarda araştırmaların yapılması ve sonuçlarının, yaygın olarak (toplum dahil) duyurulması, üreme sağlığı hizmetlerinde hedeflere ulaşmada vazgeçilmez unsurlardır.

Ülkemiz bugüne dek, sağlığı (ÜS dahil) ilgilendiren pek çok uluslar arası bildirgelere, şartlara, deklarasyonlara imza atarak kendi halkına ve uluslar arası topluma karşı taahhüt altına girmiştir. 1979 CEDAW, 1990 Çocuk Hakları Sözleşmesi, 1994 ICPD, 1995 Pekin - 4. Kadın Konferansı Eylem Platformu, 1997 Sağlık 21 bunlardan bazılarıdır. Kuşkusuz, yapılan bu taahhütlere ilişkin ülke düzeyinde yapılan çalışmalar mevcuttur. Tüm bu çalışmalarla belirlenen hedeflere ne ölçüde yaklaşılabildiğinin değerlendirilmesi ise ancak bu çalışmaların bilimsel yöntemlerle, objektif olarak izlenmesi ve değerlendirilmesi ile mümkün olabilir. Esasen bu amaçla CEDAW'la ilgili uygulamalar ve Pekin Eylem Platformuna ilişkin gelişmeler Başbakanlık KSS Genel Müdürlüğü'nce, ICPD uygulamaları ise Başbakanlık - DPT tarafından yapılmaktadır.

Bu izleme-değerlendirme mekanizmalarının oluşturulmuş olması, olumlu olmakla birlikte, izleme-değerlendirme yöntemlerinin tekrar gözden geçirilmesi, daha da önemlisi sonuçlarının yaygın olarak topluma, çeşitli sektörlerle ve karar vericilere duyurulması bu rapor kapsamında incelenen üreme sağlığı konusuna da olumlu katkı sağlayacaktır.

Alınan kararların uluslar arası platformda da izleme ve değerlendirmeleri yapılmaktadır. Örneğin 1999 yılında ICPD+5 in değerlendirmesi yapılmış, 2000 yılında ise Pekin +5'in değerlendirmesi yapılacaktır.

Tüm ülke sonuçlarının incelendiği ICPD+5, bu değerlendirmesinde üreme sağlığı ile ilgili son yıllarda bazı gelişmelerin olduğu, ancak konu ile ilgili olması gerekenden uzak olduğu vurgulanarak daha somut hedefler ortaya konulmuştur. Örneğin; ergen sağlığını geliştirmek,

cinsiyetler arası eşitliği ve sorumlu cinsel davranışı güçlendirmek, onları erken ve istenmeyen gebeliklerden, CYBH (HIV/AIDS dahil) cinsel sömürüden, incest ve şiddetten korumak amacı ile örgün ve yaygın eğitimin tüm düzeylerinde nüfus, üreme sağlığı ve cinsel sağlık dahil sağlık eğitimi yapılması hedef olarak belirlenmiştir.

Yine temel sağlık birimlerinin 2005 yılına dek % 60'ında, 2010 yılına dek % 80'inde 2015 yılına dek %100'ünde doğrudan yada sevkle tüm AP yöntemlerinin, obstetrik bakım hizmetlerinin, CYBH'lar dahil genital enfeksiyonlarının önlenmesi için hizmet sunulması hedefi belirlenmiştir.

Ülkemiz, benimseyerek katıldığı, sağlıkla ilgili bu kararlara paralel, kendi koşullarına özel, ayrıntılı hedef ve eylem planını sektörler arası işbirliği ile oluşturulmalıdır. Bu kararlar ülke düzeyinde duyurulmalı ve ilgili tüm sektörlerin bu ulusal programa uyarak uygulanmalarını sağlayacak, izleme değerlendirmelerin de yapıldığı bir mekanizma oluşturulmalıdır.

Üreme sağlığı düzeyinin ve hizmetlerinin izleme, değerlendirme mekanizmasının oluşturulması ve bu mekanizmaların kurumsallaştırılması önerisine VIII. Beş yıllık planda mutlaka yer verilmelidir.

## **II. ADOLESANLARDA VE GENÇLERDE ÜREME SAĞLIĞI VE CİNSEL SAĞLIK**

### **A. Giriş**

Adolesan yaş grubu olarak kabul edilen 10-19 yaşlarındaki gençlerin üreme sağlığı ve cinsel sağlığa ilişkin sorunlarının ve özellikle bu konulardaki bilgi yoksunluklarının giderilmesi, dünya ülkelerinin giderek daha büyük önemle üzerinde durdukları bir amaçtır. 1994 yılında Kahire'de toplanan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda 179 ülke tarafından kabul edilen Eylem Programı ülkeleri "adolesanların üreme sağlığı konusunda eğitim, bilgi ve hizmet alma haklarını korumaya ve adolesan gebelikleri önemli ölçüde azaltmaya" çağırmıştır [Paragraf 7.46]. Eylem Programının daha etkin uygulanabilmesi için Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun 1999 yılında, özel bir oturumda kabul ettiği önlemler ve hedefler arasında 'örgün ve yaygın eğitimin tüm düzeylerinde nüfus ve üreme sağlığı ve cinsel sağlığı da içeren, sağlık konularında eğitim' verilmesi de vardır [Paragraf 35 (b)]. VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı da nüfus konularıyla ilgili eğitimin, 'temel eğitimden başlayarak örgün ve yaygın eğitim kurumları ve kitle iletişim araçları kanalıyla' yoğunlaştırılmasını öngörmektedir.

### **B. Mevcut Durum**

#### **1. Temel Göstergeler**

1995 yılı itibarıyla Türkiye'de 10-19 yaşlarındaki adolesan yaş grubunun nüfusu 13.331.000'dir. Ülkemizde doğurganlığın azalmaya başlamasıyla, bu yaş grubunda oransal bir

azalma görülmüştür ve 10-19 yaş grubunun toplam nüfus içindeki payı 1990'da % 23.2 iken 1995'de % 21.8'e düşmüştür. 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın [TNSA98] bulguları da bu verilerle uyumlu olup, 10-19 yaş grubunun oranı % 21.6 olarak saptanmıştır.

## Eğitim

1990 yılında 6 ve yukarı yaşlardaki nüfus için okur-yazarlık oranı erkeklerde % 88.8, kadınlarda % 72 olarak hesaplanmıştır. 1990'lı yıllarda tüm öğretim düzeylerinde okullaşma oranlarında iyileşme görülmüştür, 1989-90 ve 1994-95 öğretim yılları arasında okullaşma oranları okul öncesi eğitimde % 2.8'den % 5.1'e, sekiz yıllık temel eğitimde % 86.2'den % 89.8'e, orta öğretimde % 36.6'dan % 53.0'a ve yüksek öğretimde ise % 14.5'den % 26.7'ye yükselmiştir. Ancak yüksek öğretimdeki okullaşma artışını, büyük ölçüde açık öğretimdeki artış oranının etkilediği düşünülmektedir. VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, plan dönemi sonunda, okullaşma oranlarının okul öncesi eğitimde % 16, sekiz yıllık zorunlu temel eğitimde % 100, ortaöğretimde % 75 ve yüksek öğretimde % 31 olması öngörülmüştür. 1996-1997 öğretim yılında ilköğretimde okullaşma oranı % 88.9 ve ortaöğretimde % 54.7 olarak saptanmıştır (MEB, 1999).

TNSA98, 15-19 yaşlarındaki kadınların ve evli kadınların eşlerinin eğitim durumlarına ilişkin veriler sağlamaktadır: Araştırma kapsamında görüşülen 15-19 yaş grubundaki kadınların % 5.8'inin eğitimi hiç yoktur, % 4.8'i de ilkokula başlamış, fakat bitirmemişlerdir. İlkokulu bitirip öğrenime devam etmeyenlerle ortaokula başlayıp bitirmeyenlerin toplam oranı % 72.1'dir; ortaokul ve daha yüksek öğrenim görenler ise tüm kadınların yaklaşık 1/6'sini oluşturmaktadır (% 17.3). Bu yaş grubundaki evli kadınların 15-24 yaşlarındaki eşleri arasında eğitim görmemiş hiç kimse yoktur, ilkokulu bitirmeyenlerin oranı % 3, ilkokul mezunlarının (ilkokuldan sonra okumamış ve ortaokulu bitirmemiş olanların toplamı) oranı % 70.6, orta ve daha yüksek okul mezunlarının oranı ise % 26,4'tür. (Tablo 1 - TNSA98 / 2.10 - özet)

1994 Kahire Eylem Programı'nın daha etkin uygulanması için 1999'da da kabul edilen önlemler, ilk ve orta öğretimde kız ve erkek çocuklar arasındaki okullaşma farkının, 2005 yılına kadar giderilmesini hedeflemekte ve ülkeleri kız çocukların ilk ve orta okullarda öğrenimi sürdürmeleri için özel önlemler almaya çağırılmaktadır. TNSA98 kapsamında, ilkokulu bitirmemiş kadınların % 35.9'u ve ilkokul mezunlarının % 40.1'i ailesi okula göndermediği için eğitimini sürdüremediğini söylemişlerdir .

## Sağlık

Adolesanların genel sağlık durumlarını belirleyen özel göstergeler yoktur. Bu yaş grubunun hastalıkları ve diğer sağlık sorunları diğer nüfus ve sağlık göstergeleriyle birlikte ele alınmaktadır. Ancak yaşa özel evlilik, doğurganlık, anne ve çocuk sağlığına ilişkin bazı göstergeler adolesanlar “özellikle genç kadınlar” için varolan sağlık risklerinin bazıları konusunda daha detaylı bilgi vermektedir.

Türkiye'de evlenme davranışının yaygın olması ve doğumların hemen hemen tümünün evlilik içinde olması nedeniyle, ilk evlenme yaşı gebelik riski altına girmenin başlangıcı anlamını taşımaktadır. Yasal evlenme yaşının erkekler için 17, kadınlar için 15 olduğu ülkemizde ortanca evlenme yaşı 20-49 yaşlarındaki kadınlar için 19.7, 25-64 yaşlarındaki erkekler için 23.6 olarak hesaplanmıştır. Bir başka deyişle bu yaşlardaki kadınların yarısı daha yirmi yaşına gelmeden evlenmişlerdir. Halen 15-19 yaş grubundaki kadınlar arasında evlenmiş olanların oranı % 15.5'tir; bu yaş grubundaki kadınların % 2.3'ü ise 15 yaşında evlendiğini söylemiştir (TNSA98). Daha ileri yaşlardaki kadınlarda 15 yaşında evlenenlerin oranının daha yüksek olması, ilk evlenme yaşının giderek yükseldiğini dolaylı olarak göstermektedir. Ülkemizde kentten kıra ve batıdan doğuya gidildikçe ilk evlenme yaşının daha erken yaşlara kaydığı görülmektedir. Bununla birlikte, evlenme yaşını etkileyen en önemli etmenlerden birisi eğitim düzeyidir; eğitim görmemiş kadınların ilk evlenme yaşları ile en az ortaokul mezunu olan kadınların ilk evlenme yaşları arasındaki fark yaklaşık 6 yıldır .

Adolesanların cinsel sağlık sorunlarının incelenmesinde, bu alanda çalışanların gözlemleri ve bazı küçük ölçekli araştırma sonuçlarına göre, özellikle büyük kentlerde evlilik öncesi cinsel ilişkinin yaygınlaşmakta olduğu da dikkati çekmektedir. Evlilik, doğurganlık riskleri açısından hala geçerli bir gösterge kabul edilebilirse de, cinsel sağlık açısından risk gruplarının büyüklüğü konusunda yeterli olamamaktadır. TNSA98 bulgularına göre 25-64 yaşlarındaki evli erkeklerin % 5'i ilk cinsel ilişki yaşını 15, % 30.8'i de 18 olarak ifade etmişlerdir. 25-29 yaş grubunda olan erkeklerin % 6.4'ünün ilk cinsel ilişki yaşının ise 15 olması, cinsel ilişkinin daha erken yaşlarda başlama eğiliminde olduğunun göstergesi sayılabilir.

Genç yaşta anneliğin hem anne için hem de bebeği için yüksek sağlık riski taşıdığı, anne ölümlülüğü ve hastalığı riskinin, özellikle 18 yaşından önce doğum yapan kadınlarda yüksek olduğu bilinmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın "21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık" çerçevesinde kabul ettiği 21 hedef arasında 2020 yılına kadar adolesan gebelik insidansının en az 1/3 oranında azaltılması da vardır. TNSA98'de 15-19 yaşındaki evli kadınlar için yaşa özel doğurganlık hızı binde 60 olarak hesaplanmıştır. Bu hız 1978 araştırması bulgularına göre (binde 93) önemli bir düşme, 1988 ve 1993 araştırmalarına göre hafif bir artış (sırasıyla 45 ve 56) göstermektedir (WHO; 1999).

Erken doğurganlığın bir başka göstergesi olarak, 15-19 yaşlarında anne olmuş ya da halen gebe kadınların oranı da incelenebilir. TNSA98, 17 yaşındaki her 12 kadından birinin (% 9) ya doğum yapmış, ya da gebe olduğunu göstermektedir. Bu oranlar 18 ve 19 yaşındaki kadınlarda sırasıyla % 16 ve % 23'tür. Erken annelik ve gebeliklerde en belirleyici etmenlerden birisi yine eğitim düzeyidir. Eğitim, yalnızca evliliği ve doğurganlığı geciktirdiği için değil, aynı zamanda davranış değişikliğine neden olduğu için de doğurganlık üzerinde güçlü bir etkisi vardır. UNICEF'e göre okullaşma süresindeki her bir yıllık artış, doğurganlık hızında % 5-10'luk bir azalmaya neden olmaktadır.

Annenin yaşı, aynı zamanda bebek ve çocuk sağlığı için de önemli bir etmendir. TNSA98, 20 yaşından önce doğum yapan annelerin üçte-birinin bebeklerinin normalden küçük ya da çok küçük olarak doğduğunu, bu oranın 20-29 yaş grubunda dörtte-bire düştüğünü

göstermektedir. Doğum ağırlığı 2,5 kilogramdan az olan bebeklerin oranı da 20 yaşından küçük annelerde, diğer yaş gruplarına bakışla yüksektir. Bu bulgularda fizyolojik nedenlerle birlikte davranış biçimlerinin de etkili olduğu söylenebilir. Örneğin, doğum aralıkları 15-19 yaş grubundaki annelerde, daha ileri yaş gruplarına bakışla, belirgin olarak daha kısadır: Son doğumdan bu yana ortanca ay sayısı, 15-19 yaşlarındaki annelerde 23.4, 20-29 yaşlarında 30.7 ve 30-39 yaşlarında ise 46.6'dır.

Davranış biçimlerindeki farklılıklar aile planlaması konusunda da kendini göstermektedir. Tüm kadınlarda herhangi bir yöntem kullananların oranının % 63.9 olmasına karşın, 15-19 yaş grubunda ise bu oran yaklaşık yarısı kadardır (% 33.6) - yani bu yaşlardaki evli kadınların üçte-ikisi herhangi bir yöntemle korunmamaktadırlar. Yöntem kullananlarda da, geleneksel yöntem kullananların oranı modern yöntem kullananlardan daha yüksektir.

### **Cinsel Sağlık**

Üreme sağlığının temel öğelerinden biri olan cinsel sağlık konusunda adolesanlara ilişkin yeterli bilgi mevcut değildir. Araştırma bulguları adolesanların cinsel sağlık konularındaki bilgi yoksunluğunu, doğru ve güvenilir bilgi kaynaklarına ulaşamadıklarını ortaya koymaktadır.

Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı tarafından yürütülen bir projede Ankara'nın kırsal kesiminde nüfusu 1000 üzerinde olan dört köyde 15-19 yaş grubunda 153 erkek 136 kadın ile görüşülmüştür. Görüşülen erkeklerin % 96.7'si ve kadınların % 84.7'si evli değildir. Erkek ve kız adolesanlar adolesan dönemde olan değişikliklerinden en fazla ikincil seks organlarını bilmektedirler, vücutta olan diğer değişiklikleri ise yeterince bilmemektedirler. Bazı üreme organlarının görevleri sorulduğunda da yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadıkları saptanmıştır. Erkek adolesanların cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda kadınlara göre daha fazla bilgi sahibi oldukları saptanmıştır. Erkekler sahip oldukları bilgileri basın-yayın organlarından, kadınlar ise annelerinden ve kız arkadaşlarından öğrendiklerini belirtmişlerdir. Aynı araştırmada 15-24 yaş grubunda bulunan erkeklerin (n=211) cinsel ilişki deneyimleri sorulmuştur. Erkeklerin % 45.5'i (96) cinsel ilişki deneyimi olduğu, 10 erkek ilk cinsel ilişki deneyimini eşi ile beraber yaşadığını ve 13 erkek ilk cinsel ilişkide kondom kullandığını belirtmiştir (HHV, 1999).

Ankara'da yapılan bir araştırmada bir özel lise, iki devlet lisesi, bir imam hatip lisesi ve Hacettepe Üniversitesi öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklardan olan AIDS hakkında bilgi düzeyleri araştırılmıştır. AIDS'in cinsel yolla bulaştığı bilinmekle beraber, bu hastalıklardan korunma için kondom kullanımı erkek öğrencilerde % 89.0, kız öğrencilerde % 68.6 oranında söylenmiştir. Erkek öğrenciler kız öğrencilere göre cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgilerinin yeterli düzeyde olduğunu ifade etmişlerdir, ancak erkek öğrenciler kız öğrencilere göre daha az bilgi sahibidirler. Özel okul öğrencileri devlet ve imam hatip lisesi öğrencilerine göre daha fazla bilgi sahibidirler. Öğrenciler bu bilgilerini basın-yayın organlarından ve arkadaşlarından sağladıklarını söylemişlerdir. Erkek üniversite öğrencilerinin ilk cinsel ilişki deneyim yaş ortalaması 17.7, kız öğrencilerin ise 19'dur (Akın, L. ve Özcebe, H., 1998).

Avrupa Birliği'nin finansal desteği ile Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdürlüğü sorumluluğunda beş büyük kent (Adana, İçel, İstanbul, İzmir ve Şanlıurfa) gecekondular bölgesinde yürütülen "BEİ Yaklaşımı ve Kamuoyu Oluşturulması Projesi"nin Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından yapılan mevcut durum saptama araştırması ile cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgiye ilişkin veriler de toplanmıştır.<sup>2</sup> 15 yaşından küçükler arasında bu hastalıkları bilmediğini söyleyen erkeklerin oranı % 44.2, kadınların oranı da % 49.9'dur. 15-19 yaş grubunda bu oranlar sırasıyla 21.8 ve 34.6'dır. Bu hastalıkları bildiğini söyleyenlerin bilgi düzeyinin ne olduğu bilinmemektedir (HÜNEE, 1999).

İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı'nın, rehber öğretmenlerin cinsel sağlık konularındaki eğitimini güçlendirmek amacıyla yürüttüğü bir çalışma kapsamında öğretmen adaylarının bu konudaki bilgi düzeyi araştırılmıştır. Üç üniversiteye bağlı Eğitim Fakültelerinin son sınıf öğrencilerine cinsel yolla bulaşan hastalıklar, fizyoloji ve anatomi ve doğurganlığın düzenlenmesi konularındaki bilgilerini yeterli bulup bulmadıkları sorulmuştur, öğrencilerin % 24.1'i bu bilginin yetersiz olduğunu, % 55.7'si orta düzeyde olduğunu ve % 15.4'ü de yeterli olduğunu söylemiştir. Öğrenciler bu üç konudaki ayrıntılı soruların ortalama olarak ancak yarısına doğru yanıt vermişlerdir. Verilen yanıtlar, ağırlıklı puanlara göre değerlendirildiğinde, cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda, 12 puan üzerinden kız ve erkek öğrenciler 7.1 puan almışlardır. Doğurganlığın düzenlenmesi konusunda yine 12 puan üzerinden kız öğrenciler 4.9, erkek öğrenciler 4.5 puan, fizyoloji ve anatomi konusunda da 26 puan üzerinden kızlar 12.4, erkekler 11.7 puan almışlardır. Araştırma bulguları, öğrencilerine cinsel sağlık konusunda bilgi vermesi ve yol göstermesi beklenen rehber öğretmen adaylarının kendilerinin bilgilendirme gereksinimlerini göstermesi bakımından ilginçtir (İKGV, 1999).

Tüm araştırmalar, adolesanların cinsel bilgi kaynaklarının medya ve arkadaşlar olduğunu göstermektedir. Bu kaynaklardan aldıkları bilgilerin doğru ve güvenilir olmaması, adolesanları yanlış yönlendirmektedir.

Ülkemizde cinsellikle ilgili bilgilerin okul eğitim programlarına alınmasında çekingen davranılmış, toplumun, özellikle anne-babaların tepkisinden kaygı duyulmuştur. Oysa Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün, beş kent gecekondular bölgesinde yaptığı araştırmada, ilköğretim kapsamında cinsel eğitim verilmesi yönünde olumlu yanıtlar alınmıştır. Görüşülen kadınların ve erkeklerin en az üçte-ikisi, kızların adet görmesi, erkeklerin ıslak rüyaları, nasıl gebe kalındığı, aile planlaması, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve AIDS gibi konuların ilköğretim kapsamında öğretilmesini doğru bulduğunu söylemişlerdir. Son üç konu için verilen olumlu yanıtlar % 80 dolayındadır (HÜNEE, 1999).

## **2. VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (2000) Sonuna Kadar Sağlanan Başarılar**

VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı "nüfus konularıyla ilgili eğitimin, temel eğitimden başlayarak örgün ve yaygın eğitim kurumları ve kitle iletişim araçları kanalıyla yoğunlaştırılmasını" öngörmektedir.

<sup>2</sup> Bu ÖİK raporu verildiğinde sözkonusu araştırma yayımlanmamışsa, ilgili bilgiler rapordan çıkarılacaktır.

**Eğitim Alanında Sağlanan Başarılar :  
Eğitim Programları :**

Üreme sağlığı konusu ilköğretimde ilk yedi yıl içindeki eğitim programında yer almamaktadır, ilköğretimin 8. sınıfında “Canlılarda Çoğalma ve Kalıtım” ve “Cinsiyete Bağlı Hastalıklar” ünitelerinde dolaylı olarak bazı konular yer almaktadır.

Milli Eğitim Bakanlığı Tebliğler Dergisinin 13 Ocak 1997 tarih ve 2469 sayısında Talim ve Terbiye Kurulu Başkanlığı'nın 19.12.1996 tarih ve 261 sayılı “Lise Sağlık Bilgisi Programı”nın kabulü yayınlanmıştır. Ortaöğretim 1. ve 2. sınıf sağlık bilgisi dersi (Talim ve Terbiye Kurulu Başkanlığı'nın 20.08.1984 tarih ve 108 sayılı kararı ile konan) 1997-1998 Öğretim Yılı'ndan itibaren kaldırılmıştır. Yeni Lise Sağlık Bilgisi Programı 1997-1998 Öğretim Yılı'ndan itibaren uygulama konmuştur. Halen uygulanan Lise Sağlık Bilgisi dersi içinde üreme sağlığı ile ilgili dersler ve sınıfları aşağıda verilmiştir.

Ortaöğretim 9. sınıf sağlık bilgisi programı içinde Büyüme ve Gelişme Ünitesi (büyüme ve gelişmenin tanımı ve dönemleri, adolesanlık dönemi özellikleri, adolesanlık dönemi sorunları ve olumlu tutum geliştirme ve ruh sağlığı, etkileyen faktörler ve korunma), Aile Hayatı ve Planlaması Ünitesi (aile hayatı, aile planlaması, ana sağlığı ve gebelik, ana sağlığı ve doğum) ve Bulaşıcı Hastalıklar ile İlgili Temel İlkeler Ünitesi (hastalık nedenleri, bulaşıcı hastalıklar, bulaşıcı hastalıklarda korunma yolları, cinsel ilişki ile bulaşan hastalıklar) yer almaktadır.

Ortaöğretim 11. sınıfta ise biyoloji dersinde Üreme, Gelişme ve Büyüme, Genetik Bilgi Taşıyan Moleküller, Kalıtım, Populasyon Genetiği, Biyoteknoloji ve Genetik Mühendisliği üniteleri yer almaktadır.

Kız Meslek Liselerinin 9. sınıfında anne ve çocuk sağlığı dersi bulunmaktadır. Bu ders içinde genel olarak üreme sağlığı konuları da yer almaktadır.

Çıvraklık eğitiminde yalnızca meslek dersleri olup, üreme sağlığı ile bilgi verilmemektedir.

Yaygın eğitim programında da anne ve çocuk sağlığı konuları içinde üreme sağlığı konuları yer almaktadır.

1990-1991 öğretim döneminde ilkokul ve ortaokulda toplam 9.243.232 öğrenci olup, öğrencilerin 5.130.783'ü erkek ve 4.112.449 kızdır. İlkokul ve ortaokulu daha sonra eğitim sistemine yerleştirilen ilköğretim olarak kabul edilecek olursa, ilköğretimde okuyan erkek öğrenci yüzdesi % 55.5 olup, kız öğrencilerin yüzdesi ise % 44.5'dir 1998-1999 Öğretim Yılı'nda da öğrenciler arasında cinsiyet yüzdeleri benzerdir. İlköğretim olduğu halde cinsiyetler arası fark olmaması kız çocuklarının eğitimlerine devam ettiklerini dolaylı olarak göstermektedir.

**Okul ve Öğrenci Sayıları:****Tablo 5: Öğretim Düzeylerine Göre Okul ve Öğrenci Sayıları  
(1990-1991 Öğretim Yılı)**

Öğretim Düzeyleri	Okul Sayısı	Öğrenci Sayısı					
		Toplam		Erkek		Kadın	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlkokul	51 055	6 861 722	64.3	3 631 900	52.9	3 229 822	47.1
Ortaokul	6 610	2 381 510	22.3	1 498 883	62.9	882 627	37.1
Lise	3 743	1 426 632	13.4	883 188	61.9	543 444	38.1
<b>Toplam</b>	<b>61 408</b>	<b>10 669 864</b>	<b>100.0</b>	<b>6 013 971</b>	<b>56.4</b>	<b>4 655 893</b>	<b>43.6</b>

Kaynak: T.C. Başbakanlık DİE Türkiye İstatistik Yıllığı 1997. Yayın No: 2110  
Ankara:1998.

**Tablo 6: Öğretim Düzeylerine Göre Okul ve Öğrenci Sayıları  
(1998-1999 Öğretim Yılı)**

Öğretim Düzeyleri	Okul Sayısı	Öğrenci Sayısı					
		Toplam		Erkek		Kadın	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okul öncesi	7 976	207 319	1.8	109 339	1.7	97 980	1.9
İlköğretim	44 525	9 512 044	81.0	5 189 863	80.2	4 322 081	82.2
Ortaöğretim	5 708	2 013 152	17.2	1 175 671	18.1	837 481	15.9
Genel Lise	2 611	1 094 610	9.3	603 878	9.3	490 732	9.3
Mesleki/ Teknik Lise	3 097	918 542	7.9	571 793	8.8	346 749	5.6
<b>Toplam</b>	<b>58 209</b>	<b>11 732 515</b>	<b>100.0</b>	<b>6 474 973</b>	<b>55.2</b>	<b>5 257 542</b>	<b>44.8</b>

Kaynak: MEB Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı. Sayısal Veriler  
Milli Eğitim Bakanlığı. Ankara: 1999.

**Sağlık Alanında Yapılan Çalışmalar :**

VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı adolesanların üreme sağlığı ile ilgili özel bir bölüm içermemektedir. Ancak Planın 3. Bölümünde (Temel Yapısal Değişim Projeleri) Madde 2. Nüfus ve Aile Planlaması bölümünde “VII. Plan dönemi sonunda, aile planlaması yöntemi kullananların oranındaki bölgesel farklılıkların azalması, etkili yöntem kullanımının yüzde 70’e ulaşması ve riskli gebeliklere bağlı anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması” öngörülmüştür.



Temel göstergeler bölümünde adolesan yaşa özel doğurganlık hızında az da olsa bir artış olduğu vurgulanmıştır, ayrıca aile planlaması ve bazı cinsel davranış bilgileri ayrıntılı olarak verilmiştir.

VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın yine 2. Maddesinde “Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin götürülmesinde, hizmetten yeterince yararlanamayan kesimlere öncelik verilmesi, hizmetin niteliğinin yükselmesi, ulaşılabilirliğin ve sürekliliğin sağlanması” öngörülmüştür.

Ülkemizde adolesanlar ve gençler için özel üreme sağlığı danışmanlık ve hizmet üniteleri bulunmamaktadır. Ancak sivil toplum kuruluşları çalışma yaptıkları bölgelerde adolesanlara yönelik çalışmaları yapmaktadırlar. Bazı sivil toplum kuruluşlarının çalışmaları aşağıda örnek olarak verilmiştir.

#### **a. Türkiye Aile Planlaması Derneği:**

TAPD'nin, özellikle 15-49 yaş evli kadınları hedef grup olarak seçtiği topluma dayalı hizmet projelerinde, özel olarak eğitilmiş toplum gönüllüleri aracılığı ile yaptığı ev ziyaretlerinde, ayrıca adolesanlara ve gençlere de üreme ve cinsel sağlık konularında bilgilendirme eğitimleri verilmiştir. TAPD, özellikle kadınlara yönelik uyguladığı 5 projede toplam 31.046 (Bu rakam 15-19 yaş adolesanları ve 20-24 yaş gençleri içermektedir) adolesan ve genç eğitmiştir.

TAPD'nin yalnızca adolesan ve gençleri hedeflediği projeleri şunlardır:

- 1997-1999 arasında Ankara Şentepe'de uygulanan “Gençlik için Aile Sağlığı Akran Eğitimi” projesi ile 2.028 herhangi bir okula devam etmeyen adolesan ve genç bilgilendirilmiştir.
- 1998-1999 yılları arasında Trabzon okul gençliğini hedef alan proje ile 20 genç, üniversite gençlerine eğitim vermek üzere eğitilmiş ve 2.151 üniversite öğrencisi genci (bu rakamın içerisinde adolesanlar da vardır) akran eğitimi yöntemi ile bilgilendirmişlerdir, ayrıca 3.271 lise öğrencisi adolesan, konferans ve seminerlerle eğitilmişlerdir. 500 asker ve 125 lise öğretmeni ayrıca bu proje ile üreme sağlığı konularında bilgilendirilmiştir.
- Türkiye’de ilk defa hepsi gönüllü 20 gençten ibaret TAPD bünyesinde oluşturulan “Gençlik Grubu” 1998 yılından itibaren eğitim faaliyetine geçmiştir. Konunun uzmanlarınca eğitilen gençlik grubu gençlere yönelik yazılı materyaller üretmekte, okullarda, fuarlarda, şenliklerde standlar açmakta ve her kesimden genci hedef alan akran eğitimi metodunu kullanarak üreme ve cinsel sağlık, HIV/AIDS konularında bilgilendirme ve eğitim yapmaktadır. Bu kapsamda 2 yıl içerisinde Gençlik Grubu 37 etkinlik gerçekleştirmiş ve toplam 2.370 adolesan ve gence ulaşarak bilgilendirme ve eğitim yapmıştır.

### **b. Türkiye Ana ve Çocuk Sağlığı Vakfı**

Türkiye Ana ve Çocuk Sağlığı Vakfı son beş yıl içerisinde Batman ve Cizre’de topluma dayalı hizmet modeliyle uyguladığı projelerinde 15-24 yaş grubunda 4.645 genç kıızı üreme ve cinsel sağlık konularında bilgilendirmiştir.

### **c. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı**

Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı tarafından adolesan sağlığına yönelik kırsal alanda bir proje yürütülmektedir. Bu proje Ankara İl’inde nüfusu 1000 üzerinde olan dört köyde yürütülmektedir. Dört köyde 15-24 yaş grubu hedef grup olarak belirlenmiş olup, proje başlangıcında hedef grubun üreme sağlığı konusundaki bilgi düzeyi, bu konudaki kendi deneyimleri ve bazı davranışlarını saptamak amacıyla bir durum saptama araştırması yapılmıştır. Müdahale köyü olarak belirlenen iki köyde 15-24 yaş grubunda lider adolesan ve gençler belirlenmiştir. Eğitilen adolesan ve gençler geliştirilen broşürler çerçevesinde köydeki arkadaşlarına üreme sağlığı eğitimi yapmaktadırlar.

### **d. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı**

İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı 1977-1999 yıllarında "Gençlerin Cinsel Sağlığının Desteklenmesi" projesini yürütmüştür. Projenin temel amacı, örgün eğitim sistemi içinde gençlere sağlık bilgisi verecek öğretmenlerin hizmet öncesi eğitimini güçlendirmektir. Projenin ilk aşamasında, örnek olarak seçilen Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi ve Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültelerindeki son sınıf öğrencilerinin cinsel sağlık bilgisi gereksinimleri saptanmıştır. Konuyla ilgili uzmanlardan oluşturulan Proje Teknik Komitesi bu gereksinimleri temel alarak, eğitim fakültelerinde ders veren öğretim üyelerinin uygulaması amacıyla bir eğitim programı geliştirmiş, programın uygulanması için de "Cinsel Sağlık Eğitimi" öğretmen el kitabı hazırlanarak yayınlanmıştır. Çalışmaların değerlendirilmesi yapıldıktan sonra geliştirilen Cinsel Sağlık Eğitimi Programının tüm eğitim fakültelerinde okutulmak üzere müfradata alınması için Yüksek Öğretim Kurulu'na öneride bulunulacaktır.

### **e. Diğer**

Bu kuruluşlara ek olarak, Türkiye Aile Sağlığı ve Aile Planlaması Vakfı gibi diğer kuruluşlar da bu alanda hizmet sunmaktadır.

## **3. Temel Sorunlar**

### **Adolesanlar ve gençlere yönelik özel üreme sağlığı hizmetlerinin olmaması**

Ülke çapında adolesanlara yönelik olarak sunulan özel bir üreme sağlığı hizmeti bulunmamaktadır. Adolesanlar genel olarak sunulan üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanmaktadır. Bu hizmetlerden yararlanma değerlendirildiğinde:

- Doğu ve Güneydoğu Anadolu’da yaşayan adolesanların batıya göre,

- Kırsal kesimde yaşayan adolesanların kentsel kesime göre,
- Sosyo-ekonomik düzeyi düşük ailelerden gelen adolesanların daha yüksek olanlara göre,
- Kızların erkeklere göre bir dizi faktör nedeniyle doğru bilgiye ve nitelikli sağlık hizmetine ulaşmaları çok daha kısıtlıdır.

Adolesanlara yönelik olarak bilgilendirme, danışmanlık ve hizmet çalışmaları yöresel ve sınırlı olarak kısmen sivil toplum kuruluşları tarafından yürütülmeye çalışılmaktadır.

Adolesanlar özel ihtiyaçlarını karşılayabilecekleri sağlık hizmetlerini yeterince kullanamamaktadırlar:

- Sosyal ve toplumsal baskı, yaşın getirdiği çekingenlik ve başvurulabilecek sağlık kurumlarını bilmeme nedenleriyle adolesanlar mevcut sağlık kurumlarından yararlanamamaktadır.
- Sağlık kurumlarında adolesanlara danışmanlık verebilecek, bu konuda özel eğitilmiş personel mevcut değildir.
- Adolesanların ulaşabileceği noktalarda hizmet yoktur.
- Adolesanları sağlık hizmeti alabileceği kurumlara yönlendirecek mekanizmalar yoktur.
- Adolesanlar, ailelerinin desteği olmadan gerek kontraseptif malzeme, gerekse üreme sağlığı hizmeti alabilecek maddi imkanlara sahip değildir.

Ayrıca adolesanların üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanmasına ilişkin prosedürel ve uygulamaya bağlı engeller de mevcuttur.

- Nüfus Planlaması Kanunu'na 18 yaşın üstündeki gençlere Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinde kontraseptif dağıtımı serbest olmakla beraber, uygulamada bu durum AÇSAP merkezlerinin (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi) yönetiminin inisiyatifine bırakılmıştır.
- 18 yaşın altındaki adolesanlar ise kamu kurumlarından kontraseptif malzeme temin edememektedirler.
- Uygulamada evlilik dışı gebeliklerin sonlandırılması için baba onayı istenmesi, hamile adolesanların başvurmasını olumsuz etkilenmektedir.

**Adolesanlara ve gençler üreme ve cinsel sağlık konularında doğru, yeterli bilgi edinmemesi:**

- Örgün eğitim içinde ilköğretim programında üreme sağlığına çok az değinilmektedir. İlköğretimden sonra okullaşma oranı düşmektedir ve sadece ortaöğretime devam eden adolesanlar sağlık dersi içindeki üreme sağlığı bilgilerine ulaşabilmektedirler.
- Eğiticilerin eğitimi sırasında bu bilgiler yeterince verilmediği için eğiticilerin bu konuda bilgi aktarımı sınırlı kalmaktadır. TAPD'nin 1998 yılında Ankara'da liselerde yürüttüğü bir araştırmanın sonuçlarına göre öğretmenler bu konuları sınıfta işlemek istememekte ve öğrencilere ev ödevi olarak vermektedirler.
- Adolesanlara yönelik hazırlanmış olan BEİ materyali sınırlı konuda, az sayıda ve yeterince yaygın olarak dağıtılamamaktadır.

- Medyanın adolesanların karşılanamayan bilgi ihtiyaçlarına cevap verebilecek, kendi cinsellikleri hakkında bilinçli karar vermelerini sağlayabilecek bir bilgi kaynağı olması gerekmektedir. Oysa medya kimi zaman bu konuda yanlış bilgiler vererek, kimi zaman ise erotik uyarılara yönelik mesajlar kullanarak bu işlevini olumsuz olarak kullanmaktadır.
- Gençlerin bir sorunla karşılaştıklarında danışabilecekleri merkezler, birimler yoktur. Dolayısıyla adolesanlar için cinsel bilgi kaynağı rastgele dergi ve kitaplar ya da yeterli bilgiye sahip olmayan arkadaşlar olmaktadır. Bu durumda adolesanlar doğal hakları olan cinsel yaşama geçiş hakkında yeterince bilgiye sahip olamamaktadır.

#### **Adolesan ve gençlere yönelik istatistiki bilgi eksikliği:**

- Rutin bilgi toplama sistemi içinde adolesan ve gençlerin üreme sağlığı ile özel bir bilgi toplanmamaktadır. Toplanan verinin değerlendirilmesi sonucu adolesanlara verilen hizmetler değerlendirilememektedir.
- Adolesan üreme sağlığı konusunda yapılan araştırmalar ise son derecede küçük alanlarda ve kısıtlıdır, dolayısıyla da adolesanların ihtiyaçlarına cevap verebilecek nitelikte programların uygulanabilmesine ilişkin değerlendirmeler yapılamamakta, yıllar içerisindeki gelişmeleri değerlendirmek mümkün olamamaktadır.
- Adolesanların üreme sağlığı hakkındaki bilgiler genellikle Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdü Enstitüsü tarafından yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırmalarından elde edilmektedir. Nüfus ve Sağlık Araştırmasının özelliğine bağlı olarak araştırma evrenini evli kadınlar oluşturmaktadır. Bu nedenle değişik sosyo-ekonomik göstergeleri olan bölgelerde evli olmayan kadınların üreme sağlığı göstergelerine ilişkin veri açığı mevcuttur.

#### **Erken evlenme/erken cinsel ilişki**

- Kırsal kesimde, özellikle de Doğu ve Güney Doğu bölgesinde erken yaşta evlilikler oldukça sık olarak yapılmaktadır,
- Şehirleşme oranının yüksek olduğu ülkemizde, küreselleşmenin ve medyanın da etkisiyle özellikle kentsel kesimde evlilik dışı cinsel ilişki yaşı küçüldüğüne ilişkin ipuçları vardır.
- Dolayısıyla da adolesan ve genç nüfusta, riskli gebelik, gebelik ve doğum sonrası komplikasyonları, güvenli olmayan düşük ve cinsel yolla bulaşan hastalık insidansları, anne, bebek ve çocuk mortalitelerinin artma olasılığı vardır.

### **C. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Döneminde (2001-2005) Beklenen Gelişmeler**

#### **Demografik Yapı**

- VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde 10-19 yaş grubunun nüfus içindeki payının giderek azalması beklenmektedir.
- VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planında adolesan yaş grubunun nüfus içindeki payının değişiminin irdelenebilmesi için nüfus projeksiyonlarına gereksinim vardır.

## Adolesan Üreme Sağlığı Göstergeleri

VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda adolesanlarda üreme sağlığı göstergelerinin hesaplanabilmesi beklenmektedir. Hesaplanabilmesi beklenen göstergeler:

- Adolesanların üreme sağlığı bilgi düzeyleri.
- VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde hazırlanan “Kadın Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık” alt komisyonlarında önerilen ölçütler adolesanlara göre modifiye edilerek adolesan cinsel sağlık (cinsel yaşam, cinsel ilişki bilgileri, cinsel yolla bulaşan hastalıkların görülme sıklığı gibi) ölçütleri olarak kullanılabilir.
- Adolesanlar için doğurganlığa ve aile planlamasına ilişkin veriler Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarından elde edilmektedir. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırmasında adolesan doğurganlığı, aile planlaması ve cinsel sağlığa ilişkin verilerin zenginleştirilerek toplanması önerilmektedir.

### Eğitimde Gelişmeler

Milli Eğitim Bakanlığı'nın hazırlayacağı projeksiyonları kullanarak, VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı kapsamında yapılacak bir planlama ile okullaşma oranlarının iyileştirilmesi ve cinsiyetler arası farkın ortadan kaldırılması mümkün olabilecektir.

Hem okullaşmanın yükselmesi, hem de eğitim programı içine üreme sağlığı ile bilgilerin yeterli bir şekilde konulması üreme sağlığı konusunda bilinçli bir adolesan grubu oluşmasını sağlayacaktır.

## D. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planında Ulaşılmak İstenen Amaç Ve Hedefler

### 1. Kısa Dönemde (2001-2005)

**Adolesanlar ve gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetlerinde ulaşılmak istenen amaçlar:**

- Üreme sağlığı hakkında bilgilerinin artırılması,
- Üreme sağlığı göstergelerinin iyileştirilmesi,  
Bazı üreme sağlığı göstergeleri:  
Gebelik hızının düşürülmesi,  
İstenmeyen gebelik hızının azaltılması,  
Aile planlaması hizmetlerinin kullanım oranının artırılması,  
Cinsel yolla bulaşan hastalık görülme sıklığının azaltılması,  
Ana ölüm hızının düşürülmesi,  
Gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerinde sağlık hizmetlerinin kullanımının artırılması,  
Cinsel yaşam davranışları.
- Sağlık hizmetleri içinde adolesanlar ve gençlere yönelik özel hizmet politikasının yerleştirilmesi, hizmet birimlerinin alt yapısının oluşturulması ve ön çalışmaların tamamlanması.

**Adolesanlar ve gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetlerinde ulaşılmak istenen hedefler:**

- Adolesanlar ve gençlerin en az % 80'ninin üreme sağlığı hakkında bilgilerinin artırılması,

- İlköğretim, ortaöğretim, meslek ve yaygın eğitim programlarının içinde üreme sağlığı konusunun yerleştirilmesi,
- Tüm öğretim düzeylerinde okuyan adolesanların üreme sağlığı hakkında bilgilendirilmesi,
- Okullara ulaşamayan adolesanlara (en az % 50) sağlık hizmetlerinin yanı sıra diğer sektörler aracılığıyla ulaşmak,
- Adolesanların üreme sağlığı göstergelerinin iyileştirilmesi: bu göstergelerden bir çoğu evli adolesanlar için mevcuttur, evli olmayan adolesanların üreme sağlığı konusundaki davranışları hakkında ufak çalışmalar çerçevesinde bilgi mevcuttur. Hedef konulabilmesi için öncelikle bu göstergelerin tüm adolesanlar için belirlenmesi gerekmektedir.
- Bu dönem içinde Sağlık Bakanlığı adolesan üreme sağlığı hizmet modeline yönelik ön çalışmalarını tamamlamalıdır.
- İllerde en az bir sağlık kurumunda adolesanlara yönelik hizmet biriminin oluşturulması için gerekli olan personel eğitimi tamamlanmalıdır.

## 2. Uzun Dönemde (2001-2023)

### Adolesanlar ve gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetlerinde ulaşılmak istenen amaçlar:

- Üreme sağlığı hakkında bilgilerinin artırılması
- Üreme sağlığı göstergelerinin iyileştirilmesi
- Sağlık hizmetleri içinde adolesanlara yönelik özel hizmet sunumu

### Adolesanlar ve gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetlerinde ulaşılmak istenen hedefler:

- Adolesanlar ve gençlerin (% 100'ünün) üreme sağlığı hakkında bilgilerinin artırılması.
- Üreme sağlığı göstergeleri belirlendikten sonra uzun vadede hedef konulmalıdır.
- Her ilçe merkezinde en az bir sağlık kurumunda adolesanlara yönelik üreme sağlığı hizmeti sunulmalıdır.

## E. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planında Amaç Ve Hedeflerine Ulaşılması İçin Öngörülen Politika, Stateji Ve Faaliyetler

### 1. Temel Politika Ve Stratejiler

- Ülkede sosyal gelişmeyi sağlayabilmek için, her iki cinsiyetin de okullaşma oranlarının yükseltilmesi gerekmektedir. Ayrıca ailede özel bir konumu olan kızların okullaşma oranının yüksek tutulması özellikle önemlidir.
- Adolesan üreme sağlığını iyileştirmek için yenilikçi programlar geliştirilmelidir. Bu programlar adolesanlara hizmet veren Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Kültür Bakanlığı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Aileden Sorumlu Devlet Bakanlığı, üniversiteler, yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları, medya ve diğer konu ile ilgili tüm kurum ve kuruluşlar tarafından işbirliği yapılarak yürütülmelidir.
- Adolesanların, ailelerinin, eğitimcilerin, adolesanla iletişim kuran ve toplumdaki her bireyin adolesan dönemi ve adolesan üreme sağlığının iyileştirilmesi konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle toplumda entegre bir cinsel eğitim uygun

yaşlarda, aile içerisinde, toplumda ve okulda başlamalıdır. Okula devam edemeyen adölesanlara ulaşmak için özel gayret gösterilmelidir.

- İlköğretimden sonra okullaşma oranının düşmesi nedeniyle ilköğretim eğitim programı içine üreme sağlığı temel kavramlarının yerleştirilmesi gerekmektedir.
- Adölesanlara yönelik üreme sağlığı bilgilerini içeren eğitim materyali geliştirilmesi ve adölesanlara ulaştırılması gereklidir.
- Adölesanların üreme sağlığı ile ilgili bilgilerini özellikle arkadaşlarından aldıkları gözönünde bulundurularak, “Akran Eğitimi” modeli gibi adölesan eğitiminde özel eğitim teknikleri kullanılmalıdır.
- Sağlık kurumlarında adölesanların hizmet alabilecekleri özel bölümler olmalıdır. Bu özel bölümlerde adölesanlara bilgilendirme, danışmanlık ve hizmet sunulabilmelidir. Adölesanlar bilinçli ve sağlıklı üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için gerek duydukları bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşabilmelidirler.
- Adölesan üreme sağlığı göstergeleri belirlenmeli ve bu göstergelerin rutin bilgi sistemi içinde ve Nüfus ve Sağlık Araştırması içinde yer alması sağlanmalıdır.

## 2. Yasal Ve Kurumsal Düzenlemeler

- Öğretim kurumlarına devam etme ve öğretim düzeyinin yükseltilmesinin kişisel ve toplumsal gelişmeye olan katkısının önemi konusunda toplumda yaşayan herkes bilinçlendirilmelidir.
- Adölesanlara hizmet veren Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Kültür Bakanlığı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Aileden Sorumlu Devlet Bakanlığı, Üniversiteler, Yerel Yönetimler, Sivil Toplum Kuruluşları, Medya ve diğer konu ile ilgili tüm kurum ve kuruluşlar arasında sektörler arası işbirliği sağlayabilmek için bir kurul oluşturulması ve bu kurul aracılığıyla her sektörün faaliyetlerinin diğer sektörlerle aktarılması sağlanmalıdır. Bu kurum ve kuruluşların yürüttükleri programlar entegre edilebilmelidir. Adölesana yönelik hizmet veren sektörlerle ait özel kurumların diğer sektörler tarafından kullanılması sağlanmalıdır. Bu alanda çalışan sivil toplum kuruluşları desteklenmelidir.
- Milli Eğitim Bakanlığı tarafından ilköğretim eğitim programına üreme sağlığı bilgilerinin entegrasyonunun yapılması gerekmektedir. Öğretim sırasında eğitim programına uygun kitapların takip edilmesi sağlanmalıdır.
- Milli Eğitim Bakanlığı’nda çalışan eğitimcilerin (özellikle sağlık dersi, biyoloji dersi, rehber ve yönetici öğretmenlerin) üreme sağlığı konusunda hizmet içi programlarla eğitilmesi sağlanmalıdır.
- Milli Eğitim Bakanlığı tarafından okullarda yapılan sağlık taramaları sırasında ortaya çıkan sağlık sorunu olan adölesanlar, sağlık kurumlarında adölesanların hizmet alabilmeleri için oluşturulmuş olan özel bölümlere sevk edilmelidir. Okuldaki sorumlu öğretmen ile sağlık kurumundaki sağlık personeli arasında devamlı iletişim olmalıdır.
- Milli Eğitim Bakanlığı tarafından yaygın eğitim içine adölesan gelişimi, adölesan üreme sağlığının iyileştirilmesi konusunu da içermesi sağlanmalıdır.
- Medyanın adölesanları yanlış bilgilendirmesine yol açabilecek yayınlar önlenmelidir. Medya adölesanları üreme sağlığı konusunda doğru bilgilendirmeli, kendi üreme sağlıklarını korumaya yönelik bilinçli karar vermelerini sağlamalıdır.

- Sağlık kurumlarında adolesanların hizmet alabilecekleri özel bölümler oluşturulmalıdır. Bu özel bölümlerde çalışacak olan personelin (hekim, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişim uzmanı, vb.) adolesanlara bilinçli ve sağlıklı üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için gerek duydukları bilgi ve eğitimi verebilmelidirler.
- Sağlık Bakanlığı tarafından adolesan üreme sağlığı göstergelerinin rutin bilgi sistemi içinde yer alması sağlanmalıdır.

### 3. Faaliyetler

- Toplum, adolesanların öğretim kurumlarına devamının önemi konusunda bilinçlendirebilmek için topluma yönelik broşür ve poster geliştirme, seminer, konferans, forum gibi eğitim programları düzenleme, TV filmleri çekme gibi uygulamalar yapılmalıdır.
- Adolesanlara hizmet veren sektörlerarası kurul sektörler arası iletişimi ve programların entegrasyonunu sağlayacaktır. Medyada çalışanların adolesan üreme sağlığı konusunda bilgilendirmesi yapılmalıdır. Adolesan üreme sağlığı alanında çalışan sivil toplum kuruluşları desteklenmelidir.
- Milli Eğitim Bakanlığı tarafından ilköğretim, orta öğretim, meslek okulları, çıraklık eğitim merkezlerinin ve yaygın eğitim programları adolesanlar tarafından takip edilmektedir. Bu nedenle bu kurumların eğitim programları tekrar gözden geçirilmelidir ve üreme sağlığı konuları yerleştirilmelidir. Öğretim sırasında eğitim programına uygun kitapların yazılması sağlanmalıdır. Milli Eğitim Bakanlığı'nda çalışan eğitimciler üreme sağlığı konusunda eğitilmelidir. Eğitimcilerin eğitiminde eğitim materyali hazırlanabilir, kurs programları düzenlenebilir.
- Sağlık kurumlarında adolesanlar ve gençlerin kullanabileceği özel bölümler oluşturulmalıdır. Bu özel bölümlerde çalışacak olan personel adolesan sağlığı konusunda eğitilmelidir. Çalışan çocukların ve işçi ailelerinin çocuklarının başvurduğu Sosyal Sigortalar Kurumu kurumlarında da bu özel bölümler oluşturulmalıdır.
- Sağlık Bakanlığı tarafından adolesan üreme sağlığı göstergeleri belirlenmelidir.

### 4. İzleme/Değerlendirme Kriterleri Ve Mekanizmaları

- Erkek ve kızlarda okullaşma oranı,
- Adolesanlar ve gençlere hizmet veren sektörlerarası kurulun oluşturulması,
- Sektörlerarası yürütülen adolesan üreme sağlığı program sayısı,
- Medyanın adolesan sağlığına olan yaklaşımının değerlendirilmesi,
- Milli Eğitim Bakanlığı ilköğretim, orta öğretim, meslek okulları, çıraklık eğitim merkezlerinin ve yaygın eğitim programlarının içeriği,
- Milli Eğitim Bakanlığı'nda üreme sağlığı konusunda eğitilen eğitici sayısı ve düzenlenen hizmet içi eğitim programı sayısı,
- Milli Eğitim Bakanlığı tarafından yaygın eğitim içinde verilen adolesan sağlığı eğitiminin içeriği,
- Adolesan ve genç üreme sağlığı konusunda geliştirilen BEİ materyali sayısı,



- Adolesanlar ve gençlere hizmet sunan sağlık kurumu (özel bölüme sahip) sayısı ve bu bölümlerde çalışan ve adolesan sağlığı konusunda eğitilmiş personel sayısı,
- Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan adolesan ve genç üreme sağlığı göstergeleri,
- Adolesan ve genç sağlığı alanında yürütülen projelerin izleme ve değerlendirme kriterleri.

## KAYNAKLAR

Akın, L. ve Özcebe, H. *Ankara'da lise öğrencilerinin AIDS bulaşma yolları ve korunması hakkındaki bilgileri*. 4. Türkiye AIDS Kongresi. 8-10 Nisan 1999, Kuşadası.

Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü - MEASURE DHS+, Macro International Inc., *1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*, Ankara: 1999.

Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, *Ankara'nın Polatlı Bölgesinde Adolesan (gençler) ve Erişkinler İçin Topluma Dayalı Üreme Sağlığı Hizmetleri*, Ankara:1999.

Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, *Türkiye'de Gecekondu Bölgelerinde BEI Yaklaşımı ve Kamuoyu Oluşturulması Projesi, Durum Tesbit Araştırması*, Ankara: 1999.

İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, *Gençlerin Cinsel Sağlığının Desteklenmesi Projesi, Eğitim Fakülteleri Son Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Sağlık Bilgisi Araştırma Raporu*, İstanbul: 1998.

MEB Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, *Sayısal Veriler Milli Eğitim*, Ankara: 1999.

T.C. Başbakanlık DİE, *Türkiye İstatistik Yıllığı 1997*, Yayın No: 2110, Ankara: 1998.

WHO Regional Office for Europe, *Health 21*, European Health Series for All series: 6 Copenhagen 1999-12-29.

### III. ANA SAĞLIĞI VE ANA ÖLÜMLERİ

#### A. Giriş

Türkiye nüfusunun % 49,5'i kadın, %50,5'i erkek, % 27,4'ü ise doğurgan çağ olarak nitelendirilen 15-49 yaş grubu evli kadınlardır. Bu grupta bulunan kadın sayısı, nüfus projeksiyonunda 17.6 milyon olarak hesaplanmaktadır.<sup>3</sup>

Erken evlenme, anne ve bebek ölüm riskini artıran bir faktördür. Ülkemizde ilk evlenme yaşları ileri yaşlara kayma eğilimindedir. Adolesan gebelikler, dikkat edilmesi gereken bir sorundur. 15-19 yaş grubu kadınlar arasında çocuk doğurmaya başlayanların oranı % 10 olarak tespit edilmiştir.<sup>4</sup>

Doğurganlık çağı boyunca bireyler düzenli aralıklarla sağlık kontrolüne gitme alışkanlığı kazanamamışlardır. Bu nedenle, riskli gebeliklerin ve aynı zamanda sık görülen sağlık sorunlarının erken tanı ve tedavi fırsatı kaçırılmaktadır.

#### **Yüksek Riskli Doğurganlık Davranışı :**

Kadınlarda doğurganlık davranışı ile bebek ve çocuk ölümleri arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. Anneleri doğum sırasında 18 yaşın altında veya 34 yaşın üzerinde, 24 aydan kısa bir doğum aralığından sonra doğan ve anneleri daha önce en az 3 doğum yapmış olan bebek ve çocuklar daha yüksek ölüm riskine maruz kalmaktadır.

1994-1998 döneminde gerçekleşen doğumların % 30'unda tek risk faktörü, % 11'inde ise birden fazla risk faktörü bulunmaktadır. Anneleri sadece bir yüksek risk faktörü taşıyan çocuklar arasında ölüm riski, hiçbir risk faktörü taşımayan çocuklara göre % 64 daha fazladır.

Doğurganlığın daha yüksek olduğu Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da, kırsal alanlarda, gecekondu mahallelerinde riskli gebeliklerin daha yüksek olduğunu söylemek mümkündür.

#### **Anne Ölümleri :**

Günümüzde % 99'u geliştirmekte olan ülkelerde olmak üzere bir yılda, 600.000 kadın gebelik, doğum ya da loğusalık döneminde, doğurganlığa doğrudan yada dolaylı olarak bağlı nedenlerle kaybedilmektedir. Bu sayıdaki ölümün yanı sıra yine her yıl, yaklaşık 20 milyon kadın doğurganlıkla ilgili olaylar sonucu kronik hasta ya da sakat kalmaktadır.

Medikal açıdan bakıldığında; dünya genelinde anne ölümlerinin % 80'i abortus, engellenmiş doğum, toksemi, enfeksiyon, kanama gibi doğrudan obstetrik nedenlere bağlı, % 20'si ise annenin gebeliğe bağlı şiddetlenen sistemik hastalığı ve kan transfüzyonu gibi dolaylı obstetrik nedenler sonucu oluşmaktadır. Bu nedenlerin hepsi erken tanı ve tedavi ile

<sup>3</sup> DPT, Nüfus Projeksiyonları.

<sup>4</sup> HÜNEE, 1998 *Nüfus ve Sağlık Araştırması*, Ankara: 1999.

önlenebilen nedenlerdir. Anne ölüm nedenleri, üreme sağlığının belirleyici faktörleri yönünden incelendiğinde ise; bireyin, ailenin ve toplumun sosyo-ekonomik düzeyi, kadının statüsü, beslenme (özellikle de anemi durumu) doğurganlık davranışları, sağlık hizmetlerinin varlığı, niteliği ve kabul edilebilirliği-kullanımı gibi faktörler, obstetrik mortalite ve morbiditenin de belirleyicileridir.

Dünya Sağlık Örgütü ve diğer uluslar arası sağlık örgütlerinin kabul ettiği tanımlamaya göre, bir kadının gebeliğinin birinci gününden başlayarak, gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde gebelik süresi ve durumuna bakılmaksızın, doğrudan gebelikle ilgili veya gebeliğin şiddetlendiği dolaylı nedenler sonucu ölmesine anne ölümü denilmektedir.

Belli bir yörede, tanımlanan süredeki anne ölümlerinin, aynı süredeki canlı doğum sayısına oranı ise Ana Ölüm Hızı (AÖH) olup, genellikle de 100.000 canlı doğumda olarak ifade edilir.

Bu ölçüt tüm doğumların (ölü, canlı) sayısının saptanmasındaki günlük nedeni ile oran olarak hesaplanmakta, ancak üniversal olarak “hız” olarak ifade edilmektedir.

Ana ölüm hızı, kadın ve anne sağlığının, o yöredeki (ülkedeki) düzeyini, obstetrik hizmetlerin nicelik ve nitelik yönünden durumunu yansıtan duyarlı bir ölçüttür. Anne ölüm nedenleri ise önlemeye yönelik nelerin yapılması gerektiği konusunda son derece yol göstericidir. Anne ölümlerinin önemli bir özelliği % 90’ından fazlasının çok pahalı olmayan müdahalelerle kolayca önlenebilir olmalarıdır.

## **B. Mevcut Durum**

### **1. Temel Göstergeler**

#### **Doğum Öncesi Bakım:**

Türkiye’de gebelik döneminde, doğum öncesi bakım hizmeti alan gebelerin oranı yıllara göre yükselmekle birlikte henüz yeterli düzeyde değildir. 1983-1988 döneminde doğum öncesi bakım alan gebelerin oranı % 42.6’dır. Bu oran 1988-1993 döneminde % 63’e, 1993 -1998 döneminde % 67.5’e çıkmıştır. Doğum öncesi bakım alanlar içinde bakım veren personelin en fazla eğitilmiş göz önüne alındığında % 60.2’si doktordan, % 7.3’ü ebe veya hemşireden hizmet almışlardır. Geleneksel ebelerden bakım aldığını söyleyenler % 0.6’dır.

Kadınlar gebelikleri boyunca 4 kez doğum öncesi bakım almaktadırlar. İlk ziyaret yaklaşık gebeliğin 3. ayında olmaktadır. Gebelik açısından risk kategorisinde olan evli kadınların oranı % 65 gibi çok yüksek düzeydedir. Gebelikte beslenme sorunları mevcuttur ve anemi sık görülmektedir.

Sağlık personeli tarafından doğum öncesi dönemde en az bir kez muayene edilen gebe oranı yüzde 67.5’tir. Doğum öncesi dönemde sağlık hizmetinden yararlanan kadınların % 60.2’sinde hekim kontrolü söz konusudur.

Doğum öncesi bakımda yerleşim yeri ve bölgesel farklılıklar belirgindir. Kentlerde yaşayanlar, kırsal yerleşim yerlerinde yaşayanlardan daha fazla doğum öncesi bakım almaktadırlar (Kentlerde % 77.7, kırsal kesimlerde % 50.6). Doğum öncesi bakımdan yararlanma oranı, annenin eğitim düzeyi ile belirgin bir şekilde artmaktadır.

**Tablo 7: Bölgelere Ve Yerleşim Yerine Göre Doğum Öncesi Bakım Alanların Yüzde Dağılımı**

	DÖB ALANLAR	DÖB ALMAYANLAR	YETERLİ DÖB ALANLAR (%)*
BATI	85.5	14.5	44.6
GÜNEY	72.2	27.8	28.4
ORTA	73.7	26.3	19.3
KUZEY	66.7	33.3	19.7
DOĞU	38.1	61.9	8.9
KENT	77.7	22.3	34.3
KIR	50.6	49.4	11.0
TÜRKİYE	67.5	32.5	24.8

*Kaynak: TNSA (1998),  
1993 TNSA (ileri analiz)*

Genellikle Türkiye’de doğum öncesi bakım alanlar arasında izlemelerin, gebeliğin üçüncü ayında başladığını, yaklaşık 4 kez izlendiğini göstermektedir. Ziyaret sıklığına göre incelendiğinde: kadınların % 36’sı dört veya daha fazla ziyaret edilmektedir. Doğum öncesi bakım almada bölgeler arası farklılık belirgindir.

Ülkemizde DÖB hizmetleri ile ilgili diğer önemli nokta ise hizmetin niteliğidir. 1993 TNSA ve ileri analiz sonuçları yeterli nitelikli DÖB alanların ülke genelinde % 24.8, Doğu Anadolu’da % 8.9, Batı Anadolu’da % 44.6 olduğunu göstermektedir (Tablo 7). Nitelsiz olarak verilen hiçbir obstetrik hizmetin sağlık sorunlarını (morbidite ve mortalite olarak) olumlu etkilemesi beklenilmemelidir.

Doğum öncesi bakım (DÖB) hizmetleri için, birinci basamak sağlık kuruluşlarının hepsinde (Sağlık ocakları, AÇSAP Merkezleri) nitelikli DÖB verebilecek teknik donanım ve nitelikli insan gücünün sağlanması gerekmektedir.

### **Doğum ve Doğum Sonrası Bakım:**

Anne ölümlerinin % 50’sinin doğumda meydana geldiği göz önünde bulundurulursa, doğum olayının kadın yaşamında ne denli önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. 1998 TNSA 1994-98 döneminde meydana gelen bütün doğumların % 72.5’inin sağlık kuruluşunda, % 26.7’sinin evde yapılmış olduğunu göstermiştir. Evde, sağlık personeli olmaksızın yapılan doğumların oranı ise 1989-1993 dönemindeki yüzde 24 düzeyinden, 1994 -1998 döneminde bu oran % 19.4’e düşmüştür. Bu konuda bölgesel farklılıklar halen büyük boyutlardadır.

Türkiye genelinde 1989-1993 döneminde doğumların % 59.6'sı sağlık kuruluşunda, % 40.2'si evde yapılırken, bu oranlar 1994-1998 döneminde sırasıyla % 72.5 ve % 26.7 olarak tespit edilmiştir. Sağlık kuruluşunda yapılan doğumların artışı olumlu bir gelişme olmakla birlikte yerleşim yerine, yerleşim biçimine, eğitim düzeyine göre farklılıklar gözlenmektedir (Tablo 8). 1994-1998 yılları arasında beş yıllık dönemde sağlık personeli yardımı ile gerçekleşen doğumların tüm doğumlara oranı % 80.6'dır. Sağlıksız doğum oranı Batı Anadolu'da % 7.7 iken, bu oran Doğuda % 47.7'e çıkmaktadır. Yine kentsel alanda % 12.3 olan sağlıksız doğum oranı kırsal kesimde % 31.3'e çıkmaktadır.

**Tablo 8: Sağlık Personeli Yardımı İle Yapılan Doğumların Bölgelere, Yerleşim Yerine ve Anne Eğitim Düzeyine Göre Yüzde Dağılımı**

	Doktor	Ebe/Hemşire	Diğer
<b>Coğrafi Bölge</b>			
Batı	63,9	28,4	7,7
Güney	34,7	51,5	13,8
Orta	38,6	51,4	10,0
Kuzey	39,7	50,0	10,3
Doğu	16,7	35,6	47,7
<b>Yerleşim Yeri</b>			
Kent	49,6	38,1	12,3
Kır	24,3	44,4	31,3
<b>Anne Eğitim Düzeyi</b>			
Eğitimi Yok	19,0	34,8	46,2
İlkokulu Bitirmedi			
İlkokul Mezunu	43,6	45,4	11,0
Ortaokulu Bitirmedi			
Orta mezunu/+	70,9	27,7	1,4
<b>TÜRKİYE</b>	<b>40,1</b>	<b>40,5</b>	<b>19,4</b>

Kaynak: TNSA (1998)

Doğum öncesi dönemde sağlık personelinden hizmet alanlar doğumlarını sağlık kuruluşunda yapmayı tercih etmektedir. Genel olarak bireyler, doğumda sağlık hizmeti almak konusunda, doğum öncesi döneme göre, daha duyarlı ve daha isteklidir. Bununla birlikte anne adayının eğitim düzeyi gerek doğum öncesi bakım alma, gerek doğumunu sağlık kuruluşunda yapma konusunda belirleyici bir unsurdur.

Anne eğitim düzeyi doğum hizmetinin alındığı kişi üzerinde büyük etkisi bulunmaktadır. Eğitimi olmayan kadınlar arasında sağlıksız koşullarda doğum yapma oranı % 46 düzeyinde iken sekiz yıl ve üzerinde eğitim gören kadınlarda bu oran sadece % 1.4'tür (Tablo 8).

Ayrıca, obstetrik hizmetlerde mutlaka sağlanması gereken “acil obstetrik müdahale hizmetleri” için uygun işleyen bir sevk sisteminin bütün illerde gerçekleştirilmesi gereklidir.

**Tablo 9: Bebek ve Çocuk Ölümleri (1998)**

Beklenen Ölümler:	Sayı	Hız (‰)
Neonatal	35,541	25,8
Post Neonatal	21,531	16,9
BEBEK	57,072	42,7
ÇOCUK	14,158	9,8
BEŞ YAŞ ALTI ÖLÜM	71,230	52,1

Ülkemizde bebek ölümleri incelendiğinde; bebek ölümleri arasında yenidoğan bebek ölümlerinin önemli yer tuttuğu dikkati çekmektedir. Bu durum, bebek ölümlerinin azaltılmasında, doğum öncesi bakım hizmetlerinin yanı sıra, doğum hizmetlerinin de kalite ve etkililiğinin artırılması, hedef nüfus tarafından daha fazla kullanılmasının sağlanmasını gerektirmektedir.

### **Doğum Sonrası Bakım :**

Doğum sonrası bakım; doğum sonrası ana sağlığı ile ilgili en çok ihmal edilen konudur. Bu konuda ülke genelini temsil eden bir bilgi bulunmamaktadır. Ancak doğum öncesi bakım alma ve sağlıklı koşullarda doğum yapmaya oranla, doğum sonu bakım hizmetlerinin daha az kullanıldığı tahmin edilmektedir.

Doğum sonrasında dikkatler bebeğe yoğunlaşmakta, bu dönemde annede ortaya çıkabilecek komplikasyonların araştırılması ve erken tanısı için yapılması gereken muayeneler ihmal edilmektedir. Halbuki bu dönem, kadının doğurganlığının planlanması ve genel sağlığın geliştirilmesi açısından çok önemlidir.

Doğum sonrası bakım doğum sonrası kanama, lohusalık enfeksiyonlarının gelişmesi gibi önemli komplikasyonların yanı sıra, emzirmenin başlaması, kontraseptif yöntem seçimi ve uygulanması açısından da önem taşır.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarının hepsinde (sağlık evleri dahil) riskli gebeliklerin önlenmesinde en etkili yol olan AP hizmetlerinin nitelikli olarak (eğitilmiş personel tarafından, uygun ve yeterli araç, gereç ve kontraseptif malzeme ile) verilmesinin sağlanması gerekmektedir.

### **İstenmeyen Gebelikler ve Düşükler:**

Üreme sağlığı hizmetleri, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde sağlık hizmetlerinden yararlanmanın yanı sıra, istenmeyen gebeliklerin engellenebilmesi, istediği sayıda çocuğa, istediği zamanda sahip olabilmek için gerekli bilgiye sahip olma ve hizmete ulaşılabilme ve kullanabilme koşullarının da gerçekleştirilebilmesini içermektedir.

Yüksek doğurganlığın kontrolü, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi verilen aile planlaması hizmetlerinin yaygınlığı, etkililiği, bireylerin bu hizmetlerden yararlanma düzeyleri gibi faktörlere bağlıdır. Ülkemizde halen geri çekme gibi geleneksel aile planlaması yöntemleri yaygın olarak kullanılmakta olup, kadının toplumsal statüsüne bağlı olarak doğurganlığının düzenlenmesinde, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için verilen hizmetlerden yararlanma da düşüktür.

Türkiye’de isteyerek düşüklerin % 60’ı yöntem başarısızlığına bağlı olmaktadır. Bu başarısızlık daha çok geleneksel yöntemler nedeniyle. Ayrıca, doğum ve düşük sonrasında çiftlerin çocuk istememelerine rağmen kontraseptif yöntem kullanılmaya başlamada gecikmeleri, istenmeyen gebelik, dolayısıyla da isteyerek düşük sıklığında önemli bir unsurdur. Ancak burada da, kadının yaşı, eğitim düzeyi ile eşinin eğitim düzeyi önemli rol oynamaktadır (5).

Düşük, bir aile planlaması yöntemi değildir. Sağlık hizmetleri planlanırken amaç, isteyerek düşük hızının azaltılmasına yönelik olmalıdır. İsteyerek düşük hızı 1989-93 döneminde 100 gebelik için 18 iken, 1994-98 döneminde 15’e düşmüştür<sup>6</sup>. Ancak, aynı dönemde isteyerek düşük yapan her üç kadından birinin hiçbir yöntem kullanmıyor olması bu oranın daha da düşürülebileceğini göstermektedir.

Ülkemizde yılda toplam 450.000 dolayında düşük olmaktadır Bunların 284.000’i isteyerek yapılan düşüklere. Düşük nedenleri incelendiğinde, düşük yapan kadınların % 62’si başka çocuk istemediği için, % 7.3’ü bir önceki doğumu yeni yaptıkları için düşük yaptıklarını ifade etmektedirler.

Üçte ikisinin aile planlaması amacıyla yapıldığı belirtilen düşüklerin öncesi ve sonrasında kullanılan kontraseptif yöntemler incelendiğinde ise, düşük sonrası kadınların % 32’sinin yöntem kullanmadığı, % 27.4’ünün geleneksel yöntem kullanmaya devam ettiği görülmektedir

Gebeliklerin sağlıklı koşullarda sonlandırılması kadın sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Bu hizmetin yaklaşık dörtte üçü özel hastane ve muayenehanelerde yapılmaktadır.

### **Türkiye’de Anne Ölümleri:**

Erken yaşta evlenme, adolesan gebelikler ve riskli gebelikler yüksek orandadır (%65). Gebelikte doğum öncesi bakım alma % 67.5 olup gebelik boyunca izlenme sayısı 4’tür. Doğumların % 81’i sağlık personeli yardımı ile yani, yaklaşık 5 doğumdan biri, hiçbir tıbbi yardım almaksızın evde olmaktadır. Yapılan araştırmalar verilen obstetrik hizmetin niteliğinin de uygun olmadığını göstermektedir. Obstetrik hizmetlerde yaşamsal önemi olan acil obstetrik müdahale için sevk sistemi yerleştirilmemiştir.

<sup>5</sup> Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler. Ankara: 1996.

<sup>6</sup> HÜNEE, *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*, 1998. Ankara: 1999.

Ülkemizde anne ölümleri ile ilgili karşımıza ilk çıkan sorun; rutin bir kayıt bildirim sisteminin olmamasına bağlı olarak olayın boyutlarının, nedenlerinin tam olarak bilinmemesidir.

Türkiye’de Ana Ölüm Hızı (AÖH), 1974-1975 yıllarının değerlendirildiği bir çalışmada 100 bin canlı doğumda 208 olarak belirlenmiştir.

Ankara’da Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 1971-1981 yılları arasında meydana gelen anne ölümlerinin değerlendirildiği bir çalışmada anne ölüm sayısı 13, AÖH yüz bin canlı doğumda 66 olarak tespit edilmiştir.

Etimesgut ve Çubuk Sağlık Eğitimi ve Araştırma bölgelerinde 1973-1983 yılları arasında yapılan epidemiolojik bir çalışmada her iki bölgenin birlikte AÖH yüz bin canlı doğumda 119 olarak bulunmuştur. Yine bu çalışmada doğuma bağlı kanamanın tüm anne ölüm nedenlerinin %58’ini oluşturarak ilk sırayı aldığı gözlenmiştir.

Sağlık Bakanlığı’nın DSÖ ve Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı işbirliği ile 1986 yılında Kahramanmaraş ve Adıyaman illerinde yaptığı bir araştırmada, ana ölüm hızı Kahramanmaraş’ta 100 bin canlı doğumda 284, Adıyaman’da 94 olarak saptanmış olup, en önemli ölüm nedeninin doğum kanaması olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada tüm anne ölümlerinin % 90’ında önlenebilir nedenlere bağlı olduğu saptanmıştır.

Sağlık Bakanlığı’nın UNICEF işbirliğinde 1996 yılında hazırladığı Türkiye’de ana ve çocuk sağlığının durum analizinde belirtildiği gibi, 1986 yılında tüm hastanelerde toplam 624 anne ölümü meydana gelmiş olup AÖH yüz bin canlı doğumda 79’dur.

Türkiye’de 53 ilin 615 hastanesinde 1 Nisan - 30 Eylül 1997 tarihleri arasında yapılan bir çalışmada ise ana ölüm hızı yüzbin canlı doğumda 54 olarak belirlenmiştir.<sup>7</sup>

## 2. VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (2000) Sonuna Kadar Sağlanan Başarılar

Doğum öncesi dönem bakım hizmetleri güçlendirilmesi çalışmaları sürdürülmüş, 1993 ile 1998 yıllarını kapsayan son 5 yıllık dönemde;

- \* Doğum öncesi bakım alan kadın oranı % 63’ten % 67.5’e yükseltilmiş,
- \* DÖB alan kadınlar, gebeliğin üçüncü ayında izlenmeye başlanmakta ve 4 kez izlenmektedirler.
- \* Hekimden DÖB alan kadın oranı % 46.8’den % 67.5’e yükselmiştir.
- \* Sağlık personeli yardımıyla doğumlar artmıştır.
- \* Sağlık kuruluşunda yapılan doğumların oranı % 59.6’dan % 72.5’e yükselmiştir.
- \* Gebeliklerin isteğe bağlı olarak sonlandırılması için hizmet sunumu ülke genelinde ulaşılabilir hizmetler arasındadır.

<sup>7</sup> Mıhıcıkur, S.; Akın, A. "Dünyada ve Türkiye’de Ana Ölümleri", *Sağlık ve Toplum*, Sayı 3-4, Temmuz-Aralık 1998.



- \* Üreme sağlığı hizmetlerinde özel sektör önemli yükümlülükler almıştır.

### 3. Temel Sorunlar

#### Doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanmada:

- \* Türkiye genelinde doğum yapan üç kadından biri doğum öncesi bakımdan (DÖB) yararlanmamaktadır.
- \* Bölgesel ve yerleşim yerlerine göre farklılıklar halen ciddiyetini korumaktadır.
- \* İlkokul ve daha az eğitim alan kadınlar arasında bu hizmetten yararlanmayan kadın oranı çok yüksektir.
- \* Gebelikte TT aşılama oranı hala düşüktür (% 53.5).
- \* DÖB hizmetleri bütün birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilememektedir.
- \* DÖB hizmeti veren sağlık ocaklarının ve AÇS-AP Merkezlerinin hizmet kalitesi yeterli değildir.
- \* Birinci basamak sağlık kuruluşlarının teknik donanımı ve insan gücünün niteliğinin yükseltilmesi gereklidir.
- \* Sağlık kuruluşlarındaki personel hareketliliği hizmetlerin ulaşılabilirliğini, sürekliliğini, kabul edilebilirliğini ve kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir.

#### Doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerinden yararlanmada:

- \* Doğu bölgelerinde sağlık kuruluşunda yapılan doğumlar % 44.4 düzeyine kadar düşmektedir.
- \* Batı bölgelerinde sezaryen ile doğum oranı yüksektir (% 21.9).
- \* Doğum ağırlığı bilinen bebeklerin % 12'sinin düşük doğum ağırlıklıdır.
- \* Doğum yapan kadınların ifadelerine göre, doğumların % 56'sında en az bir sorun yaşanmakta, yani komplikasyonlu doğum sıklığı yüksektir.
- \* Acil obstetrik hizmetler için sevk sistemi henüz kurulmamıştır.
- \* Doğum sonrası kontraseptif yöntemle ilgili danışmanlık ve klinik hizmetler rutin olarak verilememektedir.
- \* Sağlık kuruluşlarında doğum hizmet kalite indikatörlerinin izlenmesini sağlayacak kayıt sistemi kurulamamıştır.
- \* Yenidoğan bebek ölümleri yüksek düzeyde olup, doğum öncesi bakım ve doğum hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesinin gerektiğini göstermektedir.

#### İsteyerek gebeliği sonlandırma hizmetlerinden yararlanmada:

- \* Düşük sonrası kontraseptif uygulanması çok düşüktür.
- \* Birinci basamak sağlık kuruluşlarına danışmanlık ve hizmet verilmesi yaygınlaştırılmamıştır.
- \* Düşük sonrası kontraseptif uygulamasında erkeğin katılımı sağlanamamıştır.
- \* Hizmet sunumunda kamunun payı düşüktür.

## C. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Döneminde (2001-2005) Beklenen Gelişmeler

### Amaçlar

Üreme sağlığı hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve hizmet kalitesini yükselterek, kadın sağlığının korunması, bebeklerin hayata sağlıklı başlayabilmelerinin sağlanması, perinatal sorunların azaltılması, kadın ve çocuk sağlığı düzeyinin geliştirilmesi temel amaçtır.

İnfertilite sorunu olan çiftlerin danışmanlık, tanı ve mevcut hizmetlerden en rasyonel biçimde yararlanmaları sağlanmalıdır.

### **İlkeler**

**Hizmet Sunumu:** Ulusal düzeyde sağlık ve hizmet göstergelerinde iyileşme sağlanabilmesi için, kadın sağlığı ve aile planlaması (KS/AP) hizmet kalitesinin yükseltilmesi, hizmetlerin yaygınlaştırılması ve yerleşim yerleri ile bölgeler arası farklılıkların giderilmesi gerekmektedir. KS/AP hizmetlerinin ilgili tüm sağlık kuruluşlarının hizmetlerine entegrasyonu ve kurumsallaştırılması esas olmalıdır. Kadınlarda riskli gebeliklere bağlı sağlık sorunlarının ve önlenebilir hastalıkların azaltılması ile başta anne ölüm hızı olmak üzere kadın sağlığı göstergeleri iyileştirilmelidir. Aile planlaması yöntemi kullananlar arasında oranı düşük olan etkili yöntemlerin kullanımının artırılması, yöntemlerin doğru ve sürekli kullanımının sağlanması ve karşılanamayan kontraseptif hizmet talebinin en alt düzeye indirilmesi gerekmektedir.

**Kadının Statüsü :** Üreme sağlığında kadınlar üzerindeki hastalık yükünün yüksek olması nedeniyle öncelikli olarak ele alınması gerekmektedir. Kadınların bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden sağlıklı olmaları için toplumdaki statülerinin yükseltilmesi gerekmektedir. Toplumda kadının statüsünün yükselmesini engelleyen geleneksel kültürel yapı, eğitim, sağlık ve çalışma bilincinin yetersizliği ile mevcut yasal düzenlemelerin kısıtlılığı gibi etkenler aşılmalıdır.

**Halk Eğitimi (Bilgilendirme, Eğitim, İletişim-BEİ):** Üreme sağlığı /AP konusunda toplumun bilinçlendirilerek hizmetlerden yararlanmanın artırılması ve sürekliliğinin sağlanması için bilgilendirme, eğitim ve iletişim çalışmalarının güçlendirilmesi ve yaygınlaştırılması gereklidir.

**Altyapı ve Yönetim:** Üreme sağlığı/AP hizmetlerinin kaliteli ve yaygın olarak sunulabilmesi için örgütlenme, fizik yapı, insan gücü, mevzuat, yönetim, bilgi sistemi, koordinasyon ve işbirliği gereken düzeye getirilmelidir.

**Personel Eğitimi:** Üreme sağlığı/AP hizmetlerinin kaliteli ve yaygın biçimde verilebilmesi için hekim, ebe, hemşire ve diğer ilgili personele, mezuniyet öncesi ve sonrası, hizmet öncesi ve hizmet süresince yeterli bilgi ve becerilerin kazandırılması gerekmektedir.

**Lojistik ve Finans:** Üreme sağlığı/AP hizmetlerinin kaliteli, yaygın ve sürekli olarak sunulabilmesiyle ulusal düzeyde kontraseptif malzeme, tıbbi araç-gereç, tüketim malzemeleri, ulaştırma ve bilgi-eğitim-iletişim gereksinimlerinin sağlanması zorunludur. Bu gereksinimlerin kamu ya da özel sektör eliyle sağlanabilmesi için kendi kendine yeterli bir ulusal finansman sistemi kurulmalıdır.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarının hepsinde (sağlık evleri dahil) riskli gebeliklerin önlenmesinde en etkili yol olan AP hizmetlerinin nitelikli olarak (eğitilmiş personel tarafından, uygun ve yeterli araç, gereç ve kontraseptif malzeme ile) verilmesi sağlanmalıdır.

## D. Ulaşılmak İstenen Amaç Ve Hedefler

### 1. Kısa Dönemde (2001-2005):

- \* Güvenli annelik yaklaşımının temel sağlık hizmetlerine entegre edilmesi ve personelin bu yönde yetiştirilmesinin sağlanması,
- \* Bölgesel ve yerleşim yerlerine göre üreme sağlığı temel göstergelerindeki (DÖB alma, sağlıklı doğum, yenidoğan ölüm hızı, vb.) farklılıkların % 50 azaltılması,
- \* Yeterli, nitelikli bakım konusunda (DÖB, sağlıklı doğum, doğum sonu anne ve yeni doğan bakımı) sağlık personelinin eğitiminin yeterli olmasının sağlanması,
- \* Obstetrik hizmetlerin güvenli annelik yaklaşımı ile verilmesi,
- \* Obstetrik (gebelik, doğum, doğum sonrası) komplikasyonların, anne ve yenidoğan ölümlerinin azaltılması için “Acil Obstetrik Bakım Sistemi” oluşturulması ve sevk sisteminin uygulamaya konulması.
- \* Yenidoğan bakım ünitelerinin, doğum yapılan hastanelerde yaygınlaştırılması,
- \* Sağlık personeli yardımı almayan doğum oranının ülke düzeyinde en az %50 azaltılması,
- \* Tüm üreme sağlığı hizmetleri ile ilgili (aile planlaması dahil) gereksinimi olan tüm yaş gruplarının ve her iki cinsiyetin ulaşabileceği “Danışmanlık” hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri birimlerinde yaygın olarak verilmesi,
- \* Sağlık kurumlarından (Birinci basamak ve hastaneler) anne ölümleri ve üreme sağlığının diğer göstergeleri ile ilgili (isteyerek düşükler, CYBH, AP uygulamaları, vb.) kayıtlarının rutin olarak düzenli toplanması ve bildirimlerinin sağlanması,
- \* Doğum ve düşük sonrası aile planlaması danışmanlığının ve klinik hizmet sunumunun (kontraseptif yöntem uygulaması) yaygınlaştırılması,
- \* Üreme sağlığı hizmetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve yönlendirilmesi için kayıt ve bildirim sisteminin fonksiyonel hale getirilmesi, gerekli hallerde ihtiyaç duyulan bilgilerin ülke genelinde uygulanacak “bilimsel araştırmalar” ile sağlanması
- \* Kadın sağlığı stratejilerinin ve eylem planlarının güncelleştirilerek uygulamalarının kurumsallaştırılması.

### 2. Uzun Dönemde (2006-2023)

- \* Bebek ve anne ölüm hızlarını Avrupa bölge ortalamasına indirmek,
- \* Bütün sağlık kuruluşlarında obstetrik kalite indikatörlerinin belirlenmesi ve izlenmesi,
- \* Ülke içi ve uluslar arası hizmet indikatörleri arasındaki farklılıkların kabul edilebilir düzeye indirilmesi,
- \* Toplumun üreme sağlığı ve hakları yönünden bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi,
- \* Dünya Sağlık Örgütü işbirliğinde “Perinatal Hizmetler için Obstetrik Kalite Geliştirilmesi” projesinin çıktılarının doğum kliniklerine yaygınlaştırılması,
- \* Ülke genelinde güvenli annelik uygulamalarının izlenmesi ve değerlendirilmesinde gerekli araştırmaların yapılabilmesinin sağlanması.

## E. VIII Beş Yıllık Kalkınma Planı Hedeflerine Ulaşılması İçin Öngörülen Politika, Strateji Ve Faaliyetler

### 1. Temel Politika Ve Stratejiler

Anne ve bebek ölümleri başta olmak üzere ÜS ile ilgili bütün hizmet göstergelerinin iyileştirilmesi amacıyla;

- \* Kadının toplumsal statüsünün geliştirilmesi, cinsiyetler arası her türlü ayrımcılığın ortadan kaldırılması, eşitliğin sağlanması ve toplumun (adolesanlar dahil) bütün yaş gruplarının ÜS ve hakları konusunda bilgilendirilmesi yoluyla hizmet kalitesinin artırılması,
- \* ÜS hizmetlerinin verilmesinde “sektörler arası işbirliğinin” yapılması,
- \* Birinci basamak sağlık kuruluşlarının tümünün ÜS hizmetlerini, yaşam boyu yaklaşımı ile vermelerinin sağlanması,
- \* Sağlık personelinin “güvenli annelik” yaklaşımı ve uygulamaları konusunda mezuniyet öncesi ve hizmet içi dönemde yeterli düzeyde eğitilmelerinin sağlanması,
- \* TSH birimlerinin fizik alt yapısının ve teknik donanımının güçlendirilmesi,
- \* TSH birimlerinde görev alan personelin, özellikle hekim, ebe ve hemşirelerin eğitimlerinin yeterli olması, bu personelin ülke genelinde bilgilendirilmesi ve yerleşim yerleri arasında dengeli dağılımlarının sağlanması,
- \* Plan ve programların etkili biçimde uygulanması için yerel ve merkez düzeyinde yönetim kapasitesinin geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinde gerçek anlamda “Desentralizasyonun” sağlanması,
- \* Sağlık hizmetlerini ilgilendiren her düzeydeki yönetici ve sağlık personeli ile ilgili personel hareketliliğinin en az düzeye indirilmesi. Personel atamalarında politik müdahalelerin yapılamayacağı yazılı kuralları olan, personel politikasının olması ve uygulanması,
- \* Halen Sağlık Bakanlığı'nda mevcut “Nüfus Planlaması Danışma Kuruluna” tüm ÜS hizmetlerinin izleyen, değerlendiren sektörler arası işbirliğini güçlendiren bir nitelik kazandırılması,
- \* ÜS hizmetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve yönlendirilmesi için kayıt ve bildirim sisteminin fonksiyonel hale getirilmesi, gerekli hallerde ihtiyaç duyulan bilgilerin ülke genelinde uygulanacak bilimsel araştırmalar ile sağlanması.

### 2. Faaliyetler

- Sağlık kuruluşlarının ÜS hizmetleri yönünden ihtiyaçlarının belirlenmesi ve temini,
- Sağlık personelinin ÜS konusunda bilgi ve becerilerinin geliştirilmesine yönelik programlar hazırlanıp uygulanması,
- Kayıt ve bildirim sisteminin ÜS ihtiyaçları doğrultusunda geliştirilmesinin sağlanması ve bu sisteme işlerlik kazandırılması,
- Halkın ÜS konusunda talebinin artırılmasına yönelik çalışmaların yapılması,
- STK ile işbirliğinin geliştirilerek ana sağlığı hizmetlerinin düşük sosyo-ekonomik düzeyli nüfus gruplarına ulaştırılmasının sağlanması,
- Çok sektörlü ÜS Eylem Planlarının hazırlanarak uygulamaya konulması,

- ÜS destek program ve projeleri hazırlanması (öncelikli yöreler için),
  - Perinatal sağlık hizmetlerini geliştirme,
  - Ana sağlığı hizmetlerinde kalite geliştirme, vb.
- Danışmanlık hizmetlerinin (güvenli annelik, genetik, infertilite, AP, vb.) yaygınlaştırılması.

### 3. İzleme Ve Değerlendirme Kriterleri Ve Mekanizmaları

- Bebek ve anne ölüm hızları ve nedenleri başta olmak üzere demografik ölçütler,
- Rutin kayıt ve bildirim sistemi ile
  - Ana sağlığı hizmetlerinden yararlanma oranları,
  - Hizmet istatistiklerini toplayan ve kullanan sağlık kuruluşu oranları,
- Hizmet sunan sağlık kuruluşları (hizmetin ulaşılabilirliği)
- Yerleşim ve bölgeler arası farklılıkların izlenmesi,
- Halkın bilgi, tutum ve davranış değerlendirmeleri (Demografik sağlık araştırmaları),
- Program izleme ölçütleri ve araştırmaları,
- Hizmetleri izleme ve değerlendirme ile ilgili kurumsallaşmış mekanizmaların yerleştirilmesi.

#### HEDEFLER

- DÖB almada bölgeler arası bu farklılıkları 2005 yılına kadar % 50 oranında azaltılması hedeflenmelidir. (Örnek verilecek olursa, Doğu Anadolu ile Batı Anadolu arasındaki % 47.4'lük hizmet farkı yaklaşık % 23 oranında azaltılacak ve Doğuda DÖB hizmeti alan kadın oranı % 38+ % 23= % 61'e çıkarılacaktır.)
- Bunu sağlamaya paralel faaliyetler planlanarak uygulamaya konulacaktır.
- Tüm DÖB alanlarda bu hizmetin “yeterli” nitelikte verilmesi sağlanmalıdır.
- Yeterli DÖB: 1993 ileri analizinde gebe tespitinin 3. ay ve daha erken, DÖB sayısı 5 ve daha yukarı olarak kabul etmektedir.

**Tablo 10: Doğum Öncesi Bakım (1998)**

	DÖB Alanlar	Batıdan Fark
BATI	85,5	0,0
GÜNEY	72,2	13,3
ORTA	73,7	11,8
KUZEY	66,7	18,8
DOĞU	38,1	47,4
KENT	77,7	7,8
KIR	50,6	34,9
TÜRKİYE	67,5	18,0

## IV. AİLE PLANLAMASI

### A. Giriş

Aile planlaması, gebeliğin önlenmesi hizmetlerinin sunumu ve kullanımı kapsamında, bireyin hem evrensel insan haklarından sağlık hakkıdır, hem de nüfus planlaması boyutuyla ekonomik ve sosyal kalkınmaya olumlu katkı yapan akılcı bir yatırım girişimidir.

1994 yılında Kahire’de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda tüm dünya ülkelerinin yanı sıra ülkemiz de, aile planlaması konusunda hedefler belirlemiş ve yükümlülöklere girmiştir.

Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü koordinatörlüğünde, ilgili tüm kamu, gönüllü ve özel sektör temsilcilerinin katılımıyla 1998 yılında tamamlanan, “Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Eylem Planı”, Kahire Konferasının ışığında ülkemiz için yapılması gerekli çalışmaları ayrıntıları ile belirlemiştir.

Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Eylem Planı, temel konu ve ilkeleri, mevcut durum ve soruları, temel hedef ve amaçları, strateji ve ayrıntılı eylem planını; hizmet sunumu, kadının statüsü, halk eğitimi, altyapı ve yönetim, personel eğitimi, lojistik ve finansman başlıkları altında ele alan bir rehberdir.

VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı hazırlık çalışmaları kapsamındaki Nüfus, Demografi Yapısı, Göç Özel İhtisas Komisyonu, Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Alt Komisyonu, Aile Planlaması Alt Grubu; raporunda, “Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Eylem Planı”nı temel döküman olarak kabul etmiştir. Böylelikle, ulusal konsensus ile hazırlanmış olan bu eylem rehberinin, bu çalışmalarda gözden geçirilerek VIII. Beş Yıllık Planda yer almasıyla yaşama geçirilmesinin kolaylaştırılması ümit edilmektedir.

### B. Mevcut Durum

#### 1. Temel Göstergeler Ve Sorunlar

1998 Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre, evli olmayan ya da evli kadınlarla kocaların çok büyük bir çoğunluğu, gebeliği önleyici yöntemler hakkında bilgi sahibidir. Yine tüm bu grup, en az bir modern yöntemi bilmektedir.

1998 Araştırmasına göre, daha önce herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullandığını söyleyenlerin oranı % 84’dür. Genel olarak, modern yöntem kullandığını söyleyenlerin oranı, geleneksel yöntemleri kullandığını söyleyenlerin oranından daha yüksektir. Halen evli kadınların % 67’si ve kocaların % 68’i geçmişte modern bir yöntem kullanmış olduklarını söylerken, geleneksel yöntemler için bu oranlar sırasıyla % 60 ve % 56’dır.

1998 Araştırması sırasında halen evli kadınların gebeliği önleyici yöntemleri kullanımı ise aşağıdaki Tablo 11’de görülmektedir.

**Tablo 11: Yöntem Kullanımı**

<b>Gebeliği Önleyici Yöntem</b>	<b>Yüzde</b>
Herhangi bir yöntem	63.9
Modern yöntem	37.7
RİA	19.8
Kondom	8.2
Hap	4.4
Tüp ligasyonu	4.2
Diyafraim/köpük/jel	0.6
Enjeksiyon	0.5
Vazektomi	0.0
Geleneksel yöntem	25.5
Geri çekme	24.4
Takvim	1.1
Diğer geleneksel	0.6
Yöntem kullanmayan	36.1

Genel olarak, Türkiye’deki halen evli kadınların % 64’ü gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Halen evli kadınların yaklaşık beşte ikisi modern bir yöntem kullanmaktadır. Halen evli her beş kadından biri RİA kullanmaktadır. En sık kullanılan ikinci modern yöntem olan kondomu halen evli kadınların yaklaşık % 8’i, kocaların ise % 11’i halen kullandıkları yöntem olarak belirtmişlerdir. Geleneksel bir yöntem olan geri çekme Türkiye’de halen evli kadınlar arasında en yaygın olarak kullanılan yöntemdir. (% 24).

Gebeliği önleyici yöntem kullanımı 25-44 yaş gruplarındaki kadınlar arasında, daha genç ve daha yaşlı kadınlara kıyasla daha yaygındır. Gebeliği önleyici yöntem kullanımı yaşayan çocuk sayısının artmasıyla birlikte yükselmekte, iki çocuğu olan kadınlar arasında % 78 ile en yüksek noktaya ulaşmakta, dört ve daha fazla çocuğu olan kadınlar arasında ise % 59’a düşmektedir.

Az sayıda kadın ilk doğumunu geciktirmeye çalışmaktadır; hiç çocuğu olmayan halen evli kadınların sadece % 18’i bir yöntem kullanmaktadır. Gebeliği önleyici yöntem kullanımı eğitim düzeyi yükseldikçe artmakta ve ortaokul veya daha ileri eğitimi olan kadınlarda en yüksek düzeye ulaşmaktadır. Ayrıca ortaokul veya daha ileri eğitim düzeyinde olan kadınlar modern yöntemleri, özellikle RİA ve kondomu daha çok kullanmaktadır.

Halen gebeliği önleyici modern bir yöntem kullanan kadınların oranı yerleşim yerine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Kentsel alanlarda yaşayan kadınların modern yöntem

kullanma olasılıkları, kırsal alanda yaşayan kadınlara göre daha fazladır. Batı Anadolu'da halen evli kadınların % 71'i herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanırken, Doğu Anadolu'da bu oran % 42'dir. Modern yöntem kullanan kadınların en yüksek oranları Batı ve Orta Anadolu bölgelerindedir (sırasıyla % 43 ve % 41). Daha sonra Güney, Kuzey ve Doğu Anadolu bölgeleri gelmektedir. Geri çekme kullanımı en yüksek Kuzey'de (% 31) ve Batı'da (% 28) olmak üzere ülke çapında yaygındır.

Gebeliği önleyici yöntem kullanımının zaman içindeki eğilimleri gözönüne alınırsa, yöntem kullanımında % 63 düzeylerinde durağanlaşma gözlenmektedir. Bununla birlikte, bazı yöntemlerin kullanımlarında önemli değişiklikler görülmektedir. 1988'de halen evli kadınların % 14'ü RİA kullanırken, bu oran 1993'te % 19'a, 1998'de % 20'ye yükselmiştir. Buna karşılık, hap kullanan kadınların oranında sürekli bir düşüş gözlenmektedir. Hap kullanımı 1988'de % 6'dan 1998'de % 4'e düşmüştür. Tüp ligasyonunda istikrarlı ve önemli bir yükselme vardır: belirtilen yıllar için kullanım oranları yüzde 1.7, 2.9 ve 4.2'dir. Kondomda bir miktar artış görülmektedir (sırasıyla yüzde 7.2, 6.6 ve 8.2). Geleneksel yöntemlerin tümü azalma eğilimindedir (sırasıyla yüzde 32.3, 28.1 ve 25.5).

Gebeliği önleyici yöntem kullanımının zaman içindeki değişiklikleri kentsel ve kırsal yerleşim yerleri ve bölgeler açısından değerlendirildiğinde, hem kentsel hem de kırsal yörelerde modern yöntemlerin kullanımında artışlar gözlenmektedir. Geleneksel yöntemlerin kullanımı ise, kırsal yörelerde daha belirgin olmak üzere, tüm yerleşim yerlerinde düşüş göstermiştir. Genel olarak 1993 ve 1998 arasında gebeliği önleyici yöntem kullanımı Orta Anadolu bölgesinde (% 63'ten % 68'e) ve Kuzey Anadolu bölgesinde (% 64'ten % 67'ye) artmıştır. Bu artışın önemli bir bölümü bu bölgelerde modern yöntem kullanımının artışından kaynaklanmaktadır. 1993 ve 1998 dönemi boyunca Batı ve Güney Anadolu bölgelerinde yöntem kullanımı azalmış, Doğu Anadolu'da ise bir değişiklik görülmemiştir.

Genel olarak, gebeliği önleyici yöntemlerin sağlanmasında, devlet sektörüne başvurulmaktadır. Modern yöntem kullananların % 56'sı kullandıkları yöntemin kaynağının devlet sektörü olduğunu ifade etmişlerdir. Sağlık ocakları (birinci basamak sağlık kuruluşları) kadınların devlet sektöründe yöntemleri en sık elde ettikleri kaynaktır. Hap ve kondom için kullanıcıların çoğu yöntemi temin etmek için özel sektöre, özellikle de eczanelere gitmektedirler. RİA yöntemi için kullanıcıların çoğu devlet kuruluşlarına başvurmaktadır; ancak özel doktorlar da RİA için önemli bir kaynaktır; her dört RİA kullanıcılarından biri yöntemi özel bir doktor ya da özel sağlık kuruluşundan temin ettiğini söylemiştir.

1998 Araştırması, gebeliği önleyici yöntemlerin bırakılma nedenleri ile, takvim dönemi içinde kullanılmaya başlanan yöntemlerin bırakılma hızlarına ait bilgiler içermektedir. Sonuçlar Türkiye'de aile planlaması yöntemlerini kullanan her üç kadından birisinin, kullanmaya başladıktan sonraki 12 ay içinde yöntemi bıraktığını göstermektedir. Bir yıllık yöntem bırakma hızları RİA için % 9 kadar düşük iken, enjeksiyonlarda % 52, hap için % 56 ve geri çekme için % 38'dir.

Kullanıcıların % 5'i gebe kalmak istedikleri için, % 7'si yöntemin gebeliği önlemede başarısız olması nedeniyle, % 5'i yöntemin yan etkileri ya da sağlık endişeleri nedeniyle ve geriye



kalan % 17'si de diğer nedenlerden dolayı yöntem kullanmayı bırakmışlardır. Yan etkiler ve sağlıkla ilgili endişeler, hap ve enjeksiyon kullanan kadınların daha yüksek bir oranı için yöntemin bırakılmasına neden olmaktadır (sırasıyla % 21 ve % 29). Diğer yandan, yöntemin gebeliği önlemede başarısız olması nedeni, geri çekme yöntemini kullanan kadınların önemli bir bölümünün yöntemi bırakma nedenleri arasında görülmektedir (% 12).

Gelecekte gebeliği önleyici yöntem kullanmak isteyen kadınların oranı ve özellikle de kullanmayı düşündükleri zaman, yaşayan çocuk sayısına göre farklılık göstermektedir. Gelecek 12 ay içinde yöntem kullanmak isteyenlerin oranı, çocuksuz kadınlar arasında % 17 iken, 1 ya da 2 çocuğu olan kadınların neredeyse yarısı hemen kullanmayı düşünmektedir. Kocalar arasında da yöntem kullanmayı düşünenlerin oranı % 39'dur. Kocalar arasında da yöntem kullanmayı düşünenlerin oranı, yaşayan çocuk sayısına göre farklılık göstermektedir; en yüksek oran % 60 ile bir çocuklular arasındadır.

1998 Araştırması ayrıca halen evli olan, yöntem kullanmayan ve gelecekte de yöntem kullanmayı düşünmeyen kadınların aile planlaması kullanmayı istememe nedenleri hakkında bilgi vermektedir. 30 yaşın altındaki yöntem kullanmayan kadınların üçte biri başka çocuk sahibi olmak istedikleri için yöntem kullanmadıklarını belirtmişlerdir. 30 yaş ve üzerindeki kadınların en sık bahsettikleri nedenler, gebe kalmalarının zor olması, kısırlık veya menopozda olmalarıdır. Eşinin karşı çıktığını söyleyen veya dini nedenlerle yöntem kullanmadıklarını söyleyen kadınların oranı % 10'un altındadır.

Halen evli kadınların üçte ikisi ileride başka bir çocuk sahibi olmak istemediklerini veya tüplerini bağlatmış olduklarını söylemişlerdir. Kadınların yüzde 14'ü ise iki sene veya daha fazla bekledikten sonra (başka) çocuk sahibi olmak istediklerini belirtmişlerdir. Dolayısıyla, halen evli her 5 kadından 4'ü gerek gebeliği engellemek, gerekse geciktirmek için bir aile planlaması yöntemi ihtiyacı içerisindedir (TNSA 1998).

### Hizmet Kalitesine İlişkin Sorunlar

Üreme sağlığı hizmetlerinin kalitesini belirlemek üzere 1994 yılında Türkiye'de seçilmiş kuruluşlarda yapılan, Üreme Sağlığı Durum Analizi Araştırması (TÜSDA) sonuçlarına göre kalıcı yöntemlerin (kadın ve erkek sterilizasyonu) sadece hastanelerde sunulabildiği ve yeterince tüm kuruluşlara yaygınlaştırılmamış olduğu saptanmıştır. Kadın sterilizasyonu genellikle hastanede yatırılarak yapılırken vazektomi hizmetleri ancak birkaç kuruluşta sunulabilmektedir.

Birinci ve üst basamak kuruluşlar arasında sevk sistemi etkili olarak çalıştırılmamaktadır.

Aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılabilmesi için en önemli etkinlik olan danışmanlık hizmetleri başvuranların yarıya yakınına verilememekte; hizmet sunanlar Bilgi-Eğitim-İletişim (BEİ) ve danışmanlık eğitimini yeterince görmemektedirler. Aile planlaması ve BEİ malzemeleri, kuruluşların önemli bir bölümünde bulunmasına rağmen, hizmet sırasında yeterince kullanılmamaktadır.

Kuruluşlarda doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım, gebelik sonlandırması ve aile planlaması hizmet sunum birimleri bulunmasına rağmen, aile planlaması hizmetleri diğer hizmetlerle bütünleştirilememiştir. Doğum yapan ya da gebeliği sonlandırılan kadınların çoğunluğu bir aile planlaması yöntemi kullanmaya karar vermelerine rağmen bu hizmetleri yeterince alamamaktadırlar.

Özellikle gebelik sonlandırması işlemlerinde, enfeksiyondan korunma önlemlerine yeterince dikkat edilmemektedir. Araştırmada, işlem öncesinde el yıkama, steril eldiven kullanma ve malzemelerin dekontaminasyonu gibi enfeksiyondan korunma işlemlerinde yetersizlikler olduğu görülmüştür.

Sağlık personelinin aile planlaması yöntemleri ile ilgili temel bilgiler, yöntemlerin yan etkileri ve uygulama öncesi yapılması gereken tıbbi işlemler konusundaki bilgi ve tutumlarının standart ve istenen düzeyde olmadığı saptanmıştır. Hizmet sunanların, özellikle doğum ve gebelik sonlandırması ertesinde aile planlaması yöntemine başlama konusunda bilgi açıkları bulunmaktadır.

Aile planlaması hizmetlerinin maliyet etkili olarak sunulabilmesi ve sektörlerin bu hizmetleri bilinçli olarak desteklemeleri için, maliyet analizi çalışmalarının yararı bulunmakla birlikte, bu araştırmalar gereği kadar yapılmış değildir. 1993 yılında Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu'nun seçilen hastanelerinde yapılan bir maliyet analizi çalışmasında, ayakta, lokal anestezi ile ve doğum sonrası uygulanan sterilizasyon uygulamalarının, yatarak, genel anestezi ile ve interval dönemde yapılanlara göre daha düşük maliyette olduğu saptanmıştır. Özellikle doğum ertesi RİA uygulamalarında maliyet daha da düşmektedir. 1994 yılında, seçilen SSK hastanelerinde, aile planlaması maliyetleri ile gebelik, doğum ve doğum sonrası bir yaşına kadar olan çocuk bakımı maliyetleri karşılaştırılmış ve aile planlaması ile 1/19 oranında maliyet tasarrufu sağlandığı ortaya çıkarılmıştır. Bu sonuçtan destek alarak, SSK Genel Müdürlüğü aile planlaması malzemeleri için 1996 yılı bütçesine kaynak ayırmıştır.

### Halk Eğitimi (BEİ)

Ülkemizde kontraseptif yöntemlerin yaygın olarak bilinmesi, evli kadınların yaklaşık üçte ikisinin herhangi bir kontraseptif yöntemle korunması ve her yedi gebelikten birinin istemli düşükle sonuçlanması aile planlamasına gereksinimin ve istemin boyutlarını göstermektedir. Bu nedenle, ülkemizde istem yaratmaya yönelik geleneksel bilgilendirme-eğitim-iletişim yaklaşımı yerine, topluma uzun etkili ve modern yöntemlerin doğru kullanımını destekleyici bilgiler verilmesi daha yararlı olacaktır.

Türkiye’de yöntemlere özgü bilgilendirme gereksinimi, özellikle üç alanda ortaya çıkmaktadır:

1. Türkiye’de aile planlaması programları, RİA ağırlıklı bir program olarak uygulanagelmıştır.
2. Yönteme özgü yanlı tutumlar, gerçekte hizmet sunanlardan kaynaklanmakta ve hizmet talep edenlere aktarılmaktadır. Bu yanlı tutumlar özellikle hap konusunda

çok güçlüdür.

3. Tüm yöntemler konusundaki yanlış bilgilenme düzeyi, hem hizmet sunanlar hem de halk arasında yaygındır. Bu ortamda, seçme özgürlüğünü sağlamak, uygun yöntemleri kullanmak ve bunları etkili biçimde kullanmak için yönteme özgü bilgileri artırmak esastır.

Eşler arasındaki iletişim ile etkili kontraseptif kullanımı arasında pozitif bir ilişki olduğu, çeşitli araştırmalarda ortaya konmuştur. Türkiye’de eşler arasında aile planlamasını tartışmayı engelleyen kültürel öğelerin güçlü olduğu ileri sürülmektedir. Çiftler arasında aile büyüklüğü ve kontraseptif kullanma konusundaki iletişimi artırmaya yönelik BEİ müdahaleleri kuşkusuz ki toplam kontraseptif kullanma üzerinde olumlu bir etki yapacaktır.

Toplumun bilgilendirilme gereksinimi, yalnız aile planlaması konularının değil, adolesan öncesi dönemden postmenopozal döneme kadar uzanan kadın sağlığı sorunlarının da üreme sağlığı kapsamında ele alınmasını zorunlu kılmaktadır. Sürdürülen eğitim çalışmalarında, kadının statüsünün yükseltilmesine ilişkin konular yeterince ele alınmamaktadır.

Türkiye’de farklı kültür ve davranış biçimlerine sahip, değişik ekonomik statüdeki alt grupların farklı iletişim ihtiyaçlarına cevap verecek BEİ müdahalelerine ihtiyaç vardır. Aşağıda bu alt gruplardan bazı örnekler verilmektedir.

- *Doğum ya da kürtaj sonrasında hizmet gereksinimi olanlar* - risk altındaki bu kadınlar ve eşlerinin aile planlaması hizmetlerinden ve özellikle danışmanlık hizmetlerinden yararlanması yeterince sağlanamamaktadır.
- *Kırdan kente göç edenler* - Türkiye’deki ailelerin çoğu bazı ekonomik ve sosyal beklentilerle kırdan kentlere göç etmektedir. Bu kişiler bir yandan geleneksel değer yargılarını korurken öte yandan, “modern” olmak için davranış biçimlerini değiştirme konusunda isteklidirler. Modernleşme çabalarının bir parçası olarak içinde yaşadıkları toplumun gebelikten korunma davranışlarını benimsemekte ve doğurganlıklarını kontrol etmek istemektedirler. Ancak çiftler arasındaki geleneksel iletişim azlığı, hizmet veren kuruluşlar hakkında bilgisizlik, kitle iletişim araçlarının bilgilendirme yetersizliği ve büyük ölçüde yanlış bilgilenme gibi hususlar, bu kimselerin arzuladıkları hizmetten yararlanmalarını sınırlamaktadır.
- *Gençlik* - Türkiye’de yaygın olan kanı, gençler arasında istenmeyen gebeliklerin henüz bir sorun olmadığıdır. Ancak tutum, davranış ve koşulların değişmekte olması bu konudaki sorunların giderek artabileceğini göstermektedir. Bu durum ve konunun hassasiyeti, sorunun gereği gibi araştırılmasını ve cinsel sağlık eğitimi dahil uygun bilgilendirme yaklaşımını engellemektedir.
- *Silahlı Kuvvetler* - Evlenme çağındaki bu büyük kitlenin; üreme sağlığı, aile planlamasının yararları ve kontraseptifler konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir.

- *Erkekler/Geleneksel yöntem kullanan erkekler* - Erkekler geleneksel olarak aile planlaması tartışmalarına katılmamalarına rağmen, doğurganlık ile ilgili kararlarda önemli rol oynamaktadırlar. İlginç olan, erkeklerin üreme sağlığı ve aile planlaması konularında çok sınırlı bilgi ile doğurganlığın kontrolünde çok etkili olmalarıdır. Türkiye’de en yaygın kullanılan yöntem, erkeklerin kullandığı geri çekme yöntemidir. Ayrıca yaygın bir biçimde kullanılan kürtaj için kocanın onayı gerekmektedir. Doğurganlığın kontrolünde erkeklerin oynadığı bu faal role rağmen, özellikle doğrudan erkeklere hitap eden BEİ materyali çok azdır.
- *Toplum liderleri* (imam, muhtar, öğretmen, belediye başkanı v.b.) arasında en az destek dinsel kesimden gelmektedir. Diğer toplum liderlerinin ise bu konuda yeterli motivasyona sahip olmadıkları gözlenmektedir.

Nüfus ve üreme sağlığı konuları kalkınma planı ve yıllık programlarda yer almakla birlikte hükümet, partiler ve politikacılar tarafından yeterince benimsenmemektedir.

İş yaşamında üreme sağlığı ve aile planlamasının iş verimi açısından önemi yeterince kavranmamıştır. Gerek işverenler gerek işçi liderleri bu konudaki çalışmalarını gerektiği ölçüde destekleyememektedirler.

- *Yazılı ve elektronik medyanın* bir kısmı sistematik olarak KS/AP karşıtı bir tutum izlemektedir. Bir kısım medya ise, konuya bilinçli ve bilimsel olarak yaklaşmak yerine, rating amacıyla kutuplaşan aşırı gruplara özellikle yer vermektedir. Türkiye’de kitle haberleşmesinin temel alt yapısı mevcuttur. Gelişmiş bir elektronik ve basılı medyanın varlığı ile yüksek kalitedeki uzmanlık, yaratıcı BEİ müdahaleleri için yeterli kaynak teşkil etmektedir. Elektronik medya, kitle haberleşmesinin en önemli kanalıdır. Elektronik medya, ülkenin hemen tamamını kapsamakta ve geniş dinleyici kitlesine nüfuz etmektedir.

## Altyapı ve Yönetim

### *Koordinasyon*

KS/AP konusunda faaliyet gösteren kamu ve özel kurum ve kuruluşlar arasında planlama, koordinasyon ve işbirliği gerekli düzeyde değildir.

### *Hizmetin entegrasyonu*

Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra teşkilatındaki yönetim ve altyapı sorunları, KS/AP hizmetlerini doğrudan etkilemektedir. KS/AP hizmetleri, temel sağlık hizmetleri yaklaşımı içinde diğer sağlık hizmetlerine gereğince entegre edilememiştir.

### *Yönetim*

Kamu ve özel sağlık kuruluşlarının çoğunda, KS/AP konusunda hizmet yönetiminin kalitesi istenen düzeyde değildir. Halen mevcut olan yönetici seçme kriterleri günün gereklerine uygun değildir. Sağlık yöneticilerinin büyük çoğunluğu yönetim konusunda eğitim almamaktadır.

### *Yönetim Bilgi Sistemi*

KS/AP alanında faaliyet gösteren kuruluşların çoğunda verilen hizmetin kalitesi ve sürekliliğine yönelik bilgi toplama, değerlendirme ve geri-bildirim istenen düzeyde değildir. Ana ölümleri, bebek ölümleri, sık görülen hastalıkların bildirim ve kayıt sistemi ile ilgili 224 sayılı Yasanın öngördüğü sistem gerektiği biçimde çalıştırılmamaktadır. ICD-10 listesinin ülkemize uyarlama çalışmaları henüz sonuçlandırılmamıştır. Sağlık planlama ve yönetimini destekleyecek nitelikte bilgi elde edilememektedir. Mevcut sistemle toplanan bilgiler, yapılan sağlık araştırmalarından elde edilen verilerle uyumlu değildir. Ülkenin morbidite ve mortalite durumu net olarak bilinmemektedir. Hizmetin bir birim tarafından yürütülmediği, değişik birimlerce toplanan verilerin kalitesinin düşük olduğu, doğruluk ve güvenilirliklerinin denetlenmediği, sistemde bir geri-bildirim yapısının yer almadığı, toplanan veri ve üretilen bilginin istatistik bültenden öteye geçemediği, çoğu yöneticilerin bilgiyi nasıl kullanacaklarını bilmedikleri, kullanılmayan ama toplanan birçok veri olduğu, etkin bilgisayar desteğinden yoksun olduğu, eldeki bilgisayarların da verimli bir şekilde kullanılmadığı bilinmektedir.

### *İnsangücü*

Sağlık insangücü planlaması, personelin sayısı, niteliği, yetiştirilmesi, dağılımı ve özlük haklarına ilişkin sorunlar, mevcut kapasitenin tam ve yerinde kullanılmaması diğer alanlarda olduğu gibi KS/AP alanında da hizmet aksamalarına yol açmaktadır. Ülkede akılcı bir sağlık insangücü planlaması yoktur. Tayin ve nakillerde standartlara uyulmamaktadır. Sağlık personelinin; istihdam, ücret ve özlük hakları bakımından sorunları vardır; ülke sathına dengeli dağılmamışlardır; mesleki ve fonksiyonel dağılım bozukluğu da vardır; mesleki örgütlenmeleri tam değildir. Mesleklerin görev, yetki ve sorumluluklarını düzenleyen mevzuat çok eskidir, bazı meslekler için hiçbir hukuki düzenleme yoktur. Sağlık personeli ülke ihtiyacı doğrultusunda bir eğitim almamaktadır ve mezuniyet sonrası eğitimleri yoksun denecek kadar azdır.

### *Fizik yapı ve donanım*

Fiziksel yapının gereksinime cevap vermemesi, ulaşılabilirliğinin az olması, özellikle gecekondu bölgelerinde sayının az olması, işlevsel kullanıma elverişli olmaması, bakım-onarımın yetersizliği söz konusudur. Kuruluşlarda donanım yetersizliği, süreksizliği, dağılım dengesizliği ve bakım-onarım yetersizliği mevcuttur.

Sağlık mimarisinde uzmanlaşmış kişi ve kurumlar yoktur. Sağlık hizmeti veren kurumlar çoğunlukla kamu kurumu niteliğinde olduklarından, bunların projeleri Bayındırlık ve İskan Bakanlığı'na hazırlanmakta ve ihaleleri birim fiyat esasına göre Devlet İhale Kanunu çerçevesinde yapılmaktadır. Bina hedefleri sadece kantitatif gerçekleşme oranlarına dayanmakta, hizmete uygunluk anlamında kalitatif gerçekleşme dikkate alınmamaktadır. Sağlık mimarisine yönelik stratejik ve taktik kararlar alacak, planlayıcıdan kullanıcıya kadar olan grupları içeren bir organizasyon yoktur. Ülkenin her yanında 4 deprem ve 3 ısı bölgesi dikkate alınarak hazırlanmış olan tip projeler uygulanmaktadır. Periyodik bakım hizmetleri yoktur. Mimari projelendirme mevcut ve geleceğe dönük ihtiyaçları sağlıklı saptamadığından, onarım, bakım ve tadilat ihtiyacı bina hizmete açıldığında ortaya çıkmaktadır. Mevcut binaların onarımı, uygun modifikasyonu, atıl kapasitenin değerlendirilmesi yerine, yeni bina

yapmaya öncelik verilmektedir. Bu da kaynak israfına neden olmaktadır.

Sağlık teknolojisi ülke ihtiyaçları doğrultusunda kullanılmamaktadır. Birçok sağlık kuruluşu teknolojinin sağladığı hizmetlerden yoksun olarak hizmet vermeye çalışırken, kimilerinde son derece pahalı yüksek teknoloji ürünleri kullanılmaktadır. Teknoloji kullanımında maliyet etkililik prensiplerine uygun hareket edilmemekte olup, sağlık yöneticilerinde uygun teknoloji yerine yeni teknoloji ürünü pahalı cihazların kullanılmasının yararlı olacağı gibi bir inanış vardır. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi olarak, akla hemen pahalı teknik cihazlarla donatılmış hastaneler gelmektedir. Temel sağlık hizmetleri vermek için kurulmuş birimlerde uygun teknoloji kullanımı yoktur. Mevcut tıbbi cihazlar da koruyucu bakım ve kalibrasyonları yapılmadığından verimli kullanılmamaktadır. Onarım ihtiyacı olan cihazların, mevcudun %25'i olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye’de sağlık cihazlarına yönelik sanayi yeni gelişmektedir. İleri teknoloji gerektiren cihazlar ithal edilmektedir. Bu alanda eğitilmiş insangücü yetersizliği ve destek ünitelerinin kurulmamış olması önemli darboğazlardır. Ayrıca donanım mevcudunu ve durumunu izlemek için sürekli bir envanter yoktur.

### *Bilgilendirme-Eğitim-İletişim*

Uygulama ve koordinasyon açısından BEİ faaliyetlerinin bugünkü durumuna bakıldığında, bazı önemli hususlar ortaya çıkmaktadır. Bunlardan biri, Bakanlığın merkez ve taşra örgütlerinde Bakanlık içi BEİ faaliyetlerini koordine edecek sorumlu bir birimin olmadığı ya da mevcut BEİ birimlerinin bu fonksiyonu gerçekleştirmede yetersiz kaldığıdır. Diğer de, Bakanlık içinde yeterli şekilde koordine edilmeyen BEİ faaliyetlerinin, Bakanlık ile diğer kamu ve özel kuruluşlar arasında yeterli koordinasyondan da mahrum olmasıdır.

### Personel Eğitimi

Türkiye’de aile planlaması gereksiniminin istenen düzeyde karşılanamamasının temel nedenlerini incelerken, KS/AP hizmetleri kalitesinin yetersizliğini dikkate almak gerekmektedir. Hizmet sunanların bilgi eksikliği, yalnız bilgilendirme ve yanlış tutumları ise bu yetersizliği oluşturan faktörlerin başında gelmektedir. Tıp ve sağlık eğitim sistemindeki olumsuzluklar, hizmet sunanların yetersizliğinin kaynağını oluşturmaktadır.

Hizmetlerin iyi bir danışmanlıkla birlikte verilebilmesi için gerekli olan, hizmet sunanların iletişim bilgi ve becerileri yeterli düzeyde değildir. Diğer yandan, hizmet alanlar da geleneksel olarak sağlık personeline kendilerini bağımlı hissetmekte, iletişim kuramamakta ve hizmetleri yönlendirememektedirler.

1994 Türkiye Üreme Sağlığı Durum Analizi bulgularına göre, sağlık personelinin %80’i KS/AP konusunda BEİ eğitimi almamıştır. Eğitim alanların son eğitimlerinden bu yana ortalama 3 yıl geçmiştir. Sağlık personelinin KS/AP ile ilgili eğitim araç ve gereçlerini çok kısıtlı olarak kullandığı görülmektedir.

Çeşitli kademelerdeki sağlık personelinin kadın sağlığı konusunda standart bir eğitimi bulunmamaktadır.

Hizmet sunanlar kontraseptif teknolojideki yenilikleri yeterince izleyememektedirler. Özellikle uzun etkili hormonal kontraseptiflerin ülkemizde yaygınlaşmasında bu konunun önemi vardır.

KS/AP konusunda eğitilen sağlık personeli sık olarak yer ve görev alanı değiştirmekte, eğitim amacına uygun hizmette kullanılamamaktadır. Çok fazla yer ve hizmet alanı değiştirilmesi, KS/AP hizmetlerinde deneyimli personel kaybına neden olmaktadır.

BEİ ve danışmanlık eğitimleri, uluslararası projeler desteğinde Sağlık Bakanlığı'nın rutin eğitim programlarına alınmıştır.

#### *Mezuniyet Öncesi Eğitim*

Hekim, ebe, hemşire ve sağlık memurlarının mezuniyet öncesi eğitimleri, çeşitli düzeydeki okullarda yapılmaktadır. Bu okulların bir kısmında çeşitli alt yapı yetersizlikleri (öğretmenlerin nicel ve nitel eksikliği, fiziki yetersizlik, uygulama alanı eksikliği, vb.) vardır. Eğitim programları arasında koordinasyon ve standardizasyon bulunmamaktadır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı, üniversite ve diğer kamu kuruluşları arasındaki iletişim ve işbirliği yeterli düzeyde değildir.

KS/AP eğitim programları, süre ve içerik açısından tutarlı değildir; uygulamadan ziyade teori ağırlıklıdır ve temel sağlık hizmetleri gereksinimlerine yanıt verememektedir. Öğrencilere hizmette esas olan danışmanlık bilgi ve becerisi kazandırılmamaktadır. Okullardaki eğiticiler, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında aile planlamasının önemini yeterince benimsememekte ve öğrencileri yönlendirememektedirler.

Tıp fakülteleri ve sağlık meslek liselerinde, aile planlaması eğitimlerinin güçlendirilmesine yönelik olarak başlatılan çalışmalar henüz yaygınlaştırılmamıştır.

#### *Hizmet İçi Eğitim (HİE)*

Her düzeydeki yönetici ve sağlık personeli tarafından, hizmet içi eğitimlerin önemi yeterince kavranmamıştır. KS/AP konusunda hizmet içi eğitim, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nce yürütülen projelerle sürdürülmektedir. Eğitim programlarının ülke düzeyinde yaygınlaştırılması ve etkin olarak sürdürülmesi için henüz bir sistem oluşturulamamıştır. Eğitim alacak personelin seçimi ve eğitilen personelin uygun görevde kullanılmasında sorunlarla karşılaşmaktadır.

Hizmet içi eğitim, mezuniyet öncesi dönemi iyi değerlendirilmediğinde, maliyeti yüksek bir uygulama durumuna gelmektedir.

Adaptasyon ve bilgi/beceri tazeleme eğitimleri henüz sistemli olarak uygulamaya konmamıştır.

KS/AP eğitim merkezlerinin sayısı yeterli değildir. Özellikle kalıcı aile planlaması yöntemleri (kadın ve erkek sterilizasyonu) için uygulama eğitimi merkezleri sınırlı sayıdadır. Ülkemizde çoğu Sağlık Bakanlığı'na, bir kısmı da SSK ve üniversitelere ait olmak üzere 88 Aile

Planlaması Hizmet İçi Eğitim Merkezi bulunmaktadır. Bu merkezlerde eğitim, aile planlaması ağırlıklı olup danışmanlık eğitimi yakın zamanda kapsama dahil edilmiştir. Kadın sağlığı konuları ise Güvenli Annelik Programı içinde ele alınmaya başlanmıştır.

Doğum ve düşük sonrası aile planlaması hizmetlerinin sunulması konusunda personele yeterli eğitim verilememektedir.

Kullanılan eğitim materyalinin geliştirilmesi, güncelleştirilmesi ve standardize edilmesi gerekmektedir.

Hizmet içi eğitim merkezlerinin kalitesini, etkililiğini ve eğitilenlerin performansını değerlendirecek sürekli bir sistem oluşturulamamıştır.

#### *Eğiticilerin Eğitimi*

Mezuniyet öncesi ve hizmet içi dönemde KS/AP eğitimi yapacak insangücünün görev tanımı ve sınıflaması yapılmamış, sertifikalandırma kriterleri de belirlenmemiştir. Eğiticiler, günümüzde kendi mesleki ünvan ve kadroları altında çeşitli şekillerde istihdam edilmektedirler. Ek olarak aile planlaması eğitim hizmetlerini de sürdürmektedirler. Eğiticilerin bir bölümü eğitim yöntem ve teknikleri konusunda eğitim almış ve sertifikalandırılmıştır; bir bölümü de gönüllü olarak ya da görev yerleri gereği eğitimci görevini yürütmektedirler.

Eğitici eğitim programları birbirinden farklılık göstermektedir. Bu programlarda kadın sağlığı ile ilgili bilgiler henüz yeterince yer almamaktadır. Programların çoğu Sağlık Bakanlığı, üniversite ve uluslararası kuruluşların işbirliği ile gerçekleştirilmektedir.

Eğiticilerin eğitim programları mezuniyet öncesi ve hizmet içi eğitimini de içerecek şekilde ulusal eğitim sistemi içinde bütünleştirilememiştir. Bu eğitim sistemini izleyecek, değerlendirecek ve güncelleştirecek ulusal düzeyde bir kurumlaşma sağlanamamıştır.

Eğiticiler sayı ve nitelik yönünden yeterli değildir.

Eğitici eğitimi kalitesinin izleme ve değerlendirilmesi sürekli ve sistematik olarak yapılamamaktadır.

#### Lojistik ve Finans

##### *Tedarik*

Ulusal düzeyde kontraseptif malzeme tedarikinde süreklilik ve talebin tam olarak karşılanması güvenceye bağlanmış değildir. Sağlık Bakanlığı'nın dağıtımını yapmakta olduğu malzemelerin önemli bölümü esas olarak USAID ve diğer bağış yapan kuruluşlar tarafından sağlanmaktaydı. Bağış miktarının 1995-1999 yılları arasında aşamalı olarak kesilmesi planlanmış ve uygulama tamamlanmıştır.

1992-1994 döneminde USAID tarafından SSK'ya doğrudan kontraseptif malzeme (hap ve kondom) bağışı yapılmıştır. SSK, 1995 yılından itibaren bütçesine kaynak ayırarak



malzemelerini doğrudan satınalma işlemlerini başlatmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın kendi örgütü ve SSK dışındaki diğer kamu kuruluşlarına malzeme tedarikini sürdürmesi beklenmektedir. Gönüllü kuruluşlar da, malzemelerini Sağlık Bakanlığı'ndan sağlamaktadırlar. Önümüzdeki yıllar için ihtiyaç duydukları kontraseptif malzemelerin, yine Sağlık Bakanlığı'nca ya da bizzat kendileri tarafından sağlanması kesinlik kazanmamıştır. Halen gönüllü kuruluşların hizmet sunumunda önemli bir payı bulunmamaktadır. Özel sektör başlıca eczane, özel muayenehane, klinik ve özel hastanelerde hizmet sunmaktadır. Kondomun, özel sektör tarafından market düzeyine kadar değişik kuruluşlarda sunulması; yeni teknolojili kontraseptiflerden enjeksiyon ve implantların malzeme olarak özel sektör (başlıca eczane) tarafından satılabilmesi ve uygulamanın eğitilmiş personel tarafından belirlenen kamu kuruluşlarında yapılması mümkündür.

Kamu kuruluşları için uluslararası, yerli ve yabancı kaynaklardan bağış olanakları araştırılabilir ve sağlanabildiği kadar malzeme temin edilebilir.

Kontraseptif malzemelerin (RİA, hap, kondom, implant, enjeksiyon, diyafram), içalım (yerli üretici/ithalatçıdan) ya da dışalım (dış üretici, uluslararası kuruluş / satıcıdan) yoluyla satın alınması söz konusudur.

Kontraseptif malzeme dışında, hizmetin sunulabilmesi için gerekli personel, altyapı, tıbbi araç-gereç, tüketim malzemeleri, ulaştırma ve bilgilendirme-eğitim-iletişim giderleri için kamu kuruluşlarının, plan ve programları çerçevesinde bütçelerine kaynak ayırmaları beklenmektedir. Bu programların hizmet kapasitesini artıracak şekilde sürdürülmesi gerekmektedir.

### Kontraseptif Malzeme Finansmanı

#### Karşılanan Aile Planlaması İhtiyacı

1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) bulgularına göre Türkiye genelinde toplam evli ve doğurganlık çağı (15-49) kadın nüfusunun;

- % 26'sı geleneksel ve
- % 38'i de modern olmak üzere
- toplam % 64'ü herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır.

Modern aile planlaması yöntemlerini kullananlardan;

- % 11,7'si hap,
- % 52,5'i RİA,
- % 21,8'i de kondom ve
- % 14,0'ü de cerrahi ve cerrahi olmayan diğer modern yöntemleri kullanmaktadırlar.

Modern aile planlaması yöntemi kullananlardan;

- % 48,4'ü Sağlık Bakanlığı,
- % 7,4'ü diğer kamu (SSK, üniversiteler, vs.)

- % 42,2'si özel ve
- % 1,4'ü ise diğer kaynaklardan yararlanmaktadırlar.

Sağlık Bakanlığı tüm modern aile planlaması kullanıcılarının (yaklaşık olarak);

- RİA'da 2/3'ünün,
- Hap ve kondomda ise ¼'ünün temin kaynağı durumundadır.

Bu rakamlar ve 1999 yılında Sağlık Bakanlığı'nın sağladığı ortalama malzeme birim fiyatları esas alındığında, 1999 yılında kamu sektörünün sadece kondom, hap ve RİA için yaklaşık 4,7 milyon ABD doları harcaması gerekmektedir. Bu rakam içinde Sağlık Bakanlığı'nın payı 4,4 milyon dolardan fazladır.

### Karşılanamayan Aile Planlaması İhtiyacı

1998 TNSA bulgularına göre, toplam evli ve doğurganlık çağı kadın nüfusunun % 10.1'inin karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olduğu anlaşılmaktadır. 1999 yılı ülke nüfusu esas alındığında bu oranın yaklaşık olarak 1 milyon 222 bin kadını/çifti temsil ettiği anlaşılmaktadır. Bu çiftlerin ihtiyaçlarının mevcut parametreler (temin kaynağı, yöntem, vs.) çerçevesinde karşılanması durumunda;

- kamu sektörünün sadece aşağıdaki 3 malzemenin temini için yılda yaklaşık olarak 1,4 milyon ABD Doları karşılığı bir harcama gerçekleştirerek
  - ⇒ 558.354 blister hap
  - ⇒ 460.803 adet RİA
  - ⇒ 8.866.764 adet kondom temin etmesi gerekmektedir.
- Sağlık Bakanlığı'nın payı ise 1,2 milyon ABD dolarıdır.

Karşılanamayan ihtiyaç sadece hizmet sunumu ile ilgili olmayıp bir dizi sosyal, kültürel ve ekonomik faktörün sonucudur. O halde karşılanamayan ihtiyacın en aza indirilmesi, hem hizmet sunumu hem de bu süreçlerle ilgili yoğun ve uzun vadeli bir dizi girişim ile gerçekleştirilebilir. Bunun mümkün kılınması ise sadece malzemenin bulundurulması ile sınırlı tutulamayacak ölçülerde harcama ile söz konusu olabilir.

### Dağıtım

Lojistikte, genellikle iki dağıtım sistemi kullanılmaktadır: *tahsis (push) ve talep (pull) sistemleri*. Tahsis sisteminde, hangi üründen ne zaman ve ne kadar nakledileceğine üst basamaktaki kuruluş karar vermekte ve dağıtım sistemi aracılığı ile nakletmektedir. Talep sisteminde ise, ihtiyaç olduğu zaman alt basamaktaki kuruluş ürün talebinde bulunmakta ve dağıtım sistemi aracılığı ile malzeme çekmektedir. Halen ülkemizde malzeme dağıtımında sabit aralıklı, değişken sipariş miktarlı, taleplere dayalı bir tahsis sistemi uygulanmaktadır. Son zamanlarda tüketim miktarları da dikkate alınmaya başlanmıştır.

İl içinde kuruluşlara malzeme tahsisinde, kullanımlarından çok, önceki dönemlerde aldıkları malzeme miktarları dikkate alınmaktadır. Kuruluşlar malzemelerini il deposundan kendileri almakta ve bunun ekonomik olabilmesi için bir kaç çeşit malzemenin tükenmesini

beklemektedirler. Depo ve dağıtım görevlileri doğru depolama ve dağıtımla ilgili temel bilgilere sahip değildir. Gereksiz yere fazla stok tutma yaygındır. Bakanlık merkezinde ve il sağlık müdürlükleri İdari Mali İşler ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü birimleri arasında gerekli işbirliğinin sağlanmasında eksiklikler vardır.

### **Lojistik Yönetim Bilgi (Enformasyon) Sistemi**

Lojistik sisteminde ileriye yönelik tahminlerin yapılabilmesi için sağlıklı (doğru ve güvenilir) verilerin bulunması zorunluluk göstermektedir. Ancak günümüzde, kontraseptif malzeme tahminlerinde kullanılan veriler sağlıklı değildir. Mevcut kayıt formları eksik ve yanlış doldurulmakta ve merkeze geç gönderilmektedir. Bu formlarda bir yönteme yeni başlayan ve yöntemi kullanmaya devam edenler birbirinden ayrılamamaktadır.

İllerde yöntem kullanıcılarına belli bir dönem için standart sayıda malzeme dağıtılmadığından, mevcut yönetim bilgi sistemi ile kullanılan malzeme sayıları doğru olarak hesaplanamamaktadır.

Ana depo, bölge ve il depolarındaki kontraseptif malzeme hareketleri rutin olarak bildirilmemektedir.

Tahsislerde ve ayniyat kayıtlarında RİA dışındaki malzemeler kutu ya da koli olarak hesaplanmaktadır. Şimdilik bir sorun oluşturmasa da, ileride farklı markaların alımının yapılması durumunda, her kutudaki malzeme adedinin değişik olması sorun yaratabilecektir.

### *Lojistik İnsangücü Eğitimi*

Ana depo, bölge ve il depolarında, sağlık kuruluşlarında kontraseptif lojistiği ile ilgili çalışmaları yürütenler, yürütmekte oldukları işlerle ilgili bir eğitim almamışlardır.

### *Finansman*

Kontraseptif malzeme tedariki finansmanında süreklilik ve talebin tamamen karşılanması garantisizdir. Bağışlar 1999 yılı itibariyle kesilmiştir.

Gönüllü kuruluşların kontraseptif finansmanı, tedariki ve hizmet sunumunda önemli bir payı bulunmamaktadır.

Kontraseptif malzeme dışında hizmet için gerekli insangücü, alt yapı, tıbbi araç-gereç ve malzeme talebi, saha gereksinimlerine göre merkezden bütçeye ayrılan finansman kaynağından sağlanmaktadır. Standart ve kaliteli hizmet gereksinimlerini karşılayacak düzeyde ihtiyaç tesbiti yapılmadığından, bu alanda finansman gereksinim tahmini de yapılamamaktadır.

## 2.VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi Sonuna Kadar (2000) Sağlanan Başarılar

### a. Kendi Kendine Yeterlilik

USAID Nüfus Politikaları (POLICY) Projesi desteğiyle Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nde kontraseptif malzeme gereksinim belirleme, bütçeleme ve satın alma konusunda eğitilmiş insangücü kapasitesi yaratılmış; Sağlık Bakanlığı bütçesinde kontraseptif malzeme alımı için önemli kaynak artışı sağlanmıştır.

Proje çerçevesinde, kendi kendine yeterlilik çalışmalarını desteklemek üzere KİDOG (Kadın İçin Destek Oluşturma Grubu) ve KASAKOM (Kadın Sağlığı Komisyonu) gibi sivil toplum kuruluşları ağı, devlet yetkilileri, parlamenterler ve toplum/medya düzeyinde destek oluşturma etkinlikleri sürdürmüşlerdir.

Aile Planlamasında Pazar Bölümlenmesi analizleri ve Kamu-Özel Sektör İşbirliği çalışmalarıyla, kamu, özel ve gönüllü kuruluşların diyalogu ve rolleri belirlenmeye çalışılmıştır.

Türkiye'de aile planlaması hizmetleri Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere çeşitli kamu, özel ve sivil toplum kuruluşları (STK) tarafından sunulmaktadır. Toplam ulusal hizmet yükü açısından değerlendirildiğinde STK'nın gözardı edilebilecek bir düzeyde hizmet sorumluluğu üstlendiği anlaşılmaktadır. Tablo 1'de 'bilinmeyen ve diğer' satırında yer alan STK'ların tüm modern yöntemler açısından yaklaşık olarak % 0,7'lik, kondom dağıtımında ise % 2,2'lik bir hizmet yüküne sahip olduğu anlaşılmaktadır. Bu arada STK'ların hizmet sunumunda kullandıkları malzemenin kaynağının kamu ve özel sektör malzeme transferleri ile uluslararası bağışlar olduğuna dikkat edilmelidir.

Özel sektör Tablo 12'de görüldüğü gibi, kullanıcı sayısı olarak ifade edilen toplam hizmet yükünün yaklaşık % 43'ünü üstlenmiş durumdadır. Yöntemler açısından bakıldığında hap ve kondomda sırasıyla % 74 ve % 69'luk paylarla özel sektörün egemen olduğu görülmektedir. Sektörün sunduğu bu hizmetler için temel finans kaynağı ise doğrudan kişisel ödemelerdir.

**Tablo 12: Modern Aile Planlaması Hizmetlerinin Temin Edildiği Kaynaklar (%)**

	Hap	RİA	Kondom	Modern Yöntemler
Kamu	26,1	71,8	27,8	55,8
Özel	73,6	27,6	68,9	42,6
Bilinmeyen ve Diğer	0,3	0,6	3,3	1,6
TOPLAM	100,0	100,0	100,0	100,0

Kaynak: 1998 TNSA.

Başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere kamu sektörünün sunduğu aile planlaması hizmetlerinin finansmanında ise finans kaynakları kompozisyonunda 7. BYKP döneminde başlayan ve

halen devam eden köklü bir değişim süreci yaşanmaktadır. 1995 yılında üzerinde anlaşmaya varılan beş yıllık bir aşamalı kesilme planı (Tablo 13) çerçevesinde USAID'den bağış yoluyla temin edilen malzeme sevkiyatı 1999 yılında sona ermiştir. Bu şartlar altında Türkiye hizmetin devamlılığını sağlamak için kontraseptif malzeme temininde kendi kendine yeterlilik politikası geliştirme ve uygulama zorunluluğu ile yüz yüze kalmıştır.

Aşamalı kesilme planının uygulamaya girdiği 1996 yılından günümüze kadar Sağlık Bakanlığı'nın malzeme finansmanında gösterdiği gelişim Tablo 14'te gösterilmiştir.

Bu malzemeler için Bakanlık ilk kez 1997 yılında yaklaşık 650 bin ABD dolarlık bir harcama gerçekleştirmiştir. Bakanlığın 1998 yılında 1,6 milyon dolara yaklaşan harcamadan sonra 1999 yılını da 1,8 milyon dolarlık bir harcama ile kapatacağı anlaşılmaktadır. Bu harcamalar AÇSAP Genel Müdürlüğü bütçesinin 400 harcama kalemi ile Bakanlık Özel Fonu olarak da bilinen 3418 sayılı kanun gelirlerinden sağlanan ödeneklerle gerçekleştirilmiştir. 1999 yılı toplam harcaması bu iki kaynak arasında eşit oranlarda dağılmıştır.

**Tablo 13: USAID Kontraseptif Malzeme Bağışının Aşamalı Kesilme Planı**  
(SB toplam malzeme ihtiyacının yüzdesi olarak)

Yıl	Malzeme	USAID Bağışı	SB'nin Sorumluluğu
1996 (1. yıl)	Hap ve Kondom	80	20
	RİA	100	0
1997 (2. yıl)	Hap ve Kondom	60	40
	RİA	100	0
1998 (3. yıl)	Hap ve Kondom	40	60
	RİA	100	0
1999 (4. yıl)	Hap ve Kondom	20	80
	RİA	50	50
2000 (5. yıl)	Hap ve Kondom	0	100
	RİA	0	100

**Tablo 14: Sağlık Bakanlığı'nın 1997-1999 Döneminde Satınaldığı Kontraseptif Malzeme**

Yıl	Hap	RIA	Kondom	Enjeksiyon	
	Blister	Adet	Adet	1-aylık doz	3-aylık doz
1997	187,352	0	6,070,822	0	0
1998	762,281	3,278	20,270,058	36,000	27,423
1999 <sup>a</sup>	1,135,200	0	21,926,400	40,400	0

<sup>a</sup> Aralık 1999 döneminde bazı iller aracılığıyla yaklaşık 200 milyar TL'lik çeşitli malzeme alımı dahil değildir.

Bu kaynaklardan ilki (400 HK) temelde ülkedeki tüm AÇSAP merkezlerinin pamuk, enjektör, yakıt, su gibi tıbbi ve tıbbi olmayan cari harcamalarını karşılamaya yönelik bir bütçe kalemidir. Kontraseptif malzeme ise geleneksel olarak USAID bağıışı olarak karşılandığından bu harcama kalemi içinde yer almamıştır. Ancak Bakanlık yetkilileri bir yandan 400 HK'ne konu diğer harcamalardan özveride bulunarak son yıllarda kontraseptif alımı için bu harcama kaleminden azami ölçüde yararlanmaya çalışırken diğer yandan da bu harcama kalemine ayrılan toplam ödeneğin kontraseptif malzeme teminine de yetecek biçimde artırılması girişimlerini sürdürmüşlerdir. Bu girişimler sonucunda 2000 yılı AÇSAP Genel Müdürlüğü bütçesi 400 harcama kaleminde 1999 yılı ödeneğine göre (3,1 milyon dolar) yaklaşık % 80 oranında reel bir artış sağlanmış ve ödenek 5,6 milyon ABD dolarına yükselmiştir (2000 yılı yıl ortası dolar kuru 620.000 TL olarak alınmıştır). Bu durumda 2000 yılında 400 HK'nde 2,5 milyon dolarlık bir kontraseptif malzeme ödeneği bulunduğu kabul edilebilir. 2000 yılı harcama ihtiyacının yaklaşık 6,5 milyon dolar olduğu gözönünde bulundurulduğunda halen 4 milyon dolarlık bir finansman açığı olduğu tespit edilebilir.

İkinci finansman kaynağı olan Bakanlık Özel Fonundan (3418/39a) 1998 yılında yaklaşık 962 bin dolar, 1999 yılına ise 886 milyar dolar kontraseptif malzeme alımı için harekete geçirilebilmiştir. Fondan gerçekleştirilen bu harcamalara karşın toplam finansman ihtiyacının karşılanmasında yaşanan açığın devam ettiği açıktır. Kaldı ki bu finansman kaynağının sürdürülebilmesinin mümkün olamayacağı ve bu nedenle güvenilir bir kaynak olmayacağı yönünde yaygın bir görüş de mevcuttur.

Teknik analizlerin yardımıyla belirginleşen bu tespitlerden dolayı Sağlık Bakanlığı'nın; öncelikle mevcut hizmet kapasitesinin sürdürülmesine ve mevcut hizmet kapasitesini başta karşılanamayan aile planlaması hizmet ihtiyacını da cevap verecek biçimde genişletmesine imkan verecek düzeyde yeterli ve sürdürülebilir bir finansman politikası geliştirme çabaları devam etmektedir.

Başvurulabilecek potansiyel finansman kaynaklarından birinin kullanıcı katkı payları olduğu bilinmektedir. Bu finansman kaynağına belirlenecek kabuledilebilir politika ilkeleri ışığında

başvurulup başvurulamayacağı yönünde Bakanlığın bir dizi teknik çalışmayı tamamladığı bilinmektedir. Ancak hizmet kullanımını caydırmayacak bir biçimde ödeme güç ve isteği gösterecek kullanıcılardan maliyet etkili bir biçimde kullandıkları kontraseptif malzeme için katkı payı alınmasının nihai bir politika olarak benimsenmeden önce potansiyel etkilerinin saha çalışması ile ölçülmesi gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığı aile planlaması programı için gerekli malzeme miktarlarının, 1999 yılında gerçekleştirilen son tahmin raporu verilerine göre (Sağlık Bakanlığı'nın 2000 yılında mevcut hizmet kapasitesini 15 aylık güvenli stok seviyesiyle sürdürülebilmesi için); 1999 yılında yaklaşık olarak 3,9 milyon dolarlık<sup>8</sup> bir harcamayla yaklaşık olarak 52 milyon adet kondom ve 2,4 milyon blister hap satın alması gerekmekte olduğu hesaplanmıştır.

Ancak 1999 yılı içinde alımı gerçekleştirilen malzeme gözönünde bulundurulduğunda, toplam satın alınan miktarın; 25 milyon adet kondom ve 1,3 milyon blister hapa ulaştığı görülmektedir. Bu sonuca göre, 1999 yılının yaklaşık yarı yarıya bir finansman açığıyla kapatılacağı ifade edilebilir. Bu durumda 2000 yılı için öngörülen ve 1999 yılında ihtiyaç duyulan tüm alımların gerçekleştirileceği varsayımına dayanan yaklaşık 4,4 milyon dolarlık harcama tahmininin yükselmesi kaçınılmaz olmaktadır. Buna göre, 2000 yılı finansman ihtiyacının 6.5 ile 7 milyon dolar aralığında seyretmesi beklenebilir.

SSK halen toplam 81 aile planlaması kliniğinde aile planlaması hizmetleri sunmaktadır. Bu kliniklerin ihtiyacı olan kontraseptif malzemenin önemli bir bölümü SSK tarafından merkezi alımlarla karşılanmaktadır. SSK'nın 1999 yılı tahmini satınalma ihtiyacının Sağlık Bakanlığı ortalama birim fiyatları esas alındığında yaklaşık 450 bin ABD doları olduğu hesaplanmaktadır.

#### b. Maliyet Analizi Çalışmaları

USAID projeleri desteğiyle, SSK'da aile planlaması çalışmalarının maliyet-fayda analizlerinde; gebelik, doğum ve doğum sonrası analık ve bebeklik dönemi harcamalarının, aile planlaması harcamalarının 19 katı olduğu ortaya çıkarılmış, böylece aile planlaması ile SSK harcamalarında 19 kat tasarruf sağlandığı ortaya çıkarılmıştır. Bu araştırma sonuçları, politik karar olarak, SSK'nın aile planlamasına bütçe ayırmasını sağlamıştır.

#### c. Aile Planlaması Sağlık Durumu Göstergelerinde Sağlanan Olumlu Gelişmeler

Aile planlaması hizmetlerinde sağlanan başarılı gelişmelerle, toplam doğurganlık hızı 2.6'ya düşmüş, modern yöntem kullanımı yüzde 38'e yükselirken geleneksel yöntem kullanımı yüzde 26'ya gerilemiş, isteyerek düşük hızı yüzde 14.5'a düşürülmüştür.

<sup>8</sup> Hizmet istatistiklerinden hareketle hesaplanmış bir rakam olduğu için yukarıda verilen ve nüfusa dayalı bir hesaplama ürünü olan 4,4 milyon dolarlık rakamdan farklıdır.

#### d. Üreme Sağlığında Katılım ve Savunuculuk Çalışmalarının Gelişmesi

Kadın sağlığı ve aile planlaması ağırlıklı olarak, kamu kuruluşlarının yanı sıra gönüllü kuruluşlar da ağ oluşturarak toplum eğitimi ve diğer hizmetlerde bulunmuşlar, üreme sağlığı ve kendi kendine yeterlilik konularında olumlu politik değişim için giderek güçlenen etki yaratmaya başlamışlardır. Nüfus Planlaması Danışma Kurulu bir katılım, koordinasyon ve izleme organı durumuna gelmiştir.

#### e. Uluslararası Kuruluşların Desteklerinin Daha Yararlı ve Etkili Duruma Gelmesi

DPT ve Sağlık Bakanlığı koordinatörlüğünde, UNFPA, USAID, JICA, GTZ, Avrupa Topluluğu gibi kuruluşların destekleyici projeleri, üreme sağlığı ve aile planlamasının değişik alanlarında gelişmeleri güçlendirmiştir.

#### f. Aile Planlaması Hizmetlerinde Kalite Çalışmalarının Gelişmesi

1994 yılında ülke düzeyinde önde gelen kuruluşlarda üreme sağlığı hizmetlerinde durum analizi kalite araştırması yapılmış, sonuçların ulusal düzeyde ve illerde tartışılması ve personel eğitimiyle kuruluşlarda kalite iyileştirme süreçleri başlatılmıştır.

#### g. Düşük ve Doğum Sonrası Kontraseptif Uygulama Çalışmalarının Geliştirilmesi

Aile planlaması gereksinim ve talebinin en yüksek olduğu bu dönemlerde, kuruluşlarda personel eğitimi ve altyapı çalışmalarıyla hizmet sunumunda ilerlemeler sağlanmıştır.

#### h. Aile Planlaması Yöntem Çeşitliliğinde Gelişmeler

Enjeksiyon ve cilt altı implantlarının eklenmesi ile hizmet sunumunda çeşitlilik artırılmış, tüp ligasyonu ve bistürisiz vazektomi yöntemleri yaygınlaştırılmıştır.

#### i. Aile Planlaması İnsangücü Eğitiminde Gelişmeler

Aile planlaması klinik uygulamaları ve danışmanlık konularında, uluslararası standartlarda sertifikalı eğitimlerle binlerce sağlık personeli eğitilmiştir. Mezuniyet öncesi mesleki eğitimde de müfredatlar geliştirilerek sistematik eğitim uygulamaları başlatılmıştır.

#### j. Aile Planlaması Hizmetlerinde Sektörel İşbirliği ve Özel Sektörün Girişiminin Artırılması

Aile planlaması hizmet sunumunun ve talebinin analizleriyle sektörlerin rollerinin tartışıldığı diyalog ve işbirliği çalışmaları başlatılmıştır. Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Stratejik Plan çalışmasında kamu, özel ve gönüllü sektör temsilcileri sürece aktif katılmışlardır. İstanbul'da gönüllü kuruluşların da yönlendirici desteğiyle özel hastane, klinik, muayenehane ve eczanelerin katıldığı Kaliteli Aile Planlaması Hizmet Sistemi ağı (KAPS), 49 sağlık kuruluşu ve 104 eczane büyüklüğüne ulaşmıştır.



## C. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Döneminde (2001-2005) Beklenen Gelişmeler

İlgili tüm sektörlerin, Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Eylem Planı'nın ayrıntılı plan aktivitelerinde gelişme sağlamaları talep edilmekte ve beklenmektedir.

### D. Ulaşılmak İstenen Amaç Ve Hedefler

#### Temel Hedef

2005 yılına kadar, yöntem kullananlar arasında modern yöntem kullanma oranının % 70 oranında artırılması.

#### Amaçlar

##### ***Hizmet Sunumu***

- Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kalitesinin artırılması ile KS/AP göstergelerinin iyileştirilmesi,
- Ana ölümleri, gebeliğe bağlı hastalık ve kadınlarda önlenemez diğer hastalıkların görülme sıklığının risk yaklaşımı ile azaltılması,
- KS/AP göstergelerinin yansıttığı kır-kent, kent içi-gecekondu ve coğrafi bölgeler arası farklılıkların azaltılması,
- Aile planlamasında yöntem çeşitliliği ve etkili yöntem kullanımının artırılması,
- Kamu ve özel sektörde hizmet kalitesinin artırılması için hizmet standartları geliştirilmesi, uygulanmasının sağlanması ve yaygınlaştırılması,
- Özel sektör ile gönüllü kuruluşların rolünün belirlenmesi ve artırılması.

##### ***Halk Eğitimi***

- KS/AP konusunda toplumun bilinçlendirilerek hizmetlerden yararlanmanın artırılması,
- Bireylerin bütün kontraseptif yöntemler konusunda, kendilerine uygun yöntemi serbestçe seçebilmelerine imkan verecek şekilde bilgilendirilmelerinin sağlanması,
- Politikacılar, yöneticiler ve toplum liderlerine KS/AP konularının benimsetilmesi ve çalışmalarını desteklemelerinin sağlanması.

##### ***Altyapı ve Yönetim***

- KS/AP konusunda faaliyet gösteren kamu ve özel kurum ve kuruluşlar arasında, merkez ve il düzeyinde koordinasyon ve işbirliğinin sağlanması,
- Merkez ve il düzeyinde KS/AP alanında görevli yöneticilerin, yönetim konusunda eğitilmesi ve yeni yöneticilerin belirlenecek kriterlere göre seçilmesi,
- KS/AP alanında hizmet veren tüm kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarından sürekli ve güvenilir bilgi toplama, değerlendirme, geri bildirim ve izlemenin sağlanması,
- Personel sayısı, nitelik ve dağılımına ilişkin sorunların mümkün olduğunca ortadan kaldırılmasına yönelik olarak öncelikle Doğu, Güneydoğu ve Karadeniz Bölgelerinde pratisyen hekimler, ebeler ve kadın doğum uzmanları için kadro doluluk oranlarının yükseltilmesi,

- İstenilen düzeyde hizmetin verilebilmesi için, belirlenen sayıda ve uygun standartta merkezlerin kurulması, mevcut olanların standartlara uygun duruma getirilmesi,
- KS/AP hizmeti vermesi gereken tüm sağlık birimlerinde gerekli minimum standartlara uygun donanımın çalışır durumda bulundurulması ve uygun bakım-onarım sisteminin kurulması,
- Sağlık Bakanlığı'nın, diğer kamu, gönüllü kuruluşlar ve özel sektör KS/AP hizmet sunum birimlerini koordine, denetim, yönlendirme ve teşvik etmesi ile karşılıklı işbirliği ve bilgilendirmenin sağlanması.

### ***Personel Eğitimi***

- KS/AP alanında hizmet verecek hekim, ebe, hemşire ve diğer ilgili personelin, mezuniyet öncesi eğitimlerinde KS/AP konusunda yeterli bilgi ve beceri kazanacak şekilde yetiştirilmesi,
- KS/AP hizmetlerini yürüten personelin bilgi ve beceri eğitimi almalarını sağlayacak ve çalışanların performanslarını yükseltecek hizmet içi eğitim sisteminin oluşturulması ve uygun aralıklarla bilgi tazeleme eğitimi almalarının sağlanması,
- Mezuniyet öncesi ve hizmet içi dönemde, eğitimcilerle KS/AP konusunda bilgi ve beceri eğitimleri verebilecek niteliklerin kazandırılması için standart ve yeterliliğe dayalı eğitim sisteminin kurulması ve programların geliştirilmesi,
- KS/AP hizmeti vermesi gereken personele BEİ ve danışmanlık bilgi ve becerilerinin kazandırılması,

### ***Lojistik ve Finans***

- Ulusal gereksinimleri karşılayacak kontraseptif malzeme ve diğer tıbbi araç-gereç, tüketim malzemeleri, ulaştırma ve bilgilendirme-eğitim-iletişim olanaklarının mevcut kapasite düşürülmeden, sürekli ve düzenli olarak temin edilmesi ve uygun şartlarda dağıtımının sağlanması,
- Kamu kaynaklı malzeme dağıtımında, özellikle kırsal ve gecekondulu yörelerdeki riskli gruplara öncelik tanınması,
- Gerekli malzemenin temini ve hizmetlerin süreklilik içinde sunulabilmesi için kamu ve özel sektörün yer alacağı bir finansman sisteminin oluşturularak, özellikle risk altındaki grupların aile planlaması hizmetlerine ulaşmasının güvenceye alınması.

### **Hedefler**

#### *Kısa Dönemde (2001-2005):*

- Herhangi bir yöntem kullanan evli kadınların oranının % 70'e artırılması.
- Yöntem kullananlar arasında modern yöntem kullanma oranının % 70'e çıkarılması.
- Kontraseptif yöntem kullanma oranının en yüksek olduğu bölge ile en düşük olduğu bölge arasındaki farkın % 50 azaltılması.
- Herhangi bir yöntem kullanma ve modern yöntem kullanma konusunda kır-kent farkının % 50 azaltılması.

- Gecekondulaşmanın ileri düzeyde olduğu kentlerde herhangi bir yöntem kullanma ve modern yöntem kullanma konusunda kent içi-gecekondu farklılıklarını ortaya koyacak geniş bir çalışma gerçekleştirilmesi.
- Kamu ve özel sektörlerde AP hizmeti standartlarının belirlenmesini sağlayacak bir çalışmanın gerçekleştirilmesi.
- Politikacıların, yöneticilerin, toplum liderlerinin ve toplumun AP konusunda bilinçlenmelerini ve destek vermelerini sağlayacak, kitle iletişim araçlarının odak olarak alındığı bir BEİ programının hazırlanarak başlatılması.
- AP konusunda faaliyet gösteren kamu ve özel kurum ve kuruluşlar arasında ulusal, bölgesel ve yerel düzeyde koordinasyonu, AP alanında görevli yöneticilerin yönetim konusunda eğitilmesini ve yeni yöneticilerin belirlenecek kriterlere göre seçilmesini ve bu alanda hizmet veren tüm kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarından sürekli ve güvenilir bilgi toplama, değerlendirme, geri bildirim ve izlemenin gerçekleşmesini sağlayacak ulusal çapta bir birimin kurularak çalışmalara başlaması.
- AP hizmeti vermesi gereken tüm sağlık birimlerinde gerekli donanım için temel standartların belirlenmesi.
- AP alanında hizmet verecek hekim, ebe, hemşire ve diğer personelin mezuniyet öncesi eğitim programlarında yer alacak AP konusundaki bilgi ve beceri standartlarının belirlenmesi.
- AP hizmetlerinde kullanılan kontraseptiflerin sağlık kuruluşlarında ücretsiz dağıtımının sürdürülmesi.
- Bölgeler, yerleşim yerleri ve risk grupları arasındaki kontraseptif kullanım oranları arasındaki farklılıkların en aza indirilmesi için, sosyal güvencesi olmayan, sosyo-ekonomik düzeyi düşük bireyler için ücretsiz hizmet sunum desteğinin sağlanması.

*Uzun Dönemde (2001-2023):*

- Yöntem kullananlar arasında modern yöntem kullanma oranının % 80'e çıkarılması.
- Bölgesel ve yerleşim yerleri arasındaki farklılıkların en aza indirilmesi.
- Bütün ilgili sektörlerin katılımını sağlayan işbirliği ortamının kurulması ve sürekliliğinin sağlanması.

## **E. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Amaç Ve Hedeflerine Ulaşılması İçin Öngörülen Politika, Strateji Ve Faaliyetler**

### **1. Temel Politika Ve Stratejiler**

#### Hizmet Sunumu

#### **Risk Yaklaşımı**

- a. KS/AP yönünden riskli olarak kabul edilen gruplar için, en çok göç alan on ile öncelik tanınarak aşağıda belirtilen özel yaklaşımlarda bulunulacaktır:
  - Ulusal düzeyde KS/AP açısından risk gruplarının belirlenmesi ve izlenmesi temel sağlık hizmetleri kapsamında sağlanacaktır.

- Kamu ve özel sektörde hizmeti yürüten ve yönetimde bulunan personelin mezuniyet öncesi ve sonrasında KS/AP risk yaklaşımı konusunda eğitimi sağlanacaktır.
- Birinci ve üst basamak sağlık kuruluşlarındaki laboratuvar olanakları geliştirilecek ve personelin risk yaklaşımı bilinci içinde laboratuvar olanaklarını kullanması sağlanacaktır.
- Gerekli vakalar erken tanı, ileri tetkik ve tedavi için üst basamağa sevk edilecektir. Bu amaçla sevk sistemine işlerlik kazandırılacaktır.
- Toplumda riskli olguların görülme sıklığının ve olumsuz sonuçlarının (ölüm, sakatlık vb.) saptanması ve izlenmesinin sağlanabilmesi için kayıt-bildirim sistemi işlerliğe kavuşturulacaktır.
- KS/AP yönünden risk faktörlerinin ve riskli olguların ortaya çıkarılabilmesi için araştırmalar yapılacaktır. Eğitim araştırma bölgelerinde pilot çalışmalarla geliştirilecek programlar ülke düzeyine yaygınlaştırılacaktır.
- KS/AP'daki risk faktörleri konusunda kitle iletişim araçlarından da yararlanarak yaygın toplum eğitimi yapılacaktır.
- KS/AP risk yaklaşımı konusunda gönüllü kuruluşlara eğitim yapılacaktır. Böylece gönüllü kuruluşların bizzat yürüttüğü hizmetlerde risk yaklaşımını uygulamaları, bu konuda kamu sağlık kuruluşları ile işbirliği yapmaları ve halkı KS/AP hizmetlerinden yararlanmak üzere eğitmeleri sağlanacaktır.
- Hizmet sunum birimleri, risk yaklaşımı çerçevesinde birey ve toplumun sağlık bilincini geliştirmek, kendi sağlığına sahip çıkmasını ve mevcut sağlık hizmetlerinden en iyi biçimde yararlanmasını sağlamak amacıyla; hizmet, iletişim ve eğitim kalitesini arttıracaklardır. Bu amaçla yetiştirilecek toplum gönüllülerinden de yararlanılacaktır.

### **Eşitsizliklerin Giderilmesi**

- b. KS/AP hizmet ve sağlık düzeyi göstergelerinin yansıttığı, coğrafi bölgeler, kırsal-kent, kent içi-gecekondu arasındaki farklılıklar uygun müdahale programları ile azaltılacaktır.
- Bölgeler arası farklılığı gidermek için, hizmet göstergelerinin öncelikle iyileştirilmesi gereken Beşinci Bölge'de (Doğu ve Güneydoğu), öncelikle personelin adaptasyonu ve hizmet içi eğitimleri tamamlanacak, uzun dönemde yöreden sağlık personeli yetiştirilmesine öncelik verilerek insan gücü, nicelik ve nitelik yönünden yeterli hale getirilecektir.
  - Bölgeler arası farklılığı gidermek için, ilçe merkezlerinde tanı, ayakta ve yatarak tedavi hizmetleri geliştirilecektir. Özellikle kırsal ve gecekondu birinci basamak sağlık kuruluşlarında ekip elemanlarının tam olması sağlanacaktır. Sağlık kuruluşlarına ulaşım ve sevk olanakları, toplum katkısı ve kamu sektörüne ait motorlu araçlardan yararlanma yolu ile artırılacaktır.
  - Personelin hizmet sunumunda karşılaştığı sorunları ve yöresel güçlükleri gidermek üzere; yöneticilerin desteği, sektörlerarası işbirliği ve yerel liderlerin yardımcı olması sağlanacaktır.
  - Bölgeler arası farklılığı gidermek için, çeşitli nedenlerle ulaşılamayan yörelere hizmetin götürülmesini sağlayacak ve kullanılmasını özendirerek önlemler alınacak, topluma koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma davranışı kazandırılmaya çalışılacaktır. Bu amaç için kitle iletişim araçlarından da yararlanılacaktır.

- Bölgeler arası farklılığı gidermek için, hizmet göstergelerinin ülke ortalamasının altında olduğu bölgelerde, özellikle riskli gebeliklerin önlenmesine öncelik verilerek KS/AP hizmetleri yaygınlaştırılacaktır.
- Toplum gönüllülerinden yararlanma uygulaması, yapılmakta olan pilot çalışmalar dikkate alınarak, kırsal nüfusun en yoğun olduğu bir bölgeden (tercihen Dördüncü Bölgeden, Karadeniz) başlatılacak, 2005 yılına kadar kademeli olarak bölgenin tüm illerine yaygınlaştırılacak, 2005 yılından itibaren Üçüncü ve Beşinci Bölgelere kademeli olarak yaygınlaştırılacaktır. Gönüllülerin mevcut hizmet sunum sistemi ile bütünleştirilebilmeleri için ulusal standartlar belirlenecektir. Bu standartlara uygun eğitim programı ve materyali geliştirilecektir. Gönüllünün çalışma bölgesi, bulunduğu yerdeki birinci basamak sağlık kuruluşunun hizmet bölgesi olacaktır. Gönüllülerin seçiminde sağlık ocağı ve sağlık kurullarından yararlanacaktır. Gönüllülerin eğitimi ve hizmetlerin izlenmesi, il sağlık müdürlüğü, bölgedeki sağlık ocağı/AÇSAP personeli tarafından yapılacaktır. Gönüllü hizmetlerinin değerlendirilmesinde ulusal bilgi sistemi kapsamında kayıt ve istatistik sistemi geliştirilecektir.
- Kır-kent eşitsizliğini giderebilmek için, gecekondular bölgelerde özellikle eksikliği hissedilen temel sağlık hizmetlerini vermek üzere birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayısı artırılacak, tanı ve ayakta tedavi olanakları güçlendirilerek hizmet kalitesi yükseltilecektir. Birinci basamak birimlerin diğer kuruluşlarla işbirliği geliştirilecektir.
- Gecekondular yörelerinde hizmetleri geliştirmek üzere, KS/AP konusunda eğitim, danışmanlık ve klinik hizmet sunan, bir hastane ile işbirliği içinde çalışan KS/AP klinikleri kurulacaktır. 2005 yılına kadar 20 adet birim, Güvenli Annelik Programı'nın yürütüldüğü iller ile en çok göç alan 10 ilde, gecekondulaşma ve nüfus artışı dikkate alınarak planlanacaktır.
- Gecekondular bölgelerinde sağlık ve hizmet göstergelerini belirlemek üzere durum saptaması ve diğer hizmet araştırmaları yapılacak, altyapı ve hizmetler buna göre yönlendirilecektir.
- Toplum gönüllüleri yolu ile hizmet istemi ve hizmetten yararlanma artırılacaktır.

### **KS/AP Hizmetlerinin Yaygınlaştırılması ve Kalitesi**

#### **c. Etkili aile planlaması hizmetlerinin kaliteli bir biçimde sunulabilmesi için:**

- Kadın sağlığı programları da kapsama alınarak hizmet ve yöntem çeşitliliği artırılacak, danışmanlık hizmetleri getirilecek, teknik yeterlilik, hizmetin sürekliliği, etkili yöntemi ve hizmete ulaşılabilirlik gibi öğeler iyileştirilecektir.
- KS/AP hizmet standartları geliştirilerek tüm birimlerde uygulanması sağlanacaktır. Mevcut yöntemlerin kullanımı yaygınlaştırılırken yeni yöntemler de kullanıma sunulacaktır.
- Hizmeti veren personel, kullanıcıya yönelik danışmanlık ve klinik hizmetleri sunabilmek üzere bilgi ve beceri eğitimine alınacaktır.
- KS/AP hizmetleri konusunda tüketici bilinçlendirilecek ve hizmetlere katılımı sağlanacaktır.

- Hizmet sunabilecek birimlerin tümünde RİA, hap ve kondom yöntemlerinin sunum hizmetleri yaygınlaştırılacak ve hizmetlere ulaşılabilirlik sağlanacaktır.
- Kadın ve erkekte sterilizasyon yöntemleri yaygınlaştırılacaktır. Lokal anestezi ile tüp ligasyonu ve bisturisiz vazektomi hizmetlerinin, doğumevleri başta olmak üzere altyapısı uygun yataklı tedavi kurumları ile yeni kurulacak aile planlaması kliniklerinde sunulması sağlanacaktır. Bu amaçla personel eğitimi yapılacak, birimler insan gücü ve malzeme yönünden güçlendirilecektir. Bu merkezlerle birinci basamak sağlık kuruluşları arasındaki sevk sistemine işlerlik kazandırılacaktır. Hizmetin koordinasyonundan İl Sağlık Müdürlükleri sorumlu olacak, bilgilendirme toplantıları ve hizmet içi eğitimler düzenlenecektir.
- Ulusal aile planlaması programında yöntem çeşitliliğinin artırılması için, depo enjeksiyonlar gibi yeni yöntemlerin uygulanması kontrol altında yaygınlaştırılacak ve sürekliliği sağlanacaktır.
- Doğum ve düşük sonrası danışmanlık ve aile planlaması yöntem sunumu hizmetleri güçlendirilecektir. Doğum ve düşük hizmeti verilen kuruluşlarda hizmet içi eğitim programları düzenlenecek, insan gücü ve malzeme yeterli hale getirilecektir. Doğum sonrası dönemde çiftlerin yöntem seçmelerine yardımcı olmak üzere, doğum öncesi bakım sırasında verilen danışmanlık hizmeti güçlendirilecektir.

### **Özel Sektör ve Gönüllü Kuruluşlar**

d. KS/AP hizmetlerinde kaynak oluşturmak, hizmeti yaygınlaştırmak, yeni teknolojileri getirmek ve kalite geliştirme konusunda işbirliği yapmak ve elverişli politik ortam için destek oluşturmak üzere:

- Özel sektör ve gönüllü kuruluşların rolü belirlenecek, etkinlikleri artırılabilecektir.
- Sağlık Bakanlığı'nca konulan, eğitim ve hizmet sunumuna ilişkin kural ve standartların özel sektör ve gönüllü kuruluşlar tarafından uygulanması ve bu uygulamaların izlenmesi sağlanacaktır. Özel sektör ve gönüllü kuruluşlar tarafından düzenli olarak hizmet kayıtları tutulacak ve bildirim yapılacaktır.
- KS/AP hizmeti sunan insan gücünün, bilgi ve beceri eğitimlerinde kamu, özel sektör ve gönüllü kuruluşların işbirliği sağlanacaktır.
- Kontraseptif üretim, temin ve dağıtım konularında kamu ve özel sektör ile gönüllü kuruluşların işbirliği sağlanacaktır.
- Özel sektör, meslek kuruluşları ve gönüllü kuruluşların, Nüfus Planması Danışma Kurulu gibi koordinasyon ve izleme kurullarında temsil edilmesi sağlanacak, bu kuruluşların KS/AP hizmet sorunları çözümünde katılımlarını kolaylaştırmak üzere örgütlenmeleri desteklenecektir.
- KS/AP konusunda tüketicinin bilinçlendirilmesi ve haklarının korunabilmesi için dernekler, gönüllü kuruluşlar ve kitle iletişim araçlarından yararlanılacaktır.

### **Halk Eğitimi**

e. KS/AP hizmetlerine ulaşılabilirliği artırmak için:

- KS/AP konularında toplum bilinçlendirilecek, aile planlaması yöntemleri öncelikle hedef gruplardan başlamak üzere yaygınlaştırılacak ve yanlış bilgilerin düzeltilmesi amacıyla kitle iletişim araçlarından yararlanılacaktır.

- KS/AP hizmetlerinde iletişim desteği, aile planlaması yöntemlerini de kapsayan üreme sağlığı konusunda yoğunlaşacak, bu amaçla değişik ortamlarda kullanılmak üzere BEİ materyali üretilecek, yaygın dağıtımı ve kullanımı sağlanacaktır. BEİ müdahalelerinin kalitesi ve etkililiğinde süreklilik sağlanacaktır.
  - BEİ etkinlikleri ile modern yöntemlerin kullanılması teşvik edilecek, geleneksel yöntemlere ve kürtaja başvurma azaltılacaktır. Kürtaj yaptırmak isteyenlere danışmanlık ve hemen aile planlaması hizmeti vermek üzere personel eğitilecektir. Kürtaj sonrası aile planlaması uygulamasına erkeklerin katılımını artırıcı iletişim kanalları ve materyalleri geliştirilecektir.
  - BEİ programları, aile planlaması konusunda karı ile koca ve ebeveyn ile çocuklar arasındaki etkili iletişimi kısıtlayan sosyal ve kültürel unsurlara yanıt verecektir. Aile içindeki iletişimde doğru davranış örneklerinin, elektronik medya tarafından hazırlanacak halka yönelik eğlence programları içinde yer alması sağlanacaktır. Kuşaklar ve çiftler arasındaki iletişimi ve KS/AP konularında konuşmaları teşvik eden eğitim programları ile materyal geliştirilecek ve kampanyalar düzenlenecektir.
  - Erkekler, adölesanlar ve silahlı kuvvetler gibi özel topluluklara yönelik BEİ programları ve materyali geliştirilecektir.
  - Risk altındaki kırsal ve gecekondü nüfusunu hedef alan BEİ programları geliştirilecek, uygun dil, mesaj, kanal ve modeller kullanılarak uygulanacaktır.
- f. KS/AP Ulusal program ve stratejilerini politikacılara, sağlık sektörü dışındaki toplum liderlerine, sendikacı, sanayici ve iş adamlarına tanıtmak, benimsetmek ve desteklerini sağlamak amacıyla iletişim mekanizmalarından yararlanılacaktır.
- g. Sağlık Bakanlığı koordinatörlüğü altında tüm sektörlerin katılımı ile BEİ faaliyet programlarının planlanması, geliştirilmesi, uygulanması, yaygınlaştırılması, izleme ve değerlendirilmesi sağlanacaktır. Bu amaçla oluşturulacak BEİ Danışma Kurulu (ya da Nüfus Planlaması Danışma Kurulu'nun bir alt kurulu) tarafından medyanın nasıl kullanılacağı ve bu konudaki faaliyetlerin nasıl korrdine edileceği belirlenecektir.
- h. Sağlık personeline, mezuniyet öncesi ve hizmet içi eğitimleri sırasında, BEİ ve danışmanlık bilgi ve becerileri kazandırılacaktır.
- i. Doğru bilgilendirmeyi ve hizmetin etkililiğini sağlamak üzere, toplum katılımı mekanizmaları ve medyadan yararlanılarak, hizmet sunanlarla hizmeti alanlar arasındaki iletişim güçlendirilecektir.

#### Altyapı ve Yönetim

j. Stratejik planlama çerçevesinde:

- KS/AP konusunda faaliyet gösteren kamu, özel ve gönüllü kurum/kuruluşlar arasında her düzeyde koordinasyon ve işbirliği sağlanacaktır.
- KS/AP stratejilerinin ulusal sağlık stratejileri içinde yer alması sağlanacaktır.
- KS/AP hizmetleri verimliliğinin artırılması için altyapı ve yönetimi geliştirmek üzere merkez ve illerde katılım ve koordinasyon güçlendirilecektir. Merkezde Nüfus

- Planlaması Danışma Kurulunun işlerliği artırılacak, illerde koordinasyon işlevi görecektir kurullara işlerlik kazandırılacaktır.
- İl düzeyinde ulusal KS/AP stratejik planı ile koordineli olarak öncelikler belirlenecek, yerel inisiyatifi güçlendirecek biçimde planlama ve uygulama yürütülecektir. Kuruluşlar arasında işbirliği ve sevk sistemi ile eğitim ve hizmet desteği sağlanacaktır.
  - Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı, Dünya Kadın Konferansı gibi uluslararası platformlarda alınan kararların uluslararası kuruluşlarla işbirliği içinde uygulanması sağlanacak ve izlenecektir.
- k. KS/AP hizmet alanında görev alacak personele ilişkin olarak:
- uluslararası normlara uygun ulusal hizmet ve kadro standartları belirlenecek, personelin tayin ve nakillerinde atama yönetmelikleri çerçevesinde tecrübe, eğitim ve sertifikalar dikkate alınacak, bu amaçla personel bilgi sistemi geliştirilecektir.
  - İl düzeyinde KS/AP konusunda çalışan yöneticilerin görev, yetki ve sorumlulukları ile atama usul ve esasları belirlenecek, bunlara uyulması sağlanacaktır.
  - KS/AP konusunda çalışan merkez ve il düzeyindeki yöneticilerin yönetim konusunda eğitilmesi sağlanacaktır. Bu amaçla ilgili daireler arasında koordinasyon kurulacaktır.
  - Sağlık personelinin KS/AP hizmetlerini gerekli biçimde sunabilmesi için bilinçlendirilmesi, özendirilmesi ve motivasyonu sağlanacaktır.
- l. KS/AP hizmetlerinin bilgi kayıt toplama, izleme ve değerlendirilmesi için kullanılan yönetim bilgi sistemi iyileştirilecek ve ülke düzeyindeki sağlık yönetim enformasyon sistemi ile bütünleştirilecektir.
- Tüm sektörlerden gerekli bilgi toplanacak, değerlendirme ve geri bildirim yapılacaktır.
- m. Hizmetlerin istenilen düzeyde sunulabilmesi için fizik altyapı gereksinmesini karşılamak üzere:
- Standart kalitede birimler kurulacak ve mevcut olanlar standartlara uygun duruma getirilecektir.
  - Özellikle gecekondu bölgelerinde ve öncelikli on ilde şehir tipi sağlık ocağı, AÇSAP merkezi ve KS/AP kliniği kurulacak, hastanelerde uygun birimler açılacak ve bu kuruluşlar arasında etkili işbirliği sağlanacaktır.
  - Hizmet sürekliliğinin sağlanabilmesi için mevcut birimler iyileştirilecek, donanımları ve düzenli bakım/onarımları sağlanacaktır. Araç ve gereçlerin bakımı, geliştirilecek standartlar çerçevesinde ana ve bölge depolarının desteği ile sağlanacaktır.
  - Devlet bütçesi dışında sağlık tesisi yapımı ve var olanların bakım ve onarımına, toplum liderlerinin de teşviki ile halkın katkı ve katılımı sağlanacaktır.
- n. KS/AP hizmetlerinin yönetimine toplum katılımını sağlamak ve kaliteyi artırmak üzere sağlık ocağı, ilçe, il sağlık kurulları ve işçi sağlığı ve güvenliği kurulları gibi mekanizmalara işlerlik kazandırılacaktır.



**Personel Eğitimi****Mezuniyet Öncesi Eğitim**

- o. Sağlık Bakanlığı ve YÖK işbirliği ile hekim, ebe ve hemşirelerin mezuniyet öncesi KS/AP eğitim programı yeniden düzenlenerek standart hale getirilecektir.
- p. Standart hale getirilen mezuniyet öncesi KS/AP eğitim programları, bütün tıp fakülteleri, ebelik ve hemşirelik okullarının müfredat programlarına entegre edilecek ve yaygınlaştırılması sağlanacaktır.
- q. Standardize eğitim programları sağlık personeli yetiştiren diğer okullara yaygınlaştırılacaktır.
- r. Mezuniyet öncesi eğitimin kalitesini artırmak için, okulların eğitim koşulları standartlara uygun hale getirilecek; öğretmen ve öğrencilerin gerekli bilgi, beceri, tutum ve davranışlara sahip olmalarını sağlayacak ve performanslarını izleyecek bir sistem oluşturulacaktır.

**Hizmet İçi Eğitim**

KS/AP hizmet içi eğitim standartları AÇSAP Genel Müdürlüğü koordinatörlüğünde geliştirilecektir.

- s. KS/AP hizmet önceliklerine göre ve her ilde en az bir eğitim merkezi bulunmasını sağlamak üzere, Sağlık Bakanlığı ve ilgili diğer kurumlara bağlı kuruluşlarda mevcutlara ek olarak eğitim merkezleri kurulacaktır. Eğitim merkezlerinin standartlara uygunluğu sürdürülecektir.
- t. KS/AP hizmet içi eğitimlerinde kullanılmak üzere eğitim programları ve teknik materyal güncelleştirilerek standart hale getirilecektir. Eğitim programlarının uygulanmasında merkez ve il eğitimcileri arasında koordinasyon ve işbirliğinin sürekliliği sağlanacaktır.
- u. KS/AP hizmetlerinde görevli personelin düzenli olarak hizmet içi bilgi ve beceri tazeleme eğitimleri yapılacaktır.
- v. KS/AP hizmet içi eğitim merkezleri, eğitimciler ve eğitilenlerin performansı, merkez ve il düzeyinde geliştirilecek bir sisteme göre belirlenecektir.

**Eğiticiler**

- y. Sağlık Bakanlığı koordinatörlüğünde YÖK, SSK ve diğer ilgili kurumlarla işbirliği içinde, mezuniyet öncesi ve hizmet içi eğitimlerde görevli eğitimcilerin eğitimi programlanacak ve uygulanacaktır.
- z. Mezuniyet öncesi ve hizmet içi dönemde KS/AP eğitimlerini vermek üzere temel ve teknik eğitici yetiştirilecek ve sertifikalandırılacaktır.
- aa. Her düzeydeki eğitici gruplar için KS/AP standart eğitim programları, eğitim araçları ve materyalleri geliştirilecek ve güncelleştirilecektir.
- bb. AÇSAP Genel Müdürlüğü koordinatörlüğünde eğitici eğitimi izleme ve değerlendirme kriterleri belirlenecektir.

**Lojistik ve Finansman**

- cc. RİA, hap, kondom ve diğer kontraseptif malzeme gereksinimi, mevcut durum analizi ile belirlenen kaynak dağılımına göre Sağlık Bakanlığı, SSK, özel sektör ve gönüllü kuruluşlar tarafından temin edilecek, bunun için bu kuruluşlarda işlemleri gerçekleştirecek kapasite oluşturulacaktır.
- dd. Kontraseptif malzeme dışında KS/AP hizmetlerinin sunulabilmesi için gerekli diğer personel, altyapı, tıbbi araç-gereç, tüketim malzemeleri, ulaştırma ve bilgilendirme-

- eğitim-iletişim olanakları mevcut kapasite düşürülmeden geliştirilecek ulusal standartlara göre sağlanacaktır.
- ee. Kamu kaynaklı malzemenin dağıtımı, özellikle riskli gruplar, kırsal alan ve gecekodu bölgelerine önem verilerek ve güvenceye bağlanarak yürütülecektir.
- ff. Kaynakların daha etkili dağıtımını sağlamak üzere kontraseptif malzeme lojistiği bir tahsis sistemi olarak yeniden düzenlenerek iyileştirilecek ve kademeli olarak Top-up sistemine geçilecektir. Kontraseptif lojistiğinin yönetimi ile ilgili minimum bilgi gereksinimi belirlenerek, bunu sağlamaya yönelik bir sistem geliştirilecektir.
- gg. Ülke koşullarına ve uluslararası standartlara uygun depolama ve lojistik envanter sistemi geliştirilecektir.
- KS/AP sisteminde kullanılan tıbbi araç-gereçlerin depolama standartları belirlenecek ve özgün envanter sistemi geliştirilecektir.
  - Tüm dağıtım basamaklarında minimum-maksimum envanter sistemi uygulanacaktır.
  - Depolama koşullarına ilişkin kalite güvencesi sistemi geliştirilecektir.
- hh. Sağlık Bakanlığı ve diğer kuruluşlarda malzeme lojistiğinden sorumlu personelin niteliği geliştirilecektir.
- ii. Ulusal düzeyde, gereksinimleri karşılayacak ve kendi kendine yeterli hale gelecek biçimde başta aile planlaması malzemeleri olmak üzere, KS/AP hizmetlerinin finansmanı güvenceye bağlanacaktır.
- jj. Kamu sektöründe sunulan kontraseptif malzeme finansmanı başlangıçta Sağlık Bakanlığı'nın genel bütçeden aldığı pay ve fon kaynaklarından sağlanacaktır. SSK, sorumlu olduğu nüfus için finansman kaynağını ayıracaktır. Diğer kamu kuruluşları da en kısa sürede sorumlu oldukları nüfusun kontraseptif malzeme gereksinimi için kaynak ayıracaklardır.
- kk. KS/AP hizmetlerinin finansman gereksinimini belirlemek ve finansman sistemleri geliştirmek üzere maliyet analizi çalışmaları yapılacaktır. Böylece kullanıcının özelliklerine göre maliyet etkili yöntemlerin seçimi sağlanacaktır.
- ll. KS/AP Ulusal stratejilerinde öngörülen faaliyetleri gerçekleştirmek üzere, katılan sektör ve kuruluşlar bütçelerinde gerekli kaynağı ayıracaklardır. Sağlık Bakanlığı dışındaki kamu kurumları, tedavi giderlerinden sorumlu oldukları nüfusun hizmet gereksinimini karşılamak üzere finansman kaynağı ayıracaklardır.
- mm. Kamu kuruluşları finansman kaynaklarını kullanırken risk gruplarının hizmet gereksinimlerine öncelik tanıyacaktır. Sağlık Bakanlığı, özellikle kırsal bölge ve gecekodu bölgelerindeki ödeme gücü olmayanlarla adolesan çağ grubunun malzeme ve hizmet taleplerini ücretsiz olarak karşılayacaktır.
- nn. İlgili kuruluşların KS/AP hizmetleri için finansman kaynağı ayırmasını sağlamak üzere, Nüfus Planlaması Danışma Kurulu, sektör kuruluşlarının iç daireleri, TBMM, Hükümet, siyasi partiler ve toplum kuruluşları düzeyinde tanıtım ve destek isteme çalışmaları sürdürülecektir.
- oo. Uzun dönemde alternatif finansman modelleri olarak;
- a) Gelir düzeylerine göre etkili vergi toplanmasıyla oluşturulacak sağlık bütçesinden tüm KS/AP hizmetlerinin ücretsiz sunulması,
  - b) Hizmet kullananların, hizmetlerin gerçek maliyetlerine belli bir oranda katılmalarının sağlanması,

c) Gerçek maliyetlerin kamu ya da özel sigorta sistemleri tarafından hizmet sunan kurumlara ödenmesi konularının olabilirliği üzerinde çalışmalar yapılacaktır.

## 2. Yasal Ve Kurumsal Düzenlemeler

Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Eylem Planında belirtilen düzeltmeler dışında, önemli mevzuat ve kurumlaşma gereksinimi bulunmamakta, mevcut mevzuatın uygulanması ve kurumların verimli yönetimi gerekmektedir.

## 3. Faaliyetler

Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Eylem Planında belirtilen ayrıntılı plan faaliyetlerinin uygulanması gerekmektedir.

## 4. İzleme Ve Değerlendirme Kriterleri Ve Mekanizmaları

Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Eylem Planı'nda ayrıntılı olarak faaliyetlerin nasıl izleneceği ve değerlendirileceği belirtilmektedir. Özellikle, ulusal düzeyde, Nüfus Planlaması Danışma Kurulu periyodik ve sürekli izleme-değerlendirme organı olarak vurgulanmaktadır.

## V. CİNSEL SAĞLIK – CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR (CYBH) VE HIV/ADS

### A. Giriş

1994 yılında Kahire’de düzenlenen BM Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda **üreme sağlığı; kadın, erkek, genç, yaşlı herkes için temel insan haklarından biri olarak, doyumlu ve güvenli bir cinsel yaşam, üreme yeteneğinin korunması ve bu yeteneği kullanma hakkı olarak tanımlanmıştır**. Bu hak, bilgilendirme ve danışmanlıkla desteklenen nitelikli sağlık programlarıyla sağlanabilir.

Yukarıdaki çerçeve içinde cinsellik, artık üreme sağlığı kapsamında, insan yaşantısını zenginleştiren bir özellik olarak sağlıklı yaşamda hak ettiği yeri almıştır. Oysa tarihsel süreçte çeşitli nedenlerle cinselliğin sınırlanıp bastırılması, bunu kolay konuşulmayan bir konu haline getirmişti. Pek çok konuda bilimsel yöntemle araştırmaların yapılmaya başlandığı yakın tarihte insan cinselliği bir yanda baskılar; diğer yanda içerdiği biyolojik, psikolojik ve toplumsal boyutlu karmaşık konular; ayrıca da bireyler ve kültürler arasında görülen farklılıklara bağlı olarak geçerli metodolojik yaklaşımlarla incelenememiştir. Cinsellik konusunda akademik alanda yetersizliğe neden olan bu durum, bireylerin ve toplumun cinselliğe genellikle üreme işi ve organlarıyla ilgili biyolojik bir eylem olarak dar bir odaktan bakılmasını pekiştirmiştir. İnsanlar başka memelilerde olmadığı iddia edilen, üreme amacı olmadan cinsel duygular ve eylemlerden zevk alma özelliğine sahiptir ancak, içgüdülerinden çok çevrelerini kuşatan kültürden etkilenirler. Günümüzün toplumlarında **bedensel, ruhsal ve**

**sosyal sağlığı** tehdit eden önemli sorunlar arasında görülen cinsel yolla bulaşan hastalıkların yayılması, planlanmamış gebelikler, gebelik sonlandırmalar, cinsel istismar ve şiddet sorunu altında yatan nedenlerin önemli bir kısmı bireylerin cinselliklerini yaşarken karşılaştıkları sorunlardan bazılarıdır. Oysa güvenli ve doyumlu bir cinsel yaşam herkesin hakkıdır. Çocuklar, ergenler, gençler ve erişkinlerin sağlıklı bireyler olması için gerekli bilgilerle sağlığı koruyucu ve geliştirici tutuma sahip olarak, davranışlarını bedensel, ruhsal ve sosyal sağlıklarına zarar vermeyecek konuma getirmeleri her konuda olduğu gibi cinsel yaşam için de geçerlidir.

Cinsellik; bir cinsel kimliği benimseme, üreme işlevi ve erotik zevk öğelerini ayrı ayrı içerir. Üreme süreci hariç tutulursa, erken çocukluk çağından ölene kadar tüm yaşam boyu, kimi zaman çok ileri yaşlara kadar süregelir. Tüm öğeleriyle birlikte bireyi zenginleştiren bir yaşam özelliğidir. Geniş anlamda cinsel sağlık; “cinsiyeti benimseme, üreme ve cinsel haz alma (erotizm) süreçlerinde bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik halinde olma ve bu iyiliği yaşamın her döneminde sürdürme”dir.

Cinsel sağlık bilgileri her yaşta gereklidir ama yetişkinliğe hazırlanmada özellikle önem taşır. Genel sağlık bilgilerinin bir parçası olarak sağlıklı gelişme sürecinin gereği sunulan cinsel bilgiler eğitimi, bireyleri ve toplumu başta cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, istenmeyen gebelikler, cinsiyet ayrımcılığı, cinsel istismara uğrama, şiddet, vb. gibi yaygın ve yönetimi zor durumlarla karşılaşmaktan korur. Yapılan araştırmalarda erkeklerin cinsellik, üreme ve çocuk yetiştirme konularında daha bilgisiz olduğu belirlendiğinden, eğitimde erkek çocuklara ve ergenlere öncelik verilerek üreme sağlığı konusunda bilgilendirilmeleri özellikle önem taşır.

Annenin genel sağlık düzeyinin yüksekliği ve güven içinde bir annelik geçirmesi doğacak bebeklerin sağlığını belirler. Annelerin sağlık düzeyi toplumda kadına verilen önem arttıkça iyileşir. Ancak babanın da anne gibi ergenlik sürecinde erişkinliğe hazırlanmış, genel sağlık bilgileri ile donanmış olması ve planlanmış gebeliklerle oluşan üreme sürecinde anneyi desteklemesi, çocuk bakımı ve yetiştirmede de etkin rol alması nüfusun iyilik hali için ideal olan koşuldur.

### **Cinsel Sağlık Eğitimi ve Hizmetleri**

Çocuklar cinsellikle ilgili olarak önce gördüklerine, somut şeylere, bedenlerinde cinsiyet ayrımına ilgi duyarlar. Daha sonra sırasıyla bebeğin annenin karnı içine yerleşmesi, anne karnında büyümesi, dışarı çıkması ve babanın rolü ile ilgili soruların cevaplarını ararlar. Doğru olan, soruların net olarak cevaplanmasıdır. Kural olan sorulmayanların anlatılmamasıdır. Cinsel kimlik gelişiminin izlenmesi ve ayrımcı olmayan bir gelişimin desteklenmesine özen gösterilmelidir. Anne, baba, okul öncesi eğitimci ve sağlık görevlileri birbirlerini destekleyerek bu görevi birlikte yerine getirmelidirler. Okul çağında ise ilgiler değişir. Bedeni tanıma, büyümeyi ve gelişmeyi izleme, üreme yeteneğini öğrenme konusunda rehberlik etme, yine ebeveynle birlikte öğretmenin görevidir. Ergenlikle birlikte karşı cinsle ilişkiler, toplumun cinselliğe bakışı, cinsel sağlığın bedensel, ruhsal ve sosyal öğelerinin ayrıştırılması, güvenli davranış kazanma ve kararlı bireyler olma sürecinin geliştirilmesi gibi

konular erken yaşlarda başlayarak, örgün eğitimin bir parçası olarak sunulup, aile ve sağlık görevlilerinin işbirliği ile sürdürüldüğünde etkili olur. Bireyin kendini istenmeyen etkilerden koruyarak mutluluğunu ve sağlığını sürdürmesi ve başkasına zarar vermemeyi öğrenmesi cinsel sağlık eğitimi ve danışmanlığının temel amacıdır.

Cinsel sağlık eğitiminin verilmesi eğitimciler ve aileler, politikacılar ve diğerleri arasında olduğu gibi ergenler ve aileler arasında da çatışmalara yol açabilirse de; sağlıklı birey olabilme ve başkalarını yetiştirebilme, farklı değerlere saygı göstermeyi öğrenerek yaşamı kolaylaştırma, karşılaşılan sorunlarla başedebilme gibi olumlu etkileri ile hem bireyin hem toplumun yararınadır.

İnsanın kendine benzer bir canlıyı oluşturması çok uzun bir zaman dilimini içerir. İnsan neslinde erişkin bağımsız bir bireyin oluşumu, Dünya Sağlık Örgütü'nün bağımsız yetişkin birey olma için öngördüğü gençlik yaş sınırlarını alırsak 15-24 yaşlarını içine alan 10 yıllık bir süreçtir. Bu zaman diliminde bebekler, gençler, anneler, ve babalar için gereken sağlık hizmetleri içinde cinsel sağlık alanını da kapsayacak temel sağlık hizmetleri; genel sağlık düzeyinin geliştirilmesi, sağlık eğitimi ve diğer koruyucu önlemlerin yerine getirilmesi açısından en etkili hizmetlerdir. Bu hizmetleri destekleyici ikinci basamakta sunulan uzmanlık, verimli sağlık hizmetlerinin bütünleyici ana unsurudur. Tüm sağlık hizmetlerinin gereksinimi karşılayacak, beklentinin üzerinde memnuniyet verecek şekilde nitelikli olarak sunulması esastır. Cinsellik gibi duyarlılık isteyen konularla içiçe olan üreme sağlığı hizmetlerinin sunumunda hizmetin niteliği özellikle önemlidir. Kaliteli hizmet sunumunda temel öğeler; hizmetle ilgili seçenek sunma, bilgilendirme, teknik yeterlilik, tüm bu hizmetleri iyi ilişkilerle yerine getirme, verilen hizmetin kaydedilmesi ve sürekliliği sağlama ile hizmetlerin kapsamlılığı – birbirini bütünlemesi- olarak özetlenebilir. Gençlerin üreme çağına gelmeden önce ruhsal ve bedensel olarak sağlıklı gelişme süreci içinde güvenli davranış kazanma, cinsellik, gebeliğin oluşumu, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, sonuçları ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi konusunda eğitilmeleri aile ve örgün eğitimle sağlanabilir. Cinsellik potansiyel olarak üreme çağı kadınlarını ve eşlerini ilgilendirir. Nüfusun yarıya yakını olan bu erişkin üretken kesimin yaşamında otuz yıla yakın bir zaman diliminde, güvenli ve doyumlu cinsel yaşam içinde, üremenin sağlıklı bir şekilde denetlenmesi temel sağlık hizmetlerinin görevidir. Kolay ulaşılabilen ilk basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda sunulan hizmetlerin; cinsel yaşam ve üremenin sağlıklı bir süreçle gerçekleşmesi ya da isteğe bağlı önlenmesi konusunda danışmanlık hizmetini, koruyucu önlemleri, sık görülen sorunların yönetimi için tanı ve tedavi olanaklarını kapsayacak şekilde sunulması gerekir. Bu kapsamda sağlık hizmeti sunumunda insanlara doyumlu ve güvenli cinsel yaşam için danışmanlık ve sağlık hizmeti verilmesi; eşler arası iletişim ve dayanışmayı artıracak, dolaylı olarak kadının toplumdaki yerini iyileştirecek bir araç olarak da güvenli annelik ve yeni doğan sağlığı gibi konularda hizmet vermek kadar önem taşır, üreme sağlığının ayrılmaz bir parçasıdır. Üreme sağlığında çalışan hekimler, hemşireler, psikologlar ve diğer eğitimcilerde danışmanlık niteliklerinin bulunması şarttır. Etkili danışmanlar bilgili, deneyimlerinden öğrenen, iletişim becerilerini başarı ile kullanan ve işini seven kişilerdir. Bu bilgi ve tutumlara sahip bir sağlık ekibi cinsel sağlıkla ilgili, sorunlara doğru yaklaşabilen, doğru teknik uygulamalarla CYBH kontrol programlarını yönetebilir. Cinsel fonksiyonlar, doğum öncesi bakım, doğurganlığın düzenlenmesi ve infertilite hizmetlerinde çalışanların

mesleki ve psikolojik yönden yaklaşımları, en az CYBH vakaların yönetiminde çalışanları kadar cinsellik konularını özümleyerek edinilmiş olmalıdır.

Sağlık personelinin mezuniyet öncesi ve sonrası dönemde cinsellikle ilgili eğitimleri yaygın olarak yapılamamaktadır. Yalnızca psikiyatri uzmanlık eğitimi programında cinsel fonksiyon bozuklukları başlığı altında yer almaktadır. Bu alanda uzmanlaşmış eğitim ve hizmet kurumları ise sınırlı sayıdadır. Daha da önemlisi bu merkezler genellikle sorunu olan gruplarla karşılaşmakta, bu nedenle yaşam boyu cinsellik konusunda sıradan bireylere danışmanlık yapma becerisi kazandırmak amacını yerine getirememektedirler.

### **Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar**

Cinsel ilişkide, hastalık etkeninin bulunduğu vücut salgılarının genellikle zedelenmiş vajina, anüs ya da ağız mukozasına yakın teması ile insandan insana bulaşan bir grup hastalıktır (CYBH). Daha önce gonore, frengi gibi sınırlı sayıda hastalık için kullanılan venerial-zührevi hastalıklar terimi yerine kullanılan CYBH, AIDS ve Hepatit B-C gibi, kan yoluyla da bulaşan sağlık sorunlarını da içeren 20'den fazla enfeksiyonu kapsar. İnsan bağışıklığını ortadan kaldıran immünyetmezlik virüsünün (HIV) bulaşması ile yeniden güncellenen CYBH'lar insanlık tarihi kadar eski bir halk sağlığı sorunudur. Öncelikle toplumun cinsel aktif olan erişkin nüfusu etkileyerek gebelik kayıpları, doğumsal enfeksiyonlar ve yenidoğanlarda körlüğe dek giden enfeksiyonlar ve ölümler nedeniyle gebe ve yenidoğan sağlığı üzerinde de önemli olumsuzluklara yol açabilirler. CYBH'lar günümüzde milyonlarca erişkinin toplumdan dışlanmasına, tedirginlik, korku ve meydan okuma duyguları ile ruh sağlığını bozmakta; yarattığı bedensel rahatsızlık hissi ve komplikasyonlarla yaşamı çok yönlü olarak etkilemektedirler.

Birçoğu belirti vermeden ya da özgün belirtileri olmadan seyreder. En sık raslanan belirtileri üreme organlarında ülser, akıntı ya da siğillerdir. Bir etkenin deri ve mukozada neden olduğu zedelenme, derinin koruyucu etkisini bozduğundan başka etkenlerle kolayca hastalanmaya da neden olur. Kadınlarda gonokok ve klamidya enfeksiyonlarının çoğunun belirtisi yoktur. Ancak her iki durumda da belirti olsun olmasın üreme kanallarında kalıcı değişiklikler yaparak kapanmaya yol açabilir. Karın içi apse oluşumu ile hastane tedavisi gerektiren durumlar yaratarak ciddi sorunlara neden olabilirler. Süregen kasık ağrıları, kısırlık, dış gebelikler bu hastalıkların kalıcı etkileridir. HIV bulaşması sonrası AIDS bulguları gelişene dek uzun yıllar geçmesi; yine bir CYBH olan HPV bulaşmasından yıllar sonra rahim boynu kanseri gelişebilmesi CYBH'ların sessiz ve uzun soluklu ölümcül hastalıklara yol açan bir korku haline gelmesi için geçerli nedenlerdir. Geçmişte tedavisi mümkün olmayan sifiliz-frengi de yıllar sonra neden olduğu ciddi kalp, beyin ve diğer sistemik etkileriyle kitle halinde ölümlere neden olmuştur.

Bu hastalıklara neden olan bakteri ve virus türü etkenlerin yıllarca hastalık belirtisi vermeden, başka insanlara bulaşma özelliği, yeni sessiz kurbanları korumak sorumluluğuyla, CYBH grubunu ciddi bir halk sağlığı sorunu haline getirmiştir. Bu özelliğini vurgulamak için tıbbi literatürde CYBH terimi yerine cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) teriminin kullanılması önerilmektedir. Bakterilerin neden olduğu hastalıkların tanı ve tedavilerinin daha

kolay olması kontrollerinin görece olarak başarılı olmasını sağlayabilir. Özgün belirtileri olmayan enfeksiyonların, çoğunlukla ciddiye alınmayabileceği, ciddi belirtiler olduğunda da sağlık hizmeti almak için utanıldığı, başvuru yapılsa bile tanının ucuz ve kolay olmadığı, tanı kalsa da doğru tedavi verilemeyeceği, virusler nedeniyle olanların bir kısmının tedavisinin olmadığı, tedavi verilmişse de toplumun bir kesiminin ilaçlarını alamayacağı, alsa da kullanmayabileceği düşünüldüğünde, geçirildikten sonra bağışıklık bırakmayan, CYBE'lerin kontrolünün ne kadar zor olduğu görülebilir. Yine bu nedenlerle gerek sağlık hizmeti kayıtları, gerekse araştırmalarla enfeksiyonların sıklığını belirlemek güçtür.

## Dünyada Durum

Gerçeğin bilinmesinin güç olduğunu kabul etmekle birlikte, dünyada son yıllarda, yılda 350 milyona yakın tedavi edilebilir, milyara yakın sayıda da viral CYBE bulaşmasının olduğu ve bunların çoğunun gelişmekte olan ülkelerde bulunduğu hesaplanmaktadır. Bölgeden bölgeye ve etkenlere göre CYBH'ların önem sıralaması ve görülme sıklığı değişmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde CYBH 15-45 yaş kadınlarda, anneliğe bağlı hastalık ve ölümlülük nedenlerinden sonra, ikinci sıklıkta yaşam yılı kaybı nedenidir. Erkeklerde ise HIV pozitifliği en sık görülen sağlık sorunudur. Dünyada 20 milyondan fazlası Afrika'da, yarıya yakını kadın olan 30 milyondan fazla HIV pozitif nüfus olduğu hesaplanmaktadır. Üç milyona yakını 1999 yılında, salgının başından beri ise 16 milyondan fazla ölümün nedenidir. Bu olguların % 90'dan fazlası gelişmekte olan ülkelerdedir. Hastalıklar için yapılan yıllık harcamanın en az 3,5 milyar dolar olduğu hesaplanmaktadır.

HIV enfeksiyonlarının yaygınlaşmasına kadar CYBH kontrol programları öncelikli sağlık önlemleri arasında değildi. Bu durum; bu tür enfeksiyonların kolay tanınmaması, etkili ve ucuz tedavilerinin olmayışı kadar, özellikle gelişmekte olan ülkelerde sadece seks işçileri gibi toplumun görmezden gelerek dışladığı küçük grupları ilgilendiren bir sorun olarak görülmesine bağlıdır. Konunun sosyal bir tabu olması da bu ihmalin nedenlerinden biridir. Aslında gelişmekte olan ülkelerde CYBH etkileri ve bunlara bağlı komplikasyonlar, HIV enfeksiyonlarını dışarda tutsa bile, yetişkinlerin sağlık hizmetini en çok talep ettikleri beş neden arasındadır. Araştırmalar, CYBH'ların eşi ve kendisi yaşam boyu başka kimseyle cinsel ilişkide bulunmamış insanlar dışında herkesin karşılabileceği bir sorun olduğunu göstermektedir. Kendini tek eşli olarak bilen pek çok kadın ve erkek eşi aracılığıyla CYBH'lara yakalanabilir. Cerrahi işlemler ve kan nakli ile etkilenebilirler. Bebekler annelerinden daha doğmadan ya da doğum sırasında enfeksiyon alabilirler. Bir etkenle bulaşmak, başka enfeksiyonlarla karşılaşmayı kolaylaştıran bir durumdur. Cinsel davranışların bireylerin sosyal özelliklerine paralel belli bir örüntüsü olmadığı kabul edilmektedir. Cinsel yaşamın tahmin edilemeyen ve başkalarıyla paylaşılmayan bir konu olma özelliği, CYBE kontrol programlarında, cinsel aktif nüfusun konu ile ilgili, yaygın ve örgün eğitimini özellikle önemli kılar.

## **CYBH'in Kontrol Programlarının Yönetilmesi – Genel Öneriler**

CYBH'in önlenmesi ve bakımının hedefi bu hastalıkların bulaşmasının ve yayılmasının önüne geçerek, enfeksiyon süresini kısaltarak ve enfekte kişilerde komplikasyon gelişmesini durdurarak prevalansı azaltmaktır.

CYBH'ların kontrolü için etkili bir politika izlenmelidir. Bu politika birincil koruma yoluyla prevalansın azaltılması ve olguların etkili yöntemlerle tedavi edilmesini içerir. Birincil önleme bütün toplum bireylerini kapsar ve sağlıklı insanların bu enfeksiyonlarla karşılaşp hastalık edinmesini önlemeye çalışır. Bu amaçlı hizmetler, güvenli seks davranışlarının sağlık eğitimi çalışmaları yoluyla yaygınlaştırılmasını kapsamaktadır.

İkincil koruma enfekte olmuş kişilerin tedavisini konu almaktadır. AIDS ve tedavi edilemeyen diğer viral enfeksiyonlar dışındaki tüm CYBH'ların tedavi edilmeleri hastalığı iyileştirir ve hastanın kurtarılması yanında bulaştıracığı diğer tüm bireyleri de kurtarır.

Sorunun boyutunun büyüklüğü bu enfeksiyonların kontrolü için özel yaklaşımlar oluşturulmasını zorunlu kılmıştır. Bu yaklaşımlar şunlardır:

- güvenli seks davranışlarının desteklenmesi
- kondom kullanımının desteklenmesi
- sağlık hizmetlerinin kolay ulaşılabilirliği ve etkinliğinin sağlanması
- sağlık hizmetini talep etme davranışının desteklenmesi
- CYBH kontrol programlarının temel sağlık hizmetleri ve diğer sağlık hizmetleri içine entegrasyonu
- CYBH açısından yüksek risk gruplarına özgün hizmetlerin sağlanması
- konjenital sifilizin ve neonatal konjonktivitinin önlenmesi ve bakımı ile ilgili programların uygulamaya koyulması
- belirtili ve belirtisiz enfeksiyonların erken tanısına yönelik çalışmaların sürdürülmesi.

CYBH'in önlenmesi bu alana kaynak ayıracak ülkeler için maliyet-etkin bir sağlık yatırımı seçeneğidir. Günümüzde sağlık yatırımlarının maliyetlerini ve bunların sağlığa olan etkilerini ölçmede kullanılan yaygın bir ölçüt olan sağlıklı kazanılmış yaşam yılları (DALY - disability adjusted life years) ölçütüne göre CYBH kontrol programları maliyet-etkililiği yüksek sağlık önlemleri arasındadır. Bu yatırımların ayrıca hastalık geçişini önleyecek olumlu etkileri de hesaba katılırsa maliyet-etkinliğinin daha da yükseleceği belirlenir. Birleşmiş Milletler'in AIDS'in önlenmesi ve kontrolü için çalışan kuruluşu UNAIDS, uzun süreli etkileri ve bulaştırılacak potansiyel vakaların sağlığının korunmasını gözönüne alarak yaptığı hesaplamalarda HIV kontrolü için 1\$'dan daha az bir maliyetle 120 DALY kazanılacağını bildirmiştir.



CYBH'nin geleneksel tanı yöntemi laboratuvar testleridir. Ancak bu olanaklar her zaman bulunmayabilir veya işlemler pahalıdır. Bu nedenle 1990 yılından bu yana hiç değilse belirtisi ve/veya öyküsü olanlara tanı ve tedavi yapabilmek için özel bir yaklaşım geliştirilmiştir.

Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın "Üreme Hakkı Ve Sağlığı" başlıklı önerileri arasında CYBH'ların kontrolü de bulunmaktadır. İlgili eylemlerin izlendiği Beşinci Yıl İzlem (ICPD +5) toplantısında da kontrol hedefleri aşağıdaki cümlelerle tekrarlanmıştır:

- Hükümetler her türlü CYBH'nin önlenmesi için eğitim ve hizmeti sağlamaya yönelik acil tedbirler almalıdır.
- Hükümetler, CYBH'ları temel sağlık hizmetleri içinde üreme sağlığı ve cinsel sağlık programlarının bir parçası olarak görmelidir.
- Hükümetler, UNAIDS'in de yardımıyla 2010 yılına kadar 15-24 yaş grubunun % 90'ının HIV ile ilgili bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşabilirliğini sağlamalıdır.

Dünyada genellikle uluslararası göçlerin olduğu yörelerde işsizlik, stres, madde bağımlılığı artar. Aile dışı yaşamla birlikte para karşılığı cinsel ilişki bir gelir kaynağı olur. Değişen sosyal koşullarla birlikte aralarında riskli cinsel davranışların da bulunduğu yeni davranışlar artar. Türkiye'nin son on yılda sosyal ve ekonomik anlamda yeni değerlerin olduğu Balkan ve eski Sovyet ülkeleri arasında kalarak bölgedeki karmaşa ve nüfus hareketlerinden etkilenmesi CYBH kontrolü açısından özellik taşımaktadır.

## B. Mevcut Durum

### 1. Temel Göstergeler

Kahire Konferansı Bildirgesinin 4.29 ve 7.41 bölümlerinde aktif üreme yaşı öncesi gençlerin yetişkinliğe hazırlanmaları ve üreme sağlığı ve nüfus konularında eğitilmeleri öngörülmüştür. Türkiye'de de VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Nüfus ve Nüfusun Yapısı Özel İhtisas Komisyonu, Aile Planlaması Alt Komisyon Raporunda Nüfus Eğitimi kapsamında:

- Örgün eğitimde orta okuldan başlayarak, Fen, Sağlık Bilgisi ve Biyoloji dersleri programları ve ders kitaplarının bir komisyon tarafından incelenerek sağlıklı üreme ve AIDS konularında ilaveler yapılması öngörülmüştür. Bu çalışmalar henüz sonuçlanmamıştır.
- Sektörlerarası işbirliği ile orta öğretimden başlayarak tüm resmi ve özel okullarda eğitim öğretim programlarında nüfus eğitimi yapılması, kapsam ve içeriğinin Sağlık Bakanlığı ile işbirliği içinde hazırlanması öngörülmüştür. 1996-97 öğrenim yılında yürürlüğe giren Sağlık Bilgileri dersi 9. sınıf öğrencilere hitap etmektedir. Talim Terbiye Kurulunca yapılan çalışmalar kısmen Sağlık Bakanlığı ile işbirliği içinde sürdürülmektedir.
- Toplumun bilinçlendirilmesinde öğretmenlerin daha etkin rol alması için hizmet içi eğitimlerin yapılması öngörülmüştür. Bu kapsamda gönüllü kuruluşlarla işbirliği yapılmış pek çok öğretmen AIDS konusunda eğitilmiştir.

Son yıllarda yapılan çok sayıda araştırma ilköğretim, lise ve üniversite gençliğinin cinsel sağlık konularında eğitim ihtiyacı içinde olduğunu, bu eğitimi de okuldan almak istediklerini belirlemiştir. Erkek çocuklar daha bilgisiz olup asıl bilgi kaynakları arkadaşlardır. Annenin eğitim düzeyi yükseldikçe kız çocuklarının da bilgileri artmaktadır. İhtiyacın karşılanması için planlanan eğitimin, ilk öğretim yıllarından sonra yapılmasının hem geç olacağı hem de lise çağında okullaşma oranının kızlarda % 30, erkeklerde % 42 olduğu düşünülürse nüfusu kapsama ve etkinlik açısından sınırlı olacağı düşünülmelidir. MEB ve Sağlık Bakanlığı'nın birlikte yürüttüğü Sağlığı Geliştiren Okullar Projesinde cinsel sağlık bölümünün kapsam dışına alınması bu açıdan kaçırılmış bir fırsattır. Okullarda sunulan sağlık hizmeti içine kolayca yerleştirilecek cinsel sağlık bilgilendirme ve danışmanlık uygulamaları için öğrenciler, veliler ve okul yöneticilerinden olan talep artmakta, gönüllü kuruluşlar bu talebi karşılamak için gayret sarfetmektedirler. UNFPA Programı içinde İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı eğitim fakültelerinde öğrencilerin cinsel sağlık eğitimlerinin yapılması için bir eğitim programı geliştirmiş, öğretmen eğitimi yapmış, eğitim materyali üretmiştir. Gelecekte kalıcı etkileri olabilecek bu projenin çalışmaları sürmektedir.

Türkiye'nin de yer aldığı Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nin 21. yüzyıl için belirlediği 21 hedef içinde CYBH'larla ilgili hedefler yedinci sıradadır. Bu hedeflere göre 2010 yılından önce kongenital sifiliz insidansı 1000 canlı doğumda 0.01'in altına inmelidir. 2015 yılına kadar da HIV/AIDS ve CYBH vaka sayıları ve ölüm insidansları sürekli bir azalma göstermelidir.

Ülkemizde CYBH hakkında güvenilir olmayan ve sınırlı sayıda veri mevcuttur. N. Gonore (bel soğukluğu) enfeksiyonlarının bildirim zorunlu hastalıklar arasında yer almasına rağmen Sağlık Bakanlığı'na sadece genelev kadınları ile ilgili veriler ulaştırılmaktadır. Sağlık Bakanlığı 1997 yılı verilerine göre 3.267 hayat kadınında 1.136 gonore vakası, 27 hepatit, 36 sifiliz ve 315 diğer CYBH tespit edilmiştir. Sifiliz olgularının 100.000'de 5 sıklıkta görüldüğü bildirilmektedir. DİE 1994 ölüm istatistiklerine göre sadece 0 yaş grubuna bakıldığında 22 adet sifilizden ölüm vakası bildirilmiştir. Sağlık Bakanlığı kayıtlarında HBV enfeksiyon morbidite hızları, 1996 ve 1997 yılları için sırasıyla yüzbinde 3.9 ve 6.9 olduğu belirlenmektedir. Türkiye'de değişik küçük çaplı araştırmalardan elde edilen genel izlenim, klamidya enfeksiyonlarının gonore enfeksiyonlarından daha yaygın olduğu yönündedir.

Uygulanması öngörülen önlemlerin ve etkili eğitim programlarının bulunmaması, HIV/AIDS'in giderek önemli bir sorun olduğunu düşündürmektedir. İlk kez tanı konan 1985 yılından 1992 yılına kadar her yıl belirgin bir artış göstermeyen HIV pozitif olgular, son yıllarda katlanarak artmaktadır. Belirlenen sayıların gerçeği gösterdiğini söylemek; hizmet sunanların sürveyansın önemini kavramaması ve hastalarını gizli tutma istekleri gibi nedenlerle, mümkün değildir. Kan verme işlemi sırasında donörlerde yapılan incelemeler vakaların belirlenmesi için bir kaynak olmuşsa da toplam incelenen verici sayısı bildirilmediği için geçerli bir hız hesaplanamamaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 1998 yılında belirlenen 111 yeni vaka ile 1999 yılı başında AIDS/HIV pozitif olgu sayısı 896'ya ulaşmıştır. Üçte biri AIDS basamağında ve çoğu 20-40 yaşlar arasında erkekler olan vakaların yarıya yakını heteroseksüel olup dörtte biri ile ilgili özel bir bilgi yoktur. Madde

bağımlıları grubun onda birini oluşturmakta , homoseksüeller ise daha da az orandadır. Vakaların % 2'si çocukdur. Her ne kadar bilinen vakalar komşu ülkelere göre az olsa da, son yıllardaki Batı ve Orta Anadolu merkezli artış HIV/AIDS'in geleceğin en önemli sağlık sorunları arasında olabileceğini düşündürmektedir. Pek çok kişi HIV/AIDS'in yabancılardan alınan bir bulaşma olduğunu düşünerek, dış ülkelerde çalışanlar, turistler ve komşu ülkelere gelen seks işçilerini suçlamaktadır. Oysa HIV istatistikleri, beşte bir olgunun yurt dışında yaşayanlar arasında olduğunu göstererek, bu grupların sınırlı bir payı olduğunu yansıtmaktadır. AIDS'in yalnızca homoseksüeller ve fahişelerin hastalığı olduğu fikri ile "başkasının sorunu" olarak dışlanması toplumda sık görülen bir tutumdur. Bu yargı yöneticiler ve medya mensupları arasında da vardır. AIDS olgularının basında ağır suçlu ya da terörist gibi afişe edilmesi bu yanlış tutumun davranış göstergesi olmaktadır. Zührevi Hastalıklar Mücadele Tüzüğü'nde de bu hastalıkların fuhuş yüzünden bulaşan hastalıklar olduğu belirtilmektedir.

Bu hastalıklar arasında yer alan frengi-sifilize karşı mücadele, geçmişte önemli bir halk sağlığı sorununun çözümlenmesinde başarılı olmuştur. Günümüzde yapılan araştırmalar, Türkiye'de CYBH kavramı ve kontrol programlarının içeriğinin ne genel nüfus ne de hekim ve hekimdışı sağlık personeli tarafından tam olarak bilinmediğini göstermektedir. Bazı araştırmacıların görüşlerine göre ülkemizde CYBH'in sadece hayat kadınları gibi küçük bir grubu ilgilendirdiği düşüncesi yaygındır. Ancak 1992 yılında İstanbul'da yeni yerleşim bölgelerinden birinde yapılan bir çalışmada yöredeki toplumu temsil edecek büyüklükte bir örnekte üreme çağındaki tümü evli kadınlarda tedavi edilebilen CYBE sıklığı % 8 olarak belirlenmiştir. Örnek sayıları sınırlı olan diğer klinik araştırmalarda değişik sıklıklar görülmektedir.

Toplumda CYBH farkındalığı bazı yerel araştırmalarla olduğu gibi ulusal düzeyde 1998 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda değerlendirilmiştir. Araştırma bulgularına göre, AIDS kocaların % 93'ü, kadınların % 84'ü tarafından bilinmektedir. AIDS Doğu Anadolu'da daha az (kocaların % 78'i, kadınların % 58'i), diğer CYBH'lar daha da az bilinmektedir (kocaların % 54'ü, kadınların % 35'i). Korunma yolu bilmeyenlerle yanlış bilenler kadınların % 57'si, kocaların % 33'üdür. Asıl bilgi kaynağı televizyon, daha az radyodur. Yazılı basından erkekler daha fazla yararlanmaktadır. Tek eşlilik, prezervatif kullanma, seks işçilerinden uzak durma sırasıyla sayılan kaçınma önlemleridir. Kadınların üçte biri, kocaların dörtte biri, sağlıklı görünen bir kişinin CYBH/AIDS bulaştırmayacağını düşünmektedir. En etkili önlem olarak bilinen prezervatif kullanımı gebelikten korunma yöntemleri arasında üçüncü sıklıkta tercih edilmekte, ancak sıklığı kadınların ifadesine göre % 8, eşlerine göre %11'dir. Hapla gebelikten korunanların iki katı fazla sıklıktadır. Beş yıl önceye göre (%7) kullanmada belirgin bir artış olmamışsa da azalmamıştır. Nüfus artışı da dikkate alınır, prezervatif kullanımının sayıca arttığı hesaplanabilir. Prezervatif kullanıcıların üçte ikisi yöntemi eczaneden, dörtte biri sağlık ocağından sağlamaktadır. Daha önce deneyenler üçte bir sıklıktadır. Yine kocalar daha fazla kullanım bildirmektedir. Yöntemi hiç duymamış eş oranı % 6, her ikisi de bilen eş oranı % 76'dır.

CYBH/AIDS'i yaygın olarak duyduklarını söyleyenler arasında korunma önlemi bilmeyenlerin çoğunlukta olması, bilgisizliğin boyutunu göstermektedir. Yine İstanbul'da bir

aile planlaması kliniğinde grup tartışmaları ve derinlemesine yapılan görüşmelerle bilgi toplanan bir araştırmada kadınların hastalıkları tanımadığı, en çok AIDS'i bildikleri, ancak onun da nasıl bulaştığını bilmedikleri öğrenilmiştir. Katılımcılar en çok uzmanların olduğu TV programlarının yararlı olduğunu, gazetelere ise güvenmediklerini söylemişlerdir. Aslında en çok sağlık personelinin bilgilenmek istemektedirler, ancak hiç bir sağlık personeli onlara bu konularda bilgi vermemiştir. Sağlıkçılarla cinsellik ve hastalıklar konusunda önce sıkılaşmalar da alışıp konuşabileceklerini düşünmektedirler. Aynı cinsten olursa daha iyi iletişim kurabileceklerdir. Klinikte CYBH hakkında bilgi verilip, tarama yapılmasından memnun olduklarını bildirmişlerdir. Bu uygulama kuşku verici değil, kaliteyi artıran bir öge olarak takdir edilmiştir. Bu konularla uğraşacak sağlık personelinin arkadaş gibi ama saygılı olması, rahat ve güven verici tutum içinde olmalarının şart olduğunu bildirmişlerdir. Bir başka araştırmada aile planlaması kliniklerine başvuran kadınlara cinsel yolla bulaşan hastalık geçirme öyküsü ve son üç ayda kendisinin ve eşinin başka eşle cinsel ilişkisi olup olmadığı sorulmuştur. Cevaplamayı reddeden yok denecek kadar azdır. Az olsa da bu bilgiler klinik görevlileriyle paylaşılmıştır. Kadınların önemli bir kısmı eşinin başkasıyla ilişkisi olup olmadığını bilmediğini söylemiştir.

Türkiye düzeyinde durum bilinmemekle birlikte, İstanbul'da yapılan bir araştırmada üreme sağlığı hizmetlerinde çalışan sınırlı sayıda uzmanın çoğu cinsel yolla bulaşan hastalıkların yönetimi gibi cinsel sağlık ve karşılaşılan sorunları çözümlenmesi konusunda yeterli eğitim almadığını bildirmiştir. Bu durumda CYBH gibi özellik taşıyan zor bir konuda kaliteli hizmet sunumu yapılması beklenemez. Cinsellik konusundaki eğitimsizlik; kadın doğum, üroloji ve infertilite kliniklerinde çalışan uzman doktor eğitimciler tarafından da dile getirilmektedir.

Komşu ülkelerle birlikte politik ve ekonomik bazı özel durumlar, Türkiye'nin CYBH/HIV kontrolü konusundaki uygulamalarını olumsuz olarak etkilemektedir:

- \* Bölgedeki hareketli nüfus uluslararası kontrolü zorlaştırmaktadır.
- \* Sosyo-ekonomik kriz daha öncelikli olarak çözüm bekleyen başka sorunlar yaratmaktadır.
- \* Sık olan yönetim değişiklikleri kurumlararası, sektörlerarası iletişimi ve işbirliğini aksatmaktadır.
- \* Gönüllü katkılar yetersiz kaynaklarla sınırlıdır.
- \* Nüfusun ve ülke yüzölçümünün büyüklüğü, iletişimi zorlaştırmakta, fazla kaynak gerektirmektedir.

CYBH/HIV-AIDS kontrolü konusunda komşu ülkelerde bulunmayan olumlu gelişmeler gelecek için önemli bir potansiyel oluşturabilir:

- \* Ulusal işbirliği için zemin oluşturulmuştur. Avrupa Birliği'nin desteği ile Türkiye Aile Planlaması Derneği tarafından yürütülen "AIDS için Üst Düzey Politikacı ve Karar Organları Girişimi" projesi kapsamında, 1996 yılında Başbakanlığın koordinasyonu ve Sağlık Bakanlığı'nın başkanlığında 31 gönüllü kuruluş ve kamu kuruluşunun katılımı ile TAPD'nin sekreteryasını yürüttüğü "Ulusal AIDS Komisyonu" kurulmuştur. Bu Komisyon Türkiye'de HIV/AIDS'in önlenmesi için hedef ve stratejileri belirleyerek, ulusal eylem planı hazırlamıştır. Başlangıçta yoğun çalışmalar yapan grup, proje olanaklarının

sonlanması, değişen hükümet, gönüllü kuruluşların iç düzeni gibi nedenlerle son zamanlarda öncelikli işler arasında hakettiği etkinliği gösterememiş, bir yıldır toplanmamıştır.

- \* Ulusal AIDS Komisyonu “AIDS’i Önlemede İnsan Hakları ve Kamu Özgürlüklerinin Korunması“ isimli bir yayımla görüşlerini ilgili kuruluş ve kurumlara iletmiştir. Vakalara karşı yoğun bir yaftalama ve izolasyonla çalışma ve günlük yaşamları engellenerek ihlal edilen hakların kazanılması için “HIV’le birlikte yaşama” teriminin yerleştirilmesi, gerçek dışı bilgi ve yanlış tutumların aşılması ile vakalara ayrımcılık yapılmasını önlemeyi amaçlayan bu yayımla gibi pek çok çabada da gönüllü kuruluşlar ve Sağlık Bakanlığı’nın Sosyal Hizmetler Koordinatörlüğü işbirliği yapmaktadır.
- \* HIV/AIDS’li tüm vakalara üçlü tedavi yapılabilmektedir. Sosyal güvenlik kuruluşlarına bağlı olgular SSK, devlet ve üniversite hastanelerinde tedavi edilmekte, ayakta tedavide kullandıkları ilaçlar karşılanmaktadır. Sosyal güvencesi ve ödeme gücü olmayanların tedavileri yeşil kart kapsamında devlet ve üniversite hastanelerinde yapılmakta, ayaktan tedavide kullandıkları ilaçları ”Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu" Genel Sekreterliğine bağlı il ve ilçe vakıflarınca zaman zaman ciddi bürokratik sorunlar yaşanmakla birlikte karşılanmaktadır. Bu olanak yine de AIDS’le savaşta kazanılmış değerli bir adımdır.
- \* Gönüllü kuruluşlar kaynak buldukları ölçüde aktif olarak programları desteklemekte, tabu olduğu sanılan cinsellik konusunda çalışmalarını gerçekleştirip, ilgilileri cesaretlendirmekte, çözüm üretmeye katkı yapmaktadırlar. İstanbul’da olanlar iletişimde zorlandıklarını iddia etmekle birlikte, başarılı projeler yürütmektedirler. i) AIDS Savaşım Derneği genç akran eğitim programları ile HIV/AIDS’le birlikte yaşamı desteklemektedirler. ii) İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı seks işçilerinin eğitim gereksinimlerini belirlemiş, akran eğitim programı geliştirip uygulamıştır. Araştırmada İstanbul’da çalışan seks işçilerinden vesikasız olanların daha genç, işte yeni ve daha az eğitilmiş oldukları, daha az prezervatif kullandıkları ve daha çok CYBH geçirdikleri belirlenmiştir. Vesikalı olanlar sürekli, diğerleri de çoğunlukla sağlık kontrolü altında olduklarını bildirmişlerdir. Sevgili ya da eşleriyle yaşamlarında prezervatif kullanmadıklarını, müşterilerden de prezervatif takmak istemeyenler olduğunu, sıklıkla da koruyucu olarak antibiyotik kullandıklarını belirtmişlerdir. Güvenli seksin karşılıklı bir sorumluluk olduğu, riskli grup değil, riskli davranışların üstesinden gelinmesine önem verilmesi gerektiği araştırma bulgularıyla doğrulanmıştır. CYBH tanı ve tedavi hizmetlerinde hizmeti alanların ve verenlerin uyum içinde ve bilgili olmalarının sağlanması kontrol programlarının başarısında anahtar öğedir. Sağlık hizmeti verenler itici değil, geliştirici olmadıkları. Yaftalanmak, hizmetten kaçmaya, tanı ve tedavinin yapılmamasına neden olmaktadır. Bu amaçla projede CYBH hizmeti sunan kurumların geliştirilmesi için, gereksinim belirleyip eğitim programı oluşturulmuş, eğitim materyali üretilmiştir. iii) Türkiye Aile Planlaması Derneği Ulusal AIDS Komisyonu sekreteryaya görevi yanısıra Gençlik İçin Akran Eğitimi Projesi, Erkeklerin Eğitimi ve Trabzon’da CYBH/AIDS Bilgilendirme Çalışmaları’nı yürütmektedir. Ayrıca telefonla danışma hattı aracılığıyla CYBH/AIDS hakkında ülke düzeyinde bilgi sunmaktadır. iv) Hacettepe AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi (HATAM) 1997 yılında

Hacettepe Üniversitesi'nde Enfeksiyon Hastalıklar Ünitesine bağlı olarak kurulmuştur. HATAM'ın tanı ve tedavi laboratuvarı kurulması amaçlanmaktadır. HATAM, tanı ve test için danışmanlık, hekim, hemşire, öğretmenler için eğitici eğitimi kursları, konferanslar, yaz okulları düzenlemekte, HIV olgularına tedavi sağlamak ve 3 ayda bir yayınlanan HIV/AIDS Dergisi yayınlamaktadır. v) AIDS ile Mücadele Derneği "Çocuk ve Ergenler için Uyuşturucu Mücadelesi" Projesi kapsamında gençleri eğitmekte, konferanslar düzenlemekte, AIDS Dergisi yayınlamaktadır. İzmir'de Sağlık Bakanlığı ve Dokuz Eylül Üniversitesi'yle ortaklaşa "Ulusal Sempozyumlar" düzenlenmiştir. Polislere, erlere, işçilere yönelik eğitim seminerleri verilmiştir. vi) İstanbul AIDS Savaşım Derneği, bir danışma merkezi olarak çalışmaktadır. IV. AIDS Kongresini düzenlemiştir. Dernek, er ve erbaşların, sağlık personelinin, eğitim ve kitle iletişim araçları vasıtasıyla toplumun eğitimi konularında faal olarak yer almıştır. vii) Ankara AIDS Savaşım Derneği, üniversite ve lise öğrencilerini, Ahlak Masası polis ve komiserlerini eğitici faaliyetler düzenlemiştir. "HIV/AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Diğer Hastalıklar Eğitici Eğitimi" kapsamında pratisyen hekimlere ve aile hekimi uzmanlarına eğitim kursu düzenlenerek sertifika verilmiştir.

\* Birleşmiş Milletler AIDS için Yardım Fonu, UNAIDS 1996'dan beri Balkan ülkelerine yardım etmektedir. Ortak çözümler oluşturma projeleri geliştirmektedir.

Türkiye'de cinsel sağlık konusunda anılması gereken bir yenilik de cinsel suçların incelenmesi sırasında fizik muayene yapılırken mağdurun ya da velisinin izninin istenmesinin uygulamaya girmesidir. İzin alınmadığı hallerde ise savcının hükmü aranmaktadır. Bu uygulamanın cinsel örselenmeleri koruyucu bir önlem olarak sağlığı geliştirici etkileri olacağı düşünülmüştür.

### C. Öneriler

1. Cinsel sağlık bilgileri eğitiminin okul öncesi dönemden üniversiteyi de kapsayacak şekilde yaşa göre düzenlenmiş müfredat ile sağlık eğitiminin bir parçası olarak örgün eğitime yerleştirilmesi, bu amaçla her düzeyde öğretmenlerin sağlık eğitimlerine öncelik verilmesi,
2. Okullarda sağlık hizmetleri içine cinsel sağlık danışmanlığının bir özbakım gereği olarak entegre edilmesi,
3. İşyeri sağlık hizmetlerinde, orduda ve turizm çalışanları için cinsel sağlık bilgilerinin bir özbakım konusu olarak hizmet programlarına entegre edilerek özellikle erkeklerin bilgilendirilmeleri,
4. Tüm sağlık mesleklerinde cinsel sağlık bilgileri eğitimcilerinin sosyal bilimcilerin desteğinde yetiştirilmesi. Tıp Fakültelerinde, görel olarak yeni kurulmuş olan Aile Hekimliği Bölümlerinin, cinsel sağlık ve CYBH/AIDS konularında çalışan insan gücünü artırmak üzere görevlendirilerek geliştirilmeleri,
5. Adli ve sağlık çalışanlarının içerik ve nitelikleri açısından etik ve tarafsız hizmet sunabilmelerini sağlayıcı eğitim programlarına katılmaları,

6. Yaygın eğitimlerde cinsel sağlık konularının kapsam içine alınmasının sağlanması, evlendirme dairelerinde isteyenlere danışmanlık yapılması, yazılı bilgi kaynakları sağlanması,
7. Yurt dışında yaşayan Türklerin eğitimi için bilgilendirme materyali hazırlanması ve Türklerin yoğun yaşadıkları yerlerde dağıtılmasının sağlanması,
8. Kondom pazarlamasının desteklenmesi, özellikle turizm bölgelerinde kondom sağlanmasının kolaylaştırılması için otomatik araçlar bulundurulması,
9. CYBH/HIV-AIDS bilgilendirme, tanı ve tedavi hizmetlerinin ilk basamak sağlık kurumlarında eğitilmiş ekiplerce verilerek ulaşılabiliğinin yaygınlaştırılması,
10. HIV ve HBV enfeksiyonlarına karşı mücadelede yoğunlaşma ile diğer CYBH'lerin kontrolünün ihmal edilmemesi için yürütülen programların tüm hastalık grubu için olmaları, böylece ortak yararlar sağlanması,
11. Ulusal AIDS Komisyonu'nun yeniden çalışmasının sağlanması, yapılacak yasal düzenlemelerle Komisyon'un çalışma ve planlarının hayata geçmesi için kaynak sağlanması,
12. CYBH'a karşı yürütülecek çalışmalarda başarılı olunabilmesi için bu hizmetlerin temel sağlık hizmetleri içine entegre edilmesi için yasal zemin vardır. Bu uygulamanın gerçekleştirilmesi için sağlık personelinin hizmet içi eğitimine öncelik verilmesi ve hizmetlerin ücretsiz verilmesi ile talebin özendirilmesi,
13. Tanı ve tedavi süreçleri için geçerli standartların her düzeydeki sağlık personelinin CYBH açısından bilgi düzeyinin yükseltilmesi için mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarında sunulması,
14. Kayıt bildirim sisteminin CYBH kontrolü için gerekli, geçerli ve güvenilir bilgileri derlemeye elverişli olacak şekilde işletilmesi için tedavi hizmetlerinde çalışanlara süreyansın öneminin kavratılması; bildirim sisteminde gizlilik ilkesine uyulması ve uymayanlara caydırıcı yaptırımlar uygulanması,
15. Özellikle büyük şehirlerde, sağlık personelinin eğitim kurumları içinde, kolay ulaşılabilen çekici tanı ve tedavi merkezleri oluşturularak; tıbbi, psikolojik ve sosyal açıdan doğru yaklaşımların sergilenmesi; bu sayede tanı tedavi hizmetlerinin niteliğinin artması yanısıra, hizmet içi eğitimler için de uygun ortam yaratılması,
16. Riskli davranışları olan gruplara ulaşmada sivil toplum kuruluşlarının çalışmalarının daha etkili olması nedeniyle bu alandaki gönüllü çalışmaların Sağlık Bakanlığı ve uluslararası kuruluşlar tarafından desteklenerek işbirliği olanağının sağlanması,
17. Önleme stratejileri geliştirilirken insan haklarına dayalı etkili bir sosyal destek ve bakım yaklaşımı oluşturmaya özen gösterilmesi, önleme programlarının bireylerin ve toplulukların öz bakım sorumluluklarının desteklenmesiyle gerçekleştirilebileceğinin benimsenmesi gerekmektedir.

Bu önerilerden yalnızca 1. ve 4. önerinin yaygın olarak uygulanmaları uzun vadede çözümlenebilecektir. Diğerleri kısa vadede ele alınabilecek çözümlerdir.

**KAYNAKLAR**

1. Sağlık Bakanlığı, *Dünya Sağlık Raporu, 21. Yüzyılda Yaşam – Herkes İçin Bir Vizyon*. Dünya Sağlık Örgütü, Geneva – Türkçe Basım, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara:1998.
2. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, *Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Tanı ve Tedavi Rehberi* (Ed:Neyzi O., Yolsal N.), İKGV Yayını, İstanbul: 1997.
3. Sağlık Bakanlığı, *Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Faaliyet Planı*, Sağlık Bakanlığı Yayını. Ankara:1998.
4. Hayran, O.; Sur, H.; Kocaoğlu B., "Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve AIDS" Uluslararası Jinekolojik Enfeksiyonlar Kongresi'ne Sunulan Bildiri, Ekim 1999-İstanbul.
5. Şahin, N. "Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar: Dünyada ve Türkiye'deki Durum", *Sağlık ve Toplum*, Cilt 8, Sayı 3-4, Temmuz-Aralık 1998. S:61-67.
6. Way, P.O.; Schwartlander, B.; Piot, P. *The Global Epidemiology of HIV and AIDS, Sexually Transmitted Diseases*, Eds: K Holmes et all, Mc Grow Hill, New York:1999, pp.70-91.
7. Bulut, A. "Cost Benefit Analysis of Sexually Transmitted Diseases", *FEMS Immunology and Medical Microbiology*, 24, 199 , pp.461-467.
8. Bulut, A. *Cinsel Temasla Bulaşan Hastalıklarda Görülen Risk Faktörleri ve Davranış Modelleri, Cinsel Temasla Bulaşan Hastalıklar*, Ed: A. Ağaçfıdan, Ö. Arığ, Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Yayını No:35, Faik Yolaç Ofset, İstanbul: 1999, pp.53-60.
9. Aral, S.O.; Fransen, L. "STD/HIV Prevention in Turkey, Planning a Sequence of Interventions", *AIDS Education and Prevention*, 6, 1995, 544-554.
10. Çağlayaner, H. et all, "Sexual Education at MEF Schools", Annual Comngress of the European Society for Society for School Pediatrics 13-16 October 1999, İstanbul, Program and Abstracts,90.
11. Ortaylı, N.; Turan, J.M.; Nalbant, H.; Sahip, Y. "Bir Sağlıklı Kadın Kliniğinde Kullanıcıların CYBE Hakkındaki Düşünce ve Tutumları", *III. Cinsel Sorunlar ve Tedavileri Kongresi*, 26-28 Kasım 1999, İstanbul, Program ve Özet Kitabı, 36.



12. Çokar, M.; Nalbant, H.; Ortaylı, N.; Bulut, A. "Gençlerin Cinsel Sağlık Eğitiminin Desteklenmesi Projesi Kapsamında Eğitimcilerin Eğitimi", *III. Cinsel Sorunlar ve Tedavileri Kongresi*, 26-28 Kasım 1999, İstanbul, Program ve Özet Kitabı, 37.
13. Yüce, N.V.; Yolsal, N.; Çokar, M. "Knowledge, Attitude & Behaviour of Sex Workers Towards STDs and AIDS", *X. International Conference on AIDS and STDs in Africa*, Dec 7-11 1997, Abidjan, Cote d'Ivoire, Abstract Book, 260, B 719.
14. Yüce, N.V.; Yolsal, N.; Çokar, M. Kayatürk, F. "CYBH ve AIDS'in Önlenmesi İçin Seks İşçilerinin "Meslektaş Eğitici" Olarak Eğitimi, 3. *Türkiye AIDS Kongresi*, 4-6 Nisan 1997, Ankara: Özet Kitabı, 48.
15. DPT, *VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Nüfus ve Nüfusun Yapısı*, DPT Yayın No:DPT:2369-ÖİK:435, Ankara: 1994, 59-72.
16. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and STD in Albania, Bulgaria, the Former Yugoslav Republic of Macedonia, Romania and Turkey,1996-1998, Sofia-Bulgaria, June,1998.
17. İKGV-TAPD,*Gençlik ve Cinsel Sağlık*, İstanbul: 1995.
18. Bakırcı, M.Ç. "İlköğretimde Öğretmenlerin Hizmetiçi Eğitimlerinin Sağlık Bilgileri Üzerine Etkileri", Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi, 1997.
19. Sasaoğlu, F. "Lise Öğrencilerinin Doğurganlık ve Doğurganlığın Kontrolü Konusundaki Bilgi ve Tutumları", İstanbul Üniversitesi Ana ve Çocuk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi, 1994.
20. Özkan, H. "Üniversite Gençliğinin Aile Planlaması ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan Korunmaya İlişkin Yaklaşımları", İstanbul Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 1994.
21. Özyürek, E.; Nalbant, H. *Eğitim Fakültelerinde Son Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Sağlık Bilgisi İhtiyacının Belirlenmesi Araştırma Raporu*, Gençlerin Cinsel Sağlık Eğitiminin Desteklenmesi Projesi, İKGV, 1998.
22. Ortaylı, N.; Bulut, A.; Nalbant, H.; Kayatürk, F. *Türkiye'de Kadın Sağlığı Hizmeti Veren Dört Farklı Klinikte Diyafram Yönteminin Hizmete Katılımı Araştırma Raporu*, İÜ. Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İstanbul: 1998.
23. Fincancıoğlu, N.; Yolsal, N.; Aral, S. "Diagnostic and Therapeutic Practices of Health Care Providers Who Serve Persons at High Risk of STD/AIDS Including

Commercial Sex Workers in İstanbul, Turkey, *XI International Conference on AIDS*, 7-12 July, Vencouver, 1996, Abstract Vol.II Th. C4721.

24. Tiefer, L. *Sex is not a Natural Act and Other Essays*, Westview Press, 1995.
25. Ronsmans, C.; Bulut, A.; Yolsal, N.; Ağaçfıdan, A. *Clinical Algorithms for the Screening of Chlamydia Trachomatis in Turkish Women*, *Genitourin: Med.*, 92,1996. Pp.82-186,

### **Teşekkür**

**Sağlık Bakanlığı Sosyal Hizmetler Koordinatörü Sn. Hülya Keskin, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü Sn. Dr. Nilgün Şatırlar ve Türkiye Aile Planlaması Derneği'nden Zerrin Yaşar ve İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı'ndan Dr. Muhtar Çokar'a görüşlerini ileterek yaptıkları katkılar için teşekkür ederiz.**

## VI. İLERİ YAŞ ÜREME SAĞLIĞI

### A. Giriş

Yeni bin yıla girerken insanlık sağlık alanında pek çok gelişme kaydetmiştir. Günümüzde doğurganlık düzeyindeki ve ölüm oranlarındaki düşüşle birlikte doğumda beklenen yaşam umudu uzamıştır.

Günümüzde doğumda beklenen yaşam umudunun artması, yaşlı sayılan gurubun nüfus içindeki oranının artması, aile yapısının değişmesi, ailelerinin yaşlı ihtiyaçlarını karşılama güçlerinin yetersiz olduğu durumların ortaya çıkması, geleneksel yardım şeklinin yetersiz kalması, yaşlılara sunulacak hizmetlerin önemini artırmaktadır.

21. yüzyıl herkesin daha sağlıklı bir yaşama kavuşabileceği, parlak bir gelecek vaatmektedir. Bu yüz yılda gerçekleşebilecek olan yalnızca daha uzun bir yaşam değil, yaşamın kalitesinin de yükseltilmesidir. Kalitesi yükselen bir yaşamda hastalıklar ve hastalıklara bağlı sakatlıklar da azalacaktır. Yeni yüzyılda bir yandan yaşlı nüfusun sağlığını, bağımsızlığını, hareketliliğini sağlarken diğer yandan da hastalıklardan ve sakatlıklardan nasıl korunulabileceğini belirlemek gerekecektir.

Yaşlılık : İnsandaki büyümenin devamı, gelişim sürecinin son halkasıdır.

Yasalar ve tüzükler yapma amacı ile 65 yaşın başlangıç kabul edildiği kronolojik bir kavramdır.

Normal yaşlanma : Zamanın geçişine bağlı olarak, hastalık söz konusu olmaksızın, ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik işlev değişiklikleri olarak tanımlanmaktadır.

Toplumun yaşlanması : Mortalite ve fertilité düzeyindeki düşüşlerin sonucu olarak ortaya çıkan bir durumdur.

Beklenen yaşam süresi : Belirli bir yaştaki kişilerin kaç yaşına kadar yaşayacağını önceden tahmin etmektir. Beklenen yaşam süresi uzadıkça ileri yaşlara ulaşan kişi sayısında artma olacaktır.

### **Dünyada Yaşlanma ve Yaşam Beklentisi:**

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, bugün dünyada yaklaşık olarak 600 milyon 60 yaş ve üstünde yaşlı bulunmaktadır. Bunun 355 milyonu gelişmiş ülkelerdedir. 2020 yılında bir milyardan fazla yaşlı olacağı, 2050 yılında 2 milyarı bulacağı projekte edilmektedir ve insanlık tarihinde ilk kez yaşlı nüfusu (0-14) yaş nüfusundan fazla olacaktır. Yaşlı nüfus en fazla Asya'da (% 53) bulunmaktadır. Avrupa ise % 25 oranı ile ikinci sırada bulunmaktadır. Yaşlı kişilerin % 55'ini kadınlar oluşturmaktadır. Gelişmiş olan ülkelerdeki yaşlı kadın sayısı gelişmekte olan ülkelerdeki kadın sayısından daha fazladır.

Bugün toplam nüfusu 5 milyarın üzerinde olan 120 ülkede doğumda beklenen yaşam umudu 60 yıldan fazladır. Küresel olarak bakıldığında, doğumda beklenen yaşam umudu ortalaması 66 yıldır. Oysa bu ortalama 1955 yılında 48 idi. 2025 yılına gelindiğinde doğumdaki yaşam beklentisinin 73 yıla çıkacağı tahmin edilmektedir.

### **Türkiye'de Yaşlanma ve Yaşam Beklentisi:**

Ülkemizde 1990 nüfus sayımına göre 60 yaş ve daha yukarı yaştakilerin oranı % 7.23, 65 yaş ve daha yukarı yaştakilerin oranı ise 4.37'dir.(DİE, 1994) 2000 yılında 60 yaş ve üzerindeki kişilerin toplam nüfusa oranının % 7.8 olacağı tahmin edilmektedir. 2010 yılında 65 yaş ve üzerindeki yaşlıların oranının % 5.6'ya ulaşacağı tahmin edilmektedir.

Ülkemizde doğumda beklenen yaşam umudu giderek artmaktadır. Kadın ve erkek cinsiyetler arasında doğumda beklenen yaşam umudu arasındaki fark giderek daha belirginleşmektedir

Türkiye'de 1990-1995 yılları için doğumda beklenen yaşam umudu kadınlar için 69.7, erkekler için 65.1'dir.

Ülkemizde doğumda beklenen yaşam umudu 2000 yılı için kadında 71.5, erkekte 66.9'dur. 2005 yılı için kadında 72.7, erkekte 68'dir.(DİE 1994) 2050 yılında ise bu yaşın kadınlar için 76, erkekler için 70.9'a yükseleceği tahmin edilmektedir.

Geleceğe yönelik projeksiyonlardan da görülebileceği üzere, ülkemiz geleceğinde yaşlılık ve sorunları özellikle bu grubun artan nüfus payına bağlı olarak giderek önem ve öncelik kazanacaktır.

### **İleri Yaş Üreme Sağlığı Sorunları:**

Yaşlanma ve fonksiyonel kaabiliyet sadece genetik yapıya bağlı olmayıp, bireyin yaşamı boyunca içinde bulunduğu sosyal çevreye, yaşam biçimine, karşılaştığı risklere ve diğer pek çok koşula bağlıdır.

Aktif yaşlanma; sağlığın devam etmesi, aile, toplum, topluluğa karışarak yaşamaktır. Aynı zamanda yaşlıların günlük aktivitelerini devam ettirebilmeleridir. Yaşlıların fonksiyonel kapasiteleri, onların günlük aktiviteleri nasıl iyi yaptıklarıdır.

Üreme sağlığı kapsamında yaşlıların sağlık sorunları genetik yapı kadar bireyin cinsiyeti ve çevresel faktörler ile de bağlantılıdır. Tüm bu faktörler arasında ileri yaştaki üreme sağlığı ile ilgili durum ve sorunları cinsiyet çok belirgin olarak etkileyen bir faktördür. Zira, özellikle kadınlarda ortaya çıkan üreme organları malignansileri, kardiyovasküler problemler ve osteoporoz gibi sorunlar kadın üreme işlevinin bir parçası olan menopoz döneminden sonra spesifik olarak ortaya çıkan sorunlardır. Bu durum erkekler için çok daha az boyutta söz konusudur.

Üreme sağlığı sorunları tüm yaşam evrelerinde her iki cinsiyet arasında farklılıklar gösterir. Bu bölümde ele aldığımız ileri yaş üreme sağlığı konusu da, özellikle kadınlar için daha önemlidir.

Kadınlarda doğurganlık çağının sonu olan menopoz genellikle 45-55 yaşlar arasında ortalama 50 yaş civarında görülür. Yani kadınların ömrünün yaklaşık % 24'ü postmenapozal dönemde geçmektedir. Bilindiği gibi, yaşın ilerlemesi ve menapoza yaklaşma ile hormonal dengede değişiklikler buna bağlı olarak da fizyopatolojik değişiklikler ortaya çıkmaya başlar. Kadınların yaşam kalitesini düşüren; ateş basması, terleme, çarpıntı, baş ağrısı, uykusuzluk gibi vazomotor semptomlar, kas, kemik ağrıları, depresyon, dikkat kaybı, unutkanlık, libido azalması gibi rahatsızlıklar ortaya çıkar. Vajinal atrofi ve üriner problemler ortaya çıkar.

Yine bu dönemde kemik kitlesinde meydana gelen azalmalar kadında kalça ve vertebra kırık riskini artırır, bu da kronik ağrı, fiziksel bağımlılık ve hatta kırıklara bağlı komplikasyon nedeni ile ölüme bile yol açabilir. Osteoporoz ileri yaş erkeklerde de sorundur. Ancak hızı daha yavaştır. Araştırmalar 80'li yaşlarda kadınların % 40, erkeklerin % 25 kemik kaybına uğradığını göstermektedir.

Her iki cinsiyette de yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan üreme organ kanserleri (kadınlarda özellikle meme, over, endometriyum ve serviks; erkeklerde ise özellikle prostat Ca) önlem alınması gereken önemli halk sağlığı sorunlarıdır.

İleri yaşta kadın ve erkeklerde kardiyovasküler sorunlar önem kazanmaktadır. Kadınlar için orta yaş grubunda myokard enfarktüsü insidansı erkeklerden düşükken menapoz döneminde bu fark kapanır ve kardiyovasküler hastalıklar kadınlarda da ilk sıradaki ölüm nedeni haline gelir. Orta yaş üzeri kadınlardaki ölümlerin yaklaşık % 46'sı kardiyovasküler hastalık nedeniyle olmaktadır.

## **B. Mevcut Durum ve Temel Sorunlar**

1. Ülkemizde halen 60 yaş ve daha yukarı yaştakilerin oranı % 7.23 olup bu oranın 2000 yılında % 7.80 olacağı tahmin edilmektedir.

Üreme sağlığındaki sorunlar her iki cinsiyette de önemli olmakla birlikte, kadınlarda daha yoğun yaşanmaktadır. Ancak ülkemizde birinci basamakta çalışan sağlık personelinin koruyucu önlemler ve erken tanı ile ilgili yeterli eğitimi mevcut değildir. Bunun yanı sıra gerek birinci gerek ikinci basamak sağlık kuruluşlarında yaşlıların üreme sağlığını hedef alan koruyucu ve erken tanı için rutin programlar (kansere, osteoporoz ve kardiyovasküler riskler için tarama testleri) mevcut değildir.

Toplumun (birey ve ailelerin) konuyla ilgili, bilgi ve bilinci yetersiz olup "ileri yaş" geri plana atılan, ihmal edilen, önemli olmayan grup muamelesi görmektedir. Ülkemizdeki yaşlıların % 85'inin genellikle bir kronik hastalığı vardır. %35'inde 2, % 23'ünde 3, % 15'inde 4 veya daha fazla hastalık bulunmaktadır. İleri yaş üreme sağlığı ile ilgili ülkemizde yerel olarak küçük çaplı yapılan araştırmalar bazı ip uçları vermekle birlikte ülke düzeyinde geneli yansıtan

özellikle bu grubun üreme sağlığıyla ilgili güvenilir araştırmalar mevcut değildir.

2. VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda yaşlılar için alt yapının geliştirilmesi ve özel bakım ünitelerinin artırılması gereği ve sağlık personelinin yetiştirilmesi vurgulanmış ise de plan döneminde konu ile ilgili uygulamaya yönelik somut adımlar atılmamıştır.

### C. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Döneminde Beklenen Gelişmeler

- İleri yaş grubunun kendi sağlığına sahip çıkması için konu ile ilgili bilgilendirilmesi, bu amaçla sektörler arası işbirliğinin sağlanması,
- Sağlık personelinin mezuniyet öncesi ve hizmet içi eğitimlerine konunun entegrasyonu,
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarının % 50'sinde ileri yaş üreme sağlığı sorunlarının taramasının yapılması,
- Yaşlılık ve sorunlarına yönelik araştırmaların yapılması,
- Birinci ve ikinci basamak arasında uygun sevk sisteminin yerleştirilmesi.

### D. Öngörülen Politika Strateji Ve Faaliyetler

- İleri yaş grubunun üreme sağlığı sorunları yaşam siklusu yaklaşımı ile genel üreme sağlığı hizmetleri kapsamında ele alınmalıdır.
- Konu ile ilgili toplumun bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesinin sağlanması,
- Sağlık personelinin konu ile ilgili eğitiminin sağlanması,
- Bu hizmetlerin birinci basamak temel sağlık hizmetleri içine entegrasyonun sağlanması.

Verilmesi gereken hizmetlerin açılımı da aşağıdaki şekilde olmalıdır:

- Bölgedeki yaşlı nüfusunun tespiti
- Yaşlıların hastalıklardan korunması için gerekli tedbirlerin alınması
- Yaşlılarda görülen üreme sağlığına dahil hastalıkların erken tanı ve tedavisi
- Yaşlılara ve ailesine yönelik rehabilitasyon hizmetleri
- Toplumun bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi
- Yaşlı ve çevresine eğitim verilmesi
- Yaşlıların bakımı ve izlenmesi
- Gerekli sevk ve sevk zincirinin oluşturulması
- Verilerin değerlendirilerek hizmetin yeniden planlanmasında bilgi olarak kullanılması.

### E. İzleme Değerlendirme Kriterleri Ve Mekanizmaları

Rutin kayıt bildirim sisteminde ileri yaş grubu ile ilgili morbidite, mortalite ve nedenlerine yönelik verilerin toplanması, toplanan verilerin önce il düzeyinde daha sonra DİE ve Sağlık Bakanlığı tarafından değerlendirilmesi ve yayınlanması.

**KAYNAKLAR**

- 1- Emiroğlu, V. *Yaşlılık Yaşının Sosyal Uyumu*, 2.Baskı, Ankara: Şafak Matbacılık Ltd. Şti.1995.
- 2- Koşar, G. *Sosyal Hizmetlerde Yaşlı Refah Alanı*, Ankara: Şafak Matbacılık Ltd. Şti. 1996.
- 3- "Kadın Sağlığı", *Sağlık Toplum Dergisi*, No:3-4 Haziran Aralık: 1998.
- 4- Hacettepe University, Institute of Population Studies, *Demographic and Health Survey*, Ankara: October, 1999.
- 5- WHO, *Epidemiology and Prevention of Cardiovascular Diseases in Elderly People*. Technical Report Series, No:853. Who European Health For All Series, No:6.
- 6- WHO/AHE/99.1 Ageing And Health Programme, *The Role of Physical Activity in Health Ageing*.
- 7- WHO/AHE/99.1 *Ageing, Exploding The Myths*.
- 8- WHO/65, Press.
- 9- WHO Technical Report Series, No:866, *Research On The Menopause in the 1990*.
- 10- 1. *Ulusal Sağlık Kongresi Çalışma Grupları Raporları*, Ankara: 1992.
- 11- S.B. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, *Ulusal Sağlık Politikası*, Ankara: 1993.
- 12- HÜNEE, S.B. AÇSAP Genel Müdürlüğü, DİE, *Cinsiyete Bağlı Doğumda Yaşam Beklentisi. 1945-1995, Türkiye'de Doğurganlık Aile Planlaması ve Çocuk Ölümlülüğündeki Değişmeler*, Ankara:1995.
- 13- S.B. Sağlık Projesi Koordinatörlüğü, *Dünya Sağlık Raporu 1998, 21. Yüzyılda Yaşam Herkes İçin Bir Vizyon*, DSÖ Cenevre 1998, Ankara: 1998.





# VIII. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI NÜFUS, DEMOGRAFİ YAPISI, GÖÇ ÖZEL İHTİSAS KOMİSYONU

## VERİ KAYNAKLARI, ANALİZİ VE NÜFUS PROJEKSİYONLARI ALT KOMİSYONU RAPORU

**Alt Komisyon Başkanı :** Dr. Şeref HOŞGÖR  
**Raportör :** Fisun ŞENER

**Üyeler :** Bahar BAŞTİMUR  
Meryem DEMİRCİ  
Hasibe DEDEŞ  
Mehmet EMİRALIOĞLU  
Doç. Dr. Atilla HANCIOĞLU  
Suat KÜÇÜK  
Doç. Dr. Hilal ÖZCEBE  
Sinan TÜRKYILMAZ  
Doç. Dr. Turgay ÜNALAN  
Dr. Samira YENER



## VERİ KAYNAKLARI, ANALİZİ VE NÜFUS PROJEKSİYONLARI ALT KOMİSYONU RAPORU

### I. GİRİŞ

Ülkemizde demografik veri kaynakları üç ana grupta toplanabilir; nüfus sayımları, nüfus kayıtları ve nüfus araştırmaları.

#### A. Sayımlar

Nüfus sayımları, en küçük idari birim bazında nüfus büyüklüğünün tespiti ve sosyal ve ekonomik niteliklerinin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır.

Nüfus sayımlarının üç temel özelliği taşınması gerekmektedir;

- belirli periyodlarla yapılmalı,
- önceki sayımlarla karşılaştırılabilir olmalı,
- ülkeler arası karşılaştırmaya olanak sağlamalıdır.

Nüfus sayımları iki farklı yaklaşım ile yapılmaktadır: De facto ve De jure

De facto: Sayım anında bulunan yere göre nüfus büyüklüğünün belirlenmesi,

De jure: Sayım anında genellikle yaşanan yere göre hanehalkı ve kurumsal nüfus olarak nüfus büyüklüğünün belirlenmesi olarak tanımlanmaktadır.

Nüfus sayımları çoğunlukla beş veya on yıllık periyodlar ile yapılmaktadır. Kayıt sisteminin gelişmediği ülkelerde nüfus konularındaki verilerin güncelleştirilebilmesi ve bu alandaki bilgi eksikliğinin giderilmesi için nüfus sayımlarının kısa zaman aralıkları ile yapılması ihtiyacı duyulmaktadır. Ancak nüfus sayımları, kitledeki her bireye ulaşılarak bilgi alınan bir sistem olması nedeniyle ülke genelini kapsayan bir organizasyonu gerektirmektedir. Bu tür bir organizasyonun çok büyük bir maliyet ile yapılması sayım periyodunun belirlenmesinde en önemli kısıtı oluşturmaktadır.

#### B. Kayıtlar

Hukuk kuralları ile düzenlenmiş olan toplumsal yaşamda hukukun konusu olan kişilere ait çeşitli bilgilerin çeşitli nedenlerle birçok yerlere yazıldığı görülmektedir. Okullarda, sigorta kurumlarında, resmi ve özel kurum ve işyerlerinde, emniyet makamlarında, askerlik şubelerinde, vergi ve tapu dairelerinde kişilere ve bazen de ailelerine ilişkin bazı kayıtlar tutulmaktadır. Ancak bütün bu kayıtların ana kaynağı kişinin kimliğini belirleyen bir başka kayda dayanılarak yapılmaktadır. İşte bu noktada karşımıza, doğal olarak var olan kişilerin hukuken de varolmasını sağlayan ve resmen kanıtlayan “Nüfus Kayıtları” ve bu kayıtların tutulmasına ilişkin “Nüfus Hizmetleri” çıkmaktadır.

Kişinin hukuki anlamda da diğer kişilerden ayrı bir kişiliği olması gerekir. Bu ayrımda kişinin “adı” belirlenmektedir. Daha sonra onun aile durumu, aile fertleri ile bağlantısı (hısımlığı) önemlidir. Üçüncü husus ise onun dünyadaki diğer kişilere göre durumunun, yani hangi devlete bağlı olduğunun (vatandaşlığının) belirlenmesidir.

Buna göre nüfus hizmetleri “kişinin kimliğine, aile ve vatandaşlık durumuna ilişkin bilgilerin saptanması ve kaydedilmesi olarak” tanımlanabilir.

Ancak, bu tanımlama çağımızın hızla değişen siyasal, teknolojik, ekonomik, sosyal ve kültürel gelişmeleri sonucu büyük ölçüde önemi artan ve kapsamı genişleyen nüfus hizmetlerinin içeriğini belirlemekten uzaktır. Bugün Türkiye’de ve birçok ülkede kişi haline ilişkin olarak tutulan kayıtların kapsamı genişlemiş, kişi haline ilişkin kayıtlar ile nüfus kayıtları birleştirilmiştir. Gerçekten bugün kişilerin doğum, ölüm, evlenme, boşanma gibi durumlarının saptanarak kaydedilmesi yanında, öğrenim, dil, meslek ve sanat, milliyet, ikametgah, adres gibi durumları da izlenip kaydedilmekte ve nüfusa ilişkin bir hizmet olarak kabul edilerek nüfus işleri ile görevli örgütler tarafından yürütülmektedir.

Buna göre kişi doğumdan başlayarak nüfusa konu olmakta ve onun nüfusla ilgisi yaşantısının hemen her döneminde sürmekte, hatta fiilen yaşantısı sona erdikten, yani öldükten sonra bile bu ilişki kesilmemekte ve özellikle miras hukukuna esas olmak üzere nüfus kütüklerinde yaşamaya devam etmektedir.

“Kişinin doğumundan ölümüne kadar kişisel ve medeni durumuna, uyrukluğuna ve bunlardan meydana gelebilecek değişikliklere ait doğal ve hukuki olayların belirlenip saptanması, bu amaçla düzenlenmiş özel defterlere (kütüklere) yazılması, korunması ve istenildiğinde ilgililere ve resmi kurumlara verilmesine ilişkin hizmetleri geliştirmek büyük önem taşımaktadır.

### C. Araştırmalar

Dar kapsamlı araştırmalardan sonra ülkemizde Türkiye çapındaki ilk demografik araştırma 1963 yılında Hıfzıssıhha Okulu tarafından, Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı’nın işbirliği ile gerçekleştirilmiştir. Bu araştırma genelde aile planlaması ile ilgili bilgi, tutum ve davranış araştırması olmakla birlikte doğurganlık ve ölümlülük konusunda da bilgi toplanmıştır. Bu tarihten itibaren günümüze kadar, sonuncusu 1998 yılında olmak üzere düzenli olarak her beş yılda bir Türkiye çapında nüfus araştırmaları yapılmıştır. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü’nün 1967 yılında kurulmasını takiben 1968 yılından başlayarak günümüze kadar bu araştırmalar beş yılda bir Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından gerçekleştirilmiş ve genel olarak bu araştırmalarda karşılaştırma yapmaya müsait örnekleme yöntemleri kullanılmıştır. Önceki araştırmalarda aile yapısı, tarımsal yapı, gelir, göç, konut gibi değişik konularda da bilgi toplanırken son yıllarda yapılan araştırmalarda doğurganlık ve sağlık konuları ön plana çıkmıştır. 1978, 1993, ve 1998 nüfus araştırmaları dünyanın çeşitli ülkelerinde yürütülen ve benzer metodolojilere ve soru kağıtlarına sahip olan, sırasıyla, Dünya Doğurganlık Araştırması ve Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Projelerinin birer parçası olmuşlardır.

Ayrıca 1965-68 ve 1974-75 yıllarında, sırasıyla Hıfzıssıhha Okulu ve Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından, ikili kayıt sistemine dayanan, iki demografik araştırma daha yapılmıştır. Daha yakın bir tarihte, 1989 yılında ise yine Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından Türkiye Nüfus Araştırması gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmaların yılları, isimleri ve yürütücü kuruluşların isimleri Tablo 15’de gösterilmektedir.

**Tablo 15: Türkiye Çapında Gerçekleştirilen Nüfus Araştırmaları**

Yıl	Yürütücü Kuruluş	Araştırmanın İsmi
1963	S.S.Y.B. Hıfzıssıhha Okulu	Türkiye Nüfus Araştırması
1965-1968	S.S.Y.B. Hıfzıssıhha Okulu	Türkiye Nüfus Araştırması ( <i>İkili Kayıt</i> )
1968	H.Ü.N.E.E.	Türkiye’de Aile Yapısı ve Nüfus Sorunları Araştırması
1973	H.Ü.N.E.E.	Nüfus Yapısı ve Nüfus Sorunları Araştırması
1974-1975	D.İ.E.	Türkiye Nüfus Araştırması ( <i>İkili Kayıt</i> )
1978	H.Ü.N.E.E.	Türkiye Doğurganlık Araştırması
1983	H.Ü.N.E.E.	Türkiye Doğurganlık Kontraseptif Kullanımı ve Aile Sağlığı Araştırması
1988	H.Ü.N.E.E.	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
1989	D.İ.E.	Türkiye Nüfus Araştırması
1993	H.Ü.N.E.E.	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
1998	H.Ü.N.E.E.	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

*Kısaltmalar:*

S.S.Y.B.: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı

H.Ü.N.E.E.: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

D.İ.E.: Devlet İstatistik Enstitüsü

## II. MEVCUT DURUM

### A. Temel Göstergeler

#### 1. Sayımlar

Ülkemizde nüfus sayımları ilki 1927, ikincisi 1935 yılında ve daha sonra sonu sıfır ve beş ile biten yıllarda beş yılda bir yapılmıştır. Bu sistem çerçevesinde son nüfus sayımı 1990 yılında uygulanmıştır.

Ülkemizde bugüne kadar yapılan 13 nüfus sayımı, de facto sisteme göre yapılmıştır. Bu nüfus sayımlarının alan uygulaması bir günde yapılmış ve nüfus bulunduğu yerde (de facto) sayılmıştır. Bu tanım çerçevesinde sayım gününde sınırlarımız içinde bulunan yurt dışında ikamet eden kişiler sayımda kapsamış, buna karşın ülkemizde ikamet eden ancak sayım günü yurt dışında bulunan kişiler sayımda kapsamamıştır.

Bugüne kadar uygulanan 13 nüfus sayımı belirli kanunlar çerçevesinde yapılmıştır. 1926 yılından itibaren 1950 yılına kadar her sayım için özel olarak sayım kanunları çıkarılmıştır. 1950, 1955 ve 1960 Genel Nüfus Sayımları, 1950 yılında kabul edilen Genel Sayımlar (Nüfus, Tarım ve Sanayi) Kanunu, 1965, 1970, 1975, 1980 ve 1985 Genel Nüfus Sayımları ise Devlet İstatistik Enstitüsü'nün 13.6.1962 tarih ve 53 sayılı Görev, Yetki ve Kuruluşu Hakkındaki Kanun gereği yapılmıştır. 1990 Genel Nüfus Sayımı, Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığının Kuruluş ve Görevleri Hakkında 219 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ve bu Kararnamenin 2.maddesinin (d) fıkrasında değişiklik yapılmasına dair 23 Şubat 1990 tarih ve 403 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname gereğince yapılmıştır.

Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı'nın Kuruluş ve Görevleri Hakkında 219 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin bazı maddelerinin değiştirilmesine dair 357 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 1. Maddesinin (d) fıkrası sonu '5' ile biten yıllarda Genel Nüfus Sayımı yapılmasını, yine 219 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 2. Maddesinin (d) Fıkrasında Değişiklik Yapılmasına Dair 403 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 1. maddesi sonu '0' ile biten yıllarda Genel Nüfus Sayımı yapılması zorunluluğunu getirmektedir. Bu kanun gereğince son nüfus sayımı 1990 yılında yapılmış ve bundan sonraki sayım 2000 yılında yapılacaktır.

Türkiye Cumhuriyeti kurulduktan dört yıl sonra ilk nüfus sayımının yapılması ve bu yıldan sonra da düzenli olarak beş yılda bir nüfus sayımlarının yapılması, kayıt sisteminin gelişmediği dikkate alınırsa Türkiye için çok önemli bir başarı olarak yorumlanmaktadır. Ancak, özellikle kayıt sisteminin geliştirilememesi, nüfus alanında ihtiyaç duyulan bilgilerin nüfus sayımı ile derlenmesi talebini doğurmakta ve bu durum da sayımın uygulanmasında sorunlara yol açmaktadır.

## 2. Kayıtlar

Gerekliliği, tanımı, amacı ve özellikleri belirtilen nüfus kayıtlarının nedenli önemli bir kamu hizmeti olduğu açıktır. Çağımızın hızla değişen ekonomik, teknolojik, siyasal, sosyal ve kültürel gelişmelerin sonucu giderek artan nüfus hareketleri, yoğun uluslararası ilişkiler ve özellikle devletin görevlerinin çoğalması nedeniyle önemi çok daha artmıştır. Bir yandan vatandaşların sosyal ve hukuki haklarının korunması, diğer taraftan uluslararası ilişkilerin artması sonucu devletin saygınlığını da ilgilendirmesi nedeniyle kayıt sisteminin en etkin, en güvenilir ve en süratli bir şekilde yürütülmesi zorunlu olmaktadır.

Türk nüfus sistemi “çeşitli hak ve yükümlülüklerin tanıtılmasına esas olmak üzere vatandaşların kimliklerinin saptanması, kişisel ve aile durumlarının belgelendirilmesi amacıyla devlet tarafından tutulan ve yanlışlığı iptal edilinceye kadar hukuken geçerli olan

resmi belgelerin belirli kurallar ve disiplin içinde düzenlenmesi ve tescil edilmesi” şeklinde tanımlanabilir.

Sistem birbirini tamamlayan iki ayrı kütükten oluşmaktadır. (Aile Kütüğü ve Özel Kütük)

1320-1321 yıllarında Osmanlı devleti sınırları içinde yaptırılan umumi tahrir (Genel Nüfus Yazımı) yoluyla nüfus kütükleri tesis edilmiştir. Bu kütüklerin tutuluş biçimini gösteren ve sürekliliklerini sağlayan yasa ise 1330 yılında Sicilli Nüfus Kanunu adıyla çıkartılmıştır.

Bu kütüklerde:

- 1- Türk vatandaşları kayıtlıdır.
- 2- Kayıtlar ikamet edilen yer itibariyle tesis edilmiştir.
- 3- Kayıtlarda soy esası göz önünde bulundurulmuştur.
- 4- Kütükte her aileye bir hane (bölüm) ayrılmıştır.
- 5- Kişinin dini, meslek ve sanatı yazılmıştır.
- 6- Yazımda Arap harf ve rakamları kullanılmıştır.
- 7- Takvim olarak hicri-kameri ve hicri-şemsi takvim kullanılmış, daha sonra rumi takvim esas alınmıştır.
- 8- Nüfus kaydı mahkeme kararıyla düzeltilebilmiş veya değiştirilebilmiştir. İstisnai olarak “mahlas” alınmıştır.
- 9- Doğum, ölüm ve nakil olayları için köy veya mahalle muhtarları yetkili kılınmış ve bunlarca verilen ilmuhaberler esas alınmıştır
- 10- Evlenme ve boşanma olayları için imam, papaz veya hahamlar yetkili kılınmış ve bunlarca verilen ilmuhaberler esas alınmıştır.

Ancak, Atatürk devrimleri, bu eski Osmanlı kütüklerini de önemli bir şekilde etkilemiş ve dizi halinde çıkartılan yasalar, kütüklerdeki gereksiz bilgilerin atılmasına ve eksikliklerin tamamlanmasına neden olmuştur. Örneğin:

- Medeni Kanun: Evlenme işlemlerini,
- Umumi Hıfzıssıhha Kanunu: Ölüm işlemlerini,
- Yeni Harf ve Rakamlar Kanunu: Kütük yazımını,
- Efendi, bey, paşa gibi lakap ve unvanları kaldıran Kanun: Gereksiz bilgilerin çıkartılıp atılmasını,
- Soyadı Kanunu: Aileyi tanıtan bir soyadın alınmasını,
- Batı Takviminin Kabulü Hakkındaki Kanun: Tarihlerin ve özellikle doğum tarihlerinin yazımını,
- Köy Kanunu: Doğum, ölüm işlemlerinde muhtarların bildirimini yeni usullere bağlamıştır.

Ancak yeni usuller ileriye dönük uygulama getirdiğinden, o tarihe kadar eksik olan künyeler bu eksikliklerini sürdürmüşlerdir. Örneğin 1934 yılında yürürlüğe konulan bir soyadı

kanunundan önce ölmüş olanların “Soyadı Sütunu” halen boştur. Bu çeşit eksiklikleri bugün bile doldurmaya olanak yoktur.

Bununla birlikte, son yıllarda nüfus ve vatandaşlık işlerini yeni ve çağdaş bir anlayış içerisinde iten 1543 Sayılı Genel Nüfus Yazımı Kanunu, 1587 Sayılı Nüfus Kanunu eksik nüfus kütüklerinin Türkçe’ye çevrilerek yenilenmesini böylece eski lakapların kaldırılmasını, Hicri ve Rumi tarihlerin Miladi tarihe çevrilmesini öngörmüş olduğundan geriye dönük iyileştirme ve geliştirme uygulamaları yapmak mümkün olabilmektedir.

Klasik Türk nüfus sisteminin dayanağı “Nüfus Kütüğü”dür. Nüfus kütüğü:

- a) Aile Kütük Defteri,
- b) Özel Kütükler,

olmak üzere birbirini tamamlayan iki parçadan oluşmuştur.

Aile kütük defteri, aile ve kişilerin kayıtlarına ulaşmayı sağlayan ön bilgiler, kimlik bilgileri ve kişisel bilgiler olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır ve bu üç bölüm de defterin her yaprağında bulunacak şekilde dizayn edilmiştir.

Özel kütükler ise, aile kütüğüne yazılan her bilgi ile ilgili dayanak belgesinin muhafaza edildiği kütüklerdir ve doğum, ölüm, evlenme, boşanma, yer değiştirme, kayıt düzeltme ve diğer kişisel hal olayları olmak üzere (7) çeşittir. Belgeler, ait oldukları özel kütüğe yılbaşının ilk günü 1 Ocak tarihinden başlamak ve 31 Aralık günü kapatılmak üzere zincirleme bir sıra numarası verilmek suretiyle konur.

Sistemin ilkeleri, nüfus kütüklerinin tutuluş esasına uygun olarak belirlenmiştir. Örneğin;

- Nüfus kütüklerine yalnızca Türk vatandaşları kaydedilir.
- Nüfus kütükleri ilçe düzeyinde tutulur.
- Her idari birime (köy ve mahalleye) bağımsız bir aile kütük defteri tahsis edilir.
- Nüfus kütükleri defter ve özel kütükten meydana gelir.
- Doğum ve yer değiştirme tutanakları ile bazı hallerde ölüm tutanakları nüfus idarelerince tutulur.
- Ölüm tutanakları, ölümün meydana geliş şekline ve yerine göre gömme izni veren sağlık kuruluşları ve köy muhtarları ile cumhuriyet savcıları tarafından düzenlenir.
- Evlenme bildirimleri, evlendirmeye yetkili kılınan nüfus idareleri ile Türkiye Cumhuriyeti başkonsoloslukları ve köy muhtarları ile belediyeler tarafından düzenlenir.
- Kayıt düzeltme, boşanma, nesep ve babalığa hüküm gibi nizalı davalar yetkili Türk mahkemelerince verilen kararlarla sonuçlanır.
- Tanıma ve mahkemece verilen karar üzerine evlatlık senedi düzenlenmesi noterler eliyle yapılır.



- Bütün bunlar hizmeti yürüten asli personel yanında hizmete katkı sağlayan yükümlü ve ödevlilerce yerine getirilir.
- Nüfus kayıtları “Gizlilik” prensibi içerisinde tutulur ve ihtiyaç duyulan bilgi ve özetler yasada sayılan kişi ve kuruluşlara verilebilir.
- Nüfus kayıtları yalnızca yetki verilen kişiler tarafından denetlenir.
- Kayıtlarda tahrifat meydana getirilmesi halinde ilgili personel Türk Ceza Kanunu gereğince yargılanır ve cezalandırılır.

1905 yılında genel nüfus yazımı yoluyla elde edilen nüfus kütükleri 1914 yılında yürürlüğe konulan Sicilli Nüfus Kanunu ile yasal hale getirilmiştir. 1914 yılından 1974 yılına kadar yürürlükte kalan Sicilli Nüfus Kanunu 60 yılda ömrünü tamamlamıştır. Bu büyük zaman dilimi içinde imparatorluk yaşamı son bulmuş, toplumun kanından ve canından fişkırان Türkiye Cumhuriyeti kurulmuştur. Hemen ardından başlayan Atatürk Devrimleri sistemi köklü ve standart bilgilere kavuşturmuştur. Özellikle Türk Medeni Kanunu ve Soyadı Kanunu ile Batı Takviminin kabulü ve Harf Devrimi sistemi geliştirmiş ve güzelleştirmiştir.

1974 yılında yürürlüğü giren 1587 sayılı Nüfus Kanunu, o güne kadar olan fiili uygulamaları ve diğer kanunların sisteme yaptığı etkileri ana ilkeler olarak yasal hale getirmiştir. Bu yasanın ve 1543 sayılı Genel Yazım Kanunu'nun getirdiği en büyük değişiklik, Genel Müdürlükte bir Merkezi Nüfus Arşivi kurulmasını öngörmesidir. Bunun yangın ve doğal afetler sonunda mahallinde yok olabilecek nüfus kütüklerinin yerini almak üzere ikinci eş örneklerinin tutulmasını sağlayan bir tedbir olarak düşünüldüğü açıktır. Elbette ki, ikinci eş kütüklerin merkezde tutulması nedeniyle, dayanak belgelerinin bir örnek fazla düzenlenmesi ve bunun merkeze gönderilmesi gerekmiştir. Bu uygulama tasarlananın çok üzerinde bir başarıyla sürdürülmüştür.

Bir yılda olmak üzere:

- 1.600.000 adet doğum tutanağının,
- 750.000 adet evlenme bildiriminin,
- 350.000 adet ölüm tutanağının,
- 85.000 adet boşanma kararının,
- 450.000 adet yer değiştirme tutanağının,
- 120.000 adet diğer belgelerin,

Toplam olarak yaklaşık 3.400.000 adet dayanak belgesinin merkez arşivine bildirildiği tespit edilmiştir.

Böylesine büyük çaptaki bilgi akışının yönlendirilmemesi, değerlendirilmemesi ve istifadeye sunulmaması halinde hizmetin giderek anlamını yitireceğini ve devletin alt yapısında çürümelere meydana gelebileceğini sezen Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü ham bilgileri rafine etmek, toplumsal yaşamımıza ilişkin sayısal bilgileri ortaya çıkarmak amacıyla

yığın halindeki rakamları en kısa sürede değerlendirmek yolu olarak bilgisayar kullanımını seçmiş bulunmaktadır.

Bunun için hazırlanan proje aşama aşama yürürlüğe konulmuştur.

### 3. Araştırmalar

Türkiye’de nüfus araştırmaları, nüfus kayıtları ve nüfus sayımları ile elde edilemeyen demografik bilgilerin toplanması açısından oldukça önemli bir veri kaynağını oluşturmaktadır. Nüfus sayımlarında soru kağıdının kısa olmasının getirdiği zorunluluk nedeniyle nüfusa ait toplanamayan veriler nüfus araştırmalarında detaylı olarak sorulabilmektedir. Nüfus sayımlarının ara dönemlerinde sonu 3 ve 8 ile biten yıllarda düzenli olarak yapılan nüfus araştırmalarının önemi, nüfus sayımlarının aralığının 10 seneye çıkartılmasında sonra daha da artmış bulunmaktadır. Planlama açısından sadece nüfus sektörüne değil, diğer sektörlerde de kullanabilecekleri çeşitli veriler sunmaktadır.

Son yıllarda yapılan nüfus araştırmalarının amaçları aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

- Özellikle doğurganlık ve bebek ve çocuk ölüm hızları gibi birtakım demografik göstergelerin hesaplanabilmesi için gerekli olan bilgileri ulusal düzeyde toplamak,
- Doğurganlık ile bebek ve çocuk ölümlülüğündeki düzeyleri ve değişme eğilimlerinin doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen faktörleri analiz etmek,
- Kullanılan yöntem, bölgeye ve kentsel-kırsal yerleşim yerine göre, gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgi ve kullanım düzeylerini ölçmek,
- Beş yaşından küçük çocuklarda aşılama, ishalin yaygınlığı ve tedavisi, doğum öncesi bakım, doğum sırasında yardım ve emzirme gibi anne ve çocuk sağlığı ile ilgili konularda bilgi toplamak,
- Antropometrik ölçümler yoluyla beş yaşından küçük çocukların ve annelerin beslenme durumlarını belirlemek.

1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’nda hanehalkı, kadın ve koca soru kağıtları doldurulmuştur. Hanehalkı soru kağıdında sürekli olarak o hanede yaşayan veya misafir olarak kalanlar saptanmış ve hanehalklarının sosyo-ekonomik durumları ile ilgili bilgi toplanmıştır. Hanehalkı listesine yazılan her kişi için yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum ve hanehalkı reisine yakınlık derecesi gibi temel bilgiler toplanmış, ayrıca hanehalkında bulunan yaşlıların refahına ilişkin ayrı sorular da sorulmuştur. Kadın soru kağıdında yer alan konu başlıkları; temel özellikler, doğurganlık, evlilik, gebeliği önleyici yöntemler, gebelik ve emzirme, aşılama ve sağlık, doğurganlık tercihleri, kocanın temel özellikleri, kadının çalışması ve statüsü, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve AIDS ile anne ve çocukların antropometrik ölçümleridir. Koca soru kağıdında ise şu konular yer almıştır; temel özellikler, doğurganlık, gebeliği önleyici yöntemler, evlilik, doğurganlık tercihleri, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, AIDS ve tutum.

## **B- VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (2000) Sonuna Kadar Sağlanan Başarılar**

### **1. Sayımlar**

1990 yılında çıkartılan 403 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname gereği 2000 yılında nüfus sayımı yapılacaktır. DİE tarafından yapılacak 2000 Yılı Nüfus Sayımının hazırlık çalışmalarına 1998 yılının Haziran ayında başlanmıştır. Bu çalışmalar ile birlikte sayım bölgelerinin oluşturulmasında adres çerçevesi olarak kullanılan ve Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından organize edilen numaralama çalışmalarının hazırlıklarına da başlanmıştır. Bu çalışmalar kapsamında, 1999 yılının Haziran ayında numaralama çalışmasının organizasyon ve soru kağıdı açısından testi için pilot çalışma yapılmıştır. Numaralama çalışmasının alan uygulamasına 2000 yılının Nisan ayında başlanacaktır.

2000 Genel Nüfus Sayımının soru kağıdı ve alan uygulamasına yönelik hazırlık çalışmaları devam etmektedir. Bu çalışmalar kapsamında soru kağıdının pretestinin 2000 yılının Şubat ayında, sayımın tüm aşamalarının test edileceği pilot çalışmanın ise Mart ayında yapılması planlanmıştır.

30 Kasım 1997 tarihinde milletvekili dağılımının belirlenmesi ve MERNİS projesinin hayata geçirilmesi için gerekli bilgilerin derlenmesi amacıyla 4300 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Genel Nüfus Tespiti yapılmıştır. Bu çalışmanın veri girişi Akıllı Karakter Tanıma (ICR) teknolojisi içeren optik veri girişi sistemi ile yapılmıştır. Sayımlar gibi çok fazla soru kağıdının bulunduğu çalışmaların veri girişinin daha kısa zamanda daha güvenilir yapılmasını sağlayan bu sistem, bundan sonra yapılacak nüfus sayımlarının veri değerlendirme sürecini kısaltabilecek önemli bir gelişmedir.

### **2. Kayıtlar**

Ülkeler teknolojiadaki hızlı değişimin ve büyük hacimli veri yığınlarının zorlaması ile kamu yönetiminde bilgisayarlardan yararlanma çabası içindedir. Artan nüfusa iyi hizmet verebilmek için gerekli olan bilgileri el ile büyük veri yığınları arasından türetebilmek oldukça zor görülmektedir. Bu nedenle bu bilgileri bilgisayar yardımıyla elde etmek ve kullanmak zorunluluğu ortaya çıkmıştır.

Birçok ülke kamu yönetiminde, gelişmiş otomasyon çalışmalarında bütünleşik veri bazı yaratma çabası içerisindedirler. Buradaki temel fikir çeşitli kuruluşların elde ederek depoladığı bilgilerin diğer kuruluşlarca da kullanmaya uygun depolanmasıdır.

İleri ülkeler bütünleşik veri bazı yaratmak için en büyük ağırlığı, nüfus kayıtlarının bilgisayarla tutulması işine vermişlerdir.

Gelişmiş tüm ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de bilgisayar kullanımı hızla yaygınlaşmaktadır. Bu nedenle gerek dış ülkelere gönderilecek, gerekse yurt içinde değişik kurum ve kuruluşlara verilecek bilgilerin en süratli ve hızlı şekilde verilmesi gün geçtikçe önem kazanmaktadır. Bu durum göz önüne alındığında, nüfus hizmet ve işlemlerinde

bilgisayardan yararlanmak giderek zorunlu olmaktadır. Bu nedenle nüfus işlemlerinin merkezde ve taşrada bilgisayar yardımı ile yürütülmesi işinin biran önce gerçekleştirilmesi zorunlu görülmektedir. Bu da uzun bir zamandan beri sürdürülen Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi (MERNİS) çalışmalarının kısa sürede sonuçlandırılmasını ve nüfus kayıtları ile ilgili bilgilerin kamu hizmetleri ve vatandaş için çok yönlü olarak değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır.

1996-2000 yıllarını kapsayan VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda; “Ülkemizin sosyal, ekonomik ve kültürel yönden hızlı bir değişim süreci içinde bulunması ve nüfus sayımları arasının on yıla çıkarılması nedeniyle ortaya çıkacak veri açığının, sağlıklı ve güvenilir bir sistem içinde giderilmesini mümkün kılacak şekilde mevcut nüfus kayıt sisteminin yurt düzeyinde yaygınlaştırılması ve etkin bir yapıya kavuşturulması amacıyla İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü'nün yeniden örgütlenmesi için 1587 sayılı Nüfus Yasası ve 3152 sayılı İçişleri Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun'da gerekli değişiklikler yapılacaktır.” hükmü öngörülmüştür.

1996 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan 1996 Yılı Programında da; “Nüfus teşkilatının üstlendiği ve yürüttüğü görevlerin uygulamada dar bir çerçeve içerisine sıkıştırılmış olması, teşkilatın bu güne kadar işlevsel etkinliğini sınırlamış ve devletin bilgi altyapısını oluşturan hizmetin nitelik açısından eksik tanımlanmasına neden olmuştur. Nüfus ile ilgili hayati bilgilerin bilgisayarla tutulması amacıyla başlatılan MERNİS projesi donanım ve alt yapı darboğazları nedeniyle ülke çapında yaygınlaştırılamamıştır. Nüfus kayıtları kamu yönetiminde pek çok kuruluş tarafından gereksinim duyulan kişiye ilişkin bilgilerin derlenmesinde temel teşkil ettiği için idari yapılanmanın Başbakanlığa bağlı bir müsteşarlık bünyesinde gerçekleştirilmesi ihtiyacı bulunmaktadır” hükmüne yer verilmiştir.

1997 Yılı Programı'nda da; nüfus verilerinin güncel ve nitelikli olarak toplanabilmesi ve nüfusa ilişkin hizmetlerin uygulanmasında etkinliğin, sürekliliğin ve kuruluşlar arası eşgüdümün sağlanabilmesi amacıyla yeni bir idari yapılanmaya gerek duyulduğu, kişiye ilişkin nüfus kayıtlarının oluşturulması ve buna ilişkin nüfus hizmetlerinin yürütülmesinin İçişleri Bakanlığı'na verilmesine rağmen bu hizmetlerin yerine getirilmesinde yetersiz kaldığı hususları belirtilmiştir. Kamu yönetiminde gereksinim duyulan kayıt sisteminin güvenilir ve çok amaçlı bilgi üretebilmesi amacıyla İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü'nün Başbakanlık bünyesinde yapılanmasına yönelik hazırlık çalışmalarının başlatılacağı dile getirilmiştir.

Nüfus kayıt işlemlerinin bir çok kurum ve kuruluşu ilgilendirdiği, kurumlar arasında iletişim, eşgüdümü, uygulamada etkinliği ve sürekliliği sağlayan, bu konuda hizmet veren kurumların üzerinde yaptırım gücüne sahip bir kurumun oluşturulması gerektiği, bu işlevin ise ancak, Başbakanlığa bağlı nüfus işlerinden sorumlu bir müsteşarlığın kurulması ile yerine getirileceği ileri sürülmüştür.

## VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde;

- İlçe nüfus müdürlüklerine pc satın alınması,
- İlçelerde pc alt yapılarının kurulması,
- İlçe bilgisayar programının temini,
- Veri tabanı ürünlerinin satın alınması,
- Merkez il ve ilçe personelinin eğitimi,
- İlçe pc'lerinin dağıtılıp kurulması,
- Veri günleme ve giriş çalışmalarına başlanması,
- Çağrı merkezinin kurulması,
- Sistem mühendisliği ihalesinin yapılması

hedeflenmiş ve hedeflenen bu hizmetler 1997-Aralık 1998 tarihleri arasında eksiksiz olarak gerçekleştirilmiştir.

### 3. Araştırmalar

Ülke çapındaki nüfus araştırmalarının parasal desteği büyük ölçüde uluslararası donör kuruluşlar tarafından karşılanmaktadır. Bu kuruluşlar tarafından maddi desteğin yanısıra teknik desteğin de sağlanmasına karşın araştırmaların yürütülmesi önemli oranda kamu kuruluşlarımızın mevcut personeli tarafından gerçekleştirilebilmektedir. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün bugüne kadar yürüttüğü çalışmaları değişik donör kuruluşlar desteklemiştir: 1968 araştırması Ford Vakfı tarafından, 1973 ve 1978 araştırmaları Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu tarafından, 1983 araştırması Westinghouse Health Systems (USAID) tarafından, 1988 araştırması Center for Disease Control (USAID), 1993 araştırması Macro International Inc. (USAID) tarafından, 1998 araştırması ise Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu ve Macro International Inc. (USAID) tarafından finanse edilmiştir. Araştırmaların yürütülmesi sırasında Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü diğer kamu kuruluşları ve özellikle de Sağlık Bakanlığı ile yakın bir işbirliğine girmektedir. Araştırmaların ilk sonuçları geçmişe kıyasla çok daha kısa sürede kamuoyuna duyurulabilmiştir. Saha çalışmasının bitimini takip eden üç ay içinde ön rapor, bir sene içerisinde de ana rapor basılabilmektedir.

## C- Temel Sorunlar

### 1. Sayımlar

Nüfus sayımlarından elde edilen yerleşim birimi bazındaki nüfus büyüklüğü, illerin milletvekili sayılarının belirlenmesi, belediye olma, belediyelerin İller Bankası'ndan pay alma, v.b. yasaların uygulanmasında baz teşkil etmektedir. 1990 yılına kadar beş yılda bir yapılan nüfus sayımlarının 403 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname gereği on yılda bir yapılması kararlaştırıldığından, nüfus kriterine bağlı olan yasaların uygulanmasında ihtiyaç duyulan nüfus bilgileri bir sonraki sayıma kadar güncelliğini yitirmektedir.

Kayıt sistemi ile derlenen bilgilere dayalı olarak nüfus büyüklüğünün tahmin edilememesi ve nüfus sayımlarının on yılda bir yapılmasından kaynaklanan boşluğun doldurulması amacıyla 4300 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile 1997 yılında Genel Nüfus Tespiti yapılmıştır. 1997 Genel Nüfus Tespiti ile aynı zamanda MERNİS projesi için gerekli kayıt bilgilerinin de derlenmesi zorunluluğu getirilmiştir.

MERNİS projesinin ikametgaha dayalı olarak hayata geçirilememesi nedeniyle doğan boşluk, nüfus sayımı bilgileri ile karşılaştırılmasında sorun yaratacak amaç ve tanımlara dayalı özel çalışmaların yapılmasına neden olmaktadır. Bu nedenle özel amaçlı çalışmalardan kaçınılmalı ve bu çalışmalar için ayrılacak kaynak ve insan gücü MERNİS projesinin en kısa zamanda ikametgaha dayalı olarak oluşturulmasına yöneltilmelidir.

Nüfus sayımının gerçekleştirilebilmesi için sayımda kullanılan adres çerçevesinin sağlıklı ve güncel olması gerekmektedir. Teorik olarak sayım alanlarının haritalara dayalı olarak tanımlanması gerekmektedir. Ancak ülkemizde yerleşim alanlarının haritalarının bulunmaması nedeniyle, sayım alanları adres listelerinden oluşturulmaktadır. 1003 Sayılı Binaların Numaralanması ve Sokaklara İsim Verilmesi Hakkında Kanun'un 1, 2 ve 5. maddeleri gereği çıkarılan numaralama yönetmeliğine göre belediye teşkilatı olan yerlerde belediyelerce, belediye teşkilatı olmayan yerlerde köy muhtarlıklarınca kendi sınırları içerisindeki bütün sokaklara isim veya numara verilir. Daha sonra Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından hazırlanan binalar cetvelleri, belediye teşkilatı olan yerlerde belediyelerce, belediye teşkilatı olmayan yerlerde muhtarlarca alanda düzenlenir. Düzenlenen bu formlar sayım alanlarının oluşturulmasında kullanılmaktadır.

Belediye elemanları tarafından oluşturulan binalar cetvelleri alanı tam ve doğru olarak yansıtmamaktadır. Bu nedenle sayım alanları dışında kalan nüfus bulunmakta ve bu nüfusun sayımı için özel çaba gerekmektedir ve sayım tanımlanan sürede bitirilememektedir. Ayrıca, belediyelerin asli görevi olan numaralama çalışmaları güncelleştirilmediği ve mahalle, cadde ve sokak isimleri çok sık değiştirildiğinden dolayı her nüfus sayımından önce çok büyük maliyet ve insan gücü gerektiren binalar cetvellerinin oluşturulması çalışması yenilenmektedir.

Belediyelerin numaralama çalışmalarının güncelleştirmemeleri nedeniyle bir yandan eksik kapsam gündeme gelirken, bir yandan da belediyelerin İller Bankası'ndan nüfus büyüklüklerine göre pay almaları nedeniyle hayali yazım gündeme gelmektedir. Bu iki durum sayımın kalitesini olumsuz yönde etkileyen en temel sorunu teşkil etmektedir.

## 2. Kayıtlar

MERNİS projesi, devletin alt yapısının oluşturulması, diğer bir deyişle ülkemizde adaletin dağıtılmasından, vergi kaçığının önlenmesine kadar bütün kamu hizmetlerine kaynak olması yönünden Türkiye'nin en önemli projelerinden biridir.

Ancak, projenin yürütülmesinde ortaya çıkan aksaklıklar projenin uzamasına neden olduğundan, görülen aksaklıkları giderip, projenin biran önce uygulamaya geçilmesi büyük önem taşımaktadır.

Bu aksaklıkların sebeplerini şu şekilde sıralayabiliriz.

- 1- Nitelikli personel yetersizliği,
- 2- Eğitim yetersizliği
- 3- Personele sağlanan kadro ve özlük haklarının yetersizliği,
- 4- Kaynak kullanımındaki yetersizlikler,
- 5- Yerleşim yeri yetersizliği,
- 6- Nüfus olaylarının senesi içerisinde nüfus idarelerine bildirilmemesi,
- 7- İç ve dış nüfus hareketlerinin etkili bir şekilde izlenememesidir.

### 3. Araştırmalar

Ülke geneline ilişkin detaylı demografik ve sağlık göstergelerinin toplandığı nüfus araştırmaları büyük ölçüde dış finansman bulunarak gerçekleştirilebilmektedir. Bu araştırmaları yürütmek için yeterli teknik altyapının bulunmasına karşın gerekli finansman bütçe kaynaklarından karşılanamamaktadır. Araştırmaların planlanma safhalarında bu çalışmalara destek verebilecek çeşitli donör kuruluşlara yaklaşılmakta ve projeler sunulmaktadır. Bugüne kadar bu çalışmalar için gerekli dış yardımın bulunmasına karşın gelecekte donör kuruluşların benzer araştırmalara maddi destek sağlayacağı konusunda bir garanti bulunmamaktadır. Bunun da ötesinde dış teknik yardımlar 1990'larda giderek azalmaya başlamış ve donör kuruluşlar veri toplama faaliyetlerine giderek daha az destek vermeye başlamışlardır.

Nüfus araştırmalarında çoğunlukla yeterli finansman kaynağının bulunamaması nedeniyle araştırmaların örneklem büyüklükleri düşük tutulmakta ve demografi ve sağlık konularında bazı değişkenlerle, özellikle de anne ölümlülüğü ilgili bilgi toplanamamaktadır.

Nüfus araştırmalarının verilerinin değerlendirildiği bir dizi özgün çalışmanın bulunmasına karşın mevcut verilerden yeterli düzeyde yararlanılmamaktadır. Araştırma verilerini kısıtlı sayıda araştırmacı analiz edebilmekte ve soru kağıtlarında yer alan zengin bilgiler çoğunlukla analiz edilememektedir.

Eğer araştırmayı parasal olarak destekleyen kuruluş ileri analiz için ayrı bir bütçe ayırmış ise araştırmalardan daha detaylı ileri analiz çalışmaları yapılabilenekte, eğer böyle bir fon ayrılmamışsa bu tip çalışmalar sadece münferit araştırmacıların çabasından öteye gidememektedir.

Araştırma sonuçları çoğunlukla tek bir genel toplantı ile kamuoyuna duyurulmaktadır. Bu durumda araştırma bulgularını kısıtlı bir kitle tanıma ve tartışma imkanı bulmaktadır.

Nüfus araştırmaları ile toplanan veriler hala yeterince geniş kitlelere duyurulmamakta, toplanan bilgi ile açıklanan sonuçlar arasında önemli farklılıklar bulunabilmekte ve ilgili kurumlar gerçekte yapılabilecek analizlerin sadece bir bölümünü açıklamakta yetersizdirler. Maddi sorunların dışında, bunun önemli bir nedeni araştırmaları gerçekleştiren kuruluşların ileri düzeyde veri analizine yeterince insan gücü ve zaman ayıramamasıdır. Ayrıca, yürütücü kuruluşlar ya da yurt içindeki diğer sosyal bilimciler arasında, araştırma verilerini ileri düzeyde inceleyecek bilgi işlem kapasitesine sahip oldukça az sayıda araştırmacı bulunmaktadır. Oysa, uluslararası çalışmaların parçası olan araştırmalar yabancı araştırmacılar tarafından karşılaştırmalı analizler sırasında yoğun olarak kullanılmaktadır. Bunun dışında, değişen bilgisayar teknolojisi nedeniyle eski araştırma verilerinin kullanılabilirliği şansı da azalmaktadır; karşılaştırmalı örneklemelere sahip araştırmaların verilerinin standart bir formatta olmaması kullanıcılar açısından başlı başına bir engel teşkil etmektedir. Araştırmaları gerçekleştiren kurumların veri kaynaklarını dışarıdan kullanıcılara ne ölçüde açtıkları konusu da, kurumların bu konuda belirgin politikaları olsa dahi, bir engel teşkil edebilmektedir. Kurumların dışarıdan kullanıcılara yeterli teknik destek verememeleri de bu verileri kullanmak isteyen araştırmacılara engel oluşturmaktadır.

Nüfus bilim çalışmalarının temelini teşkil eden hayat tabloları mevcut demografik veri kaynakları kullanılarak Türkiye için hesaplanamamaktadır.

### **III. VIII. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI DÖNEMİNDE BEKLENEN GELİŞMELER**

#### **A. Sayımlar**

22 Ekim 2000 tarihinde yapılması planlanan 14. Genel Nüfus Sayımının sonuçları VIII. Plan döneminde alınacaktır. Nüfusun sosyal ve ekonomik niteliklerine ilişkin olarak yerleşim birimi bazında bilgi verecek olan 2000 Nüfus Sayımı sonuçlarının analitik çalışmalar ile yorumlanması gerekmektedir. Yerel bazda ihtiyaç duyulan programların planlanmasında kullanılabilir tek kaynak olan nüfus sayımı sonuçlarından optimum faydanın sağlanabilmesi amacıyla bu veri kaynağına dayalı olarak yapılacak çalışmaların VIII. Plan döneminde desteklenmesi gerekmektedir.

#### **B. Kayıtlar**

Nitelik ve niceliği açısından bir ülke projesi olan MERNİS projesinde öngörülen hedeflere ulaşıldığı takdirde tüm kamu kurum ve kuruluşlarının her an nüfus kayıtlarına ulaşmak suretiyle bilgi alabilecekleri büyük bir bilgi bankası kurulmuş olacaktır.



Proje gereğince, kişilere verilecek olan kimlik numaralarının hayata geçirilmesi suretiyle bütün kamu kurum ve kuruluşlarında kolay, güvenilir ve sağlıklı işlem yapma olanağı sağlanacaktır.

Bu hedefler gerçekleşmediği sürede ise, tüm kuruluşlar kişileri izleyebilmek için sürekli bir yöntem arayışı içinde olacaklar ve kısa vadeli çözümlerle tikanıklıklar bir derecede çözülmüş gözükse de ileride daha köklü darboğazlar yaşayacaklardır.

Bu nedenle MERNİS projesinin süratli işler hale getirilmesi devletin işlerliği yönünden son derece önemlidir. Bu bağlamda;

VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde;

- Türkiye Cumhuriyeti kimlik numarası verilmesi,
- Türkiye Cumhuriyeti kimlik numaralarına dayalı olarak kimlik kayıtlarının yenilenmesi,
- Ulusal ağı kurulması,
- Merkez ve ilçelerin entegrasyonu,
- Rutin MERNİS operasyonlarının başlatılması beklenmektedir.

### C. Araştırmalar

Önümüzdeki kalkınma planı döneminde gerçekleştirilecek nüfus araştırmasının masraflarının devlet bütçesinden karşılanması, araştırmanın örneklem büyüklüğünün artırılması, araştırma verilerinin daha fazla kullanıcı tarafından analiz edilmesinin sağlanarak sonuçların daha detaylı olarak daha fazla okuyucuya ulaştırılması gerekmektedir.

## IV. ULAŞILMAK İSTENEN AMAÇ VE HEDEFLER

### A- Kısa Dönemde (2001-2005)

#### 1. Sayımlar

22 Ekim 2000 yılında yapılacak olan nüfus sayımının sonuçları, ilk aşamada idari bölünüş bazında nüfus büyüklüğü, ikinci aşamada ise nüfusun sosyal ve ekonomik nitelikleri olmak üzere iki aşamada verilecektir. 2000 Genel Nüfus Sayımı sonuçlarının tanıtımı ve yaygın olarak kullanılmasını sağlamak amacıyla konferans ve seminerler verilmelidir.

Bir sonraki sayımın planlama çalışmalarına 2001- 2005 döneminde başlanmalıdır. Nüfus sayımının başarısı büyük ölçüde hazırlık çalışmalarına bağlıdır. Bu nedenle özellikle sayımın alan uygulamasının daha sağlıklı yapılmasına yönelik olarak haritalama çalışmalarına önem verilmeli ve sayım bölgelerinin haritalar üzerinden belirleneceği bir sistem için çalışmalar yürütülmelidir.

## 2. Kayıtlar

### a. Türkiye Cumhuriyeti Kimlik Numarası Verilmesi

MERNİS'in temel işlevi gereği, her vatandaşa verilecek ve yaşam boyu değişmeyecek doğum, evlenme, askerlik vb. her türlü kişisel işlemin yanı sıra sağlık hizmetleri ve vergi yükümlülüğü gibi çeşitli alanlarda kullanılacak kimlik numaralarının verilmesinde öncü nitelikte bir konumu vardır. Bu konum hazırlık çalışmaları sırasında etkili bir bilgi alışverişi ortamının oluşturulmasını, ilgili tüm kuruluşların görüş ve önerilerini değerlendirmeyi zorunlu kılmaktadır. Ayrıca MERNİS projesinin başarıyla sonuçlanmasının ardından, işlemeye başlayacak genel nüfus veri tabanından her türlü kuruluşun yasal yetki ve sorumlulukları uyarınca bilgi çekebilmesi esastır. Bunun ötesinde, ayrı ayrı kurum ve kuruluşların bu kimlik numarası ile kendi veri tabanları arasındaki bağlantıyı nasıl kuracakları, MERNİS'in kimlik numarası ve veri tabanındaki bilgiler, erişim hakları ve yöntemleriyle ilgili olarak bu kuruluşlara sağlayacağı ayrıntılı tanımlar çerçevesinde doğrudan doğruya o kuruluşlar tarafından belirlenecektir.

Bu kapsamda, kısa dönemde başta Maliye ve Sağlık Bakanlıkları olmak üzere ilgilenebilecek tüm kurum ve kuruluşlarla bağlantı kurup, kişisel kimlik numarası konusundaki istemleri belirlenmeli ayrıca, kendilerine projenin tamamlanmasının ardından veri tabanı ve erişim haklarıyla yöntemleri konusunda ayrıntılı bilgi sağlanacağı güvencesi verilmelidir.

Bu bağlamda;

- Türkiye Cumhuriyeti Kimlik Numarasını ihtiva eden birer kimlik kartı verilmesi,
- Bu kartların, merkezi veri tabanına erişim gerektirmeden, bir çok işlemde kullanılabilmesi,
- Yetkili kuruluşların, yetkileri dahilinde merkezi ve tabanından kişisel yada toplu bilgi çekilebilmesi,
- Verilecek Türkiye Cumhuriyeti kimlik numaralarının nüfus, sağlık, vergi, çalışma, sosyal güvenlik, vb. çeşitli uygulamalarda kullanılması dolayısıyla çeşitli veri tabanları arasında geçişi ve bilgilerin birleştirilmesini sağlaması,
- Bu uygulamaların yasal çerçevesine ilişkin hazırlıklara en kısa zamanda başlanması VIII. Beş Yıllık Plan döneminde hedeflenmektedir.

### b. Türkiye Cumhuriyeti Kimlik Numaralı Nüfus Cüzdanlarının Verilmesi

Kısa dönemdeki hedefler bölümünün 1. maddesinde belirtildiği gibi, MERNİS projesinin en önemli amaçlarından birisi de her vatandaşımıza her türlü işlemlerinde kullanılmak üzere bir T.C. kimlik numarası verilmesidir.

T.C. kimlik numarasının verilmesindeki amaçlardan belki de en önemlisi vergi kaçaklarını önlemektir ki, Vergi Usul Kanununda yapılan son değişiklikle her vatandaşa bir vergi

numarası verilmesi hükme bağlanmıştır. Ancak bu hüküm vatandaşlarımıza nüfus cüzdanları ile birlikte verilecek olan T.C. kimlik numaralarının Gelirler Genel Müdürlüğü Bilgi İşlem Merkezi ile entegresinin sağlanması ile mümkün olabilecektir. Bu açıdan öncelikle ekonomik faaliyet içinde bulunan vatandaşlarımıza nüfus cüzdanları, dolayısıyla T.C. kimlik numarası verilmesi amaçlanmıştır.

Bu amaca ulaşmak için;

- Tapu dairesi, noterler vb. belirtilen daireler kendilerine müracaat eden vatandaşlarımızın işlemlerini yapmak için “T.C. Kimlik Numaralarını” dolayısıyla yeni nüfus cüzdanını istemek zorunda olmalıdır.
- 1-15 yaş grubuna nüfus cüzdanlarının verilmesi safhasında okula kayıt için müracaat eden vatandaşlarımızdan yeni nüfus cüzdanlarının istenmesi zorunlu olmalıdır.
- İster 0-15 yaş grubu için olsun, ister 15 üstü yaş grubu için olsun tüm vatandaşlarımızın yeni nüfus cüzdanını almaya zorlamak için yasal bir düzenleme gerekmektedir. Bu yasal düzenleme ile tüm resmi dairelerde, KİT kuruluşlarında ve özel kuruluşlarda yapılacak işlemler için T.C. kimlik numarası kullanılması zorunlu olmalıdır.

Ancak, 1976 yılından itibaren halen kullanılmakta olan nüfus cüzdanlarının dağıtımında ilçe nüfus müdürlüklerince köy ve mahalle adlarına göre belirlenen terimlerde vatandaşların müracaatı duyurulmuş, hangi tarihte hangi mahalleye veya hangi köye nüfus cüzdanı verileceği planlanmasına karşın, büyük yığılımlar ve izdihamlar görülmüştür. Türkiye Cumhuriyeti kimlik numaraları, nüfus cüzdanları düzenlenip dağıtımında da aynı durumun yaşanmaması için gerekli tedbirler alınmalı, planlamalar ona göre yapılmalıdır.

### **c. Nüfus Ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü'nün Yeniden Yapılandırılması**

1587 Sayılı Nüfus Kanunu ile Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı birim statüsü kazandırılmış ve ancak bundan sonradır ki nüfus hizmetlerinin modernizasyonu ve gelişmesi açısından önemli adımlar atılabilmiştir. Bu statü Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü'ne bir dinanizm kazandırmış ve hizmetlerin yürütülmesinde sorunlar köklü çözüm önerileri ve çağın ihtiyaçlarına cevap verebilecek bir düzeye getirilmesindeki çalışmalar etkili bir şekilde yürütülebilmiştir.

Ancak 1985 yılında çıkartılan İçişleri Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki 3152 sayılı Kanun ile Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü ana hizmet birimi olarak kabul edilmiştir. Bu suretle 1930 yılından 1974 yılına kadar uygulanan statü tekrar geri döndürülmüştür.

Bu dönem içerisinde nüfus hizmetlerinin yürütülüşüne ve nüfus idarelerinin durumuna bakılıp değerlendirme yapıldığı zaman nüfus hizmetlerinin en alt düzeye düşürülmüş olduğu ve bunun sonucunda her yönden bir çok sorunun ortaya çıktığı görülmektedir.

Bugün hizmetin düzenlenmesi ve modernizasyonu açısından çekilen başlıca güçlükler, bu dönemde nüfus hizmetlerinin ihmal edilmesinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1999 ve 2000 Yılı Programlarında öngörülen Nüfus ve Vatandaşlık İşeri Genel Müdürlüğü'nün yeniden yapılandırılması çalışmalarının sonuçlandırılması hedeflenmektedir.

### **3. Araştırmalar**

Düzenli olarak beş yılda bir yapılan nüfus araştırmaları düşünüldüğünde, 2003 yılında ülkemizde bir nüfus araştırmasının yapılması beklenmektedir. Bu araştırmanın finansmanının devlet bütçesi tarafından karşılanması ve tamamen ülke içi kamu kuruluşlarında çalışan personel tarafından yürütülmesi amaçlanmaktadır.

Nüfus araştırmalarının örnek büyüklüklerinin eskiye göre artırılarak anne ölümlülüğü ve diğer nadir olaylarla ilgili göstergelerin elde edilebilir hale getirilmesi hedeflenmelidir.

Araştırma sonuçlarının çok daha geniş kitlelere, özellikle akademisyenlere, politika yapıcılara ve planlamacılara ulaştırılabilmesi ve sonuçlarından gerek beş yıllık kalkınma planları gerekse yıllık programların hazırlanmasında yararlanılması amacıyla bir dizi seminer ve toplantının yapılması hedeflenmelidir.

Ülkemizde boşluğu hissedilen ve nüfus bilim çalışmalarının temelini teşkil eden hayat tablolarının kır, kent ve bölgesel ölçekte geliştirilmesi, demografik ve sağlık göstergelerinin elde edilebilmesi için ikili kayıt sistemine dayalı bir nüfus araştırmasının yapılması hedeflenmelidir.

## **B- Uzun Dönemde (2001-2023)**

### **1. Sayımlar**

Nüfus sayımlarının uygulanmasında en temel sorun olan sayım bölgelerinin haritalara dayalı olarak oluşturulması için yerleşim alanları için haritaların oluşturulması ve güncelleştirilmesi gerekmektedir. Sayım alanlarının haritalara dayalı olarak oluşturulması, sayımın bir günde yapılması zorunluluğunu kaldıracak ve sayımın "de jure" sisteme göre yapılmasına olanak sağlayacaktır.

Sayım alanlarının haritalara dayalı olarak oluşturulduğu bir sayım organizasyonuna geçildiğinde, nüfus sayımı ile birlikte bazı bilgilerin örneklem ile derleneceği bir sisteme geçiş önerilmektedir. Bu sistem ile nüfus sayımlarında daha düşük maliyet ile daha fazla bilgi daha kaliteli olarak derlenebilecektir.

Uzun dönemde nüfus sayımlarının "de jure" sisteme dönüştürülmesi ile birlikte kayıt sisteminin de geliştirilmesi ve ikametgaha göre nüfusun güncel olarak takip edilerek projeksiyonların bu bilgilere dayalı olarak yapılması önerilmektedir.

Nüfus kriterine bağlı kanunların son nüfus sayımını esas alması yerine, ikametgaha dayalı kayıt sistemlerini esas alması sağlanmalıdır.

## 2. Kayıtlar

- Avrupa Birliğine giriş sürecinde bulunan ülkemizin A.T ülkeleri ile entegre olarak uyumlu bir sisteme geçiş hazırlıklarına başlanmalıdır. Nüfus kayıtları ile ilgili olarak GAP analizi yapılması ve sistem farkının en aza indirgenmesinin sağlanması,
- Sağlıklı verilere dayanan istatistik üretiminin gerçekleştirilebilmesi için adres sisteminin tam olarak uygulanmasının sağlanması,

uzun dönemde gerçekleştirilmesi istenen hedeflerdir.

## 3. Araştırmalar

Nüfus araştırmalarının yürütülmesi için yeterli alt yapının oluşmuş olduğu ülkemizde gerekli finansmanın da dış destekler yerine devlet bütçesi tarafından düzenli olarak karşılanması ile sürdürülebilirliğinin sağlanması amaçlanmaktadır.

Ülkemizde nüfus araştırmaları verilerini analiz etmek amacıyla kullanabilecek niteliklere sahip oldukça az sayıda araştırmacı bulunmaktadır. Bu analizleri yapabilecek teknik personelin azlığı bu konuda önemli bir engel teşkil etmektedir. Araştırma sonuçlarının yeteri kadar detaylı analiz edilememesine neden olan bu sorunu gidermek amacıyla araştırmayı yürüten kuruluşların desteğiyle geriye dönük de olmak üzere tüm veri setlerini kullanabilecek nitelikte kişilerin yetiştirilmesi için kısa dönemli eğitim kurslarının düzenli olarak yapılması gereklidir. Bilgisayar başında az sayıda kişi ile uygulamalı olarak gerçekleştirilmesi gereken bu eğitim toplantılarının senede en az bir kere yapılması hedeflenmelidir.

Daha önce yapılmış araştırmalara ait bilgisayar verilerinin günümüz bilgisayar ortamında sıradan kullanıcıların yararlanabileceği hale getirilmesi ve beş yılda bir gerçekleştirilen araştırmaların veri setlerinin mümkün olduğunca standartlaştırılması hedeflenmelidir.

## V. VIII. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI AMAÇ VE HEDEFLERİNE ULAŞILMASI İÇİN ÖNGÖRÜLEN POLİTİKA, STRATEJİ VE FAALİYETLER

### A- Temel Politika Ve Stratejiler

#### 1. Sayımlar

Kısa dönemde kayıt sisteminin Türkiye genelinde geliştirilmesi mümkün görülmemektedir. Kayıt sistemi geliştirilene kadar nüfus yapısındaki değişimin güncel takip edilebilmesi için nüfus sayımlarının beş yılda bir yapılması önerilmektedir.

Nüfus sayımı ve örneklem araştırmalarının sağlıklı olarak yürütülebilmesi için özellikle büyükşehirlerin en kısa zamanda kent bilgi sistemleri kapsamında sayısal haritaları oluşturmaları ve bu bilgileri Devlet İstatistik Enstitüsü ile paylaşması sağlanmalıdır. Bu çalışmaların yürütülmesinde gerekli denetim mekanizmalarının oluşturulması için Mahalli İdareler Yasasında düzenlemeler yapılarak ilgili kurum ve kuruluşların görev ve sorumlulukları belirlenmelidir. Bu kapsamda merkezi otorite ile yerel yönetimlerin işbirliği tanımlanmalı ve gerekli cezai müeyyideler oluşturulmalıdır.

#### 2. Kayıtlar

Türkiye’de gerek doğum ve ölüm kayıt sistemlerinde, gerekse diğer kayıt sistemlerindeki aksamalar, uzun yıllardır giderilememiştir. Bu sorunlara çözüm bulunamamasının nedenleri arasında değişik zamanlarda alınan veya alınması düşünülen önlemlerin sadece gözlemlere dayanması ve bilimsel dayanaklardan yoksun olması, sistemlerin bütününe ilişkin değişikliklerden kaçınılması ve küçük uygulama değişiklikleriyle yetinme eğiliminin bulunması, sorunun sürekli olarak gündemde tutulmaması, ilgili kurumlar arasındaki eşgüdümün süreklilik göstermemesi sayılabilir.

Bu nedenle, genel olarak Türkiye’de kayıt sistemlerinin, özellikle de doğum ve ölüm kayıt sistemlerinin tatminkar bir seviyeye ulaştırılması amacıyla yapılacak çalışmalarda acele ile hareket edilmemesi, aşamalı bir süreç oluşturularak sorunun sürekli gündemde tutulması, sistemin bütününe ilişkin köklü değişiklikler yapılmadan önce, varolan sistem içinde hemen hayata geçirilebilecek maliyeti düşük kısa vadeli önlemlerin alınması, ancak aynı zamanda daha uzun vadeli önlemlerin alınabilmesi için bilimsel bilgi toplanması ve pilot uygulamaların geliştirilmesi gerekmektedir.

Aşağıda sıralanan öneriler, bu nedenle üç başlık altında toplanmıştır. İlk bölümde, hemen uygulamaya geçirilebilecek, düşük maliyetli ve varolan sistemi değiştirmeyen kısa vadeli önlemlere ilişkin öneriler bulunmaktadır. Bu önlemler arasında, varolan kayıt sistemlerini güçlendirebileceği düşünülen önlemlerin yanı sıra, sistemin aksayan yönlerinin daha iyi anlaşılabilmesine yönelik olarak yapılması gereken girişimler de yer almaktadır.

İkinci bölümde sıralanan orta vadeli önlemler ise, kısa vadeli önlemlerin alınmasından sonra, köklü değişikliklerin yapılabilmesi için bilgi toplanmasına ve pilot uygulamalara ilişkin önlemlerden oluşmaktadır. Uzun vadeli olarak nitelendirilebilecek önlemlerin neler olacağına

ilişkin kararlar, bu iki aşamanın gerçekleştirilmesinden sonra alınabilecektir. Bu nedenle üçüncü bölümde yalnızca nihai olarak nasıl bir kayıt sisteminin olması gerektiğine ilişkin bir takım düşünceler sıralanmıştır.

### a. Kısa Vadeli Önlemler

Türkiye’de meydana gelen doğum, ölüm ve diğer olaylara ilişkin kayıt sistemlerinin bugünkü işleyişinde kolaylıkla tespit edilebilen bazı hatalar ve eksiklikler bulunmaktadır. Düşük maliyetli ve hemen uygulamaya konulabilecek bazı önlemler ile bu hata ve eksikliklerin bir bölümünün giderilebilmesi, böylece daha sonra yapılacak çalışmalara ve alınacak önlemlere de ışık tutulması mümkün olabilecektir.

Doğum ve ölüm kayıtlarının eksik olmasının ardında yatan en önemli nedenlerden birisi, vatandaşların bu konunun önemi konusunda bilgi sahibi olmayışıdır. Vatandaşların bu konuda bilgilendirilmesi, daha önce okuma-yazma seferberliği ve aşı kampanyası sırasında kullanılan ve önemli oranda başarılı olan bilgilendirme stratejilerinin kullanılması, Türkiye’de kayıt kültürünün yerleştirilmesinde yararlı olacaktır. Vatandaşların bilgilendirilmesine yönelik olarak, aşağıdaki çalışmaların yapılması önerilmektedir:

- Kitle iletişim araçları kullanılarak, doğumların en geç bir ay, ölümlerin ise 10 gün içinde ilgili kişi ve kurumlar tarafından Nüfus Müdürlüklerine bildirilmesi gerektiğinin anlatılması,
- Doğum ve ölüm kayıtlarının önemi konusunda politikacıların bilgilendirilmesi,
- Doğum ve ölüm kayıtlarının ve istatistiklerinin önemi konusunun okul müfredat programlarında yer almasının sağlanması, böylece öğrencilerin eğitimlerinin ve öğrencilerinde doğum ve ölüm olaylarının tam, doğru ve zamanında kayıtlanması konusunda anne ve babalarını bilinçlendirmelerinin sağlanması,
- Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan Güvenli Annelik Projesi çerçevesinde toplumun doğum ve ölüm kayıtlarının önemi konusunda bilgilendirilmesi, doğum ve ölüm olaylarını sağlık kuruluşlarına bildirmeleri konusunda toplum gönüllülerinden yararlanılması,
- Özellikle doğum tespitlerinin artırılması için aşı gibi sağlık hizmetlerinden yararlanan bebek ve çocukların nüfus cüzdanlarının olup olmadığının sağlık personeli tarafından sorgulanması, böylece ailelerin doğumlarını bildirmek için yönlendirilmelerinin sağlanması, Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurumlarda çalışan sağlık personelinin gerektiği takdirde köy veya mahalle muhtarlarının kayıtlarından yararlanmalarının sağlanması,
- Toplumun doğum ve ölüm kayıtlarının ve istatistiklerinin önemi konusunda bilgilendirilmesi konusunda yapılacak çalışmaların organize bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için sektörler arası işbirliği yapılması.

Doğum ve ölüm kayıtlarının önemi konusunda vatandaşların bilgi eksikliğinin yanı sıra, doğum ve ölümlerin kayıt edilmesinde yükümlülüğü bulunan personelin de bilgi eksikliği bulunmakta, dolayısıyla eğitilmesi gerekmektedir. Bu amaçla personel eğitimi de hemen alınması gereken önlemlerden biridir.

- Doğum ve ölüm kayıtlarının tutulmasında ve bildirilmesinde varolan mevzuata göre önemli sorumlulukları bulunan muhtarların bu konudaki sorumluluklarını tam olarak yerine getirmeleri için uyarılmaları ve eğitimleri gereklidir.
- Halen doğum ve ölüm kayıt sürecinde yer alan gerek sağlık personelinin, gerekse İçişleri Bakanlığı personelinin niteliklerinin gözden geçirilerek kayıtların önemi konusunda bilgilendirilmesi ve eğitilmesi sağlanmalıdır.
- İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü tarafından periyodik olarak yapılmakta olan İl Nüfus ve Vatandaşlık İşleri ve İlçe Nüfus Müdürleri seminerlerinde eğitimciler tarafından bu konunun önemi anlatılmalıdır.
- Sağlık personelinin mezuniyet öncesi eğitiminde doğum ve ölüm kayıtlarının önemi ve doğum ve ölüm kayıt sistemi ile ilgili olarak eğitim verilmelidir.
- Sağlık personelinin doğum ve ölüm tespitlerindeki görevleri hakkında hizmet-içi eğitimleri sağlanmalıdır.

Personelin hizmet öncesi ve hizmetiçi eğitiminin yanı sıra, kayıt sistemini güçlendirebilmek için yeni personele de ihtiyaç bulunmaktadır. Bu amaçla;

- Doğum ve ölüm kayıt sistemi içinde sorumluluğu bulunan İçişleri Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Devlet İstatistik Enstitüsü gibi kurumların kendi bilgilerini değerlendirebilmesi ve denetleyebilmesi için gerekli vasıflara sahip personelin alınabilmesine olanak tanınmalıdır.
- Doğum ve ölüm istatistik formlarının vatandaşlar tarafından usulüne uygun olarak doldurulup doldurulmadığının nüfus personeli tarafından kontrol edilebilmesi için İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü'nde münhal bulunan 1000 memur kadrosuna atama izni verilmesi sağlanmalıdır.
- 1587 sayılı yasada belirtilen gezici nüfus memurluğunun hayata geçirilmesi veya nüfus grup şefliklerinin kurulması için girişimlerde bulunulmalıdır.

Türkiye'de halen doğumların bir ay içinde bildirilmesi zorunludur ve bu süre zarfında bildirimde bulunmayanlara ceza uygulanmaktadır. Ancak varolan ceza, günün koşullarına göre düşük düzeylerde kalmakta, doğumların kaydedilmesi için gerekli zorlamayı sağlayamamaktadır. Bu nedenle;

- Doğumların bildirilmesi veya zamanında bildirilmemesi durumunda ödenecek cezanın ekonomik koşullara paralel olarak değişmesini sağlayacak yasal düzenlemenin yapılması gerekmektedir. Bu gibi bildirmeme durumlarında uygulanacak cezanın zorlayıcı olması gerekir.

Doğum ve ölümlere ait bilgilerin akışında ve değerlendirilmesinde de bir takım eksiklikler söz konusudur. Bu konudaki eksiklikleri giderebilmek, sistemler arasındaki uyumu sağlayabilmek, etkililiği artırabilmek ve toplanan bilgilerin nitelik ve niceliğini sağlıklı bir şekilde değerlendirebilmek için kısa vadede aşağıdaki önlemlerin alınması gerekmektedir.



- İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri İlçe Müdürlüklerinde vatandaşlar tarafından doldurulan doğum ve ölüm istatistik formlarının her ayın sonunda Devlet İstatistik Enstitüsüne gönderilmesi sağlanmalı, bu formlardaki bilgiler Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından derlenmeli, değerlendirilmeli ve belli aralıklarla yayınlanmalıdır. Bu yeni akış sistemi içinde Devlet İstatistik Enstitüsü gerek formları göndermeyen, gerekse gönderilen formların yeterli niteliklere uymadığı Nüfus Müdürlüklerini tespit ederek İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü'nün dikkatini çekmelidir.
- Tespit edilen doğum ve ölümlere ait daha iyi kalitede veri sağlanması için sağlık örgütü içinde bilgi akış sisteminin yeniden düzenlenmesi, güçlendirilmesi için önlemler alınması gereklidir.
- Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulmakta olan Sağlık Enformasyon Sisteminde doğum ve ölüm istatistiklerine ağırlık verilmelidir.

Doğum ve ölüm kayıtlarına ilişkin bilgilerin, yerel düzeyde toplandıktan sonra merkeze iletilmeden önce yerel düzeyde kontrolü, denetimi ve değerlendirilmesi kayıt verilerinin kalitesini güçlendirici bir unsur olarak hataya geçirilebilir. Ayrıca kayıtlardan sorumlu olan kuruluşlar, kendi içlerinde alacakları bazı önlemler ile sorumlu personelin daha etkin çalışmasını sağlayabilirler. Bu amaçla;

- Gerek İçişleri Bakanlığı gerekse Sağlık Bakanlığı'nın il ve ilçe örgütleri, kayıt ettikleri doğum ve ölüm olaylarına ilişkin bilgileri Ankara'ya iletmeyen önce kontrol etmeli, buna ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
- Yerel düzeyde bir kontrol mekanizması kurabilmek amacıyla İçişleri Bakanlığı'nın il düzeyinde örnekleme yöntemiyle belirli yerleşim yerlerine ilişkin bilgileri gezici nüfus memurlarından yararlanarak toplaması ve kayıt edilen bilgilerle karşılaştırması sağlanmalıdır.
- Nüfus memurları tarafından doğum ve ölüm istatistik formlarının beyan sırasında vatandaşlara doldurtulması hususunda titizlik gösterip göstermediklerinin Mülki İdare Amirleri, İl Nüfus Müdürlükleri ve İlçe Nüfus Müdürlükleri tarafından denetlenmesi sağlanmalıdır.

Doğum ve ölüm kayıtları konusunda Türkiye'de halen bir çok başlılık söz konusudur ve sorumlu kuruluşlar arasındaki işbirliği, kesintisiz bir süreç haline getirilememiştir. Sorumlu kuruluşlar arasında eşgüdüm ve işbirliği, sistemin şimdi olduğundan daha etkili bir yapıya kavuşturulmasında yararlı olabilecektir. Bu amaçla;

- Bugünkü sistem içinde doğum ve ölüm kayıtlarının tutulmasından, istatistiklerin hazırlanmasından ve derlenmesinden sorumlu olan İçişleri Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Devlet İstatistik Enstitüsü gibi kuruluşlar arasında eşgüdümün sağlanabilmesi, faaliyetlerin uyumlu bir şekilde yürütülebilmesi ve bilgi akışının sağlanabilmesi için ortak bir komitenin oluşturulması sağlanmalıdır.

Doğum ve ölüm kayıtlarının iyileştirilmesi konusunda kısa vadede ve uzun vadede yapılacak çalışmalara ışık tutmak amacıyla, Türkiye'nin uluslararası deneyimlerden yararlanması zorunludur. Türkiye ile benzerlik gösteren bir takım ülkeler, bu konuda önemli kazanımlar elde etmiş durumdadırlar. Bunun yanı sıra dünyada bu konuda çalışan bir takım uluslararası kuruluşlar da bulunmaktadır. Bu tip kuruluşlar doğum ve ölüm kayıtları konusunda Türkiye'nin de yararlanabileceği uluslararası perspektiflere sahiptirler. Bu amaçla;

- Doğum ve ölüm kayıtları konusunda çalışan uluslararası kuruluşlar ile iletişim kurulmalı ve bu kuruluşların Türkiye'deki çabaları desteklenmeleri sağlanmalıdır.
- Doğum ve ölüm kayıtları konusunda uluslararası kuruluş temsilcilerinin Türkiye'yi ziyaret etmesi ve bilgi alışverişinde bulunması, Türkiye'deki sorumlu bürokratları da bilgilendirebilecek ortak bir toplantının yapılması gerekmektedir.
- Türkiye'deki sorumlu kuruluş temsilcilerinden oluşan bir heyetin doğum ve ölüm kayıtları konusunda çalışan bir kuruluşu ve/veya doğum ve ölüm kayıtları konusunda başarı sağlamış, Türkiye ile benzerlik gösteren bir ülkeyi ziyaret ederek bilgi alışverişinde bulunmaları sağlanmalıdır.

İçişleri Bakanlığı bünyesindeki MERNİS dairesi, Türkiye'de gerek doğum ve ölüm kayıtları, gerekse nüfus kayıtları için nihai olarak sorumlu olacak kuruluştur. Bu kuruluşun işleyişinde son yıllarda önemli iyileşmeler elde edilmiş olmasına karşın, halen bazı sorunlar bulunmaktadır. Bu sorunların giderilmesi ve MERNİS'in bugünkü durumuyla daha etkin bir hale gelebilmesi amacıyla;

- Bu kurumun işlerliğini sağlayacak yönde organizasyon için gerekli düzenlemelerin yapılması, ilçelerin bilgi işlem ağına bağlanmasının hızlandırılması, personelinin eğitimi, bilgi akışının işlerlik kazandırılması, yapısal organizasyonu için gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir.
- MERNİS bünyesinde oluşturulması amaçlanan kişisel tanıtım numarasının ne gibi özelliklere sahip olması gerektiğine ilişkin çalışmalar başlatılmalı, bu konunun nihai olarak ulaşılmaması amaçlanan kayıt sisteminin çok önemli bir ögesi olması dolayısıyla bu konuda değişik sektörlerin de katkıları sağlanmalıdır.

Türkiye'de doğum ve ölüm kayıtlarının eksikliği konusunda niceliksel ve niteliksel anlamda bilimsel bilgi eksikliği mevcuttur. Daha önce de belirtildiği gibi, doğumların ve ölümlerin ne kadar eksik olduğuna ilişkin güvenilir bilgiler bulunmamaktadır. Bunun yanı sıra kayıt edilen doğum ve ölüm olaylarına ilişkin bilgilerin Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Belediyeler ve Devlet İstatistik Enstitüsü gibi ilgili kurumlarda toplanmasına, kurumlar arasında ve kurumlar içinde iletilmesine ve tutarlılığına ilişkin olarak bilgi eksikliği de söz konusudur. Bu konularda bilgi toplamayı amaçlayacak olan bir Sistem Analizi Araştırmasının yapılması gerekmektedir. Sistem Analizi çalışmasının amaçları aşağıdaki biçimde özetlenebilir:

- Kayıt edilen doğum ve ölüm olaylarının başta nüfus kayıt sistemi olmak üzere diğer kayıt sistemlerine iletilmesinin incelenmesi,

- Yerel düzeyde kayıt edilen doğum ve ölüm olaylarının merkeze iletilmesi sürecinin her kurum için ayrı olmak üzere incelenmesi, meydana gelen bilgi kayıplarının nicelik olarak belirlenmesi,
- Yerel düzeyde ve merkezde değişik kurumlarda bulunan bilgilerin ne tür ortamda bulunduğuna ilişkin tespitlerin gerçekleştirilmesi,
- Yerel düzeyde kayıt edilen doğum ve ölüm olaylarına ilişkin bilgilerin yerel düzeyde kurumlar arasındaki tutarlılığının incelenmesi,
- Merkezde değişik kurumlarda bulunan bilgilerin analiz edilmesi, kayıt edilen doğum ve ölüm olaylarının niteliklerinin incelenerek kayıt edilmeyen olayların niteliklerine ilişkin bilginin üretilmesi,
- Merkezde değişik kurumlarda bulunan bilgilerin tutarlılığının analizi.

Bu amaçla gerçekleştirilebilmesi için belirli bir süre temel alınacak, ilgili kurumların değişik büyüklükteki ve idari nitelikteki yerleşim yerlerinde bulunan teşkilatları, genel müdürlükleri ve personeli ziyaret edilerek doğum ve ölüm kayıtları incelenecektir.

## **b. Orta Vadeli Önlemler**

Gerekli kısa vadeli önlemlerin alınmasından sonra doğum ve ölüm kayıt sisteminde köklü ve kalıcı değişiklikleri gerçekleştirebilmek için birtakım orta vadeli önlemlerin alınması gerekmektedir. Orta vadeli önlemler iki başlık altında incelenebilir. Bunlardan ilki, uzun dönemde Türkiye’de doğum ve ölüm kayıt sisteminin yeniden yapılanmasına ve bu sistemi destekleyici nitelikte hizmetlerin sunumuna ilişkin yeniden yapılanmanın gerçekleştirilmesi için çalışmaların yapılmasıdır. Bunların en başta geleni;

- Sağlık hizmetlerinin tüm topluma yaygınlaştırılması, yeni doğan çocuğun ailesi tarafından nüfus cüzdanı alınmak koşuluyla, bir yıllık her türlü bakım ve tedavi giderlerinin devlet tarafından ücretsiz karşılanmasının sağlanmasıdır. Bu durumda, bu hizmetten yararlanmak üzere sağlık kuruluşlarına başvuran ailelerden çocuklarına ivedi olarak nüfus cüzdanı çıkartmaları istenebilecektir.

Orta vadeli önlemler arasındaki ikinci başlık, Doğum ve Ölüm Olaylarının Bildirimine İlişkin Sorunlar Araştırması’dır. Uzun vadede kayıt sisteminde ne gibi köklü değişiklikler yapılması gerektiğine ilişkin karar verebilmek için, kısa vadede gerçekleştirilmesi planlanan Sistem Analizi Araştırması’nın sonuçlarının yanı sıra vatandaşların doğum ve ölümleri bildirmeme nedenlerini bilimsel olarak saptamak üzere yapılacak bir çalışmaya da ihtiyaç bulunmaktadır. Bu araştırma, kayıt sürecinin iki aşamasını içerecektir. Araştırma, öncelikle belirli bir süre içinde meydana gelen doğum ve ölüm olaylarını bir örneklem nüfusundan saha araştırması ile belirleyerek,

1- Bildirimin yapıp yapılmadığını, bildirim yapılmamış olması halinde nedenlerini, kayıtlı olmaması halinde hangi süreçlerin ve bürokratik işlemlerin söz konusu olduğunu ve zamanlamasını saptamaya çalışacaktır.

2- Kayıt edilmiş olan doğum ve ölüm olaylarına ilişkin kayıtlar, ilgili kurumların kayıtlarından incelenecektir.

3- Kayıt edilmiş olan olayların merkeze ulaşmasına kadar geçen süreç incelenecektir.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü, görüşme sayısı, soru kağıdının kapsamı gibi metodolojik özelliklerine ilişkin nihai karar aşağıdaki faktörlere göre verilecektir;

- Bu konuda diğer ülkelerde yapılan araştırmaların yapısı
- Maddi olanaklar
- Gözlem yapılacak olguların sıklığı ve varyasyonu
- Sistem analizi araştırmasının sonuçları

Sistem analizi ve saha araştırmasının sonuçları elde edildikten sonra doğum ve ölümlerin kaydında karşılaşılan sorunların bilimsel ve sistematik olarak belgelenmesi ve tanımlanabilmesi mümkün olacaktır.

### c. Uzun Vadeli Önlemler

Kısa ve orta vadeli önlemlerle elde edilen iyileşmelerin değerlendirilmesi, Sistem Analiz Araştırması'nın sonuçlarının elde edilmesi sonrasında, Türkiye'de doğum ve ölüm kayıt sisteminde köklü değişiklikler yapıp yapılmamasına, bu değişikliklerin ne olması gerektiğine ilişkin kararların verilebileceği bir aşamaya ulaşılabilecektir.

Bu aşamada elde edilen bütün bilgi birikiminin gözden geçirilmesi gerekmektedir. Bu amaçla sorumlu kuruluşlardan oluşan bir komisyon kurulmalı ve sonuçlar gözden geçirilmelidir. Sonuç olarak, Türkiye'de 2000'li yıllara girilirken doğum ve ölüm kayıtlarını nicelik ve nitelik olarak gelişmiş ülkeler seviyesine ulaştıracak olan çağdaş bir sistemin oluşturulmasına ilişkin kararlar alınmalıdır. Alınan kararların toplum tarafından tartışılması sağlanmalı ve bu konuda siyasetçilerin de içinde bulunduğu bir toplumsal uzlaşma sağlanmalıdır.

Alınan kararların yurt çapında uygulamaya geçirilmesinden önce, ülkenin belirli yörelerinde pilot uygulamalar başlatılmalı, böylece yeni uygulamanın etkililiğini ve potansiyel sorunlarını gözleme imkanı sağlanmalıdır. Ülke genelindeki uygulama, pilot uygulama sonucunda gerekli değişikliklerin de gerçekleştirilmesinden sonra başlatılmalıdır.

Türkiye'nin nihai olarak ulaşması gereken doğum ve ölüm kayıt sistemi, bugünkü gelişmiş ülkelerin başarıyla uygulamakta oldukları kayıt sistemleriyle uyumlu olmak durumundadır. Gelişmiş ülkelerin farklı kültürel, sosyal, ekonomik, politik organizasyonlarına karşın benzer kayıt sistemlerini uyguluyor olmaları, bu konuda evrensel doğruların bulunduğu yeterli kanıt teşkil etmektedir. Türkiye'nin nihai olarak benimseyeceği sistemde, ülkenin özgül koşullarının da göz önüne alındığı, ancak ana prensipleri itibarıyla gelişmiş ülkelerin sistemlerine benzeyen bir sistem olmalıdır. Bu sistem aşağıda sıralanan özellikleri taşımalıdır:

- Doğum ve ölüm olaylarının kaydı için vatandaşların asgari sayıda bildirimde buldukları, bu olaylar hakkındaki bilgi akışının kurumlar arasında otomatik olarak sağlandığı,
- Bütünüyle bilgisayarlaşmış,
- Vatandaşlar arasında kayıt bilincinin gelişmiş olduğu ve kayıt sonucunda önemli bireysel, gündelik ve toplumsal yararların elde edildiği,
- Ülkenin her yerinde aynı uygulamaları gerektiren,
- Bütün diğer kayıt sistemlerinin bilgi aldığı ve verdiği ve bütün diğer kayıt sistemleri ile benzer nitelikteki bilgilerin (Örneğin kişisel tanıtım numarası) kullanıldığı bir sistem.

## B. Yasal Ve Kurumsal Düzenlemeler

### 1. Sayımlar

Nüfus sayımlarının beş yılda bir yapılmasına yönelik olarak yasa değişiklikleri yapılmalıdır. Nüfus sayımlarının uygulanması için gerekli olan DİE'nin diğer kurumlar ile olan işbirliği yeniden tanımlanmalıdır. Özellikle nüfus sayımlarında kullanılan adres çerçevesinin tam ve sağlıklı olabilmesi için belediyelerin sınırları içindeki yerleşim alanlarının haritasını oluşturmaları yasal düzenlemeler ile sağlanmalıdır. Bununla birlikte belediyelerin görev ve sorumluluklarında olan adres çerçevesinin güncelleştirilmesinin yapılmasında belediyeleri zorlayıcı hükümler getirilmeli ve bu çalışmalarını takip etme hakkı olan kurumsal yapılanma sağlanmalıdır. Aksi halde her nüfus sayımından önce yüksek bir maliyet ile numaralama çalışması yapılmakta ve böylece başka alanlara kaydırılabilecek maddi kaynaklar gereksizce kullanılmaya devam edilmektedir. Belediyelerin adres değişikliğini güncelleme ve DİE dahil ilgili kurumlara bildirmesi için gerekli olan yasal ve kurumsal düzenlemeler en kısa zamanda DPT koordinatörlüğünde gerçekleştirilmelidir.

### 2. Kayıtlar

Türkiye'de son yıllarda gerek Anayasa kurumlarında, gerek ekonomik düzenlemelerde bir takım değişimler olmuş ve bunlar da ekonomik ve sosyal davranışlar üzerinde etkisini göstermiştir. Öte yandan 1960 yılından itibaren ortaya çıkan dış göç olayı yarattığı etkiler ve getirdiği sonuçlar itibariyle Cumhuriyet tarihinin en önemli sosyal gelişmelerinden biri olmuştur.

Türk toplumu umutları ile yaşama düzeyi 1923'lerin toplumunu çok gerilerde bırakmıştır. 2000'lerin Türk toplumu, Avrupa toplumu üyesi olma sürecine girmiş, ekonomik ve sosyal ölçüleri büyümüş, hızlı gelişmenin ortaya çıkardığı toplumsal sorunlarını demokratik, laik ve sosyal hukuk devleti prensipleri içinde çözmeye çalışan bir toplumdur.

Ancak, nüfus hizmetleri uzun yıllar sadece ahvali şahsiye açısından değerlendirilmiş ve bu hizmetler kayıt ve tescil işlemi olarak görülmüştür. Bunun sonucunda aile ve vatandaşlık hukukunda çok önemli aksaklıklar meydana gelmiştir.

Bu bakımdan MERNİS projesinin bir an önce hayata geçirilmesi ve böylece insanlarımız ile devletin karşılıklı haklarını kazanabilmesi dinamik bir toplum yapısının açılabilmesi zaman, kırtasiye ve emek tasarrufunun sağlanabilmesi amacıyla;

- 1587 Sayılı Kanuna eklenen yeni maddelerle nüfus idareleri daha aktif hale getirilerek vatandaşa beyana davet yetkisi verilmiş, bütün kamu kurum ve kuruluşları ile güvenlik kuvvetleri, nüfusa kayıtlı olmayanları nüfus idarelerine bildirmekle görevlendirilmiştir. Ancak, getirilen bu hükümlerin istenildiği şekilde uygulanması mümkün olmamıştır.
- Özellikle kırsal alanlardaki ölümlerin nüfus idarelerine bildirilmemesi sorunu istenildiği şekilde çözümlenememiştir.
- Nüfus hareketlerinin izlenmesinin güvenlik açısından önemi sebebiyle kimlik bildirme kanunu çıkarılmış ise de, dayandığı prensipler ve nüfus hizmetlerinden yararlanılması düşünülmendiğinden uygulamada arzu edilen işlerlik sağlanamamıştır.
- MERNİS sistemi içerisinde vatandaşın adresinin tutulması bu konuda yeni bir anlayış getirilmesi zamanla öngörülmektedir.

Yukarıda belirtilen nedenlerle VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde;

- a) 1587 sayılı Nüfus Kanunu'nun günün şartlarına uygun hale getirilmesi çalışmaları sonuçlandırılmalıdır.
- b) Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü'nün yeniden yapılandırılması çalışmalarına hız verilmelidir.
- c) 1774 sayılı Kimlik Bildirme Kanunu yeniden gözden geçirilerek işlerlik kazandırılmalıdır.

### 3. Araştırmalar

Nüfus araştırmaları sonrası çeşitli düzeydeki muhtemel kullanıcılara araştırma sonuçlarının duyurulması için planlanan tanıtım toplantılarının düzenlenmesinde söz konusu konularla yakından ilgilenen Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, USAID, Avrupa Topluluğu gibi uluslararası donör kuruluşlardan finansman konusunda destek alınması için girişimler yapılmalıdır.

İkili kayıt sistemine dayalı bir nüfus araştırmasının kapsam ve boyutları göz önüne alınarak bu tip bir çalışmanın yapılması için çeşitli kamu kuruluşlarının ve üniversitelerin, özellikle de Devlet İstatistik Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Sağlık Bakanlığı'nın, mümkünse Sağlık Projesi çerçevesinde, işbirliği içine girmesi gereklidir.

Nüfus araştırmaları yapan ve nüfus araştırmalarını yoğun bir şekilde kullanan kişi ve kuruluşlardan oluşan bir adres listesi oluşturularak bu kişi ve kurumların düzenli olarak bir araya gelmeleri ve sürekli iletişim halinde olmaları özendirilmelidir.

## C. Faaliyetler

### 1. Kayıtlar

Kamu düzeninin temel dayanaklarından birisi olan nüfus kütüklerindeki kayıtların tamamen bilgi işlem ortamına aktarılması, bütün nüfus hizmetlerinde tam otomasyona geçilmesi, manuel sistemde ortaya çıkan hukuki ve maddi hataların tamamen yok edilmesi, nüfus kayıtlarının güncellik ve sürekliliğinin sağlanması amacına dayanan MERNİS projesinin bu plan döneminde tamamen uygulamaya geçirilmesi sağlanmış olacaktır.

Merkezde kurulacak olan nüfus bilgi bankasından, kişilerin kayıtlarına ulaşmak suretiyle tüm kamu kurum ve kuruluşlarının yararlanması gerçekleştirilmiş olacaktır.

Nüfus kayıtlarından elde edilecek verilerden, sağlıklı istatistik üretimi gerçekleştirilerek ilgili kurum ve kuruluşların istifadesine sunulabilecektir

## D. İzleme, Değerlendirme Kriterleri Ve Mekanizmaları

### 1. Kayıtlar

Doğum ve ölüm olayları ile diğer olaylara ait kayıt sistemlerindeki bilgilerin akışında ve değerlendirilmesinde bir takım eksiklikler her zaman söz konusu olabilmektedir. Bu konudaki eksiklikleri giderebilmek, sistemler arasındaki uyumu sağlayabilmek, toplanan bilgilerin nitelik ve niceliğini sağlıklı bir şekilde değerlendirebilmek için bazı önlemlerin alınması gerekmektedir.

Bu nedenle;

- a) MERNİS projesini geliştirmek, oluşturulan bilgi kaynağını kamu hizmetleri açısından değerlendirmek, diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği ve eşgüdümü sağlamak amacıyla İçişleri Bakanlığı'nın sorumluluğunda, ilgili Bakanlık ve kuruluşlarla, üniversiteler, yüksekokullar, enstitüler, özel ve mesleki kuruluşların temsilciliklerinin katılımıyla meydana gelecek "Nüfus Hareketlerini Değerlendirme ve Koordinasyon Yüksek Kurulu"nun oluşturulmasında,
- b) MERNİS projesi ile T.C. Kimlik Numarası projelerini izlemek, ortaya çıkabilecek sorunları aşacak çözüm ve öneriler üretmek amacıyla Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü bünyesinde "Nüfus Hareketlerini İzleme ve Yürütme Kurulu"nun oluşturulmasında fayda görüldüğünden bu hususta mevzuatın düzenlenmesi çalışması sürdürülmektedir.

**KAYNAKLAR**

- DİE (1978) *Türkiye Nüfus Araştırması: 1974-1975*, Yayın No: 841, Ankara.
- DİE (1997) *Genel Nüfus Tespiti İdari Bölünüşü, 1998*. Ankara.
- DİE (1993) *1990 Genel Nüfus Sayımı, Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri*, Ankara.
- HÜNEE (1978) *Türkiye’de Nüfus Yapısı ve Nüfus Sorunları 1973 Araştırması*, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, D-26, Ankara.
- HÜNEE (1980) *1978 Türkiye Doğurganlık Araştırması*, Ankara.
- HUIPS (1987) *1983 Turkish Population and Health Survey*, Hacettepe University Institute of Population Studies, Ankara.
- HUIPS (1989) *1988 Turkish Population and Health Survey*, Hacettepe University Institute of Population Studies, Ankara.
- Nüfus Hizmetlerinin Yürütülmesine İlişkin Mevzuat I-II 1992, Ankara.
- Nüfus Kanunu ve Nüfus Hizmetlerine Ait Kuruluş, Görev ve Çalışma Yönetmeliği 1977-1992, Ankara.
- Nüfus Teşkilatının Dünü, Bugünü MERNİS Projesi 1998, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı; HÜNEE; Macro International Inc. (1994) *1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*, Ankara.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Hıfzısıhha Okulu (1970) *Türkiye Nüfus Araştırmasından Elde Edilen Hayati İstatistikler 1966-1967*, Hacettepe Basımevi ve Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara.
- Timur, S. (1972) *Türkiye’de Aile Yapısı*, Hacettepe Üniversitesi Yayını, D-15, Ankara.
- DİE (1993) *1989 Türkiye Nüfus Araştırması*, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Yayın No: 1483.
- Türkiye’de Doğum Ve Ölüm Kayıtları ile İlgili Çalışma Grubu Raporu, 1997, Ankara
- UN ve EUROSTAT (1998) *Recommendations for the 2000 Censuses of Population and Housing in the ECE Region*.



## EK 1. ÜREME SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI ALT KOMİSYONU ÜST YÖNETİM (ÖZET) RAPORU

### 1. GİRİŞ

1994 yılında Kahire’de yapılan, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma (ICPD) Konferansı, üreme sağlığı konusuna, kapsamlı-çağdaş tanım ve yaklaşımı getirmiştir. Bu yaklaşım, konunun psiko-sosyal boyutu da daha kapsamlı ele alınarak 1995 IV. Dünya Kadın Konferansında bir kez daha vurgulanarak onaylanmıştır.

“Üreme sağlığı, üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyişine ilişkin bütün alanlarda sadece bir hastalık yada sakatlık olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumudur. Bu nedenle üreme sağlığı; insanların doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşam, üreme yeteneğine ve bunun ne zaman nasıl olması gerektiğine karar verme özgürlüğüne sahip olmalarıdır. Üreme sağlığı hizmetleri, üreme sağlığı sorunlarını engelleyerek ve çözümlenerek üreme sağlığına katkıda bulunacak yöntemler, teknikler ve hizmetler bütünüdür. Üreme sağlığı hizmetleri, sadece üreme ve cinsel ilişkiyle geçen hastalıklarda bakım ve danışmanlık değil, aynı zamanda hayatı ve kişisel ilişkileri zenginleştirmek olan cinsel sağlığı da kapsar.”

Alt komisyon çalışmasında üreme sağlığı konusu; (1) Adolesanlarda Üreme Sağlığı, (2) Ana Sağlığı ve Anne Ölümünün Önlenmesi, (3) Aile Planlaması, (4) Cinsel Sağlık, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ile HIV/AIDS, (5) Yaşlılarda Üreme Sağlığı başlıkları altında incelenmiştir. Her konu için ayrıntılı raporlar hazırlanmıştır.

Bu özet raporda sadece mevcut sorunlar, genel amaçlar ve önerilen stratejiler belirtilmiş olup, ihtiyaç duyulduğunda gerekli bilgiler ayrıntılı raporlardan alınabilir.

### 2. ÜREME SAĞLIĞINA İLİŞKİN TEMEL SORUNLAR

#### Adolesanlarda Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık

- Adolesanlara yönelik özel üreme sağlığı hizmetlerinin olmaması: Ülke çapında adolesanlara yönelik olarak sunulan özel bir üreme sağlığı hizmeti bulunmamaktadır.
  - Adolesanlar özel ihtiyaçlarını karşılayabilecekleri sağlık hizmetlerini yeterince kullanamamaktadırlar.
  - Sosyal ve toplumsal baskı, yaşın getirdiği çekingenlik ve başvurulabilecek sağlık kurumlarını bilmeme nedenleriyle adolesanlar mevcut sağlık kurumlarından yararlanamamaktadır.
  - Sağlık kurumlarında adolesanlara danışmanlık verebilecek, bu konuda özel eğitilmiş personel mevcut değildir.
  - Adolesanların ulaşabileceği noktalarda hizmet yoktur.
  - Adolesanlar, ailelerinin desteği olmadan gerek kontraseptif malzeme, gerekse üreme sağlığı hizmeti alabilecek maddi imkanlara sahip değildir.
2. Adolesanların üreme ve cinsel sağlık konularında doğru, yeterli bilgi edinmemesi:
- Örgün eğitim içinde ilköğretim programında üreme sağlığına çok az değinilmektedir.

- Eğiticilerin eğitimi sırasında bu bilgilere yeterince yer verilmediği için eğiticilerin bu konuda bilgi aktarımı sınırlı kalmaktadır.
  - Bilgi Eğitim İletişim (BEİ) materyali eksikliği: Adolesanlara yönelik hazırlanmış olan BEİ materyali sınırlı konuda, az sayıda ve yeterince yaygın olarak dağıtılamamaktadır.
  - Medya'nın olumsuz etkileri: Medyanın adolesanların karşılanamayan bilgi ihtiyaçlarına cevap verebilecek, kendi cinsellikleri hakkında bilinçli karar vermelerini sağlayabilecek bir bilgi kaynağı olması gerekirken, bu amacına kimi zaman bu konuda yanlış bilgiler de vererek ulaşamamaktadır.
  - Danışma merkezlerinin olmaması: Gençlerin bir sorunla karşılaştıklarında danışabilecekleri merkezler, birimler yoktur.
3. Adolesan ve gençlere yönelik istatistikî bilgi eksikliği: Rutin bilgi toplama sistemi içinde adolesan ve gençlerin üreme sağlığı ile özel bir bilgi toplanmamaktadır. Toplanan verinin değerlendirilmesi sonucu adolesanlara verilen hizmetler değerlendirilememektedir.
4. Erken evlenme/ erken cinsel ilişki: Kırsal kesimde, özellikle de Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde erken yaşta evlilikler oldukça sık olarak yapılmaktadır. Şehirleşme oranının yüksek olduğu ülkemizde, küreselleşmenin ve medyanın da etkisiyle özellikle kentsel kesimde evlilik dışı cinsel ilişki yaşının küçüldüğüne ilişkin ipuçları vardır.

### **Ana Sağlığı ve Ölümleri**

Ana sağlığı hizmetleri açısından;

- Eğitimi ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan kadınlar arasında riskli gebeliklerin yaygınlığına karşın, doğum öncesi bakımdan (DÖB) ve doğum hizmetlerinden yararlanma düzeyi düşüktür. (% 44.4)
- Bölgesel ve yerleşim yerlerine göre farklılıklar halen ciddiyetini korumaktadır.
- DÖB hizmetleri ülke genelinde bütün birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilememektedir, bu kuruluşların teknik donanımı ve insan gücünün niteliği hizmet kalitesi için yeterli değildir.
- Sezaryen ile doğum (% 21.9), düşük doğum ağırlıklı bebek oranı (%12) ve komplikasyonlu doğum sıklığı (% 56) yüksektir.
- Yenidoğan bebek ölümleri yüksek düzeyde olup perinatal sağlık sorunlarının kontrolüne ihtiyaç vardır.
- Sağlık kuruluşlarında doğum hizmet kalite indikatörlerinin izlenmesini sağlayacak kayıt sistemi kurulamamıştır.
- Doğum sonrası ve isteyerek gebeliğin sonlandırılması (düşük) sonrası kontraseptif uygulanması çok düşüktür, erkeğin katılımını sağlayacak danışmanlık hizmeti çok yetersizdir.

### **Aile Planlaması**

Aile planlaması sorunlarına stratejik plan yaklaşımıyla eğilinmemektedir. Hazırlanmış olan Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Eylem Planı tüm boyutlarıyla uygulamaya konulamamıştır. Bu planda da vurgulanan hizmet sunumu ile ilgili başlıca sorunlar:

- Kadın sağlığı ve aile planlaması (KS/AP) hizmet kalitesinin yükseltilmesi, hizmetlerin yaygınlaştırılması ve yerleşim yerleri ile bölgeler arası farklılıkların giderilmesinde yetersizlikler bulunmaktadır.
- KS/AP hizmetleri, ilgili tüm sağlık kuruluşlarının hizmetlerine yeterince entegre edilememiş ve kurumsallaştırılmamıştır.
- Aile planlaması yöntemi kullananlar arasında etkili yöntemlerin kullanım oranları düşüktür.
- KS/AP konusunda toplumun bilinçlendirilerek hizmetlerden yararlanmasının artırılması ve sürekliliğinin sağlanması için bilgilendirme, eğitim ve iletişim çalışmaları yeterince güçlendirilememiş ve yaygınlaştırılmamıştır.
- KS/AP hizmetlerinin kaliteli ve yaygın olarak sunulabilmesi için örgütlenme, fizik yapı, insan gücü, mevzuat, yönetim, bilgi sistemi, koordinasyon ve işbirliği gereken düzeye getirilememiştir.
- KS/AP hizmetlerinin kaliteli ve yaygın biçimde verilebilmesi için hekim, ebe, hemşire ve diğer ilgili personele, hizmet öncesi ve hizmet süresince yeterli bilgi ve becerilerin kazandırılması yeterli düzeyde değildir.
- AP hizmetlerinde malzeme gereksinimlerinin kamu ya da özel sektör eliyle sağlanabilmesi için kendi kendine yeterli kaynak sağlayacak bir ulusal finansman sistemine ihtiyaç vardır.

### **Cinsel Sağlık, CYBH ve HIV/AIDS**

- Cinsellikle ilgili akademik bilgilerin eksikliği, bireylerin ve toplumun cinselliği genellikle üreme işi ve organlarıyla ilgili biyolojik bir eylem olarak dar bir odaktan görmelerine neden olmuştur. Bu yaklaşımla cinsel eğitimden, korkulmaktadır.
- Ülkemizde gerek örgün gerek yaygın eğitimde, hatta sağlık personelinin meslek eğitimlerinde de cinsel sağlık bilgileri eğitimi yapılmamakta, kimlik gelişimi üzerine olumsuz etkileri olan bu durum riskli cinsel davranışlar konusunda da bilgilendirme ve bilgilendirme olanağını sınırlamaktadır.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) dünyada yaygın görülen önemli bir sağlık sorunudur.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıkların oluşumunda rol oynayan biyolojik ve sosyal faktörler; klinik ve laboratuvar tanılarında yaşanan güçlükler hastalıkların önlenme ve kontrol programlarını zorlaştırmakta ve enfeksiyonlar gizli bir şekilde giderek yaygınlaşmaktadır.
- Ülkemiz uluslararası göçlerin olduğu, sosyal ve ekonomik yeni değerlerin olduğu komşu ülkeler arasında kalarak, bölgedeki karmaşa ve nüfus hareketlerinden etkilenmekte, riskli davranışları artıran bu özellikler ülkede CYBH'ların kontrolünü zorlaştırarak, hastalıkların yayılmasına neden olmaktadır.
- Güvenli cinsel davranışların özellikleri toplum tarafından yaygın olarak bilinmemekte, bu nedenle riskli cinsel davranışlar süregelmektedir.
- CYBH/HIV-AIDS'in yalnızca "başkalarının" sorunu olduğu düşünülmekte, bu yaklaşım korunma, tanı ve tedavi fırsatlarını sınırlandırmaktadır.
- Türkiye'de CYBH kavramı ve kontrol özellikleri ne toplumun geneli, ne de hekim ve hekim dışı sağlık personeli tarafından yeterince bilinmemektedir.

- Yasal zemin olduğu halde cinsel sağlık, CYBH/HIV-AIDS hakkında bilgilendirme ve tanı-tedavi hizmetleri temel sağlık hizmetlerine gerektiği biçimde entegre edilmiş değildir.
- Sağlık hizmetlerinin kalitesi cinsel sağlık ve CYBH gibi duyarlı konularda hizmet vermek için yeterli değildir. Gerek karşılama, tanı ve tedavi yaklaşımları, gerekse gizlilik ilkesiyle birlikte kayıt ve bildirim uygulamaları yerine getirilememekte; bu nedenlerle hizmet almak için talep ve ulaşma sınırlanmakta, etkin kontrol yapılamamakta ve sorunların boyutları bilinmemektedir.

### Yaşlılarda Üreme Sağlığı

- Yaşlılara verilmesi gerekli üreme sağlığı hizmetleri temel sağlık hizmetleri bütününe entegre edilememiştir.
- Birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında yaşlıların üreme sağlığını hedef alan koruyucu ve erken tanı için rutin olarak uygulanan programlar (kanser, osteoporoz ve kardiyovasküler riskler için tarama testleri) mevcut değildir.
- İleri yaş grubu üreme sağlığı hizmetlerini sunan sağlık personelinin konu ile ilgili eğitim düzeyi yeterli değildir.
- Toplumun (birey ve ailelerin) konuyla ilgili, bilgi ve bilinci yetersizdir.
- Ülkemizdeki 60 yaş üzerindeki yaşlıların % 85'inin en az bir kronik hastalığı vardır.
- Yaşlı grubun “üreme sağlığı” ile ilgili güvenilir araştırma ve bilgiler mevcut değildir.
- Yaşlılar için alt yapının geliştirilmesi, özel bakım ünitelerinin artırılması ve sağlık personelinin yetiştirilmesi gerekmektedir.

### 3. AMAÇ ve HEDEFLER

Üreme sağlığı ile ilgili bilgi ve hizmetlerin herkes için ulaşılabilir, uygun maliyetli, kabul edilebilir ve kolay kullanılabilir olmasının sağlanması; bireylerin doğurganlığın düzenlenmesinde sorumlu, gönüllü kararlar almalarının sağlanması; yaşam boyunca değişen üreme sağlığı hizmet gereksinimlerinin karşılanması temel amaçtır.

Bu bağlamda,

- Üreme sağlığı hizmetlerinin yaşam boyu yaklaşımı ile (adolesanlar, üreme dönemi yaş grupları, ileri yaş dönemi) temel sağlık hizmetlerine entegre edilmesi ve sağlık personelinin eğitimlerinin bu hizmetleri nitelikli olarak verebilecek düzeyde olması,
- Kadın sağlığı /AP stratejilerinin ve eylem planının güncelleştirilerek uygulanması ve uygulamaların kurumsallaştırılması,
- Bölgesel ve yerleşim yerlerine göre üreme sağlığı temel göstergelerindeki (DÖB alma, sağlıklı doğum, yenidoğan ölüm hızı, vb.) farklılıkların % 50 azaltılması,
- Yeterli, nitelikli bakım konusunda (DÖB, sağlıklı doğum, doğum sonu anne ve yeni doğan bakımı) sağlık personelinin eğitiminin yeterli olmasının sağlanması,
- Obstetrik hizmetlerin güvenli annelik yaklaşımı ile verilmesi,
- Obstetrik (gebelik, doğum, doğum sonrası) komplikasyonların, anne ve yenidoğan ölümlerinin azaltılması için “Acil Obstetrik Bakım Sistemi” oluşturulması ve sevk sisteminin uygulamaya konulması.
- Yenidoğan bakım ünitelerinin, doğum yapılan hastanelerde yaygınlaştırılması,

- Sağlık personeli yardımı almayan doğum oranının ülke düzeyinde en az % 50 azaltılması,
- Tüm üreme sağlığı hizmetleri ile ilgili (aile planlaması dahil) gereksinin olan tüm yaş gruplarının ve her iki cinsiyetin ulaşabileceği “danışmanlık” hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri birimlerinde yaygın olarak verilmesi,
- Sağlık kurumlarından (Birinci basamak ve hastaneler) anne ölümleri ve üreme sağlığının diğer göstergeleri ile ilgili (isteyerek düşükler, CYBH, AP uygulamaları, vb.) kayıtlarının rutin olarak düzenli toplanması ve bildirimlerinin sağlanması,
- Doğum ve düşük sonrası aile planlaması danışmanlığının ve klinik hizmet sunumunun (kontraseptif yöntem uygulaması) yaygınlaştırılması,
- Herhangi bir yöntem kullanan çiftlerin oranının % 70'e çıkarılması,
- Yöntem kullananlar arasında modern yöntem kullanma payının % 70'e çıkarılması,
- Birinci basamak sağlık birimlerinin % 80'inde en az üç tür geri dönüşümlü kontraseptif yöntem uygulanabilmesi için gerekli donanımın sağlanması,
- Sosyal güvencesi ve ekonomik alım gücü olmayanlara kontraseptif hizmetlerin temel sağlık hizmetleri birimlerinde ve hastanelerde ücretsiz verilmesi,
- Halk sağlığı laboratuvarlarının tümünün CYBH tanı olanakları ile donatılması,
- Üreme sağlığı hizmetlerinin uygulanmasının, olumlu ve olumsuz sonuçlarının izlenip değerlendirildiği bir ulusal mekanizmanın kurumsallaştırılması,
- Üreme sağlığı hizmetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve yönlendirilmesi için kayıt ve bildirim sisteminin fonksiyonel hale getirilmesi, gerekli hallerde ihtiyaç duyulan bilgilerin ülke genelinde uygulanacak “bilimsel araştırmalar” ile sağlanması.

#### 4. STRATEJİLER

##### **Adolesanlarda Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık**

- Ülkede sosyal gelişmeyi sağlayabilmek için, her iki cinsiyetin de okullaşma oranlarının yükseltilmesi gerekmektedir. Ayrıca ailede özel bir konumu olan kızların okullaşma oranının yüksek tutulması özellikle önemlidir.
- Adolesan üreme sağlığını iyileştirmek için yenilikçi programlar geliştirilmelidir. Bu programlar adolesanlara hizmet veren Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Kültür Bakanlığı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Aileden Sorumlu Devlet Bakanlığı, Üniversiteler, Yerel Yönetimler, Sivil Toplum Kuruluşları, Medya ve diğer konu ile ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından işbirliği yapılarak yürütülmelidir.
- Adolesanların, ailelerinin, eğitimcilerin, adolesan ile iletişim kuran toplumdaki tüm bireylerin adolesan dönemi ve adolesan üreme sağlığının iyileştirilmesi konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir.
- Adolesanların üreme sağlığı ile ilgili bilgilerini özellikle arkadaşlarından aldıkları gözönünde bulundurularak, “Akran Eğitimi” modeli gibi adolesan eğitiminde özel eğitim teknikleri kullanılmalıdır.
- Sağlık kurumlarında adolesanların hizmet alabilecekleri özel bölümler olmalıdır. Bu özel bölümlerde adolesanlara bilgilendirme, danışmanlık ve hizmet sunulabilmelidir.
- Adolesan üreme sağlığı göstergeleri belirlenmeli ve bu göstergelerin rutin bilgi sistemi içinde yer alması sağlanmalıdır.

## Ana Sağlığı ve Ölümleri

Anne ve bebek ölümleri başta olmak üzere, üreme sağlığı ile ilgili bütün hizmet göstergelerinin iyileştirilmesi amacıyla;

- Kadının toplumsal statüsünün geliştirilmesi, cinsiyetler arası her türlü ayrımcılığın ortadan kaldırılması, eşitliğin sağlanması ve toplumun (adolesanlar dahil) bütün yaş gruplarının üreme sağlığı ve hakları konusunda bilgilendirilmesi yoluyla hizmet kalitesinin artırılması,
- Üreme sağlığı hizmetlerinin verilmesinde “sektörler arası işbirliğinin” yapılması,
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarının tümünün üreme sağlığı hizmetlerini, yaşam boyu yaklaşımı ile vermelerinin sağlanması,
- Sağlık personelinin “güvenli annelik” yaklaşımı ve uygulamaları konusunda mezuniyet öncesi ve hizmet içi dönemde yeterli düzeyde eğitilmelerinin sağlanması,
- Temel sağlık hizmeti (TSH) birimlerinin fizik alt yapısının ve teknik donanımının güçlendirilmesi,
- TSH birimlerinde görev alan personelin, özellikle hekim, ebe ve hemşirelerin yeterli eğitim almasının ve bu personelin ülke genelinde yerleşim yerleri arasında dengeli dağılımlarının sağlanması,
- Plan ve programların etkili biçimde uygulanması için yerel ve merkez düzeyinde yönetim kapasitesinin geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinde gerçek anlamda “desentralizasyonun” sağlanması,
- Sağlık hizmetlerini ilgilendiren her düzeydeki yönetici ve sağlık personeli ile ilgili personel hareketliliğinin en az düzeye indirilmesi. Personel atamalarında politik müdahalelerin yapılamayacağı yazılı kuralları olan, personel politikasının olması ve uygulanması,
- Halen Sağlık Bakanlığı'nda mevcut “Nüfus Planlaması Danışma Kuruluna” tüm üreme sağlığı hizmetlerini izleyen, değerlendiren sektörler arası işbirliğini güçlendiren bir nitelik kazandırılması,
- Üreme sağlığı hizmetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve yönlendirilmesi için kayıt ve bildirim sisteminin fonksiyonel hale getirilmesi, gerekli hallerde ihtiyaç duyulan bilgilerin ülke genelinde uygulanacak bilimsel araştırmalar ile sağlanması.

## Aile Planlaması

Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kalitesinin artırılması ile kadın sağlığı ve aile planlaması (KS/AP) göstergelerinin iyileştirilmesi amacıyla:

- Ana ölümleri, gebeliğe bağlı hastalık ve kadınlarda önlenebilir diğer hastalıkların görülme sıklığının risk yaklaşımı ile azaltılması,
- KS/AP göstergelerinin yansıttığı kır-kent, kent içi-gecekondu ve coğrafi bölgeler arası farklılıkların azaltılması,
- Aile planlamasında yöntem çeşitliliği ve etkili yöntem kullanımının artırılması,
- Kamu ve özel sektörde hizmet kalitesinin artırılması için hizmet standartları geliştirilmesi, uygulanmasının sağlanması ve yaygınlaştırılması,
- Özel sektör ile gönüllü kuruluşların rolünün belirlenmesi ve artırılması,

- KS/AP konusunda toplumun bilgilendirilerek ve bilinçlendirilerek hizmetlerden yararlanmanın artırılması,
- Politikacılar, yöneticiler ve toplum liderlerine KS/AP konularının benimsetilmesi ve çalışmalarını desteklemelerinin sağlanması,
- KS/AP hizmetlerinde çok sektörlü yaklaşımın sağlanması ve görevli yöneticilerin bu konuda teşvik edilmesi,
- KS/AP alanında hizmet veren tüm kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarından sürekli ve güvenilir bilgi toplama, değerlendirme, geri bildirim ve izlemenin sağlanması,
- Ulaşılabilirliğin istenilen düzeyde hizmetin verilebilmesi için, belirlenen sayıda ve uygun standartta merkezlerin kurulması, mevcut olanların standartlara uygun duruma getirilmesi,
- KS/AP alanında hizmet verecek sağlık personelinin (hekim, ebe, hemşire ve diğer), mezuniyet öncesi eğitimlerinde KS/AP konusunda yeterli bilgi ve beceri kazanacak şekilde yetiştirilmesi,
- KS/AP hizmetlerini yürüten personelin bilgi ve beceri eğitimi almalarını sağlayacak ve çalışanların performanslarını yükseltecek hizmet içi eğitim sisteminin oluşturulması ve uygun aralıklarla bilgi tazeleme eğitimi almalarının sağlanması,
- Ulusal gereksinimleri karşılayacak kontraseptif malzeme ve diğer tıbbi araç-gereç, tüketim malzemeleri, ulaştırma ve bilgilendirme-eğitim-iletişim olanaklarının mevcut kapasite düşürülmeden, sürekli ve düzenli olarak temin edilmesi ve uygun şartlarda dağıtımının sağlanması,
- Gerekli malzemenin temini ve hizmetlerin süreklilik içinde sunulabilmesi için kamu ve özel sektörün yer alacağı bir finansman sisteminin oluşturularak, özellikle risk altındaki grupların aile planlaması hizmetlerine ulaşmasının güvenceye alınması.

### **Cinsel Sağlık, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH) ve HIV/AIDS**

- Her yaşta, yaşa uygun cinsel sağlık bilgileri eğitiminin verilmesi. (Erken yaşta başlayan eğitim sağlıklı gelişme süreci ve riskli davranışların önlenmesi açısından daha da etkindir).
- Örgün eğitimde cinsel sağlık bilgilerinin olabilecek en erken yaşta verilmeye başlanması, bu amaçla uygun müfredat programları ve eğitici yetiştirilmesi,
- CYBH'ların doğru tanı ve tedavileri HIV bulaşmasında oynadıkları rol nedeniyle de öncelikli sağlık önlemleri arasına alınması. Bu alanda, eğitim kurumları içinde kaliteli hizmet sunan örnek birimlerin oluşturulması sureti ile hem olguların yönetimi için hem de çalışanlara eğitim olanağı sağlanması,
- Her düzeyde sağlık personelinin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitiminde cinsel sağlık bilgileri CYBH/ HIV-AIDS eğitiminin yer alması,
- Prezervatif kullanımının artırılması için ulaşılabilirliği kolaylaştırmak amacıyla sosyal pazarlama uygulamalarının desteklenmesi,
- Önleme programlarının bireylerin ve toplulukların öz bakım sorumluluklarının desteklenmesiyle gerçekleştirilebileceğinin benimsenmesi, her vesile ile, yürütülen sağlık bilgilendirme programlarının yaygınlaştırılması ve özellikle erkeklere öncelik verilerek, cinsel sağlık bilgileri, CYBH/HIV-AIDS konularının bu programlara entegre edilmesi, medyanın bu programlara özel yer vermesi,

- Önleme stratejileri geliştirilirken insan haklarına dayalı etkili bir sosyal destek ve bakım yaklaşımı oluşturmaya özen gösterilmesi,
- HIV pozitif bireylerin haklarını korumak, hastalığın kontrol programlarının ayrılmaz bir ögesidir. Adli ve sağlık çalışanlarının içerik ve nitelikleri açısından etik ve tarafsız hizmet sunabilmelerini sağlayıcı eğitim programlarına katılmaları, olgulara karşı yoğun bir yaftalama ve izolasyonla çalışma ve günlük yaşamlarının engellenerek ihlal edilen haklarının kazanılması için “HIV ile birlikte yaşama” teriminin yerleştirilmesi, gerçek dışı bilgi ve yanlış tutumların aşılması, ayrımcılık yapılmasının önlenmesi, Zührevi Hastalıklarla İlgili Yönetmeliğin bu yaklaşımlarla güncelleştirilmesi,
- CYBH'lara tanı koyan ve tedavi eden merkezlerin yaygınlığının artırılması,
- Ülke düzeyinde yapılacak planlamada yöresel ve kurumsal farklılıkların göz önünde tutulması,
- CYBH ve HIV/AIDS gibi duyarlı konularda yürütülecek önlem ve kontrol programlarında öngörülen yaklaşımların toplumun yapısı ve kültürü ile uyumlu olması,
- CYBH ve HIV/AIDS’le savaş farklı sektörlerin işbirliğini gerektiren bir hizmettir. Bu nedenle, sektörler arası işbirliğini kolaylaştıracak Ulusal AIDS Komisyonu'nun çalışma ve planlarının hayata geçirilmesi için yasal düzenleme yapılarak kaynak sağlanması,
- Riskli davranışları olan gruplara ulaşmadaki başarıları göz önüne alınarak, CYBH ve HIV/AIDS gibi duyarlı bir alanında çalışan başarılı gönüllü kuruluşların desteklenerek uluslararası işbirliği olanaklarının sağlanması.

### Yaşlılarda Üreme Sağlığı

- İleri yaş grubunun üreme sağlığı sorunları yaşam siklusu yaklaşımı ile genel üreme sağlığı hizmetleri kapsamında ele alınmalıdır.
- Sağlık personelinin konu ile ilgili eğitiminin sağlanması,
- Toplumun bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesinin sağlanması,
- Yaşlı sağlığı hizmetlerin birinci basamak temel sağlık hizmetleri içine entegrasyonun sağlanması, yaşlıların bakımı ve izlenmesi, bu grupta görülen üreme sağlığına dahil hastalıkların erken tanı ve tedavisi için gerekli donanımın sağlanması,
- Sevk zincirinin oluşturulması,
- Yaşlılara ve ailesine yönelik rehabilitasyon hizmetleri, toplumun bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi,
- Yaşlılık ve sorunlarına yönelik araştırmaların yapılması, bilgi toplanması,
- Birinci ve ikinci basamak arasında uygun sevk sisteminin yerleştirilmesi.

### 5. YASAL VE KURUMSAL DÜZENLEMELER

- Öğretim kurumlarına devam etme ve öğretim düzeyinin yükseltilmesinin kişisel ve toplumsal gelişmeye olan katkısının önemi konusunda toplum bilinçlendirilmelidir.
- Adolesanlara hizmet veren kurum ve kuruluşlar arasında sektörler arası işbirliğini sağlayabilmek için bir kurul oluşturulması ve bu kurul aracılığıyla her sektörün faaliyetlerinin diğer sektörlerle aktarılması sağlanmalıdır. Adolesana yönelik hizmet veren



sektörlere ait özel kurumların da diğer sektörler tarafından kullanılması sağlanmalıdır. Bu alanda çalışan sivil toplum kuruluşları desteklenmelidir.

- Milli Eğitim Bakanlığı tarafından ilköğretim eğitim programına üreme sağlığı bilgilerinin entegrasyonunun yapılması gerekmektedir. Milli Eğitim Bakanlığı'nda çalışan eğitimcilerin üreme sağlığı konusunda hizmet içi programlarla eğitilmesi sağlanmalıdır.
- Medyanın, adolesanların yanlış bilgileneşine yol açabilecek yayınları önlenmelidir.
- Sağlık kurumlarında adolesanların hizmet alabilecekleri özel bölümler oluşturulmalıdır. Bu özel bölümlerde çalışacak olan personelin (hekim, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişim uzmanı, vb.) adolesanlara bilinçli ve sağlıklı üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için gerek duydukları bilgi ve eğitimi verebilmelidirler.
- Adolesan üreme sağlığı göstergelerinin rutin bilgi sistemi içinde yer alması Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanmalıdır.
- Hizmet sunumunun toplumun hizmet ihtiyaçları doğrultusunda planlanması, uygulanması ve yönlendirilmesi için yerinden yönetim prensipleri doğrultusunda sağlık hizmetlerinin yeniden organizasyonu sağlanmalıdır.
- Çok sektörlü uygulamalara hız verilebilmesi ve çalışmaların gerektiği biçimde yönlendirilmesi için uygun koordinasyon mekanizmaları kurulmalıdır.
- Kentsel birinci basamak temel sağlık hizmetlerinin kullanıcıya kapsamlı ve kaliteli biçimde sunulabilmesi için hizmet sunum birimlerinin altyapı ve görev tanımları, hizmette izledikleri mevzuat günün koşullarına göre yeniden düzenlenmelidir.
- “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” uygulanabilirliği açısından tekrar değerlendirilmelidir.
- 1990’lardan beri üzerinde çalışılan “Sağlık Hizmetleri Reformu” ve buna bağlı oluşturulan yasal düzenlemeler 2000’li yılların çağdaş anlayışı kapsamında çok sektörlü bir çalışma ile tekrar incelenmeli ve yeniden düzenlenmelidir.

## EK 2. NÜFUS PROJEKSİYONLARI

### A. Projeksiyonlar İçin Kullanılan Varsayımlar

**YAŞ VE CİNSİYET YAPISI:** Nüfus Projeksiyonu için başlangıç nüfusu olarak kullanılan 1995 yıl ortası yaş ve cinsiyete göre nüfus, 1990 Genel Nüfus Sayımı ile 1997 Nüfus Tespiti'nden elde edilen yaş bildirim hataları için düzeltilmiş nüfusların yaş grubuna ve cinsiyete göre nüfus artış hızları kullanılarak elde edilmiştir. 1990 Genel Nüfus Sayımı sonuçlarına göre bildirilen yaş yapısı Demeny- Shorter (United Nations, Manual 10, 1983:247-249; Demeny Shorter, 1968) yöntemine göre 1997 Genel Nüfus Tespiti sonuçlarına göre bildirilen yaş yapısı ise Arriaga (Population Analysis with microcomputers, Arriaga E.Eduardo, 1994) yöntemine göre düzeltilmiştir.

**DOĞURGANLIK:** Doğurganlıktaki azalmanın, ebeveynlerin kendilerini yenilemeyi sürdürebilmeleri için yeterince yüksek olan kadın başına 2.1 çocukta duracağı kabul edilmektedir. Bu amaçla, doğurganlık için 3 alternatif kullanılmıştır. Birinci alternatifte , üretkenlikte yenilenme düzeyine 2005 yılında, ikinci alternatifte 2010 yılında ve üçüncü alternatifte de 2015 yılında ulaşılacağı kabul edilmiştir. Ayrıca dördüncü bir alternatif olarak günümüzdeki doğurganlığın aynı kalacağı varsayımı kullanılarak da projeksiyon yapılmıştır.

Projeksiyonlarda ayrıca, kadının yaşına göre doğumların dağılımı yani yaş yapısı ile ilgili bir varsayıma da gerek vardır. Başlangıç noktası 1995-2000 dönemi için 1990 Genel Nüfus Sayımından ve 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasından elde edilen doğurganlığın yaş dağılımı kullanılarak interpolasyon ile bulunan yaş yapısıdır. Daha sonra gelecekte toplam doğurganlık hızının yenilenme düzeyine düştüğü zamandaki yapı olarak, 1989 Türkiye Nüfus Araştırması'ndaki Batı bölgesi kent nüfusunun yapısı kullanılmıştır. Gelecekteki her dönemin yaş yapısı, 1998 yılındaki yapı ile yenilenme düzeyine ulaşıldığı zamandaki yapı arasında interpolasyon ile bulunmuştur.

**ÖLÜMLÜLÜK:** Toplam nüfus için doğuştan beklenen ömrün 1995-2000'de 68.6 yıldan 2030'da 73.4 yıla yükseleceği ve daha sonra ölümlülüğün sabit kalacağı varsayımı kullanılmıştır.

**GÖÇ:** Uluslararası göç projeksiyonlarda kapsanmamıştır.

Bu varsayımlara göre kuşak-bileşen yöntemi kullanılarak ulusal nüfus projeksiyonları yapılmıştır. Kuşaklar beş yıllık doğum kuşakları. Bileşenler ise doğumlar, ölümler ve göçlerdir. Projeksiyonlar beş yıllık dönemler halinde yapılmaktadır. Her dönem bir öncekinden bağımsızdır. Bileşenlerle ilgili varsayımlar beş yıllık dönem süresince sabittir.

Bu yöntem, kişisel bilgisayarlar için hazırlanmış beşer yıllık projeksiyonların yapıldığı FIVFIV isimli bir program ile sunulmaktadır. Nüfus projeksiyonları bu paket program kullanılarak yapılmıştır.

## B. Projeksiyon Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Günümüz ile bir sonraki sayım sonuçları elde edilinceye kadar geçen zaman aralığındaki, idari ve planlama amaçları için nüfus projeksiyonlarına gereksinim vardır. 1990 Nüfus Sayımı ve 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre 1994 yılında Prof. Frederic SHORTER, Devlet Planlama Teşkilatı ve Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından hazırlanan nüfus projeksiyonlarının, 1997 Nüfus Tespiti ve 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre yeniden yapılması gereklidir.

1997 Nüfus Tespiti ve 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçları, 8. beş Yıllık Kalkınma Planının hazırlanma süreci içinde elde edildiğinden nüfus projeksiyonları, kısa bir süre içinde hazırlanmıştır. Yeni nüfus projeksiyonları varsayımları ve alternatifleri, 1997 Nüfus Tespiti ve 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarının önceki projeksiyonlara entegre edilmesiyle oluşturulmuştur. Bu projeksiyonların daha mükemmel olarak yapılması, varsayımlar ve alternatifleri destekleyecek ileri analiz çalışmalarının yapılmasını gerektirmektedir. Ancak zaman kısıtlılığı nedeniyle varsayımlar ve alternatiflerin oluşturulmasında, yeni elde edilen verilerin daha önce yapılmış nüfus projeksiyon sonuçları ile karşılaştırması temel alınmış ileri analizlere yer verilememiştir.

Dört alternatife göre yıl ortası tarihi için üretilen nüfus projeksiyonlarından Alternatif 2'nin yani Net Yenilenme Hızının 2010 yılında 1 olacağı varsayımının kullanılması önerilmektedir. Aşağıda Net Yenilenme Hızı'nın 2010 yılında 1 olacağı varsayımından hareketle üretilen nüfuslar 5 yıllık yaş grupları ve tek yaşlar olarak hazırlanmıştır.

## KADIN (1000)

YAŞ	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
0- 4	3172	3212	3240	3264	3274	3301	3341	3391	3401
5-9	3145	3106	3071	3048	3059	3089	3139	3197	3250
10-14	3312	3290	3261	3225	3183	3136	3089	3054	3042
15-19	3215	3260	3292	3310	3314	3305	3284	3254	3217
20-24	2866	2943	3019	3087	3148	3203	3248	3281	3299
25-29	2588	2623	2665	2717	2780	2852	2930	3005	3073
30-34	2343	2398	2449	2495	2537	2573	2608	2650	2703
35-39	2048	2104	2159	2214	2269	2325	2380	2431	2477
40-44	1738	1797	1856	1914	1971	2027	2082	2137	2192
45-49	1444	1494	1545	1599	1654	1712	1770	1828	1886
50-54	1175	1220	1267	1314	1362	1411	1460	1510	1563
55-59	997	1013	1035	1062	1095	1134	1178	1224	1270
60-64	898	905	913	921	931	943	959	979	1005
65-69	728	758	786	814	820	823	827	832	840
70-74	453	476	512	560	587	620	652	677	692
75+	540	551	565	581	601	623	648	675	704
KADIN TOPLAM	30663	31150	31633	32123	32584	33076	33592	34125	34616

YAŞ	2006	2007	2008	2009	2010	2015	2020	2025	2030
0- 4	3367	3310	3266	3231	3211	3153	3171	3239	3267
5-9	3300	3338	3364	3381	3389	3202	3145	3164	3231
10-14	3053	3089	3141	3196	3245	3384	3197	3141	3160
15-19	3175	3124	3076	3044	3036	3239	3378	3193	3136
20-24	3303	3294	3273	3244	3208	3028	3231	3371	3185
25-29	3135	3190	3235	3268	3286	3197	3018	3222	3361
30-34	2765	2838	2915	2991	3059	3272	3184	3007	3210
35-39	2519	2555	2590	2632	2685	3041	3254	3168	2992
40-44	2247	2303	2357	2409	2455	2663	3017	3230	3144
45-49	1942	1998	2052	2107	2162	2424	2630	2982	3193
50-54	1618	1674	1732	1789	1846	2119	2378	2583	2929
55-59	1317	1364	1412	1462	1514	1791	2059	2313	2513
60-64	1037	1075	1118	1162	1207	1442	1710	1971	2215
65-69	848	858	872	893	922	1112	1335	1590	1833
70-74	709	719	723	722	722	800	972	1176	1401
75+	735	768	803	841	882	1013	1156	1389	1677
KADIN TOPLAM	35072	35495	35929	36371	36829	38879	40835	42739	44446

## ERKEK (1000)

YAŞ	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
0- 4	3344	3367	3379	3394	3408	3440	3480	3528	3542
5-9	3357	3316	3279	3250	3248	3263	3295	3336	3376
10-14	3530	3506	3475	3437	3394	3347	3299	3260	3240
15-19	3421	3468	3502	3521	3525	3515	3492	3460	3422
20-24	3016	3106	3192	3269	3337	3396	3444	3478	3497
25-29	2704	2738	2781	2838	2907	2990	3079	3165	3241
30-34	2451	2506	2557	2603	2644	2678	2712	2755	2812
35-39	2140	2198	2255	2312	2368	2424	2479	2530	2575
40-44	1818	1876	1933	1991	2050	2108	2165	2222	2279
45-49	1492	1548	1604	1661	1718	1776	1833	1890	1947
50-54	1163	1216	1271	1326	1381	1435	1490	1545	1601
55-59	974	979	993	1016	1050	1093	1143	1196	1248
60-64	855	863	873	878	881	884	889	902	924
65-69	672	692	714	743	748	752	756	758	759
70-74	410	431	461	498	514	535	557	577	593
75+	402	413	425	440	458	478	500	524	549
ERKEK TOPLAM	31748	32223.	32695.	33177.	33630	34114.	34614.	35127	35606.

YAŞ	2006	2007	2008	2009	2010	2015	2020	2025	2030
0- 4	3508	3448	3404	3370	3349	3292	3314	3385	3414
5-9	3420	3457	3489	3512	3526	3336	3280	3303	3374
10-14	3239	3258	3290	3328	3367	3517	3328	3272	3295
15-19	3379	3329	3280	3244	3227	3354	3504	3316	3261
20-24	3501	3491	3469	3438	3400	3207	3334	3485	3298
25-29	3309	3368	3416	3450	3469	3375	3184	3312	3461
30-34	2882	2963	3052	3138	3214	3442	3349	3162	3288
35-39	2616	2651	2685	2728	2785	3185	3411	3322	3136
40-44	2334	2390	2444	2495	2541	2750	3146	3372	3283
45-49	2004	2061	2118	2175	2231	2490	2696	3089	3310
50-54	1656	1711	1767	1823	1880	2156	2409	2613	2993
55-59	1299	1351	1403	1456	1509	1775	2039	2287	2481
60-64	956	996	1042	1090	1138	1379	1625	1877	2105
65-69	759	758	763	778	803	993	1209	1433	1655
70-74	607	617	622	620	612	654	814	995	1180
75+	573	598	624	651	679	769	853	1015	1228
ERKEK TOPLAM	36042.	36448.	36867.	37294.	37730.	39672	41495	43236	44761

## TOPLAM (1000)

YAŞ	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
0- 4	6516	6579	6619	6658	6682	6741	6821	6919	6943
5-9	6502	6422	6350	6298	6307	6352	6434	6533	6626
10-14	6842	6796	6736	6662	6577	6483	6388	6314	6282
15-19	6636	6728	6794	6831	6839	6820	6776	6714	6639
20-24	5882	6049	6211	6356	6485	6599	6692	6759	6796
25-29	5292	5361	5446	5555	5687	5842	6009	6170	6314
30-34	4794	4904	5006	5098	5181	5251	5320	5405	5515
35-39	4188	4302	4414	4526	4637	4749	4859	4961	5052
40-44	3556	3673	3789	3905	4021	4135	4247	4359	4471
45-49	2936	3042	3149	3260	3372	3488	3603	3718	3833
50-54	2338	2436	2538	2640	2743	2846	2950	3055	3164
55-59	1971	1992	2028	2078	2145	2227	2321	2420	2518
60-64	1753	1768	1786	1799	1812	1827	1848	1881	1929
65-69	1400	1450	1500	1557	1568	1575	1583	1590	1599
70-74	863	907	973	1058	1101	1155	1209	1254	1285
75+	942	964	990	1021	1059	1101	1148	1199	1253

## GENEL

TOPLAM	62411	63373	64382	65300	66213	67190	68206	69251	70222
--------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

YAŞ	2006	2007	2008	2009	2010	2015	2020	2025	2030
0- 4	6875	6758	6670	6601	6560	6445	6485	6624	6681
5-9	6720	6795	6853	6893	6915	6538	6424	6467	6605
10-14	6292	6347	6431	6524	6612	6901	6525	6413	6455
15-19	6554	6453	6356	6288	6263	6593	6883	6509	6397
20-24	6804	6785	6742	6682	6608	6235	6565	6856	6483
25-29	6444	6558	6651	6718	6755	6571	6202	6533	6822
30-34	5647	5801	5967	6129	6273	6713	6533	6169	6498
35-39	5135	5206	5275	5360	5470	6226	6666	6489	6127
40-44	4581	4693	4801	4904	4996	5413	6163	6602	6428
45-49	3946	4059	4170	4282	4393	4914	5327	6071	6503
50-54	3274	3385	3499	3612	3726	4275	4787	5197	5922
55-59	2616	2715	2815	2918	3023	3567	4098	4600	4994
60-64	1993	2071	2160	2252	2345	2822	3335	3848	4319
65-69	1607	1616	1635	1671	1725	2106	2543	3023	3487
70-74	1316	1336	1345	1342	1334	1453	1785	2171	2581
75+	1308	1366	1427	1492	1561	1782	2009	2404	2904

## GENEL

TOPLAM	71114	71944	72797	73666	74559	78552	82330	85974	89206
--------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

## KADIN (1000)

YAŞ	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
0	672	677	678	679	679	679	679	679	679	647	636	632	631	630
1	663	663	663	663	663	679	679	679	679	679	633	633	633	633
2	613	651	651	651	651	651	680	680	680	680	680	640	640	640
3	614	614	640	640	640	640	640	681	681	681	681	681	649	649
4	610	607	607	630	640	651	662	672	682	680	680	680	678	659
5	613	609	606	607	630	640	651	661	670	680	680	680	680	677
6	616	612	608	605	609	630	640	651	661	669	678	679	680	680
7	630	617	612	606	605	611	629	640	651	661	669	676	678	680
8	639	629	618	611	605	605	613	629	640	651	660	668	675	678
9	647	639	628	618	610	604	605	616	629	640	651	660	667	673
10	654	647	638	627	618	608	602	605	618	629	640	651	660	667
11	659	654	647	638	627	617	607	601	605	617	629	640	651	660
12	663	659	654	647	638	627	617	606	599	605	617	629	640	651
13	668	663	658	654	647	637	626	616	604	599	605	617	628	640
14	668	667	663	658	654	647	637	626	616	603	598	605	617	628
15	663	668	667	663	658	653	647	637	626	615	603	598	604	617
16	654	662	667	667	662	658	653	646	637	626	615	603	598	604
17	644	653	662	667	666	662	657	653	646	636	625	615	603	598
18	633	643	653	662	666	666	661	657	652	646	636	625	614	603
19	621	633	643	652	661	666	665	661	656	652	645	636	625	614
20	606	620	632	642	652	661	666	665	661	656	652	645	635	624
21	590	606	620	632	642	651	660	665	665	660	656	651	644	635
22	573	590	605	619	631	641	651	660	665	664	660	655	651	644
23	555	573	589	605	619	631	641	650	659	664	664	659	655	650
24	541	555	572	588	604	618	630	640	650	659	664	663	659	654
25	531	540	554	572	588	604	618	630	640	649	658	663	663	658
26	525	531	540	554	571	587	603	617	629	639	649	658	663	662
27	518	524	530	539	553	571	587	602	617	629	639	648	657	662
28	511	517	524	529	539	553	570	586	602	616	628	638	648	657
29	503	511	517	523	529	538	552	570	586	601	616	628	638	647
30	492	502	510	516	523	528	537	552	569	585	601	615	627	637
31	480	492	502	509	515	522	528	537	551	568	584	600	614	626
32	468	480	491	501	509	515	521	527	536	550	568	584	599	614
33	457	468	479	490	500	508	514	521	526	536	550	567	583	599
34	445	456	467	478	490	500	507	514	520	526	535	549	566	583
35	433	444	455	466	478	489	499	507	513	519	525	534	548	566
36	422	432	443	455	466	477	488	498	506	512	519	524	533	548
37	410	421	432	443	454	465	476	488	498	505	511	518	524	533
38	398	409	420	431	442	453	464	475	487	497	504	511	517	523
39	386	397	408	419	430	441	452	463	474	486	496	503	510	516
40	373	385	396	407	418	429	440	451	462	474	485	495	503	509
41	360	372	384	395	406	417	428	439	450	461	473	484	494	502
42	348	359	371	383	394	405	417	427	438	449	460	472	483	493
43	335	347	358	370	382	393	404	416	426	437	448	459	471	482

44	323	334	346	357	369	381	392	403	414	425	436	447	458	469
45	311	322	333	345	356	368	380	391	402	413	424	435	446	457
46	300	310	320	332	343	355	367	379	390	401	412	423	434	445
47	289	298	309	319	331	342	354	366	378	389	400	411	421	432
48	278	287	297	307	318	329	341	353	364	376	387	398	409	420
49	267	277	286	296	306	317	328	340	351	363	375	386	397	408
50	256	266	275	285	295	305	315	326	338	350	361	373	384	395
51	245	255	265	274	283	293	303	314	325	336	348	360	371	383
52	234	244	253	263	273	282	292	302	312	323	335	346	358	370
53	224	233	242	252	262	271	280	290	300	310	321	333	345	356
54	215	223	231	241	250	260	269	279	288	298	309	320	331	343
55	209	214	221	230	239	249	258	268	277	286	296	307	318	329
56	204	207	212	219	228	237	247	256	266	275	284	294	304	316
57	199	202	206	210	218	226	235	245	254	263	273	282	292	302
58	194	197	200	204	208	216	224	233	243	252	261	270	280	290
59	190	192	195	198	202	206	213	222	231	240	250	259	268	277
60	188	188	190	193	196	199	204	211	220	229	238	247	256	265
61	186	185	186	188	191	194	197	202	209	217	226	235	244	254
62	179	183	183	183	186	189	191	195	199	206	215	223	232	242
63	175	176	180	180	181	183	186	189	192	196	203	212	220	229
64	171	172	174	177	177	178	180	183	186	189	194	201	209	217
65	164	167	170	173	173	174	175	177	179	182	185	190	197	205
66	155	160	165	169	169	169	170	172	174	176	178	182	187	194
67	148	152	158	164	165	165	165	166	168	169	171	174	178	184
68	137	145	150	158	159	160	161	161	162	164	165	167	169	174
69	125	134	143	150	153	154	155	156	157	158	159	160	162	165
70	112	121	131	140	145	148	149	150	151	152	153	154	155	157
71	97	107	118	128	133	141	143	144	145	147	148	148	149	149
72	88	91	102	115	120	126	136	138	139	142	144	144	143	143
73	81	82	84	98	104	111	120	130	132	137	139	140	139	138
74	75	74	76	78	85	94	103	114	125	131	135	137	137	135
75+	540	551	565	581	601	623	648	675	704	735	768	803	841	882



## ERKEK (1000)

YAŞ	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
0	696	699	701	701	707	709	709	710	710	676	664	660	659	659
1	687	687	687	687	687	709	709	709	709	709	660	660	660	660
2	654	677	677	677	677	677	709	709	709	709	709	667	667	667
3	655	655	668	668	668	668	668	708	708	708	708	708	677	677
4	651	648	646	660	668	676	685	693	707	707	708	709	707	687
5	654	650	646	644	660	668	676	684	691	705	706	708	709	707
6	658	654	649	644	646	660	667	675	683	691	703	706	708	709
7	673	659	654	647	644	647	660	667	675	683	691	702	705	708
8	682	672	660	653	646	644	649	659	667	675	683	691	700	704
9	690	681	671	661	652	645	644	650	659	666	674	682	691	698
10	697	690	681	670	660	650	643	644	652	659	666	674	682	690
11	703	697	690	680	669	659	649	642	644	651	659	665	673	682
12	707	702	697	690	680	669	659	648	641	643	651	658	665	673
13	711	707	702	697	689	679	668	658	647	640	643	651	658	665
14	712	711	706	701	696	689	679	668	657	646	639	642	650	657
15	706	711	710	706	701	695	688	678	668	657	645	639	642	650
16	696	705	710	710	705	700	695	687	678	667	656	644	639	641
17	685	695	704	709	709	704	699	694	687	677	666	655	644	638
18	674	684	694	703	709	708	703	698	693	686	676	665	655	644
19	660	673	683	693	702	708	707	702	697	692	685	675	665	654
20	642	659	672	682	692	701	707	706	701	696	691	684	674	664
21	623	641	658	671	681	691	700	705	705	700	696	690	683	673
22	603	622	640	657	670	680	690	699	704	704	699	694	689	682
23	582	602	621	639	656	669	679	689	698	703	703	698	693	688
24	565	581	601	620	638	654	668	678	688	697	702	702	697	692
25	555	564	580	600	619	637	653	666	677	687	696	701	701	696
26	548	553	563	579	599	618	636	652	665	676	686	695	700	699
27	541	547	552	562	578	598	617	635	651	664	675	684	694	699
28	534	540	546	551	561	577	597	616	634	650	663	674	683	693
29	526	533	539	545	550	560	576	596	615	633	649	662	672	682
30	515	525	532	538	544	549	559	575	595	614	632	648	661	671
31	502	514	524	531	537	543	548	558	574	594	612	630	647	660
32	490	501	513	523	530	536	542	547	557	573	593	611	629	646
33	478	489	500	512	522	529	535	541	546	556	572	592	610	628
34	466	477	488	499	511	521	528	534	540	545	555	571	591	609
35	453	465	476	487	498	510	520	527	533	539	544	554	570	590
36	441	452	464	475	486	497	509	519	526	532	538	543	553	569
37	428	440	451	463	474	485	496	507	517	525	530	537	542	552
38	415	427	439	450	461	473	484	495	506	516	523	529	535	541
39	402	414	426	437	449	460	471	482	493	505	515	522	528	534
40	389	401	413	424	436	448	459	470	481	492	504	513	521	527
41	377	388	400	411	423	435	446	457	469	479	490	502	512	519
42	364	375	387	398	410	422	433	445	456	467	478	489	501	511
43	351	362	374	385	397	408	420	432	443	454	465	476	487	499
44	338	349	361	372	384	395	407	419	430	441	453	464	475	486

45	324	336	348	359	370	382	393	405	417	428	439	451	462	473
46	311	323	334	346	357	369	380	392	403	415	426	437	449	460
47	298	309	321	332	344	355	367	378	390	401	412	424	435	447
48	286	296	307	319	330	342	353	364	376	387	399	410	422	433
49	273	284	294	305	317	328	340	351	362	373	385	396	408	419
50	259	271	281	292	303	314	326	337	348	359	371	382	393	405
51	245	257	268	279	289	300	312	323	334	345	357	368	379	391
52	232	243	254	266	276	287	298	309	320	331	342	353	365	376
53	219	230	240	252	263	274	284	295	306	317	328	339	350	361
54	208	216	227	238	249	260	271	281	292	303	314	325	336	347
55	202	206	214	224	235	246	257	267	278	288	299	310	321	332
56	198	199	203	211	221	232	243	254	264	274	284	295	306	317
57	195	195	196	200	208	218	228	239	250	260	270	280	291	302
58	191	191	192	193	197	204	215	225	235	246	256	266	276	287
59	188	188	188	189	190	193	201	211	221	231	242	252	261	272
60	184	184	184	184	185	186	190	197	207	217	227	237	247	257
61	180	180	180	180	181	182	182	186	193	203	213	223	233	242
62	169	175	176	176	176	177	178	178	182	189	199	208	218	228
63	164	165	171	171	172	172	172	173	174	178	185	194	203	213
64	158	159	162	166	167	167	167	168	168	169	173	181	189	198
65	151	153	157	161	161	162	162	163	163	163	164	169	176	184
66	142	146	150	156	156	156	157	157	157	157	158	159	164	171
67	137	137	143	149	150	151	151	152	152	151	151	152	154	160
68	127	133	135	142	144	145	146	146	147	146	145	145	146	149
69	115	122	129	134	136	138	139	140	141	141	140	139	138	139
70	103	111	118	125	128	130	132	134	135	136	135	134	132	131
71	90	98	106	114	116	121	124	126	128	130	131	130	127	125
72	80	83	92	101	104	108	114	117	120	122	125	127	124	120
73	72	74	77	87	91	95	100	107	111	114	117	120	122	118
74	64	66	68	71	76	81	87	93	100	105	109	112	115	118
75+	402	413	425	440	458	478	500	524	549	573	598	624	651	679

## TOPLAM (1000)

YAŞ	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
0	1368	1376	1379	1380	1386	1388	1388	1389	1389	1323	1300	1292	1290	1289
1	1350	1350	1350	1350	1350	1388	1388	1388	1388	1388	1293	1293	1293	1293
2	1267	1328	1328	1328	1328	1328	1389	1389	1389	1389	1389	1307	1307	1307
3	1269	1269	1308	1308	1308	1308	1308	1389	1389	1389	1389	1389	1326	1326
4	1261	1255	1253	1290	1308	1327	1347	1365	1389	1387	1388	1389	1385	1346
5	1267	1259	1252	1251	1290	1308	1327	1345	1361	1385	1386	1388	1389	1384
6	1274	1266	1257	1249	1255	1290	1307	1326	1344	1360	1381	1385	1388	1389
7	1303	1276	1266	1253	1249	1258	1289	1307	1326	1344	1360	1378	1383	1388
8	1321	1301	1278	1264	1251	1249	1262	1288	1307	1326	1343	1359	1375	1382
9	1337	1320	1299	1279	1262	1249	1249	1266	1288	1306	1325	1342	1358	1371
10	1351	1337	1319	1297	1278	1258	1245	1249	1270	1288	1306	1325	1342	1357
11	1362	1351	1337	1318	1296	1276	1256	1243	1249	1268	1288	1305	1324	1342
12	1370	1361	1351	1337	1318	1296	1276	1254	1240	1248	1268	1287	1305	1324
13	1379	1370	1360	1351	1336	1316	1294	1274	1251	1239	1248	1268	1286	1305
14	1380	1378	1369	1359	1350	1336	1316	1294	1273	1249	1237	1247	1267	1285
15	1369	1379	1377	1369	1359	1348	1335	1315	1294	1272	1248	1237	1246	1267
16	1350	1367	1377	1377	1367	1358	1348	1333	1315	1293	1271	1247	1237	1245
17	1329	1348	1366	1376	1375	1366	1356	1347	1333	1313	1291	1270	1247	1236
18	1307	1327	1347	1365	1375	1374	1364	1355	1345	1332	1312	1290	1269	1247
19	1281	1306	1326	1345	1363	1374	1372	1363	1353	1344	1330	1311	1290	1268
20	1248	1279	1304	1324	1344	1362	1373	1371	1362	1352	1343	1329	1309	1288
21	1213	1247	1278	1303	1323	1342	1360	1370	1370	1360	1352	1341	1327	1308
22	1176	1212	1245	1276	1301	1321	1341	1359	1369	1368	1359	1349	1340	1326
23	1137	1175	1210	1244	1275	1300	1320	1339	1357	1367	1367	1357	1348	1338
24	1106	1136	1173	1208	1242	1272	1298	1318	1338	1356	1366	1365	1356	1346
25	1086	1104	1134	1172	1207	1241	1271	1296	1317	1336	1354	1364	1364	1354
26	1073	1084	1103	1133	1170	1205	1239	1269	1294	1315	1335	1353	1363	1361
27	1059	1071	1082	1101	1131	1169	1204	1237	1268	1293	1314	1332	1351	1361
28	1045	1057	1070	1080	1100	1130	1167	1202	1236	1266	1291	1312	1331	1350
29	1029	1044	1056	1068	1079	1098	1128	1166	1201	1234	1265	1290	1310	1329
30	1007	1027	1042	1054	1067	1077	1096	1127	1164	1199	1233	1263	1288	1308
31	982	1006	1026	1040	1052	1065	1076	1095	1125	1162	1196	1230	1261	1286
32	958	981	1004	1024	1039	1051	1063	1074	1093	1123	1161	1195	1228	1260
33	935	957	979	1002	1022	1037	1049	1062	1072	1092	1122	1159	1193	1227
34	911	933	955	977	1001	1021	1035	1048	1060	1071	1090	1120	1157	1192
35	886	909	931	953	976	999	1019	1034	1046	1058	1069	1088	1118	1156
36	863	884	907	930	952	974	997	1017	1032	1044	1057	1067	1086	1117
37	838	861	883	906	928	950	972	995	1015	1030	1041	1055	1066	1085
38	813	836	859	881	903	926	948	970	993	1013	1027	1040	1052	1064
39	788	811	834	856	879	901	923	945	967	991	1011	1025	1038	1050
40	762	786	809	831	854	877	899	921	943	966	989	1008	1024	1036
41	737	760	784	806	829	852	874	896	919	940	963	986	1006	1021
42	712	734	758	781	804	827	850	872	894	916	938	961	984	1004
43	686	709	732	755	779	801	824	848	869	891	913	935	958	981
44	661	683	707	729	753	776	799	822	844	866	889	911	933	955

45	635	658	681	704	726	750	773	796	819	841	863	886	908	930
46	611	633	654	678	700	724	747	771	793	816	838	860	883	905
47	587	607	630	651	675	697	721	744	768	790	812	835	856	879
48	564	583	604	626	648	671	694	717	740	763	786	808	831	853
49	540	561	580	601	623	645	668	691	713	736	760	782	805	827
50	515	537	556	577	598	619	641	663	686	709	732	755	777	800
51	490	512	533	553	572	593	615	637	659	681	705	728	750	774
52	466	487	507	529	549	569	590	611	632	654	677	699	723	746
53	443	463	482	504	525	545	564	585	606	627	649	672	695	717
54	423	439	458	479	499	520	540	560	580	601	623	645	667	690
55	411	420	435	454	474	495	515	535	555	574	595	617	639	661
56	402	406	415	430	449	469	490	510	530	549	568	589	610	633
57	394	397	402	410	426	444	463	484	504	523	543	562	583	604
58	385	388	392	397	405	420	439	458	478	498	517	536	556	577
59	378	380	383	387	392	399	414	433	452	471	492	511	529	549
60	372	372	374	377	381	385	394	408	427	446	465	484	503	522
61	366	365	366	368	372	376	379	388	402	420	439	458	477	496
62	348	358	359	359	362	366	369	373	381	395	414	431	450	470
63	339	341	351	351	353	355	358	362	366	374	388	406	423	442
64	329	331	336	343	344	345	347	351	354	358	367	382	398	415
65	315	320	327	334	334	336	337	340	342	345	349	359	373	389
66	297	306	315	325	325	325	327	329	331	333	336	341	351	365
67	285	289	301	313	315	316	316	318	320	320	322	326	332	344
68	264	278	285	300	303	305	307	307	309	310	310	312	315	323
69	240	256	272	284	289	292	294	296	298	299	299	299	300	304
70	215	232	249	265	273	278	281	284	286	288	288	288	287	288
71	187	205	224	242	249	262	267	270	273	277	279	278	276	274
72	168	174	194	216	224	234	250	255	259	264	269	271	267	263
73	153	156	161	185	195	206	220	237	243	251	256	260	261	256
74	139	140	144	149	161	175	190	207	225	236	244	249	252	253
75+	942	964	990	1021	1059	1101	1148	1199	1253	1308	1366	1427	1492	1561