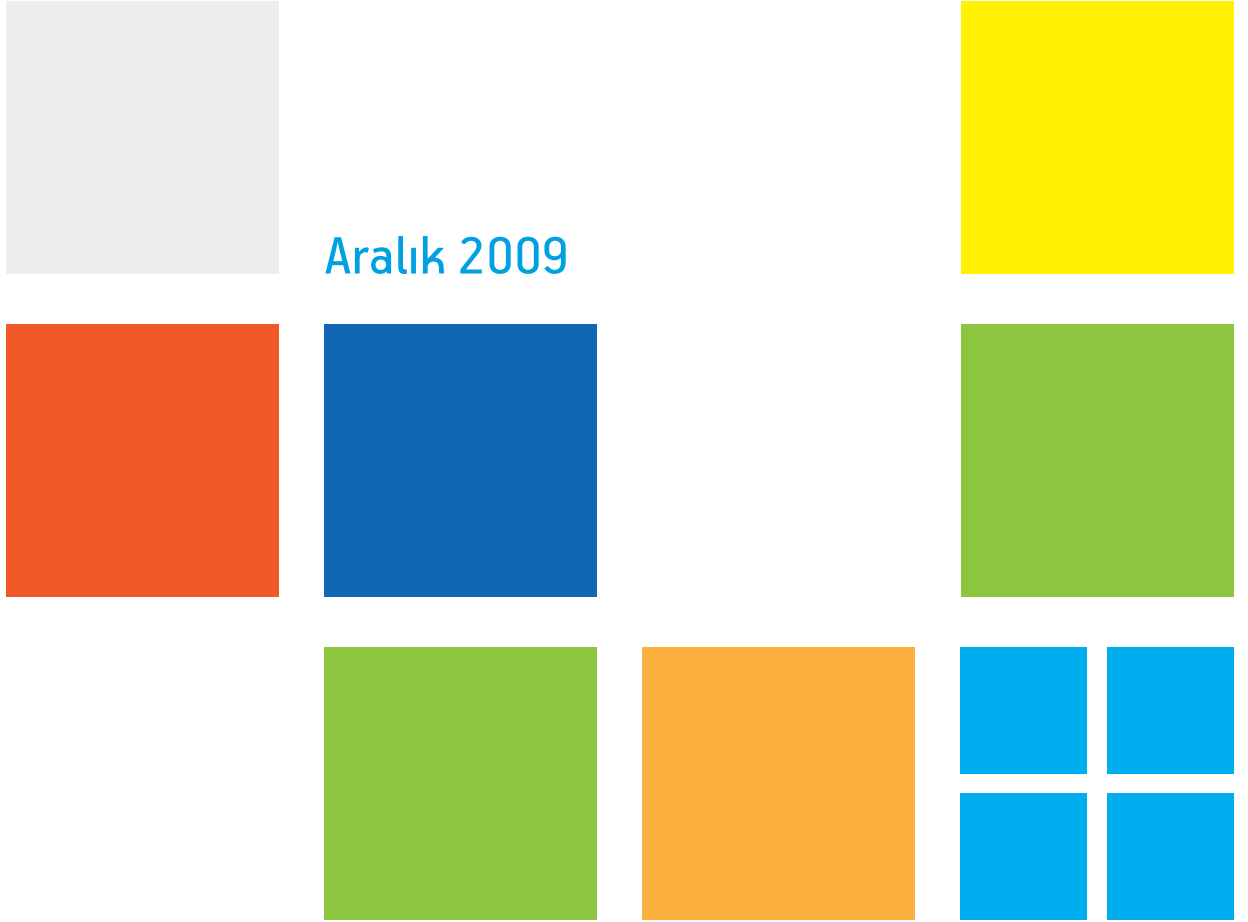


TÜRKİYE'DE 5 YAŞ ALTI ÖLÜM HIZINDA (5YAÖH) AZALMA:

BİR DURUM ÇALIŞMASI



**TÜRKİYE'DE
5 YAŞ ALTI ÖLÜM HIZINDA
(5YAÖH) AZALMA:
BİR DURUM ARAŞTIRMASI**

Aralık 2009

İÇİNDEKİLER

Teşekkür	7
Önsöz	9
(1) Yönetici Özeti	10
(2) Giriş	11
(3) Küresel Bağlamda Türkiye'de 5YAÖH	12
(4) 5YAÖH Analitik Çerçeve ve Veri Kaynakları	13
(5) Bağlam: Türkiye'de Ekonomik, Toplumsal ve Demografik Değişim	15
(6) Girdiler: Program, Politika ve Kaynaklarda Görülen Eğilimler	17
(7) Çıktılar: Güçlendirilmiş Ana-Çocuk Sağlığı Sistemleri	23
(8) Sonuçlar: Neonatal, Post-neonatal, Bebek ve Çocuk Ölümleri	29
(9) Etki: Türkiye'de 5YAÖH'de azalma	37
(10) Gözlemlerin Sonuçları: Türkiye'de Ana-Çocuk Sağlığı Sisteminin Güçlendirilmesinde Kazanımlar ve Fırsatlar	39
Ek A: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008: Bebek ve Çocuk Ölümleri Referans	42

ÖNSÖZ

Çocuklar, bir ülkenin geleceği ve umudu olmalarının yanı sıra, toplumun en kırılgan grubunu da oluşturmaktadırlar. Bu nedenle en iyi koşullarda dünyaya gelmelerinin sağlanması, büyümeleri ve gelişmeleri için en uygun ortamın hazırlanması, geleceğe dönük fiziksel, ruhsal ve zihinsel donanımlarının en üst düzeyde oluşturulması ülkenin geleceği açısından yaşamsal önem taşımaktadır.

Dünya genelinde gerçekleşen yüksek sayıda bebek ve çocuk ölümleri ve bu ölümlerinin büyük bölümünün göreceli olarak düşük-maliyetli müdahalelerle önlenilecek olması gerçeği nedeniyle çocuk sağlığının iyileştirilmesi, kalkınmanın vazgeçilmez bir göstergesi olarak uluslararası topluluklar tarafından kabul edilmiştir.

Çocuk ölümlerinin azaltılması, Birleşmiş Milletler'in (UN) Binyıl Deklerasyonu ile, Binyıl Kalkınma Hedeflerinin 8 ana temasından birisi olarak belirlenmiş, bu deklarasyon 189 ülke tarafından adapte edilmiş, 147 ülkenin devlet başkanlarınca imzalanmıştır. Yeni bin yılın başlangıcında ortaya konulan hedef, 2015 yılına dek 5 yaş altı çocuk ölümlerini 2/3 oranında azaltmak olmuştur.

Bakanlığımın temel önceliklerinden biri haline gelen bu alanda aldığımız yol, tüm ülkemiz için son derece yüz güldürücü olmuştur. Gerek koruyucu, gerek tedavi edici gerekse toplum sağlığını geliştirmeye yönelik tüm adımlarımız karşılığını bulmuş, bu sayede çocuk ölümlerimizde arzulanan düşme elde edilmiştir. Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu tarafından hazırlanan bir raporda Türkiye, Binyıl Kalkınma Hedeflerine zamanından önce ulaşan ve hatta bu hedefi geçen az sayıdaki ülke arasında gösterilmektedir. Yine aynı raporda Türkiye tüm OECD ülkeleri arasında 5 yaş altı ölüm hızında en büyük azalmayı gerçekleştiren 2. ülkedir (UNICEF, 2009).

Belirlediğimiz politika ve stratejilerin temelini oluşturan Sağlıkta Dönüşüm Programı, ülke çapında tüm sağlık çalışanlarının ve bilim insanlarının yoğun emekleriyle büyük ölçüde amacına ulaşmış, önümüze daha büyük hedefler koymamız için ilham kaynağı olmuştur. Bu kitapta yer alan 5 yaş altı ölüm hızına ait veriler 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasının sonuçları olup, araştırmanın yapıldığı tarihten önceki 5 yıllık dönemin (2003-2008) ortalamasını yansıtmaktadır. Yürüttüğümüz çalışmalar sonucunda bugün bebek ölüm hızımızın binde 10'un altında olduğunu söyleyebilme mutluluğumu taşıyorum.

Bu kazanımlarımızda katkı sağladığını düşündüğümüz çalışmalarımızı sizlerle paylaşmak ve bu sayede dünya çocuklarının hayata tutunmalarına destek olabilmek amacıyla hazırlanan bu raporun yararlı olabilmesi dileklerle.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Türkiye Cumhuriyeti
Sağlık Bakanı

TEŞEKKÜR

“ Türkiye’de 5 Yaş Altı Ölüm Hızında (5YAÖH) Azalma: Bir Durum Araştırması ” kitabının hazırlanması aşamasında değerli bilgilerini bizlerle paylaşan;

- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsünden Prof. Dr. Sabahat Tezcan, Doç. Dr. Banu Akadlı Ergöçmen, Prof. Dr. İsmet Koç, Yardımcı Prof. Dr. A. Sinan Türkyılmaz ve Dr. Elif Yiğit’e

- Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğünden Dr. Sema Özbaş ve Dr. Başak Tezel’e,

- Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden Dr. Mehmet Ali Torunoğlu’na sağladıkları katkı nedeniyle teşekkür ederiz.

Dr. Lilia Jelamschi
UNICEF - TÜRKİYE

Prof. Dr. Timothy De Ver Dye
Direktör, Araştırma ve Değerlendirme Merkezi,
SUNY Upstate Tıp Fakültesi, İnsan Kaynakları
Performans Enstitüsü

(1) Yönetici Özeti

Bu değerlendirmeden elde edilen kayda değer bazı noktalar arasında şunlar yer almaktadır:

- Türkiye 1990 yılından bu yana 5 yaş altı ölüm hızında hızlı bir azalmaya tanık olmuştur. Bu azalmayı sağlayan, bebek ölüm hızının (BÖH) her iki bileşeninde (neonatal ve post-neonatal/ yenidoğan ve yenidoğan sonrası) gerçekleşen düşüşlerdir. Bebek ölüm hızının her iki bileşeninde de önemli bir azalma olduğundan, bu düşüşlerin sistemik olması güçlü bir olasılıktır. Başka bir deyişle, sonucu sağlayan, ülkedeki halk sağlığı ve sağlık hizmetlerinde gerçekleşen kapsamlı iyileşmelerdir.
- Söz konusu azalma, aynı zamanda nüfusun kırsal kesimden hızla kentsel kesime kayması, kişi başına GSYH'daki önemli artış, küçülen aile büyüklüğü ve kadınların eğitim alanında ilerlemeleri eşliğinde gerçekleşmiştir.
- Sağlık stratejisi ve planlamasına sürekli odaklanma, yaygın ve etkili halk sağlığı kampanyaları, üreme sağlığı, aşılamalar, çocuk yaşatma ve hayata döndürme alanlarındaki iyileşmeler ve gelişmeler BÖH'de ve dolayısıyla 5YAÖH'de sağlanan azalmalara önemli katkıda bulunmuştur.
- Türkiye'de bu gelişmelerin sonucunda ana-çocuk sağlığı sistem bileşenlerinin güçlenmesi – doğum öncesi bakımın hızla yaygınlaşması, sağlık kuruluşlarında doğum yapan kadın oranının büyük artış göstermesi, aynı şekilde doğumlarını sağlık personeli yardımıyla gerçekleştiren kadın sayısındaki artış ve yenidoğan yoğun bakımının yaygınlaşması-yenidoğanların ve çocukların hayatta kalmalarına doğrudan katkıda bulunmuştur.
- Bu kazanımlara rağmen, kimi nüfus kesimleri için bebek ve 5 yaş altı çocuk ölüm riski

hala yüksektir. Daha somut olarak belirtmek gerekirse, ülkenin ve yaşayanlar, kırsal kesiminde yaşayan, ilkokul eğitimi görmeyenler veya bu eğitimi tamamlamadan ayrılan, nüfusun en yoksul beşte birinde ve daha önce çok çocuk yapmış olan kadınların yaptıkları yeni doğumlar, risk altındaki nüfus oluşturmaktadır.

Halk sağlığı programlarındaki etkileyici yaygınlaşma ve güçlenen sağlık sistemleri, bu riskli gruplarla daha az risk altındaki nüfus kesimleri arasındaki eşitsizlikleri henüz giderememiştir.

- Hızla azalma göstermesine karşın Türkiye'de bebek ölüm hızı, bebek ölümlerine yol açan başlıca nedenlere daha fazla dikkat edildiğinde daha da azalabilir. Bu nedenler, mevcut teknolojilere erişim ve yerinde müdahalelerin ölçeğinin genişletilmesiyle büyük ölçüde önenebilir nedenlerdir: düşük doğum ağırlığı/ prematüre doğum, doğum anomalileri ve sepsis bu nedenlerin başlıcalarıdır.

Türkiye'nin, nüfusunun daha güçlü sosyoekonomik konumu bağlamında halk sağlığı programlarına ve sağlık sistemlerine yaptığı yatırımlar sonucunda 1990'lardan bu yana görülen 5YAÖH azalması dünyada bu alanda gerçekleşen en önemli azalmalardan biridir. Bu azalma 1998-2003 arasında yüzde 29, 2003-2008 arasında yüzde 35 civarındadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) risklerin, ilerlemelerin ve fırsatların değerlendirilmesinde son derece değerli bir kaynaktır. Nüfus temelli bir perinatal veri sistemi TNSA'nın yararlılığını daha da artıracak, 5YAÖH'de daha ileri düzeyde azalmalar için daha fazla gerçek zamanlı izleme, değerlendirme ve araştırma olanakları sağlayacaktır.

(2) Giriş

Türkiye Cumhuriyeti son 20 yıl içinde toplumsal, ekonomik ve sağlık alanlarında hızlı bir değişim geçirmiştir. Daha öncelerden başlamak üzere 80'lerle birlikte ekonomi kimi duraklamalar ve toparlanmalarla birlikte hızla gelişmiş, kırsal kesimden geniş bir nüfus hızla büyüyen kentlere göç etmiş, böylece ülkedeki sağlık sisteminin önüne yeni görevler çıkmıştır. Bu coğrafi, sosyodemografik ve sağlık görevlerinin ortaya koyduğu tarihsel bağlamda Türkiye'nin 1990'dan bu yana bebekler ve çocuklar arasında ölümleri azaltmada gösterdiği başarı kayda değerdir. Gerçekten de Türkiye'de Bebek Ölüm Hızı (BÖH) ve 5 Yaş Altı Ölüm Hızında (5YAÖH)* sağlanan azalmalar dünyada görülen en hızlı azalmalar arasındadır.

Başka pek çok ülke de benzer hızlı sosyal-ekonomik değişimler yaşadığından, Türkiye 5YAÖH azalması açısından araştırılmaya değer özel bir örnek sunmaktadır. Bu rapor, Türkiye'de

5YAÖH'nin incelenmesi için bir çerçeve sunmaktadır. Çerçeve, başka ülkelere de, diğer değişikliklere koşut olarak kendi 5YAÖH azalmalarını incelemede yardımcı olabilecektir.

Raporun amacı, Türkiye'deki 5YAÖH azalmasının tanım ve analizini yapmaktır. Bu tanım ve analizde özellikle 1990'dan bu yana gözlenen politika, program ve epidemiyoloji değişimlerine odaklanılacaktır. Bu değişimler, Türkiye'nin 5YAÖH'yi hızla azaltmasını ve Binyıl Kalkınma Hedeflerinden 4'üncüsünü (beş yaş altı ölüm hızının 1990'dan 2015'e üçte iki azaltılması) gerçekleştirme yolunda ilerlemesini açıklayıcı niteliktedir. Rapor ayrıca Türkiye'deki eğilimleri yorumlamakta ve ana-çocuk sağlığını iyileştirmede Türkiye'nin deneyimini özetlemektedir. Analizde, mantık modeli yaklaşımı benimsenmektedir; başka bir deyişle, modelde bağlam, sistem girdileri, sistem çıktıları ve sonuçlarla etkiler incelenmektedir.

* 5YAÖH: Beş yaş altı ölüm hızı şöyle tanımlanmaktadır: "Hâlihazırdaki yaşa özgü ölüm hızlarına tabi olma durumunda, belirli bir yıl içinde dünyaya gelen her 1000 çocuktan birinin beş yaşına gelmeden ölme olasılığı." (http://www.childinfo.org/mortality_methodology.html).

(3) Küresel Bağlamda Türkiye'deki 5YAÖH

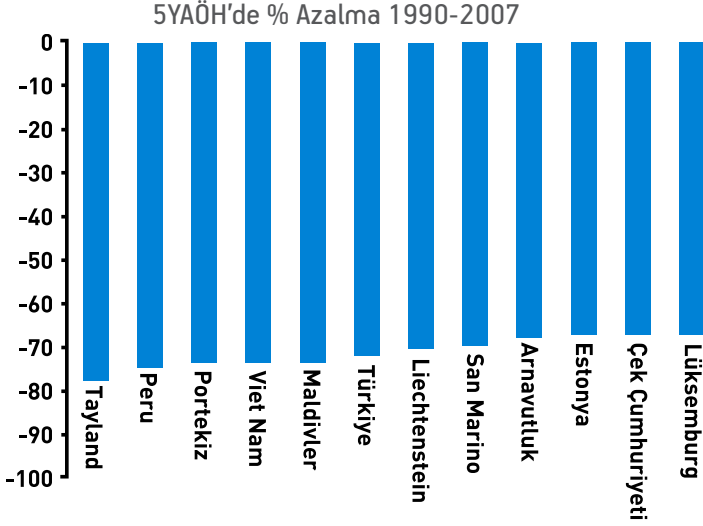
Binyıl Kalkınma Hedeflerinden 4'üncüsü (BKH4) beş yaş altı ölüm hızının 1990'daki düzeye göre 2015'e kadar üçte iki oranında azaltılmasını öngörmektedir. Bugüne kadar dünyadaki tüm bölgeler ve toplam olarak dünya bu hedefin 2015 yılına kadar gerçekleştirilmesi açısından geride kalmıştır. Buna karşılık Türkiye, BKH4'ü gerçekleştirmiş, yani 5YAÖH'yi üçte iki oranında azaltmıştır ve bunun ötesine geçme olasılığı

bulunan az sayıda ülke arasında bulunmaktadır. Nitekim UNICEF'in Dünya Çocuklarının Durumu Raporuna (2009) göre Türkiye'nin 5YAÖH'si 2007 yılında 1990'daki düzeye göre %72 azalmıştır. Bu önemli azalma, bu alanda Türkiye'den daha hızlı azalma sağlayan tek Avrupa veya OECD ülkesi olarak aynı dönemde Portekiz'de gerçekleşen azalmanın biraz altındadır.

Şekil 3.1: Türkiye'deki 5YAÖH'nin (5YAÖH) Karşılaştırmalı Durumu

Dünya bölgesi/Sınıflandırma	5YAÖH'de % azalma (1990-2007)
Sanayileşmiş Ülkeler	- % 40.0
Gelişmekte Olan Ülkeler	- % 28.2
En Az Gelişmiş Ülkeler	- % 27.4
Orta Doğu ve Kuzey Afrika	- % 41.8
Orta/ Doğu Avrupa, Bağımsız Devletler Topluluğu	- % 52.8
DÜNYA	- % 26.9
Türkiye	- % 72.0

(Kaynak: UNICEF Dünya Çocuklarının Durumu 2009)

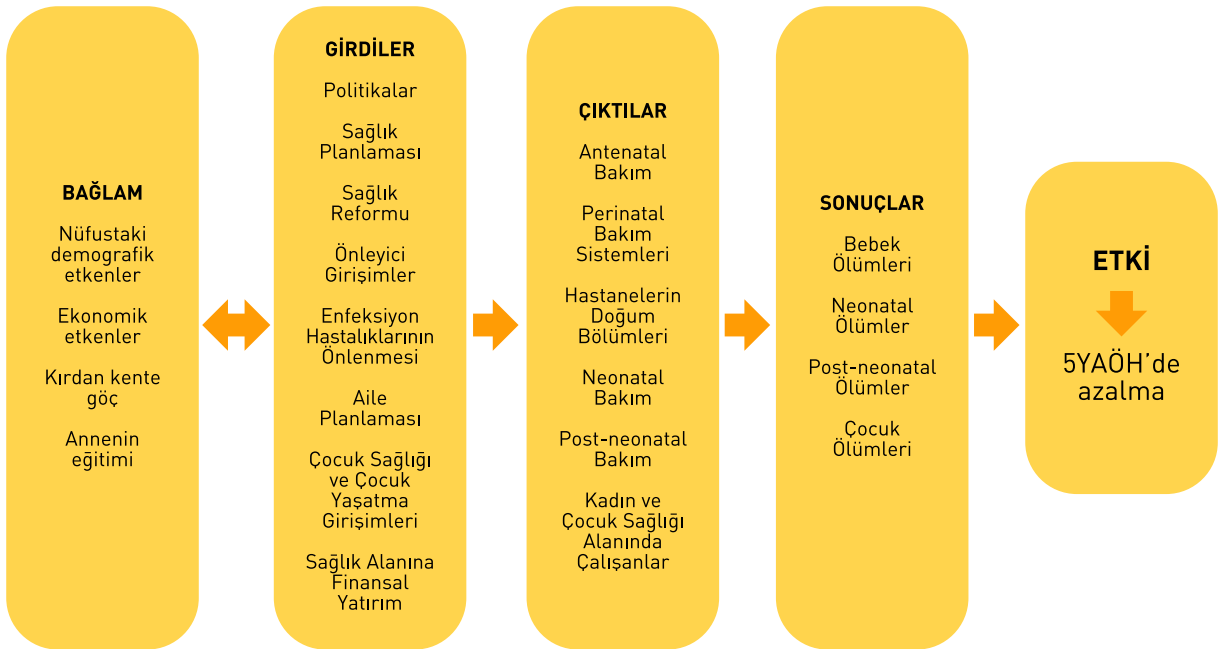


Türkiye'deki 5YAÖH bu zaman çerçevesinde (1990-2007) yılda ortalama %7.5 azalma göstermiştir. Tüm dünya göz önüne alındığında yalnızca 5 ülkedeki yıllık azalma Türkiye'dekinden fazladır. Bu dönemde Türkiye'de 5YAÖH benzer ülkelerle kıyaslandığında beklenenden çok daha hızlı azalmıştır.

(4) 5YAÖH Analitik Çerçevesi ve Veri Kaynakları

5YAÖH'nin incelenmesinde benimsenen analitik çerçeve, mantık modeli yaklaşımıdır. Bu yaklaşımda, aşağıdaki modelde gösterildiği gibi,

sistem girdileri ve çıktıları, sonuçlar ve etkiler belirlenmektedir.



Çerçeveye temel olan varsayım şudur: İstenilen etkiyi (bu örnekte 5YAÖH'de azalma) ortaya çıkaran tek bir neden (veya girdi) tanımlanması ne mümkün ne de uygundur. Aslında 5YAÖH çok etmenli bir yapıdır ve bu yapı, belirli sosyal, demografik ve ekonomik bağlamlarda sağlık politikaları ile reformları, iyi işleyen ana-çocuk sağlığı (AÇS) sistemleri ve müdahaleleri gibi etmenlerin sonucudur. Bu modelde, nüfus yapısındaki ve ekonomideki değişimle, eğitimde değişim ve toplumsal cinsiyet bağlamları esas alınmaktadır. Çünkü bunlar 5 yaş altı çocuk ölümleriyle doğrudan ve dolaylı olarak ilişkilidir. Sistem girdileri, özellikle de sağlık politikaları ve sağlık reformları ile birlikte bağışıklama, aile planlaması ve çocuk yaşatma gibi alanlardaki etkili müdahale programlarının uygulanması, hep birlikte iyi işleyen bir AÇS bakım sistemini oluşturmaktadır. Bu AÇS bakım sistemleri ("çıktılar") doğrudan anne ve yenidoğan bakımı bağlamlarını içerir (antenatal, doğum, yenidoğan ve yenidoğan sonrası klinik ve önleyici bakım hizmetleri dahil). Bunlar da, daha sonra yenidoğan, yenidoğan sonrası ve çocuk ölümlerinden oluşan bebek ölümlerini doğrudan ve dolaylı olarak etkiler. Bu bileşenler hep birlikte 5YAÖH'yi oluşturmaktadır. Mantık modeli işlediği sürece, başka bir deyişle, girdiler istenilen çıktıları verdiğinde, çıktılar da sonuçları ve beklenen etkileri ortaya çıkardığında, 5YAÖH'nin azalması beklenmektedir. Veri kaynakları çeşitlidir ve farklı yerlerden gelmektedir. Bunlar:

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA): 1993, 1998, 2003 ve 2008 yıllarına ait TNSA'lar, Türkiye nüfusunu temsil eden bir örneklem üzerinden yaygın veri toplama çabalarını yansıtmaktadır ve bu araştırmalar Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından yürütülmektedir. TNSA, ana-çocuk sağlığı analizleriyle doğrudan ilgili bilgiler

toplamaktadır ve tasarımı gereği değerlendirme yılı ile sonlanan beş yıllık dönemler için (örneğin 2003-2008 beş yıllık dönemini TNSA-2008 kapsamaktadır) toplam verileri sunmaktadır. Bebek ölümleriyle ilgili bazı alt analizler içinse yalnızca 2008 yılından önceki 10 yıllık döneme bakılabilmektedir.

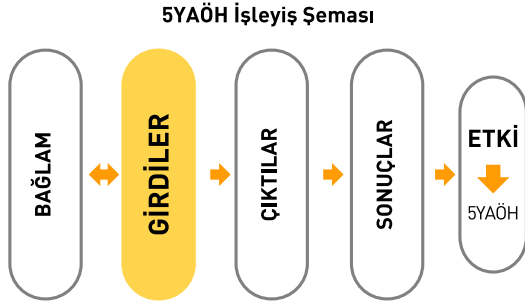
UNICEF 2009 Dünya Çocuklarının Durumu ve Binyıl Kalkınma Hedefleri İzlemesi: Bu dış veri kaynakları Türkiye içinden çeşitli kaynaklara ait bilgileri toplamaktadır ve elde edilen bilgiler başta UNICEF'in temel izleme verileri ve BKH olmak üzere diğer ülkelerin verileri ile karşılaştırmaları mümkün kılmaktadır.

Özel Hükümet Değerlendirmeleri: Bu analiz, sağlıkta durum, sağlık sektörü çalışanları, ekonomik kalkınma ve sağlık reformu gibi alanlarda çeşitlilik taşıyan özel hükümet raporlarını kullanmaktadır. Bu kaynaklar, büyük ölçüde hükümet kaynakları ve veri sistemleri olmak üzere çeşitli yerlerden verileri toplamaktadır.

OECD Raporları: OECD Türkiye'nin ekonomik ve sağlık alanındaki durumu ile ilgili düzenli istatistikler hazırlamaktadır. OECD ayrıca 2008 yılında Türkiye'nin sağlık sistemi ve sağlıkta reform çabaları ile ilgili özel bir değerlendirme yayınlamıştır. Bu bilgiler gerektiğinde geri plan ve bağlamsal bilgiler için kullanılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı/ AÇS bilgileri: Özellikle ölüm nedenleri ve seçilmiş diğer çocuk/bebek sağlığı göstergeleri Sağlık Bakanlığı'nda tablolar halinde düzenlenmektedir. Bu göstergeler genellikle SB elinde bulunan bildirilmiş verileri temel almaktadır.

(5) Bağlam: Türkiye'deki Sosyal, Ekonomik ve Demografik Değişim



Türkiye'nin nüfusu son on yıllar içinde sayısal olarak hızlı bir artış göstermiştir. 1980'lerde yüzde 25 (birikimli) olan nüfus artış hızı 1990'larda yüzde 18'e inmiştir. Türkiye'de nüfus artış hızı 2000'den bu yana düşmektedir, ve 2007 yılında yüzde 1.2 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 5.1 Nüfus Artış Hızı (%), Türkiye 2000-2007

Yıl	Yıllık nüfus artış hızı (%)
2000	1.6
2004	1.3
2005	1.3
2006	1.3
2007	1.2

Kaynak: OECD, Türkiye Ülke İstatistik Profili, 2009.

Türkiye'de 1970 ile 1990 yılları arasındaki Yıllık Nüfus Artış Hızı %2.3 iken bu hız 1990-2007 döneminde azalarak %1.6'ya inmiştir.¹ 2000 yılından 2007 yılına Yıllık Nüfus Artış Hızı yüzde 25 azalarak 2000 yılındaki %1.6'dan 2007 yılında %1.2'ye inmiştir. 2000-2006 döneminde Türkiye'nin kentsel nüfusu hemen hemen yüzde 14 artarak 49.5 milyona ulaşmış, kırsal nüfus ise yüzde 1.4 azalmayla 23.4 milyona düşmüştür.² Aslında Türkiye son on yıllarda, nüfusunun yüzde 68'inin kentlerde yaşadığı, başat olarak kent nüfuslu bir ülkeye

dönüşmüştür.³ Türkiye'de yıllık ortalama kentleşme hızı 1970-90 döneminde %4.5 iken bu hız daha sonra %2.6'ya düşmüştür. Kimi kentler, örneğin İstanbul yalnızca altı yıllık bir dönem içinde (2000-2006) nüfusunu %17 artırarak hızla büyümüştür.² Geçtiğimiz on yıllarda kentli nüfus artarken genel olarak aile büyüklüğü de 1980'de 5.3 iken 2003'te 3.9'a düşmüştür.² Türkiye'nin ekonomisi 1970-1990 döneminde kişi başına GSYH ölçüsüne göre yılda %1.9 büyümüş¹, 1990 ile 2007 arasında kişi başına GSYH yılda ortalama %2.2 artmıştır.

¹ UNICEF, Dünya Çocuklarının Durumu, 2009.

² TC Sağlık Bakanlığı. Bir Bakışta Sağlık: 2007. SB Yayın No. 723, 2007.

³ UNICEF, Dünya Çocuklarının Durumu, 2009.

2000 yılından bu yana gerçekleşen ekonomik büyüme Tablo 5.2'de açıkça görülmektedir. GSYH 2000 yılından 2007'ye yüzde 50 artmıştır.

Tablo 5.2 Kişi Başına GSYH (\$), Türkiye 2000-2007

Yıl	Kişi başına GSYH (\$)
2000	8724
2004	9595
2005	10841
2006	12074
2007	12993

Kaynak: OECD, Türkiye Ülke İstatistik Profili, 2009.

Genel olarak bakıldığında, Tablo 5.3'te de gösterildiği gibi, Türkiye'de ilkökul eğitimi almamış veya bu eğitimi tamamlamamış kadınların oranı 2003 yılında yüzde 39 iken 2008'de yüzde 33'e inmiştir. Bu azalma kentsel yerleşimlerde özellikle belirgindir. Kentsel yerleşimlerde eğitim almamış kadınların oranı 2003 yılında yüzde 34 iken 2008 yılında yüzde 28'e inmiştir. Buna karşılık 2003'ten 2008'e kadar olan dönemde kırsal kesimdeki kadınlar arasında bu oranlarda önemli bir değişiklik olmamıştır.

Tablo 5.3 Kadınlar Arasında İlkokula Hiç Gitmeyenler/İlkokulu Tamamlayamayanlar (%) TNSA 2008, TNSA 2003 %

Yer	2008	2003
Kent	28	34
Kır	48	49
Batı bölgesi	25	32
Güney bölgesi	36	41
Orta bölgesi	27	32
Kuzey bölgesi	38	38
Doğu bölgesi	57	60
Türkiye	33	39

Kaynak: TNSA-2003, TNSA-2003, TNSA-2008

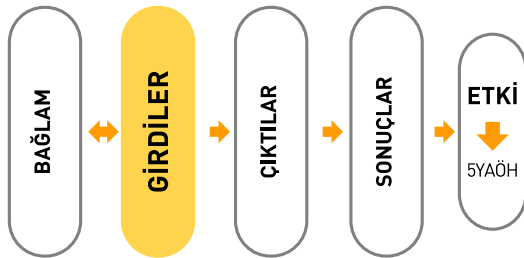
TNSA-2008 raporuna göre yoksulluk içindeki kadınlar eğitimsizlikten özellikle etkilenmektedir: Nüfusun en yoksul beşte birlik diliminde yer alan kadınların yüzde 60'ı ilkökula ya hiç gitmemiş veya ilkokulu tamamlamamıştır. Bu oran orta gelir kategorisinde yer alan aynı durumdaki kadın oranından iki, en varlıklı dilimde yer alan aynı durumdaki kadın oranından ise neredeyse beş kat daha yüksektir.⁴

Benzer biçimde, eğitime devamlılıkta eşitsizlik orta eğitim düzeyinde özellikle belirgindir. Genel olarak bakıldığında TNSA-2008'e göre ilkökula

devam eden kızların erkeklere oranı tüm sosyal sınıflandırmalar (kent/kır, refah düzeyi, ikamet yeri) itibarıyla aynıdır.⁴ Buna karşılık ortaöğretime gelindiğinde kayıt ve devamlılık açısından erkeklerle kızlar arasında önemli farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Örneğin, kırsal alanlardaki, Orta ve Doğu bölgelerindeki ve daha alt gelir gruplarındaki kız çocukların okula devam olasılıkları yaşları olan erkeklerden daha düşüktür. Bu eşitsizliğin kızların ergenlik dönemine doğru belirginleşmesi, annenin eğitimiyle ilişkili diğer ana-çocuk sağlığı riskleri açısından önemlidir.

(6) Girdiler: Programlar, Politikalar ve Kaynaklardaki Eğilimler

5YAÖH İşleyiş Şeması



Türkiye sağlıkla ilgili stratejik planlama alanında uzun ve yerleşik bir geçmişe sahiptir. Son dönemde bu deneyim daha özel olarak ana-çocuk sağlığı konularında yoğunlaşmıştır. Ülkenin beş yıllık kalkınma planında sağlığına da ilk kez yer aldığı 1963 yılından bu yana⁵ Türkiye koruyucu halk sağlığı hizmetlerine erişimi yaygınlaştırmaya ve bu alanda eşitliği sağlamaya odaklanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın 1990'da geliştirdiği Ulusal Sağlık Politikası, sağlık alanında bebek, çocuk ve anne sağlığını da içeren ve 2000 yılında ulaşılması gereken

hedefler belirlemiştir.

1990'lı yıllarda Ulusal Sağlık Politikası stratejilerinde öngörülenler arasında yeni sağlık reformu çalışmaları da yer almaktadır. Bu çalışmalar, Türkiye'de sağlık alanındaki en son dönüşümlerin ve reformların çerçevesini oluşturmaktadır. 1990'larda geliştirilen bu stratejilerin odaklandığı noktalar arasında aşağıdakiler de yer almaktadır:⁶

- Tüm yurttaşları kapsayan bir Sağlık Sigortası Sistemi
- Temel sağlık hizmetlerinin ve aile hekimliğinin geliştirilmesi
- Hastanelerin dönüştürülmesi
- SB'nin sağlık hizmetlerine ve koruyucu sağlığa öncelik tanımasını sağlayacak stratejik gelişim ve yapılanma.

⁴ Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ankara, Türkiye, Ekim 2009, Yayın No: IPS-HU.09.01.

⁵ Bakınız, Türkiye'deki Sağlık Sisteminin ve Temel Politika Gelişmelerinin Tarihsel Değerlendirmesi, OECD Sağlık Sistemleri Değerlendirmesi içinde: Türkiye, 2008: Ek 1.A1.

⁶ Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı: İlerleme Raporu, Ocak 2009. Sağlık Bakanlığı, SB Yayın NO. 749.

Türkiye, bir dizi resmi küresel girişimi benimseyerek ve bunlarda yerini alarak çocukları etkileyecek hizmetlerin planlanması ve geliştirilmesine yönelik kararlılığını ortaya koymuştur. Diğerlerinin yanı sıra bunların arasında aşağıdakiler de yer almaktadır:⁷

- BM Çocuk Haklarına dair Sözleşme (1990)
- Avrupa Konseyi BM Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin Uygulanmasıyla ilgili Avrupa Sözleşmesi (1999)
- Çocuk Haklarına dair Sözleşme, Çocukların Silahlı Çatışmalarda Yer Almalarıyla ilgili İsteğe Bağlı Protokol (2000)
- Ülkelerarası Evlat Edinme İşlemlerinde Çocukların Korunması ve İşbirliği Sözleşmesi (2001)

Türkiye'de sistem ölçeğinde, kapsamlı bir sağlık reformu, Sağlıkta Dönüşüm Programını (SDP) gündeme getirmiştir. 2003-2013 dönemini hedefleyen bu program sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltarak, eşitlik ve erişimi sağlayarak, parçalılığa son vererek ve bakım-hizmet kalitesini yükselterek Türkiye'yi daha ileriye götürmeyi amaçlamaktadır.⁸ SDP çerçevesindeki başlıca çalışmalar sürerken, 2008 yılına ait OECD değerlendirmeleri⁸ bugüne dek alınan sonuçları şöyle özetlemektedir:

- Çoğu kez diğer OECD ülkelerinin görece gerisinde kalsa bile Türkiye'de sağlık durumunda hızlı iyileşmeler sağlanmıştır.

- Sağlık durumundaki bu iyileşmelerin büyük bölümü, sağlık hizmetleri alanında daha fazla ve daha etkili harcamalar sayesinde gerçekleşmiştir.
- Türkiye nüfusu örneğin sigara ve obezlik gibi yeni ve giderek yaygınlaşan risklerle karşılaştığından, önleyici hizmetlere sürekli yatırım giderek daha fazla önem kazanmaktadır.
- Sağlık hizmetleri açısından finansal koruma ve erişimde eşitlik önemli bir gelişme göstermiştir.
- Sağlık personelinin ülkeye dağılımında eşitsizlikler halen sürmekte birlikte, bu personele en fazla ihtiyaç duyulan Doğu bölgesinde önemli personel artışları sağlanmıştır.

Bunlara ek olarak, Sağlık Sektörü Cinsel ve Üreme Sağlığı 2005-2015 Eylem Planı da benzer biçimde son on yıllar içinde ülkedeki sağlık durumunda kaydedilen önemli değişimlere işaret etmekte ve gelecek yıllarda da anlamlı ilerlemeler sağlanması için hedefleri daha belirgin olan ve önceliklerden hareket eden yaklaşımlara gereksinim olduğunu vurgulamaktadır.⁹

Sağlık Bakanlığı ile Bakanlığın Türkiye'de birlikte çalıştığı kuruluşlar geçtiğimiz dönemler içinde çocuklar arasında ölüm ve hastalıkları önlemek üzere çok sayıda geniş ölçekli girişimi yaşama geçirmiştir. SB¹⁰ koruyucu ana-çocuk sağlığı programları arasında, aşağıda Şekil 6.1'de gösterildiği gibi, şunlardan söz etmektedir:

⁷ Çocuk ve Ergen Sağlığı Alanında Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı: 2008-2015. Sağlık Bakanlığı, 2009.

⁸ OECD, Sağlık Sistemi Değerlendirmeleri: Türkiye, 2008

⁹ Sağlık Sektöründe Cinsel ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik Eylem Planı, 2005-2015.

¹⁰ Çocuk ve Ergen Sağlığı Alanında Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı: 2008-2015. Sağlık Bakanlığı, 2009.

Şekil 6.1: Türkiye’de Uygulanan Ana-Çocuk Sağlığı Programları

- Evlilik ve Gebelik Öncesi Yönlendirme ve Danışmanlık Programı
- Hemoglinopati Kontrol Programı
- Evlilikle İlgili Tıbbi Muayeneler
- Aile Planlaması Programı
- Antenatal Bakım Programı
- Acil Durum Obstetrik Bakım Programı
- Doğum ve Sezaryen Programı
- Postnatal Bakım Programı
- Anne Ölümleri İzleme Programı
- Yenidoğan Yoğun Bakım Programı
- Temel Yenidoğan Bakım Hizmetleri Programı
- Yenidoğan Canlandırma Programı
- Yenidoğan Tarama Programı
- Yenidoğan İşitme Taraması Programı
- Anne Sütüyle Beslenmenin Önemi ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı
- “Demir Gibi Türkiye” Programı
- D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Geliştirilmesi Programı
- İyot Yetersizliği Hastalıklarının Kontrolü ve Tuzun İyotlanması Programı
- Gebe Kadınlara Demir Takviyesi Programı
- Bebek Ölümleri İzleme Programı
- Çocukluk Dönemi Enfeksiyonlarının Önlenmesi Programı
- Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Kontrolü Programı
- İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı
- Bebek ve Çocuk Gelişiminin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı
- Genişletilmiş Bağışıklama Programı
- Kızamık Eliminasyon Programı
- Maternal ve Neonatal Tetanozun Eradikasyonu Programı
- Ergen Sağlığı ve Gelişimi Programı
- Ana-Çocuk Sağlığı Hizmetlerine Erkeklerin Katılımı Programı

Tablo 6.1 Tam Bağışıklama Kapsamı, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, 1993-2008

Araştırma Yılı	5 yıllık dönemde aşılı tam olanlar (%)
TNSA-1993 (1)	65
TNSA-1998 (1)	46
TNSA-2003 (1)	54
TNSA-2008 (2)	81

(1) 12-23 aylıklar arasında, (2) 15-26 aylıklar arasında

Tam aşılılar = BCG, kızamık, üç doz DPT ve çocuk felci

Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008

Türkiye Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) ile çocukluk dönemi aşılama için önemli bir çaba başlatmıştır ve amaç aşılamaya kapsamını ülke ölçeğinde genişletmektir. TNSA-2008'e göre aşılı tam olan çocukların oranı (yüzde 81) önceki yıllara göre hayli yükselmiştir. Çok az sayıda çocuğun (<%2) hiç aşı olmadığı bildirilmektedir. Nüfusun en yoksul beşte birlik diliminde yer alan ve ilköğretim de olmayan kadınların çocukları veya çok çocuklu ailelerin son çocukları söz konusu olduğunda aşı olmama olasılığı daha da artmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın aşılamaya yaptığı büyük yatırım 2002 ile 2008 yılları arasında gerçekleşmiştir. Bu dönemde aşılama için ayrılan ödeneklerde on kattan daha fazla artış olmuştur.¹¹ Türkiye'de kızamık vaka sayısı

2000'lerin başından bu yana çarpıcı bir azalma göstermiştir. 2001'de bildirilen kızamık vaka sayısı 30.509 iken 2008'de dışarıdan bulaşan vaka sayısı yalnızca dördütdür.¹¹ Türkiye 2002 yılında WHO tarafından çocuk felcinden arınmış ülke ilan edilmiştir. TNSA-2008 raporuna göre 15-26 aylık çocukların yüzde 89'u kızamık aşısı olmuştur ve çocukların yine yüzde 89'u üç doz çocuk felci aşısını olmuştur. Bunlara ek olarak, Şubat 2009'da, WHO ile yapılan geçerlilik onay temaları sonucunda Türkiye Anne ve Yenidoğan Tetanozunu ortadan kaldıran ülkeler arasına girmiştir.¹²

UNICEF tarafından bildirildiğine göre Türkiye'de Toplam Doğurganlık Hızı (TDH) 1970'ten bu yana yüzde 50 azalmıştır. 1990'dan bu yana gerçekleşen azalma ise üçte bir oranındadır.

Tablo 6.2 Toplam Doğurganlık Hızı, Türkiye, 1970-2007

Yıl	Toplam Doğurganlık Hızı (doğumlar/kadın)
1970	5.5
1990	3.0
2007	2.1

Kaynak: UNICEF, Dünya Çocuklarının Durumu, 2008

¹¹ Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı: İlerleme Raporu, Ocak 2009. Sağlık Bakanlığı, SB Yayın NO. 749.

¹² WHO, Weekly Epidemiological Report, No 17, 2009, 84, 141-148.

Yine TNSA-2008'e göre Türkiye'de modern olanlar dahil gebeliği önleyici yöntemler herkes tarafından bilinmektedir ve halen evli veya

önceden evlenmiş olan kadınların yüzde 90'ı gebeliği önleyici bir yöntem kullanmıştır.

Tablo 6.3 15-49 Yaş Grubundaki Evli Kadınlar Arasında Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı (herhangi veya modern bir yöntemle) Uygulayanlar, Türkiye, TNSA

Araştırma Yılı	Herhangi %	Modern %
TNSA 1988	63	31
TNSA 1993	63	35
TNSA 1998	64	38
TNSA 2003	71	43
TNSA 2008	73	46

Kaynak: TNSA 1988-2008

Tablo 6.3'te de görüldüğü gibi günümüzde herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullananların oranı 1988'e göre yaklaşık yüzde 15 artmış, gene aynı dönemde modern yöntem kullanımındaki artış yüzde 50'yi bulmuştur.

Türkiye'de çocuk yaşatma alanındaki gelişme sağlamaya yönelik çeşitli programlar başlatılmıştır. Beslenme, Anne Sütüyle Beslemenin Yaygınlaştırılması, Çocuk Hastalıklarının Entegre Yönetimi ve Neonatal Resüsitasyon bunlar arasındadır. Örneğin Türkiye'de "Bebek Dostu Hastaneler" girişimi 1991 yılında katılımcı dört hastane ile başlatılmıştır.¹³ Daha sonra bu girişime katılan hastane sayısı 2002 yılına gelindiğinde 141, 2009 Ocak ayına gelindiğinde ise 665 olmuştur. 2002 yılında bebek dostu hastanelerde dünyaya gelen bebeklerin oranı yüzde 21 iken bu oran 2009 yılında yüzde 92'ye çıkmıştır. Buna bağlı olarak Türkiye'de bebeklerin belirli bir dönem boyunca yalnızca anne sütüyle beslenmeleri

oran olarak 2003 (%20.8) ile 2008 (%1.6) arasında iki kat artmıştır.¹²

Türkiye'de çocuk sağlığı alanında gerçekleştirilen başarılı girişimler arasında ÇHEY (Çocuk Hastalıklarının Entegre Yönetimi) de yer almaktadır. ÇHEY bugün kurumsallaşmış ve standart bir uygulama konumuna gelmiştir. ÇHEY programı, yenidoğan ve çocuk malnütrisyonu ve enfeksiyonlu hastalıkların azaltılmasına yönelik olarak evde ve sağlık kuruluşlarında başvurulan çeşitli stratejilerden oluşmaktadır. Bu girişimleri yansıtan belli başlı çocuk sağlığı göstergeleri önemli bir ilerleme göstermiştir. Örneğin, boya göre normal ağırlığın iki standart sapma daha altında olan çocukların oranı 1993'ten (%3) 2008'e (%1) kadar olan dönemde üçte iki azalmıştır. Ayrıca, ishal nedeniyle sağlık kuruluşuna götürülen çocukların oranı 1993 yılında %25 iken 2008'de %47'ye çıkmıştır.¹⁴

¹³ Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı: İlerleme Raporu, Ocak 2009. Sağlık Bakanlığı, SB Yayın NO. 749.

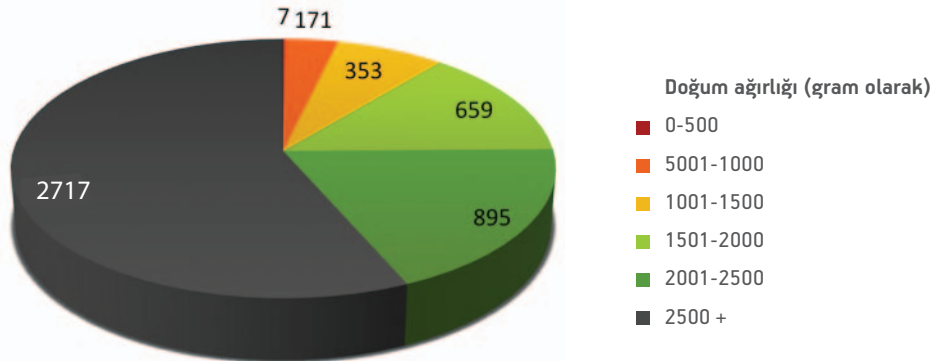
¹⁴ Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

Son olarak, etkili ve yaygın halk sağlığı girişimlerinin ek bir örneği de İyot Yetersizliği Bozukluklarının (İYB) önlenmesi alanındadır. Ülkede yaygın görülen bu sorunun çözümü için iyotlu tuz tüketimi tüm ülkede yaygınlaştırılmaktadır. İyotlanmamış sofra tuzu örnekleri oranı 2003 yılında %50 iken bu oran 2003 yılında %30'a, 2008'de de %15'e düşmüştür.¹⁵ Geçtiğimiz dönemlerde, mikronütriyenlerle ilgili başka halk sağlığı kampanyaları da gerçekleştirilmiştir. Bunlardan demir yetersizliği anemisi ile ilgili çalışmalarda 5 milyonu aşkın çocuğa demir takviyeleri dağıtılmıştır.¹⁶ Ayrıca, doğum öncesi bakımın bir parçası olarak demir tabletleri alan kadınların oranı 2003 yılında %64 iken %25'lik bir artışla 2008 yılında %80'e çıkmıştır.¹⁵

Ankara'daki Zekai Tahir Burak Doğumevi, bu alanda dünyadaki en büyük sağlık kuruluşlarından biridir ve kuruluşta yılda 23 bin doğum gerçekleşmektedir. Kuruluşun yenidoğan yoğun bakım biriminde günde ortalama 150 çocuğa bakım sağlanmaktadır ve yılda yaklaşık 5000 bebek de yenidoğan bakım sistemince kapsamaktadır. Bu özellikleriyle Zekai Tahir Burak Hastanesi aynı zamanda dünyadaki en büyük çocuk hastanelerinden biridir. Kuruluş ayrıca yenidoğan bakım ve doğum alanlarında her yıl yüzlerce sağlıkçı yetiştirmektedir. Zekai Tahir Burak Hastanesi ulusal ve bölgesel bir sevk merkezi olarak işlev görmektedir, yüksek riskli gebe kadınlarla yüksek riskli yenidoğan bebeklere özel bakım ve tedavi sağlamaktadır.



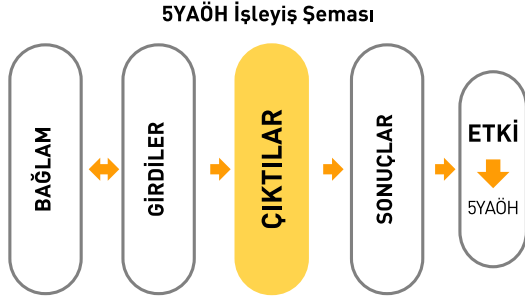
Doğum Ağırlığına Göre Yenidoğan Bakımına Alınanlar
Zekai Tahir Burak Hastanesi, Ankara-Türkiye, 2008



¹⁵ Bakınız, Duran R, Aladağ N, Vatansever U, Süt N, Acunaş B. Perinatal asfiksisi olan yenidoğanlarda Neonatal Canlandırma Programı derslerinin ölümler ve hastalıklar üzerindeki etkisi. Brain Dev. 2008;30:43-6.

¹⁶ Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı: İlerleme Raporu, Ocak 2009. Sağlık Bakanlığı, SB Yayın NO. 749

(7) Çıktılar: Güçlendirilmiş ana-çocuk sağlığı sistemleri



Birbiriyle örtüşen, tümleşik bakım sistemleri, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde ana-çocuk sağlığı alanında daha gelişkin sonuçlar vermektedir.

Tablo 7.1'de de görüldüğü gibi, Türkiye'de doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanan kadın oranı 1990'lardan bu yana çarpıcı bir artış göstermiştir. Genel olarak, Türkiye'de doğum öncesi bakım amaçlı sağlık kuruluşu ziyaretleri 1993 yılındaki Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) döneminden TNSA-2008 dönemine kadar yüzde 50 oranında artmıştır. Özellikle, doğum öncesi bakım bağlamında doktora görünen kadın oranı TNSA-1993'te yüzde 47 iken TNSA-2008 döneminde yüzde 89'a çıkmıştır ve bu da yaklaşık yüzde 90 artış anlamına gelmektedir.

Tablo 7.1 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, Araştırma Öncesindeki Beş Yılda Doğum Öncesi Bakım Alma Oranları (en azından bir kez bakıma gidenlerin yüzdesi)

Araştırma Yılı	5 yıllık dönemde bakım yüzdesi
TNSA-1993	62
TNSA-1998	68
TNSA-2003	81
TNSA-2008	92

Kaynak: TNSA-1993, TNSA-2008

TNSA-2008 raporuna göre Türkiye'de yine de doğum öncesi bakım alanında önemli eşitsizlikler mevcuttur. Bunlar:

- Kırsal alanlardaki kadınların doğum öncesi en az bir bakım bile almama olasılıkları kentli kadınlara göre üç kat daha yüksektir.
- Türkiye'nin doğu bölgesindeki kadınların doğum öncesi en az bir bakım bile almama olasılıkları ülkenin diğer bölgelerindeki kadınlara göre 4-5 kat daha yüksektir.
- İlkokul eğitimi almamış kadınların doğum öncesi en az bir bakım bile almama olasılıkları, ilkokul mezunu olan kadınlara göre 3-4 kat daha yüksektir.
- Orta ve üst gelir dilimlerindeki kadınların doğum öncesi bakım alma olasılıkları en düşük gelir dilimindeki kadınlarınkine göre %20 daha fazladır.
- Bunlara ek olarak, kırsal kesimde yaşayıp doğum öncesi bakım imkânlarından yoksun kadınların kentlerde yaşayan kadınlara göre gebelik dönemleri boyunca ilk bakımlarını geç alma ve gebelik boyunca daha az bakım görme olasılıkları da yüksektir.

Ana-çocuk sağlığı sistemindeki iyileştirmelerin önemli bir amacı da kadınların bebeklerini sağlık kuruluşlarında dünyaya getirmelerinin sağlanmasıdır. Türkiye'de bu doğrultuda önemli

ilerlemeler kaydedilmiştir. Nitekim TNSA-1993 ile TNSA-2008 dönemi arasında sağlık kuruluşlarında doğan bebek sayısı yüzde 50 artmıştır.

Tablo 7.3 Yenidoğan Yoğun Bakım Sistemleri ve Kaynakları, Türkiye, 2002-2008

	SB 2002	SB 2008	Diğer 2008	Türkiye- Toplam 2008	Türkiye/Hedef
Yenidoğan merkezleri	39	106	50	156	200 (2010)
Yenidoğan yoğun bakım yatakları	665	2918	807	3725	4500 (2010)
Taşınabilir inkübatör	158	440	344	784	515
Vantilatör	252	491	889	1380	937
Yenidoğan uzmanları	5	26	77	103	525 (2010)
Yenidoğan hizmetlerindeki hemşireler	654	1671	1402	3073	6000 (2010)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2009

TNSA-2008 raporu da, doğum öncesi bakım alma bağlamında doğumların sağlık kuruluşlarında gerçekleşmesine ilişkin eğilimlerden söz etmektedir:

- Kırsal kesimdeki kadınların doğumlarını evde yapma olasılıkları kentlerde yaşayan kadınlara göre dört kat daha yüksektir.
- Ülkenin doğu bölgesinde yaşayan kadınların, ülkenin diğer bölgelerinde yaşayan kadınlara göre evde doğum yapma olasılıkları 3-4 kat daha yüksektir.
- En alt gelir dilimindeki kadınların doğumlarını sağlık kuruluşları dışında yapma olasılıkları diğer gelir dilimlerindeki kadınlara göre hemen hemen 5-8 kat daha yüksektir.
- Doğum öncesi bakım almayan kadınların doğum öncesinde en az bir kez bakım alan kadınlara

göre evde doğum yapma olasılıkları 10 kat daha fazladır.

Doğum öncesi bakım değişkenine benzer biçimde, ilkökul eğitimi olmayan kadınların doğumlarını evde yapma olasılığı en azından ilkökulu bitirmiş kadınlara göre 4 kat daha fazladır.

Yenidoğan Yoğun Bakım Birimleri (YYBB) tüm dünyada başta yenidoğan ölümleri olmak üzere bebek ölümleri üzerinde çok önemli etkiler yaratmıştır.¹⁷ Türkiye'de yenidoğan yoğun bakım yatak sayısı Aralık 2002'de 665 iken Ocak 2009'da 2.918'e çıkmıştır ve bu da yüzde 300 artış demektir. Ayrıca, hasta/çok küçük doğan bebeklerin uygun hizmetlerin bulunduğu sağlık kurumlarına ve birimlerine naklini sağlayan transport küvözlerinin sayısı da 2002'de 158 iken 2009'da 400'e çıkmıştır. 2002 yılında 252

¹⁷ Sağlıkta Dönüşüm Programı: İlerleme Raporu, Ocak 2009, Sağlık Bakanlığı, Türkiye, SB Yayın 749.

olan ventilatör (prematüre bebeklerle solunum güçlükleri olan bebeklerin bakımında önem taşır) sayısı da 2009'da 500'e çıkmıştır.

Gebelik ve çocuk sağlığı alanlarında görev yapan sağlıkçıların sayısı da 1993 TNSA değerlendirmesinden bu yana artış göstermiştir.

Toplamda, sağlık personeli yardımıyla gerçekleşen doğumlar 1993'ten 2008'e yüzde 20 artmıştır. Özellikle doktor nezaretinde gerçekleşen doğumların oranı 1993 yılında yüzde 34 iken 2008 döneminde yüzde 64'e çıkmıştır ve bu da yüzde 80'in üzerinde bir artış demektir.

Tablo 7.4 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Araştırma Öncesi Beş Yıllık Dönemde Sağlık Görevlisi Nezaretinde Gerçekleşen Doğumların Oranı (%)

Araştırma Yılı	Sağlık görevlisi (%)	Doktor (%)
TNSA-1993	76	34
TNSA-1998	81	40
TNSA-2003	83	47
TNSA-2008	91	64

Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

TNSA-2008 Raporuna göre, Türkiye'nin geneli alındığında sağlık personeli yardımıyla gerçekleşen doğumların oranı yüksekken, bu oranlar kimi bölgelerde (Kuzeydoğu, Güneydoğu ve Orta Anadolu) halen düşüktür ve bu bölgelerde kadınların doğumlarını sağlık personeli yardımıyla yapma olasılıkları görece düşüktür. Sağlık kuruluşlarında gerçekleşen doğumların hepsinde nezaretçi olarak sağlık görevlisi bulunmaktadır. Buna karşılık, sağlık kuruluşları dışında gerçekleşen doğumlar söz konusu olduğunda sağlık personeli yardımı ile gerçekleşen doğum sayısı her beş doğumda birin altındadır. Benzer biçimde, kırsal alanda yaşayan, ilkökul eğitimi olmayan ve en düşük

beşte birlik gelir diliminde yer alan kadınlar arasında doğumların sağlık personeli yardımıyla gerçekleşme olasılığı düşüktür.

Doktor nezaretinde gerçekleşen doğumların oranı son birkaç on yıl içinde çarpıcı bir artış göstermesine karşın, eğitilmiş ebelerin Türkiye'deki ana-çocuk sağlığı alanındaki önemleri çok büyüktür. 2002 yılında Türkiye'de görevli ebe sayısı 41.513 idi. Bu sayı, yüzde 4'lük artışla 2007 yılında 43.050'ye çıkmıştır.¹⁸ TNSA-2008'e göre 2008 döneminde Türkiye'deki doğumların yüzde 27.2'si hemşire veya ebe nezaretinde gerçekleşmiştir.

¹⁸ Kaynak: Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü, Nisan 2007, geçtiği yer, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Politikasında İnsan Kaynakları Çalıştayı, SB yayınları, no.718, 2007.

Tablo 7.5 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Bölgelere Göre 2008 Yılında Sona Eren 5 Yıllık Dönemde Hemşire/Ebe Yardımıyla Gerçekleşen Doğumların Yüzdesi

Bölge	Hemşire/ebe nezaretinde gerçekleşen doğumlar, %
Batı	16
Güney	34
Orta	23
Kuzey	32
Doğu	42
Türkiye	27

Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008

Eğitilmiş ebeler ve hemşireler tüm ülkede bakım alanında önemli bir insan gücü kaynağıdır. Ancak bu önem, hemşire ve ebelerin doğumların en az üçte birinde yer aldıkları Güney ve Doğu bölgelerinde özellikle önem kazanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı bu alanda genel olarak doktorlar ve özel olarak uzman doktorlardan çok daha fazla ebelerden yararlanmaktadır (sırasıyla yüzde 94, yüzde 60 ve yüzde 49).

Tablo 7.6 Üniversitelerde Ebelik Öğrencileri ve Mezunları, Türkiye, 2001-2007

Yıl	Öğrenciler (#)	Mezunlar (#)
2001	3781	296
2002	4409	575
2003	5085	537
2004	5431	838
2005	5653	979
2006	5719	1101
2007	5906	1169

Kaynak: SSSPC Yüksek Öğrenim İstatistikleri 2001-2007, bakınız: Sağlık Politikalarında İnsan Kaynakları Diyalog Çalıştayı

Önemli bir nokta da, Tablo 6'da gösterildiği gibi, Türk üniversitelerinden mezun olan ebe sayısının 2001'den 2007'ye neredeyse üç kat artmış olmasıdır.

Tablo 6'da gösterildiği gibi, TNSA-2008'e göre Doğu bölgesi dışındaki tüm bölgelerde doğumların çoğuna doktorlar nezaret etmektedir ancak Doğu'da doktor nezaretinde gerçekleşen doğumların oranı üçte bir olarak kalmaktadır. Türkiye'de 2007 yılında fiilen görevde olan yaklaşık 100 bin doktor vardır ve bunların yarısı uzman hekimdir.¹⁵ Bu doktorların

ne kadarının gebe kadınlara bakım hizmeti verdikleri net değildir. Bununla birlikte, 2007 yılında pratisyenlik programlarını jinekoloji ve obstetrik dallarında tamamlayanların sayısı, pediatri ve iç hastalıklarından sonra üçüncü sırada gelmektedir.¹⁵ Doktorlar, kentsel alanlarda ana-çocuk sağlığı alanındaki insan gücünün önemli bir parçasını oluşturmaktadır. TNSA-2008 döneminde doktorlar bu yerleşimlerdeki doğumların yüzde 70'inden fazlasında hazır bulunmuşlardır ve İstanbul gibi çok büyük kentlerde tüm doğumların yüzde 90'ına doktorlar nezaret etmektedir.

Tablo 7.7 Bölgelere Göre Doktor Nezaretinde Gerçekleşen Doğumların Yüzdesi, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008

Yer/Bölge	Doktor nezaretinde%
İstanbul	90
Batı Marmara	80
Ege	80
Doğu Marmara	68
Batı Anadolu	82
Akdeniz	60
Orta Anadolu	66
Batı Karadeniz	67
Doğu Karadeniz	65
Kuzeydoğu Anadolu	42
Ortadoğu Anadolu	36
Güneydoğu Anadolu	29
Batı	83
Güney	60
Orta	76
Kuzey	64
Doğu	33
Türkiye	64

Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008

Ölümleri önlemek üzere yenidoğanlarda anomali ve riskleri ortaya çıkarmanın önemli bir bileşeni de yenidoğan bebeklerin titiz bir muayeneden geçirilmesidir. TNSA-2008'e göre yüzde

74'ü ilk gün içinde olmak üzere yenidoğan bebeklerin yüzde 88'i doğum sonrası muayene edilmektedir.

Tablo 7.8 Doğum Sonrasında Bir Sağlık Görevlisi Tarafından Muayene Edilen Yenidoğanların Yüzdesi Türkiye,

Yer/Bölge	Muayene edilen yeni doğanlar (%)	İlk 24 saat içinde Muayene edilen yeni doğanlar (%)
İstanbul	96	89
Batı Marmara	93	83
Ege	96	87
Doğu Marmara	94	84
Batı Anadolu	91	76
Akdeniz	88	71
Orta Anadolu	95	73
Batı Karadeniz	95	79
Doğu Karadeniz	92	79
Kuzeydoğu Anadolu	66	49
Orta Anadolu'nun doğusu	69	48
Güneydoğu Anadolu	70	53
Batı	95	86
Güney	88	71
Orta	93	79
Kuzey	95	81
Doğu	69	51
Toplam (Tüm bölgeler)	88	74

Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008

Özellikle dikkat edilmesi gereken nokta Güneydoğu, Ortadoğu Anadolu ve Kuzeydoğu Anadolu Bölgelerinde yenidoğan bebeklerin doğum sonrası muayene olasılığının daha düşük olmasıdır. Bu bölgelerde yenidoğan bebeklerin ancak yarısı veya daha azı doğumun ilk gününde muayene edilmektedir. Buna karşılık, ülkenin

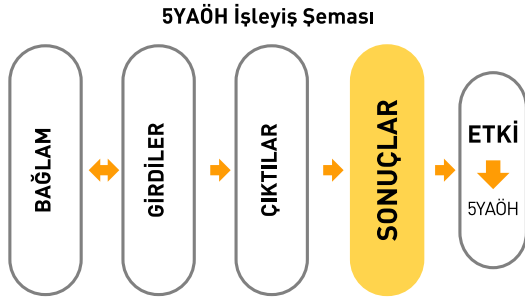
batısında, özellikle de İstanbul'da yenidoğan bebeklerin yüzde 95'ine doğum sonrası bakım verilmektedir ve bunların da yüzde 90'ı ilk gün içinde gerçekleşmektedir. TNSA-2008 raporuna göre doğum sonrası muayene ile ilgili diğer hususlar şöyledir:

- Çok çocuklu ailelerin son çocuklarının doğum sonrası bakım alma şansı ilk çocuğa veya az çocuklu ailelerin son çocuklarına göre daha düşüktür.
- İlkokul eğitimi olmayan kadınların yenidoğan

çocuklarının doğum sonrası bakım alma şansı daha azdır.

- En düşük beşte birlik gelir dilimindeki kadınların yenidoğan çocuklarının doğum sonrası bakım alma şansı daha azdır.

(8) Sonuçlar: Yenidoğan, Yenidoğan Sonrası Bebek ve Çocuk Ölümleri*



Tablo 8.1'de de görüldüğü gibi Türkiye'de bebek ölüm hızı (BÖH; 1000 canlı doğumda 1 yaşından önce ölen çocuk sayısı) hızlı bir azalma göstermiştir. Sağlık Bakanlığı¹⁹ bildirimlerine göre 1971 yılında 1000 canlı doğumda 134 olan BÖH, 2007 yılında 1000 canlı doğumda 21.7'ye inmiştir. Bu belirtilen dönemde yüzde 80'i aşan bir azalma demektir ve 1980'lerin sonundan 2007'ye kadar olan azalma yüzde 70 civarındadır.

Tablo 8.1 Sağlık Bakanlığı Tarafından Bildirilen Bebek Ölüm Hızları (BÖH), Türkiye 1971-2007

Yıl	BÖH	Yıl	BÖH
1971	134.0	1993	52.6
1973	123.0	1998	42.7
1975	112.0	2003	29.0
1977	102.0	2004	24.6
1979	96.0	2005	23.6
1983	95.3	2006	22.6
1988	77.7	2007	21.7

Kaynak: Sağlık Bakanlığı - Türkiye, Bir Bakışta Sağlık 2007

* Bakınız, Koç, Yüksel ve Eryurt: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2009, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, s. 129-139.

¹⁹ TC Sağlık Bakanlığı. Bir Bakışta Sağlık: 2007. SB Yayın No. 723, 2007.

Sağlık Bakanlığı verilerinden hareketle ve BKH doğrultusunda UNICEF²⁰ Türkiye'de BÖH'nin 1990 yılında bin canlı doğumda 67 iken yüzde 70 azalmayla 2007'de bin canlı doğumda 21'e indiğini belirtmektedir.

Nihayet, SB ve UNICEF tarafından hazırlanan

benzer raporlar da Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) tarafından dikkate alınmakta, sonuçta beş yıllık dönemde BÖH'de büyük bir azalma olduğu ortaya çıkmaktadır. 1000 canlı doğumda 53'ten 17'ye inen bir BÖH hemen hemen yüzde 70'lik bir azalma anlamına gelmektedir.

Tablo 8.2 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008, Araştırma Öncesi Beş Yıllık Dönemde Tahmini Bebek Ölüm Hızları

5 yıllık dönemde	
Araştırma Yılı	BÖH
TNSA-1993	53
TNSA-1998	43
TNSA-2003	29
TNSA-2008	17

Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008

Yenidoğan Ölüm Hızı (YÖH) doğumu izleyen ilk bir ay içinde ölen çocuklarla ilgili bir göstergedir. YÖH büyük ağırlıkla anneye ve doğum öncesi etmenlerle, birlikte özel bakım ihtiyacı olan yenidoğan bebeklere doğum sırasında verilmesi gereken vasıflı bakımın bulunup bulunmamasıyla ilgilidir.

TNSA sonuçlarına göre, Tablo 8.3'te de gösterildiği gibi, YÖH 1993 döneminden 2008 dönemine yüzde 55 oranında gerilemiştir. Bunun karşılığı daha önce 1000 canlı doğumda 29 olan erken bebek ölümlerinin 1000 canlı doğumda 13'e inmesidir.

Tablo 8.3 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008, Araştırma Öncesi Beş Yıllık Dönemde Tahmini Yenidoğan Ölüm Hızları (YÖH)

Araştırma Yılı	5 yıllık dönemde YÖH
TNSA-1993	29
TNSA-1998	26
TNSA-2003	17
TNSA-2008	13

Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008

²⁰ Dünya Çocuklarının Durumu 2009, Anne ve Yenidoğan Sağlığı

YÖH ile ilgili bağlantıların analizi 10 yıllık bir dönem için (1998-2008) 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasında (TNSA-2008) yer almaktadır ve Türkiye’de yenidoğan ölümlerinin demografik bağlantılarıyla ilgili şu gözlemlere yer vermektedir:²¹

- Yenidoğan ölümler arasında kız/erkek farkı görülmemektedir.
- Yenidoğan ölümlerine en genç yaşta (20 yaşın altında) ve en ileri yaşta (40’ın üzerinde) doğum yapan kadınlarda daha çok rastlanmaktadır.
- Daha önceki çocuk sayısı ne kadar fazlaysa yenidoğan ölüm riski de o kadar artmaktadır.
- Yenidoğan ölümlerinin en fazla görüldüğü durumlar, annenin görece kısa bir süre önce doğum yapmış olduğu durumlardır.
- Yenidoğan ölümleri en fazla küçük/çok küçük doğan bebeklerde görülmektedir.

Yenidoğan ölümleri ile bu demografik etmenler arasındaki bağlantı Türkiye dışında başka ülkelerde de görülmektedir ve dolayısıyla yenidoğan ölümlerinde risk etmenleri olarak yeterince belgelenmiştir.

TNSA-2008 ayrıca 10 yıllık dönem için yenidoğan ölümlerinin ek sosyoekonomik

etmenleri için de şunları bildirmektedir:

- Yenidoğan ölümleri, kırsal kesimde ve batı bölgeleri ile karşılaştırıldığında ülkenin doğu bölgesinde daha yüksektir;
- Yenidoğan ölümlerinde büyük değişkenlikler görülebilmektedir. Örneğin 10 yıllık dönemde İstanbul’da yenidoğan ölümleri 1000 canlı doğumda 2 iken, Güneydoğu Anadolu’da bunun on kat üzerinde; 1000 canlı doğumda 20’dir.
- Yenidoğan ölümleri hiç eğitimi olmayan veya ilkokulu bitirmemiş kadınların bebekleri arasında en yüksek düzeydedir.
- Yenidoğan ölümleri, refah yükseldikçe azalmaktadır. En alttaki beşte birlik gelir diliminde yer alan kadınların doğurdıkları çocukların ilk bir ay içinde ölme olasılıkları en varlıklı dilimdeki kadınların çocuklarına göre üç kat daha yüksektir.

Yenidoğan sonrası ölüm hızı (PNÖH) doğumu izleyen birinci ay ile 1 yaşına kadar olan dönemdeki bebek ölümleriyle ilişkilidir. PNÖH annenin durumundan veya doğum koşullarından çok genellikle çocuğun çevresindeki koşullarla ve çevresel risklerle (enfeksiyonlar, yakınlarda sigara içilmesi gibi) ilişkilidir.

Tablo 8.4 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008

Araştırma Öncesindeki Beş Yıllık Dönemde Tahmini Yenidoğan Sonrası Ölüm Hızları

Araştırma Yılı	5 yıllık dönemde PNÖH
TNSA-1993	23
TNSA-1998	17
TNSA-2003	12
TNSA-2008	4

Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008

²¹ TNSA gözlemlerine ihtiyatla yaklaşılmalıdır. Bunlar kimi bağlantılara işaret etmekle birlikte kimi durumlarda analizler kesin sonuç çıkartılabilecek istatistiksel gücü taşımamaktadır.

Tablo 8.4'te de görüldüğü gibi, TNSA-1993 döneminden TNSA-2008 dönemine PNÖH'de önemli bir azalma gerçekleşmiştir. Daha önce 1000 canlı doğumda 23 olan PNÖH 1000 canlı doğumda 4'e inmiştir ve burada yüzde 80'in üzerinde bir azalma söz konusudur. TNSA-2008 raporunda belirtilen çeşitli demografik etmenlerle PNÖH arasında ilişki bulunmaktadır:

- PNÖH kız bebeklere göre erkek bebeklerde daha yüksektir.
- Annenin annelik yaşı büyüdükçe PNÖH azalmaktadır.
- Doğum sayısı arttıkça PNÖH artmaktadır.
- Bir önceki doğumla aradaki süre 2 yıldan kısa olan doğumlar arasında PNÖH, arada 4 yıllık

farkla dünyaya gelen bebeklere göre üç kat daha yüksektir.

- Küçük/çok küçük doğan bebeklerde PNÖH diğerlerine göre üç kat daha fazladır.

Bunlara ek olarak TNSA-2008 Türkiye'de PNÖH'ün sosyoekonomik etmenleri olarak şunlardan söz etmektedir:

- PNÖH'ün en yüksek olduğu bölge Doğu bölgesi olmakla birlikte PNÖH'teki coğrafi değişkenlik YÖH'ye göre daha azdır.
- İstanbul'da PNÖH 1000 canlı doğumda 6 iken bu hız Güneydoğu Anadolu'da 1000 canlı doğumda 13'tür. Bu bakımdan arada önemli bir bölgesel fark olmakla birlikte bu fark YÖH'deki kadar büyük değildir.

Tablo 8.5 Bildirilen Bebek Ölüm Nedenleri, Türkiye, Sağlık Bakanlığı

Neden	2007	2008	Toplam	%'si
Prematüre Doğum	4964	3988	8952	%31
Doğum Anomalisi	2752	2164	4916	%17
Sepsis	1282	1568	2850	%10
Kalp Hastalığı	1461	917	2378	%8
Perinatal Asfiksi	929	903	1832	%6
Akut Solunum Yolu Enfeksiyonu	651	316	967	%3
Doğum Travması	251	97	348	%1
İshal	126	83	209	%1
Kaza	80	94	174	%1
Intravasküler Hemoraj	30	78	108	<%1
Menenjit	50	48	98	<%1
Malignansi	72	18	90	<%1
Yenidoğan tetanosu	0	7	7	<%1
Özel Durumlar	1102	672	1774	%6
Diğer	1425	2753	4178	%15
Toplam	15175	13706	28881	%100.0

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Bebek Ölümleri – 2009

- Eğitim düzeyi en yüksek kadınların bebekleri ile karşılaştırıldığında en düşük eğitim düzeyindeki kadınların bebekleri arasında PNÖH hemen hemen 5 kat daha yüksektir.
- Refah düzeyi yükseldikçe PNÖH de düşmektedir: En üst gelir düzeyinde PNÖH en düşük gelir düzeyine göre dört kat daha azdır.

Dünyadaki başka yerlerde olduğu gibi Türkiye'de de yenidoğan ölümleri ve bunlarla

ilgili nedenler bebek ölümlerinin çoğunluğunu oluşturmaktadır. Örneğin TNSA-2008 döneminde tüm bebek ölümlerinin yüzde 70'ten fazlasını ilk bir ay içinde meydana gelen yenidoğan ölümleri oluşturmaktaydı. Daha önce de değinildiği gibi bu dönemde, doğum sırasında annenin durumu ve yenidoğan koşulları başlıca ölüm nedenleridir. Bildirilen tüm bebek ölümleri için genel nedenler, Sağlık Bakanlığı tarafından Tablo 8.5'te olduğu gibi belirtilmektedir:

Tablo 8.6 Düşük Doğum Ağırlığı (DDA) (<2.5 kg) Oranı, Türkiye, Nüfus ve Sağlık Araştırması, On Yıllık Dönem 1998-2008

Yer/Bölge	DDA Oranı (%)
İstanbul	11.0
Batı Marmara	8.0
Ege	7.0
Doğu Marmara	8.0
Batı Anadolu	11.0
Akdeniz	12.0
Orta Anadolu	12.0
Batı Karadeniz	8.0
Doğu Karadeniz	14.0
Kuzeydoğu Anadolu	18.0
Ortadoğu Anadolu	17.0
Güneydoğu Anadolu	16.0
Batı	9.0
Güney	13.0
Orta	10.0
Kuzey	10.3
Doğu	16.7
Türkiye	11.0

Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008

Sağlık Bakanlığı tarafından verilen bilgilere göre Türkiye’de bildirilen bebek ölümlerinin en başında prematüre doğuma ilişkin ölümler gelmektedir. Bunu doğum anomalileri izlemekte, ikisi birden bebek ölümlerinin yarısının nedenini oluşturmaktadır. Bu örüntü başka ülkelerde de görülmektedir. Prematüre doğum ile doğum anomalisi, solunum sıkıntısı, damar içi kanama, vb. gibi diğer sorunlar arasında etkileşim bulunmaktadır. Türkiye’de son on yıl içinde yenidoğan ve yenidoğan sonrası bileşenleriyle birlikte bebek ölümlerinde önemli bir azalma olmasına karşın, bu ölüm nedenlerinin önemli bir bölümü (özellikle prematürite, doğum anomalisi, sepsis, vb.) mevcut teknolojiler ve geçerliliği kanıtlanmış uygulamalarla önlenebilir niteliktedir. Bebek ölümlerinde daha ileri düzeylerde azalma sağlanması ölçeğin genişletilmesi ve yaygın ölüm nedenlerini hedef alan bu etkili strateji ve müdahalelerin daha yaygın kullanımıyla gerçekleştirilebilecektir.

Bebek ölümlerinin başlıca bağlantısı olarak düşük doğum ağırlığı (DDA) (<2.5 kg) bir ülkede bebek ölümlerini daha da azaltma potansiyelini kestirmede önemli bir göstergedir. Türkiye’de düşük doğum ağırlığı, Tablo 8.6’da da gösterildiği gibi, ikamet yeri dahil olmak üzere önemli bazı değişkenlere göre farklılık göstermektedir:

Genel olarak bakıldığında düşük doğum ağırlığı olgusu en fazla Türkiye’nin doğusunda görülmektedir ve bu bölgede düşük doğum ağırlığı olgusu ülkenin başka yerlerine göre 1.5 kat daha fazla görülmektedir. Ayrıca, düşük doğum ağırlığı oranlarının en yüksek olduğu bölgelerde (Ortadoğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu, Kuzeydoğu Anadolu) bu oranlar Ege, Batı Karadeniz ve Batı Marmara bölgelerindekinden iki kat daha yüksektir.

Düşük doğum ağırlığında görülen bu coğrafi eşitsizliklerin nedenleri tam olarak belli olmamakla birlikte, TNSA 1998 ile 2008 arasındaki on yıllık dönemin analizi düşük doğum ağırlığı ile sosyoekonomik etmenler arasındaki belirli ilişkilere işaret etmektedir:

- **Doğum sırası:** Daha önce çok çocuk yapmış (4’ten fazla) annelerin çocuklarında DDA, daha az çocuklu annelerin çocuklarına göre 1.5 kat daha fazla görülmektedir.
- **Annenin eğitim durumu:** İlkokul mezunu olmayan annelerin yenidoğan çocuklarında düşük doğum ağırlığı riski en azından ortaokul mezunu kadınların yenidoğan çocuklarına göre iki kat daha fazladır.
- **Refah:** En düşük beşte birlik gelir dilimine mensup kadınların yenidoğan çocuklarında düşük doğum ağırlığı riski daha varlıklı gruplardaki çocuklara göre 1.5 kat daha yüksektir.

Dolayısıyla, düşük doğum ağırlığının bu bağlantıları -yerleşim yeri, doğum sırası, annenin eğitim düzeyi, refah düzeyi- başta yenidoğan ölümleri olmak üzere bebek ölümleriyle dolaylı veya doğrudan ilişkilidir.

5 Yaş Altı Ölüm Hızının (5YAÖH) bileşenlerine -yenidoğan ölümleri (ilk ay içinde), yenidoğan sonrası ölümler (1. aydan 1 yaşına kadar) ve çocuk ölümleri (1 yaşından 5 yaşına kadar)- bakıldığında, bunlardan sonuncusu Türkiye’de öteden beri daha az görülmektedir. Bununla birlikte, TNSA-2008’de 1000 canlı doğumda 6 olarak belirlenen çocuk ölüm hızı, 4 olarak belirlenen yenidoğan sonrası ölüm hızından biraz yüksek çıkmıştır. Türkiye’de çocuk ölümleri TNSA-1993’den bu yana üçte bir azalmıştır. TNSA-1993’te 1000’de 9 olan çocuk ölümleri, TNSA-2008’de 1000’de 6’ya inmiştir.

Tablo 8.7 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 Tahmini Ölüm Hızı

Araştırma Yılı	Önceki 5 yıllık dönemde YÖH
TNSA-1993	9
TNSA-1998	10
TNSA-2003	9
TNSA-2008	6

Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008

TNSA-2008 raporunda da özetlendiği gibi, genel olarak bakıldığında çocuk ölüm hızı 5YAÖH'nin diğer bileşenleriyle kıyaslandığında daha az sayıda sosyoekonomik değişkenle ilişkilidir. Örneğin, Orta Anadolu, Kuzey ve Güney bölgeleri

genel olarak Doğu ve Batı bölgelerine göre daha düşük çocuk ölüm hızlarına sahipken, çocuk ölüm hızı ile refah ve annenin eğitim düzeyi arasındaki ilişki TNSA-2008 veri analizinden net olarak ortaya çıkmamaktadır.

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve 5 Yaş Altı Ölüm Hızında Azalma

Türkiye, özellikle 2003 yılından bu yana sağlık reformu ve sağlığa yönelik yatırımlarda sistemli çabalar içindedir. Bu reformlar sağlık sistemi söz konusu olduğunda birbiriyle büyük ölçüde kesişmektedir ve hepsi birlikte ele alındığında sağlık hizmetlerine erişimi, erişimde eşitliği, hizmetlerin bulunabilirliğini, dağılımını ve kalitesini sağlamaya yönelik yatırımlardır.

“Türkiye nüfusunun sağlık durumu son birkaç on yıl içinde önemli bir iyileşme göstermiştir ve bu iyileşmeler sağlık hizmetleri sisteminin ölçek ve işleyişindeki iyileşmeler eşliğinde gerçekleşmiştir.” (*)

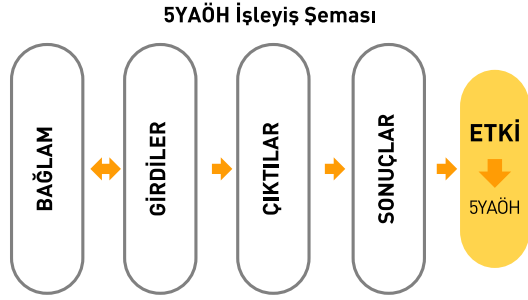
Somut ve elle tutulur göstere açısından bakıldığında Türkiye’de 5 yaş altı ölüm hızındaki hızlı azalma sağlık reformunun tekil herhangi bir boyutuna bağlanamazken, bu gelişmenin sağlık reformunun ölümleri doğrudan veya dolaylı biçimde etkileyen birbirinden farklı çeşitli boyutlarıyla ilişkilendirilmesi daha yerinde olacaktır. Örneğin, sağlık hizmetleri sistemindeki güçlenme ile 5YAÖH’deki bu hızlı azalmanın eşzamanlı olması, reformun beraberinde getirdiği yenidoğan bakım uzmanlarının ve tesislerinin yaygınlaşması,

sağlık personelinin doğumda daha yaygın hizmet vermesi ve temel sağlık hizmetlerinde görev yapanların ülke ölçeğinde daha geniş kesimleri kapsaması gibi sonuçlarla açıklanabilir. Ayrıca, sağlık reformuyla gene eşzamanlı olarak ölümlerin de önlenmesi, aile planlaması uygulamalarının yaygınlaşması, doğum öncesi bakım hizmetlerine daha rahat erişim ve bu hizmetlerden daha yaygın biçimde yararlanılması ve bağışıklama çalışmaları ile ilişkilidir.

Çocuk sağlığı ve yaşamı karmaşık ve çok sektörlü bir konu olduğundan, sözü edilen hızlı azalmalar büyük olasılıkla kendini daha gelişkin bakım ve önleyici hizmetler, hizmetlere daha kolay erişim ve hizmetlerin daha yaygınlaşması şeklinde gösteren çok yönlü sistemik müdahalelerin bileşik ve sinerjik etkileriyle ilişkilidir. Sağlıktaki çok yönlü reformların sinerjik etkisi ve bunun sonucunda sistemde meydana gelen iyileşmeler, Türkiye’de 5YAÖH’nin hızlı azalmasıyla net biçimde ilişkilidir.

*OECD ve Dünya Bankası. OECD Sağlık Sistemleri Değerlendirmesi: Türkiye, 2008

(9) Etki: Türkiye’de 5YAÖH’de azalma



Bu değerlendirmede üzerinde odaklanılan başlıca ölçü, 5 Yaş Altı Ölüm Hızıdır. 5YAÖH, çeşitli ölüm hızlarının (yenidoğan, yenidoğan

sonrası ve çocuk ölüm hızları) bir bileşimdir. Hepsi birlikte ele alındığında Türkiye’de 5YAÖH Tablo 9.1’de de gösterildiği gibi son birkaç on yıl içinde çarpıcı bir azalma göstermiştir. TNSA’nın beşer yıllık dönem tahminlerinden TÜRKSTAT ve UNICEF tarafından kullanılan tek yıllık tahminlere kadar uzanan çoklu veri kaynaklarına başvurulmasına karşın, ele alınan dönem için her durumda 5YAÖH’de hızlı bir azalma görülmektedir. Nitekim 5YAÖH 1990 yılı tahminlerinden bu yana yüzde 70, 1988 yılı tahminlerinden bu yana da yüzde 75 oranında azalmıştır.

Tablo 9.1 Çeşitli Kaynaklara Göre Türkiye’de Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (5YAÖH), 1988-2008

Araştırma Yılı	5YAÖH
TNSA-1988	97
UNICEF/ TURKSTAT Tahmini 1990	82
TNSA-1993	61
TNSA-1998	52
TNSA-2003	37
TURKSTAT Tahmini 2004	27
TURKSTAT Tahmini 2005	26
TURKSTAT Tahmini 2006	25
UNICEF/TURKSTAT Tahmini 2007	23
TNSA-2008	24

Kaynaklar: TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008; TURKSTAT Tahminleri: Bir Bakışta Sağlık 2007; UNICEF Dünya Çocuklarının Durumu 2009

Şekil 9.1: 5YAÖH Bileşenleri



Daha önce ele alındığı ve Şekil 9.1’de gösterildiği gibi, Türkiye’deki 5YAÖH’de en büyük pay yenidoğan ölüm hızına (YÖH) aittir ve TNSA-2008 dönemi için 5 yaş altındaki çocuklar arasında meydana gelen ölümlerin hemen hemen %60’ı yenidoğan ölümleridir. 1990 yılından bu yana Türkiye’de gerek yenidoğan gerekse yenidoğan sonrası ölüm hızlarında görülen hızlı düşüşler 5YAÖH’deki azalmanın da başlıca belirleyenleridir. Çünkü çocuk ölüm hızı (5YAÖH’de üçte birlik paya sahiptir) aynı dönem içinde çok az değişmiştir.

Daha önce 3. bölümde de gösterildiği gibi, Türkiye BKH 4 (5YAÖH ile ilgili hedef) yolunda en fazla mesafe alan dünya ülkeleri arasındadır. Ayrıca, 1970-2007 döneminde Türkiye’deki

5YAÖH düşüşü hızlanmıştır ve bu düşüş sözü edilen dönemde yıllık ortalama olarak %4.5 şeklinde gerçekleşmiştir. Bununla birlikte, başlangıç yılı olarak 1970 değil de 1990 alınırsa, 1990’dan 2007’ye azalmanın çok daha hızlı, yılda ortalama %7.5 düzeyinde olduğu görülür ki bu önceki döneme göre üçte iki daha hızlı azalma anlamına gelir. Ne var ki, bu etkileyici gelişmelere karşın 2007 yılında Türkiye 5YAÖH sıralamasında 1000 canlı doğumda 23 ölüm ile 189 ülke arasında 104. sıradadır. Bununla birlikte Türkiye ana-çocuk sağlığı sistemlerinde, daha doğrusu tüm sağlık sisteminde önemli kazanımlar elde etmeyi sürdürebilir ve böylece sağlık alanında yeni ilerlemelerle çok daha iyi bir konuma gelebilir.

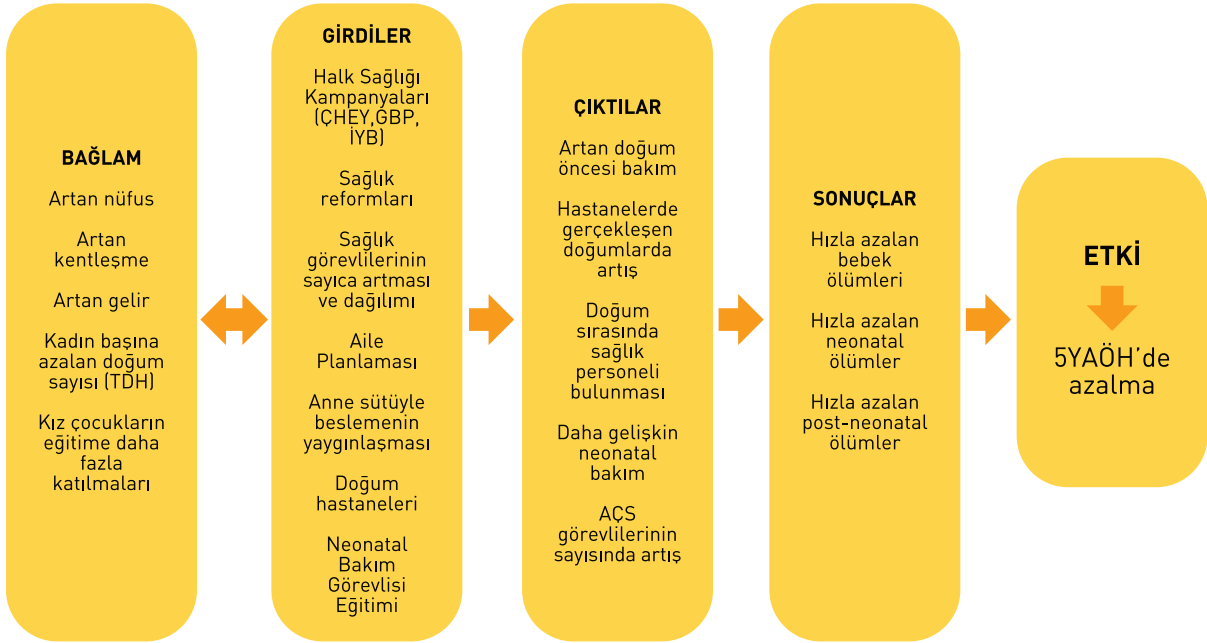
(10) Gözlemlerden Çıkan Sonuçlar: Türkiye’de Ana-Çocuk Sağlığı Sisteminin Güçlendirilmesi Açısından Kazanımlar ve Fırsatlar

Mantıksal model çerçevesi, Türkiye’nin 5YAÖH deneyimine katkıda bulunan etmenlere işaret eden belli başlı bulguları göstermektedir (Şekil 10.1’de sunulmaktadır):

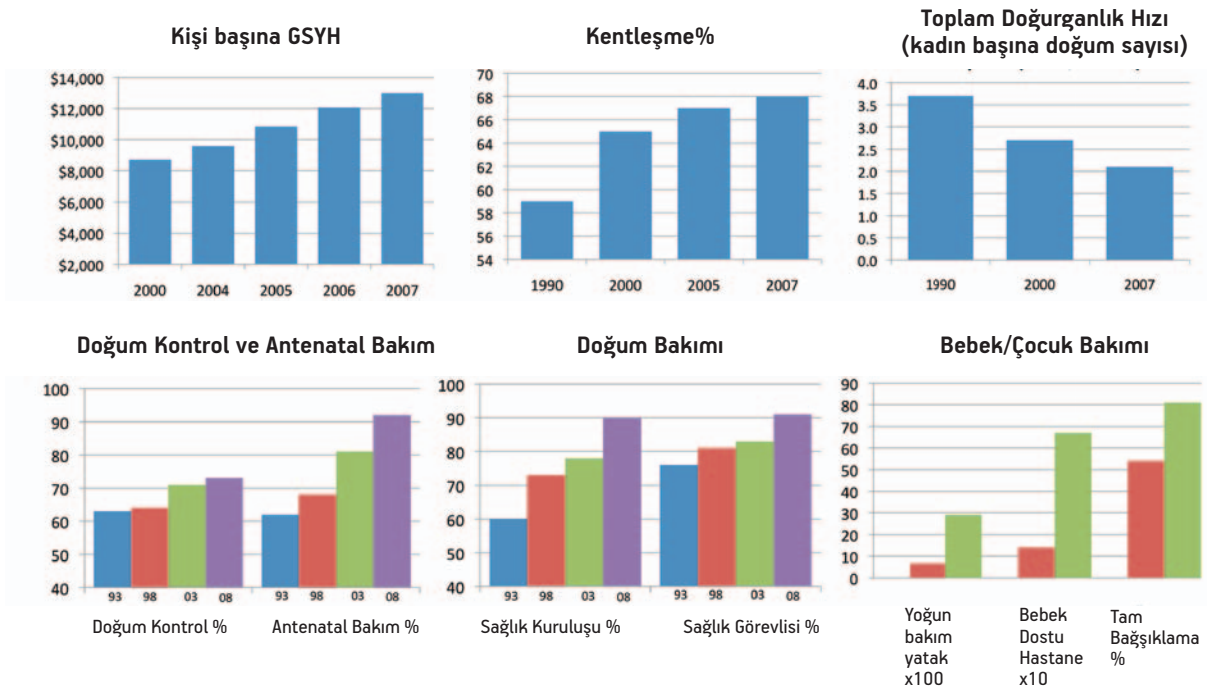
Küresel bağlamda Türkiye deneyimi

- Türkiye, dünyadaki başka ülkelerle karşılaştırıldığında, 1990 yılından bu yana 5YAÖH’de kayda değer bir azalma sağlamıştır. 5YAÖH’de azalma 2003’ yılından bu yana önemli ölçüde hızlanmıştır.
- Hızlı azalma, hem yenidoğan hem de yenidoğan sonrası ölümlerde görülmektedir. Bu bileşenler farklı girdilere ve etmenlere duyarlı olduklarından, sistemik değişikliklerin ve sağlık sistemlerindeki güçlenmenin genel anlamda AÇS sistemlerindeki iyileşmeyi getirmiş olması mümkündür.
- Türkiye hızlı sosyo-demografik değişim içindeki bir ülkedir.
- Türkiye’de bağlamsal etmenler önemlidir. Kentlere göç geçtiğimiz on yıllar içinde hızlı gerçekleşmiştir ve bu göç hızı yavaşlamış da olsa sürmektedir. Aile planlaması bilgilerine hemen herkes vakıftır ve doğum kontrol uygulamaları yaygın ve artmaktadır. Sonuçta Türkiye’de aile büyüklüğü azalmaktadır.
- Kişi başına GSYH hızla artmıştır ve artmaya devam etmektedir. Refah düzeyi çoğu kez doğan çocuğun sağlığıyla yakından ilişkilidir. Başka bir deyişle, en alt beşte birlik gelir dilimindeki kadınların çocukları doğumda sağlık açısından diğer dilimlere göre daha kötü durumdadır.
- Kadınların eğitim durumunda gelişme görülmektedir. Buna karşın bu alanda halen sorun vardır ve bu sorun özellikle bebek ve 5YAÖH’nin en yüksek olduğu bölgelerde belirginleşmektedir.
- Kadının eğitim durumu (ilkokula hiç gitmemiş olma/gidip de tamamlamama) çoğu durumda ana-çocuk sağlığı açısından olumsuz sonuçlarla (ölümler, düşük doğum ağırlığı) yakından ilişkilidir ve bu değerlendirme de bunu göstermektedir.
- Yaşanılan yer de Anne Çocuk Sağlığı (AÇS) sonuçları ile yakından ilişkilidir. Doğru bölgesinde ve Kuzeydoğu, Ortadoğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu’da yaşayan kadınlar için bu durum özellikle geçerlidir.

Şekil 10.1 Mantık Modeli Özeti: Türkiye’de 5YAÖH



Şekil 10.2 Mantık Modeli Özeti: Türkiye’de 5YAÖH



- 5YAÖH'de daha ileri azalmalar mümkündür.
- 5 yaş altı çocuk ölümlerindeki hızlı değişme büyük ölçüde 5YAÖH'deki bebek ölüm hızı bileşeniyle ilgilidir. Ancak bu dönemde yenidoğan ve yenidoğan sonrası ölümlerinde de hızlı bir azalma olmuştur.
- Bebeklik dönemindeki ölümlerin başlıca nedenleri (diğerlerinin yanı sıra prematüre doğum, doğum anomalileri ve sepsis) yenidoğan yoğun bakımı ile ilgili güçlü önlenabilirlik ve tedavi boyutlarına sahiptir. Bebek ölüm hızında daha ileri düzeyde azalmalar muhtemelen yalnızca bu ölüm nedenlerinin birincil ve ikincil derecelerde önlenmesiyle mümkün olabilecektir.
- Türkiye sağlık sisteminin güçlendirilmesi ve sistemde reform yapılması yolunu izlemiştir.
- Türkiye aşılama, çocuk yaşatma, yenidoğan yoğun bakımı ve aile planlaması alanlarında güçlü programlar uygulamıştır; perinatal bakım nüfusun büyük bölümüne ulaşmıştır ve hiç kuşkusuz 5YAÖH'deki hızlı azalmaya bu da katkıda bulunmuştur.
- Türkiye sağlık görevlilerini hızla harekete geçirmiş ve doğumlarını hastanede yapan kadın oranını artırmıştır. Bu iki etmen, anneye ve çocuğa ait sağlık sorunlarının daha iyi teşhisini ve tedavisini sağlamıştır.
- Veri sistemleri geliştikçe izleme ve değerlendirme de daha iyi yapılabilecektir
- Büyük doğumevleri ile ulusal doğum kaydı sistemi arasında köprü oluşturan entegre bir perinatal veri sistemi ülkenin ana-çocuk sağlığı alanında doğru istatistiklere ulaşma kapasitesini hızla artıracaktır.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması zengin bir bilgi kaynağıdır; ancak, zamanla sınırlı olması (her beş yılda bir) ve kapsamı (örnekleme dayanması) ana-çocuk sağlığı alanında gerçek zamanlı izlemeye imkan vermemektedir.

EK A

**Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008:
Bebek ve Çocuk Ölümleri Referans Tabloları²²**

Tablo 10.1: Bebek ve Çocuk Ölümleri

TNSA-1998, TNSA-1993 ve TNSA-1988'i Önceleyen Beşer Yıllık Dönemlerde Yenidoğan, Yenidoğan Sonrası Bebek, Çocuk Ve 5 Yaş Altı Ölüm Hızları

Araştırmayı Önceleyen Yıllar	Yaklaşık Referans Tarihi	Yenidoğan Ölümleri (YÖH)	Yenidoğan Sonrası Ölümler (PNÖH)	Bebek Ölümleri	Çocuk Ölümleri	5 Yaş Altı Ölümler
TNSA-2008						
0-4	2003-2008	13	4	17	6	24
5-9	1998-2003	17	16	33	9	41
10-14	1993-2008	21	23	50	10	59
TNSA-2003						
0-4	2003-2008	17	12	29	9	37
5-9	1998-2003	24	22	47	10	56
TNSA-1998						
0-4	1993-1998	26	17	43	10	52

²² Koç, Yüksel ve Eryurt: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2009, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, s. 129-139.

Tablo 10.2: Sosyoekonomik Özelliklere Göre Erken Dönem Çocuk Ölüm Hızları

Araştırma Öncesindeki On Yıllık Dönemde Sosyoekonomik Özelliklere Göre Yenidoğan , Yenidoğan Sonrası, Bebek, Çocuk Ve 5 Yaş Altı Ölüm Hızları

Sosyoekonomik özellikler	Yenidoğan Ölümleri (YÖH)	Yenidoğan Sonrası Ölümler (PNÖH) (1)	Bebek Ölümleri	Çocuk Ölümleri	5 Yaş Altı Ölümler
Yerleşim yeri					
Kent	13	9	22	7	29
Kır	20	14	33	10	43
Bölge					
Batı	9	7	16	10	26
Güney	17	13	30	6	35
Orta	12	9	22	1	23
Kuzey	16	8	24	3	27
Doğu	24	15	39	11	50
Seçilmiş Bölgeler (NUTS1)					
İstanbul	2	6	9	14	23
Güneydoğu	20	13	33	12	45
Eğitim Durumu					
Hiç yok/İlkokulu bitirmemiş	23	18	41	12	53
İlkokul	14	10	24	5	29
Ortaokul ve üzeri	9	4	13	8	21
Hanehalkı refah düzeyi (Beşte birlik dilimler)					
En düşük	22	19	41	11	52
İkinci	19	11	30	9	38
Orta	10	6	16	4	21
Dördüncü	11	7	18	4	23
En yüksek	7	4	12	9	20
Toplam	15	11	26	8	33

(1) Bebek ölüm hızı ile yenidoğan ölüm hızı arasındaki fark olarak hesaplanmıştır

Tablo 10.3: Biyodemografik Özelliklere Göre Erken Dönüm Çocuk Ölüm Hızları

Araştırma öncesindeki on yıllık dönemde biyodemografik özelliklere göre yenidoğan , yenidoğan sonrası, bebek, çocuk ve 5 yaş altı ölüm hızları

Biyodemografik özellikler	Yenidoğan Ölümleri (YÖH)	Yenidoğan Sonrası Ölümler (PNÖH) (1)	Bebek Ölümleri	Çocuk Ölümleri	5 Yaş Altı Ölümler
Çocuğun Cinsiyeti					
Erkek	15	13	28	8	36
Kız	15	8	23	7	30
Annenin doğumdaki yaşı					
20'den küçük	22	12	33	12	45
20-29	12	11	23	6	29
30-39	19	8	27	11	37
40-49	28	6	34	0	34
Doğum Sırası					
1	13	7	21	5	26
2-3	12	10	22	7	28
4-6	23	17	40	12	52
7+	30	17	47	17	63
Doğum aralığı (2)					
2 yıldan kısa	27	24	51	12	62
2 yıl	15	12	27	7	33
3 yıl	11	6	17	2	19
4 yıl veya daha uzun	11	7	18	9	27
Doğum ağırlığı (3)					
Küçük veya çok küçük	18	6	24	Geçersiz	Geçersiz
Ortalama veya ağır	9	2	11	Geçersiz	Geçersiz

(1) Bebek ölüm hızı ile yenidoğan ölüm hızı arasındaki fark olarak hesaplanmıştır (2) İlk doğumlar kapsamamıştır (3) Araştırma öncesindeki beş yıla aittir

Tablo 10.4: Perinatal Ölümler

Araştırma öncesindeki on yıllık dönemde geri plan özelliklerine göre ölü doğumlar, erken yenidoğan ölümler ve perinatal ölüm hızı, Türkiye-2008

Geri plan özellikler	Ölü Doğum Sayısı (1)	Erken Yeni-doğan Ölüm Sayısı (2)	Perinatal Ölüm Hızı (3)	7 Ay veya Daha Uzun Süren Gebelik Sayısı
Annenin doğumdaki yaşı				
20'den küçük	3	8	34	347
20-29	12	17	13	2,177
30-39	9	15	26	897
40-49	4	0	(51)	70
Ay olarak daha önceki doğumla ara				
İlk doğum	6	11	16	1,090
15 aydan kısa	0	9	28	315
15-26	3	6	15	561
27-39	3	2	14	403
39+	15	12	24	1,121
Yer				
Kent	20	30	20	2,496
Kır	7	10	17	995
Bölge				
Batı	18	12	25	1,191
Güney	3	5	18	444
Orta	1	10	14	742
Kuzey	0	0	(2)	197
Doğu	6	13	21	917
Seçilmiş Bölgeler (NUTS1)				
İstanbul	9	3	21	557
Güneydoğu	3	7	18	536
Eğitim Durumu				
Hiç yok/İlkokulu bitirmemiş	7	8	20	788
İlkokul	16	26	25	1,707
Ortaokul ve üzeri	4	6	9	995
Hanehalkı refah düzeyi (Beşte birlik dilimler)				
En düşük	6	10	19	858
İkinci	7	13	24	824
Orta	5	6	16	714
Dördüncü	2	7	14	581
En yüksek	7	4	22	513
Toplam	27	40	19	3,490

(1) Ölü doğumlar, 7 ay veya daha uzun süren gebelikler sırasındaki fetüs ölümleridir

(2) Erken neonatal ölümler canlı doğan bebeklerde ilk 0-6 gün içinde meydana gelen ölümlerdir

(3) Ölü doğumlarla erken neonatal ölümlerin toplamının 7 ay veya daha uzun süren gebeliklerin sayısına bölünmesiyle elde edilen değer

Not: Parantez içindeki sayılar 250'den az ağırlıklandırılmamış gebelikleri temel almaktadır.

Tablo 10.5: Yüksek Riskli Doğurganlık Davranışları

Araştırma öncesindeki beş yıllık dönemde dünyaya gelen çocukların yüksek ölüm riski ve risk oranı kategorisine göre yüzde dağılımı ve halen evli kadınların çocuk yapma durumlarında risk kategorilerine göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008

Risk kategorisi	Araştırma öncesindeki 5 yılda doğumlar Doğumların Yüzdesi	Risk Oranı	Halen evli kadınların yüzdesi (a)
Herhangi bir yüksek risk kategorisinde değil	33.2	1	31.1 (b)
Kaçınılmaz risk kategorisi			
18-34 yaşlardaki ilk doğumlar	31.8	1.4	7.4
Tekli yüksek risk kategorisi			
18 yaşından küçük anneler	2.7	1.5	0.2
34 yaşından büyük anneler	3.8	0.2	20.9
Doğum aralığı 24 aydan az	8.2	3.1	7.3
Doğum sırası 3'üncüden yüksek	11.2	1.5	6.1
Alt-toplam	26.0	1.8	34.5
Çoklu risk kategorisi			
Yaş 18'den küçük, aralık 24 aydan kısa (c)	0.1	0.0	0.1
Yaş 34'ten büyük, aralık 24 aydan kısa	0.3	0.0	0.4
Yaş 34'ten büyük, 3'üncüden sonraki doğum	4.1	3.3	22.8
Yaş 34'ten büyük, aralık 24 aydan kısa ve 3'üncüden sonraki doğum	0.7	8.3	0.9
Aralık 24 aydan kısa, 3'üncüden sonraki doğum	3.9	3.5	2.7
Alt-toplam	9	3.6	27.0
Herhangi bir risk kategorisinde	35.0	2.3	61.4
Toplam	100.0	GD	100.0
Doğum/Kadın	3,463	GD	6,999

(a) Kadınlar risk kategorilerine, araştırma sırasında rahme düşen bir çocuğun doğacak olması durumuna göre yerleştirilmiştir; yaş 17 yıl 3 aydan küçük, yaş 34 yıl ve 2 aydan büyük, en son doğum 15 aydan daha kısa bir süre önce, önceki son çocuğun 3'üncü veya daha sonraki çocuk olması

(b) Kısırlaştırılan kadınlar dahil

(c) Yaş 18'den küçük ve 3'üncü doğumdan sonra kategorileri birlikte

GD: Geçerli değil

UNICEF Türkiye
Birleşmiş Milletler Binası,
2. Cadde, No:11, Birlik Mahallesi, 06610 Çankaya,
Ankara, TÜRKİYE
E-posta: ankara@unicef.org
Website: www.unicef.org/turkey

