

TÜRKİYE'DE ÇOCUK ve ANNE SAĞLIĞI SORUNLARI

Nilay ETİLER*

Çocukların ve annelerin sağlığı dünya üzerinde bütün toplumlarda halk sağlığının önde gelen konuları arasında yer almıştır. Konunun önemi, özellikle doğurganlığın fazla olduğu ve buna bağlı ölümlerin ve hastalıkların çok sayıda olduğu; sınıfsal eşitsizliğin derin olduğu çevre kapitalist ülkelerde daha da artmaktadır.

Türkiye'de 2008 yılı itibariyle doğurganlık çağında 19.2 milyon kadın vardır.¹ Beş yaş altındaki altı milyon çocuk da hesaba katıldığında anne ve çocukların nüfusun %35'ini oluşturduğu görülmektedir.² Ülkemizde her yıl yaklaşık 1.3 milyon canlı doğum olmaktadır.

Okul döneminden itibaren 15 yaşına kadar 12.8 milyon çocuğun toplam nüfustaki oranı %18'dir. Bu yaş grubunun önemli bir kısmının toplu yaşam alanı olan okullarda bulunması, büyüme ve gelişme sorunlarının üzerine eklenen yeni sorunları beraberinde getirmektedir. Örgün eğitimin dışında kalan çocukların bir kısmının çirak olması da, bu kez çocukların çalışmasından kaynaklanan pek çok sorunu ortaya çıkarmaktadır.

Doğurganlık, kadın sağlığının en başta gelen belirleyicilerinden biridir. Doğurganlık özelliği kadınlarda pek çok hastalığın, sakatlanmanın ve hatta ölümlerin nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocukluk döneminde ise büyüme ve gelişmenin hızlı olması, bağışıklık sisteminin yeterince gelişmemiş olması başta olmak üzere, pek çok nedenle hastalıklar ve ölümler diğer yaş gruplarına göre daha fazla gözlenmektedir.

Kadınların ve çocukların hem sayıca önemli bir büyüklükte olması hem de hastalanma ve ölüm olasılığının yüksek olması, bu grupları sağlık açısından risk grupları arasına yerleştirmektedir.

* Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Doç. Dr.

Doğurganlık

Yukarıda da bahsedildiği gibi doğurganlık, kadınların sağlığının önemli belirleyicilerinden biridir. Gebelik fizyolojik bir olay olmakla birlikte, kadının içinde bulunduğu sosyal, ekonomik ve kültürel koşullar bu 'fizyolojik' olayı 'yaşamı tehdit eden' bir olay haline dönüştürebilmektedir.

Türkiye'de doğurganlık ölçütlerine bakıldığında, yılda her 1000 kişiye karşılık 18 canlı doğum olduğu, doğurganlık dönemindeki her 1000 kadın başına ise 67 canlı doğum düştüğü görülmektedir. Toplumdaki her yaş grubu için gerçekleşen doğum hızlarından elde edilen ve bir kadının doğurganlık dönemi sona erdiğinde sahip olacağı ortalama çocuk sayısını tahmin etmede kullanılan 'toplam doğurganlık hızı' 2008 yılında kadın başına 2.15 çocuk düzeyine düşmüştür.¹ Bu rakam, nüfusun neredeyse sabitlendiği düzeye çok yakındır.

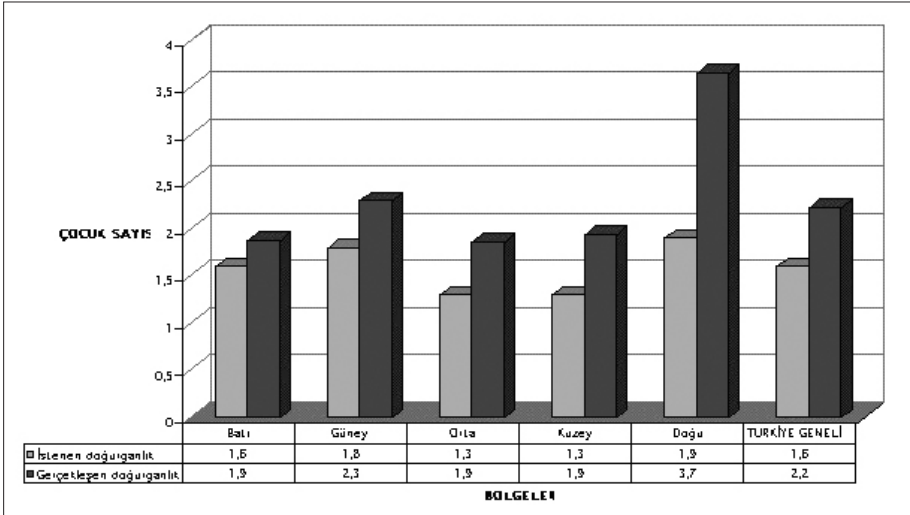
Ülkemizde kadınların erken yaşlarda evlenmesi doğurganlığın erken yaşlarda başlamasına neden olmaktadır. 15-19 yaşında yani ergenlik dönemindeki kadınlar arasında yıllık doğum hızı binde 35'tir. 2000'li yıllara kadar en fazla doğurganlığın olduğu yaş grubu 20-24 iken, 25-29 yaş grubundaki doğurganlık görece olarak artmıştır. 2008 yılı için 25-29 yaşta biraz daha fazla olmak üzere her iki yaş grubunda benzer doğurganlık oranları gözlenmektedir.¹ Bu durum doğurganlığın daha ileri yaşlara kaydığını göstermektedir.

Ülkemizde doğurganlık konusunda kırsal-kentsel ve doğu-batı farklılıkları varlığını sürdürmektedir. Kırsal bölgede doğurganlık kentsel bölgeye göre üçte bir daha fazla gerçekleşmektedir. En yüksek doğurganlığa sahip olan doğu bölgesinde, en düşük hıza sahip olan batıya göre doğurganlık %88 daha fazla olmasına karşın, son 10 yıldaki azalma diğer bölgelerden daha hızlı olmaktadır.¹

Ülkemizde, kadınların %14'ü daha sonraki bir zamanda çocuk isterken %63'ü artık başka çocuk istemediğini bildirmiştir.³ Bu tablo ülkemizde aile planlaması hizmetlerine olan gereksinimin boyutunu özetlemektedir. Yine aynı araştırmaya göre, kadınların sahip olmak istedikleri çocuk sayılarına bakıldığında, ortalama 1.6 olduğu oysa doğurganlığın 2.2 çocuk düzeyinde olduğu görülmektedir. İstenmeyen gebeliklerin az olması, aynı zamanda aile planlaması hizmetlerinin niteliğini göstermektedir. Gerek sağlık kuruluşu gerekse personel açısından uzun yıllardan beri ciddi yetersizlik yaşayan Doğu Anadolu bölgesinde, bu fark daha da dramatiktir. Halihazırdaki doğurganlık hızı 3.65 iken, sahip olunmak istenen çocuk sayısı ortalama 1.9'dur. Diğer bir önemli nokta, istenen çocuk sayılarına göre bölgeler benzerlik göstermektedir. Grafik 1'de görüldüğü gibi, en düşük 1.3 ile kuzey ve orta, en yüksek 1.9 ile doğu bölgesidir. Oysa gerçekleşen doğurganlıkta bu makas genişlemektedir.

Gebelikten Korunma

1965 yılında çıkartılan Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 'antenatalist' diğ er bir deyiş le nüfus artış hızını azaltmaya yönelik politikanın ö lkemizdeki miladı olarak bilinmektedir. Bu yasa ile Türkiye'de ilk kez gebeliğ i önleyici yöntemler serbest bırakılmış tır. Cumhuriyetin ilk yıllarındaki nüfusu arttırmaya yönelik poli- tika nedeniyle verilen teş vikler ile, zaten fazla olan doğ urganlık yüksek düzeyde devam etmiş , yaş am koş ullarının görece iyileş mesi ile erken ö lümler azalmış ve tüm bunların sonucunda nüfus hızla artmış tır. Bu tablo, Türkiye'ye özgü olmayıp dünya genelinde ortaya çıkan bir görünümdür. Bu durum 1970'li yıllarda ulusla- rarası düzeyde de nüfus artış hızının azaltılmasını gündeme getirmiştir. 1974 yı- lında Bükreş'te yapılan I. Dünya Nüfus Konferansı'nda özellikle '*doğ urganlığ i azaltıcı ve nüfus artış hızını yavaşlatan politikaların ancak yoğun kalkınma çaba- ları ile birlikte uygulanabileceğ i*' tespit edilmiştir.⁴ Bu durum, 'ekonomik kalkınma' yolundaki 3. dünya ö lkelerinde aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaş ması ile sonuçlanmış tır.



Grafik 1. Türkiye'de bölgelere göre istenen ve gerçekleş en doğ urganlık

1965'te çıkartılan yasadan sonra, 1983 yılında Nüfus Planlaması Hakkında- ki Kanun yeniden yayınlanmış tır. Yasanın yeni ve son biçimindeki en önemli de- ğ iş iklik, 10. haftaya kadar olan gebeliklere anne ve babanın onayı olması halin- de isteyerek düşük yapma hakkı verilmiş olmasıdır. Diğ er bir önemli düzenleme ise, kurs görmüş ve yeterlilik belgesi almış pratisyen hekim, ebe ve hemş irelerin rahim iç i araç uygulaması yapabilmesi konusunda olmuştur. Bu düzenleme ile, ana-çocuk sağ lığ ı ve aile planlaması merkezlerinde ve sağ lık ocaklarında bu hiz- met ücretsiz olarak verilmeye baş lanmış tır.

İstenmeyen ya da plansız gebelikler, kadın sağlığının en önemli sorunlarından biridir. Bu nedenle de aile planlaması hizmetlerinin kapsamı ve örgütlenmesi önem taşımakta, bu hizmetlerin varlığı kadın sağlığının gelişmesine katkı sağlamaktadır. Örneğin bir ülkede kürtajın serbest olması, istenmeyen gebeliklerin sağlıklı bir şekilde sonlandırılmasını sağlamaktadır. Aksi halde, çocuğu kesinlikle doğurmak istemeyen bir kadın, tüm yasa dışı yollara başvuracak, herhangi bir çözüm bulamazsa kendi kendine gebeliği sonlandırmanın yollarını deneyecektir. Bunların tümü kadının sağlığını hatta yaşamını tehdit eden uygulamalardır. Uzun yıllar boyunca kürtajın oldukça katı bir biçimde yasak olduğu bir ülke olan Romanya'da, anne ölüm hızı oldukça yüksek oranlarda seyretmiştir.⁵ Sağlık hizmeti kapsamındaki pek çok çabaya karşın azaltılamayan anne ölümleri, ülkede kürtajın serbest bırakılması ile dramatik bir azalma göstermiştir.⁶

Diğer yandan istenmeyen gebelikler her zaman kürtajla sonuçlanmamaktadır. Toplumun kültürel ve dinsel özellikleri istenmeyen gebeliklere karşı tutumu belirleyen önemli etmenlerdir. Bu nedenle, istenmeyen gebeliklerin kürtaj ile sonlandırılması ülkemizde batı toplumlarına göre daha azdır. Diğer yandan sağlık hizmetine ulaşım da bunu etkilemektedir. Gerek kültürel ve dinsel gerekse sağlık hizmetlerine ulaşım özellikleri nedeniyle, ülkemizde kırsal bölgede ve doğuda isteyerek düşüklere daha azdır. Ülke genelinde doğurganlık dönemindeki kadınların %24'ünün en az bir isteyerek düşüğü yani kürtajı varken, bu oran kırsal alanda %19, doğu bölgesinde ise %14'e düşmektedir.³

Gebeliği önleyici yöntem kullanımında ülkemizde en yaygın 'geri çekme' yöntemi kullanılmaktadır. Geri çekme yöntemi, gebelikten korunmada etkinliği düşük, geleneksel yöntemlerden biridir. Doğurganlık dönemindeki kadınların gebelikten korunma oranları yıllar içinde artmaktadır ve 1988'den 2008'e gelindiğinde herhangi bir yöntem ile korunma %63'ten %73'e çıkmıştır.¹ Buna karşın geri çekme yöntemi aynı yüksek oranını korumaktadır, her dört kadından biri bu yöntem ile korunmaktadır. Aile planlaması hizmetleri, hem kadınların yöntemler konusundaki eğitimi ve danışmanlığını hem de gebeliği önleyici malzemelerin kadınlara temin edilmesini kapsamaktadır. Bu hizmetler Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanuna göre Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğundadır ve bakanlık adına Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nün hizmetin plan ve programlarını yapmak ve uygulamak, hizmet veren resmi ve özel kuruluşlara ilaç, araç-gereç ve bilgi desteği sağlaması gerekmektedir.⁷ 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile sağlık ocaklarının kurulması ve yaygınlaştırılması ile sağlık ocaklarının gebeliği önleyici yöntemlerin yaygınlaştırılmasında önemli bir katkı sağlamıştır. Ülkemizde gebeliği önleyici malzemeler

2000 yılına kadar Birleşik Devletler Uluslararası Gelişme Ajansı yani kısa adı ile USAID' başta olmak üzere bazı uluslararası yardım kuruluşları tarafından sağlanmıştır. USAID adlı kurum, 1965 yılında yaklaşık 20 ülkede başlattığı üreme sağlığı projeleri ile gelir düzeyi düşük olan ülkelere teknik ve lojistik destek sağlamasını hedeflemiştir. Türkiye'de Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanunu'nun çıkmasından sonra gebeliği önleyici malzemeler, bu proje kapsamında USAID tarafından gönderilmiş, Türkiye'deki kişi başı gelirin artması üzerine 1995-1999 yıllarında malzeme yardımı aşamalı olarak azaltılmış ve 2000 yılında tamamen kesilmiştir.⁸ Yardımın kesilmesinden sonra Sağlık Bakanlığı'nın merkezi bütçesinden malzeme alımı başlamış, ancak bu dönemde yetersizlik yaşanmıştır.⁹ Sağlık Bakanlığı 2004 yılında bir genelge yayınlayarak malzemelerin '*yerel düzeyde temin edilmesi*'ni istemiştir.¹⁰ Sağlık ocaklarında döner sermaye kurulmasının ardından her ilde döner sermaye gelirlerinden malzeme alımı başlamıştır.

Günümüzde gebeliği önleyici malzemeler, kamu sağlık kuruluşlarından ücretsiz olarak temin edilebildiği halde, malzemelerin önemli bir kısmı cepten harcama ile karşılanmaktadır. Gebeliği önleyici hapların %37'si, kondomun ise %39'u kamu sağlık kuruluşlarından sağlanmakta geriye kalanlarının neredeyse tamamı eczaneden satın alınmaktadır.¹ Bu tablonun başlıca nedeni, Sağlık Bakanlığı'nın malzemelerin temini konusunda yaşattığı belirsizlikler ve sorunlardır. Kaldı ki 1999'da malzeme yardımı tamamen kesildiğinde, Sağlık Bakanlığı '*Kendi Kendine Yeterlilik Projesi*' adında, gebeliği önleyici malzemelerin sadece '*ihtiyacı olanlara*' ücretsiz olarak verilmesi, diğer kişilerin kendilerinin temin etmesi konusunda bir proje yürütmüştür.⁹ Ardından 2003 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile, sağlık ocaklarının yaptığı ev ziyaretleri azalmış, böylece rutin olarak yapılan 15-49 yaş kadınların izlemleri ile verilen aile planlaması hizmetleri, daha çok sağlık kuruluşuna başvurularla (bile) kişilere verilmeye başlanmıştır. Yine aynı dönemde kondom ve hap reklamlarının yaygınlaşması da bu malzemelerin eczanelerden temin edilmesine katkı sağlamıştır.

2005 yılında başlatılan giderek yaygınlaştırılmaya çalışılan aile hekimliği pilot uygulamalarında, aile planlaması hizmetleri aile sağlığı biriminin görevlerinden biri olmuştur. Aile sağlığı birimi olarak tanımlanan ve aile sağlığı elemanı ile aile hekiminden oluşan iki kişilik bir ekibin, daha önce sağlık ocağında daha geniş bir ekip tarafından yapılan hizmetleri yapması, uygulamada mümkün olmaktadır. Bu durum, sadece sağlık kuruluşuna başvuran kişilere bu hizmetin verilmesi, sağlık hizmetine fiziksel ya da ekonomik nedenlerle ulaşamayan kadınla-

* United States Agency for International Development (USAID)

rın hizmetten yararlanamaması ile sonuçlanmış ve hizmetin tüm kadınlara eşit ulaşımını olumsuz etkilemiştir.^{11, 12} Kısaca malzeme temini sorununu bir şekilde aşan Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde değişim nedeniyle aile planlaması hizmetlerinde yetersiz kalmıştır. Ayrıca sağlık reformu kapsamında bu hizmetin kadın sağlığı/üreme sağlığı merkezleri tarafından yürütülmesi öngörülmektedir. Hizmetin diğer sağlık hizmetlerinden ayrılıp bu biçimde sunulması, sağlık hizmetlerinin bütüncül yaklaşımını ortadan kaldıran bir modeldir. Bu hizmet modelini uygulayan ülkelerde, kadın sağlığı sorunlarının çözülmediği görülmektedir.¹³

Beslenme sorunları

Toplumdaki beslenme sorunları, gıdaya ekonomik ulaşım yani diğer bir deyişle toplumdaki gelir düzeyi ve dağılımı ile yakından ilişkilidir. Türkiye’de nüfusun %18.5’i yoksuldur, bu oran kırsal bölgede %32’ye çıkmaktadır. Kentsel bölge genelinde %10 oranında görülen yoksulluk, kalabalık hanelerde (7 ve daha fazla kişinin yaşadığı haneler) %33’e çıkmaktadır.¹⁴

Diğer yandan 2008 yılında yaşanan ekonomik kriz, pek çok kişiyi işsiz bırakmıştır. Hanehalkı gelirinin azalması, yetersiz ve/veya dengesiz beslenmeyi getirmekte, bu durumdan toplumda en fazla çocuklar ve gebe kadınlar etkilenmektedir.

Yetersiz ve dengesiz beslenmenin üzerine gebelik döneminde besin gereksiniminin artması eklendiğinde, ülkemizde genel olarak her iki kadından birinde beslenme eksikliğine bağlı kansızlık vardır. Doğum sayısı fazla ve doğum aralığı sık olan kadınlarda, beslenme yetersizliğine bağlı kansızlığın yanında, aşırı zayıflık ve kemiklerde zayıflama gözlenmektedir. Bu tablo, ‘annede tükenme’ olarak tanımlanmaktadır ve anne ölümlerinin önemli bir kısmından sorumludur. Gebelik sırasında annenin yetersiz ve dengesiz beslenmesinin bebekteki sonucu ise düşük doğum ağırlığıdır. 2500 gramdan daha küçük doğan bu bebekler, daha dünyaya gözlerini açmadan anne karnında beslenme yetersizliği ile tanışmıştır. Ülkemizde düşük doğum ağırlığı ile doğan bebek oranı %16’dır.¹⁵ Düşük doğum ağırlıklı olmayıp doğduktan sonra beslenme yetersizliği ile tanışan bebeklerin ise bir yaşına gelinceye kadar, benzer kiloda doğan diğer akranlarına göre daha az kilo aldığı saptanmıştır.¹⁶

Çocukluk döneminde beslenme sorunları en yaygın sağlık sorunları olmasına karşın klinik olarak az oranda saptanmaktadır. Besin maddelerinin yetersizliği ile ilgili hastalıklar, çocukluk döneminde yaygın olan enfeksiyonlar için en önemli altta yatan nedendir. Beslenme yetersizliği olan çocukların enfeksiyonlara

daha kolay yakalandığı, ölüm olasılığının fazla olduğu, hastalığın beslenmesi iyi olan çocuklara göre daha uzun sürede iyileştiği bilinmektedir.

Anne sütü doğumdan sonra ilk 4-6 içinde bebeğin tüm besin gereksinimini karşılamaktadır. Bebekler için en ideal besin olan anne sütünün ülkemizde oldukça yaygın kullanımı, çocuk beslenmesi açısından büyük bir fırsattır. Ülkemizde bebeklerin tamamına doğumdan sonra anne sütü ile verilmesine karşın ilk bir ay içinde bebeklerin %21'ine mama verilmeye başlanmaktadır, 4-5. aylara gelindiğinde beş bebekten biri sadece anne sütü almakta, diğerleri anne sütü ve/veya ek gıda ile beslenmektedir.¹

Bebeklik döneminde altı aydan sonra bir yaşına kadar olan dönemde aşama aşama ek gıdalara başlanarak normal beslenmeye geçilmektedir. Bu dönemde yetersiz ve/veya yanlış beslenme sonucunda demir eksikliğine bağlı kansızlık gibi sorunların yanında boy ve ağırlık artışın ile ölçülen büyüme sorunlarının sıklığı artmaktadır. Sağlık Bakanlığı, 4. aydan bir yaşına kadar bebeklere demir desteği sağlamak amacıyla ücretsiz demir ilacı dağıtımı yapmaktadır.

Beslenme yetersizliği ülkemizde beş yaş altı çocuklarda hala oldukça yaygın bir sorundur. Çocuklukta uzayan yetersiz beslenmenin yani kronik açlığın göstergesi olan bodurluk sıklığı her 10 çocuktan birinde görülmektedir. Türkiye'de beslenme yetersizliğinde eşitsizlikler yıllardan beri varlığını sürdürmektedir. Bu oran doğu bölgesinde %21'e ulaşmaktadır.¹

Ölümler

Anne ve çocuk sağlığının sorunları, bu risk gruplarında ölümlerin de fazla olmasına neden olmaktadır. Hem anneler hem de çocukların ölümleri, toplumda ortalama yaşam süresini azaltan erken ölümler olmasının yanında büyük oranda 'önlenebilir' olma özelliğine sahip olduğundan halk sağlığı için önemlidir.

Anne ölümleri, bir toplumda kadın sağlığının en temel göstergesidir ve kadının toplumdaki statüsü ve toplumsal cinsiyet rollerinin anne sağlığı üzerine etkisini ifade etmektedir. Dünyada kadın statüsünün en kötü olduğu toplumlar, aynı zamanda anne ölümlerinin de en yüksek olduğu ülkeler olduğu görülmektedir.

Kırsal bölgede anne ölümleri kentsel bölgeye göre iki kat fazla görülmektedir. Bölgelere göre bakıldığında en yüksek anne ölüm hızının Doğu Karadeniz ve Kuzeydoğu Anadolu bölgelerinde ülke ortalamasının yaklaşık üç katına çıkmaktadır.¹

Türkiye'de anne ölümleri konusunda yapılan en güncel çalışma her yüzbin canlı doğumda 28 annenin öldüğünü göstermektedir.¹⁷ UNICEF ve Dünya Sağlık

Örgütü gibi uluslararası örgütler bu ölüm oranını düzelterek Türkiye için yüzbin canlı doğumda 44 olarak kabul etmektedir.^{14, 18} Anne ölüm nedenlerine bakıldığında en önde gelen tıbbi neden, doğumdan önce, doğumda veya doğum sonrasında meydana gelen kanamadır ve anne ölümlerin dörtte birinden sorumludur. Doğum öncesi bakımın tüm gebelere ulaşması, riskli gebeliklerin saptanması ve gebelerin sağlık kuruluşlarında doğum yapmasının sağlanması, anne ölümlerini azaltmada önemli katkı sağlamaktadır. Ancak bunun da ötesinde kadınların gebe kalmadan önceki izlemleri, istenmeyen gebeliklerin ortadan kaldırılması, ergenlik dönemindeki gebeliklerin daha ileri yaşa ertelenmesi, doğum sayısının azaltılması ve doğum aralıklarının uzatılması, anne ölümlerinin azaltılmasına katkı sağlamaktadır. Annelerin ölümüne neden olan kanamalar, yetersiz ve dengesiz beslenme zemini üzerine kadının bedeninin doğumlarla tükenmesi ile ortaya çıkmaktadır. Sonraki aşamada doğumun yapıldığı yer önem kazanmaktadır. Doğumun hastane koşullarında yapılması hem kanama hem de enfeksiyon nedeniyle olan anne ölümlerinin önlenmesinde kadınlara son bir fırsat tanımaktadır.

Türkiye’de doğumların çoğu hastanelerde yapılmaktadır (%90).¹ Evde doğumlar, kırsal bölgede %20, eğitimi ilkokulun altında olan kadınlarda %28 doğu bölgesinde ise %27 sıklığında görülmektedir. Anne ölümlerinin %21’i evde, %10 ise hastaneye giderken yolda gerçekleşmektedir.¹⁶

Çocuklardaki ölümlülüğe bakıldığında, büyük bir kısmı doğumdan sonraki bir ay içinde yani yenidoğan döneminde ölmektedir. Yapılan nüfus ve sağlık araştırmalarına göre, 1993 yılına kadar yaşamın 1. ayından bir yaşına kadar olan ölümler daha fazla seyrederken, 1993 sonrasında yenidoğan ölümleri ön plana çıkmıştır. Bu azalmada, aşılama, çocukların büyüme ve gelişmelerinin izlenmesi, ishali hastalıkların kontrolü gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlık ocağı hizmetleri ile yaygınlaşarak toplumun büyük çoğunluğuna ulaşmasının önemli bir katkısı vardır.

Ülke genelinde bir yaşını doldurmadan ölen bebek oranı her 1000 canlı doğum için 18 olarak açıklanmıştır.¹ Bebek ölüm hızı, çocuk sağlığının bir göstergesi olmasından öte toplumsal sağlığın en önemli göstergesi olarak yaygın olarak kullanılmaktadır. Yapılan araştırmalar ile ülkemizde yıllar içinde dramatik bir azalma gösteren bebek ölüm hızının bu azalmasının, toplumsal iyileşme ile paralellik göstermemesi üzerinde düşünölmeye değer bir bulgudur. Resmi rakamlara göre 2003 yılında her bin canlı doğumdan 29’u bir yaşını doldurmadan yaşamını yitirmektedirken bu oran %39 azalarak 2008 yılında binde 18’e inmiştir (Tablo 1). Bu derecede dramatik azalma, gerek ülkenin içinde bulunduğu toplumsal refah gerekse sağlık hizmetlerinin durumu ile uyum içinde görünmemektedir.

Tablo 1. Bebek ve çocuk ölümlüğünde değişim (1993-2008)^{1, 3, 19}

<i>Göstergeler</i>		
<i>Yıllar</i>	<i>Bebek ölüm hızı (bin canlı doğumda)</i>	<i>Çocuk ölüm oranı (bin canlı doğumda)</i>
1993	52.6	8.8
1998	42.7	9.8
2003	28.7	8.5
2008	17.6	6.4
<i>Oranlardaki Değişim</i>		
<i>Dönemler</i>	<i>%</i>	<i>%</i>
1993-1998	-18.8	+11.4
1998-2003	-32.8	-13.3
2003-2008	-38.7	-24.7

Yenidoğan ölümlerinin tıbbi nedenlerine bakıldığında, bebeğin anne karnındaki durumunun, doğum koşullarının ve doğum sonrasında yenidoğan bakımının önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. 2003 araştırmasına göre her bin bebekten 17'si yenidoğan döneminde yaşamını yitirirken, 12'si ilk bir aydan sonra yaşamını yitirmektedir.³ Annenin ölümü ile sonuçlanan doğumlarda bebeklerin de %47.2'si ölmektedir.¹⁶ Dolayısıyla günümüzde bebek ölümlerinin önemli bir kısmından anne sağlığı ve bakımı sorumludur. Bunun yanı sıra son yıllarda hız kazanan sağlıkta özelleştirme uygulamaları, bebek ölümlülüğüne de yansımıştır. Sağlık hizmetlerinde taşeronlaşma, yetersiz sağlık personeli gibi durumlar, çeşitli hastanelerin yenidoğan servislerinde toplu ölümler olarak karşımıza çıkmaktadır.^{20, 21, 22}

KAYNAKLAR

- 1 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 Ön Rapor. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, T.C. Devlet Planlama Teşkilatı. Ankara. Mart 2009.
- 2 TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2008 Nüfus Sayımı Sonuçları. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Enstitüsü.
- 3 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü. Ankara, 2004.
- 4 DPT (2001) Sekizinci Beşyılılık Kalkınma Programı. Nüfus, Demografi ve Göç Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Yayın No: DPT:2556-OİK 572. Ankara.
- 5 Etiler N (2006) Romanya Sağlık Sistemi. Toplum ve Hekim Dergisi. 21(5-6):450-458.

- 6 UNFPA (2005) The Status of World Population 2005: The Promise of Equity. United Nations Population Fund (UNFPA). USA.
- 7 Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütecek Personelin Eğitimi. Görev, Yetki ve Sorumlulukları Hakkında Yönetmelik. 10 Eylül 1983 Tarih ve 18161 Sayılı Resmi Gazete.
- 8 Sağlık Bakanlığı (1998) Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Faaliyet Planı. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana- Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara.
- 9 Sağlık Bakanlığı (2002) Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- 10 Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü (2004) Kontraseptif Malzeme Hakkında Genelge. Tarihi: 14.05.2004 Sayısı: 2004/70.
- 11 Saraçoğlu G ve ark. (2009) Edirne’de Aile Hekimliğinin Birinci Yılında Ana Sağlığı Hizmetleri, 2008. XII Halk Sağlığı Kongresi. İstanbul.
- 12 TTB (2007) Kentsel Bölgede Çok Sektörlü Yaklaşım: Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Midir? Editör: M. Eskiocak. TTB Yayınları.
- 13 Etiler N. ve Yavuz, C. I. (2004) Sağlık Reformlarının Ana Sağlığı Hizmetleri Üzerine Etkileri: Ülke Örnekleri, Toplum ve Hekim Dergisi, 19, 285-292.
- 14 TÜİK (2008) Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. 2007 Yoksulluk Araştırması Sonuçları. Sayı: 192.5 Aralık 2008. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=2080>
- 15 UNICEF (2009) Dünya Çocuklarının Durumu 2009 Raporu. New York. UNICEF.
- 16 Etiler N ve Dönmez L. (2000) Bebeklikte Ağırlık Skorlarının İzlenmesi ve Etkileyen Faktörler, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 43, 146-152
- 17 Sağlık Bakanlığı (2005) Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005 Ana Rapor Sağlık Bakanlığı Üreme Sağlığı Programı. Ankara.
- 18 Dünya Sağlık Örgütü (2008) World Health Statistics 2008. World Health Organisation. Geneva. S:52
- 19 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Macro International Inc. Ankara 1999.
- 20 Türk Tabipleri Birliği (2005) Yenidoğan Yoğun Bakım Birimlerinde Bebek Ölümleriyle İlgili Komisyon Raporu. 2 Aralık 2005, Ankara. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/bebek_olumleri.pdf
- 21 Radikal Gazetesi . '23 bebeği mama veren taşeronun kâr hırsı öldürdü' 26/06/2009 tarihli haber. <http://www.radikal.com.tr/Default.aspx?aType=HaberYazdir&ArticleID=942287>
- 22 TTB ve ATO (2008) Dr. Zekai Tahir Burak Hastanesi’ndeki bebek ölümleri raporu. Türk Tabipleri Birliği ve Ankara Tabip Odası. http://www.ttb.org.tr/ekler/bebek_olumleri_rpr.pdf