

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 İleri Analiz Çalışması



Türkiye’de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık

ISBN 978-975-491-290-6

Bu yayında yer alan bilgilerden Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü sorumludur ve hiçbir şekilde Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu'nun görüşünü yansıtmamaktadır.

Bu çalışma, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 (TNSA-2008) kapsamında gerçekleştirilmiştir. TNSA-2008, Türkiye'de 1968'den bu yana her beş yılda bir yapılan nüfus araştırmaları çerçevesinde, ilk üçü 1993, 1998 ve 2003 yıllarında yapılmış olan Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'nın (Demographic and Health Surveys-DHS) dördüncüsüdür. TNSA-2008, 10,525 hanehalkı ve 15-49 yaşları arası 7,405 evlenmiş kadın görüşmesini kapsayan ulusal düzeyde temsiliyete sahip bir araştırmadır. TNSA-2008'in saha çalışması Ekim 2008 ve Aralık 2008 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ile işbirliği içinde yürütülmüştür. TNSA-2008'in gerçekleştirilmesi için gereken maddi kaynak Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) tarafından Kamu Kurumları Araştırma ve Geliştirme Projelerini Destekleme Programı (KAMAG) kapsamında sağlanmıştır.

TNSA-2008'in temel amacı doğurganlık düzeyleri ve doğurganlıktaki değişimler, bebek ve çocuk ölümlülüğü, aile planlaması, anne ve çocuk sağlığı ile beslenme konularında güncel ve güvenilir bilgi üretmektir. Bu bilgilerin toplanması, üreme sağlığı konularında bilgiye dayanan politikaların oluşturulabilmesi ve planlama, izleme ve değerlendirme programları için büyük önem taşımaktadır. TNSA-2008'in örnekleme ülke geneli, kırsal ve kentsel yerleşim yerleri ve beş coğrafi bölge düzeyinde analiz yapmaya izin verecek şekilde tasarlanmıştır. Örnekleme ayrıca araştırma kapsamında yer alan bazı konulardaki analizlerin Avrupa Birliği'ne uyum çerçevesinde oluşturulan 12 coğrafi bölge (NUTS 1) için yapılmasına da olanak vermektedir. Verilerin Türkiye'de aile planlaması ve sağlık programlarının değerlendirilmesinde ve geliştirilmesinde program yürütücüleri ve politika belirleyiciler tarafından kullanılması amaçlanmaktadır. Araştırmanın sonuçları, daha önce beş yılda bir yapılmış olan demografik araştırmaların sonuçları ile karşılaştırılabilir niteliktedir.

TNSA-2008 konusunda daha ayrıntılı bilgi için: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 06100 Ankara, Türkiye (telefon: 312-305-1115; faks: 312-311-8141; e-posta: hips@hacettepe.edu.tr; internet: www.hips.hacettepe.edu.tr). MEASURE/DHS+ projesi hakkında daha ayrıntılı bilgi için: Macro, 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705 (telefon: 301-572-0200; faks: 301-572-0999; e-posta: reports@macroint.com; internet: www.measuredhs.com).

Bu yayın için önerilen kaynak gösterim şekli:

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2010) *Türkiye'de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık*, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara.

Bu yayının kapak sayfası deseni, T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Geleneksel El Sanatları ve Mağazaları İşletme Müdürlüğü'nden alınmıştır.

**Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008
İleri Analiz Çalışması**

Türkiye’de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık

**Temmuz 2010
Ankara**



**Hacettepe Üniversitesi
Nüfus Etütleri Enstitüsü**



**T.C. Sağlık Bakanlığı
Anne ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
Genel Müdürlüğü**



**T.C. Başbakanlık
Devlet Planlama Teşkilatı
Müsteşarlığı**



**Türkiye Bilimsel ve Teknolojik
Araştırma Kurumu**

TNSA-2008'de Görev Dağılımı

Proje Yürütücüsü

Prof. Dr. Sabahat Tezcan

Proje Teknik Koordinatörü

Prof. Dr. İsmet Koç

Saha Sorumlusu

Dr. Elif Kurtuluş Yiğit

Listeleme ve Örneklemeye Koordinatörü

Doç. Dr. A. Sinan Türkyılmaz

Listeleme Saha Sorumlusu

Dr. Mehmet Ali Eryurt

Veri Girişi ve Veri Analizi Sorumlusu

Dr. Yadigar Coşkun

Sorukağıdı Tasarımı

Prof. Dr. İsmet Koç

Dr. Elif Kurtuluş Yiğit

Dr. Mehmet Ali Eryurt

Saha Koordinatörleri

Dr. Mehmet Ali Eryurt

Dr. İlknur Yüksel

Ar. Gör. Pelin Seçkiner

Ar. Gör. Tuğba Adalı

Ar. Gör. F. Hande Tunçkanat

Proje Asistanı Mustafa İşlek

ÖNSÖZ

Bu çalışma *Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008* (TNSA-2008) projesi kapsamında gerçekleştirilmiştir. TNSA-2008 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ile işbirliği içinde yürütülmüştür. TNSA-2008'in gerçekleştirilmesi için gereken mali kaynak *Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu* (TÜBİTAK) tarafından Kamu Kurumları Araştırma ve Geliştirme Projelerini Destekleme Programı (KAMAG) kapsamında sağlanmıştır. Türkiye'de 1968 yılından beri Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından her beş yılda bir düzenli olarak gerçekleştirilen demografik araştırmalar serisinin dokuzuncusu olan TNSA-2008, başka veri kaynaklarından sürekli, doğru ve ayrıntılı bir biçimde elde edilemeyen doğurganlık, aile planlaması ve ana ve çocuk sağlığı konularında bilgi sağlamak üzere tasarlanmış ve uygulanmıştır.

TNSA-2008 kapsamında hazırlanan *Türkiye'de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık* başlığını taşıyan bu çalışma, işbirliği içinde çalışılan kurumların önerileri ile belirlenen yedi ana konuda (doğurganlık, gebeliği önleyici yöntem kullanımı, doğum öncesi bakım, doğum sonrası bakım, sezaryen doğumlar, anne ve çocuk beslenmesi ile yaşlı nüfusun yaşam kalitesi) ülkemizde yaşanan gelişmeleri betimsel ve çok değişkenli analiz yöntemleri kullanarak değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu çalışmada betimsel düzeyde kurulan ilişkilerin ötesine geçilerek yukarıda sayılan konulardaki nedensel ilişkilerin incelenmesine ağırlık verilmiştir. Çalışmanın her bölümünde konu ile ilgili sağlık çalışanlarının plan ve programlarını geliştirme süreçlerinde kullanabilecekleri çok önemli bulgular elde edilmiştir.

Bu çalışmayı hazırlayarak ilgili tüm kurum ve kuruluşların bilgisine sunan çalışma arkadaşlarıma teşekkür ediyorum. Bu yayındaki her bölüme özellikle politika öncelikleri konularında ve sunulan hizmete ilişkin katkıda bulunan Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü çalışanlarına da şükranlarımı sunuyorum. Bu çalışmanın doğurganlık, üreme sağlığı ve yaşlılık alanlarında planlamacı, yönetici ve hizmet sunan olarak çalışanların çalışmalarında yol gösterici olmasını ve gelecekte ülkemizdeki kadınların, annelerin, çocukların ve yaşlıların daha iyi bir sağlık düzeyine kavuşmalarını diliyorum.

Prof. Dr. Sabahat Tezcan

Müdür

Önsöz	i
İçindekiler	iii
Tablolar Dizini	v
Şekiller Dizini	x
Bölüm 1. Türkiye’de Doğurganlığın Dönüşümü: Alt Nüfus Gruplarındaki Farklılaşmalar	1
1.1 Giriş	2
1.2 Veri Kaynağı ve Yöntem	3
1.3 Türkiye’de Doğurganlık Dönüşümü	4
1.4 Doğurganlığı Belirleyen Faktörler	9
1.5 Doğurganlığı Belirleyen Ara Değişkenler	11
1.6 Alt Nüfus Gruplarında Doğurganlık Dönüşümü	33
1.7 Değerlendirme ve Sonuç	35
1.8 Kaynaklar	36
Bölüm 2. Türkiye’de Erkeklerin Kullandığı Gebeliği Önleyici Yöntemler: Geri Çekme ve Kondom Kullanımının Belirleyicileri	41
2.1 Giriş	42
2.2 Erkeklerin Kullandığı Gebeliği Önleyici Yöntemler	43
2.3 Çalışmanın Yöntemi	46
2.4 Erkeklerin Kullandığı Yöntemler ve Belirleyicileri	48
2.5 Sonuç ve Politika Önerileri	59
2.6 Kaynaklar	62
Bölüm 3. Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri: Yararlanma ve Belirleyiciler	67
3.1 Giriş	68
3.2 Doğum Öncesi Bakım Verisinin Özellikleri ve Yöntem	69
3.3 Geçmişten Günümüze Değişim, 1983-2008	72
3.4 Günümüzde Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma	74
3.5 Doğum Öncesi Bakım Almanın Belirleyicileri	81
3.6 Değerlendirme ve Sonuç	89
3.7 Kaynaklar	91
Bölüm 4. Türkiye’de Doğum Sonrası Bakım Hizmetlerinden Yararlanmada Farklılaşmalar ve Doğum Sonrası Bakım Hizmeti Almanın Belirleyicileri	93
4.1 Giriş	94
4.2 Veri Kaynağı ve Yöntem	95
4.3 Literatür	104
4.4 Doğum Sonrası Bakım Hizmetlerinden Yararlanma ve Belirleyicileri	106
4.5 Sonuçlar ve Politika Öncelikleri	155
4.6 Kaynaklar	157

Bölüm 5. Türkiye’de Sezaryen ile Yapılan Doğumların Seviyesi, Değişimi ve Belirleyicileri	159
5.1 Giriş	160
5.2 Veri Kaynağı ve Yöntem	161
5.3 Türkiye’de Sezaryenle Yapılan Doğumların Sıklığı ve Değişimi	163
5.4 Sezaryen ile Yapılan Doğumların Belirleyicileri	170
5.5 Değerlendirme ve Sonuç	176
5.6 Kaynaklar	177
Bölüm 6. Türkiye’de Annelerin ve Çocukların Beslenme Durumu ve Obezite Prevelansı	181
6.1 Giriş	182
6.2 Veri Kaynağı ve Yöntem	183
6.3 Literatür	189
6.4 Türkiye’de Bebek, Çocuk ve Annelerin Beslenme Durumu ve Belirleyicileri	191
6.5 Değerlendirme ve Sonuç	224
6.6 Kaynaklar	228
Bölüm 7. Türkiye’de Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Aile Yapısının Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisi	231
7.1 Giriş	232
7.2 Veri Kaynağı ve Yöntem	235
7.3 Teorik Çerçeve ve Literatür	240
7.4 Türkiye’de Yaş ve Aile Yapısının Değişimi ve İlişkisi	245
7.5 Yaşlıların Temel Özellikleri	256
7.6 Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Belirleyicileri	260
7.7 Sonuçlar ve Politika Öncelikleri	278
7.8 Kaynaklar	281
EK 1. TNSA-2008’den Özet Göstergeler	285
EK 2. TNSA-2008 Örneklem Dağılımının Önceki Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Örneklem Dağılımlarına Göre Farklılaşması	287

Tablolar**Sayfa no**

Tablo 1.1.	Toplam doğurganlık hızı aralıklarına göre doğurganlık geçişi aşamaları	5
Tablo 1.2.	Kadınların sahip oldukları çocuk sayısının belirleyenleri: Poisson regresyon analizi sonuçları, Türkiye 2008	10
Tablo 1.3.	Türkiye’de hiç evlenmemiş kadın oranının değişimi: Hiç evlenmemiş kadınların yaşa göre yüzde dağılımı, 1978-2008	19
Tablo 1.4.	Ortalama ilk evlilik yaşının değişimi, 1935-2008	20
Tablo 1.5.	Toplam doğurganlık hızı, toplam evlilik içi doğurganlık hızı ve evlenme endeksleri, Türkiye 2008	21
Tablo 1.6.	Gebeliği önleyici yöntem kullanımı oranlarındaki değişim	22
Tablo 1.7.	Alt-nüfus gruplarına göre gebeliği önleyici yöntem kullanımı, Türkiye 2008	23
Tablo 1.8.	Yöntem başarısızlık hızlarındaki değişim, 1993 ve 2008	24
Tablo 1.9.	Yöntem kullanım oranı, başarısızlık hızları, yöntem etkililik dereceleri ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı endeksleri, Türkiye 2008	25
Tablo 1.10.	Toplam isteyerek düşük hızları ve isteyerek düşük endeksleri, Türkiye 2008	27
Tablo 1.11.	Ortanca gebelik riski altında olmama süreleri ve doğum sonrası geçici kısırlık endeksleri, Türkiye 2008	28
Tablo 1.12.	Ara değişken endekslerinin doğurganlık düşüşüne yüzdelik katkıları, Türkiye 2008	30
Tablo 1.13.	Ara değişken endekslerinin doğurganlık düşüşüne göreli katkıları, Türkiye 2008	31
Tablo 1.14.	Ara değişkenlerdeki değişim, 1968-2008	33
Tablo 2.1.	Halen evli ve herhangi bir yöntem kullanan kadınların bireysel özellikleri ile kullanılan erkek ve kadın yöntemleri yüzdesi, Türkiye 2008	49
Tablo 2.2.	Halen evli ve herhangi bir yöntem kullanan kadınların eşlerinin bireysel özellikleri ile kullanılan erkek ve kadın yöntemleri yüzdesi, Türkiye 2008	50
Tablo 2.3.	Halen evli ve herhangi bir yöntem kullanan kadınların evliliklerine ilişkin özellikler ile kullanılan erkek ve kadın yöntemleri yüzdesi, Türkiye 2008	51
Tablo 2.4.	Halen evli ve herhangi bir yöntem kullanan kadınların yaşadıkları yer ve hanehalkı özellikleri ile kullanılan erkek ve kadın yöntemleri yüzdesi, Türkiye 2008	52
Tablo 2.5.	Halen evli ve herhangi bir yöntem kullanan kadınların geri çekme yöntemini kullanmalarını etkileyen faktörler, Türkiye 2008	54
Tablo 2.6.	Halen evli ve herhangi bir yöntem kullanan kadınların kondom kullanmalarını etkileyen faktörler, Türkiye 2008	57
Tablo 3.1.	Araştırma tarihinden önceki son beş yılda gerçekleşen son doğumlar için “bakım almayan”, “yeterli” ve “yetersiz” doğum öncesi bakım (DÖB) alan kadınların yerleşim yeri, beş bölge, NUTS1 bölgeleri ve hanehalkı refah düzeyine göre dağılımı, Türkiye 2008	75

Tablo 3.2.	Araştırma tarihinden önceki son beş yılda gerçekleşen son canlı doğumlar için “bakım almayan” kadınlar ile “yeterli” ve “yetersiz” doğum öncesi bakım (DÖB) alan kadınların eğitim, çalışma durumu, çalışılan sektör ve sağlık güvencesine göre dağılımı, Türkiye 2008	77
Tablo 3.3.	Araştırma tarihinden önceki son beş yılda gerçekleşen son doğumlar için “bakım” almayan, “yeterli” ve “yetersiz” doğum öncesi bakım (DÖB) alan kadınların anne olma yaşı, doğum sırası, evlilik kararı, evlilik biçimi, başlık parası ve eşle akrabalığa göre dağılımı, Türkiye 2008	78
Tablo 3.4.	Araştırma tarihinden önceki son beş yılda canlı doğumu olan ve son doğumda DÖB almış olan kadınların DÖB’in içeriğine ve temel özelliklere göre yüzdesi, Türkiye 2008	80
Tablo 3.5.	Çok değişkenli analizlerde kullanılan modeller ve modellerde yer alan değişkenler	82
Tablo 3.6.	Lojistik regresyon sonuçlarına göre doğum öncesi bakımın belirleyicileri	83
Tablo 3.7.	Lojistik regresyon sonuçlarına göre yetersiz doğum öncesi bakımın belirleyicileri	87
Tablo 4.1.	Lojistik analizlerde kullanılan açıklayıcı değişkenler ve referans kategorileri	102
Tablo 4.2.	Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan son canlı doğumda doğum sonrası bakımın doğumun yapıldığı yere, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008	109
Tablo 4.3.	T.C. Sağlık Bakanlığı sınıflandırmasına göre araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan son canlı doğumların doğum sonrası ilk sağlık kontrolünün doğumdan ne kadar zaman sonra yapıldığına, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008	113
Tablo 4.4.	Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan son canlı doğumların doğum sonrası ilk sağlık kontrolünün doğumdan ne kadar zaman sonra yapıldığına, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008	115
Tablo 4.5.	Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan son canlı doğumların doğum sonrası ilk sağlık kontrolünü yapan kişiye, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008	118
Tablo 4.6.	Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan doğum sonrası bakımı olan son canlı doğumların doğum sonrası ilk sağlık kontrolünün yapıldığı yere, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008	121

Tablo 4.7.	Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan son canlı doğumların doğum sonrası bakım sayısına, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008	123
Tablo 4.8.	Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan doğum sonrası bakımı olan son canlı doğumların doğum sonrası bakımda verilen bilgilere, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzdesi, Türkiye 2008	126
Tablo 4.9.	Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan doğum sonrası bakımı olan son canlı doğumların doğum sonrası bakımın içeriğine, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzdesi, Türkiye 2008	129
Tablo 4.10.	T.C. Sağlık Bakanlığı sınıflandırmasına göre araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan son canlı doğumların bebeğin doğum sonrası ilk sağlık kontrolünün doğumdan ne kadar zaman sonra yapıldığına, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008	134
Tablo 4.11.	Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan son canlı doğumların bebeğin doğum sonrası ilk sağlık kontrolünün doğumdan ne kadar zaman sonra yapıldığına, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008	136
Tablo 4.12.	Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan son canlı doğumların bebeğin doğum sonrası ilk sağlık kontrolünü yapan kişiye, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008	139
Tablo 4.13.	Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan doğum sonrası bakımı olan son canlı doğumların bebeğin doğum sonrası ilk sağlık kontrolünün yapıldığı yere, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008	141
Tablo 4.14.	Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan doğum sonrası bakımı olan ve olmayan son canlı doğumların bebeğin doğumda tartılma, topuk kanı alınma ve temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzdesi, Türkiye 2008	144
Tablo 4.15.	Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan kadın veya bebeğin doğum sonrası bakımı olan son canlı doğumların doğum sonrası bakım için sağlık hizmetlerine para ödenmesine ve temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008	147
Tablo 4.16.	Lojistik regresyon sonuçlarına göre annenin doğum sonrası bakım almasının belirleyicileri	150
Tablo 4.17.	Lojistik regresyon sonuçlarına göre bebeğin doğum sonrası bakım almasının belirleyicileri	153
Tablo 5.1.	Temel özelliklere göre araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde sağlık kuruluşunda yapılan normal doğumların ve sezaryen doğumların temel özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008	164

Tablo 5.2.	Bazı temel özelliklere göre araştırma tarihinden önceki son beş yılda sağlık kuruluşunda yapılan normal doğumların ve sezaryen doğumların yüzde dağılımı, Türkiye 2008	166
Tablo 5.3.	Doğum özelliklerine göre araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde sağlık kuruluşunda yapılan normal doğumların ve sezaryen doğumların yüzde dağılımı, Türkiye 2008	168
Tablo 5.4.	Seçilmiş bazı sosyo-kültürel özelliklere göre araştırma tarihinden önceki son beş yılda sağlık kuruluşunda yapılan normal doğumların ve sezaryen doğumların yüzde dağılımı, Türkiye 2008	170
Tablo 5.5.	Çok değişkenli analizlerde kullanılan modeller ve modelde yer alan bloklar	171
Tablo 5.6.	Lojistik regresyon sonuçlarına göre sezaryen ile doğum yapmanın belirleyicileri	173
Tablo 6.1.	Hanehalkı özelliklerine göre 0-4 yaş çocukların ortalama ağırlık ve boyları, Türkiye 2008	193
Tablo 6.2.	Annenin sosyo-demografik ve biyo-demografik özelliklerine göre 0-4 yaş çocukların ortalama ağırlık ve boyları, Türkiye 2008	194
Tablo 6.3.	Biyo-demografik özelliklerine göre 0-4 yaş çocukların ortalama ağırlık ve boyları, Türkiye 2008	195
Tablo 6.4.	Hanehalkı özelliklerine göre 0-4 yaş çocukların beslenme durumu, Türkiye 2008	199
Tablo 6.5.	Annenin sosyo-demografik ve biyo-demografik özelliklerine göre 0-4 yaş çocukların beslenme durumu, Türkiye 2008	200
Tablo 6.6.	Biyo-demografik özelliklerine göre 0-4 yaş çocukların beslenme durumu, Türkiye 2008	204
Tablo 6.7.	Hanehalkı özelliklerine göre annelerin ortalama boy ve ağırlıkları, Türkiye 2008	207
Tablo 6.8.	Sosyo-demografik özelliklerine göre annelerin ortalama boy ve ağırlıkları, Türkiye 2008	208
Tablo 6.9.	Biyo-demografik özelliklerine göre annelerin ortalama boy ve ağırlıkları, Türkiye 2008	209
Tablo 6.10.	Hanehalkı özelliklerine göre annelerin beden kitle endeksleri, Türkiye 2008	211
Tablo 6.11.	Sosyo-demografik özelliklerine göre annelerin beden kitle endeksleri, Türkiye 2008	212
Tablo 6.12.	Biyo-demografik özelliklerine göre annelerin beden kitle endeksleri, Türkiye 2008	213
Tablo 6.13.	Çocuklarda yetersiz beslenme ve çocuklarda obezite için oluşturulan lojistik regresyon modellerinde kullanılan bağımsız değişkenler	215
Tablo 6.14.	Lojistik regresyon sonuçlarına göre çocuklarda kronik beslenme yetersizliğinin belirleyicileri, Türkiye 2008	216
Tablo 6.15.	Lojistik regresyon sonuçlarına göre çocuklarda obezitenin belirleyicileri, Türkiye 2008	219
Tablo 6.16.	Annelerde obezite için oluşturulan lojistik regresyon modellerinde kullanılan bağımsız değişkenler	221

Tablo 6.17.	Lojistik regresyon sonuçlarına göre annelerde obezitenin belirleyicileri, Türkiye 2008	222
Tablo 7.1.	Türkiye’de aile yapısının değişimi, 1978, 1998 ve 2008	249
Tablo 7.2.	Türkiye’de aile yapısının değişimi, 1968-2008	250
Tablo 7.3.	Türkiye’de bölge ve yerleşim yerine göre aile yapısının değişimi, 1998 ve 2008	251
Tablo 7.4.	Türkiye’de aile yapılarına göre geniş yaş gruplarının dağılımı ve ortalama yaş, Türkiye 2008	252
Tablo 7.5.	Aile yapısına göre hanedeki yaşlı sayısı, Türkiye 2008	255
Tablo 7.6.	Aile yapısına göre ortalama yaşlı sayıları, Türkiye 2008	255
Tablo 7.7.	Yaşlıların yaş gruplarına göre temel sosyo-demografik özellikleri, Türkiye 2008	257
Tablo 7.8.	Yaşlıların yaş gruplarına göre temel sosyo-ekonomik özellikleri, Türkiye 2008	259
Tablo 7.9.	Yaşlıların cinsiyete göre sağlık durumunun yüzde dağılımı, Türkiye 2008	260
Tablo 7.10.	Yaşlıların yaş gruplarına göre sağlık durumunun yüzde dağılımı, Türkiye 2008	261
Tablo 7.11.	Yaşlıların yaşam kalitesi göstergelerinin cinsiyete ve yapabilirlik derecesine göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008	263
Tablo 7.12.	Yaşlıların yaşam kalitesi göstergelerinin yaş gruplarına ve yapabilirlik derecesine göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008	264
Tablo 7.13.	Yaşlıların yaşam kalitesi endeksinin oluşturulmasında kullanılan değişkenler ve bu değişkenlerin kategorilerinin aldığı değerler	265
Tablo 7.14.	Basit yaşam kalitesi endeks değerlerinin cinsiyet ve yaş grubuna göre yüzde dağılımı ve ortalama endeks değerleri, Türkiye 2008	266
Tablo 7.15.	Temel bileşenlerin öz değerleri ve açıkladıkları değişkenliğin yüzdesi, Türkiye 2008	267
Tablo 7.16.	Temel bileşenler ile değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları, Türkiye 2008	268
Tablo 7.17.	Değişkenlerin temel bileşenlerdeki ağırlıkları ve ağırlıkların yönü, Türkiye 2008	269
Tablo 7.18.	Yaşlıların yaşam kalitesi seviyesinin sosyo-demografik değişkenlere göre yüzde dağılımı ve ortalama faktör puanları, Türkiye 2008	271
Tablo 7.19.	Yaşlıların yaşam kalitesi seviyesinin sosyo-ekonomik değişkenlere göre yüzde dağılımı ve ortalama faktör puanları, Türkiye 2008	272
Tablo 7.20.	Çok değişkenli analizlerde kullanılan modeller ve modellerde yer alan değişkenler	274
Tablo 7.21.	Lojistik regresyon sonuçlarına göre yaşlılar arasındaki düşük yaşam kalitesinin belirleyicileri	277
Tablo EK 1.1.	TNSA-2008’den özet göstergeler	285
Tablo EK 2.1.	TNSA-2003 ve TNSA-2008’de bölgelere göre hedef ve tamamlanmış hanehalkı görüşme sayıları	288

Şekil 1.1.	Türkiye’de doğurganlık dönüşümünün aşamaları, 1924-2008	7
Şekil 1.2.	Bongaarts’ın ara değişkenler modeli	15
Şekil 1.3.	Toplam isteyerek düşük hızlarındaki değişim, 1978-2008	26
Şekil 1.4.	Alt nüfus gruplarında doğurganlık dönüşümü, Türkiye 2008	34
Şekil 2.1.	Kadınların ve erkeklerin kullandığı gebeliği önleyici yöntemlerdeki değişim, 1978-2008	48
Şekil 3.1.	Sağlık personelinin doğum öncesi bakım almanın yaygınlığındaki değişim, 1983-2008	73
Şekil 3.2.	Yeterli doğum öncesi bakım almanın yaygınlığındaki değişim, 2003-2008	74
Şekil 4.1.	Doğum sonrası bakım almama oranı toplam içinde doğum sonrası bakım almama oranından fazla olan nüfus grupları	111
Şekil 4.2.	Bebeğin doğum sonrası bakım almama oranı toplam içinde bebeğin doğum sonrası bakım almama oranından fazla olan nüfus grupları	132
Şekil 5.1.	Sezaryen ile gerçekleşen doğumların yüzdesindeki değişim, 1993-2008	163
Şekil 6.1.	Çocuklarda yetersiz beslenme, 1993-2008	225
Şekil 6.2.	Annelerde kronik yetersiz beslenme, zayıflık ve obezite, 1993-2008	227
Şekil 6.3.	Annelerde beden kitle endeksi, 1993-2008	227
Şekil 7.1.	Nüfusun yaş yapısının değişimi, 1935-2008	246
Şekil 7.2.	Nüfusun geniş yaş gruplarına göre değişimi, 1935-2023	247
Şekil 7.3.	Bağımlılık oranlarının değişimi, 1935-2023	247
Şekil 7.4.	Hanehalkı yapısının yüzde dağılımı, Türkiye 2008	248
Şekil 7.5.	Aile yapısına göre (7’li sınıflama) hanehalkı üyelerinin yaşlara göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008	253
Şekil 7.6.	Aile yapısına göre (3’lü sınıflama) hanehalkı üyelerinin yaşlara göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008	253

Bölüm 1

Türkiye’de Doğurganlığın Dönüşümü: Alt Nüfus Gruplarındaki Farklılaşmalar

Mehmet Ali Eryurt¹, Tuğba Adalı² ve Emel Şahin³

Özet

Türkiye’de doğurganlık seviyesi artık yenilenme düzeyine çok yakın bir seviyeye kadar gerilemiştir. Türkiye genelinde doğurganlık dönüşümü süreci tamamlanmak üzeredir. Bu çalışmada Türkiye genelinde yaşanan doğurganlık dönüşümü sürecini tarihsel olarak değerlendirmek ve günümüzde alt nüfus gruplarının içerisinde buldukları doğurganlık geçişi aşamasını belirlemek amaçlanmıştır. Çalışmada ayrıca sosyo-ekonomik, kültürel, yapısal faktörlerin doğurganlık üzerindeki etkisi Poisson regresyon metodu ile analiz edilmiş; gebeliği önleyici yöntem kullanımı, evlenme, istemli düşük, doğum sonrası geçici kısırlık gibi ara değişkenlerin doğurganlık üzerindeki etkileri ise analitik demografik tekniklerden birisi olan Bongaarts metodu ile incelenmiştir. Alt nüfus gruplarının toplam doğurganlık hızları karşılaştırıldığında, sosyal güvenceli bir işte çalışan, lise veya üzeri eğitime sahip olan, ülkenin batısında yaşayan alt nüfus gruplarının ortalama olarak 2’den az çocuğa sahip oldukları ve “Geçiş Sonrası” aşamada buldukları; öte yandan ülkenin doğusunda yaşayan, eğitimi yetersiz olan alt nüfus gruplarının 3’ten fazla çocuğa sahip oldukları ve halen “Orta-Geç Geçiş” aşamasında buldukları görülmüştür. Poisson regresyon analizi sonuçları, özellikle “Geçiş Sonrası” aşamada bulunan alt-nüfus gruplarının bir fazla çocuğa sahip olma olasılıklarının belirgin bir şekilde daha az olduğunu ortaya koymuştur. Bongaarts metodu uygulandığında en etkili ara değişkenin gebeliği önleyici yöntem kullanımı olduğu, bunu evliliklerin ertelenmesinin izlediği, isteyerek düşük ve emzirmenin etkisinin ise sınırlı olduğu görülmüştür.

Summary

Fertility Transition in Turkey: Sub-population Variations

Fertility level in Turkey has almost reached the replacement level. Fertility transition process in Turkey is about to be completed. In this study, it has been aimed to evaluate fertility transition process in Turkey in a historical manner and to determine the stage of fertility transition among sub-population groups. The study also analyzes the impact of social, economic and cultural factors on fertility levels applying Poisson regression method and examines the impact of proximate determinants such as contraceptive use, marriage, induced abortion and postpartum insusceptibility on fertility levels, using the Bongaarts method which is one the analytical demographic techniques. Comparison of total fertility rates indicated that women working with social security, women having high school and higher education, women living at the western parts of the country have less than 2 children and they are at the “Post Transition” stage. On the other hand, women living at the eastern part of the country, uneducated women have more than three children and they are still at the “Mid-late” transition stage. Poisson regression analysis revealed that the probability of having additional children is significantly lower especially among sub-population groups which are at the “Post-transition” stage. The application of the Bongaarts method indicated that the most influential proximate determinant is contraceptive use and the second is postponement of marriage. The influence of induced abortion and portpartum insusceptibiliy is limited.

¹ Dr., Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

² Ar. Gör., Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

³ Dr., Sağlık Bakanlığı Anne Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

1.1. Giriş

Türkiye’de doğurganlık seviyesi yenilenme düzeyine çok yakın bir noktaya kadar inmiştir. Kadın başına ortalama 6-7 çocuğun düştüğü 1950’li yıllardan itibaren azalmaya başlayan doğurganlık hızı, 1970’li yıllarla birlikte ivme kazanarak düşmeye devam etmiştir. Ülke genelinde yapılan en son nüfus araştırması olan, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2008) sonuçlarına göre toplam doğurganlık hızı⁴, yenilenme düzeyinin biraz üzerinde, 2.16 olarak ölçülmüştür. Hatta bölgesel düzeyde bakıldığında beş bölgenin üçünde, Batı, Güney ve Kuzey Anadolu bölgelerinde, toplam doğurganlık hızı yenilenme düzeyinin de altına düşmüştür (HÜNEE, 2009). Ülke genelinde doğurganlık yenilenme düzeyine kadar inmiş olsa da, alt nüfus gruplarına bakıldığında doğurganlık düzeylerinin büyük farklılıklar sergilemeye devam ettiği görülmektedir. Ülkenin batısında kadın başına ortalama 1.75 çocuk düşerken, doğusunda 3.25 çocuk düşmektedir. Eğitimi olmayan veya ilkokulu bile bitirmemiş kadınlar arasında ortalama çocuk sayısı 3.37 iken, lise veya üzeri eğitimi olan kadınlar ortalama 1.47 çocuğa sahip olmaktadır. Refah düzeyi en yüksek yüzde 20’lik hanelerde yaşayan kadınlar ortalama 1.38 çocuk yaparlarken, en yoksul yüzde 20’lik hanelerde yaşayan kadınlar ortalama 3.38 çocuk yapmaktadırlar. Doğurganlık düşüşü farklı alt nüfus gruplarında, değişik zamanlarda başlamış ve farklı hızlarda seyretmiştir. Günümüzde de alt-nüfus gruplarının doğurganlık düzeyleri önemli farklılıklar göstermektedir. Dolayısıyla alt-nüfus grupları demografik geçiş sürecinin ve bunun bir parçası olarak doğurganlık geçişinin farklı aşamalarında yer almaktadır. Osmanlı İmparatorluğu’nun son dönemlerinden itibaren başlamış olan, Cumhuriyet’in kuruluşu ile birlikte ivme kazanan modernleşme sürecinin, ülkenin bütününe yayılmasında, alt-nüfus gruplarına sirayet etmesinde önemli sıkıntılar yaşanması nedeniyle modernleşme süreci sonucunda ortaya çıkması beklenen demografik yakınsamanın henüz yeterli ölçüde yaşanmadığı görülmektedir.

Bu çalışmanın temel olarak üç amacı bulunmaktadır: (1) Türkiye genelinde yaşanan doğurganlık dönüşümü sürecini değerlendirmek ve günümüzde alt-nüfus gruplarının doğurganlık dönüşümü sürecinin hangi aşamasında olduklarını tespit etmek. (2) Sosyo-ekonomik, kültürel faktörlerin doğurganlık düzeyi üzerindeki etkilerini, çoklu analiz yöntemi ile ölçerek her bir faktörün doğurganlık düzeyi üzerindeki net etkisini ortaya çıkarmak. Doğurganlık düzeyinin belirleyicileri, 15-49 yaşlarındaki kadınların toplam sahip oldukları çocuk sayısının Poisson regresyon metodu ile analiz edilmesi suretiyle belirlenmektedir. (3) Alt-nüfus gruplarının doğurganlık düzeylerini düşürme stratejilerini belirlemek. Alt-nüfus gruplarının doğurganlıklarını düşürme stratejileri Bongaarts modeli kullanılarak belirlenecektir. Model, doğurganlığın gerçekleşebilecek maksimum seviyesi ile gözlemlenen seviyesi arasındaki farkı temel olarak dört ara değişken ile (gebeliği önleyici yöntem kullanımı, evlilik, istemli düşük ve doğum sonrası geçici kısırlık) açıklamaktadır.

⁴Toplam doğurganlık hızı, mevcut yaşa-özel doğurganlık hızlarına sahip olacak bir kadının, doğurganlık dönemini tamamladığında yapmış olacağı toplam canlı doğum sayısını ifade eden bir göstergedir.

1.2. Veri Kaynağı ve Yöntem

Çalışmanın verileri 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'ndan (TNSA-2008) gelmektedir. TNSA-2008, doğurganlık düzeyi ve eğilimi, bebek ve çocuk ölümlüğü, aile planlaması, anne ve çocuk sağlığı gibi konularda bilgi toplamayı amaçlamaktadır. Araştırma ulusal çapta gerçekleştirilen bir örneklem araştırmasıdır. Örneklem seçiminde, ağırlıklı, çok aşamalı ve tabakalı küme örnekleme yaklaşımı kullanılmıştır. TNSA-2008'de "hanehalkı sorukağıdı" ve "kadın sorukağıdı" kullanılmış, bekar kadınlara ilişkin kimi temel bilgiler hanehalkı sorukağıdına eklenen bir modül ile toplanmıştır. "Hanehalkı sorukağıdı" ile 10525 hanehalkı ve bu hanelerde yaşayan 40054 hanehalkı üyesine; "Kadın sorukağıdı" ile de 7405 evlenmiş kadına ilişkin bilgi toplanmıştır. Hanehalkı sorukağıdında yer alan Hiç Evlenmemiş Kadın Ek Bilgi Modülü ile 3838 bekar kadının özelliklerine ilişkin bilgi alınmıştır.

Çalışmada analizler bölge, yerleşim yeri (kır-kent), hanehalkı refah düzeyi, kadının eğitim durumu ve çalışma durumu ayrımında yapılmıştır.

Türkiye'de doğum, ölüm ve nüfus artış hızlarında bölgesel düzeyde açık bir farklılaşma yaşanması sebebiyle, bölgesel ayrımlar neredeyse tüm demografik analizlerde göz önünde tutulmaktadır. Bölgesel farklar sadece coğrafi ayrışmalara değil aynı zamanda sosyal, ekonomik ve kültürel farklara da işaret etmektedir (Hancıoğlu, 1997). Türkiye coğrafi, sosyo-ekonomik ve demografik özelliklerine göre beş bölgeye (Batı, Güney, Orta, Kuzey, Güney) ayrıştırılarak incelenmektedir. Batı Anadolu bölgesi en sanayileşmiş, en yoğun yerleşimin olduğu ve sosyal ve ekonomik açıdan en kalkınmış bölge durumundadır. Batı Anadolu Bölgesi'ni sırasıyla Güney, Kuzey ve Orta Anadolu bölgeleri takip etmektedir. Doğu Anadolu bölgesiyse ülkenin en az gelişmiş bölgesi olarak dikkati çekmektedir.

Demografik özellikler kır-kent ekseninde de büyük farklılıklar göstermektedir. Kentleşmenin kadınlara yeni bir yaşam tarzı sunarak, eğitime ve işgücüne katılım olanaklarını artırarak, kadının üzerindeki aile ve akraba baskısını azaltarak, kadınların çocuğa olan taleplerini azaltıcı bir etki yaptığı klasik demografik geçiş kuramının formüle edildiği zamanlardan bu yana bilinen bir gerçektir (Notestein, 1953; White ve diğerleri, 2008; Koç ve diğerleri, 2010). TNSA-2008'de yerleşim yerleri kır ve kent olarak sınıflandırılırken yerleşim yerlerinin nüfus büyüklükleri kriter olarak alınmıştır. Nüfusu 10.000'den büyük olan yerleşim yerleri idari statüsüne bakılmaksızın kent olarak tanımlanmış, nüfusu 10.000'den az olan yerleşim yerleriyse kır olarak nitelenmiştir (HÜNEE, 2009).

Eğitim, doğurganlık düzeyinin en önemli belirleyenlerinden birisidir. Özellikle kadının eğitimi ve doğurganlığı arasında negatif bir ilişki olduğu pek çok çalışmada vurgulanmıştır (Cochrane, 1979). Eğitim düzeyi özellikle ilk evlilik yaşını arttırarak, kişinin yeni fikirlerle tanışması, daha iyi iş bulmalarını sağlayarak doğurganlık düşüşüne yol açmaktadır. Eğitilmiş kadınlar doğurganlıklarını daha bilinçli bir şekilde kontrol edebilmektedirler. Çalışmada eğitim

düzeıı değişkeni, bitirilen en yüksek eğitim düzeıını göstermektedir. Değişken, eğitimi yok veya ilkokulu bitirmemiş, ilkokul mezunu veya ortaokulu bitirmemiş, ortaokul mezunu veya liseyi bitirmemiş ve lise veya üzeri eğitimi bitirmiş kategorilerinden oluşmaktadır.

Çalışma durumu, bir yandan kadının ve hanehalkının gelir düzeıının artmasını sağlayıp, öte yandan kadının çocuk için ayırabileceği zamanı sınırlandırarak, çocuğun “fırsat maliyetini” artırmaktadır (Mincer, 1963; Easterlin, 1969, 1975). Bu nedenle çalışma durumu ve doğurganlık arasında da negatif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Standing, 1983). Çalışma durumu değişkeni üç kategoriden oluşmaktadır. Bunlar, “Çalışmıyor”, “Çalışıyor, sosyal güvencesiz” ve “Çalışıyor, sosyal güvenceli” kategorileridir. Türkiye’de tarımda ve enformel sektörde çalışan kadın sayısı çok olduğu için sosyal güvenceli çalışan kadınların doğurganlık davranışlarının onlardan farklı olabileceği düşünülerek, sosyal güvenceli ve sosyal güvencesiz çalışan kadınlar ayrı kategoriler olarak ele alınmıştır.

Hanehalkı refah düzeıı ve doğurganlık arasında da negatif bir ilişki olduğu bilinmektedir (HÜNEE, 2009). Hanehalkı refah düzeıı değişkeni, hanede bilgisayar, televizyon, buzdolabı, araba gibi çeşitli dayanıklı tüketim mallarının ve ulaşım araçlarının bulunup bulunmadığına ve kullanılan içme suyu, tuvalet tipi gibi konut özelliklerine bakılarak oluşturulmuştur. Temel Bileşenler Tekniği kullanılarak uygun ağırlıklar elde edilmiş ve haneler yüzde 20’lik dilimlere ayrılmıştır. En alttaki yüzde 20’lik dilim en yoksul hanehalklarını, en üstteki yüzde 20’lik dilim ise en zengin hanehalklarını ifade etmektedir.

Çalışmada bu değişkenlerin doğurganlık üzerindeki etkisi önce, Bölüm 1.4’te Poisson regresyon analizi ile ölçülmekte, daha sonra Bölüm 1.5’te Bongaarts metodu ile analiz edilmektedir. Poisson regresyon analizi ve Bongaarts metoduna dair detaylı bilgi ilgili bölümlerde verilmektedir.

1.3. Türkiye’de Doğurganlık Dönüşümü

Türkiye’de demografik dönüşüm ve onun bir parçası olarak, doğurganlık dönüşümü süreci genel olarak modernleşme süreci ile paralel giden bir süreç olarak ele alınmalıdır. Osmanlı İmparatorluğu coğrafyasında modernleşme süreci Cumhuriyet’in kuruluşundan yaklaşık iki yüzyıl öncesinde başlamıştır (Lewis, 2001). III. Selim’in, II. Mahmut’un islahatları, Tanzimat Fermanı, Birinci ve İkinci Meşrutiyet, modernleşme sürecinde Cumhuriyet’in kuruluşunu önceleyen önemli aşamalardır. Cumhuriyet Türkiye’sinin kökleri 19. yüzyıl Osmanlı’sındaki reform hareketlerinde yatmaktadır (Gülpalp, 1994). Cumhuriyet’in kuruluşunun ardından hayata geçirilen devrimlerin hemen hemen tamamı Jön Türk dergilerinde tartışılmıştır (Küçük, 1989).

Benzer şekilde Türkiye’de doğurganlık dönüşümü süreci de Cumhuriyet’in kuruluşu ile birlikte başlamamıştır. Osmanlı’nın İstanbul, İzmir, Bursa gibi büyük kentlerinde Cumhuriyet’in kuruluşundan çok daha öncesinde doğurganlık oldukça düşük düzeılere inmişti (Fişek ve

Shorter, 1968; Shorter, 1969; Shorter ve Macura, 1982; Duben ve Behar, 1991; Behar, 1995; TÜİK, 1995). 1885 ve 1907 yıllarında yapılan Osmanlı nüfus sayımlarına göre İstanbul'da toplam doğurganlık hızı sırasıyla 3.5 ve 3.8 olarak ölçülmüştür (Duben ve Behar, 1995). Türkiye genelinde doğurganlık seviyesinin, İstanbul'un o zamanki seviyesine düşmesi ancak 1980'li yıllarla birlikte mümkün olmuştur. Bu nedenle bütün alt-nüfus grupları için homojen ve eş zamanlı bir doğurganlık geçişinden bahsetmek mümkün değildir. Doğurganlık geçişinin başlangıcı ve hızı alt-nüfus gruplarında önemli farklılıklar göstermiştir (Yavuz, 2006; Işık ve Pınarcıoğlu, 2006).

Bu bölümde, Türkiye'nin yaşadığı doğurganlık dönüşümünün aşamaları Bongaarts (2003) tarafından geliştirilen yedi aşamalı model kullanılarak ele alınacaktır (Tablo 1.1).

Tablo 1.1. Toplam doğurganlık hızı aralıklarına göre doğurganlık geçişi aşamaları

Geçiş aşaması	Toplam doğurganlık hızı aralığı
Geçiş Öncesi (Pre)	7+
Erken Geçiş Aşaması (Early)	6-6.9
Erken/orta Geçiş Aşaması (Early/mid)	5-5.9
Orta Geçiş Aşaması (Mid)	4-4.9
Orta/geç Geçiş Aşaması (Mid/late)	3-3.9
Geç Geçiş Aşaması (Late)	2.1-2.9
Geçiş sonrası (Post)	0-2.0

Kaynaklar: Bongaarts, 2003.

Cumhuriyet kurulduğunda pek çok alanda olduğu gibi nüfus alanında da Osmanlı İmparatorluğu'ndan sorunlu bir miras devralmıştı. Balkan savaşları, Birinci Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı'nda verilen büyük kayıpların ardından Türkiye coğrafyasında yaşayan nüfus oldukça azalmıştı. Uzun bir savaş döneminin ardından sosyal ve ekonomik yaşamın yeniden inşa edilmesi için nüfus artışına ihtiyaç duyulmaktaydı.

Bu gereksinimlerden dolayı Cumhuriyet'in kuruluşundan 1950'li yılların ortalarına kadar, Türkiye'de hep doğurganlığı artırıcı, yani pronatalist nüfus politikaları hakim olmuştur. Pronatalist nüfus politikaları temel olarak ekonomik gerekçelerle savunulmuş, nüfus artışının ekonomik kalkınmaya olumlu bir katkı yapacağı belirtilmiştir. Artan nüfusun ülkenin atıl durumda bulunan doğal kaynaklarının işletilmesini sağlayacağı ve hızlı nüfus artışının ülkede toplumsal iş bölümünün gelişmesini ve uzmanlaşmayı sağlayacağına inanılmıştır (Cillov, 1974).

Cumhuriyet döneminin ilk 20 yılında bu yaklaşıma uygun olarak bir dizi yasa yürürlüğe girdi. 1929 yılında 5'ten fazla çocuğa sahip ailelerin yol vergisinden muaf tutulmaları, 1930 yılında ise 6 ve daha fazla çocuklu ailelere madalya verilmesi kararı alındı. 6 Mayıs 1930 tarihinde nüfus artışına katkı yapması maksadıyla 1593 sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" yürürlüğe sokuldu. Bu yasa ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (Sihhat ve İctimai Muavenet

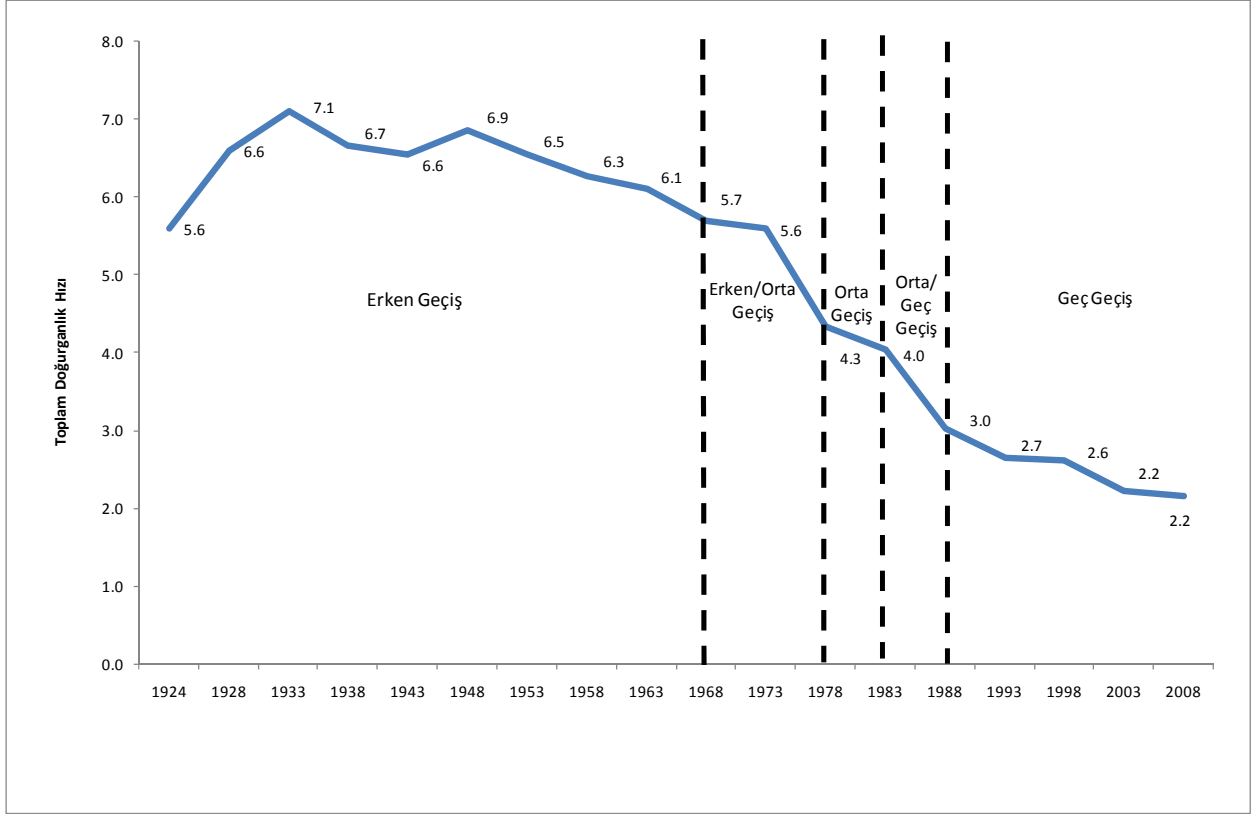
Vekaleti) doğumların kolaylaştırılması ve çocuk ölümlerinin azaltılması için önlemlerin alınması ile yükümlü kılındı. Pronatalist nüfus politikalarının ilk resmi belgesi niteliğinde olan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 152. maddesi ile gebeliğe engel olacak ya da çocuk düşürmeye yarayacak her türlü araç ve gerecin ithali, dağıtımı ve satışı yasaklandı. Sadece tedavi maksadıyla kullanılan ve eczanelerde reçeteye satılan araç ve gereçler yasanın kapsamı dışında tutuldu. Yine bu dönemde İtalyan Ceza Yasasından esinlenilerek 1926 tarihli Türk Ceza Kanununun 468, 469, 470 ve 471. maddeleri kürtajı ve çocuk yapmaya engel olacak diğer uygulamaları ağır ceza kapsamına aldı. Kürtaja yönelik cezalar 1936 ve 1953'te çıkarılan yeni yasalarla tahkim edildi. Türk Ceza Kanunu'nda kürtaja ilişkin maddeleri içeren kısmın eskiden "Kasden Çocuk Düşürmek ve Düşürtmek Cürümleri" iken, 1936'da bu kısmın adı "İrkin Tümlüğü ve Sağlığı Aleyhine Cürümler" olarak değiştirildi (Levine ve Üner, 1978; Üner, 1984; Franz, 1994; TÜSİAD, 1999). Yine bu dönemde, 1926'da kabul edilen Türk Medeni Kanunu ile erkekler ve kadınlar için evlenmede konan 18 ve 17 yaş sınırları, 1938 yılında kabul edilen 3453 sayılı yasayla erkekler için 17'ye, kadınlar için ise 15'e indirildi.

Bu dönemde Türkiye ekonomisi esasen tarıma dayalıydı. 1930'lu yıllarla birlikte hayata geçirilen ithal ikameci sanayileşme politikası kentlerde yeni iş fırsatları yaratmaktaydı, fakat kentlerde doğal nüfus artışı, kırdan kente göçe fazla gereksinim duymadan bu ihtiyacı karşılamak için yeterliydi (TÜİK, 1995). Kırsal alanlarda tarım hızla geliyor, yeni topraklar tarıma açılıyordu; dolayısıyla kırdan-kente göçü gerektiren bir durum yoktu. 1927 ile 1950 arasındaki bu dönemde kentli nüfusun payı yüzde 25'in altında kaldı.

İkinci Dünya Savaşı döneminde pronatalist nüfus politikaları uygulanmaya devam etmesine rağmen nüfus artışında önemli bir yavaşlama görüldü. Yetişkin çağıdaki çok sayıda erkeğin silah altına alınması nedeniyle, bekarlar evliliklerini, evli olanlar ise doğumlarını erteliyorlardı. Dolayısıyla, II. Dünya Savaşı yıllarını doğurganlıkta eğilimin kısmen tersine çevrildiği bir ara dönem olarak değerlendirmek mümkündür. İkinci Dünya Savaşı sonunda çok partili döneme geçilmesinin ardından iktidara gelen hükümetler nüfus politikalarında herhangi bir değişikliğe gitmemiş, tek parti dönemindeki hükümetlerde olduğu gibi, programlarında pronatalist nüfus politikalarına yer vermişlerdir (Üner, 1984).

Kısmen bu dönemde uygulanan nüfus politikalarının sonucu olarak, fakat daha ziyade ekonomik ve sosyal yeniden inşa sürecinin gereksinimleri doğrultusunda Cumhuriyet kurulduğunda 5.6 olan toplam doğurganlık hızı önce 7.1'e kadar yükseldi ve sonra 1960'lı yılların ortalarına kadar toplam doğurganlık hızı 6 çocuğun altına düşmedi. Cumhuriyet'in kuruluşundan 1960'lı yılların ortalarına kadar süren bu dönem Türkiye'de doğurganlık dönüşümünün "Erken Geçiş" aşamasını oluşturmaktaydı (Şekil 1.1).

Şekil 1.1. Türkiye’de doğurganlık dönüşümünün aşamaları, 1924-2008



Kaynaklar: TÜİK, 1995; HÜNEE, 1980; 1987; 1989; 1994; 1999; 2004; 2009

1950’li yıllarla birlikte Türkiye’nin sosyo-ekonomik özellikleri değişmeye başladı. Dönemin ithal ikameci sanayileşme politikası kentsel sektörlerde, özellikle de sanayide daha çok işgücüne ihtiyaç duyuyordu. Ekilebilir alanlar azalmış, tarımda açığa çıkan fazla nüfus kentlere doğru akmaktaydı. Eğitim ve sağlık gibi sosyal hizmetlerde sağlanan iyileşmeler kentlerin cazibesini, çekiciliğini artırıyor ve ulaşımda sağlanan gelişmeler göç sürecine ivme kazandırıyor. Dönemin Türkiye’deki sosyal, ekonomik değişimin en önemli göstergesi hız kazanan kentleşmeydi.

Hızlı nüfus artışı, çarpık kentleşme sorunları 1950’li yıllarla birlikte Türkiye’de o döneme kadar uygulanan pronatalist nüfus politikalarının sorgulanmasına yol açıyordu. 1960 yılında kurulan Devlet Planlama Teşkilatı, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda (1963-1967) ilk defa hızlı nüfus artışının yarattığı sorunlara vurgu yaptı. Planda, hızlı nüfus artışının kişi başına gayri safi milli hasılanın düşüşüne yol açacağı, ekonomik yatırımlar yerine hızla artan nüfusun ihtiyacını karşılamak için demografik yatırımlara yönelmek zorunda kalınacağı, genç yaşlardaki nüfusun hızlı artışının istihdam sorunları yaratacağı, kentlerin kontrolsüz bir şekilde büyümesine ve tarımda gizli işsizlik probleminin ortaya çıkmasına yol açacağı belirtiliyordu. Ayrıca bu planda açık ve gizli işsizlik baskısını hafifletmek ve ödemeler dengesi açığını kapatmak için yurtdışına işgücü göçünün özendirilmesi gerektiğinin altı çiziliyordu (DPT, 1963).

O döneme kadar uygulanan pronatalist nüfus politikalarına yönelik eleştirilerin 1963-1967 dönemini kapsayan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda yer almasının ardından, 10 Nisan

1965 tarihinde kabul edilen, 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun, Türkiye'deki nüfus politikalarında bir dönüm noktasına işaret etti (Koç ve diğerleri, 2010). Gebeliği önleyici yöntemleri yasaklayan 1936 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun ilgili hükümleri kaldırıldı. Gebeliği önleyici yöntemlerin ithali, dağıtımı ve satışı artık cezai yaptırım gerektirmemekteydi. Böylece eskiden zührevi hastalıkları önlemesi nedeniyle izin verilen prezervatif dışındaki diğer yöntemlerin de kullanımı yasal hale gelmiş oldu. Bunun yanısıra bu yasa, kürtaj ile ilgili kesin yasağı kaldırmakta, anne açısından hayati bir tehlike yaratması, çocuğun özürsüz doğacağına bilinmesi durumunda kürtaja izin vermektedir.

Bütün bu gelişmelerin neticesinde 1950'li yıllarla birlikte çocuğa olan talep azalmaya, doğurganlık hızı yavaş yavaş düşmeye başladı ve 1960'lı yılların ortasında 6 çocuğun altına düştü. Böylece Türkiye 1960'lı yılların ortasında doğurganlık dönüşümünün "*Erken-orta geçiş*" aşamasına geçmiş oldu. Yaşanan hızlı sosyal ve ekonomik değişimler neticesinde, Türkiye'nin doğurganlık dönüşümünün bir sonraki aşamasına geçmesi sadece 10 yılda gerçekleşti, 1970'li yılların ikinci yarısında doğurganlık düzeyi 5 çocuğun altına düştü ve doğurganlık dönüşümünde "*Orta geçiş*" aşamasına gelindi.

1980'li yıllarla birlikte ithal ikameci sanayileşme politikası, yerini ekonomik liberalleşme ve ihracata dayalı büyüme modeli ile Türkiye ekonomisini dünya pazar ekonomisine entegre etmeye çalışan bir politikaya bıraktı. Nüfus politikaları açısından önemli bir diğer gelişme bu dönemde hayata geçirildi. 1980 askeri darbesinin ardından "aile planlaması" kavramı Anayasa'da kendisine yer buldu. Mayıs 1983'te anayasanın kabul edilmesinin üzerinden altı ay geçmeden, ilk doğurganlığı azaltıcı (antinatalist) nüfus yasası revize edildi ve daha liberal ve kapsamlı bir yasa kabul edildi. 2827 sayılı bu yasanın 5. maddesine göre gebeliğin 10 haftasına kadar gebeliğin sonlandırılması; 4. maddesine göre ise hem kadınlar hem de erkekler için kısırlaştırma yasallaştı. Aynı yasanın 3. maddesine göre doktorların yanısıra eğitimli hemşire ve ebelerin de rahim içi araç (RİA) takmaları artık mümkün olacaktı (Levine ve Üner, 1978; Üner, 1984; Franz, 1994; TÜSİAD, 1999; Koç ve diğerleri, 2010).

Bu gelişmeler neticesinde doğurganlıktaki aşağı yönlü hareket hız kazanarak devam etti. 1980'lerin ilk yarısında doğurganlık düzeyinin 4 çocuğa düşmesi ile, doğurganlık dönüşümünün "*Orta-geç geçiş*" aşamasına; doğurganlık düzeyinin 1980'lerin ikinci yarısında 3 çocuğa düşmesi ile doğurganlık dönüşümünün "*Geç geçiş*" aşamasına geçildi.

Türkiye genelinde doğurganlık düzeyi TNSA-2008 sonuçlarına göre yenilenme düzeyinin hemen biraz üzerindedir. Doğurganlık düzeyinin 2 çocuğa düşmesi ile birlikte Türkiye "*Geçiş sonrası*" aşamaya geçmiş olacaktır.

1.4. Doğurganlığı Belirleyen Faktörler

Bilindiği gibi, bağımlı değişkenin sürekli olduğu durumlarda doğrusal regresyon analizi kullanılabilir, ancak bağımlı değişkenin kesikli olması durumunda farklı regresyon modellerine başvurulmaktadır. Sayma değişkenler de kesikli verilerin bir türüdür ve bu tip değişkenlerle lineer regresyon modelleri kurulduğu takdirde lineer regresyonun temel varsayımlarından ikisi genellikle ihlal edilmektedir. Bunların biri artıkların normal dağılımı varsayımı, diğeri de bağımlı değişken için varyansın homojen olması varsayımdır. Bağımlı değişken sayma veri olduğunda, uygun yöntemler *Poisson regresyon* ve *Negatif binom regresyon* modelleridir. Poisson regresyon analizinin temel varsayımı bağımlı değişkenin ortalamasının, varyansına eşit olmasıdır. Negatif binom regresyonda ise bu varsayım ortadan kalkmaktadır. Toplam canlı doğum sayısının modellenmesi literatürde yaygın olarak Poisson regresyonla yapılmaktadır. Bu çalışmada bu model oluşturulurken örneklemin karmaşık yapısı da dikkate alınmış, tabaka, küme ve ağırlık değişkenleri kullanılan yazılıma tanıtılmıştır.

Poisson dağılımı, belirli bir zaman süresince (t_i) rassal olarak, λ_i hızıyla ortaya çıkan olay sayısını tanımlamak için kullanılan doğal bir istatistiksel dağılımdır. Poisson regresyonda modellenen bağımlı değişken λ_i hızının doğal logaritmasıdır. Bu çalışmada kullanılan denklem aşağıdaki gibidir:

$$E(y_i | x_i) = \lambda_i t_i = \mu_i = e^{(\ln(t_i + B_0 + B_1 x_{1i} + B_2 x_{2i} + B_3 x_{3i} + B_4 x_{4i} + B_5 x_{5i} + B_6 x_{6i}))}$$

Modellenen $\lambda_i t_i$, hız çarpı zaman olduğu için sayı cinsindedir. Bu denklemde t_i maruz kalma süresini, x_1 kadının yaşını, x_2 yerleşim yerini (kır-kent), x_3 bölgeyi, x_4 eğitim düzeyini, x_5 çalışma durumunu ve x_6 hanehalkı refah düzeyini göstermektedir. Modeldeki yaş değişkeni süreklidir, fakat tüm diğer bağımsız değişkenler kategorik olduğu için gölge değişkenlerle analize sokulmaktadır.

Çalışmada analiz birimi kadındır. Bağımlı değişken, ilk evlilikten bugüne kadar geçen sürede sahip olunan çocuk sayısıdır. Maruz kalma süresi kadınların ilk evliliklerinden bu yana geçen süre olarak tanımlanmıştır. Bu değişkenin modelde var olmasına karşın kadının yaşı da kontrol edilmiştir. Bunun nedeni, kadınların doğurganlığa maruz olma süreleri kadar, maruz kalmaya başladıkları yaşın da önemli olmasıdır. Zamana ilişkin olan her iki değişken de yıl cinsinden kullanılmıştır. Kadının içerisinde yaşamakta olduğu sosyal ortam, bir başka ifade ile yapısal-çevresel faktörler olarak kadının yaşadığı bölge ve yerleşim yeri (kent-kır) değişkenleri kontrol edilmiştir. Analizde, hanehalkı refah düzeyi, kadının içerisinde yaşadığı hanehalkının refah düzeyinin etkisini kontrol etmektedir. Kadının sosyo-ekonomik özellikleri ise eğitim ve çalışma durumu değişkenleri ile analize dahil edilmiştir.

Poisson regresyonun yorumlanması genellikle hız oranlarıyla yapılmaktadır. Bağımsız değişkendeki bir birimlik değişim, bağımlı değişkende, hesaplanan hız oranı kat artışa neden olacağını gösterir.

Tablo 1.2'de toplam canlı doğum sayısının Poisson regresyon modeline göre belirleyicileri sunulmaktadır. Buna göre yerleşim yeri dışındaki bağımsız değişkenler modelde istatistiksel olarak anlamlıdır. Batı bölgesiyle karşılaştırıldığında, Orta, Kuzey ve Doğu bölgelerindeki bir çocuk daha doğurma olasılığı daha yüksektir. Örneğin Doğu'da, Batı'ya göre bir çocuğa daha sahip olma olasılığı yüzde 29 daha fazladır.

Tablo 1.2. Kadınların sahip oldukları çocuk sayısının belirleyenleri: Poisson regresyon analizi sonuçları, Türkiye 2008

	Hız oranı	Güvenilirlik (P> t)
Kadının yaşı	0.97	0.000
Bölge		
Batı	1.00	.
Güney	1.04	0.086
Orta	1.06	0.002
Kuzey	1.06	0.030
Doğu	1.29	0.000
Yerleşim yeri (Kır-Kent)		
Kent	1.00	.
Kır	0.97	0.056
Kadının eğitimi		
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	1.32	0.000
İlköğretim birinci kademe	1.07	0.002
İlköğretim ikinci kademe	0.98	0.560
Lise ve üzeri	1.00	.
Kadının çalışma durumu		
Çalışmıyor	1.16	0.000
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	1.05	0.113
Çalışıyor, sosyal güvenceli	1.00	.
Hanehalkı refah düzeyi		
En düşük	1.47	0.000
Düşük	1.26	0.000
Orta	1.13	0.000
Yüksek	1.05	0.039
En yüksek	1.00	.

Prob > F : 0.0000

Modele göre eğitim durumu da toplam canlı doğum sayısının anlamlı bir belirleyicisidir. Lise veya üzeri eğitim almış kadınlarla, hiç okula gitmemiş veya ilkokulu bitirmemiş kadınların bir çocuk daha fazla yapma olasılıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Okula gitmemiş veya ilkokulu bitirmemiş kadınların, lise veya üzeri eğitilmiş kadınlardan bir çocuk daha fazla yapma olasılığı 1.3 kat daha fazladır.

Sigortalı ve sigortasız çalışan kadınlar arasında, daha fazla çocuk sahibi olma olasılığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir. Fakat çalışmayan bir kadının, sigortalı çalışan bir kadına göre bir doğum daha yapma olasılığı yüzde 16 daha fazladır.

Hanehalkı refah düzeyi değişkeni için, en yüksek refah seviyesindeki hanelerde yaşayan kadınlar referans alındığında, tüm kategorilerdeki göreceli riskler anlamlı çıkmaktadır. Refah seviyesi düştükçe, bir çocuğa daha sahip olma riski de artmaktadır. En düşük refah seviyesindeki bir hanede yaşayan kadının bir çocuğa daha sahip olma olasılığı, en yüksek hanehalkı refah seviyesindeki bir hanede yaşayan kadına göre neredeyse 1.5 kat daha fazladır.

1.5. Doğurganlığı Belirleyen Ara Değişkenler

Bundan önceki bölümde sosyo-ekonomik, kültürel, yapısal faktörlerin doğurganlık üzerindeki etkilerine bakılmıştır. Sözkonusu faktörlerin Türkiye’de yaşanan doğurganlık düşüşünde etkili oldukları açıktır. Hem toplam doğurganlık hızlarında geline düzeyde bakıldığında, hem de Poisson regresyon analizi sonuçlarına bakıldığında bazı alt-nüfus gruplarının doğurganlık dönüşümünde öncü rol oynadıkları görülmektedir. Acaba doğurganlık düşüşünde öncü rol oynayan bu alt-nüfus grupları doğurganlıklarını nasıl düşürmüşlerdir? Ara değişken modelleri sosyal, ekonomik, kültürel v.s. faktörlerin bir takım biyolojik ve davranışsal faktörler dolayısıyla doğurganlık üzerinde etkili olduklarını belirtmektedir. Doğurganlığı dolaysız, doğrudan belirleyen bu biyolojik ve davranışsal faktörler “ara değişkenler” olarak adlandırılmaktadır (Bongaarts, 1978). Sosyal, ekonomik faktörler ve ara değişkenler arasındaki ilişkiyi örneklemek gerekirse, eğitim ve doğurganlık düzeyi arasındaki ilişkiye bakılabilir. Eğitim doğurganlık düzeyi üzerinde fark yaratmaktadır ancak bunu ilk evlenme yaşını ve gebeliği önleyici yöntem kullanımını artırarak yapmaktadır. Burada sosyal bir faktör olan eğitim, evlenme gibi, gebeliği önleyici yöntem kullanımı gibi ara değişkenleri etkileyerek, dolaylı bir şekilde doğurganlık üzerinde etkili olmaktadır. Göç ve doğurganlık arasındaki ilişki yine benzer bir örnek teşkil etmektedir. Sosyal bir olgu olarak göç, evliliklerin ertelenmesine veya evli olanların doğurganlıklarını ertelemelerine yol açarak doğurganlık düzeyinde değişikliğe yol açmaktadır. Özetle, sosyo-ekonomik faktörler doğurganlık üzerinde dolaylı bir etkide bulunmakta, ara değişkenler ise doğrudan bir etkide bulunmaktadır.

Ara değişken kavramı, ilk olarak Kingsley Davis ve Judith Blake tarafından 1950’li yılların ortalarında geliştirilmiştir (Davis and Blake, 1956). Davis ve Blake 11 ara değişkenden bahsetmiş ve bunları üreme sürecinin 3 temel aşamasına göre, yani cinsel ilişki, gebe kalma, ve gebelik-

doğurma aşamalarına göre sınıflandırmışlardır. Davis ve Blake'in modeli çok fazla değişken içermesi ve analizinin güç olması nedeniyle yaygın olarak kullanılmamıştır. Sonrasında, daha sade bir model geliştiren John Bongaarts (1978, 1982), doğurganlıktaki değişmeyi dört temel değişkenle açıklamıştır. Modelin yaygın olarak kullanılması ve pek çok ülkede uygulanmış olması ülkeler arasında karşılaştırma yapmayı da kolaylaştırmıştır.

Bongaarts modeli Türkiye verisine ilk defa (Özbay, 1978) tarafından uygulanmıştır. 1968 ve 1973 yıllarında yapılan nüfus araştırmalarının verisini kullanan Özbay'ın bu alanda öncü bir rol oynayan çalışmasında istemli düşük endeksi hesaplanırken, kendiliğinden düşükler de hesaplama dahil edilmiştir. Sonrasında model bir Birleşmiş Milletler yayınında tüm sonuçları göstermeden 1978 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verisine uygulanmıştır (United Nations, 1987). 1989 yılında Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, modeli 1983 ve 1988 yılları arasında doğurganlık düzeyinde yaşanan değişimin ara değişkenlerde yaşanan değişimle tutarlı olup olmadığını test etmek amacıyla kullanmıştır (HÜNEE, 1989). Bongaarts modeli ile ilgili detaylı bir çalışma Hancıoğlu tarafından yapılmıştır. Hancıoğlu'nun 1978 Türkiye Nüfus Araştırması, 1983 ve 1988 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TPHS) ve 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TDHS-1993) verilerini kullanarak yaptığı çalışması zaman içerisinde ara değişkenlerde yaşanan değişimi görmemize olanak tanımıştır (Hancıoğlu, 1997). Yakın döneme ait iki kapsamlı çalışma bu bölümün yazarlarından Eryurt tarafından yapılmıştır. Eryurt'un lisansüstü tezinde, 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-1998) verisi kullanılmış ve ilk kez Türkiye toplamı, kırsal-kent, bölge ayrımının ötesine geçilerek çok sayıda sosyo-ekonomik ve kültürel grubun doğurganlıklarını düşürürken ara değişkenleri ne oranda kullandıkları incelenmiştir (Eryurt, 2002). Model, TNSA-2003 verisine de aynı yazar tarafından uygulanmıştır (Eryurt, 2008).

1.5.1. Bongaarts Modeli

Bongaarts'ın Davis ve Blake'in kullandığı bir düzineye yakın ara değişkeni sadeleştirdiği daha önce belirtilmişti. Bu sadeleştirmeyi yapmak için Bongaarts, ilk olarak değişkendeki ciddi bir farklılaşmanın doğurganlıkta bir farklılığa yol açıp açmadığına bakmış, değişkendeki farklılaşmanın doğurganlıkta fark yaratmaması veya küçük bir farklılığa yol açması durumunda bu değişken analize dahil etmemiştir. İkinci olarak, değişkenin zaman içerisinde ve farklı toplumlar arasında farklılık gösterip göstermediğine bakmış, farklılık gösteren değişkenleri modelinde tutmuştur.

Bongaarts, bu iki kriteri de karşılayan dört faktör tespit etmiştir. Bunlar kadınların evlenme oranları, gebeliği önleyici yöntem kullanımı, istemli düşük (kürtaj) ve özellikle emzirme süresine bağlı olarak değişen doğum sonrası geçici kısırlık halidir. Bongaarts, cinsel ilişki sıklığı, kısırlık, kendiliğinden olan rahim içi ölümler ve doğurganlık süresinin uzunluğu (duration of fertile period) gibi ara değişkenlerin doğurganlık üzerindeki etkisinin gözardı edilebilecek kadar az olduğunu bulmuştur. 36 ülke verisi ile yaptığı analizler doğurganlık düzeyindeki

farklılaşmaların yüzde 96'sının bu dört faktörle açıklanabildiğini ortaya koymuştur (Bongaarts, 1978; 1982).

Bongaarts modelinde ara değişkenlerin doğurganlık üzerindeki etkisi yukarıda bahsedilen dört ara değişken için geliştirilen dört endeks ile ölçülmektedir. Bunlar:

- Evlenme oranları endeksi (Cm),
- Gebeliği önleyici yöntem kullanımı endeksi (Cc),
- İstemli düşük endeksi (Ca),
- Doğum sonrası geçici kısırlık endeksi (Ci)'dir.

Endeksler 0 ile 1 arasında değer alabilmekte, değişkenin doğurganlığı azaltan bir etkisi olmaması durumunda endeks 1 değerini almakta, değişkenin doğurganlığı tamamiyle engellemesi durumunda ise 0 değerini almaktadır (Bongaarts, 1982).

Bongaarts, modelini bu dört endeksin yanısıra dört doğurganlık ölçütünün üzerine oturtmuştur. Ara değişkenlerin doğurganlığı azaltıcı etkilerinin sonucunda doğurganlık potansiyel düzeyinin altına düşmektedir. Bongaarts bu potansiyel düzeyi *toplam doğurabilirlik hızı* (total fecundity rate, TF) olarak tanımlamaktadır. Doğurgan çağdaki tüm kadınların bu süre boyunca evli kaldıkları, gebeliği önleyici bir yöntem kullanmadıkları, istemli düşük yapmadıkları ve emzirme nedeniyle geçici kısırlık yaşamadıkları farz edilecek olursa, toplam doğurabilirlik hızı yaklaşık olarak 15.3 gibi bir rakama ulaşmaktadır. Ara değişkenlerin doğurganlığı azaltıcı etkilerinin sonucunda bir toplumun gerçek, gözlemlenen doğurganlık düzeyi ortaya çıkar ve bu düzey *toplam doğurganlık hızı* (total fertility rate, TFR) ile ölçülür. Toplam doğurganlık hızı (TFR), belirli bir sürede, mevcut yaşa-özel doğurganlık hızlarına sahip olacak bir kadının, doğurganlık dönemini tamamladığında yapmış olacağı toplam canlı doğum sayısını ifade eden bir göstergedir.

Model bünyesinde kullanılan diğer iki önemli ölçüt ise *toplam evlilik içi doğurganlık hızı* (total marital fertility rate, TM) ve *toplam evlilik içi doğal doğurganlık hızıdır* (total natural marital fertility rate, TN). Toplam evlilik içi doğal doğurganlık hızı (TM), 15 yaşında evlenip doğurganlığının sona erdiği farz edilen 49 yaşına kadar evli kalan kadınların bu süre boyunca yaptıkları doğum sayısını gösteren bir ölçüttür. Toplam evlilik içi doğal doğurganlık hızı (TN) gebeliği önleyici yöntem kullanımının ve istemli düşüğün olmadığı koşullarda toplam evlilik içi doğurganlık hızına (TM) eşittir.

Bu doğurganlık ölçütleri farklı nüfuslar arasında ciddi farklılıklar gösterebilmekle birlikte pek çok nüfusun toplam doğurabilirlik hızı (TF) 13 ile 17 arasında farklılaşmakta, ortalama olarak 15.3 gibi bir rakama denk düşmektedir (Bongaarts, 1978, 1982).

Bongaarts modeli uyarınca doğurganlık düzeyi, toplam doğurabilirlik hızından, 15.3'ten başlayarak ara değişkenlerin azaltıcı etkilerine maruz kalmaktadır. Toplam doğurabilirlik hızı, ilk

olarak doğum sonrası geçici kısırlık endeksinin (Ci) etkisine maruz kalmakta ve toplam evlilik içi doğal doğurganlık düzeyine (TN) düşmektedir.

$$TN = TF * Ci = 15.3 * Ci$$

Sonrasında korunmama endeksinin ve istemli düşük endeksinin etkilerine maruz kalarak toplam evlilik içi doğurganlık düzeyine (TM) inmektedir.

$$TM = TN * Cc * Ca$$

Nihayetinde toplam evlilik içi doğurganlık hızı (TM) evlenme endeksinin (Cm) etkisine maruz kalarak toplam doğurganlık hızı düzeyine düşmektedir.

$$TFR = TM * Cm$$

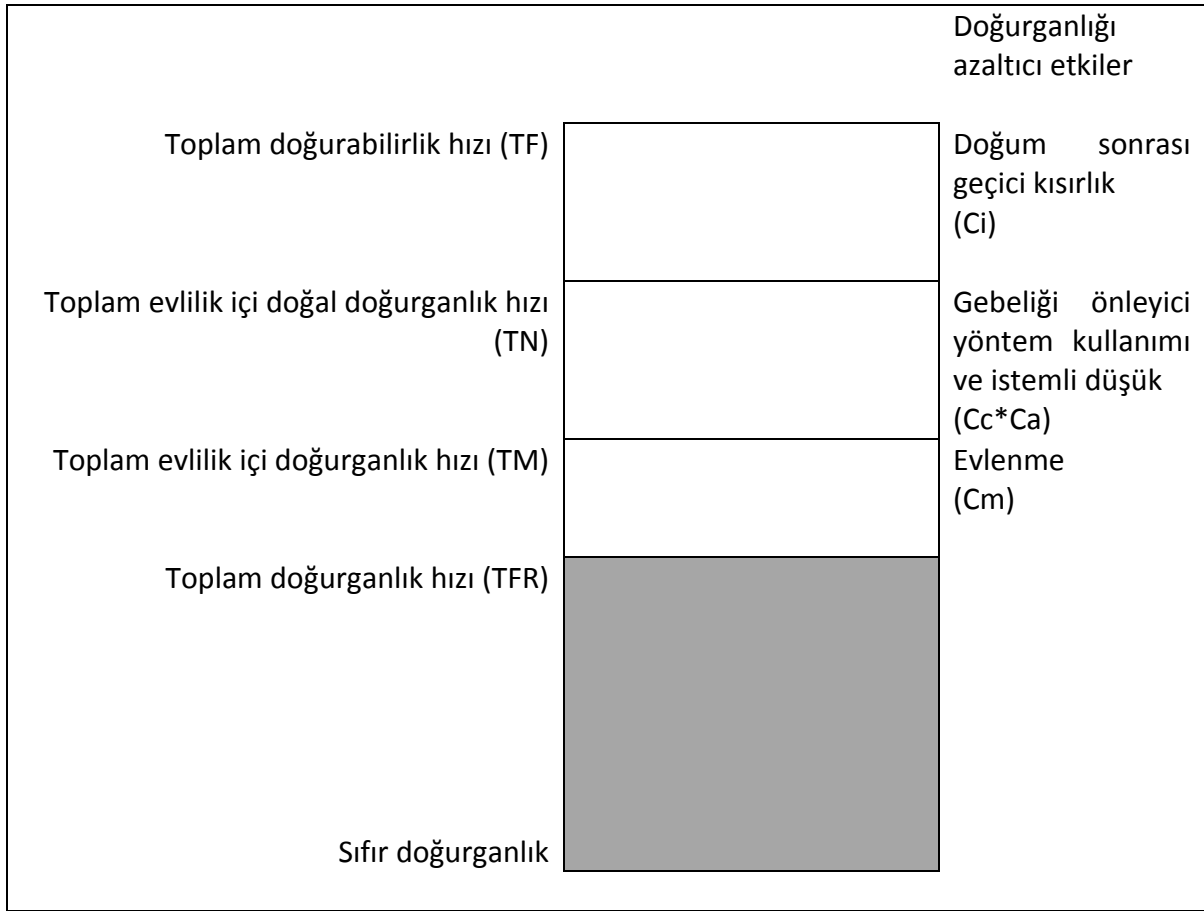
Bu eşitlikler takip edildiğinde modelin temel eşitliğine ulaşılmaktadır.

$$TFR = Cm * Cc * Ca * Ci * TF$$

Ara değişkenlerin hesaplanmasında kullanılan dört ölçüt ve dört endeks arasındaki ilişkiyi özetlendiğinde, toplam doğurabilirlik hızından, emzirmeden kaynaklı geçici kısırlığı çıkartırsak toplam evlilik içi doğal doğurganlık hızına; ondan gebeliği önleyici yöntem kullanımının ve istemli düşüklerin etkisini çıkartırsak evli kadınların toplam doğurganlığına; bundan da evlenmelerin etkisini çıkartırsak gerçek doğurganlık düzeyine, yani toplam doğurganlık hızına ulaşılmaktadır (Şekil 1.2).

TFR, TM, TN, ve TF gibi hızların bilgilerinin bulunduğu durumlarda endeksler kolaylıkla hesaplanabilmektedir. Bu bilgilerin olmadığı durumlarda aşağıda bahsedilecek eşitlikler kullanılarak endeksler hesaplanabilir.

Şekil 1.2. Bongaarts'ın ara değişkenler modeli



Kaynak: Bongaarts ve Potter (1983)

1.5.1.1. Evlenme Oranları Endeksi (Cm)

Evlenme oranları endeksi toplam doğurganlık ve evli kadınların toplam doğurganlığı arasındaki farkın önemli olup olmadığını saptar. 15-49 yaşları arasındaki tüm kadınlar evliyseler evlenmemenin doğurganlığı düşürücü etkisi söz konusu olmayacağından, evlilik oranları endeksi 1'dir ve toplam doğurganlık evlilerin toplam doğurganlığına eşittir. Kuşkusuz bu istisnai bir durumdur. Diğer bir istisnai durum üreme çağındaki hiçbir kadının evli olmamasıdır ve bu durumda evlilik oranları endeksi 0'dır. Evlenme oranları endeksi azaldıkça toplam doğurganlık da azalmaktadır.

Evlenme oranları endeksi basit bir şekilde üreme çağındaki evli kadınların oranını veren bir ölçüt değildir. 20-24 ve 25-29 yaş gruplarındaki kadınların, doğurganlığa, daha genç ve daha yaşlı yaş gruplarındaki kadınlara nazaran daha çok katkıda buldukları bilindiğinden evli kadınların yaş dağılımı da göz önünde tutulmalıdır. Bu yüzden evlenme oranları endeksi, üreme çağındaki evli kadınların yaşa özel doğurganlıkları ile standartlaştırılmış ortalama evlenme oranı olarak formüle edilmiştir.

$$C_m = \frac{\sum m_a g_a}{\sum g_a}$$

Eşitlikte yer alan g_a , (a) yaş grubundaki evli kadınların doğurganlığı, m_a ise (a) yaş grubundaki halen evli kadınların oranıdır.

Burada pay toplam doğurganlık hızına (TFR), payda toplam evlilik içi doğurganlık hızına (TM) eşit olduğundan eşitlik aşağıdaki şekilde yeniden yazılabilir.

$$C_m = \frac{TFR}{TM}$$

1.5.1.2. Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı Endeksi (Cc)

Gebeliği önleyici yöntem kullanımı endeksi doğurma riski altında olan kadınlar, yani kısır olmayan ve halihazırda evli olan kadınlar arasında gebeliği önleyici yöntem kullananların oranına ve kullanılan yöntemin etkililik derecesine bakılarak hesaplanır.

$$C_c = 1 - (1.08 * u * e)$$

Burada u doğurgan çağdaki evli kadınlar arasında gebeliği önleyici yöntem kullananların oranı, e ise kullanılan yöntemin etkililik derecesidir.

Eşitlikteki 1.08 sabiti Louis Henry'nin (1961) hazırladığı yaşa göre kısırılık oranları kullanılarak elde edilmiştir. Sabit, literatürde kısırılık düzeltme faktörü olarak geçmektedir. Eşitlikteki u değişkeni, tüm evli kadınlar arasında gebeliği önleyici yöntem kullanımının yaygınlığını gösterdiğinden ve çiftlerin kısır olduklarını bildikleri takdirde gebeliği önleyici yöntem kullanmadıkları gerçeğinden hareketle, gebeliği önleyici yöntem kullanan kadınların sayısı bu sabitle çarpılarak artırılmaktadır. Sabitin endekste yer alması sayesinde doğurganlık riski altında olmayan, kendisi veya kocası kısır olan kadınlar endekste yer almamaktadır.

Türkiye'de 1963'ten beri farklı adlarla da olsa her beş yılda bir gerçekleştirilmekte olan ve 2008'de dokuzuncusu yapılan nüfus ve sağlık araştırmalarında gebeliği önleyici yöntem kullanımına dair bilgiler de toplanmaktadır. Yöntem yaygınlığına ilişkin bilgiler bütün araştırmalarda mevcuttur. Kullanılan yöntemin etkililik derecesiyse, ancak 1993 yılındaki araştırmayla birlikte kullanılmaya başlanılan takvim modülüyle daha sağlıklı bir şekilde hesaplanabilir hale gelmiştir. Daha önceki araştırmalarda sadece 1988 yılında kullanılan yöntemin etkililik derecesini tespit etmek için hamile kalındığında herhangi bir yöntemin kullanılıp kullanılmadığına ilişkin bir soru yer almaktaydı. Bu soruya verilen cevaplara göre yapılan hesaplamalar güvenilir sonuçlar vermemiştir (Kulu-Glasgow ve diğerleri, 1992).

Kullanılan yöntemin etkililik derecesini hesaplamak için öncelikle takvim verisi kullanılarak başarısızlık hızları hesaplanmıştır. Macro International Inc. tarafından geliştirilen DYNPAK adlı yazılım (Curtis and Hammerslough, 1995) başarısızlık hızlarını hesaplamak için kullanılmıştır. Başarısızlık hızları bu şekilde hesaplandıktan sonra aşağıdaki eşitlik kullanılarak etkililik dereceleri elde edilmiştir.

$$e_m = 1 - [(1 - (1 - {}^mF_{12})^{1/12}) / f]$$

burada ${}^mF_{12}$, m yönteminin bir yıllık net başarısızlık hızını, f ise doğurabilirliği (aylık hamile kalma olasılığı) göstermektedir ve 0.17 olarak alınmaktadır (Hammerslough,1993).

1.5.1.3. İstemli Düşük Endeksi (Ca)

İstemli düşük endeksi (Ca), istemli düşüklerin doğurganlığı azaltıcı etkisini ölçmeyi amaçlamaktadır.

$$Ca = \frac{\sum TFR}{\sum TFR + (0,4 * (1 + u) * TA)}$$

Burada TFR yine toplam doğurganlık hızını, u doğurgan çağıdaki evli kadınlar arasında gebeliği önleyici yöntem kullananların oranını, TA ise doğurganlık çağının sonuna gelmiş evli kadınların ortalama yaptıkları isteyerek düşük sayısını ifade etmektedir. TA hesaplanırken sadece evli kadınların yaptığı istemli düşükler hesaba katılmaktadır.

İstemli düşükle engellenen doğum sayısı düşükten sonra gebelikten korunma ile yakından ilişkilidir. Normalde, istemli düşükten sonra gebeliği önleyici bir yöntem kullanılmaması durumunda, düşük 0.40 doğuma engel olduğu için bu değere formülde yer verilmiştir.

1.5.1.4. Doğum Sonrası Geçici Kısırlık Endeksi (Ci)

Doğum sonrasındaki geçici kısırlık, cinsel ilişkiden kaçınma veya emzirmeden kaynaklı olabilir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde emzirmenin yumurtlama evresini geciktirici etkisi nedeniyle gebeliği önleyici bir yöntem olarak kullanıldığı bilinmektedir. Doğum sonrası cinsel ilişkiden kaçınmanın ve emzirmenin doğurganlığı azaltıcı etkisi doğum sonrası geçici kısırlık endeksi (Ci) ile ölçülmektedir. Doğum sonrasında cinsel ilişkiden kaçınılmadığı veya bebeğin hiç emzirilmediği durumlarda iki doğum arasında ortalama olarak geçecek süre 20 ay olmaktadır. Bu rakam, doğum sonrasında ovülasyonun gerçekleşmediği 1.5 aylık süre, hamile kalmak için geçmesi gereken 7.5 aylık bekleme süresi, 2 aylık kendiliğinden rahim içi ölüm süresi ve 9 aylık hamilelik süresi toplanılarak bulunmuştur (Bongaarts, 1978, 1982). Endeks aşağıdaki eşitlikle hesaplanmaktadır.

$$C_i = \frac{20}{18,5 + i}$$

Burada i doğum sonrası geçici kısırılık halinin süresidir ve doğumdan sonra ortalama veya ortanca adet görmeden geçen aylar olarak ölçülür.

1.5.1.5. Endekslerin Doğurganlık Düşüşüne Yüzdeler Katkıları

Ara değişkenlerin doğurganlık üzerindeki etkilerini görmenin uygun bir yolu, toplam doğurabilirlik hızı, toplam doğurganlık hızı düzeyine düşerken her bir ara değişkenin bu düşüşe yüzde kaç katkı yaptığına bakılmasıdır. Endekslerin doğurganlık düşüşüne yaptıkları katkıyı aşağıdaki formülle hesaplamak mümkündür. Burada C_x sırasıyla C_m , C_c , C_a ve C_i endekslerinin değerlerini almaktadır (United Nations, 1987).

$$100 * \left(\frac{\log C_x}{\log C_m + \log C_c + \log C_a + \log C_i} \right)$$

1.5.2. Türkiye’de Doğurganlık Düzeyini Belirleyen Ara Değişkenlerdeki Değişmeler

1.5.2.1. Evlilik

Evliliklerin ertelenmesi, Malthus’un doğurganlığı sınırlamak amacıyla vaaz ettiği bir yöntem olduğu için Malthusçu bir yöntem olarak bilinir (Malthus, 1970). Evlilik durumu doğurganlık düzeyini belirleyen en önemli faktörler arasındadır. Evlilik bir kadının gebelik riski altına girip girmediğinin göstergesidir. Evli bir kadının cinsel ilişkiye girme ve çocuk sahibi olma riski diğer kadınlardan fazla olduğu için evli bir kadının doğurganlığı bekar, boşanmış ve dul kadınlardan oldukça fazladır. Evliliğin doğurganlık üzerindeki etkisini ölçmeyi amaçlayan çalışmalarda evlilik kavramı yasal evlilikle sınırlandırılmamalıdır. Önemli olan çiftlerin yasal olarak evli olmalarından ziyade cinsel ilişkiye girme, dolayısıyla çocuk sahibi olma riski altında olup olmadıkları, yani karı-koca ilişkisi yaşayıp yaşamadıklarıdır.

TNSA-2008 sonuçlarına göre Türkiye’de kadınların tamamına yakını üreme çağının sonuna kadar evlenmektedir (HÜNEE, 2010). Bu sonuç, evliliğin tüm alt-nüfus gruplarında çok yaygın olduğunu bir kez daha teyit etmektedir. Boşanma ve ayrı yaşama, Türkiye’de toplumsal onay görmediğinden pek yaygın değildir, 15-49 yaşlarındaki kadınların sadece yüzde 1.7’si boşanmış, yüzde 0.6’sı ise ayrı yaşamaktadır (HÜNEE, 2009). Evlilik dışında çocuk doğurmak Türkiye’de yaygın olmadığı için evlenmemiş olan kadın nüfusun oranı doğurganlık düzeylerini doğrudan etkilemektedir. Tablo 1.3 zaman içerisinde Türkiye’de hiç evlenmemiş kadınların oranındaki değişimi göstermektedir. Son 30 yılda bu oran hemen hemen tüm yaş gruplarında artmıştır. Bu artış en çok 20-34 yaşlarında göze çarpmaktadır.

Tablo 1.3. Türkiye’de hiç evlenmemiş kadın oranının değişimi: Hiç evlenmemiş kadınların yaşa göre yüzde dağılımı, 1978-2008

Yaş	TDA-1978	TNSA-1988	TNSA-1998	TNSA-2008
15-19	77.8	85.4	84.5	90.2
20-24	26.2	39.3	39.3	54.4
25-29	7.5	12.2	12.9	22.7
30-34	2.6	4.5	6.5	10.8
35-39	0.9	2.9	2.4	4.3
40-44	1.6	2.8	1.8	1.7
45-49	0.7	1.8	1.7	0.1

Kaynaklar: HÜNEE, 1980; 1989; 1999; 2009

İlk evlilik yaşının doğumlar üzerinde önemli bir etkisi vardır. Daha erken yaşlarda evlenen kadınlar ortalama olarak daha uzun süre gebelik riski altına girmekte, bu da genellikle yaşam boyunca daha fazla sayıda doğuma yol açabilmektedir (Behar ve Duben, 1996; Shorter ve Macura, 1982; TÜİK, 1995).

Türkiye’de yasal asgari evlenme yaşı, 2002 yılı öncesindeki *Medeni Kanun*’a göre kadınlar için 15 idi. 2002 yılında Medeni Kanun’da toplumsal cinsiyet eşitliği temelinde yapılan düzenlemeler ile ebeveynlerin onayı ile asgari evlenme yaşı hem erkekler hem de kadınlar için 17 olarak değiştirildi. Ancak bu yasal düzenlemelere rağmen imam nikahı ile yasal olarak belirlenen yaşlardan önce evlenenlere halen rastlanmaktadır. TNSA-2008 sonuçlarına göre 16 yaşındaki kadınların yüzde 3.8’inin evli olduğu görülmektedir (Koç ve diğerleri, 2010).

1930’lu yıllarda kadınlar için 19.7, erkekler için 23.1 olan ilk evlilik yaşı 1990’lı yılların ilk yarısında kadınlar için 22.4’e, erkekler için ise 25.1’e yükselmiş; TNSA-2008 sonuçlarına göre ise kadınlar için 24.1’e, erkekler için 27.4’e kadar yükselmiştir (HÜNEE, 2009). Yaklaşık 70 yıllık bir dönemde ilk evlilik yaşında hem kadınlar hem de erkekler için 4 yıllık bir artış yaşanmıştır (Tablo 1.4).

Tablo 1.4. Ortalama ilk evlilik yaşının değişimi, 1935-2008⁵

Sayım ve Araştırma Yılları	Kadın	Erkek
1935	19.7	23.1
1945	19.6	23.7
1950	19.3	22.7
1955	18.9	22.6
1960	19.2	22.7
1965	19.6	23.5
1970	19.9	23.4
1975	20.1	23.7
1978	20.7	23.4
1980	20.7	23.8
1983	20.8	24.2
1985	21.5	24.6
1988	21.9	24.8
1990	22.0	25.0
1993	22.4	25.1
1998	22.0	25.4
2000	23.0	26.1
2003	23.5	26.6
2008	24.1	27.4

Kaynaklar: TÜİK, 1937; 1949; 1954; 1961; 1964; 1969; 1973; 1982; 1989; 1993; 2000; HÜNEE, 1980; 1987; 1989; 1994; 1999; 2004; 2009

Bongaarts modeli çerçevesinde evlenmenin doğurganlık üzerindeki etkisini ölçmek maksadı ile evlenme endeksi hesaplanırken kullanılan toplam doğurganlık hızı araştırmadan önceki üç yıl için hesaplanmıştır. Evlilik içi toplam doğurganlık hızı hesaplanırken 15-19 yaş grubunun yaşa özel evlilik içi doğurganlık hızı genel olarak güvenilirmez addedildiği için, Bongaarts'ın yaptığı gibi (Bongaarts, 1978) bu hız, 20-24 yaş grubunun doğurganlık hızının yüzde 75'i olarak alınmıştır.

⁵Ortalama ilk evlilik yaşları, yaşlara göre hiç evlenmemiş nüfus oranlarını temel alan Singulate Mean Age at Marriage (SMAM) yöntemi (Newell, 1994) ile hesaplanmıştır. Hesaplamalar yazarlar tarafından yapılmıştır. Erkekler için 1988 yılındaki ortalama ilk evlilik yaşı 1988 ve 1993 yıllarındaki ilk evlilik yaşının ortalaması alınarak hesaplanmıştır.

Tablo 1.5. Toplam doğurganlık hızı, toplam evlilik içi doğurganlık hızı ve evlenme endeksleri, Türkiye 2008

	Toplam Doğurganlık Hızı (TFR)	Toplam Evlilik İçİ Doğurganlık Hızı (TM)	Evlenme Endeksi (Cm)
Bölge			
Batı	1.75	3.05	0.5738
Güney	2.10	3.65	0.5753
Orta	2.20	3.54	0.6215
Kuzey	2.09	3.22	0.6491
Doğu	3.25	5.14	0.6323
Yerleşim yeri (Kent-Kır)			
Kent	2.00	3.44	0.5814
Kır	2.71	4.15	0.6530
Kadının eğitimi			
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	3.37	5.11	0.6597
İlköğretim birinci kademe	2.56	3.49	0.7333
İlköğretim ikinci kademe	1.98	3.30	0.6005
Lise ve üzeri	1.47	3.02	0.4874
Kadının çalışma durumu			
Çalışmıyor	2.54	3.82	0.6649
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	1.64	3.27	0.5015
Çalışıyor, sosyal güvenceli	1.02	3.13	0.3259
Hanehalkı refah düzeyi			
En düşük	3.38	5.02	0.6733
Düşük	2.44	3.86	0.6321
Orta	2.15	3.45	0.6232
Yüksek	1.70	2.93	0.5802
En yüksek	1.38	2.50	0.5520
Türkiye	2.16	3.61	0.5983

1.5.2.2. Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı

Gebeliği önleyici yöntem kullanımı, doğumların ertelenmesini veya sonlandırılmasını sağlayarak doğurganlık düzeyini belirleyen en önemli faktör durumundadır. Hem Batı Avrupa ülkelerinin, hem de Türkiye'nin yaşadığı doğurganlık dönüşümü sürecinde, gebeliği önleyici yöntem kullanımının yaygınlaşması, evliliklerin ertelenmesinden de, diğer demografik faktörlerden de daha belirleyici olmuştur (Behar ve Duben, 1996; Van De Kaa, 1999).

Cumhuriyet'in ilk yıllarından 1960'lı yıllara kadar doğurganlığı artırmayı amaçlayan pronatalist nüfus politikaları uygulandığından, gebeliği önleyici yöntemlerin ithali, üretilmesi,

kullanılması ve kullanılmasının teşvik edilmesi yasaktı. Bu dönemde modern gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımı yaygınlaşmamıştır. Bu durum ancak 1960'lı yıllarda nüfus politikalarının değişmesi, doğurganlığı azaltmayı amaçlayan antinatalist nüfus politikalarına geçilmesi ile birlikte değişmiştir. Türkiye'de 1960 yılı öncesindeki gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımına ilişkin bilgilerimiz sınırlıdır. Behar ve Duben (1996), Osmanlı İmparatorluğu'nun son dönemleri ile Cumhuriyet'in ilk dönemlerinde İstanbul ve çevresinde geri çekme ve emzirmenin gebeliği önleyici yöntemler olarak yaygın bir şekilde kullanıldığını vurgulamaktadır. Gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımı konusunda ülke geneline ilişkin ilk bilgilerimiz *1963 Türkiye Nüfus Araştırması*'ndan gelmektedir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre o dönemde kadınların, çoğunluğu geleneksel/folklorik yöntemler olmak üzere, yüzde 22'si gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmaktadır (Özbay, 1978). Daha sonra ise 1968 ve 1973 nüfus araştırmalarından elde edilen sonuçlar Türkiye'de kadınların sırasıyla yüzde 32 ve yüzde 38'inin gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullandığını göstermektedir (Özbay, 1978). 1978 yılında evli kadınların sadece yarısı herhangi bir yöntem kullanırken bu yüzde 1988'e kadar geçen 10 yıllık süre zarfında 1983 Nüfus Yasası'nın da etkisi ile hızlı bir şekilde yüzde 64'e yükselmiş ve sonraki on yılda bu oran da sabitlenmiştir. 2008 araştırmasındaysa bu değer yüzde 73'e çıktığı görülmektedir. Herhangi bir yöntem kullanan kadınların yüzdesindeki artış temel olarak modern yöntem kullanan kadınların yüzdesinin artmış olmasından kaynaklanmaktadır (Tablo 1.6). 1978 yılında geleneksel yöntem kullananların yüzdesi, modern yöntem kullananların iki katı iken, 30 yıl içerisinde tablo neredeyse tersine dönmüş, herhangi bir yöntem kullananların içerisinde modern yöntem kullananların ağırlığı oldukça artmıştır.

Tablo 1.6. Gebeliği önleyici yöntem kullanımı oranlarındaki değişim

Yöntem	TFS-1978	TNSA-1988	TNSA-1998	TNSA-2008
Herhangi bir yöntem	50.3	63.4	63.9	73.0
Modern yöntem	17.7	31.0	37.7	46.0
Geleneksel yöntem	32.5	32.3	25.5	27.0
Yöntem kullanmayanlar	49.7	36.6	36.1	27.0

Kaynaklar: HÜNEE, 1980; 1989; 1999; 2009

Yöntem kullanım oranlarındaki farklılaşmaya alt-nüfus gruplarına göre bakıldığında bölgesel düzeyde modern yöntem kullanımının en yaygın olduğu bölgelerin Orta ve Batı bölgeleri olduğu, geleneksel yöntemlerin en yaygın olduğu bölgenin ise Kuzey bölgesi olduğu görülmektedir. Doğu bölgesi hem modern, hem geleneksel yöntemlerde en düşük kullanım oranlarına sahiptir. Kırsal yerleşim yerlerinde modern yöntem kullanımı kenttenkinden az, geleneksel yöntem kullanımı kenttenkinden çoktur. Yöntem kullanımının yaygınlığı kadının eğitim durumuna göre bariz farklılıklar göstermektedir. Özellikle hiç eğitimi olmayan veya ilkokulu bitirmemiş kadınlarla lise ve üzeri eğitime sahip kadınların modern yöntem kullanım oranları karşılaştırıldığında farklılık belirginlik kazanmaktadır. Sosyal güvenceli bir işte çalışan kadınlarla, çalışmayan veya sosyal güvencesiz olarak çalışan kadınlar arasında modern yöntem kullanımının yaygınlığı açısından dikkat çekici bir fark vardır. Geleneksel yöntemlerin kullanımı, hanehalkının

refah düzeyine göre önemli bir farklılık göstermezken, modern yöntem kullanımı oranları özellikle en düşük ve en yüksek refah düzeyindeki haneler arasında bariz farklılık göstermektedir.

Tablo 1.7. Alt-nüfus gruplarına göre gebeliği önleyici yöntem kullanımı, Türkiye 2008

	Herhangi bir yöntem	Herhangi bir modern yöntem	Herhangi bir geleneksel yöntem	Yöntem kullanmıyor
Bölge				
Batı	76.3	48.2	28.1	23.7
Güney	70.4	45.8	24.6	29.6
Orta	75.6	48.8	26.7	24.4
Kuzey	75.6	41.4	34.1	24.4
Doğu	61.4	37.8	23.5	38.6
Yerleşim yeri (Kent-Kır)				
Kent	74.3	47.8	26.5	25.7
Kır	68.9	40.3	28.6	31.1
Kadının eğitimi				
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	60.8	35.3	25.4	39.2
İlköğretim birinci kademe	76.8	46.8	30.0	23.2
İlköğretim ikinci kademe	66.5	40.7	25.8	33.5
Lise ve üzeri	76.7	55.2	21.4	23.3
Kadının çalışma durumu				
Çalışmıyor	71.1	45.0	26.1	28.9
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	75.1	44.1	31.0	24.9
Çalışıyor, sosyal güvenceli	82.7	57.8	25.0	17.3
Hanehalkı refah düzeyi				
En düşük	63.3	38.0	25.3	36.7
Düşük	70.6	40.9	29.6	29.4
Orta	75.3	47.0	28.3	24.7
Yüksek	73.8	46.8	27.0	26.2
En yüksek	79.1	54.3	24.8	20.9
Türkiye	73.0	46.0	27.0	27.0

Bu süreçte sadece yöntem kullanımının yaygınlığı artmamıştır, aynı zamanda yöntemler daha etkili, bilinçli bir şekilde kullanılmaya başlanmış, yöntem başarısızlık hızları düşmüştür. Tabii bu tespiti veriden doğrulama şansımız ancak 1990'lı yıllarla birlikte mümkün olmuştur (Bölüm 1.5.1.2). 1993 yılında 9.7 olan başarısızlık hızı, 2008 yılında 7.0'a düşmüştür (Tablo 1.8). Başarısızlık hızlarındaki değişime yöntemlere özel olarak baktığımızda, hap ve kondom gibi modern

yöntemlerdeki başarısızlık hızlarının düştüğünü, RİA'da ise bir miktar yükselme olduğunu görüyoruz. Geri çekmenin ise geleneksel bir yöntem olmasına rağmen giderek daha etkili bir şekilde kullanıldığı görülmektedir.

Tablo 1.8. Yöntem başarısızlık hızlarındaki değişim, 1993 ve 2008

Yöntem	TNSA-1993	TNSA-2008
Hap	6.3	4.4
RİA	1.0	1.7
Kondom	8.6	5.1
Geri çekme	14.9	11.4
Toplam	9.7	7.0

Kaynaklar: HÜNEE, 1994; 2009

Tablo 1.9'da alt nüfus gruplarına göre yöntem kullanım oranları, başarısızlık hızları, etkililik derecesi ve bunlardan hesaplanan gebeliği önleyici yöntem kullanımı endeksleri verilmektedir.

Tablo 1.9'da yöntem kullanımında bölgesel farklılaşmanın devam ettiği görülmektedir, Batı, Orta ve Kuzey bölgelerinde kadınların yüzde 76'sı herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanırken, bu oran Doğu'da yüzde 61'e düşmektedir. Eğitim beklendiği üzere yöntem kullanımında önemli bir fark yaratmaktadır. İlkokulu bitiren kadınlar ile hiç eğitimi olmayan veya ilkokulu bitirmeyen kadınlar arasında kayda değer bir fark vardır. Yöntem kullanımının en yaygın olduğu alt nüfus grubu olarak sosyal güvenceli bir işte çalışan kadınlar ön plana çıkmaktadır (yüzde 83). Yöntem kullanımının en az olduğu alt nüfus grupları ise eğitimi olmayan kadınlar ve en yoksul hanehalklarında yaşayan kadınlardır.

Yöntem başarısızlık hızlarına bakıldığında ise Doğu bölgesinde, kırsal yerleşim yerlerinde, eğitimsiz kadınlar arasında, çalışmayan kadınlarda ve refah düzeyi en düşük hanelerde yaşayan kadınlar arasında yöntem başarısızlık hızlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Özellikle Doğu bölgesinde yaşayan kadınlar arasındaki yüksek yöntem başarısızlığı dikkat çekicidir.

Gebeliği önleyici yöntem kullanımı endeksi, yöntem prevalansının ve bu yöntemlerin ne kadar etkili kullanıldığına doğurganlık seviyesi üzerindeki birleşik etkisini yansıtmaktadır. Endeks "0" a yaklaştıkça doğurganlığı azaltıcı etkisi artmaktadır. Endek en düşük değeri, 0.1353 ile sosyal güvenceli bir işte çalışan kadınlar arasında; en yüksek değeri ise 0.3728 ile Doğu'da yaşayan kadınlar arasında almaktadır.

Tablo 1.9. Yöntem kullanım oranı, başarısızlık hızları, yöntem etkililik dereceleri ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı endeksleri, Türkiye 2008

	Gebeliği önleyici yöntem kullanım oranı (u)	Yöntem başarısızlık hızı (f)	Yöntem etkililik derecesi (e)	Gebeliği önleyici yöntem kullanımı endeksi (Cc)
Bölge				
Batı	0.763	0.065	0.967	0.2030
Güney	0.704	0.070	0.965	0.2666
Orta	0.755	0.052	0.974	0.2059
Kuzey	0.756	0.065	0.967	0.2103
Doğu	0.614	0.105	0.946	0.3728
Yerleşim yeri (Kent-Kır)				
Kent	0.743	0.067	0.966	0.2248
Kır	0.689	0.075	0.962	0.2842
Kadının eğitimi				
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	0.608	0.085	0.957	0.3718
İlköğretim birinci kademe	0.768	0.065	0.967	0.1978
İlköğretim ikinci kademe	0.665	0.058	0.971	0.3028
Lise ve üzeri	0.767	0.073	0.963	0.2023
Kadının çalışma durumu				
Çalışmıyor	0.711	0.073	0.963	0.2606
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	0.751	0.057	0.971	0.2122
Çalışıyor, sosyal güvenceli	0.827	0.063	0.968	0.1353
Hanehalkı refah düzeyi				
En düşük	0.633	0.100	0.949	0.3515
Düşük	0.705	0.066	0.967	0.2640
Orta	0.753	0.087	0.956	0.2229
Yüksek	0.738	0.049	0.975	0.2225
En yüksek	0.791	0.054	0.973	0.1689
Türkiye	0.730	0.069	0.965	0.2391

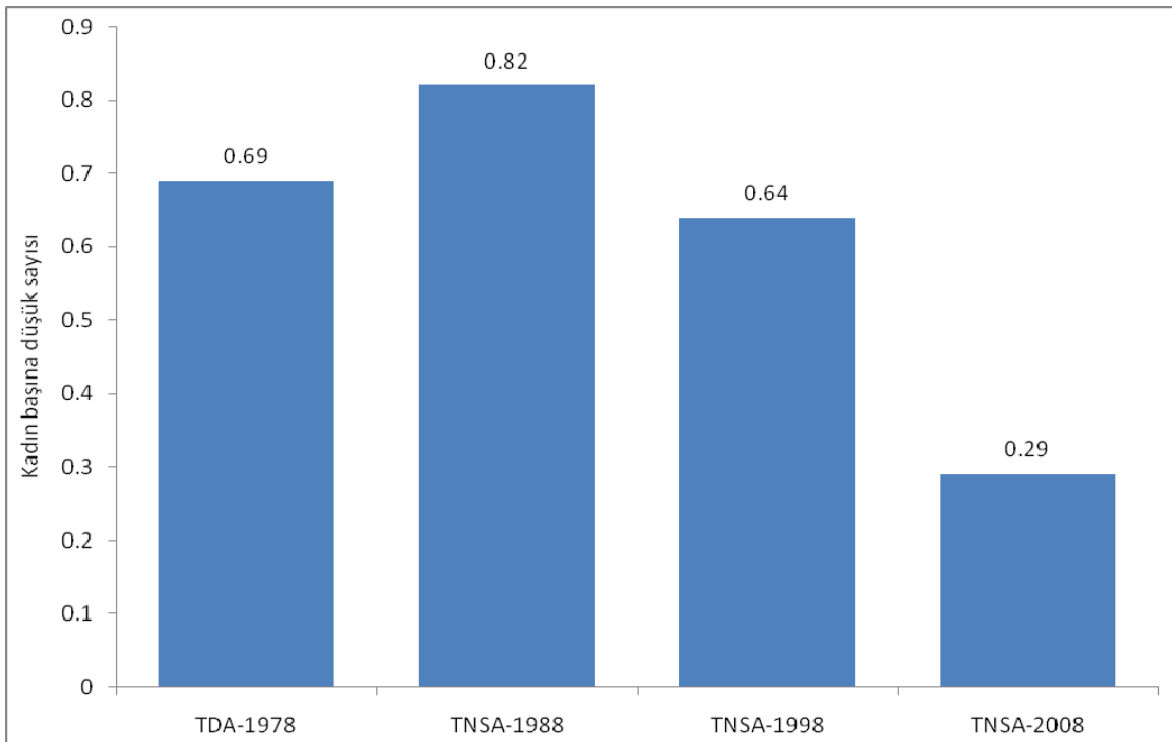
1.5.2.3. İsteyerek Düşükler

Pronatalist nüfus politikalarının uygulanmakta olduğu yıllarda isteyerek düşüklere yasal düzenlemeler yoluyla ağır cezai yaptırımlar getirilmiştir. Buna rağmen özellikle büyük kentlerde isteyerek düşüklükler nadir rastlanan bir olay değildir. Sağlık Bakanlığı'nın 1958 yılında Dr. Z. Tahir

Burak'ın başkanlığında oluşturduğu komisyonun hazırladığı raporda, sağlıksız koşullarda gerçekleştirilen isteyerek düşüklerin seviyesinin yüksekliğine vurgu yapılmakta ve isteyerek düşükler ile anne ölümlerinin yüksekliği arasında ilişki kurulmaktadır (Franz, 1994). Türkiye'de 1965 Nüfus Yasası ile anne ve çocuk sağlığını tehdit eden durumlar dışında yasaklanan isteyerek düşükler, 1983 Nüfus Yasası ile gebeliğin 10. haftasına kadar isteğe bağlı hale getirilmiştir.

Bilindiği gibi kadınlar genellikle zorunlu koşullar nedeniyle istemli düşüğe başvururlardır. Gebeliği önleyici yöntemlerin etkin bir şekilde kullanımıyla istemli düşük hızları arasında negatif bir ilişki olduğu pek çok çalışmada vurgulanmıştır (Jones ve diğerleri, 1989; Westoff ve diğerleri, 1998). Eğer çiftler gebeliği önleyici yöntemlere ulaşmakta güçlük çekiyorlarsa veya kullanılan yöntemin başarısızlık hızları yüksekse istemli düşüğe başvuran kadınların sayısı artmaktadır. Bu tespitten hareketle 1978-2008 döneminde istemli düşüğe başvuran kadın sayısının azalmış olacağı henüz hiçbir analize başvurmadan, sadece gebeliği önleyici yöntem kullanımının artmış olduğu bilgisi göz önünde tutularak rahatlıkla tahmin edilebilir. Nitekim Şekil 1.3'de verilen rakamlar bu beklentiyle genel olarak uyumludur. İsteyerek düşük oranları, 1978 yılı ile başlayan dönemde, 1983 Nüfus Yasası'nın da etkisi ile 1990'lı yılların sonuna kadar artmış, ancak daha sonraki dönemde gebeliği önleyici yöntem kullanımının yaygınlaşması ile birlikte düşme eğilimi içerisine girmiştir.

Şekil 1.3. Toplam isteyerek düşük hızlarındaki değişim, 1978-2008



Kaynaklar: HÜNEE, 1980; 1989; 1999; 2009

1993'ten itibaren Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında istemli düşükle ilgili bilgiler soru kağıdında bulunan gebelik tarihçesi ve soru kağıdının sonunda yer alan takvim aracılığı ile toplanmaktadır. Toplam istemli düşük hızı (TA), bu gebelik tarihçesi kullanılarak

hesaplanmaktadır. Toplam istemli düşük hızı, toplam doğurganlık hızında olduğu gibi araştırmadan önceki üç yıllık süre için hesaplanmış ve sadece evli kadınların yaptıkları istemli düşükler hesaba katılmıştır.

Alt nüfus gruplarında isteyerek düşük hızlarının, gebeliği önleyici yöntem kullanımındaki benzer bir farklılaşma sergilediği söylenebilir. Doğu bölgesinde, kırdaki, eğitimsiz kadınlar arasında isteyerek düşüğe daha az rastlanmaktadır. İsteyerek düşük endeksinin değerlerine bakıldığında, endeksin en düşük değeri sosyal güvenceli bir işte çalışan kadınlar arasında aldığı ve dolayısıyla doğurganlık düşüşüne en fazla katkıyı yaptığı; en yüksek değeri ise eğitimi olmayan kadınlar arasında aldığı ve doğurganlık düşüşüne en az katkıyı yaptığı görülmektedir.

Tablo 1.10. Toplam isteyerek düşük hızları ve isteyerek düşük endeksleri, Türkiye 2008

	Toplam İstemli Düşük Hızı (TA)	İstemli Düşük Endeksi (Ca)
Bölge		
Batı	0.34	0.8795
Güney	0.35	0.8980
Orta	0.25	0.9261
Kuzey	0.25	0.9225
Doğu	0.20	0.9618
Yerleşim yeri (Kent-Kır)		
Kent	0.31	0.9025
Kır	0.22	0.9480
Kadının eğitimi		
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	0.20	0.9632
İlköğretim birinci kademe	0.35	0.9118
İlköğretim ikinci kademe	0.29	0.9111
Lise ve üzeri	0.28	0.8813
Kadının çalışma durumu		
Çalışmıyor	0.30	0.9252
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	0.26	0.9001
Çalışıyor, sosyal güvenceli	0.30	0.8231
Hanehalkı refah düzeyi		
En düşük	0.23	0.9574
Düşük	0.28	0.9274
Orta	0.37	0.8923
Yüksek	0.21	0.9209
En yüksek	0.33	0.8537
Türkiye	0.29	0.9150

1.5.2.4. Doğum Sonrası Geçici Kısırlık

Doğum sonrası geçici kısırlık diğer üç endeksten bir yönüyle ayrılmaktadır. Diğer endeksler gelişmiş bölge ve gruplarda daha düşük değerler almakta ve doğurganlık düşüşü üzerinde daha etkili olmakta iken, doğum sonrası geçici kısırlık endeksi tam tersine sosyo-ekonomik gelişkinlik arttıkça daha yüksek değerler almakta ve daha etkisiz olmaktadır. Doğum sonrası gebelik riski altında olmama durumu temel olarak doğum sonrası cinsel ilişkiden kaçınma ve emzirmeden kaynaklanmaktadır. Sosyo-ekonomik gelişkinlik düzeyinden bağımsız olarak hemen tüm bölge ve gruplarda doğum sonrasında cinsel ilişkiden sakınma süresi birbirine yakındır. Türkiye’de doğumdan sonra cinsel ilişkiden kaçınma süresi geleneksel olarak 40 gündür ve tüm alt nüfus grupları bu geleneğe uygun davranmaktadır. Endeksteeki farklılaşma temel olarak emzirme sürelerinin farklılaşmasından dolayıdır.

Tablo 1.11. Ortanca gebelik riski altında olmama süreleri ve doğum sonrası geçici kısırlık endeksleri, Türkiye 2008

	Gebelik Riski Altında Olmama	Doğum Sonrası Geçici Kısırlık Endeksi (Ca)
Bölge		
Batı	3.6	0.9050
Güney	2.7	0.9434
Orta	5.0	0.8511
Kuzey	2.5	0.9524
Doğu	3.8	0.8969
Yerleşim yeri		
Kent	3.5	0.9091
Kır	5.1	0.8475
Kadının eğitimi		
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	4.4	0.8734
İlköğretim birinci kademe	3.7	0.9009
İlköğretim ikinci kademe	4.4	0.8734
Lise ve üzeri	3.5	0.9091
Kadının çalışma durumu		
Çalışmıyor	3.9	0.8929
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	5.4	0.8368
Çalışıyor, sosyal güvenceli	2.7	0.9434
Hanehalkı refah düzeyi		
En düşük	3.5	0.9091
Düşük	5.6	0.8299
Orta	4.5	0.8696
Yüksek	3.0	0.9302
En yüksek	3.2	0.9217
Türkiye	3.9	0.8929

Tablo 1.11’de ortanca gebelik riski altında olmama süreleri ve doğum sonrası geçici kısırlık endeksi değerleri verilmektedir. Ortanca gebelik riski altında olmama sürelerine bakıldığında Orta Anadolu bölgesinde, kırdı yaşayan kadınlar arasında, eğitimi olmayan kadınlar arasında, sosyal güvencesiz bir işte çalışan kadınlarda, refah düzeyinin düşük olduğu hanelerde yaşayan kadınlar arasında ortanca sürelerin daha yüksek olduğu görülmektedir. Doğum sonrası geçici kısırlık endeksi değerlerinde de karşımıza aşağı yukarı benzer bir tablo çıkmaktadır. Endeks, en düşük değerleri, refah düzeyi düşük hanelerde yaşayan ve sosyal güvencesiz olarak çalışan kadınlarda almaktadır. En yüksek endeks değerleri ise Güney bölgesinde yaşayan ve sosyal güvenceli bir işte çalışan kadınlar arasında gözlenmektedir.

1.5.2.5. Ara Değişkenlerin Doğurganlık Düşüşüne Yüzdalık Katkıları

Endekslerin maksimum doğurganlık düzeyi olan, toplam doğurabilirlik hızından, gözlemlenen doğurganlık düzeyi olan, toplam doğurganlık hızına düşüşte oynadıkları rolü görmek açısından her bir endeksin doğurganlık düşüşüne yaptıkları yüzdalık katkıları bakılabilir. Türkiye genelinde en büyük katkıyı yüzde 67 ile gebeliği önleyici yöntem kullanımının yaptığı görülmektedir (Tablo 1.12). Evliliklerin ertelenmesinin yüzde 24’lük bir düşüşe yol açtığı, doğum sonrası geçici kısırlık ve istemli düşük endekslerinin katkısının ise yüzde 5’in altında kaldığı görülmektedir.

Gebeliği önleyici yöntem kullanımı, tüm alt nüfus gruplarında doğurganlık düşüşüne en büyük katkıyı yapan ara değişken durumundadır. Doğurganlık düşüşüne en büyük katkıyı, Kuzey bölgesinde ve ilköğretim birinci kademeyi bitiren kadınlarda yapmaktadır. Evliliklerin ertelenmesi yine tüm alt nüfus gruplarında doğurganlık düşüşünde en etkili ikinci ara değişken olarak ön plana çıkmaktadır. Evlilik endeksinin en yüksek yüzdalık katkıyı yaptığı alt nüfus grubu sosyal güvenceli bir işte çalışan kadınlardır. İstemli düşük endeksi ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı endeksinin yüzdalık katkısı ise tüm alt nüfus gruplarında sınırlı kalmaktadır.

Endekslerin doğurganlık düşüşüne yaptıkları yüzdalık katkıların alt nüfus gruplarında nasıl farklılaştığına bakılması, alt nüfus gruplarının doğurganlıklarını düşürürken nasıl bir strateji izlediklerinin anlaşılması açısından kabaca bir fikir vermektedir. Ancak yüzdalık katkıları, endekslerin her bir alt nüfus grubunda doğurganlık düşüşüne yaptıkları katkıların kendi iç dağılımını vermektedir. Doğurganlık düşüşünde geline noktanın, yani toplam doğurganlık hızının farklı olması durumunda bu tür bir karşılaştırma yanıltıcı olabilmektedir. Örneğin, toplam doğurganlık hızı 4.0 olan bir alt nüfus grubunda da, toplam doğurganlık hızı 1.5 olan bir alt nüfus grubunda da gebeliği önleyici yöntem kullanımının katkısı yüzde 60 olabilir. Bu nedenle yüzdalık katkı sonuçları dikkatli yorumlanmalıdır.

Tablo 1.12. Ara değişken endekslerinin doğurganlık düşüşüne yüzdellik katkıları, Türkiye 2008

	Evlilik (Pm)	Yöntem Kullanımı (Pc)	İstemli düşük (Pa)	Doğum Sonrası Geçici Kısırlık (Pi)
Bölge				
Batı	23	67	5	4
Güney	27	65	5	3
Orta	21	69	3	7
Kuzey	20	74	4	2
Doğu	29	62	2	7
Yerleşim yeri (Kent-Kır)				
Kent	24	67	5	4
Kır	22	66	3	9
Kadının eğitimi				
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	26	63	2	9
İlköğretim birinci kademe	15	76	4	5
İlköğretim ikinci kademe	26	62	5	7
Lise ve üzeri	28	63	5	4
Kadının çalışma durumu				
Çalışmıyor	21	69	4	6
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	27	61	4	7
Çalışıyor, sosyal güvenceli	33	59	6	2
Hanehalkı refah düzeyi				
En düşük	25	66	3	6
Düşük	22	65	4	9
Orta	21	67	5	6
Yüksek	25	68	4	3
En yüksek	23	68	6	3
Türkiye	24	67	4	5

1.5.2.6. Ara Değişkenlerin Doğurganlık Düşüşüne Göreli Katkıları

Alt nüfus gruplarındaki endeks değerlerini karşılaştırmanın bir diğer yolu, değişkenlerdeki kategorilerden birisini referans alarak, görel risklere bakmaktır (Tablo 1.13).

Tablo 1.13. Ara değişken endekslerinin doğurganlık düşüşüne göreli katkıları, Türkiye 2008

	Evlilik	Yöntem Kullanımı	İstemli düşük	Doğum Sonrası Geçici Kısırlık
Bölge				
Batı	1.00	1.00	1.00	1.00
Güney	1.00	0.76	0.98	0.96
Orta	0.92	0.99	0.95	1.06
Kuzey	0.88	0.97	0.95	0.95
Doğu	0.91	0.54	0.91	1.01
Yerleşim yeri				
Kent	1.00	1.00	1.00	1.00
Kır	0.89	0.79	0.95	1.07
Kadının eğitimi				
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	0.74	0.54	0.91	1.04
İlköğretim birinci kademe	0.66	1.02	0.97	1.01
İlköğretim ikinci kademe	0.81	0.67	0.97	1.04
Lise ve üzeri	1.00	1.00	1.00	1.00
Kadının çalışma durumu				
Çalışmıyor	0.49	0.52	0.89	1.06
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	0.65	0.64	0.91	1.13
Çalışıyor, sosyal güvenceli	1.00	1.00	1.00	1.00
Hanehalkı refah düzeyi				
En düşük	0.82	0.48	0.89	1.01
Düşük	0.87	0.64	0.92	1.11
Orta	0.89	0.76	0.96	1.06
Yüksek	0.95	0.76	0.93	0.99
En yüksek	1.00	1.00	1.00	1.00

Endeks değerlerindeki bölgesel farklılaşmaya bakmak için Batı bölgesi referans alınarak değerlendirildiğinde diğer bölgelerde endekslerin katkısının genel olarak daha az olduğu görülmektedir. Evlenme endeksinin katkısı Kuzey bölgesinde, Batı bölgesine göre yüzde 12 daha azdır. Gebeliği önleyici yöntem kullanımı endeksinin katkısı, Doğu bölgesinde Batı bölgesinden yüzde 46 daha azdır. İstemli düşük ve doğum sonrası geçici kısırlık endekslerindeki farklılaşma ise öteki endekslerle karşılaştırıldığında daha sınırlı kalmaktadır.

Orta Anadolu bölgesinde doğum sonrası geçici kısırlık endeksinin katkısı Batı bölgesindekinden yüzde 6 daha fazladır. Yerleşim yerine göre de benzer bir durum söz konusudur. Kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan kadınlarda ilk üç endeksin katkısı daha azdır, özellikle gebeliği önleyici yöntem kullanımı endeksinin katkısının yüzde 21 daha az olması dikkat çekicidir. Doğum sonrası geçici kısırlık endeksinin katkısı ise kırsal alanlarda daha fazladır. Lise ve üzeri eğitime sahip olan kadınlar referans alındığında daha eğitimsiz kadınlarda ilk üç endeksin daha az katkı yaptığı emzirme endeksinin ise daha çok katkı yaptığı görülmektedir. Kadının sosyal güvenceli bir işte çalışıp çalışmaması hem doğurganlık düzeyinde, hem de endekslerin katkısında en belirgin farklılaşmayı yaratan faktör olarak belirginlik kazanmıştır. Özellikle evlenme endeksindeki farklılaşma, diğer alt-nüfus gruplarında görülenden çok daha belirgindir. Çalışmayan kadınlarda evlenme endeksinin katkısı sosyal güvenceli bir işte çalışan kadınlardan yüzde 51 daha azdır. Benzeri bir durum gebeliği önleyici yöntem kullanımı endeksi için de geçerlidir. Hanehalkının refah düzeyine göre gebeliği önleyici yöntem kullanımında önemli farklılaşma olduğu görülmektedir. Hanehalkı refah düzeyi en düşük yüzde 20'lik hanelerde yaşayan kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı endeksinin katkısı yüzde 52 daha azdır.

1.5.3. 1968 – 2008 Döneminde Ara Değişkenlerdeki Değişim

Cumhuriyetin kuruluşundan bugüne kadar doğurganlık düzeyinde yaşanan değişime ilk bölümde değinilmişti (Bölüm 1.3). Son 40 yılda doğurganlık düzeyinde yaşanan değişime ara değişkenleri de göz önünde tutarak daha detaylı bir şekilde bakmak, bu değişimin belirleyenlerini anlamak açısından faydalı olacaktır. 1968-2008 dönemindeki 40 yıllık süreçte toplam doğurganlık hızı 5.7 çocuktan, 2.2 çocuğa düşmüştür. 1968 yılında doğurganlık düşüşüne en büyük katkıyı gebeliği önleyici yöntem kullanımı endeksi yaparken, doğum sonrası geçici kısırlık endeksinin katkısı buna çok yakındır. Gebeliği önleyici yöntem kullanımının doğurganlık düşüşüne katkısı yüzde 39 iken, doğum sonrası geçici kısırlık endeksinin katkısı yüzde 33'tür. Dikkati çeken nokta, 1968 yılında doğum sonrası geçici kısırlık endeksinin doğurganlık düşüşüne katkısının evlenme endeksinden fazla olmasıdır. Bu durum o yıllarda kadınların erken evlenmeleri (Tablo 1.4) ve emzirme süresinin uzun olması ile açıklanabilir. 1973 yılında gebeliği önleyici yöntem kullanımı endeksinin katkısı yine en fazladır. Ancak evlenme endeksinin ve doğum sonrası geçici kısırlık endeksinin katkısı hemen hemen eşitlenmiştir. 1978 yılından itibaren ise ortalama ilk evlilik yaşının artmaya başlaması ile birlikte evlenme endeksinin etkisinin ikinci sıraya yerleştiği ve günümüze kadar böyle geldiği görülmektedir. Zaman içerisinde gebeliği önleyici yöntem kullanımının giderek yaygınlaşması ile yöntem kullanımı endeksinin etkisi artmış, emzirme süresinin giderek kısalması ile de emzirme endeksinin özellikle yüzdeler katkısı azalmıştır.

Tablo 1.14. Ara değişkenlerdeki değişim, 1968-2008

	1968	1973	1978	1983	1988	1993	1998	2003	2008
Cm	0.783	0.743	0.7403	0.6877	0.6261	0.6025	0.6758	0.5615	0.5983
Cc	0.687	0.622	0.6577	0.5174	0.4469	0.3807	0.3387	0.2673	0.2391
Ca	0.983	0.983	0.9317	0.9102	0.8746	0.8457	0.8689	0.8899	0.9150
Ci	0.727	0.752	0.8511	0.8633	0.8759	0.8889	0.8850	0.8969	0.8929
Bileşik Endeks									
Cm*Cc*Ca*Ci	0.384	0.342	0.386	0.280	0.214	0.172	0.176	0.120	0.117
Yüzde katkı									
pCm	26	28	32	29	30	29	23	27	24
pCc	39	44	44	52	52	55	62	62	67
pCa	2	2	7	7	9	10	8	5	4
pCi	33	27	17	12	9	7	7	5	5
Toplam doğurganlık hızları									
TDH	5.70	5.59	4.33	4.04	3.02	2.65	2.61	2.23	2.16

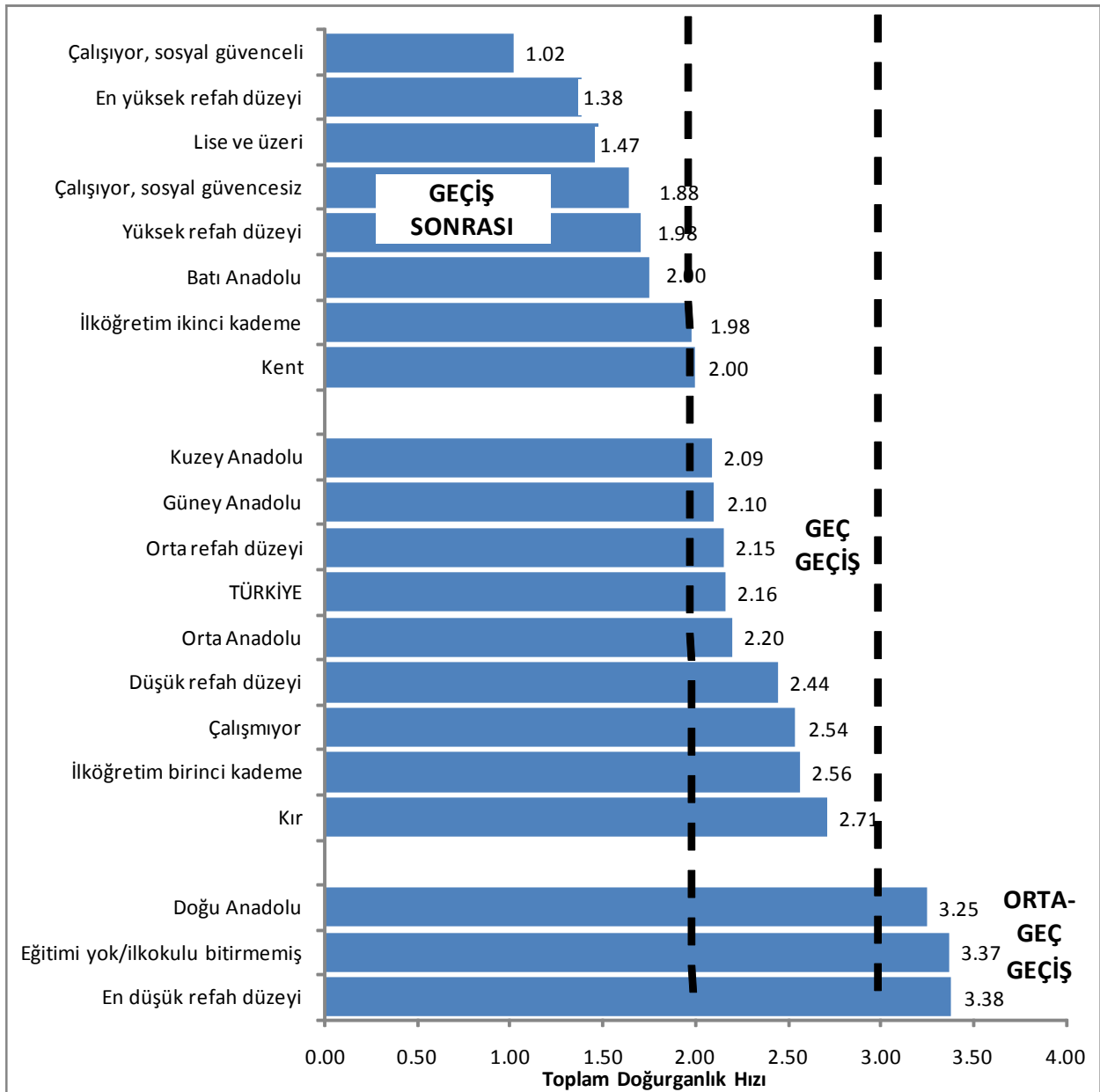
Kaynaklar: Özbay, 1978; Hancıoğlu, 1997; Eryurt, 2002; 2008

1.6. Alt Nüfus Gruplarında Doğurganlık Dönüşümü

Bölüm 1.3'te Türkiye genelinde yaşanan doğurganlık dönüşümü süreci tarihsel olarak incelenmiş ve Türkiye genelinde doğurganlık dönüşümünü tamamlamaya çok yakın bir noktada olduğumuz belirtilmişti. Ancak alt-nüfus grupları için homojen ve eş zamanlı bir doğurganlık dönüşümünden bahsetmek mümkün değildir. Doğurganlık dönüşümünün başlangıcı ve hızı alt-nüfus gruplarında önemli farklılıklar göstermiştir. Dolayısıyla alt-nüfus gruplarının doğurganlık dönüşümünde gelmiş oldukları aşamalar da farklıdır. Bu noktada toplam doğurganlık hızlarına bakarak alt-nüfus gruplarının doğurganlık dönüşümünde varmış oldukları aşamaları değerlendirmekte, doğurganlık dönüşümünde öncü rol oynayan ve dönüşümü gecikmeli olarak yaşayan alt nüfus gruplarına bakmakta fayda vardır (Şekil 1.4).

Türkiye genelinde tüm alt-nüfus gruplarında yedi aşamalı doğurganlık dönüşümü sürecinin son üç aşamasına gelinmiştir. Alt-nüfus gruplarının önemli bir bölümü doğurganlıklarını 2 çocuğun altına çekerek, doğurganlık dönüşümünü tamamlamış ve "Geçiş Sonrası" aşamaya geçmişlerdir. Sosyal güvenceli bir işte çalışanlarda, refah düzeyi en yüksek hanelerde yaşayanlarda, lise ve üzeri eğitime sahip olanlarda toplam doğurganlık hızları 1.5 çocuğunda altına düşmüştür.

Şekil 1.4. Alt nüfus gruplarında doğurganlık dönüşümü, Türkiye 2008



Doğurganlık dönüşümünü biraz daha gecikmeli olarak yaşayan alt-nüfus grupları “Geç Geçiş” aşamasında bulunmaktadır. Kuzey, Güney ve Orta Anadolu bölgelerinin de doğurganlık düzeylerinin 2’ye çok yakın olduğu ve kısa bir süre sonra “Geçiş Sonrası” aşamaya geçebilecekleri görülmektedir.

Doğurganlık dönüşümünü en gecikmeli olarak yaşayan gruplar, Doğu bölgesi, hiç eğitimi olmayan veya ilkokulu bile bitirmemiş olanlar ve en düşük refah düzeyindeki hanelerde yaşayanlardır. Bu gruplar halen “Orta-Geç Geçiş” aşamasındadırlar. Türkiye’nin bu aşamaya 1980’li yılların ilk yarısında geçtikleri düşünülürse bu grupların doğurganlık dönüşümünü ne kadar gecikmeli olarak yaşadıkları daha iyi anlaşılacaktır.

1.7. Değerlendirme ve Sonuç

Bu çalışmada bir yandan Türkiye’de yaşanan doğurganlık dönüşümü süreci ve gelinen aşama tartışılmış, bir yandan da doğurganlık düzeyini belirleyen bireysel, sosyal, yapısal faktörler ile gebeliği önleyici yöntem kullanımı, evlenme, istemli düşük, doğum sonrası geçici kısırlık gibi ara değişkenler incelenmiştir.

Türkiye genelinde, toplam doğurganlık hızı 2.16 çocuga düşmüş, doğurganlık dönüşümünün son evresi olan “Geç Geçiş” aşamasına gelinmiştir. Ancak toplam doğurganlık hızlarına alt-nüfus grupları temelinde bakıldığında ülke genelinde heterojen bir yapı olduğu görülmektedir. Doğurganlık dönüşümünün başlangıç zamanının ve hızının alt nüfus gruplarında farklı olması nedeniyle günümüzde de alt nüfus gruplarının içinde buldukları doğurganlık dönüşümü aşamalarının farklı olduğu görülmüştür. Örneğin, sosyal güvenceli bir işte çalışan, lise ve üzeri eğitime sahip olan, ülkenin batısında yaşayan alt nüfus grupları ortalama olarak 2’den az çocuga sahip olup “Geçiş Sonrası” aşamaya geçmiş iken; ülkenin doğusunda yaşayan, eğitimi olmayan kadınlar halen 3’ten fazla çocuga sahip olmakta ve “Orta-Geç Geçiş” aşamasında bulunmaktadır. Türkiye genelinde “Geç Geçiş” aşamasına 1980’li yılların başında geçildiği düşünülürse alt-nüfus grupları arasında ne kadar büyük bir farklılaşmanın bulunduğu daha iyi anlaşılacaktır.

Modernleşme ve doğurganlık dönüşümü el ele giden süreçlerdir. Modernleşmenin, alt nüfus gruplarındaki farklılaşmayı zaman içerisinde ortadan kaldırması beklenir. Ancak uzun bir mazisi olan, Osmanlı İmparatorluğu’nun son dönemlerinden itibaren başlayan, Cumhuriyet’in kuruluşu ile birlikte ivme kazanan modernleşme sürecinin, ülkenin bütününe yayılmasında, alt-nüfus gruplarına sirayet etmesinde önemli zaafiyetler olması, modernleşme süreci sonucunda ortaya çıkması beklenen sosyal davranışlarda homojenleşmenin, demografik yakınsamanın yeterli ölçüde olmaması sonucunu doğurmuştur.

Çalışmada doğurganlık düzeyini belirleyen bireysel, sosyal, yapısal faktörlerin doğurganlık üzerindeki etkisi Poisson regresyon metodu ile analiz edilmiştir. Bu sayede diğer faktörlerin etkileri kontrol edilerek, her bir faktörün “net” etkisine bakılmıştır. Üreme çağındaki, 15-49 yaşlarındaki, kadınların sahip oldukları toplam çocuk sayısının belirleyicileri incelenmiştir. Beklenildiği üzere, Batı bölgesinde yaşayan, lise ve üzeri eğitime sahip olan, sigortalı bir işte çalışan, refah düzeyi en yüksek hanelerde yaşayan alt-nüfus gruplarının bir fazla çocuga sahip olma olasılıklarının diğer alt-nüfus gruplarına göre istatistiksel olarak belirgin bir şekilde daha az olduğu görülmüştür.

Alt-nüfus grupları arasında var olan doğurganlık seviyesindeki farklılıkların hangi nedenlerden kaynaklandığı, doğurganlık düşüşünü belirleyen ara değişkenlerin ayrıştırılması ile tespit edilmeye çalışılmıştır. Ara değişkenlerin doğurganlık düzeyi üzerindeki etkisini belirlemek için Bongaarts modeli kullanılmıştır. Model doğurganlık düzeyinin maksimum seviyesi olarak kabul edilen toplam doğurabilirlik hızı ile gözlemlediğimiz doğurganlık seviyesi olan toplam

doğurganlık hızı arasındaki farkı dört ara değişken ile açıklamaktadır. Bunlar, gebeliği önleyici yöntem kullanımı, evliliklerin ertelenmesi, isteyerek düşük ve temel olarak emzirmeden kaynaklanan doğum sonrası geçici kısırlıktır. Çalışmada, 1968-2008 yılları arasındaki 40 yıllık dönemde bu ara değişkenlerin doğurganlık düşüşüne yaptıkları katkı incelenmiştir. Zaman içerisinde gebeliği önleyici yöntem kullanımının ve evliliklerin doğurganlık düşüşü üzerindeki etkisinin arttığı, emzirme süresinin kısalmasından kaynaklı olarak doğum sonrası geçici kısırlığın etkisinin ise azaldığı görülmüştür. İstemli düşüklerin doğurganlık düşüşü üzerindeki etkisi ise 1980'li yıllarda bir miktar artmış, sonra yine düşüşe geçmiştir.

Ara değişkenlerin günümüzde alt-nüfus gruplarında nasıl farklılaştığına bakıldığında ise Türkiye genelinde en etkili ara değişkenin gebeliği önleyici yöntem kullanımı olduğu, doğurganlığın maksimum doğurganlık seviyesi olan 15.3 çocuktan, TNSA-2008'de ölçülen 2.16 çocuk seviyesine düşmesinde yüzde 67'lik bir paya sahip olduğu görülmüştür. Evliliklerin ertelenmesi, doğurganlık düşüşüne yaptığı yüzde 24'lük katkı ile ikinci önemli faktör durumundadır. İsteyerek düşüklerin ve emzirmenin doğurganlık düşüşüne katkıları ise sınırlı düzeydedir, her iki ara değişkenin toplam katkısı yüzde 10'un altındadır. Alt-nüfus gruplarında da oranlar değişse de ara değişkenlerin etki sıralaması değişmemektedir. Ülkenin batısında, kentte yaşayan, eğitim düzeyi daha yüksek olan, sosyal güvenceli bir işte çalışan, refah düzeyi yüksek hanelerde yaşayan kadınlar arasında gebeliği önleyici yöntem kullanımının ve evliliklerin ertelenmesinin doğurganlık düşüşüne daha büyük katkı yaptığı görülmüştür. Çalışma, alt-nüfus grupları temelinde doğurganlık düzeylerinin ve onu belirleyen ara değişkenlerin önemli farklılıklar sergilediğini ortaya koymuştur. Bu nedenle, üreme sağlığına ilişkin hizmet planlaması yaparken dezavantajlı alt-nüfus gruplarının ve onların özel ihtiyaçlarının gözetilmesi özel bir önem taşımaktadır.

1.8. Kaynaklar

Behar, C. (1995). "The Fertility Transition in Turkey: Reforms, Policies and Household Structure", in Carla Mahklouf Obermeyer (ed.) *Family, Gender, and Population in the Middle East: Policies and Context*. Cairo: American University, Cairo Press: 35-36.

Bongaarts, J. (1978). "A framework for analyzing the proximate determinants of fertility", *Population and Development Review*, 4 (1): 105-132.

Bongaarts, J. (1982). "The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables", *Studies in Family Planning*, 13 (6/7): 179-189.

Bongaarts J. (1985). "What can future surveys tell us about the proximate determinants of fertility?", *International Family Planning Perspectives*, Sep; 11 (3): 86-90.

Bongaarts, J. (2003). "Completing the Fertility Transition in the Developing World: The Role of Educational Differences and Fertility Preferences", *Population Studies*, 57(3): 321-335.

Cochrane, S. H. (1979). *Fertility and Education. What do we really know?* Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press.

Curtis, S.L. and Hammerslough, C.R. (1995). *Model further analysis plan: Contraceptive Use Dynamics*, Calverton, Maryland: Macro International Inc.

Davis, K. and J. Blake. (1956). "Social structure and fertility: An analytical framework", *Economic Development and Cultural Change*, 4 (3): 211-235.

Devlet Planlama Teşkilatı (1963). *Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*, Ankara.

Duben, A. ve Behar, C. (1996). *İstanbul Haneleri: Evlilik, Aile ve Doğurganlık, 1880-1940*, İletişim Yayınları, İstanbul.

Easterlin, Richard. (1969). "Towards a socio-economic theory of fertility". *Fertility and Family Planning: A World View* içinde. Editörler: S.J. Behrman, Leslie Corsa, Jr., and Ronald Freedman. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.

Easterlin, R. (1975). "An economic framework for fertility analysis", *Studies in Family Planning*. 6: 53-63.

Eryurt, M.A. (2002). *Türkiye’de Sosyo-ekonomik ve Kültürel Grupların Doğurganlıklarını Düşürme Stratejileri* (Fertility Inhibiting Strategies of Socio-economic and Cultural Groups in Turkey), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ekonomik ve Sosyal Demografi Anabilim Dalı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara (yayınlanmamış).

Eryurt, M.A. (2008). "Türkiye’de doğurganlığı belirleyen ara değişkenler: Yakın döneme bakarken", *The Turkish Journal of Population Studies*, Vol. 27: 67-84.

Fişek, N.H. ve Shorter, F.C. (1968). "Fertility Control in Turkey" *Demography*, 5 (2): 578-589.

Franz, E. (1994). *Population Policy in Turkey*. Deutches Orient-Institut, Hamburg, Almanya.

Gülalp, H. (1994). "Capitalism and the Modern Nation-State: Rethinking the Creation of the Turkish Republic" *Journal of Historical Sociology*, 7(2): 155-175.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (1980). *Turkish Fertility Survey 1978. First Report, Volume I: Methodology and Findings*, Hacettepe University, Institute of Population Studies, Ankara.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (1987). *1983 Turkish Population and Health Survey*, Hacettepe University, Institute of Population Studies, Ankara.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (1989). *1988 Turkish Population and Health Survey*, Hacettepe University Institute of Population Studies, Ankara.

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

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (1999). *1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü ve Macro International Inc., Ankara.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (2004). *2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (2009). *2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara.

Hammerslough, C.R. (1993). *Model further analysis plan: Fertility trends and determinants*, Unpublished manuscript.

Hancıoğlu, A. (1997). "Fertility Trends in Turkey: 1978-1993". Fertility Trends, Women's Status, and Reproductive Expectations in Turkey: Results of Further Analysis of the 1993 Turkish Demographic and Health Survey. Eds. Hacettepe University Institute of Population Studies (HIPS) and Macro International. Calverton, MD: HIPS and MI.

Henry, L. (1961). "Some data on natural fertility", *Eugenics Quarterly*, Vol.8: 81-91.

Işık, O. ve Pınarcıoğlu, M. M. (2006). "Geographies of a silent transition: a geographically weighted regression approach to regional fertility differences in Turkey", *European Journal of Population*, 22(4): 399-421.

Jones, Elise F., Jacqueline D. Forrest, Stanley K. Henshaw, J. Silverman, ve A. Torres. (1989). *Pregnancy, Contraception and Family Planning Services in Industrialized Countries*, New Haven, CT: Yale University Press.

Koç, İ., Eryurt, M.A., Adalı, T., Çağatay, P. (2010). *Türkiye'nin Demografik Dönüşümü: Doğurganlık, Aile Planlaması, Anne-Çocuk Sağlığı ve Beş Yaş Altı Ölümlerdeki Değişimler: 1968-2008*. Ankara. ISBN 978-975-491-285-2

Kulu-Glasgow, I., A. Hancıoğlu, ve B.A. Ergöçmen. (1991). "Contraceptive Failure Rates in Turkey", *Turkish Journal of Population Studies*, 13:3-11.

Küçük, Y. (1989). *Türkiye Üzerine Tezler 1: 1908-1978*. Tekin Yayınevi, Ankara.

Levine, N. ve Üner, S. (1978). *Population Policy Formation and Implementation in Turkey*. Hacettepe University Publications D-24, Ankara.

Lewis, B. (2001). *The Emergence of Modern Turkey*. Oxford University Press, USA.

Malthus, T.R. (1970). *An Essay on the Principle of Population*, Harmondsworth: Penguin Books.

Mincer, J. (1963). "Market prices, opportunity costs and income effects", *Measurements in Economics: Studies in Mathematical Economics and Econometrics in Memory of Yehuda Grunfeld* içinde. Editörler: C. Christ ve diğerleri. (Stanford, California, Stanford University Press)

Newell, C. (1994). *Methods and Models in Demography*, John Wiley & Sons Ltd., England.

Notestein, F. W. (1953). "Economic problems of population change", *Proceedings of the Eight International Conference of Agricultural Economists*, New York, 13-31.

Özbay, F. (1978). "Türkiye'de Doğurganlık Düzeyine ve Değişmelerine Etki Eden Ara Değişkenler", *Türkiye'de Nüfus Yapısı ve Nüfus Sorunları: 1973 Araştırması*, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.

Senlet, P., Curtis, S.L., Mathis, J. ve Raggars, H. (2001). "The Role of Changes in Contraceptive Use in the Decline of Induced Abortion in Turkey", *Studies in Family Planning*, 32(1), 41-52.

Shorter, F.C. ve Macura, M. (1982). *Trends in Fertility and Mortality in Turkey 1935-1975*, Washington: Committee on Population and Demography, U.S. National Academy of Sciences, National Academy Press.

Standing, G. (1983). "Women's Work Activity and Fertility in Developing Countries". *Determinants of Fertility in Developing Countries içinde*. Vol.1: 517-546. Editörler: Bulatao, R.A. and Lee, R.D. with Hollerbach P.E. and Bongaarts, J. New York: Academic Press.

Türkiye İstatistik Kurumu (1937). *1935 Genel Nüfus Sayımı Türkiye Nüfusu*, Yayın No: 75. Ankara.

Türkiye İstatistik Kurumu (1944). *1940 Genel Nüfus Sayımı*, Yayın No: 158. Ankara.

Türkiye İstatistik Kurumu (1949). *1945 Genel Nüfus Sayımı*, Yayın No: 286. Ankara.

Türkiye İstatistik Kurumu (1954). *1950 Genel Nüfus Sayımı*, Yayın No: 359. Ankara.

Türkiye İstatistik Kurumu (1961). *1960 Genel Nüfus Sayımı, Türkiye Nüfusu*, Yayın No: 452. Ankara.

Türkiye İstatistik Kurumu (1969). *1965 Genel Nüfus Sayımı: Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri*, Yayın No: 568. Ankara.

Türkiye İstatistik Kurumu (1973). *1970 Genel Nüfus Sayımı: Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri*, Yayın No: 690. Ankara.

Türkiye İstatistik Kurumu (1982) *1975 Genel Nüfus Sayımı: Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri*, Yayın No: 988. Ankara.

Türkiye İstatistik Kurumu (1984). *1980 Genel Nüfus Sayımı: Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri*, Yayın No: 1072. Ankara.

Türkiye İstatistik Kurumu (1989). *1985 Genel Nüfus Sayımı: Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri*, Yayın No: 1369. Ankara.

Türkiye İstatistik Kurumu (1993). *1990 Genel Nüfus Sayımı: Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri*, Yayın No: 1616. Ankara.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (1995). *The Population of Turkey, 1923-1994: Demographic Structure and Development*. Yayın No: 1716. Ankara.

Türkiye İstatistik Kurumu (2003). *2000 Genel Nüfus Sayımı: Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri*, Türkiye İstatistik Kurumu, Yayın No: 2759. Ankara.

TÜSİAD (1999). *Türkiye'nin Fırsat Penceresi Demografik Geçiş ve İzdüşümleri*. Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği, ISBN: 975 – 7249 – 78 – 5, İstanbul.

United Nations. (1987). "Fertility behavior in the context of development: Evidence from the World Fertility Survey", *Population Studies No.100*, New York: United Nations Department of International Economic and Social Affairs.

Üner, S. (1984). *Türkiye Nüfusu: Boyutlar Sorunlar Yorumlar*. HÜNEE Yayınları, Ankara.

Westoff, C., Sharmanov, A., and Sullivan, J. (1998). *Replacement of Abortion by Contraception in Three Central Asian Republics*, Calverton, MD: The Policy Project and Macro International.

White, MJ., Muhidin, S., Andrzejewski, C., Tagoe, E., Knight R., Reed H. (2008). "Urbanization and fertility: an event-history analysis of coastal Ghana", *Demography*, 45(4):803-816

Yavuz, S. (2006). "Completing the fertility transition: third birth developments by language groups in Turkey", *Demographic Research*, 15(15): 435-460.

Bölüm 2

Türkiye’de Erkeklerin Kullandığı Gebeliği Önleyici Yöntemler: Geri Çekme ve Kondom Kullanımının Belirleyicileri

İlknur Yüksel¹, Dilek Yıldız², Mehmet Ali Eryurt¹, Mine İrez³

Özet

Bu çalışmada, Türkiye’de üreme çağındaki halen evli kadınların kullandığı gebeliği önleyici erkek yöntemlerinin belirleyicileri araştırılmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 verisinin kullanıldığı çalışmanın sonuçları, vazektomi yönteminin çok nadir kullanılmasından dolayı, geri çekme ve kondom yöntemleri detayında verilmiştir. Çalışmanın bulguları, erkek yöntemlerinin kadın yöntemlerinden daha çok kullanıldığını göstermektedir. Geleneksel yöntem kapsamındaki geri çekme yöntemi yüzde 26.3 oranında, modern bir yöntem olan kondom yüzde 14.3 oranında tercih edilmektedir. Geri çekme yönteminin kullanılmasında, kadının yaşı, eğitimi, yöntem kararını veren kişi ve başka çocuk isteği belirleyici faktörler olarak bulunmuştur. Kondom yönteminin tercih edilmesinde ise, kadının eğitimi, yöntem kararı, ilk kullanılan yöntem, sahip olunan çocuk sayısı, bölge ve hanehalkı refah endeksi belirleyici değişkenler arasındadır. Çalışmanın sonuçları, gebeliği önleyici yöntem kararının (özellikle geri çekme yönteminde) daha çok erkekler tarafından alındığını göstermektedir. Çalışma, üreme sağlığı ve üreme hakları konularında kadın ve erkek arasında eşitliğin sağlanabilmesi için kadınların güçlendirilmesinin önemli olduğuna vurgu yapmıştır. Ayrıca, geleneksel yöntem kullanımında erkek katılımının yeterli olduğu bir ülke olan Türkiye’de, ülkede yürütülen aile planlaması programlarının modern/geleneksel ayrımı yerine kadınların ve erkeklerin ihtiyaçlarına cevap verecek biçimde yeniden düzenlenmesi önerilmektedir. Gebeliği önleyici yöntemlerin seçimi, kadınların ve erkeklerin cinselliğe ve yöntem kullanımına yaklaşımları konusunda daha detaylı bilgi elde edilmesini sağlayacak niteliksel araştırmaların yapılması da yararlı olacaktır.

Summary

Male Contraceptive Methods in Turkey: Determinants of Withdrawal and Condom

In this study, the determinants of male contraceptive use in Turkey are analysed using the reports of currently married women who are currently in reproductive ages. The data source of this study is the Turkey Demographic and Health Survey 2008. Since vasectomy is rarely used, the results are given in detail for withdrawal and condom. The findings of this study indicate that male-contraceptives are more preferred than female-contraceptives in Turkey. The prevalence of withdrawal use as a traditional contraceptive method is 26.3 percent, while condom use as a modern method is 14.3 percent. It is seen that, males are the principal decision makers of contraceptives (especially for withdrawal). Women’s age, education, method decision maker and desire for more children are the main factors for choosing withdrawal. In preferring condom, the factors such as women’s education, first method used, number of children alive, region and household wealth index are effective. The findings of this study indicate that the decision of contraceptive use (especially for withdrawal) is mainly made by males. Women’s empowerment, that gives the opportunity to provide equality between women and men for reproductive health and reproductive rights, is also emphasized. Furthermore, in Turkey as a country where male participation is sufficient in case of traditional methods, family planning programs may be organised according to the needs of women and men instead of dichotomous modern/traditional contraceptives are suggested. Conducting qualitative research in order to obtain detail information about women’s and men’s approaches to sexuality and contraceptive use and method choice will be helpful.

¹ Dr., Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü

² Ar. Gör., Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü

³ Dr., Sağlık Bakanlığı Anne Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

2.1. Giriş

Doğurganlığın kontrol edilmesi amacıyla kullanılan yöntemler, genellikle modern ve geleneksel yöntemler biçiminde sınıflandırılmaktadır. Teknik ve teknik olmayan, etkili ve etkili olmayan sınıflamaları da aynı şekilde modern ve geleneksel ayrımına karşılık gelmektedir. Bazı çalışmalar ise, yöntemi kullanan kişinin cinsiyetini temel almaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde 1960'lı yıllardan sonra yaygın olarak yürütülen aile planlaması programları modern yöntemlerin kullanımını teşvik etmiştir. Genellikle kadınların kullandığı modern yöntemlerin teşvik edilmesi, geleneksel yöntemleri dışarıda bırakmıştır. Modern yöntemlerin tasarlanması, geliştirilmesi ve dağıtımına kadar ağırlıklı olarak kadın nüfusu hedef alması, bütün sorumluluğu kadınlara yüklemesi ve kadınların sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratması açısından eleştirilmiştir.

1990'lı yıllar uluslararası platformlarda, kadın erkek eşitliğinin her alanda sorgulandığı, bu konuda konferansların ve sözleşmelerin yapıldığı yıllar olmuştur. 1994 yılında Kahire'de gerçekleşen Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda, üreme sağlığı hizmetlerine ulaşmanın bir insan hakkı olduğu, kadınların kendi cinsellikleri üzerinde kontrol sahibi olabilmeleri konusunda her tür baskı, ayrımcılık ve şiddetten uzak karar verebilmelerinin önemi dile getirilmiştir. Ayrıca, "kadın ve erkeğin bireysel bütünlük dahil eşit şartlara sahip olması için cinsel davranış ve sonuçlarına ilişkin olarak karşılıklı saygı, anlayış ve sorumluluk paylaşımı gereklidir" ifadesi ile doğurganlığın kontrolünde erkeklerin rolü ve katılımı vurgulanmıştır (BM, 1994; paragraf 7.3). Kahire konferansı sonrasında, erkeklerin kullandığı yöntemlere olan ilgi artmış, 1980'li yıllardan itibaren erkeklerle görüşmelere yer veren Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (Demographic and Health Surveys) ve Üreme Sağlığı Araştırmaları (Reproductive Health Survey) bu konuda daha fazla araştırma gerçekleştirme eğilimine girmiştir (Population Reports, 2004). Son yıllarda erkeklerin kullanacağı yeni yöntemlere ilişkin çalışmalar olsa da, erkek yöntemi deyince akla gelen en yaygın yöntem kondom ve çok eski bir yöntem olan geri çekmedir. Bu yöntemlere, 20. yüzyılda yaygınlaşmaya başlayan erkeğin kanallarının bağlanması (vazektomi) yöntemi de eklenmiştir.

Türkiye'de 1965 yılından itibaren yasallaşmış olan modern yöntem kullanımı yıllar itibariyle artmaktadır. Bu artışa rağmen, yaklaşık dört evli kadından birinin kullandığı geri çekme yöntemi en yaygın yöntem olma özelliğini uzun zamandır korumaktadır. Kondom kullanımı ise, artarak son yıllarda yüzde 14 düzeyine ulaşmıştır.

Bu çalışma, 2000'li yılların sonlarına doğru, üreme çağındaki halen evli kadınların yüzde 73'ünün herhangi bir yöntem kullandığı Türkiye'de, daha fazla tercih edilen erkeklerin kullandığı yöntemlere odaklanmaktadır. Çalışma, "geri çekme" ve "kondom" yöntemlerinin kullanımında belirleyici olan faktörleri açıklamayı amaçlamaktadır.

2.2. Erkeklerin Kullandığı Gebeliği Önleyici Yöntemler

Kahire Konferansı'nda, cinsellik ve üreme sağlığı konusundaki iyileşmenin, kadın haklarının desteklenmesi ve erkeklerin de üreme sağlığına katılımları ile sağlanabileceği vurgulanmıştır. Bu konferansta belirlenen amaçlardan biri de "aile planlamasının fiili kullanımında erkeğin katılımını ve sorumluluk paylaşımını artırmak" tır (BM, 1994). Feminist taleplerle de örtüşen bu vurgu, her alanda olduğu gibi üreme sağlığı konusunda da rollerin yeniden düşünülmesini ve toplumsal cinsiyet temelli bir bakış açısıyla yenilenmesini gündeme getirmiştir. Bu yeniden düzenleme, erkeklerin değişmesini gerekli kılarken, erkeklerin yöntem kullanımı ve sağlık konusuna yaklaşımlarına ait bilgiye olan ihtiyacı da ortaya çıkarmıştır. Kadınların doğurganlık rolüne vurgu yapılan ve erkeklerin sadece ailenin ekonomik destekçisi olarak ele alındığı demografik araştırmalarla erkeklerle de ilgili bilgi toplamaya başlanmıştır. Bu bilgilerin elde edilmesi, demografi alanında üremeye ilişkin kararların, çiftler arasındaki güç temelli ilişkiler ile çiftlerin içinde buldukları sosyal ve kültürel ilişkilerin bir sonucu olarak değerlendirilmeye başlanmasına neden olmuştur (Necchi, 1999; BM, 1994).

Demografik dönüşüm kuramı, yüksek doğurganlık ve ölümlülük hızlarından düşük doğurganlık ve ölümlülük hızlarına geçişi ifade eder (Notestein, 1953; Van de Kaa, 1999). Demografik dönüşüm kuramı, Batı ülkelerinin deneyimlerini genellemekte, bütün ülkelerin kaçınılmaz olarak Batı'nın geçtiği aşamalardan geçeceğini öngörmektedir. Oysa ülkelerin demografik dönüşümlerinde belli ortaklıklar bulunmakla birlikte, demografik dönüşümün başlangıç zamanı, ne kadar sürdüğü, hangi faktörlerin etkilerine tabi olduğu gibi konularda her ülkede, hatta ülkelerin alt-nüfus gruplarında önemli farklılıklar vardır. Her ülke, kendi tarihsel deneyimlerinin ve karmaşık sosyal süreçlerin sonucunda demografik dönüşüm sürecini kendine özgü bir şekilde yaşamaktadır (Koç ve diğerleri, 2010). Kadınlar kadar erkeklerin de üreme konularındaki rollerinin ortaya çıkarılmasına yönelik çalışmalar, bir anlamda demografik dönüşüm kuramına yönelik eleştirilere de bir cevap niteliğini taşımaktadır. Erkeklerin bakış açılarını ve tercihlerini anlamaya yönelik çalışmalar, bazı metodolojik ve pratik sorunları beraberinde getirirse de, uluslararası araştırmalarda erkeklerle ilgili bilgi toplanmaya devam etmektedir (Necchi, 1999).

Avrupa'nın demografik dönüşümünde etkili olan geri çekme yönteminin, çok eski bir yöntem olduğu ve İslam ülkelerinde çok uzun süredir önemli oranda kullanıldığı bilinmektedir. Ancak, bu yaygın kullanıma rağmen, geri çekme yöntemi hakkındaki bilgi özellikle Santow ile Rogow ve Horowitz'in çalışmalarına kadar yeterli düzeye ulaşamamıştır (Santow 1993; Rogow ve Horowitz, 1995; Myntti ve diğerleri, 2002).

Santow (1993), demografinin geri çekme yöntemi hakkında sınırlı bilgiye sahip olmasını, bu konuda çalışan demografların çoğunun yaşadığı ülkelerde (özellikle Batı ülkeleri) geri çekme yönteminin az kullanılması, yöntemin basit olması, yeterli olmaması, etkili yöntem olan modern yöntemlerin elde edilebilir olması ve bunun sonucu olarak 'bilimsel' yöntemlerin daha fazla dikkat çekmesi olarak açıklamaktadır. Ayrıca, modern yöntemlerin daha çok kadınların kullandığı

yöntemler olmasının, kadınların kendi vücutları üzerinde hak sahibi olabilmesi açısından tercih edilmesini de nedenlerden biri olarak belirtmiştir. Öte yandan, modern yöntemlerin sadece güvenli ve etkili değil, aynı zamanda cinsel ilişkiden bağımsız olmaları daha çok teşvik edilmelerinde etkilidir. Benzer biçimde, Myntti ve diğerleri (2002)'de geri çekme yöntemine karşı Batı toplumunun cinsel ilişkiden bağımsız, modern kontrol yöntemlerine yönelik yanlılığını dile getirmiş ve standart araştırmalarla erkekler hakkında bilgi toplamanın zorluğuna değinmiştir. Bu nedenlere ek olarak, erkekleri üreme sağlığı ile bir arada ele almanın yeni bir konu olması gerektiğini de belirtmiştir (Myntti ve diğerleri, 2002). Diğer bir tartışma konusu ise, üçüncü dünya ülkelerindeki potansiyel yöntem kullanıcılarına modern/etkili yöntemlerin adapte edilmesi amacıyla ilgilidir (Santow, 1993).

Geri çekme yöntemi, Batı ülkelerinde doğurganlığın azaltılmasında, demografik dönüşüm aşamasında kürtaj ile birlikte önemli bir yer tutmuştur (Goldberg ve Toros, 1994; Rogow ve Horowitz, 1995). Ancak, bugün Batı'da geri çekme yönteminin kullanımı azdır ve azalmaya devam etmesi beklenmektedir (Santow, 1993). Öte yandan, Akdeniz bölgesinde ve Batı Asya ülkelerinde yapılan çalışmalar, yöntemin halen bazı ülkelerde önemini koruduğunu göstermektedir. 2000'li yıllarda 35 ülkede yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'na göre, geri çekme yöntemi Ermenistan (yüzde 31.9), Vietnam (yüzde 14.3) ve Ürdün'de (yüzde 9.3) yaygın olarak kullanılmaktadır. Türkiye'de yüzde 26.2 olan geri çekme yönteminin kullanımı, Arnavutluk (yüzde 67.1), Azerbaycan (yüzde 40.5), Ermenistan (yüzde 27.7), Maritius (yüzde 27.1), Bahrain (yüzde 26.3) gibi yöntemin çok kullanıldığı ülkeler arasında yer almasının yanı sıra, birçok araştırmada yöntemin yaygın kullanımına yıllardır devam edildiğine değinmektedir (Santow 1995; Koç, 2000; Myntti ve diğerleri, 2002; Ergöçmen ve diğerleri, 2004; NIPORT, 2005; Akın ve diğerleri, 2006, El-Zanaty, 2006; PRB, 2008; NIPS, 2008; Macro Inc, 2008; HÜNEE, 2009).

Son 40 yıllık süreç değerlendirildiğinde, Türkiye'de yöntem kullanımı sürekli olarak artmaktadır. Yöntem kullanma yüzdelerinin müslüman nüfusa sahip Mısır (yüzde 59.2), Bangladeş (yüzde 58.1), Ürdün (yüzde 57.1) ve Pakistan'a (yüzde 29.6) oranla Türkiye'de (yüzde 73) yüksek olduğu görülmektedir. Evli kadınların yüzde 46'sı modern yöntemleri kullanırken, yüzde 27'si geleneksel yöntemleri tercih etmektedir. Modern yöntem kullanımında rahim içi araç (RİA) yüzde 16.9 ile ilk, kondom kullanımı ise yüzde 14.3 ile ikinci sıradadır. Geleneksel yöntemler içindeki en büyük payı geri çekme yöntemi almaktadır (NIPORT, 2005; El-Zanaty ve diğerleri, 2006; NIPS, 2008; Macro International Inc, 2008; HÜNEE, 2009).

Türkiye'de gebeliği önleyici yöntemler hakkındaki bilgi, 1960'lı yıllardan sonra yürütülen demografik araştırmalar yoluyla elde edilmektedir. Bundan önceki sürece ilişkin yöntem kullanım bilgisi daha çok tarihsel çalışmalar içinde yer almaktadır. Örneğin, Duben ve Behar'ın makalesi 19. yüzyılın sonları ile 20. yüzyılın başına kadar olan dönemdeki İstanbul'un aile hayatıyla ilgili çalışmalarında yöntem kullanımına yönelik bilgi de vermektedir (Duben ve Behar, 1996). Ülke düzeyindeki ilk demografik araştırma olan 1963 Knowledge-Attitude-Practice (KAP) araştırmasında, üreme çağındaki kadınların yüzde 43'ü herhangi bir yöntem bilmediğini

belirtirken, TNSA-2008’de yöntemler hakkında bilgi sahibi olmayan kadınların oranı yüzde 0.2 ile neredeyse yok denecek kadar azdır (Fişek ve Shorter, 1968; Özbay, 1978; HÜNEE, 2009). 1963 yılında yapılan bu araştırmanın sonuçlarına göre, doğurganlık çağındaki kadınların yüzde 22’si geleneksel yöntemler ağırlıklı olmak üzere herhangi bir yöntem kullanmıştır (Özbay, 1978).

1960’lı yıllara kadar Türkiye’de nüfus artışına yönelik politikalar izlenmiş ve doğurganlığın kontrolüne ilişkin malzeme ve ilaçların imali, ithali ve kullanımı yasaklanmıştır. Hızlı nüfus artışını önlemek amacıyla 1965 yılında çıkarılan Nüfus Yasası, gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımını yasallaştırmıştır. Ülkede yürütülen aile planlaması programlarında, modern yöntemlerin (öncelikli RİA olmak üzere) kullanımı teşvik edilmiştir. Bu süreçte, yöntem kullanımının artmasında, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşları da etkin bir rol oynamışlardır. 1970’li yılların sonlarından itibaren, modern yöntemler daha çok uluslararası kuruluşların destekleriyle sağlanmıştır. Bu durum, 1994 yılından sonra değişmiş ve bu araçların temini Sağlık Bakanlığı bütçesinden karşılanmıştır (Özvarış ve diğerleri, 2004).

Türkiye’de yöntem kullanımında sağlanan artış, her zaman istenen düzeyde olmamış ve bölgeler arasında eşitlik yakalanamamıştır. Ancak, yöntem kullanımı yıllar itibariyle artmış ve modern yöntemlerdeki artışa rağmen, geri çekme yöntemi her dönemde en çok kullanılan yöntem olmuştur (Özbay ve Shorter, 1970; HÜNEE 2009). Bu yaygın kullanım, geri çekme yöntemine ilişkin ülke geneli ve bölgesel düzeyde yöntem kullanımı bilgisi sunan demografik araştırmalardan yapılan yayınların (Fişek ve Shorter, 1968; Özbay ve Shorter, 1970; WFS, 1980; HÜNEE, 1987; HÜNEE, 1989; Fişek, 1989; T.C. Sağlık Bakanlığı ve diğerleri, 1993; HÜNEE 1998; Koç, 2000; HÜNEE, 2004; HÜNEE, 2009) yanı sıra, il düzeyinde daha çok sağlık ocağına başvuran kadınların yöntem kullanımı bilgisini değerlendiren birçok çalışmanın (Yıldırım ve diğerleri, 2003; Özdemir ve diğerleri, 2004; Gemalmaz ve diğerleri, 2005; Yanikkerem, 2006; Çiftçioğlu ve Erci, 2009; Altay ve Gönener, 2009) yapılmasını sağlamıştır.

Dünyada olduğu gibi, Türkiye’de de 1990’ların sonlarında erkeklerin yöntem kullanımına ilişkin yaklaşımlarını ele alan çalışmaların sayısında artış olmuştur. Bunlar arasında, doğurganlık çağındaki kadınların eşlerinin de yöntem kullanımı ve bilgisini elde eden 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, ülke düzeyinde veri sağlayan tek araştırmadır (Can, 2001; Ergöçmen ve diğerleri 2004; Kulczycki, 2004; Akın ve diğerleri, 2006; Kulczycki, 2008; Cindoğlu ve diğerleri, 2008). Ayrıca, erkeklerin yöntem kullanımına ilişkin niceliksel ve niteliksel yöntemlerin kullanıldığı çalışmaların sayısında da önemli bir artış yaşanmıştır (Mistik ve diğerleri, 2003; Cebeci ve diğerleri, 2004; Ortaylı ve diğerleri, 2005; Çiftçioğlu ve Erci, 2009).

Modern yöntemlerin elde edilebildiği durumlarda da geri çekme yönteminin tercih edilmesi, modern yöntemlerin yan etkilerinden korunma (Bulut ve diğerleri 1997; Breslin, 1997; Casterline ve diğerleri, 2001; Myntti ve diğerleri 2002; Cebeci ve diğerleri, 2004); geri çekme yöntemin doğal bir yöntem olarak algılanması (Myntti ve diğerleri, 2002); yöntemin modern yöntemler kadar etkili olduğuna inanma (Goldberg ve Toros, 1994) ve modern yöntemlerin daha

maliyetli olması gibi nedenlerle açıklanmaktadır. Yöntemin yaygın olarak kullanıldığı ülkelerin erkek egemen toplum yapısına sahip olması nedeniyle, yöntem kararının birlikte mi alındığı yoksa erkeklerin kararı mı olduğu konusunda farklı görüşler öne sürülmektedir (Okun, 1997; Myntti ve diğerleri, 2002; Kulczycki, 2004; Kulczycki, 2008; Cindoğlu ve diğerleri 2008).

Geri çekme yönteminin halen bazı ülkelerde yaygın olarak kullanılması, yöntem tercihlerinde kültürel faktörlerin etkisini ortaya koymaktadır. Yöntemin diğer yöntemlere oranla tercih edilmesi, yöntem kullanımının düşünüldüğü gibi sadece teknik bir konu olmadığını göstermesi açısından önem taşımaktadır (Secomme, 1983; Santow, 1995). Bu açıdan değerlendirildiğinde, Türkiye’de geri çekme yönteminin kullanılmasının nedenlerine yönelik çalışma yapılmasının gerekliliği ortadadır. Birçok çalışma geri çekme yöntemi kullanıcılarının belirli bir profili olmadığını, her yaş, eğitim, gelir ve sınıfsal gruptan geri çekme yönteminin kullanıcıları olduğunu göstermektedir (Rogow ve Horowitz, 1995).

Erkek yöntemlerinin her zaman kadın yöntemlerinden daha fazla kullanıldığı Türkiye’de, modern yöntemler arasında yer alan kondom kullanımı giderek artmaktadır. Kondom, daha çok cinsel yolla bulaşan hastalıkları ve evlilik dışı ilişkileri çağrıştırmaktadır. Tarihsel olarak, zengin erkeklerin arkalarında bir şey bırakmama isteğine hizmet eden ayrıcalıklı bir yöntem olarak bilinmektedir. Batı ülkelerinde yapılan çalışmalar, kondomun cinsel zevki azaltması, cinsel yolla bulaşan hastalıkları çağrıştırmaması, kondom kullanımı hakkında yeterli bilginin olmaması, yöntemin doğal ve anlık olmaması ile alkollü iken kullanılmaması gibi nedenlerle kondom kullanımına karşı tepki olduğunu ortaya çıkarmıştır. Ancak, kondom kullanımını teşvik eden reklamların artması, farklı koku, renk ve boyutlardaki daha ince kondomların piyasaya sunulması ile Batı ülkelerindeki erkeklerde bir davranış değişikliğinin sağlandığı görülmüştür (aktaran Free, 1976).

Erkek yöntemlerinden geri çekme ve kondom kullanımının belirleyici faktörlerin neler olduğunu anlamak amacıyla taşıyan bu çalışmada, erkek ve kadın yöntemlerinin kullanılmasına ilişkin betimsel analizlerin ardından, her iki yöntem için elde edilen lojistik regresyon analizleri yorumlanacaktır.

2.3. Çalışmanın Yöntemi

Bu çalışmada, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 kapsamında (TNSA-2008) 15-49 yaş grubundaki kadınlarla yapılan yüz yüze görüşmelerden elde edilen veri kullanılmıştır. Araştırmada, 10525 hanehalkı ile üreme çağındaki az bir kez evlenmiş 7405 kadınla görüşülmüştür. Araştırmanın örneklem seçimi ağırlıklı, çok aşamalı, tabakalı küme örneklemesidir. Veri kaynağının basit rastgele olmayan örneklem seçimi dikkate alınarak, analizler PASW Statistics 18 programının karmaşık tasarım (complex samples) modülü kullanılarak yapılmıştır. Betimleyici istatistikler ve analiz sonuçları 15-49 yaşlarındaki halen evli ve araştırma tarihlerinde gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanan 5,122 kadın için verilmiştir.

Bu çalışmadaki betimsel analizler, “erkeklerin kullandığı yöntemler” ve “kadınların kullandığı yöntemler” olarak iki grup için yapılmıştır. Erkeklerin kullandığı yöntemler; geri çekme, kondom ve erkeğin kanallarının bağlanması yöntemlerini içerirken, kadınların kullandığı yöntemler; kadının tüplerinin bağlanması, hap, rahim içi araç, enjeksiyon, deri altı implantları, kadın kondomu, diyafram, acil korunma hapi ve diğer geleneksel yöntemleri içermektedir.

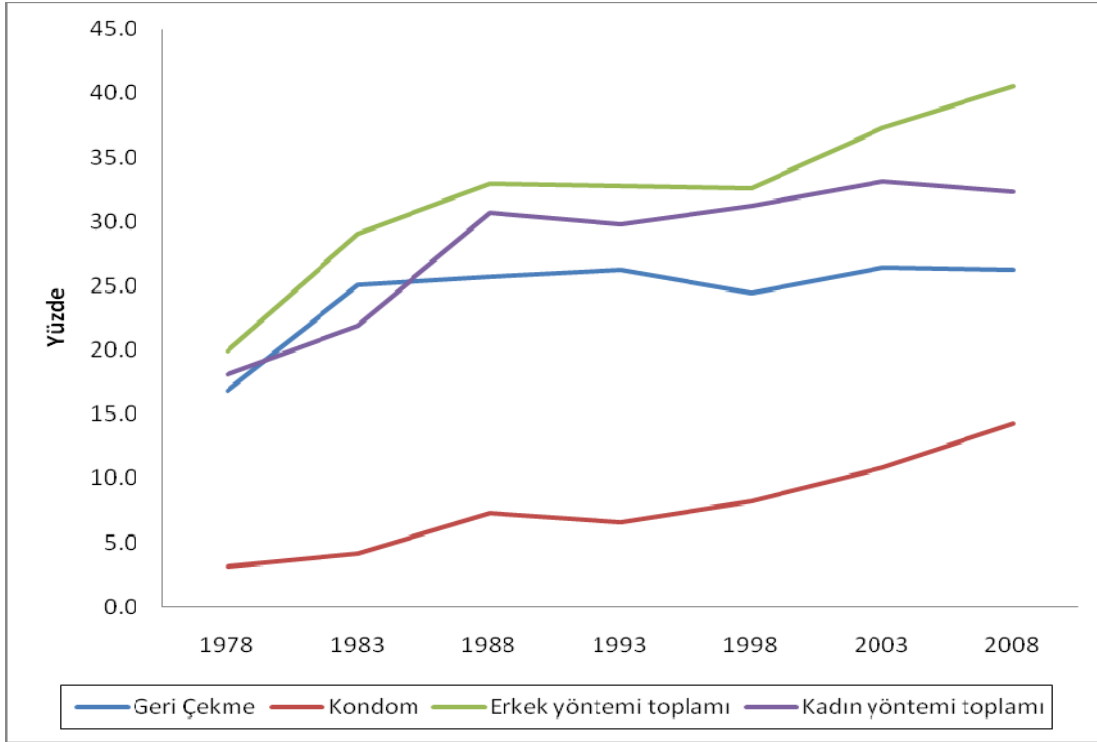
Çalışmada betimsel analizlerin yanı sıra erkeklerin kullandığı gebeliği önleyici yöntemlerden geri çekme yöntemi ve kondom yönteminin belirleyicilerini ortaya çıkarmak amacıyla lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkileri araştırmayı amaçlayan lojistik regresyon analizi, bağımlı değişken ile bağımsız değişken(ler) arasındaki ilişkileri belirlemede kullanılmaktadır. Analiz sonucu elde edilen, $Exp(\beta)$ (odds ratio) değerleri bağımlı değişkenin gerçekleşme olasılığının, gerçekleşme olasılığına oranını verir. Bir bağımsız değişkenin $Exp(\beta)$ değeri, o bağımsız değişkenin, bağımlı değişkenin gerçekleşme olasılığını hangi yönde ve ne kadar etkilediğini gösterir. 1’den küçük değerler, gerçekleşme olasılığını azalttığını, 1’den yüksek değerleri ise arttırdığını belirtir. Bu analizlerdeki bağımlı değişken olan geri çekme ve kondom yöntemlerinin kullanılması “1”, kullanılmaması “0” olarak tanımlanmıştır. Her iki analizde kategorik yapıdaki aynı bağımsız değişkenler kullanılmıştır. Bu değişkenler, kadınların yöntem tercihlerini etkileyeceği varsayılan kadınların bireysel özellikleri, eşlerinin bireysel özellikleri, evliliğe ilişkin özellikler ile hanehalkı ve yaşanan yere ilişkin özellikler birer blok oluşturacak biçimde gruplanmıştır. Her iki analizde de belirtilen blokların eklenmesiyle dört model oluşturulmuştur. Birinci model, kadınların yaş, eğitim, çalıştığı sektör, 12 yaşına kadar yaşadığı yer, annenin ve babanın eğitim düzeyi, ilk yöntem kullanma yaşı gibi bireysel özelliklerini içermektedir. İkinci modele, kadınların bireysel özelliklerinin yanı sıra eşlerinin bireysel özellikleri (yaş, eğitim, çalışma durumu, 12 yaşına kadar yaşadığı yer) eklenmiştir. Üçüncü modelde ise, bu iki bloğa, evliliğe ilişkin özellikler (gebeliği önleyici yöntem kullanma kararı, başka çocuk sahibi olma isteği, evlilik kararı, evlilik biçimi, ideal çocuk sayısı, başlık parası, akrabalık ilişkisi, evlilik süresi, sahip olunan çocuk sayısı, kullanılan ilk yöntem) dahil edilmiştir. Son model ise, hanehalkı ve yaşanan yere ilişkin özelliklerin (bölge, kent-kır, refah düzeyi, aile tipi) eklendiği dört bloktan oluşmuştur.

Analizlerde kullanılan değişkenleri oluşturmak için, TNSA-2008 hanehalkı soru kağıdının konut özellikleri bölümü ile evlenmiş kadın soru kağıdının cevaplayıcıya ait temel bilgiler, gebelik ve doğurganlık, gebeliği önleyici yöntemler, kadının çalışması ve eş ile ilgili temel bilgiler bölümlerinde yer alan ilgili sorular kullanılmıştır. Belirtilen değişkenlerin birçoğu evlenmiş kadın soru kağıdında ayrı bir soru olarak yer almaktadır. Hanenin refah düzeyi, hanehalkının sahip olduğu bazı mallara faktör analizi yöntemi uygulanması sonucunda elde edilen hanehalkı refah endeksi ile ölçülmüştür. Aile tipine ilişkin değişken ise, hanehalkı soru kağıdında yer alan aile ilişkileri kullanılarak üretilmiştir. Lojistik regresyon analizi öncesinde ayrı ayrı çoklu eş doğrusallık (multi-collinearity) kontrolü yapılmış ve erkeğin yaşı değişkeni, kadının yaşı değişkeni ile etkileşimde olması nedeniyle analizlere dahil edilmemiştir.

2.4. Erkeklerin Kullandığı Yöntemler ve Belirleyicileri

Türkiye’de hızla artan yöntem kullanımında, erkeklerin kullandığı yöntemlerin oranı her zaman kadınların kullandığı yöntemlerin oranından daha fazla olmuştur (Şekil 2.1). Erkek yöntemlerinin çok önemli bir bölümünü geri çekme yöntemi; kadın yöntemlerinin ise yıllar itibariyle değişiklik olsa da rahim içi araç yöntemi oluşturmaktadır.

Şekil 2.1 Kadınların ve erkeklerin kullandığı gebeliği önleyici yöntemlerdeki değişim, 1978-2008



Kaynak: HÜNEE, 2009

Tablo 2.1’de araştırma kapsamında halen evli ve halen herhangi bir yöntem kullanan kadınların temel özellikleri ile halen kullandıkları kadın ve erkek yöntemlerinin yüzdeleri verilmektedir. Evli kadınlar özellikle genç yaşlarda “erkeklerin kullandığı yöntemler”i, “kadınların kullandığı yöntemler”den daha fazla tercih etmektedirler. Yaş grupları arasında, sadece 35-39 yaş grubundaki kadınların, kadın yöntemlerini daha fazla kullandığı görülmüştür. Erkek yöntemlerinin tercih edilmesi, kadınların eğitim düzeyi, çalışıp-çalışmamaları veya çalıştıkları sektör açısından farklılık göstermemekte, her düzeyde erkek yöntemleri daha fazla tercih edilmektedir. Benzer şekilde, anne ve babanın eğitim düzeyi, erkek yöntemlerinin tercih edilmesi açısından belirgin bir farklılık yaratmamakta, her düzeyde erkeklerin kullandığı yöntemler daha çok kullanılmaktadır. Farklılık daha çok geri çekme ve kondom yöntemlerinin tercih edilmesinde görülmektedir. 12 yaşına kadar bucak veya köyde yaşayan kadınlar daha çok kadınların kullandığı yöntemleri kullanırken, bu oran il, ilçe ve yurt dışında yaşamış kadınlarda daha düşüktür. Modern yöntem kullanımının daha çok kadınların kullandıkları yöntemlere odaklanması ve bu grubun yüzde 60’ının kentlerde yaşıyor olması daha çok kadın yöntemi kullanılmasında etkili görünmektedir.

Tablo 2.1. Halen evli ve herhangi bir yöntem kullanan kadınların bireysel özellikleri ile kullanılan erkek ve kadın yöntemleri yüzdesi, Türkiye 2008

	Erkek yöntemi			Kadın yöntemi	Sayı
	Geri çekme	Kondom	Toplam		
Kadının yaşı					
<25	41.8	27.9	69.7	30.3	592
25-29	34.7	25.1	59.8	40.2	967
30-34	33.7	20.0	53.3	46.7	1042
35-39	30.6	17.5	48.3	51.7	1057
40+	39.7	14.2	54.2	45.8	1452
Kadının eğitimi					
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	40.8	9.3	50.0	50.0	774
İlköğretim birinci kademe	38.4	16.4	55.0	45.0	2821
İlköğretim ikinci kademe	37.5	24.3	61.8	38.2	395
Lise veya üzeri	25.7	33.2	59.1	40.9	1120
Kadının çalıştığı sektör					
Hiç çalışmamış/çalışmıyor	35.8	20.0	55.9	44.1	3474
Tarım sektörü	44.6	13.4	57.9	42.1	699
Sanayi sektörü	(40.5)	*	55.2	50.0	115
Hizmet sektörü	28.4	24.0	52.6	47.4	821
12 yaşına kadar yaşanılan yer					
İl	30.2	23.9	58.5	41.5	1618
İlçe	35.1	22.8	55.7	44.3	1122
Bucak/Köy	40.4	15.3	38.3	61.7	2314
Yurtdışı	*	*	54.0	46.0	47
Annenin eğitimi					
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	38.2	15.8	54.2	45.8	3367
İlköğretim birinci kademe	30.7	26.6	57.3	42.7	1493
İlköğretim ikinci kademe ve üzeri	30.9	34.5	66.5	33.5	188
Babanın eğitimi					
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	37.7	14.1	52.1	47.9	1601
İlköğretim birinci kademe	35.4	21.2	56.6	43.4	2605
İlköğretim ikinci kademe ve üzeri	29.2	30.1	59.6	40.4	665
İlk yöntem kullanma yaşı					
<25	36.0	20.6	56.8	43.2	3596
25-34	35.8	25.3	54.6	45.4	1350
35+	37.2	*	42.1	57.9	121

* Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () Ağırlıksız gözlem sayısı 25-49.

Erkek yöntemlerinin tercih edilmesinde, kadınların eşlerinin yaş, eğitim, çalışma durumu gibi temel özellikleri ile yöntem kullanım tercihlerine ilişkin yüzdeler Tablo 2.2'de gösterilmektedir. Genç yaşta erkeklerin, özellikle 25 yaşın altındakilerin, yaklaşık üçte ikisi erkeklerin kullandığı yöntemleri tercih etmektedir. Bu yaş grubu, hem geri çekme hem de

kondom kullanımının en yoğun olduğu yaş grubudur. Kadınların kullandığı yöntemler, eşlerin eğitim düzeyinin ilköğretimi tamamlamadığı ya da hiç eğitim almadığı gruplarda daha fazla tercih edilmektedir. Bu durum, Türkiye’de uygulanan aile planlaması programlarının kadınları hedeflemesi ve bu programların daha çok eğitim düzeyi daha düşük olan gruplara yönelik olması ile açıklanabilir. İlköğretim düzeyinden daha sonraki gruplarda erkek yöntemlerinin kullanımı artmakta ve yöntem tercihi açısından farklılık belirginleşmektedir. Erkeğin çalışma durumu ve 12 yaşına kadar yaşadığı yer açısından erkek yöntemlerinin daha çok tercih edilmesi farklılık göstermemekte, her düzeyde erkeklerin kullandığı yöntemler daha çok tercih edilmektedir (Tablo 2.2).

Tablo 2.2 Halen evli ve herhangi bir yöntem kullanan kadınların eşlerinin bireysel özellikleri ile kullanılan erkek ve kadın yöntemleri yüzdesi, Türkiye 2008

	Erkek yöntemi			Kadın Yöntemi	Sayı
	Geri çekme	Kondom	Toplam		
Eşin yaşı					
<25	42.1	28.9	71.3	28.7	115
25-29	41.4	26.5	67.9	32.1	648
30-34	33.9	27.1	61.1	38.9	948
35-39	34.1	16.0	50.1	49.9	1091
40+	35.8	15.8	51.8	48.2	2307
Eşin eğitimi					
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	37.5	*	46.6	53.4	193
İlköğretim birinci kademe	38.2	13.9	52.3	47.7	2488
İlköğretim ikinci kademe	37.2	19.8	57.0	43.0	716
Lise ve üzeri	31.8	29.3	61.2	38.8	1696
Eşin çalışma durumu					
Hiç çalışmamış/ halen çalışmıyor	37.5	15.6	53.1	46.9	482
Çalışıyor	35.8	20.2	55.9	44.1	4620
Eşin 12 yaşına kadar yaşadığı yer					
İl	32.4	23.8	56.3	43.7	1555
İlçe	34.4	21.8	56.6	43.4	1059
Bucak/Köy	38.7	15.9	54.7	45.3	2457
Yurtdışı	*	*	*		34

* Ağırlıksız gözlem sayısı 25’ten az; () Ağırlıksız gözlem sayısı 25-49.

Çiftlerin evliliklerinin başlangıcına ait özellikler eşler arasındaki ilişkiyi etkilemekte ve doğurganlığa ilişkin özellikler gibi yöntem tercihleri konusunda etkili olabilmektedir. Evlilik kararını kadının isteyip istememesi, eşlerin akraba olup olmaması, evlilik süresinin az ya da çok olması, erkeklerin kullandığı yöntemlerin daha fazla tercih edilmesini değiştirmemektedir. Benzer biçimde, 2 yıl içinde, 2 yıldan daha sonra çocuk istediğini belirten veya kararsız olan kadınların yüzde 71’i erkek yöntemlerini kullanmaktadır. Gebeliği önleyici yöntem kullanma kararını kadın tek başına aldığında, üçte iki oranında kadınların kullandığı yöntemleri, kararı erkek tek başına aldığında ise büyük oranda erkeklerin kullandığı yöntemleri tercih etmektedir. Bu durum, eşler birlikte karar aldıklarında da erkeklerin kullandığı yöntemlerin lehine olmakta

ve bu tercihte geri çekme yöntemi başta gelmektedir. Gebeliği önlemek amacıyla kullanılan ilk yöntem, daha sonraki yöntem kullanımında etkili olmaktadır (Ergöçmen ve diğerleri, 2004).

Tablo 2.3. Halen evli ve herhangi bir yöntem kullanan kadınların evliliklerine ilişkin özellikler ile kullanılan erkek ve kadın yöntemleri yüzdesi, Türkiye 2008

	Erkek yöntemi			Kadın Yöntemi	Sayı
	Geri çekme	Kondom	Toplam		
Evlilik kararı					
Kendi isteğiyle	39.0	15.8	55.0	45.0	2427
Kendi isteği dışında	32.4	23.9	56.4	43.6	2683
Evlilik biçimi					
Resmi nikah var	35.8	*	55.8	44.2	4989
Sadece dini nikah var	(38.3)	19.9	44.9	55.1	107
İkisi de yok	*	*	*		13
Akrabalık ilişkisi					
Akrabalık yok	34.7	20.6	55.5	44.5	3952
Birinci derece akraba	40.8	13.4	54.2	45.8	574
Diğer akraba	39.3	18.7	57.9	42.1	580
Başlık parası					
Verildi	37.3	11.5	48.7	51.3	662
Verilmedi	35.7	20.8	56.7	43.3	4443
Evlilik süresi					
0-1 yıl	47.1	27.9	74.7	25.3	87
2-4 yıl	39.8	34.0	74.0	26.0	497
5-9 yıl	36.1	25.7	61.8	38.2	927
10+ yıl	35.0	15.9	51.1	48.9	3599
Sahip olunan çocuk sayısı					
0-1	38.7	32.8	71.5	28.5	1155
2	35.1	20.6	55.9	44.1	2018
3+	35.1	10.7	45.9	54.1	1938
İdeal çocuk sayısı					
Çocuk istemiyor	35.6	*	53.5	46.5	101
1 çocuk	31.7	22.2	53.9	46.1	360
2 çocuk	38.0	20.6	58.6	41.4	2696
3 çocuk	37.4	12.8	50.2	49.8	1044
4+	35.5	21.2	56.7	43.3	842
Başka çocuk sahibi olma isteği					
İstiyor /kararsız	41.6	29.0	70.6	29.4	1255
İstemiyor /mümkün değil	34.1	16.6	50.7	49.3	3849
Yöntem kullanma kararı					
Kadın	12.1	12.5	24.9	75.1	1301
Eşi	72.3	16.1	88.6	11.4	638
Birlikte	38.4	23.3	61.5	38.5	3164
İlk kullanılan yöntem (erkek)					
Erkek yöntemi değil	24.1	13.5	37.7	62.3	2360
Erkek yöntemi	45.9	24.8	70.7	29.3	2762
İlk kullanılan yöntem (geri çekme)					
Geri çekme yöntemi değil	22.0	25.3	47.3	52.7	3255
Geri çekme	60.0	9.6	69.8	30.2	1867
İlk kullanılan yöntem (kondom)					
Kondom değil	40.1	11.8	51.9	48.0	4227
Kondom	16.3	56.4	72.7	27.3	895

* Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () Ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

Kadınların yüzde 71'i ilk kullandıkları yöntemin erkek yöntemi olduğunu belirtmişlerdir. Kadınların evlilik süreleri arttıkça, erkeklerin kullandığı yöntemlerin yerini kadınların kullandığı yöntemler almaktadır. Evliliğin ilk bir yılında yüzde 75 oranında erkek yöntemi tercih edilirken, 10 yıl ve daha fazla süredir evli olan kadınlarda bu oran yüzde 51'e düşmektedir. Çocuk sayısındaki artış, erkek yöntemlerinden kadınların yöntemlerine geçildiğini göstermektedir. Tek çocuklu kadınların yüzde 72'si erkek yöntemi kullanırken, bu oran üç ve daha fazla çocuk sahibi olan kadınlarda yüzde 46'ya düşmektedir (Tablo 2.3).

Tablo 2.4 Halen evli ve herhangi bir yöntem kullanan kadınların yaşadıkları yer ve hanehalkı özellikleri ile kullanılan erkek ve kadın yöntemleri yüzdesi, Türkiye 2008

	Erkek yöntemi			Kadın Yöntemi	Sayı
	Geri çekme	Kondom	Toplam		
Bölge					
Batı	35.6	20.4	56.1	43.9	2329
Güney	34.2	18.4	52.6	47.4	598
Orta	34.0	23.5	57.7	42.3	1167
Kuzey	43.6	15.7	59.1	40.9	350
Doğu	37.3	13.1	50.4	49.6	679
Hanehalkı refah seviyesi					
En düşük	39.2	12.7	51.9	48.1	693
Düşük	40.9	11.8	52.7	47.3	963
Orta	37.1	18.4	55.5	44.5	1110
Yüksek	34.6	21.7	56.5	43.5	1116
En yüksek	30.2	28.9	59.4	40.6	1228
Yerleşim yeri					
Kent	34.4	20.7	55.3	44.7	3932
Kır	40.4	15.8	56.3	43.7	1190
Aile tipi					
Çekirdek aile	34.8	20.2	55.7	44.3	3976
Geniş aile	39.9	17.7	57.8	42.2	1093
Diğer	*	*	*	*	34

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () Ağırlıksız gözlem sayısı 25-49.

Erkek yöntemlerinin kullanılması açısından, hanehalkına ve yaşanan yere ilişkin özellikler arasında önemli bir farklılaşma göze çarpmamaktadır. Her gelir grubunda, bölgede ve hanehalkında en çok kullanılan yöntem erkeklerin kullandığı yöntemlerdir. Farklılaşma daha çok erkek yöntemlerinden geri çekme ve kondom tercihi açısındandır. Hanehalkı refah düzeyinin yükselmesi, kadınların erkeklerin kullandıkları yöntemleri tercih etmesindeki artışa neden olmaktadır. Bu farklılaşma, kondom kullanımındaki artıştan kaynaklanmaktadır (Tablo 2.4).

2.4.1. Geri Çekme Yönteminin Belirleyicileri

Geri çekme yönteminin kullanımını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizi Tablo 2.5'te dört model üzerinden sunulmaktadır. Halen evli kadınların bireysel özelliklerinin olduğu ilk modelde, eğitim düzeyi, yaş, annenin eğitim düzeyi ve 12 yaşına kadar yaşanan yer en önemli faktörler olarak bulunmuştur. 25 yaşın altındaki kadınlara oranla, 30-34 ve 35-39 yaş grubundaki kadınlar, geri çekme yöntemini daha az tercih etme eğilimindedirler. Lise ve üzeri eğitime sahip olan kadınlardan daha az eğitimi olan kadınlarda ise geri çekme yöntemini kullanmaya yatkınlık daha fazladır, yöntem eğitim düzeyindeki azalma ile daha çok tercih edilebilmektedir. Hizmet sektöründe çalışan kadınlarla kıyaslandığında, tarım sektöründe çalışan kadınların 1.44 kat daha fazla geri çekme yöntemi kullanma eğiliminde oldukları görülmüştür.

Geri çekme yönteminin tercih edilmesi, kadınların bireysel özellikleriyle oldukça sınırlı düzeyde açıklanmakta (birinci modelde yüzde 3.8), kadınların eşlerine ait özelliklerin eklenmesi de açıklayıcılığı (ikinci modelde yüzde 4.0) artırmaktadır. Bu modelde, sadece kadının özelliklerinin yer aldığı ilk modelde önemli olan faktörler önemini korumaya devam etmiş, eşlere ilişkin özellikler ise belirleyici olmamıştır. 25 yaşından küçük kadınlarla kıyaslandığında, 35-39 yaş grubundaki kadınların daha az geri çekme yöntemi kullanma eğiliminde oldukları, eğitimi daha düşük olan kadınların ise lise ve üzeri eğitim grubundaki kadınlardan daha fazla geri çekmeyi kullanmaya yatkın oldukları görülmektedir. 12 yaşına kadar bucak ve köyde yaşayan kadınların bu dönemi il merkezinde geçirenlerden 1.28 kat daha fazla geri çekme kullanma eğiliminde oldukları görülmüştür.

Evliliğe ilişkin özelliklerin eklenmesi, geri çekme yönteminin tercih edilmesini yüzde 34.3 oranında açıklamaktadır. Kadının kullandığı ilk yöntemin geri çekme olması, bu yöntemin halen tercih edilme eğilimini arttırmaktadır. Yöntem kararının kadının kendisinin vermesi yerine, erkeğin vermesi durumunda geri çekme yönteminin tercih edilme şansı 16.9 kat artmaktadır. Evliliğe ilişkin özelliklerin modele dahil edilmesi modelin açıklayıcılığını artırmanın yanı sıra, kadının yaşındaki etkinin değişmesine neden olmuştur. En genç yaş grubundaki kadınlara oranla, 40'lı yaşların üzerindeki kadınların bu yöntemi tercih etme eğilimi 2 katına çıkmaktadır. Başka çocuk isteği konusunda kararsız olan ya da daha sonra çocuk sahibi olmak isteyen kadınlar, çocuk istemeyenlere oranla 1.40 kat daha fazla geri çekme yöntemini kullanmaya yatkındırlar.

Son model, geri çekme yöntemini açıklamaya yönelik tüm değişkenlerin dahil edildiği modeldir. Yöntemin tercih edilmesinde kadının yaşı, eğitimi, yöntem kararı ve başka çocuk isteği belirleyici faktörler olarak bulunmuştur. Son modele dahil edilen yaşanan yer ve bölgeye ilişkin özellikler ile hanehalkının refah düzeyi ile aile tipinin bir etkisi olmamıştır. Yöntem kararını kadınların tek başına belirlediği duruma göre, eşlerin belirlediği durumlarda geri çekmenin kullanılma eğilimi 16.9 kat artmaktadır.

Tablo 2.5 Halen evli ve herhangi bir yöntem kullanan kadınların geri çekme yöntemini kullanmalarını etkileyen faktörler, Türkiye 2008

	MODEL 1	MODEL 2	MODEL 3	MODEL 4
Kadının yaşı				
<25	1.00	1.00	1.00	1.00
25-29	0.79	0.78	1.11	1.10
30-34	0.74**	0.74**	1.41	1.39
35-39	0.59 *	0.59*	1.20	1.17
40+	0.87	0.88	1.91*	1.85**
Kadının eğitimi				
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	1.64*	1.73*	1.88*	1.95*
İlköğretim birinci kademe	1.51*	1.54*	1.47*	1.50*
İlköğretim ikinci kademe	1.52**	1.54**	1.52**	1.54**
Lise ve üzeri	1.00	1.00	1.00	1.00
Kadının çalıştığı sektör				
Hiç çalışmamış/ halen çalışmıyor	1.13	1.14	-	-
Tarım sektörü	1.44**	1.46**	-	-
Sanayi sektörü	1.42	1.31	-	-
Hizmet sektörü	1.00	1.00	-	-
12 yaşına kadar yaşanılan yer				
İl	1.00	1.00	-	-
İlçe	1.19	1.23	-	-
Bucak/Köy	1.28**	1.34*	-	-
Yurtdışı	0.60	0.52	-	-
Annenin eğitimi				
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	-	-	-	-
İlköğretim birinci kademe	-	-	-	-
İlköğretim ikinci kademe ve üzeri	-	-	-	-
Babanın eğitimi				
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	-	-	-	-
İlköğretim birinci kademe	-	-	-	-
İlköğretim ikinci kademe ve üzeri	-	-	-	-
İlk yöntem kullanma yaşı				
<25	-	-	-	-
25-34	-	-	-	-
35+	-	-	-	-
Eşin eğitimi				
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	MD	-	-	-
İlköğretim birinci kademe	MD	-	-	-
İlköğretim ikinci kademe	MD	-	-	-
Lise ve üzeri	MD	-	-	-
Erkeğin çalışma durumu				
Hiç çalışmamış/halen çalışmıyor	MD	-	-	-
Çalışıyor	MD	-	-	-
Eşin 12 yaşına kadar yaşadığı yer				
İl	MD	-	-	-
İlçe	MD	-	-	-
Bucak/Köy	MD	-	-	-
Yurtdışı	MD	-	-	-
Yöntem kullanım kararı				
Kadın	MD	MD	1.00	1.00
Eşi	MD	MD	16.92*	16.95*
Birlikte	MD	MD	4.31*	4.34*

**İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.05; *İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.01; Diğer durumlarda anlamlı değildir. MD modelde değil; - = Denklemden ancak istatistiksel olarak anlamlı değil.

Tablo 2.5 Halen evli ve herhangi bir yöntem kullanan kadınların geri çekme yöntemini kullanmalarını etkileyen faktörler (devam), Türkiye 2008

	MODEL 1	MODEL 2	MODEL 3	MODEL 4
İlk kullanılan yöntem				
Geri çekme değil	MD	MD	0.20*	0.20 *
Geri çekme	MD	MD	1.00	1.00
Başka çocuk sahibi olma isteği				
İstiyor/kararsız	MD	MD	1.40	-
İstemiyor/mümkün değil	MD	MD	1.00	-
Evlilik kararı				
Kendi isteğiyle	MD	MD	-	-
Kendi isteği dışında	MD	MD	-	-
Evlilik biçimi				
Resmi nikah var	MD	MD	-	-
Sadece dini nikah var	MD	MD	-	-
İkisi de yok	MD	MD	-	-
İdeal çocuk sayısı				
Çocuk istemiyor	MD	MD	-	-
1 çocuk	MD	MD	-	-
2 çocuk	MD	MD	-	-
3 çocuk	MD	MD	-	-
4+	MD	MD	-	-
Başlık parası				
Verildi	MD	MD	-	-
Verilmedi	MD	MD	-	-
Akrabalık ilişkisi				
Akrabalık yok	MD	MD	-	-
Birinci derece akraba	MD	MD	-	-
Diğer akraba	MD	MD	-	-
Evlilik süresi				
0-1 yıl	MD	MD	-	-
2-4 yıl	MD	MD	-	-
5-9 yıl	MD	MD	-	-
10+ yıl	MD	MD	-	-
Sahip olunan çocuk sayısı				
0-1	MD	MD	-	-
2	MD	MD	-	-
3+	MD	MD	-	-
Bölge				
Batı	MD	MD	MD	-
Güney	MD	MD	MD	-
Orta	MD	MD	MD	-
Kuzey	MD	MD	MD	-
Doğu	MD	MD	MD	-
Hanehalkı refah seviyesi				
En düşük	MD	MD	MD	-
Düşük	MD	MD	MD	-
Orta	MD	MD	MD	-
Yüksek	MD	MD	MD	-
En yüksek	MD	MD	MD	-
Yerleşim yeri				
Kent	MD	MD	MD	-
Kır	MD	MD	MD	-
Aile tipi				
Çekirdek aile	MD	MD	MD	-
Geniş aile	MD	MD	MD	-
Diğer	MD	MD	MD	-
R ² (Nagelkerke)	0.038	0.040	0.343	0.346
Wald F	3.723*	3.416*	21.293*	19.788*

*İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.01; **İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.05; Diğer durumlarda anlamlı değildir. MD modelde değil; - = Denklemden ancak istatistiksel olarak anlamlı değil.

2.4.2. Kondom Yönteminin Belirleyicileri

Kondom kullanımını etkileyen faktörlerin anlaşılmasına yönelik lojistik regresyon analizinin sonuçları Tablo 2.6'da verilmektedir. Evli ve halen yöntem kullanan kadınların bireysel özellikleri açısından, kondom kullanımını en çok belirleyen faktörler eğitim ve yaştır. 25 yaşındaki kadınlar referans alındığında, 30 yaşın üzerindeki kadınların daha az kondom kullanma eğiliminde oldukları görülmektedir. Benzer şekilde, eğitim düzeyi lise ve üzeri olan kadınlar referans alındığında, daha az eğitime sahip kadınların kondom kullanma yatkınlığı azalmaktadır. Kondom kullanımının etkileyen faktörlerin sadece kadınların bireysel özelliklerini dikkate alan bu ilk modelin açıklayıcılığı yüzde 8.1'dir. Bu açıklayıcılık az olmakla birlikte, geri çekme yönteminin belirleyicilerini sadece kadının bireysel özellikleriyle açıklayan modelin açıklayıcılığından daha fazladır.

Kondom kullanımına ilişkin ikinci modelde, kadınların yanı sıra eşlerine ait özellikler de dikkate alınmıştır. Açıklayıcılığın çok artmadığı, bu modelde de ilk modele benzer bir şekilde yaş ve çiftlerin eğitim düzeyleri anlamlı bulunmuştur. Eşi ilköğretim birinci kademeyi bitirmiş olan kadınların, lise ve üzeri eğitime sahip erkeklerden 0.62 kat daha az kondom kullanma eğiliminde oldukları görülmüştür. Kondom yönteminin kullanılmasına kimin karar verdiği, ilk kullanılan yöntemin kondom olup olmadığı, evliliğin sadece dini nikahla gerçekleşmesi, başka çocuk sahibi olma isteği ve eşlerin eğitim düzeyleri kondom kullanımında etkili faktörler olarak bulunmuştur. Kadınların evliliklerine ait özelliklerin dahil edildiği bu model, kondom kullanımını yüzde 29 oranında açıklamaktadır. Hem kadın hem de erkek açısından eğitim düzeyinin lise düzeyinden az olması, sadece dini nikahla evli olma ve kullanılan ilk yöntemin kondom yerine başka bir yöntem olması kondom kullanma eğilimini azaltmaktadır. Geri çekme modelinden farklı olarak kondom kullanımında yöntem kararının eşler tarafından birlikte verilmesi kondom kullanımını sadece kadınların karar vermesinden 2 katı fazla kullanmayı beraberinde getirmektedir.

Hanehalkı ve yaşanan yere ilişkin özelliklerin dahil edildiği son model, kondom kullanımında etkili olabilecek tüm faktörleri içermektedir. Kondom kullanımında kadının eğitim düzeyi, yöntem kararı, ilk kullanılan yöntem, sahip olunan çocuk sayısı, bölge ve hanehalkı refah endeksi etkili faktörler olarak bulunmuştur. Erkeğin eğitimi, diğer faktörlerin modelde yer alması nedeniyle daha önceki modellerdeki gibi, anlamlı olmadığı halde, ilköğretim birinci kademeyi tamamlamış olma kategorisi anlamlılığını korumuştur. Eşleri bu eğitim düzeyine sahip kadınların 0.70 daha az kondom kullanma eğiliminde olmaları erkek açısından eğitimin ilköğretimden sonra daha belirleyici olduğunu göstermektedir. Kondom kullanımının tercih edilmesinde tüm faktörleri dikkate alan ve açıklayıcı en fazla olan son modelin gösterdiği kondomun refah düzeyi zengin olmayanlara göre diğer düzeylerde daha az kullanılma eğilimi doğurduğu ve geri çekme yönteminin en fazla tercih edildiği Kuzey bölgesinde, Batı bölgesine oranla daha az kullanım yatkınlığı olduğudur. 2'den az çocuğa sahip olan çiftlerin veya kadınların kararı yerine kondom kullanımına birlikte karar veren çiftlerin bu yöntemi daha fazla tercih etme eğiliminde oldukları görülmüştür.

Tablo 2.6 Halen evli ve herhangi bir yöntem kullanan kadınların kondom kullanmalarını etkileyen faktörler, Türkiye 2008

	MODEL 1	MODEL 2	MODEL 3	MODEL 4
Kadının yaşı				
<25	1.00	1.00	-	-
25-29	0.79	0.80	-	-
30-34	0.60*	0.60*	-	-
35-39	0.64**	0.65**	-	-
40+	0.54*	0.54*	-	-
Kadının eğitimi				
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	0.28*	0.36*	0.48*	0.53**
İlköğretim birinci kademe	0.48*	0.59*	0.63*	0.66**
İlköğretim ikinci kademe	0.60*	0.68**	0.60**	0.63
Lise veya üzeri	1.00	1.00	1.00	1.00
Kadının çalıştığı sektör				
Hiç çalışmamış/ halen çalışmıyor	-	-	-	-
Tarım sektörü	-	-	-	-
Sanayi sektörü	-	-	-	-
Hizmet sektörü	-	-	-	-
12 yaşına kadar yaşanılan yer				
İl	-	-	-	-
İlçe	-	-	-	-
Bucak/Köy	-	-	-	-
Yurtdışı	-	-	-	-
Annenin eğitimi				
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	-	-	-	-
İlköğretim birinci kademe	-	-	-	-
İlköğretim ikinci kademe ve üzeri	-	-	-	-
Babanın eğitimi				
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	-	-	-	-
İlköğretim birinci kademe	-	-	-	-
İlköğretim ikinci kademe ve üzeri	-	-	-	-
İlk yöntem kullanma yaşı				
<25	-	-	-	-
25-34	-	-	-	-
35+	-	-	-	-
Eşin eğitimi				
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	MD	0.52**	0.72	0.80
İlköğretim birinci kademe	MD	0.62*	0.66*	0.70*
İlköğretim ikinci kademe	MD	0.78	0.79	0.80
Lise ve üzeri	MD	1.00	1.00	1.00
Erkeğin çalışma durumu				
Hiç çalışmamış/halen çalışmıyor	MD	-	-	-
Çalışıyor	MD	-	-	-
Eşin 12 yaşına kadar yaşadığı yer				
İl	MD	-	-	-
İlçe	MD	-	-	-
Bucak/Köy	MD	-	-	-
Yurtdışı	MD	-	-	-

*İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.01; **İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.05; Diğer durumlarda anlamlı değildir. MD modelde değil; - = Denklemden çıkarılmıştır.

Tablo 2.6 Halen evli ve herhangi bir yöntem kullanan kadınların kondom kullanmalarını etkileyen faktörler (devam), Türkiye 2008

	MODEL 1	MODEL 2	MODEL 3	MODEL 4
Yöntem kullanım kararı				
Kadın	MD	MD	1.00	1.00
Eşi	MD	MD	1.30	1.32
Birlikte	MD	MD	2.05*	2.09*
İlk kullanılan yöntem				
Kondom değil	MD	MD	0.12*	0.12*
Kondom	MD	MD	1.00	1.00
Başka çocuk sahibi olma isteği				
İstiyor /kararsız	MD	MD	-	-
İstemiyor /mümkün değil	MD	MD	-	-
Evlilik kararı				
Kendi isteğiyle	MD	MD	-	-
Kendi isteği dışında	MD	MD	-	-
Evlilik biçimi				
Resmi nikah var	MD	MD	1.00	1.00
Sadece dini nikah var	MD	MD	0.38*	0.39**
İkisi de yok	MD	MD	0.64	0.63
İdeal çocuk sayısı				
Çocuk istemiyor	MD	MD	-	-
1 çocuk	MD	MD	-	-
2 çocuk	MD	MD	-	-
3 çocuk	MD	MD	-	-
4+	MD	MD	-	-
Başlık parası				
Verildi	MD	MD	-	-
Verilmedi	MD	MD	-	-
Akrabalık ilişkisi				
Akrabalık yok	MD	MD	-	-
Birinci derece akraba	MD	MD	-	-
Diğer akraba	MD	MD	-	-
Evlilik süresi				
0-1 yıl	MD	MD	-	-
2-4 yıl	MD	MD	-	-
5-9 yıl	MD	MD	-	-
10+ yıl	MD	MD	-	-
Sahip olunan çocuk sayısı				
0-1	MD	MD	1.99*	1.89*
2	MD	MD	1.47*	1.44**
3+	MD	MD	1.00	1.00
Bölge				
Batı	MD	MD	MD	1.00
Güney	MD	MD	MD	0.92
Orta	MD	MD	MD	1.17
Kuzey	MD	MD	MD	0.64*
Doğu	MD	MD	MD	0.87
Hanehalkı refah indeksi				
En düşük	MD	MD	MD	0.87
Düşük	MD	MD	MD	0.59**
Orta	MD	MD	MD	0.88
Yüksek	MD	MD	MD	0.93
En yüksek	MD	MD	MD	1.00
Yerleşim yeri				
Kent	MD	MD	MD	-
Kır	MD	MD	MD	-
Aile tipi				
Çekirdek aile	MD	MD	MD	-
Geniş aile	MD	MD	MD	-
Diğer	MD	MD	MD	-
R ² (Nagelkerke)	0.081	0.089	0.291	0.298
Wald F	5.785*	4.751*	14.199*	11.667*

*İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.01; **İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.05; Diğer durumlarda anlamlı değildir.
MD modelde değil; - = Denklemden ancak istatistiksel olarak anlamlı değil.

2.5. Sonuç ve Politika Önerileri

Bu çalışmanın sonuçları, gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanan çiftlerin erkeklerin kullandığı yöntemleri, kadınların kullandığı yöntemlerden daha çok tercih ettiklerini göstermektedir. Aile planlaması yöntemleri, daha çok kadınların kullandığı modern yöntemleri içermektedir. Buna rağmen, Türkiye’de halen geleneksel bir yöntem olan, geri çekme yöntemi sürekli olarak yüzde 25 civarında kullanılmaktadır. Modern erkek yöntemleri arasındaki kondom kullanımı ise yıllar içinde artmaktadır. 1970’lerin sonlarında yüzde 3 civarında olan kondom kullanımı, bugün yüzde 14’e ulaşmıştır. Modern yöntemler arasında yer alan diğer bir erkek yöntemi olan erkeğin kanallarının bağlanması kullanımını ise halen oldukça azdır.

Doğurganlığın kontrolü tarihsel olarak daha çok erkek yöntemleri aracılığıyla sağlanmış iken, 1950’li ve 1960’lı yılların doğurganlıkla ilgili programlarında kadın nüfusu hedef alınmıştır. Doğurganlık kontrolünün sadece kadınların sorumluluğuna bırakılmış olması, eşitlikçi olmaması ve yöntemlerin kadın sağlığını olumsuz etkilemesi açısından birçok platformda eleştirilmiştir. Kahire Konferansı’nda, kadın-erkek eşitliğinin sağlanması için erkeklerin gebeliği önleyici yöntem kullanımında daha etkin rol almaları ve üreme sağlığı konusunda erkek katılımının sağlanması vurgulanmıştır (BM, 1994). Erkek katılımı konusu, erkeklerin kullandığı yöntemlere olan ilgiyi arttırmış ve bu konudaki bilginin az olmasına dikkat çekmiştir. Oysa, geri çekme yönteminin hem Batı Avrupa ülkelerinde demografik dönüşüm aşamasında, hem de Türkiye’de kürtaj ve diğer geleneksel yöntemlerle birlikte, doğurganlığın azalmasında etkili olarak kullanıldığı bilinmektedir (Santow, 1993; Goldberg ve Toros, 1994; Duben ve Behar, 1996). Türkiye, modern yöntemlerin teşvik edilmesine yönelik düzenli ve geniş çaplı programlar uygulanması, sterilizasyon ve kürtajın ilk kabul edildiği müslüman ülkelerden biri olmasına rağmen, geri çekme yönteminin halen yaygın olarak kullanıldığı bir ülke olarak ilgi çekici bir konumdadır (Gürsoy, 1996; Duben ve Behar 1996).

Bu çalışmanın sonuçları, kadınların eğitiminin artması ile geri çekme yöntemini kullanma eğiliminin azaldığını, halen çocuk sahibi olmak isteyen ve ileri yaşlarda olan kadınların ise daha fazla geri çekme yöntemini kullanmaya yatkın oldukları göstermektedir. Geri çekme yönteminin tercih edilmesinde kent/kır ve bölgeler arasında önemli bir farklılık görülmemiştir. Öte yandan, geri çekme yönteminin kullanımına kadının eşinin tek başına karar vermesi bu yöntemin kullanımını artıran bir faktör olarak bulunmuştur. Kondom kullanımı ise, eğitimi daha yüksek olan çiftler ile 2’den daha az çocuk sahibi olan çiftler arasında artma eğilimindedir. Kuzey bölgesinde ve refah düzeyi daha düşük olan hanelerde yaşayanlar ile sadece resmi nikahı olan kadınlar arasında kondom daha az tercih edilme eğilimindedir. Her iki yöntemin de ilk kullanılan yöntem olması, bu yöntemlerin kullanımını arttırmaktadır. Analiz sonuçları, yöntem kararının kadının eşi tarafından verildiği durumda, geri çekme kullanma eğiliminin 16.9 kat arttığını, kondomda ise, çiftlerin ortak karar almalarının kondom kullanma eğilimini 4 katına çıkardığını göstermektedir. Erkeklerin kullandığı yöntemlerin daha çok çocuk sahibi olmayı sınırlamak yerine ara vermek amacıyla kullandıkları görülürken, kadınların kullandığı yöntemler daha çok

çocuk sayısını sınırlandırma hedefini taşımaktadır. Burada dikkat çekici olan, geri çekme yönteminin çocuk istenmediği durumlarda da yani çocuk sayısını sınırlandırmak amacıyla da tercih ediliyor olmasıdır. Erkek yöntemlerinden, özellikle geri çekme yönteminin, modern yöntemlerden daha fazla gebe kalma riski taşıdığı, geri çekme yönteminin kullanımıyla ilgili üzerinde durulması gereken bir sonuçtur.

Ülke genelinde yaygın olarak kullanılan geri çekme ile kentsel alanlarda kullanımı artan kondom yöntemlerinin kadınların kullandığı yöntemlerden daha çok tercih ediliyor olması, erkeklerin üreme sağlığı konularına katılımının sağlandığı biçiminde yorumlanabileceği gibi, erkek egemen bir toplumda yaşamanın bir yansıması olarak da düşünülebilir. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığının daha fazla olduğu toplumlarda, eşlerin doğurganlık tercihleri ve yöntem seçiminde daha baskın olduklarını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Mason ve Smith, 2000). Kulczycki (2004) ise, Türkiye’de yaygın geri çekme yönteminin kullanımında, eşler arasındaki güç ilişkilerinin belirleyici olmadığını ve diğer Ortadoğu ülkeleriyle karşılaştırıldığında daha eşitlikçi bir yaklaşım olduğunu söylemektedir. Öte yandan, bazı çalışmalarda, geri çekme yönteminin daha az kullanılmasında, kadınların güçlenmesinin önemine dikkat çekilmiştir (Akın ve diğerleri, 2006; Cindoğlu ve diğerleri, 2008).

Geri çekme yöntemi gebe kalma riskini modern yöntemlere oranla daha fazla barındırmasına rağmen, uzun zamandır tercih edilen bir yöntem olması nedeniyle yöntemin kültürel olarak kabul edilebilirliğinin fazla olduğunu göstermektedir. Bu tercihin altında yatan kültürel kabullerin yanı sıra, modern yöntemlere yönelik çeşitli kaygılar da etkilidir. Son yıllarda, daha çok kadınların kullandığı modern yöntemlerin teşvik edilmesinin savunulduğu çalışmaların aksine, geri çekme yönteminin dirençli bir şekilde kullanımına devam edilmesinden hareketle aile planlaması programlarında yöntemle ilgi bilgi verilmesini ve yöntemi etkili bir biçimde kullanan çiftlerin desteklenmesini öneren çalışmaların sayısı artmıştır (Ergöçmen ve diğerleri, 2004; Ortaylı ve diğerleri, 2005; Akın ve diğerleri, 2006; Altay ve Gönener 2009; Çiftçioğlu ve Erci, 2009). Geri çekme yöntemini doğurganlığın azaltılmasına bir başlangıç olarak ele alan çalışmalar (Bulut ve diğerleri, 1986) ile yöntemi bırakanların modern yöntem kullanımına geçtiğini belirten çalışmalar mevcuttur (Özdemir ve diğerleri, 2005). Geri çekme yöntemi kullanan çiftlerin, yöntemin etkili olduğuna inandıkları ve modern yöntemlerin olumsuz yönlerini abartırken, geri çekme yöntemine ilişkin olumlu özellikleri yücelttikleri de bazı çalışmalarda altı çizilen noktalardan biridir (Goldberg ve Toros, 1994; Cebeci ve diğerleri, 2004). Ortaylı ve diğerleri (2005), geri çekme yöntemini kullanan erkeklerle yaptıkları görüşmeler sonucunda, erkeklerin eşlerinin sağlığını düşünme ve sorumluluk alma nedeniyle yöntemi tercih ettiklerini ve yöntemin bir seçenek olarak tartışılması gerektiğini belirtmektedirler. Ayrıca, yöntemin görmezden gelinmesinin geri çekme yöntemi kullanıcılarına karşı bir tutum olarak değerlendirmişlerdir (Ortaylı ve diğerleri, 2005).

Çalışmanın betimsel analizleri, kadın yöntemlerinin kullanılmasına daha çok kadınların, erkek yöntemlerinin kullanılmasına ise erkeklerin karar verdiklerini göstermektedir. Ayrıca, geri

çekme yöntemini tercih ettiklerini belirten kadınların yarısından fazlası yöntemin kullanımına eşleriyle birlikte karar verdiklerini belirtmişlerdir. Öte yandan, çalışmanın regresyon analizi sonuçları, geri çekme yönteminin kullanımının, kararı erkeğin tek başına verdiği durumda da, eşyle birlikte verdiği durumda da artma eğilimi göstermesi açısından, yöntemin tercih edilmesinde erkeklerin daha belirleyici olduğu sonucunu ortaya koymaktadır.

Bu konudaki bir niteliksel çalışmada da geri çekme yönteminin kullanımında, “erkeğin kadının cinselliğini kontrol altında tutma, çocuk sahibi olmanın zamanını belirleme, eşlerinin bu konuda bilgi edinmesine gerek kalmadan sorunu çözme ve kadının başka bir cinsel ilişki kurmasını engelleme” gibi faktörlerin yöntemin kullanımında etkili olabileceğini belirtmiştir (Yüksel ve diğerleri, 2005). Bu çalışmanın sonuçları, geri çekme yönteminde erkeklerin daha belirleyici olmasını, Türkiye’nin erkek egemen toplum yapısını yansıtan bir sonuç olarak değerlendirilmektedir. Kadınlar için belirlenen en temel iki rolün olması ve bunun sonucu olarak, kadınların büyük çoğunluğunun evlendikten iki yıl sonra anne olmaları da bu durumu destekler niteliktedir. Annelik kadının statüsünün belirlenmesinde; eşi, ailesi ve genel olarak toplumla ilişkilerinin güçlendirilmesinde önemli bir paya sahiptir. Geleneksel değerlerin daha hakim olduğu bazı gruplarda ise, kadının kendi bedeni üzerindeki kontrolünün daha da az olduğu söylenebilir. Örneğin TNSA-2008 sonuçlarına göre, ülkenin doğusunda kadın başına düşen ortalama çocuk sayısı halen 3.3’tür. Benzer şekilde, en yoksul yüzde 20’lik hanelerde yaşayan kadınlar ortalama olarak 3.4 çocuk doğurmaktadırlar (HÜNEE, 2009; Eryurt, 2010).

Kahire konferansı’nda erkeklerin doğurganlığın kontrol edilmesinde eşit sorumluluk almalarının ve üreme sağlığı konusunda erkeklerin katılımının da artırılması ile altı çizilen nokta, erkeklerin modern -etkili- yöntemleri kullanımının teşvik edilmesine ilişkindir. Geri çekme yönteminin yaygın olarak kullanıldığı Türkiye’de ise, modern yöntemlerin kullanımı açısından erkek katılımının yeterli olmadığı, ancak geleneksel ve modern yöntemler birlikte değerlendirildiğinde yeterli olduğu görülmektedir. Çalışmanın sonuçları, doğurganlığın kontrolünde eşitlikçi bir yaklaşımın sağlanması amacıyla, etkin yöntemlerin kullanımında daha çok kadınlar üzerinden yürütülen programların, erkekleri de içine alacak biçimde genişletilmesinin gerekliliğini gözler önüne sermektedir. Türkiye’de son dönemlerde, askerdeki erkeklere yöntem kullanımına ilişkin bilgi veren programlara devam edilmesi bu açıdan önemlidir. Ringheim (1993), kadınlar için geliştirildiği kadar, erkekler için modern yöntemler geliştirilmemiş olmasını, erkeklerin doğurganlığın kontrolüne katılımlarının az olmasının nedeni biçiminde açıklamaktadır (Ringheim, 1993). Birçok ülkede kültürel engellerle karşılaşmasına rağmen, giderek daha sık kullanılmaya başlayan vazektomi yönteminin güvenli bir yöntem olarak daha fazla önerilmesi için daha fazla bilgilendirme yapılması gerekmektedir (Dunmoye ve diğerleri, 2001).

Kadınların gebeliği önleyici yöntem kullanımında bilinçli ve etkin karar alabilmeleri, sosyal, ekonomik ve toplumsal hayatın her alanında erkeklerle eşit biçimde yer almaları ile yakından ilgilidir. Erkeklerin yöntem kullanımındaki belirleyiciliğini ortadan kaldırılmasında etkili

olmasının yanı sıra kadın ve erkek arasındaki ilişkinin de sorumlulukların paylaşımına dayalı daha eşit ilişkiler kurulmasına da katkıda bulunacaktır.

Diğer bir öneri ise, modern yöntemlerin daha etkili olmasından yola çıkan aile planlaması programlarının daha etkili olabilmesinin sağlanması için modern/geleneksel ya da etkili/etkisiz ayırımı yerine çiftlerin ihtiyaçlarına uygun bir bilgilendirmeye gitmesinin daha yararlı olacağı yolundadır. Bu nedenle, geleneksel yöntemler arasında yer alan geri çekme yönteminin kullanımında ısrarcı olan çiftlere yönelik danışmanlık hizmeti verilmesi, hem diğer yöntemler hakkında daha çok bilgilenebilirler neden olması hem de yöntemin etkili kullanılması konusunda daha fazla bilgi edinmeleri açısından dikkate alınması gereken bir öneri olarak görülmektedir. Böylece, gebeliği önleyici yöntemler konusunda görev yapan sağlık personelinin kullanıcıları daha iyi anlamalarına da olanak tanıyacaktır.

Bu çalışmanın en önemli kısıtlılığı, sadece kadınlardan elde edilen niceliksel araştırma sonuçlarına dayanmasıdır. Bu konuda, erkeklerin görüşlerini yansıtan daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu açıktır. Kadınların ve erkeklerin yöntem kullanımına yaklaşımlarını anlamaya yönelik az sayıda niteliksel araştırma olmasına rağmen, halen bu konuda çalışma yapılmasına gereksinim duyulmaktadır. Yöntem kullanımı konusu, kadın ve erkek arasındaki ilişkinin birçok yönünün bir sonucu olmasının yanı sıra cinsel yaşamları konusunda da önemli bilgiler sunmaktadır. Bu nedenle, yöntem tercihlerinin anlaşılmasında, farklı sosyalleşme süreçlerinden geçen ve cinsellik deneyimleri farklı olan kadınların ve erkeklerin cinselliğe yaklaşımları, yöntemlerin kullanılmasına her iki grubun ne tür anlamlar yüklediği ve hangi yöntemin ne zaman tercih edildiği konusunda yapılacak çalışmaların konunun daha detaylı olarak anlaşılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2.6. Kaynaklar

Akın, L., Özaydın, N., Aslan, D. (2006). "Türkiye'de Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanmalarını Etkileyen Faktörler". *Gülhane Tıp Dergisi*, 48: 63-69.

Altay, B., Gönener, D., (2009). "Evli Erkeklerin Aile Planlama Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler". *Fırat Tıp Dergisi* 14(1):56-64.

Birleşmiş Milletler (BM) (1994). "Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında Kabul Edilen Eylem Planı, Kahire.

Breslin, M (1998). "Almost One in Three Ugandan Births are Unwanted or Mistimed, But Few Women Practice Contraception", *International Family Planning Perspectives*, 24(1):pp. 46-47.

Bulut, A., Çilingiroğlu, N., Bertan, M. (1986). "Is Withdrawal a Handicap for Fertility Regulation?". *The Turkish Journal of Population Studies*, 8:45-55.

Bulut, A., Filippi, V., Marshall, T., Nalbant, H., Yolsal, N., Graham, W. (1997). "Contraceptive Choice and Reproductive Morbidity in Istanbul". *Studies in Family Planning*, 28(1):35-43.

Can N.(2001). *Male Involvement in Family Planning in Turkey*. Yayınlanmamış master tezi.

Casterline, J.B., Sathar, Z.A, Haque ul M.(2001). "Obstacles to Contraceptive Use in Pakistan: A Study in Punjab". *Studies in Family Planning*, 32(2):95-110.

Cebeci, SD., Erbaydar, T., Kalaca, T ve diğerleri (2004). "Resistance against contraception or medical contraceptive methods; a qualitative study on women and men in İstanbul". *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 7: 144-149.

Cindoğlu, D., Sirkeci, İ., Sirkeci, F. (2008). "Determinants of choosing withdrawal over modern contraceptive methods in Turkey". *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13(4):412-421.

Çiftçiöğlü, S., Erci, B. (2009). "Coitus interruptus as a contraceptive method: Turkish women's perceptions and experiences". *Journal of Advanced Nursing*, 65(8): 1686-1694.

Department of Statistics [Jordan] and Macro International Inc. (2008). *Jordan Population and Family Health Survey, 2007*. Calverton, Maryland, USA: Department of Statistics and Macro International Inc.

Duben, A., Behar, C.(1996). " *İstanbul Haneleri: Evlilik, Aile ve Doğurganlık 1880-1940*. İletişim Yayınları, İstanbul.

Dunmoye, O.O., Moodley, J., Popis, M. (2001). "Vasectomy in developing countries". *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 21(3):295–297.

El-Zanaty, Fatma ve Ann Way (2006). *Egypt Demographic and Health Survey, 2005*. Cairo, Egypt: Ministry of Health and Population, National Population Council, El-Zanaty and Associates, and ORC Macro.

Ergöçmen B.A., İ. Koç, P. Senlet, E. K. Yiğit ve E. Roman (2004). "A Closer Look at Traditional Contraceptive Use in Turkey". *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 9:221-244.

Eryurt, M.A. (2010). *Internal Migration and Fertility in Turkey: An Event History Analysis*. Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Teknik Demografi Anabilim Dalı.

Fisek, N.H., Shorter, F.C. (1968). "Fertility Control in Turkey". *Demography, Progress and Problems of Fertility Control around the World*, 5(2):578-589.

Fisek, N.H. (1989). "In Turkey. New Goals for Health Care". *The Hastings Center Report*. 19(4):15-17.

Free, M.J., Alexander, N.J. (1976). "Male contraception without prescription: A reevaluation of the condom and coitus interruptus". *Public Health Reports*, 91(5):437-445.

Gemalmaz, A.F., Okyay, P., Doyuran, E., Başak, O., Beşer, E. (2005). "Aydın İli 1 nolu AÇSAP Merkezi Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi". *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 14(4):80-86.

Goldberg, H., I. Toros. (1994). "The Use of Traditional Methods of Contraception among Turkish Couples". *Studies in Family Planning*. 25(2):122-128.

Gürsoy, A: (1996). "Abortion in Turkey: A Matter of State, Family or Individual Decision". *Social Science and Medicine*. 42:531-542.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (1980). *Türkiye Doğurganlık Araştırması, 1978*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, United Nations Population Fund (UNFPA), Ankara.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (1987). *1983 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (1989). *1988 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) ve Macro International Inc. (1999). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Teşkilatı.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (2004). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (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.

Koç, İ. (2000). "Determinants of Contraceptive Use and Method Choice in Turkey", *Journal of Biosocial Science*, 32: 329-342.

Koç, İ., Eryurt, M.A., Adalı, T. ve Seçkiner, P. (2010). *Türkiye'nin Demografik Dönüşümü: Doğurganlık, Aile Planlaması, Anne-Çocuk Sağlığı ve Beş Yaş Altı Ölümlerdeki Değişimler 1968-2008*, HÜNEE, Ankara.

Kulczycki, A. (2008). "Husband-Wife Agreement. Power Relations And Contraceptive Use in Turkey". *International Family Planning Perspectives*, 34(3):127-137.

Kulczycki, A. (2004). "The Determinants of withdrawal use in Turkey: A husband's imposition or a woman's choice?". *Social Science & Medicine*, 59:1019-1033.

Mason, K.O., Smith, H. (2000). "Husbands' versus Wives' Fertility Goals and Use of Contraception: The Influence of Gender Context in Five Asian Countries". *Demography*. 37(3): 299-311.

Mistik, S., Naçar, M., Mazicioğlu, M., Çetinkaya, F., (2003). "Married men's opinions and involvement regarding family planning in rural areas". *Contraception*.67:133-137.

Myntti C, Ballan A, Dewachi O, ve diğerleri (2002). "Challenging the stereotypes: Men, withdrawal, and reproductive health in Lebanon". *Contraception*, 65:165-170,

National Institute of Population Research and Training (NIPORT), Mitra and Associates, and ORC Macro, (2005). *Bangladesh Demographic and Health Survey, 2004*. Dhaka, Bangladesh and Calverton, Maryland [USA]: National Institution of Population and Training, Mitra and Associates, and ORC Macro.

National Institute of Population Studies (NIPS) [Pakistan], and Macro International Inc. (2008). *Pakistan Demographic and Health Survey 2006-07*. Islamabad, Pakistan: National Institute of Population Studies and Macro Inc.

Necchi, S. (1999). "Men. Family Formation. and Reproduction". *IUSSP Policy and Research Papers*. (1999): 6-27.

Notestein, F.W. (1953). "World Population Conference Rome, August 31 - September 10", *Population Index*, (20) 4: 241-248.

Okun, B.S. (1997). "Family Planning in the Jewish Population of Israel: Correlates of Withdrawal Use". *Studies in Family Planning*, 28(3): 215-227.

Ortaylı, N., Bulut, A., Özüğurlu, M., Çokar, M. (2005). "Why Withdrawal? Why Not Withdrawal? Men's Perspectives". *Reproductive Health Matters, Implementing ICPD: What's Happening in Countries: Maternal Health and Family Planning*, 13(25) 164-173.

Özbay, F., Shorter, F. (1970). "Turkey: Changes in Birth Control Practices: 1963-1968". *Studies in Family Planning*, 1(51):1-7.

Özbay, F. (1978). "Türkiye'de Doğurganlık Düzeyine ve Değişmelerine Etki Eden Ara Değişkenler", *Türkiye'de Nüfus Yapısı ve Nüfus Sorunları, 1973 Araştırması* içinde, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.

Özdemir, E., Koç, İ., Köseli, A. (2005). "Türkiye'de Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımını Bırakma, Yöntem Başarısızlığı ve Yöntem Değiştirme Davranışları", *Türkiye 2003 Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Raporu* içinde, HÜNEE, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003 İleri Analiz Raporu. HÜNEE, Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Brliği, Ankara, Türkiye.

Özdemir O., Ocaktan E., Çalışkan D., Özyurda F., (2004). "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Aile Planlaması Ünitesine 1999-2002 arasında yapılan başvuruların değerlendirilmesi". *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57(4):195-203.

Özvarış. S.B., Akın. L., Akın. A. (2004). "The Role and Influence of Stakeholders and Donors on Reproductive Health Services in Turkey: A Critical Review". *Reproductive Health Matters, Power, Money and Autonomy in National Policies and Programmes*, 12(24):116-127.

Population Reference Bureau (PRB) (2008). *Family Planning Worldwide: 2008 Data Sheet*.

Population Reports (2004). "Men's Surveys: New Findings". Series M. No.18. Special Topics.

Ringheim, K. (1993). "Factors that Determine Prevalence of Use of Contraceptive Methods for Men". *Studies in Family Planning*, 24(2): 87-99.

Rogow. D., Horowitz. S. (1995). "Withdrawal: A Review of the Literature and an Agenda for Research". *Studies in Family Planning*, 26(3): 140-153.

Santow. G. (1993). "Coitus Interruptus in the Twentieth Century". *Population and Development Review*, 19(4): 767-79.

Santow. G.(1995). "Coitus Interruptus and the Control of Natural Fertility". *Population Studies*, 49 (1): 19-43.

Seccombe, W. (1983). "Marxism and Demography". *New Left Review*, 1(137):22-47.

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

Van de Kaa, (1999). "Anchored Narratives: The Story and Findings of Half a Century of Research into the Determinants of Fertility", *Population Studies*, 50(3): 389-432.

Yanikkerem, E., Acar, H., Elem, E. (2006). "Withdrawal users' perception of and experience with contraceptive methods in Manisa, Turkey", *Midwifery*, 22:274-284.

Yıldırım G., Turaçlar N., Bakır A., Özdemir L., (2003). "Sivas İli Ana-Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihleri ve Etkileyen Faktörler". *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,25(3): 99-104.

Yüksel İ., Kardam F., Koç İ., Ergöçmen B., (2005). "Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımına Engel Olan Süreçler". *Niteliksel Araştırma: Gebeliği Önleyici Yöntemler ve İstemli Düşükler*. HÜNEE Yayın No:NEE-HÜ.03-01. Ankara.

Bölüm 3

Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri: Yararlanma ve Belirleyiciler

Banu Akadlı Ergöçmen¹, Hande Tunçkanat², Pelin Çağatay² ve Ece Abay³

Özet

Yirminci yüzyılın son on yılı içinde güvenli anneliği kapsayan üreme sağlığı kavramı çerçevesinde ele alınmaya başlanmış olan doğum öncesi bakım Türkiye’de de önem verilen bir konudur. Bu çalışma ile “2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2008)” verisi kullanılarak doğum öncesi bakım hizmetlerinin kullanımının ülke genelinde ne düzeyde olduğunun seçilmiş bazı değişkenler temelinde ortaya konulması ve kullanımı etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanmanın son 25 yılda ülke genelinde nasıl bir değişim geçirdiğine de vurgu yapılmaktadır. Türkiye’de doğum öncesi bakım almanın yaygınlığı ve belirleyicileri, hem betimleyici hem de çok değişkenli analiz düzeyinde araştırma tarihinden önceki son beş yıldaki son canlı doğumlar için incelenmiştir. Türkiye geneli için bakıldığında, TNSA-2008 sonuçları, son canlı doğumlarında kadınların üçte ikisinin yeterli, dörtte birinden biraz fazlasının da yetersiz düzeyde doğum öncesi bakım aldığını göstermiştir. Betimsel analizler, doğum öncesi bakım almanın çeşitli sosyal, ekonomik ve demografik göstergelere göre değiştiğini ortaya koymuştur. Çok değişkenli analizler sonucunda, doğum öncesi bakım almada annenin yaşadığı bölge, içinde bulunduğu hanehalkının refah düzeyi ile kadının sağlık güvencesine sahip olup olmaması ve çocuğun doğum sırasının önem kazandığı görülmüştür.

Summary

Utilization of Prenatal Care and Its Determinants in Turkey

Antenatal care which has been considered within the context of safe motherhood under reproductive health approach in the last decade of twentieth century is a topic given due importance in Turkey as well. The purpose of this study is to determine the prevalence of prenatal care based on selected variables and the factors that affect the utilization of prenatal care throughout the country by using the data of “2008 Turkey Demographic and Health Survey (TDHS-2008)”. Moreover, in this study trend of utilizing prenatal care during the last twenty-five years has been focused as well. The prevalence and determinants of prenatal care in Turkey have been studied through descriptive and multivariate analyses for the last live births in the last five years preceding the survey date. TDHS-2008 results have revealed that throughout the country two thirds of women have received adequate prenatal care whereas more than one fourth of women have received inadequate prenatal care at their last births. Descriptive analyses have shown the differentiation of prenatal care on the basis of various social, economic and demographic indicators. According to the multivariate analyses, region, household wealth level, health insurance and birth order have been revealed as the major determinants of prenatal care.

¹ Doç.Dr. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

² Ar. Gör. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

³ Dr., Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

3.1. Giriş

Doğum öncesi bakım, hem anne adayının hem de doğacak bebeğin sağlığı ve yaşamı açısından, gebe kadının gebeliği süresince düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir. “Güvenli annelik”⁴ yaklaşımı içinde yer alan doğum öncesi bakım, güvenli annelik çerçevesindeki hizmetlerin verildiği ilk alandır. Doğum öncesi bakım hizmeti kapsamında gebeliğe bağlı şikayeti olmayan ve/veya sağlık personeli tarafından herhangi bir risk tespit edilmemiş bir gebe için en az dört izlemde doğum öncesi bakımın verilmesi ve anne adayının gebelik sırasında oluşabilecek tehlike işaretleri ve belirtileri konusunda bilgilendirilmesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde oluşabilecek sorunların sayısını ve şiddetini azaltmaktadır⁵.

Gebelik sırasında yaşanan sağlık sorunlarının pek çoğu teşhis ve tedavi edilebilir olmakla beraber gebelik, doğum ve lohusalık esnasındaki komplikasyonlar, gelişmekte olan ülkelerde üreme çağındaki kadınlar arasında önde gelen ölüm ve sakatlık nedenleridir. Gelişmekte olan ülkelerin tamamı dikkate alındığında, bu ülkelerde gebe kadınların dörtte üçünün en az bir kez, eğitilmiş bir sağlık görevlisinden doğum öncesi bakım aldıklarını ama ülkelerin gelişmişlik düzeyi düştükçe bu oranın da üçte bire indiği ve her 5 kadından 3’ünün sağlık personeli olmadan doğum yaptığı görülmektedir (UNICEF, 2010). Üreme çağındaki kadınların gebelik ve gebeliği takip eden dönemdeki sağlıklarının dünya gündeminde yer bulması, Dünya Sağlık Örgütü’nün 1987 yılında dünya genelinde başlattığı “tüm kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde gereksinimi olan güvenli ve sağlıklı bakımı elde etmelerinin” sağlanmasını içeren “güvenli annelik” seferberliğiyle olmuştur (WHO, 2010a; 2010b). Güvenli annelik girişimi ile, yetersiz anne sağlığı hizmetleri nedeniyle gebelik ve doğum sonrası dönemlerde oluşabilecek komplikasyonlar sonucunda annelerin ve bebeklerin ölüm ve sakatlıklarının azaltılmasına odaklanılmış ve bu kapsamda doğum öncesi bakımın işlevi de öne çıkarılmıştır. Günümüzde de doğum öncesi bakım, uluslararası düzeyde, anne ve çocuk sağlığının takip edilmesinin arka planında yer almaktadır. İnsani kalkınmayı uluslararası düzeyde standart bir şekilde ölçmek ve değerlendirmek üzere geliştirilmiş olan ve 2015 yılına kadar gerçekleştirilmesi beklenen “Binyılın Kalkınma Hedefleri”nin çocuk ve anne sağlığının iyileştirilmesini amaçlayan 4. ve 5. hedefleri, çocuk sağlığını değerlendirmek için beş yaş altındaki çocuk ölümlerinin üçte iki oranında azaltılmasını, anne sağlığı için de gebelik ve doğum esnasındaki anne ölüm oranlarının dörtte üç oranında azaltılmasını gösterge olarak almaktadır. Her iki hedef için de tavsiye edilen “anne ölüm oranındaki düşme”, “en az dört kez doğum öncesi bakım alma” ve “sağlık personeli

⁴ Güvenli annelik: Anneye gebelik öncesi, anne ve bebeğe doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım ve tedavi hizmetlerinin verilmesi, istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin önlenmesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası komplikasyonların tanımlanması, önlenmesi ve yönetimini kapsayan anne ve bebek ölümlerinin ve komplikasyonlarının azaltılmasına yönelik bütüncül yaklaşımdır. (Kaynak: Doğum Öncesi Bakım İzlem Protokolü Genelgesi, 2008/13, TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü)

⁵ Doğum Öncesi Bakım İzlem Protokolü Genelgesi, 2008/13, TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü.

tarafından gerçekleştirilen doğumların oranı” ile birlikte izlenmektedir çünkü, çok boyutlu bir kalkınma göstergesi olarak anne ölüm düzeyi, üreme sağlığı hizmet sunumu ve hizmetin kalitesi ile yakından ilişkilidir.

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2001 yılında yayınladığı çalışmanın sonuçlarına göre anne ve çocuk sağlığının geliştirilmesi için doğum öncesi bakımın temel öğeleri konusunda fikir birliği sağlanmıştır (Villar ve diğerleri, 2001, Ergöçmen ve diğerleri, 2005). Buna göre doğum öncesi bakım modelinde gebeler “rutin doğum öncesi bakım hizmetine ihtiyacı olanlar” ve “özel sağlık sorunları ya da risk faktörlerine sahip olup da özel bakım gerektirenler” olarak iki gruba ayrılmıştır. Rutin doğum öncesi bakıma ihtiyacı olan gebelere, doğum öncesi 4 bakım ziyaretinden oluşan standart program verilmektedir. Türkiye’de de nitelikli ve standart doğum öncesi bakım hizmetleri, “gebeliğin ilk üç ayı içinde tespit edilmesi, risk değerlendirmesi ile risk durumuna göre hiçbir riski olmayan sağlıklı gebenin Sağlık Bakanlığı yönetim rehberinde öngörülen gebelik haftalarında en az dört kez izlenmesi ve izlemlerin mutlaka sağlık personeli tarafından yapılması” olarak tanımlanmaktadır.

Türkiye’de zaman içinde anne ve çocuk sağlığı konularında elde edilen değişim, anne ölümlerinin düzeyi ve bebek ölüm hızındaki iyileşme gibi çeşitli göstergelerdeki ilerlemelerde kendini ortaya koymaktadır. Türkiye özellikle, beş yaş altı ölüm hızında sağladığı düşüşle tüm dünyada 1990 ile 2015 yılları arasında üçte iki oranında azaltılması öngörülen Binyılın Kalkınma Hedeflerinin 4.sünü şimdiden gerçekleştirmiştir. Böyle bir sonucun elde edilmesinde toplumsal ve ekonomik pek çok faktörün yanında sağlık hizmetlerinde gerçekleşen kapsamlı iyileşmelerin ve bu hizmetlerin arasında da doğum öncesi bakım hizmetlerinin önemli bir payı bulunmaktadır. Doğum öncesi bakım, özellikle beş yaş altı ölüm hızı içindeki bileşenlerden biri olan ve 1990 ile 2005 arasındaki 15 yıl içinde binde 70’den binde 29’a düşmüş olan bebek ölümlerini doğrudan ve dolaylı etkileyen bir faktör olarak önemlidir.

Bu çalışmada doğum öncesi bakım, “2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2008)” verisi ışığında, araştırma sonuçlarının yayınlandığı ana raporun betimsel yapısından farklı olarak, daha detaylı bir biçimde analiz edilmiştir. Bu çalışma ile amaçlanan, doğum öncesi bakım hizmetlerinin kullanımının günümüzde ülke genelinde ne düzeyde olduğunun seçilmiş bazı değişkenler temelinde ortaya konulması ve kullanımı etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. Çalışma ayrıca doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanmanın son 25 yılda ülke genelinde nasıl bir değişim geçirdiğine de vurgu yapmaktadır.

3.2. Doğum Öncesi Bakım Verisinin Özellikleri ve Yöntem

3.2.1. Doğum Öncesi Bakım Verisi

Anne ve bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde temel koruyucu hizmetlerden olan doğum öncesi bakıma ilişkin veri, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü’nün 40

yılı aşan bir süredir her beş yılda bir yapmakta olduğu demografik araştırmaların son 6'sında⁶ yer almaktadır. İlk kez, "1983 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-1983)"nda yer alan doğum öncesi bakım ile ilgili bilgiler daha sonraki araştırmalarda da mevcut olup son 25 yıllık bir süre için bilgi vermektedirler. Ne var ki toplanan bilginin kapsamı, az sayıdaki temel bilgi dışında, her araştırmada standart soru dizileri kullanılmadığından farklılaşmıştır. Bu farklılaşmada etken olan, araştırma içeriğinin, ülkenin araştırmanın yapıldığı zamandaki öncelikleri ile araştırmaların uluslararası bağlamları çerçevesinde belirlenmesidir. Doğum öncesi bakım bilgileri, doğurganlık, aile planlaması yöntemleri ve çocuk sağlığı konularına odaklanmış World Fertility Survey (WFS) geleneği örnek alınarak yapılandırılmış 1983 ve 1988 araştırmalarında daha genel ve dar kapsamlı sorular ile alınırken, anne/çocuk sağlığı konularının öne çıktığı Demographic and Health Surveys (DHS) kapsamında yapılmış olan 1993, 1998, 2003 ve 2008 araştırmalarındaki içerik ve yapı genişleyerek farklılaşmıştır. Konunun dünya gündeminde yer bulması ve konuya yaklaşımın zaman içinde değişmesi, özellikle de 1994 yılındaki Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın (ICPD 94) eylem planındaki tavsiye kararlarına göre doğum öncesi bakımın üreme sağlığı kavramı içinde ele alınmaya başlaması, sağlık hizmetlerine, ve dolayısıyla mevcut durumu ölçmeyi amaçlayan araştırmalara da yansımıştır (Birleşmiş Milletler, 1994). Ülkemizde de "2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2003)"ndan itibaren doğum öncesi bakıma ilişkin soru sayısı arttırılmış ve ayrıntılandırılmıştır. Bu sayede TNSA-2003 ve TNSA-2008'de doğum öncesi bakım alan ve bakım almayan kadınlara ek olarak "yeterli" ve "yetersiz" bakım almış kadınları da ayırtmak mümkün hale gelmiştir. Ayrıca, doğum öncesi bakım almış kadınlara, bu izlemlerde yapılması gereken ölçümlerin ve işlemlerin uygulanıp uygulanmadığı sorulmuş ve böylece hizmet kalitesini de değerlendirmek olanaklı hale gelmiştir.

Bu çalışmada veri kaynağı olarak "2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması"⁷, kullanılmıştır. TNSA-2008 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından gerçekleştirilen ulusal demografik araştırmalar serisinin dokuzuncusudur. Araştırma kapsamında 10525 hanehalkı görüşmesi yapılmış ve 15-49 yaşları arasında olup en az bir kez evlenmiş 8003 kadından 7405 ile yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Örneklem seçimi ağırlıklı, çok aşamalı, tabakalı küme örnekleme yaklaşımı ile yapılmış olan TNSA-2008'in veri seti, demografik göstergelerin ve anne/çocuk sağlığı ile ilgili bilgilerin Türkiye geneli, kentsel ve kırsal yerleşim yerleri ile beş bölgenin⁸ yanı sıra 12 NUTS1 bölgesi⁹ ve yedi metropol¹⁰ için de çeşitli analizler yapmaya olanak vermektedir.

⁶ 1983 Turkish Population and Health Survey, 1988, Turkish Population and Health Survey; 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.

⁷ Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı'nın işbirliği içinde yürütülen TNSA-2008 için gereken mali kaynak, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) tarafından Kamu Kurumları Araştırma ve Geliştirme Projelerini Destekleme Programı kapsamında sağlanmıştır.

⁸ Batı, Güney, Orta, Kuzey ve Doğu Anadolu

⁹ İstanbul, Batı Marmara, Doğu Marmara, Batı Anadolu, Akdeniz, Orta Anadolu, Batı Karadeniz, Doğu Karadeniz, Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu

¹⁰ İstanbul, Ankara, İzmir, Bursa, Adana, Konya, Gaziantep

TNSA-2008’de, hanehalkının sosyal, ekonomik ve demografik özellikleri hakkında bilgi toplanmasını sağlayan ve kişi görüşmesi için hanede araştırma kriterlerine uygun kadın(lar)ın belirlenmesinde kullanılan “Hanehalkı Sorukağıdı” ile 15-49 yaş grubundaki en az bir kez evlenmiş kadınlar için “Evlenmiş Kadın Sorukağıdı” olmak üzere 2 ayrı sorukağıdı kullanılmıştır. Doğum öncesi bakım hizmetinin analizi için, kişi görüşmesinin gerçekleştirildiği Evlenmiş Kadın Sorukağıdından yararlanılmıştır. TNSA-2008’de doğum öncesi bakım ile ilgili sorular araştırma tarihinden önceki son beş yılda canlı doğumu olan 15-49 yaşlar arasındaki tüm kadınlara sorulmuştur. Sorular, kadınların söz konusu gebelikleri sırasında doğum öncesi bakım alıp almadıklarını, eğer aldılarsa bu bakımın zamanlamasını, sayısını, kimden alındığını ve bu hizmet için para ödenip ödenmediğini ortaya koymaktadır. Doğum öncesi bakımın niteliğine ilişkin sorular sadece, araştırma tarihinden önceki son beş yıldaki son canlı doğumlar için sorulmuştur. Bu sorular, doğum öncesi bakımlardan herhangi birinde “kilo ve tansiyon ölçümünün”, “idrâr ve kan tahlilinin”, “ultrason çekiminin” ve “karnın dışarıdan elle muayenesinin” yapıp yapılmadığını içermektedir.

3.2.2. Değişkenlerin Oluşturulması ve İstatistiksel Analiz

Bu çalışmada, Türkiye’de doğum öncesi bakım almanın yaygınlığı ve belirleyicileri, hem betimleyici hem de çok değişkenli analiz düzeyinde çeşitli değişkenler temelinde son beş yıldaki son canlı doğumlar için incelenmiştir. Doğum öncesi bakım hizmetinden yararlanmanın yaygınlığındaki farklılığı ve belirleyiciliği incelerken kadının yaşadığı bölge, yerleşim yerinin kent veya kır olması, içinde yaşadığı hanehalkının refah düzeyi, eğitimi, çalışma durumu, çalıştığı sektör, sağlık güvencesi, anne olma yaşı, doğum sırası, evlilik kararı, evlilik biçimi, başlık parası, eşle akrabalık durumu ve aile tipi bağımsız değişkenler olarak ele alınmıştır. Bu değişkenlerin seçilmesinde öncelikle, daha önce bu konuda yapılmış olan ulusal ve uluslararası çalışmaların bulguları belirleyici olurken (Elo, 1992; Raghupathy, 1996; Çelik and Hotckiss, 2000; Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Abd., Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı ve UNFPA, 2002; Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve diğerleri, 2005), araştırmanın kapsamında mevcut olan bilgilerin getirdiği sınırlılık da bir diğer etken olmuştur.

Türkiye’de doğum öncesi bakım hizmetinden yararlanmayı incelerken bağımlı değişken olarak *doğum öncesi bakım almama* ile *yeterli* ve *yetersiz doğum öncesi bakım alma* kullanılmaktadır. Gebeliği boyunca bir sağlık personeline başvurmamış; hiç kontrole gitmemiş kadınlar bakım almamış olarak değerlendirilmiştir. Doğum öncesi bakım almama, bu bakımı almamış ya da almayı tercih etmemiş kadınların temel özelliklerini yansıtmaya yardımcı olacaktır. Buradan hareketle, doğum öncesi bakım almamış kadınlar hakkında bilgi sahibi olmak, doğum öncesi bakım hizmetini, bu özelliklere sahip kişileri de kapsayacak şekilde yaygınlaştırmada yol gösterici olacaktır.

Doğum öncesi bakımın uluslararası standartlarda *yeterli* bir bakım olarak değerlendirilebilmesi için gereken kriterler olan doğum öncesi bakımın “bir sağlık personeli

(ebe/hemşire/doktor) tarafından verilmiş olması”, “gebeliğin ilk üç ayında yapılmış olması” ve “tüm gebelik boyunca en az dört kez alınmış olması”dır. Yeterli doğum öncesi bakımın tanımlanmasında, bu üç kriter bir arada dikkate alınmıştır. Bu koşulların herhangi birini yerine getirmeyenler *yetersiz doğum öncesi bakım almış* olarak değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada öncelikle, doğum öncesi bakım almamış, yeterli ve yetersiz bakım almış kadınlara biraz daha yakından bakmak amacıyla betimleyici analizler yapılmıştır. Ayrıca doğum öncesi bakımların herhangi birinde gerekli ölçüm ve tahlilleri yapılan kadınların, yerleşim yeri, yaşanılan bölge, hanehalkı refah düzeyi, eğitim düzeyi ve çalışma durumuna göre dağılımı da incelenmiştir. Ardından da kadınların, doğum öncesi bakım hizmetini kullanmadaki belirleyicileri saptamak için lojistik regresyon yöntemi ile çok değişkenli analizler yapılmıştır.

Doğum öncesinde alınan bakımın yeterliliğine ilişkin olarak lojistik regresyon analizinde kullanılan ve üç kategorisi (doğum öncesi bakım yok/yeterli bakım/yetersiz bakım) bulunan bağımlı değişken, iki kategoriden oluşacak şekilde iki ayrı bağımlı değişken haline dönüştürülmüştür:

- Doğum öncesi bakım almış – doğum öncesi bakım almamış
- Yeterli doğum öncesi bakım almış– yetersiz doğum öncesi bakım almamış

Analiz aşamasında iki ayrı model çerçevesinde bağımlı değişkenler üzerinde etkili olan faktörler analiz edilmiştir. Bağımsız değişkenler arasında yerleşim yeri, bölge, seçilmiş 12 bölge, hanehalkı refah düzeyi, eğitim düzeyi, sağlık güvencesi, anne olma yaşı, doğum sırası, aile tipi, evlilik kararı, evlilik biçimi, eşle akrabalık durumu ve başlık parası bulunmaktadır. Çalışma durumuna ilişkin iki değişkenin, “sigortalı çalışan” ve “sanayi sektörü” kategorilerinde meydana gelen yığılma nedeniyle bu değişkenler regresyon analizi için anlamlı bulunmamış ve analiz aşamasında kullanılmamıştır. Lojistik regresyon yapılmadan önce ayrı ayrı çoklu eş doğrusallık (colinearity) analizi de yapılmıştır.

Kültürel faktörler olarak gruplanan aile tipi, evlilik kararı, evlilik biçimi, eşle akrabalık durumu ve başlık parası son eşe göre oluşturulmuş değişkenlerdir¹¹. Evlilik biçiminde “dini ve resmi nikahı olmayanlar” ile aile tipinde “diğer kategorisi” analiz için yeterli sayıda olmadıklarından analiz aşamasında dışarıda bırakılmıştır. 12 bölgenin verildiği NUTS 1 değişkeni yeniden kodlanarak “İstanbul”, “GAP” ve “Diğer” olmak üzere üç kategoriden oluşacak şekilde “seçilmiş 12 bölge” değişkenine dönüştürülmüştür.

3.3. Geçmişten Günümüze Değişim, 1983-2008

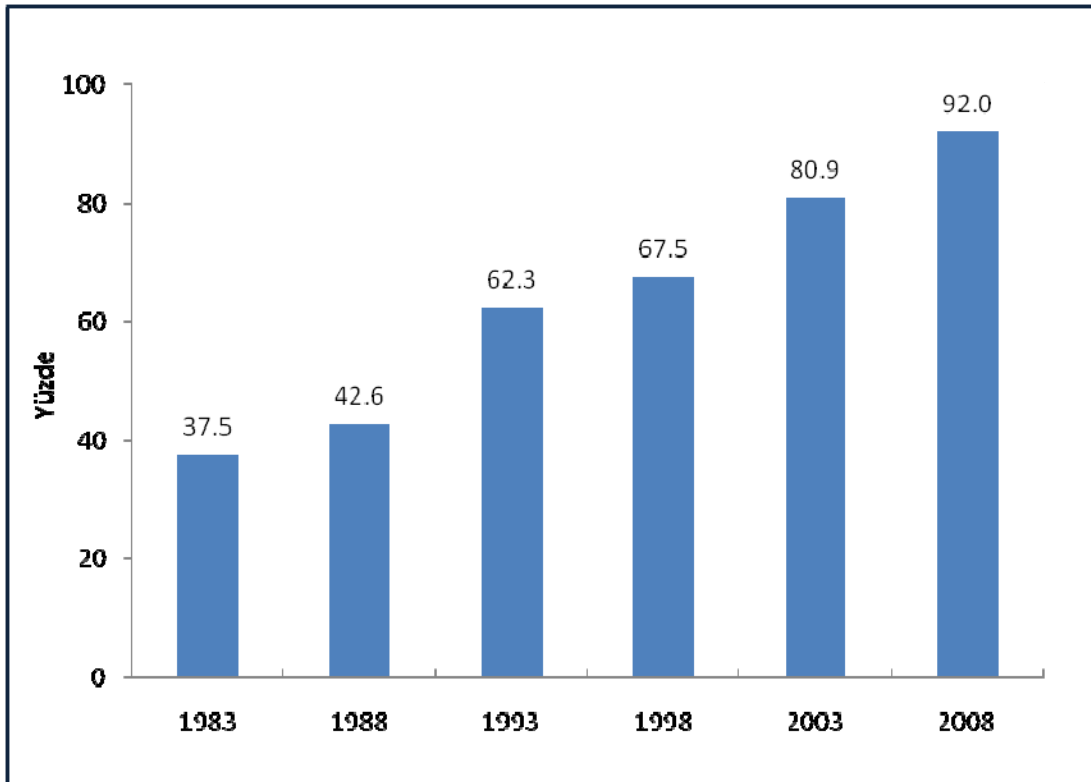
Türkiye’de son 25 yılda yapılan araştırmalar dikkate alınarak bir sağlık personelinden doğum öncesi bakım almış kadınların oranlarına bakıldığında, bu oranlarda 1983’den 2008’e iki

¹¹ Son beş yıldaki son canlı doğumların tamamına yakınındaki ailelerde koca son eştir.

buçuk katı bir artış görülmektedir (Şekil 3.1). Genel olarak bakıldığında yirmi beş yıl önce her on kadından yaklaşık 4'ü doğum öncesi bakım hizmetinden yararlanırken 2008'de bu oran her on kadından 9'u olmuştur. Zaman içindeki iyileşmenin eğilimi doğrusal bir artış göstermiştir. Sağlık personelinin doğum öncesi bakım alma oranlarındaki en dikkat çekici iyileşmeler ilk önce yüzde 46'lık artışla 1988 ile 1993 yılları arasında, daha sonra da yüzde 20'lik bir artışla 1998-2003 arası dönemde gözlenmektedir.

Doğum öncesi bakımın yeterli olarak nitelenmesi için gerekli olan koşullardan ilk kontrolün gebeliğin ilk üç ayında yapılması ve gebelik boyunca en az 4 kez doğum öncesi bakım alınmış olması koşullarına karşılaştırılabilirlik açısından TNSA-2003 ve TNSA-2008 bulguları ile bakıldığında, her iki kriterde de beş yıl içinde önemli iyileşmenin olduğu görülmektedir. Son beş yıldaki son canlı doğumlarında doğum öncesi bakımı ilk üç ayda almış kadınların oranı 2003 ile 2008 arasında yüzde 58'den yüzde 74'e yükselmiştir; gebelikleri boyunca en az 4 kez bakım alanların oranı ise TNSA-2003 bulgularına göre yüzde 55 iken yüzde 37'lik bir artış ile yüzde TNSA-2008'de yüzde 74 olmuştur (HÜNEE,2004; 2009).

Şekil 3.1. Sağlık personelinin doğum öncesi bakım almanın yaygınlığındaki değişim, 1983-2008

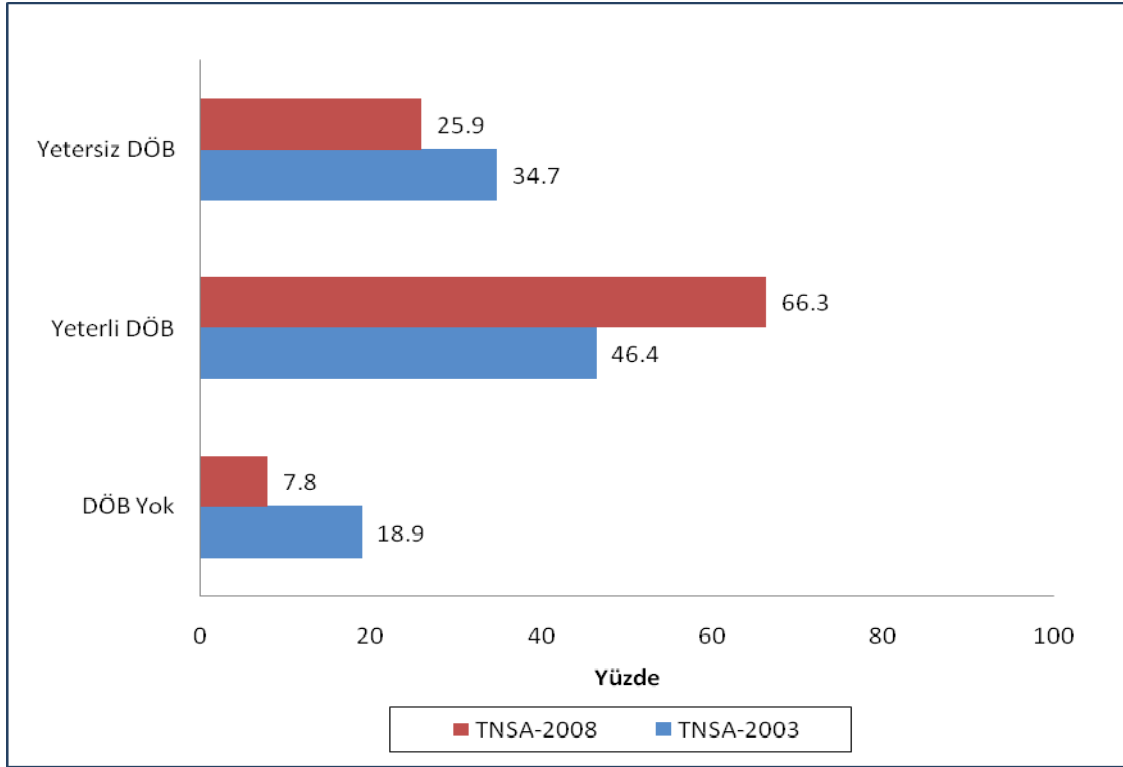


Not: Yüzdeler araştırma tarihinden önceki son 5 yıldaki son doğumlar temel alınarak hesaplanmıştır.
Kaynak: TNSA-1983, TNSA-1988, TNSA-1993, TNSA-1998, TNSA-2003, TNSA-2008

Bu çalışmada kullanılan analiz çerçevesinde doğum öncesi bakım kriterlerinin bir arada değerlendirilmesiyle oluşturulan doğum öncesi bakımın yeterli veya yetersiz olması ya da hiç olmaması bilgisi de son iki araştırma için verilebilmektedir. TNSA-2003 ve TNSA-2008 sonuçları

karşılaştırıldığında son beş yıldaki son canlı doğumlarında doğum öncesi bakım almamış kadınların oranında önemli bir düşüş olduğu gözlenmektedir (Şekil 3.2). Bu dönemde, doğum öncesi bakım almamış kadınların oranında yaklaşık yüzde 60 azalma olmuştur. TNSA-2008 sonuçlarına göre son beş yıldaki son canlı doğumlarında bir sağlık personelinden doğum öncesi bakım almamış kadınların oranı yaklaşık yüzde 8'dir. Doğum öncesi bakımı yeterli olarak nitelenen kadınların payında da yüzde 46'dan yüzde 66'ya doğru olumlu bir değişim yaşanmıştır.

Şekil 3.2. Yeterli doğum öncesi bakım almanın yaygınlığındaki değişim, 2003-2008



Not: Yüzdeler araştırma tarihinden önceki son 5 yıldaki son doğumlar temel alınarak hesaplanmıştır.

Kaynak: Ergöçmen ve diğerleri (2005), TNSA-2008

3.4. Günümüzde Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma

3.4.1. Doğum Öncesi Bakımın Betimsel Analizi

Nüfus ve sağlık alanında en güncel ve kapsamlı araştırma olan TNSA-2008'in veri seti, araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde gerçekleşen canlı doğumlar için pek çok detaylı bilgiye ulaşma olanağı sunmaktadır. Buna göre Tablo 3.1, araştırma tarihinden önceki son beş yılda gerçekleşen son canlı doğumlar için gebelikleri sırasında bakım almamış, yeterli/yetersiz doğum öncesi bakım almış kadınların yerleşim yeri, bölge ve hanehalkı refah düzeyine göre dağılımını göstermektedir.

Türkiye genelinde bakıldığında, araştırma tarihinden önceki son beş yılda gerçekleşen son canlı doğumlarda kadınların üçte ikisi yeterli, dörtte birinden biraz fazlası da yetersiz

düzeyde doğum öncesi bakım almıştır (Tablo 3.1). Her 100 anneden 8'i ise hiç doğum öncesi bakım almamıştır.

Tablo 3.1. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda gerçekleşen son doğumlar için “bakım almayan”, “yeterli” ve “yetersiz” doğum öncesi bakım (DÖB) alan kadınların yerleşim yeri, beş bölge, NUTS1 bölgeleri ve hanehalkı refah düzeyine göre dağılımı, Türkiye 2008

	Bakım almamış	Yeterli DÖB	Yetersiz DÖB	Kadın sayısı
Yerleşim yeri				
Kent	5.0	72.6	22.3	2042
Kır	15.8	48.2	36.1	717
Bölge				
Batı	3.2	78.0	18.8	1001
Güney	5.1	63.8	31.1	351
Orta	5.3	72.5	22.3	625
Kuzey	4.2	77.6	18.2	165
Doğu	20.6	39.3	40.2	616
NUTS1 Bölgeleri				
İstanbul	4.3	74.0	21.7	472
Batı Marmara	1.7	79.4	18.9	79
Ege	3.1	77.6	19.3	346
Doğu Marmara	1.9	84.0	14.1	247
Batı Anadolu	6.3	72.4	21.3	287
Akdeniz	5.1	63.8	31.1	351
Orta Anadolu	6.2	69.9	23.8	145
Batı Karadeniz	1.3	79.7	19.1	148
Doğu Karadeniz	7.8	69.7	22.5	65
Kuzeydoğu Anadolu	26.3	35.7	38.0	91
Ortadoğu Anadolu	23.8	39.0	37.2	175
Güneydoğu Anadolu	17.4	40.4	42.2	351
Hanehalkı refah düzeyi				
En düşük	23.6	34.9	41.5	571
Düşük	9.3	52.5	38.2	631
Orta	1.3	75.2	23.5	596
Yüksek	2.0	85.1	12.8	496
En yüksek	1.1	92.0	7.0	465
Toplam	7.8	66.3	25.9	2758*

*Bakım almamış/yeterli/yetersiz değişkeninde bilinmiyor/cevapsız sayısı 10'dur.

Doğum öncesi bakım almamış kadınların payı kentsel yerleşim yerlerinde yaşayanlar için yüzde 5 iken, bu oran 3 kattan fazla artarak kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan kadınlarda yüzde 16'ya yükselmektedir. Kent ve kır arasındaki farklılık yeterli ve yetersiz doğum öncesi bakım açısından da dikkat çekmektedir. Kentsel yerleşim yerlerinde yeterli doğum öncesi bakım alan kadınların oranı kırdakilerden 1.5 kat daha fazladır (sırasıyla yüzde 73 ve yüzde 48). Yetersiz

doğum öncesi bakım alan kadın yüzdesi ise kentte yüzde 22 iken kırdada yüzde 36'ya yükselmektedir.

Bölgelere göre farklılık hem 5 hem de 12 bölge düzeyinde görülmektedir. Beş bölge olarak bakıldığında, en çarpıcı farklılık Doğu bölgesi ile diğer bölgeler arasında görülmektedir. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda gerçekleşen son canlı doğumunda doğum öncesi bakım almamış kadınların oranı Doğu bölgesinde yüzde 21 ile en yüksek, Batı'da ise yüzde 3.2 ile en düşüktür. Yeterli doğum öncesi bakım alma için ise durum tam tersidir. Batı'da kadınların yüzde 78'i yeterli bakım almışken, Doğu'da bu oran yüzde 40'ın altına düşmektedir. Kuzey Bölgesi'nde yeterli doğum öncesi bakım almanın (yüzde 78), Batı bölgesindeki oranlara benzer olduğu görülmektedir. 12 bölge olarak bakıldığında, doğum öncesi bakım almamış kadın oranının en düşük olduğu bölgeler sırasıyla Batı Karadeniz ve Batı Marmara'dır (yüzde 1 ve yüzde 2). Ne var ki, Ortadoğu Anadolu'da ve Kuzeydoğu'da araştırma tarihinden önceki beş yılda canlı doğumu olan yüz anneden sırasıyla yaklaşık 24'ü ve 26'sı son canlı doğumları için bakım almamışlardır. Güneydoğu'da ise yetersiz doğum öncesi bakım almış kadınların oranı yüzde 42'dir.

TNSA-2008'de, yaşanan hanenin ve konutun özellikleri ile hanede bulunan dayanıklı tüketim mallarına ilişkin bir dizi soru sorulmuştur. Bu sorular kullanılarak geliştirilen hanehalkı refah endeksi, televizyondan arabaya kadar pek çok dayanıklı tüketim malı sahipliği, içilen suyun kaynağı, atık su sistemi, zemin malzemesi gibi konut özelliklerine bakarak oluşturulmuştur (HÜNEE, 2009). Bu endeks, yakın dönemde geliştirilen ve pek çok ülkede hanehalkı gelir düzeyindeki farklılıkları ve sağlık sonuçlarını ölçmek için kullanılan bir göstergedir (Rutstein ve diğerleri, 2000).

Tablo 3.1'de refah düzeyinin düşmesiyle doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma oranının azaldığı görülmektedir. Örneğin, en yüksek refah düzeyindeki hanelerde, yüz kadının 92'si yeterli doğum öncesi bakım almışken, bu oran en düşük refah düzeyinde yüzde 35'tir. Benzer biçimde, en düşük refah düzeyinde yetersiz doğum öncesi bakım almış kadınların oranı, en yüksek refah düzeyindekinlerden yaklaşık altı kat daha fazladır. En düşük refah düzeyindeki kadınların neredeyse dörtte biri, son beş yıldaki son canlı doğumun gebeliği sırasında hiç doğum öncesi bakım almamıştır.

Kadınların eğitim düzeylerine göre doğum öncesi bakım alma seviyelerinde farklılaşmalar olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanan kadınların payı da artmaktadır. Lise veya üzeri eğitim düzeyine sahip doğum öncesi bakım almayan kadın neredeyse bulunmazken, eğitimi olmayan ya da ilkokulu bitirmemiş kadınların yaklaşık beşte biri araştırma tarihinden önceki beş yılda gerçekleşen son doğumları için doğum öncesi bakım almamıştır (Tablo 3.2). Yeterli doğum öncesi bakım dikkate alındığında, eğitimi olmayan ya da ilkokulu bitirmemiş kadınların yüzde 35'i yeterli bakım alırken, lise veya üzeri eğitim düzeyine sahip kadınlarda bu oran yüzde 93'e yükselmektedir. Yetersiz doğum

öncesi bakım almada ise en düşük eğitim kategorisindeki kadınlar en yüksek kategoridekilerden yaklaşık 7 kat daha fazladır (sırasıyla yüzde 44 ve yüzde 6).

TNSA-2008'den önceki son beş yılda meydana gelen son canlı doğumlar için yeterli doğum öncesi bakım alan kadınların çalışma durumuna göre dağılımı incelendiğinde, sosyal güvenceye sahip olarak çalışan kadınların tamamının bakım aldığı görülmektedir. Bu kadınların yüzde 93'ü yeterli bakım alırken yüzde 8'i yetersiz doğum öncesi bakım almıştır (Tablo 3.2). Hiç çalışmamış veya araştırma tarihinde çalışmayan kadınlarda ise yeterli bakım alanların oranı yüzde 66'dır. Hizmet sektöründe çalışan kadınların yüzde 85'i yeterli doğum öncesi bakım almıştır. Ancak bu değer tarım sektöründe çalışan kadınlar için yüzde 46'ya düşmektedir. Ayrıca, tarım sektöründeki kadınların yüzde 15'i bakım almamıştır.

Tablo 3.2. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda gerçekleşen son canlı doğumlar için “bakım almayan” kadınlar ile “yeterli” ve “yetersiz” doğum öncesi bakım (DÖB) alan kadınların eğitim, çalışma durumu, çalışılan sektör ve sağlık güvencesine göre dağılımı, Türkiye 2008

	Bakım almamış	Yeterli DÖB	Yetersiz DÖB	Kadın sayısı
Eğitim				
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	21.7	34.8	43.6	537
İlköğretim birinci kademe	6.5	65.7	27.8	1362
İlköğretim ikinci kademe	2.9	73.2	23.9	272
Lise veya üzeri	0.5	93.1	6.4	588
Çalışma durumu				
Hiç çalışmamış/halen çalışmıyor	7.7	65.9	26.4	2124
Sigortalı çalışıyor	0.0	92.5	7.5	215
Sigortasız çalışıyor	12.4	54.8	32.8	419
Çalışılan sektör				
Hiç çalışmamış/halen çalışmıyor	7.7	65.9	26.4	2124
Tarım sektörü	14.9	46.4	38.7	287
Sanayi sektörü	0.0	(84.5)	(15.5)	31
Hizmet sektörü	2.9	85.3	11.9	316
Sağlık güvencesi				
Sağlık sigortası yok	14.3	54.1	31.6	458
Sağlık sigortası var	6.5	68.7	24.7	2293
Toplam	7.8	66.3	25.9	2758*

Not: Parantez içinde gösterilen bulgular 25 ile 49 arasında ağırlıksız gözlem sayısına dayanmaktadır.

*Bakım almamış/yeterli/yetersiz değişkeninde bilinmiyor/cevapsız sayısı 10'dur.

Anne olma yaşı, doğum sırası gibi doğuma ilişkin özellikler açısından doğum öncesi bakım alma durumu ele alındığında, yeterli doğum öncesi bakım alan kadın yüzdesinin en yüksek olduğu yaş grubunun, doğum öncesi bakım aldıkları çocuklarını 20 ile 34 yaşlar arasında dünyaya getiren kadınlar olduğu görülmektedir (Tablo 3.3). Buna ek olarak, doğum sırası

artıkça yeterli doğum öncesi bakım alan kadın yüzdesi azalmakta ve yetersiz bakım almış ya da hiç bakım almamışların payı da artmaktadır. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda son çocuğunu dünyaya getiren 100 kadından 83'ü ilk çocuklarına gebelikleri sırasında yeterli doğum öncesi bakım almışken, yüzde 2'si bakım almamıştır. Ancak bu oranlar, altıncı çocuğunu dünyaya getiren kadınlar için sırasıyla yüzde 35 ve yüzde 27'dir.

Tablo 3.3. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda gerçekleşen son doğumlar için “bakım” almayan, “yeterli” ve “yetersiz” doğum öncesi bakım (DÖB) alan kadınların anne olma yaşı, doğum sırası, evlilik kararı, evlilik biçimi, başlık parası ve eşle akrabalığa göre dağılımı, Türkiye 2008

	Bakım almamış	Yeterli DÖB	Yetersiz DÖB	Kadın sayısı
Anne olma yaşı				
<20	8.0	62.3	29.6	221
20-34	7.1	67.7	25.1	2265
35-49	13.5	57.1	29.4	272
Doğum sırası				
1	1.6	82.5	15.9	893
2-3	7.1	65.3	27.5	1337
4-5	16.8	44.1	39.1	359
6+	27.1	35.1	37.7	169
Evlilik kararı				
Kendi isteği dışında	9.7	56.9	33.5	1327
Kendi isteğiyle	6.1	75.0	18.9	1430
Evlilik biçimi				
Sadece dini nikah var	23.5	36.6	40.0	114
Resmi (ve dini) nikah var	7.0	67.6	25.3	2639
İkisi de yok	*	*	*	5
Başlık parası				
Verilmedi	5.6	71.5	22.9	2304
Verildi	19.2	39.7	41.1	453
Eşle akrabalık durumu				
Akrabalık yok	6.7	69.8	23.5	2099
Birinci derece akraba	14.2	49.3	36.5	334
Diğer akraba	8.6	60.8	30.5	321
Aile tipi				
Karı-koca/çekirdek	6.2	70.5	23.3	1924
Geniş aile	11.1	56.3	32.6	779
Diğer	18.2	58.3	23.5	50
Toplam	7.8	66.3	25.9	2758**

Not: * ağırlıksız gözlem sayısı 25'den az

**Bakım almamış/yeterli/yetersiz değişkeninde bilinmiyor/cevapsız sayısı 10'dur.

TNSA-2008'de alınan bilgiler arasında kadınların evlilik biçimlerine ve evlilikle ilgili geleneksel uygulamalara ilişkin sorular bulunmaktadır. Doğum öncesi bakım hizmetlerini kullanma, kadınların geleneksellikle modernlik arasındaki düzlemde hangi konumda oldukları hakkında yaklaşık bir fikir sağlanabileceği bakışı içinde evlilik kararı, evlilik biçimi, başlık parası ve

eşle akrabalık durumu gibi sorular temelinde incelenmiştir (Tablo 3.3). Doğum öncesi bakım almama yüzdelerinde kendi isteği dışında evlenen kadınlar ile kendi isteğiyle evlenen kadınlar arasında çok büyük bir farklılaşma olmadığı görülmektedir (sırasıyla yüzde 10 ve 6). Kendi isteğiyle evlendiğini ifade eden kadınların dörtte üçü araştırma tarihinden önceki son beş yılda meydana gelen son canlı doğumları için yeterli doğum öncesi bakım almışken, kendi isteği ile evlenmediğini ifade eden kadınların yüzde 57'si yeterli bakım almıştır. Nikah biçimine bakıldığında ise, hem resmi hem de dini nikahı olan kadınların yüzde 68'i yeterli, yüzde 25'i yetersiz doğum öncesi bakım almışken, yüzde 7'si hiç bakım almamıştır. Ancak sadece dini nikahı olanlar göz önüne alındığında, yeterli doğum öncesi bakım alanların oranı yüzde 37'ye düşmekte, hiç bakım almayanlar ise yüzde 24'e yükselmektedir.

Günümüzde halen uygulanan “başlık parası” verilip verilmeme durumuna göre doğum öncesi bakım alan kadınların dağılımında farklılaşmalar söz konusudur. Evlenirken başlık parası verilip verilmeme durumuna göre doğum öncesi bakım alma dağılımı ilginç sonuçlar vermektedir. Evlenirken başlık parası verilmediğini beyan eden 100 kadından 72'si araştırma tarihinden önceki son beş yılda meydana gelen son doğumları için yeterli doğum öncesi bakım almışken, bu oran başlık parası verilen kadınlarda yüzde 40'a düşmektedir. Başlık parası verilen kadınlar için doğum öncesi bakım almama oranı, başlık parası verilmeyen kadınlar için bakım almama oranının üç katından fazladır (sırasıyla yüzde 19 ve yüzde 6). Eşle olan akrabalık durumuna göre doğum öncesi bakım alma durumu incelendiğinde, eşyle arasında akrabalık bulunmayan kadınlarda doğum öncesi bakım almamış olanların oranının eşyle akraba olanlara göre yarı yarıya az olduğu anlaşılmaktadır. Benzer biçimde eşyle akraba olmayan kadınların yüzde 70'i yeterli doğum öncesi bakım almışken birinci derece akrabasıyla evli kadınlarda yeterli bakım alma yaygınlığı yüzde 49'dur. Bulgular çekirdek ailelerde yaşayan kadınların doğum öncesi bakım hizmetinden yararlanmalarının geniş aileye göre daha fazla olduğu yönündedir (sırasıyla yüzde 71 ve yüzde 56).

3.4.2. Doğum Öncesi Bakımın Niteliği¹²

TNSA-2008'de, doğum öncesi bakımın niteliğine yönelik olarak araştırma tarihinden önceki beş yılda olan son canlı doğum için en az bir kez doğum öncesi bakım alan kadınlara, bu hizmetin kapsadığı uygulamaları öğrenmek üzere bazı tıbbi işlemlerin uygulanıp uygulanmadığı sorulmuştur. Kadınların bu bakımların herhangi birinde tartılıp tartılmadıkları, tansiyonlarına bakılıp bakılmadığı, idrar ve kan tahlili yapıp yapılmadığı bu çalışmada analize dahil edilmiştir. Tablo 3.4, doğum öncesi bakım sırasında, kadınların yüzde 92'sinin tansiyonunun ölçüldüğünü göstermektedir. Tansiyon ölçümü, anneler için doğum öncesi bakımda yapılan en önemli kontrollerden birisidir. Kilosu ölçülen, idrar ve kan tahlili yapılan kadınların oranı, sırasıyla yüzde 83 ve yüzde 86'dır.

¹² TNSA-2008 soru kağıdında doğum öncesi bakımın hizmet kalitesini ölçmeye ilişkin sorulardan T.C Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Gebe İzlem Protokolü'nde öngörülen işlemler kapsamında olanlar dikkate alınmıştır.

Tablo 3.4. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda canlı doğumu olan ve son doğumda DÖB almış olan kadınların DÖB'in içeriğine ve temel özelliklere göre yüzdesi, Türkiye 2008

	Kilo ölçüldü	Tansiyon ölçüldü	İdrar tahlili yapıldı	Kan tahlili yapıldı	Hepsi yapıldı	DÖB alan kadın sayısı
Yerleşim yeri						
Kent	85.9	93.3	84.0	88.1	72.7	1942
Kır	72.7	89.0	76.1	78.2	55.8	605
Bölge						
Batı	91.8	96.4	87.5	91.0	78.4	972
Güney	84.8	93.1	80.3	85.4	67.9	335
Orta	89.9	94.2	86.4	88.4	76.1	592
Kuzey	87.4	97.1	88.7	91.8	76.2	158
Doğu	53.4	79.6	65.7	70.7	38.6	490
NUTS1 Bölgeleri						
İstanbul	90.2	94.7	86.3	90.2	74.7	452
Batı Marmara	95.5	99.1	87.3	93.8	83.3	78
Ege	87.5	94.5	84.9	86.8	73.5	336
Doğu Marmara	94.7	97.0	88.6	93.3	83.7	245
Batı Anadolu	91.4	96.8	89.1	91.2	79.1	269
Akdeniz	84.8	93.1	80.3	85.4	67.9	335
Orta Anadolu	93.2	94.9	83.9	86.1	76.7	136
Batı Karadeniz	90.0	94.9	91.9	91.8	79.6	147
Doğu Karadeniz	84.4	98.8	88.6	92.3	74.2	60
Kuzeydoğu Anadolu	72.7	89.5	80.2	81.6	60.0	67
Ortadoğu Anadolu	54.3	83.6	71.3	75.0	44.5	133
Güneydoğu Anadolu	48.6	75.5	59.8	66.2	30.9	290
Hanehalkı refah düzeyi						
En düşük	62.4	82.1	70.9	71.8	43.8	436
Düşük	74.4	88.2	73.7	79.7	55.0	576
Orta	87.9	95.5	82.1	87.0	72.8	588
Yüksek	91.2	95.7	91.3	93.7	83.0	487
En yüksek	97.1	99.1	93.7	96.8	89.0	460
Eğitim						
Eğitimi yok/ilköğr. bitirmemiş	57.7	82.5	67.7	70.3	41.1	423
İlköğr. birinci kademe	84.0	92.9	81.6	84.7	68.2	1274
İlköğr. ikinci kademe	86.5	93.1	84.4	90.4	70.4	264
Lise veya üzeri	96.6	97.7	92.8	97.3	88.8	587
Çalışılan sektör						
Hiç çalışmamış/halen çalışmıyor	81.7	92.1	82.3	85.9	68.0	1965
Tarım sektörü	71.9	87.6	70.9	73.8	51.6	244
Sanayi sektörü	(93.9)	(95.4)	(88.3)	(92.5)	(86.8)	31
Hizmet sektörü	97.2	96.8	89.4	93.8	85.0	307
Toplam	82.8	92.3	82.2	85.8	68.7	2547

Not: Parantez içinde gösterilen bulgular 25 ile 49 arasında ağırlıksız gözlem sayısına dayanmaktadır.

* ağırlıksız gözlem sayısı 25'den az

Yerleşim yerine göre bakıldığında, kentsel yerleşim yerlerinde yaşayan kadınlar arasında doğum öncesi bakımın test ve ölçümlerinin yapılma yüzdesinin kırsal yerleşim yerlerinde yaşayanlara kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Bölgesel farklılıklar, gerekli test ve ölçümleri yapılmış kadınların oranının en düşük Doğu Bölgesi'nde olduğunu göstermektedir.

Özellikle kilonun ölçülmesi, Doğu Bölgesi'nde yaşayan kadınlarda, diğer bölgelerde yaşayan kadınlara oranla belirgin bir şekilde düşüktür (yüzde 53'e karşılık yüzde 87 ve üzeri). NUTS 1 Bölgeleri arasında da, doğum öncesi bakım hizmetlerini oluşturan test ve ölçümler için en düşük yüzdeler Güneydoğu'da gözlenmektedir.

Beklendiği gibi, hanehalkı refahı ve kadının eğitim düzeyi arttıkça doğum öncesi bakım alan kadınlar arasında gerekli test ve ölçümlerin yapılma yüzdesi artmaktadır. Gerek yüksek ve en yüksek refah düzeyinde yer alan gerekse lise veya üzeri eğitime sahip kadınlar arasında doğum öncesi bakım sırasında yapılması gereken ölçümler yapılmış olanların oranı yüzde 90'ların üzerindedir. Örneğin, en yüksek refah düzeyinde yer alan kadınların neredeyse tamamının tansiyonu ölçülmüş, yüzde 97'sinin kan tahlili yapılmış ve kilosu ölçülmüş, yüzde 94'ünün de idrar tahlili yapılmıştır. Diğer yandan, en düşük refah düzeyinde, sadece tansiyonu ölçülen kadınların oranı (yüzde 82) en yüksek olup, idrar ve kan tahlili yapılmış kadınların oranı yüzde 71 dolayındadır, yüzde 62'sinin de kilosu ölçülmüştür.

Diğer taraftan, Türkiye genelinde, son beş yılda son canlı doğumu olan kadınların sadece yüzde 69'u Tablo 3.4'te verilen tahlillerin ve ölçümlerin tamamını yaptırmıştır. Bölge düzeyine inildiğinde ise Doğu'daki kadınlarda bu oran yüzde 39'a düşmektedir. Kadınların yaşadıkları hanehalkının refah düzeyine göre bakıldığında, en düşük refah düzeyinde yaşayanlar arasında doğum öncesi bakımda gerekli ölçümlerin hepsini yaptıran kadınların yüzdesi 44 iken en yüksek refah düzeyinde yüzde 89'dur. Eğitim düzeyi açısından da benzer bir durum gözlenmektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe söz konusu testlerin ve ölçümlerin tamamını yaptıran kadınların yüzdesi de artmaktadır.

3.5. Doğum Öncesi Bakım Almanın Belirleyicileri

Bu bölümde, çok değişkenli analiz yöntemi olan lojistik regresyon tekniği kullanılarak doğum öncesi bakım alma konusunda Bölüm 3.2'de verilen değişkenlerin hangilerinin etkili olduğu anlatılmaktadır. Betimleyici tablolarda üç kategorili olarak (bakım almamış, yeterli bakım almış, yetersiz bakım almış) kullanılan bu değişken analiz aşamasında, "doğum öncesi bakım almış/doğum öncesi bakım almamış" ve "yeterli doğum öncesi bakım almış/yetersiz doğum öncesi bakım almış" olarak iki kategoriden oluşacak şekilde iki ayrı değişken haline getirilmiştir. Burada amaç, "doğum öncesi bakım almamış" kadınlar ile "yetersiz doğum öncesi bakım alan" kadınlar için hangi faktörlerin belirleyici olduğunu tespit etmektir. Bunun için bağımsız değişkenlerin bloklar halinde analize dahil edildiği dört ayrı model oluşturulmuştur (Tablo 3.5). Anneye ilişkin özelliklerin yer aldığı birinci blokta anne olma yaşı ve doğum sırası bulunmaktadır. Kadınların eğitim düzeyi ve sağlık sigortasının olup olmaması ikinci blok; kültürel faktörler başlığı altında toplanan aile tipi, evlilik kararı, evlilik biçimi, eşle akrabalık durumu ve başlık parası da üçüncü bloktur. Son blok olan dördüncü blokta ise temel özelliklerden yerleşim yeri, beş bölge, seçilmiş 12 bölge ve hanehalkı refah düzeyi yer almaktadır. Model 1'de sadece birinci blok analize sokulmuştur. Model 2'de ise birinci bloğa ek olarak kadına ilişkin bireysel özelliklerin

bulunduğu ikinci blok yer almıştır. Model 3'te ikinci modeldeki bağımsız değişkenlerle birlikte kültürel faktörler; Model 4'te ise tüm değişkenler denkleme sokulmuştur. Bu bloklar ve oluşturulan modeller her iki bağımlı değişken için de ayrı ayrı kullanılmıştır.

Tablo 3.5 Çok değişkenli analizlerde kullanılan modeller ve modellerde yer alan değişkenler

	MODEL 1	MODEL 2	MODEL 3	MODEL 4
BLOK 1	Kadının eğitim düzeyi	Kadının eğitim düzeyi	Kadının eğitim düzeyi	Kadının eğitim düzeyi
BLOK 2	Sağlık güvencesi	Sağlık güvencesi	Sağlık güvencesi	Sağlık güvencesi
BLOK 3		Anne olma yaşı	Anne olma yaşı	Anne olma yaşı
BLOK 4		Doğum sırası	Doğum sırası	Doğum sırası
			Aile tipi	Aile tipi
			Evlilik kararı	Evlilik kararı
			Evlilik biçimi	Evlilik biçimi
			Eşle akrabalık durumu	Eşle akrabalık durumu
			Başlık parası	Başlık parası
				Yerleşim yeri
				Bölge
				Seçilmiş 12 bölge
				Hanehalkı refah düzeyi

3.5.1. Doğum Öncesi Bakımda Belirleyiciler

Doğum öncesi bakım alıp almamayı etkileyen faktörlerin neler olduğunu tespit etmek amacıyla değişkenler dört ayrı aşamada modellere dahil edilmiştir. Lojistik regresyon analizinde “bakım alma” ve “bakım almama” şeklinde tanımlanan bağımlı değişkenin referans kategorisini bakım alanlar oluşturmaktadır. Dolayısıyla, bakım alan kadınlar esas alındığında bakım almayan kadınlar için hangi faktörlerin etkili olduğu belirlenmeye çalışılmıştır (Tablo 3.6).

3.5.1.1. Model 1

Birinci modelde, sadece kadına ilişkin bireysel özellikler analize dahil edilmiştir. Referans kategorisi olarak lise veya üzeri eğitimi olan kadınlar ile sağlık sigortası olan kadınların alındığı bu modelde, sağlık sigortası ve eğitim düzeyi istatistiksel olarak yüksek derecede anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). Eğitim düzeyinin doğum öncesi bakım üzerinde çok belirleyici olduğu bu modelin açıklayıcılığı yüzde 17 olarak bulunmuştur. Hiç eğitimi olmayan veya ilkokulu tamamlamamış kadınlarda doğum öncesi bakım almanın seviyesindeki düşüklük çok çarpıcıdır ve bu kadınlar arasında bakım almama lise veya üzeri eğitimi olan kadınlar ile kıyaslandığında 48 kat daha fazla olmaktadır (Tablo 3.6). Kadınların son çocuklarına gebelikleri sırasında doğum öncesi bakım almamaya yönelik eğilimleri de eğitim düzeyinin artmasıyla belirgin olarak

azalmaktadır. Benzer şekilde, kadınların sağlık sigortasının olmaması da doğum öncesi bakım almamalarında etkili olmaktadır.

Tablo 3.6. Lojistik regresyon sonuçlarına göre doğum öncesi bakımın belirleyicileri

Değişkenler	Modeller			
	MODEL 1	MODEL 2	MODEL 3	MODEL 4
Kadının eğitim düzeyi				
Eğitimi yok/ilköğr.bitirmemiş	47.797*	20.834*	15.974*	5.625**
İlköğretim birinci kademe	12.085*	7.294*	7.079*	3.977
İlköğretim ikinci kademe	5.315**	4.497	4.451	2.746
<i>Lise veya üzeri</i>	1.000	1.000	1.000	1.000
Sağlık güvencesi				
Sağlık sigortası yok	1.922*	2.075*	1.682*	1.677*
<i>Sağlık sigortası var</i>	1.000	1.000	1.000	1.000
Anne olma yaşı				
<20	MD	2.377**	-	-
20-34	MD	1.000	-	-
35-49	MD	0.964	-	-
Doğum sırası				
1	MD	1.000	1.000	1.000
2-3	MD	4.877*	5.410*	5.134*
4-5	MD	8.975*	9.998*	6.806*
6+	MD	12.306*	13.548*	6.700*
Aile tipi				
<i>Karı-koca/çekirdek</i>	MD	MD	1.000	-
Geniş aile	MD	MD	1.482**	-
Diğer	MD	MD	3.529**	-
Evlilik kararı				
Kendi isteği dışında	MD	MD	-	-
<i>Kendi isteğiyle</i>	MD	MD	-	-
Evlilik biçimi				
Sadece dini nikah var	MD	MD	1.581**	-
<i>Resmi (ve dini) nikah var</i>	MD	MD	1.000	-
Eşle akrabalık durumu				
<i>Akrabalık yok</i>	MD	MD	-	-
Birinci derece akraba	MD	MD	-	-
Diğer akraba	MD	MD	-	-

* İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.01; ** İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.05; Diğer durumlarda anlamlı değildir.

MD =Modelde Değil; - = Denklemden ancak istatistiksel olarak anlamlı değil.

Tablo 3.6. Lojistik regresyon sonuçlarına göre doğum öncesi bakımın belirleyicileri (devam)

Değişkenler	Modeller			
	MODEL 1	MODEL 2	MODEL 3	MODEL 4
Başlık parası				
<i>Verilmedi</i>	MD	MD	1.000	-
Verildi	MD	MD	1.589**	-
Yerleşim yeri				
<i>Kent</i>	MD	MD	MD	-
Kır	MD	MD	MD	-
Bölge				
<i>Batı</i>	MD	MD	MD	1.000
Güney	MD	MD	MD	1.455
Orta	MD	MD	MD	2.880**
Kuzey	MD	MD	MD	1.577
Doğu	MD	MD	MD	5.141*
Seçilmiş 12 bölge				
<i>Istanbul</i>	MD	MD	MD	1.000
GAP	MD	MD	MD	0.242**
Diğer	MD	MD	MD	0.346
Hanehalkı refah düzeyi				
En düşük	MD	MD	MD	6.613**
Düşük	MD	MD	MD	3.277
Orta	MD	MD	MD	0.607
Yüksek	MD	MD	MD	1.182
<i>En yüksek</i>	MD	MD	MD	1.000
R ² (Nagelkerke)	0.168	0.224	0.241	0.329
Wald F	28.234*	15.140*	8.621*	11.463*

* İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.01; ** İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.05; Diğer durumlarda anlamlı değildir.

MD =Modelde Değil; - = Denklemden ancak istatistiksel olarak anlamlı değil.

3.5.1.2. Model 2

Kadının bireysel özelliklerine ek olarak anne olma yaşı ve doğum sırası gibi anneliğe ilişkin özelliklerinin de dahil edildiği ikinci modelde eğitim düzeyi, sağlık sigortası ve doğum sırası doğum öncesi bakım almada önemli faktörler olarak ortaya çıkmaktadır. Anne olma yaşı ise bu modelde anlamlı bulunmamıştır. Ancak, 20 yaşından daha küçük yaşlarda anne olan kadınların bakım almamaya yönelik eğilimleri 20-34 yaş grubundakilere kıyasla 2.4 kat daha fazladır. Bununla birlikte, ikinci aşamada modele dahil edilen doğum sırasına göre bakıldığında, doğum sırasının artması doğum öncesi bakım almayı olumsuz yönde etkilemektedir. Bir başka deyişle, tek çocuğu olan kadınlar esas alındığında doğum sırası altı veya üzeri olan çocukların anneleri gebelikleri sırasında doğum öncesi bakım almamaya 12 kat daha fazla eğilimli olmaktadır. Modelin açıklayıcılığı açısından bakıldığında, doğum öncesi bakım almadaki değişkenlik anneye ilişkin özelliklerin katkısı ile ilk modele göre artarak yüzde 22'ye yükselmiştir.

3.5.1.3. Model 3

Bu modelde, ikinci modeldeki değişkenler ile birlikte kültürel faktörler başlığı altında toplanan aile tipi, evlilik kararı, evlilik biçimi, eş ile akrabalık durumu ve başlık parası yer almaktadır. Denklem giren bu değişkenler arasından başlık parası, evlilik biçimi ve aile tipi anlamlı çıkmıştır ($p<0.05$). Başlık parasının verildiği ve evliliğin sadece dini nikahla gerçekleştiği durumlarda doğum öncesi bakım almama eğiliminin 1.6 kat arttığı görülmektedir. Benzer şekilde, geniş ailelerde bakım almama çekirdek aileler ile karşılaştırıldığında 1.5 kat daha fazla olmaktadır. Model için doğum öncesi bakım almada en belirleyici faktör olarak doğum sırası bulunmuştur. Bunu eğitim, sağlık güvencesi, başlık parası, evlilik biçimi ve aile tipi takip etmektedir. Bir önceki model ile kıyaslandığında, kültürel faktörler modelin açıklayıcılığında çok büyük bir farklılaşma yaratamamıştır (yüzde 24).

3.5.1.4. Model 4

Son modelde, kadının bireysel özellikleri, annelik ile ilgili özellikler ve kültürel faktörler ile birlikte temel özellikler de (yerleşim yeri, bölge, seçilmiş 12 bölge ve hanehalkı refah düzeyi) denklem girmiştir. Yerleşim yeri dışında, modele en son giren değişkenlerin tamamı anlamlı çıkmıştır. Diğer bir deyişle, kırsal ya da kentsel alanlarda yaşamının doğum öncesi bakım üzerinde önemli bir faktör olmadığı anlaşılmıştır. Bununla birlikte, ilk üç modelde etkili birer değişken olan eğitim düzeyinin temel özelliklerin modelde yer almasıyla önemini kaybettiği görülmektedir. Ancak, eğitimsiz olmanın veya ilköğretimi tamamlamamış olmanın ($p<0.05$), diğer değişkenler kadar olmasa da kadınların doğum öncesi bakım almamalarında önemli bir belirleyici olarak olduğu söylenebilmektedir. Eğitim düzeyinin modelden çıkması, eğitimi olmayan kadınların daha çok Doğu bölgesinde ve en düşük refah düzeyine sahip hanelerde yaşıyor olmalarıyla açıklanabilir. Öte yandan, sağlık güvencesi ve doğum sırası son modelde de anlamlı çıkmış ve bağımlı değişken olan doğum öncesi bakım almayı açıklayan faktörler olarak kalmıştır. Bütün değişkenlerin denklem girdiği nihai model için en önemli faktör ise hanehalkı refah düzeyidir ve bunu bölge değişkeni takip etmektedir. Bölge açısından bakıldığında, betimleyici tablolarda Doğu ile Batı bölgesi arasındaki belirgin farklılıklar burada da söz konusu olmaktadır. Batı bölgesi ile kıyaslandığında, kadınların Doğu bölgesinde yaşıyor olmaları, bu kadınların doğum öncesi bakım almamalarını 5 kat daha arttırmaktadır. Benzer şekilde, en yüksek refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan kadınlar esas alındığında, en düşük refah düzeyindeki kadınlar yaklaşık 7 kat daha fazla bakım almama eğilimindedirler ki bu kadınların büyük bir çoğunluğu da Doğu bölgesinde yaşayan kadınlardır. Doğum öncesi bakım alma üzerinde, seçilmiş 12 bölge değişkeni etkisi diğerlerine göre en az olan faktördür. Değişkenlerin tamamının bir araya geldiği bu modelin açıklayıcılığı bir önceki modele göre önemli ölçüde artarak yüzde 33'e yükselmiştir.

3.5.2. Yetersiz Doğum Öncesi Bakım Almanın Belirleyicileri

Doğum öncesi bakımın yetersiz olmasında etkili olan faktörleri belirlemek amacıyla yukarıda belirtilen değişkenler kullanılarak benzer şekilde dört ayrı model oluşturulmuştur. “Yeterli doğum öncesi bakım alma” ve “yetersiz doğum öncesi bakım alma” şeklinde tanımlanan bağımlı değişken için yeterli bakım alanlar referans kategorisi olarak seçilmiş; yeterli bakım alan kadınlar temel alındığında, yetersiz bakım almayı hangi faktörlerin arttırdığı belirlenmeye çalışılmıştır (Tablo 3.7). Bağımsız değişkenlerin referans kategorileri ise doğum öncesi bakım alma ile aynıdır.

3.5.2.1. Model 1

Eğitim düzeyi ve sağlık güvencesinin denkleme olduğu bu modelde, eğitim düzeyi istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Eğitim düzeyinin düşük olması veya hiç eğitim alınmamış olması, yetersiz bakım almayı tetikleyen bir unsur olarak bulunmuştur. Lise veya üzeri eğitimi olan kadınlarla karşılaştırıldığında, eğitimsiz kadınlar 17 kat daha fazla yetersiz doğum öncesi bakım alma eğiliminde iken, eğitim düzeyinin yükselmesiyle bu durum dörtte bir oranında azalmaktadır. Bu aşamada, kadına ilişkin bireysel özelliklerle modelin yüzde 17’si açıklanabilmektedir.

3.5.2.2. Model 2

İkinci modelde denkleme giren ve anlamlı çıkan anne olma yaşı ve doğum sırası, modelin açıklayıcılığını yüzde 20’ye yükseltmiştir. Öte yandan, ilk modelde anlamlı olmayan sağlık güvencesi bu modelde anlamlı hale gelmiştir. Sağlık sigortası olmayan kadınlar, sağlık sigortası olanlara kıyasla 1.4 kat daha fazla yetersiz bakım almaktadırlar. Eğitim düzeyi ise alınan bakımın yeterliliği üzerindeki önemini korumaktadır. Eğitim düzeyinden sonra doğum sırası, sağlık sigortası ve anne olma yaşı gelmektedir. Yetersiz doğum öncesi bakım alma eğilimi, erken yaşta anne olan kadınlar arasında 20-34 yaş grubunda anne olanlara göre daha fazladır. Tek çocuğu olan kadınlarla kıyaslandığında ise, doğum sırası dört veya beş olan çocukların annelerin eğilimleri, gebelikleri sırasında daha az yeterli bakım alma yönündedir. Ancak, altı veya daha fazla çocuğu olan kadınlarda bu eğilim azalma göstermektedir. Bu durum, en az altı çocuğu olan kadınların büyük bir bölümünün referans kategorisi olan 20-34 yaş grubunda olmasıyla açıklanabilir.

Tablo 3.7. Lojistik regresyon sonuçlarına göre yetersiz doğum öncesi bakımın belirleyicileri

Değişkenler	Modeller			
	MODEL 1	MODEL 2	MODEL 3	MODEL 4
Kadının eğitim düzeyi				
Eğitimi yok/İlköğr.bitirmemiş	17.497*	12.394*	8.137*	3.329*
İlköğretim birinci kademe	5.987*	4.717*	3.843*	2.221*
İlköğretim ikinci kademe	4.628*	4.233*	3.602*	2.317*
<i>Lise veya üzeri</i>	1.000	1.000	1.000	1.000
Sağlık güvencesi				
Sağlık sigortası yok	1.320	1.371**	-	-
<i>Sağlık sigortası var</i>	1.000	1.000	-	-
Anne olma yaşı				
<20	MD	1.666**	-	-
20-34	MD	1.000	-	-
35-49	MD	0.899	-	-
Doğum sırası				
1	MD	1.000	1.000	1.000
2-3	MD	2.158*	2.244*	2.373*
4-5	MD	3.255*	3.292*	2.711*
6+	MD	2.764*	2.676*	1.740
Aile tipi				
<i>Karı-koca/çekirdek</i>	MD	MD	1.000	-
Geniş aile	MD	MD	1.473*	-
Diğer	MD	MD	1.467	-
Evlilik kararı				
Kendi isteği dışında	MD	MD	1.367*	1.280**
<i>Kendi isteğiyle</i>	MD	MD	1.000	1.000
Evlilik biçimi				
Sadece dini nikah var	MD	MD	-	-
<i>Resmi (ve dini) nikah var</i>	MD	MD	-	-
Eşle akrabalık durumu				
<i>Akrabalık yok</i>	MD	MD	-	-
Birinci derece akraba	MD	MD	-	-
Diğer akraba	MD	MD	-	-
Başlık parası				
<i>Verilmedi</i>	MD	MD	1.000	-
Verildi	MD	MD	1.566*	-

* İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.01; ** İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.05; Diğer durumlarda anlamlı değildir.

MD =Modelde Değil; - = Denklemden ancak istatistiksel olarak anlamlı değil

Tablo 3.7. Lojistik regresyon sonuçlarına göre yetersiz doğum öncesi bakımın belirleyicileri (devam)

Değişkenler	Modeller			
	MODEL 1	MODEL 2	MODEL 3	MODEL 4
Yerleşim yeri				
<i>Kent</i>	MD	MD	MD	-
<i>Kır</i>	MD	MD	MD	-
Bölge				
<i>Batı</i>	MD	MD	MD	1.000
<i>Güney</i>	MD	MD	MD	1.630**
<i>Orta</i>	MD	MD	MD	1.592**
<i>Kuzey</i>	MD	MD	MD	0.904
<i>Doğu</i>	MD	MD	MD	2.339*
Seçilmiş 12 bölge				
<i>Istanbul</i>	MD	MD	MD	1.000
<i>GAP</i>	MD	MD	MD	0.562
<i>Diğer</i>	MD	MD	MD	0.518**
Hanehalkı refah düzeyi				
<i>En düşük</i>	MD	MD	MD	5.507*
<i>Düşük</i>	MD	MD	MD	4.179*
<i>Orta</i>	MD	MD	MD	2.336*
<i>Yüksek</i>	MD	MD	MD	1.394
<i>En yüksek</i>	MD	MD	MD	1.000
R ² (Nagelkerke)	0.172	0.202	0.224	0.293
Wald F	46.797*	25.788*	16.361*	17.263*

* İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.01; ** İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.05; Diğer durumlarda anlamlı değildir.

MD =Modelde Değil; - = Denklemden ancak istatistiksel olarak anlamlı değil.

3.5.2.3. Model 3

Bu modelde, kültürel faktörlerin ikinci modeldeki değişkenlerle birlikte yetersiz doğum öncesi bakım alma üzerindeki etkisine bakılmıştır. İkinci modelde istatistiksel olarak anlamlı olan değişkenler arasından sağlık güvencesi ve anne olma yaşı değişkenleri, aile tipinin, evlilik kararının, evlilik biçiminin, eşle akrabalık durumunun ve başlık parasının denkleme girmesiyle yeterli düzeyde bakım alma üzerindeki etkisini kaybetmiştir. Doğum öncesinde alınan bakımın yeterli olup olmaması açısından etkili olduğu görülen kültürel faktörler arasında evliliğe karar verme şekli ve başlık parası, aile tipine göre daha önemli bulunmuştur. Evlilik kararında kadının onayının alınmaması ve başlık parası verilmesi, yetersiz doğum öncesi bakım almayı arttıran faktörlerdir. Eğitim düzeyi ve doğum sırası değişkenleri, ikinci modelde olduğu gibi bu modelde de en belirleyici unsurlar olarak kalmaya devam etmiştir. Denklemden yer alan bağımsız değişkenler ile bu modelin açıklanma düzeyine bakıldığında, kültürel faktörlerin modelin açıklayıcılığı üzerinde çok belirgin bir katkısı olduğu söylenememektedir.

3.5.2.4. Model 4

Bu model bütün değişkenlerin birlikte analiz edildiği en etkin modeldir (Nagelkerke $R^2=$ yüzde 29). Son aşamada modele giren temel özellikler arasında yerleşim yeri hariç diğer tüm değişkenler anlamlı bulunmuştur. Bölge açısından bakıldığında, Batı bölgesine kıyasla, Güney’de veya Orta Anadolu bölgesinde yaşıyor olmak kadınların yeterli düzeyde doğum öncesi bakım almalarını azaltmaktadır. Doğu bölgesinde yaşayan kadınlar ise yeterli doğum öncesi bakım alamama konusunda daha da dezavantajlı hale gelmektedirler. Bununla birlikte, hanehalkı refah düzeyi de bu modelde istatistiksel olarak yüksek derecede anlamlı bulunan bir başka değişkendir. Hanehalkı refah düzeyi ile yetersiz doğum öncesi bakım alma arasında önemli bir ilişki söz konusu olmaktadır. Buna göre, en yüksek refah düzeyindekiler esas alındığında, refah düzeyi azaldıkça, yetersiz bakım alma eğiliminde artış meydana gelmektedir. Bu eğilim, en düşük refah düzeyine sahip hanehalklarında yaşayan kadınlarda 6 kat daha fazladır. Modelin geneline bakıldığında, bu aşamaya kadar en belirleyici faktör olma özelliğini koruyan eğitim düzeyi, yerini doğum sırasına bırakmıştır. Bunu hanehalkı refah düzeyi ve bölge takip etmekte; eğitim, evlilik kararı ve 12 bölge değişkeni daha sonra gelmektedir. Kültürel faktörler arasından da sadece evlilik kararı doğum öncesinde alınan bakımın yeterliliğini belirleyen bir faktör olarak kalmış, aile tipi ve başlık parası anlamlılığını kaybetmiştir.

3.6. Değerlendirme ve Sonuç

Doğum öncesi bakım, günümüzde sosyal gelişmenin temel bir öğesi olarak kabul edilen sağlık içinde önemli bir konuma sahip olup, anne ölümlerinin ve beş yaş altı çocuk ölümlerinin azaltılması gibi sağlık konularında küresel düzeyde belirlenen hedeflerin ölçümlerinin arka planında yer almaktadır. Yirminci yüzyılın son on yılı içinde güvenli anneliği kapsayan üreme sağlığı kavramı çerçevesinde ele alınmaya başlanmış olan doğum öncesi bakım Türkiye’de de önem verilen bir konudur.

2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’nın yakın zamana ilişkin olarak ortaya koyduğu sonuçlar doğum öncesi bakımda zaman içinde önemli gelişmeler olduğunu göstermektedir. 1983-2008 arasındaki yirmi beş yıl içinde 15-49 yaşlar arasındaki kadınların bir sağlık personelinin doğum öncesi bakım hizmeti alma oranları yüzde 38’den yüzde 92’ye çıkmıştır. Doğrusal bir artış gösteren, sağlık personelinin doğum öncesi bakım alma oranlarındaki en dikkat çekici iyileşmeler, önce 1988 ile 1993 yılları arasındaki dönemde, daha sonra da 1998-2003 arası dönemde olmuştur.

Doğum öncesi bakımın uluslararası standartlarda *yeterli* bir bakım olarak değerlendirilebilmesi için gereken kriterler olan doğum öncesi bakımın “bir sağlık personeli (ebe/hemşire/doktor) tarafından verilmiş olması”, “gebeliğin ilk üç ayında yapılmış olması” ve “tüm gebelik boyunca en az dört kez alınmış olması” bu çalışmada da benimsenen kurgu olmuş ve yeterli doğum öncesi bakımın tanımlanmasında, bu üç kriter bir arada dikkate alınmıştır. Bu

koşulların herhangi birini yerine getirmeyenler *yetersiz doğum öncesi bakım almış* olarak değerlendirilmiştir. Gebeliği boyunca bir sağlık personeline başvurmamış; hiç kontrole gitmemiş kadınlar ise bakım almamış olarak değerlendirilmiştir. TNSA-2003 ve TNSA-2008 sonuçları bu değişkenler temelinde incelendiğinde son beş yılda doğumu olan ve son canlı doğumlarında doğum öncesi bakım almamış kadınların oranında yüzde 19'dan yüzde 8'e önemli bir düşüş olduğu gözlenmektedir. TNSA-2008 sonuçlarına göre son beş yıldaki son canlı doğumlarında doğum öncesi bakımı yeterli olarak nitelenen kadınların payında da yüzde 46'dan yüzde 66'ya doğru olumlu bir değişim yaşanmıştır. Türkiye genelinde bakıldığında, araştırma tarihinden önceki son beş yılda gerçekleşen son canlı doğumlarda kadınların üçte ikisi yeterli, dörtte birinden biraz fazlası da yetersiz düzeyde doğum öncesi bakım almıştır.

TNSA-2008 sonuçları, annelerin sosyal, ekonomik ve demografik pek çok özelliklerinin doğum öncesi bakım hizmetinden yararlanma örüntülerinde etken olduğunu ortaya koymaktadır. Doğum öncesi bakım alma annenin yaşadığı yerleşim yerinin yanı sıra içinde bulunduğu hanehalkının refah düzeyine ve aile tipine, eğitime, çalışma durumuna ve sağlık güvencesine sahip olup olmamaya göre değişim göstermektedir. Ayrıca anne olma yaşı ve çocuğun doğum sırası gibi annelik özelliklerine göre de doğum öncesi bakımda farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Kadının evliliğine ilişkin olarak nitelenebilecek evlilik kararı, biçimi, başlık parası ve eşle akrabalık ise doğum öncesi bakım alma ile değerlendirildiğinde kadınların doğum öncesi bakım hizmetinden yararlanmalarının bu özellikler temelinde farklı olduğu anlaşılmaktadır.

Kadının sosyo-ekonomik, demografik ve sosyo-kültürel özellikleri çok değişkenli analiz sonuçlarına göre ele alındığında bulgular bu hizmetlerin kullanılmasında dezavantajlı durumda olan kadınları ortaya koymaktadır. Bu çerçevede kadının yaşadığı bölge, içinde bulunduğu hanehalkının refah düzeyi, sağlık güvencesine sahip olup olmamak ve çocuğun doğum sırası önem kazanmaktadır. Doğum öncesi bakım hizmetini kullanmada belirleyici olan kadının yaşadığı bölge dikkate alındığında farklılık temelde Doğu bölgesi ile diğer bölgeler arasındadır. Kadının sosyo-ekonomik konumu açısından ise hanehalkı refah düzeyi ile doğum öncesi bakım arasındaki doğrusal ilişki içinde hanehalkı refah düzeyi yükseldikçe doğum öncesi bakım alma ve bu bakımın düzeyi artmaktadır. Bu bağlamda, yeterli doğum öncesi bakımın alınması açısından da kadının yaşadığı bölge, içinde bulunduğu hanehalkının refah düzeyi, kadının eğitim düzeyi ve çocuğun doğum sırası etkili faktörlerdir. Diğer taraftan, kadının sağlık güvencesine sahip olması da doğum öncesi bakım hizmetlerinden faydalanmada belirleyici olmaktadır. Sosyo-ekonomik değişkenler dışında, doğum öncesi bakım hizmetinin kullanımı çocuğun doğum sırasının artması ile olumsuz yönde etkilenmektedir.

Doğum öncesi bakım alma ve bu bakımın yeterli bakım olması açısından dezavantajlı konumda olarak nitelendirilebilecek gruplar arasında yer alan kadınlar eğitim ve hanehalkı refah düzeyi düşük olanlar ile sosyo-ekonomik açıdan az gelişmiş bölgelerde yaşayanlardır. Ayrıca çocuğun yüksek doğum sırasına sahip olması da kadınların bu çocuklara gebelikleri sırasında daha az düzeyde doğum öncesi bakım almalarına ya da hiç almamalarına yol açmaktadır.

Doğum öncesi bakım ile amaçlanan, istenilen her gebeliğin, annenin ve bebeğin sağlığını tehlikeye atmadan, sağlıklı bir bebeğin doğumuyla sonlanmasıdır. Bu durumu olumsuz yönde etkileyen faktörleri belirlemek ve ortadan kaldırmak için bu çalışmada elde edilen bulgular gerekli önlemlerin alınmasında yol gösterici niteliktedir.

3.7. Kaynaklar

Birleşmiş Milletler (1994). *Nüfus ve Kalkınma: Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında Kabul Edilen Eylem Planı*, Kahire, 5-13 Eylül 1994.

Çelik, Y. ve Hotchkiss, D.R. (2000). "The Socio-economic Determinants of Maternal Health Care Utilization in Turkey", *Social Science and Medicine*. 50:1797-1806.

Elo, I.T. (1992). "Utilization of Maternal Health-care Services in Peru: The Role of Women's Education", *Health Transition Review*. 2(1):49-70.

Ergöçmen, B., Coşkun, Y., Eker, L., ve Türkyılmaz, A.S. (2005). Doğum Öncesi Bakım ve Doğum. İçinde *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003 İleri Analiz Raporu*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (1987). *1983 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (1989). *1988 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) ve Macro International Inc. (1994). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1993*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu , Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Teşkilatı

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) ve Macro International Inc. (1999). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu , Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Teşkilatı

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD., Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı ve UNFPA, (2002). *Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-1998 İleri Analiz Sonuçları*.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, (2005). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2003, İleri Analiz Raporu*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.

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, Devlet Planlama Teşkilatı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

Raghupathy, S. (1996). "Education and the Use of Maternal Health Care in Thailand", *Social Science and Medicine*. 43(4):459-471.

Rutstein, S., K. Johnson, ve D. Gwatkin (2000). "Poverty, health inequality, and its health and demographic effects". Paper presented at the 2000 Annual Meeting of Population Association of America'da sunulan bildiri, Los Angeles, California.

Villar, J. ve diğeri. (2001). "WHO Antenatal Care Randomised Trial for the Evaluation of a New Model of Routine Antenatal Care", for the WHO Antenatal Care Trial Research Group, *The Lancet*, 357:1551-1564.

UNICEF (2010). http://www.unicef.org/factoftheweek/index_52582.html (Erişim tarihi: 20.04.2010)

WHO (2010a). http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/en/index.html (Erişim tarihi: 04.06.2010)

WHO (2010b). http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/en/ (Erişim tarihi: 04.06.2010)

Bölüm 4

Türkiye’de Doğum Sonrası Bakım Hizmetlerinden Yararlanmada Farklılaşmalar ve Doğum Sonrası Bakım Hizmeti Almanın Belirleyicileri

A. Sinan Türkyılmaz¹, Ayşe Özgören², Dilek Yıldız², Sibel Bilgin³ ve Başak Tezel³

Özet

Temel amacı, Türkiye’de doğum sonrası bakım hizmetlerinden yararlanmadaki farklılaşmaları ve anne ve bebeğin doğum sonrası bakım hizmeti almasının belirleyicilerini saptamak olan bu çalışmada 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’nın verileri kullanılmaktadır. Betimleyici analizler, Türkiye’de annelerin ve bebeklerin büyük çoğunluğunun doğum sonrası bakım aldığını göstermektedir. Ancak doğum sonrası bakım almada dezavantajlı grupların olduğu gözlenmiştir. Bu gruplar, Doğu bölgesinde yaşayan, eğitimsiz olan, sosyal güvencesiz olarak veya tarım sektöründe çalışan, sağlık sigortası yeşil kart olan veya hiç sağlık sigortası olmayan, düşük refah düzeyine sahip bir hanehalkında kalan, doğum öncesi bakım almayan veya yetersiz bakım alan, anne olma yaşı 20-34 dışında bir yaş olan ve sağlık kurumu dışında bir yerde doğumunu gerçekleştirmiş olan kadınlar ve bebekleridir. Anne ve bebeğin doğum sonrası bakım hizmeti almasının belirleyicileri arasında anne ve bebek için genelde aynı faktörlerin etkili olduğu görülmektedir. Anneler için doğum sonrası bakımı en çok açıklayan değişkenler sağlıkla veya doğumla doğrudan ilgili değişkenler olan biyodemografik değişkenlerdir. İkinci olarak ekonomik özelliklerin etkili olduğu görülmektedir. Öyle ki evlilik biçimi, geleneksellik düzeyi, aile yapısı gibi sosyokültürel değişkenler modelde anlamlı bulunmamıştır. Bebekler için ise ekonomik özelliklere ek olarak, biyodemografik veya sağlıkla ilgili özelliklerin ve kadının eğitimi ile yaşanan bölgenin doğum sonrası bakım almada belirleyici olduğu bulunmuştur.

Summary

Differentials in Receiving Postpartum Care and Its Determinants in Turkey

The main aim of this study is to analyze the differentials in receiving postpartum care by women and infants and the determinants of it, using data from 2008 Turkey Demographic and Health Survey. Descriptive analyses indicate that majority of women and infants receive postpartum care in Turkey. However, there are disadvantaged groups in receiving postpartum care. These groups can be defined as women (and their babies), who live in the Eastern region, who are uneducated, work without any social security or work in the agricultural sector, have health insurance as green card or none, live in a poor household, have received inadequate antenatal care or none, whose age at motherhood are outside the age group of 20-34 and who had a non-institutional birth. Same factors among determinants of receiving postpartum care by mothers and infants, appear to be significant for women and babies in general. The variables, which have the most explanatory power in determining postpartum care of women, are of bio-demographic ones that are directly related to health and/or birth. Following these variables, economic characteristics are observed to be effective. Socio-cultural variables like type of marriage and family, and the level of traditionality are found to be insignificant in the final model. For infants, bio-demographic or health-related characteristics, educational level of the mother and the region are found to be the determinants of postpartum care in addition to economic characteristics.

¹ Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

² Ar. Gör., Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

³ Dr., Sağlık Bakanlığı Anne Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

4.1. Giriş

4.1.1. Gerekçe

Gelişmekte olan ülkelerde doğurganlık çağındaki kadınlar arasındaki en yaygın ölüm nedeni gebelik, doğum ve lohusalık sırasında meydana gelen komplikasyonlardır. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005 (UAÖÇ-2005) sonuçlarına göre Türkiye’de yılda 387⁴ anne ölümü⁵ gerçekleşmektedir. Türkiye’de gözlenen anne ölümleri seviyesinin gelişmiş bölgeler için hesaplanan anne ölüm oranından yüksek olmasına karşın, bu seviye gelişmekte olan ülkeler için yapılan tahminlerden daha düşüktür (Koç ve diğerleri, 2006).

Yakın zamanda yapılan araştırmalar anne ölümlülüğüyle ilintili faktörleri, buna yol açan temel nedenleri ve en kritik dönemleri belirlemiştir. Örneğin, yüksek riskli gebeliği olan kadınlarda doğum sırasında komplikasyon daha fazla oranda görülmesine rağmen, doğum sırasında yaşamı tehdit edici komplikasyonların büyük çoğunluğu normal gebeliği olan kadınlarda görülmektedir (Alfredo ve diğerleri, 2006). Gebe kadınlar için doğum öncesi bakım önemlidir, ancak doğum öncesi bakım almak bir kadının doğum sırasında ciddi bir komplikasyonla karşılaşmayacağını göstermez (Alfredo ve diğerleri, 2006). Anne ölümlerinin yüzde 25’i ve neonatal ölümlerin yarısı doğum sırasında ve doğum sonrası ilk 24 saat içinde gerçekleşirken, bu oranlar doğumdan sonra ilk haftanın sonunda yüzde 60 ile üçte ikiye çıkmaktadır (Alfredo ve diğerleri, 2006). Bu nedenle doğum sonrası bakım anne ve bebek sağlığı için hayati bir öneme sahiptir.

4.1.2. Amaçlar

Bu çalışmada doğum sonrası bakım hizmetlerine ulaşmada yaşanan sosyo-demografik ve ekonomik düzeydeki farklılaşmalar ele alınmaktadır. Bu bağlamda doğum sonrası ilk bakımın zamanlamasındaki ve bu hizmeti veren kişilerin farklılaşmalarının yanında bu hizmetin gerçekleştirildiği yerde, sıklığında ve kalitesindeki (içeriğinde yer alan alt hizmetler) farklılaşmalara değinilmektedir. Ayrıca bebeğin doğumda tartılması ve fenilketoruni testi taraması ile ilgili detaylı bilgiler de verilmektedir. Bir önemli analiz de doğum sonrası bakım hizmetleri alımında ücret ödenip ödenmemesine ilişkindir. Doğum sonrası bakım hizmeti ile ilgili analizlerin büyük çoğunluğu anne ve bebek için iki ayrı şekilde analiz edilmektedir.

Türkiye için doğum sonrası bakım hizmetlerine ilişkin bilgiler ilk kez detaylı olarak 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2008) (HÜNEE, 2009) kapsamında toplanmıştır. Bu nedenle doğum sonrası bakım alma oranları ve bakımın zamanlaması ile doğum sonrası bakım ile ilgili diğer davranışlar geçmiş dönemlerdeki ile karşılaştırılmayacaktır. Doğum sonrası bakım araştırmadan önceki son beş yıldaki son canlı doğum için toplandığından, doğum sonrası

⁴ UAÖÇ’ndan elde edilen anne ölümleri sayısı Türkiye geneline yansıtılarak hesaplanmıştır.

⁵ Anne ölümü: Bir kadının gebeliği sırasında ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde herhangi bir nedenle ölmesidir.

bakım hizmetlerinden yararlanma hakkında ayrıntılı tahminler 2008'den önceki son beş yıl için sunulmaktadır.

Farklılaşmaları ortaya çıkarmak için betimsel analizlerin yanında anne ve bebeğin doğum sonrası bakım almasının belirleyicilerini saptamak üzere çok değişkenli analizler de yapılmıştır. Karmaşık örneklem tasarımını göz önüne alarak yapılan çok değişkenli lojistik regresyon modeli analizleri annenin ve bebeğin doğum sonrası bakım almasının veya almamasının hangi faktörler tarafından belirlendiğini ortaya koymaktadır.

4.1.3. Çalışmanın Organizasyonu

Çalışma beş bölümden oluşmaktadır. Gerekçe ve amacın anlatıldığı giriş bölümünden sonra, ikinci bölümde çalışmada kullanılan veri ile analiz yöntemleri sunulmaktadır. Bu bölümde ayrıca değişkenlerin oluşturulma süreci ve istatistiksel analizlerde kullanılan farklı değişken grupları (blokları) anlatılmaktadır. Üçüncü bölümde doğum sonrası bakım ile ilgili dünyada ve Türkiye'de yapılan akademik çalışmalar verilmektedir. İki alt bölümden oluşan dördüncü bölümün ilk alt bölümünde, annenin ve bebeğin doğum sonrası bakım almasına göre temel demografik ve sosyoekonomik özellikler betimsel düzeyde analiz edilmektedir. Anne ve bebeğin doğum sonrası bakım almasının belirleyicilerinin saptandığı ikinci alt bölümde çok değişkenli lojistik analiz sonuçları gösterilmektedir. Son bölüm olan beşinci bölümde ise çalışmanın bulguları değerlendirilmekte ve bu bulguların işaret ettiği politika öncelikleri üzerinde durulmaktadır.

4.2. Veri Kaynağı ve Yöntem

4.2.1. Veri Kaynağı

Bu çalışmada veri kaynağı olarak TNSA-2008 kullanılmıştır. TNSA-2008, Türkiye'de 1968 yılından bu yana beş yıllık aralıklarla düzenli olarak yürütülen ulusal nüfus ve sağlık araştırmaları serisinin dokuzuncusudur. TNSA-2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı'nın işbirliği içinde yürütülmüştür.

TNSA-2008'in örneklem tasarımı ve büyüklüğü, Türkiye geneli, kentsel ve kırsal alanlar, ve beş demografik bölge (Batı, Güney, Orta, Kuzey ve Doğu) ile araştırma kapsamında yer alan bazı değişkenlerini analizlerinin Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne uyumu çerçevesinde yapılan çalışmalar sonucunda, 2002 yılının ikinci yarısı içinde benimsenen 12 coğrafi bölge (NUTS 1) için de analiz yapmaya imkan vermektedir. Bu bölgeler arasında yer alan iki bölge; İstanbul ve Güney Doğu Anadolu Projesi (GAP) bölgeleri de, sahip oldukları özel konumları nedeniyle örnekleme tasarımında büyük gözlem sayılarıyla temsil edilmişlerdir.

TNSA-2008'in örneklem seçiminde ağırlıklı, çok aşamalı, tabakalı küme örnekleme yaklaşımı kullanılmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından oluşturulan 2007 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) ve Ulusal Adres Veri Tabanı (UAVT) örneklem tasarımında nüfus büyüklükleri ve örnekleme çerçevesi oluşturulmada kullanılmıştır. Örneklem tasarımında, nüfusu 10,000 ve üzerinde olan yerleşim birimleri "kent", nüfusu 10,000'in altında olan yerleşim birimleri ise "kır" olarak tanımlanmıştır. TNSA-2008 kapsamında toplam olarak seçilen hanehalkı sayısı 13,251'dir. Seçilen hanelerde genellikle yaşayan ve/veya görüşme tarihinden bir gece önce bu hanelerde kalmış olan 15-49 yaşlarında en az bir kez evlenmiş tüm kadınlar araştırma kapsamında Evlenmiş Kadın Soru Kağıdı görüşmesi için uygun olarak kabul edilmişlerdir.

TNSA-2008'de iki soru kağıdı kullanılmıştır: *Hanehalkı Soru Kağıdı* ve 15-49 yaş grubundaki en az bir kez evlenmiş kadınlar için *Evlenmiş Kadın Soru Kağıdı*. Hanehalkı Soru Kağıdının ilk bölümünde, hanehalkı üyesi veya ziyaretçi olarak hanehalkı listesine yazılmış olan her kişi için yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve hanehalkı reisine yakınlık derecesi gibi temel sosyo-demografik bilgiler toplanmıştır. Hanehalkı soru kağıdının son bölümünde oda sayısı, zemin malzemesi, ısıtma sistemi, suyun kaynağı, tuvalet olanakları gibi konut özellikleri ile, hanehalkının sahip olduğu çeşitli tüketim mallarına ilişkin bilgiler elde edilmiştir.

15-49 yaş arası Evlenmiş Kadın Soru Kağıdı, aşağıdaki konularda bilgi toplamak üzere tasarlanmıştır: Temel özellikler, göç tarihçesi, evlilik tarihçesi ve evliliğe ilişkin özellikler, gebelik, doğurganlık tarihçesi ve doğurganlık tercihleri, üremeye yardımcı tıbbi teknikler, gebeliği önleyici yöntem bilgisi ve kullanımı, doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetleri, emzirme, beslenme ve ishal, aşılama, kadının çalışma tarihçesi ve statüsü, kadınların ve çocukların antropometrik ölçümleri.

Bu çalışmada hanehalkı görüşmesi tamamlanan 10,525 hanehalkında, 15-49 yaşlarında 7,405 kadın ile evlenmiş kadın soru kağıdı doldurulmuştur. Bu kadınların son beş yılda yaptıkları son canlı doğum sayısı 2984⁶'dür. Bu doğumlarla ilgili olarak hem anneye hem de çocuğa ilişkin doğum sonrası bakım soruları çalışmanın temelini teşkil etmektedir.

Çalışmada özellikle son beş yıldaki son canlı doğumu içeren TNSA-2008 çocuk veri seti kullanılmış, bununla birlikte kadına veya hanehalkına ait özellikler için diğer TNSA-2008 veri setlerinden de faydalanılmıştır.

4.2.2. Değişkenlerin Oluşturulması

Bu çalışmanın analizlerinde doğum sonrası bakım, kadının (annenin) ve bebeğin aldığı bakım olmak üzere iki boyutta incelenmektedir. TNSA-2008'in kadın soru kağıdında yer alan

⁶ Bu çalışmanın örnekleme ağırlıklı bir örneklem olduğu ve analizler ağırlıklar kullanılarak yapıldığı için tablolardaki maksimum gözlem sayısı 2,768 olarak görülmektedir. Bazı değişkenler için eksik gözlemlerden dolayı kategorilerin toplamında bu sayıya ulaşamayabilir.

sorulara göre kadının doğum sonrası bakım hizmetlerinden faydalanmasına ilişkin aşağıdaki konularda bilgi toplanmıştır:

- Doğumun yapıldığı yer
- Doğum sonrası bakımı yapan kişi
- Doğum sonrası ilk bakımın zamanlaması
- Doğum sonrası bakımın yeri
- Doğum sonrası bakımın sıklığı
- Doğum sonrası bakımda verilen bilgi ve yapılan tetkikler

Benzer şekilde, bebeğin doğum sonrası bakım hizmeti almasına ilişkin aşağıdaki konularda bilgi toplanmıştır:

- Doğum sonrası bakımı yapan kişi
- Doğum sonrası ilk bakımın zamanlaması
- Doğum sonrası bakımın yeri
- Bebeğin doğumda tartılması ve fenilketonuri testi⁷

Bu sorulara ek olarak “anne ve bebek için doğum sonrası bakım hizmetlerinde para verme durumu” da sorulmuştur.

Doğum sonrası bakım alıp almama tek bir soru ile tanımlanmamış, doğumun yapıldığı yere ve doğum sonrası bakımı veren kişiye ilişkin bir dizi sorunun analizinden elde edilmiştir. Doğum sonrası bakım anne ve bebek için aynı biçimde tanımlanmıştır. Doğum sonrası bakım almama veya alma oranı hesaplanırken bakımın zamanlaması da tanımda yer almaktadır: Rutstein ve Rojas (2006)’a göre doğumdan sonra 42 gün veya daha sonra bakım alınan doğumlar “doğum sonrası bakım almamış” kategorisine eklenmelidir. Başka bir ifadeyle, doğumdan sonra 41 günden daha geç bakım alan anne ve/veya bebekler doğum sonrası bakım almamış kategorisinde sayılmaktadırlar. Bu çalışmada da bu doğum sonrası bakım almama kategorisi TNSA-2008 Ana Raporu (HÜNEE, 2009)’nda da uygulandığı gibi bu şekilde oluşturulmuştur.

Hem betimleyici istatistiklerin yer aldığı tablolarda, hem de çok değişkenli analizlerde yer alan bağımsız değişkenlerin tanımlanmasında ve kullanılmasında paralel bir yol izlenmiştir. Çok değişkenli analiz bölümünde (Bölüm 4.4.2) modelde yer alan bloklar bir anlamda da betimleyici tablolardaki sıralamayı oluşturmuştur. Bölüm 4.2.3’de anlatıldığı gibi çok değişkenli analiz sırasında bazı değişkenler kolinearlik nedeniyle model bloklarında yer almamışlardır. Çalışmada kullanılan bağımsız değişkenler ile ilgili ayrıntılı bilgiler aşağıda sunulmaktadır.

⁷ Bu konuya ilişkin soru doğum sonrası bakım hizmeti ile doğrudan ilgili olarak sorulmamıştır.

Cevresel Özellikler: Bu gruptaki değişkenler kadının *de facto* yaşadığı yere ilişkin özellikleri içermektedir. *Yerleşim yeri*, *Bölge* ve *NUTS 1 Bölgeleri* değişkenlerinden oluşmaktadır. Beş bölge ve NUTS 1 düzeyindeki bölgeler kolineer olduğu için çok değişkenli analizlerde sadece beş bölge değişkeni kullanılmıştır.

Yerleşim yeri: Bu değişken *de facto* yerleşim yeri (kır-kent), yani görüşmeden bir gece önce cevaplayıcının kaldığı yerleşim yeri olarak kullanılmaktadır. Yerleşim yeri değişkeni kent ve kır olarak iki kategoriden oluşmaktadır. Kentsel yerleşim yerleri nüfusu 10,000 ve daha büyük olan yerleşim yerlerini, kırsal yerleşim yerleri ise nüfusu 10,000'in altında olan yerleşim yerlerini göstermektedir.

Bölge: Bölge değişkeni olarak daha önceki Türkiye'deki demografik araştırmalarda da kullanılan ve "Batı", "Güney", "Orta", "Kuzey" ve "Doğu" bölgelerinden oluşan beş bölge değişkeni kullanılmıştır.

NUTS 1 bölgeleri: Bu değişken, Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne uyum sürecinde DPT ve TÜİK tarafından geliştirilen ve Bakanlar Kurulu tarafından kabul edilen istatistiksel bölgelerden biri olan 12 bölge sınıflandırmasına dayanmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre 12 Bölge; "İstanbul", "Batı Marmara", "Ege", "Doğu Marmara", "Batı Anadolu", "Akdeniz", "Orta Anadolu", "Batı Karadeniz", "Doğu Karadeniz", "Kuzeydoğu Anadolu", "Ortadoğu Anadolu" ve "Güneydoğu Anadolu" bölgelerinden oluşmaktadır.

Kadının Özellikleri: *Kadının ve eşinin eğitim düzeyi, 12 yaşından bu yana göç durumu, eşle akrabalık durumu, toplumsal cinsiyet algısında geleneksellik düzeyi, evlilik biçimi ve aile yapısı* değişkenlerinden oluşan bu özellikler kadının sosyokültürel yapısına ilişkin bilgi vermektedir. Bu değişkenler farklı nüfus gruplarının doğum sonrası bakım hizmetlerinden yararlanma seviyelerini sosyokültürel olarak analiz etmemize olanak tanımaktadırlar.

Eğitim düzeyi: Eğitim düzeyi değişkeni tamamlanmış en yüksek eğitim düzeyi olarak tanımlanmaktadır ve şu kategorilerden oluşmaktadır: "eğitimi yok veya ilkokulu bitirmemiş", "ilkokul mezunu veya ortaokulu bitirmemiş", "ortaokul mezunu veya liseyi bitirmemiş" ve "lise veya üzeri" eğitim sahibi. Bu değişken, kadının eğitim düzeyi ve eşin eğitim düzeyi olmak üzere iki şekilde de analizde kullanılmaktadır.

Göç durumu: Çalışmada kullanılan *göç durumu* değişkeni çocuklukta göç (childhood migration) yaklaşımı ile oluşturulmuştur. Bu yaklaşım, kadınların 12 yaşına kadar en uzun süreyle yaşadıkları yerleşim yerleri ile araştırma tarihinde yaşadıkları yerleşim yerlerinin karşılaştırılmasına dayanmaktadır ve "12 yaşından bu yana göç" olarak da tanımlanabilir. Bu çalışmada altı kategoriden oluşan göç durumu değişkeninin kategorileri "kent yerlisi", yani 12 yaşından bu yana kentte yaşayan ve göç etmemiş; "kentten kente" yani 12 yaşından bu yana bir il veya ilçe merkezinden başka bir il/ilçe merkezine göç etmiş; "kır yerlisi" yani 12 yaşından bu yana kırdan yaşayan ve göç etmemiş, "kırdan kıra", diğer bir ifadeyle 12 yaşından bu yana bir bucak veya köyden başka bir bucak veya köye göç etmiş; "kırdan kente", başka bir deyişle 12 yaşından bu yana bir bucak veya köyden il/ilçe merkezine göç etmiş ve "kentten kıra" yani 12

yaşından bu yana bir il/ilçe merkezinden bir bucak veya köye göç etmiş kadınlar olarak tanımlanmaktadır.

Eşle akrabalık durumu: Kadının şu anki eşiyle akrabalık durumunu gösteren bu değişken kadının beyanına dayanarak “akrabalık yok”, “birinci derece akraba” ve “diğer akraba” kategorilerinden oluşmaktadır.

Toplumsal cinsiyet algısında geleneksellik düzeyi: Kadınların kadın-erkek rollerini benimsemedeki tutumlarını temsil eden bu değişken aşağıdaki ifadeler kullanılarak temel bileşenler analizi yöntemiyle oluşturulan endeks kullanılarak oluşturulmuştur:

- Ailede önemli kararlar sadece ailenin erkekleri tarafından alınmalıdır.
- Yemek, bulaşık, çamaşır, ütü ve temizlik gibi ev işlerini erkekler de yapmalıdır.
- Kadın eşiyle aynı fikirde değilse onunla tartışmamalıdır.
- Evli bir kadın ev dışında çalışmak istiyorsa çalışmalıdır.
- Erkek çocuğunun eğitimi olması kız çocuğunun eğitimi olmasından her zaman daha iyidir.
- Kadınlar eşinden izin almaya gerek duymaksızın istediği yere gidebilir.
- Erkekler kadınlardan daha akıllıdır.
- Kadınlar siyasette daha çok yer almalıdır.
- Kadınlar evlendiklerinde bakire olmalıdır.

Üç kategoriden oluşan geleneksellik ile ilgili değişkenin kategorileri “fazla”, “orta” ve “az” olarak gruplandırılmıştır.

Evlilik biçimi: Kadının şu anki eşiyle evliliğinin nikah biçimi olarak tanımlanabilecek *evlilik biçimi* değişkeni “sadece dini nikah”, “resmi nikah var” ve “hiçbiri yok” kategorilerinden oluşmaktadır. “Resmi nikah var” kategorisi eşiyle aralarında sadece resmi nikahı olan ve hem dini hem resmi nikahı olan kadınları kapsamaktadır. Resmi veya dini nikahı olmayan ancak kendilerini evli olarak beyan eden kadınların sayısı oldukça düşük olduğu için “sadece dini nikah var” ve “hiçbiri yok” kategorileri lojistik analizlerde birleştirilmiştir.

Aile yapısı: Kadının içinde yaşadığı aile (hanehalkı) yapısını tanımlayan ve üç aile yapısı kategorisinden oluşan bu değişken “çekirdek”, “geniş”, ve “dağılmış” kategorilerinden oluşmaktadır. Çekirdek aile, karı-koca ya da karı-koca ve evlenmemiş (üvey ya da öz) çocuklarından oluşan aile tipidir. Geniş aile ataerkil ve geçici geniş olmak üzere iki geniş aile yapısını içermektedir. Ataerkil geniş ailede hanehalkı reisi ve eşinin yanında evli olan oğulları ve/veya damadı/gelinleri ve/veya evli olan kardeşleri ve eşleri bulunmaktadır. Geçici geniş aile ise, hanehalkı reisi ve eşi, evli olmayan çocukları ve/veya anne/babaları ve/veya evli olmayan kardeşlerinden oluşan aile tipidir. Dağılmış aile ise, tek kişilik ve tek ebeveynli aileler ile birlikte aralarında evlilik bağı bulunmayan kişilerin oluşturduğu ailelerdir.

Ekonomik Özellikler: Bu gruptaki değişkenler, kadının ekonomik düzeyini ve sosyal güvencesini tanımlayan *çalışma durumu (güvence)*, *çalıştığı sektör*, *sağlık sigortası*, *eşin sağlık sigortası*, *hanehalkı refah düzeyi* değişkenlerinden oluşmaktadır.

Çalışma durumu (güvence): Bu değişken kadının çalışma durumunu işinden olan sosyal güvencesine göre sınıflandırmaktadır. Kategorileri sırasıyla “çalışmıyor”, “çalışıyor, sosyal güvencesiz” ve “çalışıyor, sosyal güvenceli”dir.

Çalıştığı sektör: Bu değişken kadının çalışma durumunu çalıştığı sektöre göre sınıflandırmaktadır. Kategorileri sırasıyla “çalışmıyor”, “tarım”, “sanayi” ve “hizmet”tir. Görüldüğü üzere *çalıştığı sektör* ve *çalışma durumu* değişkenlerinin “çalışmıyor” kategorileri birbirleriyle aynıdır. “Çalışmıyor” kategorisindeki yüksek gözlem sayısı ve “sanayi” kategorisindeki düşük gözlem sayısı dikkat çekicidir.

Sağlık sigortası: Bu değişken, çalışılan işten bağımsız olarak kadının sağlık sigortası olup olmadığını ve sağlık sigortası varsa ne tip sağlık sigortası olduğunu göstermektedir. Kategorileri sırasıyla “Sağlık sigortası yok”, “SSK”, “Emekli Sandığı”, “Bağ-Kur”, “Özel sağlık sigortası”, “Yeşil kart” ve “Diğer” kategorileridir. “Özel sağlık sigortası” ve “Diğer” kategorilerinin gözlem sayıları çok düşük olduğu için lojistik analizlerde bu iki kategori birleştirilerek “Diğer” adlı kategoride toplanmıştır. Bu değişken aynı zamanda kadının şu anki eşi için de ayrı bir değişken olarak betimsel analizlerde kullanılmıştır. Ancak kadının ve eşinin sağlık sigortası değişkenleri yüksek düzeyde birbirleriyle kolineer oldukları için lojistik analizlerde sağlık sigortası değişkenlerinden sadece kadının sağlık sigortası kullanılmıştır.

Hanehalkı refah düzeyi: TNSA-2008’de hanelerin gelirini ya da tüketim harcamalarını doğrudan almaya yönelik sorular sorulmamıştır. Ancak, soru kağıdı hanelerin refah düzeyine ilişkin iki set soru içermektedir. İlk olarak seçilen tüm hanelere televizyon, fırın, buzdolabı ya da araba gibi çeşitli mallara sahip olup olmadıkları sorulmuştur. İkinci olarak da, hanelere içme suyunun kaynağı, tuvalet tipi, yatmak için kullanılan oda sayısı, konutun yapımında kullanılan malzeme tipi gibi içinde yaşadıkları konutun çeşitli özelliklerin ilişkin sorular yönlendirilmiştir. Bu değişkenleri kullanarak haneleri ekonomik statülerine göre sıralamak için ise, uygun ağırlıklandırmalar kullanılarak bir endeks oluşturulmuştur. Söz konusu endeks kullanılarak her hane yüzde 20’lik dilimlere yerleştirilmektedir. Analizlerde bu değişken yüzde 20’lik dilimler esas alınarak hanehalkı refah seviyesi “en düşük”, “düşük”, “orta” ve “yüksek” ve “en yüksek” olarak gruplandırılmıştır.

Sağlık Özellikleri: Anne çocuk sağlığıyla ilişkili özellikleri içeren bu gruptaki değişkenler *doğumda anne yaşı*, *doğum sırası*, *doğumun yapıldığı yer*, *doğum öncesi bakım alma durumu* olarak sıralanmaktadır. Bu özellikler aynı zamanda biyodemografik olarak da isimlendirilebilir.

Doğumda anne yaşı: Görüşmeden önceki son beş yıl içindeki son doğumunda annenin yaşını tanımlamaktadır. “20 yaşından küçük”, “20-34” ve “35-49” yaşları kategorilerinden oluşan bu değişkenin ilk ve son kategorileri anne olmak için görece olarak riskli yaş gruplarını oluşturmaktadır.

Doğum sırası: Görüşmeden önceki son beş yıl içindeki son doğumunun annenin kaçınıcı doğumu olduğunu tanımlamaktadır. Sırasıyla “1”, “2-3”, “4-5” ve “6 ve üzeri” kategorilerinden oluşmaktadır.

Doğumun yapıldığı yer: Görüşmeden önceki son beş yıl içindeki son doğumun nerede gerçekleştiğine dayanan bu değişken doğumun yapıldığı yerin bir kurum olup olmadığını göstermektedir. “Kurumsal” ve “kurumsal olmayan” olarak iki kategoriden oluşmaktadır. Kurumsal olan doğumlar, devlet/numune hastanesi, sağlık ocağı, doğumevi, diğer devlet kurumu, üniversite hastanesi, araştırma hastanesi, özel hastane/poliklinik, özel doktor muayenehanesi ve diğer özel sağlık personelinde oluşan devlet ve özel sektör kurumlarında gerçekleşen doğumları içermektedir. Kurumsal olmayan doğumlar ise bu kategoriler dışında kalan, “ev”de veya “diğer” yerlerde gerçekleşen doğumları kapsamaktadır.

Doğum öncesi bakım alma durumu: Görüşmeden önceki son beş yıl içindeki son doğumdan önce alınan bakımlara dayanan bu değişken doğum öncesi bakım “almamış”, “almış, yetersiz” ve “almış, yeterli” kategorilerinden oluşmaktadır. Doğum öncesi bakımın yeterli bir bakım olarak değerlendirilebilmesi için doğum öncesi bakımın bir sağlık personeli (ebe, hemşire, doktor) tarafından verilmiş olması, bu bakımın gebeliğin ilk 3 ayında yapılmış olması ve doğum öncesi bakım ziyaretlerinin toplam sayısının en az 4 olması şeklinde üç kriterin bir arada sağlanması gerekmektedir. Bu kategorilerin dışında kalan doğum öncesi bakımlar yetersiz olarak gruplandırılmıştır. Gebelikleri sırasında hiç doğum öncesi bakım almamış olan kadınlar ise ayrı bir grup olarak “almamış” kategorisinde değerlendirilmiştir.

Yukarıda belirtilen lojistik analizlerde açıklayıcı olarak kullanılan değişkenlerde görel olarak daha iyi durumu temsil eden kategoriler, ilgili değişkenin referans kategorisi olarak tanımlanmıştır. Örneğin, sosyal güvenceli olarak çalışan bir kadının çalışmayan veya sosyal güvencesiz olarak çalışan bir kadına göre doğum sonrası bakım alma şansının daha yüksek olması beklendiğinden, çalışma durumu değişkeni için “çalışıyor, sosyal güvenceli” kategorisi *referans kategori* olarak tanımlanmıştır. Bu şekilde tanımlanan açıklayıcı değişkenlerin referans kategorileri Tablo 4.1’de verilmektedir:

Tablo 4.1. Lojistik analizlerde kullanılan açıklayıcı değişkenler ve referans kategorileri

Değişken Grubu	Değişken	Referans Kategorisi
Çevresel Özellikler	Yerleşim yeri	<i>Kent</i>
	Bölge	<i>Batı</i>
	Eşle akrabalık durumu	<i>Akrabalık yok</i>
	Toplumsal cinsiyet algısında geleneksellik düzeyi	<i>Az</i>
	Kadının eğitim düzeyi	<i>Lise veya üzeri</i>
	Eşin eğitim düzeyi	<i>Lise veya üzeri</i>
	Evlilik biçimi	<i>Resmi nikah var</i>
	Aile yapısı	<i>Çekirdek</i>
Ekonomik Özellikler	Kadının çalıştığı sektör	<i>Hizmet</i>
	Kadının sağlık sigortası	<i>Emekli sandığı</i>
	Hanehalkı refah düzeyi	<i>En yüksek</i>
	Kadının çalışma durumu (güvence)	<i>Çalışıyor, sosyal güvenceli</i>
Sağlık Özellikleri	Doğumda anne yaşı	<i>20-34</i>
	Doğum sırası	<i>1</i>
	Doğum öncesi bakım	<i>Almış, yeterli</i>
	Doğumun yapıldığı yer	<i>Kurumsal</i>

4.2.3. İstatistiksel Yöntem

Bu çalışmada kadın ve bebekler için doğum sonrası bakım alıp almamanın belirleyicilerini saptamak ve değerlendirmek için çok değişkenli analiz yöntemi olarak ikili lojistik regresyon modelleri kullanılmıştır. İkili lojistik model, bağımlı değişkenin kalitatif (ikili) olduğu durumda kullanılan olasılık modellerinden biridir⁸. Seçilecek olasılık modelinin bağımlı değişkeninin ideal olarak 0 ve 1 değerleri arasında değer alması ve açıklayıcı değişkenler (X) ile doğrusal olmayarak ilişkili olması gereklidir. Bu tanıma en çok uyan fonksiyon kümülatif dağılım fonksiyonudur (CDF). Bu fonksiyon bağımlı değişkeni 0 ya da 1 değeri alan regresyonları modellemek için kullanılabilir. Ancak her CDF S şeklinde olmasına rağmen, her bir tesadüfi (random) değişken için tek bir CDF vardır. Hem kullanım kolaylığı hem de genel olarak literatürde kullanılması nedeniyle, 0-1 değeri alan bağımlı değişkenli modeller için (1) lojistik ve (2) normal CDF'ler kullanılmaktadır. Lojistik CDF kullanılarak modellenen regresyon "logit model" adını almaktadır⁹. İkili lojistik regresyon tahmin eşitliğinin S şeklindeki eğrisinin p olasılığı aşağıdaki şekilde ifade edilebilir;

$$p = \Pr(Y = 1) = \frac{\exp(\alpha + \sum_{i=1}^k \beta_i x_i)}{[1 + \exp(\alpha + \sum_{i=1}^k \beta_i x_i)]}$$

⁸ Bu durumda kullanılan diğer olasılık modelleri lineer (doğrusal) olasılık modeli ve probit modelidir.

⁹ Normal CDF kullanılan olasılık modeli ise probit model olarak adlandırılır.

Yukarıdaki denklemin logaritmasını aldığımızda:

$$L_t = \ln\left(\frac{P_t}{1 - P_t}\right) = Z_t = \beta_1 + \beta_2 X_t$$

eşitliğini elde ederiz. Burada L , görel risklerin logaritmasıdır ve görüldüğü gibi parametrelerle lineer olarak ilişkilidir. L "logit" olarak adlandırılır ve bu modellere bu nedenle logit model denilir. Lojistik regresyondaki beta katsayıları, bağımlı değişkenin görel risklerinde, açıklayıcı değişkenin değerlerindeki birim değişikliğin neden olduğu değişimi ifade etmektedirler. Bu parametreler en küçük kareler yöntemiyle tahmin edilemezken "en çok olabilirlik yöntemi" (maximum likelihood method) ile edilebilirler (Gujarati, 2004). Bu nedenle lojistik regresyon modellerini yorumlarken alışlagelmiş R^2 gibi modelin uyum iyiliğini tanımlayacak istatistikler kullanılmamakta, onun yerine yalancı- R^2 (pseudo R^2), Nagelkerke R^2 gibi modeldeki ilişki gücünü gösteren istatistikler kullanılmaktadır. Lojistik regresyon denkleminde P incelenen olayın gözlenme olasılığını göstermektedir. Lojistik regresyonda incelenen bir olayın olasılığının kendi dışında kalan diğer olayların olasılığına oranına *Odds Değeri*; incelenen iki farklı olayın Odds değerlerinin birbirine oranına ise *Odds Oranı* denir. Lojistik regresyon denkleminde Odds Oranı, $\text{Exp}(\beta)$ olarak ifade edilir.

Bu çalışmanın lojistik regresyon modelleri oluşturulmadan önce, öncelikle regresyona girecek değişkenlerde kayıp gözlem teşhisi ve bağımsız değişkenler arasında kolineerlik ilişkisine bakılmış ve kolineerlik gösteren bağımsız değişkenler modellerden çıkarılmıştır. Analizlerde PASW 18.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Bu programın "karmaşık örneklem" modülü TNSA-2008'in ağırlıklı, tabakalı küme örneklem tasarımını dikkate alarak regresyondaki standart hataları hesaplamaktadır.

Analizlerde bağımlı değişken olarak doğum sonrası bakım almış durumlarda "0", doğum sonrası bakım alınmadığı durumlarda ise "1" olacak şekilde tanımlanmıştır. Değişkenin referans kategorisi *doğum sonrası bakım almama* olarak tanımlandığı için, bulunan açıklayıcı değişkenlerin katsayı değerleri kadınlar ve bebekler için doğum sonrası bakım almayanlara göre, doğum sonrası bakım alanların görel riski olarak yorumlanmalıdır. Açıklayıcı değişkenlerde ise görel olarak daha iyice olan kategoriler, ilgili değişkenin referans kategorisi olarak tanımlanmıştır.

Çalışmadaki model oluşturma süreci dört blok oluşturularak gerçekleştirilmiştir. Bloklar modellere eklenerek sokulmuş, böylece farklı bloklar içinde düşünülmüş bağımsız değişkenlerin blok olarak modellere eklenmesiyle oluşan açıklayıcılık ve anlamlılık değişiklikleri de takip edilmeye çalışılmıştır. Birinci model, çevresel özellikler adı altında tanımlanmış ilk bloktan oluşturulmuştur. Bu blokta, yerleşim yeri ve bölge değişkeni yer almaktadır. İkinci modele kadının özellikleri bloğu eklenmiştir. Bu blokta eşle akrabalık durumu, toplumsal cinsiyet algısında geleneksellik düzeyi, kadının ve eşin eğitim düzeyi, evlilik biçimi ve aile yapısı değişkenleri yer almaktadır. Üçüncü modelde eklenen blok ekonomik özellikler olarak adlandırılmıştır. Kadının çalıştığı sektör, sağlık sigortası, hanehalkı refah düzeyi, sosyal güvencesi

bu blokta yer alan değişkenlerdir. Dördüncü ve son blok, en son modele eklenmiştir ve sağlık özelliklerini içermektedir. Doğumda anne yaşı, doğum sırası, doğum öncesi bakım ve doğumun yapıldığı yer bu blokta bulunmaktadır (Bölüm 4.2.2).

4.3. Literatür

Gelişmekte olan ülkelerde 1994-1995 yılları arasında doğum yapmış yaklaşık 8 milyon kadının çoğunun yaşadığı ölümcül olmayan doğum sonrası komplikasyonların, doğum sonrası bakım almış olmaları durumunda engellenebilir olduğu belirtilmiştir (Hove ve diğerleri, 1999). Doğum sonrası komplikasyonların ve bu komplikasyonların neden olduğu anne-bebek ölümlülüğünün en alt seviyeye indirilebilmesi, doğum sonrası bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması ile mümkün görünmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2004 yılı tahminlerine göre dünyada her yıl yaşanan 500,000 anne ölümünün yüzde 99'u gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir (DSÖ, 2004). Türkiye'de bu sayı 387'dir (Koç ve diğerleri, 2006). Bu sayı genel olarak gelişmekte olan ülkeler arasında düşük bir sayıdır ancak ideal olan anne ölümlerinin tamamen önlenmesidir. 2005 Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (UAÖÇ 2005) sonuçlarına göre Türkiye'de:

- Anne ölümlerinin yüzde 54'ü doğum sonrası dönemde meydana gelmektedir,
- Postpartum birinci gün meydana gelen anne ölümleri yüzde 21 iken, birinci haftadan sonraki anne ölümleri, anne ölümlerinin yüzde 18'ini teşkil etmektedir,
- Postpartum ilk hafta ölümleri yüzde 36 oranındadır,
- Bu dönemde anne ölümlerinin nedenleri olarak, kanama ve annenin hipertansif hastalığının ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir,
- Tıbbi bakımın daha zor olduğu kırsal alanlarda, bir annenin postpartum dönemin ilk 24 saati içinde hayatını kaybetme sıklığı, kentsel alanlara göre daha fazladır,
- Doğum sırasında ölen kadınların bebeklerinin sadece yarısı, postpartum ölümlerde ise annenin doğumdan ne kadar sonra öldüğüne bakılmaksızın bebeklerin üçte ikisi yaşamaktadır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye'de yaşanan anne ölümlerini azaltmak için *Kadın Sağlığı Doğum Sonrası Bakım Programı*'nı uygulamaktadır.

Anne ölümlülüğüyle ilintili görülen bebek ölümlülüğüne bakıldığında ise Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 (TNSA-2008)'e göre araştırmadan önceki son beş yılda meydana gelen son canlı doğumlar için neonatal ölüm hızı binde 13, bebek ölüm hızı ise binde 17 olarak saptanmıştır.

Türkiye'deki bebek ölümlerini ve bebeklerde görülen genetik ve metabolik bozuklukları azaltmak için T.C. Sağlık Bakanlığı 1983 yılında *Yenidoğan Tarama Programı*'ni başlatmıştır. Tarama programı 2002 yılından itibaren tüm ülkeyi kapsamaktadır.

Anne ve bebek ölümlüğünün azalmasında büyük etkisi olmasına rağmen doğum sonrası bakım hizmetleri ile ilgili detaylı sorular Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'na TNSA-2008'de eklenebilmiştir. Doğrudan doğum sonrası bakım hizmetiyle ilgili olmasa da, TNSA-1998'in sonuçlarının kullanılarak yapıldığı ileri analizler arasında doğum sonrası komplikasyonlar ve neonatal ölümler ve bunların belirleyicileri ile ilgili bir çalışma yapılmıştır (Akın ve Özvarış, 2002) ancak sonuçları TNSA-2008 verileri kullanarak doğum sonrası bakım üzerine yapılabilecek ayrıntılı analizlerle karşılaştırılacak kadar detaylı değildir.

Akın ve Özvarış (2002), TNSA-1998 verilerini kullanarak yaptıkları çalışmada, kadınların doğum sonrası yaşadıkları komplikasyonları ve bu komplikasyonlarla ilgili olarak doktora başvurmalarını belirleyen faktörleri incelemişlerdir. Çalışmada doğumun gerçekleştiği yerin kadının statüsünü belirleyen değişkenler ile (resmi nikah, evlilik kararı, başlık parası, eşyle yaşamaya başladığında evde başka birisinin varlığı, akrabalık durumu, son 12 ay içinde çalışma durumu, çalışması karşılığında para kazanma, halen çalıştığı işin türü, kazandığı paranın harcanmasına kimin karar verdiği) ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Aynı çalışmanın çok değişkenli analizi sonucunda, doğumun sağlıklı koşullarda gerçekleşme olasılığının belirleyicileri olarak bölge, annenin eğitim düzeyi, sağlık sigortası, yaşı ve doğum sırası değişkenleri saptanmıştır.

Türkiye için yapılan bir diğer çalışma Ergin ve diğerleri (2005)'nin Aydın il merkezindeki 0-11 aylık bebeği olan annelerde doğum koşulları ve doğum sonrası *evde* bakım hizmetleri almalarını araştırdıkları çalışmadır. 20 kümede ve 806 kadına ulaşılarak yapılan bu çalışmanın sonuçlarına göre doğumdan sonraki ilk altı hafta içinde (lohusalık sürecinde) kadınların sadece beşte üçü evde ebe tarafından görülmüş, evde bakım hizmeti alanlar ortalama iki kez ziyaret edilmiştir. Evdeki izlem oranlarının düşük olması nedeniyle sağlık ocaklarının daha aktif hale getirilmesinin önerildiği bu çalışma, sadece Aydın il merkezini temsil etmesi ve yalnızca evdeki doğum sonrası izlemleri içermesi anlamında sınırlı görünmektedir.

Aslında sadece Türkiye için değil, diğer gelişmekte olan ülkelerde de doğum sonrası bakım ile ilgili literatür özellikle veri eksikliği nedeniyle çok kapsamlı ve detaylı olamamıştır. Gelişmekte olan ülkeler göz önüne alındığında bu konudaki en geniş kaynak Macro International Inc. Measure DHS'in 2006 yılı sonunda yayınlamış olduğu karşılaştırmalı rapordur (Alfredo ve diğerleri, 2006). Bu raporda Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (DHS) programı çerçevesinde 1999-2004 yılları arasında gerçekleştirilen 30 araştırmanın bilgileri kullanılmıştır. Bu çalışmada yer alan ülkeler beş bölge olarak gruplanmıştır. Nüfus ve Sağlık Araştırması verisi kullanması açısından bu rapor büyük bir öneme sahiptir.

Bu raporda kadının doğum sonrası bakım alıp almadığı, eğer aldıysa; zamanlaması, bakımın gerçekleştirildiği yer ve bakım veren kişi değişkenleri incelenmiştir. Annenin doğum

sonrası bakım alması olarak tanımlanan bağımlı değişkenin açıklayıcıları olarak; yerleşim yeri, hanehalkı refah endeksi, kadının yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, medyayı takip etme/izleme sıklığı, doğum öncesi bakım hizmeti alma veya almama durumu ve bebeğin doğum sırası değişkenleri kullanılmıştır. Bu değişkenler, tüm doğumlar için doğumun yapıldığı yerin kurumsal olup olmaması ayrımında betimsel tablolar oluşturmada kullanılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, söz konusu otuz ülkede yaşayan ve görüşmeden önceki son beş yıl içinde canlı doğum yapmış kadınların yüzde 40'ünün doğum sonrası bakım almadığı görülmektedir. Kurumsal olmayan doğumlar arasında, kadınların sadece yüzde 8'inin doğumdan sonraki 24 saat içinde doğum sonrası ilk bakımı aldıkları belirtilmiştir. Çalışmada çok değişkenli analiz, seçilmiş dokuz ülke için uygulanmıştır. Bu çalışmanın çok değişkenli analiz sonuçları; annenin doğum sonrası bakım alma olasılığını arttıran faktörlerin kadının kentsel yerleşim yerinde yaşaması, yüksek eğitim düzeyine sahip olması, yüksek refah düzeyine sahip bir hanehalkında yaşaması, kitlesel iletişim araçlarını (medyayı) izleme/takip etmesi ve statüsü olduğunu; doğum sırasının ise bu olasılığı düşürdüğünü göstermiştir.

Doğum sonrası bakım üzerine daha dar kapsamlı bir çalışma olan Hove ve diğerleri (1999)'nin Zimbabve'de 466 anne üzerine yaptıkları araştırmada çok değişkenli analizler sonucu, annenin doğum sonrası bakım almasının din, doğumun gerçekleştiği yer, doğuma yardımcı olan kişi ve doğum öncesi bakım alma değişkenleri arasında sadece din ve doğuma yardımcı olan kişi değişkenleri tarafından anlamlı olarak belirlendiği bulunmuştur.

4.4. Doğum Sonrası Bakım Hizmetlerinden Yararlanma ve Belirleyicileri

Doğum sonrası bakım hizmetleri, anne ve yeni doğan sağlığı açısından anne ve bebekteki ölüm riskini azaltması anlamında çok önemlidir (Akin ve Özvarış, 2002). TNSA-2008 kapsamında son canlı doğumu araştırmadan önceki beş yılda gerçekleşen kadınlara kendilerinin ve/veya çocuklarının doğum sonrası bakım hizmetlerinden yararlanma durumlarıyla ilgili sorular sorulmuştur. Bu sorularla, anneye ve bebeğe doğum sonrası bakım hizmetinin kim tarafından verildiği, ilk bakımın zamanlaması, ilk bakımın yeri ve anneye verilen doğum sonrası bakım sayısı, doğum sonrası bakım sırasında verilen bilgiler, doğum sonrası bakım sırasında yapılan testler ve ölçümler ile ilgili bilgiler elde edilmiştir.

Bu bölümde TNSA-2008 Ana Raporu (HÜNEE, 2009)'ndan farklı olarak söz konusu bilgilere ilişkin betimsel sonuçlar daha detaylı olarak ve daha çeşitli temel özelliklere göre verilmektedir. Bulgular, "kadın" ve "bebek"lere ilişkin sonuçlar olarak sunulmaktadır. Betimsel bulgulardan sonra, kadın ve bebek için doğum sonrası bakım hizmetlerinden yararlanmanın belirleyicilerinin analiz edildiği lojistik regresyon modelleri sunulmaktadır.

4.4.1. Doğum Sonrası Bakım Hizmetlerinden Yararlanmada Temel Özelliklere göre Farklılaşmalar

Bu alt bölümde seçilmiş bazı temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre betimsel analiz sonuçları kadın ve bebek olmak üzere iki bölümde verilmektedir. Kadın için temel özellikler, kadının yaşadığı yerleşim yeri, bölge ve NUTS 1 Bölgesi, kadının 12 yaşına kadar en uzun süreyle yaşadığı yerleşim yerine göre göç durumu, kadının eşiyile akrabalık durumu, kadının aile hayatı ve kadın erkek rolleri algısında geleneksellik düzeyi, kadının içinde yaşadığı aile yapısı, kadının doğumdaki yaşı, kadının görüşmeden önceki beş yıldaki son doğumunun sırası, doğumun yapıldığı yer, kadının bu doğum öncesi yeterli bakım alıp almama durumu, kadının ve eşinin eğitim düzeyi, kadının işine bağlı sosyal güvence durumu, kadının çalıştığı sektör, kadının ve eşinin sağlık sigortası ve kadının yaşadığı hanehalkının refah düzeyidir. Bebeğin doğum sonrası bakımı için ise bu değişkenlere ek olarak annenin doğum sonrası bakım alıp almama durumu da analizlere dahil edilmiştir.

Doğum sonrası bakımın bu özelliklere göre zamanlaması, kim tarafından yapıldığı, yeri, sıklığı ve içeriği ile ilgili ayrıntılar aşağıdaki bölümlerde sunulmaktadır.

4.4.1.1. Kadın için Doğumun Yapıldığı Yer ve Doğum Sonrası Bakım

Tablo 4.2, kadınların görüşme tarihinden önceki beş yıl içinde meydana gelen son doğumlarının gerçekleştiği yere ve bu doğumdan sonra bakım hizmeti alma durumuna göre dağılımını göstermektedir. Doğum sonrası bakım hizmeti alınan doğumlar için doğumun gerçekleştiği yer, ev, devlet sektörü, özel sektör, diğer ve cevapsız olarak gruplanmıştır. Bu kategorilerden *ev* ve *diğer* kategorileri kurum dışında gerçekleşen doğumları oluşturmakta ve “kurumsal olmayan doğumlar” olarak adlandırılmaktadır.

Doğum sonrası bakım alma durumuna göre bakıldığında, büyük bir bölümü evde gerçekleşen, kurumsal olmayan doğumların Türkiye için oranının yüzde 1’den küçük olduğu görülmektedir (yüzde 0.9). Ancak Ortadoğu Anadolu Bölgesi’nde yaşayan, son doğumu altıncı ve üzeri sıradaki doğumu olan kadınlar gibi belli nüfus grupları için bu oran yüzde 3’ün üstünde olarak göreceli olarak oldukça yüksektir. Ancak annenin doğum sonrası bakım aldığı ve evde gerçekleşen doğum sayısı genel olarak çok az olduğu için nüfus grupları arasında güvenilir bir karşılaştırma yapmak mümkün görünmemektedir.

Doğum sonrası bakım hizmeti alınmış doğumların çoğunluğu devlet sektörüne bağlı bir kurumda gerçekleşmiş doğumlardan oluşmaktadır (yüzde 63). İkinci sırada yüzde 21 ile özel sektöre bağlı kurumlarda gerçekleşen doğumlar gelmektedir. Doğumların özel sektörde gerçekleşmesine etki eden faktörlerin ekonomik olduğu söylenebilir: Yerleşim yeri kent olan, Batı bölgesinde yaşayan, İstanbul’da yaşayan, 12 yaşından bu yana kentte yaşayan veya kentten kente göç etmiş olan, şu anki eşi akrabası olmayan, resmi nikahlı olarak evlenmiş olan,

toplumsal cinsiyet ile ilgili daha az geleneksel tutumlara sahip olan, muhtemelen boşanmış olduğu için dağılmış yani tek ebeveynli veya tek kişilik hanehalkında yaşayan, ilk doğumu olan, yeterli doğum öncesi bakım almış, lise veya üzeri eğitimi olan, sosyal güvenceli ve hizmet sektöründe çalışmakta olan, Emekli Sandığı'na bağlı sağlık sigortası olan ve daha yüksek refah düzeyine sahip bir hanehalkında yaşayan kadınların doğumlarının diğer özellikteki kadınların doğumlarına göre daha fazla oranlarda özel sektöre bağlı bir kurumda gerçekleştiği görülmektedir.

Önemli bir bulgu da doğum sonrası bakım hizmeti alma oranlarındaki temel özelliklere göre farklılaşmadır. Doğum sonrası bakım almama oranı Türkiye için yüzde 15 iken bazı nüfus gruplarında bu oran artmaktadır. Şekil 4.1'de hangi nüfus gruplardaki kadınların betimsel analiz düzeyinde doğum sonrası bakım hizmeti almada daha dezavantajlı olduğu görülmektedir. Bu grupların en başında doğumu bir kurumda değil de evde veya diğer yerde gerçekleşmiş kadınlar gelmektedir. Bu kadınlar arasında doğum sonrası bakım almama oranı yüzde 87'dir. Bunun dışında Ortadoğu Anadolu bölgesinde yaşayan ve doğum öncesi bakım almayan kadın gruplarında doğum sonrası bakım hizmeti almama oranı yüzde 40'ın üstüne çıkmaktadır.

Dikkat çekici bir başka bulgu herhangi bir sağlık kurumunda gerçekleşen doğumlar yüzde 90 gibi büyük bir orana sahipken (HÜNEE, 2009), doğum sonrası bakım alma oranı bu grup için yüzde 90'dır. Bu bulgu, doğumu kurumda gerçekleştiği halde doğum sonrası bakım almayan annelerin olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.2'ye göre, eğitim düzeyi ve hanehalkı refah düzeyi arttıkça ve toplumsal cinsiyet algısında geleneksellik düzeyi azaldıkça doğum sonrası bakım alma oranları artmaktadır. Sosyoekonomik düzey ile ilişkili görülen bu özelliklerin dışında ilgi çekici bir nokta da, sosyal güvencesiz olarak veya tarım sektöründe çalışan kadınlar arasında çalışmayan kadınlara göre doğum sonrası bakım alma oranlarının daha düşük olmasıdır. Daha çok informal sektörde çalışan bu kadınların doğum sonrası bakım hizmetine ulaşmada ve hizmetten faydalanmada sınırlılıklar yaşadıkları anlaşılmaktadır.

Tablo 4.2. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan son canlı doğumda doğum sonrası bakımın doğumun yapıldığı yere, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008

Temel özellikler	Doğum sonrası bakım almamış	Doğum sonrası bakım almış					Toplam	Çocuk sayısı
		Ev	Devlet sektörü	Özel sektör	Diğer	Cevapsız		
Yerleşim yeri								
Kent	12.2	0.8	61.7	25.1	0.0	0.1	100.0	2,049
Kır	24.8	1.2	66.0	7.8	0.1	0.0	100.0	719
Bölge								
Batı	9.4	0.8	53.6	35.9	0.0	0.3	100.0	1,004
Güney	16.5	1.1	64.3	17.9	0.2	0.0	100.0	354
Orta	8.0	0.5	79.6	11.9	0.0	0.0	100.0	627
Kuzey	13.9	0.0	80.6	5.5	0.0	0.0	100.0	165
Doğu	32.6	1.8	55.3	10.2	0.0	0.0	100.0	619
NUTS 1 bölgeleri								
İstanbul	11.7	0.6	30.5	56.5	0.0	0.6	100.0	472
Batı Marmara	7.0	0.0	82.2	10.8	0.0	0.0	100.0	79
Ege	4.5	1.1	79.7	14.7	0.0	0.0	100.0	346
Doğu Marmara	10.8	0.3	71.5	17.4	0.0	0.0	100.0	252
Batı Anadolu	8.2	0.9	78.6	12.3	0.0	0.0	100.0	287
Akdeniz	16.5	1.1	64.3	17.9	0.2	0.0	100.0	354
Orta Anadolu	11.7	0.4	67.3	20.6	0.0	0.0	100.0	145
Batı Karadeniz	8.3	0.0	87.7	3.9	0.0	0.0	100.0	148
Doğu Karadeniz	17.4	0.0	77.5	5.1	0.0	0.0	100.0	65
Kuzeydoğu Anadolu	36.0	1.0	59.8	3.2	0.0	0.0	100.0	92
Ortadoğu Anadolu	41.6	3.0	50.6	4.7	0.0	0.0	100.0	176
Güneydoğu Anadolu	27.3	1.4	56.5	14.8	0.0	0.0	100.0	352
Göç durumu								
Kent yerlisi	9.2	0.8	62.8	27.2	0.0	0.0	100.0	873
Kentten kente	9.8	0.9	57.7	30.9	0.0	0.6	100.0	477
Kır yerlisi	26.0	1.4	66.2	6.2	0.2	0.0	100.0	514
Kırdan kıra	29.8	0.0	65.9	4.3	0.0	0.0	100.0	49
Kırdan kente	17.4	0.8	63.4	18.5	0.0	0.0	100.0	689
Kentten kıra	21.2	1.2	64.1	13.5	0.0	0.0	100.0	137
Eşle akrabalık durumu								
Akrabalık yok	13.1	0.9	63.8	22.1	0.0	0.0	100.0	2,081
Birinci derece akraba	25.6	0.7	56.9	15.9	0.0	0.9	100.0	332
Diğer akraba	20.2	1.1	64.5	14.2	0.0	0.0	100.0	318
Evlilik biçimi								
Sadece dini nikah	28.5	2.1	54.4	14.9	0.0	0.0	100.0	112
Resmi nikah var	14.9	0.8	63.4	20.7	0.0	0.1	100.0	2,618
Hiçbiri yok	*	*	*	*	*	*	*	5
Toplumsal cinsiyet algısında geleneksellik düzeyi								
Fazla	20.9	1.2	62.9	14.7	0.0	0.3	100.0	950
Orta	14.0	1.1	63.8	21.0	0.1	0.0	100.0	993
Az	11.0	0.4	61.5	27.1	0.0	0.0	100.0	825
Aile yapısı								
Çekirdek	14.3	1.0	61.5	23.0	0.0	0.2	100.0	1,930
Geniş	18.6	0.7	67.0	13.7	0.0	0.0	100.0	783
Dağılmış	14.4	2.0	52.8	30.7	0.0	0.0	100.0	51
Hanehalkı refah düzeyi								
En düşük	34.3	1.9	60.1	3.5	0.1	0.0	100.0	572
Düşük	16.2	1.0	70.4	12.5	0.0	0.0	100.0	635
Orta	11.5	0.6	69.9	17.5	0.0	0.5	100.0	597
Yüksek	8.6	0.4	61.7	29.3	0.0	0.0	100.0	497
En yüksek	3.8	0.7	48.1	47.3	0.0	0.0	100.0	466
Türkiye	15.5	0.9	62.8	20.6	0.0	0.1	100.0	2,768

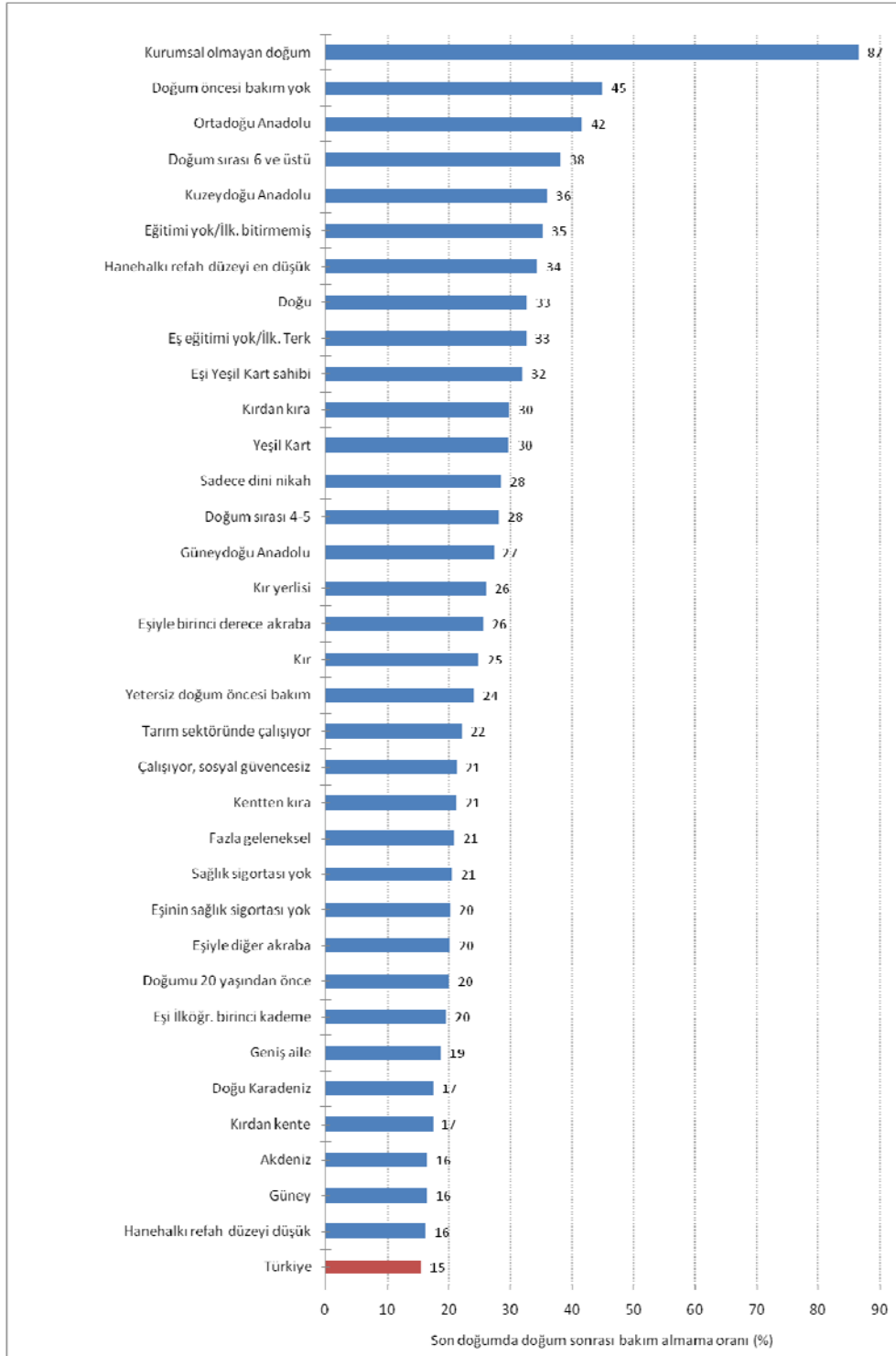
Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az

Tablo 4.2. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan son canlı doğumda doğum sonrası bakımın doğumun yapıldığı yere, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı (devam), Türkiye 2008

Temel özellikler	Doğum sonrası bakım almamış	Doğum sonrası bakım almış					Toplam	Çocuk sayısı
		Ev	Devlet sektörü	Özel sektör	Diğer	Cevapsız		
Doğumda anne yaşı								
< 20	20.0	0.7	64.4	14.9	0.0	0.0	100.0	221
20-34	15.1	0.9	62.4	21.6	0.0	0.0	100.0	2,273
35-49	15.3	1.8	64.9	16.9	0.0	1.1	100.0	274
Doğum sırası								
1	10.7	0.2	63.8	25.3	0.0	0.0	100.0	896
2-3	12.4	1.0	65.7	20.7	0.1	0.2	100.0	1,340
4-5	28.1	1.3	56.1	14.4	0.0	0.0	100.0	362
6+	38.2	3.4	49.6	8.8	0.0	0.0	100.0	171
Doğum öncesi bakım								
Almamış	44.8	1.9	48.4	4.5	0.4	0.0	100.0	216
Almış, yetersiz	24.1	1.1	64.5	10.3	0.0	0.0	100.0	714
Almış, yeterli	8.5	0.8	64.0	26.6	0.0	0.2	100.0	1,827
Kadının eğitim düzeyi								
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	35.2	1.6	54.6	8.5	0.2	0.0	100.0	541
İlköğretim birinci kademe	13.2	1.2	67.2	18.2	0.0	0.2	100.0	1,365
İlköğretim ikinci kademe	9.3	0.2	75.5	14.9	0.0	0.0	100.0	272
Lise veya üzeri	5.4	0.0	54.5	40.1	0.0	0.0	100.0	591
Eşin eğitim düzeyi								
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	32.6	2.2	56.8	6.4	0.0	2.0	100.0	149
İlköğretim birinci kademe	19.5	0.8	63.3	16.3	0.1	0.0	100.0	1,284
İlköğretim ikinci kademe	11.5	0.7	68.8	19.0	0.0	0.0	100.0	411
Lise veya üzeri	8.6	0.9	60.5	30.0	0.0	0.0	100.0	913
Kadının çalışma durumu								
Çalışmıyor	15.2	1.0	62.5	21.1	0.0	0.1	100.0	2,132
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	21.3	1.0	71.5	6.2	0.0	0.0	100.0	420
Çalışıyor, sosyal güvenceli	6.5	0.0	49.4	44.2	0.0	0.0	100.0	216
Kadının çalıştığı sektör								
Çalışmıyor	15.2	1.0	62.5	21.1	0.0	0.1	100.0	2,132
Tarım	22.1	1.4	73.5	3.0	0.0	0.0	100.0	287
Sanayi	(11)	(0)	(66)	(23)	(0)	(0)	(100.0)	31
Hizmet	11.5	0.0	55.2	33.3	0.0	0.0	100.0	318
Kadının sağlık sigortası								
Sağlık sigortası yok	20.5	1.3	59.2	18.8	0.2	0.0	100.0	459
SSK	10.3	0.4	62.6	26.5	0.0	0.2	100.0	1,233
Emekli Sandığı	1.6	1.5	64.8	32.1	0.0	0.0	100.0	197
Bağ-Kur	12.5	1.4	61.4	24.7	0.0	0.0	100.0	291
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	*	*	*	11
Yeşil kart	29.7	1.5	66.1	2.8	0.0	0.0	100.0	555
Diğer	*	*	*	*	*	*	*	14
Eşin sağlık sigortası								
Sağlık sigortası yok	20.2	0.5	60.1	19.1	0.2	0.0	100.0	449
SSK	10.0	0.7	63.7	25.4	0.0	0.2	100.0	1,279
Emekli Sandığı	2.2	1.5	67.6	28.7	0.0	0.0	100.0	188
Bağ-Kur	13.0	1.3	60.4	25.2	0.0	0.0	100.0	318
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	*	*	*	11
Yeşil kart	31.8	1.6	63.8	2.7	0.0	0.0	100.0	501
Diğer	*	*	*	*	*	*	*	19
Türkiye	15.5	0.9	62.8	20.6	0.0	0.1	100.0	2,768

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () Ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

Şekil 4.1. Doğum sonrası bakım almama oranı toplam içinde doğum sonrası bakım almama oranından fazla olan nüfus grupları, Türkiye 2008



4.4.1.2. Kadınlarda Doğum Sonrası İlk Bakımın Zamanlaması

Doğum sonrası ilk bakımın zamanlaması, özellikle doğumdan sonraki ilk saatlerde gerçekleşmesi çok önemlidir. Bu nedenle bu bölümde zamanlama ile ilgili farklı sınıflandırmalara yer verilmektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan *Kadın Sağlığı Doğum Sonrası Bakım Programı*'na göre doğum sonu izlemleri "hastane" ve "taburcu olduktan sonraki izlem" olarak ayrı ayrı tanımlanmıştır. Bu tanımlamaya göre izlemler aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

- Doğum sonrası 0-1 saat
- Doğum sonrası 2-5 saat
- Doğum sonrası 6-24 saat
- Doğum sonrası 25 saat-5 gün
- Doğum sonrası 6-41 gün

Doğum sonrası bakımın zamanlaması Kadın Sağlığı Doğum Sonrası Bakım Programı'nın revize edilen versiyonundaki gibi yukarıdaki sınıflandırmaya göre doğum sonrası bakım Tablo 4.3'te verilmektedir. Ayrıca ilk doğum sonrası bakımın zamanlaması TNSA-2008 Ana Raporu'ndaki gibi 4 saatten az, 4-23 saat, 1-2 gün, 3-41 gün olarak sınıflandırılmış şekilde de sunulmaktadır (Tablo 4.4).

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi son beş yılda gerçekleşen son canlı doğumlar arasında annelerin yüzde 45'i doğumdan sonra bir saat içinde bakım almışlardır. Bu doğumların yüzde 63'ü ise doğumdan sonra 4 saat içinde (Tablo 4.4), yüzde 69'u da doğumdan sonraki 5 saat içinde bakım almıştır (Tablo 4.3). Doğum sonrası bakım almadaki dezavantajlı nüfus gruplarının doğumdan sonraki ilk bir saat içinde bakım alma oranları diğer gruplara göre daha düşüktür. Örneğin, NUTS 1 Bölgeleri arasında Ortadoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan kadınlar arasında sadece yüzde 21'i ilk bir saat içinde doğum sonrası bakım almaktadır.

Sosyoekonomik özelliklere bakıldığında, eğitimsiz veya ilköğretim birinci kademeyi bitirmemiş kadınlar ve/veya sosyal güvencesiz çalışan kadınlar, tarım sektöründe çalışan kadınlar, kendisi veya eşi üzerinden yeşil kart sahibi olan kadınlar ve en düşük yüzde 20'lik refah diliminde yani en yoksul refaha sahip hanehalkında yaşayan kadınlar arasında ilk saatte bakım alma oranı daha düşüktür.

Önemli bir bulgu, sayıca az da olsa kurumsal olmayan doğumların yüzde 87 gibi büyük bir bölümünün doğumdan sonra hiç bakım almadıklarıdır. Bu oran kurumsal olan doğumlar arasında yüzde 10'a düşmektedir. Kurumsal olmayan doğumların sayıca azaltılması, gerektiği takdirde evde bakım sağlanması ve kurumsal doğumlarda yüzde 10'luk bakım almama oranının sıfır seviyesine indirilmesi gerekmektedir.

Tablo 4.3. T.C. Sağlık Bakanlığı sınıflandırmasına göre araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan son canlı doğumların doğum sonrası ilk sağlık kontrolünün doğumdan ne kadar zaman sonra yapıldığına, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008

Temel özellikler	0-1 saat	2-5 saat	6-24 saat	25 saat-5 gün	6-41 gün	Bilmiyor/ Cevapsız	Doğum sonrası bakım almamış	Toplam	Çocuk sayısı
Yerleşim yeri									
Kent	47.9	24.0	7.5	5.3	2.0	1.1	12.2	100.0	2,049
Kır	37.6	21.7	6.6	4.3	2.1	2.9	24.8	100.0	719
Bölge									
Batı	51.1	23.9	7.6	5.1	1.9	1.0	9.4	100.0	1,004
Güney	43.0	23.6	6.4	7.2	1.2	2.1	16.5	100.0	354
Orta	46.4	27.1	9.3	4.7	2.1	2.4	8.0	100.0	627
Kuzey	51.0	22.0	5.1	7.1	0.2	0.7	13.9	100.0	165
Doğu	34.4	19.2	5.8	3.4	3.1	1.5	32.6	100.0	619
NUTS 1 bölgeleri									
İstanbul	60.2	17.6	3.7	4.3	2.5	0.0	11.7	100.0	472
Batı Marmara	54.6	19.5	10.3	7.0	1.7	0.0	7.0	100.0	79
Ege	44.3	30.9	9.0	6.5	1.1	3.7	4.5	100.0	346
Doğu Marmara	38.7	30.1	13.3	3.2	1.7	2.2	10.8	100.0	252
Batı Anadolu	45.5	26.4	10.2	4.4	3.5	1.9	8.2	100.0	287
Akdeniz	43.0	23.6	6.4	7.2	1.2	2.1	16.5	100.0	354
Orta Anadolu	48.7	24.3	8.5	6.4	0.0	0.4	11.7	100.0	145
Batı Karadeniz	47.3	29.8	5.0	7.8	0.9	0.9	8.3	100.0	148
Doğu Karadeniz	56.6	14.5	5.6	4.2	0.5	1.1	17.4	100.0	65
Kuzeydoğu Anadolu	36.5	15.1	3.8	3.9	2.9	1.8	36.0	100.0	92
Ortadoğu Anadolu	21.3	18.4	5.7	5.7	4.2	3.0	41.6	100.0	176
Güneydoğu Anadolu	40.4	20.6	6.4	2.1	2.6	0.6	27.3	100.0	352
Göç durumu									
Kent yerlisi	49.9	25.7	6.5	5.4	1.8	1.4	9.2	100.0	873
Kentten kente	49.5	24.3	7.3	6.6	2.0	0.3	9.8	100.0	477
Kır yerlisi	37.9	20.0	6.5	3.9	2.3	3.4	26.0	100.0	514
Kırdan kıra	30.8	21.5	9.8	2.7	1.3	4.1	29.8	100.0	49
Kırdan kente	44.8	22.0	8.6	3.9	2.3	1.1	17.4	100.0	689
Kentten kıra	37.1	24.4	6.9	6.7	2.2	1.4	21.2	100.0	137
Eşle akrabalık durumu									
Akrabalık yok	46.9	24.1	7.0	5.5	1.9	1.5	13.1	100.0	2,081
Birinci derece akraba	37.9	20.6	8.8	3.6	1.8	1.6	25.6	100.0	332
Diğer akraba	43.7	21.6	7.5	2.2	3.0	1.8	20.2	100.0	318
Evlilik biçimi									
Sadece dini nikah	41.0	17.4	4.9	3.7	2.1	2.5	28.5	100.0	112
Resmi nikah var	45.5	23.7	7.5	4.9	2.0	1.5	14.9	100.0	2,618
Hiçbiri yok	*	*	*	*	*	*	*	*	5
Toplumsal cinsiyet algısında geleneksellik düzeyi									
Fazla	42.4	20.8	7.6	3.7	2.1	2.6	20.9	100.0	950
Orta	45.1	25.4	7.2	5.6	2.3	0.5	14.0	100.0	993
Az	48.7	24.1	7.0	5.8	1.6	1.7	11.0	100.0	825
Aile yapısı									
Çekirdek	45.4	24.0	7.4	5.3	2.4	1.3	14.3	100.0	1,930
Geniş	44.5	22.5	7.4	3.8	1.1	2.1	18.6	100.0	783
Dağılmış	48.8	17.2	1.5	11.8	4.8	1.5	14.4	100.0	51
Hanehalkı refah düzeyi									
En düşük	32.8	18.4	5.6	4.8	1.9	2.4	34.3	100.0	572
Düşük	45.3	24.8	6.9	3.8	1.3	1.8	16.2	100.0	635
Orta	42.9	25.5	9.4	6.7	2.3	1.8	11.5	100.0	597
Yüksek	53.2	23.5	6.3	4.6	2.3	1.5	8.6	100.0	497
En yüksek	55.0	24.9	8.2	5.3	2.6	0.1	3.8	100.0	466
Türkiye	45.2	23.4	7.3	5.0	2.0	1.6	15.5	100.0	2,768

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az

Tablo 4.3. T.C. Sağlık Bakanlığı sınıflandırmasına göre araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan son canlı doğumların doğum sonrası ilk sağlık kontrolünün doğumdan ne kadar zaman sonra yapıldığına, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008 (Tablonun devamı)

Temel özellikler	0-1 saat	2-5 saat	6-24 saat	25 saat-5 gün	6-41 gün	Bilmiyor/ Cevapsız	Doğum sonrası bakım almamış	Toplam	Çocuk sayısı
Doğumda anne yaşı									
< 20	41.7	18.4	8.7	6.3	1.3	3.7	20.0	100.0	221
20-34	45.6	23.9	7.1	5.2	2.1	1.1	15.1	100.0	2,273
35-49	45.5	23.3	7.7	2.8	2.0	3.4	15.3	100.0	274
Doğum sırası									
1	47.7	24.6	7.8	5.7	2.3	1.2	10.7	100.0	896
2-3	46.9	24.7	7.5	5.1	1.7	1.7	12.4	100.0	1,340
4-5	39.9	17.3	6.4	4.0	2.2	2.1	28.1	100.0	362
6+	30.8	19.9	4.8	2.7	2.7	1.1	38.2	100.0	171
Doğumun yapıldığı yer									
Kurumsal	48.8	25.1	7.9	5.2	1.6	1.7	9.8	100.0	2,561
Kurumsal olmayan	1.7	1.0	0.0	2.4	8.3	0.0	86.6	100.0	200
Doğum öncesi bakım									
Almamış	32.6	10.4	5.4	2.2	1.6	3.0	44.8	100.0	216
Almış, yetersiz	40.6	20.1	6.9	4.2	1.7	2.4	24.1	100.0	714
Almış, yeterli	48.6	26.4	7.7	5.6	2.2	1.1	8.5	100.0	1,827
Kadının eğitim düzeyi									
Eğitimi yok/ilk. bitirmemiş	33.0	18.4	6.1	2.9	2.6	1.8	35.2	100.0	541
İlköğretim birinci kademe	46.0	24.6	6.7	5.5	2.0	2.0	13.2	100.0	1,365
İlköğretim ikinci kademe	45.8	23.4	12.9	5.3	1.9	1.4	9.3	100.0	272
Lise veya üzeri	54.4	25.3	7.0	5.7	1.7	0.5	5.4	100.0	591
Eşin eğitim düzeyi									
Eğitimi yok/ilk. bitirmemiş	32.3	22.3	5.4	3.1	4.1	0.3	32.6	100.0	149
İlköğretim birinci kademe	44.3	21.7	6.6	4.4	1.4	2.1	19.5	100.0	1,284
İlköğretim ikinci kademe	47.0	25.1	9.9	4.5	1.2	0.8	11.5	100.0	411
Lise veya üzeri	48.2	25.5	7.4	6.2	3.0	1.1	8.6	100.0	913
Kadının çalışma durumu									
Çalışmıyor	45.5	23.7	7.6	4.8	2.1	1.1	15.2	100.0	2,132
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	39.2	21.4	7.9	4.8	1.1	4.3	21.3	100.0	420
Çalışıyor, sosyal güvenceli	54.3	24.9	3.2	7.5	2.9	0.8	6.5	100.0	216
Kadının çalıştığı sektör									
Çalışmıyor	45.5	23.7	7.6	4.8	2.1	1.1	15.2	100.0	2,132
Tarım	39.8	19.8	7.1	4.4	1.4	5.3	22.1	100.0	287
Sanayi	(25)	(38.2)	(9.5)	(16.3)	(0)	(0)	(11)	(100.0)	31
Hizmet	50.3	23.5	5.3	5.9	2.2	1.3	11.5	100.0	318
Kadının sağlık sigortası									
Sağlık sigortası yok	42.9	21.2	7.9	3.9	2.2	1.4	20.5	100.0	459
SSK	49.4	24.6	8.1	5.4	1.4	0.9	10.3	100.0	1,233
Emekli Sandığı	56.0	25.8	6.2	6.1	2.4	1.9	1.6	100.0	197
Bağ-Kur	44.3	22.5	8.9	5.1	3.4	3.3	12.5	100.0	291
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	*	*	*	*	11
Yeşil kart	34.7	21.6	5.0	5.0	2.5	1.6	29.7	100.0	555
Diğer	*	*	*	*	*	*	*	*	14
Eşin sağlık sigortası									
Sağlık sigortası yok	43.4	21.6	6.2	5.2	2.0	1.4	20.2	100.0	449
SSK	49.4	24.7	8.5	4.7	1.9	0.8	10.0	100.0	1,279
Emekli Sandığı	51.8	27.6	5.1	7.7	3.6	2.0	2.2	100.0	188
Bağ-Kur	44.6	22.8	8.8	5.9	2.1	2.8	13.0	100.0	318
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	*	*	*	*	11
Yeşil kart	33.8	20.7	5.5	4.4	1.9	1.7	31.8	100.0	501
Diğer	*	*	*	*	*	*	*	*	19
Türkiye	45.2	23.4	7.3	5.0	2.0	1.6	15.5	100.0	2,768

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () Ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

Tablo 4.4. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan son canlı doğumların doğum sonrası ilk sağlık kontrolünün doğumdan ne kadar zaman sonra yapıldığına, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008

Temel özellikler	4 saatten az	4-23 saat	1-2 gün	3-41 gün	Bilmiyor/ Cevapsız	Doğum sonrası bakım almamış	Toplam	Çocuk sayısı
Yerleşim yeri								
Kent	66.9	12.1	4.9	2.8	1.1	12.2	100.0	2,049
Kır	53.3	12.5	3.6	3.0	2.9	24.8	100.0	719
Bölge								
Batı	69.7	12.2	4.9	2.8	1.0	9.4	100.0	1,004
Güney	61.7	11.4	5.8	2.5	2.1	16.5	100.0	354
Orta	67.3	15.3	4.2	2.8	2.4	8.0	100.0	627
Kuzey	66.9	10.4	7.9	0.2	0.7	13.9	100.0	165
Doğu	49.1	10.2	2.8	3.8	1.5	32.6	100.0	619
NUTS 1 bölgeleri								
İstanbul	74.7	6.2	3.7	3.7	0.0	11.7	100.0	472
Batı Marmara	70.2	13.4	6.4	3.1	0.0	7.0	100.0	79
Ege	67.5	16.0	6.7	1.6	3.7	4.5	100.0	346
Doğu Marmara	61.2	21.0	3.2	1.7	2.2	10.8	100.0	252
Batı Anadolu	66.1	16.0	3.7	4.2	1.9	8.2	100.0	287
Akdeniz	61.7	11.4	5.8	2.5	2.1	16.5	100.0	354
Orta Anadolu	67.7	13.0	5.8	1.5	0.4	11.7	100.0	145
Batı Karadeniz	69.9	11.1	8.8	0.9	0.9	8.3	100.0	148
Doğu Karadeniz	67.5	9.3	4.2	0.5	1.1	17.4	100.0	65
Kuzeydoğu Anadolu	47.4	8.0	2.4	4.4	1.8	36.0	100.0	92
Ortadoğu Anadolu	35.0	10.2	4.9	5.3	3.0	41.6	100.0	176
Güneydoğu Anadolu	56.6	10.8	1.9	2.8	0.6	27.3	100.0	352
Göç durumu								
Kent yerlisi	70.1	11.4	4.8	3.0	1.4	9.2	100.0	873
Kentten kente	69.2	11.5	6.4	2.8	0.3	9.8	100.0	477
Kır yerlisi	53.4	11.0	3.0	3.2	3.4	26.0	100.0	514
Kırdan kıra	50.6	9.4	4.7	1.3	4.1	29.8	100.0	49
Kırdan kente	61.4	13.9	3.8	2.4	1.1	17.4	100.0	689
Kentten kıra	51.8	16.6	5.8	3.2	1.4	21.2	100.0	137
Eşle akrabalık durumu								
Akrabalık yok	65.6	11.9	5.0	2.8	1.5	13.1	100.0	2,081
Birinci derece akraba	54.5	12.9	3.2	2.2	1.6	25.6	100.0	332
Diğer akraba	59.2	13.4	2.0	3.4	1.8	20.2	100.0	318
Evlilik biçimi								
Sadece dini nikah	56.0	7.3	3.3	2.5	2.5	28.5	100.0	112
Resmi nikah var	63.8	12.5	4.5	2.8	1.5	14.9	100.0	2,618
Hiçbiri yok	*	*	*	*	*	*	*	5
Toplumsal cinsiyet algısında geleneksellik düzeyi								
Fazla	58.2	12.3	3.6	2.5	2.6	20.9	100.0	950
Orta	65.0	12.3	4.9	3.4	0.5	14.0	100.0	993
Az	67.4	12.1	5.3	2.5	1.7	11.0	100.0	825
Aile yapısı								
Çekirdek	64.2	12.1	5.0	3.1	1.3	14.3	100.0	1,930
Geniş	61.2	13.0	3.2	1.8	2.1	18.6	100.0	783
Dağılmış	62.1	5.4	10.9	5.7	1.5	14.4	100.0	51
Hanehalkı refah düzeyi								
En düşük	46.8	9.5	4.2	2.8	2.4	34.3	100.0	572
Düşük	65.0	11.8	3.7	1.6	1.8	16.2	100.0	635
Orta	62.4	15.1	6.4	2.8	1.8	11.5	100.0	597
Yüksek	71.5	11.4	3.7	3.4	1.5	8.6	100.0	497
En yüksek	74.1	13.4	4.8	3.8	0.1	3.8	100.0	466
Türkiye	63.4	12.2	4.6	2.8	1.6	15.5	100.0	2,768

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az

Tablo 4.4. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan son canlı doğumların doğum sonrası ilk sağlık kontrolünün doğumdan ne kadar zaman sonra yapıldığına, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı (devam), Türkiye 2008

Temel özellikler	4 saatten az	4-23 saat	1-2 gün	3-41 gün	Bilmiyor/ Cevapsız	Doğum sonrası bakım almamış	Toplam	Çocuk sayısı
Doğumda anne yaşı								
< 20	53.9	14.8	5.3	2.3	3.7	20.0	100.0	221
20-34	64.4	11.8	4.7	2.9	1.1	15.1	100.0	2,273
35-49	62.7	13.6	2.7	2.3	3.4	15.3	100.0	274
Doğum sırası								
1	66.7	13.3	5.2	3.0	1.2	10.7	100.0	896
2-3	66.0	12.5	4.6	2.7	1.7	12.4	100.0	1,340
4-5	52.3	11.1	3.7	2.7	2.1	28.1	100.0	362
6+	48.7	6.7	2.7	2.7	1.1	38.2	100.0	171
Doğumun yapıldığı yer								
Kurumsal	68.2	13.2	4.8	2.4	1.7	9.8	100.0	2,561
Kurumsal olmayan	1.9	0.7	2.1	8.6	0.0	86.6	100.0	200
Doğum öncesi bakım								
Almamış	40.6	7.7	1.2	2.6	3.0	44.8	100.0	216
Almış, yetersiz	57.0	10.3	4.2	2.0	2.4	24.1	100.0	714
Almış, yeterli	68.7	13.6	5.1	3.1	1.1	8.5	100.0	1,827
Kadının eğitim düzeyi								
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	48.2	8.7	3.0	3.1	1.8	35.2	100.0	541
İlköğretim birinci kademe	65.0	12.1	4.9	2.7	2.0	13.2	100.0	1,365
İlköğretim ikinci kademe	62.5	19.6	4.6	2.7	1.4	9.3	100.0	272
Lise veya üzeri	73.8	12.3	5.2	2.8	0.5	5.4	100.0	591
Eşin eğitim düzeyi								
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	52.1	7.8	2.6	4.6	0.3	32.6	100.0	149
İlköğretim birinci kademe	61.4	11.1	3.9	2.0	2.1	19.5	100.0	1,284
İlköğretim ikinci kademe	67.1	14.2	4.3	2.1	0.8	11.5	100.0	411
Lise veya üzeri	66.8	13.8	5.8	3.9	1.1	8.6	100.0	913
Kadının çalışma durumu								
Çalışmıyor	64.0	12.3	4.3	3.0	1.1	15.2	100.0	2,132
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	56.2	12.4	4.3	1.6	4.3	21.3	100.0	420
Çalışıyor, sosyal güvenceli	71.2	11.2	7.5	2.9	0.8	6.5	100.0	216
Kadının çalıştığı sektör								
Çalışmıyor	64.0	12.3	4.3	3.0	1.1	15.2	100.0	2,132
Tarım	55.7	11.1	3.7	2.1	5.3	22.1	100.0	287
Sanayi	(50)	(22.8)	(16.3)	(0)	(0)	(11)	(100.0)	31
Hizmet	67.4	11.7	5.9	2.2	1.3	11.5	100.0	318
Kadının sağlık sigortası								
Sağlık sigortası yok	59.6	12.3	3.8	2.5	1.4	20.5	100.0	459
SSK	68.1	13.4	5.0	2.4	0.9	10.3	100.0	1,233
Emekli Sandığı	75.0	13.0	6.1	2.4	1.9	1.6	100.0	197
Bağ-Kur	62.4	13.3	3.9	4.7	3.3	12.5	100.0	291
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	*	*	*	11
Yeşil kart	52.2	9.0	4.3	3.2	1.6	29.7	100.0	555
Diğer	*	*	*	*	*	*	*	14
Eşin sağlık sigortası								
Sağlık sigortası yok	61.2	9.9	5.1	2.3	1.4	20.2	100.0	449
SSK	67.9	14.1	4.4	2.8	0.8	10.0	100.0	1,279
Emekli Sandığı	72.0	12.5	7.5	3.8	2.0	2.2	100.0	188
Bağ-Kur	63.4	12.8	4.8	3.3	2.8	13.0	100.0	318
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	*	*	*	11
Yeşil kart	50.7	9.2	3.7	2.7	1.7	31.8	100.0	501
Diğer	*	*	*	*	*	*	*	19
Türkiye	63.4	12.2	4.6	2.8	1.6	15.5	100.0	2,768

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () Ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

4.4.1.3. Kadına Doğum Sonrası İlk Bakımı Yapan Kişi

Doğum sonrası ilk bakımın zamanlamasının yanında kim tarafından yapıldığı da önemlidir. Doğum sonrası bakım hizmetini veren kişinin *sağlık personeli* olmasının hayati önemi vardır. Tablo 4.5, doğum sonrası kadınların ilk sağlık kontrolünü yapan kişiye göre dağılımını göstermektedir. Türkiye’de 2008 yılından beş yıl önceki dönem için geleneksel ebe gibi sağlık personeli dışındaki kişi(ler)den alınan doğum sonrası bakım oranı yüzde 1’in altındadır (yüzde 0.4). Sağlık personeli tarafından verilmiş doğum sonrası bakım hizmetine detaylı bakıldığında, ilk bakımını doktordan almış olan kadın oranının ilk bakımını sadece hemşire veya ebeden almış kadın oranının iki katından fazla olduğu görülmektedir (sırasıyla yüzde 58 ve yüzde 24). Bu iki oranın birbirine en yaklaştığı nüfus grubu Güneydoğu Anadolu’da yaşayan kadınlardır. Güneydoğu Anadolu’daki kadınların yüzde 33’ü ilk doğum sonrası bakımlarını hemşire veya ebeden almaktadırlar ve bu kadınların sadece yüzde 36’sı doğum sonrası bakımı bir doktordan almaktadırlar.

Kırsal yerleşim yerinde yaşayan, 12 yaşından bu yana kırdan yaşayan, geniş aile içinde yaşayan, tarım sektöründe ve sosyal güvencesiz olarak çalışan, sağlık sigortası olmayan veya eşi yeşil kart sahibi olan ve düşük veya en düşük refah düzeyine sahip hanehalkında yaşayan kadınlar arasında sadece hemşire/ebeden doğum sonrası bakım alma oranı diğer kadınlara göre daha fazladır.

Sonuç olarak, ilk doğum sonrası bakım hizmetinin büyük çoğunluğunun herhangi bir sağlık personeli tarafından alındığı bulgusu sevindiricidir. Ayrıca kırsalda yaşayan ve Doğu bölgesinde yaşayan kadınlar için doktor dışındaki sağlık personelinin önemi büyük görünmektedir.

4.4.1.4. Kadının Doğum Sonrası Bakım Aldığı Yer

Annenin doğum sonrası ilk bakım hizmetinden nerede yararlandığı önemlidir. Tablo 4.6’da sağlık kurumu ve sağlık personeli dışında kalan tek kategorinin ev olduğu görülmektedir. Geleneksel ebe gibi sağlık personeli dışında bir kişinin evde verdiği bakım olarak sayılabilecek doğum sonrası bakımın evde alınması oranı tüm doğum sonrası bakım alınmış doğumlar arasında yok denilebilecek kadar azdır (yüzde 0.1). Devlet veya Numune Hastanesi Türkiye genelinde ve neredeyse her alt nüfus grubunda doğum sonrası bakım alınan yerler arasında en yüksek orana sahip kurumlardır. Devlet kurumları arasında devlet veya Numune Hastanesi’ni doğumevi, üniversite hastanesi, araştırma hastanesi ve sağlık ocağı izlemektedir. Özel sektör kurumları arasında ise özel hastane veya poliklinik, doğum sonrası bakım alan kadınların yüzde 24’ünün ilk bakımlarını aldığı yerlerdir. Özel sağlık sektörüne bağlı yerler ve kişiler arasında özel doktor muayenehanesi ve diğer özel sağlık personeli doğum sonrası bakım verilmesi anlamında çok az oranlara sahiptir (Tablo 4.6).

Tablo 4.5. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan son canlı doğumların doğum sonrası ilk sağlık kontrolünü yapan kişiye, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008

Temel özellikler	Doktor	Hemşire/Ebe	Bilmiyor/ Cevapsız	Diğer	Doğum sonrası bakım almamış	Toplam	Çocuk sayısı
Yerleşim yeri							
Kent	62.2	22.4	2.7	0.4	12.2	100.0	2,049
Kır	44.4	28.9	1.6	0.4	24.8	100.0	719
Bölge							
Batı	70.2	18.3	1.9	0.1	9.4	100.0	1,004
Güney	54.4	25.7	2.5	0.9	16.5	100.0	354
Orta	61.4	26.9	2.8	0.8	8.0	100.0	627
Kuzey	56.7	27.6	1.8	0.0	13.9	100.0	165
Doğu	35.3	28.6	3.1	0.3	32.6	100.0	619
NUTS 1 bölgeleri							
İstanbul	75.0	12.0	1.2	0.0	11.7	100.0	472
Batı Marmara	71.3	20.1	1.7	0.0	7.0	100.0	79
Ege	67.3	26.9	0.7	0.5	4.5	100.0	346
Doğu Marmara	57.3	25.7	5.6	0.6	10.8	100.0	252
Batı Anadolu	66.5	21.4	2.8	1.1	8.2	100.0	287
Akdeniz	54.4	25.7	2.5	0.9	16.5	100.0	354
Orta Anadolu	54.9	31.5	1.9	0.0	11.7	100.0	145
Batı Karadeniz	59.0	29.7	3.0	0.0	8.3	100.0	148
Doğu Karadeniz	56.6	25.5	0.5	0.0	17.4	100.0	65
Kuzeydoğu Anadolu	31.9	27.8	4.4	0.0	36.0	100.0	92
Ortadoğu Anadolu	36.3	19.7	1.3	1.1	41.6	100.0	176
Güneydoğu Anadolu	35.7	33.3	3.7	0.0	27.3	100.0	352
Göç durumu							
Kent yerlisi	62.7	24.3	3.7	0.1	9.2	100.0	873
Kentten kente	69.8	18.5	1.9	0.0	9.8	100.0	477
Kır yerlisi	41.2	30.5	1.7	0.5	26.0	100.0	514
Kırdan kıra	38.1	31.2	1.0	0.0	29.8	100.0	49
Kırdan kente	55.5	24.0	1.9	1.2	17.4	100.0	689
Kentten kıra	58.7	18.6	1.5	0.0	21.2	100.0	137
Eşle akrabalık durumu							
Akrabalık yok	60.5	23.5	2.6	0.3	13.1	100.0	2,081
Birinci derece akraba	47.5	23.7	2.1	1.2	25.6	100.0	332
Diğer akraba	47.6	29.3	2.2	0.7	20.2	100.0	318
Evlilik biçimi							
Sadece dini nikah	43.1	25.3	2.5	0.7	28.5	100.0	112
Resmi nikah var	58.0	24.2	2.5	0.4	14.9	100.0	2,618
Hiçbiri yok	*	*	*	*	*	*	5
Toplumsal cinsiyet algısında geleneksellik düzeyi							
Fazla	50.8	26.1	1.9	0.3	20.9	100.0	950
Orta	57.8	25.4	2.2	0.6	14.0	100.0	993
Az	65.1	20.1	3.3	0.4	11.0	100.0	825
Aile yapısı							
Çekirdek	59.7	23.0	2.5	0.4	14.3	100.0	1,930
Geniş	51.7	27.1	2.2	0.3	18.6	100.0	783
Dağılmış	62.8	19.6	1.8	1.5	14.4	100.0	51
Hanehalkı refah düzeyi							
En düşük	36.4	27.2	1.7	0.4	34.3	100.0	572
Düşük	51.5	29.9	2.0	0.4	16.2	100.0	635
Orta	62.9	22.9	1.7	0.9	11.5	100.0	597
Yüksek	64.7	21.9	4.5	0.4	8.6	100.0	497
En yüksek	77.5	16.1	2.6	0.0	3.8	100.0	466
Türkiye	57.6	24.1	2.4	0.4	15.5	100.0	2,768

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az

Tablo 4.5. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan son canlı doğumların doğum sonrası ilk sağlık kontrolünü yapan kişiye, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı (devam), Türkiye 2008

Temel özellikler	Doktor	Hemşire/Ebe	Bilmiyor/ Cevapsiz	Diğer	Doğum sonrası bakım almamış	Toplam	Çocuk sayısı
Doğumda anne yaşı							
< 20	49.2	28.9	0.9	1.0	20.0	100.0	221
20-34	57.9	24.2	2.5	0.3	15.1	100.0	2,273
35-49	61.6	19.5	3.0	0.6	15.3	100.0	274
Doğum sırası							
1	61.2	25.3	2.4	0.4	10.7	100.0	896
2-3	61.3	23.3	2.5	0.5	12.4	100.0	1,340
4-5	44.4	24.5	2.9	0.0	28.1	100.0	362
6+	37.4	23.1	0.7	0.6	38.2	100.0	171
Doğumun yapıldığı yer							
Kurumsal	61.4	25.7	2.6	0.5	9.8	100.0	2,561
Kurumsal olmayan	9.5	3.9	0.0	0.0	86.6	100.0	200
Doğum öncesi bakım							
Almamış	29.0	23.4	1.9	0.8	44.8	100.0	216
Almış, yetersiz	44.4	28.7	2.2	0.6	24.1	100.0	714
Almış, yeterli	66.2	22.3	2.6	0.3	8.5	100.0	1,827
Kadının eğitim düzeyi							
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	39.2	23.6	1.8	0.3	35.2	100.0	541
İlköğretim birinci kademe	58.4	25.8	1.9	0.6	13.2	100.0	1,365
İlköğretim ikinci kademe	59.1	27.6	3.3	0.7	9.3	100.0	272
Lise veya üzeri	71.9	18.9	3.8	0.0	5.4	100.0	591
Eşin eğitim düzeyi							
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	42.3	22.1	3.0	0.0	32.6	100.0	149
İlköğretim birinci kademe	53.0	25.0	1.9	0.6	19.5	100.0	1,284
İlköğretim ikinci kademe	58.6	28.2	1.6	0.2	11.5	100.0	411
Lise veya üzeri	66.3	21.4	3.4	0.3	8.6	100.0	913
Kadının çalışma durumu							
Çalışmıyor	57.7	24.3	2.3	0.5	15.2	100.0	2,132
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	46.9	29.3	2.2	0.4	21.3	100.0	420
Çalışıyor, sosyal güvenceli	76.9	12.1	4.6	0.0	6.5	100.0	216
Kadının çalıştığı sektör							
Çalışmıyor	57.7	24.3	2.3	0.5	15.2	100.0	2,132
Tarım	42.1	32.9	2.6	0.4	22.1	100.0	287
Sanayi	(64.8)	(24.3)	(0)	(0)	(11)	(100.0)	31
Hizmet	69.9	14.8	3.7	0.1	11.5	100.0	318
Kadının sağlık sigortası							
Sağlık sigortası yok	52.7	24.7	1.5	0.6	20.5	100.0	459
SSK	64.1	22.4	2.9	0.5	10.3	100.0	1,233
Emekli Sandığı	75.2	19.0	3.2	1.0	1.6	100.0	197
Bağ-Kur	59.5	24.2	3.5	0.3	12.5	100.0	291
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	*	*	11
Yeşil kart	39.5	29.2	1.5	0.1	29.7	100.0	555
Diğer	*	*	*	*	*	*	14
Eşin sağlık sigortası							
Sağlık sigortası yok	53.0	24.4	1.8	0.6	20.2	100.0	449
SSK	64.1	22.6	2.9	0.4	10.0	100.0	1,279
Emekli Sandığı	73.0	21.4	2.5	1.0	2.2	100.0	188
Bağ-Kur	60.4	22.8	3.7	0.0	13.0	100.0	318
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	*	*	11
Yeşil kart	37.3	29.5	1.2	0.1	31.8	100.0	501
Diğer	*	*	*	*	*	*	19
Türkiye	57.6	24.1	2.4	0.4	15.5	100.0	2,768

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () Ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

Özel hastane veya poliklinikte doğum sonrası bakım alma beklendiği gibi sosyoekonomik özellikler ile ilişkili görünmektedir. Sosyal güvenceli olarak çalışan, hizmet sektöründe çalışan, Emekli Sandığı'na bağlı sağlık sigortası olan ve yüksek veya en yüksek refah düzeyine sahip bir hanehalkında yaşayan kadınlar arasında özel hastane veya poliklinikte doğum sonrası bakım alma oranı diğer kadınlara göre daha yüksektir. Özellikle en yüksek refah düzeyine sahip hanehalklarında yaşayan kadınlar arasında ilk bakımını özel sektöre bağlı bir kurumda alma

oranı (yüzde 49) ilk bakımını herhangi bir devlet kurumunda alma oranıyla (yüzde 51) neredeyse aynıdır.

4.4.1.5. Kadınlarda Doğum Sonrası Bakımın Sıklığı

Doğum sonrası bakımın sıklığı, doğumun gerçekleştiği zamanki bakım dışında kalan diğer bakımları da içerdiği için bakımın *sürekliliği* hakkında bilgi vermektedir. Herhangi bir kurumda gerçekleşen doğumların fazlalığı ve kurumlarda gerçekleşen doğumların yüzde 90 kadarının doğumdan sonra bakım aldığı düşünülürse ilk bakımın genellikle doğumun meydana geldiği kurumda gerçekleştiği sonucuna varılabilir. Bu nedenle ilk bakımdan sonraki bakımların niceliği ayrıca önemlidir.

Doğum sonrası bakımın sayısı olarak da tanımlanabilecek olan doğum sonrası bakım sıklığına bakıldığında, doğum sonrası bakım alan kadınların çoğunun sadece bir kez bakım aldıkları görülmektedir (Tablo 4.7). Bu durum sadece İstanbul veya Batı Marmara'da yaşayan, sosyal güvenceli olarak çalışan, hizmet sektöründe istihdam edilmiş, Emekli Sandığı'ndan sağlık sigortası olan ve en zengin refaha sahip hanehalkında yaşayan kadınlar için geçerli değildir. Sosyoekonomik açıdan daha iyi özelliklere sahip bu kadınlar arasında doğum sonrası bakım alanların çoğu 2-3 kez bakım almaktadır. Dört ve daha fazla kez doğum sonrası bakım alma da yine bu gruplarda diğer nüfus gruplarına göre daha yüksek orandadır. Doğum sonrası bakım almayan anne oranlarının yüksek olduğu bazı nüfus gruplarının doğum sonrası bakım sıklıklarının da minimum düzeyde olduğu görülmektedir. Ancak çalışmayan veya sosyal güvencesiz çalışan kadınların doğum sonrası bakım alma sıklıkları arasında çok fark bulunmamaktadır. Aynı şekilde çalışmayan veya tarım sektöründe çalışan kadınlar arasında da doğum sonrası bakım sıklığı açısından büyük farklılıklar bulunmamaktadır. Sosyal güvencesiz ve tarım sektöründe çalışmanın dezavantajlı durumu burada bir kez daha dikkat çekmektedir. Aynı zamanda yeşil kartlı olan kadınlar arasında birden fazla doğum sonrası bakım alma sıklıkları diğer türden sağlık sigortası olan kadınlara göre ve hatta hiç sağlık sigortası olmayanlara göre daha düşüktür.

Buna benzer bir şekilde birden daha fazla doğum sonrası bakım hizmeti alma oranı en düşük ve daha düşük refah düzeyine sahip hanehalklarında diğer refah seviyesine sahip hanelere göre daha alt seviyelerdedir. Bu durum kırdan kıra göç etmiş kadınlar için de geçerlidir. Sağlıkla ilgili özelliklere bakıldığında doğum sonrası 4'ten fazla olan ve doğum öncesi yetersiz bakım almış veya hiç doğum öncesi bakım almamış kadınlar arasında doğum sonrası bakım sıklıkları yine düşüktür.

Tablo 4.6. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan doğum sonrası bakımı olan son canlı doğumların doğum sonrası ilk sağlık kontrolünün yapıldığı yere, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008

Doğum sonrası bakım olan son doğumlar arasında													
Temel özellikler	Ev	Devlet/ Numune Hast.	Sağlık Ocağı	Doğum- evi	Diğer Devlet Kurum u	Üniv. Hast.	Araştırma Hast.	Özel hast./ poliklinik	Özel doktor muayene- hanesi	Diğer özel sağlık personel	Cevapsız	Toplam	Doğum sonrası bakım olan doğum sayısı
Yerleşim yeri													
Kent	0.1	41.5	0.7	24.4	0.3	2.5	1.6	28.3	0.5	0.0	0.2	100.0	1,799
Kır	0.0	61.9	2.8	20.4	1.0	1.9	1.4	9.9	0.3	0.3	0.0	100.0	541
Bölge													
Batı	0.3	41.6	0.6	13.7	0.7	1.2	2.1	38.9	0.6	0.0	0.3	100.0	909
Güney	0.0	55.7	0.4	18.4	0.6	2.8	0.6	20.6	0.6	0.3	0.0	100.0	295
Orta	0.0	40.6	0.9	39.9	0.1	4.0	1.4	12.9	0.0	0.1	0.0	100.0	576
Kuzey	0.0	62.3	2.7	26.3	0.7	1.5	0.0	6.4	0.0	0.0	0.0	100.0	142
Doğu	0.0	51.8	2.9	24.5	0.2	2.6	1.9	15.6	0.6	0.0	0.0	100.0	417
NUTS 1 bölgeleri													
İstanbul	0.0	26.9	0.0	6.3	0.0	0.7	1.4	62.7	1.4	0.0	0.7	100.0	417
Batı Marmara	0.0	71.3	0.0	13.5	1.8	0.9	0.9	11.7	0.0	0.0	0.0	100.0	74
Ege	0.7	59.6	1.2	17.1	0.6	3.7	1.8	15.4	0.0	0.0	0.0	100.0	331
Doğu Marmara	0.0	39.3	1.6	33.2	1.3	1.9	3.6	19.1	0.0	0.0	0.0	100.0	224
Batı Anadolu	0.0	30.7	0.5	52.0	0.0	1.7	1.7	13.1	0.0	0.3	0.0	100.0	264
Akdeniz	0.0	55.7	0.4	18.4	0.6	2.8	0.6	20.6	0.6	0.3	0.0	100.0	295
Orta Anadolu	0.0	38.4	0.5	29.8	0.5	6.6	1.0	23.3	0.0	0.0	0.0	100.0	128
Batı Karadeniz	0.0	65.6	2.5	23.8	0.7	2.4	0.7	4.3	0.0	0.0	0.0	100.0	136
Doğu Karadeniz	0.0	57.7	3.5	31.9	0.0	0.7	0.0	6.2	0.0	0.0	0.0	100.0	54
Kuzeydoğu Anadolu	0.0	62.0	5.3	22.8	1.3	1.2	2.1	5.3	0.0	0.0	0.0	100.0	59
Ortadoğu Anadolu	0.0	49.3	2.2	29.8	0.0	3.1	4.6	10.5	0.4	0.0	0.0	100.0	103
Güneydoğu Anadolu	0.0	50.5	2.6	22.7	0.0	2.6	0.8	19.9	0.7	0.0	0.0	100.0	256
Göç durumu													
Kent yerlisi	0.0	39.6	0.5	25.9	0.2	2.4	1.2	30.1	0.1	0.0	0.0	100.0	792
Kentten kente	0.0	40.2	0.9	17.5	0.7	4.0	1.8	33.5	0.7	0.0	0.7	100.0	430
Kır yerlisi	0.0	64.7	3.3	20.4	0.4	1.6	1.0	8.1	0.2	0.2	0.0	100.0	380
Kırdan kıra	(0)	(68.6)	(0)	(22.1)	(0)	(1.6)	(1.6)	(6.1)	(0)	(0)	(0)	(100.0)	34
Kırdan kente	0.4	44.6	0.7	27.5	0.2	1.7	2.4	21.7	0.8	0.0	0.0	100.0	569
Kentten kıra	0.0	59.1	3.0	16.8	1.9	1.0	1.1	15.6	0.8	0.8	0.0	100.0	108
Eşle akrabalık durumu													
Akrabalık yok	0.1	46.2	1.1	22.4	0.5	2.3	1.8	25.2	0.3	0.0	0.0	100.0	1,808
Birinci derece akraba	0.0	50.6	0.8	21.1	0.3	3.7	0.6	19.4	1.9	0.3	1.2	100.0	247
Diğer akraba	0.0	45.3	2.0	32.4	0.5	0.8	0.9	18.2	0.0	0.0	0.0	100.0	254
Evlilik biçimi													
Sadece dini nikah	0.0	45.4	2.7	29.6	0.0	0.0	1.4	20.9	0.0	0.0	0.0	100.0	80
Resmi nikah var	0.1	46.5	1.1	23.3	0.5	2.3	1.6	24.0	0.4	0.1	0.1	100.0	2,227
Hiçbiri yok	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
Toplumsal cinsiyet algısında geleneksellik düzeyi													
Fazla	0.0	50.9	1.1	26.2	0.2	1.4	1.0	18.2	0.5	0.1	0.4	100.0	751
Orta	0.0	45.8	1.5	22.4	0.3	3.5	1.8	23.8	0.7	0.1	0.0	100.0	854
Az	0.3	41.9	0.8	21.8	0.8	2.1	1.9	30.3	0.0	0.0	0.0	100.0	734
Aile yapısı													
Çekirdek	0.1	45.7	1.0	21.8	0.4	2.3	1.4	26.6	0.4	0.1	0.2	100.0	1,655
Geniş	0.0	49.6	1.6	26.6	0.7	2.5	2.1	16.3	0.6	0.1	0.0	100.0	637
Dağılmış	(0)	(21)	(1.1)	(40.1)	(0)	(1.9)	(0)	(35.9)	(0)	(0)	(0)	(100.0)	44
Hanehalkı refah düzeyi													
En düşük	0.0	65.4	3.3	21.8	0.3	1.6	1.9	5.2	0.2	0.2	0.0	100.0	376
Düşük	0.4	51.8	1.0	28.3	0.2	2.3	0.7	14.9	0.2	0.1	0.0	100.0	533
Orta	0.0	48.9	0.9	26.2	0.3	1.5	1.6	19.8	0.2	0.0	0.6	100.0	529
Yüksek	0.0	38.6	1.1	23.5	0.6	2.5	1.8	30.4	1.5	0.0	0.0	100.0	454
En yüksek	0.0	27.9	0.0	15.7	1.1	3.9	2.1	49.2	0.1	0.0	0.0	100.0	448
Türkiye	0.1	46.2	1.2	23.5	0.5	2.4	1.6	24.0	0.4	0.1	0.1	100.0	2,340

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () Ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

Tablo 4.6. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan doğum sonrası bakımı olan son canlı doğumların doğum sonrası ilk sağlık kontrolünün yapıldığı yere, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı (devamı, Türkiye 2008)

Doğum sonrası bakım olan son doğumlar arasında													Doğum sonrası bakım olan doğum sayısı
Temel özellikler	Ev	Devlet/ Numune Hast.	Sağlık Ocağı	Doğum- evi	Diğer Devlet Kurumu	Üniv. Hast.	Araştırma Hast.	Özel hast./ poliklinik	Özel doktor muayene- hanesi	Diğer özel sağlık personel	Cevapsız	Toplam	
Doğumda anne yaşı													
< 20	0.0	43.5	0.7	33.4	0.0	2.7	1.1	18.6	0.0	0.0	0.0	100.0	177
20-34	0.1	46.4	1.3	22.3	0.5	2.3	1.4	25.1	0.5	0.1	0.0	100.0	1,931
35-49	0.0	46.3	0.9	25.3	0.0	2.7	3.4	19.8	0.4	0.0	1.3	100.0	232
Doğum sırası													
1	0.0	42.3	1.1	23.9	0.3	2.4	1.6	27.9	0.5	0.0	0.0	100.0	800
2-3	0.2	47.7	0.6	22.7	0.6	2.5	1.7	23.2	0.4	0.1	0.2	100.0	1,174
4-5	0.0	49.4	2.4	25.0	0.5	1.2	1.3	19.9	0.3	0.0	0.0	100.0	260
6+	0.0	50.7	5.1	24.4	0.0	3.6	1.0	15.1	0.0	0.0	0.0	100.0	105
Doğumun yapıldığı yer													
Kurumsal	0.0	46.4	0.8	23.6	0.5	2.4	1.6	24.3	0.4	0.1	0.0	100.0	2,310
Kurumsal olmayan	(8.9)	(36.5)	(35.3)	(10.4)	(0)	(2.1)	(0)	(5.1)	(1.7)	(0)	(0)	(100.0)	27
Doğum öncesi bakım													
Almamış	0.0	55.6	5.6	28.7	0.0	0.7	0.8	8.6	0.0	0.0	0.0	100.0	119
Almış, yetersiz	0.0	54.1	0.9	28.5	0.3	1.9	0.5	13.5	0.2	0.1	0.0	100.0	543
Almış, yeterli	0.1	43.1	1.0	21.5	0.5	2.6	1.9	28.6	0.5	0.0	0.2	100.0	1,672
Kadının eğitim düzeyi													
Eğitimi yok/ilk.	0.0	55.8	2.3	24.4	0.0	2.4	1.3	13.4	0.1	0.2	0.0	100.0	351
İlköğretim birinci	0.2	50.1	1.3	23.9	0.2	1.8	1.2	20.2	0.7	0.1	0.2	100.0	1,184
İlköğretim ikinci	0.0	47.8	0.6	30.9	0.4	3.0	0.9	16.5	0.0	0.0	0.0	100.0	246
Lise veya üzeri	0.0	31.1	0.5	18.6	1.3	3.3	2.9	42.2	0.1	0.0	0.0	100.0	559
Eşin eğitim düzeyi													
Eğitimi yok/ilk.	0.0	56.5	3.2	25.3	0.0	2.0	0.6	9.5	0.0	0.0	2.9	100.0	100
İlköğretim birinci	0.2	50.5	1.3	24.4	0.2	1.3	1.6	19.7	0.5	0.2	0.0	100.0	1,034
İlköğretim ikinci	0.0	45.5	0.2	29.2	0.1	2.1	1.3	21.6	0.0	0.0	0.0	100.0	364
Lise veya üzeri	0.0	39.8	1.3	19.5	0.9	3.8	1.7	32.4	0.5	0.0	0.0	100.0	834
Kadının çalışma durumu													
Çalışmıyor	0.1	44.5	1.2	24.6	0.5	2.1	1.7	24.4	0.5	0.1	0.2	100.0	1,807
Çalışıyor, sosyal	0.0	63.0	1.8	24.4	0.4	2.1	0.2	8.1	0.0	0.0	0.0	100.0	330
Çalışıyor, sosyal	0.0	33.8	0.4	11.7	0.0	4.9	2.3	46.8	0.0	0.0	0.0	100.0	202
Kadının çalıştığı sektör													
Çalışmıyor	0.1	44.5	1.2	24.6	0.5	2.1	1.7	24.4	0.5	0.1	0.2	100.0	1,807
Tarım	0.0	65.9	2.5	24.3	0.6	1.9	0.6	4.1	0.0	0.0	0.0	100.0	224
Sanayi	(0)	(47.4)	(0)	(24.4)	(0)	(2.3)	(0)	(25.9)	(0)	(0)	(0)	(100.0)	27
Hizmet	0.0	41.2	0.4	15.3	0.0	4.3	1.5	37.3	0.0	0.0	0.0	100.0	281
Kadının sağlık sigortası													
Sağlık sigortası yok	0.7	47.1	0.8	25.4	0.2	1.8	0.2	23.6	0.0	0.2	0.0	100.0	365
SSK	0.0	42.7	0.8	23.1	0.0	1.9	1.6	28.9	0.6	0.1	0.3	100.0	1,107
Emekli Sandığı	0.0	35.6	0.9	16.7	2.8	7.2	3.9	32.9	0.0	0.0	0.0	100.0	194
Bağ-Kur	0.0	49.1	0.4	19.0	0.8	1.6	1.0	27.7	0.4	0.0	0.0	100.0	254
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
Yeşil kart	0.0	59.2	3.4	29.5	0.3	1.7	1.4	3.9	0.6	0.0	0.0	100.0	391
Diğer	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
Eşin sağlık sigortası													
Sağlık sigortası yok	0.0	48.2	0.5	24.7	0.2	2.3	0.1	23.3	0.5	0.2	0.0	100.0	358
SSK	0.2	42.6	1.0	24.2	0.0	1.7	1.9	27.5	0.6	0.1	0.3	100.0	1,151
Emekli Sandığı	0.0	38.6	1.0	15.9	2.9	8.1	3.9	29.6	0.0	0.0	0.0	100.0	184
Bağ-Kur	0.0	48.6	0.1	18.6	0.7	1.9	0.9	28.9	0.3	0.0	0.0	100.0	277
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
Yeşil kart	0.0	59.2	3.6	28.7	0.3	2.1	1.6	4.4	0.1	0.0	0.0	100.0	342
Diğer	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	15
Türkiye	0.1	46.2	1.2	23.5	0.5	2.4	1.6	24.0	0.4	0.1	0.1	100.0	2,340

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () Ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

Tablo 4.7. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan son canlı doğumların doğum sonrası bakım sayısına, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008

Temel özellikler	Doğum sonrası bakım yok	Doğum sonrası bakım sayısı				Toplam	Çocuk sayısı
		1	2-3	4+	Bilmiyor/ cevapsız		
Yerleşim yeri							
Kent	12.2	43.7	31.2	11.0	1.9	100.0	2,049
Kır	24.8	48.0	18.0	8.1	1.1	100.0	719
Bölge							
Batı	9.4	37.8	36.4	15.4	1.0	100.0	1,004
Güney	16.5	52.0	23.6	7.1	0.8	100.0	354
Orta	8.0	55.2	25.3	8.0	3.5	100.0	627
Kuzey	13.9	36.2	27.9	19.5	2.6	100.0	165
Doğu	32.6	43.9	18.6	3.6	1.3	100.0	619
NUTS 1 bölgeleri							
İstanbul	11.7	31.1	38.2	17.1	1.8	100.0	472
Batı Marmara	7.0	37.3	39.0	15.9	0.8	100.0	79
Ege	4.5	51.3	29.7	14.5	0.0	100.0	346
Doğu Marmara	10.8	36.6	36.6	15.8	0.3	100.0	252
Batı Anadolu	8.2	59.5	25.3	3.5	3.6	100.0	287
Akdeniz	16.5	52.0	23.6	7.1	0.8	100.0	354
Orta Anadolu	11.7	53.5	26.1	2.2	6.6	100.0	145
Batı Karadeniz	8.3	44.5	26.8	18.8	1.5	100.0	148
Doğu Karadeniz	17.4	37.1	19.8	19.1	6.6	100.0	65
Kuzeydoğu Anadolu	36.0	44.4	14.3	3.5	1.9	100.0	92
Ortadoğu Anadolu	41.6	33.6	18.4	5.9	0.5	100.0	176
Güneydoğu Anadolu	27.3	48.8	19.9	2.5	1.5	100.0	352
Göç durumu							
Kent yerlisi	9.2	43.0	35.1	10.6	2.0	100.0	873
Kentten kente	9.8	35.5	34.4	17.1	3.1	100.0	477
Kır yerlisi	26.0	47.3	17.7	7.6	1.4	100.0	514
Kırdan kıra	29.8	44.2	17.1	9.0	0.0	100.0	49
Kırdan kente	17.4	51.3	23.0	7.4	1.0	100.0	689
Kentten kıra	21.2	48.5	20.3	9.9	0.0	100.0	137
Eşle akrabalık durumu							
Akrabalık yok	13.1	43.2	30.0	11.8	1.9	100.0	2,081
Birinci derece akraba	25.6	48.7	19.1	5.6	1.0	100.0	332
Diğer akraba	20.2	51.1	22.1	5.2	1.5	100.0	318
Evlilik biçimi							
Sadece dini nikah	28.5	55.1	12.9	2.0	1.5	100.0	112
Resmi nikah var	14.9	44.4	28.4	10.5	1.7	100.0	2,618
Hiçbiri yok	*	*	*	*	*	*	5
Toplumsal cinsiyet algısında geleneksellik düzeyi							
Fazla	20.9	49.5	20.8	7.2	1.6	100.0	950
Orta	14.0	44.5	29.0	10.9	1.6	100.0	993
Az	11.0	39.8	34.2	13.0	2.0	100.0	825
Aile yapısı							
Çekirdek	14.3	43.6	29.3	11.0	1.8	100.0	1,930
Geniş	18.6	48.3	23.3	8.3	1.4	100.0	783
Dağılmış	14.4	39.6	35.0	7.8	3.1	100.0	51
Hanehalkı refah düzeyi							
En düşük	34.3	46.4	13.8	4.7	0.8	100.0	572
Düşük	16.2	51.5	21.1	8.2	3.0	100.0	635
Orta	11.5	49.7	27.2	10.5	1.1	100.0	597
Yüksek	8.6	42.4	34.2	13.7	1.1	100.0	497
En yüksek	3.8	30.0	47.7	15.9	2.5	100.0	466
Türkiye	15.5	44.8	27.8	10.3	1.7	100.0	2,768

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az

Tablo 4.7. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan son canlı doğumların doğum sonrası bakım sayısına, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı (devam), Türkiye 2008

Temel özellikler	Doğum sonrası bakım yok	Doğum sonrası bakım sayısı				Toplam	Çocuk sayısı
		1	2-3	4+	Bilmiyor/ cevapsız		
Doğumda anne yaşı							
< 20	20.0	44.6	21.4	14.0	0.0	100.0	221
20-34	15.1	45.0	28.7	9.4	1.8	100.0	2,273
35-49	15.3	43.2	24.9	14.5	2.0	100.0	274
Doğum sırası							
1	10.7	42.6	32.0	13.5	1.3	100.0	896
2-3	12.4	47.1	28.7	9.6	2.3	100.0	1,340
4-5	28.1	46.8	18.2	5.6	1.3	100.0	362
6+	38.2	34.3	18.7	8.2	0.6	100.0	171
Doğumun yapıldığı yer							
Kurumsal	9.8	47.9	29.5	10.9	1.8	100.0	2,561
Kurumsal olmayan	86.6	6.3	6.2	0.6	0.4	100.0	200
Doğum öncesi bakım							
Almamış	44.8	41.4	7.7	5.1	1.0	100.0	216
Almış, yetersiz	24.1	49.6	18.8	5.1	2.5	100.0	714
Almış, yeterli	8.5	43.5	33.7	12.8	1.5	100.0	1,827
Kadının eğitim düzeyi							
Eğitimi yok/ilk. bitirmemiş	35.2	42.0	16.2	5.4	1.3	100.0	541
İlköğretim birinci kademe	13.2	49.5	25.4	9.8	2.1	100.0	1,365
İlköğretim ikinci kademe	9.3	51.6	28.8	9.6	0.7	100.0	272
Lise veya üzeri	5.4	33.4	43.3	16.2	1.7	100.0	591
Eşin eğitim düzeyi							
Eğitimi yok/ilk. bitirmemiş	32.6	39.8	18.9	7.4	1.3	100.0	149
İlköğretim birinci kademe	19.5	47.1	22.7	9.3	1.5	100.0	1,284
İlköğretim ikinci kademe	11.5	47.3	29.7	10.1	1.5	100.0	411
Lise veya üzeri	8.6	41.3	35.6	12.3	2.3	100.0	913
Kadının çalışma durumu							
Çalışmıyor	15.2	46.9	26.3	9.8	1.8	100.0	2,132
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	21.3	43.5	25.3	8.5	1.4	100.0	420
Çalışıyor, sosyal güvenceli	6.5	26.6	47.1	18.1	1.7	100.0	216
Kadının çalıştığı sektör							
Çalışmıyor	15.2	46.9	26.3	9.8	1.8	100.0	2,132
Tarım	22.1	47.7	21.1	8.2	0.9	100.0	287
Sanayi	(11)	(35.9)	(23.9)	(29.2)	(0)	(100.0)	31
Hizmet	11.5	28.9	44.1	13.3	2.2	100.0	318
Kadının sağlık sigortası							
Sağlık sigortası yok	20.5	48.5	21.9	6.7	2.4	100.0	459
SSK	10.3	43.1	32.4	12.6	1.6	100.0	1,233
Emekli Sandığı	1.6	37.4	40.1	18.7	2.3	100.0	197
Bağ-Kur	12.5	44.6	32.0	9.0	1.8	100.0	291
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	*	*	11
Yeşil kart	29.7	48.6	15.0	5.6	1.2	100.0	555
Diğer	*	*	*	*	*	*	14
Eşin sağlık sigortası							
Sağlık sigortası yok	20.2	48.5	23.0	7.2	1.1	100.0	449
SSK	10.0	44.0	31.4	12.6	1.9	100.0	1,279
Emekli Sandığı	2.2	40.1	38.2	16.0	3.5	100.0	188
Bağ-Kur	13.0	44.3	32.0	9.8	0.9	100.0	318
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	*	*	11
Yeşil kart	31.8	46.8	14.5	5.3	1.6	100.0	501
Diğer	*	*	*	*	*	*	19
Türkiye	15.5	44.8	27.8	10.3	1.7	100.0	2,768

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () Ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

4.4.1.6. Doğum Sonrası Yapılan Kontrollerde Verilen Bilgi

Annenin doğum sonrası dönemde kanama, tansiyon yüksekliği ve bebekte ateş, beslenme sorunları gibi tehlike arz eden komplikasyonları tanımlayabilmesi açısından doğum sonrası bakım hizmetlerinde annenin yeterince bilgilendirilmesi çok önemlidir. Anne ve bebek ölümlerini azaltma anlamına da gelen bu bilgilendirme, doğum sonrası bakımın yeterliliğini ve niteliğini etkilemekte ve yapılan test ve ölümlerle birlikte (Bölüm 4.4.1.7) doğum sonrası bakımın içeriğini temsil etmektedir.

Doğum sonrası bakım sırasında anne beslenmesi, bebek beslenmesi, emzirme, bebeğin aşılması, meme bakımı, gebeliği önleyici yöntem kullanımı, acil durumlar hakkında bilgi ve hangi durumda ne yapılması gerektiği ve demir hapi kullanımı ile ilgili bilgi verilmesine göre son beş yıl içinde doğum sonrası bakım almış kadınların dağılımı Tablo 4.8’de verilmektedir.

Önemli bir bulgu, genellikle doğum sonrası bakım hizmetleri verilirken annenin bebek ile ilgili bilgilendirilirken; kendisi ve olası acil durumlar hakkında daha az bilgilendirilmesidir. Türkiye’de doğum sonrası bakım alan kadınların yüzde 84’ü aşı, yüzde 70’i emzirme ve yüzde 65’i bebeğin beslenmesi ile ilgili bilgilendirilirken anne beslenmesi, meme bakımı, gebeliği önleyici yöntem kullanımı, demir hapi ve acil durumlar hakkında yarısından azı bilgilendirilmektedir. Anneye acil durumların ne olduğu ve bu gibi durumlarda ne yapması gerektiği ile ilgili bilginin bakım alan kadınların sadece yüzde 41’ine anlatılması dikkat çekicidir. Bebek beslenmesini de etkileyen anne beslenmesi hakkında kadınların yüzde 48’inin bilgilendirilmesi başka önemli bir bulgudur.

Bazı temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre bakıldığında doğum sonrası bakımın bilgilendirme açısından kalitesinin kırdan, çocukluğundan bu yana kırdan yaşamış veya kentten/kırdan kıra göç etmiş kadınlar arasında, Doğu bölgesinde, NUTS 1 düzeyinde Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde, eşyle arasında akrabalık bulunan, şimdiki eşyle sadece dini nikahı olan, doğum sırası 4 ve daha fazla olan, doğum öncesi bakım almamış olan veya yetersiz bakım almış olan, kendisinin ve/veya eşinin eğitim düzeyi düşük olan, çalışmayan veya sosyal güvencesiz çalışan, veya tarım sektöründe çalışan, yeşil kartı üzerinden sağlık sigortası olan ve yaşadığı hanehalkı refah düzeyi düşük olan kadınlar arasında düşük olduğu görülmektedir. Doğum sonrası bakımın bilgilendirme açısından yeterliliğinin bölgesel faktörlere bağlı olduğu kadar kadının özelliklerine bağlı olduğu da görülmektedir.

Tablo 4.8. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan doğum sonrası bakımı olan son canlı doğumların doğum sonrası bakımında verilen bilgilere, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzdesi, Türkiye 2008

Temel özellikler	Anne beslenmesi	Bebek beslenmesi	Emzirme	Aşı	Meme bakımı	GÖY kullanımı	Acil durumlar	Demir haptı	Doğum sonrası bakım olan doğum sayısı
Yerleşim yeri									
Kent	49.4	67.1	71.8	85.5	51.5	40.5	42.3	49.3	1,791
Kır	42.8	58.3	65.0	81.0	41.3	29.2	36.6	38.9	539
Bölge									
Batı	55.0	73.4	78.1	87.8	58.9	45.5	45.7	53.1	903
Güney	47.9	62.6	69.9	84.1	42.3	35.4	45.0	39.3	295
Orta	47.6	65.9	73.3	85.2	56.0	43.7	41.4	48.4	574
Kuzey	52.3	75.8	75.1	85.4	51.7	32.3	45.1	50.3	142
Doğu	31.0	43.8	47.5	76.2	22.5	17.2	26.2	35.5	416
NUTS 1 bölgeleri									
İstanbul	52.5	71.0	74.5	86.5	59.0	46.0	45.7	57.9	411
Batı Marmara	58.7	67.1	76.9	86.2	56.3	40.8	44.6	48.3	74
Ege	54.4	73.8	82.3	89.7	57.8	45.7	50.8	49.3	331
Doğu Marmara	60.5	79.3	80.6	90.5	61.6	43.9	39.1	50.4	224
Batı Anadolu	45.8	62.4	72.5	81.3	55.2	47.2	43.1	50.2	263
Akdeniz	47.9	62.6	69.9	84.1	42.3	35.4	45.0	39.3	295
Orta Anadolu	41.5	63.0	67.9	83.2	55.9	39.7	35.1	42.0	128
Batı Karadeniz	46.1	74.4	72.3	85.2	48.0	34.1	38.4	48.2	134
Doğu Karadeniz	62.3	76.9	76.9	91.2	59.3	32.8	52.2	52.4	54
Kuzeydoğu Anadolu	34.1	50.6	56.0	80.3	30.9	25.7	31.6	43.0	58
Ortadoğu Anadolu	38.8	50.9	55.5	78.9	25.2	20.4	29.6	41.8	103
Güneydoğu Anadolu	27.2	39.4	42.4	74.3	19.6	14.0	23.6	31.2	255
Göç durumu									
Kent yerlisi	49.9	68.4	72.4	85.6	50.0	41.7	42.7	48.3	788
Kentten kente	54.0	70.8	76.9	87.1	60.9	48.9	46.9	50.6	427
Kır yerlisi	42.2	56.2	63.7	82.1	40.3	28.3	37.6	37.7	378
Kırdan kıra	(51)	(63)	(74.5)	(78)	(43.8)	(32.5)	(31.5)	(26.7)	34
Kırdan kente	45.3	62.2	66.6	83.4	45.9	31.6	37.8	50.0	569
Kentten kıra	40.8	61.9	66.3	80.4	42.5	33.4	37.1	41.6	108
Eşle akrabalık durumu									
Akrabalık yok	49.4	67.1	71.6	85.4	51.4	39.4	41.5	48.6	1,799
Birinci derece akraba	36.4	50.9	60.4	77.1	35.4	27.4	36.7	32.9	246
Diğer akraba	46.6	64.5	70.2	85.2	45.3	36.7	41.5	45.1	254
Evlilik biçimi									
Sadece dini nikah	37.2	46.8	62.0	79.7	32.7	28.4	36.7	27.4	80
Resmi nikah var	48.1	65.7	70.6	84.6	49.6	38.2	41.3	47.3	2,218
Hiçbiri yok	*	*	*	*	*	*	*	*	4
Toplumsal cinsiyet algısında geleneksellik düzeyi									
Fazla	43.1	60.0	66.9	83.1	43.0	32.1	37.4	43.1	749
Orta	47.6	65.5	70.2	86.0	49.1	38.7	41.1	47.1	851
Az	52.9	69.8	73.6	84.0	55.5	42.8	44.6	50.5	730
Aile yapısı									
Çekirdek	48.9	66.9	71.4	85.4	50.6	39.0	42.1	48.1	1,645
Geniş	44.5	60.3	67.4	82.0	44.8	33.8	37.2	43.2	636
Dağılmış	(58.4)	(62.6)	(65.3)	(84.4)	(52.1)	(51.8)	(50.2)	(52.5)	44
Hanehalkı refah düzeyi									
En düşük	36.1	47.7	56.8	77.1	32.3	24.1	27.7	34.4	375
Düşük	42.3	58.0	64.1	82.1	40.7	27.3	38.1	43.1	528
Orta	45.9	66.8	72.9	87.3	47.3	38.1	39.3	44.8	525
Yüksek	52.9	71.8	76.3	86.4	57.6	47.0	45.3	52.7	453
En yüksek	61.4	79.1	79.4	88.3	67.0	52.5	53.3	58.2	448
Türkiye	47.8	65.1	70.2	84.5	49.1	37.9	41.0	46.9	2,330

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () Ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

Tablo 4.8. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan doğum sonrası bakımı olan son canlı doğumların doğum sonrası bakımda verilen bilgilere, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzdesi (devam), Türkiye 2008

Temel özellikler	Anne beslenmesi	Bebek beslenmesi	Emzirme	Aşı	Meme bakımı	GÖY kullanımı	Acil durumlar	Demir haptı	Doğum sonrası bakım olan doğum sayısı
Doğumda anne yaşı									
< 20	43.2	55.7	71.9	84.9	47.1	41.2	40.7	43.4	177
20-34	48.8	66.5	71.0	84.6	49.6	38.0	41.1	47.7	1,922
35-49	43.3	59.9	62.8	83.3	46.7	34.4	40.7	42.6	231
Doğum sırası									
1	48.6	68.2	75.8	87.1	52.9	43.5	41.1	47.5	796
2-3	49.5	66.3	70.1	83.1	49.8	37.0	42.8	48.8	1,169
4-5	44.1	57.1	63.1	84.0	42.8	30.7	37.8	42.9	260
6+	33.1	47.7	47.0	81.5	28.8	23.8	28.2	30.5	105
Doğumun yapıldığı yer									
Kurumsal	48.0	65.3	70.3	84.5	49.1	37.8	41.1	47.2	2,300
Kurumsal olmayan	(37.1)	(52.1)	(70)	(80.3)	(49.2)	(41.5)	(31.2)	(23.2)	27
Doğum öncesi bakım									
Almamış	43.0	48.8	53.8	74.4	24.9	15.8	29.2	28.7	118
Almış, yetersiz	35.7	50.9	59.4	79.9	38.0	24.6	31.5	38.0	538
Almış, yeterli	52.1	70.8	74.9	86.7	54.5	43.8	45.0	51.0	1,667
Kadının eğitim düzeyi									
Eğitimi yok/İlk.	33.6	44.6	56.4	78.8	29.7	20.3	29.9	33.7	350
İlköğretim birinci	46.6	65.2	70.0	84.6	47.5	36.1	40.8	46.0	1,177
İlköğretim ikinci	43.8	65.2	68.0	81.4	48.1	34.8	34.2	39.5	246
Lise veya üzeri	61.1	77.5	80.4	89.0	65.2	54.0	51.5	60.2	557
Eşin eğitim düzeyi									
Eğitimi yok/İlk.	38.8	48.8	54.2	77.8	33.9	26.1	36.4	40.9	100
İlköğretim birinci	44.1	59.9	68.9	82.7	43.0	31.8	36.2	42.1	1,028
İlköğretim ikinci	45.4	65.3	71.6	83.9	51.1	40.4	40.7	42.7	364
Lise veya üzeri	54.7	73.1	73.1	87.6	57.9	45.8	47.9	55.4	830
Kadının çalışma									
Çalışmıyor	45.7	64.2	68.7	84.1	48.2	36.5	39.3	46.4	1,799
Çalışıyor, sosyal	48.5	61.2	70.6	84.3	41.9	31.9	38.4	37.0	329
Çalışıyor, sosyal	66.1	79.0	83.6	88.1	69.6	60.2	60.2	66.8	202
Kadının çalıştığı sektör									
Çalışmıyor	45.7	64.2	68.7	84.1	48.2	36.5	39.3	46.4	1,799
Tarım	51.0	60.4	70.8	83.4	41.5	29.9	37.6	35.1	222
Sanayi	(60)	(77.6)	(85.1)	(94.3)	(59.2)	(63.2)	(63.6)	(59.8)	27
Hizmet	58.0	73.0	78.4	86.8	60.4	50.7	52.3	57.7	281
Kadının sağlık sigortası									
Sağlık sigortası yok	41.7	58.1	65.8	82.6	43.3	33.8	33.8	39.1	361
SSK	54.7	72.5	75.8	87.5	55.0	42.1	44.4	51.3	1,102
Emekli Sandığı	58.7	72.7	73.2	84.7	61.9	52.1	55.4	64.0	194
Bağ-Kur	39.1	61.8	67.6	83.0	49.1	37.7	42.9	43.4	254
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	*	*	*	*	11
Yeşil kart	34.1	48.9	58.3	78.2	30.8	22.9	30.3	36.1	390
Diğer	*	*	*	*	*	*	*	*	11
Eşin sağlık sigortası									
Sağlık sigortası yok	42.9	59.0	69.3	84.3	43.1	33.6	34.9	39.3	355
SSK	53.7	70.3	73.6	86.9	54.6	41.7	43.9	51.2	1,146
Emekli Sandığı	55.9	74.3	73.4	81.2	59.7	48.8	52.5	59.6	184
Bağ-Kur	43.9	67.5	73.0	83.4	52.4	40.1	43.0	44.0	276
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	*	*	*	*	11
Yeşil kart	32.2	47.1	56.0	78.5	28.0	21.8	30.0	36.4	339
Diğer	*	*	*	*	*	*	*	*	15
Türkiye	47.8	65.1	70.2	84.5	49.1	37.9	41.0	46.9	2,330

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () Ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

Hem kadının hem eşinin tamamlanan eğitim düzeyinin de bilgilendirilme seviyesini etkilediği görülmektedir. Bunun dışında kadının yaşadığı hanenin sosyoekonomik koşulları da doğum sonrası bakımda verilen bilginin nitelik ve niceliğiyle ilişkilidir. Doğum sonrası bakımda yeterli bilgilendirilme ile ilgili bir başka değişkenin *doğum sırası* olduğu görülmektedir. Bu

gruptaki bilgilendirilme eksikliğinin nedeni, çok sayıda çocuk sahibi olan kadınların anne ve bebek ile ilgili zaten yeterli bilgiye sahip olduğu varsayımı olabilir. Ancak unutulmamalıdır ki dört ve daha fazla çocuk sahibi kadınlar arasında doğum sonrası bakım alma oranı diğer kadınlara oranla daha düşüktür, bu da onların yakın zamanda doğum sonrası bakımla ilgili yeterli bilgi almadıklarını ve güncel bilgilere sahip olmadıklarını göstermektedir. Ayrıca anne ve bebek sağlığı ile ilgili bilgiler de zaman içinde değişmekte ve gelişmektedir. Bu nedenle anneler önceden kaç çocuk sahibi olmuş olurlarsa olsunlar doğum sonrası bakım hizmeti alırken ilgili her konu hakkında tekrar bilgilendirilmelidir.

4.4.1.7. Doğum Sonrası Yapılan Kontroller

Anne ve yeni doğanın maruz kalabileceği komplikasyonları önlemek, komplikasyon geliştiği takdirde ölüm riskini azaltmak ve komplikasyonu tedavi etmek için doğum sonrası bakımda yapılan test ve ölçümleri içeren kontroller çok önemlidir. Temel müdahaleyi oluşturan doğum sonrası bakım hizmetlerinin (Akın ve Özvarış, 2002) içeriği ve kalitesinin de belirleyicileri olan doğum sonrası bakım hizmeti kapsamında yapılan test ve ölçümlerin, doğum sonrası en az bir kez bakım alan kadınların ne kadarına uygulandığı Tablo 4.9'da görülmektedir. Doğu ve Güneydoğu Bölgesi'nde yaşıyan kadınlar arasında rutin kontroller arasında tansiyon ve ateş ölçümü oranları diğer bölgelerde yaşıyan kadınlara göre -büyük farklar olmasa da- daha düşüktür. Kanama kontrolü için ise genel bir örüntü gözlemek zordur, ancak doğum sonrası bakım hizmetinden yararlanmada dezavantajlı nüfus grupları (Şekil 4.1) arasında daha yaygın uygulandığı söylenebilir. Bunun bir nedeni bir komplikasyon yaşıyan annenin doğum sonrası bakımda rutin bir kontrol olarak değil de acil bir durum kapsamında kanama kontrolünün yapılması olabilir. Tansiyon ölçümü, kan ve idrar tahlili, ateş ölçümü ve kanama kontrolü olarak sayılabilecek doğum sonrası bakım hizmeti sırasında yapılan testler ve ölçümler arasında tansiyon ölçümü ve kanama kontrolü dışındaki kontroller doğum sonrası bakım alan kadınların yarısından azına yapılmıştır. Türkiye'de son beş yıl içinde doğum sonrası bakım alan kadınların yüzde 65'inin tansiyonu ölçülmüş ve yüzde 63'ünün kanama kontrolü yapılmıştır. Bunun yanında bu kadınların yüzde 43'ünün ateşine de bakılmıştır. Ancak kan ve idrar tahlillerinden oluşan tahliller ya da diğer bir ifadeyle testler, doğum sonrası bakım alan kadınların yüzde 30'dan azına uygulanmıştır (sırasıyla yüzde 30 ve yüzde 23). Bunun nedeni bölgesel ve sosyoekonomik faktörler olabileceği gibi, zaten bir komplikasyon sonucu bakım alan kadından bakım hizmeti sırasında bu tahlillerin istenmiş olması olabilir. Buna bağlı olarak diğer ölçümlerdeki gibi tahlillerin yapılmasında bölgesel ve sosyoekonomik faktörlerin etkili olmasına rağmen nüfus grupları arasındaki farkların büyük olmadığı görülmektedir. Ancak bu kontrollerin hepsinin ayrı ayrı, doğum sonrası bakım hizmetinin kalitesini etkilediği aşıkardır. Bu nedenle bir komplikasyon olsun olmasın bu kontrollerin her birinin doğum sonrası bakım hizmetlerinde yapılması hayati önem taşımaktadır.

Tablo 4.9. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan doğum sonrası bakımı olan son canlı doğumların doğum sonrası bakımın içeriğine, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzdesi, Türkiye 2008

Temel özellikler	Tansiyon	Kan tahlili	İdrar tahlili	Ateş ölçümü	Kanama kontrolü	Doğum sonrası bakım olan doğum sayısı
Yerleşim yeri						
Kent	65.5	30.7	23.0	43.9	62.4	1,791
Kır	62.3	26.8	21.4	39.1	63.8	538
Bölge						
Batı	66.8	31.5	24.5	47.3	61.5	903
Güney	68.8	29.4	22.3	42.9	67.3	294
Orta	63.2	27.3	20.3	43.0	62.6	574
Kuzey	68.3	36.0	29.4	43.8	59.1	142
Doğu	58.4	27.9	19.9	32.4	63.6	416
NUTS 1 bölgeleri						
İstanbul	75.2	35.8	28.0	48.7	67.1	411
Batı Marmara	56.6	27.0	24.0	40.8	54.8	74
Ege	60.4	27.4	20.5	46.1	61.7	331
Doğu Marmara	63.7	25.7	19.3	45.0	57.3	224
Batı Anadolu	64.1	30.8	21.1	48.6	66.4	263
Akdeniz	68.8	29.4	22.3	42.9	67.3	294
Orta Anadolu	55.9	25.3	20.4	32.8	53.2	128
Batı Karadeniz	71.1	33.7	28.5	43.0	55.7	134
Doğu Karadeniz	61.7	34.1	28.8	46.7	59.9	54
Kuzeydoğu Anadolu	57.0	33.7	25.8	39.6	62.3	58
Ortadoğu Anadolu	68.4	37.7	32.5	48.0	66.2	103
Güneydoğu Anadolu	54.6	22.5	13.4	24.5	62.9	255
Göç durumu						
Kent yerlisi	64.5	27.5	22.2	40.4	61.4	788
Kentten kente	68.3	33.9	23.9	47.7	63.9	427
Kır yerlisi	62.0	27.9	21.4	38.9	64.4	378
Kırdan kıra	(70.3)	(33.7)	(34)	(46.5)	(66.9)	33
Kırdan kente	64.6	31.7	22.7	46.1	63.0	569
Kentten kıra	60.1	21.9	18.2	34.9	59.7	108
Eşle akrabalık durumu						
Akrabalık yok	65.9	30.0	23.1	42.9	63.0	1,798
Birinci derece akraba	61.9	30.7	21.8	37.3	59.4	246
Diğer akraba	59.7	27.6	20.6	44.8	63.0	254
Evlilik biçimi						
Sadece dini nikah	58.8	30.8	25.8	40.5	61.1	80
Resmi nikah var	65.0	29.7	22.6	42.6	62.7	2,217
Hiçbiri yok	*	*	*	*	*	4
Toplumsal cinsiyet algısında geleneksellik düzeyi						
Fazla	63.6	28.5	23.7	41.3	63.5	749
Orta	62.3	28.6	20.5	41.8	58.3	850
Az	68.7	32.5	24.0	45.5	67.0	730
Aile yapısı						
Çekirdek	64.9	30.3	23.7	43.6	62.3	1,644
Geniş	63.6	28.2	19.7	39.4	63.0	636
Dağılmış	(72.7)	(30.3)	(24.7)	(60.9)	(70.6)	44
Hanehalkı refah düzeyi						
En düşük	59.4	26.2	20.6	34.0	62.4	374
Düşük	63.2	28.8	22.1	40.6	63.4	528
Orta	63.3	30.0	22.5	45.1	60.6	525
Yüksek	67.3	29.0	21.0	43.8	59.8	453
En yüksek	70.1	34.6	26.9	49.0	67.6	448
Türkiye	64.7	29.8	22.6	42.8	62.7	2,329

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () Ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

Tablo 4.9. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan doğum sonrası bakımı olan son canlı doğumların doğum sonrası bakımın içeriğine, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzdesi (devam), Türkiye 2008

Temel özellikler	Tansiyon	Kan tahlili	İdrar tahlili	Ateş ölçümü	Kanama kontrolü	Doğum sonrası bakım olan doğum sayısı
Doğumda anne yaşı						
< 20	60.6	30.1	23.8	40.9	61.8	177
20-34	64.5	28.4	21.6	41.7	62.4	1,921
35-49	69.7	41.1	30.0	53.5	66.2	231
Doğum sırası						
1	64.0	29.0	23.6	41.9	58.6	796
2-3	65.3	29.2	21.9	43.0	63.2	1,169
4-5	62.7	33.7	20.7	43.3	71.9	259
6+	68.9	33.1	28.5	46.8	65.7	105
Doğumun yapıldığı yer						
Kurumsal	64.7	29.7	22.5	42.8	63.0	2,299
Kurumsal olmayan	(67.4)	(38.7)	(33.5)	(37)	(33.3)	27
Doğum öncesi bakım						
Almamış	66.9	38.5	21.2	48.8	70.8	118
Almış, yetersiz	58.0	23.7	19.2	35.7	64.7	538
Almış, yeterli	66.6	31.1	23.8	44.6	61.5	1,666
Kadının eğitim düzeyi						
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	62.6	33.9	26.6	37.4	67.7	349
İlköğretim birinci kademe	63.4	27.1	21.1	41.8	60.4	1,177
İlköğretim ikinci kademe	60.9	28.0	16.7	40.8	63.9	246
Lise veya üzeri	70.6	33.8	26.1	49.2	64.0	557
Eşin eğitim düzeyi						
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	66.7	29.3	23.2	37.9	56.3	100
İlköğretim birinci kademe	64.2	29.1	21.9	43.3	63.1	1,028
İlköğretim ikinci kademe	61.8	26.2	20.9	38.7	61.2	364
Lise veya üzeri	66.2	32.1	23.8	44.2	63.4	830
Kadının çalışma durumu						
Çalışmıyor	63.9	28.5	21.5	42.5	61.8	1,798
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	63.6	27.7	23.9	38.9	63.9	329
Çalışıyor, sosyal güvenceli	73.7	44.6	30.9	51.7	68.7	202
Kadının çalıştığı sektör						
Çalışmıyor	63.9	28.5	21.5	42.5	61.8	1,798
Tarım	60.8	25.6	23.0	38.7	68.0	222
Sanayi	(66.8)	(47.6)	(27.4)	(40.6)	(66.9)	27
Hizmet	72.7	39.5	29.3	48.2	63.8	281
Kadının sağlık sigortası						
Sağlık sigortası yok	63.1	27.3	19.9	37.9	59.2	361
SSK	65.3	28.8	22.5	44.7	62.9	1,102
Emekli Sandığı	75.3	39.3	27.8	49.2	65.2	194
Bağ-Kur	59.2	27.9	19.9	41.1	60.9	254
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	*	11
Yeşil kart	63.1	30.3	23.8	39.7	65.3	389
Diğer	*	*	*	*	*	11
Eşin sağlık sigortası						
Sağlık sigortası yok	65.4	28.1	19.7	39.5	60.1	355
SSK	63.9	28.9	22.3	44.3	62.0	1,146
Emekli Sandığı	72.0	37.3	26.5	45.5	63.0	184
Bağ-Kur	62.6	29.4	21.1	44.1	63.0	276
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	*	11
Yeşil kart	64.4	29.7	24.1	38.9	67.0	339
Diğer	*	*	*	*	*	15
Türkiye	64.7	29.8	22.6	42.8	62.7	2,329

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () Ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

4.4.1.8. *Bebek için Doğum Sonrası Bakım*

Bebeğin doğum sonrası aldığı bakımın nitelik ve niceliği çocukların ilerideki sağlık durumlarını belirlemede oldukça önemli yer tutmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada Türkiye için ilk defa bebeğin doğum sonrası bakım hizmeti alması ile ilgili bilgi ve sonuçlara yer verilmektedir.

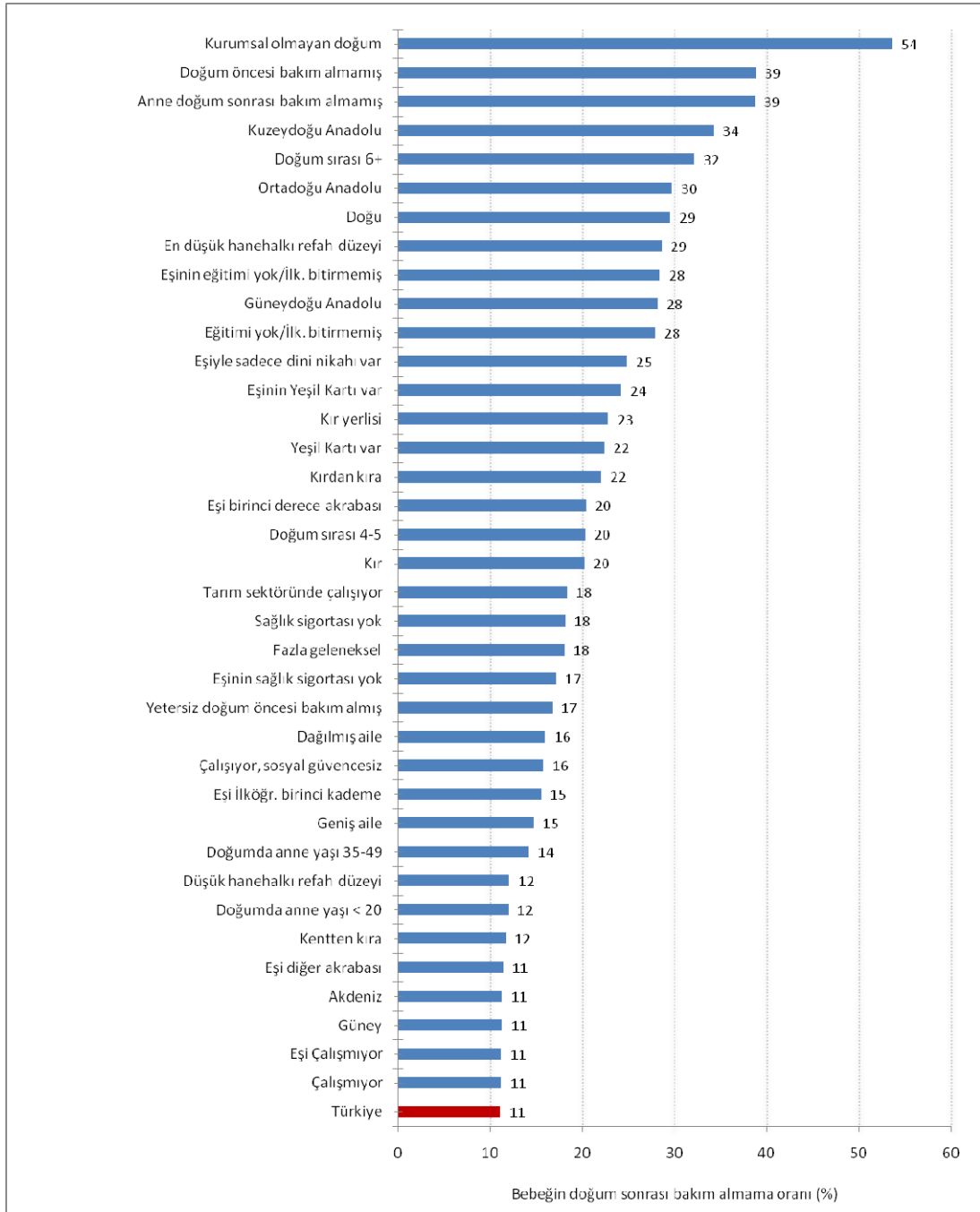
Türkiye’de bebeklerin yüzde 11’inin doğumdan sonraki 41 gün içinde hiçbir bakım almamış olması dikkat çekici bir bulgudur (Şekil 4.2). Şekil 4.2’de bebeklerin doğumlarından sonra 41 gün içinde bakım almama oranlarının Türkiye için yüzde 11 olan orandan daha yüksek olduğu nüfus grupları görülmektedir. Başka bir ifadeyle, doğum sonrası bakım alma açısından bebeklerin dezavantajlı olduğu nüfus grupları Şekil 4.2’de gösterilmektedir. Bebek için doğum sonrası bakım almama oranlarının yüksek olduğu nüfus grupları anne için bu oranların yüksek olduğu gruplarla büyük bir benzerlik göstermektedir (Şekil 4.1). Farklılık gösteren değişkenlere bakıldığında, 12 yaşına kadar kırdan yaşarken, şu an kentte yaşayan kadınların doğum sonrası bakım almama oranı Türkiye oranından yüksek iken, bebekler için böyle bir durum söz konusu değildir. Anne için doğum sonrası bakım almada çok dezavantajlı bir nüfus grubu olarak görünmemesine karşın bebeğin doğum sonrası bakımı açısından düşük oranlara sahip gruplar ise annesi dağılmış bir ailede yaşayan, annesinin doğumdaki yaşı 35-49 olan ve annesi çalışmayan bebeklerdir. Ayrıca annenin doğum sonrası bakım almadığı durumlarda bebeklerin yüzde 39’u bakım almamaktadır. Bu da oldukça yüksek bir orandır ve bebeğin doğum sonrası bakım almasının doğumun yapıldığı yerin yanında annenin doğum sonrası bakım alıp almamasıyla birebir ilişkili olduğunu gösterir niteliktedir.

Herhangi bir kurumda gerçekleşmemiş doğum sonucu hayata gelen bebekler doğum sonrası bakım hizmetinden yararlanma oranı olarak en düşük olan bebek grubudur. Yine de bu oran (yüzde 46), kurumsal olmayan doğumlar arasında annenin doğum sonrası bakım alma oranından (yüzde 13) yüksektir. Bu sonuç göstermektedir ki doğum evde veya kurumsal olmayan başka bir yerde gerçekleşse dahi bebek doğumdan sonra anneden daha yaygın olarak bakım hizmeti almaktadır. Kurumsal doğumlar da dahil genel olarak bebeğin doğum sonrası bakım alma oranının anneninkinden yüksek olduğu görülmektedir (Şekil 4.1 ve Şekil 4.2).

4.4.1.9. *Bebeklerde Doğum Sonrası İlk Bakımın Zamanlaması*

Yeni doğan bebeğin en iyi şekilde doğum sonrası bakım hizmeti alması için doğumun hemen ardından ilk birkaç saat içinde izlenmesi gerekmektedir. Bu nedenle T.C. Sağlık Bakanlığı’nın Kadın Sağlığı Doğum Sonrası Bakım Programı kapsamında belirlenen doğum sonrası bakım izlem sınıflandırmaları ile bebeğin aldığı doğum sonrası ilk bakımın zamanlaması Tablo 4.10’da verilmektedir. Bu sınıflandırmaya alternatif olarak TNSA-2008’de kullanılan zamanlama sınıflandırması ise Tablo 4.11’de verilmektedir (HÜNEE, 2009).

Şekil 4.2. Bebeğin doğum sonrası bakım almama oranı toplam içinde bebeğin doğum sonrası bakım almama oranından fazla olan nüfus grupları, Türkiye 2008



Tablo 4.10'da sunulan sonuçlara göre, bebekler arasında doğumdan sonraki ilk bir saat içinde bakım alma oranları (yüzde 57) anneler arasında ilk bir saatte bakım alma oranlarından (yüzde 45) (Tablo 4.3) yüksektir. Bunda doğumun kurum dışında gerçekleştiği takdirde annenin doğum sonrası bakım alma oranının (yüzde 13) oldukça düşük olmasına rağmen bebek için bu oranın (yüzde 46) yüksek olması bir neden olabilir (Şekil 4.1 ve Şekil 4.2). Başka bir ifadeyle, kurum dışı bir yerde gerçekleşen doğumdan sonra bebek bakım için bir yere veya kişiye götürülürken anne bakım almamaktadır. Bu da bebeklerin doğumdan sonraki ilk bakımın zamanlamasına göre dağılımlarının kadınlar için olan dağılımlarından farklı olmasına yol açabilir.

Bebeklerin yüzde 67'si doğumdan sonraki ilk 4 saat içinde bakım almaktadırlar (Tablo 4.11). Bunun yanında bebeklerin yüzde 81'i ilk 5 gün içinde bakım almaktadırlar (Tablo 4.10). Bu oran aralarında akrabalık bulunan çiftlerin bebekleri arasında yüzde 69'a düşmektedir. Fenilketonuri gibi kalıtsal hastalıklar için akraba evliliklerinde doğan bebeklerin ilk 5 gün içinde doğum sonrası bakım alması ayrı bir öneme sahiptir. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın *Yenidoğan Tarama Programı*'na göre fenilketonuri, konjenital hipotiroidi ve biyotinidaz eksikliği hastalıkları taramaları için doğan her bebekten doğumu takip eden 3-5'inci günler arası kan örneği alınması amaçlanmaktadır. Bunun için doğumdan sonraki ilk beş gün içinde bebeklerin bakım alma oranının yüzde 100'e çıkması hedeflenmektedir.

Seçilmiş temel özelliklere göre bakıldığında ilk bakımını ancak doğumundan sonraki 6 gün içinde alabilen bebeklerin oranının Doğu, Ortadoğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu bölgelerinde yaşayan, 6 veya daha üzeri çocuğa sahip olan, kurumsal olmayan bir yerde doğum yapan ve doğum sonrası bakım almamış annelerin bebekleri arasında yüzde 10'un üzerinde olduğu görülmektedir. Doğum sonrası ilk birkaç saatin, hatta günün bebek için hayati önemi olmasına rağmen bu nüfus gruplarında doğumdan ancak 5 günden sonra bebeğin doğum sonrası ilk bakımını alabilmesi dikkat edilmesi gereken bir sonuçtur. Bebeğin doğum sonrası bakım almasında dezavantajlı olan grupların (Şekil 4.2), ilk bakımları daha geç aldıkları için bebeğe yapılan bakımın zamanlaması anlamında da dezavantajlı konumda oldukları görülmektedir. Örneğin sosyal güvencesiz çalışan, tarım sektöründe çalışan, yeşil kart sahibi veya sağlık sigortası olmayan ve/veya düşük refah düzeyine sahip bir hanede yaşayan kadınların bebeklerinin doğumdan sonraki ilk bir saat içinde bakım hizmeti alma oranı diğer nüfus gruplarındaki annelerin bebeklerine göre daha düşüktür (Tablo 4.10).

4.4.1.10. Bebeğe Doğum Sonrası İlk Bakımı Yapan Kişi

Bebeklere ilk doğum sonrası bakım hizmetini anneler için olduğu gibi büyük çoğunlukla sağlık personeli vermektedir (yüzde 88) (Tablo 4.12). Sağlık personelinin aldığı doğum sonrası bakım hizmetleri arasında doktordan alınan bakım en büyük paya sahiptir. Son beş yıl içinde annesinin son doğumu olarak dünyaya gelen bebeklerin yüzde 72'si ilk bakımını doktordan, yüzde 16'sı ise ilk bakımını hemşire ve/veya ebeden almaktadır.

Tablo 4.10. T.C. Sağlık Bakanlığı sınıflandırmasına göre araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan son canlı doğumların bebeğin doğum sonrası ilk sağlık kontrolünün doğumdan ne kadar zaman sonra yapıldığına, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008

Temel özellikler	0-1 saat	2-5 saat	6-24 saat	25 saat-5 gün	6-41 gün	Bilmiyor/ Cevapsız	Doğum sonrası bakım almamış	Toplam	Çocuk sayısı
Yerleşim yeri									
Kent	61.2	11.7	4.8	7.0	5.6	1.8	7.9	100.0	2,049
Kır	46.2	13.1	4.9	6.5	7.1	2.1	20.2	100.0	719
Bölge									
Batı	70.0	11.1	4.7	5.0	4.3	0.8	4.0	100.0	1,004
Güney	52.2	14.2	4.5	8.8	6.9	2.1	11.2	100.0	354
Orta	58.8	13.3	6.5	8.1	4.6	2.9	5.9	100.0	627
Kuzey	60.4	14.6	5.6	10.6	3.2	0.9	4.6	100.0	165
Doğu	37.0	10.5	3.4	6.5	10.4	2.8	29.5	100.0	619
NUTS 1 bölgeleri									
İstanbul	80.7	6.3	1.8	1.2	6.2	0.6	3.1	100.0	472
Batı Marmara	74.3	4.2	4.2	8.4	2.5	0.0	6.4	100.0	79
Ege	60.2	19.2	7.1	7.1	1.6	1.1	3.8	100.0	346
Doğu Marmara	60.8	13.8	9.1	6.2	2.6	2.7	4.8	100.0	252
Batı Anadolu	56.5	13.7	5.6	7.2	6.5	3.0	7.5	100.0	287
Akdeniz	52.2	14.2	4.5	8.8	6.9	2.1	11.2	100.0	354
Orta Anadolu	54.9	11.8	6.0	15.1	6.3	1.5	4.5	100.0	145
Batı Karadeniz	56.2	15.9	7.0	11.4	2.6	2.5	4.5	100.0	148
Doğu Karadeniz	68.0	8.0	3.3	9.3	3.6	0.0	7.8	100.0	65
Kuzeydoğu Anadolu	35.9	10.8	2.4	6.5	8.4	1.6	34.2	100.0	92
Ortadoğu Anadolu	32.4	10.4	4.7	7.4	11.1	4.3	29.6	100.0	176
Güneydoğu Anadolu	39.6	10.4	3.0	6.0	10.6	2.3	28.1	100.0	352
Göç durumu									
Kent yerlisi	63.0	11.2	4.9	7.0	4.6	1.3	8.0	100.0	873
Kentten kente	65.6	11.3	4.0	7.5	5.6	1.1	4.8	100.0	477
Kır yerlisi	44.3	13.2	4.0	6.4	7.8	1.7	22.8	100.0	514
Kırdan kıra	37.1	13.9	8.6	8.5	3.4	6.5	22.0	100.0	49
Kırdan kente	56.0	12.5	5.3	6.7	6.6	2.9	10.0	100.0	689
Kentten kıra	52.8	13.3	7.4	5.1	7.7	2.0	11.7	100.0	137
Eşle akrabalık durumu									
Akrabalık yok	59.8	11.5	4.9	7.3	5.3	1.6	9.5	100.0	2,081
Birinci derece akraba	43.1	12.7	5.6	7.3	9.0	1.9	20.3	100.0	332
Diğer akraba	55.1	15.6	3.9	3.5	7.2	3.2	11.4	100.0	318
Evlilik biçimi									
Sadece dini nikah	45.4	14.1	1.9	6.5	6.3	1.1	24.8	100.0	112
Resmi nikah var	57.7	12.1	5.0	6.9	6.0	1.9	10.4	100.0	2,618
Hiçbiri yok	*	*	*	*	*	*	*	*	5
Toplumsal cinsiyet algısında geleneksellik düzeyi									
Fazla	49.4	12.4	4.7	7.1	6.1	2.4	18.0	100.0	950
Orta	58.4	12.3	5.4	7.1	6.0	2.1	8.8	100.0	993
Az	65.0	11.5	4.4	6.3	5.9	1.1	5.9	100.0	825
Aile yapısı									
Çekirdek	59.2	11.3	4.4	7.3	6.2	2.1	9.5	100.0	1,930
Geniş	51.8	14.5	6.1	6.0	5.6	1.3	14.7	100.0	783
Dağılmış	64.7	5.2	2.8	4.7	5.8	0.9	15.9	100.0	51
Hanehalkı refah düzeyi									
En düşük	38.5	12.2	3.0	6.9	9.2	1.7	28.6	100.0	572
Düşük	57.0	11.5	4.4	7.2	5.4	2.4	12.0	100.0	635
Orta	54.8	15.2	6.7	8.0	6.6	2.0	6.7	100.0	597
Yüksek	66.9	11.1	4.8	7.2	3.9	2.4	3.7	100.0	497
En yüksek	73.5	9.8	5.3	4.5	4.4	0.8	1.7	100.0	466
Türkiye	57.3	12.1	4.8	6.9	6.0	1.9	11.1	100.0	2,768

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az

Tablo 4.10. T.C. Sağlık Bakanlığı sınıflandırmasına göre araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan son canlı doğumların bebeğin doğum sonrası ilk sağlık kontrolünün doğumdan ne kadar zaman sonra yapıldığına, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı (devam), Türkiye 2008

Temel özellikler	0-1 saat	2-5 saat	6-24 saat	25 saat-5 gün	6-41 gün	Bilmiyor/Cevapsız	Doğum sonrası bakım almamış	Toplam	Çocuk sayısı
Doğumda anne yaşı									
< 20	57.1	13.4	4.7	7.3	4.2	1.3	11.9	100.0	221
20-34	57.7	12.4	4.8	6.6	6.1	1.7	10.6	100.0	2,273
35-49	53.8	8.8	5.6	8.2	6.1	3.5	14.1	100.0	274
Doğum sırası									
1	63.5	12.1	4.9	7.2	4.9	1.9	5.6	100.0	896
2-3	57.9	13.2	5.2	6.5	5.8	1.8	9.6	100.0	1,340
4-5	48.9	10.1	4.1	7.7	7.4	1.6	20.3	100.0	362
6+	37.4	7.5	3.8	5.7	10.3	3.2	32.1	100.0	171
Doğumun yapıldığı yer									
Kurumsal	61.6	13.0	5.2	6.5	4.1	2.0	7.6	100.0	2,561
Kurumsal olmayan	2.8	1.2	0.0	11.5	30.4	0.6	53.5	100.0	200
Doğum öncesi bakım									
Almamış	31.5	10.3	2.3	4.8	9.3	3.1	38.7	100.0	216
Almış, yetersiz	50.3	12.3	4.0	6.4	7.7	2.6	16.7	100.0	714
Almış, yeterli	63.2	12.3	5.5	7.3	5.0	1.4	5.4	100.0	1,827
Doğum sonrası bakım, anne									
Almış	63.0	13.4	5.4	6.7	3.6	1.9	6.0	100.0	2,340
Almamış	26.0	4.8	2.1	7.8	19.0	1.6	38.7	100.0	428
Kadının eğitim düzeyi									
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	38.8	11.5	4.6	5.1	9.8	2.4	27.9	100.0	541
İlköğretim birinci kademe	56.5	14.4	4.1	7.5	6.0	1.6	10.1	100.0	1,365
İlköğretim ikinci kademe	61.3	10.7	7.3	8.7	4.9	3.0	4.0	100.0	272
Lise veya üzeri	74.2	8.1	5.7	6.1	3.1	1.5	1.3	100.0	591
Eşin eğitim düzeyi									
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	43.2	8.7	7.3	2.8	7.7	2.0	28.3	100.0	149
İlköğretim birinci kademe	53.2	12.4	4.0	6.0	7.0	2.0	15.5	100.0	1,284
İlköğretim ikinci kademe	57.0	13.8	6.1	8.4	6.4	1.5	6.9	100.0	411
Lise veya üzeri	65.6	11.6	5.1	7.8	4.2	1.9	3.8	100.0	913
Kadının çalışma durumu									
Çalışmıyor	56.9	12.1	4.7	6.6	6.6	2.0	11.2	100.0	2,132
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	48.7	14.2	6.1	8.5	4.6	2.1	15.7	100.0	420
Çalışıyor, sosyal güvenceli	77.7	7.6	3.9	6.6	2.4	0.6	1.1	100.0	216
Kadının çalıştığı sektör									
Çalışmıyor	56.9	12.1	4.7	6.6	6.6	2.0	11.2	100.0	2,132
Tarım	47.0	12.6	6.4	8.7	5.3	1.9	18.3	100.0	287
Sanayi	(56)	(22.8)	(1.5)	(16.8)	(0)	(2.9)	(0)	(100.0)	31
Hizmet	69.2	10.5	4.8	6.3	3.0	1.3	5.0	100.0	318
Kadının sağlık sigortası									
Sağlık sigortası yok	49.9	11.3	4.3	6.3	8.9	1.2	18.1	100.0	459
SSK	63.2	13.0	5.3	6.7	4.3	1.8	5.6	100.0	1,233
Emekli Sandığı	72.7	8.7	3.8	8.2	1.5	3.5	1.5	100.0	197
Bağ-Kur	57.0	12.0	6.3	7.7	4.9	2.6	9.4	100.0	291
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	*	*	*	*	11
Yeşil kart	44.2	11.8	4.1	6.6	9.3	1.5	22.4	100.0	555
Diğer	*	*	*	*	*	*	*	*	14
Eşin sağlık sigortası									
Sağlık sigortası yok	51.8	11.0	3.5	7.0	8.3	1.3	17.1	100.0	449
SSK	63.1	12.5	5.3	6.6	4.9	1.7	5.9	100.0	1,279
Emekli Sandığı	66.8	11.2	4.2	10.4	1.9	3.9	1.7	100.0	188
Bağ-Kur	58.4	13.0	6.3	6.4	4.5	2.7	8.6	100.0	318
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	*	*	*	*	11
Yeşil kart	42.3	12.0	4.4	6.1	9.3	1.7	24.2	100.0	501
Diğer	*	*	*	*	*	*	*	*	19
Türkiye	57.3	12.1	4.8	6.9	6.0	1.9	11.1	100.0	2,768

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () Ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

Tablo 4.11. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan son canlı doğumların bebeğin doğum sonrası ilk sağlık kontrolünün doğumdan ne kadar zaman sonra yapıldığına, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008

Temel özellikler	4 saatten az	4-23 saat	1-2 gün	3-41 gün	Bilmiyor/ Cevapsız	Doğum sonrası bakım almamış	Toplam	Çocuk sayısı
Yerleşim yeri								
Kent	70.0	7.8	5.3	7.2	1.8	7.9	100.0	2,049
Kır	57.0	7.1	4.9	8.7	2.1	20.2	100.0	719
Bölge								
Batı	78.6	7.3	4.3	5.0	.8	4.0	100.0	1,004
Güney	63.7	7.2	6.2	9.5	2.1	11.2	100.0	354
Orta	68.9	9.7	6.5	6.1	2.9	5.9	100.0	627
Kuzey	71.4	9.3	8.6	5.3	.9	4.6	100.0	165
Doğu	45.3	5.6	4.0	12.9	2.8	29.5	100.0	619
NUTS 1 bölgeleri								
İstanbul	85.2	3.7	.6	6.8	.6	3.1	100.0	472
Batı Marmara	76.8	5.9	5.0	5.9	.0	6.4	100.0	79
Ege	76.5	10.0	6.7	2.0	1.1	3.8	100.0	346
Doğu Marmara	71.4	12.3	6.2	2.6	2.7	4.8	100.0	252
Batı Anadolu	65.7	10.2	5.7	8.0	3.0	7.5	100.0	287
Akdeniz	63.7	7.2	6.2	9.5	2.1	11.2	100.0	354
Orta Anadolu	63.6	9.0	11.5	9.9	1.5	4.5	100.0	145
Batı Karadeniz	68.0	11.0	9.9	4.1	2.5	4.5	100.0	148
Doğu Karadeniz	74.5	4.7	7.6	5.3	.0	7.8	100.0	65
Kuzeydoğu Anadolu	43.9	5.3	5.3	9.7	1.6	34.2	100.0	92
Ortadoğu Anadolu	40.3	7.2	5.9	12.6	4.3	29.6	100.0	176
Güneydoğu Anadolu	48.1	4.9	2.7	13.8	2.3	28.1	100.0	352
Göç durumu								
Kent yerlisi	71.3	7.9	5.4	6.2	1.3	8.0	100.0	873
Kentten kente	74.2	6.8	6.2	6.9	1.1	4.8	100.0	477
Kır yerlisi	55.8	5.7	4.7	9.4	1.7	22.8	100.0	514
Kırdan kıra	51.0	8.6	8.5	3.4	6.5	22.0	100.0	49
Kırdan kente	65.5	8.3	4.8	8.5	2.9	10.0	100.0	689
Kentten kıra	61.0	12.5	3.3	9.5	2.0	11.7	100.0	137
Eşle akrabalık durumu								
Akrabalık yok	68.7	7.6	5.6	7.0	1.6	9.5	100.0	2,081
Birinci derece akraba	53.3	8.2	5.6	10.7	1.9	20.3	100.0	332
Diğer akraba	67.3	7.3	2.3	8.4	3.2	11.4	100.0	318
Evlilik biçimi								
Sadece dini nikah	59.0	2.4	5.0	7.8	1.1	24.8	100.0	112
Resmi nikah var	66.9	7.9	5.2	7.6	1.9	10.4	100.0	2,618
Hiçbiri yok	*	*	*	*	*	*	*	5
Toplumsal cinsiyet algısında geleneksellik düzeyi								
Fazla	59.5	7.0	5.4	7.8	2.4	18.0	100.0	950
Orta	68.0	8.1	5.6	7.4	2.1	8.8	100.0	993
Az	73.2	7.6	4.6	7.6	1.1	5.9	100.0	825
Aile yapısı								
Çekirdek	68.1	6.8	5.5	7.9	2.1	9.5	100.0	1,930
Geniş	62.5	9.9	4.6	7.0	1.3	14.7	100.0	783
Dağılmış	69.9	2.8	4.7	5.8	.9	15.9	100.0	51
Hanehalkı refah düzeyi								
En düşük	48.5	5.2	4.9	11.2	1.7	28.6	100.0	572
Düşük	66.0	7.0	5.8	6.8	2.4	12.0	100.0	635
Orta	65.5	11.2	6.1	8.4	2.0	6.7	100.0	597
Yüksek	76.4	6.5	5.7	5.4	2.4	3.7	100.0	497
En yüksek	80.8	7.9	3.2	5.7	0.8	1.7	100.0	466
Türkiye	66.6	7.6	5.2	7.6	1.9	11.1	100.0	2,768

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az

Tablo 4.11. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan son canlı doğumların bebeğin doğum sonrası ilk sağlık kontrolünün doğumdan ne kadar zaman sonra yapıldığına, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı (devam), Türkiye 2008

Temel özellikler	4 saatten az	4-23 saat	1-2 gün	3-41 gün	Bilmiyor/ Cevapsız	Doğum sonrası bakım almamış	Toplam	Çocuk sayısı
Doğumda anne yaşı								
< 20	68.1	7.0	6.3	5.3	1.3	11.9	100.0	221
20-34	67.2	7.6	5.0	7.8	1.7	10.6	100.0	2,273
35-49	60.3	7.8	6.2	8.0	3.5	14.1	100.0	274
Doğum sırası								
1	73.2	7.3	5.7	6.4	1.9	5.6	100.0	896
2-3	68.0	8.3	5.5	6.8	1.8	9.6	100.0	1,340
4-5	56.4	6.8	3.9	11.1	1.6	20.3	100.0	362
6+	43.4	5.3	3.4	12.6	3.2	32.1	100.0	171
Doğumun yapıldığı yer								
Kurumsal	71.6	8.2	5.2	5.4	2.0	7.6	100.0	2,561
Kurumsal olmayan	3.8	0.2	6.2	35.6	0.6	53.5	100.0	200
Doğum öncesi bakım								
Almamış	40.8	3.3	3.7	10.3	3.1	38.7	100.0	216
Almış, yetersiz	60.8	5.8	4.7	9.4	2.6	16.7	100.0	714
Almış, yeterli	72.1	8.9	5.6	6.6	1.4	5.4	100.0	1,827
Doğum sonrası bakım, anne								
Almış	73.5	8.3	5.4	4.9	1.9	6.0	100.0	2,340
Almamış	29.2	3.7	4.2	22.7	1.6	38.7	100.0	428
Kadının eğitim düzeyi								
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	48.8	6.0	3.9	10.9	2.4	27.9	100.0	541
İlköğretim birinci kademe	67.2	7.7	5.6	7.8	1.6	10.1	100.0	1,365
İlköğretim ikinci kademe	68.9	10.4	7.5	6.1	3.0	4.0	100.0	272
Lise veya üzeri	80.4	7.5	4.5	4.7	1.5	1.3	100.0	591
Eşin eğitim düzeyi								
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	51.2	8.0	2.4	8.2	2.0	28.3	100.0	149
İlköğretim birinci kademe	62.5	7.1	4.2	8.7	2.0	15.5	100.0	1,284
İlköğretim ikinci kademe	67.8	9.1	7.0	7.7	1.5	6.9	100.0	411
Lise veya üzeri	74.7	7.6	6.0	6.0	1.9	3.8	100.0	913
Kadının çalışma durumu								
Çalışmıyor	66.2	7.5	5.2	8.0	2.0	11.2	100.0	2,132
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	59.1	10.0	5.5	7.6	2.1	15.7	100.0	420
Çalışıyor, sosyal güvenceli	85.1	4.1	5.1	3.9	0.6	1.1	100.0	216
Kadının çalıştığı sektör								
Çalışmıyor	66.2	7.5	5.2	8.0	2.0	11.2	100.0	2,132
Tarım	57.4	8.6	6.0	8.0	1.9	18.3	100.0	287
Sanayi	(65.8)	(14.5)	(13.7)	(3.1)	(2.9)	(0)	(100.0)	31
Hizmet	77.7	6.8	4.0	5.2	1.3	5.0	100.0	318
Kadının sağlık sigortası								
Sağlık sigortası yok	59.1	6.4	4.6	10.6	1.2	18.1	100.0	459
SSK	72.7	8.9	5.4	5.6	1.8	5.6	100.0	1,233
Emekli Sandığı	81.1	4.2	5.6	4.1	3.5	1.5	100.0	197
Bağ-Kur	66.7	8.6	5.3	7.3	2.6	9.4	100.0	291
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	*	*	*	11
Yeşil kart	53.7	6.5	4.9	11.0	1.5	22.4	100.0	555
Diğer	*	*	*	*	*	*	*	14
Eşin sağlık sigortası								
Sağlık sigortası yok	61.3	5.0	5.3	10.0	1.3	17.1	100.0	449
SSK	72.1	8.8	5.4	6.1	1.7	5.9	100.0	1,279
Emekli Sandığı	77.3	4.9	6.6	5.7	3.9	1.7	100.0	188
Bağ-Kur	68.8	9.0	4.7	6.2	2.7	8.6	100.0	318
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	*	*	*	11
Yeşil kart	51.6	7.1	4.3	11.2	1.7	24.2	100.0	501
Diğer	*	*	*	*	*	*	*	19
Türkiye	66.6	7.6	5.2	7.6	1.9	11.1	100.0	2,768

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () Ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

Bölgesel ve sosyoekonomik özellikler bebeğin hemşire veya ebeden ilk bakımı alma oranını etkilemektedir: Kırdan, Doğu bölgesinde veya Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde yaşayan, 12 yaşından bu yana kırdan yaşayan, kurumsal olmayan yerde doğum yapmış olan, doğum öncesi

veya sonrası bakım almamış olan, kendisi veya eşi düşük eğitim düzeyine sahip olan, sosyal güvencesiz çalışan, tarım sektöründe çalışan, kendisinin veya eşi üzerinden yeşil kart ile sağlık sigortası olan ve düşük refah düzeyine sahip hanede yaşayan kadınların bebekleri arasında hemşire ve/veya ebeden ilk bakım alma oranları diğer nüfus gruplarına göre daha yüksektir. Bu durum bölgedeki doktorun ulaşılabilirliğine ve olanaklara bağlı olabileceği gibi annelerin bebeklerinin bakımı için personel seçimleri ile de ilgili olabilir. Ancak hanehalkı refahı gibi sosyoekonomik özelliklerin çok etkili olduğu bu sonuçlar, bebeğin doktordan doğum sonrası bakım almasının daha çok maddi bir boyutu olduğunu gösterir niteliktedir.

4.4.1.11. Bebeğin Doğum Sonrası Bakım Aldığı Yer

Bebek için doğum sonrası ilk bakım hizmetinin alındığı yere göre doğum sonrası bakım oranlarına bakıldığında oranların anne için olan oranlarla benzediği görülmektedir (Tablo 4.13 ve Tablo 4.6). Bir fark, en az bir kez doğum sonrası bakım almış olan bebeklerin ilk bakımı sağlık ocağında alma oranlarının doğum sonrası bakım almış anneler için olan orandan yüzde 4 kadar fazla olmasıdır (sırasıyla yüzde 5 ve yüzde 1).

Bebekler için doğum sonrası bakımı evde alma oranı tüm doğum sonrası bakım alınmış doğumlar arasında yok denilebilecek kadar azdır (yüzde 0.4). Bunun yanında bebeğin ilk bakımını özel doktor muayenehanesi veya diğer özel sağlık personeli tarafından alma oranları da oldukça düşüktür (sırasıyla yüzde 0.9 ve yüzde 0.1). Devlet veya Numune Hastanesi, Türkiye genelinde ve neredeyse her nüfus alt grubunda bebeğin doğum sonrası bakım aldığı yerler arasında en çok başvurulan kurum olarak görülmektedir. Devlet kurumları arasında devlet veya Numune Hastanesi'ni doğumevi, sağlık ocağı, üniversite hastanesi ve araştırma hastanesi izlemektedir. Özel sektör kurumları arasında ise özel hastane veya poliklinikler, doğum sonrası bakım alan bebeklerin anneler gibi yüzde 24'ünün ilk bakımlarını aldıkları yerlerdir. Bebeklerinin ilk doğum sonrası bakımı için özel hastane veya poliklinikleri devlet veya Numune Hastanesi'nden daha yaygın olarak tercih eden anneler, İstanbul'da yaşayan, lise veya üzeri eğitime sahip ve en yüksek refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan kadınlar olarak görülmektedir. Bu bulgu bebeğin doğum sonrası bakımının nerede yapıldığının annenin sosyoekonomik özellikleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.13'teki sonuçlar değerlendirilirken bebeğe verilen ilk bakım hizmetinin gerçekleştiği yerin doğumun gerçekleştiği yerle yüksek ilişkili olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Tablo 4.12. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan son canlı doğumların bebeğin doğum sonrası ilk sağlık kontrolünü yapan kişiye, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008

Temel özellikler	Doktor	Hemşire/Ebe	Bilmiyor/ Cevapsız	Diğer	Doğum sonrası bakım almamış	Toplam	Çocuk sayısı
Yerleşim yeri							
Kent	76.8	14.4	0.1	0.9	7.9	100.0	2,049
Kır	58.8	20.4	0.0	0.7	20.2	100.0	719
Bölge							
Batı	84.1	11.3	0.0	0.6	4.0	100.0	1,004
Güney	70.9	17.2	0.2	0.4	11.2	100.0	354
Orta	78.6	14.1	0.3	1.1	5.9	100.0	627
Kuzey	71.0	24.1	0.0	0.3	4.6	100.0	165
Doğu	47.0	22.3	0.0	1.2	29.5	100.0	619
NUTS 1 bölgeleri							
İstanbul	89.2	7.1	0.0	0.6	3.1	100.0	472
Batı Marmara	76.9	15.9	0.0	0.8	6.4	100.0	79
Ege	85.4	10.1	0.0	0.7	3.8	100.0	346
Doğu Marmara	75.6	18.6	0.0	1.0	4.8	100.0	252
Batı Anadolu	78.3	12.2	0.7	1.3	7.5	100.0	287
Akdeniz	70.9	17.2	0.2	0.4	11.2	100.0	354
Orta Anadolu	71.1	24.0	0.0	0.4	4.5	100.0	145
Batı Karadeniz	76.1	19.1	0.0	0.3	4.5	100.0	148
Doğu Karadeniz	68.4	23.8	0.0	0.0	7.8	100.0	65
Kuzeydoğu Anadolu	41.6	23.9	0.3	0.0	34.2	100.0	92
Ortadoğu Anadolu	50.9	18.2	0.0	1.3	29.6	100.0	176
Güneydoğu Anadolu	46.5	23.9	0.0	1.5	28.1	100.0	352
Göç durumu							
Kent yerlisi	77.0	14.2	0.2	0.7	8.0	100.0	873
Kentten kente	83.0	11.2	0.0	1.0	4.8	100.0	477
Kır yerlisi	55.1	21.4	0.0	0.7	22.8	100.0	514
Kırdan kıra	58.1	18.8	0.0	1.1	22.0	100.0	49
Kırdan kente	71.6	17.2	0.1	1.1	10.0	100.0	689
Kentten kıra	72.9	15.5	0.0	0.0	11.7	100.0	137
Eşle akrabalık durumu							
Akrabalık yok	74.1	15.6	0.1	0.6	9.5	100.0	2,081
Birinci derece akraba	63.8	14.9	0.0	1.0	20.3	100.0	332
Diğer akraba	67.3	19.8	0.0	1.5	11.4	100.0	318
Evlilik biçimi							
Sadece dini nikah	57.2	16.1	1.9	0.0	24.8	100.0	112
Resmi nikah var	72.7	16.0	0.0	0.8	10.4	100.0	2,618
Hiçbiri yok	*	*	*	*	*	*	5
Toplumsal cinsiyet algısında geleneksellik düzeyi							
Fazla	64.2	17.0	0.0	0.8	18.0	100.0	950
Orta	72.6	18.0	0.1	0.6	8.8	100.0	993
Az	80.7	12.2	0.2	1.1	5.9	100.0	825
Aile yapısı							
Çekirdek	74.4	15.4	0.0	0.7	9.5	100.0	1,930
Geniş	66.3	17.7	0.3	1.0	14.7	100.0	783
Dağılmış	71.9	12.1	0.0	0.0	15.9	100.0	51
Hanehalkı refah düzeyi							
En düşük	47.1	23.7	0.2	0.5	28.6	100.0	572
Düşük	67.9	19.2	0.0	0.9	12.0	100.0	635
Orta	77.8	14.3	0.3	0.9	6.7	100.0	597
Yüksek	81.7	14.1	0.0	0.5	3.7	100.0	497
En yüksek	91.1	6.0	0.0	1.2	1.7	100.0	466
Türkiye	72.1	15.9	0.1	0.8	11.1	100.0	2,768

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az

Tablo 4.12. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan son canlı doğumların bebeğin doğum sonrası ilk sağlık kontrolünü yapan kişiye, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı (devam), Türkiye 2008

Temel özellikler	Doktor	Hemşire/Ebe	Bilmiyor/ Cevapsız	Diğer	Doğum sonrası bakım almamış	Toplam	Çocuk sayısı
Doğumda anne yaşı							
< 20	68.9	18.8	0.0	0.4	11.9	100.0	221
20-34	72.3	16.1	0.1	0.8	10.6	100.0	2,273
35-49	73.0	12.1	0.0	0.8	14.1	100.0	274
Doğum sırası							
1	79.0	14.9	0.0	0.5	5.6	100.0	896
2-3	73.5	15.5	0.1	1.2	9.6	100.0	1,340
4-5	60.8	18.7	0.2	0.1	20.3	100.0	362
6+	48.8	18.6	0.0	0.6	32.1	100.0	171
Doğumun yapıldığı yer							
Kurumsal	75.6	15.8	0.1	0.8	7.6	100.0	2,561
Kurumsal olmayan	28.6	17.5	0.0	0.3	53.5	100.0	200
Doğum öncesi bakım							
Almamış	39.1	22.2	0.0	0.0	38.7	100.0	216
Almış, yetersiz	58.6	23.2	0.4	1.1	16.7	100.0	714
Almış, yeterli	81.4	12.4	0.0	0.8	5.4	100.0	1,827
Doğum sonrası bakım, anne							
Almış	78.2	14.8	0.1	0.9	6.0	100.0	2,340
Almamış	38.9	22.0	0.2	0.3	38.7	100.0	428
Kadının eğitim düzeyi							
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	51.3	20.0	0.0	0.8	27.9	100.0	541
İlköğretim birinci kademe	71.7	16.9	0.2	1.1	10.1	100.0	1,365
İlköğretim ikinci kademe	76.3	19.5	0.0	0.2	4.0	100.0	272
Lise veya üzeri	90.2	8.1	0.0	0.3	1.3	100.0	591
Eşin eğitim düzeyi							
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	52.5	17.9	0.0	1.3	28.3	100.0	149
İlköğretim birinci kademe	65.6	18.0	0.2	0.7	15.5	100.0	1,284
İlköğretim ikinci kademe	75.6	17.0	0.1	0.5	6.9	100.0	411
Lise veya üzeri	83.0	12.2	0.0	1.0	3.8	100.0	913
Kadının çalışma durumu							
Çalışmıyor	71.6	16.3	0.1	0.7	11.2	100.0	2,132
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	65.2	17.4	0.0	1.7	15.7	100.0	420
Çalışıyor, sosyal güvenceli	89.9	9.0	0.0	0.0	1.1	100.0	216
Kadının çalıştığı sektör							
Çalışmıyor	71.6	16.3	0.1	0.7	11.2	100.0	2,132
Tarım	61.3	19.2	0.0	1.2	18.3	100.0	287
Sanayi	(66.1)	(31.7)	(0)	(2.2)	(0)	(100.0)	31
Hizmet	85.4	8.7	0.0	0.9	5.0	100.0	318
Kadının sağlık sigortası							
Sağlık sigortası yok	64.0	16.7	0.1	1.2	18.1	100.0	459
SSK	79.1	14.6	0.0	0.6	5.6	100.0	1,233
Emekli Sandığı	87.5	8.5	1.0	1.5	1.5	100.0	197
Bağ-Kur	74.0	15.1	0.0	1.4	9.4	100.0	291
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	*	*	11
Yeşil kart	55.5	21.7	0.1	0.4	22.4	100.0	555
Diğer	*	*	*	*	*	*	14
Eşin sağlık sigortası							
Sağlık sigortası yok	66.3	16.1	0.1	0.5	17.1	100.0	449
SSK	78.7	14.6	0.0	0.9	5.9	100.0	1,279
Emekli Sandığı	88.8	7.9	0.0	1.6	1.7	100.0	188
Bağ-Kur	74.3	15.8	0.0	1.3	8.6	100.0	318
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	*	*	11
Yeşil kart	51.9	23.1	0.5	0.3	24.2	100.0	501
Diğer	*	*	*	*	*	*	19
Türkiye	72.1	15.9	0.1	0.8	11.1	100.0	2,768

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () Ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

Tablo 4.13. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan doğum sonrası bakımı olan son canlı doğumların bebeğin doğum sonrası ilk sağlık kontrolünün yapıldığı yere, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008

Doğum sonrası bakım olan son doğumlar arasında														Doğum sonrası bakım olan doğum sayısı
Temel özellikler	Ev	Devlet/ Numune Hast.	Sağlık Ocağı	Doğum- evi	Diğer Devlet	Üniv. Hast.	Araştır- ma Hast.	Özel hast./ poliklinik	Özel doktor muayene- hanesi	Diğer özel sağlık personel	Diğer	Cevapsız	Toplam	
Yerleşim yeri														
Kent	0.3	40.4	4.1	21.9	0.4	2.3	1.5	28.0	0.8	0.0	0.0	0.2	100.0	1,887
Kır	0.7	58.6	7.5	18.3	0.7	1.7	1.5	8.9	1.3	0.1	0.6	0.0	100.0	574
Bölge														
Batı	0.2	41.5	2.6	11.7	0.6	1.1	1.9	39.1	0.7	0.0	0.2	0.3	100.0	964
Güney	0.0	53.3	4.6	17.5	0.6	2.5	0.6	18.4	1.9	0.5	0.0	0.0	100.0	314
Orta	0.1	41.0	4.8	36.6	0.1	3.8	1.3	12.0	0.3	0.0	0.0	0.0	100.0	590
Kuzey	0.6	59.6	5.4	25.5	0.0	1.4	0.0	5.8	1.1	0.0	0.6	0.0	100.0	158
Doğu	1.2	44.8	10.1	21.9	0.9	2.4	2.0	15.1	1.3	0.0	0.1	0.1	100.0	437
NUTS 1 bölgeleri														
İstanbul	0.0	28.3	1.9	5.1	0.0	0.6	1.3	60.9	1.3	0.0	0.0	0.6	100.0	458
Batı Marmara	0.0	71.4	1.8	11.6	1.8	0.9	0.9	11.6	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	74
Ege	0.7	58.1	2.7	17.2	0.0	3.6	1.8	15.2	0.0	0.0	0.6	0.0	100.0	333
Doğu Marmara	0.0	41.3	2.3	28.8	1.8	1.8	3.4	20.3	0.4	0.0	0.0	0.0	100.0	239
Batı Anadolu	0.0	32.1	6.6	45.4	0.0	1.7	1.4	12.0	0.8	0.0	0.0	0.0	100.0	266
Akdeniz	0.0	53.3	4.6	17.5	0.6	2.5	0.6	18.4	1.9	0.5	0.0	0.0	100.0	314
Orta Anadolu	0.5	37.2	6.4	27.9	0.5	5.6	0.9	21.1	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	139
Batı Karadeniz	0.7	63.3	4.1	23.2	0.0	2.3	0.6	4.1	0.9	0.0	0.7	0.0	100.0	142
Doğu Karadeniz	0.0	55.8	7.5	30.0	0.0	0.6	0.0	5.5	0.6	0.0	0.0	0.0	100.0	60
Kuzeydoğu Anadolu	0.8	57.0	7.1	21.8	2.0	1.2	2.4	6.8	0.4	0.0	0.0	0.4	100.0	60
Ortadoğu Anadolu	1.9	46.3	6.8	28.5	0.0	2.6	3.8	7.5	2.5	0.0	0.0	0.0	100.0	124
Güneydoğu Anadolu	1.0	41.2	12.4	18.7	1.1	2.7	1.0	20.7	1.0	0.0	0.2	0.0	100.0	253
Göç durumu														
Kent yerlisi	0.1	37.8	3.8	23.6	0.4	2.2	1.2	29.9	1.1	0.0	0.0	0.0	100.0	804
Kentten kente	0.2	41.6	3.1	16.3	0.7	3.8	1.7	31.8	0.7	0.0	0.0	0.0	100.0	454
Kır yerlisi	0.8	60.4	8.3	18.8	0.5	1.6	1.0	7.1	1.5	0.0	0.1	0.0	100.0	397
Kırdan kıra	(3.4)	(68.3)	(0)	(16.2)	(3.7)	(1.5)	(1.5)	(5.5)	(0)	(0)	(0)	(0)	(100.0)	38
Kırdan kente	0.5	42.1	5.3	24.3	0.3	1.6	2.1	22.9	0.3	0.1	0.0	0.5	100.0	620
Kentten kıra	0.0	57.3	7.9	14.5	0.0	0.8	1.8	14.1	1.1	0.7	1.7	0.0	100.0	121
Eşle akrabalık														
Akrabalık yok	0.3	45.2	4.6	19.8	0.5	2.1	1.8	24.7	0.6	0.0	0.1	0.2	100.0	1,883
Birinci derece	1.0	45.8	6.8	21.5	0.3	3.5	0.6	17.6	3.0	0.0	0.0	0.0	100.0	264
Diğer akraba	0.2	42.7	5.1	28.8	0.6	0.7	0.8	19.9	0.5	0.2	0.4	0.1	100.0	282
Evlilik biçimi														
Sadece dini nikah	2.3	42.9	8.4	21.9	0.0	0.0	1.9	21.0	1.5	0.0	0.0	0.0	100.0	84
Resmi nikah var	0.3	44.9	4.8	21.1	0.5	2.2	1.5	23.5	0.9	0.1	0.2	0.1	100.0	2,344
Hiçbiri yok	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
Toplumsal cinsiyet algısında geleneksellik düzeyi														
Fazla	0.2	49.6	6.0	22.5	0.2	1.5	1.0	17.7	1.1	0.1	0.0	0.0	100.0	779
Orta	0.5	43.6	4.9	21.5	0.6	3.0	1.7	23.2	0.7	0.0	0.1	0.3	100.0	906
Az	0.5	40.9	3.8	19.1	0.7	2.0	1.8	29.9	0.9	0.1	0.4	0.0	100.0	776
Aile yapısı														
Çekirdek	0.3	44.2	4.9	19.6	0.5	2.2	1.3	25.7	1.0	0.1	0.1	0.0	100.0	1,746
Geniş	0.5	47.2	5.1	24.4	0.6	2.1	2.0	16.8	0.7	0.0	0.2	0.5	100.0	668
Dağılmış	(0)	(25.6)	(2.2)	(31.6)	(0)	(2)	(0)	(36.5)	(2.2)	(0)	(0)	(0)	(100.0)	43
Hanehalkı refah düzeyi														
En düşük	1.0	57.7	10.9	20.1	0.4	1.3	1.9	4.9	1.5	0.2	0.1	0.0	100.0	409
Düşük	1.0	51.5	6.1	23.3	0.3	2.4	0.8	14.2	0.4	0.0	0.0	0.0	100.0	559
Orta	0.0	46.0	5.1	23.9	0.7	1.4	1.5	20.8	0.6	0.1	0.0	0.0	100.0	557
Yüksek	0.0	40.2	2.3	22.2	0.5	2.2	1.7	28.6	1.4	0.0	0.2	0.6	100.0	479
En yüksek	0.0	27.5	0.4	14.7	0.6	3.7	1.9	49.9	0.8	0.0	0.4	0.1	100.0	458
Türkiye	1.0	57.7	10.9	20.1	0.4	1.3	1.9	4.9	1.5	0.2	0.1	0.0	100.0	409

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () Ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

Tablo 4.13. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan doğum sonrası bakımı olan son canlı doğumların bebeğin doğum sonrası ilk sağlık kontrolünün yapıldığı yere, temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı (devam), Türkiye 2008

Temel özellikler	Doğum sonrası bakım olan son doğumlar arasında												Doğum sonrası bakım olan doğum sayısı	
	Ev	Devlet/ Numune Hast.	Sağlık Ocağı	Doğum- evi	Diğer Devlet	Üniv. Hast.	Araştır- ma Hast.	Özel hast./ poliklinik	Özel doktor muayene- hanesi	Diğer özel sağlık personel	Diğer	Cevapsız		Toplam
Doğumda anne yaşı														
< 20	0.0	41.7	4.0	31.8	0.0	2.4	1.1	18.0	0.9	0.0	0.0	0.1	100.0	195
20-34	0.5	44.9	5.1	19.7	0.6	2.1	1.3	24.6	0.9	0.0	0.2	0.1	100.0	2,031
35-49	0.0	45.1	3.7	24.3	0.0	3.1	3.4	19.1	1.0	0.3	0.0	0.0	100.0	235
Doğum sırası														
1	0.0	41.2	3.4	22.3	0.3	2.1	1.6	28.5	0.6	0.0	0.0	0.0	100.0	846
2-3	0.5	47.1	4.3	19.3	0.6	2.4	1.6	22.5	1.1	0.1	0.2	0.2	100.0	1,211
4-5	1.1	43.7	8.7	24.4	0.8	1.3	1.1	17.9	1.1	0.0	0.0	0.0	100.0	289
6+	0.4	46.0	12.9	22.2	0.0	3.3	1.0	12.9	0.9	0.0	0.5	0.0	100.0	116
Doğumun yapıldığı yer														
Kurumsal	0.0	45.1	3.2	21.8	0.5	2.3	1.6	24.3	0.8	0.1	0.1	0.1	100.0	2,366
Kurumsal olmayan	9.0	29.9	47.8	3.6	0.5	0.6	0.0	5.5	2.5	0.0	0.6	0.0	100.0	93
Doğum öncesi														
Almamış	1.4	49.0	14.2	24.4	0.0	1.3	0.7	7.2	1.4	0.0	0.4	0.0	100.0	132
Almış, yetersiz	0.6	49.0	9.1	24.9	0.4	1.5	0.7	13.4	0.5	0.0	0.0	0.0	100.0	595
Almış, yeterli	0.2	42.9	2.7	19.6	0.6	2.4	1.8	28.3	1.0	0.1	0.2	0.2	100.0	1,729
Doğum sonrası bakım, anne														
Almış	0.1	44.7	3.0	21.6	0.5	2.4	1.7	25.1	0.7	0.1	0.1	0.1	100.0	2,199
Almamış	2.6	44.3	20.9	17.2	0.5	0.5	0.2	10.9	2.6	0.0	0.2	0.0	100.0	263
Kadının eğitim düzeyi														
Eğitimi yok/ilk.	1.0	46.9	9.8	22.4	0.4	2.6	1.4	14.3	1.0	0.2	0.0	0.1	100.0	390
İlköğretim birinci	0.5	49.6	5.4	20.6	0.4	1.6	1.1	19.7	0.9	0.1	0.0	0.2	100.0	1,228
İlköğretim ikinci	0.0	46.6	3.4	28.4	0.9	2.6	0.7	17.3	0.1	0.0	0.0	0.0	100.0	261
Lise veya üzeri	0.0	31.8	1.1	18.0	0.7	3.1	2.8	40.8	1.1	0.0	0.5	0.0	100.0	583
Eşin eğitim düzeyi														
Eğitimi yok/ilk.	0.0	51.6	10.7	25.4	0.0	1.6	0.6	9.1	1.0	0.0	0.0	0.0	100.0	107
İlköğretim birinci	0.7	47.4	6.5	21.1	0.5	1.2	1.5	20.1	0.6	0.1	0.1	0.3	100.0	1,086
İlköğretim ikinci	0.5	45.2	5.1	25.2	0.1	2.3	1.3	19.9	0.3	0.2	0.0	0.0	100.0	383
Lise veya üzeri	0.0	40.0	2.2	18.6	0.7	3.5	1.7	31.5	1.5	0.0	0.2	0.0	100.0	878
Kadının çalışma durumu														
Çalışmıyor	0.4	42.8	5.2	22.0	0.5	2.0	1.6	24.0	1.0	0.1	0.2	0.2	100.0	1,894
Çalışıyor, sosyal	0.4	60.6	6.0	22.2	0.8	2.0	0.4	7.4	0.2	0.0	0.0	0.0	100.0	354
Çalışıyor, sosyal	0.0	34.3	0.5	10.7	0.0	4.7	2.2	46.2	1.3	0.0	0.0	0.0	100.0	214
Kadının çalıştığı sektör														
Çalışmıyor	0.4	42.8	5.2	22.0	0.5	2.0	1.6	24.0	1.0	0.1	0.2	0.2	100.0	1,894
Tarım	0.6	61.7	7.3	23.1	0.6	1.8	0.8	3.7	0.2	0.0	0.0	0.0	100.0	235
Sanayi	(0)	(50.2)	(2.9)	(18.7)	(3.1)	(2.1)	(0)	(23)	(0)	(0)	(0)	(0)	(100.0)	31
Hizmet	0.0	42.2	1.4	13.8	0.2	4.0	1.4	36.2	0.9	0.0	0.0	0.0	100.0	302
Kadının sağlık sigortası														
Sağlık sigortası yok	1.4	44.5	7.4	21.0	0.2	1.3	0.1	23.0	0.7	0.2	0.1	0.0	100.0	376
SSK	0.1	41.9	3.2	21.3	0.2	1.9	1.5	28.8	0.7	0.1	0.0	0.2	100.0	1,165
Emekli Sandığı	0.0	36.6	1.8	14.7	2.2	7.2	3.9	32.1	0.4	0.0	1.0	0.0	100.0	194
Bağ-Kur	0.0	46.3	4.0	16.7	0.8	1.5	1.0	27.4	2.4	0.0	0.0	0.0	100.0	263
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
Yeşil kart	0.6	54.7	9.4	26.7	0.6	1.5	1.4	3.9	1.1	0.0	0.0	0.0	100.0	431
Diğer	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	14
Eşin sağlık sigortası														
Sağlık sigortası yok	0.7	45.3	7.3	21.0	0.2	1.8	0.1	22.3	1.0	0.2	0.1	0.0	100.0	372
SSK	0.3	41.9	3.4	22.1	0.2	1.7	1.8	27.7	0.6	0.1	0.0	0.2	100.0	1,203
Emekli Sandığı	0.0	39.0	0.8	15.7	2.4	8.1	3.9	28.6	0.5	0.0	1.1	0.0	100.0	185
Bağ-Kur	0.0	47.0	3.4	16.4	0.7	1.8	0.7	27.7	2.2	0.0	0.0	0.0	100.0	291
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
Yeşil kart	0.7	53.3	10.7	25.7	0.6	1.9	1.6	4.5	1.0	0.0	0.0	0.0	100.0	380
Diğer	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	17
Türkiye	0.4	44.6	4.9	21.1	0.5	2.2	1.5	23.6	0.9	0.1	0.1	0.1	100.0	2,462

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () Ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

4.4.1.12. Bebekler için Doğum Sonrası Bakıma göre Doğumda Tartılma ve Fenilketonuri Testi

Bebegin doğumda tartılması ve fenilketonuri testi için topuğundan kan alınması doğum sonrası bakım alan veya almayan bütün bebeklere uygulanmaktadır. Bu nedenle bu bilgileri kadınlardan edinmek için sorulan sorular bebekle ilgili doğum sonrası bakım alma sorularından bağımsız olarak sorulmaktadır.

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın *Yenidoğan Tarama Programı* kapsamında yapılmakta olan fenilketonuri taraması için bebeğin en az 24 saat beslenmiş olması gerekir. Ancak mümkün olduğunca çok sayıda bebeğe ulaşmak için hastanelerde doğan bebeklerden taburcu olurken hastaneyi terk etmeden hemen önce kan örneği alınmakta; yeterince beslenmeden kan örneği alınmışsa ilk hasta içinde en yakın birinci basamak sağlık kurumunda yeni kan örneği alınması sağlanmaktadır. Tablo 4.14'te sunulan bulgulara göre doğum sonrası bakım alan bebeklerin yüzde 97 gibi büyük bir oranından topuk kanı alınmıştır. Ancak bu oran doğum sonrası bakım almamış bebekler arasında yüzde 75'e düşmektedir. Bebeklerin doğumdan hemen sonra tartılma yaygınlığı ise, özellikle doğum sonrası bakım almamış bebekler arasında, daha düşük oranlardadır: En az bir kez doğum sonrası bakım alan bebeklerin yüzde 95'i doğumda tartılırken, hiç doğum sonrası bakım almamış bebeklerin sadece yüzde 61'i doğumda tartılmıştır.

Bebeklerden topuk kanı alınmasında genel olarak oranlar yüksek görünmektedir. Ancak bazı nüfus gruplarının bebekleri için bu oran düşmektedir. Bu nüfus grupları kırsal alanda yaşayan, 12 yaşından bu yana kırsal yaşamakta olan, beş bölge arasında Doğu Bölgesi'nde yaşayan, NUTS 1 bölgeleri arasında Ortadoğu Anadolu veya Güneydoğu Anadolu Bölgeleri'nde yaşayan, kurumsal olmayan bir yerde doğum yapmış olan, doğum öncesi ve/veya doğum sonrası bakım almamış olan, düşük eğitim düzeyine sahip, kendisi ve/veya eşi yeşil kart sahibi olan kadınlardır. Doğumda tartılmaya bakıldığında bu nüfus gruplarına ek olarak doğumdaki yaşı 35-49 arasında olan, çocuk sayısı 4'ten fazla olan, çalışmayan veya sosyal güvencesiz çalışan, tarım sektöründe çalışan, kendisi ve/veya eşinin sağlık sigortası olmayan kadınlar sayılabilir.

Bebeklerin doğum sonrası bakım hizmetlerinden yararlanmasının genetik metabolizmal hastalıkları saptamada kullanılan tetkikler anlamında ne kadar önemli olduğu bu sonuçlarla bir kez daha vurgulanmaktadır. Doğum sonrası bakım alan ve almayan bebekler arasındaki fenilketonuri testinin uygulanmasının yaygınlığındaki fark Türkiye için yüzde 25'in üzerindeyken; bazı nüfuslar için bu fark yüzde 30'ların üstüne çıkabilmektedir. Örneğin Ortadoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan kadınların bebekleri arasında doğum sonrası bakım alanların yüzde 92'sinden topuk kanı alınırken, bakım almamış bebeklerin sadece yüzde 52'sinden topuk kanı alınmıştır.

Tablo 4.14. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan doğum sonrası bakımı olan ve olmayan son canlı doğumların bebeğin doğumda tartılma, topuk kanı alınma ve temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzdesi, Türkiye 2008

Temel Özellikler	Bebeğin doğum sonrası bakım aldığı son doğumlar arasında			Bebeğin doğum sonrası bakım almadığı son doğumlar arasında		
	Topuk kanı alındı	Doğumda tartıldı	Doğum sonrası bakım olan doğum sayısı	Topuk kanı alındı	Doğumda tartıldı	Doğum sonrası bakım olmayan doğum sayısı
Yerleşim yeri						
Kent	97.0	96.8	1,887	82.0	73.4	162
Kır	95.5	88.8	574	67.5	46.5	145
Bölge						
Batı	98.1	98.5	964	(86.8)	(88.1)	40
Güney	95.0	94.1	314	(90.3)	(76.4)	40
Orta	98.4	99.7	590	(96)	(94.3)	37
Kuzey	98.2	98.1	158	*	*	8
Doğu	91.5	80.2	437	64.6	43.8	182
NUTS 1 bölgeleri						
İstanbul	96.2	98.7	458	*	*	15
Batı Marmara	99.1	99.1	74	*	*	5
Ege	99.4	98.4	333	*	*	13
Doğu Marmara	100.0	99.0	239	*	*	12
Batı Anadolu	97.7	99.5	266	*	*	21
Akdeniz	95.0	94.1	314	(90.3)	(76.4)	40
Orta Anadolu	99.1	99.5	139	*	*	7
Batı Karadeniz	98.7	98.6	142	*	*	7
Doğu Karadeniz	98.4	98.4	60	*	*	5
Kuzeydoğu Anadolu	90.1	89.0	60	57.6	50.8	31
Ortadoğu Anadolu	92.2	79.3	124	51.5	28.4	52
Güneydoğu Anadolu	91.5	78.6	253	73.6	49.7	99
Göç durumu						
Kent yerlisi	97.5	96.9	804	83.9	72.9	69
Kentten kente	98.0	98.7	454	(70.2)	(80.7)	23
Kır yerlisi	95.0	87.2	397	65.6	44.1	117
Kırdan kıra	(95.4)	(89.5)	38	*	*	11
Kırdan kente	95.5	95.2	620	83.7	71.2	69
Kentten kıra	96.3	92.3	121	(77.8)	(52.9)	16
Eşle akrabalık durumu						
Akrabalık yok	97.1	96.0	1,883	77.1	62.5	198
Birinci derece akraba	96.1	89.9	264	71.7	58.1	67
Diğer akraba	93.8	93.4	282	70.8	58.7	36
Evlilik biçimi						
Sadece dini nikah	91.6	85.9	84	(67)	(35.9)	28
Resmi nikah var	96.8	95.3	2,344	76.0	63.6	274
Hiçbiri yok	*	*	4	*	*	0
Toplumsal cinsiyet algısında geleneksellik düzeyi						
Fazla	96.4	92.5	779	71.2	55.8	171
Orta	95.6	95.2	906	79.7	65.0	87
Az	98.0	97.1	776	80.8	70.1	49
Aile yapısı						
Çekirdek	96.6	95.6	1,746	77.8	65.3	183
Geniş	96.6	93.2	668	70.7	53.7	115
Dağılmış	(98.9)	(94.3)	43	*	*	8
Hanehalkı refah düzeyi						
En düşük	93.6	81.2	409	64.9	43.8	163
Düşük	96.6	94.9	559	85.4	68.1	77
Orta	95.3	97.9	557	(89.7)	(97.5)	40
Yüksek	97.9	98.7	479	*	*	18
En yüksek	99.6	99.7	458	*	*	8
Türkiye	96.6	94.9	2,462	75.1	60.7	307

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () Ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

Tablo 4.14. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan doğum sonrası bakımı olan ve olmayan son canlı doğumların bebeğin doğumda tartılma, topuk kanı alınma ve temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzdesi, (devam) Türkiye 2008

Temel Özellikler	Bebeğin doğum sonrası bakım aldığı son doğumlar arasında			Bebeğin doğum sonrası bakım almadığı son doğumlar arasında		
	Topuk kanı alındı	Doğumda tartıldı	Doğum sonrası bakım olan doğum sayısı	Topuk kanı alındı	Doğumda tartıldı	Doğum sonrası bakım olmayan doğum sayısı
Doğumda anne yaşı						
< 20	95.3	94.3	195	(80.8)	(55.6)	26
20-34	97.0	95.2	2,031	77.1	61.9	242
35-49	94.6	93.3	235	58.7	56.7	39
Doğum sırası						
1	97.3	97.8	846	93.2	78.7	50
2-3	97.5	96.2	1,211	80.9	69.5	129
4-5	93.8	87.7	289	70.0	52.0	73
6+	90.2	78.4	116	51.6	35.1	55
Doğumun yapıldığı yer						
Kurumsal	97.1	97.5	2,366	91.4	86.9	195
Kurumsal olmayan	85.2	30.0	93	45.3	11.2	107
Doğum öncesi bakım						
Almamış	90.2	77.3	132	52.5	29.0	84
Almış, yetersiz	93.9	89.6	595	78.7	61.0	119
Almış, yeterli	98.0	98.1	1,729	89.6	85.1	98
Doğum sonrası bakım, anne						
Almış	97.4	97.2	2,199	90.3	88.0	141
Almamış	90.2	76.0	263	61.7	37.4	166
Kadının eğitim düzeyi						
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	90.9	81.6	390	64.1	39.3	151
İlköğretim birinci kademe	97.5	96.2	1,228	84.9	80.4	137
İlköğretim ikinci kademe	96.6	98.9	261	*	*	11
Lise veya üzeri	98.7	99.6	583	*	*	8
Eşin eğitim düzeyi						
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	89.4	83.3	107	52.0	33.7	42
İlköğretim birinci kademe	96.0	92.7	1,086	75.7	60.3	199
İlköğretim ikinci kademe	96.7	97.2	383	(91.4)	(77.1)	28
Lise veya üzeri	98.2	98.3	878	88.8	87.5	34
Kadının çalışma durumu						
Çalışmıyor	96.6	94.8	1,894	76.2	62.0	238
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	95.7	92.9	354	70.4	54.4	66
Çalışıyor, sosyal güvenceli	98.5	99.5	214	*	*	2
Kadının çalıştığı sektör						
Çalışmıyor	96.6	94.8	1,894	76.2	62.0	238
Tarım	96.5	91.7	235	70.7	52.0	52
Sanayi	(100.0)	(100.0)	31	*	*	0
Hizmet	96.6	97.8	302	*	*	16
Kadının sağlık sigortası						
Sağlık sigortası yok	96.6	92.8	376	72.0	58.4	83
SSK	97.7	98.4	1,165	91.8	79.4	69
Emekli Sandığı	97.8	98.7	194	*	*	3
Bağ-Kur	96.7	96.1	263	(72.7)	(88.3)	27
Özel sağlık sigortası	*	*	11	*	*	0
Yeşil kart	93.3	84.9	431	68.7	45.2	124
Diğer	*	*	14	*	*	0
Eşin sağlık sigortası						
Sağlık sigortası yok	96.4	93.3	372	72.4	59.0	77
SSK	97.7	98.2	1,203	90.5	77.0	76
Emekli Sandığı	97.7	98.3	185	*	*	3
Bağ-Kur	96.4	96.4	291	(72.7)	(85.9)	27
Özel sağlık sigortası	*	*	11	*	*	0
Yeşil kart	93.1	83.3	380	67.7	44.9	121
Diğer	*	*	17	*	*	2
Türkiye	96.6	94.9	2,462	75.1	60.7	307

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () Ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

4.4.1.13. Doğum Sonrası Bakım için Ücret Ödenip Ödenmemesi

Tablo 4.15'te anne ve/veya bebeğin doğum sonrası bakım hizmetinden yararlandığı durumda bu hizmet için para ödenip ödenmemesine göre kadınların görüşmeden önceki son beş yıl içinde gerçekleşen son doğumlarının dağılımı gösterilmektedir. Anne veya bebeğin doğum sonrası bakım aldığı doğumların yüzde 65'inde bu hizmet için hizmetten yararlananlar tarafından bir ücret ödenmemiştir. Bunun yanında bu doğumların yüzde 30'unda doğum sonrası bakım hizmeti için para ödenmiştir.

Bulgular, doğum sonrası bakım hizmetlerinin büyük bir kısmının devlet tarafından karşılandığını ve hizmeti alanların sadece yüzde 30'unun hizmetin ücretini kendilerinin karşıladığını göstermektedir. Sosyoekonomik olarak daha düşük statüye sahip anneler ve bebekleri için doğum sonrası bakım hizmetlerine para ödenmesi oranının daha yüksek statüye sahip anneler ve bebekleri için bu hizmetlere para ödenmesi oranından daha az olduğu görülmektedir.

Ayrıca resmi nikahı olmayan ve sadece dini nikahı olan kadınların ve/veya bebeklerinin doğum sonrası bakım hizmetini karşılama oranı resmi nikahı olanlara göre daha yüksektir. Buna benzer olarak, kendinin ve/veya eşinin sağlık sigortası olmayan kadınların eşi veya kendinden herhangi bir sağlık sigortası olan kadınlara göre yararlandıkları doğum sonrası bakım hizmetlerini kendilerinin karşılama oranları daha yüksektir. Bu sonuçlar devletin doğum sonrası bakım hizmetini karşılama için kadının resmi nikahının olmasının ve eşi veya kendi üzerinden sağlık sigortası olmasının etkili olduğunu gösterir niteliktedir.

4.4.2. Çok Değişkenli Analiz Sonuçları: Doğum Sonrası Bakım Hizmetinden Yararlanmanın Belirleyicileri

Kadının ve bebeğin doğum sonrası bakım alıp almamalarının bağımlı değişken olarak kullanıldığı çok değişkenli analizler ikili lojistik regresyon modelleri ile gerçekleştirilmiştir ve kadın ve çocuk için ayrı ayrı yorumlanmıştır. Hem kadında hem de bebekte modelde bağımsız değişkenler dört blokta gruplanmış ve birbirlerine eklenerek nihai modeli oluşturmuşlardır. Dolayısı ile regresyon modelleri kadın ve bebekte nihai modelle birlikte dörder tanedir. Bu dört model Tablo 4.16 ve Tablo 4.17'de kadın ve bebek için ayrı ayrı sunulmaktadır. Tabloların en altında modellerin Wald istatistikleri ve Nagelgerke R^2 değerleri verilmektedir. Bağımsız değişkenler ilk sütunda alt satırlarda kategorileri ile birlikte yer almakta, değişken adınının yer aldığı satırda değişken düzeyinde anlamlılık görülmüş ise anlamlılığın seviyesine göre "*" veya "***" sembolleri ile gösterilmektedir. Bağımsız değişkenlerin kategorilerinin ise referans kategorininin "1" olmak üzere odds oranları bu oranın istatistiksel anlamlılığına göre "*" veya "***" sembolü ile sunulmaktadır.

Tablo 4.15. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan kadın veya bebeğin doğum sonrası bakımı olan son canlı doğumların doğum sonrası bakım için sağlık hizmetlerine para ödenmesine ve temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008

Temel özellikler	Evet	Hayır	Uygun değil	Toplam	Kadının ya da bebeğin doğum sonrası bakım aldığı doğum sayısı
Yerleşim yeri					
Kent	30.9	64.0	5.1	100.0	1,973
Kır	25.2	66.3	8.5	100.0	628
Bölge					
Batı	39.7	58.2	2.2	100.0	989
Güney	30.4	64.0	5.7	100.0	335
Orta	20.9	72.0	7.1	100.0	614
Kuzey	24.8	73.2	1.9	100.0	162
Doğu	21.0	65.7	13.3	100.0	501
NUTS 1 bölgeleri					
İstanbul	47.4	50.7	1.9	100.0	466
Batı Marmara	33.7	64.1	2.2	100.0	78
Ege	26.5	72.4	1.1	100.0	340
Doğu Marmara	35.0	58.8	6.2	100.0	245
Batı Anadolu	19.0	70.7	10.3	100.0	282
Akdeniz	30.4	64.0	5.7	100.0	335
Orta Anadolu	21.8	74.5	3.7	100.0	143
Batı Karadeniz	25.3	71.8	2.9	100.0	147
Doğu Karadeniz	24.8	74.7	0.6	100.0	63
Kuzeydoğu Anadolu	21.5	70.7	7.8	100.0	67
Ortadoğu Anadolu	22.3	66.3	11.4	100.0	134
Güneydoğu Anadolu	20.2	64.4	15.4	100.0	299
Göç durumu					
Kent yerlisi	30.8	63.6	5.5	100.0	849
Kentten kente	38.9	57.4	3.7	100.0	465
Kır yerlisi	23.7	66.0	10.3	100.0	444
Kırdan kıra	(23.3)	(70.3)	(6.4)	(100.0)	39
Kırdan kente	25.4	69.2	5.3	100.0	648
Kentten kıra	30.3	65.9	3.8	100.0	126
Eşle akrabalık durumu					
Akrabalık yok	30.4	64.1	5.5	100.0	1,981
Birinci derece akraba	30.4	61.0	8.5	100.0	291
Diğer akraba	20.8	72.5	6.7	100.0	295
Evlilik biçimi					
Sadece dini nikah	36.6	50.9	12.5	100.0	93
Resmi nikah var	29.0	65.3	5.7	100.0	2,474
Hiçbiri yok	*	*	*	*	4
Toplumsal cinsiyet algısında geleneksellik düzeyi					
Fazla	24.2	67.7	8.2	100.0	848
Orta	30.0	64.9	5.1	100.0	954
Az	34.6	60.9	4.6	100.0	799
Aile yapısı					
Çekirdek	30.7	63.4	5.9	100.0	1,838
Geniş	25.7	68.2	6.1	100.0	713
Dağılmış	(41.2)	(55.2)	(3.7)	(100.0)	45
Hanehalkı refah düzeyi					
En düşük	20.5	68.2	11.3	100.0	462
Düşük	22.1	70.3	7.6	100.0	599
Orta	27.4	68.0	4.6	100.0	583
Yüksek	34.6	60.8	4.6	100.0	493
En yüksek	45.3	53.3	1.4	100.0	464
Türkiye	29.5	64.6	5.9	100.0	2,601

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () Ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

Tablo 4.15. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda yapılan kadın veya bebeğin doğum sonrası bakımı olan son canlı doğumların doğum sonrası bakım için sağlık hizmetlerine para ödenmesine ve temel demografik ve sosyoekonomik özelliklere göre yüzde dağılımı (devam), Türkiye 2008

Temel özellikler	Evet	Hayır	Uygun değil	Toplam	Kadının ya da bebeğin doğum sonrası bakım aldığı doğum sayısı
Doğumda anne yaşı					
< 20	29.4	64.6	6.0	100.0	202
20-34	29.7	64.5	5.9	100.0	2,147
35-49	28.4	65.3	6.3	100.0	251
Doğum sırası					
1	35.0	61.1	4.0	100.0	878
2-3	27.1	67.1	5.8	100.0	1,279
4-5	29.5	62.3	8.2	100.0	314
6+	16.5	68.4	15.1	100.0	130
Doğumun yapıldığı yer					
Kurumsal	29.8	64.3	5.8	100.0	2,502
Kurumsal olmayan	22.2	69.6	8.2	100.0	96
Doğum öncesi bakım					
Almamış	22.8	60.0	17.3	100.0	153
Almış, yetersiz	22.6	68.6	8.7	100.0	647
Almış, yeterli	32.5	63.6	3.9	100.0	1,795
Doğum sonrası bakım, anne					
Almış	30.1	64.2	5.6	100.0	2,340
Almamış	23.9	67.5	8.5	100.0	262
Kadının eğitim düzeyi					
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	25.2	65.4	9.4	100.0	435
İlköğretim birinci kademe	26.4	66.9	6.6	100.0	1,311
İlköğretim ikinci kademe	23.8	72.3	3.9	100.0	268
Lise veya üzeri	42.2	55.2	2.7	100.0	587
Eşin eğitim düzeyi					
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	19.5	67.7	12.8	100.0	115
İlköğretim birinci kademe	25.4	67.7	6.8	100.0	1,177
İlköğretim ikinci kademe	32.9	61.1	6.0	100.0	400
Lise veya üzeri	34.6	61.7	3.8	100.0	901
Kadının çalışma durumu					
Çalışmıyor	28.8	64.6	6.6	100.0	2,007
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	26.2	69.2	4.6	100.0	380
Çalışıyor, sosyal güvenceli	42.2	55.9	1.9	100.0	214
Kadının çalıştığı sektör					
Çalışmıyor	28.8	64.6	6.6	100.0	2,007
Tarım	26.8	67.9	5.2	100.0	258
Sanayi	(27.3)	(71.2)	(1.5)	(100.0)	31
Hizmet	36.8	60.8	2.4	100.0	306
Kadının sağlık sigortası					
Sağlık sigortası yok	42.5	49.8	7.6	100.0	413
SSK	28.2	67.2	4.6	100.0	1,208
Emekli Sandığı	29.1	67.1	3.9	100.0	196
Bağ-Kur	43.6	51.2	5.2	100.0	280
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	11
Yeşil kart	12.9	77.7	9.4	100.0	472
Diğer	*	*	*	*	14
Eşin sağlık sigortası					
Sağlık sigortası yok	38.4	53.4	8.2	100.0	406
SSK	28.2	67.5	4.4	100.0	1,250
Emekli Sandığı	29.5	66.5	4.0	100.0	187
Bağ-Kur	44.0	51.4	4.6	100.0	307
Özel sağlık sigortası	*	*	*	*	11
Yeşil kart	13.1	77.0	9.9	100.0	420
Diğer	*	*	*	*	18
Türkiye	29.5	64.6	5.9	100.0	2,601

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () Ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

Modellerin yorumları, ilk modelden nihai modele kadar Nagelkerke istatistiklerine göre açıklayıcılıkları, modele anlamlı olarak giren değişkenler ve son olarak anlamlı olarak referans kategoriye göre yorumlanmış odds oranlarının seviyelerinin sunulması ile gerçekleştirilmiştir.

4.4.2.1. Annenin Doğum Sonrası Bakım Hizmetinden Yararlanmasının Belirleyicileri

Annenin doğum sonrası bakım alıp almamasının belirleyicilerinin ilk modeli çevresel özellikler denilen yerleşim yeri ve bölge değişkenlerinden oluşan blok olmuştur. Bu modelin Nagelkerke değeri 0.122 olmuş ve her iki bağımsız değişkenin modelde anlamlı olduğu görülmüştür. Bu modelde batıda yaşayan bir kadına göre doğudaki bir kadının doğum sonrası bakım almama riski 3.9 kat daha fazladır. Benzer şekilde kentte yaşayan kadına göre kırdaki bir kadında bu oran 2 kata yakındır.

İkinci modelde kadının özellikleri bloğu modele dahil olmuştur ve modelin açıklayıcılığı yüzde 16.8'e çıkmıştır. Yerleşim yeri ve bölge değişkenleri modelde anlamlılığını korurken kadının özellikleri bloğundan sadece kadının eğitimi anlamlı olarak modelde yerini almıştır. Referans kategorisi olan lise veya üzeri eğitim seviyesindeki kadınlara göre eğitimi olmayan/ilkokulu bitirmemiş kadınların odds oranları 4.2 kat, ilköğretim birinci kademe mezunu kadınların odds oranları 2.0 kat daha fazladır.

Üçüncü modelde ekonomik özellikler bloğu dahil olmuştur. Bu modelin Nagelkerke istatistiği 0.199'dur. Bu modelde daha önceki iki modelde anlamlı duran yerleşim yeri modelden çıkarken, bölge ve kadının eğitiminin yanı sıra sağlık sigortası ve hanehalkı refah düzeyi anlamlı olarak görülmektedir. Kadının çalıştığı sektör, değişken olarak anlamlı çıkmamıştır. Bölge değişkeninde Doğu bölgesi, kadının eğitiminde eğitimi olmayan/ilkokulu bitirmemiş kategorileri referans kategorilere, yani Batı bölgesi ve lise veya üzeri eğitim kategorilerine göre doğum sonrası bakım almama konusunda yüksek odds oranı değerleri vermektedir. Sağlık sigortası emekli sandığı olan kadınlara göre diğer tüm kategoriler yaklaşık 6 ile 9 kat daha fazla odds değerlerine sahip iken, en yüksek refah düzeyine göre en düşük refah düzeyindeki kadınların doğum sonrası bakım almamaları 3.9 kat daha fazladır.

Nihai model, sağlık özellikleri bloğunun da eklenmesi ile oluşmuştur ve yüzde 40.0'lük açıklayıcılığı ile en yüksek Nagelkerke değerine sahiptir. Bu modelde beklendiği üzere özellikle doğum sonrası bakım ile çok ilintili olan doğumun yapıldığı yer ve doğum öncesi yeterli bakım alıp almama çok yüksek anlamlılıklar ile modele girmişlerdir. Bölge ve refah seviyesi gibi daha önceki modelde yer alan değişkenler, değişken düzeyinde anlamlı görünmemektedir. Kadının sağlık sigortası da önceki modele benzer şekilde yer almaktadırlar.

Tablo 4.16. Lojistik regresyon sonuçlarına göre annenin doğum sonrası bakım almasının belirleyicileri

Değişkenler	Modeller			
	Model 1 Çevresel Özellikler	Model 2 Kadının Özellikleri	Model 3 Ekonomik Özellikler	Model 4 Sağlık Özellikleri
Yerleşim Yeri				
<i>Kent</i>	1.000	1.000	-	-
<i>Kır</i>	1.856*	1.478*	-	-
Bölge				
<i>Batı</i>	1.000	1.000	1.000	-
<i>Güney</i>	1.637**	1.438	1.258	-
<i>Orta</i>	0.735	0.878	0.910	-
<i>Kuzey</i>	1.225	1.372	1.407	-
<i>Doğu</i>	3.847*	2.477*	2.132*	-
Eşle Akrabalık Durumu	MD			
<i>Akrabalık yok</i>	MD	-	-	-
<i>Birinci derece akraba</i>	MD	-	-	-
<i>Diğer akraba</i>	MD	-	-	-
Toplumsal Cinsiyet Algısında Geleneksellik Düzeyi				
<i>Az</i>	MD	-	-	-
<i>Orta</i>	MD	-	-	-
<i>Fazla</i>	MD	-	-	-
Kadının Eğitim Düzeyi				
<i>Eğitimi yok/ilk. bitirmemiş</i>	MD	4.181*	2.968*	-
<i>İlköğretim birinci kademe</i>	MD	1.965**	1.531	-
<i>İlköğretim ikinci kademe</i>	MD	1.526	1.226	-
<i>Lise veya üzeri</i>	MD	1.000	1.000	-
Eşin Eğitim Düzeyi				
<i>Eğitimi yok/ilk. bitirmemiş</i>	MD	-	-	-
<i>İlköğretim birinci kademe</i>	MD	-	-	-
<i>İlköğretim ikinci kademe</i>	MD	-	-	-
<i>Lise veya üzeri</i>	MD	-	-	-
Evlilik Biçimi				
<i>Resmi nikah var</i>	MD	-	-	-
<i>Sadece dini nikah veya hiçbiri yok</i>	MD	-	-	-
Aile yapısı				
<i>Çekirdek</i>	MD	-	-	-
<i>Geniş</i>	MD	-	-	-
<i>Dağılmış</i>	MD	-	-	-
Kadının Çalıştığı Sektör				
<i>Çalışmıyor</i>	MD	MD	0.514**	0.550**
<i>Tarım</i>	MD	MD	0.518**	0.469**
<i>Sanayi</i>	MD	MD	0.656	0.795
<i>Hizmet</i>	MD	MD	1.000	1.000

* İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.01; ** İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.05; Diğer durumlarda anlamlı değildir.
MD =Modelde Değil; - = Denklemden ancak istatistiksel olarak anlamlı değil.

Tablo 4.16. Lojistik regresyon sonuçlarına göre annenin doğum sonrası bakım almasının belirleyicileri (devam)

Değişkenler	Modeller			
	Model 1 Çevresel Özellikler	Model 2 Kadının Özellikleri	Model 3 Ekonomik Özellikler	Model 4 Sağlık Özellikleri
Kadının Sağlık Sigortası				
Sağlık sigortası yok	MD	MD	8.230*	8.338*
SSK	MD	MD	5.746*	7.598*
<i>Emekli Sandığı</i>	MD	MD	1.000	1.000
Bağ-kur	MD	MD	7.646*	7.848*
Yeşil kart	MD	MD	7.681*	8.571*
Diğer	MD	MD	9.072*	17.162*
Hanehalkı Refah Düzeyi				
En Düşük	MD	MD	3.854*	2.745**
Düşük	MD	MD	2.165	2.116
Orta	MD	MD	1.987	2.246
Yüksek	MD	MD	1.816	2.292
<i>En Yüksek</i>	MD	MD	1.000	1.000
Kadının Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	MD	MD	-	-
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	MD	MD	-	-
<i>Çalışıyor, sosyal güvenceli</i>	MD	MD	-	-
Doğumda Anne Yaşı				
<20	MD	MD	MD	1.679**
20-34	MD	MD	MD	1.000
35-49	MD	MD	MD	0.598**
Doğum Sırası				
1	MD	MD	MD	-
2-3	MD	MD	MD	-
4-5	MD	MD	MD	-
6+	MD	MD	MD	-
Doğum Öncesi Bakım				
Almamış	MD	MD	MD	2.371*
Almış, yetersiz	MD	MD	MD	1.944*
<i>Almış, yeterli</i>	MD	MD	MD	1.000
Doğumun Yapıldığı Yer				
<i>Kurumsal</i>	MD	MD	MD	1.000
Kurumsal Olmayan	MD	MD	MD	36.014*
R ² (Nagelkerke)	0.122	0.168	0.199	0.400
Wald F	30.733*	14.738*	11.210*	13.788*

* İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.01; ** İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.05; Diğer durumlarda anlamlı değildir.
MD =Modelde Değil; - = Denklemden ancak istatistiksel olarak anlamlı değil.

Nihai modele eklenen sağlık özelliklerinden doğumda anne yaşının referans kategorisi olan 20-34 yaşa göre genç yaş kategorisinde doğum sonrası bakım almama riski daha yüksek çıkarken (1.68), en yaşlı kategori olan 35-49 yaş grubundaki kadınlar 0.60 ile yarı yarıya az bir risk göstermektedir. Doğum öncesi bakım almamış ve yetersiz doğum öncesi bakım almış kadınların, yeterli doğum öncesi bakım almış kadınlara göre odd oranları sırasıyla 2.37 ve

1.94'tür. En çarpıcı odd oranı doğumunu bir sağlık kurumunda yapmayan kadınların yapanlara göre neredeyse 40 kat daha fazla doğum sonrası bakım almadıklarını gösteren 36.0 oranı ile elde edilmiştir.

Modelde doğum sırası, kadının sosyal güvencesi, çalıştığı sektör, aile yapısı, evlilik biçimi, eşle akrabalık gibi değişkenlerin ise anlamlı olarak yer almadıkları görülmektedir.

4.4.2.2. Bebeğin Doğum Sonrası Bakım Hizmetinden Yararlanmasının Belirleyicileri

Bebeğin doğum sonrası bakım alıp almamasının belirleyicilerinin ilk modeli çevresel özellikler bloğunu içermektedir. Bu modelin Nagelkerke değeri yüzde 19'dur ve bu blokta yer alan yerleşim yeri ve bölge değişkenlerinin modelde anlamlı olduğu görülmüştür. Batıda yaşayan bir bebeğe göre doğudaki bir bebeğin doğum sonrası bakım almama riski 8 kat daha fazladır. Benzer şekilde kentte yaşayan bebeğe göre kırdaki bir bebeğin doğum sonrası bakım almama riski 2 kattan fazladır.

İkinci modelde kadının özellikleri bloğu modele dahil olmuştur ve Nagelkerke değeri 0.265 olmuştur. Yerleşim yeri ve bölge değişkenleri anlamlılığını korurken kadının özellikleri bloğundan kadın için kurulan modelin aksine kadının eğitiminin yanı sıra, babanın eğitimi ve toplumsal cinsiyet algısında geleneksellik düzeyi de anlamlı olarak modelde yerini almıştır. Referans kategorisi olan lise veya üzeri eğitim seviyesindeki kadınlara göre eğitimi olmayan/ilkokulu bitirmemiş kadınların bebeklerinin odd oranları 7.8 kat, ilköğretim birinci kademe mezunu kadınların odd oranları 5.5 kat daha fazladır. Babanın eğitimi kategorileri içinde daha düşük odds oranları görülmesine karşın sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır. Toplumsal cinsiyet algısında geleneksellik düzeyi yüksek olanların bebeklerinin doğum sonrası bakım hizmetlerinden yararlanması daha az beklenmektedir.

Üçüncü modelde ekonomik özellikler bloğu eklenmiştir. Bu modelin Nagelkerke değerine göre açıklayıcılığı yaklaşık yüzde 28'dir. Yerleşim yeri, toplumsal cinsiyet algısında geleneksellik düzeyi ve babanın eğitim düzeyi modelden çıkmış, ekonomik özellikler bloğunda yer alan kadının çalıştığı sektör, kadının sağlık sigortası ve hanehalkı refah düzeyi modele anlamlı olarak girmiştir. Bölge değişkeninde Batı'ya göre Güney ve Doğu bölgeleri; kadının eğitiminde ise lise veya üzeri eğitimi olanlara göre eğitimi olmayan/ilkokulu bitirmemiş ve ilköğretim birinci aşamayı bitirmiş kadınlar bebeklerinin doğum sonrası bakım almaması konusunda yüksek odd değerleri vermektedir. Sağlık sigortası Emekli Sandığı olan kadınlara göre sağlık sigortası olmayan veya Bağ-Kur olan kadınlar, bebeklerinin doğum sonrası bakım almamasında yaklaşık 3 kat daha fazla odd değerlerine sahiptir. En yüksek refah düzeyine göre en düşük refah düzeyindeki kadınların bebeklerinin doğum öncesi bakım almamaları 2.5 kat daha fazla beklenmektedir.

Tablo 4.17. Lojistik regresyon sonuçlarına göre bebeğin doğum sonrası bakım almasının belirleyicileri

Değişkenler	Modeller			
	Model 1 Çevresel Özellikler	Model 2 Kadının Özellikleri	Model 3 Ekonomik Özellikler	Model 4 Sağlık Özellikleri
Yerleşim Yeri				
<i>Kent</i>	1.000	1.000	-	-
<i>Kır</i>	2.093*	1.426**	-	-
Bölge				
<i>Batı</i>	1.000	1.000	1.000	1.000
<i>Güney</i>	2.549*	2.351*	2.125*	2.203*
<i>Orta</i>	1.288	1.689	1.682	1.738
<i>Kuzey</i>	0.867	1.079	1.103	1.051
<i>Doğu</i>	8.017*	5.875*	5.436*	4.501*
Eşle Akrabalık Durumu				
<i>Akrabalık yok</i>	MD	-	-	-
<i>Birinci derece akraba</i>	MD	-	-	-
<i>Diğer akraba</i>	MD	-	-	-
Toplumsal Cinsiyet Algısında Geleneksellik Düzeyi				
<i>Az</i>	MD	1.000	-	-
<i>Orta</i>	MD	1.009	-	-
<i>Fazla</i>	MD	1.415**	-	-
Kadının Eğitim Düzeyi				
<i>Eğitimi yok/ilk. bitirmemiş</i>	MD	7.808*	5.099*	3.371*
<i>İlköğretim birinci kademe</i>	MD	5.494*	3.884*	3.138*
<i>İlköğretim ikinci kademe</i>	MD	2.457**	1.820	1.616
<i>Lise veya üzeri</i>	MD	1.000	1.000	1.000
Eşin Eğitim Düzeyi				
<i>Eğitimi yok/ilk. bitirmemiş</i>	MD	1.992**	1.395	-
<i>İlköğretim birinci kademe</i>	MD	1.998*	1.526**	-
<i>İlköğretim ikinci kademe</i>	MD	1.218	1.010	-
<i>Lise veya üzeri</i>	MD	1.000	1.000	-
Evlilik Biçimi				
<i>Resmi nikah var</i>	MD	-	-	-
<i>Sadece dini nikah veya hiçbiri yok</i>	MD	-	-	-
Aile yapısı				
<i>Çekirdek</i>	MD	-	-	-
<i>Geniş</i>	MD	-	-	-
<i>Dağılmış</i>	MD	-	-	-
Kadının Çalıştığı Sektör				
<i>Çalışmıyor</i>	MD	MD	2.153	2.227
<i>Tarım</i>	MD	MD	0.777	0.900
<i>Sanayi</i>	MD	MD	0.000*	0.000*
<i>Hizmet</i>	MD	MD	1.000	1.000

* İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.01; ** İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.05; Diğer durumlarda anlamlı değildir.
MD =Modelde Değil; - = Denklemden ancak istatistiksel olarak anlamlı değil.

Tablo 4.17. Lojistik regresyon sonuçlarına göre bebeğin doğum sonrası bakım almasının belirleyicileri (devam)

Değişkenler	Modeller			
	Model 1 Çevresel Özellikler	Model 2 Kadının Özellikleri	Model 3 Ekonomik Özellikler	Model 4 Sağlık Özellikleri
Kadının Sağlık Sigortası				
Sağlık sigortası yok	MD	MD	3.174**	2.964**
SSK	MD	MD	1.754	1.924
<i>Emekli Sandığı</i>	MD	MD	1.000	1.000
Bağ-kur	MD	MD	3.054**	2.883**
Yeşil kart	MD	MD	1.894	1.896
Diğer	MD	MD	0.000*	0.000*
Hanehalkı Refah Düzeyi				
En Düşük	MD	MD	2.474**	-
Düşük	MD	MD	1.375	-
Orta	MD	MD	1.179	-
Yüksek	MD	MD	0.989	-
<i>En Yüksek</i>	MD	MD	1.000	-
Kadının Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	MD	MD	-	-
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	MD	MD	-	-
<i>Çalışıyor, sosyal güvenceli</i>	MD	MD	-	-
Doğumda Anne Yaşı				
<20	MD	MD	MD	-
20-34	MD	MD	MD	-
35-49	MD	MD	MD	-
Doğum Sırası				
1	MD	MD	MD	-
2-3	MD	MD	MD	-
4-5	MD	MD	MD	-
6+	MD	MD	MD	-
Doğum Öncesi Bakım				
Almamış	MD	MD	MD	1.905*
Almış, yetersiz	MD	MD	MD	1.308
<i>Almış, yeterli</i>	MD	MD	MD	1.000
Doğumun Yapıldığı Yer				
<i>Kurumsal</i>	MD	MD	MD	1.000
Kurumsal Olmayan	MD	MD	MD	4.533*
R ² (Nagelkerke)	0.191	0.260	0.284	0.337
Wald F	43.600	22.823	157.952	173.627

* İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.01; ** İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.05; Diğer durumlarda anlamlı değildir.
MD =Modelde Değil; - = Denklemden ancak istatistiksel olarak anlamlı değil.

Sağlık özellikleri bloğunun da eklenmesi ile nihai model oluşturulmuştur ve yüzde 34'lük açıklayıcılığı vardır. Kadın için kurulan modelde olduğu gibi bebek için kurulan modelde de özellikle doğum sonrası bakım ile çok ilintili olan doğumun yapıldığı yer ve doğum öncesi yeterli bakım alıp almama çok yüksek anlamlılıklar ile modele girmişlerdir. Kadın için kurulan modelin

aksine bebek için olan nihai modelde bölge anlamlı görünürken refah seviyesi gibi daha önceki modelde anlamlı olarak yer alan değişkenler, değişken düzeyinde anlamlı görünmemektedir.

Doğum öncesi bakım almamış kadınların, yeterli doğum öncesi bakım almış kadınlara göre bebekleri için doğum sonrası bakım almama/alma odds oranı 1.90'dır. En yüksek odds oranı doğumunu herhangi bir sağlık kurumunda yapmamış kadınların bebeklerinin yapanlara göre 4.5 kat daha fazla doğum sonrası bakım almamalarının beklenmesi ile elde edilmiştir. Bunun yanında doğumda anne yaşı, doğum sırası, kadının sosyal güvencesi, aile yapısı, evlilik biçimi, eşle akrabalık ve yerleşim yeri gibi değişkenlerin modelde anlamlı şekilde yer almadıkları görülmektedir.

4.5. Sonuçlar ve Politika Öncelikleri

Annenin ve bebeğin doğum sonrası bakım hizmetlerinden faydalanmalarındaki sosyoekonomik ve biyodemografik düzeydeki farklılaşmaları ele alan ve doğum sonrası bakım almanın belirleyicilerinin saptandığı bu çalışmanın sonuçları göstermektedir ki, 2008 yılından önceki son beş yıl içinde Türkiye'de kadınların yüzde 15'i son doğumlarında doğum sonrası bakım hizmeti almamışlardır. T.C. Sağlık Bakanlığı Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Daire Başkanlığı tarafından yürütülen *Kadın Sağlığı Doğum Sonrası Bakım Programı*'yla hedeflenen "doğum sonrası bakım alan kadın oranınının 2010 yılı sonuna kadar yüzde 90'a çıkması" hedefinde, 2008 yılı itibariyle yol kat edilmiş olsa da bazı nüfus gruplarında halen annelerin doğum sonrası bakımdan yararlanma anlamında dezavantajlı olduğu görülmektedir.

Betimsel analizler Ortadoğu Anadolu bölgesinde yaşayan ve doğum öncesi bakım almayan kadın gruplarında doğum sonrası bakım hizmeti almama oranınının yüzde 40'ın üstüne çıktığını göstermektedir. Bunun yanında doğum sonrası bakım almada sosyoekonomik düzey de etkili görülmektedir. Önemli bir bulgu; sosyal güvencesiz olarak veya tarım sektöründe çalışan kadınlar arasında çalışmayan kadınlara göre doğum sonrası bakım alma oranlarınının daha düşük olmasıdır. Daha çok informal sektörde çalışan bu kadınların doğum sonrası bakım hizmetine ulaşmada ve hizmetten faydalanmada sıkıntılar yaşadıkları anlaşılmaktadır.

Çalışmamızın önemli diğer bir bulgusu hem anne hem de bebek için doğum sonrası bakımın en etkili belirleyicisinin doğumun gerçekleştiği yerin bir sağlık kurumu olup olmamasıdır. Özellikle anne için, kurumsal olmayan doğum için doğum sonrası bakım almama kurumsal olan bir doğuma göre 36 kat daha fazla muhtemel görünmektedir. Türkiye genelinde kurumsal olmayan doğumlar yüzde 10 gibi bir orana sahiptir (HÜNEE, 2009). Bu oranın daha da düşmesi gerekmektedir.

Annelerin yüzde 85 gibi büyük bir oranı son doğumlarında doğum sonrası bakım almış olsa da, içerik olarak bu bakım tam anlamıyla yeterli görünmemektedir. Anneler doğum sonrası bakım hizmetinde daha çok bebek ile ilgili konular hakkında bilgilendirilmekte, ancak kendilerinin beslenmesi, bakımları veya acil durumlar hakkında daha az bilgilendirilmektedirler.

Bilgilendirme açısından yeterlilik; kırdan, çocukluğundan bu yana kırdan yaşamış veya kentten/kırdan kıra göç etmiş kadınlar arasında, Doğu bölgesinde, NUTS 1 düzeyinde Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan, eşile arasında akrabalık bulunan, şimdiki eşile sadece dini nikahı olan, doğum sırası 4 ve daha fazla olan, doğum öncesi bakım almamış olan veya yetersiz almış olan, kendisinin ve/veya eşinin eğitim düzeyi düşük olan, çalışmayan veya sosyal güvencesiz çalışan, veya tarım sektöründe çalışan, yeşil kartı üzerinden sağlık sigortası olan ve yaşadığı hanehalkı refah düzeyi düşük olan kadınlar arasında düşüktür. Genel olarak doğum sonrası bakım almada dezavantajlı gruplardaki kadınların doğum sonrası bakım hizmeti dahilinde gerçekleşen kan ve idrar tahlillerinden oluşan kontrollerinin yaygın olmasının nedeni, bu gruptaki kadınların doğum sonrası bakıma daha çok bir komplikasyon sonucu başvurmaları olabilir. Acil durumlar hakkında bilgi sahibi olmayan annenin komplikasyonları önleme amacıyla doğum sonrası bakım almasının ve yaşadığı komplikasyonların farkına varıp bakım alma için harekete geçmesinin daha geç gerçekleşmesi beklenmektedir.

Bebeklerin doğum sonrası bakım alma ile ilgili göstergeleri annelerinkine göre biraz daha iyi durumdadır. Anneler için yüzde 15 olan doğum sonrası bakım almama oranı bebeklerde yüzde 11'e düşmektedir. Bebeklerin doğum sonrası bakım almada dezavantajlı olduğu nüfus grupları anneler için olan gruplarla büyük benzerlik göstermektedir. Ancak bebeklerin doğum sonrası bakım almasıyla birebir ilişkili olan bir değişken de "annenin doğum sonrası bakım alması"dır. Annenin doğum sonrası bakım almadığı durumlarda bebeklerin yüzde 39'u doğum sonrası bakım almamaktadır.

Bebeklerde kalıtsal hastalıklar için testlerin yapılabilmesi ve aşılama açısından doğum sonrası bakım almalarının zamanlaması önemlidir. Türkiye'de bebeklerin yüzde 81'i ilk 5 gün içinde bakım almaktadırlar. Bu oran aralarında akrabalık bulunan çiftlerin bebekleri arasında yüzde 69'a düşmektedir.

Fenilketonuri gibi kalıtsal hastalıklar için akraba evliliklerinde doğan bebeklerin ilk 5 gün içinde doğum sonrası bakım alması ayrı bir öneme sahiptir. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın *Yenidoğan Tarama Programı*'na göre fenilketonuri, konjenital hipotiroidi ve biyotinidaz eksikliği hastalıkları taramaları için doğan her bebekten doğumu takip eden 3-5'inci günler arası kan örneği alınması amaçlanmaktadır. Bunun için doğumdan sonraki ilk beş gün içinde bebeklerin bakım alma oranının yüzde 100'e çıkması hedeflenmektedir. Şu an yüzde 81 olan bu oranın daha da artırılması gerekmektedir.

Doğum sonrası bakım hizmetlerinden yararlanmayı belirleyen faktörlere bakıldığında anne ve bebek için genelde aynı değişkenlerin etkili olduğu görülmektedir. Kadının doğum sonrası bakım almasını negatif anlamda etkileyen faktörler olarak sağlık sigortasının yeşil kart, SSK veya Bağ-Kur olması veya Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur dışında başka bir sigorta olması veya hiç sağlık sigortası olmaması, en düşük refah düzeyine sahip hanehalkında oturması, anne yaşının çok genç (20'den küçük) olması, doğum öncesi yetersiz bakım almış veya doğum öncesi bakım almamış olması ve kurumsal olmayan bir yerde doğum yapmış olması olarak sayılabilir. Görünen odur ki annelerde doğum sonrası bakımı en çok açıklayan değişkenler sağlıkla veya

doğumla doğrudan ilgili değişkenlerdir. İkinci olarak ekonomik özelliklerin etkili olduğu görülmektedir. Öyle ki evlilik biçimi, geleneksellik düzeyi, aile yapısı gibi sosyokültürel değişkenler modelde anlamlı bulunmamıştır.

Bebeklerin doğum sonrası bakım almasının belirleyicilerine bakıldığında anlamlı olan daha fazla sayıda değişken ortaya çıkmaktadır: Annenin Doğu veya Güney bölgesinde yaşaması, eğitim seviyesinin düşük olması, sağlık sigortasının Bağ-Kur olması veya hiç olmaması, annenin doğum öncesi bakım almaması ve doğumun kurumsal olmayan bir yerde gerçekleşmiş olması bebeğin doğum sonrası bakım alabilme olabirliğini azaltmaktadır. Bu modelde önemli bir bulgu bebeğin doğum sonrası bakım almasında ekonomik özelliklere ek olarak, biyodemografik veya sağlıkla ilgili özelliklerin ve kadının eğitimi ile yaşanan bölgenin etkili olduğudur. Başka bir dikkat çekici nokta, ekonomik özellikler kontrol edildiğinde kent-kır olan yerleşim yeri değişkeninin hem anne hem bebek için kurulan modellerde anlamsız olmasıdır.

Sonuç olarak; doğum sonrası bakım almadaki göstergeler annelerin ve bebeklerin büyük çoğunluğunun doğum sonrası bakım aldığını göstermektedir. Ancak doğum sonrası bakım hizmetinin içeriği konusunda iyileşmeler gerekmektedir. Ayrıca göstergeler anlamında doğum sonrası bakım almada dezavantajlı gruplar diye tanımlayabileceğimiz Doğu bölgesinde yaşayan, eğitimsiz olan, sosyal güvencesiz olarak veya tarım sektöründe çalışan, sağlık sigortası yeşil kart olan veya hiç sağlık sigortası olmayan, düşük refah düzeyine sahip bir hanehalkında kalan, doğum öncesi bakım almayan veya yetersiz alan, son doğumunda anne olma yaşı 20-34 yaş grubu dışında bir yaş olan ve sağlık kurumu dışında bir yerde doğumunu gerçekleştirmiş olan kadınların ve bebeklerinin doğum sonrası bakım alma oranlarının iyileştirilmesi için politika önceliklerinin gözden geçirilmesi gerekmektedir.

4.6. Kaynaklar

Akın A. ve Özvarış, Ş.B. (2002). "Türkiye'de Doğum ve Doğum Sonrası Bakım", *Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler, TNSA-1998 İleri Analiz Sonuçları*, Hacettepe Üniversitesi TAP Vakfı ve UNFPA, Ankara, s.243-293.

Alfredo, F., Monica, T. K. ve Abderrahim, N. (2006). *Postpartum Care: Levels and Determinants in Developing Countries*, Calverton, Maryland, USA: Macro International Inc.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) (2004). *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Department of Reproductive Health and Research World Health Organization, Geneva.

Ergin, F., Başar, P., Karahasanoglu, B. ve Beşer, E. (2005). "Güvenli Olmayan Doğumlar ve Doğum Sonrası Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi", *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4(6):321-329.

Gujarati, D.N. (2003). *Basic Econometrics*, 4. Baskı, McGraw-Hill, New York.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (2009). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008*, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk

Sağlığı ve Aile Planlaması Genel M¼d¼rl¼ę¼, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı M¼steřarlıęı ve T¼B¼TAK, Ankara.

Hove, I., Siziya, S., Katito, C. ve Tshimanga, M. (1999). "Prevalence and Associated Factors for Non-Utilisation of Postnatal Care Services: Population-Based Study in Kuwadzana Peri-Urban Area, Zvimba District of Mashonaland West Province, Zimbabwe", *African Journal of Reproductive Health*, 3(2):25-32.

Koç, İ., Schumacher, R., Campbell, O., T¼rk¼yılmaz, A. S., Erg¼çmen, B. ve Y¼ksel, İ. (2006). *Ulusal Anne ¼l¼mleri ¼alıřması, 2005*, Hacettepe ¼niversitesi N¼fus Et¼tleri Enstit¼s¼, Sağlık Bakanlığı Ana ¼ocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel M¼d¼rl¼ę¼ ve Avrupa Komisyonu T¼rkiye Delegasyonu, Ankara.

Rutstein, S. O. ve Rojas, G. (2006). *Guide to DHS Statistics*, Demographic and Health Surveys ORC Macro.

Bölüm 5

Türkiye’de Sezaryen ile Yapılan Doğumların Seviyesi, Değişimi ve Belirleyicileri

Sabahat Tezcan¹, Pelin Çağatay², Hande Tunçkanat² ve Rukiye Gül³

Özet

Son 30-35 yılda dünya çapında hızlı bir artış gösteren sezaryen ile doğumlar, Türkiye’de de dünyadaki gelişmelere paralel olarak artmaktadır. Ülkemizde en güncel veri seti olan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008’in sonuçlarına göre yüzde 37 olan sezaryen doğum yüzdesi, Dünya Sağlık Örgütü uzmanlar kurulu (DSÖ) tarafından yüzde 15 olarak benimsenen kabul edilebilir üst sınırın çok üzerindedir. “2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2008)” verisinin kullanıldığı bu çalışmada, günümüzde sezaryen ve vajinal doğumların düzeyi ülke genelinde ve nüfusun alt gruplarında seçilmiş değişkenlere göre incelenmiştir. Ayrıca, betimsel analizlerin yanı sıra lojistik regresyon yöntemi kullanılarak sezaryen doğumun belirleyicileri de ortaya konulmuştur. Türkiye geneli için bakıldığında, araştırma tarihinden önceki son beş yılda sağlık kuruluşunda meydana gelen canlı doğumların yüzde 41’i sezaryen; yüzde 59’u da vajinal doğum olarak gerçekleşmiştir. Betimsel analizler, sezaryen ile doğum yapmanın çeşitli sosyal, ekonomik ve demografik göstergelere göre değiştiğini ortaya koymuştur. Çok değişkenli analiz bulguları, doğuma ve doğum öncesine ilişkin özellikler ile sosyo-ekonomik, demografik ve sosyo-kültürel özelliklere göre incelendiğinde, modellerde yer alan değişkenler içinde kadının yaşadığı bölge, anne olma yaşı, doğum sırası, doğum ağırlığı, alınan doğum öncesi bakım sayısı, doğumun yapıldığı ve doğum öncesi bakımın alındığı yerin önemli olduğunu göstermektedir.

Summary

The Prevalence and Determinants of Cesarean Section in Turkey

Over the past three decades, the rate of cesarean births has risen dramatically in Turkey as well as in the world. According to results of 2008 Turkish Demographic and Health Survey, the most up-to-date data set in Turkey, the proportion of deliveries by cesarean section is 37 percent which exceeds the maximum level (15 percent) defined by World Health Organization (WHO). By utilizing the THDS-2008 data set the prevalence of cesarean and vaginal deliveries have been analyzed nationwide and also on the basis of population subgroups according to selected variables and factors. In addition to descriptive analysis, determinants of cesarean births have been revealed by applying logistic regression. In Turkey, 41 percent of live births occurring in any health facility in the five years preceding the survey date have been delivered by cesarean section whereas vaginal deliveries have been found to be 59 percent. Descriptive analysis have shown that the prevalence of cesarean section have varied regarding to social, demographic and economic indicators. The findings of multi-variate analysis have revealed that region, mother’s age at birth, birth order, child’s birth weight, place and number of antenatal care received, and place of delivery are of great importance when factors related to pregnancy and delivery as well as socio-economic, demographic and socio-cultural factors are considered.

¹ Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

² Ar. Gör., Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

³ Dr., Sağlık Bakanlığı Anne Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

5.1. Giriş

“Oldukça yaygın ve risk içeren” bir yöntem olarak tanımlanan (Sakala ve diğerleri 1993) sezaryen özellikle son 30-35 yılda dünya çapında hızlı bir artış göstermiştir. Genel olarak, vajinal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlarda veya vajinal doğum ile birlikte anne ve/veya bebek açısından hastalık ve ölümlülükte belirgin artış riski olduğunda uygulanması gereken sezaryen, günümüzde neredeyse vajinal doğumun bir alternatifi haline gelmiştir. Ancak hem anne, hem de bebek için yaşam kurtarıcı olan ve çeşitli durumlarda canlı doğumu garanti ederek anne ve bebekte meydana gelebilecek olası hasarları önlemeyi sağlayan sezaryen, tıbbi gerek olmaksızın kullanıldığında anne ve bebek açısından hastalık ve ölümlülük artışına sebep olmaktadır (Shearer, 1993; Chacam ve Perpetuo, 1998; Koç, 2001; 2003).

Amerikan Doğum ve Kadın Hastalıkları Uzmanlar Birliği (ACOG) 2006 yılında yaptığı açıklamada, sezaryenlerin isteğe bağlı olarak değil tıbbi endikasyonlara göre yapılması gerektiğini belirtmiş ve Dünya Sağlık Örgütü uzmanlar kurulu (DSÖ) tarafından sezaryen oranının alt ve üst sınırları yüzde 5 ile yüzde 15 olarak benimsenmiştir. Oranın yüzde 5'in altında ve yüzde 15'in üstünde olması anne ölümlülüğü açısından olumsuz karşılanmaktadır.

Sezaryenle doğum yaygınlığındaki artış hemen hemen bütün ülkelerde izlenmekle beraber, oranlar ülkelerin sağlık politikaları ve insanların doğum eylemine bakışındaki farklılıklar ile sosyal hizmet verme tercihlerine göre değişmektedir. ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün (NIH) raporuna göre, sezaryen doğum hızı Amerika birleşik Devletleri'nde 1996 yılında yüzde 21'den 2007 yılında yüzde 33'e yükselmiştir. Sezaryen hızlarının etnik kökene, sağlık kuruluşunun türü ve bulunduğu bölgeye ve yerleşim yerine göre değiştiği de belirtilmiş, her yaştan ve her ırk/etnik kökenden anneler arasında sezaryen doğumun hızlı bir artış gösterdiğine vurgu yapılmıştır.

Türkiye'de de dünyadaki gelişmelere paralel olarak sezaryen oranları gittikçe artmaktadır. 1988 yılında ülkede tüm doğumların yüzde 6'sı sezaryenle gerçekleşirken (Koç, 2001; 2003) bu oran en güncel veri seti olan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008'in sonuçlarına göre yüzde 37'dir. Son 20 yıllık dönemde sezaryen ile doğumlarda meydana gelen bu 6 kat artış, gerek araştırmacılar gerekse politika yapıcılar açısından sezaryenin incelenmesi gereken önemli bir mevzu olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu çalışmanın amacı, sezaryen doğuma ilişkin oldukça ayrıntılı betimsel ve çok değişkenli analizlere imkan veren Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 (TNSA-2008) verisini kullanarak, günümüzde sezaryen ve vajinal doğumların düzeyini ülke genelinde ve nüfusun alt gruplarında seçilmiş değişkenler temelinde incelemektir. Çalışmada, betimsel analizlerin yanı sıra gerçekleştirilen çok değişkenli analizler ile sezaryen doğumun belirleyicileri de ortaya konulmaktadır.

5.2. Veri Kaynağı ve Yöntem

Bu çalışmadaki temel veri kaynağı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 (TNSA-2008)'dir. TNSA-2008, Türkiye'de 1968 yılından bu yana beş yıllık aralıklarla, Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından düzenli olarak yürütülen ulusal nüfus ve sağlık araştırmaları dizisinin dokuzuncusudur. TNSA-2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı'nın işbirliği içinde yürütülmüştür. TNSA-2008 için gereken mali kaynak, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) tarafından Kamu Kurumları Araştırma ve Geliştirme Projelerini Destekleme Programı kapsamında sağlanmıştır.

TNSA-2008'in örneklem seçiminde ağırlıklı, çok aşamalı, tabakalı küme örnekleme yaklaşımı kullanılmıştır. Örneklem konusunda gerekli temel bilgilerin sağlanmasında Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ile işbirliği yapılmıştır. TNSA-2008, demografik göstergelerin ve çeşitli karakteristiklerin Türkiye geneli, kentsel ve kırsal yerleşim yerleri ve beş bölge (Batı, Güney, Orta, Kuzey ve Doğu Anadolu) gibi nüfusun alt grupları için hesaplamaya imkân verecek şekilde düzenlenmiştir. Bunlara ek olarak, 12 NUTS1 bölgesi⁴ ve yedi metropol⁵ için de çeşitli analizleri yapmak TNSA-2008'in örnekleme tasarımı ve büyüklüğü ile mümkün kılınmıştır.

TNSA-2008'de "Hanehalkı SoruKağıdı" ve 15-49 yaş grubundaki en az bir kez evlenmiş kadınlar için "Evlenmiş Kadın SoruKağıdı" olmak üzere iki çeşit soruKağıdı kullanılmıştır. Bu çalışmada kullanılan veri seti, temel olarak, Evlenmiş Kadın SoruKağıdı'nda yer alan doğum tarihçesi ile 15-49 yaş arası kadınların tüm doğumlarına ilişkin bilgi alınmakta ve böylece bu kadınların son beş yılda gerçekleşen tüm canlı doğumları da tespit edilebilmektedir.

Türkiye'de sezaryenin yaygınlığı ve belirleyicileri, hem betimleyici düzeyde hem de çok değişkenli analiz yöntemi olan lojistik regresyon tekniği ile çeşitli değişkenlere göre araştırma tarihinden önceki son beş yıldaki tüm canlı doğumlar için incelenmiştir. Sezaryenin yaygınlaşmasında en belirleyici faktörler belirlenmeye çalışılırken, yerleşim yerinin kent veya kır olması, yaşanılan bölge, hanehalkının refah düzeyi, kadının eğitim düzeyi, sağlık güvencesinin olup olmadığı, çalışma durumu, anne olma yaşı, doğum sırası, annenin ifadesine göre çocuğunun doğum ağırlığı, doğumun yapıldığı yer, alınan doğum öncesi bakımın sayısı, doğum öncesi bakımın zamanlaması ve bakımın alındığı yer bağımsız değişkenler olarak ele alınmıştır. Bunlara ek olarak, lojistik regresyon analizinde kullanılmak üzere oluşturulan aile tipinin, evlilik kararının, evlilik biçiminin, başlık parasının ve eşle akrabalık durumunun da sezaryen uygulamasının tercih edilmesinde etkili olup olmadığı incelenmiştir.

⁴İstanbul, Batı Marmara, Doğu Marmara, Batı Anadolu, Akdeniz, Orta Anadolu, Batı Karadeniz, Doğu Karadeniz, Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu

⁵İstanbul, Ankara, İzmir, Bursa, Adana, Konya, Gaziantep

Bu çalışmada öncelikli olarak sezaryen ile doğum yapan kadınları tanımlamak amacıyla yukarıda belirtilen değişkenler esas alınarak betimleyici analizler yapılmıştır. Ardından, araştırma tarihinden önceki son beş yılda canlı doğumu/doğumları olan kadınlar arasından sezaryeni tercih etmede etkili faktörleri belirlemek amacıyla lojistik regresyon tekniği kullanılarak çok değişkenli analizler yapılmıştır. Bu aşamada, “normal doğum” ve “sezaryen” olmak üzere iki kategoriden oluşan doğum şekli bağımlı değişken olarak kullanılmıştır. Bağımlı değişkenin referans kategorisini normal doğum yapanlar oluşturmaktadır. Böylece, normal doğum yapan kadınlar temel alındığında sezaryen ile doğumlarını gerçekleştiren kadınlar için hangi faktörlerin baskın olduğunu belirlemek amaçlanmıştır. Bağımsız değişkenlerin referans kategorileri ise yirmi yaşından daha erken yaşta anne olan kadınlar, ilk doğumlar, doğum ağırlığı annenin ifadesine göre ortalama olarak beyan edilen çocuklar, devlet hastanesinde/doğumevinde doğum yapanlar ve buralardan doğum öncesi bakım alanlar, hiç eğitimi olmayan veya ilkokulu bitirmemiş kadınlar, sağlık güvencesi olmayanlar, hiç çalışmamış veya halen çalışmayanlar, kendi isteği dışında evlenenler, sadece dini nikahı olanlar, evlenirken başlık parası verilenler, eşiyle birinci derece akraba olanlar ile geniş aile tipine sahip olanlar, kırsal alanlarda yaşayanlar, Doğu Anadolu bölgesindeki kadınlar ve son olarak da en düşük refah düzeyine sahip hanhalklarındaki kadınlardır.

Lojistik regresyon yapılmadan önce bağımsız değişkenler arasında çoklu eş doğrusallık (multi-colinearity) analizi de yapılmıştır. Buna göre betimleyici tablolarda yer alan ancak yüksek derecede eş doğrusallık ilişkisi çıkan bazı değişkenler analiz aşamasında modellerin dışında bırakılmıştır. NUTS 1 değişkeni ile bölge değişkeni ve göç değişkeni ile yerleşim yeri arasında böyle bir ilişki tespit edilmesinden dolayı sadece bölge ve yerleşim yeri kullanılmıştır. Öte yandan, değişkenlerin eğer varsa “bilmiyor/cevapsız” kategorileri hem bu aşamada, hem de regresyon analizi aşamasında dikkate alınmamıştır. Doğumun yapıldığı yer, doğum öncesi bakım alınan yer ve aile tipindeki “diğer” kategorileri ile evlilik biçiminde “dini ve resmi nikahı olmayanlar” analiz için yeterli sayıda olmadıklarından analiz aşamasında dışarıda bırakılmıştır.

Diğer taraftan, betimsel analizlerde kullanılan doğum öncesi bakımın zamanlaması ve çocuğun tartıldığındaki doğum ağırlığı da dışarıda bırakılan değişkenler arasındadır. Doğum öncesi bakımın zamanlamasının modele dahil edilmemesinin sebebi, bu değişkenin istatistiksel olarak anlamlı çıkmaması ve modelin açıklayıcılığına herhangi bir katkı sağlamamasıdır. Doğum ağırlığı ise betimleyici tablolarda iki ayrı değişken temelinde verilmiştir. Birincisi, çocuğun tartıldığındaki doğum kilosu, diğeri ise annenin ifadesine göre doğum ağırlığıdır. Bu iki değişken lojistik regresyon analizinde hem ayrı ayrı hem de birlikte analize dahil edilmiştir. Annenin beyan ettiği doğum ağırlığının istatistiksel olarak daha anlamlı çıkması ve modelin açıklayıcılığını arttırması nedeniyle sadece bu değişken analize alınmıştır.

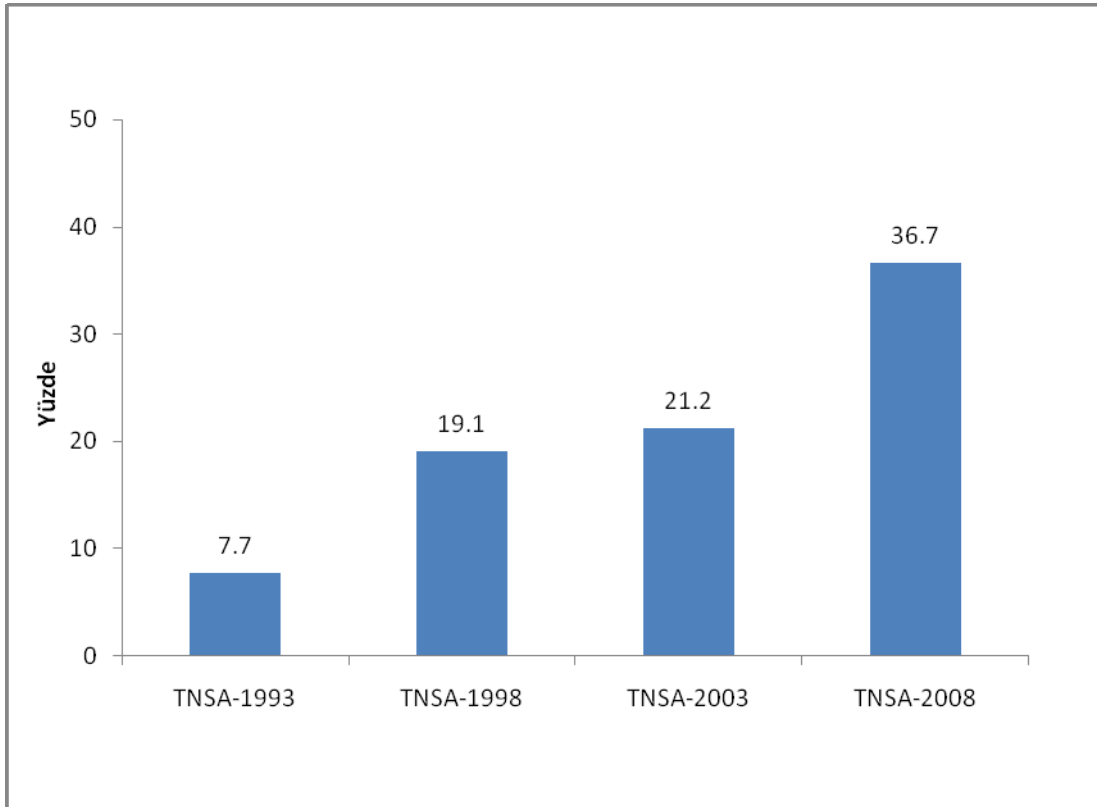
Bu çalışmada dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta ise betimsel analizlerde, çoklu eş doğrusallık analizinde ve lojistik regresyon aşamasında sezaryen ile gerçekleşen doğumların tamamının bir sağlık kuruluşunda meydana gelmesinden dolayı evde yapılan doğumların dikkate

alınmadığıdır. Ayrıca, çoğul doğumların büyük oranda sezaryen ile yapılması nedeniyle tekil doğum dışındakiler dışarıda bırakılarak regresyon analizi yapılmıştır (Koç, 2003).

5.3. Türkiye’de Sezaryenle Yapılan Doğumların Sıklığı ve Değişimi

Türkiye’de tüm dünyada olduğu gibi sezaryenle yapılan doğumların sayısında özellikle son 20 yılda belirgin bir artış görülmektedir. Şekil 5.1’de son 15 yıllık dönemde Türkiye’de gerçekleştirilmiş nüfus ve sağlık araştırmalarından elde edilen sezaryen doğum hızları verilmektedir. TNSA-1993’e göre, araştırma tarihinden önceki son beş yılda gerçekleşen tüm doğumların yaklaşık yüzde 8’i sezaryenle meydana gelirken, 2008 araştırmasında bu yüzde dört kattan fazla artarak yüzde 37’ye yükselmiştir.

Şekil 5.1. Sezaryen ile gerçekleşen doğumların yüzdesindeki değişim, 1993-2008



Not: Araştırma tarihlerinden önceki son beş yılda meydana gelen tüm canlı doğumları kapsamaktadır.
Kaynak: TNSA-1993, TNSA-1998, TNSA-2003, TNSA-2008

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008’in veri seti kullanılarak yapılan hesaplamalar, araştırma tarihinden önceki son beş yılda sağlık kuruluşunda meydana gelen canlı doğumların yüzde 41’inin sezaryen; yüzde 59’unun da vajinal doğum olduğunu göstermektedir (Tablo 5.1). Kırsal alanlarda sezaryenle gerçekleşen doğumların yüzdesi kenttekenden düşüktür (sırasıyla yüzde 44 ve yüzde 31). Kentlerde sezaryenle gerçekleşen doğumların oranı Türkiye geneli için belirtilen değer üzerine çıkarken kırsal genelin altına düşmektedir. Beş bölge düzeyinde normal ve sezaryen doğumların dağılımları incelendiğinde Doğu Anadolu’nun en düşük sezaryen yüzdesine sahip olduğu görülmektedir (yüzde 22). Batı ve Kuzey Anadolu bölgelerinde ise

araştırma tarihinden önceki son beş yılda herhangi bir sağlık kuruluşunda meydana gelen doğumların neredeyse yarısı sezaryen ile gerçekleşmiştir (sırasıyla yüzde 48 ve yüzde 47).

Tablo 5.1. Temel özelliklere göre araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde sağlık kuruluşunda yapılan normal doğumların ve sezaryen doğumların temel özelliklere göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008

Temel Özellikler	Normal doğum	Sezaryen ile doğum	Toplam	Doğum sayısı
Yerleşim yeri				
Kent	55.9	44.1	100.0	2330
Kır	69.4	30.6	100.0	783
Bölge				
Batı	52.4	47.6	100.0	1129
Güney	56.9	43.1	100.0	407
Orta	56.0	44.0	100.0	729
Kuzey	53.1	46.9	100.0	188
Doğu	77.8	22.2	100.0	660
NUTS1 Bölgeleri				
İstanbul	49.0	51.0	100.0	522
Batı Marmara	45.6	54.4	100.0	88
Ege	53.1	46.9	100.0	411
Doğu Marmara	58.5	41.5	100.0	272
Batı Anadolu	56.9	43.1	100.0	339
Akdeniz	56.9	43.1	100.0	407
Orta Anadolu	62.7	37.3	100.0	172
Batı Karadeniz	54.0	46.0	100.0	166
Doğu Karadeniz	48.0	52.0	100.0	77
Kuzeydoğu Anadolu	71.4	28.6	100.0	97
Ortadoğu Anadolu	74.5	25.5	100.0	165
Güneydoğu Anadolu	80.7	19.3	100.0	399
Hanehalkı refah düzeyi				
En düşük	74.6	25.4	100.0	606
Düşük	67.2	32.8	100.0	751
Orta	59.3	40.7	100.0	684
Yüksek	50.9	49.1	100.0	572
En yüksek	38.4	61.6	100.0	500
Toplam	59.3	40.7	100.0	3110

NUTS1 bölgeleri düzeyinde vajinal ve sezaryen doğumların dağılımı incelendiğinde bölgesel farklılıklar çarpıcı bir hale gelmektedir. Örneğin; İstanbul, Batı Marmara, ve Doğu Karadeniz’de araştırma tarihinden önceki son beş yılda meydana gelen canlı doğumların yarısından fazlası sezaryenle gerçekleşirken, Güneydoğu Anadolu’da, sezaryen doğumlar yüzde 20’nin altındadır.

TNSA-2008’de hanehalkı ve konut özelliklerine ve dayanıklı tüketim mallarına sahip olup olunmadığına ilişkin bir dizi soru sorulmuştur. Bu sorulara alınan bilgilerden geliştirilen hanehalkı refah endeksi, televizyondan arabaya kadar pek çok dayanıklı tüketim malına sahip olup olunmadığına ve içme suyunun kaynağı, tuvalet imkanı, zemin malzemesi gibi konut özelliklerine bakarak oluşturulmuştur (HÜNEE, 2009). Oluşturulan bu endeks yakın dönemde geliştirilen ve pek çok ülkede hanehalkı gelir düzeyindeki farklılıkları ve sağlık sonuçlarını ölçmek için kullanılan bir göstergedir (Rutstein ve diğerleri, 2000). Tablo 5.1 incelendiğinde, hanehalkı refah düzeyi arttıkça sezaryen doğum yüzdesinin de arttığı gözlenmektedir. En düşük refah düzeyindeki hanelerde araştırma tarihinden önceki son beş yılda sağlık kuruluşunda gerçekleşen canlı doğumların yüzde 25’i sezaryen doğum ile gerçekleşmişken, en yüksek refah düzeyinde olanlarda bu oran yüzde 62’dir.

Kadınların eğitim düzeyine göre sezaryen doğumların dağılımına bakıldığında, eğitimi olmayan/ilkokulu bitirmemiş kadınlar arasında araştırma tarihinden önceki son beş yılda sağlık kuruluşunda gerçekleşen canlı doğumların yüzde 26’sı sezaryen doğum iken bu oran, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip kadınlar arasında yüzde 60’tır.

TNSA-2008’in kadın soru kağıdında yer alan göç tarihçesi modülüyle, 15-49 yaşları arasında evlenmiş kadınların 12 yaşını tamamladıktan sonra en az altı ay süreyle yaşadıkları tüm yerleşim yerleri hakkında bilgi alınmıştır. Bu sayede göç hareketlerine göre kadınları çeşitli kategoriler altında toplamak mümkün kılınmıştır. Çalışmada kadınlar, *kent yerlisi*, *kır yerlisi*, *kırdan kente göç etmiş* ve *kentten kıra göç etmiş* kategorileri altında toplanmıştır. Buna göre kent yerlisi olarak tanımlanan kadınların araştırma tarihinden önceki son beş yılda sağlık kuruluşunda meydana gelen canlı doğumlarının yüzde 48’i sezaryen ile gerçekleşmiş doğumlardır. On iki yaşından itibaren hep kırsal alanlarda yaşayan kadınlar arasında bu oran yüzde 31’e düşmektedir (Tablo 5.2). Kırdan kente göç etmiş kadınlarda ise sezaryen doğum yüzdesi, kentten kıra göç etmiş kadınlara kıyasla daha yüksektir (sırasıyla yüzde 36 ve yüzde 32).

TNSA-2008’de, araştırmadan önceki son 12 ay ve 7 gün içinde kadının çalışma durumuna ilişkin bilgi toplanmıştır. Çalışma durumunun ölçülmesi çalışma kavramının farklı algılanması nedeniyle zordur. Örneğin, ücretsiz aile işçisi olarak veya gayri resmi sektörde çalışan kadınlar kendilerini “çalışıyor” olarak tanımlamayabilmektedir. Bu nedenle TNSA-2008’de gayri-resmi/zor ya da yanlış tanımlamaya açık iktisadi faaliyetleri de kapsayabilmek amacıyla çalışma durumuna ilişkin bir dizi soru sorulmuştur (HÜNEE, 2009). Tablo 5.2’de kadının çalışma durumuna göre doğum şekli incelendiğinde, sezaryen ile gerçekleşen doğumların sigortalı çalışan kadınlar arasında en yüksek düzeyde olduğu gözlenmektedir (yüzde 67). Buna karşılık, sigortasız çalışan kadınlar arasında ise sezaryen doğumlar en düşük seviyededir (yüzde 36). TNSA-2008 kapsamında görüşülen ve araştırma tarihinden önceki son beş yılda canlı doğumunu/doğumlarını herhangi bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirmiş kadınların yüzde 34’ü, sağlık sigortası kapsamında olmamalarına karşın sezaryen doğum yapmışlardır. Bu değer sağlık sigortası olan kadınlarda yüzde 42’ye yükselmektedir (Tablo 5.2).

Tablo 5.2. Bazı temel özelliklere göre araştırma tarihinden önceki son beş yılda sağlık kuruluşunda yapılan normal doğumların ve sezaryen doğumların yüzde dağılımı, Türkiye 2008

	Normal doğum	Sezaryen ile doğum	Toplam	Doğum sayısı
Eğitim				
Eğitimi yok/İlköğrt. bitirmemiş	73.6	26.4	100.0	558
İlköğretim birinci kademe	62.1	37.9	100.0	1574
İlköğretim ikinci kademe	60.2	39.8	100.0	314
Lise ve üzeri	40.2	59.8	100.0	666
Göç durumu				
Kent yerlisi	51.8	48.2	100.0	1541
Kır yerlisi	69.5	30.5	100.0	609
Kırdan kente göç etmiş	63.9	36.1	100.0	777
Kentten kıra göç etmiş	68.2	31.8	100.0	150
Kadının çalışma durumu				
Hiç çalışmamış/halen çalışmıyor	60.8	39.2	100.0	2448
Sigortalı çalışıyor	33.5	66.5	100.0	226
Sigortasız çalışıyor	63.8	36.2	100.0	439
Sağlık güvencesi				
Sağlık sigortası yok	66.0	34.0	100.0	505
Sağlık sigortası var	58.0	42.0	100.0	2598
Toplam	59.3	40.7	100.0	3110

Sezaryen ile doğum cerrahi bir girişim olup tıbbi gerekçelerle yapılması esastır ve vajinal doğumun alternatifi değildir. Sezaryen planlanırken, gebeye ve gebeliğe özgü yararları ve riskleri birlikte değerlendirilmelidir. Amerikan Kadın Doğumcular Birliği (ACOG) 2006 yılında yaptığı açıklamada sezaryenlerin isteme bağlı olarak değil tıbbi nedenlere bağlı yapılması gerektiğini belirtmiştir. Tıbbi nedenlere ek olarak annenin doğum sırasında “yaşlı” (34 yaş ve üzeri) olması, çoklu gebelik durumunun söz konusu olması, doğum ağırlığı 3500 gr’ın üzerinde veya 1500 gr’ın altında olması da riskli durumlar arasında yer almaktadır.

Ocak 2003’den sonra meydana gelen canlı doğumlar için TNSA-2008’in anne ve çocuk sağlığı bölümünde doğum öncesi, doğum ve doğum sonrasına ilişkin pek çok soru sorulmuştur. Bu sayede, annenin doğumdaki yaşı, tekil/çoğul gebelik durumu, bebeğin doğum ağırlığı ve annenin bebeğin doğumdaki büyüklüğüne ilişkin algısı ve doğum sırası gibi değişkenlere göre sezaryen ve vajinal doğumlar incelenebilmektedir (Tablo 5.3). Beklenildiği gibi, 35-39 yaş grubundaki kadınlar arasında sezaryen doğum yüzdesi önceki yaş gruplarındakilere kıyasla daha yüksektir. Araştırma tarihinden önceki son beş yılda doğumlarını 35-49 yaşları arasında gerçekleştiren kadınların yarısından fazlası sezaryen ile doğum yapmıştır (yüzde 53). Bu oran, 20-34 yaşları arasında anne olan kadınlar arasında yüzde 41’e; 20 yaşından genç anne olanlarda

ise yüzde 30'a düşmektedir. Sezaryen doğumun, "riskli" kapsamına giren çoğul gebeliklerde, tekil gebeliklere kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Ocak 2003'den sonra herhangi bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmiş canlı doğumların yüzde 40'ı sezaryen normal doğum iken, çoğul gebeliklerin yüzde 61'i sezaryen doğumdur.

TNSA-2008 soru kağıdında araştırmadan önceki son beş yıl içerisinde meydana gelen tüm canlı doğumlar için doğum ağırlığı, varsa bebeğin kilosunun yazıldığı karttan ya da annenin beyanından elde edilmiştir. Buna ek olarak, annelere, çocuğun doğumundaki büyüklüğüne ilişkin subjektif değerlendirmesi de sorulmuştur. Her ne kadar düşük ve yüksek doğum ağırlığı sezaryen için gerekli tıbbi nedenler arasında yer alsada, yüksek (4000gr.'ın üzerinde) doğum ağırlığına sahip çocuklarda sezaryen yüzdesinin, normal doğum ağırlıklı (2500gr-4000gr) çocuklardakinden daha düşük olduğu gözlenmektedir (sırasıyla yüzde 39 ve yüzde 42). Ancak, annenin çocuğun doğumundaki büyüklüğüne ilişkin değerlendirmesine göre araştırma tarihinden önceki son beş yılda sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğumlar incelendiğinde, ortalamadan küçük ve ortalamadan büyük bebekler arasında sezaryenin ortalama büyüklüktekilere kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir (sırasıyla yüzde 43, yüzde 39 ve yüzde 44).

Hem anne adayının, hem de doğacak bebeğin sağlıkları ve yaşamları açısından, gebe kadının gebeliği süresince düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitimli bir sağlık personeli tarafından izlenmesi olarak tanımlanan doğum öncesi bakım aynı zamanda günümüzde obstetrik ve ebelik uygulamalarının temelini oluşturan "bilgilendirilmiş anne tercihi"nin de temelidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2001 yılında yayınladığı çalışmanın sonuçlarına göre anne ve çocuk sağlığının geliştirilmesi için doğum öncesi bakımın temel öğeleri konusunda fikir birliği sağlanmıştır (Villar ve diğerleri, 2001; Ergöçmen ve diğerleri, 2005). Buna göre doğum öncesi bakım modelinde gebeler "rutin doğum öncesi bakım hizmetine ihtiyacı olanlar" ve "özel sağlık sorunları ya da risk faktörlerine sahip olup da özel bakım gerektirenler" olarak iki gruba ayrılmıştır. Rutin doğum öncesi bakıma ihtiyacı olan gebelere, doğum öncesi 4 bakım ziyaretinden oluşan standart program verilmektedir. Türkiye'de de nitelikli ve standart doğum öncesi bakım hizmetleri, "gebeliğin ilk üç ayı içinde tespit edilmesi, risk değerlendirmesi ile risk durumuna göre hiçbir riski olmayan sağlıklı gebenin Sağlık Bakanlığı yönetim rehberinde öngörülen gebelik haftalarında en az dört kez izlenmesi ve izlemlerin mutlaka sağlık personeli tarafından yapılması" olarak tanımlanmaktadır.

Tablo 5.3. Doğum özelliklerine göre araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde sağlık kuruluşunda yapılan normal doğumların ve sezaryen doğumların yüzde dağılımı, Türkiye 2008

	Normal doğum	Sezaryen ile doğum	Toplam	Doğum sayısı
Annenin doğumdaki yaşı				
<20	70.0	30.0	100.0	305
20-34	59.2	40.8	100.0	2548
35-49	47.4	52.6	100.0	260
Tekil/çoğul doğum				
Tekil doğum	59.9	40.1	100.0	3020
Çoğul Doğum	38.8	61.2	100.0	93
Doğum ağırlığı				
<2500g	48.4	51.6	100.0	316
2500g-4000g	58.1	41.9	100.0	2243
>4000g	61.5	38.5	100.0	299
Ölçülmedi	91.0	9.0	100.0	134
Annenin ifadesine göre bebeğin büyüklüğü				
Ortalamadan küçük	57.1	42.9	100.0	762
Ortalama	60.8	39.2	100.0	1830
Ortalamadan büyük	56.4	43.6	100.0	513
Bilmiyor	*	*	*	7
Doğum öncesi bakımın zamanlaması				
İlk üç ayda bakım almış	54.4	45.6	100.0	2352
İlk üç ayda bakım almamış	71.0	29.0	100.0	555
Doğum öncesi bakımın alındığı yer				
Devlet hastanesi/Doğumevi	67.0	33.0	100.0	594
Birinci basamak sağlık kuruluşu	74.2	25.8	100.0	329
Özel sağlık merkezi	52.5	47.5	100.0	1918
Üniversite hastanesi	25.5	74.5	100.0	51
Diğer	*	*	*	17
Doğum öncesi bakım alma sayısı				
0-1	84.2	15.8	100.0	326
2-3	77.2	22.8	100.0	442
4-5	64.1	35.9	100.0	494
6+	49.3	50.7	100.0	494
Doğumun yapıldığı yer				
Devlet hastanesi/Doğumevi	64.2	35.8	100.0	2310
Birinci basamak sağlık kuruluşu	(89.6)	(10.4)	(100.0)	28
Özel sağlık merkezi	43.3	56.7	100.0	696
Üniversite hastanesi	36.8	63.2	100.0	63
Diğer	*	*	*	16
Doğum sırası				
1	53.5	46.5	100.0	1165
2-3	59.5	40.5	100.0	1443
4-5	72.8	27.2	100.0	360
6+	70.1	29.9	100.0	145
Toplam	59.3	40.7	100.0	3110

Not: Parantez içinde gösterilen bulgular 25 ile 49 arasında ağırlıksız gözlem sayısına dayanmaktadır.

* ile gösterilen bulgular 25'den az ağırlıksız gözlem sayısına dayanmaktadır.

TNSA-2008’de araştırma tarihinden önceki son beş yılda canlı doğumu olan 15-49 yaşları arasındaki tüm kadınlara doğum öncesi bakım ile ilgili sorular sorulmuştur. Sorular, kadınların söz konusu gebelikleri sırasında doğum öncesi bakım alıp almadıklarını, eğer aldılarsa bu bakımın zamanlamasını, kimden alındığını ve sayısını ortaya koymayı hedeflemektedir. Buna göre gebeliğin ilk üç ayında bakım alınmış doğumların yüzde 46’sı sezaryen ile gerçekleşirken, ilk üç ayda bakım alınmamış gebeliklerin yüzde 29’u sezaryen doğumdur.

Doğum öncesi bakımın alındığı yer açısından bakıldığında, sezaryen doğumların en yüksek olduğu sağlık kuruluşları üniversite hastaneleridir. Öyle ki, araştırma tarihinden önceki son beş yılda sağlık kuruluşunda gerçekleşen canlı doğumların yaklaşık dörtte üçü üniversite hastanelerinde ve sezaryenle gerçekleşmiştir. Özel sağlık merkezleri (yüzde 48) ve devlet hastaneleri/doğumevleri (yüzde 33) ise sezaryen doğum yüzdeleri açısından üniversite hastanelerini takip etmektedirler.

Tablo 5.3’te, gebelik süresince doğum öncesi bakım alma sayısı arttıkça sezaryen doğum yüzdesinin de arttığı görülmektedir. En fazla bir kez doğum öncesi bakım alınan gebeliklerin yüzde 16’sı sezaryenle sonlanırken, altı veya daha fazla sayıda bakım alınan gebeliklerin yarısından fazlası sezaryenle sonlanmıştır (yüzde 51).

Doğumun yapıldığı yere göre normal ve sezaryen doğum yüzdelerine bakıldığında, en yüksek sezaryen yüzdesinin yine üniversite hastanelerinde olduğu görülmektedir (yüzde 63). Üniversite hastanelerini, özel sağlık merkezleri ve devlet hastaneleri takip etmektedir (sırasıyla yüzde 57 ve yüzde 36). Sezaryen ile doğum hızı çocuğun doğum sırasıyla azalmaktadır. Ocak 2003’den araştırma tarihine kadar geçen sürede herhangi bir sağlık kuruluşunda gerçekleşen tüm canlı doğumlar dikkate alındığında, ilk doğumların yüzde 47’si sezaryen ile yapılırken, doğum sırası altı ve üzeri olan çocukların yüzde 30’u sezaryen ile dünyaya gelmiştir.

Bu çalışmada sezaryen doğumlar, kadınların geleneksellik ve modernliğe ilişkin duruşları hakkında yaklaşık bir fikir sağlanabilmesi açısından aile tipi, evlilik kararı, evlilik biçimi, başlık parası ve eşle akrabalık durumu soruları çerçevesinde incelenmiştir (Tablo 5.4). TNSA-2008 Hanehalkı SoruKağıdı ile elde edilen bilgiler ışığında, Türkiye’deki haneler çeşitli aile tiplerine göre “karı-koca/çekirdek aile”, “geniş aile” ve “diğer” olmak üzere üç kategoriye ayrılmıştır. Çekirdek aile, karı-koca ya da karı-koca ve evlenmemiş (üvey ya da öz) çocuklarından oluşan aile tipi olarak tanımlanırken geniş aile, hanehalkı reisi ve eşinin yanında evli olan oğulları ve/veya damadı/gelinleri ve/veya evli olan kardeşleri ve eşleri olarak ifade edilmektedir (Bölüm7).

Kendi isteği ile evlenmiş kadınların, araştırma tarihinden önceki son beş yılda sağlık kuruluşunda gerçekleşmiş doğumlarının yüzde 46’sı sezaryendir. Bu oran, evlilik kararı kendi rızası olmadan alınan kadınlar arasında yüzde 35’e düşmektedir. Türkiye’de en yaygın evlenme şekli olan hem resmi hem de dini nikah ile yapılan evliliklerde gerçekleşen doğumlar arasında

sezaryen yüzdesi, sadece dini nikahla yapılan evliliklerde olduğundan daha yüksektir (sırasıyla yüzde 41 ve yüzde 27).

Tablo 5.4. Seçilmiş bazı sosyo-kültürel özelliklere göre araştırma tarihinden önceki son beş yılda sağlık kuruluşunda yapılan normal doğumların ve sezaryen doğumların yüzde dağılımı, Türkiye 2008

	Normal doğum	Sezaryen ile doğum	Toplam	Doğum sayısı
Aile tipi				
Karı-koca/çekirdek	56.3	43.7	100.0	2148
Geniş aile	67.2	32.8	100.0	904
Diğer	47.1	52.9	100.0	56
Evlilik kararı				
Kendi isteği dışında	65.3	34.7	100.0	1505
Kendi isteğiyle	53.6	46.4	100.0	1608
Evlilik biçimi				
Sadece dini nikah var	73.1	26.9	100.0	114
Resmi (ve dini) nikah var	58.8	41.2	100.0	2995
İkisi de yok	*	*	*	4
Başlık parası				
Verilmedi	56.7	43.3	100.0	2647
Verildi	73.9	26.1	100.0	464
Eşle akrabalık durumu				
Akrabalık yok	55.8	44.2	100.0	2370
Birinci derece akraba	74.1	25.9	100.0	379
Diğer akraba	66.7	33.3	100.0	361
Toplam	59.3	40.7	100.0	3110

Not: * ile gösterilen bulgular 25'den az ağırlıksız gözlem sayısına dayanmaktadır.

Günümüzde sık karşılaşılan bir uygulama olan “başlık parası” verilip verilmeme durumuna göre sezaryen doğum yüzdelerinde farklılaşmalar görülmektedir. Evlenirken başlık parası verilmiş kadınların son beş yılda sağlık kuruluşunda gerçekleştirdikleri her yüz canlı doğumdan 43’ü sezaryendir. Ancak başlık parası verilmeyenlerde ise sezaryen doğum yüzdesi 26’dır. Eşler arasındaki akrabalık ilişkisi zayıfladıkça sezaryen doğumların arttığı gözlemlenmektedir. Çünkü, sezaryen hızı eşler arasında “birinci derece akrabalık” söz konusu olduğu durumlarda yüzde 25 iken, “diğer akrabalık”ın olduğu evliliklerde yüzde 33’e yükselmekte ve hiçbir akrabalığın bulunmadığı evliliklerde yüzde 44’e ulaşmaktadır.

5.4. Sezaryen ile Yapılan Doğumların Belirleyicileri

Bu bölümde, sezaryen ile yapılan doğumların yaygın hale gelmesinde etkili olan faktörleri belirlemek amacıyla uygulanmış, çok değişkenli bir analiz yöntemi olan lojistik

regresyon tekniği kullanılarak elde edilen bulgular sunulmaktadır. Bir başka deyişle, betimsel tablolarda (Bölüm 5.3) verilen değişkenlerin, araştırma tarihinden önceki son beş yılda canlı doğumu olan kadınların normal doğum yapanlar ile kıyaslandığında sezaryeni tercih etmeleri üzerinde bir etkisinin olup olmadığı tartışılmaktadır. Bunun için, bağımsız değişkenlerin bloklar halinde analize dahil edildiği beş ayrı model oluşturulmuştur (Tablo 5.5). *Doğuma ilişkin özellikler* arasında olan anne olma yaşı, doğum sırası, doğum ağırlığı ve doğumun yapıldığı yer ilk blokta yer almaktadır. İkinci blokta, *doğum öncesi bakım* ile ilgili doğum öncesi bakımın sayısı ve alındığı yer olmak üzere iki değişken bulunmaktadır. Üçüncü blok kadının eğitim düzeyinin, sağlık güvencesinin ve çalışma durumunun olduğu *kadına ilişkin bireysel özelliklerden* oluşmaktadır. *Kültürel faktörler* başlığı altında toplanan aile tipi, evlilik kararı, evlilik biçimi, eşle akrabalık durumu ve başlık parası dördüncü blokta; *temel özelliklerden* yerleşim yeri, beş bölge ve hanehalkı refah düzeyi ise son blokta yer almaktadır. Model 1’de sadece doğuma ilişkin özelliklerin sezaryen üzerindeki etkisi incelenirken, Model 2’ye birinci modeldeki değişkenlere ek olarak doğum öncesi bakım ile ilgili faktörler de dahil edilmiştir. Model 3’te ise kadına ilişkin özelliklerin ikinci modelde yer alan değişkenler ile birlikte katkısı incelenmiştir. Model 4’te kültürel faktörler de analize dahil edilmiştir. Son olarak beşinci modelde ise her blokta yer alan değişkenlerin tamamı kullanılarak sezaryen ile doğum yapma üzerindeki en etkili faktörler belirlenmeye çalışılmıştır.

Tablo 5.5. Çok değişkenli analizlerde kullanılan modeller ve modelde yer alan bloklar

MODEL 1	MODEL 2	MODEL 3	MODEL 4	MODEL 5
Doğuma ilişkin özellikler	Doğuma ilişkin özellikler	Doğuma ilişkin özellikler	Doğuma ilişkin özellikler	Doğuma ilişkin özellikler
-Anne olma yaşı	Doğum öncesi bakım	Doğum öncesi bakım	Doğum öncesi bakım	Doğum öncesi bakım
-Doğum sırası	-Doğum öncesi bakım sayısı	Kadına ilişkin bireysel özellikler	Kadına ilişkin bireysel özellikler	Kadına ilişkin bireysel özellikler
-Annenin ifadesine göre bebeğin büyüklüğü	-Doğum öncesi bakımın alındığı yer	-Kadının eğitim düzeyi	Kültürel faktörler	Kültürel faktörler
-Doğumun yapıldığı		-Sağlık güvencesi	-Aile tipi	Temel özellikler
		-Kadının çalışma durumu	-Evlilik kararı	-Yerleşim yeri
			-Evlilik biçimi	-Bölge
			-Başlık parası	-Hanehalkı refah düzeyi
			-Eşle akrabalık durumu	

5.4.1. Model 1

Birinci model, yukarıda da bahsedildiği gibi sadece doğuma ilişkin değişkenlerin analiz edildiği bir modeldir. Yirmi yaşından daha küçük yaşlarda anne olan kadınlar, tek çocuğu olanlar, annenin ifadesine göre ortalama doğum ağırlığına sahip bebeği olanlar ve devlet hastanesi veya doğumevinde gerçekleşen doğumlar referans kategorileri olarak seçilmiştir. Doğum ağırlığı dışında, bu modelde yer alan diğer değişkenler istatistiksel olarak yüksek derecede anlamlı

bulunmuşlardır ($p<0.01$). Anne olma yaşı, doğumların sezaryenle yapılması üzerinde en etkili değişkenlerin başında gelmektedir. 20'li yaşlardas sonra anne olmanın, doğumların sezaryen ile gerçekleşmesini önemli ölçüde arttıran bir faktör olduğu görülmüştür. Öte yandan, bu gruptaki kadınların risk grubunda olmalarının etkisi de göz önünde bulundurulmalıdır. Yirmi yaşından daha erken yaşlarda anne olan kadınlara göre, 20-34 yaşları arasında anne olan kadınlar sezaryen ile doğum yapmayı 2 kat daha fazla tercih etme eğilimindedirler. Sezaryen ile doğumun yapıldığı yer arasında da belirgin bir ilişki olduğu görülmektedir. Devlet hastanelerine veya doğumevlerine kıyasla özel sağlık kuruluşlarının ve üniversite hastanelerinin eğilimleri, doğumları daha çok sezaryen ile yapma yönündedir. Doğum sırası ise, anne olma yaşı ve doğumun yapıldığı yer kadar etkili olmasa da bu modelde önemli bir değişkendir. Doğum sırasının artması sezaryenle doğum yapma eğilimini azaltmaktadır. Bu durum, birden fazla çocuğu olan kadınların daha önceki doğumlarını normal doğum ile gerçekleştirmiş ise, sonraki doğumlarında da, doğum eyleminin daha kısa sürmesi ve daha kolay olması sebebiyle normal doğumu tercih etmeleriyle açıklanabilir. Tek çocuğu olan kadınlara göre, daha fazla çocuğu olanların normal doğumu tercih etmeye meyilli oldukları söylenebilmektedir. Bu sonuçlar göstermektedir ki kadınlar ilk doğumlarında genellikle normal doğum yerine sezaryeni tercih etmeye daha yatkınlardır. Bu aşamada modelde yer alan doğuma ilişkin faktörlerle modelin yüzde 10'u açıklanabilmektedir.

5.4.2. Model 2

Birinci modeldeki değişkenlere ek olarak doğum öncesi bakıma ilişkin değişkenlerin incelemeye dahil edildiği ikinci modelde, ilk modelde önemli çıkmayan doğum ağırlığı ($p<0.05$) da dahil olmak üzere bütün değişkenler anlamlı çıkmıştır. Doğumların sezaryen ile gerçekleştirilmesinde en etkili değişkenler olarak doğum öncesi bakım sayısı ve anne olma yaşı bulunmuştur. Bunları, doğumun yapıldığı yer, doğum sırası, doğum öncesi bakımın alındığı yer ve doğum ağırlığı takip etmektedir. Modele yeni giren değişkenler açısından bakıldığında, bakım alma sayısının artmasının normal doğumun aksine sezaryen doğumlarını arttıran bir unsur olduğu görülmektedir. Özellikle altı veya daha fazla sayıda doğum öncesi bakım alan kadınların sezaryenle doğum yapma yönündeki eğilimleri, hiç bakım almamış veya bir kez bakım almış kadınlarla kıyaslandığında 4.5 kat daha fazla çıkmaktadır. Ayrıca, doğumunu üniversite hastanesinde yapan kadınların çoğunluğunun doğum öncesi bakımı da buradan aldıkları düşünüldüğünde, üniversite hastanesinde bakım alan kadınlar, sezaryen ile doğum yapmayı yaklaşık 3 kat daha fazla tercih etmektedirler. Diğer taraftan, ikinci modelde anlamlı hale gelen doğum ağırlığına bakıldığında, kilosunu ortalamadan küçük olarak beyan edilen çocukların doğumunun, ortalama kilodaki çocuklara göre sezaryen ile gerçekleştirilme eğilimi daha fazla olmaktadır. Bu durumda, çocuklarının ortalamaya göre daha düşük kilolu olduğunu söyleyen kadınların, yarıya yakınının en az altı kez bakım almasının etkili olduğu söylenebilir. Doğum öncesi bakıma ilişkin değişkenler ikinci aşamada, model açıklayıcılığı üzerinde de belirgin bir artış sağlamış ve modelin açıklayıcılığını yüzde 10'dan yüzde 15'e yükseltmiştir.

Tablo 5.6. Lojistik regresyon sonuçlarına göre sezaryen ile doğum yapmanın belirleyicileri

Değişkenler	Modeller				
	MODEL 1	MODEL 2	MODEL 3	MODEL 4	MODEL 5
Anne olma yaşı					
<20	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
20-34	2.047*	1.786*	1.672*	1.623*	1.711*
35-49	4.900*	4.425*	4.123*	3.817*	3.987*
Doğum sırası					
1	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
2-3	0.668*	0.787**	0.843	0.836	0.800
4-5	0.331*	0.443*	0.519*	0.537*	0.554*
6+	0.335*	0.601	0.716	0.729	0.832
Annenin ifadesine göre bebeğin büyüklüğü					
Ortalamadan büyük	1.301	1.277	1.247	1.251	1.252
<i>Ortalama</i>	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Ortalamadan küçük	1.146	1.310**	1.345**	1.347*	1.409*
Doğumun yapıldığı yer					
<i>Devlet hastanesi/Doğumevi</i>	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Birinci basamak sağlık kuruluşu	0.285	0.475	0.486	0.500	0.508
Özel sağlık kuruluşu	2.340*	1.774*	1.696*	1.695*	1.689*
Üniversite hastanesi	3.258*	1.872**	1.785	1.810	1.802
Alınan doğum öncesi bakımın sayısı					
≤1	MD	1.000	1.000	1.000	1.000
2-3	MD	1.657	1.656	1.610	1.544
4-5	MD	2.808*	2.759*	2.614*	2.275*
6+	MD	4.464*	4.050*	3.801*	3.232*
Doğum öncesi bakımın alındığı yer					
<i>Devlet hastanesi/Doğumevi</i>	MD	1.000	1.000	1.000	1.000
Birinci basamak sağlık kuruluşu	MD	0.695	0.672**	0.673	0.643**
Özel sağlık kuruluşu	MD	1.265	1.183	1.175	1.183
Üniversite hastanesi	MD	2.742**	2.263**	2.267**	2.140
Kadının eğitim düzeyi					
<i>Eğitimi yok/İlköğr.bitirmemiş</i>	MD	MD	1.000	-	-
İlköğretim birinci kademe	MD	MD	1.087	-	-
İlköğretim ikinci kademe	MD	MD	1.238	-	-
Lise veya üzeri	MD	MD	1.657**	-	-

* İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.01; ** İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.05; Diğer durumlarda anlamlı değildir.

MD =Modelde Değil; - = Denklemden ancak istatistiksel olarak anlamlı değil.

Tablo 5.6. Lojistik regresyon sonuçlarına göre sezaryen ile doğum yapmanın belirleyicileri (devam)

Değişkenler	Modeller				
	MODEL 1	MODEL 2	MODEL 3	MODEL 4	MODEL 5
Sağlık güvencesi					
<i>Sağlık sigortası yok</i>	MD	MD	-	-	-
Sağlık sigortası var	MD	MD	-	-	-
Kadının çalışma durumu					
<i>Hiç çalışmamış/halen çalışmıyor</i>	MD	MD	-	-	-
Sigortalı çalışıyor	MD	MD	-	-	-
Sigortasız çalışıyor	MD	MD	-	-	-
Aile tipi					
Kari-koca/çekirdek	MD	MD	MD	-	-
<i>Geniş aile</i>	MD	MD	MD	-	-
Diğer	MD	MD	MD	-	-
Evlilik kararı					
<i>Kendi isteği dışında</i>	MD	MD	MD	-	-
Kendi isteğiyle	MD	MD	MD	-	-
Evlilik biçimi					
<i>Sadece dini nikah var</i>	MD	MD	MD	-	-
Resmi (ve dini) nikah var	MD	MD	MD	-	-
Başlık parası					
Verilmedi	MD	MD	MD	-	-
<i>Verildi</i>	MD	MD	MD	-	-
Eşle akrabalık durumu					
Akrabalık yok	MD	MD	MD	1.525**	-
<i>Birinci derece akraba</i>	MD	MD	MD	1.000	-
Diğer akraba	MD	MD	MD	1.350	-
Yerleşim yeri					
Kent	MD	MD	MD	MD	-
<i>Kır</i>	MD	MD	MD	MD	-
Bölge					
Batı	MD	MD	MD	MD	1.986*
Güney	MD	MD	MD	MD	2.279*
Orta	MD	MD	MD	MD	2.186*
Kuzey	MD	MD	MD	MD	2.639*
<i>Doğu</i>	MD	MD	MD	MD	1.000
Hanehalkı refah düzeyi					
<i>En düşük</i>	MD	MD	MD	MD	-
Düşük	MD	MD	MD	MD	-
Orta	MD	MD	MD	MD	-
Yüksek	MD	MD	MD	MD	-
En yüksek	MD	MD	MD	MD	-
R ² (Nagelkerke)	0.101	0.153	0.165	0.170	0.189
Wald F	14.719*	13.275*	9.535*	8.187*	7.648*

* İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.01; ** İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.05; Diğer durumlarda anlamlı değildir.

MD =Modelde Değil; - = Denklemden ancak istatistiksel olarak anlamlı değil.

5.4.3. Model 3

Üçüncü modele kadına ilişkin bireysel özellikler de dahil edilmiştir. Ancak bu blokta yer alan hiçbir değişken anlamlı çıkmamıştır. Bir başka deyişle sezaryen üzerinde kadının eğitim düzeyinin, sağlık güvencesinin ve çalışma durumunun etkili bir rolü olmadığı tespit edilmiştir. Öte yandan, lise veya üzeri eğitime sahip olan kadınların eğitimi olmayan veya ilkokulu bitirmemiş kadınlar ile karşılaştırıldığında sezaryen ile doğum yapmaya daha yatkın oldukları görülmektedir. İkinci modelde olduğu gibi bu modelde de alınan bakım sayısı, anne olma yaşı ve doğumun yapıldığı yer, en önemli değişkenler olarak kalmaya devam etmişlerdir. Bir önceki modelde yer alan doğum öncesi bakıma ilişkin faktörlerin katkısıyla yüzde 15 olan modelin açıklayıcılığı bireysel faktörlerin modele dahil olmasıyla yüzde 17'ye yükselmiştir.

5.5.4. Model 4

Bu modelde, aile tipi, evlilik kararı, evlilik biçimi, eş ile akrabalık durumu ve başlık parası, doğuma, doğum öncesi bakıma ve kadınların bireysel özelliklerine ilişkin değişkenler ile birlikte analizde yer almaktadır. Ancak, kültürel faktörler olarak tanımlanan ve bu aşamada denkleme giren bu değişkenler, modelin açıklayıcılığına neredeyse hiçbir katkıda bulunmamış (yüzde 17) ve istatistiksel olarak anlamlı da çıkmamıştır. Diğer taraftan akrabalık açısından bakıldığında, birinci derece akraba olanlara kıyasla eşler arasında akrabalığın olmadığı durumlarda sezaryen 1.5 kat daha fazla olabilmektedir. Bununla birlikte, bir önceki modelde en etkili çıkan değişkenlerin sıralamasında herhangi bir değişiklik olmamış; doğum öncesi bakım sayısı ve anne olma yaşı en etkili değişkenler olarak kalmaya devam etmişlerdir.

5.4.5. Model 5

Bu model, yerleşim yeri, bölge ve hanehalkı refah düzeyi de dahil olmak üzere bütün değişkenlerin denkleme olduğu ve aynı zamanda diğer modeller ile kıyaslandığında açıklayıcılığın en yüksek olduğu modeldir (yüzde 19). Son aşamada analizde yer alan temel özellikler arasından sadece bölge değişkeni anlamlı bulunmuştur. Hanehalkı refah düzeyi ile yerleşim yerinin, sezaryen doğum üzerinde etkili olmadıkları görülmüştür. Bölgeler arasındaki farklılaşmaya bakıldığında, Doğu bölgesine kıyasla Batı, Güney ve Orta Anadolu bölgesinde yaşayan kadınlar arasında sezaryen iki kat daha fazla iken Kuzey bölgesinde yaşayan kadınlarda 2.5 katına kadar çıkmaktadır. Diğer modellerden farklı olarak bu modelde en belirleyici faktörler sıralamasında bölge değişkeninin etkisiyle bazı değişiklikler meydana gelmiştir. Bu aşamaya kadar sezaryen ile gerçekleşen doğumlar üzerinde en baskın faktör olan doğum öncesi bakım sayısı, son modelde anne olma yaşından sonra gelmektedir. Bunları, bölge ve doğumun yapıldığı yer takip etmektedir. Doğumun sezaryen ile yapılmasında önemli olmaya devam eden doğum öncesi bakımın alındığı yerin, doğum ağırlığının ve doğum sırasının etki düzeyleri önceki modellerde olduğu gibi son modelde de daha düşüktür.

5.5. Değerlendirme ve Sonuç

Hamile bir kadında bebeğin vajinal yoldan değil de karın boşluğunun cerrahi olarak açılıp, doğurtulması işlemi olarak tanımlanan sezaryen, cerrahi bir girişim olup tıbbi gerekçelerle yapılması esastır. Tıbbi ve teknik gelişmeler, bebek ve anne hayatının tehlikeye girdiği bazı durumlarda sezaryen uygulamalarını olanaklı kılmış ve bu sayede birçok anne/bebek yaşamı kurtarılabilmıştır. Bu anlamda sezaryen uygulamaları, normal doğumun imkansız veya tehlikeli olduğu durumlarda, anne adayını ve bebeğin hayatını kurtarmak, anne ve çocuk ölümü, veya anne ve bebekte kalıcı olabilecek riskleri azaltmak açısından, insan yaşamına önemli katkıda bulunmuştur. Sezaryen bir ameliyattır. Kan kaybı, enfeksiyon riski, anesteziye bağlı komplikasyonlar, damarlarda kan pıhtısı gibi ölümcül olabilen komplikasyonlar daha sık görülür. Bu nedenle, tüm cerrahi girişimler gibi sezaryen de, insan yaşamı için kritik bir girişim olduğundan, bu girişimin sadece tıbbi endikasyonlar doğrultusunda uygulanması önem taşımaktadır (Ataç ve diğerleri, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), “2000 yılında Herkese Sağlık” hedefleri kapsamında kabul edilebilir sezaryen oranı için üst sınırın yüzde 15 olduğunu açıklamıştır. Ancak 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’nın yakın zaman ilişkin Türkiye geneli için ortaya koyduğu sezaryen oranı, DSÖ’nün belirlediği sınırın çok üstündedir. Sonuçlara göre, araştırma tarihinden önceki son beş yılda gerçekleşen her yüz canlı doğumun 37’si sezaryen ile meydana gelmektedir. Yalnızca sağlık kuruluşunda yapılan doğumlar dikkate alındığında ise bu oran yüzde 41’e yükselmektedir. Türkiye’de 1988-2008 arasındaki 20 yıllık dönemde tüm canlı doğumlar için hesaplanmış sezaryen ile gerçekleşen doğumların 6 kattan daha fazla arttığı görülmektedir.

Sonuçlar, sezaryen doğumların nüfusun alt grupları ve sosyal, ekonomik ve demografik değişkenler temelinde incelendiğinde farklılaştığını ortaya koymaktadır. Kentsel yerleşim yerlerinde kırsal alanlara kıyasla daha yüksek sezaryen yüzdeleri görülmektedir. Beş bölge arasından Batı Anadolu, 12 bölge (NUTS1 bölgeleri) düzeyinde ise Batı Marmara sezaryen doğum hızında başı çekmektedir. Kadının yaşadığı hanenin refah düzeyi, kadının eğitim düzeyi ve çalışma durumu gibi özellikler de doğum şeklinde farklılaşmaların belirginleşmesine sebep olmaktadır. Yüksek hanehalkı refah düzeyine ve eğitim seviyesine sahip kadınlar; düşük refah ve eğitim düzeyinden kadınlara kıyasla doğumlarını, daha çok sezaryenle gerçekleştirmektedirler. Benzer bir şekilde sigortalı çalışan annelerin doğumlarının neredeyse üçte ikisi sezaryendir. Doğum şekli, göç durumu ve sağlık güvencesine sahip olup olmamaya göre de değişim göstermektedir.

Annenin doğumdaki yaşı, doğumun tekil ya da çoğul olma durumu, çocuğun doğum sırası ve doğum ağırlığı, doğum öncesi bakım ve doğumun yapıldığı yer gibi annelik ve doğum özelliklerine göre de doğum şeklinde farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Riskli gebelik tanımına giren ileri yaş grubundaki anne adaylarında, düşük ve yüksek doğum ağırlıklı bebeklerde ve çoğul doğumlarda sezaryen doğumlar artmaktadır. Sezaryen doğum yüzdesi ise, doğum öncesi

bakımın alındığı ve doğumun gerçekleştiği sağlık kuruluşunun üniversite hastanesi olması durumunda belirgin biçimde yükselmektedir. Kadının evliliğine ilişkin olarak nitelenebilecek evlilik kararı, biçimi, başlık parası ve eşle akrabalık gibi özellikler temelinde de sezaryen doğumların dağılımı farklılaşmaktadır.

Çok değişkenli analiz bulguları, doğuma ve doğum öncesine ilişkin özellikler ile sosyo-ekonomik, demografik ve sosyo-kültürel özellikler temelinde ele alındığında, daha çok sezaryen doğum yapma eğiliminde olan kadınları ortaya koymaktadır. Sonuçlar, kullanılan değişkenler içinden kadının yaşadığı bölge, anne olma yaşı, doğum sırası, doğum ağırlığı, alınan doğum öncesi bakım sayısı, doğumun yapıldığı ve doğum öncesi bakımın alındığı yerin önem kazandığını göstermektedir. Betimsel analizlerde dağılımı farklılaştırdığı düşünülen yerleşim yeri, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sağlık güvencesi, aile tipi ve evliliğe ilişkin faktörler, çoklu analizler sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Bu çalışmada analizler sırasında değinilmeyen ancak, sezaryen doğumların azalmasını sağlayacak bir diğer nokta ise, temel görevi normal doğumları yaptırmak olan ebelerin tekrar asli görevlerine dönmesi olacaktır. Konu ile ilgili literatürde normal doğumlar ebelerin sorumluluğuna bırakılması durumunda sezaryen oranlarında azalma olabileceğini vurgulayan çalışmalar mevcuttur (Davis ve diğerleri, 1995). Bu açıdan bakıldığında, uluslararası ebelik uygulamalarının ülkemizde de işlerlik kazanması, ebelerin mesleğin doğasına uygun sorumluluklarını yeniden benimsemesi, normal doğumlarda etkinliğini koruması ve arttırması, kadının gebeliği süresince aynı ebe tarafından eğitilmesi, doğum ve doğum sonrası döneme hazırlanması ve doğumda “anne dostu” uygulama ve yaklaşımların benimsenmesi gibi tedbirler bu alanda gelişmeler kaydedilmesi açısından önemlidir (Arslan ve diğerleri, 2008).

Cerrahi bir girişim olup tıbbi gerekçelerle yapılması esas olan sezaryen doğumun günümüzdeki yaygınlığını ve belirleyicilerini ortaya koyan bu çalışma; yeterli tıbbi gerekçeler olmaksızın, gebeye, gebeliğe ve bebeğe özgü yararları ve riskleri göz önüne alınmadan planlanan sezaryen doğumları azaltarak sezaryen ile gerçekleşen doğumları kabul edilebilir sınırlara çekmeyi amaçlayan politika ve programlar geliştirilmesi açısından faydalı olacaktır.

5.6. Kaynaklar

Arslan H., Karahan N., Çam Ç. (2008). “Ebeliğin Doğası ve Doğum Şekli Üzerine Etkisi” *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:1,Sayı:2.2008

Ataç A., Güven T., Gülsoy R. (2004). “ Sezaryen Reddine Etik Açısından Bakış” *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2004, 12:270-273

Chacham A.S, Perpetuo H.O (1998) “The incidence of caesarean deliveries in Belo Horizonte, Brazil: social and economic determinants”. *Reproductive Health Matters* 1998;6:115–21

Davis LG, Riedmann GL, Sapiro M, Minogue JP, Kazer RR. (1994). "Cesarean section rates in low-risk private patients managed by certified nurse-midwives and obstetricians". *Journal of Nurse-Midwifery*. Mar-Apr;39(2):91-7.

Ergöçmen, B., Coşkun, Y., Eker, L., ve Türkyılmaz, A.S. (2005). "Doğum Öncesi Bakım ve Doğum". *İçinde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003 İleri Analiz Raporu*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (1987). *1983 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (1989). *1988 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) ve Macro International Inc. (1994). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1993*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Teşkilatı

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) ve Macro International Inc. (1999). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Teşkilatı

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, (2005). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2003, İleri Analiz Raporu*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.

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, Devlet Planlama Teşkilatı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

Jackson N.V, Irvine L.M. (1998). "The influence of maternal request on the elective caesarean section rate" *Journal of Obstetrics and Gynaecology* Mar;18(2):115-9.

Koç, İ. (2001). "Türkiye'de Sezaryen Doğum Hızının Artışı ve Sosyo-Ekonomik Belirleyicileri", *Nüfusbilim Yazıları*, No: 4, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.

Koç, İ. (2003). "Increased Cesarean section rates in Turkey", *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 8 (1):1-10.

Lawton R. B., Geller S. E., Wholey R. D. (1995). "The Effect of Physician Factors on the Cesarean Section Decision" *Medical Care*, Vol. 33, No. 4

McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy DK (2007). Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. *Birth: Issues in Perinatal Care*;34(1):65-79.

Rutstein, S., K. Johnson, ve D. Gwatkin (2000). "Poverty, health inequality, and its health and demographic effects". Paper presented at the 2000 Annual Meeting of Population Association of America, Los Angeles, California.

Sakala EP, Erhard LN, White JJ. (1993). "Elective cesarean section improves outcomes of neonates with gastroschisis" , Oct;169(4):1050-3.

Shearer E.L. (1993). "Caesarean section: medical benefits and costs", *Social Science Medical*(37):1223–31.

Villar, J., Ba'aqueel, H., Piaggio, G., Lumbiganon, JM. ve diğeri. (2001). "WHO Antenatal Care Randomised Trial for the Evaluation of a New Model of Routine Antenatal Care", for the WHO Antenatal Care Trial Research Group, *The Lancet*, 357:1551-1564.

Bölüm 6

Türkiye’de Annelerin ve Çocukların Beslenme Durumu ve Obezite Prevelansı

Elif Kurtuluş Yiğit¹, Sabahat Tezcan², Tuğba Adalı³ ve Sema Özbaş⁴

Özet

Bu çalışmada anne ve çocuk sağlığı açısından oldukça önemli olan beslenme durumu anneler ve beş yaş altı çocuklar için incelenmektedir. Çalışma için Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008’den elde edilen antropometrik ölçümlerin verileri kullanılmıştır. Türkiye’de çocuklarda yetersiz beslenme yıllar içinde azalan bir problem olsa da, bugün hala beş yaş altı on çocuktan biri kronik yetersiz beslenme sorunu yaşamaktadır. Obezite ise halk sağlığı gündeminde gitgide daha çok yer tutan, artış gösteren bir sağlık sorunudur. Bu çalışmada obezite hem çocuklar, hem anneler için incelenmiştir. Yapılan çok değişkenli analizler ile çocuklarda kronik yetersiz beslenme ile yaşanan bölge, hanehalkı refah düzeyi, doğum aralığı, doğum ağırlığı ve emzirme süresinin yakından ilişkili olduğunu belirlenmiştir. Hanehalkı düzeyindeki göstergeler ve anneye ilişkin değişkenler çocuk obezitesi açısından fazla açıklayıcı olmamış; doğum sırası, doğum ağırlığı ve emzirme süresi bu sorunun belirleyicileri olarak öne çıkmıştır. Anne obezitesi yaşla artmaktadır. Çocuk sayısının artması ve sezaryen doğumlar da annelerde obeziteyi arttırırken, sigara kullanımı ile negatif yönde bir ilişki belirlenmiştir.

Summary

Nutritional Status of Mothers and their Children in Turkey and Prevalence of Obesity

Nutrition is a very important topic in mother and child health. This study focuses on the nutritional status of under-five children and mothers. Data is obtained from the anthropometric measurements in Turkey Demographic and Health Survey, 2008. Although chronic malnutrition has shown a decreasing trend in the past decades, one in ten under-five children is stunted as of today. On the other hand, obesity is a health problem gaining importance in public health agenda. This study examines obesity both for children and mothers. Multivariate analysis has shown that chronic malnutrition in children is closely related to the region of residence, household wealth status, birth intervals, birth weight and duration of breastfeeding. Household level indicators and socio-demographic indicators have not found to be relevant for childhood obesity; birth order, birth weight and duration of breastfeeding have been found to be significant determinants. Obesity for mothers increases with age. While the total number of children ever born and cesarean section increases obesity, smoking has a reverse effect.

¹ Dr., Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

² Prof.Dr., Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

³ Ar.Gör., Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

⁴ Dr., Sağlık Bakanlığı Anne Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

6.1. Giriş

6.1.1. Amaç

Toplumlarda, demografik ve epidemiyolojik dönüşümlere paralel olarak bir beslenme dönüşümü de yaşanmaktadır. Demografik dönüşüm nüfusların yüksek doğurganlık ve ölümlülük hızlarından düşük doğurganlık ve ölümlülük hızlarına geçişine ilişkin bir süreç, epidemiyolojik dönüşüm ise yüksek enfeksiyon hastalıkları prevalansından yüksek kronik ve dejeneratif hastalık prevalansına geçişe ilişkin bir süreçtir. Yirminci yüzyılın son çeyreğinde toplumların beslenme alışkanlıklarında önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Modern toplumlarda yağ ve karbonhidrat bakımından zengin, lif bakımından zayıf bir diyet hakim olmaya başlamıştır, bu duruma azalmış fiziksel aktivite de eşlik etmektedir (Popkin ve Gordon-Larsen, 2004).

Bu tablo içinde Türkiye’de, iyileşen ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin de katkısıyla, beş yaş altı çocuklarda yetersiz beslenme gitgide önem kaybetmiştir. Ancak son 20 yılda, kronik bir sorun olarak ele alınabilecek obezite ön plandadır. Bu çalışma Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 (TNSA-2008) kapsamında yapılan antropometrik ölçümlerin verilerinden beş yaş altı çocukların ve annelerinin beslenme durumlarını belirlemek ve çocuklarda yetersiz beslenme ve obezite için risk gruplarını ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır.

Dünyada yaklaşık 178 milyon çocuğun kronik yetersiz beslenme sorununun olduğu tahmin edilmektedir. Yetersiz beslenme ortaya çıkardığı fiziksel sorunların yanı sıra, çocukların zihinsel gelişimlerini de yavaşlatmaktadır (WHO, 2010a). Türkiye’de 1993 yılından beri yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırmaları’ndan edinilen bilgiler, beş yaş altı çocuklar arasında kronik beslenme yetersizliği yaygınlığının son 15 yılda yüzde 19’dan yüzde 10’a düştüğünü göstermektedir (HÜNEE, 2004; 2009). Halen Türkiye’de on çocuktan birinin bu sorunla karşı karşıya olması sağlık politikaları için önemli bir bulgudur. Bu çalışmayla nüfusun farklı alt gruplarında yetersiz beslenme durumu değerlendirilmiş ve ilişkili faktörler belirlenmiştir.

Çocukluk çağı obezitesinin yetişkinlik obezitesine yol açtığı ve pek çok kronik hastalık için zemin oluşturduğu bilinmektedir (S.B., 2010). TNSA-2008 sonuçlarına göre beş yaş altı çocukların yüzde 6’sında obezite görülmektedir. Annelerde ise tablo daha ciddidir. Annelerin yüzde 27’si obezdir ve bu yaygınlık TNSA-1993’ten bugüne artan bir eğilim içindedir. Bu çalışma çocuklar ve anneler için obezitenin daha yaygın olduğu nüfusların alt gruplarını da belirlemeyi hedeflemektedir.

Bu çalışmanın, analizlerle literatüre ulusal düzeyde sağlamak yönünde önemli bir katkısının olacağı düşünülmektedir. Beş yaş altı çocuklarda beslenme yetersizliklerine ilişkin çalışmalar genelde yerel bazda yürütülmekte, ülke bazında bilgiler ancak Nüfus ve Sağlık Araştırmaları’ndan elde edilebilmektedir. Çocuklarda yetersiz beslenme ve kadınlarda obezite daha önce bu

araştırmalardan çalışılmış konular olsa da (Tezcan ve diğerleri, 2005; Yavuz ve diğerleri, 2005; Yiğit, 2006), çocuk obezitesi bu çalışmada ilk kez ele alınmaktadır.

6.1.2. Çalışmanın Planı

Bölüm 6.2.'de TNSA-2008 kısaca tanıtılmakta, kadınlar ve çocuklar için kullanılan verinin detayları aktarılmaktadır. Bölüm 6.2.2'de beslenme durumlarını değerlendirmek için kullanılan göstergeler sunulmakta, Bölüm 6.2.3'te ise kullanılan istatistiksel yöntemler ve kullanılan değişkenler açıklanmaktadır. Bölüm 6.3'te daha önce yapılan çalışmalar ve bu çalışmanın teorik yaklaşımı ele alınırken, Bölüm 6.4'te bulgular öncelikle betimsel düzeyde, daha sonra da çok değişkenli analizlere göre sunulmaktadır. Bir sonraki bölüm tartışma ve politika önerilerini içermekte, son bölümde ise kaynakça sunulmaktadır.

6.2. Veri Kaynağı ve Yöntem

Bu çalışmada TNSA-2008'den elde edilen verilerden yararlanılmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün 1968'den beri her beş yılda bir gerçekleştirdiği araştırmaların dokuzuncusudur. Bu araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve Devlet Planlama Teşkilatı'yla işbirliği içinde yürütülmüş olup, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) tarafından Kamu Kurumları Araştırma ve Geliştirme Projelerini Destekleme Programı'ndan mali kaynak sağlanmıştır.

TNSA-2008, ülke genelinde temsiliyet sağlayan bir hanehalkı örneklem araştırmasıdır. Örneklem tasarımı kıır-kent için, uzun yıllardır kullanılan geleneksel beş demografik bölge için ve resmi istatistiklerde kullanılmakta olan 12 NUTS 1 bölgesi⁵ düzeyinde tahmin verebilmektedir. Araştırmada çok aşamalı, ağırlıklı, tabakalı bir küme örnekleme kullanılmıştır. Çok aşamalı seçim, örnekleme hanelerin tek bir aşamada seçilmediğini ifade eder. Tabakalama örneklemin temsiliyet gücünü arttırmak için, küme örnekleme ise maliyet ve zamandan tasarruf etmek için kullanılır. Örneklem ağırlığı da, her hanenin seçim olasılığının eşit olmadığı durumlarda bunları düzeltmek için kullanılmaktadır.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008'de iki ayrı soru kağıdı kullanılmıştır: Hanehalkı soru kağıdı ve kadın soru kağıdı. Hanehalkı soru kağıdında hanenin devamlı üyesi olan (de jure) ve görüşme tarihinden önceki geceyi hanede geçirmiş tüm ziyaretçiler (de facto) kaydedilmiş ve kişilerin temel özellikleri alınmıştır. Bunların yanı sıra konut özellikleri, hanehalkı listesinde sıralanmış 15-49 yaşlarında hiç evlenmemiş kadınlar ve 60 yaş üzeri yaşlılara ilişkin de ek bilgi toplanmıştır. Ayrıca örnekleme seçilen hanelerin yarısında tuzun iyotlanmasına ilişkin bilgi toplamak amacıyla da evlerinde kullanılan tuza iyot testleri yapılmıştır.

⁵NUTS (Nomenclature of Territorial Units for Statistics) 1 bölgeleri Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne uyum süreci doğrultusunda oluşturulmuş üç farklı düzeydeki istatistik bölge sınıflandırmasından birisidir. İkinci düzeyde 26 bölge bulunurken, üçüncü ve son düzeyde 81 ildir.

Hanehalkı listesine yazılan kişilerden 15-49 yaşlarında, en az bir kez evlenmiş kadınlara kadın sorukağıdı uygulanmıştır. Kadın sorukağıdında kadının doğurganlık, gebeliği önleyici yöntem kullama ve anne çocuk sağlığına ilişkin bilgilerine ek olarak, kadının temel özellikleri, evlilik, göç ve çalışma tarihçeleri ve kadının statüsüne ilişkin sorular da yer almıştır. Her görüşmenin sonunda, araştırma ekiplerinin yanlarında bulunan ölçüm aletleriyle kadınların boyları ve ağırlıkları ölçülmüştür. Eğer varsa kadınların tüm beş yaş altı çocuklarının da ölçümleri yapılmıştır. Bu çalışmada analizler için bu antropometrik ölçümlerden elde edilen verilere kullanılmıştır.

6.2.1. Kadın ve Çocuk Verisinin Kapsamı

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın hedef hanehalkı ziyareti sayısı 13,521'dir. Saha çalışması sonucunda bunların 10,525'i ile görüşmeler başarıyla tamamlanmıştır. Bu hanehalkları içinde bireysel görüşmeye uygun 8003 kadın tespit edilmiş, bunların 7405'i ile görüşme yapılabilmektedir. Her ne kadar görüşülen her kadın için boy ve ağırlık ölçümü hedeflendiyse de, çeşitli sebeplerle 6756 kadının (yüzde 91.2) ağırlık, 6753 kadının (yüzde 91.2) ise boy ölçümü yapılabilmektedir. Bu çalışma *annelerin* beslenme durumuna odaklandığı için, ölçümü yapılan tüm kadınlar analize dahil edilmemiştir. Annelik bu çalışmada son 5 yıl içinde en az bir canlı doğum yapmış olmak olarak tanımlanmıştır. Ağırlık içeren hesaplamalara (ortalama ağırlık ve beden kitle endeksi) araştırma tarihinde gebe olan kadınlar ve son 2 ayda doğum yapmamış kadınlar dahil edilmemiştir. Bu tanıma uygun ağırlık ölçümleri bulunan kadın sayısı 2477, son beş yılda doğum yapmış ve boy ölçümü bulunan annelerin sayısı ise 2762'dir.

Görüşülen kadınların tümünden doğum tarihçesi alınmıştır. Doğum tarihçesi, kadının ilk doğumdan başlayarak tüm doğumları hakkında bilgi toplamaktadır. Son beş yılda doğan çocuklar bu bölümden tespit edilmiş, onlar hakkında daha detaylı sorular sorulmuştur. Ayrıca bu çocukların antropometrik ölçümleri de yapılmıştır. Görüşülen 7405 kadından tespit edilen beş yaş altı çocuk sayısı 3857'dir. Bu çocukların 78'i araştırma tarihinde hayatta değildir. Kalan çocukların 807'sinin ağırlık, 978'inin ise boy ölçümü yapılamamıştır. Toplamda 2972 çocuğun (yüzde 78.6) ağırlık, 2801 (yüzde 74.1) çocuğun ise boy ölçümü yapılmıştır. Araştırma eğitiminde annenin reddetmesi, çocuğun hasta olması veya ziyaret sırasında çocuğun uyuyor olması nedenleriyle ölçümün daha sonraki bir ziyarete bırakılması ölçümlerdeki verilerde eksiklikler olmasına yol açmıştır. En fazla ölçüm eksikliği altı aylıktan küçük çocuklarda meydana gelmiştir; bu çocukların yüzde 47'sinin boy bilgisi alınamamıştır (tablolarda gösterilmemiştir).

6.2.2. Beslenme Yetersizliği ve Obezite Durumuna İlişkin Göstergeler

6.2.2.1. Çocuklara İlişkin Göstergeler

Bu bölümde çocuklarda beslenme yetersizliği ve obezite için bu çalışmada kullanılan göstergeler açıklanmaktadır. Bu göstergeler çocukların beslenme durumunu değerlendirmenin

yanı sıra, Birleşmiş Milletler kuruluşları ve ulusal kuruluşlar tarafından nüfusların genel sağlık durumlarını ölçmek, sağlık politikaları üretmek, müdahaleler planlamak ve bunların etkinliğini ölçmek için de kullanılmaktadır (WHO, 2006).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 verilerinden elde edilen standart göstergeler *yaşa-göre-boy*, *boya-göre-ağırlık* ve *yaşa-göre-ağırlıktır*. Yaşa göre hesaplanan yaşa-göre-boy ve yaşa-göre-ağırlık göstergelerinde, her yaştaki çocuğun boyu veya ağırlığı, o yaş için belirlenen uluslararası standartlarla karşılaştırılmakta ve gözlenen değer belirlenen standart dağılımın neresine düştüğü belirlenerek sınıflandırmalar buna göre yapılmaktadır. Boya göre ağırlık endeksi için de benzer yol izlenmektedir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008'de karşılaştırmada kullanılan standartlar, Amerika Birleşik Devletleri Sağlık İstatistikleri Merkezi (U.S. National Centers for Health Statistics-NCHS) tarafından geliştirilmiş, Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol Merkezi (U.S. Centers for Health Statistics-CDC) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından onaylanmıştır (HÜNEE, 2009). Bu standartların geliştirilmesinde A.B.D.'de yapılan saha çalışmalarının verilerinden yararlanılmıştır⁶.

6.2.2.1.1. Yaşa-Göre-Boy

Yaşa-göre-boy endeksi, geçmiş dönemdeki veya kronik beslenme yetersizliğini belirlemede kullanılır, çocuklarda doğrusal (lineer) büyüme geriliğini gösterir. Yaşına göre boyu, referans nüfusun ortanca değerinden 2 standart sapma altında (-2 SD) kalan çocuklar *bodur (stunted)* olarak tanımlanmaktadır. Yaşa-göre-boy değerleri bu ortalamadan 3 standart sapma aşağıda (-3 SD) kalan çocuklar ise *ciddi olarak kısa boylu* kabul edilmektedir. Bodurluk, çocuğun anne karnında olduğu döneme kadar uzanabilen geçmiş dönemdeki beslenme yetersizliğine işaret etmektedir. Çocuğun sık sık enfeksiyon geçirmesi ve kronik hastalığı olması da bodurlukla yakından ilişkilidir. İki yaşından büyük çocuklarda bodurluğun etkilerinin yok edilmesi çok zordur (Cogill, 2003). Bodurluk göstergesi ülke düzeyinde gerekli müdahaleleri planlamak için, çocuk düzeyinde ise klinikte teşhis amaçlı olarak kullanılmaktadır. Bu gösterge mevsimsel değişikliklerden etkilenmemekte ve 6-12 ay gibi kısa dönemli değişimleri yansıtmamaktadır, uzun dönemli karşılaştırmalarda kullanılması daha uygundur.

Çocuklarda bodurluğun ilk görüşte fark edilemeyecek bir sorun olduğu ifade edilmektedir. Örneğin, yaşına göre kısa olan 3 yaşında bir çocuk, yeterli beslenmiş 2 yaşında bir çocuk gibi görünebilmektedir (HÜNEE, 2009).

6.2.2.1.2. Boya-Göre-Ağırlık

⁶TNSA-2008 Ana Raporu, EK E'de Dünya Sağlık Örgütü Çocuk Büyüme Standartları (WHO Child Growth Standards) referans alınarak hesaplanmış, temel özelliklere göre bir tabloya da ulaşılabilmektedir.

Boya-göre-ağırlık endeksi, çocukların ağırlıklarını boylarıyla ilişkilendiren bir göstergedir. Çocuğun ağırlığının boyuna göre az olması akut yetersizlik sorunu olduğuna işaret etmektedir. Boya-göre-ağırlık endeksinin değeri standart nüfusun ortancasının 2 standart sapma altında (-2 SD) yer alan çocuklar *zayıf* (kavruk/wasted) kabul edilmektedir. Standart nüfusun ortancasının üç standart sapma altına düşen (-3 SD) çocuklarda ise aşırı akut beslenme sorunu olduğu ifade edilmektedir. Bu çocuklar da *ciddi olarak zayıf* olarak nitelenmektedir. Boya-göre-ağırlık endeksi akut yetersiz beslenmeyi ifade ettiği için, yakın geçmişte geçirilen enfeksiyonlardan, özellikle ishalden etkilenmektedir. Ayrıca mevsimsel olarak da değişiklik gösterebilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, iyi beslenmiş toplumlarda ciddi olarak zayıf çocukların bulunmadığını, veya böyle çocukların oranının yüzde 1'den düşük olduğunu belirtmektedir. Ciddi zayıf olarak sınıflandırılan çocukların hasta olma ve ölüm risklerinin diğer çocuklara göre daha yüksek olduğu da bilinmektedir (WHO ve UNICEF, 2009).

6.2.2.1.3.Yaşa-Göre-Ağırlık

Yaşa-göre-ağırlık endeksi, çocukların ağırlıklarını yaşlarıyla ilişkilendirip, referans nüfusla karşılaştıran bir göstergedir. Çocuğun yaşına göre ağırlığının az olması, hem akut hem de kronik yetersiz beslenme durumunu ifade etmektedir. Bir başka deyişle, bu endeksin değeri boya-göre-ağırlık, yaşa-göre-boy göstergelerinin her ikisinden de etkilenebilmektedir (WHO, 2010). Yaşa-göre ağırlığı referans nüfusun ortancasından 2 standart sapma aşağıda (-2 SD) olan çocuklar *düşük kilolu* (underweight) olarak sınıflandırılmaktadır.

Düşük kiloluluk sorunu, özellikle yoksul ülkelerde çocukları etkilemektedir. Bu sorun da çocuklarda bulaşıcı hastalıklar ve ölüm riskini arttırmaktadır ve birçok ölüm beslenmeyle ilişkilidir. Referans grubun ortancasına göre 2 ila 3 standart sapma aşağıda kalan çocuklarda, yeterli besin desteği alamadıkları takdirde ciddi akut beslenme yetersizliği (ciddi olarak zayıf) veya ciddi kronik beslenme yetersizliği (ciddi olarak kısa boylu) gelişebilmektedir. Her iki durum da çocukların hayatını tehdit etmektedir (WHO, 2010b).

6.2.2.2 Annelere İlişkin Göstergeler

Bu çalışmada annelerin beslenme durumunu göstermeye yönelik beden kitle endeksi (BKE) kullanılmıştır. Beden kitle endeksi, kilogram cinsinden ağırlığın, metre olarak ölçülen boyun karesine bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından beden kitle endeksinin 18.5 ve aşağısı olması kronik yetersiz beslenmeye işaret etmektedir. Beden kitle endeksi 16'dan düşükse kişi ciddi zayıf, 16-17 arasında ise çok zayıf, 17-18.5 arasında orta zayıf, 18.5-25 ise normal olarak nitelendirilmektedir. Beden kitle endeksi 25.0'dan daha yüksek olan kadınlar fazla kilolu (overweight), BKE 30.0 ve daha yüksek olanlar obez (şişman), BKE 40.0 ve daha yüksek olanlar ise morbid obez olarak kabul edilmektedir.

6.2.3. Analiz Yöntemi

Bu çalışmada çocukların ve annelerin beslenme durumları öncelikle betimleyici, daha sonra da çok değişkenli analiz yöntemleriyle incelenmiştir. Bu bölümde bu yöntemlere ilişkin açıklamalar yer almaktadır.

6.2.3.1. Tanımlayıcı İstatistikler

6.2.3.1.1. Beş Yaş Altı Çocuklar İçin Tanımlayıcı İstatistikler

Çocuklara ilişkin tanımlayıcı istatistikler, öncelikle ortalama, daha sonra da yaygınlık istatistikleri verilerek yapılmıştır. TNSA-2008 kapsamında ölçümleri yapılan tüm 0-4 yaş çocukların boy ve ağırlık ortalamaları çeşitli değişkenlere göre hesaplanmıştır. Ayrıca yukarıda anlatılan yaşa-göre-boy, boya-göre-ağırlık ve yaşa-göre-ağırlık göstergelerinin referans gruplardan -2, -3, +2 ve +3 standart sapma uzaklaşan çocukların yüzdeleri verilmiştir.

Hesaplamaların yapıldığı değişkenler üç ana grupta toplanmıştır: Hanehalkı özellikleri, annenin sosyo-demografik ve biyo-demografik özellikleri ve çocuğun özellikleri. Hanehalkı değişkenleri, çocuğun ait olduğu hanehalkına ve yaşadığı yere ilişkin değişkenlerdir. Bu değişkenler yerleşim yeri, beş bölge, NUTS 1 bölgeleri, hanehalkı refah düzeyi, aile tipi ve konutun sıhhi koşullarıdır. Yerleşim yeri kır veya kent olarak ifade edilmektedir; araştırmada kullanılan kent tanımı, yerleşim yerinin nüfusunun 10,000'den fazla olduğunu ifade etmektedir. Bölge değişkeni nüfus araştırmalarında geleneksel olarak kullanılan beş demografik bölgeyi içerir: Batı, Güney, Orta, Kuzey ve Doğu. NUTS 1 bölgeleri, 12 bölgeden oluşan bölgelendirme sistemine göre tanımlanmıştır. Hanehalkı refah düzeyi, hanedeki dayanıklı tüketim mallarından oluşturulan bir endeksin, yüzde 20'lik dilimlere ayrılmasıyla elde edilmiştir. Aile tipi, aileleri anne, baba ve çocuktan oluşan çekirdek aile, daha farklı üyelerin varlığıyla geniş aile, veya tek ebeveynli/aralarında akrabalık olmayan kişilerin yaşadığı diğer aile tipi olarak üç kategoride tanımlanmıştır. Konutun sıhhi koşulları ise evdeki tuvaletin evin içinde/dışında olması, kanalizasyona bağlı olup olmaması ve içme suyunun kaynağına ilişkin bilgilerden oluşturulmuş bir değişkendir.

Annenin sosyo-demografik özellikleri arasında yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, çalışıyorsa çalışırken çocuğa bakan kişi, eşle akrabalık, göç durumu, sigara kullanımı ve geleneksel kadın-erkek rollerini benimseme düzeyi yer almaktadır. Göç durumu kadının on iki yaşına kadar en uzun yaşadığı yerleşim yeri ve araştırma tarihinde yaşadığı yer karşılaştırılarak oluşturulmuştur. Bunların ikisi de kent ise kadın kentli, ikisi de kır ise kırly, çocukluğunda yaşadığı yer kır, şu an yaşadığı yer kent ise kırdan kente göçmen, çocukluğunda yaşadığı yer kent, şu an yaşadığı yer kır ise de kentten kıra göçmen olarak sınıflandırılmıştır. Geleneksel kadın-erkek rollerini benimseme düzeyi TNSA-2008 soruğında yer alan bazı önermelere kadınların katılıp katılmamasına göre belirlenmiştir.

Annenin biyo-demografik özellikleri arasında doğum öncesi ve doğum sonrası bakım değişkenleri bulunmaktadır. Doğum öncesi bakım değişkeni anneleri hiç doğum öncesi bakım almamış, yetersiz doğum öncesi bakım almış ve yeterli doğum öncesi bakım almış olarak toplamda üç alt gruba ayırmaktadır. Yeterli doğum öncesi bakımdan kasıt, kadının bir sağlık personelinin, en az 4 kez, ve gebeliğin ilk üç ayında doğum öncesi bakım almış olmasıdır. Doğum sonrası bakım ise doğumu takip eden 6 hafta içinde annenin bir sağlık personeli tarafından muayene edilip edilmediğini göstermektedir. Bu soru annelerin son beş yılda yaptıkları doğumların sonuncusu için sorulmuştur, bu nedenle beş yaş altı çocukların bazıları için tanımsızdır.

Çocukların biyo-demografik özellikleri olarak yaş, cinsiyet, doğum sırası, doğum aralığı, doğum ağırlığı, doğum şekli, aynı evdeki kardeş sayısı, son beş yılda kardeş ölümü olup olmaması, doğum sonrası bakım, aşı durumu, son 15 günde ishal olup olmaması, emzirme durumu ve ilk ek gıda yaşı yer almaktadır. Bu değişkenlerden doğum ağırlığı, annenin değerlendirmesine göre sunulmuştur, bu değerlendirmenin çocuğun gerçek doğum ağırlığıyla oldukça uyumlu olduğu bilinmektedir (Tezcan ve diğerleri, 2005). Tam aşılılık, TNSA-2008'de 15-26 aylık çocuklar için hesaplanmıştır. Tam aşılu çocuklar bir doz BCG, üçer doz polio ve karma aşıları yapılmış çocuklardır.

6.2.3.1.2. Anneler İçin Tanımlayıcı İstatistikler

Annelere ilişkin betimsel analizlerde de çocuklarınkine benzer bir yaklaşım izlenmiştir. Öncelikle annelerin ortalama boy ve ağırlıkları farklı değişkenlere göre sunulmuş, daha sonra da çeşitli beden kitle endeksi kategorilerine düşen annelerin yüzdeleri gösterilmiştir. Kullanılan istatistikler ortalama ve yaygınlıktır.

Annelerin beslenme durumunu incelemek için kullanılan değişkenler de 3 grupta toplanmıştır. İlk grup olan hanehalkı değişkenlerinde yerleşim yeri, bölge, NUTS 1 bölgeleri, hanehalkı refah düzeyi ve aile tipi yer almaktadır. İkinci kategori kadının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin değişkenleri içermektedir. Bunlar yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eşle akrabalık, 12 yaşa kadar en uzun süre yaşanan yerleşim yeri, göç durumu, sigara kullanımı ve geleneksel kadın-erkek rollerini benimseme düzeyidir. Son grupta ise kadınların daha çok anneliğe yönelik biyo-demografik özellikleri yer almaktadır. Bu değişkenler gebeliği önleyici yöntem kullanımı, toplam canlı doğum sayısı, beş yaş altı çocuk sayısı, son doğumdan araştırma tarihine kadar geçen süre, son doğum aralığı, son çocuğun yaşına göre kronik beslenme yetersizliği, son çocuğun doğum ağırlığı, son çocuğun doğum şekli ve emzirme durumudur.

6.2.3.2. Çok Değişkenli Analizler

Bu çalışmada beş yaş altı çocuklarda kronik yetersiz beslenme, beş yaş altı çocuklarda obezite ve annelerde obezitenin belirleyicilerini bulmak için lojistik regresyon yönteminden

yararlanılmıştır. Lojistik regresyon, bağımlı değişkenin iki kategorili olduğu durumlarda kullanılan bir istatistiksel analiz yöntemidir. Yöntemin temeli *odds* göstergelerine dayanmaktadır. Bir p olasılığı için *odds*, $(p/1-p)$ olarak tanımlanmaktadır. Lojistik regresyonun isimlendirilişi de *logit* dönüşümünden gelmektedir. Logit dönüşümü, p olasılığı için *odds* değerinin doğal logaritması, $\ln(p/1-p)$ 'dir. Bu p olasılığının logit dönüşümü lojistik regresyonun bağımlı değişkenidir. Model doğal logaritmaya alınmış bir *odds* değerine göre kurulduğu için, bağımsız değişkenler için hesaplanan katsayılar "e" üstel olarak yorumlanmaktadır, çoğu istatistik paket programı da sonuçları bu şekilde vermektedir.

Lojistik regresyonda, kategorik olan her bağımsız değişken için bir referans kategori seçilmektedir. Sürekli olan bağımsız değişkenler içinse bir birim alttaki değer referans noktasıdır. Bağımsız değişkenlerin katsayılarının yorumlanmasında dikkat edilmesi gereken bir nokta, katsayıların *odds oranları* cinsinden hesaplanmasıdır. Odds oranı, iki farklı *odds* değerinin birbirine bölümüdür. Bu oranın payında bağımsız değişkenin ilgilenilen kategorisine ilişkin *odds* değeri, paydasında ise referans kategorisine ilişkin *odds* değeri bulunmaktadır. Teknik olarak *odds* bir olasılık olmadığı için, *odds* oranı da gerçek bir *olasılık oranı* değildir.

Bu çalışmada üç farklı lojistik regresyon modelinden yararlanılmıştır. Beslenme yetersizliğinin belirleyicilerine ilişkin lojistik regresyon modelinde bağımlı değişken olarak yaşa-göre-boy göstergesi kullanılmıştır. Yaşa-göre-boy göstergesi referans grubun ortancasından 2 standart sapma aşağıda kalan çocuklar bir grupta, diğer çocuklar ise başka bir grup olarak sınıflandırılmıştır. Çocuk obezitesinin bağımlı değişkeni olarak yaşa-göre-ağırlık değişkeninden yararlanılmıştır. Bu gösterge için değeri referans grubun ortancasından 2 standart sapma yukarıda olan çocuklar 'obez', diğer çocuklar ise 'normal' olarak tanımlanmıştır. Anne obezitesi için beden kitle endeksinin 30.0 değeri sınır değer olarak alınmış, bu değer ve üzerinde beden kitle endeksi olan anneler obez olarak sınıflandırılmıştır. Anne obezitesi modeli böylece annenin obez olması veya olmamasına göre kurulmuştur.

6.3. Literatür

Çocuklarda yetersiz beslenmeye ilişkin en yaygın olarak kullanılan veri kaynağı ulusal ve bölgesel tahminler vermesi nedeniyle 1993'ten bu yana gerçekleşmiş olan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'dır. Tezcan ve diğerleri (2005) çalışmalarında doğum sırası ve bodurluk arasında doğrusal bir ilişki olduğuna dikkat çekmişlerdir. Kentsel alanlarda beş yaş altı çocuklarda bodurluk sorununun daha hızlı azaldığı, örgün eğitimden yoksun annelerin çocuklarında ise önemini koruduğu da önemli diğer bulgulardır. Bu çalışmaya göre bodurluk 6 aylıktan sonra ortaya çıkan bir tablodur ve özellikle Doğu Anadolu Bölgesi'nde ciddi bir sorundur. Yiğit (2006), Orta, Kuzey ve Doğu Anadolu bölgelerinin Batı bölgesine göre bodurluk açısından dezavantajlı olduğunu göstermiştir. Ayrıca bu çalışmada annenin eğitim düzeyinin, hanehalkı refah düzeyinin, hanehalkında yaşayan kişi sayısının, çocuğun doğum sırasının ve yaşının kronik yetersiz beslenme açısından önemli olduğu sonuçları çıkmıştır.

Bu araştırmalara ek olarak, yerel düzeyde yapılan çalışmalardan da beş yaş altı çocuklara ilişkin yetersiz beslenme tahminleri elde edilmiştir. İzmit'te 1992 yılında 3 yaş altı çocuklar için yapılan bir izleme çalışmasına göre bodurluk yüzde 8.7 seviyesinde, zayıflık 1.1 seviyesinde ve düşük kiloluluk 2.9 seviyesindedir. Antalya'da 1992 yılında yapılan bir araştırmaya göre beş yaş altı çocukların yüzde 7.6'sı kısa, yüzde 3.2'si bodur, yüzde 3.8'i ise düşük kiloludur. Aynı ilde 1994 yılında yapılan bir çalışmada ise bu değerler sırasıyla yüzde 15.2, yüzde 1.1 ve yüzde 3.7 olarak bulunmuştur. 1995 yılında Bursa'da gerçekleştirilen bir çalışmaya göre bir yaş altı çocuklar arasında bodurluk yaygınlığı yüzde 2.3, zayıflık yaygınlığı yüzde 4.7, düşük kiloluluk yaygınlığı ise yüzde 2.1'dir. 1998 yılında Antalya'da yapılan bir çalışmada ise bu değerler yüzde 5.9, yüzde 5.4 ve yüzde 7.4 olarak elde edilmiştir (Etiler ve Velipaşaoğlu, 2004).

Türkiye'de çocuklarda obezite sıklığını araştıran ulusal düzeyde bir araştırma bulunmasa da, bölgesel düzeyde yapılmış çalışmalar mevcuttur. Bu alışmalar, daha çok yaşı büyük çocukları ve adölesan obezitesini kapsamaktadır. Kayseri'de 6-10 yaş grubunda yapılan bir çalışmada obezite prevalansı yüzde 1.6 olarak bulunmuştur (Krassas ve diğerleri, 2004). İstanbul, Ankara ve İzmir illerinde yapılan bir araştırmada 12-13 yaş grubu çocukların yüzde 2'si obez olarak tespit edilmiştir (Sur ve diğerleri, 2005). İstanbul'da sosyo-ekonomik düzeyi yüksek bir bölgede 3-17 yaş grubu üzerinde yürütülen bir araştırmada kız çocuklar için yüzde 14.7, erkekler çocuklar içinse yüzde 18.7'lik obezite sıklığı bulunmuştur (Büyükgebiz, 2010). Muğla'da 6-15 yaş grubu üzerinde yapılan bir araştırmaya göre kız çocuklarının yüzde 7.6'sı, erkek çocukların ise yüzde 9.1'i obezdir (Süzek ve diğerleri, 2005). Okul ağı ocuklarda Sağlık Davranışları Araştırması (Health Behaviour in School Age Children) 2001-2002 yılları değerlendirmelerine göre 11 yaşındaki kız çocuklarının yüzde 7'sinin, erkek çocuklarının yüzde 13'ünün fazla kilolu veya obez olduğu ortaya çıkmıştır (WHO, 2008).

Yetişkinlerde obezite prevalansına yönelik daha geniş çapta araştırmalar bulunmaktadır. Tezcan ve diğerlerinin (2005) TNSA-2003'ten evlenmiş kadınlara ilişkin yaptıkları analizler, kadının eğitim düzeyi yükseldikçe boy ortalamasının arttığını göstermiştir. Bu çalışmada kadınların yaşları ve şişmanlık arasında negatif yönde bir ilişki bulunduğuna işaret edilmiş, yerleşim yerinin önemli bir etkisi olmadığına dikkat çekilmiştir. Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri alışması (TEKHARF), Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması (TOHTA), Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURDEP) alışması ve TOAD-Türkiye Obezite Profili alışması büyük çaplı araştırmaların başlıcalarıdır. TEKHF araştırmasında 30 yaş üstü kadınlarda yüzde 44.2 obezite tespit edilmiştir (Onat, 2003). Ayrıca bu çalışmaya göre, 50 yaş ve üzeri kadınlarda obezitenin, 31-49 yaş kadınlara göre önemli derecede fazladır. Bu alışmada Türkiye'de obezite yaygınlığının zamanla arttığı ifade edilmiştir. Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması sonuçlarına göre 20 yaş üzeri kadınların yüzde 35.4' obezdir (Hatemi ve diğerleri, 2002). Bu araştırmanın çarpıcı bir bulgusu kadınlarda obezite riskinin erkeklere göre 1.8 kat daha fazla olmasıdır. TURDEP alışması, 20 yaş üzeri kadınlarda obezite yaygınlığını yüzde 29.9 olarak belirlemiştir (Satman ve diğerleri, 2002). Bu alışma ayrıca obeziteye ilişkin risk faktörlerini belirlediği için de önemlidir: Yaşça daha yaşlı

olmak, kırsal alanlarda yaşamak, Doğu dışındaki bölgelerde yaşamak, az eğitilmiş olmak ve ev kadını olmak bu çalışmada obezite riskini arttıran faktörler olarak bulunmuştur. Türkiye Obezite Profili Çalışması 20 yaş üstü kadınların yüzde 34.5'ini obez olarak tespit etmiştir (Bağrıaçık ve diğerleri, 2009).

Bu araştırmalara ek olarak 1993 yılından beri Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması adıyla yürütülen beşer yıllık Türkiye çapındaki nüfus araştırmaları da antropometrik ölçümlere dayanarak çocuklarda yetersiz beslenme ve anne obezitesi hakkında Türkiye genelinde tahmin sağlamaktadır. Bu çalışmalardan elde edilen bulgular Bölüm 6.5'te sunulmaktadır.

6.4. Türkiye’de Bebek, Çocuk ve Annelerin Beslenme Durumu ve Belirleyicileri

6.4.1. Türkiye’de Bebek ve Çocukların Beslenme Durumu

Bu bölümde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008’e göre çocukların beslenme durumları incelenmektedir. Bu bölümde sunulan betimsel analizler, çocukların ortalama boy ve ağırlıklarını değerlendirmenin yanı sıra, çocukların beslenme durumlarını özetlemek için yaygın olarak kullanılan farklı beslenme göstergelerine değinmektedir. Bu göstergeler yaşa-göre-boy, boya-göre-ağırlık ve yaşa-göre-ağırlık göstergeleridir. Bunları hem çocuklarda yetersiz beslenmeye, hem de obeziteye yakından bakmak mümkün olmaktadır.

6.4.1.1. Beş Yaş Altı Çocukların Ortalama Boy ve Ağırlıkları

Bu bölümde beş yaş altı çocukların tümünün, farklı hanehalkı özelliklerine, anne özelliklerine ve biyo-demografik özelliklere göre ortalama boy ve ağırlıkları sunulmaktadır. Hanehalkı özelliklerine göre çocukların ortalama boy ve ağırlıkları incelendiğinde, kentteki çocukların kırdakilere göre daha yüksek ağırlıkta ve daha uzun boylu olduğu görülmektedir (Tablo 6.1). Bölgesel olarak, ortalama ağırlık Güney bölgesinde (13.4 kg), ortalama boy ise Batı (88.5 cm) bölgesinde en yüksektir. Bölgeler 12 NUTS 1’e göre incelendiğinde Batı Marmara, Batı Karadeniz, Akdeniz ve İstanbul’da çocukların ortalama olarak daha ağır olduğu belirlenmiştir. En yüksek boy ortalaması 89.7 cm ile Batı Marmara bölgesindedir, bu bölgeyi 89.0 cm ile İstanbul takip etmektedir. Doğu Anadolu bölgesinde, bu bölge içinde de Ortadoğu Anadolu bölgesinde en düşük ağırlık ortalaması görülmektedir (12 kg). Bu örüntü ortalama boy için de benzer şekildedir, çocuklarda en düşük ortalama boy belirtilen bölgelerde gözlenmiştir.

Betimsel analizler, hanehalkı refah seviyesine göre de çocukların boy ve ağırlıklarının değiştiğini göstermektedir. Hanehalkı refah seviyesi en yüksek olan hanelerde yaşayan çocukların ortalama ağırlıkları 13.7 kg, ortalama boyları da 89.0 cm olarak bulunmuşken, bu değerler hanehalkı refah seviyesi en düşük olan hanehalklarında yaşayan çocuklar için sırasıyla 12.3 kg ve 85.1 cm’dir. Bir başka deyişle, hanehalkı refah düzeyi en yüksek olan çocuklar, en düşük olan çocuklardan ortalama 1.4 kg daha ağır ve 3.9 cm daha uzundur. Aile tipi değişkeni

incelendiğinde, geniş ailelerde yaşayan çocukların en düşük boy ve ağırlık ortalamalarına sahip olduğu görülmektedir. Hanehalkının yaşadığı konutun sıhhi koşulları en kötü olan hanelerdeki çocuklar, koşulları orta ve yüksek olanlara göre daha düşük ağırlıklı ve kısa boyludurlar.

Annenin sosyo-demografik özelliklerine göre çocukların ortalama boy ve ağırlıkları Tablo 6.2’de verilmiştir. Annenin yaşı arttıkça çocukların ortalama boy ve ağırlıkları yükselmektedir. Fakat bu bulgu, çocukların yaşlarının kontrol edilmemesinden etkilenmiyor olabilir; daha genç yaştaki annelerin, beş yaş altı çocuklarının, 0-5 yaşlarının alt sınırlarına doğru yığılmış olmaları daha olasıdır. Annenin eğitim seviyesine göre çocukların ortalama boy ve ağırlıkları düzenli bir değişim göstermemektedir. Buna rağmen, lise mezunu veya daha yüksek eğitilmiş annelerin çocukları, annesi hiç okula gitmemiş veya ilköğretimin ilk beş yılını tamamlamamış çocuklardan ortalama 0.7 kg daha ağır, 2.1 cm daha uzundur. Annenin çalışma durumuna göre, çocukların ortalama boy ve ağırlıklarında en büyük farklılaşma sosyal güvenceli olarak çalışan annelerle çalışmayan anneler arasındadır. Sosyal güvenceli olarak çalışan annelerin beş yaş altı çocuklarında boy ve ağırlık ortalamaları en yüksek düzeydedir. Çalışan annelere, çalışırken çocuğuna kimin baktığı sorulmuştur. Eşin annesi baktığı durumda çocuğun ortalama boy ve ağırlığının en düşük, kendisi, annesi veya eşinin annesinden başka birisi baktığı durumda ise en yüksek olduğu görülmüştür. Anne ve babası arasında yakın veya uzak akrabalık olan çocuklar, anne ve babası arasında akrabalık olmayan çocuklara göre daha düşük ağırlıklı ve daha kısa boyludur. Göç durumuna göre analizlerde ise kırdan yaşayan ve kırdan kente göç edenlerin çocuklarının ağırlığı daha az, boylarının da daha kısa olduğu görülmüştür.

Annenin gebelikte doğum öncesi bakım alma durumuna ilişkin değişken, çocukların ortalama boy ve ağırlıklarına ilişkin bulgular açısından değişik bir tablo çizmektedir. Tablo 6.2’deki bulgulara göre, boy ve ağırlık ortalaması en yüksek olan çocuklar, anneleri yetersiz doğum öncesi bakım almış çocuklardır. Ancak beslenme yetersizliğinin en az bu grupta olduğunu kesin olarak söylemek mümkün değildir, çünkü ortalamalarda çocuğun yaşı kontrol edilmemektedir. Bir sonraki bölümde sunulacak olan yaşa göre kontrol edilmiş göstergelere ilişkin bulgular daha aydınlatıcı olacaktır.

Annenin sigara içme durumuna bakıldığında, araştırma tarihinde sigara kullanan annelerin beş yaş altı çocuklarının, içmeyenlerden ortalama daha uzun ve daha ağır oldukları görülmektedir. Bu değişkende de annenin sosyo-ekonomik özelliklerinin kontrol edilmemesi bu durumu ortaya çıkarabilecek bir durumdur. Örneğin betimsel analizler, eğitim ve refah seviyesi daha yüksek ve kentlerde yaşayan kadınlarda sigara içme yaygınlığının daha fazla olduğunu göstermektedir ki annenin bu özelliklerinin çocukların bakımı ve sağlıklı beslenmesinde daha olumlu yönde etkileri vardır. Annenin geleneksel kadın-erkek rollerini benimseme düzeyi, TNSA-2008 soruğında yer alan tutum sorularından hazırlanmış bir değişkendir. Buna göre geleneksel cinsiyet rollerini benimseme düzeyi azaldıkça, çocukların ortalama boy ve ağırlıkları da yükselmektedir.

Tablo 6.1. Hanehalkı özelliklerine göre 0-4 yaş çocukların ortalama ağırlık ve boyları, Türkiye 2008

Özellik	Ağırlık		Boy	
	Ortalama (kg)	Çocuk sayısı	Ortalama (cm)	Çocuk sayısı
Yerleşim yeri				
Kent	13.1	1942	87.9	1819
Kır	12.5	765	85.7	710
Bölge				
Batı	13.2	939	88.5	868
Güney	13.4	362	88.4	342
Orta	13.0	582	87.5	544
Kuzey	13.1	141	87.4	125
Doğu	12.2	682	85.0	650
NUTS 1 Bölgeleri				
İstanbul	13.4	437	89.0	402
Batı Marmara	13.5	70	89.7	67
Ege	12.7	342	88.3	303
Doğu Marmara	12.6	232	85.9	223
Batı Anadolu	13.1	264	87.9	248
Akdeniz	13.4	362	88.4	342
Orta Anadolu	13.3	134	87.2	126
Batı Karadeniz	13.5	127	88.1	120
Doğu Karadeniz	13.1	57	88.4	48
Kuzeydoğu Anadolu	12.2	98	84.7	94
Ortadoğu Anadolu	12.0	169	84.6	163
Güneydoğu Anadolu	12.3	415	85.2	393
Hanehalkı refah düzeyi				
En düşük	12.3	664	85.1	626
Düşük	13.0	630	87.5	585
Orta	12.9	571	87.0	538
Yüksek	13.2	458	89.2	417
En yüksek	13.7	386	89.0	364
Aile tipi				
Çekirdek	13.1	1849	88.2	1733
Geniş	12.4	813	85.2	754
Dağılmış	(14.4)	41	(89.8)	38
Konutun sıhhi koşulları				
Kötü	12.3	325	85.1	312
Orta	12.6	719	86.2	657
İyi	13.2	1644	88.3	1544
Türkiye	12.9	2708	87.3	2530

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

Tablo 6.2. Annenin sosyo-demografik ve biyo-demografik özelliklerine göre 0-4 yaş çocukların ortalama ağırlık ve boyları, Türkiye 2008

Özellik	Ağırlık		Boy	
	Ortalama (kg)	Çocuk sayısı	Ortalama (cm)	Çocuk sayısı
Yaş				
15-19	9.6	64	73.7	57
20-24	11.9	620	84.0	566
25-29	13.0	942	87.3	890
30-34	13.3	658	88.9	615
35-39	14.0	296	91.6	278
40-44	14.0	107	91.2	103
45-49	*	21	*	20
Eğitim				
Yok/ilk. bitirmemiş	12.5	585	85.7	552
İlköğretim birinci kademe	13.2	1361	88.4	1266
İlköğretim ikinci kademe	12.2	248	84.6	233
Lise ve üzeri	13.2	514	87.8	478
Çalışma durumu				
Çalışmıyor	12.8	2129	87.0	1988
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	13.5	403	89.0	379
Çalışıyor, sosyal güvenceli	13.1	175	86.8	162
Çalışırken çocuğa bakan kişi				
Kendisi	13.4	173	88.4	166
Annesi	13.1	62	(87.2)	57
Eşinin annesi	12.8	185	86.2	173
Diğer	14.4	148	92.1	137
Eşle akrabalık durumu				
Akrabalık yok	13.1	1994	87.8	1870
Birinci derece akraba	12.5	354	85.6	331
Diğer akraba	12.5	333	86.0	302
Göç durumu				
Kentli	13.1	1258	87.8	1176
Kentten kıra	13.1	674	88.1	632
Kırdan kente	12.8	127	85.9	123
Kırlı	12.5	623	85.9	576
Doğum öncesi bakım				
Almamış	13.1	267	88.9	257
Almış, yetersiz	13.5	974	89.3	921
Almış, yeterli	12.5	1467	85.7	1351
Doğum sonrası bakım				
Almamış	12.3	336	85.3	311
Almış	12.5	1843	85.5	1708
Sigara kullanımı				
Hiç içmemiş/halen içmiyor	12.7	2164	86.9	2010
Halen içiyor	13.7	543	88.8	519
Geleneksel kadın-erkek rollerini benimseme düzeyi				
Fazla	12.7	1001	86.9	933
Orta	12.9	959	87.3	901
Az	13.3	748	88.0	695
Türkiye	12.9	2708	87.3	2530

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

Tablo 6.3. Biyo-demografik özelliklerine göre 0-4 yaş çocukların ortalama ağırlık ve boyları, Türkiye 2008

Özellik	Ağırlık		Boy	
	Ortalama (kg)	Çocuk sayısı	Ortalama (cm)	Çocuk sayısı
Yaş (ay)				
<6	6.6	240	63.1	183
6-9	8.7	158	70.4	153
10-11	9.4	116	73.6	113
12-23	11.2	587	79.1	535
24-35	13.2	557	87.6	518
36-47	15.1	504	96.3	488
48-59	17.3	545	102.9	539
Cinsiyet				
Erkek	13.3	1388	88.2	1323
Kız	12.5	1319	86.4	1206
Doğum sırası				
1	13.0	946	87.6	883
2-3	13.0	1262	87.3	1177
4-5	12.9	323	87.2	304
6+	12.6	176	85.9	165
Doğum aralığı				
İlk doğum	13.0	957	87.6	894
<24	12.8	354	86.9	328
24-47	13.0	627	87.4	577
48+	12.9	769	87.1	731
Doğum ağırlığı				
Çok küçük	12.0	309	85.2	291
Küçük	12.7	360	87.1	336
Ortalama veya daha büyük	13.1	2032	87.6	1897
Doğum şekli				
Normal	12.9	1693	87.3	1583
Sezaryen	13.0	1014	87.4	946
Aynı evdeki kardeş sayısı				
Yok	12.2	753	84.6	699
1-2	13.3	1443	88.6	1350
3-4	13.2	353	88.2	331
5+	12.7	159	86.8	150
Son 5 yılda kardeş ölümü				
Yok	13.0	2500	87.4	2330
Var	12.7	207	86.5	200
Doğum sonrası bakım				
Almamış	12.2	240	84.6	221
Almış	12.5	1935	85.7	1791
Aşı durumu				
Tam aşıli değil	9.1	756	72.7	672
Tam aşıli	12.3	902	83.7	831
Son 15 günde ishal				
Hayır	13.2	2188	88.4	2045
Evet	11.7	519	82.6	484
Emzirme süresi				
<6 ay, halen emziriliyor	6.6	229	63.1	173
<6 ay, emzirilmiyor	*	11	*	10
6 aydan az	13.8	417	90.0	401
6-11 ay	12.5	639	85.0	610
12 aydan çok	14.0	1408	90.9	1333
İlk ek gıda yaşı (ay)				
0	12.2	604	85.0	552
1	12.6	302	86.0	275
2-3	12.4	327	85.2	307
4-5	12.4	311	84.9	293
6+	13.4	605	88.1	579
Türkiye	12.9	2708	87.3	2530

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

Çocukların biyo-demografik özelliklerine göre ortalama boy ve ağırlıkları Tablo 6.3'te sunulmuştur. Buna göre altı aydan küçük çocukların ortalama ağırlığı 6.6 kg, ortalama boyları ise 63.1 cm'dir. Bu değerler 48-59 aylık çocuklarda sırasıyla 17.3 kg ve 102.9 cm'e yükselmektedir. Erkek çocuklar ortalama kız çocuklardan 0.8 kg daha ağır, 1.8 cm daha uzundur.

Çocukların doğum sıraları ilerledikçe ağırlık ve boylarında az bir düşüş görülmektedir. Doğum aralıklarına göre bakıldığında, bir önceki kardeşinin doğumuyla, kendi doğumu arasında 24 aydan az zaman geçmiş çocukların ortalama ağırlık ve boyları, 24 ay veya daha fazla zaman geçmiş olanlardan veya ilk çocuk olanlardan daha düşüktür. Doğumda büyüklüğü anneleri tarafından çok küçük olarak tanımlanan çocukların, ortalama ağırlıklarının diğer çocukların ortalamalarından daha az ve boylarının daha kısa olduğu da dikkat çekici bir bulgudur. Doğumun normal veya sezaryen olması ile ortalama boy ve ağırlık çok değişmemektedir.

Çocuğun yaşadığı hanede yaşayan bir kardeşinin olmadığı, veya beşten fazla kardeşi olduğu durumlarda çocuğun boyun daha kısa ve ağırlığının daha az olduğu görülmektedir. Son beş yılda bir kardeşi ölen çocuklar için de benzer bir bulgu elde edilmiştir.

Doğum sonrası bakım değişkeni, çocuğun doğumu takip eden ilk 6 haftada muayene olup olmaması durumuna göre tanımlanmıştır. Doğum sonrası bakım alan çocuklar ve almayan çocuklar arasında az bir fark olsa da, almış çocuklar için ortalama boy ve ağırlıklar biraz daha yüksektir. Tam aşılı olmayan 15-26 aylık çocukların ortalama boy ve ağırlıkları daha düşüktür. Son 15 günde ishal olmuş çocukların ağırlıkları ortalama 1.5 kg, boyları ise 5.8 cm daha azdır.

Çocukların emzirilme süreleri, 6 aydan küçük ve büyük çocuklar için incelenmiştir. Altı aylıktan büyük olan çocuklar arasında, 12 aydan fazla emzirilmişler en yüksek boy ve ağırlık ortalamasına sahiptir. Ek gıdaya başlama yaşı yüksek olanlarda da daha uzun boy ve daha fazla ağırlık görülmektedir.

6.4.1.2. Beş Yaş Altı Çocuklarda Yetersiz Beslenme

Bu bölümde TNSA-2008'de yapılan antropometrik ölçümler uluslararası büyüme gelişme standartları ile karşılaştırılarak çocuklarda yetersiz beslenme durumu değerlendirilmektedir. Değerlendirme Bölüm 6.2.2.1'de bahsedilen üç gösterge ile yapılmaktadır. Çocuk beslenmesine ilişkin bu göstergeler hanehalkı özellikleri, annenin sosyo-demografik ve biyo-demografik özellikleri ve çocuğun biyo-demografik özelliklerine göre ayrıca incelenecektir.

6.4.1.2.1. Yaşa-Göre-Boy

Yaşa-göre-boy endeksi, Bölüm 6.2.2.1.1'de de anlatıldığı gibi, çocuklarda kronik yetersiz beslenmeyi değerlendiren bir göstergedir. Yaşına göre boyu, referans nüfusun ortancasından 2 standart sapma aşağıda kalan çocuklar *bodur* olarak tanımlanmakta, 3 standart sapma aşağıda kalanlar ise *ciddi olarak kısa boylu* olarak tanımlanmaktadır.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008'e göre Türkiye'de beş yaş altı çocukların yüzde 10.3'ü bodurdur. Ciddi olarak kısa boylu olan çocukların oranı ise yüzde 3.2'dir. Bu göstergenin hanehalkı özelliklerine göre değerleri Tablo 6.4'te verilmektedir. Buna göre kırdan bodurluğun yaygınlığı, kentten elde edilen değerlerin iki katından fazladır. Bölgesel olarak bakıldığında, kronik yetersiz beslenmenin en az Orta Anadolu bölgesinde (yüzde 4.5), en fazla ise Doğu bölgesinde (yüzde 21) sorun olduğu görülmektedir. NUTS 1 bölgelerine göre incelendiğinde, Batı Anadolu'da yaşayan çocukların en avantajlı (yüzde 3.3), Kuzeydoğu ve Güneydoğu Anadolu'da yaşayanların ise en dezavantajlı (sırasıyla yüzde 22.2 ve 22.1) olduğunu ortaya koymaktadır. Hanehalkı refah düzeyinin, Tablo 6.1'de ortalama boy ve ağırlık göstergelerine yansıdığı gibi, çocukların antropometrik durumuyla da yakından ilişkili olduğu görülmektedir. Kronik beslenme yetersizliği olan çocukların yüzdesi, refah seviyesi en düşük olan hanehalklarında yaşayan çocuklar için 22, en yüksek olanlarda yaşayanlarda ise 2'dir. Buna göre refah seviyesi en düşük hanehalklarında yaşayan her beş çocukta birinin bodur olduğu anlaşılmaktadır. Aile tipine göre incelendiğinde geniş ailelerde yaşayan çocukların kronik beslenme yetersizliği açısından daha dezavantajlı olduğu görülmektedir. Hanehalkının yaşadığı konutun sıhhi koşulları kötü olduğu durumlarda da bu koşullarda yaşayan her dört çocukta birinin bodur olduğu görülmektedir.

Annenin sosyo-demografik ve biyo-demografik özelliklerine göre çocuklarda kronik yetersiz beslenme durumu Tablo 6.5'te verilmiştir. Buna göre anne yaşı 40-44 olan çocuklarda bodurluk en yaygındır. Sosyal güvencesi olmadan çalışan annelerin çocukları arasında kronik yetersiz beslenme daha yaygındır (yüzde 16.8). Anne baba arasında akrabalık olmayan çocuklarda bodurluk daha az görülmektedir. Göç durumuna göre incelendiğinde kentli annelerin çocuklarının en avantajlı, kırdan yaşayan annelerin çocuklarının ise en dezavantajlı kesimler olduğu ortaya çıkmaktadır.

Gebeliği sırasında doğum öncesi bakım almamış annelerin çocuklarının dörtte biri araştırma tarihinde yaşına göre kısa olarak tespit edilmiştir. Yeterli bir şekilde doğum öncesi bakım alan çocuklar içinse bodurluk yüzde 5'tir. Doğum sonrası bakım için de benzer bir durum görülmektedir. Annenin sigara içme durumuna göre çocuklarda bodurluk yaygınlığı az da olsa sigara içen annelerin çocuklarının aleyhinedir. Annenin geleneksel kadın-erkek rollerini benimseme düzeyi arttıkça da bodurluk yaygınlığı artış göstermektedir.

Çocukların biyo-demografik özelliklerine bakıldığında, kronik yetersiz beslenmenin yaşamın ilk aylarında daha az ortaya çıktığı görülmektedir (Tablo 6.6). Çocuğun cinsiyetine göre bodurluk düzeyi çok değişmemektedir. Doğum sırası oldukça belirleyici görünmektedir; ilk çocuklarda bodurluk yaygınlığı yüzde 7 iken, altıncı veya daha sonra doğan çocuklarda yüzde 23'tür. Anne ve çocuk sağlığı açısından doğum aralıklarının 24 aydan kısa olmaması önerilmektedir (HÜNEE, 2009). Bulgular doğum aralığı 24 aydan kısa olan çocuklar arasında kronik beslenme yetersizliğinin de en yüksek düzeyde olduğunu göstermiştir (yüzde 22.2).

Çocuğun doğum ağırlığına göre de kronik yetersiz beslenme yaygınlığı değişmektedir. Doğumdaki büyüklüğü annesi tarafından çok küçük olarak belirtilen çocukların yaklaşık her beşinden biri bodurdur. Ortalama ağırlıkta veya daha büyük olarak doğanlarda ise bodurluk yüzde 10'dan düşüktür. Normal doğumla dünyaya gelen çocuklar arasında bodurluk biraz daha yaygın görünmektedir (yüzde 12.4). Çocukla aynı evde yaşayan kardeş sayısı arttıkça kronik yetersiz beslenme önemli ölçüde artmaktadır. Son beş yıl içinde bir kardeşi ölen çocukların yaklaşık dörtte biri bodurdur (yüzde 23.8). Doğumu takip eden 42 gün içinde bakım almış çocuklarda bodurluk (yüzde 8), almayanların (yüzde 16.4) yarısı kadardır. Aşı durumuna göre az fark eden kronik yetersiz beslenme, son 15 günde ishal geçiren çocuklar arasında daha sık görülmektedir (yüzde 13.7). Emzirme durumu betimsel analizlere göre düzenli bir örüntü sergilememektedir. Alınan ilk ek gıdanın yaşına göre de kronik yetersiz beslenme durumu fazla farklılık göstermemektedir.

Tablo 6.3, Tablo 6.4 ve Tablo 6.5'te, çeşitli değişkenlere göre yaşa-göre-boy endeksine göre bodur ve ciddi olarak kısa çocukların yüzdelerinin yanı sıra, referans nüfusun ortanca değerinin 2 ve 3 standart sapma üzerinde kalan çocukların yüzdesi de sunulmaktadır. Bu göstergelere göre çocuklarda obezite prevalansı hala düşüktür. Türkiye genelinde beş yaş altı çocukların yüzde üçü referans nüfusun ortancasından 2 standart sapma uzun, yüzde birinden azı ise 3 standart sapma daha uzundur. Bu değişkenlerdeki farklılaşmalar da büyük ölçüde bodurluk örüntülerinin aksi yönündedir.

6.4.1.2.2. Boya-Göre-Ağırlık

Bölüm 6.2.2.1.2'de tanımlandığı gibi, çocuğun ağırlığının boyuna göre az olması akut beslenme yetersizliği sorunu olduğuna işaret etmektedir. Boya-göre-ağırlık endeksinin değeri standart nüfusun ortancasının 2 standart sapma altında (-2 SD) yer alan çocuklar *zayıf* (kavruk/wasted) kabul edilmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 sonuçlarına göre ülkemizde çocuklarda akut beslenme yetersizliği önemli bir düzeyde değildir; ciddi olarak zayıf çocuk bulunmamaktadır. Zayıflık yaygınlığı ise yüzde birin altındadır (0.9). Bu nedenle bu göstergede görülen farklılıklar da çok fazla değildir.

Tablo 6.3'te akut yetersiz beslenme sorununun hanehalkı özelliklerine göre değişimi verilmiştir. Buna göre kırsal-kent farklılığı oldukça azdır. Bölgesel olarak değerlendirildiğinde, Güneydoğu Anadolu ve Batı Karadeniz bölgesinde en yüksek değerler görülmektedir (sırasıyla yüzde 1.7 ve 1.6). Hanehalkı refah düzeyi, kronik beslenme yetersizliğinde gösterdiği düzenli örüntüyü akut beslenme yetersizliği için göstermemektedir. Refah düzeyi en yüksek ve en düşük olan hanelerde yaşayan çocuklar arasında zayıflık açısından pek fark görülmemektedir. Çekirdek ve geniş ailelerde yaşayan çocuklar arasında da zayıflık yaygınlığı aynıdır. Konutun sıhhi koşulları kötü olan hanelerdeki beş yaş altı çocuklarda zayıflık yaygınlığı yüzde 1 iken, orta olanlarda yüzde 1'in altındadır.

Tablo 6.4. Hanehalkı özelliklerine göre 0-4 yaş çocukların beslenme durumu, Türkiye 2008

Özellik	Yaşa göre boy				Boya göre ağırlık			Yaşa göre ağırlık				Çocuk sayısı
	-3 SD	-2 SD	+2 SD	+3 SD	-2 SD	+2 SD	+3 SD	-3 SD	-2 SD	+2 SD	+3 SD	
Yerleşim yeri												
Kent	2.1	7.6	2.7	0.5	0.8	7.1	2.7	0.2	2.1	6.7	1.9	1781
Kır	5.9	17.4	2.1	0.7	0.9	6.2	1.7	0.5	4.8	3.5	1.6	692
Bölge												
Batı	1.4	7.6	3.6	0.9	0.9	6.4	2.3	0.0	1.0	7.8	2.3	848
Güney	2.7	7.6	1.9	0.2	0.0	7.1	3.1	0.3	3.0	4.7	2.0	339
Orta	0.9	4.5	2.2	0.3	0.5	9.4	3.5	0.0	2.1	7.3	2.6	533
Kuzey	1.4	7.0	2.0	0.8	1.5	8.6	2.5	0.4	2.8	6.5	2.1	124
Doğu	8.3	21.0	1.7	0.5	1.5	4.7	1.4	0.8	5.8	2.3	0.5	631
NUTS 1 Bölgeleri												
İstanbul	0.7	7.5	2.9	0.7	1.5	7.4	3.7	0.0	1.5	8.1	2.9	396
Batı												
Marmara	1.0	4.6	3.6	0.0	1.0	5.0	1.0	0.0	1.0	2.0	0.0	66
Ege	2.7	6.4	3.0	0.8	0.0	2.4	0.0	0.0	1.2	4.2	0.8	289
Doğu												
Marmara	0.6	7.2	4.7	1.1	1.0	9.3	2.7	0.0	2.3	11.8	3.3	218
Batı												
Anadolu	0.6	3.3	3.1	0.0	0.2	9.7	4.3	0.0	1.5	9.4	2.7	246
Akdeniz	2.7	7.6	1.9	0.2	0.0	7.1	3.1	0.3	3.0	4.7	2.0	339
Orta												
Anadolu	1.4	9.4	1.7	1.2	0.5	10.8	3.4	0.0	1.2	5.5	2.4	123
Batı												
Karadeniz	0.8	4.1	0.8	0.8	1.6	12.4	3.9	0.4	1.2	7.3	3.5	119
Doğu												
Karadeniz	1.5	11.0	3.0	0.0	0.0	6.5	1.5	0.0	4.2	7.3	1.5	48
Kuzeydoğu												
Anadolu	10.6	22.2	1.6	0.0	1.3	4.3	1.1	1.1	7.2	0.5	0.0	90
Ortadoğu												
Anadolu	7.4	18.0	1.7	0.8	1.1	1.6	0.3	1.7	7.9	1.3	0.0	159
Güneydoğu												
Anadolu	8.1	22.1	1.7	0.5	1.7	6.1	1.9	0.4	4.6	3.1	0.8	382
Hanehalkı refah düzeyi												
En düşük	8.9	22.0	0.8	0.4	1.0	4.2	1.5	0.7	6.9	2.0	0.5	612
Düşük	1.8	10.8	1.6	0.3	0.7	7.1	2.8	0.3	1.9	4.5	2.0	575
Orta	2.1	7.9	2.7	1.0	0.6	6.9	2.6	0.2	1.8	5.7	2.4	525
Yüksek	0.8	2.5	4.8	0.7	1.1	6.6	1.9	0.0	1.4	8.5	1.9	407
En yüksek	0.0	2.1	3.9	0.7	1.1	11.1	3.8	0.0	0.6	11.5	2.9	355
Aile tipi												
Çekirdek	2.4	9.1	2.6	0.6	0.9	6.3	2.0	0.2	2.2	6.0	1.8	1697
Geniş	5.1	13.5	2.3	0.6	0.9	7.9	3.3	0.5	4.4	4.8	1.9	736
Dağılmış	(0.0)	(5.4)	(2.9)	(0.0)	(0.0)	(11.4)	(4.6)	(0.0)	(0.0)	(10.8)	(2.9)	36
Konutun sıhhi koşulları												
Kötü	9.8	24.9	1.4	0.9	1.0	4.1	1.4	0.7	7.5	2.4	0.6	301
Orta	3.9	10.5	2.5	0.6	0.7	6.2	1.8	0.2	3.5	4.6	1.8	647
İyi	1.6	7.3	2.8	0.5	0.9	7.6	2.9	0.2	1.6	7.0	2.1	1510
Türkiye	3.2	10.3	2.5	0.6	0.9	6.8	2.4	0.3	2.8	5.8	1.8	2474

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

Tablo 6.5. Annenin sosyo-demografik ve biyo-demografik özelliklerine göre 0-4 yaş çocukların beslenme durumu, Türkiye 2008

Özellik	Yaşa göre boy				Boya göre ağırlık			Yaşa göre ağırlık				Çocuk sayısı
	-3 SD	-2 SD	+2 SD	+3 SD	-2 SD	+2 SD	+3 SD	-3 SD	-2 SD	+2 SD	+3 SD	
Yaş												
15-19	1.2	9.5	1.1	0.0	1.2	15.3	3.6	0.0	1.4	12.9	2.5	57
20-24	3.8	11.7	3.1	1.0	0.8	8.0	2.3	0.1	2.1	5.4	1.7	553
25-29	3.7	11.2	2.3	0.7	1.1	5.4	2.1	0.4	2.7	6.3	1.8	865
30-34	2.1	6.4	2.1	0.1	0.7	7.1	2.3	0.2	3.1	5.8	1.5	601
35-39	2.1	9.9	3.8	0.7	1.0	7.2	3.7	0.5	2.6	5.0	2.9	275
40-44	5.7	20.2	0.0	0.0	0.0	4.9	2.7	0.6	8.4	1.6	1.0	102
45-49	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	20
Eğitim düzeyi												
Yok/İlk. bitirmemiş	9.9	22.6	2.4	0.4	1.4	5.5	1.8	0.8	7.2	4.4	1.7	541
İlk. birinci kademe	1.9	8.0	1.9	0.5	0.5	5.5	1.7	0.2	2.1	4.5	1.4	1236
İlk. ikinci kademe	0.6	6.4	2.5	0.0	0.4	11.1	3.8	0.0	1.0	7.9	0.9	228
Lise ve üzeri	0.2	4.2	4.2	1.2	1.5	9.8	4.5	0.0	0.6	9.8	3.7	469
Çalışma durumu												
Çalışmıyor	3.1	9.7	2.4	0.3	0.7	6.5	2.1	0.3	2.9	5.4	1.4	1949
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	4.9	16.8	1.7	1.0	0.7	6.9	3.1	0.2	3.3	4.7	2.9	368
Çalışıyor, sosyal güvenceli	0.3	3.3	6.3	3.5	3.7	10.9	5.5	0.0	1.3	13.9	4.7	157
Çalışırken çocuğa bakan kişi												
Kendisi	6.0	16.6	0.3	0.0	1.2	5.9	2.5	0.3	4.9	6.4	1.4	159
Annesi	(0.0)	(0.0)	(8.0)	(8.0)	(5.2)	(11.9)	(2.8)	(0.0)	(0.4)	(13.2)	(8.0)	56
Eşinin annesi	3.2	13.3	2.5	2.5	1.7	9.1	4.2	0.0	1.5	8.7	5.5	169
Diğer	2.7	14.1	5.2	0.4	0.0	6.9	4.1	0.0	3.2	3.6	1.5	131
Eşle akrabalık												
Akrabalık yok	2.5	8.9	2.5	0.7	0.9	7.3	2.7	0.2	2.4	6.1	2.0	1827
Birinci derece akraba	7.0	16.0	1.7	0.2	0.8	5.3	1.7	0.3	3.9	4.4	1.3	323
Diğer akraba	3.7	13.4	3.3	0.4	0.7	5.5	1.2	0.8	4.2	5.1	0.9	300
Göç durumu												
Kentli	1.5	6.3	3.3	0.6	1.0	7.4	3.6	0.1	1.9	7.7	2.5	1157
Kentten kıra	3.5	10.0	1.5	0.4	0.4	6.4	0.9	0.4	2.5	4.9	0.8	615
Kırdan kente	4.4	14.0	1.1	0.7	0.0	10.8	2.0	0.4	3.3	4.9	2.2	122
Kırlı	6.3	18.3	2.2	0.7	1.3	5.2	1.7	0.5	5.2	3.1	1.5	559
Doğum öncesi												
Almamış	9.7	24.4	1.1	0.5	0.8	2.7	0.8	0.7	8.4	1.1	0.5	252
Almış, yetersiz	4.5	14.3	1.9	0.2	0.5	5.8	2.0	0.5	2.7	4.3	1.3	896
Almış, yeterli	1.1	5.0	3.2	0.8	1.1	8.3	3.0	0.1	1.9	7.7	2.4	1326
Doğum sonrası												
Almamış	5.9	17.3	3.3	0.5	0.7	5.2	2.2	0.7	4.8	6.2	2.0	306
Almış	2.0	7.4	2.7	0.7	1.1	7.9	3.0	0.2	2.4	6.7	2.2	1675
Sigara kullanımı												
Hiç içmemiş/halen	3.6	10.8	2.1	0.5	1.0	6.3	2.0	0.3	2.7	5.0	1.4	1961
Halen içiyor	1.8	8.4	3.9	0.8	0.2	8.9	4.3	0.1	3.3	8.9	3.4	513
Geleneksel kadın-erkek rollerini benimseme düzeyi												
Fazla	5.7	15.2	1.4	0.4	0.8	5.2	1.4	0.5	4.1	3.6	1.2	917
Orta	2.4	8.1	2.4	0.4	0.7	7.4	2.7	0.2	2.2	5.9	2.4	877
Az	0.9	6.6	4.2	1.2	1.2	8.3	3.5	0.1	1.9	8.7	2.0	679
Türkiye	3.2	10.3	2.5	0.6	0.9	6.8	2.4	0.3	2.8	5.8	1.8	2474

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

Annenin sosyo-demografik ve biyo-demografik özelliklerine göre incelendiğinde de akut beslenme yetersizliğinin fazla bir değişim göstermediği görülmektedir (Tablo 6.5). Annenin en genç yaş grubunda olması durumunda çocuklarda zayıflık en yüksek değerini almaktadır (yüzde 1.2). Annenin eğitiminin en yüksek ve en düşük olduğu durumlarda zayıflığın yaygınlığının benzer olması, kırlı ve kentli annelerde de benzer düzeyde olması ve annenin sosyal güvenceli olarak çalıştığı durumlarda zayıflığın yüzde 3.7'ye ulaşması da dikkat çekici bulgulardır. Anne baba akrabalığı çocukların zayıflığı açısından fazla fark yaratmamaktadır. Doğum öncesi ve sonrası bakım değişkenleri çok etkili görülmemektedir.

Çalışırken çocuğuna kendi annesi bakan annelerin çocuklarında akut beslenme yetersizliği Tablo 6.5'teki en yüksek değerine ulaşsa da (yüzde 5.2), gözlem sayısı az olduğu için bu gösterge dikkatle yorumlanmalıdır. Annenin sigara kullanımı ve geleneksel kadın erkek rollerini benimseme düzeyi de düzenli değişimler görülmemektedir.

Onbir aylık çocuklarda zayıflık en yaygındır (yüzde 3.2) (Tablo 6.6). Bunun dışında erkek, dördüncü veya beşinci sırada doğmuş, 24 aydan kısa doğum aralığı olan ve doğumdaki büyüklüğü annesi tarafından çok küçük diye nitelenmiş çocuklarda akut beslenme yetersizliği biraz daha sık görülmektedir. Çocukların normal doğumla veya sezaryenle dünyaya gelmeleri, son on beş gündeki ishal durumları ve ilk ek gıda aldıkları yaş zayıflık yaygınlığını pek değiştirmemektedir. Evdeki kardeş sayısı zayıflık açısından düzenli bir örüntü göstermemektedir. Çocukların doğum sonrası bakım almamış olması, tam aşılı olmaması ve altı aylıktan küçük olduğu halde emzirilmiyor olması zayıflık yaygınlığının daha yüksek olduğu durumlardır.

6.4.1.2.3.Yaşa-Göre-Ağırlık

Bölüm 6.2.2.1.3'te ifade edildiği gibi, çocuğun yaşına göre ağırlığının az olması, hem akut, hem de kronik yetersiz beslenme durumunu ifade etmektedir. Yaşa-göre ağırlığı referans nüfusun ortancasından 2 standart sapma aşağıda (-2 SD) olan çocuklar *düşük kilolu* (underweight) olarak sınıflandırılmaktadır.

Türkiye'de çocuklar için düşük kiloluluk da az seviyelerdedir. Beş yaş altındaki çocukların yüzde 3'ünden azı (yüzde 2.8) düşük kiloludur. Yaşına göre ağırlığı referans nüfusun ortancasından 3 standart sapma aşağıda olan çocukların oranı ise yüzde 0.3'tür (Tablo 6.4). Düşük kiloluluk yaygınlığı kırdaki ve Doğu Anadolu bölgesinde yaşayanlarda daha yüksektir. Ülkenin doğusunda yer alan bölgelerden Ortadoğu ve Kuzeydoğu bölgelerinde düşük kilolu çocukların yüzdesi Türkiye ortalamasının iki katından da fazladır (sırasıyla yüzde 7.9 ve 7.2).

Hanehalkı refah düzeyi düştükçe düşük kiloluluk yaygınlığı da artmaktadır. Hanehalkı refah düzeyi en yüksek olan hanelerde yaşayan çocukların yüzde 1'inden azı düşük kiloluyken,

refah düzeyi en düşük olan hanelerde yaşayanların yüzde 6.9'u düşük kiloludur. Geniş ailelerde veya sıhhi koşulları kötü olan konutlarda yaşayan çocuklarda düşük kiloluluk daha sık görülmektedir (sırasıyla yüzde 4.4 ve 7.5).

Anneleri 40-49 yaş grubunda olan çocuklarda düşük kiloluluk en yaygın olarak görülmektedir (Tablo 6.5). Bu sorun eğitim düzeyi yüksek annelerin çocuklarında daha nadir, eğitim düzeyi düşük olan annelerin çocuklarında ise daha sık ortaya çıkmaktadır. Annesi sosyal güvenceli olarak çalışan, anne-babası arasında akrabalık olmayan, kentli olan çocuklar daha avantajlı görünmektedir. Annesi doğum öncesinde veya sonrasında bakım almayan, sigara içen veya geleneksel kadın-erkek rollerini fazla benimseyen kadınların çocuklarında düşük kiloluluk daha sık görülmektedir.

Çocukların ilk aylarında düşük seviyede olan beslenme yetersizliği, yaş büyüdükçe önce artmakta, sonra azalmaktadır. Kız çocuklar biraz daha düşük kiloludur. Doğum sırası yüksek, doğum aralığı kısa olan, doğumdaki büyüklüğü annesi tarafından küçük veya çok küçük olarak belirtilen çocuklar arasında düşük kilolu olanlar daha fazladır. Normal doğumla dünyaya gelen çocuklarda sezaryenle dünyaya gelenlere göre yetersiz beslenme biraz daha sıktır. Ayrıca çocuğun son 5 yılda bir kardeşinin ölmüş olması, doğum sonrası bakım almamış olması, aşılarının tam olmaması ve son 15 günde ishal olması düşük kiloluluk prevalansının daha yüksek olmasıyla ilişkili görülmektedir. Yaşça altı aydan büyük olup, 6 aydan fazla süre emzirilen çocuklarda ve ek gıdaya erken başlayan çocuklarda da yaşa-göre-ağırlık prevalansı daha düşüktür.

6.4.1.3. Beş Yaş Altı Çocuklarda Obezite

Obezite, vücutta sağlığı bozacak ölçüde anormal veya aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır. Çocuk ve adölesanlarda obeziteyi ölçmek için tek ve basit bir endeks oluşturmak oldukça zordur, çünkü çocuk büyüdükçe vücutta çeşitli değişimler gerçekleşmektedir (WHO, 2010c). Bu zorluğa rağmen literatürde, çocuklarda yetersiz beslenme bölümünde anlatılan endekslerden yaşa-göre-ağırlık ve boya-göre-ağırlığın çocuk obezitesinin değerlendirilmesinde kullanıldığı görülmektedir. Bu bölümde, bu iki gösterge arasından, hem kronik, hem akut yetersiz beslenmeye ilişkin, daha kapsamlı bilgi verebildiği, ve yakın zamandaki değişimlerden daha az etkilendiği için yaşa-göre-ağırlık endeksi obez çocukların belirlenmesinde tercih edilmiştir. Buna göre, yaşına göre ağırlığı, referans nüfusun ortanca değerinden 2 standart sapma yukarıda olan çocuklar obez olarak tanımlanmıştır. Bu tanıma göre Türkiye'de beş yaş altı obezite prevalansı yüzde 5.8'dir (Tablo 6.4). Hanehalkı özelliklerine göre bakıldığında, çocuk obezitesinin kentlerde kırsal alanların neredeyse iki katı olduğu görülmektedir. Bölgelere göre obezite Batı ve Orta Anadolu'da daha yaygındır (sırasıyla yüzde 7.8 ve 7.3). Doğu Marmara'da yüzde 12'ye çıkan çocuk obezitesi, Kuzeydoğu Anadolu'da en düşük (yüzde 0.5) düzeydedir. Hanehalkı refah düzeyinin yükselmesi çocuk obezitesi açısından bir risk faktörü olarak görünmektedir; en yüksek refah düzeyindeki hanelerde yaşayan

çocuklarda (yüzde 11.5), en düşüklerde yaşayanlara (yüzde 2) göre yaklaşık altı kat daha fazla obezite görülmektedir. Çekirdek ailelerde ve sıhhi koşulları iyi olan hanelerde yaşayan çocuklarda da aşırı beslenme daha fazladır (sırasıyla 6.0 ve 7.0).

Annenin en genç yaş grubunda olduğu durumda obez çocukların yüzdesi en yüksek değerini almaktadır (yüzde 12.9). Annesinin eğitim düzeyi düşük olan çocuklarda obezite daha az görülmektedir. Sosyal güvenceli bir işte çalışan, kentli, eşiyile akrabalığı olmayan annelerin çocukları da obezite açısından daha dezavantajlıdır (sırasıyla yüzde 13.9, 7.7, 6.1). Annenin doğum öncesi yeterli bakım alması durumunda daha yüksek düzeyde (yüzde 7.7) obezite görülse de, doğum sonrası bakım almasında pek farklılık gözlenmemektedir.

Annenin sigara içmesi ve geleneksel toplumsal cinsiyet rollerini az kabullenmesi de çocuk obezitesinin daha yaygın görüldüğü kategorilerdir.

Yaşa-göre-ağırlığın referans nüfusa göre en fazla olduğu yaş grubu altı aylıktan küçük çocukların olduğu yaş grubudur. Erkek ve kız çocuklar arasında fark görülmezken, ilk doğum olan çocuklarda obezitenin daha yaygın (yüzde 7.5) olduğu görülmektedir. Buna ek olarak, doğumdaki ağırlığı annesi tarafından ortalama veya daha büyük olarak nitelenen çocuklarda ve doğumu sezaryenle gerçekleşen çocuklarda yaşa-göre-ağırlık endeksinin yüksek olması daha yaygındır. Aynı evdeki kardeş sayısı arttıkça obezite yaygınlığı azalmakta, doğum sonrası bakım alma ve aşuların tam olmasıyla da obezite artmaktadır. Altı aylıktan küçük olan çocuklar dışında, 6-11 ay emzirilen çocuklarda daha fazla obezite görülmektedir. İlk ek gıdasını 0-1 aylıkken alan çocuklarda obezite, 2-6. aylarda alanlara göre daha fazladır.

6.4.2. Türkiye’de Annelerin Beslenme Durumu

Bu bölümde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 verileriyle yapılan analizlere göre annelerin beslenme durumları sunulmaktadır. Araştırmanın sonuçları yetersiz beslenme sorunu yaşayan veya zayıf olarak nitelendirilen annelerin oldukça az olduğunu, annelerin beslenmesine ilişkin temel sorunun kiloluluk ve obezite olduğunu göstermiştir. Bu nedenle bu çalışmada annelerde obezitenin risk faktörlerinin belirlenmesine öncelik verilmiştir.

Bu çalışmada kullanılan anne tanımı, son beş yılda en az bir doğum yapmış, araştırma tarihinde gebe olmayan ve araştırma tarihinden önceki iki ay içinde doğum yapmamış kadınları kapsamaktadır. Bu bölümde öncelikle annelerin ortalama boy ve ağırlıklarına ilişkin, daha sonra da beden kitle endekslerine ilişkin betimsel analizler sunulacaktır.

Tablo 6.6. Biyo-demografik özelliklerine göre 0-4 yaş çocukların beslenme durumu, Türkiye 2008

Özellik	Yaşa göre boy				Boya göre ağırlık			Yaşa göre ağırlık				Ağırlıklı Sayı
	-3 SD	-2 SD	+2 SD	+3 SD	-2 SD	+2 SD	+3 SD	-3 SD	-2 SD	+2 SD	+3 SD	
Yaş (ay)												
<6	0.4	3.6	6.3	0.5	1.2	9.2	1.7	0.4	0.5	15.9	1.5	175
6-9	0.4	2.4	4.4	1.7	1.7	9.0	6.8	0.0	2.8	9.0	3.5	149
10-11	1.3	8.3	4.4	1.7	3.2	10.7	0.8	0.4	3.1	8.9	2.7	108
12-23	2.9	12.0	1.6	0.6	1.5	10.1	2.9	0.2	3.7	6.4	2.1	528
24-35	5.1	12.4	3.0	0.3	0.3	6.0	2.6	0.4	3.8	4.9	1.6	506
36-47	3.7	9.8	1.4	0.9	0.7	3.1	1.4	0.2	2.7	2.3	1.6	476
48-59	3.3	12.0	1.7	0.0	0.1	5.4	2.1	0.3	1.9	4.4	1.4	532
Cinsiyet												
Erkek	2.5	9.9	2.9	0.7	1.5	6.7	2.7	0.3	2.3	5.8	2.0	1299
Kız	4.0	10.8	2.1	0.5	0.2	6.9	2.1	0.2	3.4	5.8	1.6	1175
Doğum sırası												
1	1.5	6.7	3.1	0.6	1.0	8.0	2.4	0.2	1.2	7.5	1.9	862
2-3	2.7	10.3	2.2	0.7	0.5	6.2	2.6	0.2	2.3	4.8	1.9	1154
4-5	6.4	14.4	2.1	0.2	1.6	5.8	1.4	0.5	7.0	5.9	0.7	295
6+	9.7	22.5	2.5	0.3	1.0	6.7	3.8	1.1	7.6	3.8	3.1	162
Doğum aralığı (ay)												
İlk doğum	1.6	6.6	3.1	0.6	1.1	8.2	2.5	0.2	1.2	7.7	2.0	874
<24	9.3	22.2	2.2	0.7	1.2	4.4	2.0	0.5	5.8	3.7	1.2	319
24-47	4.4	13.8	2.1	0.8	0.8	5.1	2.5	0.3	4.0	4.4	1.7	562
48+	1.5	6.9	2.2	0.3	0.5	7.6	2.5	0.3	2.6	5.6	2.0	719
Doğum ağırlığı												
Çok küçük	8.2	19.3	1.7	0.3	1.0	3.4	0.5	1.3	6.7	1.8	0.5	284
Küçük	5.2	16.0	0.8	0.2	0.9	5.4	2.2	0.3	6.7	2.1	0.7	321
Ortalama ve üzeri	2.1	8.0	2.9	0.7	0.8	7.6	2.8	0.1	1.6	7.1	2.2	1863
Doğum şekli												
Normal	3.9	12.4	1.9	0.4	0.8	6.2	2.4	0.3	3.4	4.4	1.4	1554
Sezaryen	2.0	6.8	3.6	0.9	1.0	7.9	2.5	0.2	1.9	8.2	2.6	920
Aynı evdeki kardeş sayısı												
Yok	0.7	5.8	3.2	0.8	1.3	9.1	2.8	0.1	1.4	8.4	2.4	686
1-2	2.9	9.7	2.3	0.6	0.5	6.2	2.4	0.1	2.0	4.9	1.7	1319
3-4	5.9	15.8	2.8	0.2	1.6	5.3	2.1	0.9	6.8	6.0	1.6	321
5+	11.2	25.0	0.8	0.4	0.4	5.1	1.5	0.8	8.2	1.5	0.8	147
Son 5 yılda kardeş ölümü												
Yok	2.8	9.2	2.6	0.6	0.8	7.0	2.5	0.2	2.5	6.1	1.9	2282
Var	7.7	23.8	1.8	0.3	1.2	4.4	1.9	0.6	7.2	2.4	1.3	192
Doğum sonrası bakım												
Almamış	8.9	16.4	3.4	0.7	1.4	6.7	2.9	0.5	6.4	5.4	1.7	218
Almış	1.9	8.0	2.6	0.7	1.0	7.5	2.9	0.2	2.4	6.8	2.3	1757
Aşı durumu												
Tam aşılı değil	2.6	8.2	3.5	0.6	1.7	8.8	2.6	0.6	3.6	8.9	2.0	651
Tam aşılı	3.3	11.3	2.9	0.7	0.8	8.3	3.1	0.1	2.9	6.3	2.1	814
Son 15 günde ishal												
Hayır	2.9	9.5	2.4	0.6	0.9	6.7	2.1	0.2	2.5	5.9	1.7	2000
Evet	4.3	13.7	2.8	0.3	0.9	7.3	4.0	0.4	4.2	5.2	2.6	473
Emzirilme süresi												
<6 ay, halen emziriliyor	0.4	3.1	6.7	0.6	1.0	9.8	1.8	0.4	0.4	16.4	1.5	165
<6 ay, emzirilmiyor	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	10
6 aydan az	4.9	11.9	4.0	1.5	1.4	6.8	3.7	0.4	4.2	6.0	3.9	393
6-11 ay	2.2	7.3	3.3	1.1	1.2	7.9	3.3	0.2	2.8	7.5	2.5	592
12 aydan uzun süre	3.5	12.1	1.1	0.1	0.5	6.0	1.8	0.3	2.8	3.6	1.0	1311
İlk ek gıda yaşı (ay)												
0	3.7	9.6	2.5	0.6	0.9	5.4	1.7	0.4	3.7	7.7	1.8	542
1	3.3	12.7	6.1	1.2	1.0	10.4	6.2	0.4	2.8	8.0	4.0	272
2-3	3.6	8.2	1.5	0.5	0.8	5.2	2.3	0.3	3.4	4.1	1.8	305
4-5	1.5	7.4	0.9	0.0	1.3	7.7	0.8	0.0	1.8	3.7	1.1	284
6+	1.5	8.3	2.8	0.9	1.1	8.6	4.0	0.1	2.1	7.0	2.1	568
Türkiye	3.2	10.3	2.5	0.6	0.9	6.8	2.4	0.3	2.8	5.8	1.8	2474

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

6.4.2.1. Annelerin Ortalama Boyları

Bu bölümde kadınların ortalama boylarının yanı sıra, boyu 145 cm'den kısa olan annelerin yüzdeleri de sunulacaktır. Bunun nedeni, anne boyunun doğumda yaşanacak risklerle ilişkili olmasıdır. Kısa boylu kadınların pelvisi dar olduğu için, boyu 140-145 cm arasında olan kadınlar riskli doğumlara maruz kalmaktadır (HÜNEE, 2009).

Türkiye'de annelerin boy ortalaması 156.9 cm olarak bulunmuştur (Tablo 6.7). Boyu 145 cm'den kısa olan anneler yüzde 1.8'dir. Boy ortalaması kentte kıra göre biraz daha yüksektir. Boyu 145 cm'den kısa olan kadınların kırdaki sıklığı da kenttekinin iki katından fazladır (sırasıyla 3.2 ve 1.3). Kuzey bölgesinde yaşayan kadınlarda en düşük (156.1 cm), Güney bölgesinde yaşayan kadınlarda en yüksek boy ortalamaları (157.2 cm) gözlenmiştir. Boyu 145 cm'den kısa olan kadınların yüzdesi Batı Karadeniz (yüzde 2.9) ve İstanbul'da (yüzde 2.8) en fazladır. Doğu Karadeniz Bölgesi'nde 155.9 cm olarak bulunan boy ortalaması 12 NUTS 1 bölgesi arasındaki en düşük, Batı Anadolu'da 157.8 cm olarak bulunan ortalama ise en yüksektir. Hanehalkı refah düzeyi orta ve daha az olan hanelerde yaşayan kadınların boy ortalamaları birbirine çok yakındır. Hanehalkı refah düzeyi yüksek ve en yüksek olanların da boy ortalamaları birbirine yakın ve diğer düzeydekilerden yaklaşık 2 cm daha fazladır. Refah düzeyi azaldıkça boyu 145 cm'den kısa olan kadınların sıklığında da artış görülmektedir. Refah düzeyi en yüksek olan hanehalklarındaki kadınların sadece yüzde 0.2'si 145 cm'den kısayken, en düşük olanların yüzde 3.3'ü bu durumdadır. Çekirdek ailelerde yaşayan kadınların boy ortalamalarının biraz daha yüksek olduğu görülmektedir.

Boy ortalamalarına annelerin yaşlarına göre bakıldığında bir kuşak etkisi olduğu görülmektedir; daha genç kadınların boy ortalamaları daha yaşlı olanlardan daha yüksektir. Boyu 145 cm'den kısa olan kadınların sıklığı 40-44 yaş grubunda en fazladır (yüzde 7.8). Eğitim seviyesi arttıkça boy ortalamasının arttığı, kısa boylu kadınların azaldığı görülmektedir (Tablo 6.8). Sosyal güvenceli olarak çalışan kadınların boy ortalamaları, çalışmayan kadınlarınkinden 1.5 cm daha fazladır. Doğumundan 12 yaşına kadar en uzun süreyi kırdan geçiren kadınların boy ortalamaları kentte geçirenlere göre daha azdır. Kısa boylu kadınların yüzdesi en çok kırlı ve kentten kıra göçen kadınlarda yüksektir. Sigara içen kadınların ve geleneksel cinsiyet rollerini az benimseyen kadınlarda da boy ortalamaları daha yüksektir.

Kadının biyo-demografik özelliklerine göre boy ortalamaları incelendiğinde, toplam canlı doğum sayısı yüksek olan kadınların boy ortalamalarının daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 6.9). Bu değişken kadının yaşıyla da yakından ilgilidir. Gebeliği önleyici yöntem kullanımı, beş yaş altı çocuk sayısı, son doğumdan araştırma tarihine kadar geçen süre ve son doğum aralığı kadınların ortalama boyları açısından önemli fark yaratmamaktadır. Son çocuğun antropometrik ölçümleri göz önüne alındığında, son çocuğu araştırma tarihinde bodur olan kadınların boy ortalamalarının, son çocuğu yaşa-göre-boy açısından normal olan kadınlardan

neredeysi 3 cm daha kısa oldukları görülmektedir. Son çocuğu 2 yaşından büyük ve bodur olan kadınların yüzde 9'unun boyunun 145 cm'den kısa olması da çarpıcı bir bulgudur. Ayrıca son çocuğun doğumdaki büyüklüğü azaldıkça da annelerin boy ortalamalarının düştüğü görülmektedir. Sezaryenle doğum ve emzirme durumu kadınların boy ortalamalarını pek değiştirmemektedir.

6.4.2.2. Annelerin Ortalama Ağırlıkları

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008'in bulgularına göre 2008 yılında Türkiye'deki annelerin ortalama ağırlığı 65.5 kg'dır. Hanehalkı özelliklerine göre kadınların ortalama ağırlıkları Tablo 6.7'de verilmiştir. Kentte yaşayan kadınların ortalama ağırlıkları kırdakilerden daha fazladır. Bölgesel olarak en yüksek ağırlık ortalaması Akdeniz bölgesinde (67.2 kg), en düşük ise Doğu Marmara bölgesinde (63.2 kg) görülmektedir. Hanehalkı refah düzeyine göre annelerin ortalama ağırlığı fazla değişmemektedir. En düşük ve en yüksek refah düzeyindeki kadınların ağırlıkları arasında 1.5 kg fark vardır. Çekirdek ailelerde yaşayan kadınların ortalama ağırlıkları, geniş ailelerde yaşayanlardan 3 kg daha fazladır.

Tablo 6.8'deki en çarpıcı bulgulardan biri, kadının artan yaşıyla ortalama ağırlığın da artmasıdır. Buna göre 15-19 yaş grubundaki anneler için 60.4 kg olan ortalama, 40-44 yaşlarındaki kadınlar için 70.6 kg'dır. Eğitim düzeyine göre ortalama ağırlık dalgalanma göstermektedir. En düşük eğitim grubunda 66 kg olan ağırlık en yüksek eğitim grubunda 64 kg'dır. Sosyal güvenceli olarak çalışan anneler diğer annelerden ortalamada 1-2 kg arası daha az kiloludur. Birinci dereceden bir akrabasıyla evli olan kadınların ortalama ağırlığı biraz daha fazladır. Çocukluk döneminde kentte veya kırdaki yaşamış olmak ortalama ağırlığı değiştirmezen, kırdan kente göç etmiş kadınlarda ağırlık ortalamasının biraz daha yüksek (66.7) olduğu görülmektedir. Sigara içmeyen anneler, içen annelerden ortalama 2.5 kg daha ağırdır. Geleneksel cinsiyet rollerini benimsemiş düzeyi ortalama ağırlık için çok etkili bir değişken olarak görünmemektedir.

Annelerin biyo-demografik özellikleri arasında toplam canlı doğum sayısı öne çıkmaktadır (Tablo 6.9). Bir canlı doğumu olan anneler ve 4'ten fazla canlı doğumu olan anneler karşılaştırıldığında yaklaşık 9 kg'lık bir fark ortaya çıkmaktadır. Buna karşın, son beş yıldaki canlı doğum sayısı arttıkça ortalama ağırlığın düştüğü görülmektedir. Son doğumu iki yıl veya daha önce gerçekteşen anneler diğerlerinden ortalamada daha ağırdır.

Son doğan çocuğunda araştırma tarihinde kronik yetersiz beslenme sorunu olan annelerin de ortalama ağırlıklarının daha düşük olduğu görülmektedir. İki yaşından küçük bodur çocuğu olan annelerin ortalama ağırlığı 59.4 kg'dır, aynı yaşta fakat yaşına göre boyu normal olan çocuğu olan annelerin ortalama ağırlığı 64.8'dir. Son çocuğu ortalama büyüklükte veya daha büyük doğan ve bu çocuğun doğumunda sezaryen geçirmiş annelerin ağırlık ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 6.7. Hanehalkı özelliklerine göre annelerin ortalama boy ve ağırlıkları, Türkiye 2008

Özellik	Boy			Ağırlık	
	Ortalama (cm)	<145 cm kadın yüzdesi	Kadın sayısı	Ortalama (kg)	Kadın sayısı
Yerleşim yeri					
Kent	157.1	1.3	1888	66.0	1717
Kır	156.3	3.2	686	64.4	605
Bölge					
Batı	157.0	2.2	932	65.4	851
Güney	157.2	1.1	341	67.2	317
Orta	157.0	1.7	579	65.5	532
Kuzey	156.1	1.3	150	63.8	143
Doğu	156.5	1.8	571	65.3	480
NUTS 1 Bölgeleri					
İstanbul	156.4	2.8	437	65.0	391
Batı Marmara	157.6	0.9	73	65.3	69
Ege	157.3	1.9	326	66.8	296
Doğu Marmara	156.7	2.3	234	63.2	216
Batı Anadolu	157.8	0.3	259	66.4	240
Akdeniz	157.2	1.1	341	67.2	317
Orta Anadolu	157.4	1.6	135	64.9	128
Batı Karadeniz	156.1	2.9	141	64.9	131
Doğu Karadeniz	155.9	1.9	57	63.8	55
Kuzeydoğu Anadolu	157.3	1.4	86	64.0	75
Ortadoğu Anadolu	156.7	2.1	160	65.3	138
Güneydoğu Anadolu	156.2	1.8	325	65.7	268
Hanehalkı refah düzeyi					
En düşük	156.1	3.3	546	65.2	465
Düşük	156.2	2.2	600	65.2	528
Orta	156.1	2.6	552	65.6	513
Yüksek	158.1	0.1	459	65.3	419
En yüksek	158.3	0.2	417	66.7	397
Aile tipi					
Çekirdek	157.0	1.9	1784	66.4	1632
Geniş	156.5	1.6	741	63.4	644
Dağılmış	(156.8)	(2.0)	45	(64.9)	42
Türkiye	156.9	1.8	2574	65.5	2323

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

Tablo 6.8. Sosyo-demografik özelliklerine göre annelerin ortalama boy ve ağırlıkları,
Türkiye 2008

Özellik	Boy			Ağırlık	
	Ortalama (cm)	<145 cm kadın yüzdesi	Kadın sayısı	Ortalama (kg)	Kadın sayısı
Yaş					
15-19	157.9	0.8	71	60.4	59
20-24	157.2	1.4	567	61.3	496
25-29	157.2	0.8	854	64.5	764
30-34	157.0	2.0	633	67.1	581
35-39	156.0	3.1	321	70.9	301
40-44	153.9	7.8	104	70.6	100
45-49	154.7	2.8	23	72.6	23
Eğitim					
Yok/İlk. bitirmemiş	155.7	3.2	501	66.0	422
İlköğretim birinci kademe	156.2	2.0	1282	66.7	1163
İlköğretim ikinci kademe	157.8	1.5	251	62.5	229
Lise ve üzeri	158.9	0.2	540	64.0	508
Çalışma durumu					
Çalışmıyor	156.8	1.6	1979	65.8	1767
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	156.4	3.3	401	65.3	369
Çalışıyor, sosyal güvenceli	158.3	0.6	194	63.9	187
Eşle akrabalık durumu					
Akrabalık yok	156.9	1.7	1925	65.5	1750
Birinci derece akraba	156.9	1.2	308	66.4	261
Diğer akraba	156.0	3.1	305	65.3	277
Çocuklukta yaşanılan yer					
Kent	157.4	1.4	1361	65.5	1250
Kır	156.2	2.3	1193	65.7	1054
Göç durumu					
Kentli	157.5	1.3	1229	65.6	1130
Kentten kıra	156.4	2.5	127	64.7	116
Kırdan kente	156.1	1.5	649	66.7	577
Kırlı	156.2	3.4	541	64.5	473
Sigara kullanımı					
Hiç içmemiş/halen içmiyor	156.7	2.1	2033	66.1	1816
Halen içiyor	157.6	0.9	539	63.6	505
Geleneksel kadın-erkek rollerini benimseme düzeyi					
Fazla	156.1	2.8	879	66.5	772
Orta	156.8	2.0	935	64.7	846
Az	157.8	0.5	759	65.4	705
Türkiye	156.9	1.8	2574	65.5	2323

Tablo 6.9. Biyo-demografik özelliklerine göre annelerin ortalama boy ve ağırlıkları, Türkiye 2008

Özellik	Boy			Ağırlık	
	Ortalama (cm)	<145 cm kadın yüzdesi	Kadın sayısı	Ortalama (kg)	Kadın sayısı
Gebeliği önleyici yöntem					
Kullanmıyor	156.5	1.8	545	65.4	308
Geleneksel yöntem	156.6	1.8	721	65.3	715
Modern yöntem	157.1	1.9	1308	65.7	1299
Toplam canlı doğum sayısı					
1	157.5	1.0	830	61.7	725
2	157.0	1.4	823	65.2	752
3	156.5	4.0	429	67.4	402
4+	155.9	2.1	492	70.6	444
Beş yaş altı çocuk sayısı					
0	*	*	15	*	11
1	157.0	1.7	2018	65.7	1841
2	156.5	2.3	484	64.8	422
3	155.6	1.8	52	(64.4)	44
4	*	*	5	*	4
Son doğumdan bu yana geçen süre					
12 aydan az	156.7	2.2	617	65.2	525
12-23	157.1	0.8	631	64.3	573
24-35	156.8	3.3	517	65.2	476
36-47	156.9	1.5	428	65.5	402
48 aydan çok	156.7	1.2	380	68.6	347
Son doğum aralığı					
Bir kez doğum yapmış	157.4	0.9	844	61.7	737
0-23 ay	156.2	2.0	314	64.6	275
24-47 ay	156.8	1.3	585	66.2	529
48+	156.5	3.0	830	69.1	782
Son çocuğun yaşı ve antropometrik durumu					
Yaşa-göre-boy -2SD'nin üzerinde					
<24 ay	157.2	1.2	844	64.8	801
24+ ay	157.0	1.6	979	66.4	906
Yaşa göre boy -2SD'nin altında					
<24 ay	154.1	6.9	76	59.4	67
24+ ay	154.4	9.4	102	62.5	95
Son çocuğun doğum ağırlığı					
Çok küçük	155.9	2.7	295	64.7	266
Küçük	156.0	2.2	336	63.6	306
Ortalama veya üzeri	157.1	1.6	1934	66.0	1744
Son çocuğun doğum şekli					
Normal	156.8	1.5	1538	64.5	1358
Sezaryen	156.9	2.2	1036	67.0	965
Emzirme durumu					
Halen emzirmiyor	156.8	1.9	1724	65.7	1552
Halen emziriyor	156.9	1.7	850	65.3	771
Türkiye	156.9	1.8	2574	65.5	2323

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

6.4.2.3. Annelerde Obezite Prevelansı

Bu çalışmada annelerde obezite beden kitle endeksi (BKE) göstergesine göre tanımlanmıştır. Beden kitle endeksi 30.0'dan daha yüksek olan kadınlar fazla kilolu, BKE 30.0 ve daha yüksek olanlar obez olarak kabul edilmektedir (WHO, 2010d). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre 2008 yılında annelerin yüzde 58'inin beden kitle endeksi 25'ten, yüzde 24'ünün de 30'dan fazladır (Tablo 6.10). Buna göre Türkiye'de her dört anneden birisi obezdir.

Kentteki kadınlarda kırdakilere göre obezite sıklığı biraz daha fazladır. Bölgesel olarak obezite sıklığı Güney ve Doğu Anadolu bölgelerinde en yüksek, Orta ve Kuzey Anadolu bölgelerinde en düşüktür. NUTS 1 bölgeleri düzeyinde bakıldığında Güneydoğu Anadolu'da obezite sıklığı en yüksek (yüzde 27.8), Doğu Marmara'da ise en düşüktür (yüzde 20.4). Hanehalkı refah düzeyinin orta olduğu durumda obezite yaygınlığı en yüksek değerine ulaşmakta (yüzde 28.2), uçlara doğru gittikçe düşmektedir. Ayrıca çekirdek ailelerde yaşayan 4 anneden birinin, geniş ailelerde yaşayan 5 anneden birinin obez olduğu görülmektedir.

Annenin sosyo-demografik özelliklerine göre obezite sıklığı ele alındığında, yaş arttıkça obezitenin hızlı bir şekilde arttığı görülmektedir (Tablo 6.11). En genç yaş grubundaki annelerin yüzde 9'u obez olarak sınıflandırılırken, 40-44 yaşlarındaki annelerin yüzde 45'i bu kategoriye girmektedir. Diğer değişkenler ayırımında obezite incelendiğinde, sıklığının yüzde 40'ın üzerine hiç çıkmaması yaş değişkeninin belirleyiciliğini ortaya koymaktadır. Annenin eğitiminde ilköğretim ikinci kademe obezite açısından belirleyici olmaktadır, bu düzeyin altında eğitim almış kadınların yaklaşık yüzde 28'i obezken, bu düzeyde veya daha fazla eğitim almış kadınlarda bu sıklık yarı yarıyadır. Betimsel analizlere göre çalışma durumu açısından sosyal güvence önem taşımaktadır: Çalışmayan veya sigortasız çalışan annelerin her dördünden biri obezken, sigortalı çalışan annelerde obeziye yaygınlığı yüzde 12'ye inmektedir. Çocukluğunu kırdan geçiren annelerde ve kırdan kente göç etmiş anneler arasında obezite yaygınlığı daha fazladır. Sigara içmeyen ve geleneksel kadın-erkek rollerini fazla benimseyen anneler arasında da obez olarak tanımlananlar daha fazladır.

Toplam canlı doğum sayısı, daha önce ortalama ağırlıkta görülen örüntünün bir benzerini yansıtmaktadır; annenin yaptığı canlı doğum sayısı arttıkça şişmanlık yaygınlığı da artmaktadır (Tablo 6.12). Annenin beş yaş altı çocuklarının sayısı arttıkça bunun aksi gözlenmektedir. Son doğumu 2 yıldan daha önce olmuş anneler arasında obezite daha yaygındır. Son doğum ve bir önceki doğum arasındaki doğum aralığı 24 ay ve fazla olanlarda da benzer bir bulgu elde edilmiştir. Doğum aralığı daha uzun annelerde obezite daha yaygındır. Son çocuğunda kronik yetersiz beslenme gözlenen anneler arasında obez olanlar daha azdır. Son çocuğu çok küçük doğmuş olan annelerde obezite, son çocuğu ortalama veya daha büyük olan annelerden biraz daha yaygındır. Son çocuğunu sezaryenle dünyaya getiren annelerin yüzde 26'sı, normal doğumla dünyaya getiren annelerin ise yüzde 22'si obez olarak sınıflandırılmıştır. Araştırma

tarihinde emziren ve emzirmeyen anneler arasında fazla fark görünmese de emziren annelerde obezite biraz daha az görülmektedir.

Tablo 6.10. Hanehalkı özelliklerine göre annelerin beden kitle endeksleri, Türkiye 2008

Özellik	Ortalama BKİ	Beden Kitle Endeksi (yüzde)					Kadın sayısı
		18.5- 24.9 (Normal)	<18.5 (Zayıf)	>=25.0 (Kilolu /şişman)	25.0- 25.9 (Kilolu)	>=30 (Şişman)	
Yerleşim yeri							
Kent	26.8	39.0	1.3	59.7	35.2	24.5	1713
Kır	26.4	42.5	2.6	54.9	32.5	22.4	601
Bölge							
Batı	26.5	41.1	1.5	57.4	33.3	24.1	850
Güney	27.2	34.6	1.3	64.1	39.1	25.0	316
Orta	26.6	39.9	1.9	58.1	35.8	22.4	529
Kuzey	26.2	44.9	3.0	52.1	29.7	22.4	142
Doğu	26.7	39.8	1.4	58.8	33.7	25.2	478
NUTS 1 Bölgeleri							
İstanbul	26.6	41.3	0.7	57.9	32.4	25.5	391
Batı Marmara	26.3	42.5	5.2	52.3	25.7	26.6	68
Ege	27.0	38.0	1.6	60.5	37.5	23.0	296
Doğu Marmara	25.9	43.9	1.8	54.3	34.0	20.4	214
Batı Anadolu	26.7	36.3	2.4	61.3	38.7	22.6	239
Akdeniz	27.2	34.6	1.3	64.1	39.1	25.0	316
Orta Anadolu	26.2	48.7	1.0	50.3	27.6	22.8	127
Batı Karadeniz	26.6	41.7	3.2	55.1	32.1	22.9	131
Doğu Karadeniz	26.4	44.6	1.7	53.7	30.3	23.4	55
Kuzeydoğu Anadolu	25.8	49.5	4.2	46.3	23.3	23.0	74
Ortadoğu Anadolu	26.6	39.5	0.9	59.6	38.3	21.3	138
Güneydoğu Anadolu	26.9	37.3	0.8	61.9	34.1	27.8	266
Hanehalkı refah düzeyi							
En düşük	26.8	42.6	1.2	56.2	32.2	24.1	463
Düşük	26.7	35.9	2.5	61.7	38.3	23.4	527
Orta	27.0	38.9	0.7	60.4	32.1	28.2	510
Yüksek	26.1	43.3	2.4	54.2	31.9	22.3	419
En yüksek	26.7	40.0	1.3	58.7	38.0	20.7	396
Aile tipi							
Çekirdek	27.0	35.8	1.5	62.7	37.1	25.6	1627
Geniş	25.9	49.4	2.0	48.5	28.2	20.3	642
Dağılmış	(26.4)	(52.6)	(1.6)	(45.8)	(27.2)	(18.7)	42
Türkiye	26.7	39.9	1.6	58.4	34.5	23.9	2315

Not: * Ağırlicsız gözlem sayısı 25'ten az; () ağırlicsız gözlem sayısı 25-49

Tablo 6.11. Sosyo-demografik özelliklerine göre annelerin beden kitle endeksleri, Türkiye 2008

Özellik	Ortalama BKİ	Beden Kitle Endeksi (yüzde)					Kadın sayısı
		18.5-24.9 (Normal)	<18.5 (Zayıf)	>=25.0 (Kilolu /şişman)	25.0-25.9 (Kilolu)	>=30 (şişman)	
Yaş							
15-19	24.3	62.0	1.1	36.9	28.3	8.6	58
20-24	24.8	53.7	2.3	44.0	30.7	13.3	494
25-29	26.1	44.7	2.1	53.2	32.1	21.1	763
30-34	27.3	32.0	1.2	66.8	42.2	24.6	578
35-39	29.1	24.5	0.4	75.1	32.7	42.4	300
40-44	29.8	21.4	0.9	77.7	33.2	44.5	99
45-49	30.4	10.7	1.1	88.3	47.2	41.1	23
Eğitim							
Yok/İlk. bitirmemiş	27.2	37.6	1.0	61.4	32.7	28.7	421
İlköğretim birinci kademe	27.4	34.6	1.2	64.2	36.0	28.2	1159
İlköğretim ikinci kademe	25.1	55.2	1.0	43.9	28.6	15.2	228
Lise ve üzeri	25.4	47.2	3.3	49.4	35.2	14.2	507
Çalışma durumu							
Çalışmıyor	26.8	38.9	1.7	59.3	34.4	25.0	1762
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	26.8	40.3	1.5	58.2	33.1	25.1	366
Çalışıyor, sosyal güvenceli	25.5	48.5	0.8	50.7	38.5	12.2	187
Eşle akrabalık durumu							
Akrabalık yok	26.6	40.0	1.7	58.3	33.8	24.5	1742
Birinci derece akraba	27.0	40.4	1.4	58.2	34.3	23.8	261
Diğer akraba	26.7	36.1	1.5	62.4	41.2	21.2	277
Çocuklukta yaşanan yer							
Kent	26.4	42.3	1.8	55.9	33.9	22.0	1245
Kır	27.0	37.1	1.3	61.6	35.2	26.5	1050
Göç durumu							
Kentli	26.5	42.1	1.7	56.2	34.0	22.2	1126
Kentten kıra	26.4	43.0	3.0	54.1	32.8	21.3	115
Kırdan kente	27.4	32.6	0.5	66.9	38.0	29.0	577
Kırlı	26.5	42.9	2.0	55.1	31.8	23.3	470
Sigara kullanımı							
Hiç içmemiş/halen içmiyor	27.0	38.1	1.3	60.6	34.8	25.8	1808
Halen içiyor	25.6	46.3	2.9	50.8	33.4	17.4	505
Geleneksel kadın-erkek rollerini benimseme düzeyi							
Fazla	27.3	35.7	1.7	62.6	33.4	29.2	770
Orta	26.4	41.8	1.6	56.6	35.5	21.1	842
Az	26.3	42.3	1.6	56.0	34.4	21.6	702
Türkiye	26.7	39.9	1.6	58.4	34.5	23.9	2315

Tablo 6.12. Biyo-demografik özelliklerine göre annelerin beden kitle endeksleri, Türkiye 2008

Özellik	Ortalama BKİ	Beden Kitle Endeksi					Kadın sayısı
		18.5- 24.9 (Normal)	<18.5 (Zayıf)	>=25.0 (Kilolu /şişman)	25.0- 25.9 (Kilolu)	>=30 (Şişman)	
Gebeliği önleyici yöntem							
Kullanmıyor	26.8	39.3	1.1	59.7	34.2	25.5	306
Geleneksel yöntem	26.6	42.1	1.3	56.7	32.3	24.4	714
Modern yöntem	26.6	38.9	2.0	59.1	35.8	23.4	1294
Toplam canlı doğum sayısı							
1	24.9	53.7	1.9	44.4	32.8	11.6	720
2	26.5	41.1	2.1	56.8	33.9	22.9	751
3	27.5	30.2	1.3	68.5	39.4	29.1	401
4+	29.1	24.3	0.7	75.0	33.8	41.2	442
Beş yaş altı çocuk sayısı							
0	*	*	*	*	*	*	11
1	26.7	40.1	1.5	58.3	34.4	24.0	1834
2	26.4	38.7	2.2	59.1	34.8	24.2	421
3	(26.8)	(42.5)	(0.6)	(56.9)	(36.8)	(20.1)	44
4	*	*	*	*	*	*	4
Son doğumdan bu yana geçen süre							
12 aydan az	26.6	39.8	1.5	58.7	35.8	22.9	523
12-23	26.1	44.9	1.5	53.6	33.6	20.0	571
24-35	26.5	39.4	3.0	57.6	32.9	24.7	476
36-47	26.7	41.8	1.3	56.9	33.7	23.2	399
48 aydan çok	27.9	30.3	0.7	69.1	37.1	31.9	346
Son doğum aralığı							
Bir kez doğum yapmış	24.9	53.7	1.9	44.4	32.8	11.7	732
0-23 ay	26.4	43.1	2.3	54.6	31.6	23.0	273
24-47 ay	26.9	37.8	1.5	60.7	32.3	28.4	528
48+	28.2	27.4	1.3	71.4	38.6	32.8	782
Son çocuğun yaşı ve antropometrik durumu							
Yaşa-göre-boy -2SD'nin üzerinde							
<24 ay	26.3	43.2	1.3	55.5	34.8	20.7	800
24+ ay	27.0	36.5	2.2	61.3	36.2	25.1	902
Yaşa-göre-boy -2SD'nin altında							
<24 ay	24.9	49.6	3.9	46.5	28.6	17.9	67
24+ ay	26.3	50.1	0.0	49.9	27.4	22.4	94
Son çocuğun doğum ağırlığı							
Çok küçük	26.7	40.3	2.9	56.7	30.9	25.9	265
Küçük	26.2	45.7	2.5	51.8	27.2	24.6	305
Ortalama veya üzeri	26.8	38.8	1.3	60.0	36.4	23.5	1738
Son çocuğun doğum şekli							
Normal	26.3	42.9	1.9	55.2	32.9	22.3	1354
Sezaryen	27.2	35.8	1.2	63.0	36.8	26.2	960
Emzirme durumu							
Halen emzirmiyor	26.7	38.6	2.1	59.3	34.9	24.4	1546
Halen emziriyor	26.6	42.6	0.6	56.7	33.7	23.0	768
Türkiye	26.7	39.9	1.6	58.4	34.5	23.9	2315

Not: * Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten az; () ağırlıksız gözlem sayısı 25-49

6.4.3. Çocuklarda yetersiz beslenmenin belirleyicileri

Önceki bölümde yapılan tanımlayıcı analizlerle, çeşitli hanehalkı, anne ve çocuk özelliklerinin çocuklarda yetersiz beslenmeyle ilişkisi birbirinden bağımsız olarak sunulmuştur. Çok değişkenli analizlerde birden fazla değişkenin, beslenme durumuyla ilişkisi aynı anda değerlendirilebilmektedir. Bir başka deyişle; bir değişkenin beslenmeyle ilişkisi incelenirken, modeldeki diğer değişkenler kontrol edilebilmektedir.

Bu bölümde çok değişkenli bir analiz yöntemi olan lojistik regresyonla, çocuklarda yetersiz beslenme, yaşa-göre-boy değişkenine göre değerlendirilmiştir. Daha önce de söz edildiği gibi, yaşına göre boyu referans değerinin 2 standart sapma altında kalan çocuklar *bodur* olarak tanımlanmaktadır. Analiz için bağımlı değişken olarak beş yaş altı çocuklar bodur olanlar ve olmayanlar olmak üzere iki grupta sınıflandırılmıştır. Buna göre beş yaş altında, boy ölçümü yapılmış çocukların yüzde 10.3'ü bodur olarak tanımlanırken, kalan çocuklar normal olarak tanımlanmıştır. Yöntem olarak, iki kategorili bağımlı değişkenleri analiz etmeye olanak veren lojistik regresyon kullanılmıştır. Bağımsız değişkenler modele bloklar halinde eklenmiştir. İlk modelde, yalnızca genel, hanehalkı değişkenleri ile çocuklarda yetersiz beslenme ilişkisine bakılmıştır. İkinci modelde, çocukların annelerinin sosyo-demografik özellikleri bir blok halinde hanehalkı özelliklerine eklenmiştir. Son modelde çocuğun kendisine ilişkin biyo-demografik özellikler lojistik regresyon modeline dahil edilmiştir. Kullanılan değişkenlerin listesi Tablo 6.13'te sunulmuştur.

Hanehalkı özelliklerinin bağımsız değişkenler olarak tanımlandığı ilk modelde, yerleşim yeri, aile tipi ve konutun sıhhi koşullarına ilişkin değişkenler istatistiksel olarak anlamlı çıkmamaktadır. Bölge ve hanehalkı refah düzeyi değişkenleri ise çocukta yetersiz beslenme durumu ile ilişkili olarak görünmektedir. Betimsel analizlerde bodurluğun en nadir görüldüğü bölge olan Orta Anadolu bölgesi ile, Batı ve Doğu bölgeleri arasında anlamlı farklılıklar görülmektedir. Doğu bölgesinde yaşayan beş yaş altındaki çocuklarda kronik yetersiz beslenmiş olma neredeyse Orta Anadolu'dakinin 3 katıdır. Bölgesel farklılıklara ek olarak, hanehalkı refah düzeyi düştükçe çocukların yetersiz beslenmiş olma eğilimleri artmaktadır. Hanehalkı refah düzeyi en düşük olan ailelerde yaşayan çocuklarda, en yüksek olanlara göre yetersiz beslenme 9.5 kat daha fazla ortaya çıkmaktadır. Bu ilk modelin beslenme yetersizliğini açıklayıcılığı yüzde 15 seviyesindedir (Tablo 6.14).

Annenin sosyo-demografik özelliklerinin eklendiği ikinci modelde de bölge ve hanehalkı refah düzeyi anlamlılıklarını korumaktadır. Hanehalkı özelliklerinin kontrolünde eklenen sosyo-demografik özelliklerden hiçbiri anlamlı çıkmamıştır. Buna rağmen sosyo-demografik özelliklerin modele girmesi modelin genel açıklayıcılığında çok az bir artış yapmıştır. Beslenme yetersizliğinin bu değişkenlerle açıklayıcılığı yüzde 15'ten yüzde 17'ye çıkmıştır.

Tablo 6.13. Çocuklarda yetersiz beslenme ve çocuklarda obezite için oluşturulan lojistik regresyon modellerinde kullanılan bağımsız değişkenler

Model 1	Model 2	Model 3
Hanehalkı özellikleri	Hanehalkı özellikleri	Hanehalkı özellikleri
Yerleşim yeri	Yerleşim yeri	Yerleşim yeri
Bölge	Bölge	Bölge
Hanehalkı refah düzeyi	Hanehalkı refah düzeyi	Hanehalkı refah düzeyi
Aile tipi	Aile tipi	Aile tipi
Konutun sıhhi koşulları	Konutun sıhhi koşulları	Konutun sıhhi koşulları
	Annenin sosyo-demografik özellikleri	Annenin sosyo-demografik özellikleri
	Yaş	Yaş
	Eğitim düzeyi	Eğitim düzeyi
	Çalışma durumu	Çalışma durumu
	Eşle akrabalık durumu	Eşle akrabalık durumu
	Göç durumu	Göç durumu
	Geleneksel kadın-erkek rollerini benimseme düzeyi	Geleneksel kadın-erkek rollerini benimseme düzeyi
	Sigara kullanımı	Sigara kullanımı
		Çocuğun biyo-demografik özellikleri
		Yaş (ay)
		Doğum öncesi bakım
		Doğum aralığı
		Doğum ağırlığı
		Doğum şekli
		Son beş yılda kardeş ölümü
		Son 15 günde ishal
		Emzirme durumu

Son modelde hem hanehalkı özellikleri, hem sosyo-demografik özellikler, hem de biyo-demografik özellikler bağımsız değişkenler olarak lojistik regresyon modeline dahil edilmiştir. İlk iki modelde istatistiksel olarak anlamlı çıkan değişkenler yine anlamlılıklarını korumuşlardır. Bu son modele göre, çocukların biyo-demografik özelliklerinden doğum aralığı, doğum ağırlığı ve emzirme süresi yetersiz beslenmenin anlamlı belirleyicileridir. Araştırmada antropometrik ölçümü yapılan çocukların doğumuyla, annenin bir önceki doğumu arası 24 aydan kısa olanlarda, bu süre 4 yıl veya daha uzun çocuklara göre 1.8 kat daha fazla kronik beslenme yetersizliği görülmektedir. Düşük doğum ağırlığı da kronik yetersiz beslenmeyle ilişkilidir; doğumdaki ağırlığı annesi tarafından küçük veya çok küçük diye tanımlanan çocuklar, diğerlerine göre daha fazla yetersiz beslenmiş durumdadır. Yaşça altı aydan büyük olup, 6 aydan az emziren çocukların yetersiz beslenmiş olma eğilimleri, halen 6 aylıktan küçük olan ve emziren çocuklara göre 3.3 kat daha fazladır. On iki aydan uzun süre emzirilmiş çocukların da referans kategoriye göre daha fazla yetersiz beslenme göstermesi de önemli bir bulgudur ve modelde beslenmeye ilişkin daha fazla değişkeninin kontrol edilemiyor olmasından kaynaklanıyor olabilir. Tüm değişkenlerin dahil olduğu bu son modelde bağımlı değişkendeki varyansın yüzde 22'si açıklanabilmektedir.

Tablo 6.14. Lojistik regresyon sonuçlarına göre çocuklarda kronik beslenme yetersizliğinin belirleyicileri, Türkiye 2008

Özellik	Modeller		
	Model 1 Hanehalkı özellikleri	Model 2 Sosyo-demografik özellikler	Model 3 Biyodemografik özellikler
Yerleşim yeri			
<i>Kent</i>	-	-	-
<i>Kır</i>	-	-	-
Bölge			
<i>Batı</i>	2.013**	1.798**	1.897**
<i>Güney</i>	1.220	1.157	1.091
<i>Orta</i>	1.000	1.000	1.000
<i>Kuzey</i>	1.229	1.153	1.135
<i>Doğu</i>	2.902*	2.417*	2.230*
Hanehalkı refah düzeyi			
<i>En düşük</i>	9.543*	7.619*	6.687*
<i>Düşük</i>	5.251*	4.534*	4.160*
<i>Orta</i>	3.742**	3.537*	3.643*
<i>Yüksek</i>	1.160	1.183	1.254
<i>En yüksek</i>	1.000	1.000	1.000
Aile tipi			
<i>Çekirdek</i>	-	-	-
<i>Geniş</i>	-	-	-
<i>Dağılmış</i>	-	-	-
Konutun sıhhi koşulları			
<i>Kötü</i>	-	-	-
<i>Orta</i>	-	-	-
<i>İyi</i>	-	-	-
Anne yaşı	MD	-	-
Eğitim düzeyi			
<i>Yok/İlk. bitirmemiş</i>	MD	-	-
<i>İlk. birinci kademe</i>	MD	-	-
<i>İlk. ikinci kademe</i>	MD	-	-
<i>Lise ve üzeri</i>	MD	-	-
Çalışma durumu			
<i>Çalışmıyor</i>	MD	-	-
<i>Çalışıyor, sosyal</i>	MD	-	-
<i>Çalışıyor, sosyal güvenceli</i>	MD	-	-
Eşle akrabalık durumu			
<i>Akrabalık yok</i>	MD	-	-
<i>Birinci derece akraba</i>	MD	-	-
<i>Diğer akraba</i>	MD	-	-
Göç durumu			
<i>Kentli</i>	MD	-	-
<i>Kentten kıra</i>	MD	-	-
<i>Kırdan kente</i>	MD	-	-
<i>Kırlı</i>	MD	-	-

* İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.01; ** İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.05; Diğer durumlarda anlamlı değildir.

MD =Modelde Değil; - = Denklemden çıkarılmıştır.

Tablo 6.14. Lojistik regresyon sonuçlarına göre çocuklarda kronik beslenme yetersizliğinin belirleyicileri, Türkiye, 2008 (Devam)

Özellik	Modeller		
	Model 1 Hanehalkı özellikleri	Model 2 Sosyo-demografik özellikler	Model 3 Biyo-demografik özellikler
Geleneksel kadın-erkek rollerini benimseme düzeyi			
Fazla	MD	-	-
Orta	MD	-	-
Az	MD	-	-
Sigara kullanımı			
<i>Hiç içmemiş/halen içmiyor</i>	MD	-	-
Halen içiyor	MD	-	-
Doğum öncesi bakım			
Almamış	MD	MD	-
Almış	MD	MD	-
Yaş (ay)	MD	MD	-
Doğum sırası			
1	MD	MD	-
2-3	MD	MD	-
4-5	MD	MD	-
6+	MD	MD	-
Doğum aralığı			
İlk doğum	MD	MD	0.359
<24	MD	MD	1.833*
24-47	MD	MD	1.203
48+	MD	MD	1.000
Doğum ağırlığı			
Çok küçük	MD	MD	2.182*
Küçük	MD	MD	2.003*
<i>Ortalama veya daha büyük</i>	MD	MD	1.000
Doğum şekli			
Normal	MD	MD	-
<i>Sezaryen</i>	MD	MD	-
Son 5 yılda kardeş ölümü			
<i>Yok</i>	MD	MD	-
Var	MD	MD	-
Son 15 günde ishal			
<i>Hayır</i>	MD	MD	-
Evet	MD	MD	-
Emzirilme süresi			
<i><6 ay, halen emziriliyor</i>	MD	MD	1.000
<6 ay, emzirilmiyor	MD	MD	4.131
6 aydan az	MD	MD	3.324**
6-11 ay	MD	MD	2.132
12 aydan uzun süre	MD	MD	3.804*
R ² (Nagelkerke)	0.153	0.165	0.217
Wald F	9.035*	5.593*	6.665*

* İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.01; ** İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.05; Diğer durumlarda anlamlı değildir.
MD =Modelde Değil; - = Denklemden çıkarılmıştır.

6.4.4. Çocuklarda obezitenin belirleyicileri

Çocuklarda obezite yaşa-göre-ağırlık göstergelerine göre modellenmiştir. Yaşına göre ağırlığı, referans değer 2 standart sapma üzerinde kalan çocuklar *obez* olarak tanımlanmaktadır. Lojistik regresyonun bağımlı değişkeni çocukları *obez* ve *obez olmayan* diye iki kategoriye ayırmaktadır. Betimleyici tablolar da daha önce görüldüğü gibi yaşa-göre ağırlık göstergesine göre obez kategorisine düşen çocuklar yüzde 5.8'dir. Çocuk obezitesi için lojistik regresyon modellerinin oluşturulmasında da, Tablo 6.13'te belirtilene benzer bir yol izlenmiştir. Son model adım adım oluşturulmuştur. İlk modelde hanehalkı düzeyinde değişkenler ile çocuklarda obezite ilişkisi incelenmiştir. İkinci modele, hanehalkı özellikleri kontrol edilerek, annenin sosyo-demografik özellikleri eklenmiştir. Son modelde hem hanehalkı düzeyindeki değişkenler, hem annenin sosyo-demografik özellikleri, hem de çocukların biyo-demografik özellikleri bağımsız değişkenler olarak yer almıştır. Kullanılan değişkenler Tablo 6.13'te sunulmuştur.

Çocuk obezitesi, ilk modelde genel, hanehalkı düzeyindeki değişkenlerle ilişkilendirilmiştir. Lojistik regresyon sonuçları, hanehalkı refah düzeyi dışındaki bağımsız hanehalkı değişkenleriyle çocuk obezitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir (Tablo 6.15). Hanehalkı refah düzeyi en düşük olan kategori referans alındığında, bu düzey arttıkça odds oranlarının arttığı görülmektedir. Bu durum hanehalkı refah düzeyi arttıkça çocukların obeziteye daha meyilli olduğuna işaret etmektedir. Hanehalkı refah düzeyi yüksek olan hanelerde yaşayan çocukların, en düşük olan hanelerde yaşayanlara göre obez olma eğilimi 2 kat daha fazladır. Annenin sosyo-demografik özelliklerinin eklendiği ikinci modelde, refah değişkeni anlamlılığını kaybetmiştir. Buna karşın annenin sosyo-demografik özellikleri de modelde istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Çocuğun biyo-demografik özelliklerinin de son modelde bağımsız değişkenlere dahil edilmesiyle, çocuk obezitesinin önemli belirleyicileri ortaya çıkmaktadır. Biyo-demografik özelliklerden doğum sırası, doğum ağırlığı ve emzirme süresi modelde anlamlı bulunmuştur. İlk doğan çocuklar ve 6. veya daha yüksek paritedeki çocuklar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Buna göre ilk çocuklarda, diğer değişkenler kontrol edildiği zaman, obez olma eğilimi 6. veya daha sonraki çocuklara göre daha düşüktür. Doğum ağırlığı hem yetersiz beslenme, hem de obezite modellerinde önemli bir değişken olmuştur. Doğumdaki büyüklüğü anne tarafından ortalama veya daha büyük olarak değerlendirilen çocukların obeziteye eğilimi, çok küçük diye değerlendirilen çocuklara göre 4.6 kat daha fazladır. Emzirme de hem çocuklarda yetersiz beslenme modelinde, hem de obezite modelinde önemli çıkmış bir değişkendir. On iki aydan uzun süre emzirmiş olan çocuklar referans alındığında, 6-11 ay arası süre emzirmiş çocukların obeziteye 2 kat yatkın olduğu görülmektedir. Biyo-demografik özellikler, çocuk obezitesi için en belirleyici olan özellikler olarak görülmektedir. Nagelkerke R^2 değerlerindeki değişim de bunu ifade etmektedir; sadece hanehalkı özelliklerinin olduğu ilk modelde bu değer

yüzde 6, annenin sosyo-demografik özelliklerinin eklendiği ikinci modelde yüzde 8, biyo-demografik özelliklerin de kontrol edildiği son modelde ise yüzde 18'dir.

Tablo 6.15. Lojistik regresyon sonuçlarına göre çocuklarda obezitenin belirleyicileri, Türkiye 2008

Özellik	Modeller		
	Model 1 Hanehalkı özellikleri	Model 2 Sosyo-demografik özellikler	Model 3 Biyo-demografik özellikler
Yerleşim yeri			
Kent	-	-	-
Kır	-	-	-
Bölge			
Batı	-	-	-
Güney	-	-	-
Orta	-	-	-
Kuzey	-	-	-
Doğu	-	-	-
Hanehalkı refah düzeyi			
En düşük	1.000	-	-
Düşük	1.356*	-	-
Orta	1.642*	-	-
Yüksek	2.060**	-	-
En yüksek	1.720	-	-
Aile tipi			
Çekirdek	-	-	-
Geniş	-	-	-
Dağılmış	-	-	-
Konutun sıhhi koşulları			
Kötü	-	-	-
Orta	-	-	-
İyi	-	-	-
Anne yaşı	MD	-	-
Eğitim düzeyi			
Yok/İlk. bitirmemiş	MD	-	-
İlk. birinci kademe	MD	-	-
İlk. ikinci kademe	MD	-	-
Lise ve üzeri	MD	-	-
Çalışma durumu			
Çalışmıyor	MD	-	-
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	MD	-	-
Çalışıyor, sosyal güvenceli	MD	-	-
Eşle akrabalık durumu			
Akrabalık yok	MD	-	-
Birinci derece akraba	MD	-	-
Diğer akraba	MD	-	-
Göç durumu			
Kentli	MD	-	-
Kentten kıra	MD	-	-
Kırdan kente	MD	-	-
Kırlı	MD	-	-

Tablo 6.15. Lojistik regresyon sonuçlarına göre çocuklarda obezitenin belirleyicileri,
Türkiye 2008 (Devam)

Özellik	Modeller		
	Model 1 Hanehalkı özellikleri	Model 2 Sosyo-demografik özellikler	Model 3 Biyodemografik özellikler
Geleneksel kadın-erkek rollerini benimseme düzeyi			
<i>Fazla</i>	MD	-	-
<i>Orta</i>	MD	-	-
<i>Az</i>	MD	-	-
Sigara kullanımı			
<i>Hiç içmemiş/halen içmiyor</i>	MD	-	-
<i>Halen içiyor</i>	MD	-	-
Doğum öncesi bakım			
<i>Almamış</i>	MD	MD	-
<i>Almış</i>	MD	MD	-
Yaş (ay)	MD	MD	-
Doğum sırası			
1	MD	MD	0.043**
2-3	MD	MD	0.294
4-5	MD	MD	0.912
6+	MD	MD	1.000
Doğum aralığı			
<i>İlk doğum</i>	MD	MD	-
<i><24</i>	MD	MD	-
<i>24-47</i>	MD	MD	-
<i>48+</i>	MD	MD	-
Doğum ağırlığı			
<i>Çok küçük</i>	MD	MD	1.000
<i>Küçük</i>	MD	MD	1.174
<i>Ortalama veya daha büyük</i>	MD	MD	4.644**
Doğum şekli			
<i>Normal</i>	MD	MD	-
<i>Sezaryen</i>	MD	MD	-
Son 5 yılda kardeş ölümü			
<i>Yok</i>	MD	MD	-
<i>Var</i>	MD	MD	-
Son 15 günde ishal			
<i>Hayır</i>	MD	MD	-
<i>Evet</i>	MD	MD	-
Emzirilme süresi			
<i><6 ay, halen emziriliyor</i>	MD	MD	4.423*
<i><6 ay, emzirilmiyor</i>	MD	MD	2.129
<i>6 aydan az</i>	MD	MD	1.594
<i>6-11 ay</i>	MD	MD	1.976**
<i>12 aydan uzun süre</i>	MD	MD	1.000
R ² (Nagelkerke)	0.057	0.083	0.177
Wald F	3.711*	2.342*	3.038*

* İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.01; ** İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.05; Diğer durumlarda anlamlı değildir.

MD =Modelde Değil; - = Denklemden ancak istatistiksel olarak anlamlı değil.

6.4.5. Annelerde obezitenin belirleyicileri

Annelerde beslenme durumu göstergesi olarak beden kitle endeksi alınmıştır. Beden kitle endeksi 30 ve üzerinde olan kadınlar şişman veya obez olarak sınıflandırılmaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi bu çalışmadaki anne tanımı, son 5 yılda doğum yapmış, son doğumunu en az 2 ay önce yapmış, halen gebe olmayan, 15-49 yaşlarındaki evlenmiş kadınlardır. Betimleyici analizler bu kadınların yüzde 24'ünün obez olduğunu göstermiştir. Obezitenin belirleyicileri de lojistik regresyon yöntemiyle analiz edilmiştir. Bağımlı değişken beden kitle endeksinin 30'dan küçük olması ve 30 veya daha büyük olmasına göre iki farklı grupta değerlendirilmiştir. Bağımsız değişkenler bloklar halinde modele dahil edilmiştir. İlk modelde hanehalkına ilişkin değişkenler bulunmaktadır. İkinci modelde kadının sosyo-demografik özellikleri, üçüncü modelde ise biyo-demografik özellikleri eklenmiştir. Kullanılan değişkenler Tablo 6.16'te özetlenmiştir.

Tablo 6.16. Annelerde obezite için oluşturulan lojistik regresyon modellerinde kullanılan bağımsız değişkenler

Model 1	Model 2	Model 3
Hanehalkı özellikleri	Hanehalkı özellikleri	Hanehalkı özellikleri
Yerleşim yeri	<i>Yerleşim yeri</i>	<i>Yerleşim yeri</i>
Bölge	<i>Bölge</i>	<i>Bölge</i>
Hanehalkı refah düzeyi	<i>Hanehalkı refah düzeyi</i>	<i>Hanehalkı refah düzeyi</i>
Aile tipi	<i>Aile tipi</i>	<i>Aile tipi</i>
	Sosyo-demografik özellikler	Sosyo-demografik özellikler
	Yaş	<i>Yaş</i>
	Eğitim düzeyi	<i>Eğitim düzeyi</i>
	Çalışma durumu	<i>Çalışma durumu</i>
	Eşle akrabalık durumu	<i>Eşle akrabalık durumu</i>
	Çocuklukta yaşanan yer	<i>Çocuklukta yaşanan yer</i>
	Sigara kullanımı	<i>Sigara kullanımı</i>
	Geleneksel kadın-erkek rollerini benimseme düzeyi	<i>Geleneksel kadın-erkek rollerini benimseme düzeyi</i>
		Biyo-demografik özellikler
		Gebeliği önleyici yöntem
		Toplam canlı doğum sayısı
		Beş yaş altı çocuk sayısı
		Son doğumdan bu yana geçen süre
		Son doğum aralığı
		Son çocuğun doğum ağırlığı
		Son çocuğun doğum şekli
		Emzirme durumu

Tablo 6.17. Lojistik regresyon sonuçlarına göre annelerde obezitenin belirleyicileri, Türkiye 2008

Özellik	Modeller		
	Model 1 Hanehalkı özellikleri	Model 2 Sosyo-demografik özellikler	Model 3 Biyo-demografik özellikler
Yerleşim yeri			
Kent	-	-	-
Kır	-	-	-
Bölge			
Batı	-	-	-
Güney	-	-	-
Orta	-	-	-
Kuzey	-	-	-
Doğu	-	-	-
Hanehalkı refah düzeyi			
En düşük	-	-	1.000
Düşük	-	-	1.108
Orta	-	-	1.863*
Yüksek	-	-	1.403
En yüksek	-	-	1.389
Aile tipi			
Çekirdek	-	-	-
Geniş	-	-	-
Dağılmış	-	-	-
Yaş	MD	1.092*	1.038**
Eğitim düzeyi			
Yok/İlk. bitirmemiş	MD	2.034*	-
İlk. birinci kademe	MD	2.067*	-
İlk. ikinci kademe	MD	1.283	-
Lise ve üzeri	MD	1.000	-
Çalışma durumu			
Çalışmıyor	MD	-	-
Çalışıyor, sosyal güvencesiz	MD	-	-
Çalışıyor, sosyal güvenceli	MD	-	-
Eşle akrabalık durumu			
Akrabalık yok	MD	-	-
Birinci derece akraba	MD	-	-
Diğer akraba	MD	-	-
Çocuklukta yaşanan yer			
Kent	MD	-	-
Kır	MD	-	-
Sigara kullanımı			
Hiç içmemiş/halen içmiyor	MD	1.510*	1.559*
Halen içiyor	MD	1.000	1.000
Geleneksel kadın-erkek rollerini benimseme düzeyi			
Fazla	MD	-	-
Orta	MD	-	-
Az	MD	-	-

* İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.01; ** İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.05; Diğer durumlarda anlamlı değildir.

MD =Modelde Değil; - = Denklemden ancak istatistiksel olarak anlamlı değil.

Tablo 6.17. Lojistik regresyon sonuçlarına göre annelerde obezitenin belirleyicileri, Türkiye, 2008 (Devam)

Özellik	Modeller		
	Model 1 Hanehalkı özellikleri	Model 2 Sosyo-demografik özellikler	Model 3 Biyo-demografik özellikler
Gebeliği önleyici yöntem			
Kullanmıyor	MD	MD	-
Geleneksel yöntem	MD	MD	-
<i>Modern yöntem</i>	MD	MD	-
Toplam canlı doğum sayısı			
1	MD	MD	0.598
2	MD	MD	1.000
3	MD	MD	1.248
4+	MD	MD	2.433*
Beş yaş altı çocuk sayısı			
0	MD	MD	-
1	MD	MD	-
2	MD	MD	-
3	MD	MD	-
4	MD	MD	-
Son doğumdan bu yana geçen süre			
12 aydan az	MD	MD	-
12-23	MD	MD	-
24-35	MD	MD	-
36-47	MD	MD	-
48 aydan çok	MD	MD	-
Son doğum aralığı			
Bir kez doğum yapmış	MD	MD	-
0-23 ay	MD	MD	-
24-47 ay	MD	MD	-
48+	MD	MD	-
Son çocuğun doğum ağırlığı			
Çok küçük	MD	MD	-
Küçük	MD	MD	-
<i>Ortalama veya daha büyük</i>	MD	MD	-
Son çocuğun doğum şekli			
<i>Normal</i>	MD	MD	1.000
Sezaryen	MD	MD	1.569*
Emzirme durumu			
Halen emzirmiyor	MD	MD	-
<i>Halen emziriyor</i>	MD	MD	-
R ² (Nagelkerke)	0.012	0.126	0.167
Wald F	1.049	6.519*	5.781*

* İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.01; ** İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.05; Diğer durumlarda anlamlı değildir.

MD =Modelde Değil; - = Denklemden ancak istatistiksel olarak anlamlı değil.

İlk modelde genel hanehalkı değişkenleri bağımsız değişkenler olarak yer almaktadır. Bu model istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Bir başka deyişle annelerde obezitenin, yerleşim yeri, bölge, hanehalkı refah düzeyi ve aile tipiyle anlamlı bir ilişkisi yoktur (Tablo 6.17). Bu değişkenlerle bağımlı değişkendeki varyansın sadece yüzde 1.2'si açıklanabilmektedir.

Annelerin sosyo-demografik özellikleri modele eklendiğinde yaş, eğitim durumu ve sigara içme durumu obezitenin anlamlı belirleyicileri olarak çıkmışlardır. Yaş, modele bir sürekli değişken olarak sokulmuştur. Anneler için bir yaş artış, obezite eğilimde 1.092 kat artışa denk gelmektedir. Bu değişken için odds oranı düşük gibi görünse de, modelde $p < 0.01$ seviyesinde belirleyicidir. Eğitim değişkenine bakıldığında, eğitim seviyesi azaldıkça obeziteye yatkınlığın arttığı görülmektedir. Hiç okula gitmemiş veya ilkokulu tamamlamamış bir kadının obezite eğilimi, en az lise mezunu bir kadına göre iki kat daha fazladır. Sigara da obezitenin belirleyicileri arasında çıkmıştır, modele göre sigara içmeyen kadınlar obeziteye sigara içen kadınlardan bir buçuk kat daha meyillidir. Sosyo-demografik değişkenlerin modele girmesiyle, bağımlı değişkendeki varyansın yüzde 13'ü açıklanabilmektedir.

Son modelde hanehalkı değişkenleri ve sosyo-demografik özellikler kontrol edilirken biyo-demografik özelliklere ilişkin blok modele sokulmuştur. Bu değişkenlerin eklenmesiyle eğitim değişkeni modelde anlamsız hale gelmiş, hanehalkı refah düzeyi ise modele girmiştir. Yaş ve sigara ise istatistiksel olarak önemli olarak kalmışlardır. Biyo-demografik özelliklerden toplam canlı doğum sayısı ve son doğumun şekli anne obezitesiyle ilişkili olarak bulunmuştur. Odds oranları toplam canlı doğum sayısı arttıkça obezite eğiliminin arttığını gösterse de, bu oranlar iki çocuklu kadınlar referans alındığında sadece bir kategori için anlamlı çıkmaktadır. Toplamda 4 canlı çocuk doğurmuş bir kadın, 2 canlı çocuk doğurmuş bir kadına göre yaklaşık iki buçuk kat fazla obeziteye yatkındır. Doğum şekline yakından bakıldığında ise, son doğumunu sezaryenle yapmış olan kadınların obezite eğiliminin yüzde 57 daha fazla olduğu görülmektedir. Bu son model anne obezitesindeki varyansın yüzde 17'sini açıklayabilmektedir.

6.5. Değerlendirme ve Sonuç

Bu çalışma, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008'in saha çalışmasında yapılan antropometrik ölçümlere dayanarak Türkiye'de beş yaş altı çocukların ve annelerin beslenme durumlarını incelemiştir. Daha önceki araştırmalarla karşılaştırmalar ülke genelinde küçük yaşta çocuklar ve anneler için beslenme yetersizliğinin zamanla azaldığını göstermektedir. Buna karşın obezitenin Türkiye'nin önünde potansiyel bir halk sağlığı sorunu olarak durduğu görülmektedir.

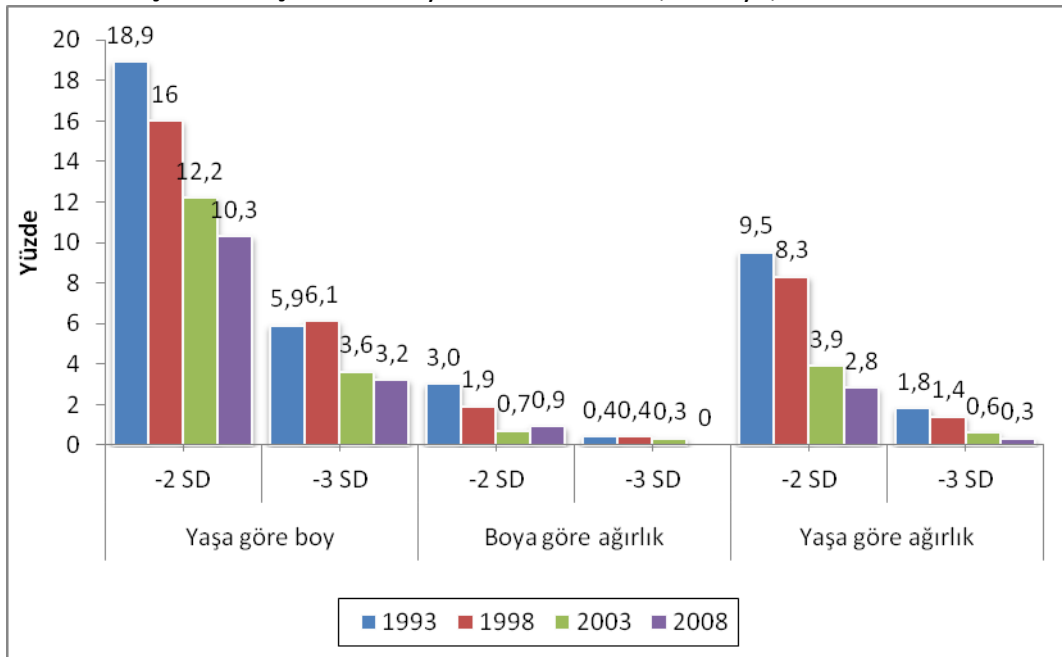
Çocuklarda kronik beslenme yetersizliğine işaret eden bodurluk, TNSA-1993'te çocukların yüzde 19'unda tespit edilirken, TNSA-2008'de neredeyse yarıya inmiş ve çocukların yüzde 10'unda görülür hale gelmiştir (Şekil 6.1). Bu düşüşe rağmen bu göstergede arzu edilen düzeye henüz gelinememiştir. Çocuklarda bodurluğun önüne geçmek için öncelikle annenin gebeliği süresince sağlıklı beslenmesi, doğumdan sonra bebeğin hemen emzirilmeye

başlanması, ilk altı ay sadece anne sütü verildikten sonra iki yaşına emzirmeye devam ederek uygun ek besinlerin çocuğa verilmesi gerekmektedir.

1993-2008 döneminde ortanca emzirme süresi 11.9 aydan 15.7 aya çıkmış olsa da, sadece anne sütüyle emzirme süresi oldukça kısadır. Dünya Sağlık Örgütü çocukların sağlıklı gelişimi için ilk 6 ay sadece anne sütüyle emzirmesini, yedinci aydan sonra da uygun ek gıdalarla birlikte emzirmenin devam etmesini önermektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 sonuçlarına göre sadece anne sütüyle emzirme süresi 1.8 aydır, ve araştırma tarihinde altı aylıktan küçük çocukların sadece yüzde 42'si sadece anne sütüyle beslenmektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı, çocukların yüzde 10'undan fazlasında kronik beslenme yetersizliği olmasını önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirmektedir. Bu nedenle T.C. Sağlık Bakanlığı '6-24 Ay Bebek ve Küçük Çocuk Beslenmesi Programı'nı hayata geçirmiş ve tüm illerdeki personeline bu konuda eğitimler vermeye başlamıştır. Bu programla akut ve kronik yetersiz beslenmenin önüne geçilmesi amaçlanmaktadır.

Şekil 6.1. Çocuklarda yetersiz beslenme, Türkiye, 1993-2008



Çocuklarda bodurlukta bölgesel farklılıklar gözlenmiştir. Doğuda yaşayan her beş çocuktan birinde kronik yetersiz beslenme sorunu görülmektedir. Ailelerin ekonomik koşullarının kötü olması da çocuklar için bodurluk riskini arttırmaktadır: Çok değişkenli analizler en düşük refah seviyesindeki hanhalklarında yaşayan çocuklarda bodurluk eğiliminin, en yüksek refah seviyesindekilerde yaşayanlardan neredeyse 7 kat daha fazla olduğunu göstermiştir. Doğum ağırlığının 24 aydan kısa olmasının hem bebek, hem anne için sağlık riskleri taşıdığı bilinmektedir, bu çalışma da doğurganlık davranışının çocuklarda bodurlukla ilişkisini ortaya koymuştur. Doğum ağırlığı düşük olan çocuklarda daha yaygın olarak bodurluk geliştiği

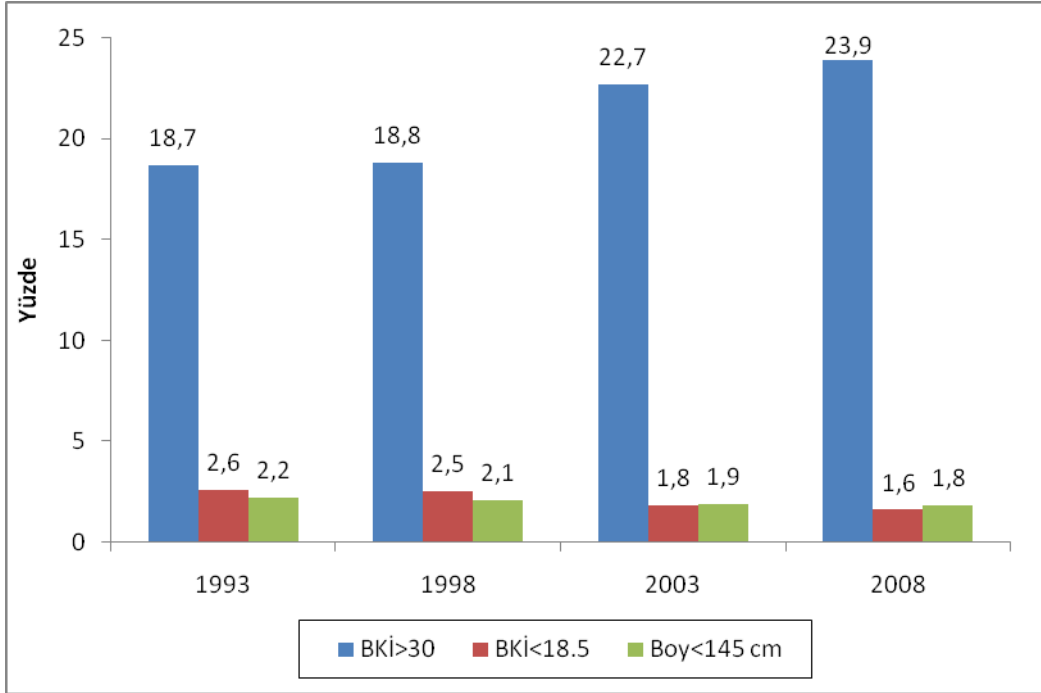
görülmüş, emzirmenin de önemi bir kez daha öne çıkmıştır. Çocukların altı aydan az anne sütü almaları, yetersiz beslenmelerinde çok önemlidir.

Çocuklarda akut beslenme yetersizliğine ilişkin zayıflık göstergesi Türkiye’de oldukça düşük seviyelerdedir. TNSA-1993’e göre çocukların yüzde 3’ü zayıfken, TNSA-2008’de bu değer yüzde 1’den daha azdır. Hem akut, hem kronik beslenme yetersizliği hakkında bilgi veren yaşa-göre-ağırlık değişkenine göre Türkiye’de çocukların neredeyse yüzde 3’ü düşük kiloludur. Bu değer 1993’teki yüzde 10 seviyesine göre oldukça düşüktür.

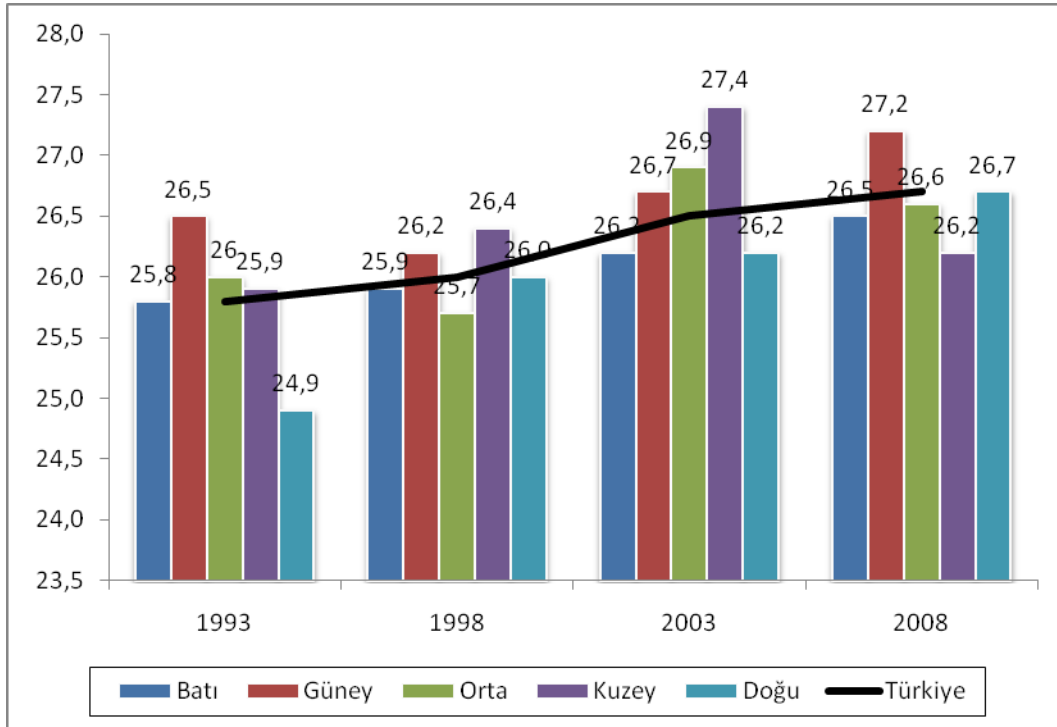
Çocuklarda obezite ilk kez bu çalışmada Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verileri kullanılarak incelenmiştir. Tanım olarak yaşa-göre-ağırlık endeksinin referans nüfus ortancasının 2 standart sapma üzerinde olması alınmış, buna göre beş yaş altı çocukların yüzde 5.8’inin obez olduğu tespit edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün 2006 yılında 0-5 yaşlarındaki çocuklar için hazırladığı büyüme standartları yaşa göre beden kitle endeksi referansları sağlamaktadır; bu standartlar da çocuk obezitesi konusunda ileride yapılabilecek çalışmalar için bir gösterge alternatifidir. Çocuklarda obezite görülme sıklığının anne sütü alma, anne sütünün süresi, ek gıdaların türü, miktarı ve ek gıdaya başlama zamanlarıyla ilişkili olduğu bilinmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010). Bu çalışmadaki analizler emzirmenin önemini vurgulamıştır, 6-11 ay emzirilen çocuklar, 12 aydan fazla emzirilenlere göre obeziteye yaklaşık iki kat daha fazla meyillidir. Ek gıdaya ilişkin sorular sadece son doğumlar için sorulduğu için bu çalışmada çok değişkenli analizlere dahil edilememiştir. Çocuğun doğum sırası da çocuk obezitesinin önemli belirleyicileri olarak bulunmuştur. Doğum ağırlığı çocuk yetersiz beslenmesinde olduğu gibi çocuk obezitesinde de belirleyici bir unsur olarak öne çıkmıştır: Doğum ağırlığı ortalama veya daha yüksek olan çocukların obez olma eğilimleri düşük ağırlıklı doğanlara göre daha fazladır.

Annelerin beslenme durumlarına ilişkin analizler, kronik yetersiz beslenmeye ilişkin göstergelerde iyileşmelere işaret etmektedir. Şekil 6.2’de boyu 145 cm’den kısa olan kadınların ve beden kitle endeksi 18.5’in altında olan kadınların yaygınlığının zaman içindeki değişimi sunulmaktadır. Her iki göstergede de düşümler görülürken, beden kitle endeksi 30’un üzerinde olan annelerin sıklığı her araştırmada bir öncekinden daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu artış beden kitle endeksinin ortalama değerlerine de yansımıştır (Şekil 6.3). Bölgeler arası belirgin bir örüntü görünmemektedir. Nitekim gerek bölge değişkeni, gerek diğer hanehalkı düzeyi değişkenleri kadınların sosyo-demografik ve biyo-demografik özelliklerinin kontrol edildiği çoklu analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Kadının yaşı hem betimsel, hem çok değişkenli analizlerde anne obezitesiyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Bunun dışında sigara içme durumu, toplam canlı doğum sayısı ve son çocuğun doğum şekli de annelerde obezitenin önemli belirleyicileridir.

Şekil 6.2. Annelerde kronik yetersiz beslenme, zayıflık ve obezite, Türkiye, 1993-2008



Şekil 6.3. Annelerde beden kitle endeksi, Türkiye, 1993-2008



T.C. Sağlık Bakanlığı, obeziteyi bir halk sağlığı sorunu olarak tanımakta ve buna ilişkin çalışmalar yürütmektedir. Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı'na ilişkin çalışmalar 2008 yılında başlamıştır. Bu programla obezite konusunda farkındalığı arttırmak, yeterli ve dengeli beslenmeyle fiziksel aktivitenin yaygınlaşması amaçlanmaktadır.

Obezitenin oluşmasındaki başlıca risk faktörleri arasında aşırı ve yanlış beslenme alışkanlıkları, yetersiz fiziksel aktivite, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyo-kültürel etmenler, gelir durumu, hormonal ve metabolik etmenler, genetik etmenler, psikolojik etmenler, sık aralıklarla çok düşük enerjili diyetler uygulama, sigara-alkol kullanma durumu, kullanılan ilaçlar, doğum sayısı ve doğumlar arası süre sayılmaktadır (S.B., 2010). Bu çalışmada bu risk faktörlerinin hepsini kontrol etmek mümkün olmamıştır, bu da sayılan bazı risk faktörlerinin çok değişkenli analizlerde anlamlı bulunmamasının açıklaması olabilir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması beslenmeye ilişkin özel olarak planlanmış bir araştırma olmayıp temel amacı doğurganlık, bebek ölümlülüğü ve anne çocuk sağlığıyla ilgili bilgi toplamaktır. Bu nedenle beslenmeye ilişkin sorular çocuklarda emzirme, ilk ek gıda alımı ve son 24 saatte alınan besinlerin türüne ilişkindir. Çocukların ve annelerin günlük aldıkları enerji miktarını saptamaya yönelik bilgi bulunmamaktadır. Buna ek olarak fiziksel aktivite konusunda da bilgi toplanmamaktadır. Bu çalışma çok değişkenli analizlerde beslenme sorunlarıyla hanehalkı özellikleri, sosyo-demografik özellikler ve biyo-demografik özelliklerin ilişkisini incelemiştir. Bu ilişkilerin, beslenmeye doğrudan ilişkili değişkenlerin varlığında incelenmesi istatistiksel olarak daha sağlam sonuçlar doğurabilir.

Bu çalışmanın anne ve çocuklarda yetersiz beslenme ve obezite sorunlarına ilişkin belirlediği risk gruplarının bu halk sağlığı sorunlarıyla mücadele etmeye yönelik sağlık politikalarında göz önüne alınması, yürütülecek faaliyetlerin verimini arttıracaktır.

6.6. Kaynaklar

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2009). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı.

Bağrıaçık N., Onat H., İlhan B., Tarakci T., Oşar Z. ve diğerleri. (2009). "Obesity Profile in Turkey". *International Journal of Diabetes and Metabolism* 17:5-8.

Büyükgebiz B. (2010). Büyüme ve İştah Bozuklukları, Obezite. http://www.istahsizcocuk.com/buyume_dosyalar/obezite.htm, son ziyaret: 07.06.2010.

Cogill B. 2003. *Anthropometric Indicators Measurement Guide*. Washington, D.C.: Academy for Educational Development.

Etiler N., Velipaşaoğlu S. (2004). "Çocukluk Döneminde Beslenmenin Değerlendirilmesi: Birinci Basamakta Antropometrinin Kullanımı". *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 13(2):50-53.

Hatemi H., Turan N., Arık N., Yumuk V. (2002). "Türkiye'de obezite ve hipertansiyon taraması sonuçları". *Endokrinolojide Yönelişler Dergisi* 11(Ek 1):1-16.

Krassas G., Tsamatis C., Baleki V., Constantinidis T., Ünlühizarci K. ve diğerleri. (2004). Balkan Group for the study of obesity. "Prevalence of overweight and obesity among children and adolescents in Thessaloniki- Greece and Kayseri-Turkey". *Pediatr Endoc Rev* 1(3):460-464.

Onat A. (2003). "Türkiye'de Obezitenin Kardiyovasküler Hastalıklara Etkisi". *Türk Kardiyoloji Dergisi* 31(5):279-289.

Popkin B., Gordon-Larsen P. (2004). "The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants". *International Journal of Obesity* 28:2-9.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2010). Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014). Ankara.

Satman Y., Yılmaz T., Şengül A., Salman S., Salman F. ve diğerleri. (2002). "Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey". *Diabetes Care* 25(9):1551-1556.

Sur H., Kolotourou M., Dimitriou M., Kocaoğlu B., Keskin Y. ve diğerleri. (2005). "Biochemical and behavioral indices related to BMI in schoolchildren in urban Turkey." *Prev Med* 41(2):614-621.

Süzek H., Arı Z., Uyanık B.S. (2005). "Muğla'da yaşayan 6-15 yaş okul çocuklarında kilo fazlalığı ve obezite prevalansı". *Türk Biyokimya Dergisi* 30(4):290-295.

Tezcan S., Yavuz S., Köse M.R. (2005). Bebek ve Çocuklar ile Anne ve Evlenmiş Kadınların Beslenme Durumu, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 İleri Analiz Raporu içinde, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.

World Health Organization. (2008). Inequalities in young People's Health, HBSC International Report from the 2005/2006 survey. WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2010a). 10 Facts on Nutrition. <http://www.who.int/features/factfiles/nutrition/facts/en/index1.html>, son ziyaret: 07.06.2010.

World Health Organization. (2010b). Moderate malnutrition. http://www.who.int/nutrition/topics/moderate_malnutrition/en/index.html, son ziyaret: 07.06.2010.

World Health Organization. (2010c). What is overweight and obesity? http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/en/, son ziyaret: 07.06.2010.

World Health Organization. (2010d). Obesity <http://www.who.int/topics/obesity/en/>, son ziyaret: 16.06.2010.

World Health Organization ve UNICEF. (2009). WHO Child Growth Standards and the Identification of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children: A Joint Statement by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Geneva: World Health Organization and UNICEF.

World Health Organization Multicentre Growth Reference Study Group. (2006). Methods and development: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Geneva: World Health Organization.

Yavuz S., Yiğit E., Köksal E. (2005). Nutritional status of women and determinants of obesity in Turkey. XV International Population Conference Poster. France.

Yiğit E. (2006). Risk Factors for Malnutrition Among Children Under Age Five in Turkey. V. International Nutrition and Dietetics Congress. Ankara.

Bölüm 7

Türkiye’de Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Aile Yapısının Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisi

İsmet Koç¹, Ayşe Özgören² ve Hülya Şirin³

Özet

Temel amacı, Türkiye’deki yaşlıların yaşam kalitesinin belirleyicilerini demografik yapının dönüşümü sürecinde ortaya çıkan nüfusun yaşlanması ve aile yapısının değişimi olgularını da dikkate alarak yaşam kalitesi endeksi aracılığı ile incelemek olan bu çalışmada Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 verileri kullanılmaktadır. Çalışmada Temel Bileşenler Analizi ile oluşturulan yaşam kalitesi endeksinin sonuçları, Türkiye’deki yaşlıların yüzde 36’sının düşük; yüzde 22’sinin orta; yüzde 42’sinin ise yüksek seviyede bir yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermektedir. Çalışmada yaşam kalitesi endeksinin bağımlı değişken olarak kullanılması ile yapılan çok değişkenli analizler dört önemli sonuca işaret etmektedir. Bu sonuçlardan birincisi, yaşlıların içinde yaşadığı aile yapısı ile yaşlıların yaşam kalitesi arasında, beklenenin tersine, zayıf bir ilişkinin olmasıdır. Çalışmanın ikinci sonucu, yaşlıların sahip olduğu çocuk sayısı ve çocukların yaşlıya olan mekansal yakınlığı ile yaşlıların yaşam kalitesi arasında beklendiği kadar güçlü bir ilişki olmamasıdır. Çalışmanın üçüncü sonucu, yaşlıların cinsiyet, yaş ve medeni durum gibi temel özellikleri ile yaşam kaliteleri arasında belirgin bir ilişkinin bulunmasıdır. Dördüncü sonuç ise, yaşlılık dönemine hazırlıklı giren yaşlıların yaşam kalitesinin diğer yaşlılardan daha yüksek olmasıdır. Yaşlıların yaşam kalitesinin büyük ölçüde yaşlıların gençlik ve yetişkinlik dönemlerinde kazandıkları donanımlara bağlı olduğunu gösteren bu sonuçlar, insanların yaşam sürelerinin uzunluğunu ve özellikle de yaşlılık dönemlerinde geçimlerini nasıl sağlayacaklarını düşünerek hazırlık yaptıklarını savunan yaşam döngüsü kuramının savlarını destekler niteliktedir.

Summary

Quality of Life among Elderly in Turkey and the Impact of Family Structure

The main aim of this study is to analyze the determinants of quality of life among the elderly in Turkey via quality of life index by accounting for the facts of population ageing occurring as a consequence of demographic transition, and of transformation of household type, using data from 2008 Turkey Demographic and Health Survey. The results of the quality of life index computed by using Main Components Analysis indicate that among the elderly in Turkey, 36 percent have poor quality of life, 22 percent have medium level of quality of life and 42 percent high level of quality of life. The multivariate analyses carried out by taking the quality of life index as the dependent variable imply four important findings. First, contradicting the theoretical expectations; there is a weak association between type of the household in which the old persons live and quality of life of the elderly. Second, quality of life among the elderly has a strong relationship neither with the number of children of the elderly nor with the spatial distance/closeness between the elderly and his/her children. Third conclusion that can be derived is that there is a clear correspondence between the quality of life among the elderly, and background characteristics of the elderly such as sex, age and marital status. Last but not least, level of quality of life among the elderly who enter the old age period prepared is found to be higher than their counterparts. These findings, which indicate that quality of life among the elderly is determined mainly by the capital and capabilities earned during their young and adult ages, provide support for the propositions of life cycle theory arguing that individuals get prepared considering longevity of human life and how to finance themselves especially during their old-ages.

¹ Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

² Ar. Gör., Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

³ Dr., Sağlık Bakanlığı Anne Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

7.1. Giriş

7.1.1. Gerekçe ve Amaç

Türkiye'nin yaşamakta olduğu demografik dönüşüm sürecinde geldiği aşamada gözlenen en önemli demografik olgu, nüfusun yaşlanma eğilimi içinde olmasıdır. Doğurganlık seviyesinin azalması ve ölümlülük koşullarının iyileşmesi sonucu ortaya çıkan bu olgu, Türkiye'nin yakın ve uzak gelecekte en önemli sorun alanını oluşturacaktır. Günümüzde Türkiye nüfusunun yüzde 7'sini oluşturan yaşlı nüfusun önümüzdeki 10-15 yıl içinde hızlı bir şekilde artarak yüzde 10 seviyesine ulaşması beklenmektedir. Bu nedenle, Türkiye'de bugüne kadar genç nüfusun gereksinimlerine göre şekillenen nüfus politikalarının yakın dönemde yaklaşık 8 milyonluk bir nüfus büyüklüğüne ulaşacak olan yaşlı nüfusun gereksinimlerine göre şekillenmesi gerekecektir. Her yaştaki yaşam beklentisinin artmasının bir sonucu olarak yakın gelecekte Türkiye nüfusunun önemli bir bölümünü oluşturan yaşlıların bugünkü yaşlılardan daha da yaşlı olması beklenmektedir. Bu kapsamda, bugüne kadar yaşlı nüfusun bakımı konusunu ailenin sorumluluğuna bırakan geleneksel anlayışın yerine kurumsal bakım hizmetlerinin geliştirilmesini ön plana çıkaran yeni bir anlayışın alması gerekmektedir. Bu politika değişikliğinin en temel gerekçesi, Türkiye'nin yaşadığı demografik dönüşüm sürecinde doğurganlık ve ölümlülük seviyelerinin değişimi yanında aile yapısı ve yaşlıların aile içindeki konumlarının hızla değiştiğinin görülmesidir. Doğurganlık seviyesinin azalmasının, ölümlülük koşullarının iyileşmesinin ve bunların sonucunda her yaştaki yaşam beklentisinin yükselmesinin bir sonucu olarak Türkiye'de aile yapısının karmaşık yapılardan (geçici geniş ve ataerkil geniş) basit yapılara (çocuklu çekirdek, çocuksuz çekirdek, tek ebeveynli ve tek kişilik) doğru bir dönüşüm içinde bulunduğu görülmektedir. Bu sürece 1950'li yıllardan itibaren Türkiye'de gittikçe artan bir ivme ile yaşanan iç göç sürecinin de katkısı bulunmaktadır. Bu bağlamda, bu çalışmanın amacını demografik yapının dönüşümü sürecinde ortaya çıkan nüfusun yaşlanması ve aile yapısının değişimi olguları arasındaki ilişkinin yaşlıların sağlık durumu ile ev içi ve ev dışı günlük faaliyetleri yapabilme seviyeleri dikkate alınarak oluşturulan *yaşam kalitesi endeksi* aracılığı ile incelenmesi oluşturmaktadır. Bu çalışmada, yaşlıların yaşam kalitesine aile yapısının yanı sıra yaşlıların cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim gibi temel özelliklerinin, yaşlıların gelir ve sağlık sigortası durumunun, yaşlıların çocuk sayısının ve çocuklarının nerede yaşadığının, hanehalkı refah seviyesinin, yaşadıkları yerleşim yeri ve bölgenin etkisine hem betimsel hem de çok değişkenli analiz yöntemleri ile bakılmaktadır.

7.1.2. Yaşam Kalitesi Tanımı

Yaşlıların yaşam kalitesinin konu ile ilgili çalışmalarda çok farklı biçimlerde tanımlandığı görülmektedir. Bu konuya ilişkin olarak oluşturulan ölçek ve endekslerin genel olarak yaşlıların fiziksel, psikolojik ve toplumsal durumlarının bileşkesinden oluşan çok boyutlu bir yapıya sahip olması gerektiği konusunda, bu konuda çalışan uzmanlar arasında geniş bir uzlaşma bulunmaktadır (Noro ve Aro, 1996; Arslan ve Kutsal, 1999; Karaduman ve diğerleri, 2004; Paskulin ve Molzahn, 2007; Paschoal ve diğerleri, 2008). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de yaşam

kalitesine ilişkin olarak yaptığı tanımda kavramın çok boyutluluğuna bir kez daha vurgu yapmaktadır: *“Kişilerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgi alanları ile ilişkili olarak yaşamdaki durumlarını nasıl algıladıklarıdır. Yaşam kalitesi, kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık seviyesi, sosyal ilişkileri, kişisel inançları ve çevresinin belirgin özellikleri ile karmaşık bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavramdır”* (DSÖ, 1997). DSÖ, bu tanımdaki farklı boyutlara ilişkin bilgi toplayabilmek amacıyla birincisi 100 sorudan oluşan uzun (WHOQOL-100); diğeri ise 26 sorudan oluşan kısa (WHOQOL-BREF) olmak üzere iki genel amaçlı yaşam kalitesi ölçeği geliştirmiştir.

DSÖ, 2005 yılında ise sadece yaşlıların yaşam kalitesini ölçmek üzere, genel amaçlı yaşam kalitesi ölçeği olan WHOQOL-100’ü ve yaşlıların özel durumlarını dikkate alarak ayrı bir yaşlıların yaşam kalitesi ölçeği (WHOQOL-OLD) geliştirmiştir. Bu ölçek, Türkiye dahil 22 ülkede, ülkelerin sosyo-kültürel özellikleri dikkate alınarak yeniden yapılandırılmış ve uygulanmıştır. Türkiye’de uygulanan yaşlıların yaşam kalitesi modülünde “duyusal işlevler”, “özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri”, “sosyal katılım”, “ölüm ve ölmek” ve “yakınlık” başlıklarını taşıyan 6 farklı boyut bulunmaktadır. “Duyusal işlevler” boyutu ile duyusal işlevler ve bunların kaybının yaşam kalitesine yaptığı etkiler değerlendirir. “Özerklik” boyutu yaşlılıktaki bağımsızlığı yani kendi başına yaşayabilme becerisini ifade eder. “Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri” boyutu yaşlıların yaşamdaki başarılarından elde edilen doyumunu ve geleceğe bakışı gösterir. “Sosyal katılım” boyutu toplum içinde gündelik yaşam faaliyetlerine katılabilme derecesini ölçer. “Ölüm ve ölmek” boyutu ölüme ve ölmeye ilişkin endişeler, kaygılar ve korkulara ilişkindir. Son olarak “yakınlık” boyutu ise yaşlıların kişisel ve özel ilişkiler kurabilme becerisini değerlendirir (Eser ve diğerleri, 2004). Bu çalışmada kullanılan yaşlıların yaşam kalitesi endeksi ise, DSÖ’nün yaşam kalitesi tanımındaki ve dolayısı ile de WHOQOL-OLD ölçeğindeki farklı yaşam kalitesi boyutlarından ağırlıklı olarak genel sağlık durumu ve fiziksel hareket yeteneği boyutları kullanılarak oluşturulmuştur. Bu anlamda, bu çalışmada yaşlıların yaşam kalitesi tanımlanırken *“yaşlıların günlük yaşamlarını etkileyecek düzeyde sağlık sorunlarının bulunup bulunmadığı ve yaşlıların ev içi ve ev dışı günlük faaliyetleri kolaylıkla yerine getirip getiremedikleri”* dikkate alınmıştır.

7.1.3. Sınırlılıklar ve Katkılar

Çalışmanın üç temel sınırlılığı bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, çalışmada temel veri kaynağı olarak kullanılan *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008* (TNSA-2008) hanehalkı verisinin sadece hanehalkı nüfusunu kapsamaması, kurumsal nüfusu ise dışarda bırakmasıdır. Dolayısı ile yaşlıların yaşam kalitesini ve yaşam kalitesi ile aile yapısının ilişkisini ele alan bu çalışmadaki analiz birimini oluşturan yaşlılar hanehalkı nüfusunu oluşturan yaşlılardır. Ancak, Türkiye’de kurumsal alanlarda yaşayan (huzurevi, cezaevi, hastane vb.) yaşlı sayısının oldukça az olması nedeniyle (Canpolat, 2008), bu sınırlılığın çalışmanın sonuçlarına olan etkisi ihmal edilebilir boyuttadır. Çalışmanın ikinci sınırlılığı, TNSA-2008’in hanehalkı veri setinde yer alan soruların daha çok yaşlıların yaşam kalitesinin sağlık durumu ve fiziksel hareket yeteneği bölümü ile ilişkili olmasıdır. Dolayısı ile bu çalışmada oluşturulan yaşlıların yaşam kalitesi

endeksi yaşlıların sosyal yaşama katılma, teknolojik imkanlardan yararlanma ve psikolojik durumlarına ilişkin konuları kapsamamaktadır. Çalışmanın üçüncü sınırlılığı ise, TNSA-2008 kapsamında yaşlılara ilişkin olarak toplanan bilgilerin çok önemli bir oranda yaşlının kendisinden değil, hanehalkı hakkında bilgisi olan yetişkin bir hanehalkı üyesinden alınmış olmasıdır. Yaşlının cevaplayıcı olması ya da hanehalkı görüşmesi sırasında hanede bulunması durumunda bilgiler doğrudan yaşlıdan alınmıştır. Ancak, yaşlının cevaplayıcı olmaması ya da hanehalkı görüşmesi sırasında hanede olmaması durumunda ise yaşlıya ilişkin bilgilerin yaşlının durumunu en iyi bilen yakın akrabalarından, genellikle de eşi, oğlu veya kızından alınması yoluna gidilmiştir. Yaşlılara ilişkin soruların genellikle *olguşal sorular* olması nedeniyle bilgilerin dolaylı olarak toplanmasının önemli bir yanlılık getirmediği söylenebilir.

Bu sınırlılıklarına karşın çalışmanın konu ile ilgili literatüre önemli katkıları da olacaktır. Bu katılardan birincisi, aile yapısı ile yaşlıların yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin ilk kez, Türkiye'yi temsil eden bir araştırmanın sonuçları kullanılarak analiz edilmesidir. Çalışmanın ikinci katkısı ise, yaşlıların sağlık durumu ve fiziksel hareket yeteneğine ilişkin değişkenlerden bir yaşam kalitesi endeksinin oluşturulmuş olması ve bu endeks aracılığı ile yaşlıların farklı özelliklerine göre yaşam kalitesi seviyelerinin ölçülmesidir. Çalışmanın üçüncü katkısı ise, çalışmada elde edilecek sonuçlara göre şekillenecek olan yaşlılara ilişkin politika önceliklerine yer verilmesi olacaktır.

7.1.4. Çalışmanın Organizasyonu

Çalışma altı bölümden oluşmaktadır. Çalışmaya kısa bir girişin yapıldığı birinci bölümde çalışmanın gerekçesi, amaçları, sınırlılıkları ve organizasyonu verilmektedir. İkinci bölümde çalışmada kullanılan birinci ve ikinci veri kaynakları ile çalışmanın analitik ve istatistiksel analiz yöntemleri sunulmaktadır. Bu bölümde çalışmada kullanılan bağımlı ve bağımsız değişkenlerin oluşturulma süreci ile özellikle aile yapısı değişkeninin oluşturulmasının aşamaları da anlatılmaktadır. Üçüncü bölümde konu ile ilgili literatür verilmekte ve çalışmanın yaşlıların yaşam kalitesi konusuna hangi teorik zeminden baktığı üzerinde durulmaktadır. Dördüncü bölümde Türkiye'deki yaş yapısının ve aile yapısının değişimi tarihsel bir perspektiften bakılarak analiz edilmektedir. Bu bölümde, ayrıca, aile yapısı ile yaşlılık arasındaki ilişkiler kullanılan temel veri kaynağının imkan verdiği ölçüde incelenmektedir. Beşinci bölümde, yaşlıların temel sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özellikleri betimsel düzeyde analiz edilmektedir. Altıncı bölümde yaşam kalitesi ile sosyal, demografik ve ekonomik değişkenler arasındaki ilişkiler, oluşturulan yaşlıların yaşam kalitesi endeksi kapsamında tartışılmaktadır. Bu bölümde, ayrıca, yaşlıların yaşam kalitesinin belirleyicilerini tespit etmeye beş farklı model kullanılarak çok değişkenli analizler gerçekleştirilmektedir. Yedinci ve son bölümde ise çalışmanın bulguları değerlendirilmekte ve bu bulguların işaret ettiği politika öncelikleri üzerinde durulmaktadır.

7.2. Veri Kaynağı ve Yöntem

7.2.1. Veri Kaynağı

Bu çalışmanın temel veri kaynağını TNSA-2008 oluşturmaktadır. TNSA-2008, Türkiye’de 1968 yılından bu yana beş yıllık aralıklarla düzenli olarak yürütülen ulusal nüfus ve sağlık araştırmaları dizisinin dokuzuncusudur. TNSA-2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı’nın işbirliği içinde yürütülmüştür. TNSA-2008’in gerçekleştirilmesi için gereken mali kaynak, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) tarafından Kamu Kurumları Araştırma ve Geliştirme Projelerini Destekleme Programı kapsamında sağlanmıştır.

TNSA-2008’in örnekleme tasarımı ve büyüklüğü, Türkiye geneli, kentsel ve kırsal yerleşim yerleri ve beş demografik bölge (Batı, Güney, Orta, Kuzey ve Doğu) için analiz yapmaya imkan vermektedir. Bu tasarım, aynı zamanda, araştırma kapsamında yer alan bazı konulardaki analizlerin 12 coğrafi bölge için yapılmasına da olanak vermektedir. Bu bölgeler arasında yer alan iki bölge; İstanbul ve Güney Doğu Anadolu Projesi (GAP) bölgeleri de, sahip oldukları özel konumları nedeniyle örnekleme tasarımında büyük gözlem sayılarıyla temsil edilmişlerdir. TNSA-2008’in örneklem seçiminde ağırlıklı, çok aşamalı, tabakalı küme örnekleme yaklaşımı kullanılmıştır. Araştırmanın örnekleme birimi hanehalkıdır. Araştırmanın hedef örnekleminin dağılımı, *2007 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi*’nin sonuçlarına dayanmaktadır (HÜNEE, 2009).

TNSA-2008’de iki sorukağıdı kullanılmıştır: *Hanehalkı Sorukağıdı* ve 15-49 yaş grubundaki en az bir kez evlenmiş kadınlar için *Evlenmiş Kadın Sorukağıdı*. Bu çalışmada kullanılan veri setinin üretildiği hanehalkı sorukağıdının amacı, seçilen hanelerin üyelerini ve ziyaretçi olarak hanede bulunanları saptamak ve hanehalkının ve hanehalkı üyelerinin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgi toplamaktır. Hanehalkı Sorukağıdının ilk bölümünde, hanehalkı üyesi veya ziyaretçi olarak hanehalkı listesine yazılmış olan her kişi için yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve hanehalkı reisine yakınlık derecesi gibi temel sosyo-demografik bilgiler toplanmıştır. Bu sorukağıdının üçüncü bölümü yaşlı refahına ayrılmıştır. Bu bölümde, hanehalkında bulunan 60 yaş ve üzerindeki yaşlıların gelir durumlarına, sağlık güvencelerine ve günlük işlerini yapabilme durumlarına ilişkin sorulara yer verilmiştir.

Bu çalışmada genel olarak *Hanehalkı Sorukağıdı*ndan elde edilen veriler özel olarak da bu sorukağıdının *Yaşlı Refahı* bölümünden elde edilen veriler kullanılmaktadır. TNSA-2008 kapsamında 10,525 hanede yaşayan 60 ve üstü yaşlardaki 4,001 yaşlı hakkında bilgi toplanmıştır. Bu çalışmada, aile yapısının analiz edildiği bölümdeki analiz birimi 10,525 hanehalkı; yaşlıların yaşam kalitesinin analiz edildiği bölümdeki analiz birimi ise, görüşme yapılan hanelerde *genellikle yaşayan* 65 ve üstü yaşlardaki 2,706 yaşlı olmuştur. Çalışmanın analiz birimi olarak 60 ve üzeri yaşlardaki yaşlıların yerine 65 ve üzeri yaşlardaki yaşlıların seçilmiş olmasının temel nedeni,

Türkiye'deki konu ile ilgili çalışmalarda yaşlıların yaş sınırı olarak bu yaş sınırının benimsenmiş olmasıdır. Çalışmada, TNSA-2008 dışında 1968-2008 döneminde gerçekleştirilen diğer demografik araştırmaların verileri de, özellikle aile yapısının değişiminin tartışıldığı bölümde, yoğun olarak kullanılmaktadır. Ancak, bu veriler daha çok *ikincil veri kaynaklarından* yapılan alıntılar aracılığı ile kullanılmaktadır.

7.2.2. Değişkenlerin Oluşturulması

Çalışmada betimsel ve istatistiksel analizlerde bağımlı değişken olarak yaşam kalitesi değişkeni kullanılmaktadır. Bu değişkenin oluşturulması süreci Bölüm 7.2.3 ve 7.6.2'de ayrıntılı olarak anlatıldığı için bu bölümde daha çok bağımsız yani açıklayıcı değişkenler hakkında bilgi verilecektir. Yaşlıların yaşam kalitesini ve belirleyicilerini incelemek için betimleyici ve çok değişkenli modellerde kullanılmak üzere TNSA-2008 veri setinden çok sayıda açıklayıcı değişken oluşturulmuştur. Çalışmada kullanılan açıklayıcı değişkenler aile yapısı, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı, çocukların yaşadığı yer, yaşlıdan sorumlu olan kişi, sağlık sigortası, gelirin kaynağı, hanehalkı refah seviyesi, yerleşim yeri ve bölge olarak belirlenmiştir. Değişkenler seçilirken ve oluşturulurken çalışmada kullanılan teorik çerçeve ve önceden ilgili alanda yapılan çalışmalar dikkate alınmıştır.

TNSA-2008'de hanehalkı, bir ya da daha fazla kişinin birlikte yaşadığı, ortak bir geliri paylaştığı ve aynı kazandan yemek yediği bir birim olarak tanımlanmıştır. Aile tipi için değişken oluşturulurken daha önce yapılmış çalışmalardan faydalanılmıştır. Karşılaştırma yapabilmek ve ortak bir dil kullanmak için bu önemlidir. Aile tipi kategorileri oluşturulurken Timur (1972)'un *1968 Türkiye'de Aile Yapısı ve Nüfus Sorunları Araştırması*'nin analizinde kullandığı dört aile tipi kategorisinden oluşan ve alt kategorileri oldukça ayrıntılı şekilde belirlenmiş olan aile sınıflandırması kullanılmıştır. Dört temel aile tipi, çekirdek, ataerkil geniş, geçici geniş ve dağılmış aile tipleridir. Çekirdek aile, karı-koca ya da karı-koca ve evlenmemiş (üvey ya da öz) çocuklarından oluşan aile tipidir. Ataerkil geniş ailede hanehalkı reisi ve eşinin yanında evli olan oğulları ve/veya damadı/gelinleri ve/veya evli olan kardeşleri ve eşleri bulunmaktadır. Geçici geniş aile ise, hanehalkı reisi ve eşi, evli olmayan çocukları ve/veya anne/babaları ve/veya evli olmayan kardeşlerinden oluşan aile tipidir. Ataerkil ve geçici geniş aile arasındaki fark, ataerkil geniş aile yapısında evli olan çocukların ve/veya evli olan kardeşlerin hanehalkı reisiyle birlikte yaşamasıdır (Ünal, 1986; Koç, 1999; Yavuz, 2004). Dağılmış aile ise, tek kişilik ve tek ebeveynli aileler ile birlikte aralarında evlilik bağı bulunmayan kişilerin oluşturduğu ailelerdir. Aile tiplerini veri setinde tanımlamak için her hane için hanede yaşayan kişilerin hanehalkı reisine yakınlığına göre her hanehalkı üyesine hanehalkı reisi 1 değeri almak koşulu ile 2'nin kuvvetlerinden oluşan farklı sayılar atanmıştır. Daha sonra hanehalkını oluşturan kişilere atanan bu sayısal değerlerin toplamı alınmıştır. Bu işlemin sonucunda her hanehalkı yukarıda bahsedilen sınıflandırmalara göre gruplanmış ve analizde kullanılacak kategoriler oluşturulmuştur.

Yaşlı nüfusu tanımlarken 65 ve üzeri yaştaki nüfus seçilmiştir. Bunun nedeni, hem ulusal hem de uluslararası demografik literatürde yaşlılık ile ilgili çalışmalarda 65'in alt yaş sınırı olarak

benimsenmiş olmasıdır. Ayrıca, demografide yaşlılıkla ilgili göstergelerin genellikle 65 yaş temel alınarak hesaplanıyor olması da bu seçimin bir başka nedenini oluşturmaktadır (Rowland, 2009). Çalışmada yaşlı nüfusu kendi içinde gruplamak için ise 10'lu yaş grupları kullanılmıştır. Bu sınıflama, yeterli gözlem sayısını sağlamanın yanında demografik literatüre de uygun bir sınıflamadır. Yaşlıların kendi içinde *genç yaşlı* (65-74 yaş), *yaşlı yaşlı* (75-84 yaş) ve *en yaşlı yaşlı* (85 ve üzeri) olarak gruplandırılması yaşlılık literatüründe sıklıkla kullanılmaktadır (Rowland, 2009).

Yaşlanma olgusu yaştan olduğu kadar cinsiyetten de bağımsız düşünülemez. Ölümlülük düzeylerindeki farklılıklar nedeniyle kadınlar yaşlı nüfus içinde daha fazla paya sahiptir. Kadınların her yaş grubundaki yaşam beklentisi erkeklerden daha yüksek olduğu için, özellikle en yaşlı grupta kadın oranı erkek oranından anlamlı bir şekilde daha fazladır. Bu nedenle, bu çalışmanın hem betimsel analizlerinde hem de istatistiksel analizlerinde cinsiyet değişkenine yer verilmiştir. Çalışmada eğitim düzeyi değişkeni *tamamlanmış* en yüksek eğitim düzeyi olarak tanımlanmıştır. Kategorik olan bu değişkene eğitimi yok veya ilkokulu bitirmemiş, ilkokul mezunu veya ortaokulu bitirmemiş, ortaokul mezunu veya liseyi bitirmemiş ve lise veya üzeri eğitimi tamamlamış kategorilerinden oluşmaktadır. Medeni durum, TNSA-2008'de nikah biçimine bakılmaksızın beyana bağlı olarak kaydedilmiştir. Hiç evlenmemiş, halen evli, eşi ölmüş, boşanmış/ayrı yaşıyor kategorileriyle tanımlanan medeni durum değişkeninde, boşanmış ve ayrı yaşıyor kategorileri, her bir kategorideki yaşlı sayısı yeterli olmadığı için, birleştirilmiştir.

Sahip olunan çocuk sayısı değişkeni kapsamında yaşlının *yaşayan çocuk sayısı* esas alınmıştır. Sadece öz çocukların dikkate alındığı bu değişken, betimsel ve istatistiksel analizlerde kategorik olarak kullanılmıştır. Yaşlının çocukları ile ilgili bir başka değişken de yaşlının hayatta olan öz çocuklarının yaşlıya mekansal uzaklığıdır. Bu değişkende çocukların yaşlıya olan mekansal uzaklığı aynı evde, aynı bina ya da sokakta, aynı yerleşim yerinde, yakın bir yerleşim yerinde, uzak bir yerleşim yerinde ve diğer bir ülkede olmak üzere altı kategoriden oluşmaktadır. TNSA-2008 kapsamında yaşlının rahatı, sağlığı ve ihtiyaçlarının karşılanması konusunda esas sorumluluğun kime ait olduğu da sorulmuştur. Bu sorudan hareketle, *yaşlıdan sorumlu kişi* değişkeni oluşturulmuştur. Değişkenin kategorilerinin çoğu yaşlının yakın akrabalarından oluşmaktadır. Bunların yanında diğer kategorisinde komşu, ücretli bakıcı ile diğer kişiler kapsanmıştır.

Sosyo-ekonomik özellikler kapsamında sayılabilecek *sağlık sigortası* değişkeni yaşlının sahip olduğu sağlık sigortasını SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur, özel sağlık sigortası, Yeşil Kart ve diğer kategorileriyle tanımlamaktadır. TNSA-2008'de yaşlı kişi hakkında bir geliri olup olmadığı, varsa kaynağının ne olduğu da sorulmuştur. Gelir kaynağı değişkeni, dolaysız (kendisinin) veya dolaylı emekli maaşı, yaşlılık aylığı, irat sahibi olma, yurtiçi veya yurtdışındaki akrabalar tarafından gönderilen gelir ve yaşlının kendi çalıştığı işten kazandığı maaş/ücret kategorilerinden oluşmaktadır. Düşük gözlem sayıları nedeniyle dolaysız emekli maaşı, dolaylı

emekli maaşı, yaşlılık aylığı, kira/faiz/rant dışındaki kategoriler çok değişkenli analizlerde diğer kategorisi altında toplanmıştır.

TNSA-2008’de hanelerin gelirini ya da tüketim harcamalarını doğrudan almaya yönelik sorular sorulmamıştır. Ancak, sorukağıdı hanelerin refah düzeyine ilişkin iki set soru içermektedir. İlk olarak seçilen tüm hanelere televizyon, fırın, buzdolabı ya da araba gibi çeşitli mallara sahip olup olmadıkları sorulmuştur. İkinci olarak da, hanelere içme suyunun kaynağı, tuvalet tipi, yatmak için kullanılan oda sayısı, konutun yapımında kullanılan malzeme tipi gibi içinde yaşadıkları konutun çeşitli özelliklerin ilişkin sorular yönlendirilmiştir. Bu değişkenleri kullanarak haneleri ekonomik statülerine göre sıralamak için ise, uygun ağırlıklandırmalar kullanılarak bir endeks oluşturulmuştur. Söz konusu endeks kullanılarak her hane yüzde 20’lik dilimlere yerleştirilmektedir. Ayrıca, istatistiksel analizlerde bu değişken en alttaki yüzde 40, ortadaki yüzde 40 ve en üstteki yüzde 20’lik dilimler esas alınarak hanehalkı refah seviyesi “düşük”, “orta” ve “yüksek” olarak yeniden gruplandırılmıştır. Yerleşim yeri değişkeni kent ve kır olarak iki kategoriden oluşmaktadır. Kentsel yerleşim yerleri nüfusu 10,000 ve daha büyük olan yerleşim yerlerini; kırsal yerleşim yerleri ise nüfusu 10,000’in altında olan yerleşim yerlerini göstermektedir. Bölge değişkeni olarak daha önceki demografik araştırmalarda da kullanılan Batı, Güney, Orta, Kuzey ve Doğu bölgelerinden oluşan beş bölge değişkeni kullanılmıştır.

Ayrıca betimsel analizlerde hanehalkı reisine yakınlık, okuryazarlık durumu, hastalık/özür durumu ve yaşlının fiziksel durumu değişkenleri de kullanılmıştır. Hanehalkı reisine yakınlık, kendisi, eşi, anne/babası, eşin anne/babası ve diğer akrabası olarak sınıflandırılmıştır. Hastalığın/özürün devamlılığını ölçmeye yönelik olan *hastalık/özür durumu* değişkeni, hastalık/özür yok kategorisi yanında hastalık/özürün süresini göstermek üzere 0-4 yıl, 5-9 yıl, 10-14 yıl ve 15 ve daha fazla yıl kategorilerinden oluşturulmuştur. Yaşlının fiziksel hareket yeteneğini göstermek üzere ise yaşlının yaşamının yatak veya tekerlekli sandalye/koltuk veya ev/kat/bahçe ile sınırlı olup olmadığını soran sorulardan yararlanılmıştır. Bu değişkenin oluşturulması sürecinde, yaşlının yaşamı yatağı ile sınırlı ise, bu yaşlının yaşamının aynı zamanda tekerlekli sandalye/koltuk ve ev/kat/bahçe ile sınırlı olduğu kabul edilmiştir.

7.2.3. İstatistiksel Yöntemler

Bu çalışmanın iki farklı aşamasında iki farklı istatistiksel yöntem kullanılmıştır. Bu yöntemlerden birincisi olan *Temel Bileşenler Analizi* yaşlıların yaşam kalitesi endeksini oluşturmakta; ikincisi olan *Lojistik Regresyon* ise yaşlılar arasında yaşam kalitesinin belirleyicilerini analiz etmekte kullanılmıştır. Aşağıda bu iki analiz yöntemi hakkında kısaca bilgi verilmektedir.

7.2.3.1. Temel Bileşenler Analizi

Temel Bileşenler Analizi (TBA), kabaca çok sayıdaki özelliğin belirli bir nitelik yönünden özetlenmesini ve ortak nitelik ve biçimlerinden bir çıkarsama yapabilmeyi mümkün kılmaktadır.

TBA bir taraftan değişkenlere öznel ağırlıklar verilmesini önlerken, diğer yandan birbirleriyle etkileşim içinde olan çok sayıdaki değişkenden, bu değişkenlerin bileşmeleri olarak ortaya çıkan daha az sayıda yeni ve birbirinden bağımsız değişkenler ya da faktörler oluşturmaktadır. Bilindiği gibi, herhangi çok değişkenli istatistiksel analizde n tane gözleme ilişkin p tane değişken incelenmektedir. Bu özelliklerden birçoğunun birbiriyle ilişkili olması ve değişken sayısının fazlalığı nedenleriyle değişkenlerin açıklayıcılıklarına ilişkin değerlendirme yapılması güçleşmektedir. Bu gibi durumlarda TBA yöntemi en sık başvuru alan istatistiksel tekniklerden birisidir. Genel olarak değişkenler arasındaki bağımlılık yapısının yok edilmesi ve/veya *boyut indirgeme* (factor reduction) amacıyla kullanılan bu teknik, başlı başına bir analizde kullanılabileceği gibi bu çalışmada olduğu gibi veri hazırlama aracı olarak da kullanılmaktadır. Yöntemde karşılıklı bağımlılık gösteren ölçüm sayısı n olan p adet değişken, doğrusal, ortogonal ve birbirinden bağımsız olma özelliği taşıyan k tane yeni değişkene dönüştürülmektedir. Burada elde edilen k tane değişken, orijinal değişkenlerin çeşitli doğrusal bileşimlerini oluşturmaktadır. TBA ile ulaşılmak istenilen sonuç; X_1, X_2, \dots, X_p gibi p tane değişkeni bu değişkenleri temsil eden az sayıdaki değişkene indirmek ve değişkenlere etki eden genel nedensel faktörü/faktörleri (General Causal Factors) elde etmektir (Yener ve Koç, 2001).

Bu çalışmada her yaşı için, yaşının sağlık durumu, fiziksel hareket yeteneği ve ev içi ve ev dışı bazı faaliyetleri yapabilme durumları dikkate alınarak TBA yöntemiyle sayısal değerler ortalaması "0", varyansı "1" olacak şekilde faktör puanları atanarak yaşam kalitesinin nedensel faktörleri belirlenmeye çalışılmıştır. Daha sonra ise, bu faktör puanları 0'dan küçükse "düşük"; 0 ile 0.5 arasında ise "orta"; 0.5'ten büyük ise "yüksek" seviyedeki yaşam kalitesi olacak şekilde gruplanmıştır. Bu sürece ilişkin ayrıntılı bilgiler Bölüm 7.6.2'de verilmektedir.

7.2.3.2. Lojistik Regresyon

Bu çalışmada yaşlıların yaşam kalitesinin belirleyicilerini saptamak için lojistik regresyon modelleri kullanılmıştır. Bağımlı değişkenin iki düzeyli ya da çok düzeyli kategorik verilerden oluşması durumunda; bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki neden-sonuç ilişkisinin incelenmesinde, *Lojistik Regresyon* önemli bir yere sahiptir (Agresti, 1996; Girginer ve Cankuş, 2008). Amaçlarından birisi sınıflandırma, diğeri ise bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkileri araştırmak olan lojistik regresyon analizinde, bağımlı değişken kategorik veri oluşturmakta ve kesikli değerler almaktadır. Bu yöntemde bağımsız değişkenlerin hepsinin veya bazılarının sürekli ya da kategorik değişkenler olmasına ilişkin bir zorunluluk bulunmamaktadır (Işığıçok, 2003). Bağımlı değişkenin 0 ve 1 gibi iki düzey ya da ikiden fazla düzey içeren kesikli bir değişken olması durumunda da uygulanabilir olmasının yanında, matematiksel olarak esnekliği ve kolay yorumlanabilirliği, bu yöntemde olan ilgiyi artırmaktadır (Tatlıdil, 2002; Lemeshow ve Hosmer, 2000). Bu yöntemde, açıklayıcı değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkileri elde edilerek, risk faktörlerinin belirlenmesi sağlanmaktadır (Özdamar, 2002; Lemeshow ve Hosmer, 2000; Girginer ve Cankuş, 2008). Lojistik regresyonda incelenen bir olayın olasılığının kendi dışında kalan diğer olayların olasılığına oranına *Odds Değeri*; incelenen iki farklı olayın Odds

değerlerinin birbirine oranına ise *Odds Oranı* denir. Lojistik regresyon denkleminde Odds Oranı, $\text{Exp}(\beta)$ olarak ifade edilir. Odds, bir olayın meydana gelme olasılığının meydana gelmeme olasılığına oranı (Çolak, 2002; Gujarati, 2004) olduğuna göre, $\text{exp}(\beta)$, Y değişkeninin Xp değişkeninin etkisi ile kaç kat daha fazla ya da yüzde kaç oranında daha fazla gözlenme eğilimine sahip olduğunu belirtir (Gujarati, 2004; Girginer ve Cankuş, 2008).

Bu çalışmada, betimsel analizlerde üç kategorili (Düşük, Orta, Yüksek) olarak kullanılan yaşam kalitesi endeksi lojistik regresyon analizlerinde iki kategorili (Düşük ve Orta-Yüksek) hale dönüştürülmüştür. Bu aşamada düşük yaşam kalitesi seviyesi "1"; orta-yüksek yaşam kalitesi seviyesi ise "0" değerini almıştır. Değişkenin referans kategorisi olarak yüksek yaşam kalitesi tanımlandığı için, bulunan açıklayıcı değişkenlerin katsayı değerleri yaşlılar arasında orta-yüksek yaşam kalitesine göre düşük yaşam kalitesine sahip olma riski olarak yorumlanmalıdır. Açıklayıcı değişkenlerde görece olarak daha iyi durumu temsil eden kategoriler, ilgili değişkenin referans kategorisi olarak tanımlanmıştır. Hanehalkı refah seviyesinin yüksek olduğu hanelerde yaşayan bir yaşlının, hanehalkı refah seviyesi düşük veya orta olduğu bir hanede yaşayan yaşlıya göre yaşam kalitesinin daha iyi durumda olması beklendiği için, hanehalkı refah seviyesi değişkeni için "yüksek" kategorisi *referans kategori* olarak tanımlanmıştır. Ayrıca, açıklayıcı değişkenlerin seçiminde değişkenler arasındaki *çoklu eşdoğrusallık* (multicollinearity) durumu da dikkate alınmıştır. Bu çalışmada gerçekleştirilen lojistik regresyon analizlerinde TNSA-2008'in örnekleminin *kompleks tasarımı* da dikkate alınmıştır. Çalışmadaki model oluşturma süreci beş aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk model çalışmanın çıkış noktasını oluşturan soru olan *aile yapısının* yaşlıların yaşam kalitesine etkisini incelemeye yönelik olduğu için açıklayıcı değişken olarak sadece aile yapısı değişkenini içermektedir. İkinci modelde aile tipine ek olarak yaşlının cinsiyet, yaş, eğitimi, medeni durumunu içeren *temel özellikleri* de modele açıklayıcı değişkenler olarak eklenmiştir. Üçüncü model, yaşlının öz *çocuklarına ilişkin özellikleri* de içermektedir. Bu özellikler çocuk sayısı, çocukların yaşadığı yer ve yaşlıdan sorumlu olan kişi değişkenlerini kapsamaktadır. Dördüncü model, önceki modellerdeki değişkenlere ek olarak yaşlının sosyoekonomik özelliklerini içeren *sağlık ve gelir güvencesi* ile ilgili değişkenleri içermektedir. Bu grup değişkenlerde sağlık sigortası, gelirin kaynağı ve hanehalkı refah düzeyi bulunmaktadır. Son model olan beşinci modelde ise, bütün modeldeki değişkenlere ek olarak yerleşim yeri ve bölge değişkenlerinden oluşan *yaşanılan yerle ilgili* özellikler eklenerek yaşlıların düşük yaşam kalitesi düzeyinin belirleyicileri irdelenmiştir. Böylece, her bir değişken grubunun lojistik regresyon modellerine olan *ek etkilerini* (additive effects) görmek mümkün olabilmektedir. Bu çalışmadaki model oluşturma süreci, modelden üretilen sonuçlar ve sonuçların tartışılması Bölüm 7.6.3'te verilmektedir.

7.3. Teorik Çerçeve ve Literatür

Bu bölümde yaşlıların yaşam kalitesi ile ilgili teoriler ve ampirik çalışmalar demografik bir bakış açısıyla özetlenecektir. Bu bölüm iki alt bölümden oluşmaktadır. İlk alt bölümde çalışmanın teorik çerçevesinde yer alan yaklaşımlar özetlenmektedir. Yaşlıların yaşam kalitesi ile

birebir ilişkili olmasa bile çalışmanın bulguları hakkında önemli ipuçları sağladıkları ve yaşam kalitesi konusunda çıkarsamalar yapılmasına izin verdikleri için bazı teoriler de bu kapsamda özetlenmiştir. İkinci alt bölümde ise dünyada ve Türkiye’de yaşlıların yaşam kalitesi konusundaki çalışmalar tartışılmaktadır.

7.3.1. Teorik Çerçeve

Demografik ve ekonomik bir bakış açısı ile yaşlılık sürecini ele alan teorik modellerin en önemlileri *yaşam döngüsü teorisi* (life cycle theory), *kuşaklar arası varlık akışı teorisi* (intergenerational wealth flows theory) ve *yakınsama teorisi* (convergence theory)’dir. Bu teorilerin yanında yaşlılık süreci ile doğrudan ilgili olan ancak yaşlılık sürecine daha çok psikolojik, siyasal ve sosyolojik olarak bakan *eksiklik teorisi* (deficit theory), *yaşamdan kopma teorisi* (disengagement theory), *aktivite teorisi*, *süreklilik teorisi*, *alt-kültür teorisi*, *değişim (exchange) teorisi*, *feminist perspektif* ve *sosyal konstrüktivizm teorisi* gibi yaklaşımlar da bulunmaktadır.

Modigliani (1952) tarafından ortaya konulan *yaşam döngüsü teorisi* demografik dönüşüm ile ekonomik dönüşümü ilişkilendirmeye olanak tanımaktadır. Bu teoriye göre bir toplumun nüfus yapısı sadece tasarruf oranları üzerinde değil üretim ve tüketim kalıpları üzerinde de büyük bir etkiye sahiptir. Her birey yaşam döngüsü içinde önce net tüketim, daha sonra net üretim ve daha sonra ise yine net tüketim dizisini izlemektedir. Dolayısıyla bu teoriye göre insanlar çocukluk döneminde tüketici, yetişkinlik döneminde üretici, yaşlılık döneminde ise tekrar tüketici olmaktadır. Bu nedenle, insanların net tüketici oldukları yaşlılık döneminde yani negatif tasarruf döneminde yüksek bir yaşam kalitesine sahip olmaları için net üretim dönemi olan çalışma çağında *birikim* ve *tasarruf* yapmış olmaları gerekmektedir (Perkins ve diğerleri, 2001). Buradaki birikim ve tasarruf mali birikim ve tasarrufun yanında, beşeri sermaye birikimi olarak da gerçekleşebilmektedir. Yani bu teorik çerçeveye göre, bireyler net üretici oldukları yetişkinlik dönemlerinde kendi eğitim ve sağlıklarına yatırım yaparak beşeri sermaye birikimi ve tasarrufu ve mali birikim ve tasarruf yaparak, demografik dönüşüm sürecinde ölümlülük koşullarının iyileşmesi ile ortaya çıkan uzun yaşam süresini de göz önüne alarak net tüketici olacakları yaşlılık dönemlerine hazırlık yapmaktadır. Bu kapsamda, Lee ve Mason (1996), toplam tasarruf eğiliminin demografik dönüşümden etkilendiğine vurgu yapmaktadır. Bu yaklaşıma göre, demografik dönüşüm sürecinde genç bağımlılık oranının azalması ile birlikte demografik yatırımlar azalacağı için toplam tasarrufun artması beklenmektedir. Bu süreçte yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı artacağı için devletin sosyal güvence ağlarının varlığı daha da önem kazanmaktadır. Örneğin kurumsallaşmış bir refah toplumunda çalışan kişiler emeklilik dönemleri için birikim yapmaya ve bu birikimlerini çeşitli yollarda değerlendirmeye başlayacaklardır. Yaşam döngüsü teorisinin bu sürece ilişkin çıkarımı, bu varlık birikimlerinin kalan yaşam süresine *dağıtılarak* harcanacağına ilişkindir (Van Rijckeghem ve Üçer, 2009).

Caldwell (1976) tarafından ortaya atılan *varlık akışı teorisi*, kuşaklar arası etkileşimlerin kaynakların akış yönünü belirlediğini vurgulamaktadır. Bu teoride *varlık* kavramı (*wealth*), *gelir*

kavramından (*income*) farklı olarak bir kişinin başkasına sağladığı *para, mal, hizmet ve güvence* anlamında kullanılmaktadır. Bu nedenle, bu teorideki kavramsal çerçeve bazı yayınlarda *varlık akışları* (*wealth flows*) yerine *destek akışları* (*support flows*) olarak kullanılmıştır (Caldwell, 1982). Doğurganlık seviyesindeki farklılıkları açıklamak için kurgulanan varlık akışı teorisi, toplumdaki doğurganlıkla ilgili kararların aile içindeki varlık akışına göre şekillendiğini öne sürmektedir. Geleneksel toplumlarda net varlık akışı genç kuşaktan yaşlı kuşağa doğru gerçekleşmektedir. Sosyal devlet hizmetlerinin gelişmemiş olduğu bu toplumlarda bireysel çıkarlar değil ailesel çıkarlar ön planda olduğu için doğurganlık kararında gereksinim duyulan işgücü ile ebeveynlerin yaşlılık dönemlerindeki sosyal güvenlik gereksinimi ön plana çıkmaktadır. Modern toplumlarda ise, sosyal devlet örgütlenmesi altında her birey kurumsal olarak güvence altına alındığı için çocuğun ekonomik değeri daha düşüktür. Bu nedenle modern toplumlarda varlığın akış yönü *özgecil* (*altruistic*) bir biçimde ebeveynlerden çocuğa doğru gerçekleşmektedir. Bu durumda, doğurganlık kararında çocuğun yaşlılık döneminde güvence olarak görülmesi değil, daha çok duygusal ve psikolojik nedenler ön plana çıkmaktadır. Bu yaklaşımın saf ekonomik modellerden en önemli farkı, *değer sistemlerinin* kuşaklar arası varlık akışının yönünü, dolayısıyla doğurganlığı belirlediğini savunmasıdır (Kaplan ve Bock, 2001). Yaşam döngüsü teorisinde olduğu gibi varlık akışı teorisinde de modern toplumlarda yaşayan bireyler gençlik dönemlerinde beşeri sermayelerini artırarak ve birikim yaparak, yani *varlık birimi yaparak*, net tüketici oldukları yaşlılık dönemlerini garantiye almaya çalışmaktadır. Ancak, varlığın ebeveynlerden çocuğa doğru aktığı bu toplumlarda artan yaşam süresine yetecek kadar birikim yapılmasında sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle, Van Rijckeghem ve Üçer (2009) uzun yaşam beklentisinin bireyleri yaşlılık dönemi için gittikçe daha fazla tasarruf etmeye yönlendirdiğini vurgulamaktadır.

Genel anlamda modernleşme teorisinin temel savlarını ön plana çıkaran *yakınsama teorisine* göre, sanayileşme ve kentleşmenin arttığı toplumlarda hanehalkı büyüklüğü azalarak geniş aile yapıları çekirdek aileye dönüşmektedir (Goode, 1963). Bu yaklaşıma göre bugünün gelişmiş toplumlarının aile yapısında gözlenen değişim, gelişmekte olan ülkeler için de geçerli olacaktır. Modernleşme sürecinde sadece aile yapıları değil, aynı zamanda aile içi ilişkiler de etkilenecektir. Bu süreçte aile yapısının çekirdeklenmesi ve bireyselleşmenin artmasının bir sonucu olarak aile içindeki yaşlıların aile dışı kurumsal yapıların korumasına bırakılması süreci hızlanacak ve yaşlıların aile içindeki konumu ve işlevi hızla değişecektir. Yani, geleneksel olarak yaşlıların bakımı ve korunması konusunda tampon kurum niteliğinde olan aile giderek bu özelliğinden uzaklaşacaktır (Kalaycıoğlu ve diğerleri, 2003; Canpolat, 2008).

Bu alt bölümde, bu üç ana teori dışında kalan konu ile ilgili diğer teorilere de kısaca değinilecektir. *Eksiklik teorisine* göre 30 yaşından itibaren insanlarda bazı eksiklikler ortaya çıkmakta ve zaman içinde artan bu eksiklikler özellikle yaşlılık döneminde *randıman kaybına* yol açmaktadır. *Yaşamdan kopma teorisine*, yaşlanmanın kişinin kendisini toplumdaki soyutlanmasına yol açan doğal ve kaçınılmaz bir süreç olduğunu savunmaktadır. Ancak bu soyutlanma yaşlıların yeni durumlarına zaman içinde uyum sağlamaları ve toplumsal ve psikolojik destek mekanizmaları aracılığı ile oluşturulan tatmin olma duygusu ile azabilmektedir. *Aktivite teorisine*,

yaşamdan kopma yaklaşımının aksine aktif bir yaşlanmanın yaşama bağlılık yaratacağını savunmaktadır. Bu yaklaşıma göre, yaşlı insanların da en az genç insanlar kadar psikolojik ve toplumsal gereksinimleri bulunmaktadır. Bu nedenle, bu yaklaşım yaşlıların aile ortamından uzaklaştırılmaması gerekliliği üzerinde durmaktadır. *Süreklilik teorisi*, bireylerin yaşlılık dönemine uyum sağlamalarında ergenlik dönemlerindeki deneyimlerinin önemli olduğunu vurgulamaktadır (Quadagno, 1999; Kalaycıoğlu ve diğerleri, 2003; Canpolat, 2008).

7.3.2. Literatür

Dünyada yaşlanma sürecine giren veya girmek üzere olan ülke sayısının artması, yaşlılık ile ilgili çalışmaların sayı ve kapsam bakımından artmasına yol açmıştır. Yaşlılık üzerine yapılan çalışmaların daha çok yaşlıların sağlık durumu ile yaşlıların içinde buldukları psikolojik ve sosyolojik duruma ilişkin olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra, nüfusun yaşlanmasına ilişkin göstergelerin ele alındığı ya da nüfusun yaşlanmasının ekonomik sonuçlarının tartışıldığı çalışmaların da yoğun bir biçimde yapıldığı görülmektedir. Yaşlılık ile ilgili çalışmalar arasında yaşlıların yaşam kalitesine ilişkin çalışmaların da önemli bir yer tuttuğu görülmektedir. Bu çalışmalarda daha çok yaşam kalitesinin tanımı ve boyutları üzerinde durulmaktadır. Yaşlıların yaşam kalitesinin belirleyicileri üzerine yapılan çalışmaların ise oldukça sınırlı olduğu görülmektedir (Paskulin ve Molzahn, 2007). Yaşlıların yaşam kalitesine ilişkin olarak yapılan çalışmalarda yaşlıların fiziksel sağlık ve hareket yeteneklerinin yaşam kalitesinin en önemli belirleyicileri olduğu saptanmıştır. Noro ve Aro (1996), Finlandiya’da evinde bakım hizmeti alan yaşlılar ile diğer yaşlılar arasındaki yaşam kalitesi farklarını araştırdıkları çalışmalarında yaşlıların sağlık durumları ile hareket yeteneklerinin yaşam kalitesi üzerinde büyük etkisi olduğunu; evinde bakım alan yaşlıların diğer yaşlılara göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını bulmuşlardır. Bazı çalışmalarda ise, yaşlıların yaşam kalitesine etki eden faktörler arasında sağlık durumu ve hareket yetenekleri yanında sosyal destek ve sosyal iletişim ağlarının önemli olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmalarda, yaşlının ailesinden ve arkadaşlarından aldığı sosyal desteğin yaşam kalitesinin yükselmesinin önemli belirleyicilerinden olduğuna işaret edilmektedir (Paskulin ve Molzahn, 2007).

Aile yapısının yaşlının yaşam kalitesine etkisini inceleyen çalışmalarda ise, *varlık akışı teorisinin* önermelerinin başlangıç noktası olarak kullanıldığı görülmektedir (Tesch-Romer ve diğerleri, 2002; Chappel, 2003). Bu çalışmalarda, yaşlıların yaşam kalitesi ile aile yapıları arasındaki ilişkinin yaşlının içinde yaşadığı toplumun yaşlılığa ilişkin politikalarına bağlı olduğu belirtilmektedir. Ailelerin yaşlılara desteğinin kamunun konu ile ilgili olarak ayırdığı bütçeye bağlı olduğu vurgulanan bu çalışmalarda, kamu desteğinin sınırlı olduğu toplumlarda aile desteğinin arttığı; kamu desteğinin yüksek seviyede olduğu toplumlarda ise aile desteğinin azaldığına işaret edilmektedir. Bu savların sosyal devletin güçlü olduğu toplumlarda *destek* akışının ebeveynlerden çocuklara doğru olacağını öne süren varlık akışı yaklaşımının savları ile büyük bir benzerlik içinde bulunduğu görülmektedir. Ancak, Paskulin ve Molzahn (2007) sosyal devletin güçlü olduğu Kanada ile sosyal devlet örgütlenmesinin henüz tam olarak yerleşmediği Brezilya’da yaptıkları çalışmalarda aile yapısının yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen değişkenler

arasında bulunmadığını göstermiştir. Yaşam memnuniyetinin temel belirleyici olarak bulunduğu bu çalışmanın bulguları aile desteğinin her zaman yaşlının yaşam kalitesini artırmadığını göstermektedir.

Türkiye’de GEBAM (2004) tarafından Ankara’da yaşayan 1,300 yaşlı üzerinde yapılan bir çalışmada yaşam kalitesinin yaşlının fiziksel sağlık durumunun yanında yaşlının içinde bulunduğu sosyo-ekonomik koşullarla da ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada, yaşlıların refahı ve mutluluğunun sağlanmasında aile içi ilişkilerin önemli olduğu ancak aile yapısının yaşlı refahına etkisi olmadığı görülmüştür. Yalnız yaşayan yaşlıların aynı semtte yaşayan çocukları tarafından sıklıkla; başka yerlerde yaşayan akrabaları tarafından ise daha az sıklıkla ziyaret edildiğinin bulunduğu bu çalışmada sosyal dayanışma içinde olan bir toplumda yaşlının içinde yaşadığı aile ortamının yaşlı refahına doğrudan bir etkisi olmadığı belirtilmektedir (Terzioğlu ve diğerleri, 2004). Kalaycıoğlu ve diğerleri (2003) tarafından yapılan çalışmada ise, Türkiye’de aile yapısının kompozisyonel olarak çekirdekleştğine vurgu yapılarak, çekirdekleşen ailelerin kendilerinden ayrılan yaşlılar ile aynı semtte/sokakta/binada yaşamaya devam ederek geniş aile yapısını bu şekilde sürdürdükleri belirtilmektedir. Tayland’da yapılan ve odak grup görüşmeleri aracılığı ile bilgi toplayan bir başka çalışmada ise, aile yapısının çekirdekleşmesi sürecinde de yaşlıların çocuklarından destek beklediği bulunmuştur. Ancak bu çalışmada yaşlıların sahip oldukları çocuk sayısı ile yaşlıların yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunamamıştır (UNFPA, 1998).

Fiziksel sağlık, hareket yeteneği ve sosyal ilişkiler dışında yaşlıların yaşam kalitesine etki eden faktörler arasında yaşlıların mali durumunun da önemli olduğu gösterilmiştir (Low ve Molzahn, 2007). Kanada’da 432 yaşlı üzerine yapılan bu çalışmada yaşlının maddi durumunun yaşam kalitesini doğrudan etkilediği belirtilmektedir. Bunun yanında, bu çalışmada yaşlının sosyal çevresi tarafından kendisine verilen duygusal desteğin yaşam kalitesi üzerinde hem doğrudan hem de yaşamın anlamlı kılınması açısından dolaylı etkiye sahip olduğu görülmüştür.

Bu bulgulara ek olarak bu çalışmada yaşlıların içinde yaşadığı fiziksel çevrenin de yaşam kalitesi ile yakından ilişkili olduğu bulunmuştur. Bir başka çalışmada ise, yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında yaşlının psikolojik durumu, alışkanlıkları ve yaşam biçimini sürdürebilme olanaklarına sahip olması ile cinsel yaşamını devam ettirebilmesi gibi faktörlerin de yer aldığı gösterilmiştir (Paschoal ve diğerleri, 2008). Yaşlıların yaşam kalitesi üzerine yapılmış birçok çalışmada yaşlıların yaş, cinsiyet, medeni durum gibi temel özelliklerinin de önemli olduğu bulunmuştur. Türkiye’de Eser ve diğerlerinin (2010), WHOQOL-OLD’un Türkçe sürümünün güvenilirlik ve geçerliliğini test etmek için yaptıkları çalışmada, sağlık durumu iyi olmayan, ileri yaşlarda bulunan ve kadın olan yaşlıların yaşam kalitesinin azaldığı gösterilmiştir. Figueira ve diğerleri (2008) Brezilya’da yaşlılar üzerinde çalışmalarında yaşlının yaşlının, medeni durumunun ve cinsiyetinin yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu bulmuşlardır.

7.4. Türkiye’de Yaş ve Aile Yapısının Değişimi ve İlişkisi

7.4.1. Türkiye’de Yaş Yapısının Değişimi

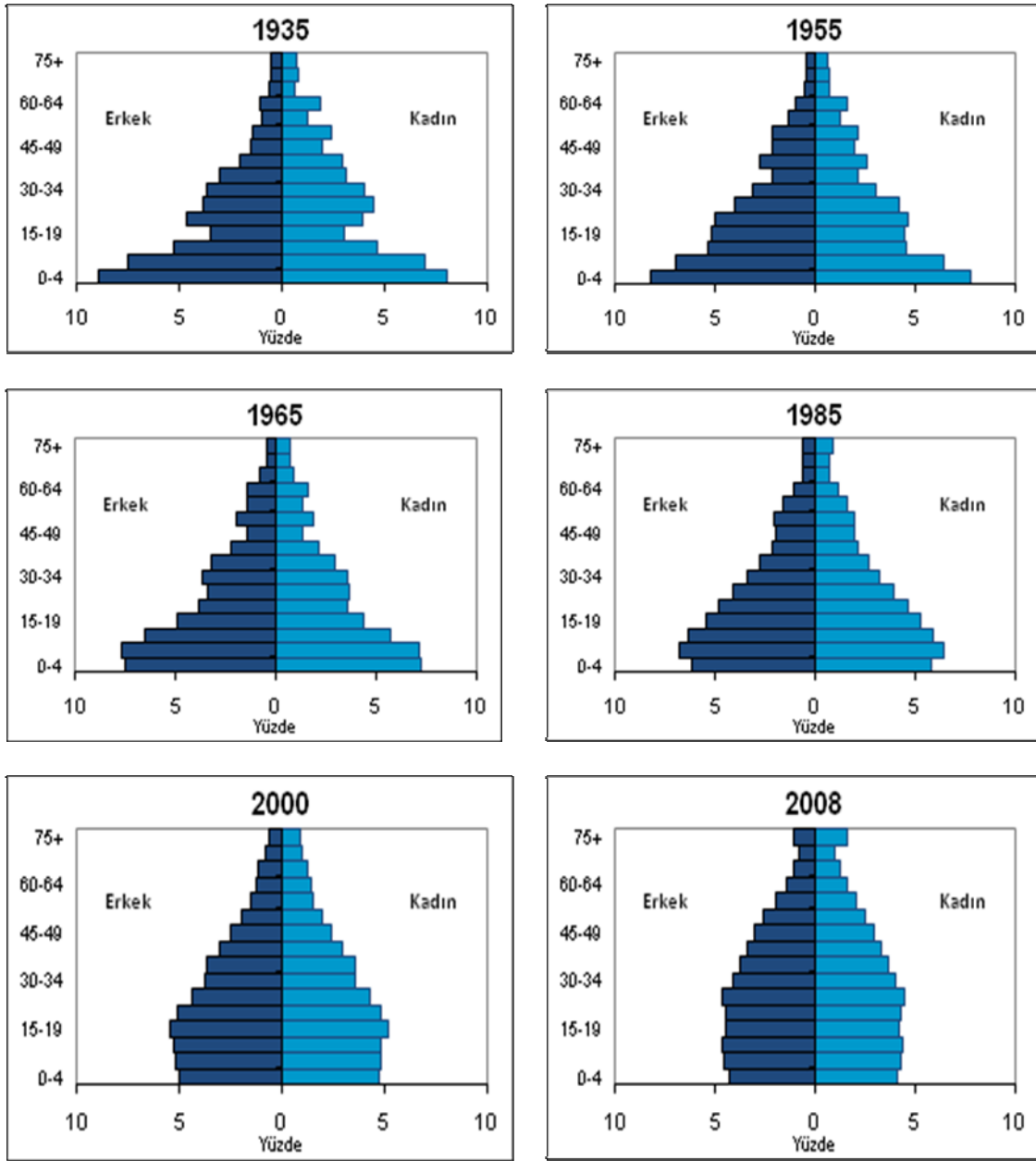
Nüfusun yaş yapısı, nüfusu belirleyen temel bileşenler olan doğurganlık, ölümlülük ve göçten doğrudan etkilenmektedir. Türkiye’de zaman içinde bu bileşenlerde önemli değişimler meydana gelmiştir. Türkiye nüfusunun yaş yapısının değişimine nüfus piramitleri aracılığı ile bakıldığında (Şekil 7.1), Türkiye’nin yüksek doğurganlık rejiminden düşük doğurganlık rejimine geçişini net olarak görmek mümkün olmaktadır. 1935 yılından başlayarak 1980’lere kadar sürekli olarak yüksek doğurganlık seviyesine işaret eden geniş tabanlı nüfus piramitleri olan Türkiye’nin, 1980’li yıllardan itibaren doğurganlık seviyesinde azalmayı işaret eden, tabanı gittikçe daralan nüfus piramitlerine sahip olduğu görülmektedir. 1985 yılı ve sonrasında 0-4 yaş grubunun toplam nüfus içindeki payı 5-9 yaş grubundan; 5-9 yaş grubunun payı da 10-14 yaş grubundan belirgin şekilde daha azdır. Bu durum, doğurganlık seviyesinin hızlı bir şekilde azaldığına işaret etmektedir. İkibinli yıllardan itibaren ise genç yaş gruplarının toplam nüfus içindeki paylarının birbirine oldukça yakın olduğu görülmektedir.

Şekil 7.1’de verilen nüfus piramitlerinden yola çıkarak Türkiye’deki ölümlülük seviyesinin değişimi hakkında da ipuçları elde etmek mümkündür. Yine 1980’lere kadar nüfus piramitlerinin tabandan başlayarak çok hızlı bir şekilde daraldığı gözlenmektedir. Bu durum, özellikle 1935-1965 döneminde Türkiye’deki ölümlülük koşullarının ağırlığına dikkatimizi çekmektedir. 1980’li yıllardan sonra ise nüfus piramitlerindeki hızlı daralmanın yavaş yavaş ortadan kalktığını; 2000’li yıllardan itibaren ise nüfus piramitlerinin ileri yaşlara doğru artık daha da yavaş olarak daraldığı görülmektedir (Şekil 7.1). Bu gelişmeler Türkiye’de sadece ileri yaş gruplarında değil, tüm yaş gruplarında ölüm hızlarının düşmeye başladığını göstermektedir. Türkiye’de ölüm hızlarının azaldığını gösteren bir başka gelişme ise 65 ve daha üstü yaşlara ulaşabilen nüfusun payının zaman içinde artmasıdır. 1975 yılına kadar nüfusun ancak yüzde 3-4’ü 65 ve üstü yaşlarda iken, günümüzde bu oranın yüzde 7’nin üzerine çıktığı görülmektedir. Cumhuriyetin yüzüncü yılı olan 2023’de ise yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının yüzde 9’a yükselmesi beklenmektedir (Şekil 7.2).

Türkiye nüfusunun yaş yapısının değişimine geniş yaş grupları temelinde bakıldığında (Şekil 7.2), üç önemli dönüşüm göze çarpmaktadır. Bunlardan birincisi, daha önce de vurgulandığı gibi, Türkiye nüfusunun doğurganlık seviyesindeki azalmanın ve ölümlülük koşullarındaki iyileşmenin bir sonucu olarak zaman içinde *genç nüfus yapısına* sahip olmaktan çıkarak gittikçe *yaşlı nüfus yapısına* dönüşmesidir. İkincisi, 15 yaşından küçük olan nüfusun payının, yine özellikle doğurganlık seviyesindeki azalmanın bir sonucu olarak, zaman içinde azalmasıdır. Türkiye’de 1935 yılında nüfusun yüzde 41’ini oluşturan bu nüfus grubu, 2008 yılında yüzde 26 seviyesine gerilemiştir. Bu nüfus grubunun payı 2023 yılında yüzde 22 seviyesine inecektir. Bu gelişme Türkiye’nin *genç nüfus* özelliğini kaybetmekte olduğunu bir kez daha göstermektedir. Üçüncü gelişme ise, çalışma çağındaki nüfusu oluşturan 15-64 yaş nüfusunun zaman içindeki artışıdır. Bu artışta erken dönem ölüm hızlarının azalmasının

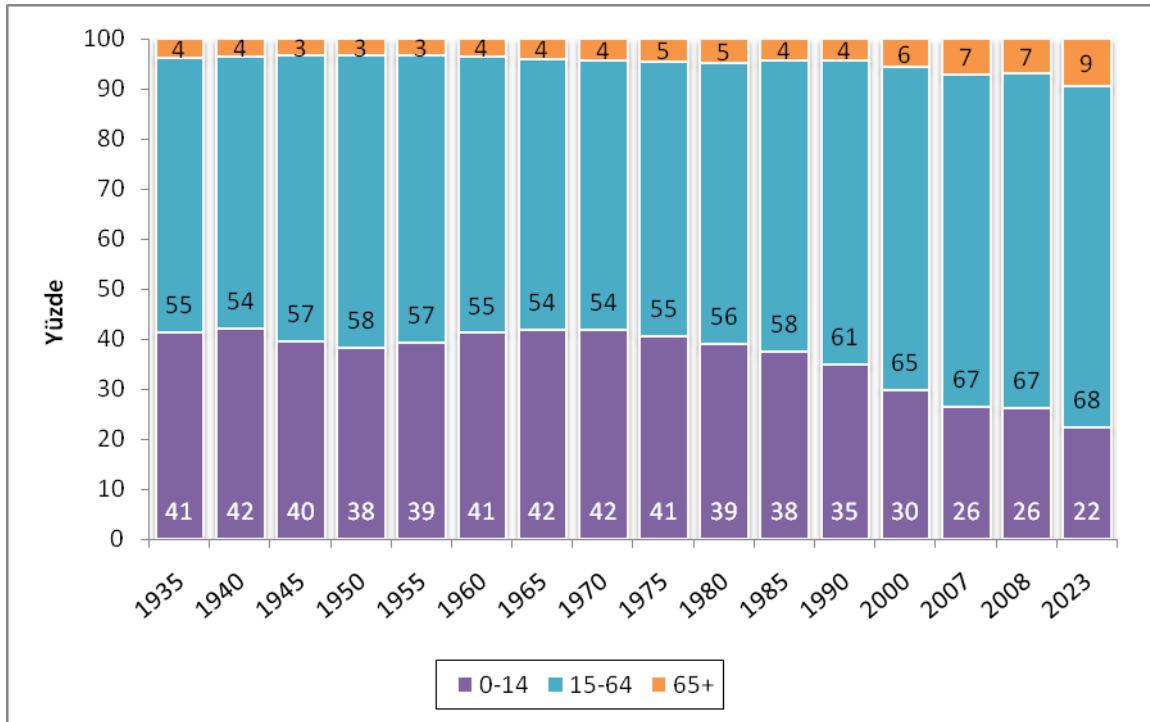
etkisinden daha çok yüksek doğurganlık koşullarının hüküm sürdüğü yıllarda doğan nüfus gruplarının çalışma çağına girmeleri, yani *nüfus momentumu* rol oynamaktadır. Çalışma çağı nüfusunun hızlı bir şekilde artması ekonomik gelişme için fırsat yarattığı kadar, oluşturacağı istihdam baskısı nedeniyle aynı zamanda risk de yaratmaktadır (Koç ve diğerleri, 2010). Ekonomik ve sosyal olarak risk yaratması beklenen başka bir demografik unsur da, daha önce de vurgulandığı gibi, yaşanan demografik dönüşümün bir sonucu olarak Türkiye’de yaşlı nüfusun hızlı bir şekilde artmasıdır.

Şekil 7.1. Nüfusun yaş yapısının değişimi, 1935-2008



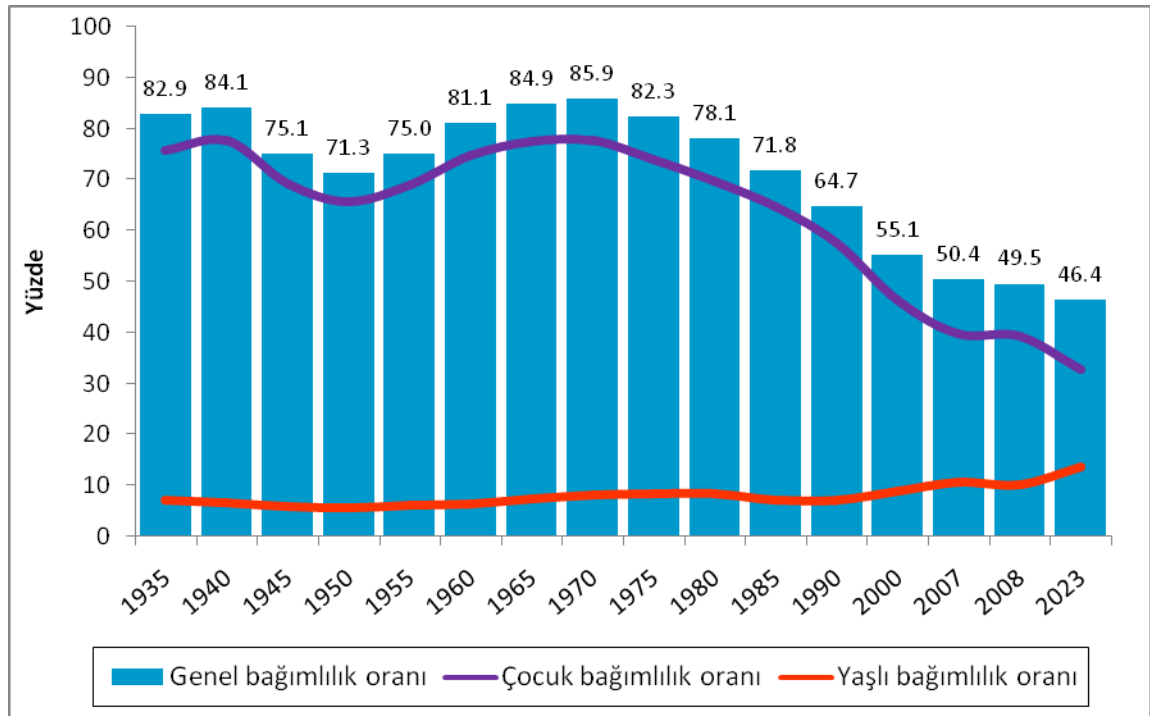
Kaynak: Koç ve diğerleri, 2010

Şekil 7.2. Nüfusun geniş yaş gruplarına göre değişimi, 1935-2023



Kaynak: Koç ve diğerleri, 2010

Şekil 7.3. Bağımlılık oranlarının değişimi, 1935-2023



Kaynak: Koç ve diğerleri, 2010

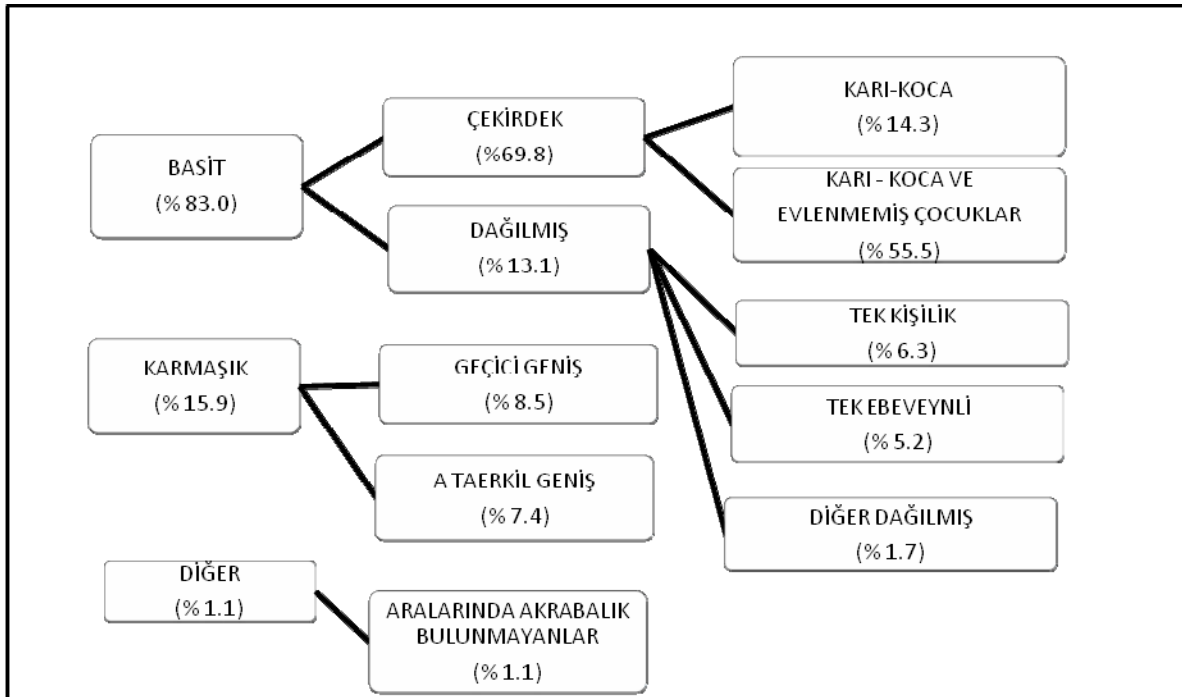
Şekil 7.3'te verilen bağımlılık oranlarındaki değişime bakıldığında, çalışma çağı nüfusu üzerindeki bağımlılık baskısının zaman içinde azaldığı görülmektedir. Her 100 çalışma çağındaki nüfusa 1985 yılına kadar sürekli olarak 70'in üzerinde bir nüfus düşerken günümüzde genel

bağımlılık oranının 50'ye düştüğü görülmektedir. Yapılan nüfus projeksiyonları önümüzdeki dönemde genel bağımlılık oranının düşmeye devam edeceğini göstermektedir. Bu durum, genel bağımlılık oranının düşmesinde doğurganlık seviyesindeki azalmanın önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Genel bağımlılık oranının bileşenlerinden birisi olan çocuk bağımlılık oranının azalmakta olduğu; buna karşın yaşlı bağımlılık oranının tedrici de olsa arttığı görülmektedir. 2025 yılı sonrası için yapılan nüfus projeksiyonları, doğurganlık seviyesindeki düşüşün bir sonucu olarak azalma eğilimi içinde bulunan genel bağımlılık oranının yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının daha da artmasının bir sonucu olarak dengeleneceğini ve zamanla artış eğilimi içine gireceğini göstermektedir (TÜİK, 2009).

7.4.2. Türkiye'de Aile Yapısının Değişimi

Bu alt bölümde öncelikle TNSA-2008'den elde edilen aile yapısı tartışılacak daha sonra ise Türkiye'deki aile yapısının değişimi ele alınacaktır. Şekil 7.4'de TNSA-2008'den elde edilen aile yapısı verilmektedir. Bu sonuçlar Türkiye'de çekirdek aile oranının yüzde 70'lere ulaştığını göstermektedir. Bu aile içinde eşler ve evlenmemiş çocuktan oluşan klasik çekirdek ailelerin payının halen oldukça yüksek olduğu (yüzde 56) görülmektedir. Sadece eşlerden yani karı ve kocadan oluşan çekirdek ailelerin payı ise yüzde 14 seviyesindedir. Geniş aile yapısının toplam içindeki oranının yüzde 16 seviyesinde olduğu görülmektedir. Bu aile içinde geçici geniş ailelerin oranı, ataerki ailelerin oranından daha yüksektir. Dağılmış aile oranının yüzde 13 olduğu görülmektedir. Bu aile içinde özellikle son yıllarda önemli bir artış eğilimi içinde bulunan tek kişilik ve tek ebeveynli ailelerin önemli bir yer tuttuğu görülmektedir. Türkiye'de aralarında akrabalık ilişkisi bulunmayan kişilerin yaşadığı hanehalklarının oranı ise yüzde 1'in hemen üzerindedir.

Şekil 7.4. Hanehalkı yapısının yüzde dağılımı, Türkiye 2008



Kaynak: Yazarlar tarafından TNSA-2008 verileri kullanılarak hesaplanmıştır.

Aile yapısının zaman içindeki değişimi iki aşamalı olarak ele alınacaktır. İlk aşamada Şekil 7.4’de verilen sınıflama korunarak 1978, 1998 ve 2008 verilerinden elde edilen sonuçlar tartışılacaktır. İkinci aşamada ise 1968-2008 dönemindeki tüm demografik araştırmalardan elde edilen sonuçlar dörtlü bir aile yapısı sınıflaması (çekirdek, geçici geniş, ataerkil geniş ve dağılmış) çerçevesinde tartışılacaktır. Tablo 7.1’de görüldüğü gibi, Türkiye’de çekirdek aile ve dağılmış ailenin yaygınlığı artmakta; geniş ailenin yaygınlığı ise azalmaktadır. Dağılmış aile oranının son 30 yılda iki katına yakın arttığı görülmektedir. Günümüzde yüzde 70 seviyesinde olan çekirdek aile oranının 1978 yılında yüzde 58 seviyesinde olduğu görülmektedir. Çekirdek aile oranının artışında özellikle sadece eşlerden oluşan aile yapısındaki artışın önemli bir katkısı olduğu görülmektedir. Sadece eşlerden oluşan karı-koca ailesindeki bu artış temel olarak evlilik içi doğurganlığın ertelenmesi ve yaşam beklentisinin artmasının bir sonucudur. Dağılmış aileye bakıldığında, özellikle tek kişilik hanelerdeki önemli artış dikkati çekmektedir. Son otuz yılda tek kişilik aile oranının iki kattan daha fazla arttığı görülmektedir. Tek ebeveynli hanelerde de artış eğilimi devam etmektedir. Tek kişilik hanelerdeki artışın nüfusun yaşlanması ve genç işgücünün göç etmesi süreci ile; tek ebeveynli hanelerdeki artışın ise boşanma hızlarının artması ile ilişkisi olabilir.

Tablo 7.1. Türkiye’de aile yapısının değişimi, 1978, 1998 ve 2008

Aile yapısı	1978 ¹	1998 ²	2008 ³
Çekirdek	58.0	68.2	69.8
<i>Karı-koca</i>	8.2	13.5	14.3
<i>Karı-koca-evlenmemiş çocuk</i>	49.8	54.7	55.5
Geniş	33.9	19.5	15.9
<i>Geçici geniş</i>	14.6	9.1	8.5
<i>Ataerkil geniş</i>	19.3	10.4	7.4
Dağılmış	8.1	12.3	14.3
<i>Tek kişilik</i>	2.9	5.2	6.3
<i>Tek ebeveynli</i>	4.7	5.0	5.2
<i>Diğer</i>	0.5	2.1	2.8
Toplam	100.0	100.0	100.0
Sayı	5137	8059	10491

Kaynaklar: ¹Koç, 1999; ²Yavuz, 2004;

³Yazarlar tarafından TNSA-2008 verileri kullanılarak hesaplanmıştır.

Tablo 7.2’de 1968-2008 döneminde gerçekleştirilen demografik araştırmalardan elde edilen aile yapılarının yüzde dağılımı dört kategorili aile sınıflamasına göre verilmektedir. Zaman içinde aile yapılarının yüzde dağılımında dalgalanmalar görülmektedir. Bu dalgalanmalar bir kenara bırakılırsa genel eğilimin çekirdek aile ve dağılmış aile yaygınlığının artması; geniş aile yapısının özellikle de ataerkil geniş ailenin yaygınlığının azalması şeklinde olduğu görülmektedir. Son 40 yılda, çekirdek aile oranı yüzde 17 artmış; geniş aile ise yarı yarıya azalmıştır. Geniş aile

yapısının alt kategorilerine bakıldığında, azalmanın geçici geniş aile için yüzde 35; ataerkil geniş aile için yüzde 61 seviyelerine kadar yükseldiği görülmektedir.

Tablo 7.2. Türkiye’de aile yapısının değişimi, 1968-2008

Yıllar	Çekirdek	Geçici geniş	Ataerkil geniş	Dağılmış	Toplam
1968 ¹	59.7	13.1	19.0	8.3	100.0
1973 ²	59.0	14.4	18.0	8.6	100.0
1978 ³	58.0	14.6	19.3	8.1	100.0
1983 ⁴	61.6	12.8	15.1	10.5	100.0
1988 ⁵	63.4	11.2	14.3	11.1	100.0
1993 ⁵	67.6	12.8	10.7	8.9	100.0
1998 ⁶	68.2	9.1	10.4	12.3	100.0
2003 ⁷	69.3	9.1	6.9	14.7	100.0
2008 ⁸	69.8	8.5	7.4	14.3	100.0

Kaynaklar: ¹Timur, 1972; ²Kunt, 1978; ³Hancıoğlu, 1985; ⁴Ünal, 1986;

⁵Koç, 1999; ⁶Yavuz, 2004; ⁷Canpolat, 2008;

⁸Yazarlar tarafından TNSA-2008 verileri kullanılarak hesaplanmıştır.

TNSA-2008’den bölgelere göre aile yapılarının dağılımına bakıldığında (Tablo 7.3), Güney’de çekirdek aile oranının diğer bölgelere göre daha yüksek (yüzde 74) olduğu görülmektedir. Batı’da yüzde 71 seviyesinde olan çekirdek ailenin oranı, Kuzey’de yüzde 62 seviyesine gerilemektedir. Geniş ailenin en çok yaygın olduğu bölgenin yüzde 24 ile Kuzey; en az yaygın olduğu bölgenin ise yüzde 13 ile Batı ve Güney bölgeleri olduğu görülmektedir. Batı’da dağılmış aile oranının yüzde 16; Doğu’da yüzde 10 olduğu görülmektedir. Batı’da özellikle tek kişilik ve tek ebeveynli hanelerin yaygınlığı dikkati çekmektedir. Bu bölgede geniş ailenin oranının düşük; çekirdek ve dağılmış ailelerin oranının yüksek olması, bu bölgenin sosyoekonomik olarak en gelişmiş bölge olması ile ilişkilidir. Yerleşim yerlerine göre bakıldığında, kentsel yerleşim yerlerinde çekirdek ve dağılmış aile oranlarının yüksek; geniş aile oranının ise düşük olduğu görülmektedir. Buna karşın kırsal yerleşim yerlerinde özellikle geniş ailenin daha yaygın olduğu gözlenmektedir. Kırsal alanlarda tek kişilik hanelerin yüzde 8 seviyesine ulaştığı görülmektedir. Bu durum, kırsal alanlardan kentsel alanlara doğru yaşanan iç göç sürecinde geride kalan yaşlılar ile açıklanabilir.

Bölgelere göre aile yapılarının dağılımındaki değişime 1998-2008 dönemi için bakıldığında, tüm bölge ve yerleşim yerlerinde istisnasız olarak çekirdek aile ve dağılmış ailenin yaygınlığında artma; geniş ailenin yaygınlığında ise azalma görülmektedir. Ancak, özellikle Doğu’daki ve kırsal yerleşim yerlerindeki aile yapılarının dağılımının değişimi dikkati çekmektedir. Doğu’da çekirdek ailenin oranı yüzde 61’den yüzde 67’ye yükselmiş; geniş aile oranı ise yüzde 30’dan yüzde 22’ye düşmüştür. Benzer bir gelişme kırsal alanlar için de geçerlidir. Kırsal alanlarda çekirdek aile oranı yüzde 58’den yüzde 63’e yükselmiş; geniş aile oranı ise yüzde 29’dan yüzde 24 seviyesine gerilemiştir. Bu gelişmeler ile birlikte Kuzey’deki geniş aile oranının azalması da dikkati çekmektedir. Bir başka dikkati çeken nokta, geniş aile

yapısında görülen bu azalmaların değişmeye daha çok dirençli olması beklenen ataerkil aile yapısında görülmesidir.

Tablo 7.3. Türkiye’de bölge ve yerleşim yerine göre aile yapısının değişimi, 1998 ve 2008

Aile yapısı	Batı	Güney	Orta	Kuzey	Doğu	Kent	Kır
1998¹							
Çekirdek	71.7	72.8	65.2	61.4	61.2	72.8	58.1
<i>Karı-koca</i>	15.0	12.5	15.1	12.6	7.5	12.9	14.7
<i>Karı-koca-evlenmemiş çocuk</i>	56.7	60.3	50.1	48.8	53.7	59.8	43.4
Geniş	14.0	16.4	21.9	29.3	30.0	14.0	31.2
<i>Geçici geniş</i>	8.0	8.0	9.5	11.5	11.8	7.4	12.8
<i>Ataerkil geniş</i>	6.0	8.4	12.4	17.8	18.2	6.6	18.4
Dağılmış	14.4	11.0	12.7	9.2	8.9	13.2	10.7
<i>Tek kişilik</i>	6.5	3.9	5.9	3.8	3.5	5.3	5.1
<i>Tek ebeveynli</i>	5.5	4.6	4.4	4.0	4,2	5.4	4.5
<i>Diğer</i>	2.4	2.5	2.4	1.4	1.2	2.5	1.1
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Sayı	3356	1142	1884	590	1086	5497	2562
2008²							
Çekirdek	71.2	74.1	68.7	61.7	67.4	72.3	62.5
<i>Karı-koca</i>	15.1	14.0	15.7	17.6	8.0	13.0	18.1
<i>Karı-koca-evlenmemiş çocuk</i>	56.1	60.2	53.0	44.4	59.4	59.4	44.1
Geniş	12.8	13.4	17.1	24.2	22.3	13.1	24.3
<i>Geçici geniş</i>	7.4	8.2	9.0	11.4	9.8	7.6	11.2
<i>Ataerkil geniş</i>	5.4	5.1	8.1	12.9	12.4	5.5	13.1
Dağılmış	16.0	12.5	14.2	14.1	10.3	14.6	13.2
<i>Tek kişilik</i>	7.5	5.4	6.3	6.7	3.1	5.9	7.5
<i>Tek ebeveynli</i>	5.7	4.7	4.6	4.9	4.9	5.6	4.0
<i>Diğer</i>	2.9	2.3	3.2	2.4	2.4	3.1	1.7
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Sayı	4764	1284	2315	731	1397	7848	2643

Kaynaklar: ¹Yavuz,2004;

²Yazarlar tarafından TNSA-2008 verileri kullanılarak hesaplanmıştır.

7.4.3. Aile Yapısı ve Yaş Yapısı İlişkisi

Aile yapısı ile aileyi oluşturan üyelerin yaş yapısı arasındaki ilişkiye bakıldığında (Tablo 7.4), çocuk nüfusun en yüksek orana sahip olduğu ailenin geniş aile (yüzde 28); yaşlı nüfusun en yüksek orana sahip olduğu ailenin ise dağılmış aile (yüzde 17) olduğu görülmektedir. Dağılmış ailenin, aynı zamanda, en düşük oranda çocuk nüfusu ve en yüksek oranda çalışma çağındaki nüfusu barındıran aile (sırası ile yüzde 12 ve yüzde 71) olduğu da görülmektedir. Dağılmış aile altında sınıflanan tek kişilik hanehalklarına bakıldığında, bu hanelerde yaşayanların yaklaşık yüzde 44’ünün yaşlı olduğu görülmektedir. Yaşlı nüfusun payı genel olarak çekirdek ailede en düşük olmasına karşın, bu aile yapısının altında yer alan karı-koca ailesinde yaşlıların payı yüzde

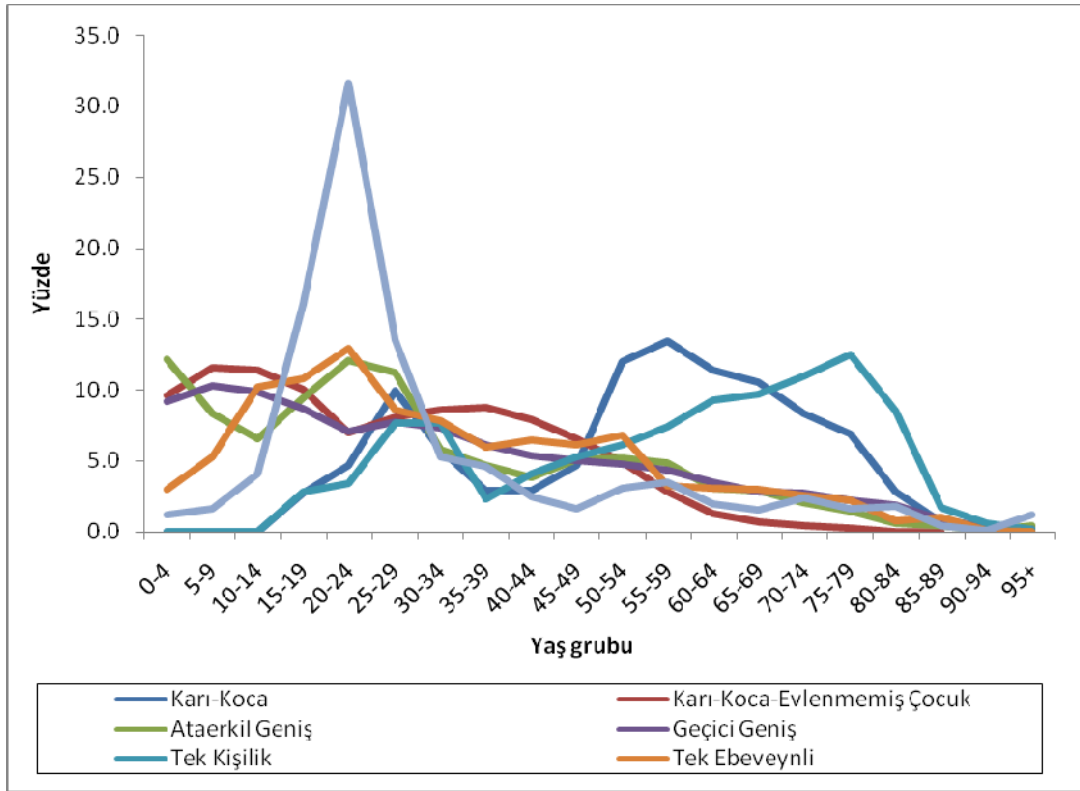
29 seviyesine yükselmektedir. Geniş aile yapısında, Türkiye ortalamasının üzerinde yer alan bir oranda (yüzde 9) yaşlı nüfus bulunmaktadır. Yaşlı nüfusun payı geçici geniş ailede biraz daha yükselerek yüzde 11 seviyesine ulaşmaktadır. Çocuk nüfusun en yüksek oranda yer aldığı aile yapısının geniş aile olduğu görülse de ayrıntılı olarak bakıldığında, karı-koca ve evlenmemiş çocuklardan oluşan klasik çekirdek aile içinde çocuk nüfusun oranının yüzde 33'e yükseldiği görülmektedir.

Aile yapısına göre hanehalkı üyelerinin yaş ortalamalarına bakıldığında yukarıdaki bulguları doğrular nitelikte yeni bulgular elde edilmektedir. Türkiye'deki hanehalkı nüfusunun ortalama yaşı 30.2'dir. Buna karşılık, yaşlı nüfusun payının en yüksek olduğu tek kişilik hanelerde ortalama yaş en yüksek (56.6); yaşlı nüfusun payının en düşük olduğu klasik çekirdek ailede ise en düşüktür (26.2). Yaşlı nüfusun aile yapısına göre yüzde dağılımına bakıldığında ise, önemli bir bölümü karı-koca ailesinden olmak üzere, yaşlı nüfusun yaklaşık yarısının çekirdek ailede; önemli bir bölümü geçici geniş ailede olmak üzere üçte birinden fazlasının ise geniş ailede yaşadığı görülmektedir. Toplam hanehalkları içinde sadece yüzde 5'lik bir paya sahip olan tek kişilik hanelerde ise yaşlı nüfusun yüzde 12'sinin yaşadığı dikkati çekmektedir (Tablo 7.4).

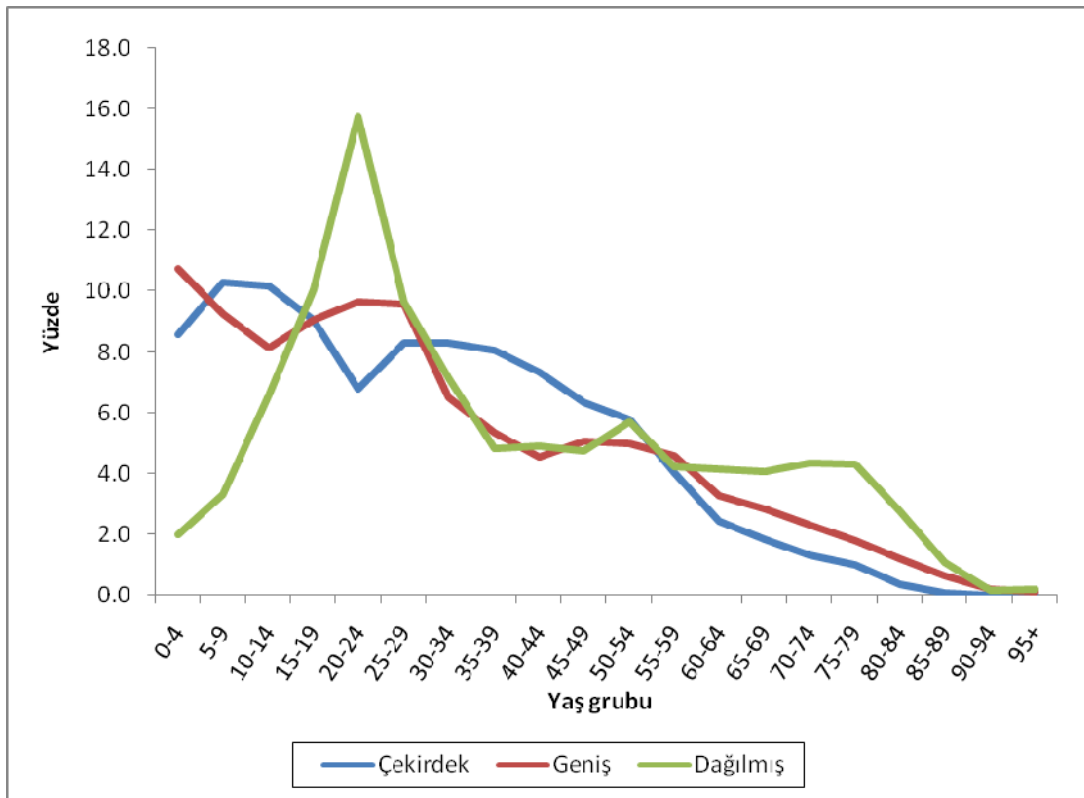
Tablo 7.4. Türkiye'de aile yapılarına göre geniş yaş gruplarının dağılımı ve ortalama yaş, Türkiye 2008

Aile yapısı	0-14	15-64	65 ve +	Toplam	Sayı	Ortalama yaş	Yaşlı nüfusun dağılımı
Çekirdek	20.9	66.3	4.7	100.0	7328	29.2	46.7
<i>Karı-koca</i>	<i>0.0</i>	<i>70.6</i>	<i>29.4</i>	<i>100.0</i>	<i>1505</i>	<i>52.8</i>	<i>33.7</i>
<i>Karı-koca-e.çocuk</i>	<i>32.6</i>	<i>65.9</i>	<i>1.5</i>	<i>100.0</i>	<i>5823</i>	<i>26.2</i>	<i>13.0</i>
Geniş	28.1	62.7	9.2	100.0	1668	30.5	33.2
<i>Geçici geniş</i>	<i>29.3</i>	<i>59.8</i>	<i>10.9</i>	<i>100.0</i>	<i>889</i>	<i>31.6</i>	<i>18.8</i>
<i>Ataerkil geniş</i>	<i>27.0</i>	<i>65.3</i>	<i>7.6</i>	<i>100.0</i>	<i>779</i>	<i>29.5</i>	<i>14.4</i>
Dağılmış	11.9	71.2	16.9	100.0	1496	37.9	20.1
<i>Tek kişilik</i>	<i>0.0</i>	<i>56.1</i>	<i>43.9</i>	<i>100.0</i>	<i>662</i>	<i>56.6</i>	<i>11.5</i>
<i>Tek ebeveynli</i>	<i>18.5</i>	<i>71.8</i>	<i>9.7</i>	<i>100.0</i>	<i>542</i>	<i>33.4</i>	<i>6.0</i>
<i>Diğer</i>	<i>7.0</i>	<i>84.4</i>	<i>8.6</i>	<i>100.0</i>	<i>291</i>	<i>31.2</i>	<i>2.6</i>
Türkiye	27.4	65.8	6.7	100.0	10491	30.2	100.0

Şekil 7.5. Aile yapısına göre (7'li sınıflama) hanehalkı üyelerinin yaşlara göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008



Şekil 7.6. Aile yapısına göre (3'lü sınıflama) hanehalkı üyelerinin yaşlara göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008



Şekil 7.5 ve 7.6, aile yapısına göre hanehalkı üyelerinin beşerli yaş gruplarına göre yüzde dağılımını vermektedir. Daha ayrıntılı aile sınıflaması ile yaş yapısı arasındaki ilişkiyi gösteren Şekil 7.5'e bakıldığında, beş yaş altındaki nüfusun en yüksek olduğu aile yapılarının sırası ile ataerkil geniş, geçici geniş ve karı-koca-evlenmemiş çocuk aileleri olduğu görülmektedir. Bu durum bu aile yapılarında, özellikle de geniş ailelerde, yüksek bir doğurganlığa işaret etmektedir. Dağılmış aile yapısı içinde yer alan ve daha çok akrabalık ilişkisi bulunmayan kişilerin bir arada yaşadığı diğer dağılmış ailelerde 15-29 yaş grubundaki nüfusun büyüklüğü dikkat çekmektedir. Bu durum, bu hanelerde daha çok eğitim ve çalışma nedenleriyle bir araya gelmiş genç nüfusun yaşaması ile ilişkilidir. Geçici geniş ve tek ebeveynli hanelerde de bu yaş grubundaki genç nüfusun payının yüksek olduğu görülmektedir. Daha önceki bulguların bir teyidi olarak karı-koca ailesi ve tek kişilik hanelerde yaşlı nüfusun payı oldukça yüksektir. Aile yapısı ile yaş yapısı ilişkisini aile sınıflamasını 3 kategori altında göstererek inceleyen Şekil 6'ya bakıldığında, geniş ve çekirdek ailede çocuk nüfusun; dağılmış ailede ise genç ve yaşlı nüfusun payının yüksek olduğu bir kez daha görülmektedir.

7.4.4. Aile Yapısı ve Hanehalkında Yaşayan Yaşlı Sayısı

Türkiye'deki hanelerin büyük bir çoğunluğunda (yüzde 82) yaşlı bulunmamaktadır. Hanelerin yüzde 12'sinde sadece 1 yaşlı; yüzde 5'inde 2 yaşlı; sadece binde 1'inde ise 3 yaşlı bulunmaktadır (Tablo 7.5). Hanede bulunan yaşlı sayısına aile yapısına göre bakıldığında, daha önceki bulguları da teyit etmek üzere, geniş ailelerin yüzde 40'ında en az 1 yaşlının yaşadığı görülmektedir. Geçici geniş ve tek kişilik ailelerin neredeyse yarısında en az 1 yaşlı bulunmaktadır. Diğer taraftan, sadece karı ve kocadan oluşan aileler ile ataerkil geniş ailelerin yüzde 34-35'inde en az bir yaşlı olduğu görülmektedir. İki ve daha fazla yaşlının en yüksek oranda bulunduğu aile yapısının genel olarak geniş aile (yüzde 9), özel olarak da ataerkil geniş aile olduğu göze çarpmaktadır (yüzde 10). Geniş aileler dışındaki hiçbir aile yapısında ikiden daha fazla yaşlı bulunmamaktadır.

Türkiye'de hane başına ortalama olarak 0.229 yaşlı düşerken, çekirdek ailelerde bu ortalama 0.144'e düşmekte; dağılmış ailelerde 0.344'e; geniş ailelerde de ise 0.499'a yükselmektedir. Türkiye'deki hanelerin yaklaşık yüzde 56'sını oluşturan karı-koca-evlenmemiş çocuk ailesi dışında kalan tüm aile yapılarında ortalama yaşlı sayısının Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir. Özellikle karı-koca, ataerkil, geçici geniş ve tek kişilik hanelerde ortalama yaşlı sayısının Türkiye ortalamasının iki katına yakın ya da iki katından daha fazla olduğu dikkati çekmektedir. Türkiye'de hane başına düşen ortalama kadın yaşlı sayısı (0.124), ortalama erkek yaşlı sayısından (0.105) daha fazladır. Özellikle ataerkil geniş aile ile tüm dağılmış aile yapılarında ortalama kadın sayısının ortalama erkek sayısından daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 7.6). Tablo 7.6'daki bulgular dağılmış ailelerde yaşayan yaşlıların yaklaşık yüzde 80'ninin; geçici geniş ailede yaşayan yaşlıların ise yüzde 70'inin kadın olduğunu göstermektedir. Bu durum bu ailelerde sadece bir evlilik biriminin bulunması ve kadınların eşlerinden genel olarak daha genç ve hayatta olmaları ile ilişkili olabilir. Çekirdek aile ve ataerkil geniş ailede ise, beklendiği gibi, ortalama erkek yaşlı sayısı ortalama kadın yaşlı sayısından daha

fazladır. Bu durum ise, eşlerden her ikisinin de hayatta olması durumunda, erkeklerin yaşlı grupta eşlerinin ise yaşlı olmayan grupta olması ile açıklanabilir.

Tablo 7.5. Aile yapısına göre hanedeki yaşlı sayısı, Türkiye 2008

Aile yapısı	Yaşlı yok	1 yaşlı	2 yaşlı	3 yaşlı	Toplam	Sayı
Çekirdek	90.9	3.8	5.3	0,0	100.0	7328
<i>Karı-koca</i>	66.0	12.3	21.7	0.0	100.0	1505
<i>Karı-koca-evlenmemiş çocuk</i>	97.3	1.6	1.1	0.0	100.0	5823
Geniş	59.7	31.1	8.9	0.3	100.0	1668
<i>Geçici geniş</i>	54.6	37.0	8.0	0.3	100.0	889
<i>Ataerkil geniş</i>	65.4	24.2	10.0	0.4	100.0	779
Dağılmış	66.2	33.3	0.5	0.0	100.0	1496
<i>Tek kişilik</i>	55.5	44.5	0.0	0.0	100.0	662
<i>Tek ebeveynli</i>	73.2	26.0	0.7	0.0	100.0	542
<i>Diğer</i>	77.4	21.2	1.4	0.0	100.0	291
Türkiye	82.4	12.4	5.2	0.1	100.0	10491

Tablo 7.6. Aile yapısına göre ortalama yaşlı sayıları, 2008

Aile yapısı	Ortalama kadın yaşlı sayısı	Ortalama erkek yaşlı sayısı	Ortalama yaşlı sayısı
Çekirdek	0.055	0.089	0.144
<i>Karı-koca</i>	0.221	0.334	0.556
<i>Karı-koca-evlenmemiş çocuk</i>	0.012	0.026	0.038
Geniş	0.297	0.203	0.499
<i>Geçici geniş</i>	0.378	0.163	0.540
<i>Ataerkil geniş</i>	0.204	0.249	0.453
Dağılmış	0.273	0.070	0.344
<i>Tek kişilik</i>	0.345	0.101	0.445
<i>Tek ebeveynli</i>	0.222	0.054	0.276
<i>Diğer</i>	0.207	0.032	0.239
Türkiye	0.124	0.105	0.229

7.5. Yaşlıların Temel Özellikleri

7.5.1. Yaşlıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında (Tablo 7.7), Türkiye'deki yaşlıların ortalama olarak 73.2 yaşında olduğu görülmektedir. Yaşlıların yüzde 55'inin kadın; yüzde 45'inin ise erkek olduğu görülmektedir. Yaş arttıkça, bu yaş gruplarında kadınlar için beklenen yaşam beklentisinin erkeklerden daha yüksek olmasının bir sonucu olarak kadın yaşlı oranının daha da arttığı görülmektedir. Yaşlıların önemli bir bölümü, beklendiği gibi, hanehalkı reisi olarak beyan edilmiştir (yüzde 56). Yüzde 22'si hanehalkı reisinin eşi olan yaşlıların yüzde 17'si ise hanehalkı reisinin anne-babasıdır. Hanehalkı reisinin anne-babası olan yaşlıların oranı yaş ile birlikte artmakta ve yüzde 45 seviyesine yükselmektedir. Bu bulgu, yaşlılar arasında artan yaş ile birlikte hanehalkı reisi olanların yüzdesinin azalması ile birlikte düşünüldüğünde, hanedeki yaşlıların çok yaşlı olmaları ile birlikte hanehalkı reisliğini daha genç kuşaklara devrettiğini göstermektedir. Yaşlıların yüzde 62'sinin TNSA-2008 sırasında halen evli; yüzde 36'sının dul; yüzde 2 kadarının da ya hiç evlenmemiş ya da boşanmış olduğu görülmektedir. Halen evli olan yaşlıların oranı yaş arttıkça hızla azalmakta; boşanmış, hiç evlenmemiş ve özellikle dul olanların oranı ise artmaktadır.

Türkiye'deki yaşlı nüfusun yüzde 57'si okuryazardır. Yaşla birlikte azalan okuryazarlık seviyesi 85 ve üstündeki yaşlarda bulunan yaşlılarda yüzde 42 seviyesine gerilemektedir. Yaşlıların yarısının eğitimi yoktur. Ancak yüzde 39'u ilkokula devam etmiş olan yaşlıların geriye kalan yüzde 8'i ortaokula; sadece yüzde 3'ü ise lise ve üzerindeki bir eğitime devam etmiştir. Yaşlılar arasında yaş arttıkça eğitimi olmayanların payı artmakta; eğitime devam edenlerin payı ise azalmaktadır. Yüzde yirmilik nüfus gruplarına göre oluşturulmuş olan hanehalkı refah düzeyine göre bakıldığında, yaşlıların yarısından biraz fazlasının (yüzde 52) düşük ya da en düşük refah seviyesinde bulunan hanelerde yaşadığı görülmektedir. Yaşlıların ancak üçte biri (yüzde 30) yüksek ya da en yüksek refah seviyesinde bulunan hanelerde yaşamaktadır (Tablo 7.7).

Yaşlı nüfusun yüzde 60'ı kentsel yerleşim yerlerinde; yüzde 40'ı da kırsal yerleşim yerlerinde yaşamaktadır (Tablo 7.7). Kırsal yerleşim yerlerinde yaşlı nüfusun payı, yaşının yaşı arttıkça daha da yükselmektedir. Türkiye'de kırsal alanlarda yaşayan nüfusun toplam nüfus içindeki payının yüzde 27 olduğu düşünüldüğünde, kırsal alanlarda yaşayan yaşlı nüfusun payının oldukça yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Bölgelere göre bakıldığında, nüfusun bölgelere göre dağılımına uygun olarak yaşlıların yüzde 42'sinin Batı'da; yüzde 12'sinin Güney'de; yüzde 24'ünün ise Orta'da yaşadığı görülmektedir. Doğu'da yaşayan yaşlı nüfusun payı (yüzde 13), Doğu'nun toplam nüfus içindeki payından (yüzde 19) daha azdır. Kuzey'de ise tam tersi olarak bölgenin toplam nüfus içindeki payından (yüzde 7) daha yüksek seviyede yaşlı nüfus payı (yüzde 10) görülmektedir. Bu iki bölgeye ilişkin bu bulguların, Doğu'daki yüksek ölümlülük koşulları ile Kuzey'de ise bu bölgeden özellikle Batı'ya olan genç işgücü göçünün bir sonucu olarak yaşlıların geride bırakılması ile ilişkili olabilir.

Tablo 7.7. Yaşlıların yaş gruplarına göre temel sosyo-demografik özellikleri, Türkiye 2008

Temel Değişkenler	Yaş grubu			Toplam
	65-74	75-84	85 ve +	
Ortalama yaş	68.9	78.2	88.0	73.2
Cinsiyet				
Erkek	45.9	45.9	37.2	45.3
Kadın	54.1	54.1	62.8	54.7
Hanehalkı reisine yakınlık				
Kendisi	55.8	59.8	38.4	56.0
Eşi	27.7	14.7	3.5	21.8
Anne-babası	12.3	19.8	44.8	16.8
Eşin anne-babası	2.3	3.7	10.5	3.3
Diğer akrabası	2.0	2.0	2.9	2.2
Medeni durum				
Hiç evlenmemiş	0.7	1.0	1.7	0.9
Halen evli	70.5	53.5	25.0	62.0
Eşi ölmüş (Dul)	27.9	44.6	72.7	36.3
Boşanmış/ayrı yaşıyor	0.9	0.9	0.6	0.9
Okur yazarlık durumu				
Okur-yazar	61.3	51.5	41.9	56.8
Okur-yazar değil	38.7	48.5	58.1	43.2
Eğitim				
Eğitimi yok	45.1	55.4	68.6	50.0
İlkokul	41.7	35.7	27.3	38.8
Ortaokul	9.2	5.9	4.1	7.8
Lise ve üzeri	4.0	2.9	0.0	3.4
Hanehalkı refah seviyesi				
En düşük	27.7	28.5	32.0	28.2
Düşük	22.5	25.7	20.3	23.4
Orta	19.4	16.5	23.3	18.7
Yüksek	17.8	17.3	16.9	17.6
En yüksek	12.6	12.0	7.6	12.1
Yerleşim yeri				
Kent	60.0	60.2	54.7	59.7
Kır	40.0	39.8	45.3	40.3
Bölge				
Batı	40.4	45.3	37.8	41.8
Güney	12.4	9.3	7.6	11.1
Orta	24.7	21.4	26.7	23.8
Kuzey	9.8	11.6	9.3	10.4
Doğu	12.7	12.4	18.6	13.0
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0
Sayı	1640	894	172	2706

7.5.2. Yaşlıların Sosyo-Ekonomik Özellikleri

Yaşlıların sosyo-ekonomik özelliklerine Tablo 7.8 aracılığı ile bakıldığında, Türkiye’de yaşlı nüfusun yüzde 69’unun dolaysız ya da dolaylı emekli maaşı, yaşlılık aylığı, kira/faiz/ranttan elde edilen gelir ya da diğer bir geliri bulunduğu görülmektedir. Türkiye’de yaşlıların gelirlerinin kaynağına bakıldığında, en önemli gelir kaynağının emekli maaşı olduğu görülmektedir. Yaşlıların yüzde 36’sının dolaysız emekli maaşı yani kendi emekli maaşı; yüzde 15’inin ise dolaylı emekli maaşı, yani eşlerinden kalan emekli maaşı bulunmaktadır. Yaşlıların yüzde 13’ünün de yaşlılık aylığı aldığı dikkate alındığında, Türkiye’de yaşlıların yaklaşık yüzde 64’üne kamudan emekli maaşı ya da yaşlılık aylığı şeklinde bir transfer yapıldığı ortaya çıkmaktadır. Yaşlıların yüzde 2’sinin faiz-kira-rant geliri; geriye kalan yüzde 3’ünün de başta kendi çalıştıkları işten elde ettikleri gelir olmak üzere diğer bir geliri olduğu görülmektedir. Gelir kaynaklarının yaş ile birlikte değişime uğradığı görülmektedir. Örneğin, artan yaşla birlikte dolaysız emekli maaşı alan yaşlıların oranı azalmakta; dolaylı emekli maaşı ve özellikle yaşlılık aylığı alanların oranı ise artmaktadır. Yaşlıların yüzde 88’inin sağlık sigortası bulunmaktadır. Sağlık sigortası olan yaşlıların oranının yaşla birlikte azalması dikkati çekmektedir. Yaşlıların yüzde 37’si SSK; yüzde 15’i Emekli Sandığı; yüzde 21’i ise Bağ-Kur üzerinden sağlık sigortasına sahiptir. Yaşlıların sağlık sigortasında Yeşil Kart da önemli bir yer tutmaktadır (yüzde 14). Yaş arttıkça Yeşil Kart aracılığı ile sağlık sigortasına sahip olan yaşlıların oranı artmakta; diğer sistemler üzerinden sağlık sigortası olan yaşlıların oranı ise azalmaktadır. Bu durum, özellikle çok yaşlı nüfus için Yeşil Kart sisteminin önemli bir sağlık güvencesi sağladığını göstermektedir.

Yaşlıların yaşayan öz çocuk sayılarına bakıldığında, yaşlı nüfusun sadece yüzde 4’ünün yaşayan çocuğu bulunmadığı görülmektedir. Ortalama olarak 4.4 yaşayan çocuğu olan yaşlıların yüzde 19’unun 1-2; yüzde 38’inin 3-4; yüzde 22’sinin 5-6; yüzde 18’inin ise 7 ve daha fazla sayıda yaşayan çocuğu bulunmaktadır. Bu veriler yaşlıların çok küçük bir bölümünün 2 ve daha az sayıda çocuğa sahip olmakla sınırlı kaldığını, oldukça önemli bir bölümünün ise 3 ve daha fazla sayıda çocuğa sahip olduğunu göstermektedir. Yaşayan çocuğu olmayan ya da az sayıda yaşayan çocuğu olan yaşlıların daha genç kuşaklara mensup yaşlılar olduğu; çok sayıda yaşayan çocuğu olan yaşlıların ise daha çok eski kuşaklara mensup yaşlılar olduğu dikkati çekmektedir. Yaşlıların yaşayan çocuklarının nerede yaşadıklarına bakıldığında, yaklaşık yüzde 44’ünün yaşlılar ile aynı hanede yaşadıkları görülmektedir. Çocukları ile aynı evde yaşayan yaşlıların oranı 85 ve üstündeki yaşlılar arasında yüzde 57’ye çıkmaktadır. Bu durum, yaşlının yaşla birlikte azalan yaşam kalitesini dikkate alarak yaşlılar ve çocukları tarafından alınmış bir tedbir olarak yorumlanabilir. Diğer taraftan, yaşayan çocukların yüzde 19’unun aynı bina ya da sokakta; yüzde 18’inin aynı yerleşim yerinde; geriye kalan yüzde 15’inin ise yakın ya da uzak başka bir yerleşim yerinde yaşadıkları görülmektedir. Yaşlının rahatı, sağlığı ve ihtiyaçlarının karşılanması konusunda esas sorumluluğun kime ait olduğuna bakıldığında, bu sorumluluğun büyük oranda yaşlının kendisine ait olduğu (yüzde 61) görülmektedir. Yaşlı bakımında, büyük bir bölümü oğulların olmak üzere çocukların sorumluluğu yüzde 25; eşlerin sorumluluğu ise yüzde 10 civarındadır.

Tablo 7.8. Yaşlıların yaş gruplarına göre temel sosyo-ekonomik özellikleri, Türkiye 2008

Temel Değişkenler	Yaş grubu			Toplam
	65-74	75-84	85 ve +	
Gelir durumu				
Geliri var	66.0	74.5	72.1	69.2
Geliri yok	34.0	25.5	27.9	30.8
Gelirin kaynağı				
Geliri yok	34.0	25.5	28.1	30.8
Emekli maaşı (dolaysız)	39.0	34.8	18.1	36.3
Emekli maaşı (dolaylı)	12.6	17.9	19.3	14.8
Yaşlılık aylığı	8.7	17.3	29.2	12.9
Kira/faiz/rant	1.8	1.8	2.9	1.9
Diğer	3.9	2.7	2.3	3.4
Sağlık sigortası				
Yok	10.1	13.3	19.1	11.7
SSK	39.3	35.6	28.3	37.3
Emekli Sandığı	15.7	13.0	12.1	14.6
Bağ-Kur	21.3	21.6	13.9	20.9
Yeşil Kart	11.7	15.3	26.0	13.8
Diğer	2.0	1.2	0.6	1.6
Çocuk sayısı				
0	3.6	3.7	2.3	3.5
1-2	19.5	17.7	13.9	18.5
3-4	38.0	39.0	30.6	37.9
5-6	22.1	20.9	27.7	22.1
7 ve daha fazla	16.8	18.7	25.4	18.0
Ortalama çocuk sayısı	4.31	4.34	4.88	4.36
Çocukların yaşadığı yer				
Çocuğu yok	3.6	3.7	2.3	3.5
Aynı evde	44.3	41.9	57.0	44.3
Aynı bina ya da sokakta	18.3	21.0	10.5	18.7
Aynı yerleşim yerinde	18.1	19.5	15.7	18.4
Yakın bir yerleşim yerinde	9.3	8.7	8.1	9.1
Uzak bir yerleşim yerinde	5.6	5.0	5.8	5.4
Diğer bir ülkede	0.7	0.1	0.6	0.5
Yaşlıdan sorumlu olan kişi				
Kendisi	66.6	57.0	27.5	61.0
Eşi	12.4	5.7	4.1	9.7
Kızı	3.4	6.5	15.8	5.2
Oğlu	14.9	24.6	40.4	19.7
Gelini/damadı	1.5	4.4	4.7	2.7
Diğer	1.2	1.8	7.6	1.8
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0
Sayı	1640	894	172	2706

Yaşlının yaşı arttıkça yaşlının rahatı, sağlığı ve ihtiyaçları konusundaki sorumluluğun yaşlının kendisinden özellikle oğullara olmak üzere çocuklara kaydığı görülmektedir. Ölümlülük koşullarının ağırlaşması nedeniyle yaşlanma ile birlikte eşlerin yaşlı bakımındaki sorumluluğu azalmakta; diğer kişilerin özellikle gelin/damat gibi aileden kişilerin ve ücretli bakıcılar gibi aile dışı kişilerin ise sorumluluğu artmaktadır.

7.6. Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Belirleyicileri

Bu bölümde betimsel ve çok değişkenli analizler ile Türkiye'deki yaşlıların yaşam kalitesi ölçülmeye ve yaşlıların yaşam kalitesinin başta aile yapısı olmak üzere diğer değişkenlerle ilişkisine bakılacaktır. TNSA-2008 kapsamında yaşlı nüfusun yaşam kalitesini ölçmek için sorulan 14 sorunun betimsel analizleri yapılacak daha sonra da bu sorulardan yaşam kalitesi endeksi oluşturularak, bu endeksin aldığı değerler ile açıklayıcı diğer değişkenlerin ve özellikle de aile yapısının ilişkisi analiz edilecektir.

7.6.1. Yaşlıların Yaşam Kalitesi

Yaşlıların yaşam kalitesini ölçmek için TNSA-2008 kapsamında sorulan sorulardan ilki yaşlıların günlük faaliyetlerini etkileyecek düzeyde bir hastalık ya da özürlerinin olup olmadığı ve eğer varsa bu hastalık ya da özürün ne zamandan beri olduğudur. Tablo 7.9'da görüldüğü gibi, yaşlıların dörtte üçünün günlük yaşamlarını etkileyecek düzeyde bir hastalıkları ya da özürleri olmadığı; yüzde 25'i için ise olduğu beyan edilmiştir. Bir hastalık ya da özürü olduğu beyan edilen yaşlıların söz konusu sağlık sorununun ne zamandan beri olduğuna bakıldığında ise, bu sorunların önemli bir bölümünün son 10 yıl içinde ortaya çıkmış olduğu görülmektedir. Cinsiyete göre bakıldığında, kadın yaşlılar için erkek yaşlılara göre daha yüksek oranda bir sağlık sorunu beyan edildiği görülmektedir. Erkek yaşlıların yüzde 22'sinin; kadın yaşlıların ise yüzde 27'sinin günlük yaşamlarını etkileyecek düzeyde sağlık sorunu olduğu belirtilmiştir.

Tablo 7.9. Yaşlıların cinsiyete göre sağlık durumunun yüzde dağılımı, Türkiye 2008

Temel Değişkenler	Erkek	Kadın	Toplam
Hastalık/özür durumu			
Yok	78.3	73.1	75.4
0-4 yıldır var	9.6	11.0	10.4
5-9 yıldır var	5.0	6.3	5.7
10-14 yıldır var	3.2	5.4	4.4
15 ve daha fazla yıldır var	3.9	4.2	4.1
Yaşlının fiziksel durumu¹			
Yaşamı yatak ile sınırlı olan yaşlılar (%)	2.3	4.6	3.6
Yaşamı tekerlekli sandalye/koltuk ile sınırlı olan yaşlılar (%)	3.3	8.0	5.8
Yaşamı ev/kat/bahçe ile sınırlı olan yaşlılar (%)	19.4	29.8	25.1
Sayı	1226	1480	2706

¹Yaşamı yatak ile sınırlı olan yaşlıların yaşamlarının aynı zamanda tekerlekli sandalye/koltuk ve ev/kat/bahçe ile de sınırlı olduğu kabul edilmiştir.

Yaşlıların yüzde 4'ünün, sahip oldukları sağlık sorunları nedeniyle, yaşamlarının yatak ile; yüzde 6'sının tekerlekli sandalye/koltuk ile; yüzde 25'inin ise yaşadıkları fiziksel mekan (ev/kat/bahçe) ile sınırlı olduğu görülmektedir. Kadınların yaşadıkları sağlık sorunlarının erkeklere göre daha fazla olmasının bir sonucu olarak, daha yüksek oranda yatalak oldukları; tekerlekli sandalyeye ya da yaşadıkları fiziksel mekâna bağımlı oldukları görülmektedir. Yaşamı

yatak ile sınırlı olan kadınların oranı erkeklerden 2 kat; yaşamı tekerlekli sandalye ile sınırlı olan kadınların oranı erkeklerden 2.4 kat; yaşamı yaşadıkları fiziksel ortam ile sınırlı olan kadınların oranı erkeklerden 1.5 kat daha fazladır (Tablo 7.9).

Yaşlıların yaşam kalitesinin yaşa göre önemli farklılaşmalar gösterdiği görülmektedir (Tablo 7.10). 65-74 yaş grubunda olan yaşlıların yüzde 21'i için günlük yaşamlarını etkileyecek düzeyde sağlık sorunu olduğu beyan edilirken, bu oranın 75-84 yaş grubundaki yaşlılarda yüzde 28'e; 85 ve üstü yaşlardaki yaşlılar için ise yüzde 45'e yükseldiği görülmektedir. Yaşlılar için beyan edilen sağlık sorunlarının yaşla birlikte artmasının yanında, sağlık sorunun başlangıcının da yaş arttıkça yaşamın daha eski dönemlerine doğru gittiği görülmektedir.

Tablo 7.10. Yaşlıların yaş gruplarına göre sağlık durumunun yüzde dağılımı, Türkiye 2008

Temel Değişkenler	65-74	75-84	85 ve +	Toplam
Hastalık/özür durumu				
Yok	79.1	72.5	55.2	75.4
0-4 yıldır var	9.4	10.5	19.2	10.4
5-9 yıldır var	4.8	7.0	8.1	5.7
10-14 yıldır var	3.3	5.6	9.3	4.4
15 ve daha fazla yıldır var	3.4	4.4	8.1	4.1
Yaşlının fiziksel durumu¹				
Yaşamı yatak ile sınırlı olan yaşlılar (%)	2.0	4.0	15.1	3.6
Yaşamı tekerlekli sandalye/koltuk ile sınırlı olan yaşlılar (%)	3.8	6.7	20.3	5.8
Yaşamı ev/kat/bahçe ile sınırlı olan yaşlılar (%)	8.3	31.8	54.7	25.1
Sayı	1640	894	172	2706

¹Yaşamı yatak ile sınırlı olan yaşlıların yaşamlarının aynı zamanda tekerlekli sandalye/koltuk ve ev/kat/bahçe ile de sınırlı olduğu kabul edilmiştir.

Yaşlıların yaşam kalitesini belirlemek için TNSA-2008 kapsamında yaşlıların günlük ev içi ve ev dışı faaliyetlerini ne derece yapabildiklerini ölçen günlük yaşamın farklı boyutlarını ilgilendiren “yapabilirlik” soruları da sorulmuştur. Günlük yaşamın farklı boyutlarındaki yaşam kalitesini ölçmeye yönelik bu sorular iki grupta toplanabilir. Birinci gruptaki sorular ev içi faaliyetlerin yapılabilirliğini ölçmeye yöneliktir. Bu kapsamda yatağa yatmak ve kalkmak, giyinmek ve soyunmak, yiyecek yemek, banyo yapmak, yemek yapmak, ev işlerini yapmak ve tuvalete gitmek ve kullanmak gibi yaşamın zorunlu kıldığı günlük faaliyetler yer almaktadır. İkinci gruptaki sorular ev dışı faaliyetlerin (alışveriş yapmak, fatura yatırmak, bankaya, hastaneye gitmek gibi diğer ev dışı işler yapmak ve şehir dışına yolculuk yapmak) yapılabilirliğini ölçmeye yöneliktir. Bu sorulardaki yapabilirlik dereceleri “kolay yapabilir”, “zor yapabilir”, “yardımla yapabilir” ve “mümkün değil” olarak belirlenmiştir.

Tablo 7.11’de yaşam kalitesi göstergelerinin cinsiyete ve yapabilirlik derecesine göre yüzde dağılımları verilmektedir. Genel olarak bakıldığında, yaşlıların oldukça önemli bir bölümünün ev içi günlük faaliyetleri kolaylıkla yapabildiği görülmektedir. Ev içi günlük faaliyetler arasında “kolaylıkla yapılabildiği” en yüksek oranda beyan edilen faaliyetin yüzde 93 ile “yiyecek yemek” olduğu; en yüksek oranda “zor yapılabildiği” beyan edilen faaliyetin ise yüzde 18 ile “günlük ev işlerini yapmak” olduğu görülmektedir. En yüksek oranda “yardımla yapılabildiği” beyan edilen günlük ev içi faaliyetin ise “banyo yapmak” olduğu; yaşlıların hiç yapamadıkları en yüksek oranda beyan edilen ev içi günlük faaliyetlerin ise sırası ile yüzde 19 ve yüzde 16 ile “ev işlerini yapmak” ve “yemek yapmak” olduğu dikkati çekmektedir. Ev dışı faaliyetleri kolaylıkla yapabildiği beyan edilen yaşlıların oranı, ev içi günlük faaliyetleri kolaylıkla yapabildiği beyan edilen yaşlılar ile karşılaştırıldığında oldukça düşüktür. Yaşlıların ancak yüzde 60’ının kolaylıkla alışveriş yapabildiği; ancak yüzde 48’inin kolaylıkla fatura yatırmak, hastaneye gitmek vb. amaçlarla ev dışı işler yapabildiği; ancak yüzde 47’sinin kolaylıkla şehir dışı yolculuk yapabildiği görülmektedir. Söz konusu ev dışı faaliyetleri yardımla yapabildiği ya da hiç yapamadığı beyan edilen yaşlıların oranı, ev dışı işler yapmak ve şehir dışına yolculuk yapmak söz konusu olduğunda yüzde 40’lara kadar çıkabilmektedir.

Cinsiyete göre bakıldığında (Tablo 7.11), erkek yaşlıların hem ev içi hem de ev dışı günlük faaliyetleri kadın yaşlılara göre daha yüksek oranda “kolaylıkla yapılabilir” oldukları görülmektedir. Yaşlıların yaşam kalitesi göstergelerinin tamamı için geçerli olan bu durum özellikle ev dışı faaliyetlerde çok belirgindir. Ev dışı faaliyetleri hiçbir şekilde yapamayan kadınların oranı yüzde 50’lere kadar yükselirken, bu oran erkekler için yüzde 20’lerde kalmaktadır. Bunun kadar belirgin olmasa da ev içi günlük faaliyetleri kolaylıkla yapabilen erkeklerin oranının kadınlardan belirgin bir şekilde yüksek olduğu görülmektedir. Bunun tam tersi olarak, ev içi faaliyetleri zor ya da yardımla yapabilen kadınların oranının erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Kadınların aynı yaş grubundaki erkeklere göre ev içi ve ev dışı günlük faaliyetleri yapabilmelerinde daha dezavantajlı konumda olmaları, daha yüksek oranda günlük yaşamlarını etkileyecek düzeyde sağlık sorunlarına sahip olmaları ile ilişkili olabilir.

Tablo 7.12’de ev içi ve ev dışı günlük faaliyetlerin yapabilirlik derecelerine yani yaşlıların yaşam kalitesine yaşlıların yaşı temelinde bakılmaktadır. Yaş arttıkça yani yaşlılar “genç yaşlı (65-74)” grubundan “çok yaşlı (85 ve +)” grubuna geçiş yaptıkça ev içi ve ev dışı günlük faaliyetleri kolaylıkla yapabilmelerinde belirgin bir azalma gözlenmektedir. Yaşlıların en yüksek oranda kolaylıkla yapabildiği beyan edilen yemek yemeye bakıldığında, 65-74 yaş grubundaki yaşlıların yüzde 96’sı tarafından kolaylıkla yapılabilen bu faaliyetin oranının 75-84 yaş grubundaki yaşlılar için yüzde 91’e; 85 ve üstündeki yaşlılar için ise daha da hızlı bir azalma ile yüzde 76’ya kadar gerilediği görülmektedir. Kolaylıkla banyo yapabilme oranlarına bakıldığında, 65-74 yaş grubunda yüzde 85 olan bu oranın, en yaşlı grupta yüzde 34 seviyesine düştüğü görülmektedir. Ev dışı faaliyetlerde de benzer bir yapı görülmektedir. Fatura yatırmak, bankaya/hastaneye gitmek gibi ev dışı işleri kolaylıkla yapabilen yaşlıların oranı 65-74 yaş grubundaki yaşlılar için yüzde 64 iken, bu oran 75-84 yaş grubundaki yaşlılar için yüzde 39’a; 85

ve üstü yaşlardaki yaşlılar için ise yüzde 13'e düşmektedir. Yaş arttıkça ev içi günlük faaliyetleri zorlukla ya da yardımla yapabilme oranlarının; ev dışı faaliyetleri ise hiç yapamama oranlarının ciddi şekilde yükseldiği görülmektedir. Bu durum, yaşlanma artıkça yaşlıların sağlık durumunun kötüleştiğini ve fiziksel hareket yeteğinin azaldığını net bir şekilde göstermektedir.

Tablo 7.11. Yaşlıların yaşam kalitesi göstergelerinin cinsiyete ve yapabilirlik derecesine göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008

Yaşam kalitesi göstergeleri	Kolay	Zor	Yardımla	Mümkün değil	Toplam
Toplam					
Yatağa yatmak/kalkmak	83.3	10.3	5.8	0.6	100.0
Giyinmek/soyunmak	84.7	7.4	7.3	0.6	100.0
Yemek yemek	92.7	3.9	3.0	0.4	100.0
Tuvalete gitmek/kullanmak	87.3	6.8	5.3	0.7	100.0
Banyo yapmak	77.9	5.7	15.4	1.0	100.0
Yemek yapmak	65.4	13.0	6.1	15.5	100.0
Günlük ev işlerini yapmak	55.2	17.7	8.2	18.9	100.0
Alışveriş yapmak	58.7	12.1	10.6	18.6	100.0
Ev dışı diğer işleri yapmak	48.2	10.8	17.4	23.5	100.0
Şehir dışına yolculuk yapmak	46.9	13.0	23.8	16.2	100.0
Erkek					
Yatağa yatmak/kalkmak	88.3	7.1	4.1	0.6	100.0
Giyinmek/soyunmak	88.9	5.4	5.1	0.6	100.0
Yemek yemek	94.5	2.9	2.2	0.4	100.0
Tuvalete gitmek/kullanmak	91.9	4.0	3.4	0.7	100.0
Banyo yapmak	84.6	4.0	10.4	1.1	100.0
Yemek yapmak	65.6	12.8	5.9	15.7	100.0
Günlük ev işlerini yapmak	60.5	17.2	5.6	16.7	100.0
Alışveriş yapmak	73.8	9.5	6.7	10.0	100.0
Ev dışı diğer işleri yapmak	69.5	8.9	10.9	10.8	100.0
Şehir dışına yolculuk yapmak	63.1	11.4	15.2	10.4	100.0
Kadın					
Yatağa yatmak/kalkmak	79.3	13.0	7.2	0.5	100.0
Giyinmek/soyunmak	81.1	9.1	9.1	0.7	100.0
Yemek yemek	91.2	4.7	3.7	0.3	100.0
Tuvalete gitmek/kullanmak	83.5	9.1	6.8	0.7	100.0
Banyo yapmak	72.4	7.1	19.6	0.9	100.0
Yemek yapmak	65.1	13.2	6.3	15.3	100.0
Günlük ev işlerini yapmak	50.8	18.2	10.4	20.6	100.0
Alışveriş yapmak	46.2	14.2	13.9	25.7	100.0
Ev dışı diğer işleri yapmak	30.6	12.4	22.9	34.1	100.0
Şehir dışına yolculuk yapmak	33.6	14.4	31.0	21.0	100.0

Tablo 7.12. Yaşlıların yaşam kalitesi göstergelerinin yaş gruplarına ve yapabilirlik derecesine göre yüzde dağılımı, Türkiye 2008

Yaşam kalitesi göstergeleri	Kolay	Zor	Yardımla	Mümkün değil	Toplam
65-74					
Yatağa yatmak/kalkmak	87.6	8.3	3.8	0.4	100.0
Giyinmek/soyunmak	88.4	6.3	4.9	0.4	100.0
Yemek yemek	95.5	2.8	1.5	0.1	100.0
Tuvalete gitmek/kullanmak	91.2	5.7	2.9	0.2	100.0
Banyo yapmak	85.2	5.3	9.0	0.5	100.0
Yemek yapmak	73.8	12.1	4.9	9.3	100.0
Günlük ev işlerini yapmak	64.2	17.1	7.3	11.5	100.0
Alışveriş yapmak	68.3	10.6	10.0	11.1	100.0
Ev dışı diğer işleri yapmak	56.7	10.3	17.3	15.7	100.0
Şehir dışına yolculuk yapmak	57.1	12.4	20.0	10.5	100.0
75-84					
Yatağa yatmak/kalkmak	79.2	13.4	6.7	0.7	100.0
Giyinmek/soyunmak	82.4	8.8	8.0	0.8	100.0
Yemek yemek	90.7	4.5	4.0	0.8	100.0
Tuvalete gitmek/kullanmak	84.3	8.2	6.7	0.8	100.0
Banyo yapmak	73.1	5.8	19.8	1.2	100.0
Yemek yapmak	58.5	13.9	7.8	19.8	100.0
Günlük ev işlerini yapmak	46.6	18.8	9.4	25.2	100.0
Alışveriş yapmak	49.0	14.8	11.2	25.0	100.0
Ev dışı diğer işleri yapmak	39.4	11.4	18.6	30.6	100.0
Şehir dışına yolculuk yapmak	35.5	13.7	29.1	21.7	100.0
85 ve +					
Yatağa yatmak/kalkmak	64.5	14.0	19.8	1.7	100.0
Giyinmek/soyunmak	59.9	10.5	27.3	2.3	100.0
Yemek yemek	76.2	11.0	12.2	0.6	100.0
Tuvalete gitmek/kullanmak	65.9	9.8	20.2	4.0	100.0
Banyo yapmak	34.3	8.7	53.5	3.5	100.0
Yemek yapmak	20.9	18.0	8.7	52.3	100.0
Günlük ev işlerini yapmak	15.1	17.4	10.5	57.0	100.0
Alışveriş yapmak	17.4	12.8	14.0	55.8	100.0
Ev dışı diğer işleri yapmak	12.8	13.4	12.8	61.0	100.0
Şehir dışına yolculuk yapmak	9.4	15.2	33.3	42.1	100.0

7.6.2. Yaşlıların Yaşam Kalitesi Endeksinin Oluşturulması ve Betimsel Olarak Analiz Edilmesi

Yaşlı nüfusun yaşam kalitesinin aile yapısı ve diğer değişkenlerle ilişkisine bakmak için bu alt-bölümde yukarıda betimsel olarak analiz edilen 14 gösterge kullanılarak *Temel Bileşenler Analizi* (TBA) yöntemi ile “yaşlıların yaşam kalitesi endeksi” oluşturulacaktır. Endeksin

oluşturulması sürecinde kullanılacak değişkenler ve bu değişkenlerin kategorilerinin alacağı değerler Tablo 7.13’de gösterilmektedir.

Tablo 7.13. Yaşlıların yaşam kalitesi endeksinin oluşturulmasında kullanılan değişkenler ve bu değişkenlerin kategorilerinin aldığı değerler

No	Değişkenler	Değişkenin aldığı değer	
		1	0
1	Günlük yaşamını etkileyecek düzeyde hastalığı ya da özürü var mı?	Hayır	Evet
2	Yaşamı yatak ile sınırlı mı?	Hayır	Evet
3	Yaşamı tekerlekli sandalye/koltuk ile sınırlı mı?	Hayır	Evet
4	Yaşamı ev/kat/bahçe ile sınırlı mı?	Hayır	Evet
5	Yatağa yatıp kalkabilir mi?	Kolaylıkla	Zor, Yardımla, Hiçbir zaman
6	Giyinip soyunabilir mi?	Kolaylıkla	Zor, Yardımla, Hiçbir zaman
7	Yemek yiyebilir mi?	Kolaylıkla	Zor, Yardımla, Hiçbir zaman
8	Tuvalete gidip kullanabilir mi?	Kolaylıkla	Zor, Yardımla, Hiçbir zaman
9	Banyo yapabilir mi ?	Kolaylıkla	Zor, Yardımla, Hiçbir zaman
10	Yemek yapabilir mi?	Kolaylıkla	Zor, Yardımla, Hiçbir zaman
11	Günlük ev işlerini yapabilir mi?	Kolaylıkla	Zor, Yardımla, Hiçbir zaman
12	Alışveriş yapabilir mi?	Kolaylıkla	Zor, Yardımla, Hiçbir zaman
13	Ev dışı diğer işleri (fatura yatırmak, bankaya/hastaneye gitmek) yapabilir mi?	Kolaylıkla	Zor, Yardımla, Hiçbir zaman
14	Şehir dışına yolculuk yapabilir mi?	Kolaylıkla	Zor, Yardımla, Hiçbir zaman

Tablo 7.13’de görüldüğü gibi, bu aşamada endeksi oluşturacak tüm değişkenlerin kategorilerine “0” ya da “1” değeri atanmak suretiyle eşit ağırlık verilmektedir. Bu değişkenlerin “0” değerini alması yaşlıların yaşam kalitesi açısından olumsuz bir duruma; “1” değerini alması ise yaşlıların yaşam kalitesi açısından olumlu bir duruma işaret etmektedir. TBA kullanılmadan önce her bir değişkene eşit ağırlık verilmesi ile oluşturulan yeni değişkenlerin toplamları alınarak basit bir bileşke endeks oluşturmak ve yaşlıların yaşam kalitesinin seviyesini bu endeks yardımıyla ölçmek de mümkündür. Söz konusu basit endeksin “0” değerini alması yaşlının söz konusu 14 yeni değişkenin toplamından “0” puan aldığını, yani yaşlının sağlık durumu ile fiziksel aktivite yeteneğinin “çok kötü” olduğunu; “14” değerini alması ise yaşlının söz konusu 14 yeni değişkenlerin toplamından “14” puan aldığını, yani yaşlının sağlık durumunun ve fiziksel aktivite yeteneğinin “çok iyi” olduğunu göstermektedir. Her bir değişkene eşit ağırlık verilerek oluşturulan ve bu değişkenlerin toplamından oluşan bu basit endeksin değeri arttıkça yaşlının yaşam kalitesinin arttığı söylenebilir.

Tablo 7.14. Basit yaşam kalitesi endeks değerlerinin cinsiyet ve yaş grubuna göre yüzde dağılımı ve ortalama endeks değerleri, Türkiye 2008

Endeks değeri	Cinsiyet		Yaş grubu			Toplam
	Erkek	Kadın	65-74	75-84	85+	
0	1.6	2.8	1.0	3.0	11.1	2.3
1	0.7	1.2	0.7	1.2	1.8	1.0
2	0.9	2.8	1.4	2.1	5.8	1.9
3	1.7	3.6	1.6	3.9	7.6	2.7
4	2.0	3.3	2.1	3.2	6.4	2.7
5	2.0	3.0	2.3	2.2	6.4	2.5
6	2.9	3.7	2.7	3.2	9.9	3.3
7	3.1	5.8	3.1	5.8	12.3	4.6
8	4.4	7.9	4.1	9.4	11.7	6.3
9	5.3	8.6	5.6	10.5	4.1	7.1
10	4.7	6.5	5.9	5.9	2.9	5.7
11	6.3	10.3	8.5	8.6	8.2	8.5
12	9.1	9.1	9.9	8.9	2.9	9.1
13	14.9	11.3	14.4	12.2	3.5	13.0
14	40.5	19.9	36.9	19.8	5.3	29.2
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Sayı	1226	1480	1640	894	172	2706
Ortalama endeks değeri	11.3	9.6	11.2	9.7	6.4	10.4

Tablo 7.14'te görüldüğü gibi, herbir değişkene eşit ağırlık verilerek oluşturulan basit bileşke endeksin ortalaması 10.4'tür. Bu değer, Türkiye'de 65 ve üstü yaşlardaki yaşlıların maksimum 14 olan puanın 10.4'ünü yani yüzde 74'ünü aldıklarını göstermektedir. Kadın yaşlıların ortalama endeks değeri (9.7) erkek yaşlıların endeks değerinden (11.3) belirgin bir biçimde düşüktür. Yaşa göre bakıldığında, 65-74 yaş grubundaki yaşlıların endeks değerinin 11.2; 75-84 yaş grubunda 9.7; 85 ve üstü yaşlarda ise sadece 6.4 olduğu görülmektedir. Basit endeks değerinin yüzde dağılımlarının incelenmesi ile ulaşılan bulgular da bu saptamayı desteklemektedir. Basit yaşam kalitesi endeksinden "0" puan alan yani sağlık durumu ve fiziksel hareket yeteneği "çok kötü" olan kadın yaşlıların yüzdesi benzer durumdaki erkek yaşlılardan yüksektir. Diğer taraftan, basit yaşam kalitesi endeksinden 14 puan alan yani sağlık durumu ve fiziksel hareket yeteneği "çok iyi" olan erkek yaşlıların yüzdesi (yüzde 41) benzer durumdaki kadın yaşlılardan (yüzde 20) dikkati çekecek derecede yüksektir. Yaşlara göre bakıldığında artan yaşla birlikte basit endeksten "0" puan alan yaşlıların oranı artmakta; "14" puan alan yaşlıların oranı ise azalmaktadır. Bu bulgular, kadınların ve özellikle de çok yaşlıların sağlık durumu ve fiziksel hareket yeteneği anlamında yaşlılar içinde en dezavantajlı grup olduğunu göstermektedir.

Çalışmanın bu aşamasında, Tablo 7.13’de verilen ve daha sonra da toplamlarından basit bir bileşke endeks elde edilerek betimsel olarak analiz edilen 14 değişken kullanılarak *Temel Bileşenler Analizi* (TBA) yöntemi ile yaşlıların yaşam kalitesini gösteren yeni bir *bileşke endeks* elde edilecektir. Bu yeni bileşke endeksin daha önce elde edilen basit bileşke endeksten temel farkı, endeks oluşturmakta kullanılan her bir değişkenin model içindeki ağırlığının öznel olarak değil model içindeki etkileşimler aracılığı ile nesnel olarak belirlenmesi olacaktır. Endeksi oluşturan değişkenler arasındaki bağımlılık ilişkisinin yok edilmesi ve değişken sayısının azaltılması amacıyla kullanılan TBA yöntemi, kendi başına bir analiz yöntemi olarak kullanılabilir gibi, daha ileri analizler için veri hazırlama yöntemi olarak da kullanılabilir. TBA yöntemi, bu çalışmada hem kendi başına bir istatistiksel analiz yöntemi hem de bir veri hazırlama yöntemi olarak kullanılmaktadır. TBA yöntemi kullanılarak yapılacak analizlerin birinci aşamasında yukarıda verilen 14 değişken kullanılarak yaşlıların yaşam kalitesini belirleyen *Genel Nedensel Faktör* ortaya konulacak ve daha sonra her bir değişkenin bu faktörle ilişkisine korelasyon matrisi ve temel bileşen yükleri matrisi aracılığı ile bakılacaktır. Bu aşamada daha sonra yaşam kalitesi genel nedensel faktörü ve bu faktör kullanılarak elde edilecek olan ve yaşlıların yaşam kalitesinin “Düşük”, “Orta” ve “Yüksek” olarak sınıflandırıldığı bir değişken aracılığı ile betimsel analizler yapılacaktır. İkinci aşamada ise, yaşlıların yaşam kalitesini derecelendiren bu değişkenin bağımlı değişken olarak kullanıldığı istatistiksel modelleme çalışması yürütülecektir.

Tablo 7.15. Temel bileşenlerin öz değerleri ve açıkladıkları değişkenliğin yüzdesi, Türkiye 2008

Temel bileşenler	Öz değerler	Açıklanan varyans	Birikimli açıklanan varyans
1	6.636	47.403	47.403
2	1.900	13.572	60.974
3	1.106	7.903	68.877
4	0.780	5.569	74.446
5	0.678	4.843	79.289
6	0.605	4.325	83.614
7	0.459	3.278	86.892
8	0.395	2.825	89.717
9	0.306	2.185	91.903
10	0.257	1.834	93.737
11	0.242	1.729	95.466
12	0.219	1.563	97.028
13	0.210	1.499	98.527
14	0.206	1.473	100.000

Tablo 7.15’de TBA yönteminin uygulanması sonucu elde edilen temel bileşenler ve bu temel bileşenlerin özdeğerleri (eigen value) ve açıkladıkları değişkenlik seviyesi verilmektedir. Analiz sonucunda elde edilen 14 temel bileşenden sadece ilk üçünün öz değeri 1’den büyüktür. Bu durum, sadece bu bileşenlerin yaşlıların yaşam kalitesinin genel nedensel faktörünü ortaya

çıkarmak konusunda yeterli bilgiyi içerdiklerini göstermektedir. Bu üç temel bileşenin açıkladıkları değişkenliğin toplam değişkenliğin yüzde 69'u olması da bu durumu teyit etmektedir. Geriye kalan 11 temel bileşenin açıkladıkları değişkenliğin yüzde 31 seviyesinde kaldığı görülmektedir. Bu modelde dikkati çeken bir başka nokta, birinci temel bileşenin tek başına modeldeki değişkenliğin yüzde 47'sini açıklayabilmesidir. Birinci temel bileşenin modeldeki değişkenliği açıklama oranının yüksek olması (Tablo 7.15) ve modeldeki her değişken ile yüksek bir korelasyon içinde olması (Tablo 7.16) birlikte düşünüldüğünde, birinci temel bileşenin yaşlıların yaşam kalitesini yansıttığını varsaydığımız 14 değişkenin bileşik etkisini temsil ettiğini söyleyebiliriz. Bu nedenle, bu çalışmada birinci temel bileşen modeldeki değişkenlerin tamamına eş zamanlı ve ortak olarak etkide bulunan yaşlıların yaşam kalitesini gösteren nedensel faktör olarak kabul edilmiştir.

Tablo 7.16. Temel bileşenler ile değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları, Türkiye 2008

Değişkenler	Temel Bileşen-1	Temel Bileşen-2	Temel Bileşen-3
Banyo yapmak	0.804	-0.011	-0.168
Giyinmek/soyunmak	0.784	0.260	-0.364
Tuvalete gitmek ve kullanmak	0.778	0.318	-0.306
Alışveriş yapmak	0.756	-0.431	0.066
Yatağa yatmak/kalkmak	0.729	0.242	-0.399
Yemek pişirmek	0.728	-0.284	0.026
Günlük ev işleri yapmak	0.713	-0.415	0.044
Ev dışı işleri yapmak	0.680	-0.501	0.105
Yemek yemek	0.667	0.393	-0.210
Şehir dışına yolculuk yapmak	0.663	-0.487	0.104
Sürekli bir sağlık sorunu olmamak	0.586	-0.014	0.208
Tekerlekli sandalyeye bağımlı olmamak	0.585	0.523	0.460
Eve/kata/bahçeye bağımlı olmamak	0.578	0.044	0.357
Yatağa bağımlı olmamak	0.513	0.561	0.487

Tablo 7.16'daki korelasyon katsayıları, birinci temel bileşen ile açıklayıcı değişkenler arasındaki etkileşimi net olarak göstermektedir. Birinci temel bileşen ile tüm açıklayıcı değişkenler arasındaki korelasyon katsayılarının 0.5'in üzerinde olması ($p < 0.01$), bu temel bileşenin Türkiye'deki yaşlıların yaşam kalitesini gösteren "nedensellik faktörü" olduğu varsayımını desteklemektedir. Birinci temel bileşen ile tüm değişkenlerin ilişkisi pozitifdir. Birinci temel bileşen ile en yüksek korelasyonu olan değişken banyo yapmak (0.804); en düşük korelasyonu olan değişken ise yatağa bağımlı olmaktır (0.513). Yaşlıların yaşam kalitesinin nedensellik faktörü olarak varsaydığımız birinci temel bileşendeki değişkenlerin ağırlıkları incelendiğinde (Tablo 7.17), korelasyon matrisinde gözlenen katsayı sıralamasının burada da geçerli olduğu görülmektedir. Bir yaşlının banyo yapabilmesi nedensel faktör içinde en yüksek (0.121); bir yaşlının yatağa bağımlı olmaması ise en düşük (0.077) ağırlığa sahiptir. Değişkenlerin temel bileşen içindeki ağırlıkları, aynı zamanda, tüm değişkenlerin birinci temel bileşenle pozitif

yönlü bir ilişki içinde olduğunu, yani değişkenlerde belirtilen özelliklere sahip olmanın yaşlıların yaşam kalitesini iyileştirdiğini göstermektedir.

Tablo 7.17. Değişkenlerin temel bileşenlerdeki ağırlıkları ve ağırlıkların yönü, Türkiye 2008

Değişkenler	Temel Bileşen-1	Temel Bileşen-2	Temel Bileşen-3
Banyo yapmak	0.121	-0.006	-0.152
Giyinmek/soyunmak	0.118	0.137	-0.329
Tuvalete gitmek ve kullanmak	0.117	0.167	-0.276
Alışveriş yapmak	0.114	-0.227	0.060
Yatağa yatmak/kalkmak	0.110	0.127	-0.360
Yemek pişirmek	0.110	-0.149	0.024
Günlük ev işleri yapmak	0.107	-0.218	0.040
Ev dışı işleri yapmak	0.103	-0.264	0.095
Yemek yemek	0.101	0.207	-0.190
Şehir dışına yolculuk yapmak	0.100	-0.256	0.094
Sürekli bir sağlık sorunu olmamak	0.088	-0.007	0.188
Tekerlekli sandalyeye bağımlı olmamak	0.088	0.275	0.416
Eve/kata/bahçeye bağımlı olmamak	0.087	0.023	0.323
Yatağa bağımlı olmamak	0.077	0.295	0.440

TBA yöntemi, veri setindeki her yaşlı için modele giren değişkenler temelinde ortalaması "0"; standart sapması ise "1" olan faktör puanları atamaktadır. Bu çalışmada atanan faktör puanları -3.068 ile 0.860 arasında değişmektedir. Faktör puanının pozitif yönde büyümesi yaşlıların yaşam kalitesinin yükseldiğini; sıfıra yaklaşması ve negatif yönde küçülmesi ise azaldığını göstermektedir. Bu çalışmanın temel amaçlarından birisi elde edilen faktör puanları aracılığı ile yaşlıların yaşam kalitesini derecelendirmek olduğu için, elde edilen faktör puanları kullanılarak yaşlıların yaşam kalitesi seviyesi "düşük", "orta" ve "yüksek" olarak sınıflandırılmıştır. Bu sınıflama sürecinde faktör puanlarının frekans dağılımında gözlenen kırılma noktalarından yararlanılmış ve faktör puanı 0'dan küçük olan yaşlılar "düşük"; faktör puanı 0 ile 0.5 arasında olan yaşlılar "orta"; faktör puanı 0.5'den büyük olan yaşlılar ise "yüksek" seviyedeki yaşam kalitesi kategorilerine yerleştirilmişlerdir.

Bu sınıflama esas alındığında, Türkiye'deki yaşlıların yaşam kalitesinin yüzde 36'sının "düşük"; yüzde 22'sinin "orta"; yüzde 42'sinin ise "yüksek" olduğu görülmektedir (Tablo 7.18). Cinsiyete göre bakıldığında (Tablo 7.18), erkek yaşlıların sadece yüzde 26'sının; kadın yaşlıların ise yüzde 44'ünün "düşük" yaşam kalitesine sahip olduğu görülmektedir. Erkek yaşlıların yarısından fazlasının (yüzde 55) "yüksek" yaşam kalitesine sahip olduğu dikkati çekmektedir. Ortalama faktör puanları da erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlardan belirgin bir şekilde yüksek olduğunu bir kez daha teyit etmektedir. Yaşlıların yaşı arttıkça yaşam kalitelerinin çok hızlı bir biçimde azaldığı görülmektedir. Genç yaşlı yaş grubundaki yaşlıların yaklaşık dörtte biri "düşük" yaşam kalitesine sahip iken, bu oran 75-84 yaş grubundaki yaşlılarda yüzde 46'ya; 85 ve üstü yaşlardaki yaşlılarda ise çok hızlı bir artışla yüzde 78'e yükselmektedir. Aile yapısına göre

bakıldığında, tek başına yaşayan erkek yaşlılar ile çekirdek ailelerde (karı-koca ve karı-koca-evlenmemiş çocuklardan oluşan aileler) yaşayan yaşlıların en yüksek yaşam kalitesine; tek ebeveynli ve geçici geniş ailelerde yaşayan yaşlıların ise en düşük yaşam kalitesine sahip oldukları görülmektedir. Tek başına yaşayan kadın yaşlıların hem genel olarak dezavantajlı konumda oldukları hem de tek başına yaşayan erkek yaşlılara göre daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları görülmektedir. Geçici geniş ve tek ebeveynli ailelerde yaşayan yaşlıların yaklaşık yarısı “düşük” yaşam kalitesine sahip iken, karı koca ve karı-koca-evlenmemiş çocuklardan oluşan ailelerde yaşayan yaşlıların yarısından fazlası “yüksek” yaşam kalitesine sahiptir. Aile yapısına göre oluşturulmuş ortalama faktör puanları bu bulguları destekler niteliktedir.

Araştırma tarihinde evli olan yaşlıların diğer yaşlılardan daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu gözlenmektedir. Özellikle eşi ölmüş yaşlıların diğer yaşlılara göre oldukça dezavantajlı konumda olduğu dikkati çekmektedir. Bu yaşlıların yüzde 51’i düşük seviyede yaşam kalitesine sahiptir. Boşanmış ya da ayrı yaşayan yaşlıların ikinci en iyi yaşam kalitesine sahip olması bu yaşlıların diğer yaşlılardan daha genç olmaları ile ilişkili olabilir. Okuryazar olan yaşlıların yaşam kalitesi seviyesi okuryazar olmayan yaşlılardan belirgin bir biçimde daha yüksektir. Eğitim seviyesi arttıkça yaşlının yaşam kalitesinin yükseldiği görülmektedir. Eğitimsiz yaşlıların yüzde 49’u “düşük” yaşam kalitesine sahip iken, bu oran ilkokulu bitirmiş yaşlılarda yüzde 27’ye; ortaokulu bitirmiş yaşlılarda yüzde 15’e; lise veya üstü eğitime sahip yaşlılarda ise yüzde 10’a düşmektedir. En eğitilmiş grupta yer alan yaşlıların yüzde 85’inin “yüksek” yaşam kalitesine sahip olduğu dikkat çekmektedir (Tablo 7.18).

Hanehalkı refah seviyesi ile yaşlıların yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. En düşük refah seviyesindeki hanelerde yaşayan yaşlıların neredeyse yarısı; en yüksek refah seviyesindeki hanelerde yaşayan yaşlıların ise sadece yüzde 21’i “düşük” yaşam kalitesine sahiptir. Kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan yaşlıların ortalama faktör puanı (-0.083) kentsel yerleşim yerlerinde yaşayan yaşlıların ortalama faktör puanından (0.056) belirgin derecede düşüktür. Bu durum, kentsel alanlarda yaşayan yaşlıların yaşam kalitesinin kırsal alanlarda yaşayan yaşlılardan daha yüksek olduğuna işaret etmektedir. Bölgesel olarak bakıldığında, Batı ve Orta Anadolu’da yaşayan yaşlıların yaşam kalitesinin diğer bölgelerde yaşayan yaşlılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Güney ve Kuzey’de yaşayan yaşlıların yaşam kalitesinin yüzde dağılımı benzerlik gösterirken, Doğu’da yaşayan yaşlıların yaşam kalitesinin tüm bölgeler içinde en düşük seviyede olduğu görülmektedir (Tablo 7.18).

Tablo 7.19’da görüldüğü gibi, herhangi bir geliri olan yaşlıların yaşam kalitesi geliri olmayan yaşlılardan daha yüksektir. Gelirin kaynağına göre bakıldığında, kendisine ait emekli maaşı olan yaşlıların yaklaşık üçte ikisinin; kira/faiz/rant geliri olan yaşlıların ise yüzde 43’ünün yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu görülmektedir. Gelirinin kaynağı yaşlılık aylığı olan yaşlıların yüzde 61’inin; gelirinin kaynağı özellikle eşlerinden dolayı emekli maaşı olan yaşlıların ise yaklaşık yarısının yaşam kalitesi seviyesinin düşük olduğu gözlenmektedir. Bu bulgular, geçmişte sosyal güvencesi olan işlerde çalışmış olan yaşlıların ve geçmişte gayrimenkul ya da

menkul olarak yatırım yapmış olan yaşlıların yaşam kalitesinin belirgin bir biçimde daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 7.18. Yaşlıların yaşam kalitesi seviyesinin sosyo-demografik değişkenlere göre yüzde dağılımı ve ortalama faktör puanları, Türkiye 2008

Temel Değişkenler	Yaşam kalitesi				Sayı	Ortalama faktör puanı
	Düşük	Orta	Yüksek	Toplam		
Cinsiyet						
Erkek	26.2	18.4	55.4	100.0	1226	0.277
Kadın	44.4	24.5	31.1	100.0	1480	-0.188
Yaş						
65-74	26.2	22.7	51.1	100.0	1640	0.204
75-84	46.3	21.7	32.0	100.0	894	-0.176
85 ve +	77.9	13.4	8.7	100.0	172	-1.034
Aile yapısı						
Karı-Koca	25.4	22.8	51.8	100.0	907	0.194
Karı-Koca-Evlenmemiş Çocuk	27.7	17.1	55.1	100.0	349	0.175
Ataterkil geniş	41.9	22.5	35.7	100.0	387	-0.091
Geçici geniş	49.1	21.0	29.9	100.0	506	-0.249
Tek kişilik-Erkek	24.6	16.9	58.5	100.0	65	0.391
Tek kişilik-Kadın	44.1	24.1	31.8	100.0	245	-0.170
Tek ebeveynli	50.9	24.2	24.8	100.0	161	-0.268
Diğer	45.8	25.0	29.2	100.0	72	-0.327
Medeni durum						
Hiç evlenmemiş	43.5	17.4	39.1	100.0	23	-0.299
Halen evli	27.2	21.2	51.6	100.0	1674	0.177
Eşi ölmüş (Dul)	51.4	22.6	26.0	100.0	981	-0.301
Boşanmış/ayrı yaşıyor	28.0	32.0	40.0	100.0	29	0.245
Okur yazarlık durumu						
Okur-yazar	25.5	19.5	55.0	100.0	1534	0.227
Okur-yazar değil	50.2	24.7	25.1	100.0	1172	-0.299
Eğitim						
Eğitimi yok	48.5	22.9	28.6	100.0	1357	-0.242
İlkokul	27.2	22.3	50.4	100.0	1047	0.177
Ortaokul	15.2	16.6	68.2	100.0	211	0.436
Lise ve üzeri	9.9	5.5	84.6	100.0	92	0.536
Hanehalkı refah seviyesi						
En düşük	46.8	24.4	28.8	100.0	763	-0.244
Düşük	40.7	23.2	36.1	100.0	633	-0.080
Orta	31.0	22.5	46.5	100.0	507	0.079
Yüksek	29.5	18.5	52.0	100.0	475	0.178
En yüksek	20.5	16.5	63.0	100.0	327	0.343
Yerleşim yeri						
Kent	33.4	20.2	46.4	100.0	1615	0.056
Kır	40.2	24.1	35.7	100.0	1090	-0.083
Bölge						
Batı	31.8	20.4	47.8	100.0	1131	0.086
Güney	37.1	21.4	41.5	100.0	300	-0.039
Orta	32.0	24.3	43.7	100.0	643	0.101
Kuzey	39.9	22.1	38.1	100.0	281	-0.059
Doğu	54.0	21.6	24.4	100.0	352	-0.379
Toplam	36.1	21.8	42.1	100.0	2706	0.000

Tablo 7.19. Yaşlıların yaşam kalitesi seviyesinin sosyo-ekonomik değişkenlere göre yüzde dağılımı ve ortalama faktör puanları, Türkiye 2008

Temel Değişkenler	Yaşam kalitesi				Sayı	Ortalama faktör puanı
	Düşük	Orta	Yüksek	Toplam		
Gelir durumu						
Geliri var	33.8	19.8	46.4	100,0	1872	0,065
Geliri yok	41.4	26.3	32.3	100,0	834	-0.142
Gelirin kaynağı						
Geliri yok	41.4	26.3	32.3	100,0	834	-0.142
Emekli maaşı-dolaysız	19.3	15.7	65.0	100,0	982	0.367
Emekli maaşı-dolaylı	47.6	24.8	27.6	100,0	399	-0.202
Yaşlılık aylığı	60.5	21.5	18.1	100,0	348	-0.495
Kira/faiz/rant	27.5	29.4	43.1	100,0	51	0.108
Diğer	32.3	29.0	38.7	100,0	93	0.059
Sağlık sigortası						
Yok	45.9	27.7	26.4	100,0	318	-0.233
SSK	31.1	19.5	49.5	100,0	1011	0.127
Emekli Sandığı	24.8	20.5	54.7	100,0	395	0.193
Bağ-Kur	32.6	24.1	43.3	100,0	564	0.080
Yeşil Kart	59.1	21.9	19.0	100,0	374	-0.464
Diğer	34.9	11.6	53.5	100,0	44	-0.056
Çocuk sayısı						
0	37.5	24.0	38.5	100,0	96	0.003
1-2	28.5	18.2	53.3	100,0	501	0.161
3-4	31.4	23.1	45.5	100,0	1025	0.094
5-6	40.9	21.2	37.9	100,0	598	-0.096
7 ve daha fazla	47.8	23.1	29.1	100,0	485	-0.248
Çocukların yaşadığı yer						
Çocuğu yok	37.5	24.0	38.5	100,0	96	0.003
Aynı evde	41.1	21.9	37.0	100,0	1200	-0.096
Aynı bina ya da sokakta	32.1	22.6	45.3	100,0	508	0.083
Aynı yerleşim yerinde	30.0	18.9	51.1	100,0	498	0.110
Yakın bir yerleşim yerinde	34.7	22.4	42.9	100,0	244	0.027
Uzak bir yerleşim yerinde	32.3	24.8	42.9	100,0	161	0.073
Yaşlıdan sorumlu olan kişi						
Kendisi	21.3	22.5	56.1	100,0	1650	0.337
Eşi	45.8	20.4	33.8	100,0	260	-0.331
Kızı	76.6	15.5	7.8	100,0	141	-0.902
Oğlu	56.6	24.0	19.5	100,0	534	-0.414
Gelini/damadı	80.8	16.4	2.7	100,0	73	-1.045
Diğer	79.2	4.2	16.7	100,0	48	-0.954
Toplam	36.1	21.8	42.1	100,0	2706	0.000

Sağlık sigortası ile yaşam kalitesi arasında yakın bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Sağlık sigortası olmayan yaşlıların neredeyse yarısı; SSK, Emekli Sandığı veya Bağ-Kur üzerinden sağlık sigortası olan yaşlıların ise ancak dörtte biri düşük seviyede bir yaşam kalitesine sahiptir. Özellikle Emekli Sandığı üzerinden sağlık güvencesi olan yaşlıların diğer yaşlılara göre oldukça yüksek seviyede bir yaşam kalitesi olduğu görülmektedir. Yeşil Kart üzerinden sağlık sigortası olan yaşlılar sağlık sigortası olmayan yaşlılardan bile daha dezavantajlı konumdadır. En düşük ortalama faktör puanına sahip olan bu yaşlıların (-0.464) yüzde 60'ının düşük seviyede bir yaşam kalitesine sahip olduğu görülmektedir. Çocuk sayısına göre bakıldığında (Tablo 7.19), yaşlıların sahip olduğu çocuk sayısı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü görülmektedir. Hem faktör puanı sonuçları ve hem de yüksek yaşam kalitesindeki yaşlıların yüzdesi dikkate alındığında, 1-2 çocuğu olan yaşlıların en yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu görülmektedir. Bu bulgular, az sayıda çocuğu olan yaşlıların daha genç, daha eğitilmiş, kentsel alanlarda yaşayan, geçmişte çalışmış ve araştırma tarihinde bu çalışmalarının sonucunda emekli maaşı alan yaşlılar olması ile; çok sayıda çocuğu olan yaşlıların ise bunların tersine daha yaşlı, daha eğitimsiz, kırsal alanlarda yaşayan, çalışmış ancak emekli olamamış ve bu nedenle de hem gelir hem de bakım anlamında bağımlı durumda olması ile açıklanabilir. Yaşlıların yaşadığı yer ile çocuklarının yaşadığı yerin coğrafi yakınlığı ile yaşam kalitesi arasında net bir ilişkinin olmadığı görülmektedir. Sadece çocukları ile aynı evde yaşayan yaşlıların diğer yaşlılara göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu gözlenmektedir.

Çocukları ile birlikte aynı evde yaşayan yaşlıların daha çok geniş aile yapısı içinde, özellikle de geçici geniş ailede yaşadıkları dikkate alındığında, bu yaşlıların sosyo-ekonomik olarak da dezavantajlı konumda oldukları ve bu durumun yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etkide bulunduğu söylenebilir. Yaşlıların rahatı, sağlığı ve ihtiyaçlarının karşılanması konusunda esas sorumluluğun kime ait olduğu ile yaşlıların yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında, esas sorumluluğun kendisine ait olduğu beyan edilen yaşlıların yaşam kalitesinin diğer yaşlılardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumun bir sonucu olarak bu yaşlıların ortalama faktör puanı (0.337) diğer yaşlılardan daha yüksektir. Sorumluluğun yaşlının eşine ait olduğu yaşlıların yaklaşık yarısının (yüzde 46); sorumluluğun yaşlının oğluna ait olduğu yaşlıların yüzde 57'sinin; sorumluluğun yaşlının kızına ait olduğu yaşlıların yüzde 78'inin; sorumluluğun gelin ve/veya damada ait olduğu yaşlıların ise yüzde 81'inin düşük seviyede bir yaşam kalitesine sahip olduğu görülmektedir. Bu bulgular, yaşlı yaşlandıkça kendisinin sağlığı ve rahatı anlamındaki sorumluluğun kendisinden ailenin diğer üyelerine ya da aile dışı üyelere geçmesiyle yaşlıların yaşam kalitesinin düştüğüne işaret etmektedir.

7.6.3. Yaşlıların Yaşam Kalitesinin Belirleyicileri

Bu bölümde, yukarıda yaşlıların yaşam kalitesine olan etkileri betimsel düzeyde tartışılan değişkenlerin yaşlıların yaşam kalitesine olan etkilerine diğer değişkenlerin kontrolü altında çok değişkenli bir analiz yöntemi olan *lojistik regresyon tekniği* kullanılarak bakılacaktır. Bu aşamada, betimsel analizlerde 3 kategorili (Düşük, Orta ve Yüksek) olarak kullanılan yaşam

kalitesi değişkeni, orta ve yüksek kategorileri birleştirilerek 2 kategorili (Düşük ve Orta-Yüksek) hale dönüştürülmüş ve bu yeni değişken aracılığı ile yaşlılar arasındaki “düşük” yaşam kalitesinin belirleyicilerinin saptanmasına çalışılmıştır. Çok değişkenli analizlerde değişkenler, Tablo 7.20’de de görüldüğü gibi, 5 model altında analize sokulmuştur. Birinci modelde yaşam kalitesi ile sadece aile yapısı arasındaki ilişkiye bakılmıştır. İkinci modelde aile yapısı yanında modele yaşlıların temel özelliklerini kapsayan değişkenler bir blok olarak dahil edilmiştir. Üçüncü modelde ikinci modeldeki değişkenlere ek olarak yaşlıların çocuklarına ilişkin değişkenler de denkleme dahil edilmiştir. Dördüncü modelde üçüncü modeldeki değişkenler ile birlikte yaşlının sağlık ve gelir güvencesine ilişkin değişkenler ile hanehalkı refahı denkleme sokulmuştur. Tüm değişkenlerin denkleme olduğu son modelde ise yaşlının yaşadığı yerleşim yeri ve bölge, diğer modellerdeki değişkenler ile birlikte denkleme dahil edilmiştir. Her aşamada modele yeni değişkenler eklenmesi ile oluşan bu yapının en önemli avantajı, modele yeni dahil olan değişkenlerin yaşlıların yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin ayrıştırılmasına izin vermesidir.

Tablo 7.20. Çok değişkenli analizlerde kullanılan modeller ve modellerde yer alan değişkenler

Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
Aile yapısı	Temel özellikler	Çocuğa ilişkin özellikler	Sağlık ve gelir güvencesi ve hanehalkı refahı	Yaşanılan yerleşim yeri ve bölge
<i>Aile yapısı</i>	<i>Aile yapısı</i>	<i>Aile yapısı</i>	<i>Aile yapısı</i>	<i>Aile yapısı</i>
	<i>Cinsiyet</i>	<i>Cinsiyet</i>	<i>Cinsiyet</i>	<i>Cinsiyet</i>
	<i>Yaş</i>	<i>Yaş</i>	<i>Yaş</i>	<i>Yaş</i>
	<i>Eğitim</i>	<i>Eğitim</i>	<i>Eğitim</i>	<i>Eğitim</i>
	<i>Medeni durum</i>	<i>Medeni durum</i>	<i>Medeni durum</i>	<i>Medeni durum</i>
		<i>Çocuk sayısı</i>	<i>Çocuk sayısı</i>	<i>Çocuk sayısı</i>
		<i>Çocukların yaşadığı yer</i>	<i>Çocukların yaşadığı yer</i>	<i>Çocukların yaşadığı yer</i>
		<i>Yaşlıdan sorumlu olan kişi</i>	<i>Yaşlıdan sorumlu olan kişi</i>	<i>Yaşlıdan sorumlu olan kişi</i>
			<i>Sağlık sigortası</i>	<i>Sağlık sigortası</i>
			<i>Gelirin kaynağı</i>	<i>Gelirin kaynağı</i>
			<i>Hanehalkı refah düzeyi</i>	<i>Hanehalkı refah düzeyi</i>
				<i>Yerleşim yeri Bölge</i>

7.6.3.1. Model 1: Aile Yapısının Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisi

Birinci modelde sadece aile yapısı denklemedir. Betimsel analizlerde ortalama yaşlı sayısının en az, yaşlının yaşam kalitesinin ise en yüksek olduğu karı-koca-evlenmemiş çocuk ailesinin referans kategori olduğu bu modelde, karı-koca ailesi ve erkeklerden oluşan tek kişilik hanelerdeki yaşlılar dışında kalan tüm ailelerdeki yaşlıların yaşam kalitesinin karı-koca-evlenmemiş çocuk ailesine göre daha düşük olduğu görülmektedir ($p < 0.01$). Özellikle tek ebeveynli, geçici geniş ve kadınlardan oluşan tek kişilik ailelerdeki yaşlıların düşük seviyede bir

yaşam kalitesine sahip olma eğilimleri karı-koca-evlenmemiş çocuk ailesindeki yaşlılara göre iki kattan daha fazladır. Bu model toplam değişkenliğin ancak yüzde 6'sını açıklayabilmektedir (Tablo 7.21).

7.6.3.2. Model 2: Yaşlının Temel Özelliklerinin Yaşam Kalitesine Etkisi

İkinci modelde aile yapısının yanı sıra yaşlının temel özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim ve medeni durum) de denkleme girmektedir. Yaşlının temel özellikleri kontrol altında iken sadece tek başına yaşayan kadınların karı-koca ailesindeki kadınlara göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu; diğer ailelerde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesinin ise karı-koca ailesindeki yaşlılardan farklı olmadığı görülmektedir. Bu aşamada denkleme giren temel özelliklerin ise yaşlıların yaşam kalitesi üzerinde oldukça önemli bir etkisi olduğu gözlenmektedir. Kadın yaşlıların düşük seviyede bir yaşam kalitesine sahip olma durumları erkek yaşlılardan yüzde 45 daha fazladır. Yaşa göre bakıldığında yaş arttıkça yaşlıların yaşam kalitesindeki bozulmanın belirgin bir biçimde arttığı görülmektedir. 75-84 ve 85 ve üstü yaşlarda bulunan yaşlıların yaşam kalitesi 65-74 yaş grubundaki yaşlıların yaşam kalitesinden sırası ile 2.2 ve 7.5 kat daha düşüktür. Eğitim seviyesinin de yaşlıların yaşam kalitesi için önemli bir belirleyici olduğu görülmektedir. Yaşlıların eğitim seviyesi düştükçe istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yaşlıların yaşam kalitesi azalmaktadır. Bu anlamda en çarpıcı bulgu, eğitimsiz yaşlıların yaşam kalitesinin düşük olma riskinin lise ve üzerinde eğitime sahip olan yaşlılardan neredeyse 5 kat daha yüksek olmasıdır. Medeni duruma göre bakıldığında, eşi ölmüş (dul) yaşlıların yaşam kalitesi seviyesinin düşük olma durumu halen evli olan yaşlıların yaşam kalitesine göre yüzde 61 daha yüksektir. Toplam değişkenliğin yaklaşık yüzde 23'ünü açıklayan bu modeldeki değişkenlerin modelin bütününe yaptığı birikimli katkının çok yüksek olduğu görülmektedir.

7.6.3.3. Model 3: Yaşlının Çocuklarına İlişkin Özelliklerin Yaşam Kalitesine Etkisi

Bu modelde, önceki modellerde denkleme giren değişkenlere ek olarak yaşlıların çocuk sayısı, çocukların yaşadığı yer ve yaşlının yaşam kalitesinden sorumlu olan kişi denkleme girmektedir. Modelde şaşırtıcı olan nokta, aile yapısı değişkeninin bu modelde denkleme giren diğer değişkenlerin kontrolü olduğunda artık modelde olmamasıdır. Şaşırtıcı olan ikinci nokta, yaşlıların çocuk sayısı ve çocuklarının yaşadığı yer değişkenlerinin istatistiksel olarak anlamlı olmamalarının bir sonucu olarak modele girmemeleridir. Sonuçlar, yaşlının içinde yaşadığı aile yapısının, yaşlının çocuk sayısının ve yaşlının çocuklarına olan coğrafi yakınlığının yaşlının yaşam kalitesinin belirleyicileri arasında olmadığına işaret etmektedir. Bu model, yaşlıların temel özelliklerinin halen dirençli bir şekilde yaşlıların yaşam kalitesi üzerinde etkili olduklarını göstermektedir. Bu aşamada modele ilk kez giren değişkenlerden sadece yaşlıdan sorumlu olan kişi değişkeni için istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Yaşlıların yaşam kalitesinin sadece rahatlarını, sağlıklarını ve ihtiyaçlarını karşılama konusunda esas sorumluluğun kendilerinde olması durumunda yüksek olduğu görülmektedir. Yaşlıların bu anlamlardaki esas sorumluluğun aile ya da aile dışı kişilere ait olması durumunda ise yaşlıların yaşam kalitesinin

ciddi bir biçimde düştüğü görülmektedir. Bu modelde denkleme giren değişkenlerin katkısının bir sonucu olarak bu modelin toplam değişkenliği açıklama seviyesi yüzde 31'e yükselmiştir.

7.6.3.4. Model 4: Yaşlının Sağlık ve Gelir Güvencelerinin Yaşam Kalitesine Etkisi

Bu modelde ise, önceki modellerde denkleme giren değişkenlere yaşlıların sağlık sigortası, gelir kaynağı ve hanehalkı refah düzeyi değişkenleri eklenmiştir. Bu aşamada denkleme yeni dahil olan değişkenlerden sağlık sigortası değişkeninin denkleme olmadığı görülmektedir. Yaşlının gelirin olup olmadığını ve eğer geliri varsa bunun kaynağını gösteren değişkenin ise istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde denkleme girdiği görülmektedir. Kendisinin geçmişte çalışması karşılığında yaşlının emekli maaşı olması durumu referans kategori olarak alındığında, geliri olmayan yaşlıların, dolaylı emekli maaşı olan yaşlıların ve özellikle de yaşlılık aylığı alan yaşlıların düşük seviyede bir yaşam kalitesine sahip olma eğilimlerinin yükseldiği görülmektedir. Buna karşılık, kira/faiz/rant gibi geliri olan yaşlılar ile kendisinden emekli maaşı olan yaşlılar arasında önemli bir yaşam kalitesi farklılığı olmadığı gözlenmektedir. Hanehalkı refah seviyesinin yüksek olduğu hanelerde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ile karşılaştırıldığında, hanehalkı refah seviyesinin orta olduğu hanelerde yaşayan yaşlıların 1.6 kat; hanehalkı refahının düşük olduğu hanelerde yaşayan yaşlıların ise 2.6 kat daha fazla oranda düşük yaşam kalitesine sahip oldukları görülmektedir. Önceki aşamalarda denkleme giren değişkenlerin tamamı bu aşamada da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde denkleme kalmaya devam etmektedir. Bu modelin yaşlıların yaşam kalitesindeki toplam değişkenliğin yüzde 33'ünü açıkladığı görülmektedir.

7.6.3.5. Model 5: Yaşlının Yaşadığı Yer ve Bölgenin Yaşam Kalitesine Etkisi

Bu modelde yaşlıların yaşadığı yerleşim yeri ve bölge değişkenleri de modele girmektedir. Kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesinin düşük olma olasılığı kentsel yerleşim yerlerinde yaşayan yaşlılara göre yüzde 41 daha fazladır. Batı'da yaşayan yaşlılara göre Kuzey'de yaşayan yaşlıların düşük yaşam kalitesine sahip olma eğiliminin yüzde 29; Doğu'da yaşayan yaşlıların ise yüzde 75 daha fazla olduğu görülmektedir. Daha önceki aşamalarda denkleme giren değişkenlerin yaşlıların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin nihai modelde de devam ettiği görülmektedir. Yaşlıların yaşam kalitesini etkilediği düşünülen tüm değişkenler denkleme giren yani tüm olası değişkenlerin kontrolü altında, kadın yaşlıların erkek yaşlılardan; daha yaşlı olan yaşlıların daha genç yaşlılardan; daha eğitimli olan yaşlıların eğitimsiz yaşlılardan; eşi ölmüş yaşlıların halen evli yaşlılardan; bakımı, sağlığı ve ihtiyaçları konusunda sorumluluğu başkasına ait olan yaşlıların bu konulardaki sorumluluğu kendisine ait olan yaşlılardan; yaşlılık aylığı, dolaylı emekli maaşı olan ya da geliri olmayan yaşlıların kendisinden emekli maaşı olan yaşlılardan; düşük ve orta refah seviyesindeki hanelerde yaşayan yaşlıların yüksek refah seviyesindeki hanelerde yaşayan yaşlılardan daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları görülmektedir. Toplam değişkenliğin yüzde 34'ünü açıklayan nihai modelin diğer

modellere göre açıklayıcılığı en yüksek ve dolayısı ile *etkin model* olduğu ortaya çıkmaktadır (Tablo 7.21).

Tablo 7.21. Lojistik regresyon sonuçlarına göre yaşlılar arasındaki düşük yaşam kalitesinin belirleyicileri

Değişkenler	Modeller				
	Model 1 Aile yapısı	Model 2 Temel özellikler	Model 3 Çocuğa ilişkin özellikler	Model 4 Sağlık ve gelir güvencesi	Model 5 Yaşanılan yer ve bölge
Aile yapısı					
Karı-Koca	0.887	0.856	-	-	-
<i>Karı-Koca-Çocuk</i>	1.000	1.000	-	-	-
Ataterkil geniş	1.875*	1.273	-	-	-
Geçici geniş	2.507*	1.192	-	-	-
Tek kişilik-Erkek	0.855	0.568	-	-	-
Tek kişilik-Kadın	2.059*	1.790**	-	-	-
Tek ebeveynli	2.702*	1.199	-	-	-
Diğer	1.808**	0.723	-	-	-
Cinsiyet					
<i>Erkek</i>	MD	1.000	1.000	1.000	1.000
<i>Kadın</i>	MD	1.462*	1.310*	1.207**	1.190**
Yaş					
<i>65-74</i>	MD	1.000	1.000	1.000	1.000
<i>75-84</i>	MD	2.220*	2.042*	2.051*	2.078*
<i>85 ve +</i>	MD	7.501*	5.637*	5.637*	5.678*
Eğitim					
<i>Eğitimsiz</i>	MD	4.705*	3.932*	1.871**	1.769**
<i>İlkokul</i>	MD	2.482**	2.294	1.341	1.161
<i>Ortaokul</i>	MD	1.315	1.221	1.122	1.077
<i>Lise ve üzeri</i>	MD	1.000	1.000	1.000	1.000
Medeni durum					
<i>Hiç evlenmemiş</i>	MD	1.479	0.842	0.726	0.757
<i>Halen evli</i>	MD	1.000	1.000	1.000	1.000
<i>Eşi ölmüş</i>	MD	1.611*	1.643*	1.507*	1.206**
<i>Boşanmış/ayrı yaşıyor</i>	MD	0.717	0.842	0.659	0.686
Çocuk sayısı					
<i>Çocuğu yok</i>	MD	MD	-	-	-
<i>1-2</i>	MD	MD	-	-	-
<i>3-4</i>	MD	MD	-	-	-
<i>5 ve +</i>	MD	MD	-	-	-
Çocukların yaşadığı yer					
<i>Aynı evde</i>	MD	MD	-	-	-
<i>Aynı bina ya da sokakta</i>	MD	MD	-	-	-
<i>Aynı yerleşim yerinde</i>	MD	MD	-	-	-
<i>Yakın bir yerleşim yerinde</i>	MD	MD	-	-	-
<i>Uzak bir yerleşim yerinde</i>	MD	MD	-	-	-
Yaşlıdan sorumlu olan kişi					
<i>Kendisi</i>	MD	MD	1.000	1.000	1.000
<i>Eşi</i>	MD	MD	3.793**	3.896**	4.011**
<i>Kızı</i>	MD	MD	7.003*	7.421*	7.087*
<i>Oğlu</i>	MD	MD	2.888**	2.764**	2.767**
<i>Gelini/damadı</i>	MD	MD	9.756*	8.968*	8.485*
<i>Diğer</i>	MD	MD	7.835*	7.150*	7.232*

* İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.01; ** İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.05; Diğer durumlarda anlamlı değildir.

MD =Modelde Değil; - = Denklemden ancak istatistiksel olarak anlamlı değil.

Tablo 7.21. Lojistik regresyon sonuçlarına göre yaşlılar arasındaki düşük yaşam kalitesinin belirleyicileri (Devam)

Değişkenler	Modeller				
	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
	Aile yapısı	Temel özellikler	Çocuğa ilişkin özellikler	Sağlık ve gelir güvencesi	Yaşanılan yer ve bölge
Sağlık sigortası					
Yok	MD	MD	MD	-	-
SSK	MD	MD	MD	-	-
<i>Emekli Sandığı</i>	MD	MD	MD	-	-
Bağ-Kur	MD	MD	MD	-	-
Yeşil Kart	MD	MD	MD	-	-
Diğer	MD	MD	MD	-	-
Gelirin kaynağı					
Yok	MD	MD	MD	1.246**	1.238**
<i>Emekli maaşı-dolaysız</i>	MD	MD	MD	1.000	1.000
Emekli maaşı-dolaylı	MD	MD	MD	1.773**	1.717**
Yaşlılık aylığı	MD	MD	MD	1.910*	1.719**
Kira/faiz/rant	MD	MD	MD	0.833	0.811
Diğer	MD	MD	MD	1.247**	1.216**
Hanehalkı refah seviyesi					
Düşük	MD	MD	MD	2.556*	2.662*
Orta	MD	MD	MD	1.638*	1.613**
<i>Yüksek</i>	MD	MD	MD	1.000	1.000
Yerleşim yeri					
<i>Kent</i>	MD	MD	MD	MD	1.000
Kır	MD	MD	MD	MD	1.412*
Bölge					
<i>Batı</i>	MD	MD	MD	MD	1.000
Güney	MD	MD	MD	MD	1.140
Orta	MD	MD	MD	MD	1.043
Kuzey	MD	MD	MD	MD	1.290**
Doğu	MD	MD	MD	MD	1.752*
R ² (Nagelkerke)	0.062	0.225	0.310	0.334	0.341
Wald F	9.829*	23.318*	16.345*	12.870*	11.400*

* İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.01; ** İstatistiksel anlamlılık seviyesi p<0.05; Diğer durumlarda anlamlı değildir.
MD =Modelde Değil; - = Denklemden ancak istatistiksel olarak anlamlı değil.

7.7. Sonuçlar ve Politika Öncelikleri

Temel amacı, Türkiye'deki yaşlıların yaşam kalitesinin belirleyicilerini demografik yapının dönüşümü sürecinde ortaya çıkan nüfusun yaşlanması ve aile yapısının değişimi olgularını da dikkate alarak *yaşam kalitesi endeksi* aracılığı ile incelemek olan bu çalışmanın sonuçları, Türkiye'deki yaşlıların yüzde 36'sının düşük; yüzde 22'sinin orta; yüzde 42'sinin ise yüksek seviyede bir yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermektedir. Çalışmada *yaşam kalitesi endeksi* kullanılarak yapılan analizler dört önemli sonuca işaret etmektedir. Bunlardan birincisi, yaşlıların içinde yaşadığı aile yapısı ile yaşlıların yaşam kalitesi arasında zayıf bir ilişkinin olmasıdır. Betimsel analizler yaşlı sayısının fazla olduğu geçici geniş, tek ebeveynli ve tek başına kadınların yaşadığı hanelerdeki yaşlıların yaşam kalitesinin diğer hanelerde yaşayan yaşlılara göre daha

düşük olduğunu göstermektedir. Ancak, çok değişkenli analizlerde yaşlıların cinsiyet, yaş, eğitim ve medeni durum gibi temel özellikleri kontrol edildikten sonra aile yapısı ile yaşlıların yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin ortadan kalktığı görülmektedir. Çalışmanın ikinci sonucu, yaşlıların sahip olduğu çocuk sayısı ve çocukların yaşlıya olan mekansal yakınlığı ile yaşlıların yaşam kalitesi arasında güçlü bir ilişki olmamasıdır. Birbiri ile tutarlı olan bu iki sonuç, Türkiye’de aile bağlarının güçlü olduğu kabulü ile büyük ölçüde bakımı aile kurumundan beklenen yaşlıların yaşam kalitesi seviyesinin yaşlının içinde yaşadığı ailenin kompozisyonundan etkilenmediğini göstermektedir. Çalışmanın üçüncü sonucu, yaşlıların cinsiyet, yaş ve medeni durum gibi temel özellikleri ile yaşam kaliteleri arasında çok açık bir ilişkinin bulunmasıdır. Kadın yaşlıların, ileri yaşlarda bulunan yaşlıların ve eşi ölmüş yaşlıların yaşam kalitesi seviyesinin diğer yaşlılardan daha düşük olduğunu gösteren bu sonuçlar, ileri yaşlardaki yaşlıların ve eşi ölmüş yaşlıların büyük bir çoğunluğunun kadın yaşlılar olduğu düşünüldüğünde aslında doğrudan kadın yaşlıların dezavantajlı konumuna işaret etmektedir. Üçüncü sonuçla yakından ilişkili olan dördüncü sonuç ise, yaşlılık dönemine *hazırlıklı* giren yaşlıların, yani gençlik ve yetişkinlik dönemlerinde daha yüksek seviyede eğitim almış olan yaşlıların ve/veya çalışma çağında işgücüne dahil olarak daha sonra emekli olmuş yaşlıların ve/veya gençlik ve yetişkinlik dönemlerinde birikim yapmış olan ve daha sonra da bu birikimlerinden faiz/rant/kira elde eden yaşlıların, yaşam kalitesinin diğer yaşlılardan daha yüksek olmasıdır. Yaşlıların yaşam kalitesinin büyük ölçüde yaşlıların gençlik ve yetişkinlik dönemlerinde kazandıkları donanımlara bağlı olduğunu gösteren bu sonuçlar, insanların yaşam sürelerinin uzunluğunu ve özellikle de yaşlılık dönemlerinde geçimlerini nasıl sağlayacaklarını düşünerek *hazırlık yaptıklarını* savunan *yaşam döngüsü yaklaşımının* savlarını destekler niteliktedir.

Bu sonuçlar birbiri ile ilişkili beş önemli politika önceliğine işaret etmektedir. Birinci politika önceliği, Türkiye’de yaşlıların yaşam kalitesini güvenceye alacak olan evde bakım ya da kurumsal bakım hizmetlerinin geliştirilmesi gerekliliğine ilişkindir. Yaşlıların yaşam kalitesinin içinde yaşadıkları aileden bağımsız olduğu ve çocukların olmadığı aile yapılarının artma eğilimi içinde olduğu bulguları bir arada düşünüldüğünde, yaşlıların yaşam kalitesini korumak ve daha da yükseltmek için alternatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesinin önemi ortaya çıkmaktadır. Türkiye’de yaşlı nüfusun hızlı artışı ile birlikte aile yapısının çözülme süreci de dikkate alındığında, günümüzde toplam yatak kapasitesi 20 bin civarında olan kurumsal bakım hizmetlerinin (Canpolat, 2008; Giray ve diğerleri, 2008) geliştirilmesi gerekliliği daha iyi anlaşılmaktadır. Ayrıca, yaşlıların içinde yaşadıkları ailelerden/hanelerden koparılmadan bakımının sağlanması için kamu destekli evde bakım hizmetlerinin de Türkiye’nin gündemine gelmesi gerekmektedir. Bu politika önerisi ile tutarlı olarak, Türkiye’de 2006 yılında gerçekleştirilen *Aile Yapısı Araştırması*’nın sonuçları, henüz yaşlılık dönemine girmemiş yetişkinlerin yüzde 55’inin yaşlılık döneminde çocuklarının yanında kalmak istediğini; yüzde 18’inin evinde bakım hizmeti almak istediğini; yüzde 9’unun da huzurevine gitmek istediğini göstermektedir (T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü ve Türkiye İstatistik Kurumu, 2006). Bu sonuçlar, Türkiye’de insanların yarısından fazlasının yaşlılık döneminde çocukları ile yaşamak istediğini; yaklaşık dörtte birinin ise evde ya da kurumda

bakım hizmeti almak istediğini göstermektedir. Yaşlılara yönelik evde bakım ve kurumsal bakım hizmetlerinin geliştirilmesine ilişkin gereksinimin 2007-2013 dönemini kapsayan *Dokuzuncu Kalkınma Planı*'nında da vurgulandığı görülmektedir. Planda yaşlı nüfusta gözlenen artış ve aile yapısının değişime uğraması gibi nedenlerle yaşlı nüfusa götürülecek hizmetlerin öneminin arttığı belirtilerek yaşlılara yönelik olarak evde bakım hizmetlerinin destekleneceği; kurumsal bakım hizmetleri konusunda ise huzurevlerinin sayısının ve kalitesinin artırılacağı belirtilmektedir (DPT, 2006).

İkinci politika önceliği, yaşlıların yaşam kalitesinin korunması ve yükseltilmesi için tedbirler alınırken yaşlıların temel özelliklerinin dikkate alınması gerekliliğine ilişkindir. Kadın yaşlıların, daha yaşlı yaşlıların ve eşi ölmüş yaşlıların yaşam kalitesi anlamında daha dezavantajlı olduğu düşünüldüğünde, yaşlıları hedefleyen politikaların bu farklılıkları dikkate alan politikalar olması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Üçüncü politika önceliği, Türkiye'de yaşanan demografik dönüşüm sürecinde çocuğun yaşlılık dönemi için bir güvence olmaktan çıkmasının bir sonucu olarak, yaşlıların yaşam kalitesi ile yaşlıların sahip olduğu çocuk sayısı ve çocuklarına olan mekansal yakınlıkları arasındaki ilişkin zayıflamış olmasına ilişkindir. Bu durum, çocuk sayısı üzerinden yeniden şekillendirilmesi önerilen nüfus politikalarının gözden geçirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Yine bu kapsamda çocuğun yaşlılık dönemi için bir güvence olarak görülmesinin tamamen önüne geçilmesi için sosyal güvenlik ve sosyal sağlık hizmetlerinin özellikle yaşlılık döneminin tamamını kapsayacak biçimde geliştirilmesi gerekmektedir. Dördüncü politika önceliği, daha yüksek eğitime sahip olarak işgücüne katılan ve sosyal güvenliği olan bir işte çalışarak emekli olan yaşlılar ile maddi birikimi olan yaşlıların yaşam kalitesinin, yaşlılığa hazırlıklı olmalarının bir sonucu olarak diğer yaşlılardan daha yüksek olması ile ilişkilidir. Bu durum, Türkiye'de başta kamu kesiminin uyguladığı politikalar kapsamında olmak üzere tüm kesimlerin bireyleri yaşlılığa sosyal ve ekonomik donanımlar kazandırmak yoluyla hazırlaması gerektiğini göstermektedir.

Beşinci politika önceliği ise Türkiye'nin geniş kapsamlı bir yaşlılık araştırmasına gereksinimi olmasına ilişkindir. Günümüzde toplam nüfusumuzun yüzde 7'sini oluşturan yaşlı nüfusun, doğurganlık seviyesindeki azalmaya ve ölümlülük koşullarındaki iyileşmeye paralel olarak Cumhuriyetimizin 100. yılında yüzde 9'a; yaşlı nüfusun hacminin ise 8 milyona yükseleceği öngörülmektedir (TÜİK, 2009). Türkiye'nin nüfusun yaşlanma sürecinin bu noktasında, geleceğe ilişkin sağlıklı plan ve programlar geliştirebilmesi ve gerekli tedbirleri alabilmesi için yaşlıların bugün içinde buldukları demografik, sosyal, ekonomik, tıbbi ve psikolojik durumunu ulusal düzeyde tam olarak ortaya koyabilecek bir araştırmaya gereksinimi bulunmaktadır. Bu araştırmada gerekli uluslararası karşılaştırmaların yapılabilmesi için, diğer ayrıntılı soru modülleri yanında, Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşlıların yaşam kalitesini ölçmek için geliştirdiği ve tüm ülkelere kullanılmasını önerdiği WHOQOL-OLD modülünün de kullanılması büyük önem taşımaktadır. Bu araştırmada, ayrıca, yaşlıların birlikte yaşama örüntüleri ile geleceğin yaşlılarının nasıl bir birlikte yaşama örüntüsü beklentisi içinde olduklarının da kapsanması gerekmektedir. Böylece, yakın zamanda Türkiye'nin en önemli sorun alanlarından

birisi olacak olan yaşlılık ve yaşlıların finansmanı konularında ayrıntılı bilgi edinilmesi ve yine bu kapsamda önemli bir politika önceliği konusu olan kurumsal bakım talebinin büyüklüğünün belirlenmesi mümkün olacaktır.

7.8. Kaynaklar

Agresti, A. (1996). *An Introduction to Categorical Data Analysis*, John Wiley and Sons. Inc.

Arslan, Ş. ve Gökçe Kutsal, Y. (1999). "Geriatride Yaşam Kalitesinin Değerlendirimi", *Geriatristi*, 2(4):173-178.

Caldwell, J. C. (1976). "Toward a Restatement of Demographic Transition Theory", *Population and Development Review*, 2(3/4): 321-366.

Caldwell, J. C. (1982). *Theory of Fertility Decline*, Academic Press, London.

Canpolat, Ş. (2008). *Population Ageing in Turkey: Current and Prospective Co-residence Pattern of Elderly Population*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, HÜNEE, Ankara.

Chappell, N. L. (2003). "Correcting Cross-Cultural Stereotypes: Aging in Shanghai and Canada", *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 18(2):127-147.

Çolak, E. (2002). *Koşullu ve Sınırlandırılmış Lojistik Regresyon Yöntemlerinin Karşılaştırılması ve bir Uygulama*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi) Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.

Devlet Planlama Teşkilatı (2006) Dokuzuncu Kalkınma Planı: 2007-2013, *Resmi Gazete*, Mükerrer Sayı: 26215, Ankara.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (1997). "Measuring Quality of Life The World Health Organization Quality of Life Instruments", WHO/MSA/MNH/PSF/97.4, http://whqlibdoc.who.int/HQ/1997/WHO_MSA_MNH_PSF_97.4.pdf.

Eser, S., Saatli, G., Eser, E., Baydur, H. ve Fidaner, C. (2010). "Yaşlılar için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1): 37-48.

Figueira, H. A., Figueira, J. A., Mello, D. ve Dantas, E.H.M. (2008). "Quality of Life throughout Ageing", *Acta Medica Lituanica*, 15(3): 169-172.

Giray, H., Meseri, R, Saatli, G., Yüctin, N., Aydın, P. ve Uçku, R. (2008). "Türkiye'ye İlişkin Yaşlı Sağlığı Örgütlenmesi Model Önerisi", *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2008: 7 (1):81-86.

Girginer, N. ve Cankuş, B. (2008) "Tramvay Yolcu Memnuniyetinin Lojistik Regresyon Analiziyle Ölçülmesi: Etram Örneği", *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 15 (1):181-193.

Goode, W. J. (1963). *World Revolution and Family Patterns*, Free Press of Glencoe, New York.

Gujarati, D.N. (2003). *Basic Econometrics*, 4. Baskı, McGraw-Hill, New York.

Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi (H.Ü. GEBAM) (2004). *Yaşlılık Gerçeği*, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, ISBN 975-491-153-3.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (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.

Hancıoğlu, A. (1985). *1978'de Türkiye'de Aile Biçimleri ve Aile Büyüklüğü*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, HÜNEE, Ankara.

Işığışok, E. (2003). "Bebeklerin Doğum Ağırlıklarını ve Boylarını Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi İle Araştırılması". *Ankara, VI. Ulusal Ekonometri ve İstatistik Sempozyumu Bildiri Kitabı*, Gazi Üniversitesi İ.B.F. Ekonometri Bölümü.

Kalaycıoğlu, S., Tol, U.U., Küçükural, Ö. ve Cengiz, K. (2003). *Yaşlılar ve Yaşlı Yakınları Açısından Yaşam Biçimi Tercihleri*, Türkiye Bilimler Akademisi Raporları Sayı:5, TÜBA, Ankara.

Kaplan, H. S. ve Bock, J. (2001), "Fertility Theory: Caldwell's Theory of Intergenerational Wealth Flows", *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, ISBN: 0-08-043076-7, s. 5557-5561.

Karaduman, A., Yiğiter, K., Aras, Ö. ve Yakut, Y. (2004). "Yaşlılıkta Fiziksel Bağımsızlık ve Yaşam Kalitesi", *Yaşlılık Gerçeği*, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi, s.79-96.

Koç, İ. (1999). "Changing Family Patterns and Living Arrangements in Turkey (1978-1993)", *European Population Conference* (European Populations: Unity and Diversity), The Hague, Hollanda, 30 Ağustos-3 Eylül.

Koç, İ., Eryurt, M.A., Adalı, T. ve Seçkiner, P. (2010). *Türkiye'nin Demografik Dönüşümü: Doğurganlık, Aile Planlaması, Anne-Çocuk Sağlığı ve Beş Yaş Altı Ölümlerdeki Değişimler 1968-2008*, HÜNEE, Ankara.

Kunt, G. (1978). "Aile Yapısı ve Doğurganlık", *Türkiye'de Nüfus Yapısı ve Nüfus Sorunları*, Hacettepe Üniversitesi Yayınları D-25, Ankara, s. 87-116.

Lee, R. ve Mason, A. (2006). "What is the Demographic Dividend?" *Finance and Development*, 43(3), <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2006/09/basics.htm>

Lemeshow, S. ve Hosmer, D. (2000). "Applied Logistic Regression (Wiley Series in Probability and Statistics". *Wiley-Interscience 2 Sub edition*, 2-4

Low, G. ve Molzahn, A. E. (2007). "Predictors of Quality of Life in Old Age: A Cross-Validation Study", *Research in Nursing & Health*, 30:141-150.

Noro, A. ve Aro, S. (1996). "Health-related Quality of Life among the Least Dependent Institutional Elderly Compared with the Non-institutional Elderly Population", *Quality of Life Research*, 5(3):355-366.

Paschoal, S. M. P., Filho, W. J. ve Litvoc, J. (2008). "Development of Elderly Quality of Life Index-EQOLI: Item Reduction and Distribution into Dimensions", *Clinics*, 63(2):179-188.

Paskulin, L. M. G. ve Molzahn, A. (2007). "Quality of Life of Older Adults in Canada and Brazil", *Western Journal of Nursing Research*, 29(1): 10-26.

Perkins, D. H., Radelet, D. R., Gillis, M. ve Roemer, M. (2001), *Economics of Development*, 5. Baskı, New York, W. W. Norton and Company.

Quadagno, J. (1999). *Aging and the Life Course: An Introduction to Social Gerontology*, The Mc Graw-Hill Companies, USA.

Rowland, D. T. (2009), "Global Population Aging: History and Prospects", *International Handbook of Population Aging*, Springer, s. 37-65

Tatlıdil, H. (2002). *Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Analizi*, Ziraat Matbaacılık, Ankara.

T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü ve Türkiye İstatistik Kurumu (2006). *Aile Yapısı Araştırması 2006*, TÜİK, Yayın No. 3046, Ankara.

Terzioğlu, R. G., Güven, S., Hazer, O., Öztop, H. ve Şener, A. (2004). "Yaşlılıkta Sosyal ve Ekonomik Yaşam", *Yaşlılık Gerçeği*, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi, s.115-129.

Tesch-Romer, C., Motel-Klingebiel, A. ve von Kondratowitz, H. J. (2002). "Importance of Family for Quality of Life of the Elderly in a Social and Cultural Comparison", *Gerontology and Geriatrics*, 35(4): 335-342.

Timur, S. (1972). *Türkiye'de Aile Yapısı*, Hacettepe Üniversitesi, D-15, Ankara.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2009). *Nüfus Projeksiyonları: 2008-2050*, yayınlanmamış çalışma.

UNFPA (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu) (1998). *State of World Population 1998: The New Generations*, ISBN 0-89714-444-9, http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/1998/swp_1998_eng.pdf

Ünalın, T. (1986). *Some Social and Economic Characteristics of the Family Types in Turkey With Special Reference to Black Sea and Mediterranean Regions*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, HÜNEE, Ankara.

Van Rijckeghem, C. ve Üçer, M. (2009). *Türkiye'de Tasarruf Oranı'nın Evrimi ve Başlıca Belirleyicileri: Doğru Politikalar İçin Çıkarılacak Dersler*, TÜSİAD, Yayın No: EAF-RR/09-02, <http://www.ku.edu.tr/ku/images/EAF/rr0903.pdf>

Yavuz, S. (2004). "Changing Household and Family Compositions in Turkey: A Demographic Evaluation for 1968-1998 Period", *Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar e-Dergisi*, <http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/sutaymakale.htm>

Yener, S. ve Koç, İ. (2001). "Türkiye'de Bölgeler İtibariyle Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi", *Nüfus ve Kalkınma: Göç, Eğitim, Demokrasi ve Yaşam Kalitesi*, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

EK 1

TNSA-2008'den Özet Göstergeler

Tablo EK 1.1. TNSA-2008'den özet göstergeler

Göstergeler	Bölge					Yerleşim Yeri		Hanehalkı Refahı					Türkiye
	Batı	Güney	Orta	Kuzey	Doğu	Kent	Kır	En düşük	Düşük	Orta	Yüksek	En yüksek	
Hanehalkı ve hanehalkı üyelerine ilişkin göstergeler													
<i>En az bir yaşlı (65 ve +) bulunan hanehalklarının yüzdesi</i>	17.9	17.9	20.0	29.3	19.8	15.3	31.5	34.7	24.0	17.5	15.4	10.0	19.4
<i>En az bir 15-49 yaş grubunda kadın bulunan hanehalklarının yüzdesi</i>	75.0	77.3	75.4	69.9	87.0	79.0	69.4	68.5	74.0	77.4	78.7	81.8	76.6
<i>En az bir beş yaş altı çocuk bulunan hanehalklarının yüzdesi</i>	21.0	26.8	25.6	21.9	42.2	25.5	25.9	31.3	30.6	27.4	21.7	19.6	25.6
<i>Bir kişiden oluşan hanehalklarının yüzdesi</i>	7.5	5.3	6.4	6.7	3.1	5.9	7.6	9.8	6.1	5.3	5.8	5.5	6.4
<i>10 ve daha fazla kişiden oluşan hanehalklarının yüzdesi</i>	0.4	1.2	0.9	1.1	9.5	1.0	4.4	7.0	2.8	0.9	0.1	0.0	1.9
<i>En az bir cep telefonu bulunan hanehalklarının yüzdesi</i>	92.4	91.1	91.6	89.5	92.1	94.8	83.0	74.5	87.8	94.0	97.8	99.9	91.8
<i>En az bir özel arabası bulunan hanehalklarının yüzdesi</i>	33.6	30.8	38.5	29.8	20.5	34.3	26.2	10.1	16.9	25.5	34.5	64.8	32.3
<i>Gıda masraflarını karşılamakta güçlük çeken hanehalklarının yüzdesi</i>	60.8	69.4	63.9	58.0	79.3	62.5	71.6	85.2	77.5	70.6	59.9	39.2	64.8
<i>Sağlıklı içme suyuna sahip olan hanehalklarının yüzdesi</i>	93.7	95.3	86.2	93.7	94.6	93.7	88.4	90.3	90.9	91.2	91.4	97.0	92.3
<i>Kanalizasyona bağlı tuvalete sahip olan hanehalklarının yüzdesi</i>	90.2	59.6	86.7	63.6	71.9	94.8	40.8	32.8	72.9	90.9	97.3	99.2	81.1
<i>Yaşanılan konuttaki ortalama oda sayısı</i>	3.5	3.4	3.8	3.7	3.4	3.5	3.5	3.0	3.4	3.6	3.6	3.9	3.5
Kadınlara ilişkin göstergeler													
<i>12 yaşından sonra en az bir kez göç eden kadınların yüzdesi</i>	65.4	50.4	53.7	65.2	52.7	62.3	49.0	48.6	59.8	62.5	64.4	57.3	59.1
<i>Araştırma tarihinde evli olan kadınların yüzdesi</i>	66.1	64.4	69.0	67.0	58.1	64.1	68.8	64.0	67.5	65.9	63.5	65.1	65.2
<i>Sadece imam nikahı ile evlenen kadınların yüzdesi</i>	1.4	2.7	2.0	2.5	11.0	2.3	6.3	10.0	4.5	2.4	1.0	0.6	3.3
<i>Akraba evliliği yapan kadınların yüzdesi</i>	17.8	29.9	23.6	19.7	40.1	22.1	30.5	38.7	28.9	25.3	20.7	12.1	24.1
<i>Başlık parası alınarak evlenen kadınların yüzdesi</i>	9.4	7.7	11.2	14.7	39.4	11.9	23.0	34.6	20.9	13.7	7.4	3.0	14.6
<i>Aileler tarafından kararlaştırılan evliliklerin yüzdesi</i>	43.1	56.8	59.5	48.6	66.2	49.1	62.2	63.3	64.1	56.1	50.3	32.7	52.3
<i>Araştırma tarihinde gebe olan kadınların yüzdesi</i>	5.1	5.6	4.4	3.6	10.3	5.4	6.7	8.8	6.8	5.3	4.8	3.9	5.7
<i>En az bir kez canlı doğum yapan kadınların yüzdesi</i>	89.9	90.6	91.5	91.4	91.8	90.4	91.8	92.8	92.4	91.0	87.9	90.3	90.7
<i>En az bir kendiliğinden düşüğü olan kadınların yüzdesi</i>	18.2	22.4	20.9	18.0	25.4	19.8	22.1	24.3	23.1	21.7	17.7	16.7	20.4
<i>En az bir isteyerek düşüğü olan kadınların yüzdesi</i>	26.1	17.8	21.9	22.0	14.1	23.4	17.9	14.8	19.1	21.6	23.5	28.6	22.0
<i>En az bir ölü doğumu olan kadınların yüzdesi</i>	3.1	4.4	3.8	4.2	6.7	3.6	5.5	7.1	4.8	3.8	3.0	2.5	4.1
<i>Üremeye yardımcı tıbbi tekniklere başvuran kadınların yüzdesi</i>	2.7	3.1	2.8	2.5	1.7	2.9	1.8	1.1	2.0	3.1	2.9	3.4	2.6
<i>Üremeye yardımcı tıbbi tekniklerle gebe kalan kadınların yüzdesi</i>	61.2	59.3	50.0	41.7	57.9	57.3	53.1	61.5	40.7	56.3	62.2	60.7	57.1
<i>Ortalama ilk adet görme yaşı</i>	13.3	13.2	13.4	13.3	13.4	13.3	13.4	13.5	13.5	13.3	13.3	13.1	13.3
<i>Üreme sağlığına ilişkin herhangi bir sorun yaşayan kadınların yüzdesi</i>	71.7	77.4	76.6	78.6	80.7	75.5	74.6	75.3	76.9	78.2	76.3	70.3	75.3
<i>Menopoza giren kadınların yüzdesi (30-49 yaş)</i>	11.3	9.0	8.5	12.2	6.4	9.7	10.0	8.3	9.0	9.2	11.4	10.3	9.8
<i>Son beş yıldaki gebeliği sırasında demir hapı kullanan kadınların yüzdesi</i>	86.3	83.0	87.4	82.9	62.2	84.1	70.3	62.7	75.8	88.2	88.5	90.3	80.5
<i>Beş yaş altı çocuğu olan kadınlar arasında çalışanların yüzdesi</i>	20.4	20.2	20.2	45.7	17.3	15.5	34.8	28.6	17.3	14.0	15.0	31.0	21.0
<i>Sağlık sigortası kapsamında olan kadınların yüzdesi</i>	84.3	82.0	84.7	91.4	79.8	86.1	76.7	74.0	78.5	83.2	89.9	94.3	83.6
Çocuklara ilişkin göstergeler													
<i>Topuğundan kan alınan çocukların yüzdesi</i>	97.0	94.1	97.6	96.9	78.4	94.6	85.1	80.2	94.0	94.5	96.9	98.6	91.9
<i>Doğum öncesi veya sonrasındaki bakım hizmetlerine para ödeyen kadınların yüzdesi</i>	66.9	61.0	51.8	63.5	40.2	58.7	48.2	38.1	51.0	59.2	66.6	75.5	55.7
<i>Doğduğunda tartılan çocukların yüzdesi</i>	96.5	87.1	98.2	94.4	52.4	90.5	67.4	56.2	84.3	95.3	97.2	99.0	84.0
<i>Okul öncesi eğitime devam eden çocukların yüzdesi</i>	3.6	3.2	4.5	6.2	2.0	3.8	2.8	1.6	2.1	1.6	4.2	10.6	3.5
<i>Son beş yılda beş yaş altında ölen çocukların yüzdesi</i>	1.3	2.3	2.0	1.0	2.5	1.9	1.9	2.3	2.2	1.6	1.6	1.2	1.8
<i>Ölümü sağlık kurumunda gerçekleşen çocukların yüzdesi</i>	60.0	60.0	64.3	100.0	47.8	67.4	33.3	35.0	50.0	81.8	77.8	71.4	56.9
<i>Beş yaş altındaki çocukların nüfusa kaydedilme yüzdesi</i>	94.7	96.2	96.0	96.6	88.9	94.6	91.6	88.8	92.4	96.3	95.6	98.5	93.7
<i>Son beş yılda gerçekleşen doğumlar arasındaki çoğul doğumların yüzdesi</i>	2.6	3.2	3.0	3.0	3.0	2.8	3.1	3.3	2.2	2.7	2.6	4.2	2.9

EK 2

TNSA-2008 Örneklem Dağılımının Önceki Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Örneklem Dağılımlarına Göre Farklılaşması

Türkiye’de 1993 yılından beri yapılan dört nüfus ve sağlık araştırması zaman içerisinde örnekleme büyüklüğü ve örnekleme dağılımı açısından farklılıklar içermektedir (Ulusoy ve diğerleri, 1994; Türkyılmaz ve diğerleri, 2004; Türkyılmaz ve diğerleri, 2009). Bu araştırmalardan ilk ikisi olan TNSA-1993 ve TNSA-1998 ile daha sonra yapılan TNSA-2003 ve TNSA-2008 örnekleme tasarımları arasındaki en büyük farklılık, 2002 yılında ülkemizde resmi istatistik programında istatistiki bölge yaklaşımı olarak kabul edilen Avrupa Birliği İstatistiksel Bölgeleme Sistemi olan NUTS bölgelerinin örnekleme tasarımlarına yansıtılmasından kaynaklanmaktadır. Bu anlamda TNSA-1993 ve TNSA-1998 birbirlerine daha fazla benzeşirken, TNSA-2003 ve TNSA-2008 de örnekleme tasarımı açısından birbirlerine benzemektedirler.

Bununla birlikte bir serinin devamı olan her yeni araştırma örnekleme, daha önceki araştırma örnekleminde tecrübe edilen tabakalama, cevaplama oranları, bazı değişkenlere verilen özel önem ve raporlarda sonuçların sunulması hedeflenen tahmin alanları ihtiyaçlarından dolayı farklılaşmaktadır. Bu bölümde TNSA-2008 örneklem dağılımının hangi açılardan önceki nüfus araştırmaları örneklemlerinden farklılaştığı anlatılmakta ve son iki TNSA için örnekleme hedeflenen ve tamamlanan hanehalkı sonuçlarını veren bir tablo (Tablo EK 2.1) sunulmaktadır. Bu tabloda, NUTS bölgeleri 2002 yılından sonra kullanılmaya başlandığı için son iki TNSA karşılaştırması tablolandırılmıştır.

TNSA-2008’in hedef örneklem büyüklüğü 13,510 hanehalkıdır. Bu büyüklük TNSA-1993 ve TNSA-1998’den yüzde 35 daha büyük (10,000 hanehalkı) ve TNSA-2003’ten 400 hanehalkı daha fazladır. TNSA-1998’den sonra örneklem büyüklüğündenki artış özellikle 12 NUTS1 bölgesinin tasarıma girmesi dolayısı ile tabaka sayısının artması, İstanbul ve Güneydoğu Anadolu bölgesinin özellikle bebek ölümlüğü ve doğurganlık için ayrı birer tahmin alanı olarak tanımlanmasından kaynaklanmaktadır.

Bununla birlikte, TNSA-2003’den elde edilen tecrübeler temel alınarak bazı NUTS1 bölgelerindeki düşük gözlem sayılarının artırılması da örnekleme büyüklüğünün artmasına katkıda bulunmuştur. İstanbul için TNSA-2003’de dikkate alınan gecekondu/gecekondu olmayan tabakasından vazgeçilmesi bu bölgenin örneklem hacminde önemli bir düşüşe neden olurken, özellikle Kuzey bölgesinde tecrübeyle belirlenen gözlem sayısının azlığı bu bölgeye TNSA-2008’de daha fazla gözlem atanmasına neden olmuştur. Bunun yanı sıra, her bir NUTS1 bölgesi için örneklem büyüklüğü, TNSA-2003’de en az 700 iken, TNSA-2008’de en az 900 hanehalkından oluşacak şekilde tasarlanmıştır (Tablo EK 2.1).

Tablo EK 2.1. TNSA-2003 ve TNSA-2008’de bölgelere göre hedef ve tamamlanmış hanehalkı görüşme sayıları

Bölge	TNSA-2003		TNSA-2008	
	Hedef	Tamamlanmış	Hedef	Tamamlanmış
Bölge				
Batı	4330	3370	3860	2914
Güney	1840	1529	1900	1474
Orta	2450	2019	2690	2075
Kuzey	1580	1272	1910	1355
Doğu	2960	2646	3150	2707
NUTS 1 Bölgeleri				
İstanbul	2080	1570	1210	830
BatıMarmara	740	609	940	717
Ege	1000	815	1050	851
Doğu Marmara	1040	812	1030	827
Batı Anadolu	890	682	1900	816
Akdeniz	1840	1529	1110	1474
Orta Anadolu	740	643	920	727
Batı Karadeniz	1030	857	1230	964
Doğu Karadeniz	840	673	970	627
Kuzey Doğu Anadolu	740	651	900	782
Orta Doğu Anadolu	740	669	900	746
Güneydoğu Anadolu	1480	1326	1350	1164
Toplam	13160	10836	13510	10525

Kaynaklar

Ulusoy M., Aliaga A. ve Hancioğlu A. (1994). “Ek B: Araştırma Tasarımı, *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1993*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Macro International Inc., Ankara, Türkiye.

Türkyılmaz A.S. ve Aliaga A. (1999). “Ek B: Araştırma Tasarımı,” *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998*”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Measure DHS+/Macro International Inc., Ankara, Türkiye.

Türkyılmaz A.S., Hancioğlu A. ve Koç İ. (2004). “Ek B: Araştırma Tasarımı”, *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.

Türkyılmaz A.S., Koç İ. ve Yiğit E. (2009). “Ek B: Araştırma Tasarımı”, *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.



ISBN: 978-975-491-290-6