

## SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM KADIN SAĞLIĞINI NASIL ETKİLEDİ?

Nuray ÖZGÜLNAR\*

**Özet:** Ülkemizde sağlıkta dönüşümle birlikte uygulanan hizmet sunumu modeli kadın sağlığı hizmetlerinde parçalı, süreksiz bir yapılanmaya yol açmıştır. Mevcut cinsel sağlık/ üreme sağlığı hizmetlerinin uluslararası düzeyde onaylanan gerekli öğelerinin hemen tamamını kapsadığını, sayısal düzeyde son 40 yılda önemli değişimlerin olduğunu söyleyebiliriz. Ancak 2010 yılından sonra kadının sağlık hakkı ihlalinin en uç, en belirgin göstergelerden biri olan anne ölümleri ülkemizde azalma eğiliminde iken durağandan hafif artmış ve artmakta eğiliminde olması sunulan sağlık hizmetlerinde gelişmelerin önümüzdeki süreçte daha da olumsuzlanacağına ipuçları vermektedir. 15-49 yaş, gebe, lohusa izlemleri ve aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesinde sayılar yerine hizmetin niteliğin değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu değerlendirmeler yapılırken de kadınların gereksinim duydukları/duyacakları sağlık hizmetlerine tam, eşit ve en yüksek nitelikte erişmelerini sağlamak, kadının insan haklarının sağlanmasında da temel koşullarından biri olduğu unutulmamalıdır.

**Anahtar sözcükler:** kadının insan hakkı, anne ölümleri, sağlık hizmet sunumu

### *How Did Transformation in Health Affect Women's Health?*

**Abstract:** *The service delivery model implemented along with transformation in health in Turkey led to a fragmented and discontinuous structure in services related to women's health. It is possible to say that the existing sexual/reproductive health services embody almost all elements that are approved and recognized internationally and that in quantitative terms there have been significant changes in this area within the last 40 years. However, maternal deaths, as the most extreme and characteristic indication of the violation of human rights of women, now have a tendency to rise since 2010 after a long trend of decline and there are hints that healthcare services in this area may get even worse. In assessing age 15-49 pregnancy and postnatal monitoring as well as family planning services, it is necessary to focus on the quality of services rather than bare figures. While doing this, it should be born in mind that ensuring women's full and equal access to high quality services is one of the preconditions of fulfilling women's human rights.*

**Key words:** *human rights of women, maternal mortality, delivery of health services*

Sağlıkta dönüşümün bileşenlerinden birini oluşturan Aile Hekimliği Sistemi 2010 yılı sonu itibarıyla bütün Türkiye'ye yaygınlaştırılmıştır. Uygulanan yeni sistemin toplumun sağlığına ve kadın sağlığına olası etkileri henüz çok belirgin olmasa da gözlenmeye başlamıştır ve bu durum belirli aralıklarla değerlendirme yapmayı gerektirmektedir. Özellikle sağlıkta dönüşümde aile hekimliği sistemi ve Sağlık Bakanlığının yeniden yapılanması ile kamu hastaneleri birliği etkinliklerinin kadın sağlığına yönelik hizmetlerin sunumunda parçalı, süreksiz bir yapılanmaya yol açtığını kolaylıkla söyleyebiliriz. Bu makale sağlıkta dönüşümün parçalı, süreksiz bir yapılanma ile özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde kadın sağlığını nasıl etkilediğini tartışmayı amaçlamaktadır. Makale hazırlanırken

kadın sağlığı; 15-49 yaş, gebe, lohusa izlemleri, anne ölümleri, aile planlaması hizmetleri gibi özellikle birinci basamakta kolaylıkla yapılabilecek izlemler üzerinden, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA), Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıkları ve Sağlık Bakanlığı faaliyet raporları kullanılarak irdelenmeye çalışılmıştır. Kadın sağlığına sadece sağlık hizmet sunumunda yer alması gereken 15-49 yaş, gebe, lohusa izlemleri, anne ölümleri, aile planlaması hizmetleri gibi bazı durumlar açısından bakmak yeterli bir yaklaşım olamayacaktır. Bu süreci toplumsal ve cinsiyete bağlı eşitsizlikler, sağlık sistemindeki yetersizlikler açısından da tartışmak gerekmektedir

Bireyin kendi bedeni üzerinde tek söz sahibi olabilme özgürlüğü, kişiye siyasi, toplumsal, cinsel

\*Prof. Dr. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

söylemini belirleme gücünü de kazandırır. Bu nedenle de çağlar boyunca egemen sınıflar iktidarlarını sürdürebilmek için insan bedeni üzerinde hakimiyet kurmaktan vazgeçmemişlerdir. Bu hakimiyet eril iktidarların kadın üzerine baskısı ile gün geçtikçe artarak devam etmektedir. Geçmişte de, günümüzde de cinsiyete dayalı eşitsizliklerin ve ayrımcılığın yaşamın her alanında belirgin bir biçimde sürmesi kadın hakları ve bu kapsamda kadının sağlık hakkını ihlallerle gündeme taşımaktadır. Kadının sağlığı ruhsal, sosyal ve fiziksel iyilik hali yanı sıra hayatın sosyal, politik ve ekonomik boyutu tarafından da belirlenmektedir. Kadının sağlık hakkı en fazla ihlale özellikle kadınlarının cinselliği ve doğurganlığı üzerinden uğramaktadır. "Ne Zaman", "Kaç Tane Doğurması" gerektiği kararını erkek egemen iktidarlar vermektedir. Cumhuriyetin ilk yıllarından günümüze dek izlenen nüfus politikaları bunun için çarpıcı bir örnektir. Pronatalist politikalar, antinatalist politikalar ve tekrar günümüzün pronatalist politikaları kadın bedeni üzerine şekillenmektedir. Sadece politikalar bile ölüp ölmeyeceğinin belirleyicisi konumunda olup kadınların cinsel ve üreme sağlıklarıyla ilgili karar verme haklarını kullandırmamaktadır (Özgülnar, 2014).

Kadınların sağlığını yaşam boyu sağlık yaklaşımı ile erken çocukluk (doğumdan 9 yaşının sonuna dek), ergenlik (10-19 yaş arası), üreme çağı (15 ila 49 yaş arası) ve yaşlı olduğu (50 yaş ve üzeri) dönemler olarak ele alabiliriz. Ancak bu dönemlerden 15-49 yaş grubu kadınlar sadece cinsiyetleri nedeniyle yaşadıkları gebelik ve doğum sırasında -aslında normal fizyolojik ve sosyal süreçler olmasına rağmen, sağlıkları üzerinde hastalık ya da ölüm gibi özel etkisi olan durumlarla karşılaşır ve daha özel sağlık bakımına gereksinimleri olur. Özellikle bu dönemde alacakları sağlık hizmetleri, bu hizmetlerin kapsayıcılığı ve sürekliliği yaşayıp yaşamayacakları gibi hastalanıp hastalanmayacaklarını da belirlemektedir.

Geçmişten günümüze Türkiye'de kadın sağlığını anne sağlığı özelinde incelemek için etkilendiğimiz tarihsel süreçler ile birlikte gözden geçirmek gerekmektedir. 1985 yılı kritik önem taşıyan yıllardan biridir. 1985 yılında ihmal edilen bir trajedi olarak sorgulanmaya başlayana dek kadının sağlık durumu, özellikle de gebelik ve doğum sırasında anne sağlığı, politika yapıcılarında, araştırmacılarında gündeminde pek yer almamakta idi. (Rosenfield, 1985). Dünya sağlık örgütü tarafından yine ilk kez 1985 yılında dünyada 500.000 kadınınin obstetrik komplikasyonlar nedeniyle öldüğü de tahmin edildi (Lattof, 2013).1987 yılından itibaren

anne sağlığı temel göstergelerden biri olarak çeşitli toplantılarda ele alınmaya başladı. 1994 yılı hem Dünya hemde ülkemiz için bazı değerlendirmelerin yapıldığı ve kararların alındığı kritik yıllardan birini oluşturmaktadır. 1994'te Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı eylem programında (ICPD); kadınların yaşam kalitesini yükseltme hedefinin yer alması gerektiği, cinsiyetler arası eşitsizliklerin giderilmesi, hakkaniyetin sağlanarak kadınların güçlendirilmesi, kadınlara yönelik şiddetin yok edilmesi ve kadınların kendi doğurganlıklarını kontrol edebilmelerinin sağlanması özellikle vurgulanan noktaları oluşturmaktadır (UNFPA, 1995). Ülkemizde de özellikle 1994 ve sonraki yıllarda önceki yıllardaki yasaların ve uygulamaların desteğinde; ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin kapsamının genişletilmesi, aile planlamasıyla ilgili hizmet içi eğitimlerin oluşturulması, sağlık ocağı, sağlık evleri ve AÇSAP gibi merkezlerde verilen gebelikten korunma yöntemi eğitimleri yanı sıra yöntem uygulamasının desteklenmesi yönünde çalışmalar yürütüldü.

Yine bu süreçte 2000 Eylül ayında New York'ta gerçekleştirilen Binyıl Zirvesi'nde kabul edilen Binyıl Bildirisinde, yoksulluğun yarı yarıya azaltılmasını da içeren sekiz ana başlık altında kalkınma hedefleri belirlendi. Bu sekiz gelişme hedefinden beşincisi anne sağlığını iyileştirmek ile ilgili idi. Bu hedef dört gösterge ile ölçülmektedir: gebelikten korunma yöntemi kullanım hızı, adolesan doğum hızı, doğum öncesi bakımın kapsayıcılığı ve karşılanmamış aile planlaması gereksinimi (WHO, 2000). Bu hedef ve göstergeler doğrultusunda ve ülkemizde yürütülen programları da dikkate alarak anne sağlığını sağlıkta dönüşüm kapsamında tartışmak ve izlemek yol gösterici olacaktır.

Ülkemizde 2003-2007 yılları arasında Avrupa Komisyonu ile Sağlık Bakanlığı arasındaki ortaklık kapsamında Üreme Sağlığı Programı yürütülmüştür. Bu program Türkiye'deki mevcut cinsel sağlık/üreme sağlığı hizmetlerinin uluslararası düzeyde onaylanan gerekli öğelerinin hemen tamamını kapsadığını, ancak bu hizmetlerin genellikle kabul edilebilir kalite standartlarının altında sunulduğunu, ancak birbirine yeterince entegre olmadığı, etkin biçimde yönetilmediği ve eşit biçimde dağılmadığı tespiti üzerine şekillenmiştir (TÜSP, 2004). Bu program üreme sağlığı alanında hizmet kalitesinin artırılması amacıyla hizmet standartlarının geliştirilmesi, birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hizmet sunuculara yönelik hizmet içi eğitim materyali geliştirme ve eğitimler, mezuniyet öncesi

eğitimler, gençlik danışmanlık merkezlerinin kurulması, malzeme alımı, küçük/büyük çaplı araştırmalar ve sağlık yöneticilerinin yönetim kapasitelerinin geliştirilmesi gibi birbirini destekleyen birçok çalışmayı içermekte idi. Günümüzde Türkiye Üreme Sağlığı Programı sırasında geliştirilen eğitim modülleri ve program yaklaşımları güncelleme gereksinimleri bazen tam karşılanmadan olsa da hala kullanılmaktadır. Bugün sağlıkta dönüşümün parçalı yapısının daha hızlı olumsuz etkilemesini bu program sırasında kazanılmış olumlu tutumların geciktirdiğini söyleyebiliriz.

### Anne ölümleri

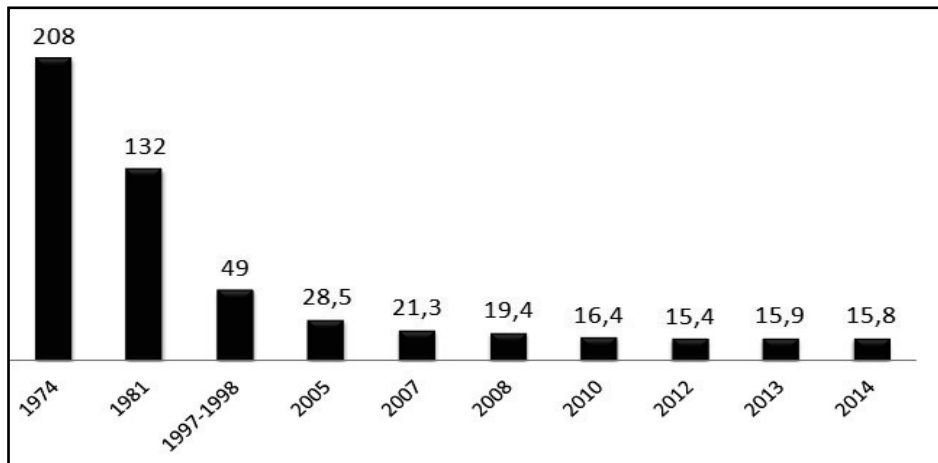
Anne ölümlerini izleme gebelik süresince, doğum sırasında ve sonrasında sağlık hizmetlerine erişme, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve bu hizmetlerin niteliği ile; daha geniş çerçeveden bakıldığında kadının eğitimi, toplumsal cinsiyet eşitliği ve sosyal şartlar anne ölümlülüğü ile ilişkilidir. Anne ölümleri ile ilgili ülkemizde ulusal düzeyde yapılan çalışmalardan ilki 1974-1975 yılına aittir. Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından ikili kayıt sistemi kullanılarak yapılan bu çalışmada anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 208 olarak bulunmuştur. Yine Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından 1989 yılında kız kardeş yöntemi ile yapılan çalışmada 1981 yılı için 132 olarak Sağlık Bakanlığı tarafından 1997-1998 yılı için hastane kayıtları üzerinden yapılan bir değerlendirmede 100.000 canlı doğumda 49 olarak tahmin edilmekte idi. 2005 yılında Türkiye üreme sağlığı programı kapsamında yapılan Ulusal Anne Ölümleri çalışmasında anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 28,5 olarak (kırsal alanda 40,3, kentlerde 20,7) bulunmuştur. 2005 Türkiye Anne Ölümü Araştırması'nın ardından, araştırmadaki sistem temel alınarak anne ölümü veri sistemi oluşturulmuş ve bu sistem Ocak 2007 tarihinden itibaren "Anne

Ölümleri Veri Sistemi" adı ile kullanılmaya başlamıştır. Bu veri sistemine göre anne ölüm oranları 2007 yılında yüz binde 21,3, 2008 yılında yüz binde 19,4, 2010 yılında yüz binde 16,4, 2012 yılında ise yüzbinde 15,4'tür (**Millennium Development Goals Report Turkey, 2010**). Sağlık Bakanlığı 2013 faaliyet raporunda 15,9 (sayfa: 73) ve 2014 faaliyet raporuna göre anne ölüm hızı 15,8 (s:67) dir (Şekil 1).

Anne ölümleri açısından durum değerlendirildiğinde ICPD ve ICPD+20 süreci ve Türkiye'deki konuyla ilgili yürütülen müdahale çalışmalarının etkileriyle anne ölümlerinde 2000'li yılların ilk yarısında öncelikle önemli oranda azaldığı ancak bu azalmanın günümüzde durduğu ve hatta 2012 yılından itibaren tekrar yükselmeye başladığı Şekil 1'den anlaşılmaktadır. Bunu anne sağlığı hizmetlerinin kamu hastaneleri birliği ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin işbirliği içinde birbirini tamamlar nitelikte yürümemesi, aile hekimliği sisteminde yer alan izlem politikalarının nitelikten ziyade sayıya odaklanması ve birinci basamakta özellikle üreme sağlığına yönelik danışmanlık hizmetlerinin neredeyse hiç olmaması ile açıklamak mümkündür.

### 15-49 yaş izlemleri

Kadın yaşamında 15-49 yaş cinsel sağlık bilgilerinin verilmesi, bilgi eksiklerinin tamamlanması gereken bir dönemdir. Bu dönem aynı zamanda gebelik ve doğumla ilgili olay ve istenmeyen sonuçların en fazla yaşandığı dönemdir. Özellikle bu dönemde kadınlara yönelik belirli riskler önemi koruyarak devam etmektedir. TNSA 2013 sonuçlarına göre doğumların %23,7'si planlanmadan gerçekleşen doğumlardır (**TNSA, 2013**). Bu doğumların istenen zamanda, planlanmış olması için kadınların bağlı buldukları aile hekimlerince değerlendirilmedikleri ve hizmet alamadıkları şeklinde



Şekil 1. Ülkemizde anne ölümlerinin yıllara göre durumu (Yüz bin Canlı Doğumda)

yorumlayabiliriz. Benzer yorumlama yüksek riskli doğurganlık davranışı içinde yapılabilir. Ülkemizde gerçekleşen doğumların sadece %37,3'ü hiçbir risk kategorisinde olmayan doğumlardır (TNSA, 2013). Bu sayı riskli doğumlar açısından değerlendirildiğinde doğumların yarısından fazlasının genç yaş, geç yaş, 2 yıldan sık ve 4 ve üzeri doğum olduğunu da açıklamaktadır. TNSA 2008'e göre ise son beş yıl içindeki doğumların sadece %33,2'si hiçbir risk kategorisinde değil olarak belirlenmiştir. 2013'lere geldiğimizde yüksek riskli doğurganlık davranışında %4,1'lik bir azalış var gibi görünmesine rağmen herhangi bir risk kategorisindeki doğumlar (%62,7) ihmal edilemeyecek kadar yüksektir. Doğum öncesi bakımın kapsayıcılığı, doğumun yapıldığı yer ve doğuma yardım eden sağlık personeli sayılarındaki büyük rakamlar ne yazık ki yüksek riskli doğurganlık davranışını azaltmaya yönelik girişimler olarak yorumlanamaz. Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki 15-49 yaş kadın izlemlerinin önemi daha da ön plana çıkarır.

15-49 yaş arasındaki tüm kadınlar; ergenlik dönemi danışmanlığı da dahil olmak üzere, doğurganlık davranışlarına dair bilgi vermek, riskli durumları tespit etmek, erken dönemde gebelik tespiti yapabilmek, aile planlaması yöntem kullanımları hakkında bilgi vermek, hizmet ihtiyacı olanlara hizmet sunmak ve kadın sağlığı ile ilgili konularda danışmanlık yapmak amacıyla yılda en az iki kez aile hekimleri tarafından izlenmesi gerekmektedir. Bu izlemler en fazla ihmal edilen alanlardan birini oluşturmaktadır. Bu izlemlerin ne sıklıkta, nasıl yapıldığı ve sonuçlarının ne olduğu ile ilgili bilgi Sağlık Bakanlığının ve ulusal araştırmaların sonuçlarının yayımlandığı kaynaklarda yoktur. Aile hekimleri de görev tanımları içinde yer alan bu konu ile ilgili yaklaşım farklılıklarına sahiptir (AHUY, 2013). Özellikle

performans ödemeleri içinde yer almadığı için ihmal edilen bu konuda yaşanan uyumsuzluklarda kadınlar aile hekimlerince sanki "açık kalp ameliyatı" yapmayı ihmal ettik diye de serzenişlere maruz kalmaktadır. Oysa bu izlemler yüksek riskli doğurganlık davranışları yanı sıra ülkemiz için önemli bir konu olan adolesan evlilikleri ve gerçekleşen gebelikleri erken belirlemede önemli ama o oranda kolay, basit ve yapılabilir araçlardan birini oluşturmaktadır.

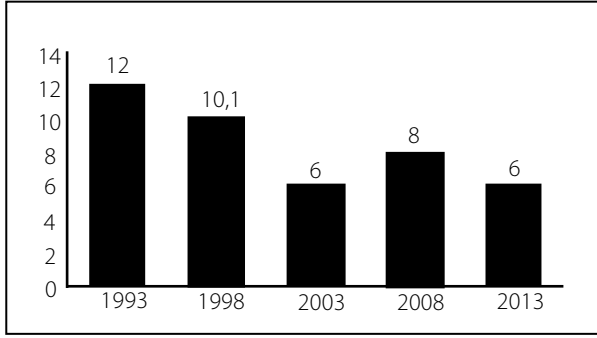
### Gebelikten korunma yöntemi kullanımı

Kadın sağlığını izleme göstergelerinden bir diğeri gebelikten korunma yöntemi kullanım sıklığı ve yöntem kullanımında olan değişimler oluşturmaktadır. TNSA verilerini içeren Tablo 1'de 1988 yılından günümüze kadar olan yöntem kullanımları ve yöntem kullanımında olan değişimleri verilmiştir. 2003-2014 döneminde gebelikten korunma yöntemi kullanımında ilerlemeler devam etmekle birlikte geçen 1990-2000 yıllarındaki büyük sıçramalar gerçekleşmemiştir. 2003 yılında %71 olan yöntem kullanımı oranı 2013'te %73,5 olmuştur. Herhangi bir modern yöntem kullanımı verilerini yorumladığımızda hap, RiA ve diğer modern yöntem kullanımlarında azalma, kondom kullanımı ve tüp ligasyonu sayılarında artış olduğunu kolaylıkla görebiliriz. Özellikle aile sağlığı merkezleri ve birimlerinde hap (%2), RiA (%3,2) ve diğer modern yöntemlerin (enjeksiyon %4,7, kondom %1,7) verilmesinde eğitim, malzeme eksikliği, hizmet sunmaya uygun ortam oluşturulmama gibi engellerle sıklıkla karşılaşmaktadır. TNSA 2013'e göre bu yöntemlerin %37'si özel sektörde, %23,2 si eczanelerden kişilerin kendisi tarafından karşılanmaktadır. Kişinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde yöntem bulamadığı için kondomu eczane (%48,8) ve marketlerden aldığını (%19,9) yine TNSA 2013 verilerinden görebiliyoruz.

**Tablo 1. Gebelikten korunma yöntemi kullanımında yıllara göre değişimler\***

Gebeliği önleyici yöntem	TDSA-1988	TNSA-1993	TNSA-1998	TNSA-2003	TNSA-2008	TNSA-2013
<b>Herhangi bir yöntem</b>	63.4	62.6	63.9	71.0	73.0	73.5
<b>Herhangi bir modern yöntem</b>	31.0	34.5	37.7	42.5	46.0	47.4
Hap	6.2	4.9	4.4	4.7	5.3	4.6
RiA	14.0	18.8	19.8	20.2	16.9	16.8
Kondom	7.2	6.6	8.2	10.8	14.3	15.8
Tuplerin bağlanması	1.7	2.9	4.2	5.7	8.3	9.4
Diğer modern yöntem	2.0	1.3	1.1	1.1	1.1	0.8
<b>Herhangi bir geleneksel yöntem</b>	32.3	28.1	26.1	28.5	27.0	26.0
Takvim	3.5	1.0	1.1	1.1	0.6	0.3
Geri çekme	25.7	26.1	24.4	26.4	26.2	25.5
Diğer geleneksel yöntem	3.1	0.9	0.6	1.0	0.2	0.2
<b>Halen yöntem kullanmıyor</b>	36.6	37.4	36.1	29.0	27.0	26.5
<b>Toplam</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

\*TNSA 2013, Tablo5.6 s:83 den değişiklik yapılmadan alınmıştır.



**Şekil 2. Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı (TNSA verileri, %)**

Bu durumu birinci basamakta aile hekimleri ve aile sağlığı elamanlarınca danışmanlık ve hizmet sunumunun sınırlı olduğu şeklinde yorumlayabiliriz. Tüp ligasyonu yaptıran kadın sayılarında olan artış danışmanlık alınarak kişinin kendi seçimi ile yapılmasından çok sezaryen doğumların artışına bağlı olabilir.

#### Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı

Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı çocuk aralarını açmak isteyen ya da artık çocuk sahibi olmak istemeyen kadınların oranı olarak tanımlanır. Bu tanımla ilgili geçmişten günümüze olan bulgular Şekil 2'de sunulmuştur. Günümüz için TNSA 2013 verilerine göre %6 olarak (kırdı %8, kentte %5) belirtilmektedir. Ancak yine TNSA 2013 sonuçlarına göre doğumların %23,7'si planlanmadan gerçekleşen doğumlardır (TNSA, 2013). Bu bulgularında karşılanmamış aile planlaması içinde değerlendirilmesi ve yorumlanması gerekmektedir.

#### Adolesan dönem ve doğurganlığı

15-19 yaş grubu genç kadınlar matürasyonlarını henüz tamamlamadıkları için gebelik ve komplikasyonlarından daha fazla etkilenirler. Bu

yaşlarda olan doğumlarda 20-30 yaşında yapacakları doğumlarına göre 2 kat fazla ölme riskindedirler, hatta 14 yaş ve altında bu ölüm riski 5 kat fazladır (Green, 2012). Adolesan gebeliklerinin %90'ı evlilik içinde gerçekleşir ve böyle olunca cinsel ilişkiyi reddetme, erteleme gibi bir şansları da olamaz (Lattof, 2013). Erken yaşta yapılan evlilikler kadınların toplumdaki eşitsiz konumunu da pekiştirmektedir. Adolesan doğurganlık hızı her bin 15-19 yaş kadın başına düşen doğum sayısı olarak tanımlanmaktadır. Bu hızla ilgili veriler, TNSA ve Dünya bankası verileri kullanılarak Tablo 2'de sunulmuştur. Ülkemiz için önemli bir konu olan adolesan evlilikleri ve gerçekleşen gebelikleri erken belirlemede önemli ama o oranda kolay ve yapılabilir araçlardan birini danışmanlığı da içeren ancak ihmal edilen 15-49 yaş kadın izlemleri oluşturmaktadır.

#### Doğum öncesi bakım hizmetlerinin kapsayıcılığı

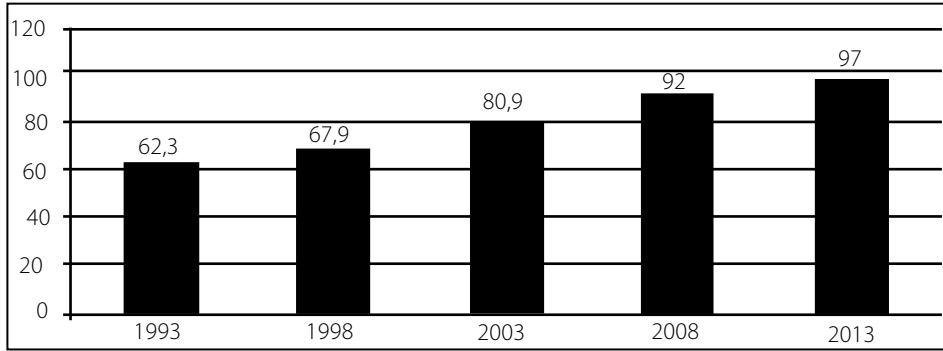
Doğum öncesi, sırası ve sonrası bakım hizmetlerinden yararlanma durumu belirli risklerin belirlenmesi ile anne ve bebek açısından mortalite ve morbiditenin önlenmesinde önem taşımaktadır. Her gebenin en az; 4 kez nitelikli izlenmesi, doğum sonrası hastanede 3, evde 3 olmak üzere 6 kez lohusa izleminin yapılması, normal doğum sonrası 24 saat, sezaryen sonrası 48 saat hastanede takip edilmesi, her doğumun hastanede gerçekleştirilmesi temel hedefler içinde yer almaktadır. Ülkemizde TNSA verilerine bakıldığında bu konuda önemli ilerlemeler kaydedildiğini söyleyebiliriz (Şekil 3, 4).

Ancak bu sayılar sunulan hizmetin niteliği hakkında bilgi vermemektedir. TNSA 2013 verileri değerlendirildiğinde gebelik sırasında hekimden doğum öncesi bakım alma oranı %94,5'tur. Bu

**Tablo 2. 15-19 yaş grubu kadınların doğurganlık davranışı ve modern gebelikten korunma yöntemi kullanım**

Yıl	15-19 yaş kadınlarda doğurganlık ve annelik durumu (Binde)			Modern gebelikten korunma yöntemi kullanma durumları (%)
	Canlı doğum yapmış	İlk çocuğuna gebe	Çocuk doğurmaya başlayan	
1998*	79	23	102	15,7
2003*	57	18	75	16,9
2008*	39	20	59	17,6
2010**	34	-	-	-
2012**	31	-	-	-
2013*	33	13	46	17,6

\*TNSA, \*\* Dünya bankası verileri



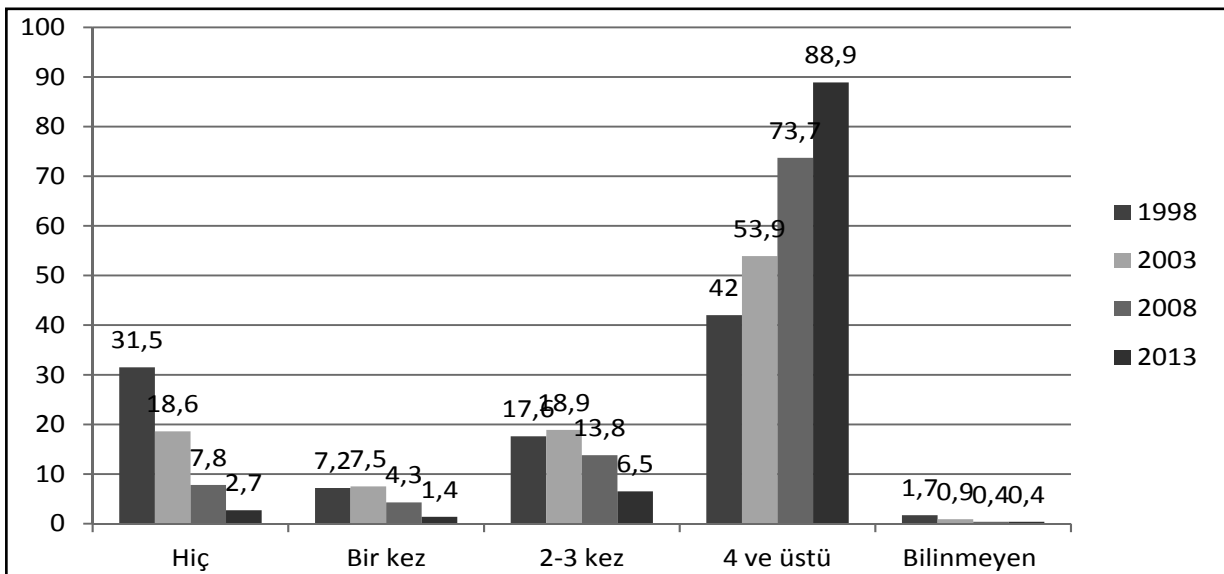
**Şekil 3. Yıllara göre doğum öncesi bakım hizmetlerinin kapsayıcılığında olan değişimler (%)**

izlemler sırasında kadınlar %96,4 oranında "tansiyon ölçüldü" derken en az bir kez "ultrason" çekilen kadın oranı %98,4'tür. Oysa gebelik sırasında olabilecek komplikasyonlarla ilgili bilgi alan kadın oranı %67,6'dır (TNSA, 2013). Hizmetin niteliği açısından ultrason, tansiyon ölçümü gibi teknik süreçlerle, olabilecek riskler hakkında gerekli bilgilendirme arasında uçurum olmamalıdır. Ayrıca hiç doğum öncesi bakım almamış, eğitimsiz, sosyal ilişkileri zayıf, geniş ailede yaşayan kadınların sağlık hizmeti almasının yolu evde bakım hizmeti, gezici hizmet sunmaktır (Conseil Sante, 2007). Gezici ve evde hizmetin sınırlı olduğu aile hekimliği sisteminde bu kadınlar ihmal edilmeye devam edilecektir.

Gebelik izlemleri, sağlık kuruluşlarında gerçekleşen doğumların sayılarında artışlar yanı sıra tüm doğumlar içinde sezaryen oranının da artması sorunun bir başka boyutuna dikkat etmemizi gerektirmektedir. 2000'li yılların başında %20'lerde olan sezaryen oranı günümüzde her iki doğumdan biri

sezaryenle sonlanır şekilde dönmüştür. Anne ve bebek için bazen yaşam kurtarıcı olan sezaryen günümüzde gerçek endikasyonları dışında kullanılmaktadır. Bu durumun artışı tıbbi endikasyonlar, annenin-bebeğin yaşamını kurtarmak gibi gerekçeler dışında sağlık dönüşüm, performans sistemi ve malpraktis uygulamalarının da etkisi olmalıdır.

Lohusalık dönemi izlemlerinde üçü hastanede üçü evinde olmak üzere altı izlem olması gerekmektedir. Sağlık bakanlığının Tablo 3'te sunduğumuz bu verileri bu izlemin hastane de mi evde mi olduğu bilgisi yanı sıra, izlemlerin niteliği ile hakkında hiç bilgi vermemektedir. TNSA 2013 verilerine göre kadınların %93,8'i en az bir kez, %6,2 si hiç doğum sonrası bakım almamıştır. Yine TNSA 2013 verilerine göre ilk kontrolünü doğum sonrası 24 saatten sonra olan kadınların oranının %9,6 olması dikkate değerdir (TNSA, 2013). Özellikle gebe, çocuk ve lohusa izlemlerinin çoğu kez evde değil de telefonla yapıldığı düşünüldüğünde durum daha da vahimleşmektedir.



**Şekil 4 Doğum öncesi bakım hizmetleri sırasında gebelik izlemleri (TNSA verileri, %)**

**Tablo 3. Gebelik, doğum ve lohusalık dönemi ile bilgiler**

	2002	2009	2010	2011	2012	2013
Gebe başına ortalama izlem sayısı	1,7	3,6	4,2	4,3	4,1	4,3
Sağlık kuruluşlarında gerçekleşen doğum oranı (%)	75	91	92	94	97	98
Sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki payı (%)	21,0	42,7	45,5	46,6	48,0	50,4
Lohusa başına ortalama izlem sayısı	0,7	1,4	1,5	2,0	2,3	2,9

\*Bu tablo Türkiye Halk Sağlığı Kurumu verileriyle hazırlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, Tablo 5.2 (s:60) ve Tablo 5.4 (s:65) ten alınmıştır. leri Yıllığı 2013, Tablo 5.2 (s:60) ve Tablo 5.4 (s:65) ten alınmıştır.

### Sonuç olarak

Kadının sağlık hakkı ihlalinin en uç örneği kabul edilebilecek anne ölümlerinin ülkemizde azalma eğiliminde iken durağandan hafif artmış ve artmakta eğiliminde olması sunulan sağlık hizmetlerinde değişiklikler olmaz ise önümüzdeki süreçte daha da olumsuzlanacağını ipuçlarını vermektedir. 15-49 yaş, gebe, lohusa izlemleri ve aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesinde sadece sayılar, oranlar yerine hizmetin niteliğinin de değerlendirilmesi, parçalı, süreksiz hizmet sunumunun bütünsel, ekip çalışması içinde verilmesi gerekmektedir. Kadınların gereksinim duydukları/duyacakları sağlık hizmetlerine tam, eşit ve en yüksek nitelikte erişmelerini sağlamak, kadının insan haklarının sağlanmasının da temel koşullarından biridir.

### Kaynaklar

- 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması** (1999) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Macro International Inc., Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Ankara.
- 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması** (2004) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara.
- 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması** (2009), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara.
- 2013 Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı** (2014) Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.
- 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması** (2014), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, TC Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği** (AHUY) (2013), 25.1.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazete.
- Conseil Sante, SOFRECO, EDUSER** (2007) Sağlık Arama Davranışı Araştırması. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara.
- Firoz, T., Chou, D., Peter von Dadelszen, P. Et al.** Measuring maternal health: focus on maternal morbidity. *Bull World Health Organ* 2013;91:794-796 , doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.117564>.
- Green, A.** (2012).The Central African Republic's silent health crisis. *Lancet*, 380(9846): 964-5 <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sa%C4%9Fli%C4%B1k%20istatistik%20y%C4%B1ll%C4%B1k%202013.pdf>.

**Lattof, S. R., Thomas, T., Wegner, M.N. Kearns, A., Langer, A.** (2013) *Improved Maternal Health Since the ICPD: 20 Years of Progress. Background paper # 4, ICPD Beyond 2014 Expert Meeting on Women's Health - rights, empowerment and social determinants, 30th September - 2nd October 2013, Mexico City, Mexico.*

**Millennium Development Goals Report Turkey** (2010), Erişim tarihi 10 Nisan 2015 [http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Turkey/Turkey\\_MDG\\_2010.pdf](http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Turkey/Turkey_MDG_2010.pdf).

**Özgülnar, N.** (2014). *Türkiye'de Düünden Bugüne Kadın Sağlığı Hakkı. Cinsellik ve Cinsel Tedaviler X. Ulusal Kongresi, 28-30 Kasım 2014, İstanbul.*

**Rosenfield, A., Maine, D.** (1985) "Maternal mortality - a neglected tragedy: Where is the M in MCH (Maternal and Child Health)?" *The Lancet*, 2(8446): 83-85, Erişim Tarihi 10 Nisan 2015, [http://www.unicef.org/devpro/files/A\\_Rosenfield\\_et\\_al\\_Maternal\\_Mortality\\_1985.pdf](http://www.unicef.org/devpro/files/A_Rosenfield_et_al_Maternal_Mortality_1985.pdf).

**Sağlık Bakanlığı** (2013) Faaliyet Raporu, Erişim tarihi 10 Nisan 2015 [http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/faaliyet\\_raporu\\_2013/index.html](http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/faaliyet_raporu_2013/index.html).

**Sağlık Bakanlığı** (2014) Faaliyet Raporu, Erişim tarihi 10 Nisan 2015 [http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/faaliyet\\_raporu\\_2014/faaliyet\\_raporu\\_2014/index.html](http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/faaliyet_raporu_2014/faaliyet_raporu_2014/index.html).

**ÜSP- Türkiye Üreme Sağlığı Programı** (2004), DELTUR/MEDTQ/20-02, Hizmet Çerçevesi Raporu, , Erişim Tarihi 10 Nisan 2015, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Hizmet%20C3%A7er%C3%A7evesi%20dok%C3%BCman.pdf>.

**UNFPA** (1995). *International Conference on Population and Development - ICPD - Programme of Action*. New York: United Nations.

**WHO** (2000) *Millennium Development Goals*, Erişim tarihi 10 Nisan 2015 [http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/about/en/](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/en/).

**World DataBank World Development Indicators**, Erişim tarihi 10 Nisan 2015 <http://databank.worldbank.org/data/views/reports/tableview.aspx>