

Türkiye'de aile planlaması program stratejisi

Prof. Dr. Nusret H.FİŞEK

Atatürk 1920 yılında TBMM'de yaptığı bir konuşmada "Ulusumuzun sağlığının korunması ve desteklenmesi, ölümlerin azaltılması, nüfusun artırılması ve böylece ulusumuzun bireylerinin dinç ve çalışmağa yetenekli bir biçimde yetiştirilmesi gereklidir." demişti. Bu yönlendirici Başbakan olarak İnönü'nün zorlayıcı pronatalist bir politika gütmesinin temelini oluşturur.

Türk Ceza Kanunu'na ve Umumi Hıfzıssıha Kanunu'na gebeliği önleyici ilaçların satılması, kullanılması ve bu konuda bilgi verilmesini yasaklayan hükümler kondu. Ülkemizde, toplum, aşırı doğurganlığın olumsuz etkilerini 1950'li yılların ikinci yarısında duymaya başlamış ve istenmeyen doğumları önlemek için çocuk düşürme olguları artmaya başlamıştır. Bu durumu gören Ankara Doğumevi Başhekimi Z.Burak, 1958 yılında Sağlık Bakanlığına başvurarak, gebeliği önleyen ilaç ve gereçlerin satış ve kullanılmasının serbest bırakılmasını önermiştir. 1959 yılında Fişek ve arkadaşları kırsal bölgelerde ana ölümleri ve çocuk düşürme üzerinde epidemiolojik bir araştırma yaptılar ve sorunun önemini gösteren sayısal veriler topladılar. Fişek 1960 yılında, kamuoyu yaratma amacı ile, aile planlaması konusunda bir açık oturum düzenledi. Bu açık oturum basında büyük ve olumlu yankılar yaptı (1).

1962 yılında Başbakan İnönü değişen koşullar altında nüfus politikasının değiştirilmesi gereğini kavramış, Adalet Partisi Senatör ve Milletvekillerinin çoğunluğunun direncine karşın, 1962 yılında Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında nüfus planlaması ilkesi ve 1965 yılında da 557 Sayılı Nüfus Planlaması Yasası TBMM'nce kabul edilmiştir (2). Yasaya göre nüfus planlaması programını yürütmek SSYB'nin görevidir. Ancak Bakanlık bu görevini yeteri kadar başarılı yürütememiştir. Gebeliği önlemede etkin çağdaş yöntemlerin kullanılmasının sınırlı olması ve geri çekme yönteminin yaygınlaşması bunun kanıtıdır. 1983 yılında kabul edilen yeni bir yasa, 2827 sayılı Nüfus Planlaması Yasası ile aile planlaması programlarının daha başarılı olabilmesi olanağı sağlanmıştır.

Aile planlaması programlarının başarılı olmasında önemli olan etkenler halkın aile büyüklüğü konusunda tutumu, kullanabilecek yöntemler, hükümetlerin aile planlamasına verdiği önem ve aile planlaması hizmeti sunan örgütün gücüdür. Program stratejisinden söz etmeden önce bu etkenlerin niteliğini belirlemek yararlıdır.

Aile Büyüklüğü Normu:

Türkiye'de 1963 Nüfus Araştırması ve ondan sonra her beş yılda bir yapılan nüfus araştırmaları sonuçlarına göre, Türkiye'de evli kadınların sahip olmak istedikleri çocuk sayısı ortalama 3'tür. 1978 Nüfus Araştırmasında evli kadınlara kaç çocuğu olduğu ve başka çocuk isteyip istemediği sorulmuştur. Tablo 1'de görüldüğü gibi 3 ya da daha az çocuk sahibi olan kadınların % 73'ü artık çocuk doğurmak istememektedir. Bu Türkiye'de aile planlaması programlarının başarılı olması için uygun bir ortam bulunduğunun kanıtıdır (2.3).

Ailelerin Kullandığı Gebeliği Önleyici Yöntemler:

Tablo 2'de görüldüğü gibi, aile planlaması yöntemi kullanılan ailelerin oranı (hız) 1963 yılından bu yana sürekli olarak artmış ve % 62'ye ulaşmıştır. Buna karşın doğurganlık hâlâ yüksek bir düzeydedir (3, 4). 1955-60 yıllarında binde 47 dolaylarında olan kaba doğum hızı ancak binde 30 dolaylarına kadar düşmüştür. Gebelikten korunan ailelerin sayısının çok olmasına karşın, doğum hızının düşmemesinin nedeni de Tablo 2'de görüldüğü gibi, koruyuculuğu sınırlı olan geri çekme yönteminin ülkemizde yaygın olarak kullanılmasıdır. Bu durum Türkiye'de çocuk düşürmenin yaygın oluşunun nedenini de açıklamaktadır. Birleşmiş Milletlerin yayınladığı bir araştırmada, Şekil 1'de görüldüğü gibi, Avrupa ülkelerinde çocuk düşürme sıklığı ile geri çekme yönteminin kullanılmasının sıklığı arasında sıkı bir ilişki vardır (5). Değişik ülkelerde yapılan araştırmalara göre geri çekme yöntemini kullanan ailelerde bir yıl içinde gebe kalma olasılığı yüzde 80'dir. Türkiye'de yapılan bir araştırmada bu olasılık 30 yaşından genç çiftlerde % 37, 30 yaşından yukarı olanlarda % 10' bulunmuştur (6).

Aile Planlaması Hizmeti Sunan Örgütün Gücü:

Örgütün gücünü etkileyen etkenler, hizmet sunan birimlerin sayısı ve kullanılabilirliği, insan gücü durumu ve işletmeciliktir. Aile planlaması programlarının başlatıldığı yıllarda değişik ülkelerde bu alanda söz sahibi olanların çoğu aile planlaması hizmetlerinin, sağlık örgütünden ayrı olarak, özel, monovalan bir örgüt tarafından yürütülmesi görüşünde idi. Fişek ve diğer bazı yöneticiler de aile planlaması hizmetinin sağlık hizmeti içinde polivalan bir hizmet olarak yürütülmesini savunuyorlardı (7, 8). Uygulamalar polivalan modelin üstünlüğünü göstermiş ve monovalan örgüt görüşünü savunan kalmamıştır. Ülkemizde sağlık ocakları,

toplum ve hekim

Ana-Çocuk Sağlığı ve özel aile planlaması merkezleri, doğum evleri, hastaneler ve özel muayenehanelerin tümünde, spiral koyma dahil, tüm aile planlaması yöntemleri uygulanabilir. Bu birimler ailelerin kolayca erişebileceği gibi dağılmıştır. Ne yazık ki, bu birimlerden gerektiği gibi yararlanılmamaktadır. Bunun nedeni hekimlerin tutumu, personelin bu konuda yeterli eğitimi görmemiş olması ve işletmecilik yanlılarıdır.

Çocuk düşürme bir aile planlaması yöntemi olmamalıdır. Ancak Türkiye'de istemeden gebe kalan kadın sayısının 300.000'in üstünde olması ve düşüklerin fazla olması ana sağlığını koruyabilmek için, istek üzerine ve gebeliğin ilk aylarında çocuk düşürmek için aybaşı düzenleme (menstrual regulation) uygulamalarının aile planlaması programı içinde geliştirilmesi gereklidir. Aybaşı düzenlemesi her hastanede yapılabilir. Tek engel bazı hekimlerin tutumu ve bu konuda eğitilmemiş olmalarıdır.

İnsan gücü sorununa gelince; aile planlaması hizmetinin yalnız hekimler eli ile yürütülmesini savunanlar yanında, ebelerin hemşirelerin ve toplum içinden seçilerek eğitilmiş kişilerin de aile planlaması hizmeti sunabileceklerini savunanlar vardı. Bugün bir çok ülkede, özel olarak eğitilmiş ebe ve hemşireler spiral takmada, kadınlara sterilizasyon ameliyatı yapmada kullanılmaktadır. Akın ve Eren eğitilmiş ebe ve hemşirelerin spiral takmada hekimler kadar başarılı olduğunu göstermiş ve bunların bu hizmette kullanılmasını 2827 sayılı yasa ile yasallaştırmıştır (9, 10).

İşletmecilik sorunlarına gelince; Personelin okul ve hizmet öncesi eğitiminde başarısızlık, hizmet birimlerinin araç ve gereç gereksinmelerinin düzenli biçimde ve yeterli olarak karşılanamaması, personelin sürekli olarak denetimlerinin sağlanmaması önemli sorunlardır. Çağdaş işletmecilikte denetimin (inspection, teftiş değil) personeli iş başında eğitmek, desteklemek ve güdülemek (supervision) hizmeti olduğunu anlamayan yönetici de çoktur.

Doğurganlığın Yüksek Olduğu Bölgeler:

Doğurganlık düzeyi sosyal ve ekonomik gelişmişliğe bağlıdır. Doğu illerinde doğurganlığın yüksek oluşunun nedeni az gelişmişliktir. Bu bölgede sosyal ve ekonomik gelişme programlarına hız vererek fazla çocuklu olmanın aile ve güç değil, yük olacak düzeye eriştirilmesi önemlidir.

"Fazla çocuk yapmayın" sloganı ile yapılacak bir kampanya ters tepki yapabilir. Ana ve çocuk sağlığını korumak için doğumlar arası aralığın en az iki yıla çıkarılması için gebeliği önleyici yöntem kullanmanın yaygınlaştırılması daha uygun bir yöntemdir.

Program Stratejisi İlkeleri:

1— SSBY'nin yürüttüğü aile planlaması programında temel yöntem spiraldir. Önemli bir yan etkisi olmayan ve koruyuculuğu en yüksek olan spiralin temel yöntem olarak seçilmesi doğru bir karardır. Bu uygulama yaygınlaştırılmaktadır. Bu hizmetin yaygınlaştırılmasında kilit personel eğitilmiş ebe ve hemşirelerdir. Ebe ve hemşirelerin eğitildikleri merkezlerin sayıları, eğitim araç ve gereçleri artırılmalıdır.

Eğitilen ebe ve hemşireler çalıştıkları birimlerde desteklenmeli ve denetilmeli, 3-5 yılda bir bilgi tazeleme kurslarına çağırılmalıdırlar. Her sağlık ocağında spiral takma eğitimi görmüş bir ebe ya da hemşire bulunmalıdır. Her hastane —SSK hastaneleri dahil— ve sağlık merkezinde spiral takan bir hekim ya da ebe bulunmalıdır.

2— Aile planlaması programlarında seçilecek ikinci yöntem sterilizasyondur. Bu yöntem bir çok ülkede yaygın olarak kullanılmaktadır. Örneğin ABD, Çin ve Hindistan'da sterilizasyon ameliyatı yaptıran kadın ve erkek sayısı 80 milyon dolayındadır. Ülkemizde isteyen kadın ya da erkek her hastanede sterilizasyon ameliyatı yaptırabilmelidir. Sterilizasyonun dine aykırı olduğu savı gerçek değildir. Bazı din adamları kendi görüş ve eğilimlerini din kuralı imiş gibi savunmakta ve yorum yapmaktadırlar.

3— Kaput (Condom) uzun yıllardır halkın bildiği bir yöntem olmasına karşın çoğunlukça kabul edilen bir yöntem değildir. Ağızdan alınan hormon preparatlarına gelince, kadınlar bu hapları düzenli olarak almadıkları için koruyuculuğu yüzde 90'a kadar düşmektedir. Bu nedenler ile kaput ve hap aile planlaması programlarında ikinci öncelik alır. Bununla birlikte dağıtımına önem vermeli, her isteyen bunları sağlık birimlerinden alabilmelidir.

4— Gebeliği önleme teknolojisindeki gelişmeler yakından izlenmeli ve yeni yöntemler programa eklenmelidir. Depo-provera ve Norplant, bazı yan etkileri olmakla birlikte bir çok ülkede kullanılan yöntemlerdir.

5— Aileleri geri çekme yönteminden vazgeçirerek etkin yöntemi kabul etmeleri için yapılacak eğitime büyük öncelik verilmelidir. Bulut, geri çekme yöntemi kullanan ailelerde kadınların düşük yaptıktan sonra eğitime çok duyarlı olduklarını göstermiştir (11).

Düşüğe yardım eden hekimler kadını spiral kullanmağa güdülemelidirler.

6— Aybaşı düzenleme (M R) bir aile planlaması yöntemi olmamakla birlikte ana sağlığını koruyabilmek için, her hastanede —SSK hastaneleri dahil— aybaşı düzenleme yapılmalıdır. Bunun için pratisyen hekimlerin eğitimine önem verilmelidir.

7— Tıp Fakültelerinde, ebe ve hemşire okullarında aile planlaması konusunda eğitim yetersizdir. Eğitim programlarını yürüten yetkililer ülkenin gereksindiği konularda eğitime ağırlık vermelidirler. Hekim, ebe ve hemşirelerin, hizmete uyumlarını sağlamak için, hizmet öncesi eğitim kurslarına ve iş başında eğitim amacı ile yapılan denetime önem verilmelidir.

8— Tüm halkın —özellikle Doğu bölgesinde— sosyal ve ekonomik yönden gelişmesini sağlamak amacı ile yürütülen çalışmalara hız verilerek doğurganlık eğilimi azaltılmalıdır.

9— SSYB'nin kent ve kasabalarda Ana—Çocuk sağlığı ve Aile Planlaması sunan örgütleri yetersizdir ve halk ile bütünleşmemiştir. Kent ve kasabalarda her ilkokul dolayında bir sağlık istasyonunu (sağlık evi) ve her mahallede Ana çocuk sağlığı ve aile planlama hizmetini destekleyen merkezler (sağlık ocağı) kurulmalıdır.

10— Sosyal Sigortalar Kanununun 124'üncü maddesi kuruma koruyucu hizmet yapma yetkisi de vermektedir. SSK'nın aile planlaması hizmetlerine katkısı çok azdır. SSK sağlık kurumlarında spiral takma, aybaşı düzenleme ve sterilizasyon ameliyatı, istek üzerine yapılmalıdır.

11— Aile planlaması programlarında personelin, özellikle kadın-doğum uzmanlarının, hizmeti en yüksek düzeyde yürütmeleri için içten gelen çabalarını sağlamak başarının önemli koşuludur. Devlet büyüklerinin önderlik edeceği eğitim kampanyaları ve başarılı kişilerin ödüllendirilmesi bunu sağlayacak önlemlerdir.

12— Halkın aile planlamasında eğitimi için televizyon, radyo, basın, toplum önderleri ve sağlık personelinin geniş ölçüde yararlanılmalıdır.

13— Orta ve Yüksek eğitimde, iş yerlerinde ve orduda nüfus politikası, babaların çocuklarını yetiştirme sorumlulukları, sık ve çok sayıda doğumun ana ve çocukların sağlığına yaptığı olumsuz etkiler konusunda eğitim yapılmalıdır.

14— Kırsal bölgelerde sağlık örgütünün her köye hizmet götürebilmesi için ulaşım sorunu, her sağlık ocağına taşıt ve görevlerini yapacak yeterlilikte benzin vererek, çözümlenmelidir.

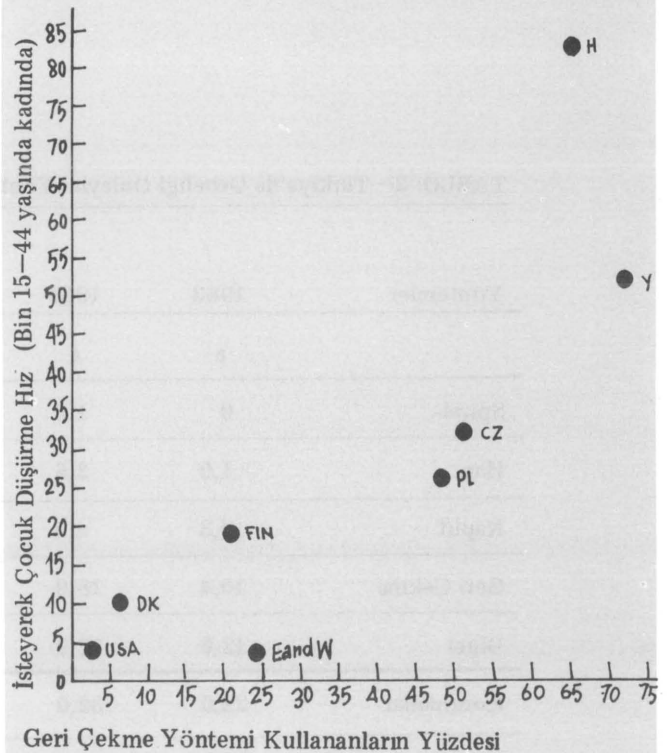
15— Örgüte gerekli ilaç, araç ve gereçler sürekli olarak ve eksiksiz verilmelidir.

KAYNAKLAR

- 1- Üner, R. ve Fişek, N.: Türkiye'de Doğum Kontrolü Uygulamaları Üzerinde İncelemeler, SSYB Yayını No.264 Ankara (1961).
- 2- Fişek, N.H.: Dünyada ve Türkiye'de Nüfus Sorunu, A.Akın'ın "Aile Planlaması Elkitabı" adlı yapıtında, sayfa 1-21 (1983).
- 3- Berelson, B.: Turkey: National Survey on Population Studies in Family Planning 1(5) 1-5 (1964).
- 4- —, Türkiye Nüfus Araştırmaları (1968, 1973, 1978, 1983) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü.
- 5- —, Fertility and Family Planning in Europe Around 1970 UN-ECOSOC ve ECE yayını, New York (1976).
- 6- Tezcan, S. ve Fişek, N.H.: An Epidemiological Study: The Relationship among Contraception, Pregnancy and Induced Abortion Acta Reprod. Turc. 5(2) 41-47 (1983)
- 7- Fişek, N.H.: An Integrated Health/Family Planning Program in Etimesgut District, Turkey Studies in Family Planning 5(7) 210-220 (1974)

- 8- Taylor, H.C. and Berelson, B.: Comprehensive Family Planning Based on Maternal and Child Health Services Studies in Family Planning 2(2) 21-54 (1971)
- 9- Akın, A., Gray, R. and Ramos, R.: Training Auxiliary Nurse-midwives to Provide IUD Services in Turkey and The Philippines Studies in Family Planning 11(5) 178-187 (1980)
- 10- Eren, N. Ramos, R. and Gray, R.: Physicians vs. Auxiliary Nurse-midwives as Provider of IUD Services in Turkey and the Philippines Studies in Family Planning 14(2) 43-47 (1983)
- 11- Bulut, A.: Acceptance of Effective Contraceptive Methods after Induced Abortion Studies in Family Planning 15(6) 281-284 (1984)

ŞEKİL: 1— Bazı Ülkelerde Geri Çekme Yöntemini Kullanma İle Çocuk Düşürme Arasındaki İlişki



İşaretler: USA=ABD, DK=Danimarka, FİN=Finlandiya, Eand W=İngiltere PL=Polonya, CZ=Çekoslavakya, H=Hollanda, Y=Yugoslavya

toplum ve hekim

TABLO : 1— Yaşayan Çocuklarından Başka Çocuk İstemeyen Kadınların Yüzdeleri (2,3)

	Yaşayan Çocuk Sayısı						Toplam	
	0	1	2	3	4	5		6
Türkiye	0,8	10,0	51,5	73,4	82,6	84,9	86,4	57,1
Kentsel	1,4	11,5	58,7	80,5	89,5	91,0	84,3	58,0
Kırsal	0,0	8,0	39,9	64,5	76,4	81,1	87,6	56,1
Batı Kentsel	0,0	10,0	65,1	85,7	92,6	93,1	100,0	57,5
Doğu Kırsal	0,0	7,8	21,2	35,4	58,5	68,1	85,4	48,2

TABLO: 2— Türkiye'de Gebeliği Önleyici Yöntem Kullananlar ve Kullanılan Yöntemler (2,3)

Yöntemler	1963	1968	1973	1978	1983	
	a	a	a	a	a	b
Spiral	0	1,6	2,3	3,5	7,8	8,9
Hap	1,0	2,6	4,8	4,9	7,9	9,0
Kaput	4,3	4,4	4,7	3,6	3,5	4,9
Geri Çekme	10,4	18,0	23,6	19,4	26,3	30,1
Diğer	12,0	12,9	10,1	12,7	7,4	8,5
Korunanlar	22,0	32,0	38,0	44,1	54,0	61,5
Korunmayanlar	78,0	68,0	62,0	55,9	46,0	38,5

(a) Baz: Doğurganlık çağında ve evli tüm kadınlar (yüzde)

(b) Baz: Doğurganlık çağında, evli ve gebelik riski altında olan kadınlar (yüzde)