

Dünyada ve Türkiye’de Kadın, Anne ve Çocuk Sağlığının Güncel Durumu

The Current State of Women’s, Maternal, and Child Health in the World and Turkey

Gonca SOYSAL¹, Cihangir ÖZCAN², Ayşe AKIN³

ÖZ

Kadın, anne ve çocuk sağlığı birçok faktörden etkilenmekte bunun sonucu da hızlı bir şekilde sağlık sonuçlarına yansımaktadır. Sağlığın temellerinin atıldığı çocukluk yaş grubunda görülen bir sağlık sorunu çözülmediği takdirde bu sorunlar ileriki dönemlerde ciddi boyutlarda ortaya çıkmaktadır. Kadın ve anne sağlığında da, bu grubun gerek fizyolojik özellikleri gerekse toplumda kendilerine biçilen roller gereği dezavantajlı durumda olmalarından dolayı olumsuz sağlık sonuçları söz konusu olmaktadır. Dünyada ve Türkiye’de kadın, anne ve çocuk sağlığı konularında son 25 yılda olan tüm ilerleme ve olumlu gelişmelere rağmen mevcut sonuçlar, hala bu grupların sağlıklarının istenilen düzeyde olunmadığını ve eşitsizliklerin çok yüksek ve yaygın olduğunu göstermektedir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verilerek, temel sağlık hizmet sistemi yaklaşımı ile performansın hizmete yön vermesine imkan vermeyen biçimde geliştirilmesi, sistemin nerede olurlarsa olsun tüm kadın, anne ve çocuklar üzerindeki etkilerinin titizlikle izlenmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kadın sağlığı, anne sağlığı, çocuk sağlığı, sağlıkta eşitsizlik, dezavantajlı gruplar

GİRİŞ

Dünyada kadın, anne ve çocuk sağlığı gelişmekte olan pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de genel sağlık sorunlarının önemli ve öncelikli konularından birini oluşturmaktadır. Sağlık bağlamında çocukta büyüme ve gelişmenin en yoğun olduğu 0-14 yaş grubunu ve kadında da doğurganlığın yaşandığı 15-49 yaş grubunu ele

1-Öğr. Gör., Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Pazar MYO, Sağlık Bakım Hiz. Böl.

E-posta Adresi: goncaakurt@gmail.com;

ORCID ID: 0000-0003-4158-4594

2-Dr. Öğr. Üyesi., Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

E-posta Adresi: cozcana@baskent.edu.tr;

ORCID ID: 0000-0001-7220-7244

3-Prof. Dr., Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, BÜ Kadın Çocuk Sağlığı AU Merkezi (BÜKÇAM)

E-posta Adresi: ayseakin@gmail.com;

ORCID ID: 0000-0003-2379-3225

Gönderim Tarihi: 15.02.2021 - Kabul Tarihi: 01.04.2022

ABSTRACT

Women’s, maternal, and child health is affected by many factors, the result of which is also quickly reflected in health outcomes. If a health problem observed in the childhood age group, in where the foundations of health are laid and it is not solved, these problems arise significantly in the future. There are also adverse health outcomes in women’s and maternal health since this group is disadvantaged due to their physiological characteristics and the roles attributed to them in society. Despite all the progress and positive developments in the last 25 years, the current results on women’s, maternal, and child health in the world and Turkey indicate that the health of these groups is still not at the desired level and that inequalities are very high and widespread. Therefore, the performance system should be modified and improved with the primary health care system approach in a way that does not allow to influence and direct the services by giving importance and priority to preventive health services, and the effects of the system on all women, mothers, and children, wherever they are, should be carefully monitored and evaluated.

Keywords: Women’s health, maternal health, child health, inequality in health, disadvantaged groups

alırsak bu iki grubun genel nüfus içerisindeki payının büyüklüğü nüfusun yaklaşık %50’sidir. Her iki grup da, yaşadıkları fizyolojik özellikler (büyüme-gelişme, gebelik, doğum ve lohusalık) nedeniyle sağlık açısından daha duyarlıdır. Bu grupların sağlık açısından potansiyel risk taşımaları, sağlık durumunun hala istenilen düzeyde olmaması ve özellikle her iki grubun statüsünün düşüklüğü; üretmiyor, kazanmıyor ve tüketiyor bakış açısı kaynaklı toplumda öncelikli olmaması gibi konular üzerinde önemle durulması gereken bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır (1). Dünya Bankası 2019 yılı verilerine göre dünya nüfusu 7.6 milyar olup %25.6’sını 0-14 yaş grubu çocuklar oluşturmakta ve % 24.5’ini 15-49 yaş grubu kadınlardan meydana gelmektedir (2). TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) 2020 yılı verilerine göre Türkiye nüfusu 83.6 milyon

olup; toplam nüfusun %22,8’ini 0-14 yaş grubu çocuklar ve %25,8’ini ise 15-49 yaş grubu kadınlar oluşturmaktadır (3). Bu derlemede dünyada ve Türkiye’de kadın, anne sağlığı ve çocuk sağlığı konularındaki güncel durum; ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin karşılaştırılmasında kullanılan kadın, anne ve çocuk sağlığı ile ilgili sağlık göstergeleri aracılığıyla ortaya konulması amaçlanmıştır.

Kadın ve Anne Sağlığı

Kadın ve anne sağlığı; esasen kadının yaşadığı aile ve toplumdan kaynaklı psiko-sosyal faktörler başta olmak üzere bireysel sağlık durumu, doğurganlık davranışı, sağlık sisteminin ve sağlık hizmetlerinin mevcut durumu gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Yani bu belirleyici faktörlerin durumu ve etki derecesine göre kadın; yaşamına ya sağlıklı olarak devam edecek ya da akut ve kronik hastalıklarla ve bunların sakatlık veya ölüm gibi olumsuz sonuçlarıyla karşı karşıya kalacaktır (4). Bu nedenle sağlık göstergelerinin her biri ele alınırken kadın ve anne sağlığını etkileyen faktörler de göz önünde bulundurulmalıdır.

Anne Ölüm Oranı

Kadın ve anne sağlığı ile obstetrik hizmetlerin önemli göstergelerinden biri anne ölüm oranıdır (AÖÖ). Bir toplumda gebe kalmadaki risk derecesi hakkında fikir vermesinin yanı sıra anne sağlığı hizmetlerinin yeterli olup olmadığı ve kadının toplumsal statüsü hakkında da bilgi vermektedir. Diğer taraftan belirtildiği gibi anne ölümü; özellikle sağlık hizmetlerine erişmede, kaynaklardan yararlanmada son derece etkili olan toplumsal cinsiyet eşitliği / ayrımcılığı ve o toplumdaki kadının statüsü ile yakından ilişkilidir. Gebelik süresince, doğumda ya da doğumu izleyen 42 gün içinde obstetrik nedenlere bağlı meydana gelen ölümler olarak tanımlanan anne ölümü, yüzbin canlı doğumda olarak ifade edilmektedir (5).

Dünyada her gün yaklaşık 830 kadın; gebelik doğum ve postpartum dönemde karşılaşılan komplikasyonlardan dolayı ölmektedir. Anne ölümlerinin %99’u gelişmekte olan ülkelere meydana gelmektedir (6). United Nations

Tablo 1. UNICEF, WHO, UNFPA, Dünya Bankası ve Birleşmiş Milletler’in 2017 yılı tahminlerine göre AÖÖ 100.000 canlı doğumda 5’in altında olan ülkelere ait veriler (7)

Ülke	Anne ölüm oranı (yüzbin canlı doğumda)	Anne ölümü sayısı	Yaşam boyu annelik nedeniyle ölme riski (1’de)
Belarus	2	3	23800
Çekya	3	4	17900
Danimarka	4	2	16200
Yunanistan	3	2	26900
İzlanda	5	3	11300
Finlandiya	3	2	20900
İtalya	2	7	51300
İsrail	3	5	10800
Norveç	2	1	25700
Polonya	2	8	30300
Birleşik Arap Emirlikleri	3	3	17900
İspanya	4	14	21500
İsveç	4	5	12600

Children’s Fund (UNICEF), World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund (UNFPA), Dünya Bankası ve Birleşmiş Milletler’in tahminlerine göre yayınlanan raporda; 2017 yılında anne ölüm oranı dünya ortalaması 100.000 canlı doğumda 211, gelişmiş ülkelere 12 ve gelişmekte olan ülkelere ise 232’dir. Dünyadaki anne ölümlerinin üçte birinden fazlasının Hindistan ve Nijerya’da gerçekleştiği tahmin edilmektedir. Hindistan 67.000 anne ölüm sayısı ile tüm dünyadaki anne ölümlerinin %23’ünden, Nijerya 35.000 anne ölüm sayısı ile %12’sinden sorumludur. Bunlara ek olarak Sahra-Altı Afrika kıtasında bulunan on sekiz ülkede toplam anne ölümlerinin %66’sı gerçekleşmiş olup, bu ise tahminlere göre 100.000 canlı doğumda 500’den 999’a kadar anne ölümüne karşılık gelmektedir. Ayrıca dünyada anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 5’in altında olan ülkeler de bulunmaktadır (Tablo 1). UNICEF, WHO, UNFPA, Dünya Bankası ve Birleşmiş Milletler’in 2017 yılı tahminlerine

göre; Türkiye’de anne ölüm oranı ise 100.000 canlı doğumda 17’dir. Yaşam boyu annelik nedeniyle ölme riski Türkiye’de 2.800’de 1 iken dünyada risk oranı en yüksek ülke Çad’da 15’de 1, en düşük riske sahip ülke ise 51.300’de 1 olan İtalya’dır (7).

Türkiye’de kapsamlı olarak 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri çalışmasına göre; anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 28.5 olarak bulunmuştur (5). Türkiye Sağlık Bakanlığı (SB)’nın 2019 yılında yaptığı hesaplama göre ise bu oran 100.000 canlı doğumda 13.1 olarak bildirilmektedir (8). Anne ölüm oranı, kırsal alanlarda ve yoksul toplumlarda yaşayan kadınlarda daha yüksektir. Genç ergenler, özellikle hizmete ulaşmadaki güçlükleri ve yetersiz sağlık bilinçleri nedeni ile gebelik sonucu diğer kadınlara göre daha yüksek komplikasyon ve ölüm riskine sahiptir (9).

Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinde 2030 yılına kadar küresel olarak dünyada anne ölümlerinin yüzbin canlı doğumda 70’in altına kadar azaltılması hedeflenmiştir (10). Bu hedefe ulaşmak için; 2016 ve 2030 yılları arasında küresel anne ölüm oranının her yıl ortalama % 7.5 oranında azalması gerekmektedir. Ancak 1990-2015 yılları göz önüne alındığında yıllık %2.3 azalma oranı ile bu hedefin 3 katından fazla gerisinde kaldığı söylenebilir. 2019 yılı Kasım ayında Nairobi’de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda (ICPD+25 Zirvesi) 2030 yılına dek sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşılabilmesi için belirlenen ilk hedef “önlenebilir anne ölümlerinin 2030 yılına dek sıfıra indirilmesi”dir. Ne var ki dünya çapında pek çok ülke ve milyonlarca insan için uzak bir gerçek - hedef olmaya devam etmektedir. Bu nedenle 2030 yılına kadar Birleşmiş Milletler’in tanımladığı Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri’ne ulaşabilmek için üç dönüştürücü hedeften biri olarak “önlenebilir anne ölümlerinin sıfıra indirilmesi” hem dünya hem Türkiye için üzerinde bilinçli çabalarla durulması gereken öncelikli hedef olmalıdır (11,12).

Perinatal Bebek Ölüm Hızı

Gebeliğin 22. haftasından sonra ve doğumu izleyen ilk 7 günü kapsayan “perinatal dönemde” meydana gelen ölü doğumları ve erken neonatal ölümleri içeren perinatal bebek ölümleri, bin toplam doğumda olarak hesaplanan bir “hız” olup anne sağlığının, obstetrik hizmetlerin ve yenidoğan sağlığının duyarlı bir göstergesidir. Perinatal dönemdeki bebek ölümleri, toplam bebek ölümleri içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. Annenin sağlık düzeyi, gebelik bakımı, doğum koşulları bebeğin perinatal dönemdeki sağlık durumunu belirleyen önemli faktörlerdir (13). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) daha önceleri, uluslararası karşılaştırmalar için perinatal bebek ölüm hızını, gebeliğin 28. haftasından sonraki fetal ölümler ve doğumu izleyen ilk yedi günde meydana gelen bebek ölümleri olarak ele alınmasını önermekteydi (14). Ancak obstetrik teknolojideki ilerlemeler ve değişen koşullar nedeniyle mevcut literatürde iki farklı tanım bulunmaktadır. Bunlardan birincisi; gebeliğin 20.haftasından sonraki fetal ölümler ve doğum sonrası ilk 28 günde meydana gelen bebek ölümleridir. Bu tanımın gebelik boyunca perinatal ölümleri izlemek açısından daha kapsayıcı olduğu, sebebinin ise fetal ölümlerin en fazla 28. gebelik haftasından önce olduğu olarak bildirilmektedir. İkincisi ise; 20. gebelik haftası sonrası meydana gelen fetal ölümler ve doğumu takiben ilk 7 günde meydana gelen bebek ölümleri olarak tanımlanmıştır (15). **Ancak en güncel kabul edilen perinatal bebek ölüm hızı hesaplamalarında süre, gebeliğin 22. haftasından sonra ve doğumu izleyen ilk 7 günü kapsayan “perinatal dönemde” meydana gelen ölü doğumları ve erken neonatal ölümlerin toplamının, bin toplam doğumda olarak hesaplanmasıdır.**

Gelişmiş ülkelerde perinatal ölüm hızı binde 8-10, gelişmekte olan ülkelerde binde 30-40 hatta daha yüksektir. Türkiye’de 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre, 1.000 toplam doğumda 19 olan perinatal ölüm hızı, TNSA 2013’te binde 11’e düşmüştür (16). 2019 yılı Türkiye SB verilerine göre ise perinatal ölüm hızı verilirken; ölen bebeklerde tüm hafta ve 28

hafta/1.000 gr veya üzeri ayırımına gidilmiş olup bu hız tüm haftada 1000’de 10.8; 28 hafta/1.000 gr veya üzerinde ise 7’dir (8).

Toplam Doğurganlık Hızı

Doğurganlık düzeyi, gerek günümüzde gerekse gelecekte tüm ülkeleri ilgilendiren konu olmakla beraber anne sağlığı açısından önemli sorunlara neden olabilmektedir. Aşırı doğurganlık kadın/annede anemi, gebelik komplikasyonları, doğum ve sonrası komplikasyonlar, obstetrik morbiditeler ve anne ölümünü artırmaktadır. Çocukta ise intauterin gelişme geriliği, prematür doğum, düşük doğum ağırlığı, perinatal morbidite ve mortaliteyi artırır. Aşırı doğurganlığın kadın, anne ve çocuk sağlığını doğrudan olumsuz etkilediği iyi bilinen bir gerçektir. Bir toplumdaki doğurganlıkla ilgili genel düzeyin ölçülmesinde ve uluslararası kıyaslamaların yapılmasında toplam doğurganlık hızı (TDH) yaygın olarak kullanılmaktadır. TDH, kadınların o anki yaş gruplarına özel doğurganlık düzeyleri aynı devam ettiğinde doğurganlık dönemlerinin sonunda sahip olacakları toplam çocuk sayısını göstermektedir (17,18).

2018 yılında “Organisation for Economic Co-operation and Development” (OECD) ülkelerinin TDH ortalaması 1.6 olup bazı üye ülkelerin TDH’ları; İtalya 1.3, Almanya 1.6, Yunanistan 1.4, Çin 1.7, İsveç 1.8, Türkiye 2.0, Arjantin 2.3 ve İsrail 3.1’dir (19). Türkiye’de TNSA 2018’e göre bir kadının doğurgan çağının sonuna geldiğinde ortalama 2.3 doğum yapması beklenmektedir. TDH 2.3 olan TNSA 2013 ve TDH 2.2 olan TNSA 2008 ile karşılaştırıldığında Türkiye’de doğurganlığın durağanlaştığı görülmektedir. Ayrıca yerleşim yeri, bölge, eğitim, hane halkı refah düzeyi bağlamında en yüksek TDH’ları ise; kırsal alanda 2.8, doğu bölgesinde 3.2, eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş olanlarda 4.4 ve hane halkı refahı en düşük olan kesimde 3.6’dır (16,20).

Düşükler

Gebeliğin 22. haftasından önce sonlanması ya da embriyo/fetusun 500 gr.’ın altında iken gebeliğin kendiliğinden ya da isteyerek sona erdirilmesine düşük denmektedir. İsteyerek düşükler kadın ve anne sağlığında önemli yere sahiptir. Toplumda

aile planlaması (AP) hizmetlerinin etkililik düzeyini göstermektedir. Dünyada her yıl yaklaşık 22 milyon sağlıklı düşük yapılmaya devam etmektedir. Bunların 5 milyondan fazlası, ölümle sonuçlanabilecek komplikasyonlara yol açmaktadır. Bu ölümler ve komplikasyonların hemen hemen her biri üreme ve cinsel eğitim, güvenli kontraseptif kullanımı ve yasal olarak desteklenen müdahalelerle önlenilecek durumdadır (6). Afrika ve Asya’da düşüğe bağlı ölüm hızları çok yüksektir. Afrika’daki düşük fatalitesi ABD’dekinin 800 katıdır. Dünyada düşüklerin toplam hızı son 20 yılda, 1000 kadında 35’den 28’e düşmüş, ancak sonra 2008’de binde 29 olmak üzere sabit kalmıştır. En yüksek bölgesel hızlar Doğu Avrupa (binde 43), en düşük bölgesel hız ise Batı Avrupa’dadır (binde 12). Bütün düşüklerin %86’sı gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir (21). Türkiye’de TNSA 2018’e göre bir kadının yaşamı boyunca yapacağı ortalama düşük sayısı 0.32 ve isteyerek düşük sayısı 0.21’dir. Yine bu sonuçlara göre 100 gebelikte toplam düşük 19.0, kendiliğinden düşük 13.0 ve isteyerek düşük ise 6.0 olarak bildirilmiştir. Son 25 yılda isteyerek düşüklerde ciddi bir azalma görülmektedir. İsteyerek düşük sayısı, doğum sayısı arttığında artmakla birlikte kırsalda ve eğitim düzeyi düşük kadınlarda daha az sayıda görülmektedir. İsteyerek düşüğe karar veren sadece %17 oranında kadınlar olmaktadır (16, 20).

Doğum Öncesi Bakım ve Doğum

Birçok annenin sağlığı, mortalite ve morbidite göstergeleri ile doğrudan bağlantısı bulunan Doğum Öncesi Bakım (DÖB); Türkiye Sağlık Bakanlığı istatistiklerindeki hesaplamada kadının gebeliği süresince en az bir kez bazen de en az 4 kez eğitilmiş sağlık personeli tarafından kontrol edilmesi olarak tanımlanmaktadır. DSÖ, farklı doğum öncesi bakım modellerinin etkinliğinin gözden geçirilmesine dayanarak son yıllarda daha önce en az dört kez doğum öncesi ziyareti önerisini en az 8 kez DÖB olarak önermektedir (22). Dünyadaki gebe kadınların % 86’sı en az bir kez eğitilmiş sağlık personeli tarafından DÖB hizmetlerine erişebilirken, beşte üçü (%62) en az dört kez DÖB hizmeti ulaşabilmektedir. En

yüksek anne ölüm oranı olan Sahra altı Afrika ve Güney Asya (sırasıyla DÖB alma oranı %52 ve %46) gibi bölgelerde en az dört kez DÖB alma oranı düşüktür (23). Dolayısıyla dünyada hala birçok kadın gebelik esnasında en az dört kez DÖB hizmetini alamamaktadır. Türkiye’de TNSA 2018 verilerine göre; -DSÖ en son ki önerisinden az olan- dört kez DÖB alanların oranı %90’dır (6, 20).

Sağlık personeli tarafından yaptırılan doğumların yüzdesi, gebelik ve doğum sırasında gerçekleşen komplikasyonların dolaylı bir göstergesidir. Hem kadın/ anne hem de bebek mortalite oranlarının öyküsü incelendiğinde, çoğunlukla sağlık personeli olmayan kişiler tarafından doğumların gerçekleştirilmeye çalışıldığı görülmektedir. Öyle ki anne ölüm oranının en yüksek olduğu Sahra-altı Afrika’da; doğumların %50’sinden azı ancak eğitilmiş bir ebe, hemşire veya doktor tarafından gerçekleştirilmektedir. Dünyada 2016 yılında tüm canlı doğumların % 78’i eğitilmiş bir ebe, hemşire veya doktor tarafından gerçekleştirilmiştir (6, 24). Türkiye’de TNSA 2018 verilerine göre eğitilmiş sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen doğumların oranı ise %99,2’dir. Türkiye’nin Doğu bölgesinde eğitilmiş sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen doğumların oranı ise ülke ortalamasına göre düşüktür (%98,1). Ayrıca doğum sayısı arttığında bu oran düşmekle birlikte yine kadının sosyal statüsünün düşük olduğu yani kadının eğitimsiz ve ailenin sosyoekonomik düzeyinin düşük olduğu durumlarda bu oranın da düşük olduğu bildirilmektedir. Doğumun gerçekleştirildiği yerin bir sağlık kuruluşu olması eğitilmiş sağlık personeli tarafından doğumların gerçekleştirilmesi olasılığını artırmaktadır. Türkiye’de TNSA 2018’e göre doğumların %98,9’u ve 2019 yılı SB verilerine göre ise doğumların %97’si sağlık kuruluşunda gerçekleşmiştir (8, 20).

Kontraseptif Prevalansı

Kontraseptif yöntem kullanma yüzdesi olarak ifade edilen kontraseptif prevalansı; üreme çağındaki kadınların veya eşlerin herhangi bir kontraseptif yöntemi kullanması olup toplamı hesaplandığı gibi modern ve geleneksel yöntemler

olarak ayrı ayrı da hesaplanmaktadır. Bir toplumda kontraseptif kullanma prevalansının yüksek olması o toplumdaki doğurganlığın azalmasına katkı sağladığı gibi kuşkusuz istenmeyen gebeliklerin, sağlıksız düşüklerin, anne ve bebek ölümlerini de azaltır. Birleşmiş Milletler 2019 yılı verilerine göre 15-49 yaş grubunda dünya çapında 1,9 milyar kadın yaşamaktadır. Bu kadınların 1,1 milyarının aile planlaması ihtiyacı bulunmaktadır. Aile planlaması ihtiyacı bulunan kadınlar içerisinde 842 milyon kadın modern kontraseptif yöntemleri kullanırken (%76), 80 milyon kadın ise geleneksel yöntemleri (%7,3) kullanmakta olup 190 milyon kadının ise aile planlamasında karşılanamayan gereksinimi (%17,3) söz konusudur. Yani dünyada aile planlamasında karşılanamayan gereksinim %17,3 ve buna geleneksel yöntemler de eklenince bu oran %24,6’ya çıkmaktadır (25). Türkiye’de TNSA 2018 verilerine göre evli kadınların %70’i gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmakla birlikte modern yöntem kullananların oranı %49’dur. Türkiye’de aile planlamasında karşılanamayan gereksinim TNSA 2013 sonuçlarında %6 iken TNSA 2018’de iki katına çıkarak %12 olmuştur. Diğer taraftan o anda çocuk sahibi olmak istemediği halde geleneksel yöntem kullananların oranı ise TNSA 2018’de %21 olarak bildirilmektedir. Yani kontraseptif ihtiyacı olduğu halde etkili yöntem kullanmayan/kullanamayan grubu yani % 21 de eklendiğinde bu % 33 etmektedir. Diğer bir ifade ile **Türkiye’de her üç aileden biri etkili aile planlaması hizmeti alamamaktadır, bu hizmete ulaşamamaktadır. Bir toplumda aile planlamasında karşılanamayan gereksinim ve geleneksel yöntem kullanım oranlarının yüksekliği hizmete ulaşamamanın göstergesi olarak halk sağlığı yönü ile de çok önemlidir** (16,20). Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda (ICPD+25 Zirvesi) “Aile planlamasında karşılanamayan gereksinimin sifıra indirilmesi” 2. hedef olarak ele alınmakla beraber hem Türkiye hem de dünya için bu hedefin de çok gerisinde olduğu söylenebilir. Nairobi zirvesinde “eğer bu hedef gerçekleşemez ise önlenemez anne ölümlerinin sifıra indirilmesi hedefine de ulaşamayacağı” özellikle tüm dokümanlarda vurgulanmış, aile planlamasının

önlenebilir anne ölümlerindeki önemi ortaya konulmuştur (11, 26).

İnfertilite Prevalansı

Gebe kalma potansiyeli olup (cinsel olarak aktif olma, doğum kontrol yöntemi kullanmayan ve emzirmeyen) en az 2 yıl veya daha fazla süredir gebe kalamayan doğurganlık çağı kadınların yüzdesi infertilite prevalansını ifade etmektedir (27). Çocuk sahibi olamamak dünya çapında çiftleri etkilemekte hem kadınlarda hem de erkeklerde duygusal ve psikolojik sorunlara neden olabilmektedir. 2010 yılında, tüm dünyada tahmini olarak ortalama 48.5 milyon çift infertildir. 20-44 yaş arası kadınlarda primer infertilite oranı % 1,9 iken sekonder infertilite oranı ise %10,5’dir (28). Türkiye’de infertilite sıklığı kesin olarak bilinmemektedir. TNSA 2018 raporunda sadece doğum sonrası geçici kısırılık kavramından bahsedilmiştir. TNSA 2013’de kadınların %6,6’sının gebe kalamadıklarını ifade ederken, TNSA 2018 sonuçlarında gebe kalması mümkün değil adı altında %4,8 olarak belirtilmiştir (16, 20).

Kadının Statüsü

Kadın ve anne sağlığı göstergelerini doğrudan etkileyen önemli faktörlerden biri de birçok psiko-sosyal ve ekonomik faktörlerin bileşkesi sonucu oluşan “kadının statüsüdür”. Kadının ve annenin sağlığını koruyabilmesi ve sürdürebilmesi için yeterli olanaklara sahip olması gerekmektedir. Kadının statüsünde belirleyici en önemli faktör; kadının yaşadığı toplumdaki kadına ve erkeğe biçilen rolleri ve sorumlulukları ortaya koyan toplumsal cinsiyet (gender)’tir. Pek çok toplumda kadına biçilen değer düşük olmakta fırsatları kullanma, kaynakların ayrılması ve hizmetlere ulaşmada ayrımcılığa maruz kalmaktadır (29). Bu durumun somut çıktıları şöyle sıralanabilir; tüm dünya nüfusunun yaklaşık %50’sini temsil ettikleri, çalışma saatlerinin %66’sını doldurdıkları halde kadınlar dünya gelirlerinin sadece %10’una mülkiyetlerinde sadece %1’ine sahiptir. Dünyadaki mutlak yoksulluk sınırındaki 1.5 milyar kişinin %70’ini kadınlar oluşturmaktadır. Yoksulluk ve sağlıksızlık birbirleriyle sıkı sıkıya bağlantılıdır. Diğer bir

ifadeyle yoksulluk, sadece gelir yetersizliği olmayıp, sağlıksızlık, eğitimsizlik, güçsüzlük gibi birçok öğeyi içinde barındıran bir eşitsizlik durumu olup karmaşık bir sendromdur. Öyle ki DSÖ’ye göre yoksulluk dünyada hastalık ve ölümlerin en önemli, başta gelen temel nedenidir. Örneğin, Uluslararası insan kaçakçılığının %80’ini kadın ve kız çocukları oluşturmakta olup bu grubun yarısı ise reşit değildir. Ayrıca okuma yazma bilmeyen 776 milyon yetişkinin yaklaşık üçte ikisi kadındır. Dünyanın herhangi bir yerinde her iki dakikada bir kadın gebelik ve doğuma ait sorunlar nedeniyle hayatını kaybetmekte, her üç kadından biri şiddete maruz kalmaktadır. Dünya genelindeki 33 milyon HIV taşıyıcısının yarısından fazlasını kadınlar oluşturmaktadır. Tüm bu oranlar kırsal-kentsel ve gelişmiş-gelişmekte olan bölgelerde uçurum denilebilecek ölçüde farklıdır (29,30).

Kadınların sadece kadın olmasından dolayı maruz kaldığı eşitsizlik durumu; doğrudan veya dolaylı etki ile kadının temel insan haklarından biri olan sağlıklı yaşama hakkını elinden almakta, eşitsizlik gerçeğinin en yakıcı sonucu olmaktadır. Özellikle eşitsizlik kadının öğrenimini, iş yaşamına katılımını, çalışma koşullarını ve gelirini olumsuz etkileyerek toplumsal baskı ile kadın sağlığına ilişkin birçok soruna yol açmaktadır. Örneğin; OECD 2019 iş gücü istatistiklerine göre iş gücüne katılım OECD ülkelerinin ortalaması; erkeklerde %55,3 iken kadınlarda %44,7’dir. Türkiye’de ise erkeklerde %68,2 iken kadınlarda %31,8 olduğu bildirilmektedir. Kadın parlamenter oranı OECD ülkelerinde %31,2 olup aynı kaynaklarda Türkiye’de %12,5 olarak belirtilmektedir (31). Türkiye Büyük Millet Meclisi verilerine göre ise 2019 yılı kadın milletvekili oranı %17,3’dür. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin etkili olduğu pek çok alan (eğitim, istihdam vb gibi) aracılığı ile kadın sağlığına doğrudan ya da dolaylı olumsuz etkileri olmaktadır. Kadına uygulanan cinsiyet temelli şiddet ise kadın sağlığını pek çok yönü ile olumsuz etkileyen insan hakkı ihlallerinden biridir. Türkiye’de Kadına Yönelik 2014 yılı Aile İçi Şiddet Araştırmasında ülke genelindeki kadınların %36,0’u fiziksel şiddet, %12,0’i cinsel şiddet yaşarken, kadınların %44,0’ünün

duygusal şiddete uğradıkları bildirilmektedir (32). Kadınlar şiddet nedeni ile sadece fiziksel anlamda değil ruhsal ve sosyal anlamda da sağlıklarını yitirmekte ayrıca kadın olduğundan dolayı daha çocuk yaşta istismar ve ihmale maruz kalmaktadır. Yine toplumsal normlar, sosyoekonomik bağımlılığı nedeniyle üreme sağlığı hizmetlerini alamamaktadır. İstenmeyen ve erken gebelikler sonucunda sağlıksız koşullarda düşük yapmakta, ek olarak maternal hizmetlerden yararlanamadığından anne ölümlerinin fazlalığı gibi birçok durum buzdağının sadece görünen kısmını oluşturmaktadır. Kadının ilköğretime bile başlayamaması toplumsal düşük statüsü, ekonomik bağımlılığı ile biyolojik özelliklerinin de etkisi ile cinsel yolla bulaşan hastalıklarda kadınların aleyhinde bir artma görülmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerine erişememe nedeniyle hastalık tanılarında gecikme, engellilik ve ölümle sonuçlanan önemli bir kadın/anne sağlığı sorunudur. Bilinen gerçek şu ki; aile planlaması gibi koruyucu sağlık hizmetleri arka plana atıldığı ve sağlık hizmetlerinin kullanımı azaldıkça kadın/anne sağlığı risklerinin de artacağı, sonuçların olumsuz olması kaçınılmazdır (29).

Çocuk Sağlığı

Dünyada ve Türkiye’de çocuk sağlığı konusu; çocukların toplam nüfus içerisindeki payının yüksek olması, kendi başlarına hayatlarını idame ettirememeleri, gelişim dönemleri açısından duyarlı olmaları, taşıdıkları hastalık ve ölüm riskleri nedeniyle bu grubun sağlığı da ayrıcalıklı ve önemlidir. Ayrıca çocuk sağlığı ve anne sağlığı arasında doğrusal bir ilişki bulunması nedeniyle kadın/anne sağlığı hizmetlerinin nitelik ve niceliğinden de yüksek oranlarda doğrudan etkilenmektedir. Diğer taraftan sağlığın temelleri çocukluk yaş grubunda atılmaktadır. Çocukluk döneminde görülen bir sağlık sorunu çözülmediği takdirde bu sorunlar ileriki dönemlere taşınmakta ve daha ciddi boyutlarda ortaya çıkmaktadır. Bebek ve çocukların sağlık düzeyi ile ülkenin gelişmişlik düzeyi, toplumun ve ailenin sosyokültürel-fizik-biyolojik çevrenin, sağlık hizmetlerine ulaşım sayısı ve niteliği arasında yakın ilişki bulunmaktadır. Tüm bu faktörler çocuğun sağlığını etkilemekte ve

toplumların sağlık göstergelerine yansımaktadır (33,34).

Ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin karşılaştırılmasında kullanılan önemli çocuk sağlığı göstergeleri arasında; Bebek ölüm hızı (BÖH), perinatal bebek ölüm hızı, 5 yaş altı ölüm hızı, düşük doğum ağırlıklı bebek prevalansı ve bağışıklama oranı başta gelen göstergelerdir.

Bebek Ölüm Hızı ve Beş Yaş Altı Ölüm Hızı

Bebek ölüm hızı, bir ülkenin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyini ve tabii ki çocuk sağlığının düzeyini göstermesinin yanı sıra ülkenin genel gelişmişlik düzeyini ve genel sağlık hizmetlerinin etkililiğini göstermede de sık kullanılan ölçütlerden birisidir. Bin canlı doğumda olarak ifade edilmektedir. 2019 yılında yayınlanan OECD raporuna göre; BÖH 2017 yılı OECD ülkeleri ortalaması bin canlı doğumda 3.5 olup Türkiye’de ise bu hız Sağlık Bakanlığı hesaplamalarına göre 9.1’dir (35).

“UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation” 2019 yılı tahminlere göre; dünyada BÖH bin canlı doğumda 29 olmakla birlikte bebek ölümlerin en düşük olduğu (bin canlı doğumda 2 ve altı) ülkelerin yanında bin canlı doğumda 88’e çıkan ülkeler de bulunmaktadır. (Tablo 2) (36).

Tablo 2: UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation 2019 yılı raporunda bazı ülkelerin bebek ölüm hızı tahminleri (36)

Ülkeler	Bebek ölüm hızı (Bin canlı doğumda)
Sierra Leone	88
Orta Afrika Cumhuriyeti	78
Somali	77
Nijerya	76
Çad	71
Türkiye	9
Norveç, Japonya, Lüksemburg, Singapur, Slovenya, İzlanda, Finlandiya, San Marino, Estonya, Kıbrıs ve İsveç	2 ve altı

TNSA 2013’e göre BÖH bin canlı doğumda 13’tür. Bu oranlar kırsalda, Doğu’da, eğitimsiz

annelerde ve geliri düşük olan hanelerde yükselmektedir (16). SB 2019 verilerine göre ise, BÖH bin canlı doğumda 9’dur (8). Ayrıca bebek ölüm olasılığının en yüksek olduğu ilk bir ayda (neonatal bebek ölüm hızı) dünya ortalaması bin canlı doğumda 18 iken Türkiye’de TNSA 2013’e göre 7, SB 2019 yılı verilerine göre 5.8’dir (8,16,36).

Doğumdan sonraki 5 yıl içinde ölme olasılığına 5 yaş altı ölüm hızı denilmektedir. 2019 yılı tahminlerine göre; dünya ortalaması binde 39 olup Slovenya, Japonya, Lüksemburg, Kıbrıs, İzlanda, Finlandiya ve San Marino’da binde 2’dir. 5 yaş altı ölüm hızının en yüksek olduğu ilk üç ülkede ise; Somali binde 122, Nijerya’da 120 ve Çad’da 119’dur. Küresel olarak 5 yaş altı ölüm hızında 1990-2018 yılları arasında ortalama %59’luk bir düşüş söz konusudur (36). 2013 TNSA göre 5 yaş altı ölüm hızı binde 15 iken SB 2019 verilerine göre 11.1’dir (8,16).

Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek Prevalansı

2500 gramdan daha düşük ağırlıkta bulunan canlı doğumların yüzdesi düşük doğum ağırlıklı bebek (DDA) prevalansını ifade eder. UNICEF-WHO düşük doğum ağırlığı tahmin raporuna göre dünya ortalamasının her 7 yenidoğandan 1’inin DDA olduğu bildirilmektedir (%14,6). Dünyanın gelişmiş bölgelerinde bu oran % 7,2’ye kadar düşmektedir. Bu raporda DDA prevalansının bölgeler arasında büyük farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir. Örneğin; DDA prevalansı Asya’nın gelişmiş bölgelerinde %7,2 ‘den %17,3’e kadar değişim göstermektedir. Ayrıca bir bölgenin kendi içerisindeki bölgeler arasında da farklılıklar vardır. Doğu Asya’da 2015 yılında DDA prevalansı %5,1 iken Güney Asya’da yaklaşık beş kat daha fazla olup, %26,4’dür. Asya’nın bu iki alt bölgesi, dünyadaki tüm alt bölgelerin en yüksek ve en düşük DDA prevalansına sahiptir. 2015 yılında doğan 20,5 milyon DDA yarısından fazlası Asya bölgesi doğumlu olup Güney Asya dünyadaki DDA neredeyse yarısını oluşturmuştur. Afrika bölgesi ise DDA yaklaşık dörtte birini içermekte ve çoğunluğu Doğu ve Batı Afrika’da doğmuştur. Yine bu raporda DDA prevalansı ülke bazında; Bangladeş %27.8 ile en yüksek prevalansa sahip

olmakla beraber Türkiye için bu oran %11.4 bulunmuştur (37). 2013 TNSA göre doğum kilosuna belirtilen çocuklardan % 10,4’ü düşük doğum ağırlığına sahipken 2018 TNSA göre %11,9’dur. Bu oran eğitimsiz annelerin bebeklerinde % 20’ye ve 6. veya üzeri sıradaki bebeklerde ise % 20,5’e yükselmektedir. Türkiye’de de bölgeler arası farklılıklar bulunmakla beraber DDA prevalansı, Batı Anadolu’da %7,8’den Ortadoğu Anadolu’da %21,1’e çıkmaktadır. 2013 TNSA sonuçlarından bebek ölüm hızına yansımaları incelendiğinde ise; ortalama veya daha fazla ağırlıktaki doğumlarda BÖH bin canlı doğumda 8 iken, düşük veya çok düşük ağırlıkta 18’dir (16, 20).

Bağışıklama Oranları

2019 yılında başlayan ve günümüzde de halen devam eden “Covid-19 pandemisi”, bulaşıcı hastalıklarla yapılacak mücadelede; hastalıkların önlenmesi ve ortadan kaldırılmasında, bu hastalıklara bağlı ölümlerin önüne geçilmesinde bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama oranlarının büyük öneme sahip olduğunu tüm dünyaya bir kez daha göstermiştir. 2017 yılında dünya çapındaki her 10 çocuktan 9’una ilk doz Difteri-Tetanoz-Boğmaca (DTP) aşısı yapılmış olup çocukların %85’ine ise 3 doz DTP aşısı yapılmıştır. On ülkede 3 doz DTP veya bir doz kızamık aşısı (MCV1) kapsama oranı % 50’nin altındadır. Bunlar; Angola, Orta Afrika Cumhuriyeti, Çad, Ekvator Ginesi, Gine, Nijerya, Somali, Güney Sudan, Suriye Arap Cumhuriyeti ve Ukrayna’dır. Beş yaş altındaki çocuk ölümlerini önemli ölçüde azaltma potansiyeline sahip olan Rotavirus aşısı %28 oranla en az yapılmaktadır (38). TNSA 2018’e göre ilk doz DTP (raporda 5’li karma DaBT+İPA+Hib olarak verilmiştir) yaptıranların oranı %93 iken 2019 yılı SB verilerine göre bu oran %99’dur. 12-23 aylık çocukların yaşa uygun tüm aşıları olma oranı %67’dir. 24-35 aylık çocuklarda temel aşıları olanların oranı ise %72’dir. Önemli bir durum ise çocukların % 2,2’si hiç aşı olmamıştır. Tam aşılanma oranı ülke genelinde çeşitli faktörlere göre değişiklik göstermekte, diğer göstergelerde de olduğu gibi bu faktörler aşılama konusunda da çocukları dezavantajlı konuma düşürebilmektedir. Doğum sırasında ikinci ve üçüncü sırasındaki çocuklar

arasında % 70,1 tam aşılı iken bu oran, dört ve beşinci sıradaki çocuklarda % 63,9'a düşmektedir. Hiç aşılınmamış çocukların oranı, en düşük hane halkı refah düzeyindeki çocuklar için % 5 olup en yüksek seviyededir (8,14,18). Ayrıca günümüzde yapılan araştırma ve tespitlerde toplumda görülebilen “aşı reddi” konusu bulaşıcı hastalıklarla mücadeleyi olumsuz etkileyebilecek önemli bir faktör olarak durmaktadır (39,40).

Sonuç ve Öneriler

Dünyada ve Türkiye’de kadın, anne ve çocuk sağlığı konularında son 25 yılda olan tüm ilerleme ve olumlu gelişmelere rağmen mevcut sonuçlar, hala bu grupların sağlıklarının istenilen düzeyde olunmadığını ve eşitsizliklerin çok yüksek ve yaygın olduğunu göstermektedir. Türkiye için de benzer durum söz konusu olup kadın/anne ve çocuk sağlık düzeyi gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında göstergelerin olumsuz olduğu dikkat çekmektedir. Bu farklılık özellikle Türkiye’de gelişmişlik düzeyi farklı bölgelerdeki eşitsizliklerin yüksek olmasından, sağlık sisteminin bu farklılıkları dikkate almamasından da kaynaklanmaktadır. Bölgesel farklılıklar, yoksulluk, eğitimsizlik ve sosyokültürel yapıyla birlikte kısır döngü oluşturarak sağlık sorunlarını çözülmesini zorlaştırmaktadır. Bu nedenle her şeyden önce toplum, ancak özellikle de kadın/anne ve çocuk sağlıklı iken ele alınmalı yani sadece hastalıkların tanı ve tedavisi yaklaşımı ile sağlık hizmeti başlatılmamalıdır. Sağlık hizmetinin hastalık durumunda başlatılması yaklaşımı son derece yanlış olup dünyada olduğu kadar Türkiye’de de böyle bir eğilim söz konusudur. Yapılması gereken “sağlıklı olma durumunun” öncelenmesi ve temel alınması gerekmektedir. Esasen sağlığın hiçbir yönü ihmal edilemez ancak koruyucu hizmetlerin öncelenmesi doğru bir halk sağlığı yaklaşımıdır. Yine, sağlık sistemimizde sağlık hizmetlerine ulaşımın daha güç olduğu kırsal kesime farklı bir strateji uygulanmamakta aksine ikinci planda bırakılmaktadır. Bu gruplara verilecek hizmetler birinci basamakta, içinde hekim-ebe ve hemşirenin olduğu “bir ekip” tarafından kırsal bölgelere ve eğitimsiz, yoksul olanlara “koruyucu hizmetlere” daha da öncelik ve ağırlık verilerek hizmete erişimleri sağlanmalıdır.

Bu bilgiler doğrultusunda;

Kadın/anne ve çocuk sağlığı onlar sağlam iken ele alınmalıdır. Kadın ve annelerde özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde 15-49 yaş grubu kadınlar periyodik olarak izlenmelidir. Doğum öncesi etkili ve yeterli bakım, doğumun sağlıklı koşullarda yapılması, doğum sonrası izlemler ve en önemlisi ise aile planlaması hizmetlerine erişilmesini etkileyen her tür engelle mücadele edilerek bu hizmetlerin etkin kullanımı sağlanmalıdır. Çocuklarda ise anneye yönelik yapılan sağlık hizmetlerinin yanında bebek ve çocuk izlemleri, çocukluk çağı hastalıklarına yönelik bağışıklama hizmetleri, çeşitli hastalıklara karşı taramaların erken ve zamanında yapılmasıdır. Bu hizmetlerin, birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde uygun bir ekip tarafından yeterli verilmesi ile kadın/anne ve çocuğun sağlıklı olma hali sürdürülmekle kalmayıp sağlıkta bir sapma olduğu anda erken tanı ile hastalık ilerlemeden, sakatlık ve ölümle sonuçlanmadan erken tanı ile gereken müdahaleler yapılmış olacaktır. Bu öneriler sadece Türkiye için değil dünyanın her yerinde kadın/anne ve çocuğun sağlıklı olma halinin sürdürülmesi için “evrensel düzeyde de” geçerlidir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerin Sağlık Bakanlıklarının kendi ülkelerinde yeni doğan tarama testlerinin sayısının artırılması ve aşı takvimlerini, özel aşıları da (Rotavirüs, Menenjit, Pnömonokok (zatürre) ve Suçiceği) içerecek şekilde genişletmeleri önerilmektedir. Bunların yanında yeni doğan yoğun bakım üniteleri ve prematüre merkezleri nitelikli sağlık insan gücü ve teknoloji ile desteklenmelidir.

Dünya genelinde kadın/anne ve çocuk sağlığının sosyoekonomik farklılıklardan olumsuz etkilendiği bilinmektedir. Ülkelerin bir anda ekonomik kalkınmaları gerçekleşmeyebilir ancak bu olumsuz sonuçları ortadan kaldırmak için ülkelerin sağlık açısından dezavantajlı kesimlerini tespit etmesi ve öncelikli alanlar olarak buralara hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetlerini entegre bir şekilde götürülmesini sağlamalıdır. Öyle ki hastalığın yoksulluğa yoksulluğun hastalığa neden olduğu yüzyıllardır bilinmektedir. Türkiye sağlık göstergelerinde de bölgesel farklılıkların çözümünde her bölgede,

o yörenin özelliklerine göre toplumun tüm kesimlerini hedefleyen herkes için daha güvenli ve daha sağlıklı “hiç kimseyi arkada bırakmayan” bütüncül yaklaşımlı hizmetler geliştirilmeli ve uygulanmalıdır. Bu doğrultuda sağlık sisteminin ülkenin koşullarına uygun şekilde, birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyen hizmetin içinde yeterli ebe ve hemşirenin olduğu bir ekiple, temel sağlık hizmet sistemi yaklaşımı ile performansın hizmete yön vermesine imkan vermeyen biçimde geliştirilmesi, sistemin nerede olurlarsa olsun tüm kadın, anne ve çocuklar üzerindeki etkilerinin titizlikle izlenmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir.

Dünyada ve ülkemizde Covid 19 pandemisi sebebiyle kadın/anne ve çocuk sağlığına yönelik hizmetlerin sektöre uğradığı bir aşamadan geçilmektedir. Bu durumun engellenebilmesi önce sağlık hizmetlerinin önceden bu tür kriz durumları öngörülerek iyi planlanmış olmasını gerektirmektedir. Mevcut durumun kadın/anne ve çocuk sağlığı üzerine olumsuz etkilerinin önüne geçilebilir. Bunun için sağlık sistemi ve kaynakların rasyonel kullanımında karar vericilerin, bilinçlendirilmesi: halkın sağlık okuryazarlığının artırılması sağlanmalıdır. Aile planlaması hizmetleri ile sağlık tarama- izleme ve bağışıklama hizmetlerinin göz ardı edilmemesi, yine pandemi ve eve kapanma koşullarının tetiklediği kadınlara yönelik şiddetin artabileceği gerçeğinin de göz önüne alınması büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Akın A, Özvarış ŞB. *Ana Sağlığı ve Aile Planlaması, Halk Sağlığı Temel Bilgiler İçinde*, Eds: Bertan M, Güler Ç, Güneş Kitabevi 2. Baskı, Ankara 1997:119-125.
2. *Population Total 2020*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> Erişim tarihi:12.02.2021.
3. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları*, 2020.
4. Akın A, Özvarış ŞB. *Dünyada ve Türkiye’de Kadın Sağlığının Durumu. Halk Sağlığı Temel Bilgiler İçinde, I. Cilt*, Eds: Güler Ç, Akın L. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2012:218-219.
5. *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON Institute Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık. Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005, SB- AÇSAP Genel Md. ve*

Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara 2006.

6. WHO. *10 Facts On Maternal Health*. Erişim:http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/maternal_health_facts/en/ Erişim tarihi: 24.11.2020.
7. World Health Organization. *Trends in maternal mortality: 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Geneva: World Health Organization; 2019:71-89.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019*. Erişim:<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/39024,haber-bulteni-2019pdf.pdf?0> Erişim tarihi: 10.02.2021.
9. WHO. *Maternal mortality*. Erişim: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/> Erişim tarihi: 20.06.2020.
10. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development 2015. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. United Nations General Assembly, Seventieth session; 2015 (A/RES/70/1; http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1, accessed 5 November 2015).*
11. UNFPA *Nairobi Statement on ICPD25: Accelerating the Promise*. Erişim: <http://www.nairobisummiticpd.org/content/icpd25-commitments> Erişim tarihi:12.02.2021.
12. Özvarış ŞB, Akın A. *Anne ölümleri. Üner S, Okyay P (Ed.). Türkiye Sağlık Raporu 2020 Hipokrat Yayınevi içinde, Ankara 2020. 123-127.*
13. Kılınç AS, Çatak B, Sütü S, Akın A. *Dünya’da ve Türkiye’de Kadın Sağlığının Durumu. Sağlık ve Toplum 2012;22(2):3-10.*
14. WHO. *Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates*. WHO Press. 2006:4-6.
15. Barfield WD, *Committee on fetus and newborn. Standard Terminology for Fetal, Infant, and Perinatal Deaths. Pediatrics 2016:e1-5.*
16. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013*. Erişim: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf Erişim tarihi: 20.06.2020.
17. Öztürk Y. *Türkiye’de Ana Sağlığı Sorunları, Nedenleri ve Çözüm Önerileri*. Öztürk Y, Günay O (Ed.). *Halk Sağlığı Genel Bilgiler içinde*. Erciyes Üniversitesi, Kayseri 2011:472.
18. Akın A, Özvarış ŞB. *Aşırı Doğurganlığın Kadın, Anne ve Çocuk Sağlığına Etkileri. Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde, I. Cilt*, Eds: Güler Ç, Akın L. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2012:268-271.
19. OECD *Fertility rates (indicator)* Erişim: <https://data.oecd.org/pop/fertility-rates.htm> Erişim Tarihi:10.02.2021.
20. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018*.

Erişim: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf Erişim Tarihi: 20.11.2020.

21. Review of the implementation of programme of action of the international conference on population and development fulfilling the ICPD promise progress, gaps and working at scale. Erişim: <https://www.unfpa.org/publications/fulfilling-icpd-promise> Erişim Tarihi: 06.02.2021.

22. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Erişim: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1> Erişim Tarihi:06.02.2021.

23. Antenatal care: Global distribution of women attended at least four times during pregnancy by any provider; latest available data in the period 2010-2016. Erişim:<https://data.unicef.org/maternal-health/antenatal-care#sthash.W01W4q5P.dpuf> Erişim Tarihi: 06.02.2021

24. WHO. Maternal Health. Erişim:<http://www.who.int/maternal-health/en/> Erişim Tarihi:26.11.2020.

25. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet (ST/ESA/SER.A/435).

26. Akın A, Özvarış ŞB. Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın (ICPD) 25. Yılında Nairobi Zirvesi: Dünyada ve Türkiye'de Neler Değişti? Üner S, Okyay P (Ed.). Türkiye Sağlık Raporu İçinde, 2020 Hipokrat Yayınevi, Ankara 2020:137-150.

27. WHO. Global Prevalence of Infertility, Infecundity and Childlessness. Erişim:<https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/burden/en/> Erişim Tarihi: 07.02.2021.

28. Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA. National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. PLoS Med 2012; 9(12): e1001356. doi:10.1371/journal.pmed.1001356

29. T.C Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Kadının Statüsü ve Sağlığı ile İlgili Gerçekler, Akın A (eds). Ankara 2008:25-151.

30. Ten Top Issues For Women's Health. Erişim:<http://www.who.int/lifecourse/news/commentaries/2015-intl-womens-day/en/> Erişim Tarihi:21.11.2020.

31. OECD Labour Force Statistics 2020. Erişim: https://read.oecd-ilibrary.org/employment/oecd-labour-force-statistics-2020_5842cc7f-en#page19. Erişim Tarihi: 07.02.2021.

32. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, Ankara, 2015: 50-114.

33. Özcebe H. Çocuk Sağlığı. İn: Halk Sağlığı Temel Bilgiler I. Cilt, Eds: Güler Ç, Akın L. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2012:393-394.

34. Günay O. Çocuk Sağlığı. İn: Halk Sağlığı Genel Bilgiler. Eds: Öztürk Y, Günay O. Erciyes Üniversitesi Yayınları, Kayseri 2011: 627-628.

35. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. Infant Health. Erişim:<http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm> Erişim Tarihi: 26.11.2020.

36. Levels and Trends in Child Mortality: Report 2019, Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Erişim:<https://www.unicef.org/media/60561/file/UN-IGME-child-mortality-report-2019.pdf> Erişim Tarihi: 07.02.2021.

37. United Nations Children's Fund (UNICEF), World Health Organization (WHO). UNICEF-WHO Low birthweight estimates: Levels and trends 2000–2015. Geneva: World Health Organization; 2019 Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

38. WHO. Immunization, Vaccines and Biologicals. Erişim:https://www.who.int/immunization/newsroom/2018_infants_worldwide_vaccinations/en/ Erişim Tarihi: 07.02.2021.

39. TBB 2018, Aşı Konusunda Yaşanan Tereddütler, Aşı Reddi ve Aşı Karşıtlığı Konusunda Etik Kurul Görüşü[1] Erişim: http://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=c21adfbce1c4-11e8-b159-336a7b2d6c99 Erişim Tarihi: 07.02.2021.

40. World Health Organization. Ten threats to global health in 2019. Erişim: <https://www.who.int/emergencies/tenthreats-to-global-health-in-2019> Erişim Tarihi: 07.02.2021.