

# "TÜRKİYE'DE AİLE PLANLAMASINI ETKİLEYEN SOSYAL VE KÜLTÜREL FAKTÖRLER" ÜZERİNE BAZI SAPTAMALAR\*

Belma T.AKŞİT\*\*

Gelişmekte olan ülkelerdeki nüfusun neredeyse dörtte üçünü, en incinebilir grup olan kadın ve çocuklar oluşturmaktadırlar. Ülkemizde de, tüm nüfusun sağlık düzeyinin yükseltilmesi çabaları, ailelerin "nitelikli" olarak yetiştirebilecekleri sayıda çocuk sahibi olmalarından geçmektedir. Çok genç (<18 yaş), çok yaşlı (35>) olmayan annelerin, dörtten daha az sayıda ve en az 24 ay ara ile doğum yapmaları sağlanabilirse, hem anne ve hem de bebek/çocuk morbidite ve mortalitesinde önemli derecede azalmalar görülebilecektir. Bu direkt olarak anne ve bebek/çocuk üzerine olan etki, toplumun diğer bireylerine de dolaylı olarak, değişik dönemlerde ve toplumun değişik kurumları yoluyla yansımaktadır: Sağlıklı oğlanlar ve kızlar, sağlıklı anne baba adayları, sağlıklı toplum.

Aile planlaması programlarının bir toplumda başarılı olarak planlanması, yürütülebilmesi ve dilenen düzeyde sonuçlara ulaşılabilmesi için pek çok faktörün göz önüne alınması gerekmektedir. Bunlar arasında, toplumun sosyal ve kültürel yapısı programın planlanması ve yürütülmesi aşamalarında çok değerli ipuçları vermektedir. Özellikle kültür, o toplumun bireyleri tarafından paylaşılan dili ve anlamı yansıttığı için son derece önemlidir. Hepimiz, hangi rolü nasıl oynayacağımızı; diğer insanlarla nasıl iletişim kuracağımızı; yaşadığımız hayat hakkında tutum ve davranışlarımızın nasıl olacağını, içinde yetiştiğimiz ve yaşamakta olduğumuz sosyal ve kültürel koşullarda öğrendik ve öğrenmeğe devam ediyoruz. Bu

\* Ankara Eczacı Odası tarafından düzenlenen "Eczacı ve Aile Planlaması: Meslek İçi Sürekli eğitim Programı"na sunulan bildiri. 29 mart, 1992, Sheraton Oteli, İstanbul ve 7 Haziran, 1992, Kent Otel, Ankara.

\*\* Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi.

nedenle de, özellikle aile planlaması gibi programların - ki bu programlar ailelerin şu andaki ve gelecekteki aile modellerine yönelik kararlarına ve önceliklerine ve de çok özel--cinsel-- hayatlarına yol gösterici, belki de bir anlamda müdahale edici olmaktadır- göreceli olarak kısa zamanda başarılı olabilmesi, ancak bu 'anlam' ve 'değer'lerin bilinmesiyle mümkündür.

Bu bildiride, dünyanın değişik ülkelerinde ve Türkiye'de aile planlaması yöntemlerinin kullanımı, bazı sosyo-ekonomik göstergelerle karşılaştırılarak kısaca irdelenmekte ve genel olarak aile planlaması kullanım koşullarını etkilediği düşünülen sosyal ve kültürel faktörler ülkemiz koşullarında tartışılmaya çalışılmaktadır.

## 1. DÜNYA'DA DURUM:

Bir çok ülkede kontraseptif kullanımının artması, nüfus artış hızının azalması ve yaşam standartının artması ile paralellik göstermektedir:

**Tablo 1:** Seçilmiş Sağlık ve Sosyo-ekonomik Göstergeler: Dünyanın en kalabalık 10 ülkesi ve İngiltere, Mısır, Türkiye ve Meksika: (Dervişoğlu ve Şenlet, 1990)

Ülkelerler	1.BÖH	2. AÖÖ	3. TDH	4. HSMH	5. APK	6. TSU	7. DYU	8. İŞİ
Japonya	5	16	1.8	11,330	64	-	78	11
İngiltere	9	12	1.8	8,390	83	-	75	12
A.B.D.	11	14	1.9	16,400	68	-	75	8
SSCB	25	-	2.4	7,400	75	-	69	19
Çin	44	44	2.1	310	81	-	66	50
Meksika	50	92	4.0	2,080	53	74	66	47
Brezilya	63	87-154	3.5	1,640	65	76	65	50
Endonezya	88	357-800	3.5	530	46	33	58	62
Türkiye	92	207	3.7	1.130	62	63	63	55
Mısır	93	269	4.3	682	30	75	59	55
Hindistan	101	400-500	3.7	250	39	54	54	61
Nijerya	124	1500	7.1	760	5	37	47	80
Pakistan	125	400-600	5.3	380	8	39	54	73
Bangladeş	140	623	5.5	150	25	42	50	79
DÜNYA	81	390	3.3	2,880	51	-	63	55

### Açıklamalar:

1. Bebek Ölüm Hızı: 1000 canlı doğuma karşılık yaşamın birinci yılında ölümler.
2. Anne Ölüm Oranı (Yüz bin canlı doğumda).
3. Toplam Doğurganlık Hızı: Üreme dönemi boyunca mevcut doğurganlık hızı sürdüğünde bir kadının doğurganlık döneminin sonundaki toplam çocuk sayısı.
4. Gayri Safi milli hasıla: 1988 yılında kişi başına düşen US\$,
5. Aile Planlaması yöntemi Kullanan 15-44 yaş grubundaki kadınların yüzdesi.
6. Temiz içme suyuna sahip nüfusun yüzdesi.
7. Doğuştaki Yaşam Umudu (Yıl olarak).

8. İnsan Sıkıntı İndeksi. Yaşam standartı Population Crisis Committee (Nüfus Kriz Komitesi) nin geliştirdiği insan sıkıntı indeksi ile ölçülmektedir. Bu indeks, insanın temel ihtiyaçları olan gelir, pahallılık, yeni işler için talep, şehir nüfusunun baskıları, bebek ölümleri, beslenme, temiz su, enerji kullanımı, erişkinlerin okuryazarlığı ve kişisel özgürlüğü ölçmektedir.

## II. TÜRKİYE'DE DURUM

Türkiye'de de aile planlamasına yönelik, çalışmalarda, tutum ve davranışlarda, dolayısı ile kontraseptif yöntem kullanımındaki farklılaşmalar büyük ölçüde doğurganlığın değişmesine neden olmaktadır. Doğurganlık, toplumun çeşitli kurumlarının ve bireylerin değişik özelliklerindeki değişmelere çoğu zaman paralel olarak değişmekte ve onları da değiştirmektedir.

### II. 1. Doğurganlık eğilimlerinde değişmeler:

1960 yılından itibaren doğurganlıkta düşme görülmeye başlamıştır: Kadın başına ortalama 1960 yılında 6,8, 1989 yılında 3,7 çocuk düşmektedir. Bununla birlikte, bölgesel farklılıklara dikkat edilmesi gerekmektedir.

#### II.1a) Tamamlanmış doğurganlık

Tablo 2'de, 1983 ve 1988 verilerine göre 45-49 yaş grubundaki kadınların, yani doğurgan yaşam sonuna gelmiş olan kadınların doğurdukları canlı çocuk sayıları (tamamlanmış doğurganlık) yerleşim yeri farklılıklarına göre sunulmaktadır:

**Tablo 2:** 15-49 yaş grubundaki evli kadınlarda tamamlanmış doğurganlık açısından Kırsal/Kentsel ve Bölgesel Farklılıklar: 1983 ve 1988 (HÜNEE,1986 ve 1989).

Yıl	Türkiye	Kent	Kır	Batı	Güney	Orta	Kuzey	Doğu
1983	5.7	4.6	6.9	4.0	6.3	6.6	6.0	8.4
1988	5.0	4.2	5.8	3.9	6.3	4.9	4.7	7.4

Tablodan da kolayca görüldüğü gibi, hem kırsal/ kentsel ve bölgesel, hem de yıllara göre farklılıklar oldukça dikkat çekicidir. Her iki dönemde de kırsal alanlar ve Doğu çok çocukluluk açısından başı çekmektedir. Beş yıl içinde, kırsal alanlarda bir çocuktan fazla bir düşme kaydedilirken (6.9 dan 5.8'e), kentsel alanlardaki değişiklik oldukça sınırlıdır (4.6 dan 4.2'ye). bölgeler arası değerlendirildiğinde, en önemli düşme orta (1.7), Kuzey (1.3) ve Doğu (1.0) bölgeleri'nde gerçekleşmiştir.

## II. 1b) Daha fazla sayıda çocuk isteyip istememe:

Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etüdüleri Enstitüsü tarafından, 1988 yılında Türkiye'yi temsil edecek şekilde gerçekleştirilen araştırmanın bulgularına göre bölge, eğitim ve yaş farklılıkları dikkate alınarak, evli ve doğurgan çağda ve artık sahip oldukları çocuktan daha fazla sayıda çocuk sahibi olmak istemeyen kadınların yüzde dağılımı verilmektedir:

**Tablo 3:** Evli-doğurgan kadının bazı temel özelliklerine göre daha fazla çocuk istememe durumu (Yüzde olarak) (HÜNNE, fazla çocuk istememe durumu (Yüzde olarak) (HÜNEE, 1989)

Türkiye	76.1
Kent	75.6
Kır	76.7
Batı	76.7
Güney	70.7
Orta	78.3
Kuzey	76.8
Doğu	75.4
Okur-Yazar değil	86.0

Okur -yazar	85.7
İlkokul	73.1
Orta	66.5
Lise	60.3
Üniversite	64.8
<25	16.3
20-29	57.9
30-39	93.6
40-49	98.9

Görüldüğü gibi, hem kentsel hem de kırsal kadınların dörtte üçünden fazlası daha fazla çocuk sahibi olmak istememektedirler. Öte yandan, eğitim düzeyi yükseldikçe, daha fazla çocuk sahibi olmak istemeyen kadın yüzdesi düşmektedir.

### II. 1c) Son doğumun istenip istenmemesi:

Yukarıda sözü edilen araştırmaya göre, kadınların yüzde 63.2'si son doğumunda bu gebeliği istediğini, yüzde 26.7'si istemediğini ve yüzde 10.1'i zamanlamasının yanlış olduğunu ifade etmişlerdir. Kısacası, son beş yılda doğum yapan kadınların yüzde 36.8'i, bu çocuklara istemeden gebe kalmışlardır.

**Tablo 4:** Son beş yılda doğum yapan kadınların, bazı temel özelliklerine göre, son doğumu isteyerek yapma durumları (yüzde olarak) (HÜNEE, 1989)

	Zamanlanması		
	İstenmiş	yanlış	istenmemiş
Türkiye	63.2	10.1	26.7
Kent	63.5	11.7	18.6
Kır	62.8	7.4	29.8
Batı	69.7	11.7	18.6
Güney	64.2	11.0	24.8
Orta	61.2	10.7	28.1
Kuzey	69.2	8.4	24.4
Doğu	52.8	7.1	40.9
Okur yazar değil	51.2	4.2	44.6

Okur-yazar	55.1	9.4	35.5
İlkokul	68.2	11.5	20.3
Orta	66.1	13.0	20.9
Lise	73.8	17.6	8.6
Üniversite	81.4	16.3	2.3
<25	79.5	15.4	5.1
20-24	72.3	15.1	12.6
25-29	67.4	10.3	22.3
30-34	56.4	8.7	34.9
35-39	49.5	1.8	48.7
40+	32.9	0.7	66.4

Tablo 4'den de anlaşıldığı gibi, kadının yaşı ve sahip olduğu çocuk sayısı arttıkça, bu gebeliği istemeyen kadınların yüzdesi de artmaktadır. Öte yandan, zamanlaması yanlış olan gebelikler de, kadının yaşı ve sahip olduğu çocuk sayısı arttıkça, azalmaktadır.

Kentsel kadın, kırsal kadına göre daha fazla istenmeyen ve zamanlaması yanlış olan gebelikleri yaşama eğilimindedir. İstenmeyen gebeliklerin fazla olduğu Doğu hariç bırakılacak olursa, bölgesel farklılıklar çok önemli gözükmemektedir. Öte yandan, eğitim düzeyleri dikkate alındığında, eğitim arttıkça, kadının son doğumunda bu gebeliği istememe durumu azalmaktadır.

## II. 1d) İdeal çocuk sayısı ve dilenenden fazla sayıda

### çocuk sahibi olma durumları:

1978'de 3.03, 1983'de 2.7 olarak bulunan ortalama ideal çocuk sayısı, 1988 yılında yapılan araştırmaya göre 2.14'e düşmüştür (HÜNEE, 1989). Öyle görünüyor ki, 10 yıllık bir dönemde ortalama ideal çocuk sayısında bir çocukluk azalma vardır.

Ortalama ideal çocuk sayısı, ailenin sahip olduğu çocuk sayısı ve annenin yaşı arttıkça artmakta; kadının ve kocasının eğitim düzeyleri yükseldikçe de azalmaktadır.

Bölgeler arası farklılık olmakla birlikte, önemsizdir.

**Tablo 5:** Kadının eğitim durumuna göre sahip olduğu çocuk sayısı ile İdeal olarak düşündüğü çocuk sayısı arasındaki ilişki (yüzde olarak) (HÜNEE, 1989).

Eğitim	Yaşayan çocuk sayısı istediğinden	
	Daha çok	Daha az veya eşit
Okur-yazar değil	64.2	35.8
Okur-yazar	60.0	40.0
İlkokul	35.9	64.1
Ortaokul	24.7	75.3
Lise	18.2	81.8
Üniversite	8.8	91.3
Türkiye	43.8	56.2

Beklendiği gibi, eğitim düzeyi planlamayı etkilemekte; eğitim düzeyi yükseldikçe, yaşayan çocuk sayısı istediğinden az veya eşit olanların yüzdesi de artmaktadır.

## II. 1e) Cinsiyet tercihleri:

Genel olarak hala cinsiyet tercihleri "erkek evlat" lehine yapılmaktadır: daha fazla çocuk sahibi olmak isteyenlerin yüzde 39'u erkek, 29'u kızı yeğlediklerini, geriye kalanlar da bir tercih yapmadıklarını belirtmektedirler (1988).

Yaşayan çocuk sayısı ne kadar çoksa, aileler o oranda daha çok gelecek çocuğun erkek olmasını istemektedirler.

## II.2. Türkiye'de kontraseptif kullanma durumu:

Aşağıda, Türkiye'de kullanılan aile planlaması yöntemlerinin yıllara, yerleşim yerleri, yaş ve eğitim durumları gibi bazı temel özelliklere göre nasıl değişiklik gösterdiği ve daha fazla çocuk sahibi olmak istemediği halde herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmayanların durumu irdelenmeğe çalışılmaktadır:

## II.2a) Kontraseptif kullanımında yıllara göre değişmeler:

Ülkemizde 1960'lardan sonra kontraseptif yöntemlerin kullanımı artmaya başlamıştır. Tablo 6'da, 1963-88 yılları arasında herhangi bir yöntem kullananların yüzdeleri verilmektedir:

**Tablo 6:** Yıllara göre aile planlaması yöntemlerinin kullanılma yüzdeleri (GOT ve UNİCEF,1991)

	1963	1968	1973	1978	1983	1988
Hiç kullanmıyor	78.0	68.0	62.0	50.0	38.5	23.0
Halen kullanıyor	22.0	32.0	38.0	50.0	61.5	77.0

1965'de anti-natalist uygulamalar başlamadan önce bile, 1963 yılında herhangi bir kontraseptif yöntem kullanma yüzdesi 1963 yılı için 22 (1.0 hap 4.3 kondom, 10.4 geri çekme, 6.3 diğer) kullananların oranında önemli artışlar kaydedilmiştir. Özellikle de 1983'den sonra kullanım oranları en yüksek değerleri almağa başlamıştır:

**Tablo 7:** Üç Ulusal Doğurganlık Araştırmasının Karşılaştırılması (Yüzde olarak) (HÜNEE, 1989): Evli-doğurgan kadınların kontraseptif yöntem kullanma durumları.

	1978	1983	1988
Modern yöntemler:			
Hap	8.0	9.0	7.6
RIA	4.0	8.9	17.1
Kondom	4.0	4.9	8.9
Kadın/ köpük, tablet, vs.	2.0	2.9	2.2
Kadın/sterilizasyon	-	1.3	2.1
Erkek/ sterilizasyon	-	-	0.1
Enjeksiyon	-	0.2	-
Toplam	18.0	27.2	38.0



## Geleneksel yöntemler:

Geri çekme	22.0	30.1	31.1
Ritim	-	1.4	4.3
Yıkama	-	1.9	2.9
Cinsel perhiz	-	-	0.1
Diğer	4.0	0.8	0.6
Toplam	32.0	34.2	39.0

**II.2b)** Yerleşim yerleri, yaş ve eğitim durumları gibi bazı temel özelliklere göre kontraseptif kullanımındaki farklılıklar.

**i) Yerleşim yerleri:** Tablo 8, kontraseptif kullanan kadınların bölgesel, kırsal/ kentsel olarak gösterdikleri farklılıkları ortaya koymaktadır.

**Tablo 8:** Yerleşim yerlerine göre kontraseptif kullanım durumu (Yüzde olarak) (HÜNEE, 1989)

	Türkiye	Kent	Kır	Batı	Güney	Orta	Kuzey	Doğu
Hiç	23.0	17.6	30.3	16.4	33.0	19.1	20.0	37.7
Modern	38.0	43.0	31.0	41.9	35.6	39.9	31.7	32.1
Hap	7.6	6.5	9.0	8.4	5.3	7.9	5.8	8.3
RİA	17.1	20.5	12.4	19.4	18.9	17.0	10.9	14.8
Kondom	8.9	10.8	6.2	9.3	7.3	10.5	9.5	6.1
Köptük, vs.	2.2	2.5	1.8	2.0	2.4	2.7	3.3	1.0
Kadın / st	2.1	2.5	1.5	2.6	1.7	1.6	2.2	1.8
Erkek/ st.	0.1	0.1	0.1	0.1	-	0.2	-	-
Enjeksiyon	0.0	0.2	-	0.1	-	-	-	-
Geleneksel	39.0	39.4	38.8	41.6	31.3	41.1	48.3	30.6
Geri çekme	31.1	29.4	33.5	32.0	23.8	31.8	43.0	26.4
Ritm	4.3	6.3	1.6	5.6	3.9	5.2	2.2	1.9
Yıkama	2.9	3.2	2.6	3.4	3.2	3.5	0.9	2.2
Diğer	0.7	0.5	1.1	0.6	0.4	0.6	2.2	0.1
Hiç	23.0	17.6	30.3	16.4	33.0	19.1	20.0	37.2
Modern	38.0	43.0	31.0	41.9	35.6	39.9	31.7	32.1
Geleneksel	39.0	39.4	38.8	41.6	31.3	41.1	48.3	30.6

Kontraseptif kullanan kadın yüzdesi Batı'da 83.6 iken, Güney (%67) ve Doğu (%62.8) Bölgeleri'nde ülke (%77) ortalamasının altında kalmaktadır. Kullanılan yöntemlerin modern veya geleneksel olma durumları da son derece önemlidir. Bu açıdan da, özellikle Kuzey önemli farklılıklar göstermekte, kadınların yüzde 48.3'ü geleneksel yöntemler kullanırken, sadece yüzde 31.7'si modern yöntemleri tercih etmektedirler. Ayrıca, yine Kuzey'de geriçekme yönteminin Doğu'ya ve Güney'e göre yüksek olması da oldukça ilginçtir.

Görüldüğü gibi, kentsel kadınlar kırsal kadınlara göre daha fazla kontraseptif kullanımına ağırlık verirken, modern yöntemleri de daha fazla tercih etmektedirler.

## ii) Yaş:

**Tablo 9:** Evli- doğurgan kadınların yaşlarına göre kontraseptif kullanım durumları (Yüzde olarak) (HÜNEE, 1989).

	<25	25-34	35-44	45-49
Hiç	41.6	17.8	16.1	28.2
Modern				
Hap	7.1	9.3	6.3	2.4
RIA	12.5	22.2	15.3	4.8
Kondom	6.8	9.0	10.4	7.9
Köpük, vs.	1.0	2.5	2.7	2.4
Kadın/st	0.1	1.3	3.2	8.7
Erkek/st.	-	0.1	0.2	-
Enjeksiyon	-	-	0.2	-
Geleneksel yöntemler:				
Geri çekme	25.7	30.5	35.5	33.3
Ritm	2.7	4.5	5.6	3.3
Yıkama	1.7	2.4	3.7	7.9
Diğer	0.7	0.5	0.9	1.2
Hiç	41.6	17.8	16.1	28.2
Modern	27.5	44.4	38.2	26.2
Geleneksel	30.8	37.9	45.7	45.7

Evli ve doğurgan çağıdaki kadınların kontraseptif kullanımları yaşlarına göre irdelendiğinde (Tablo 9), orta yaşlardaki kadınların (25-34 yaş grubunda %82.2 ve 35-44 yaş grubunda %83.9), genç (20 yaşın altında %34.5) ve yaşlı (45-49 yaş grubunda %71.8) olanlara göre daha çok aile planlaması yöntemi kullanma eğiliminde oldukları gözlenmektedir. Öte yandan, 25-34 yaş grubunda yüzde 44.4 ile en yüksek değeri alan modern yöntem kullanma yüzdesi de yaş ilerledikçe azalmaktadır. Buna paralel olarak, 35 yaşına ulaşıldıktan sonra geleneksel yöntem kullanma yüzdesi de artmaktadır (hem 35-44 hem de 45-49 yaş gruplarında yaklaşık yüzde 46).

### iii) Eğitim:

Eğitimle kontraseptif yöntem kullanımı arasında son derece yakın bir ilişki gözlenmektedir: Okur yazar olmayan kadınların yüzde 35'i herhangi bir yöntem kullanmazken, bu oran orta ve daha yüksek eğitimliler de 11'e düşmektedir. Dahası, her ikisi de okur yazar olmayan çiftlerin ancak yüzde 22'si modern yöntemler kullanırken; her ikisi de okur yazar olanlarda bu oran da 41'e kadar çıkmaktadır.

**Tablo 10:** Evli-doğurgan kadınların ve kocalarının eğitimlerine göre kontraseptif kullanım durumları (Yüzde olarak) (HÜNEE, 1989)

	İkisi de okur yazar değil	sadece birisi okur-yazar	ikisi de okur-yazar
Hiç	48.2	32.4	18.9
Modern			
Hap	6.5	5.7	8.2
RİA	12.2	13.6	18.4
Kondom	2.2	4.9	10.4
Köptük, vs.	-	1.7	2.5
Kadın/st	1.4	3.4	1.7
Erkek/st.	-	0.1	0.1
Enjeksiyon	-	0.1	0.0
Geleneksel yöntemler:			
Geri çekme	23.7	33.5	30.8
Ritm	2.2	0.8	5.5
Yıkama	2.2	3.2	2.9
Diğer	1.4	0.6	0.7
Hiç	48.2	32.4	18.9
Modern	22.3	29.5	41.3
Geleneksel	29.5	37.1	39.9

**II.2c) Daha fazla çocuk istemeyenler kontraseptif yöntem kullanıyorlar mı?**

Yine aynı araştırmanın (HÜNEE, 1989) sonuçlarına göre, daha önce de değinildiği gibi, son beş yılda doğum yapan kadınların yüzde 36.8'i, bu çocuklara istemeden gebe kalmışlardır (**Tablo 4**). Aşağıda sunulan tabloda ise, bu kadınların daha fazla sayıda çocuk isteyip istememe durumları, kontraseptif kullanımları ile ilişkilendirilmektedir:

**Tablo II:** Evli doğurgan çağıdaki kadınların daha fazla sayıda çocuk istememeleri ve kontraseptif kullanım durumları (HÜNEE, 1989).

	Kullanmıyor	Kontraseptif kullanıyorlar	
		etkili	etkisiz
Çocuk istiyor	41.8	30.8	27.4
Çocuk istemiyor	16.0	44.0	40.0
Emin değil	13.8	35.6	50.6

Tablodan da açıkça görüldüğü gibi, çocuk istemediği halde hiç bir yöntem kullanmayanlar yüzde 16.0 gibi bir nüfusu oluştururken; yine bu kadınlar arasında herhangi bir aile planlaması yöntemini kullandığını ifade edenler içinde geleneksel yöntemleri tercih edenlerin yüzdesinin oldukça yüksek oluşu da, istenmeyen gebeliklerin nedenlerini kısmen açıklamaktadır.

### **II.2d) İsteyerek yapılan düşüklükler:**

Bu konuda da, özellikle doğurgan çağda ve daha ilerlemiş yaşlardaki kadınların sağlık sorunlarını artırması açısından oldukça önemlidir. 1988 yılında yapılan araştırmaya göre, gebeliklerin nerede ise dörtte biri, isteyerek düşüklüklerle sonlandırılmaktadır. (%23.6; HÜNEE, 1989).

### **II.2e) Neden kullanmıyorlar?**

Bazı çalışmalar aile içinde karar verme konusunda kocaların oldukça baskın ve kadın-erkek ilişkileri konusunda otoriter bir yaklaşım içinde olduklarını; karar verme sürecinde kocanın daha baskın olduğu, kocanın kadın-erkek ilişkileri ve eşitliği konusunda daha otoriter ve tutucu olduğu ailelerde de yaşayan çocuk sayısında da artma görüldüğünü ifade etmektedirler (Akşit T,---; Kulu, 1990). 1988 yılında Nüfus Etüdleri Enstitüsü'nün gerçekleştirdiği çalışma da herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmama nedeni olarak verilen gerekçe de oldukça düşündürücüdür:

**Tablo 12:** Çocuk istemedikleri halde, evli-doğurgan kadınların kontraseptif yöntem kullanmama nedenleri (Yüzde olarak) (HÜNEE, 1989)

Sağlık nedenleri	30.5
Kocasını istemiyor	22.9
Bilgisinin olmaması	16.5
Ulaşım sorunları	8.2
"Günah"	6.5
Pahalı	5.1
Korku/utanç	2.9
Uygun değil	1.4
Diğer	3.9
Fikri yok	2.2

Bundan sonra yapılacak çalışmalarda, yüzde 30 gibi bir değer alan "sağlık nedenleri"nin neler olduğuna açıklık getirilebilmesi, çok yol gösterici olabilir. "Kocanın aile içindeki karar verici rolü"ne ilişkin görüşlere, bu araştırmanın bulguları da destek vermektedir.

**II.2 f)** Aile planlaması için talep gösterdikleri halde hizmet alıyorlar mı?

Aile planlaması programlarının düzgün bir şekilde yürütülebilmesi ve dilenen sonuçlara ulaşılabilmesi, ancak bu hizmetlere ihtiyaç duyan ve ihtiyacının farkında olup, onu dile getiren gruplara eksiksiz bir biçimde bu hizmetin sunulması ile mümkün olabilir. Doğurganlık çağında ve evli olan; yakın bir gelecekte (en az iki yıl) çocuk sahibi olmak istemeyen veya artık hiç çocuk istememekle beraber gebeliği önleyici yöntem kullanmayan veya geleneksel yöntemle korunan ama, modern yöntem kullanmayı da isteyen kadınları inceleyen çalışmalarında Akadlı ve Kulu, Türkiye'de aile planlaması hizmetlerinde karşılanamayan ihtiyaçları yüzde 25.2 olarak ortaya koymuşlardır (1989). Bu durum bölgeler arası da farklılıklar göstermektedir: Kent 22.6, Kır 28.5 ve batı 20.6, Güney 29.9, Orta 24.6, Kuzey 23.9, Doğu 33.6.

### III. Genel olarak doğurganlık tercihlerini etkileyen sosyal ve kültürel faktörler

Bütün diğer sağlıkla ilgili olaylarda da olduğu gibi, birleşme, gebelik, doğum gibi olaylar, her kültürel grupta farklılıklar göstermektedir. Bir çok medikal antropologun (Hahn ve Muecke 1987) da belirttiği gibi, üremenin, çocuk dünyaya getirmenin uygun koşulları, gebeliğin ve doğumun nasıl olacağı, doğum öncesi ve sonrası bakım kurallarının neler olduğu; o topluma özgü olan ve nesillerden nesillere belki biraz değişen, ama temel yaklaşımları korumaya çalışan 'doğum kültürü' ile belirlenir ve de ilgililere öğretilir.

İçinde yaşanan toplumun ekonomik koşulları ve meslekler (gelirin dağılımı, iş imkanları, alt gruplar içinde paylaşım, vb.); aile yapısı (çekirdek/geniş aile modellerinden hangisinin yaygın olduğu, aile üyeleri arasındaki ilişkiler, sorumlulukların paylaşımı, vb.); cinsiyet rolleri (özellikle evin içindeki iş bölümü, kim nasıl nerede çalışacak, kimin sosyal hakları, zorunlulukları var, oynanması gereken uygun roller hakkında (toplumun inançları, vb.); evlilik modelleri (çok eşlilik, aynı yerden, aynı aileden evlenme, akraba evlilikleri, vb.); cinsel davranışlar (evlilik öncesi, evlilik dışı ilişkiler, evlilik içindeki yasaklamalar, vb.); kontraseptif yöntem kullanma modelleri (veya kullanmama modelleri, bazı yöntemlerin yasaklanması, düşük hakkındaki düşünceler, bazı kontraseptif yöntemleri kullanmaya yönelik endişeler, aile büyüklüğü hakkındaki inançlar ve günah fikri, vb.); nüfus politikaları (o toplumda kaç çocuklu olmak gerekiyor, çocuğun sayısı ve cinsiyeti, vb.); gebelik ve çocuk doğurmaya/büyütmeye yönelik uygulamalar (neler yapılması gerekiyor, beslenmesi, emzirme, giysisi, kimden sağlık hizmeti alınacağı, vb.); din; geleneksel uygulamaları, bu toplumdaki kişilerin özelliklerine göre hastalık ve sağlık düzeylerini belirleyen en önemli faktörler denilebilecek ölçüde etkili olan özelliklerdir. Bazıları direkt olarak/ sağlık koşullarının belirleyicileri olmasalar bile, hazırlayıcı, yardım edici veya önleyici olabilirler (Helman, 1990). Daha pek çok faktörden söz edilebilir olmakla beraber, çok ayrıntıya girmeden ana hatları ile insanların doğurganlık tercihlerini etkileyen koşulları ve Türkiye'nin bu koşullara bağlı olarak durumu şu temel özellikleri çerçevesinde tartışmakta yarar vardır:

#### Aile planlamasını etkileyen faktörler:

##### A. Hizmeti alan grup

\* Toplumun (Sağlık hizmeti alanların oluşturduğu) yapısı:

-Yukarıda sayılan değerler, inançlar ve koşullar

\* Ailenin yapısı:

- Toplum içinde sosyal ve ekonomik durumu
- \* Kadının toplum ve aile içindeki statüsü
  - Toplumun kadına verdiği değer
  - Kadının kişisel özellikleri (yaş, eğitim, yetişme biçimi, genel sağlık düzeyi, doğurganlığı, dini inançları, vb.)
- \* Kocasının toplum ve aile içindeki statüsü
  - Toplumun adama verdiği değer
  - Adamın kişisel özellikleri (yaş, eğitim, yetişme biçimi, genel sağlık düzeyi, dölleme yeteneği, dini inançları, vb.)
- \* Çocuğun toplum ve aile içindeki değeri
  - Toplumun ve ailenin çocuğa verdiği değer ve beklentiler
    - . Ekonomik yarar-zarar
    - . Psikolojik yarar-zarar
- \* Evlilik özellikleri
  - modeli
    - . Poligami/ monogami
    - . Endogami/ egzogami
  - yaş
    - . İlk velilik
    - . karı-koca arasındaki fark
  - süresi
  - paylaşma
    - . sevgi
    - . saygı
    - . sorumluluk
  - Cinsel tercihler ve davranışlar

- Kadının doğurganlığa ilişkin tutumu ve davranışı

. Çocuk sayısı ve cinsiyet tercihi

. Aile planlaması

- Kocasının doğurganlığa ilişkin tutumu ve davranışı

. Çocuk sayısı ve cinsiyet tercihi

. Aile planlaması

- Yaşayan çocuk sayısı

. Gebelikler ve ailedeki bebek/ çocuk ölümleri

## **B. Hizmeti veren grup**

Bir toplumun sosyo-kültürel ve ekonomik yapısına uygun olarak sunulan hizmetlerin özellikleri de son derece önemlidir:

\*\* Doğumlar, düşükler veya aile planlaması yöntemleri konusunda verilen eğitim ve danışmanlık hizmetleri,

\* Teknolojik olarak uygunluk ve yötemin başarısızlık derecesi

\* Bulunması

\* Ulaşılabilirlik

\* Kabul edilebilirlik

\*\*\* Hizmet veren grubun (Bu konularda planlamayı yapan, modeli geliştiren ve uygulayanların) sosyal, kültürel ve kişisel özellikleri, yapısı.

\* Hizmet/ eğitim veren kişilerle hizmet alan kişilerin ilişki dinamikleri.

Özellikle sosyo ekonomik koşulların kötü olduğu toplumlarda veya alt gruplarda, gebe kalma, düşürme/ ve veya çocuk doğurma durumunda olan kadın, sağlığı açısından en riskli anları yaşamakta, çocuk yetiştirme, evli çekip-çevirme ve çoğu zaman da ev dışında-tarlada çalışma sorumluluğunu yüklenmektedir. Bunca bedele karşın, gebe kalmaya neden devam eder (Akşit ve Özcebe)

1. Kadının sosyal statüsündeki ve kişisel başarısındaki artışın yolu annelik-özellikle de 'erkek evlat sahipliği'nden geçmekte olduğu için, bu konuda-



ki tutumlar belirleyici faktörler olarak ortaya çıkmaktadır.

2. Erkeklik-karısı ne kadar çok doğurursa o kadar erkek olmak gibi erkeğin otoplumda statü kazanmasına yönelik yaklaşımlar söz konusu olabilmektedir.

3. Özellikle tarım ve hayvancılıkla uğraşılan yerleşim yerlerinde, çocuğun iş gücüne katkısı büyük olmaktadır.

4. Güvenlik açısından iki yönlü bir yaklaşım erkek çocuklar için söz konusu olmaktadır: 'Asker gibi evi koruyacak' ile 'Biz yaşlanınca bize bakacak'

5. Bebek ve çocuk ölümlerinin yüksek olması, ölenlerin yerini veya yedek olarak daha fazla çocuk sahibi olmayı istetmektedir.

6. Kadının düşük statüsü ve düşük sağlık düzeyi ile birlikte gelen evliliklerin erken yaşlarda olması da yine doğurganlığı artırıcı faktörlerden birisidir.

7. Kadercilik de, yukarıda sayılan diğer faktörler gibi, ideal ve gerçek çocuk sayısı arasındaki oldukça büyük farkın açıklanmasına yardımcı olmaktadır.

Sonuç olarak ,aile planlaması programlarının başarılı bir şekilde yürütülebilmesi ve dilenen sonuçlara ulaşılabilmesinde, şu noktalara dikkat edilmesi yol gösterici olabilir (Warwick, 1988):

1. Kültürel faktörlerin programın başarısına etkisi her ülkede, her bölgede ve hatta her alt grupta farklılıklar gösterebilmektedir. Bu nedenle de, aile planlaması programları geliştirilirken, o ülkenin ve bölgenin sosyal ve kültürel özelliklerini dikkate alınması programın başarılı olmasına yardımcı eder.

2. Hemen hemen her ülkede veya bölgede bu tür programlara veya yöntemlere karşı olan gruplar olabilir. Burada önemli olan, programdan önce bu grupların ve itirazlarının arkasında yatan nedenlerin saptanması ve modelin bunlara göre geliştirilmesi veya uyarlanmasıdır.

3. Kültürel faktörlerin programın performansına etkisi zamana da çok bağlıdır ve uygulama süresi arttıkça programın kendi aktivitesinden de büyük ölçüde etkilenir. Çünkü, toplumun değerlerinin değişmesine neden olur.

4. Özellikle "müşteri" ile yüzyüze olan, onlara hizmet sunan hekim, hemşire, ebe ve eczacı gibi sağlık personelinin; toplumun bu değerleri ile uyumlu bir davranış içine girmeleri, en azından onları anlamağa çalışmaları programın başarı şansını çok artırır.

## KAYNAKLAR

Akadlı, B.E. ve I. Kulu, 1989. "Aile planlaması hizmet-talep açığı" Nüfusbilim dergisi. Cilt 11. Ankara.

Akşit, B.T., "Health-seeking behaviour of rural households in Turkey; Research with emphasis on children under five in Sivas, Van and Ankara" (türk kırındaki hanehalklarının sağlıklı olmaya yönelik davranışları). Culture and the Economy: Changes in Turkish Villages kültür ve Ekonomi: Türk köylerindeki değişimler) (Ed.P.Stirling). London Üniversitesi. (basılmak üzere).

Akşit, B.T. ve H. Özcebe. "Women's health in turkey: Review of the literature and discussion of research gaps in the status context"(Türkiye'de kadının sağlığı). Women in Turkey (türkiye'de kadın) (Ed.Ç.Balım ve A.G.Ayata). Cambridge University Press. (basılmak üzere)

Dervişoğlu, A.A. ve P. Şenlet (Çeviri editörleri). 1990. Kontraseptif Yöntemleri: Uluslararası basım. Demircioğlu matbaacılık.Ankara.

Government of Turkey and UNICEF (GOT ve UNICEF) 1991. The Situation Analysis of Mothers and Children in Turkey. Yeniçağ Printing House. Ankara.

Hahn, R.A. and Muecke, M.A. 1987. "The anthropology of birth in five US ethnic populations: implications for obstetrical practice. Crr. Probl. Obstet. Gynaecol. Fertil. 10.133-171.

Helman, C.G. 1990. Culture, Health and Illness (kültür-Sağlık ve hastalık). Second edition. Wright.London.

Kulu, I.1990."Aile büyüklüğünün belirlenmesinde kocaların rolü: Türkiye'de Doğu-Batı farklılıkları" Nüfusbilim dergisi. Cilt 12.

Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etüdüleri Enstitüsü (HÜNEE).1987. 1988 Turkish Population and health survey (1988 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması), Ankara.

Hacettepe Üniversitesi, Nüfus etüdüleri Enstitüsü (HÜNEE).1987. 1983 Turkish Population and Health Survey (1983 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması), Ankara.

Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etüdüleri enstitüsü (HÜNEE).1986. Nüfus, Aile, Sağlık 1983. Ankaralı

Warwick, D.P. 1988. "Culture and the management of family planning programs". Studies in Family planning, Vol.19. Number 1, Jan/Feb.