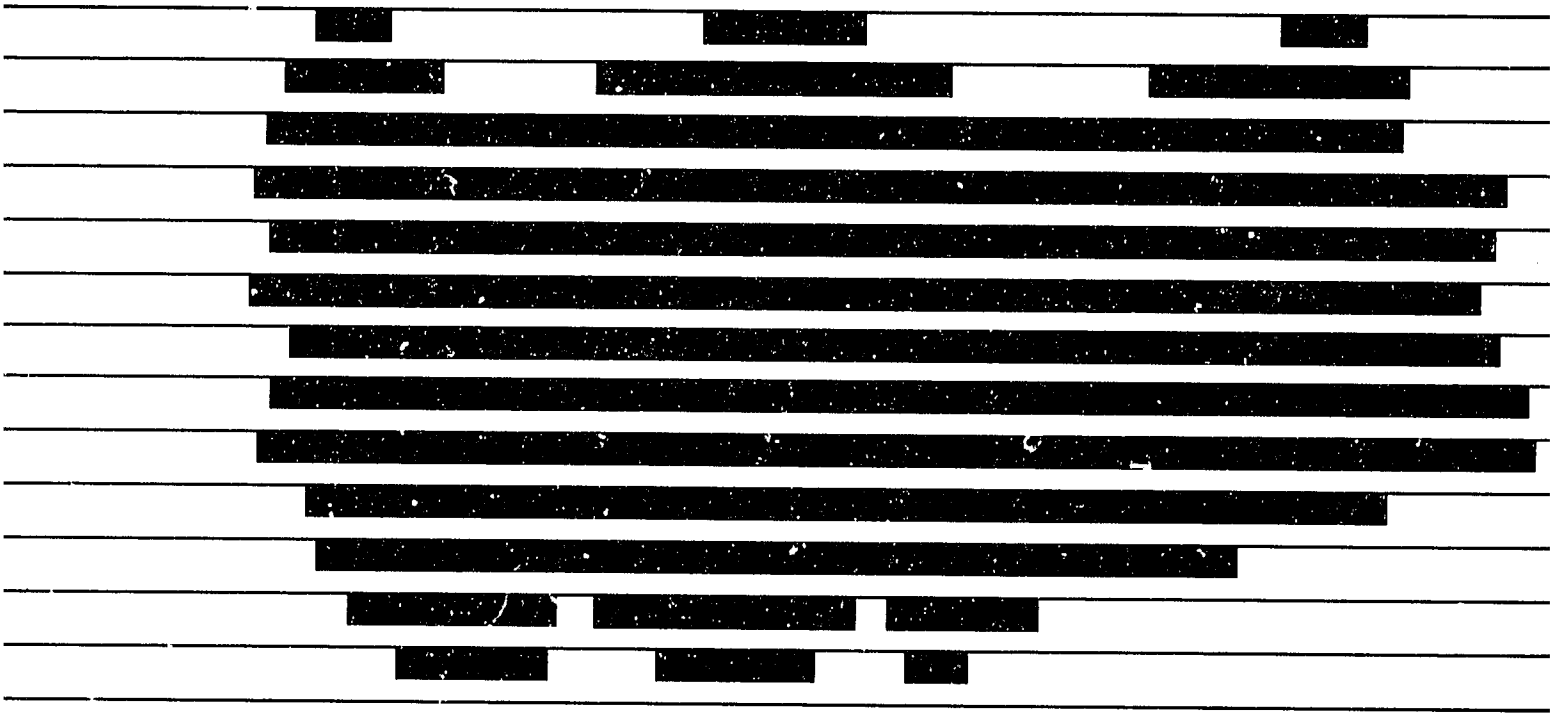
DHS

PN-ABU-423

Turkey



Demographic and Health Survey 1993

SUMMARY REPORT

DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY TURKEY 1993

SUMMARY REPORT

J. Cushing

Background 3

Fertility 4
- Levels and Trends 4
- Marriage 5
- Fertility Preferences 6

Family Planning 7
- Knowledge and Use of Contraception 7
- Unmet Need for Family Planning 8
- Sources of Family Planning Services 8

Abortions 9

Maternal and Child Health 10
- Infant and Child Mortality 10
- Antenatal Care, Place of and Assistance at Delivery 11
- Vaccination of Children 12
- Treatment of Diarrhoea 13
- Infant Feeding Practises 14
- Nutritional Status of Children 15

Conclusions 16
- Fertility and Family Planning 16
- Maternal and Child Health 16

Fact Sheet 18

Ministry of Health
General Directorate of Mother and
Child Health/Family Planning
06100 Ankara,
Turkey

Hacettepe University
Institute of Population Studies
06100 Ankara,
Turkey

October 1994

2

This report summarises the findings of the 1993 Turkish Demographic and Health Survey (TDHS) conducted by the Institute of Population Studies, Hacettepe University (HIPS), under a subcontract through an agreement between the General Directorate of Mother and Child Health/Family Planning, Ministry of Health and Macro International Inc. of Calverton, Maryland, USA. Macro International Inc. provided technical assistance. Funding was provided by the U.S. Agency for International Development (USAID).

The TDHS is part of the worldwide Demographic and Health Surveys (DHS) program, which is designed to collect, analyse, and disseminate demographic data on fertility, family planning, and maternal and child health. The survey is also the most recent in a series of demographic surveys carried out in Turkey by HIPS to provide information on fertility and child mortality levels, family planning awareness, approval and use, and basic indicators of maternal and child health.

Additional information on the TDHS can be obtained from the General Directorate of Mother and Child Health/Family Planning, Ministry of Health, Ankara, Turkey (Telephone: 312-4314871 Fax: 312-4314872), or from Hacettepe University, Institute of Population Studies, 06100 Ankara, Turkey (Telephone: 312-3107906, Fax: 312-3118141). Information on the worldwide DHS program can be obtained by writing to: DHS, Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, USA (Telephone: 301-572-0200, Fax: 301-572-0999).

J. Cushing

Background

The 1993 Turkish Demographic and Health Survey (TDHS) is a nationally representative survey of 8,619 households and 6,519 ever-married women younger than 50 years of age.

The 1993 TDHS provides detailed information on levels and trends of fertility, infant and child mortality, family planning, and maternal and child health. The data are intended for use by policy makers and program managers in the areas of population and health. The survey findings are presented at the national level, by urban/rural residence, and for regions of the country. Results of this survey can be compared with data obtained from quinquennial demographic surveys conducted in previous years.

Fieldwork for the 1993 TDHS was conducted from August to October 1993 by the Hacettepe University Institute of Population Studies, with the technical assistance of Macro International Inc.

Figure 1
Age-Specific Fertility Rates

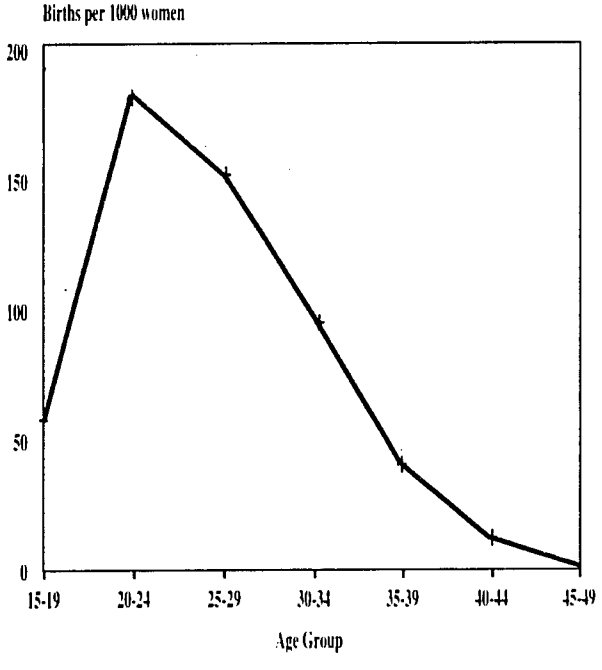
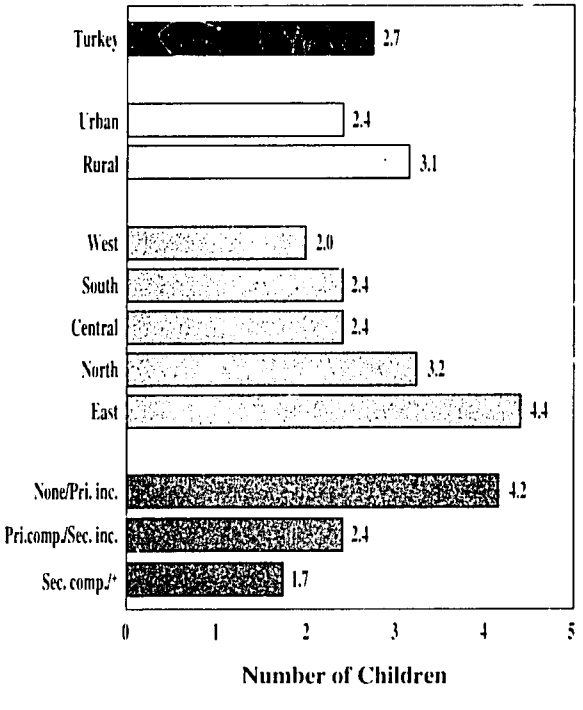


Figure 2
Total Fertility Rates by Selected Background Characteristics



Fertility

Levels and Trends

- If Turkish women maintain current fertility rates during their reproductive years, they can expect to have an average of 2.7 children by the end of their reproductive years. Age-specific fertility rates show a typical skewed distribution towards younger ages. The highest fertility rate is observed for the age group 20-24.

- There are marked regional differences in fertility rates. Fertility rate is highest in the East (4.4 children per woman) and lowest in the West (2.0 children per woman). Fertility varies widely by urban/rural residence. Women living in rural areas will have almost one child more than women living in urban areas.

- Fertility levels vary significantly by level of education. Women who have no education have almost one child more than women who have primary education, and 2.5 children more than women with at least secondary-level education.

At current fertility levels, a Turkish woman will have an average of 2.7 children by the end of her reproductive years.

Marriage

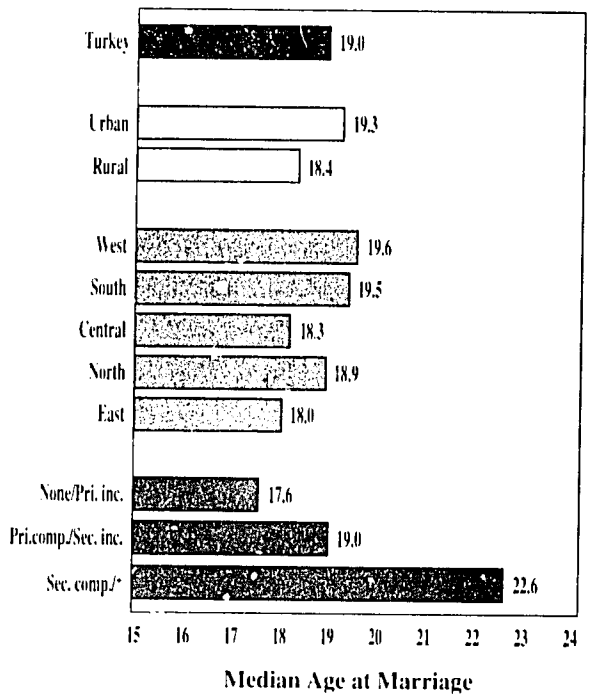
- Marriage is almost universal in Turkey; by the time women reach their early thirties, 96 percent are or have been married, and by the end of their reproductive years, only 1 percent of women have never been married.

- The median age at first marriage is 19 years. Overall, a steady increase is observed in the median age at first marriage. The median age at first marriage among women age 25-29 is 20 years, compared to 18.3 years among women age 45-49.

- The median age at first marriage varies by place of residence, region, and level of education. Women living in the Eastern region marry nearly 2 years earlier than women living in the West. There is a five-year difference in the median age at first marriage between women who never attended school and those who completed at least secondary-level education.

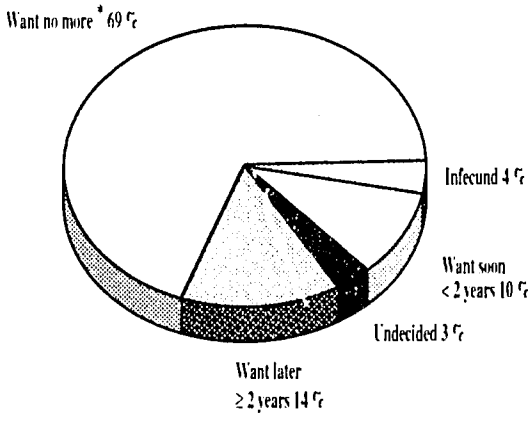
Overall, Turkish women are marrying at a later age than they did previously. The median age at first marriage is 19 years.

Figure 3
Median Age at First Marriage by Selected Background Characteristics
(Women Age 25-49)



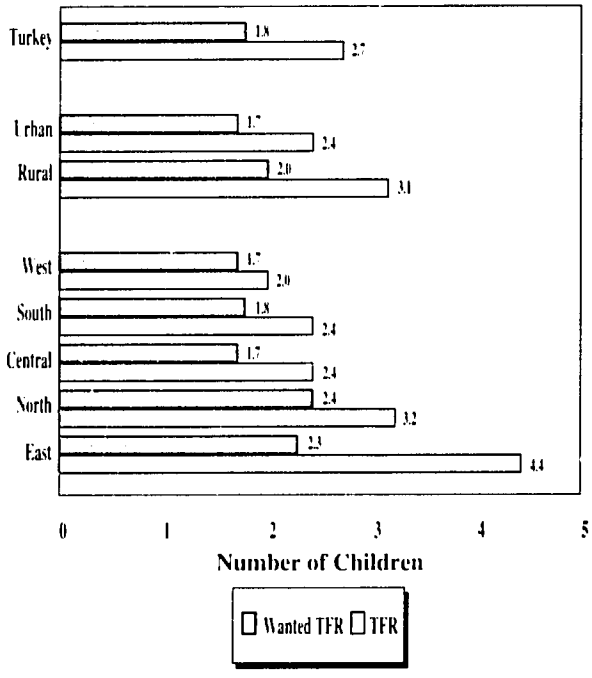
J. Cushing

Figure 4
Fertility Preferences
(Currently Married Women Age 15-49)



* Includes sterilised women

Figure 5
Total and Wanted Fertility Rates
by Selected Background Characteristics
(Women Age 15-49)



Fertility Preferences

- More than two-thirds of currently married women do not want to have any more children and 14 percent want to delay their next birth for at least two years.
- If all unwanted births were avoided, a Turkish woman would have an average of 1.8 births, which is almost one child lower than the actual rate.
- The gap between wanted fertility and actual fertility varies by place of residence and region. It is highest among rural women (1.1 children) and among women living in the Eastern region (2.1 children).

Two-thirds of married women do not want to have additional children.

- Twenty percent of the births in the five years preceding the survey were not wanted and 12 percent of them were mistimed.
- When asked about how many children they would like to have if they could live their lives over and choose exactly, women report an average ideal family size of 2.4 children.

Family Planning

Knowledge and Use of Contraception

- Knowledge of family planning is almost universal; 99 percent of married women are familiar with at least one method. The pill and IUD are known by more than 95 percent of married women.

- At the time of the survey, 63 percent of married women in Turkey were using a method of contraception. Among users, the majority of women are users of a modern method. One in five currently married women (19 percent) are using the IUD. The condom is the second most popular modern method and it is used by 7 percent of married women. However, withdrawal is the most popular method among currently married women, with 26 percent.

Knowledge of modern family planning methods is virtually universal. Although at the time of the survey, 63 percent of married women were using contraception, only one-third were using a modern method of contraception.

- There are marked differences in the level of modern contraceptive use by residence and region. Urban women are considerably more likely to be using a modern method than rural women. The proportions using modern methods are highest in the Western, Southern and Central regions (37 percent), and lowest in the Eastern region (26 percent).

Figure 6
Current Use of Family Planning
(Currently Married Women Age 15-49)

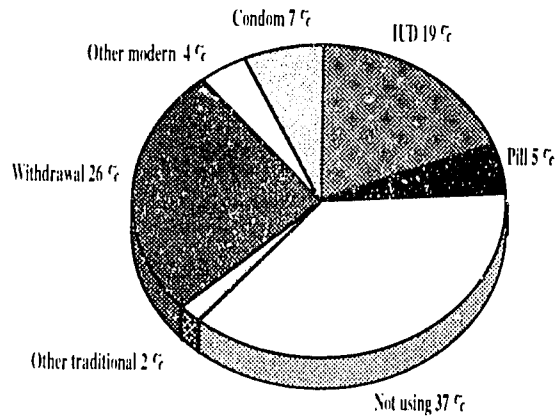


Figure 7
Current Use of Family Planning
by Selected Background Characteristics

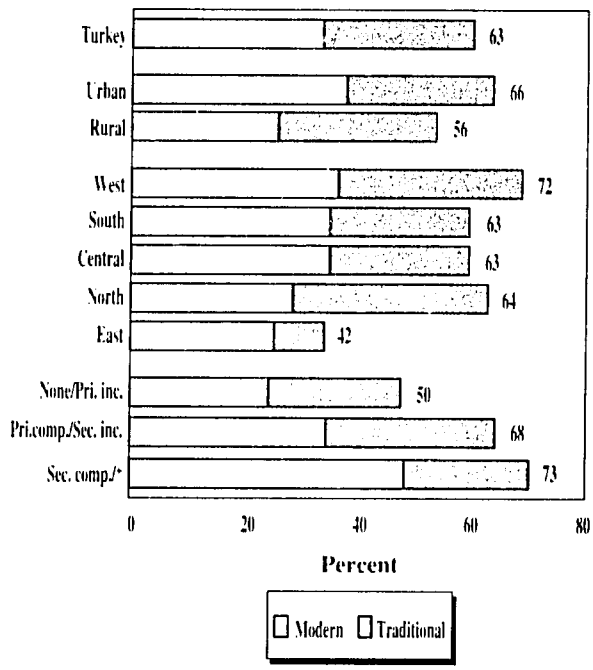
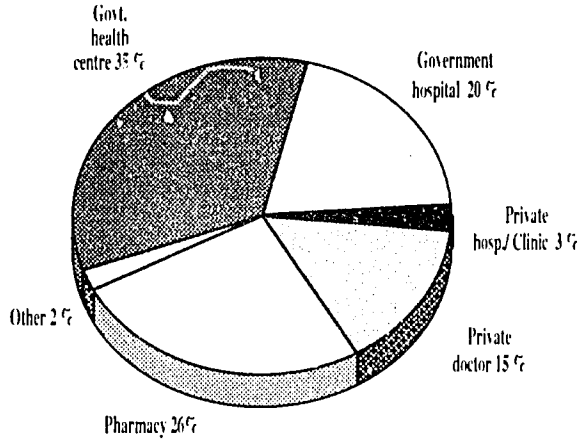


Figure 8
Sources of Supply among Current Users of Modern Contraceptive Methods



J. Cushing

- Use of contraception is closely associated with level of education. Almost half of the women with secondary or more education use a modern contraceptive method, compared to 36 percent of women with primary education and 26 percent of women with no education.

Unmet Need for Family Planning

- Twelve percent of currently married women have an unmet need for family planning. This group includes women who are not using any contraceptive method, but who want to stop childbearing (8 percent), and those who want to wait two years or more before their next birth (4 percent).

Twelve percent of currently married women have an unmet need for family planning.

Sources of Family Planning Services

- Public sector sources in the provision of modern contraceptive services are used slightly more than private sector sources. Overall, 55 percent of users of modern methods relied on a public sector provider.

- Government primary health care centres and pharmacies are the two main sources for users of family planning methods.

Abortions

- The induced abortion rate for the year preceding the survey is 18 per 100 pregnancies. The rate shows a decreasing trend in recent years.

- Abortion rates show some variation between regions. One in four pregnancies in the Western region is terminated with an abortion whereas in the East this figure is less than 1 in 10 pregnancies.

Use of family planning methods after an abortion does not show a favourable trend. Only 29 percent start using a modern method in the month following the abortion.

- The main reason for having an induced abortion is the desire to stop childbearing (58 percent), followed by socioeconomic reasons (17 percent) and the recommendation of the physician (12 percent).

- Most of the induced abortions are performed within the legal and safe time of pregnancy. However, 12 percent are performed beyond the legal limits.

- The majority of induced abortions are performed by private physicians (67 percent), followed by those performed in government hospitals (27 percent). Only 3 percent of the abortions are performed in unhealthy conditions.

J. Cushing

Figure 9
Trends in Infant and Child Mortality

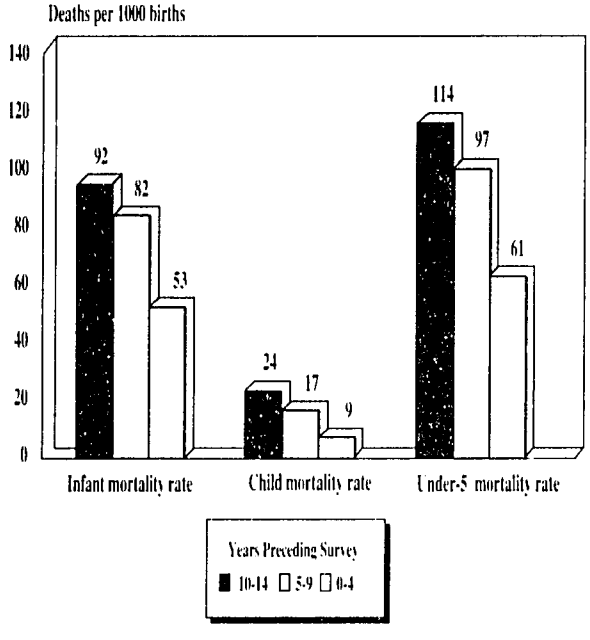
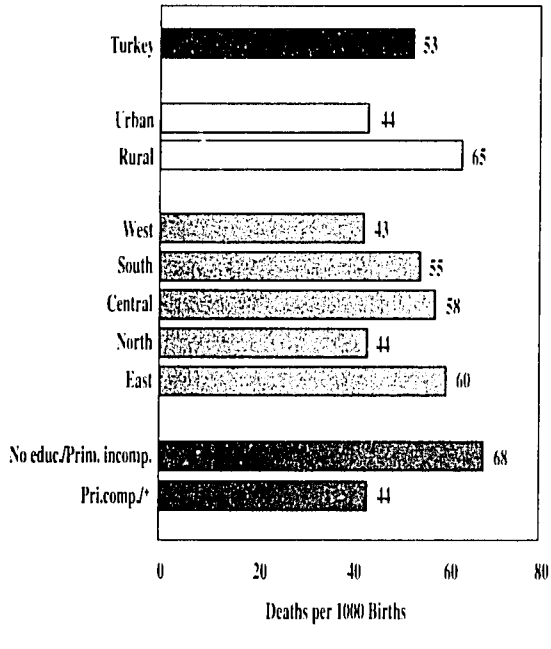


Figure 10
Infant Mortality Rates by Selected Background Characteristics



Note: Based on 5 years preceding survey

Maternal and Child Health

Infant and Child Mortality

- For the five-year period preceding the TDHS, the infant mortality rate is 53 per thousand live births. In the same period, the mortality rate for children less than five years is 61 per thousand. Infant and child mortality have rapidly declined in the past decade. The decline in infant mortality is 35 percent in the last 10 years.

More than 1 in 20 children die before reaching their first birthday.

- The infant mortality rate in the rural areas is about 1.5 times higher than in urban areas. Infant mortality rates are lower than the national average in the West and North, while the rate of the Eastern region is about 15 percent higher than the national average.

- The survival chance of a child is closely related to his/her mother's level of education. Children of mothers with no education experience over 1.6 times the level of infant mortality as children of mothers who have at least completed primary school.

Children born after a short birth interval are at much greater risk of dying than children born after a long birth interval.

- The probability of dying is considerably higher for infants born after a short birth interval (less than two years after a preceding birth). For these children, mortality risks are 3.2 times higher than children born after an interval of 4 years or more.

Antenatal Care, Place of and Assistance at Delivery

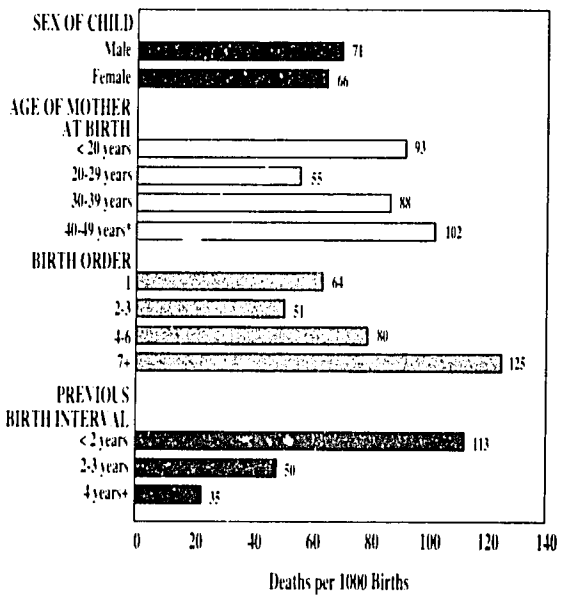
- During the five years preceding the survey, 47 percent of mothers received antenatal care from a doctor and 16 percent from a midwife/nurse. Nevertheless, 37 percent of children were born to mothers who did not receive any antenatal care.

- Sixty percent of infants were delivered at a health facility. For 76 percent of all births, either a doctor or a qualified midwife/nurse was present at the delivery.

- For less than half of the births (42 percent) in the five years preceding the survey, mothers received a tetanus toxoid injection during pregnancy.

Three in 4 deliveries are assisted by a doctor or a qualified midwife/nurse.

Figure 11
Infant Mortality Rates by Selected Demographic Characteristics



Note: Based on 10 years preceding survey
(*) Based on less than 500 cases

Figure 12
Antenatal Care, Tetanus Vaccinations, Place of and Assistance at Delivery

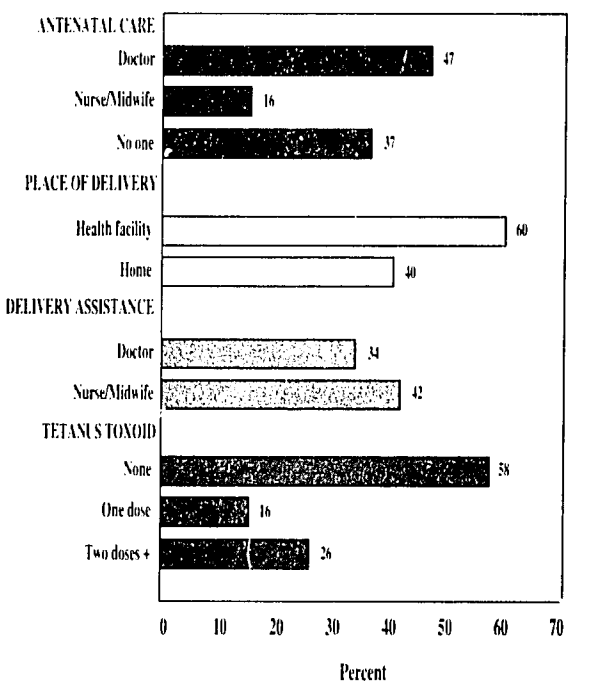
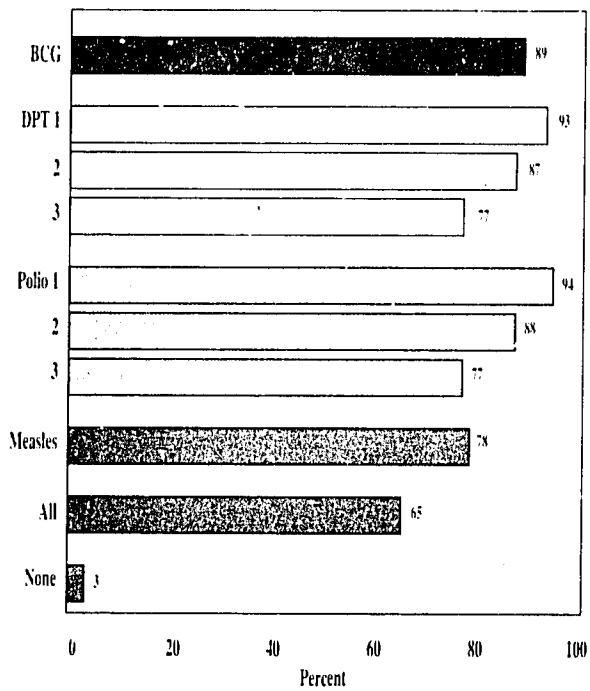


Figure 13
Vaccination Coverage
(Children Age 12-23 Months)



J. Cushing

Vaccination of Children

- Although it is recommended that children be fully vaccinated during their first year, only about 59 percent of Turkish children 12-23 months completed the vaccination schedule before age 1. If the timing of vaccinations is not taken into account, this proportion increases to 65 percent. Only 3 percent have not received any vaccinations.

- Of children age 12-23 months, 89 percent have been vaccinated for tuberculosis (BCG vaccine) and 78 percent for measles.

- More than 93 percent of children age 12-23 months have received the first doses of DPT (diphtheria, pertussis and tetanus) and polio vaccines; about 88 percent have received the second doses, and 77 percent have received the third doses. The difference in the proportions receiving the first doses of DPT and polio vaccines and those receiving the second and third doses represents the magnitude of follow-up that have to be considered in the problem of vaccination programs.

About two-thirds of children age 12-23 months have been fully immunised. There is a substantial amount of drop-out between the first and the second and third doses of DPT and polio vaccines.

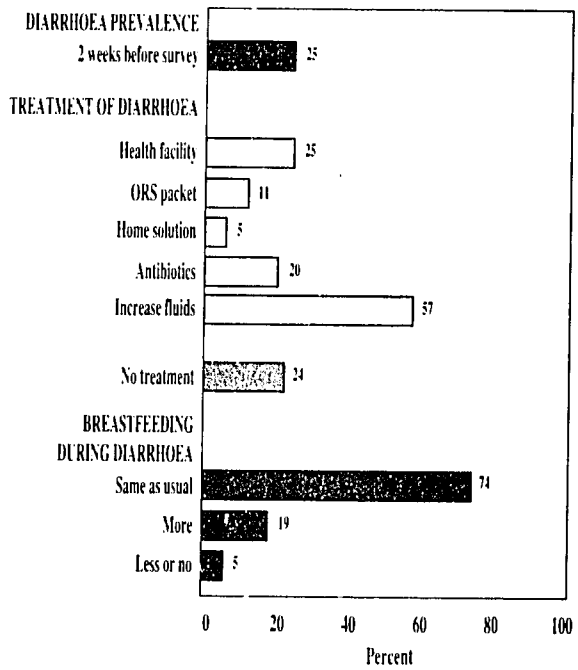
Treatment of Diarrhoea

- One in four children under five years had had diarrhoea in the two weeks preceding the survey and 25 percent of children who had had diarrhoea were taken to a health facility.

- Twenty-four percent of children who had had diarrhoea in the two weeks before the survey received no treatment. Oral rehydration salts (ORS) were used in treating diarrhoea in 11 percent of cases and recommended home solutions were given in 5 percent of the cases. For fifty-seven percent of children with diarrhoea, intake of fluids had been increased.

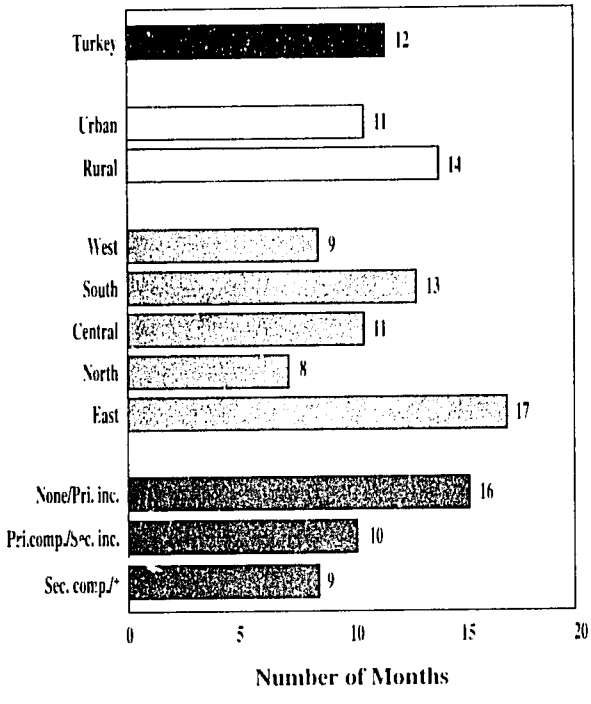
One in 4 children under five years who had had diarrhoea was taken to a health facility and 11 percent of diarrhoea cases received Oral Rehydration Salts (ORS).

Figure 14
Prevalence and Treatment of Diarrhoea (Children under Five Years)



S. Ergöçmen

Figure 15
Median Duration of Breastfeeding by Selected Background Characteristics



J. Cushing

Infant Feeding Practises

- Almost all Turkish children (95 percent) are breastfed for a period of time. The median duration of breastfeeding is 12 months.
- In general, children are breastfed for a relatively long period of time but supplementary foods and liquids are introduced at an early age. A third of the children are being given supplementary food as early as one month of age, and by the age of 2-3 months, half of all children are already being given supplementary foods or liquids.
- On the other hand, almost half of the breastfed children do not receive any solid or mushy food until they are around one year of age.

Breastfeeding is universal. However, the introduction of supplementary food to the child's diet is too early.

- Children in rural areas are breastfed 3.4 months longer than children in urban areas. Among regions, the longest median duration of breastfeeding is in the East, with 17 months.
- The median duration of breastfeeding is nearly 7 months longer for children whose mothers have no education compared to those with secondary or more education.

Nutritional Status of Children

- By age five almost a fifth of children are *stunted* (short for their age), compared to an international reference population.
- Stunting is more prevalent in rural areas, in the East, and among children of mothers with no education. Stunting occurs more frequently among children who are of higher birth order, and among those born after an interval of less than 24 months.
- Overall, wasting is not a problem. Three percent of children are *wasted* (thin for their height), and 10 percent of children under age five are *underweight* for their age.
- Obesity is a problem among mothers. According to the results of BMI (Body Mass Index) calculations, 19 percent of the mothers are obese. Additionally, 32 percent of mothers are in the overweight group.

The deterioration in nutritional status starts in the first year of life and by age five almost a fifth of children are short for their age.

Figure 16
Nutritional Status of Children Under Five Years

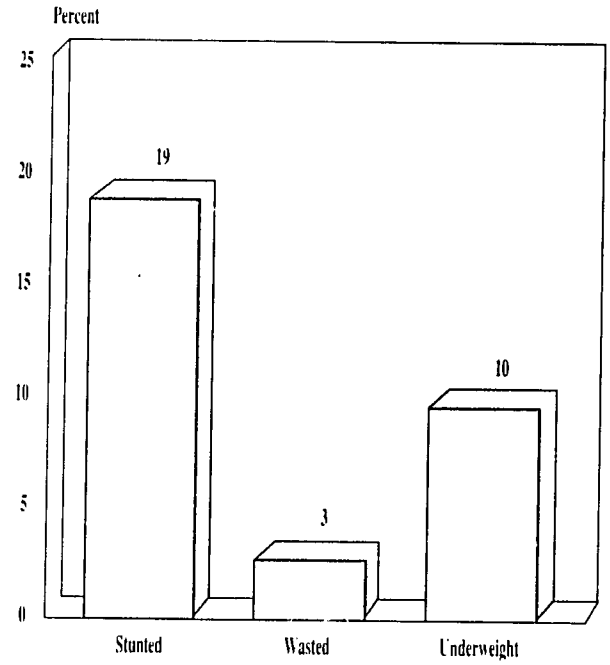
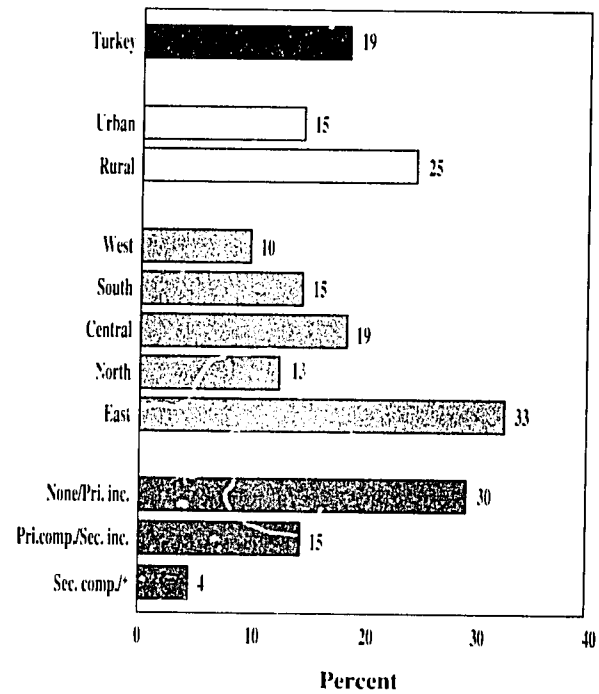


Figure 17
Chronic Undernutrition (Stunting) by Selected Background Characteristics



Conclusions

Fertility and Family Planning

Fertility has declined rapidly in Turkey in recent decades, but the rate varies substantially by level of education, region and urban/rural residence. The total fertility rate is 2.7 children per woman. More than two-thirds of married women want to stop childbearing and 14 percent want to space their births. One-third of the births in the five years preceding the survey were either unwanted or mistimed.

Virtually all women have heard about family planning methods. At the time of the TDHS, nearly two in every three women were using a family planning method. It is clear that there is a need to expand the method mix, particularly in view of the large proportions of women who desire to limit their childbearing.

Although there is widespread acceptance of family planning in Turkey, there are a number of continuing challenges for the family planning programs. Program efforts must be directed toward the use of modern family planning methods and reducing the differentials in family planning use among regions and between urban and rural areas.

Maternal and Child Health

During the last decade, there has been a substantial decline in infant and child mortality levels. Yet, there are some groups of children with significantly higher infant mortality than others. Children whose mothers have no education are 1.6 times more likely to die in the first year of life than children whose mothers have primary or higher education. Children in rural areas are 1.5 times more likely to die in the first year of life than those in urban areas. In addition, for a child born after an interval of less than two years, the mortality risk before the first birthday is 3.2 times higher than a child born after an interval of four years or more.

During the five years preceding the survey, two-thirds of mothers received antenatal care from a doctor or from a midwife/nurse and for three in every four deliveries, either a doctor or a qualified midwife/nurse was present. Increasing the accessibility of antenatal care and improving the quality of delivery services may reduce the proportion of babies who are born at home.

Vaccination coverage rates among Turkish children are only moderately high due to substantial drop-out. Only 65 percent of children age 12-23 months are fully immunised. Continued efforts are needed to reduce residential differentials in coverage rates and to increase the number of children who are fully immunised by their first birthday.

One in four children under five years had had diarrhoea in the two weeks before the survey. A quarter of children with diarrhoea in the past two weeks was taken to a health facility. For 57 percent of the diarrhoea cases, fluid intake was increased.

Almost all babies are breastfed. The median duration of breastfeeding is 12 months. Unfortunately, many children are given supplementary foods and liquids at an early age, which is not only unnecessary but also a potential source of infection. At the same time, it has been observed that a significant proportion of children who should be given supplementary food are fed with only milk. Mothers should be taught the proper age at which to introduce supplementary foods and liquids to their babies.

One-fifth of the children under age five are stunted (short for their age). Stunting is more prevalent in rural areas, in the East, and among the children of mothers with no education. Mothers of children at risk need special education about infant feeding practices and nutritional intake, so that the physical and mental growth of their children will not be impaired. The importance and the extent of the problem points out to the necessity of including information on infant feeding practices in formal and informal education for the improvement of child health in Turkey.

J. Cushing

Fact Sheet

1990 Population Data[1]

Total population (millions)	56.5
Urban population (percent)	59
Rate of natural increase (percent)	2.2
Population doubling time (years)	31.9
Crude birth rate (per 1,000 population)	29.7
Crude death rate (per 1,000 population)	7.9
Life expectancy at birth male (years)	63
Life expectancy at birth female (years)	68

Turkish Demographic and Health Survey 1993

Sample Population

Households interviewed	8619
Women age 15-49 interviewed	6519

Background Characteristics of Women Interviewed

Percent urban	64.1
Percent with no education	27.1
Percent graduated secondary school or higher	15.1

Marriage and Other Fertility Determinants

Percent of women 15-49 currently married[2]	64.6
Percent of women 15-49 ever married[2]	67.1
Median age at first marriage among women age 25-49	19.0
Median duration of breastfeeding (in months)[3]	11.9
Median duration of postpartum amenorrhoea (in months)[3]	3.7
Median duration of postpartum abstinence (in months)[3]	1.9

Fertility

Total fertility rate[4]	2.7
Mean number of children ever born to women age 40-49	4.6

Desire for Children

Percent of currently married women who:	
Want no more children	69.8
Want to delay next birth at least 2 years	13.9
Mean ideal number of children among women age 15-49[5]	2.4
Percent of women giving a non-numeric response to ideal family size	1.8
Percent of births in the last 5 years which were:	
Unwanted	20.4
Mistimed	12.0

Knowledge and Use of Family Planning

Percent of currently married women:	
Knowing any method[6]	99.1
Knowing a modern method	98.6
Knowing a modern method and knowing a source for the method	94.6
Had ever used any method[6]	80.1
Currently using any method[6]	62.6
Percent of currently married women currently using:	
Pill	4.9
IUD	18.8
Injection	0.1
Diaphragm, foam, jelly	1.2
Condom	6.6
Female sterilisation	2.9
Male sterilisation	0.0
Periodic abstinence	1.0
Withdrawal	26.2
Other traditional	0.9

Mortality and Health

Infant mortality rate[7]	52.6
Under-five mortality rate[7]	60.9
Percent of births[8] whose mothers	
Received antenatal care	62.3
Received 2 or more tetanus toxoid injections	26.2
Percent of births[8] whose mothers were assisted at delivery by a:	
Doctor	33.7
Trained midwife/nurse	42.2
Traditional birth attendant	12.9
Percent of children	
0-1 month who are breastfed	99.0
4-5 months who are breastfed	79.7
10-11 months who are breastfed	60.7
Percent of children 12-23 months who received:[9]	
BCG	89.1
DPT (three doses)	77.1
Polio (three doses)	77.2
Measles	77.9
All vaccinations	64.7
Percent of children under 5 years[10] who:	
Had diarrhoea in the 2 weeks preceding the survey	24.8
Had a cough accompanied by rapid breathing in the 2 weeks preceding the survey	12.4
Are chronically undernourished (stunted)[11]	18.9
Are acutely undernourished (wasted)[11]	3.0

---

[1] Sources : State Institute of Statistics (1993). *1990 Census of Population: Social and Economic Characteristics of Population.* State Institute of Statistics, Ankara.
United Nations Population Division (1991). *World Population Prospects 1990.* Population Studies, No. 120.

[2] Based on all women

[3] Current status estimate based on births during the 36 months preceding the survey

[4] Based on births to women 15-49 years during the period 0-2 years preceding the survey

[5] Based on ever-married women 15-49. Excludes women who gave a non-numeric response to ideal family size

[6] Includes prolonged breastfeeding

[7] Rates are for the period 0-4 years preceding the survey

[8] Figure includes births in the period 1-59 months preceding the survey

[9] Based on information from vaccination records and reports of mother

[10] Figures include children born in the period 1-59 months preceding the survey

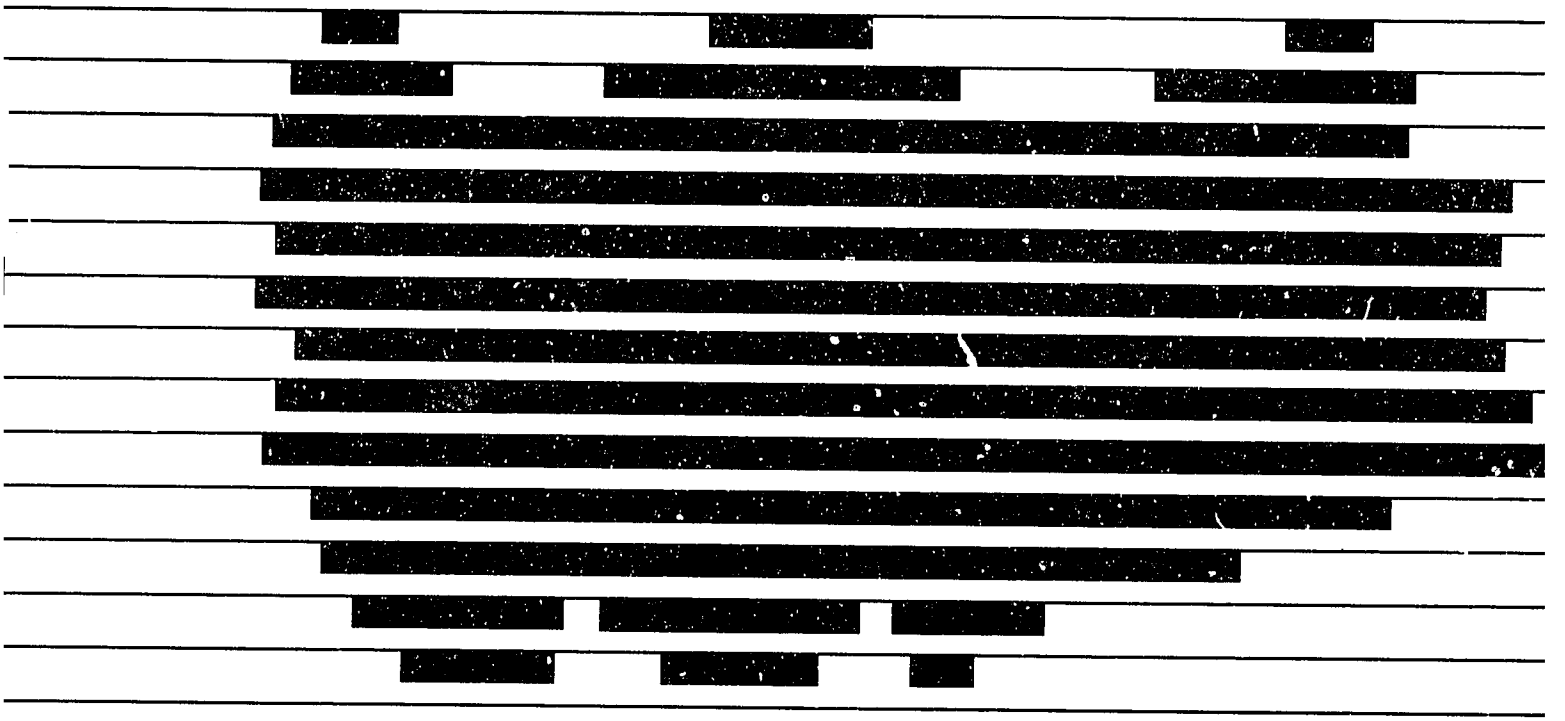
[11] *Stunted:* percentage of children whose height-for-age z-score is below -2SD based on the NCHS/CDC/WHO reference population; *wasted:* percentage of children whose weight-for-height z-score is below -2SD based on the NCHS/CDC/WHO reference population

Ministry of Health
General Directorate of Mother and
Child Health/Family Planning
06100 Ankara,
Turkey

Hacettepe University
Institute of Population Studies
06100 Ankara,
Turkey

DHS

Türkiye



Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993

ÖZET RAPOR

20

Kapak: Türkiye haritası

NÜFUS VE SAĞLIK ARAŞTIRMASI TÜRKİYE 1993

ÖZET RAPOR

J. Cushing

Temel Özellikler 3

Doğurganlık 4
- Doğurganlık Düzeyleri ve Eğilimleri 4
- Evlilik 5
- Doğurganlık Tercihleri 6

Aile Planlaması 7
- Gebeliği Önleyici Yöntemler Hakkında Bilgi ve Kullanım 7
- Aile Planlamasında Hizmet-Talep Açığı 8
- Aile Planlaması Hizmetlerinin Sağlandığı Kaynaklar 8

Düşükler 9

Anne ve Çocuk Sağlığı 10
- Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü 10
- Doğum Öncesi Bakım, Doğumun Yapıldığı Yer ve Doğuma Yardımcı Olan Kişi 11
- Aşılanma 12
- İshal Tedavisi 13
- Çocukların Beslenmesi 14
- Çocukların Beslenme Durumu 15

Sonuç 16
- Doğurganlık ve Aile Planlaması 16
- Anne ve Çocuk Sağlığı 16

Nüfus ve Sağlık Göstergeleri 18

Sağlık Bakanlığı
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
Genel Müdürlüğü
06100 Ankara, Türkiye

Hacettepe Üniversitesi
Nüfus Etütleri Enstitüsü
06100 Ankara, Türkiye

Ekim 1994

22

Bu raporda 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın (TNSA) bulguları özetlenmektedir. TNSA, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ile Macro International Inc., Calverton, Maryland, ABD arasında imzalanan bir sözleşme çerçevesinde, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) tarafından yürütülmüştür. Araştırma için gereken teknik destek, Macro International Inc. tarafından, mali destek ise U.S. Agency for International Development (USAID) tarafından sağlanmıştır.

TNSA, doğurganlık, aile planlaması, ve anne ve çocuk sağlığı konusunda veri toplamak, çözümlemek ve yaygınlaştırmak üzere dünya çapında yürütülmekte olan Demographic and Health Surveys (DHS) programının bir parçasıdır. Araştırma aynı zamanda Türkiye'de doğurganlık, çocuk ölümlülüğü, aile planlaması bilgi ve kullanımı, anne ve çocuk sağlığına ilişkin göstergeler konusunda bilgi toplamak üzere HÜNEE tarafından beş yılda bir yapılan nüfus araştırmalarının sonuncusu olma sıfatını taşımaktadır.

TNSA konusunda ek bilgi, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, Türkiye (Telefon: 312-4314871; Faks: 312-4314872), veya Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, 06100 Ankara, Türkiye (Telefon: 312-3107906; Faks: 312-3118141) adreslerinden edinilebilir. Dünya çapında yürütülmekte olan DHS programı konusunda ek bilgi, DHS, Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, ABD (Telefon: 301-572-0200; Faks: 301-572-0999) adresine yazılarak elde edilebilir.

J. Cushing

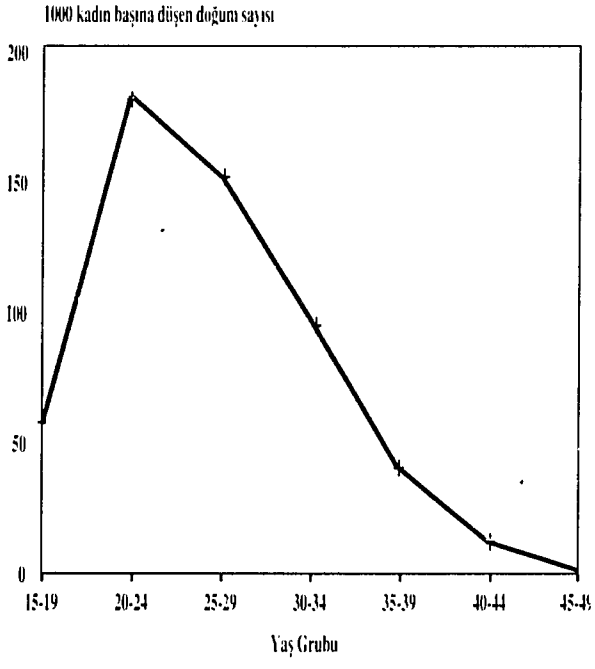
Temel Özellikler

1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 8,619 hanehalkı ve 50 yaşından küçük, başından en az bir evlilik geçmiş 6,519 kadını kapsayan ve ülke çapında bir örnekleme dayanan bir araştırmadır.

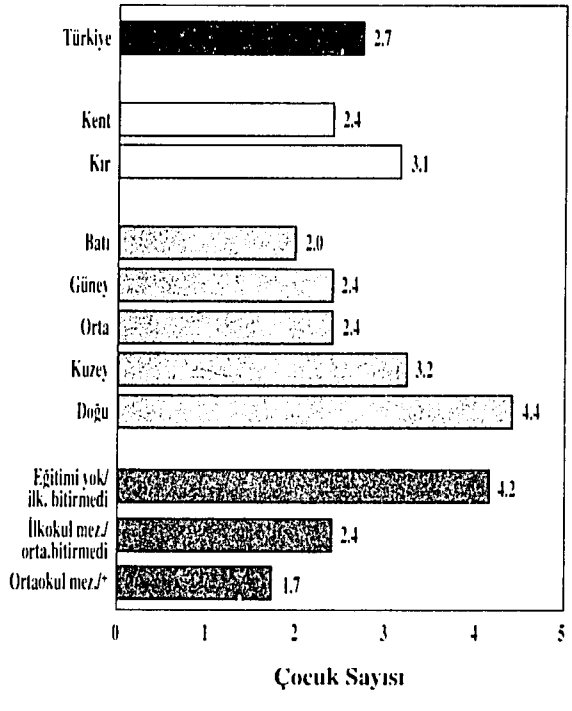
1993 TNSA, doğurganlık düzeyleri ile eğilimleri, bebek ve çocuk ölümlülüğü, aile planlaması, ve anne ve çocuk sağlığı konularında detaylı bilgi sağlamaktadır. Araştırma bulguları, nüfus ve sağlık konularında karar verme ve politika oluşturma konumunda bulunanların ve program yöneticilerinin kullanımına sunulmaktadır. Araştırma bulguları, ülke bütünü, kırsal ve kentsel yerleşim yerleri ve bölgeler için verilmektedir. Bu araştırmanın sonuçları, daha önce beş yılda bir yapılmış olan demografik araştırmaların sonuçları ile karşılaştırılabilir.

TNSA'nın alan çalışması, Ağustos-Ekim 1993 tarihleri arasında, Macro International Inc.'in teknik desteği ile Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından yürütülmüştür.

Şekil 1
Yaşa Özel Doğurganlık Hızları



Şekil 2
Seçilmiş Özelliklere Göre
Toplam Doğurganlık Hızları



Doğurganlık

Doğurganlık Düzeyleri ve Eğilimleri

Bugünkü doğurganlık düzeylerine göre, bir Türk kadını doğurganlık çağının sonuna geldiğinde ortalama 2.7 doğum yapmış olacaktır. Yaşa özel doğurganlık hızları, genç yaşlara yığılımlı bir dağılım göstermektedir. En yüksek doğurganlık hızı, 20-24 yaş grubundaki kadınlarda görülmektedir.

Doğurganlık hızlarında belirgin bölgesel farklılıklar bulunmaktadır. En yüksek toplam doğurganlık hızı Doğu Anadolu bölgesinde (kadın başına 4.4 doğum), en düşük hız ise Batı Anadolu bölgesindedir (kadın başına 2.0 doğum). Doğurganlık, kentsel ve kırsal yerleşim yerlerine göre de farklılık göstermektedir. Kırsal alanlarda yaşayan kadınlar, kentsel alanlarda yaşayanlara göre yaklaşık bir fazla çocuk sahibi olmaktadırlar.

Doğurganlık, eğitim düzeyine göre de belirgin bir şekilde farklılaşmaktadır. Eğitimi olmayan kadınların, en az ilkokul mezunu olan kadınlara göre bir fazla doğum yapacakları hesaplanmıştır. En az ortaokul eğitimi olan kadınlarla karşılaştırıldığında ise, eğitimsiz kadınların 2.5 doğum daha fazla yapacakları sonucu elde edilmektedir.

Bugünkü doğurganlık düzeylerine göre, bir Türk kadını doğurganlık çağının sonuna geldiğinde ortalama 2.7 doğum yapmış olacaktır.

Evlilik

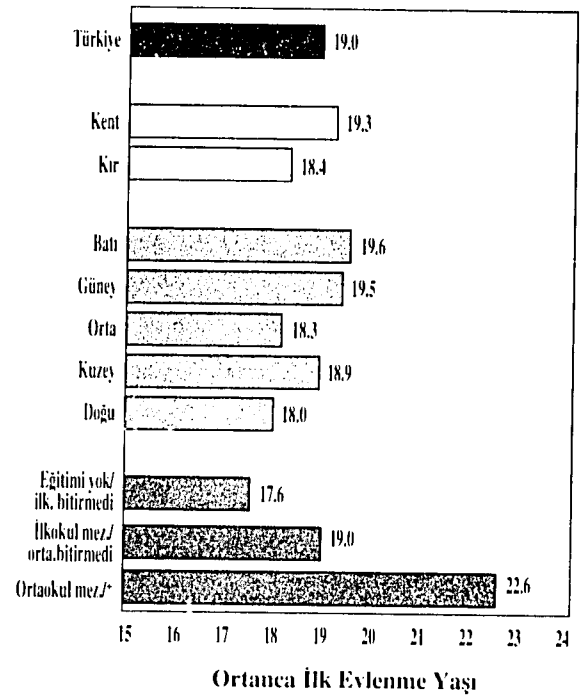
- Türkiye'de evlilik son derece yaygındır. Kadınların yüzde 96'sı otuz yaşına kadar evlenmektedir; doğurganlık çağının sonuna gelindiğinde kadınların sadece yüzde 1'inin hiç evlenmemiş oldukları görülmektedir.

- Ortanca ilk evlenme yaşı 19'dur. İlk evlenme yaşında sürekli bir yükselme gözlenmektedir. 45-49 yaş grubundaki kadınların ortanca ilk evlenme yaşı 18.3 iken, 25-29 yaş grubundaki kadınlar için bu değer 20 olarak hesaplanmıştır.

- Ortanca ilk evlenme yaşı yerleşim yerlerine, bölgelere ve eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir. Doğu Anadolu bölgesinde yaşayan kadınlar, Batı'da yaşayanlara göre yaklaşık 2 yıl daha önce evlenmektedirler. Hiç eğitimi olmayan kadınlar ile en az ortaokul eğitimi olan kadınlar arasında ortanca ilk evlenme yaşı bakımından 5 yıllık bir fark bulunmaktadır.

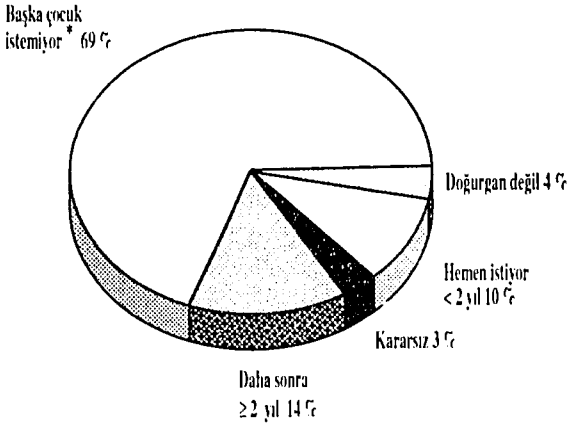
Türk kadınları geçmiş yıllara göre daha geç evlenme eğilimindedirler. Ortanca ilk evlenme yaşı 19'dur.

Şekil 3
Seçilmiş Özelliklere Göre Ortanca İlk Evlenme Yaşı (25-49 Yaşlarındaki Kadınlar)



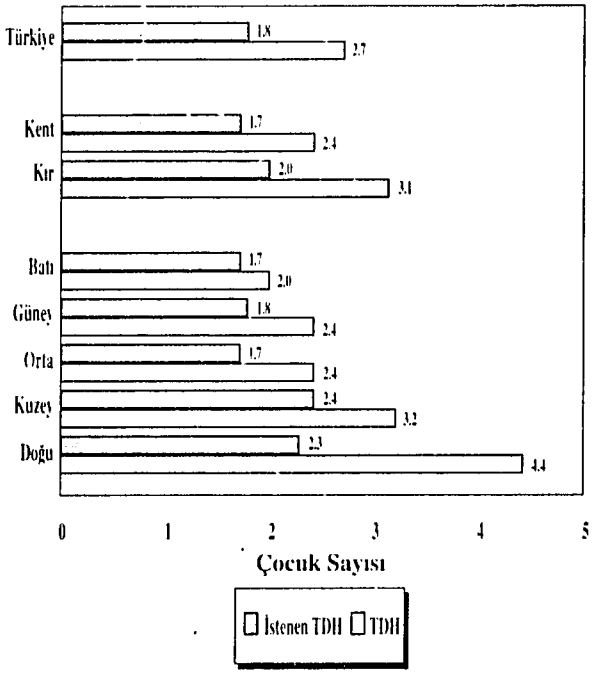
J. Cushing

Şekil 4
Doğurganlık Tercihleri
(15-49 Yaşlarındaki Halen Evli Kadınlar)



* Tüpleri bağlanmış kadınlar dahil

Şekil 5
Seçilmiş Özelliklere Göre
Toplam ve İstenen Doğurganlık Hızları
(15-49 Yaşlarındaki Kadınlar)



Doğurganlık Tercihleri

- Evli kadınların üçte ikisinden fazlası başka çocuk istememekte, yüzde 14'ü ise bir sonraki doğumlarını en az iki yıl geciktirmek istemektedirler.

- İstenmeyen tüm doğumlar önlenebilseydi, bir Türk kadını ortalama 1.8 doğum yapacaktı. Bu ise, araştırma bulgularından hesaplanan doğurganlık hızına göre yaklaşık bir çocuk daha azdır.

- İstenen doğurganlık ile gerçek doğurganlık arasındaki fark, yerleşim yerlerine ve bölgelere göre farklılaşmaktadır. Bu fark, kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan kadınlarda (1.1 çocuk) ve Doğu Anadolu'da yaşayan kadınlarda (2.1 çocuk) en yüksek düzeyine ulaşmaktadır.

Evli kadınların üçte ikisi sahip olduklarından başka çocuk istememektedirler.

- Araştırmadan önceki beş yıl içinde gerçekleşmiş olan doğumların yüzde 20'si istenmeyen doğumlar olup, yüzde 12'si ise zamanı açısından planlanmamış doğumlardır.

- Kadınlar, yaşamlarına yeniden başlamaları ve tam olarak istedikleri sayıda çocuğa sahip olma şansları ellerinde olsa, ortalama olarak 2.4 çocuğa sahip olmak isteyeceklerini belirtmişlerdir.

Aile Planlaması

Gebeliği Önleyici Yöntemler Hakkında Bilgi ve Kullanım

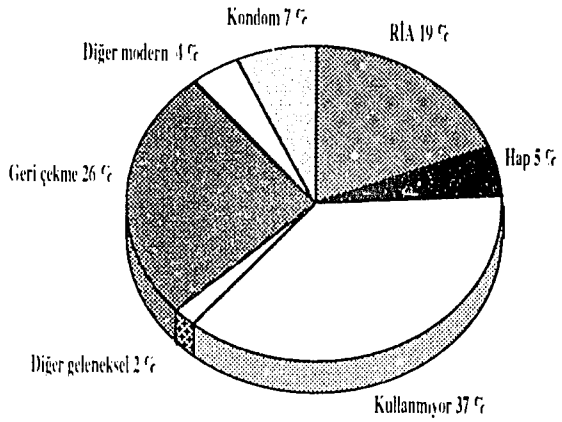
- Aile planlaması hakkında bilgi çok yaygındır. Evli kadınların yüzde 99'u, en az bir yöntem bilmektedir. Gebeliği önleyici hap ve RİA, evli kadınların yüzde 95'i tarafından bilinmektedir.

- Türkiye'de evli kadınların yüzde 63'ü, gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Gebeliği önleyici yöntem kullananların çoğunluğu, modern bir yöntem kullanmaktadır. Halen evli olan her beş kadından biri (yüzde 19) RİA kullanmakta, yaygınlık bakımından bunu kaput kullananlar (yüzde 7) izlemektedir. Ancak geri çekme yöntemi, gebeliği önleyici yöntemler arasında en yaygın yöntem olup, evli kadınların yüzde 26'sı tarafından kullanılmaktadır.

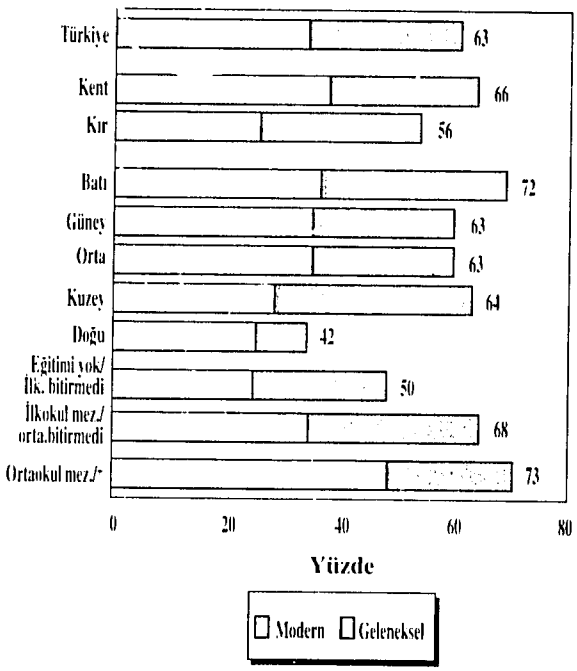
Modern aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi çok yaygındır. Araştırma sırasında evli kadınların yüzde 63' ünün gebeliği önleyici bir yöntem kullanıyor olmasına rağmen, sadece üçte biri modern bir yöntem kullanmaktadır.

- Gebeliği önleyici modern yöntemlerin kullanım düzeyinde yerleşim yerlerine ve bölgelere göre farklılıklar bulunmaktadır. Kentlerde yaşayan kadınlar arasında modern yöntem kullanımı, kırsal yerleşimlerde yaşayanlara göre daha fazladır. Modern yöntem kullanımı Batı, Güney ve Orta Anadolu'da en yüksek olup (yüzde 37), Doğu Anadolu'da düşüktür (yüzde 26).

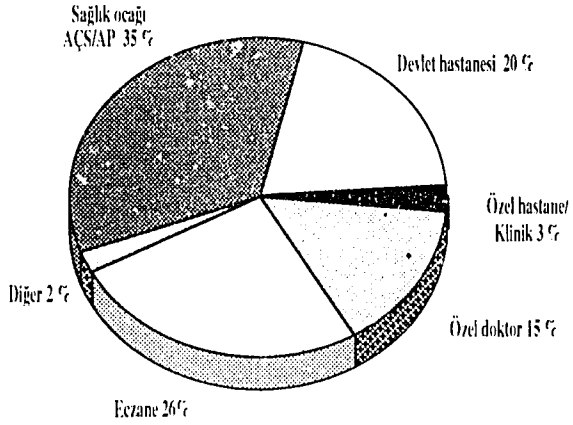
Şekil 6
Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı
(15-49 Yaşlarındaki Evli Kadınlar)



Şekil 7
Seçilmiş Özelliklere Göre
Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı



Şekil 8
Modern Yöntem Kullanan Kadınların Yöntemleri Temin Ettikleri Kaynaklar



J. Cushing

- Gebeliği önleyici yöntem kullanımı, eğitim düzeyi ile yakından ilişkilidir. Ortaokul ve daha yüksek eğitime sahip kadınların yaklaşık yarısı modern bir yöntem kullanmakta, ilkokul eğitimi olanlar arasında bu düzey yüzde 36'ya, hiç eğitimi olmayanlar arasında ise yüzde 26'ya düşmektedir.

Aile Planlamasında Hizmet-Talep Açığı

- Evli kadınların yüzde 12'si için bir hizmet-talep açığı söz konusudur. Hizmet-talep açığını oluşturan kadınlar, halen gebeliği önleyici yöntem kullanmayan, ancak doğurganlığını sonlandırmak isteyen kadınlar (yüzde 8) ile bir sonraki doğumunu en az iki yıl sonra yapmak isteyen kadınlardır (yüzde 4).

Halen evli kadınların yüzde 12'si, aile planlamasında hizmet-talep açığını oluşturmaktadır.

Aile Planlaması Hizmetlerinin Sağlandığı Kaynaklar

Gebeliği önleyici modern yöntemlerin temininde, devlet sektörü özel sektöre göre biraz daha fazla kullanılmaktadır. Modern yöntem kullananların yüzde 55'i, yöntemlerini devlet sektöründen temin etmiştir.

- Birinci basamak sağlık kuruluşları ve eczaneler aile planlaması yöntemlerinin temininde en çok başvurulan kuruluşlardır.

Düşükler

- Araştırmadan önceki yıl için isteyerek düşük hızı 100 gebelikte 18'dir. Bu hızda son yıllarda bir azalma olduğu anlaşılmaktadır.

- Düşük hızları bölgelere göre farklılık göstermektedir. Batı Anadolu'da her dört gebelikten biri düşükle sonlandırılırken, Doğu Anadolu'da her 10 gebelikten sadece biri düşükle sonlandırılmaktadır.

J. Cushing

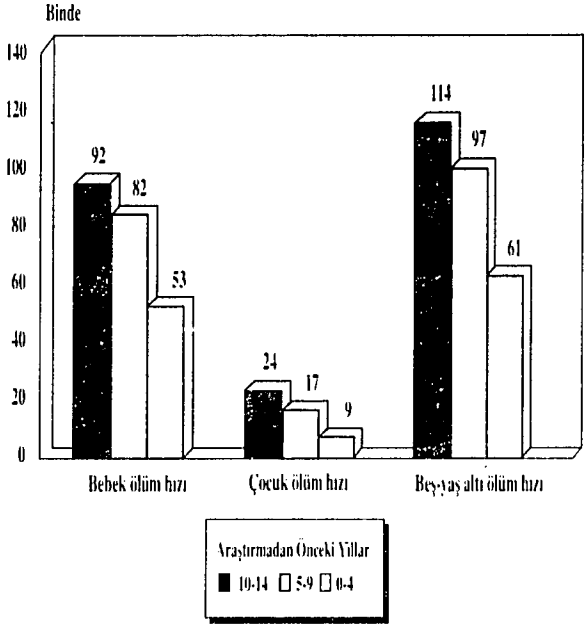
Kadınların düşük yaptıktan sonra gebeliği önleyici yöntem kullanma eğilimleri istenen düzeyde değildir. Düşük yapılan aydan sonraki ay içinde modern bir yöntem kullanmaya başlayan kadınların oranı sadece yüzde 29'dur.

- İsteyerek düşük yapmanın en temel nedeni, doğurganlığın sonlandırılmak istenmesidir (yüzde 58). Bunu, sosyoekonomik nedenler (yüzde 17) ve doktor tavsiyesi üzerine yapılan düşükler (yüzde 12) izlemektedir.

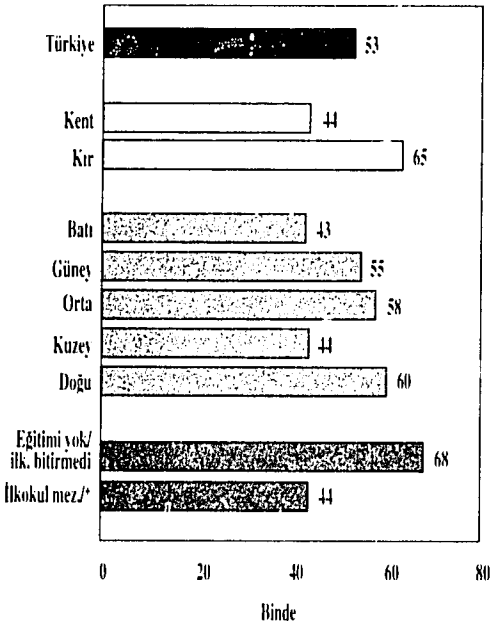
- İsteyerek düşüklerin çoğunluğu, yasaların izin verdiği ve gebeliğin güvenli olan döneminde yapılmaktadır. Yasal sınırların ötesinde yapılan isteyerek düşüklerin oranı yüzde 12'dir.

- İsteyerek düşüklerin çoğunluğu özel doktorlar tarafından yapılmakta (yüzde 67), bunu devlet hastanelerinde yapılan düşükler izlemektedir (yüzde 27). İsteyerek düşüklerin sadece yüzde 3'ü, güvensiz koşullarda gerçekleşmiştir.

Şekil 9
Bebek ve Çocuk Ölümlülüğünde Zaman İçindeki Değişim



Şekil 10
Seçilmiş Özelliklere Göre Bebek Ölüm Hızları



Not: Araştırmadan önceki 5 yıldaki doğumlar

Anne ve Çocuk Sağlığı

Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü

- Araştırma tarihinden önceki beş yıl için bebek ölüm hızı, bin canlı doğumda 53 olarak hesaplanmıştır. Aynı dönemde canlı doğan bin çocuktan 61'i, beş yaşından önce ölmüştür. Bebek ve çocuk ölümlülüğü, geçtiğimiz on yılda hızlı bir azalma göstermiştir. Bebek ölüm hızındaki düşme, son on yılda yüzde 35 olarak saptanmıştır.

Her 20 çocuktan 1'i bir yaşından önce ölmektedir.

- Bebek ölüm hızı, kırsal yerleşim yerlerinde kentsel yerleşim yerlerindekinin 1.5 katı olarak bulunmuştur. Bebek ölüm hızı Batı ve Kuzey Anadolu bölgelerinde ülke ortalamasının altında iken, Doğu Anadolu bölgesinde ülke ortalamasından yüzde 15 daha fazladır.
- Çocuğun hayatta kalma şansı, annesinin eğitim düzeyi ile yakından ilişkilidir. Anneleri eğitimsiz olan çocuklar arasında bebek ölüm hızı, anneleri en az ilkokul mezunu olan çocuklara göre 1.6 kez daha fazladır.

Kısa doğum aralığından sonra doğan çocukların ölme riski, uzun doğum aralığından sonra doğanlara göre daha fazladır.

- Kısa doğum aralığından sonra (iki doğum arasındaki sürenin iki yıldan az olması) doğan bebeklerin ölme olasılığı oldukça yüksektir. Bu çocukların ölüm riski, 4 yıl veya daha uzun bir doğum aralığından sonra doğan çocuklara göre 3.2 kez daha yüksektir.

Doğum Öncesi Bakım, Doğumun Yapıldığı Yer ve Doğuma Yardımcı Olan Kişi

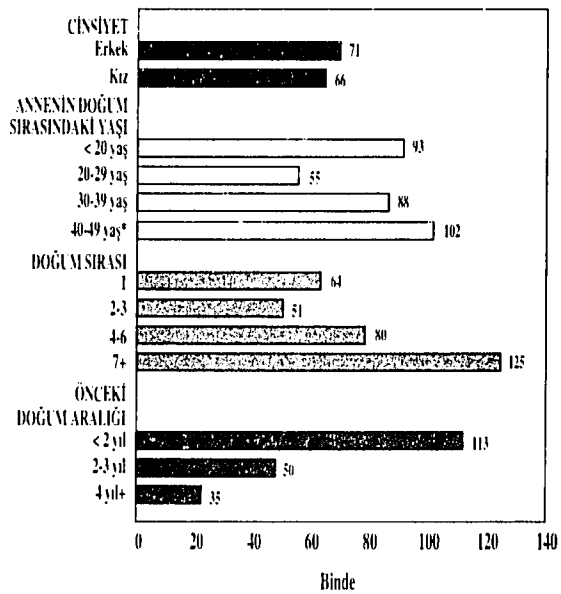
- Araştırmadan önceki beş yıl içinde meydana gelen doğumlarda annelerin yüzde 47'si doktordan, yüzde 16'sı ise ebe/hemşireden doğum öncesi bakım almışlardır. Bununla beraber, doğumların yüzde 37'sinde de annelerin doğum öncesi hiçbir bakım almamış oldukları görülmüştür.

- Doğumların yüzde 60'ı bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmiştir. Doğumların yüzde 76'sı, doktor veya diplomalı ebe/hemşire tarafından yaptırılmıştır.

- Araştırmadan önceki beş yılda gerçekleşen doğumların yarısından daha azında (yüzde 42), anneler gebelikleri sırasında tetanoz aşısı olmuşlardır.

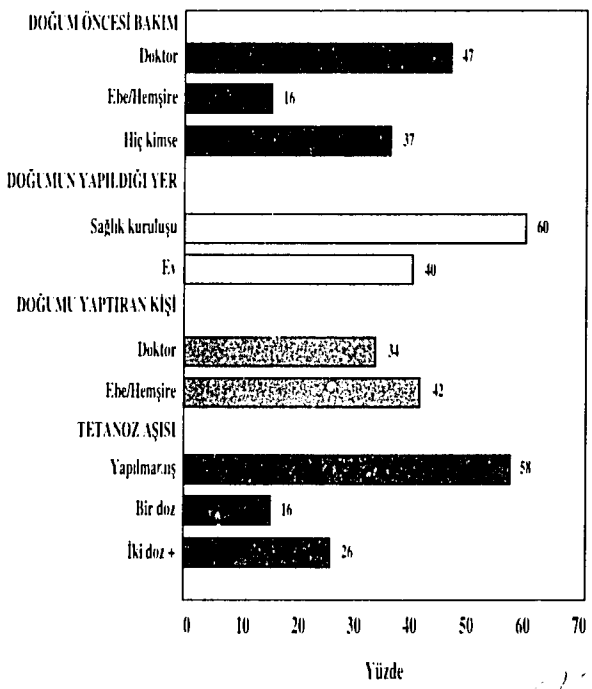
Her 4 doğumdan 3'ü, doktor veya ebe/hemşire tarafından yaptırılmaktadır.

Şekil 11
Seçilmiş Demografik Özelliklere Göre Bebek Ölüm Hızları

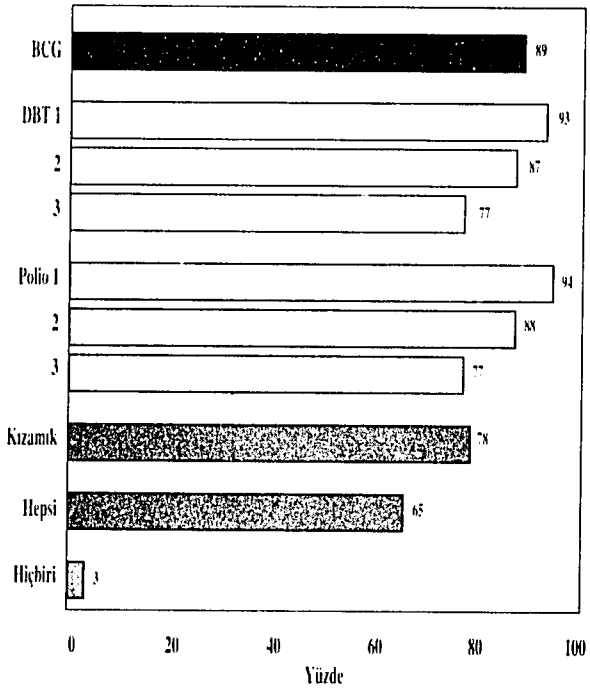


Not: Araştırmadan önceki 10 yıldaki doğumlar
(*) 500'den az gözleme dayanmaktadır.

Şekil 12
Doğum Öncesi Bakım, Tetanoz Aşısı, Doğumun Yapıldığı Yer ve Yaptıran Kişi



Şekil 13
Aşılanma Durumu
(12-23 Aylık Çocuklar)



Aşılanma

- Her ne kadar çocukların ilk yılda tam aşılanmaları önerilmekte ise de, 12-23 aylık çocukların sadece yüzde 59'unun bir yaşından önce aşılarını tamamladıkları saptanmıştır. Aşıların bir yaşından önce yapılıp yapılmadığı göz önüne alınmadığı takdirde ise, tam aşılı çocukların oranı yüzde 65'e çıkmaktadır. Çocukların sadece yüzde 3'ü hiç aşılanmamıştır.

- 12-23 aylık çocukların yüzde 89'u tüberküloz (BCG) aşısını, yüzde 78'i ise kızamık aşısını olmuşlardır.

- 12-23 aylık çocukların yüzde 93'ünden fazlası, DBT (Difteri-Boğmaca-Tetanoz) ve polio (çocuk felci) aşılarının ilk dozlarını; yaklaşık yüzde 88'i ikinci dozlarını, ve yüzde 77'si de üçüncü dozlarını olmuşlardır. DBT ve polio aşılarının ilk dozları ile ikinci ve üçüncü dozlarını olma oranları arasındaki fark, aşılama programlarında göz önüne alınması gereken önemli bir noktadır.

J. Cushing

Yaşları 12-23 ay arasında olan çocukların yaklaşık üçte ikisi tam aşılıdır. DBT ve polio aşılarının ilk doz aşılama oranları ile, ikinci ve üçüncü doz aşılama oranları arasında önemli bir düşme vardır.

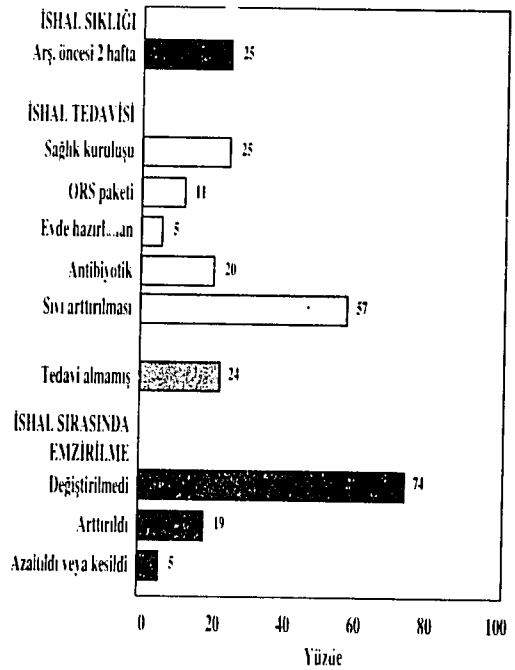
İshal Tedavisi

- Beş yaşından küçük her dört çocuktan biri, araştırma tarihinden önceki son iki hafta içinde ishal olmuşlardır. İshal olan çocukların yüzde 25'i bir sağlık kuruluşuna götürülmüştür.

- Araştırma tarihinden önceki son iki hafta içinde ishal olan çocukların yüzde 24'üne hiçbir tedavi uygulanmamıştır. İshal vakalarının yüzde 11'inde Ağızdan Sıvı Tedavisi (ORS) paketleri kullanılmış, yüzde 5'ine ise önerilen ev sıvıları verilmiş olup, ishalli çocukların yüzde 57'sinde verilen sıvı miktarı artırılmıştır.

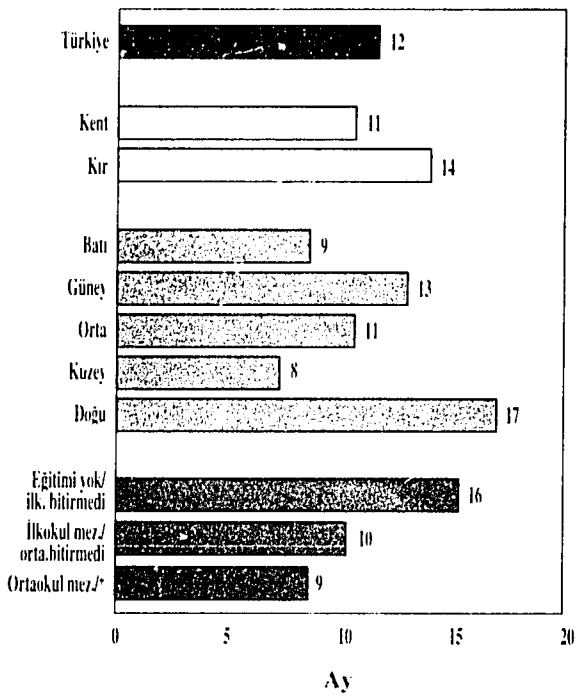
Beş yaşın altındaki ishalli her 4 çocuktan biri, bir sağlık kuruluşuna götürülmüştür. İshalli çocukların yüzde 11'inde Ağızdan Sıvı Tedavisi (ORS) uygulanmıştır.

Şekil 14
İshal Görülme Sıklığı ve Tedavisi
(Beş Yaş Altındaki Çocuklar)



S. Ergöçmen

Şekil 15
Seçilmiş Özelliklere Göre
Ortanca Emzirme Süresi



J. Cushing

Çocukların Beslenmesi

- Çocukların tamamına yakını (yüzde 95) belirli sürelerle emzirilmişlerdir. Ortanca emzirme süresi 12 aydır.

- Her ne kadar çocuklar oldukça uzun bir süre emziriliyorlarsa da, ek gıdaya çok erken yaşlarda başlanmaktadır. Her üç çocuktan birine daha bir aylık iken ek gıda verilmeye başlanmaktadır. İki-üç aylık çocukların ise yarısı ek gıda almaktadır.

- Diğer yandan, anne sütü alan çocukların yarısına da bir yaşına kadar hiçbir ek gıda verilmemektedir.

Emzirme çok yaygındır. Ancak ek gıdaya çok erken yaşlarda başlanmaktadır.

- Kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan çocuklar, kentsel yerleşim yerlerinde yaşayan çocuklardan ortalama olarak 3.4 ay daha fazla emzirilmektedirler. Bölgeler arasında en uzun emzirme süresi 17 ay ile Doğu Anadolu'dadır.

- Hiç eğitimi olmayan annelerin ortanca emzirme süresi, ortaokul ve daha yukarı eğitimi olan annelerinkine göre 7 ay daha fazladır.

Çocukların Beslenme Durumu

- Referans olarak kabul edilen uluslararası gruba göre, çocuklar beş yaşına geldiklerinde beşte birinin boylarının yaşlarına göre kısa olduğu saptanmıştır.

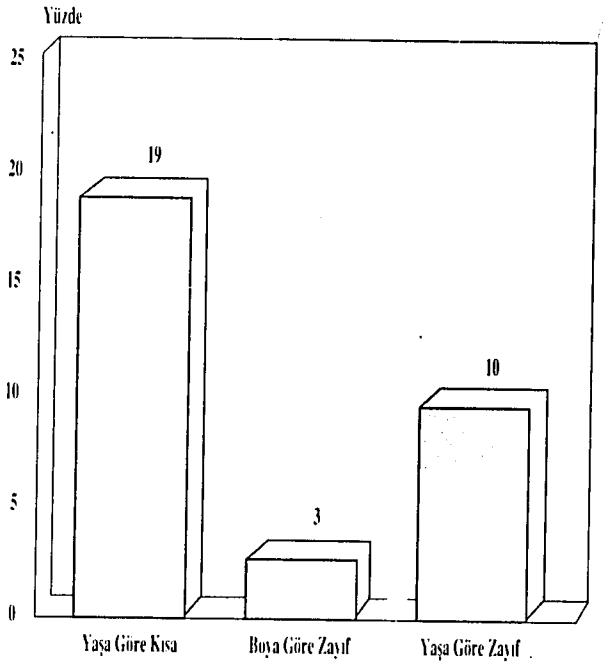
- Boyun yaşa göre kısa olması, kırsal yerleşim yerlerinde, Doğu Anadolu'da, ve anneleri eğitimsiz olan çocuklarda daha yaygın olup, doğum sırası yüksek olan çocuklarda, ve 24 aydan daha kısa bir aralıktan sonra doğan çocuklarda daha sıklıkla görülmektedir.

- Genelde boya göre ağırlığın düşük olması (zayıflık) önemli bir sorun değildir. Çocukların yüzde 3'ünün boylarına göre zayıf oldukları, 5 yaşın altındaki çocukların yüzde 10'unun ise yaşlarına göre düşük kilolu oldukları saptanmıştır.

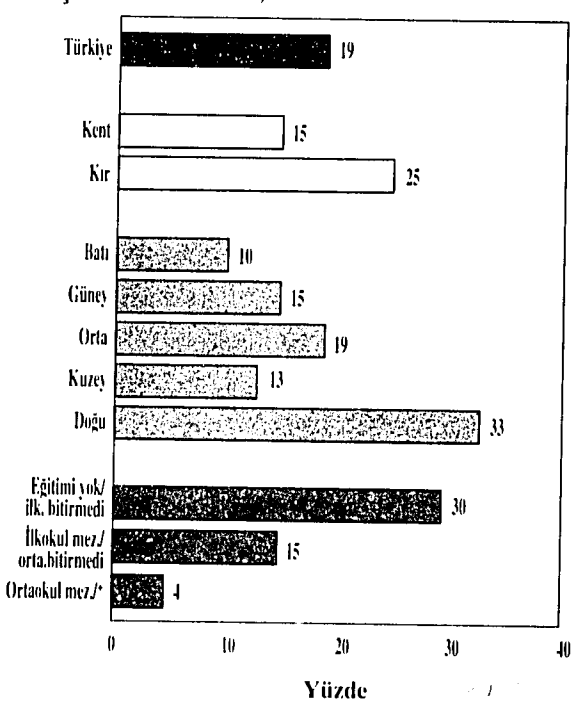
- Anneler için ise şişmanlık bir sorun teşkil etmektedir. Bir kişinin boyu ile ağırlığı arasındaki ilişkiyi gösteren 'Body-Mass' endeksi göz önüne alındığında, annelerin yüzde 19'unun şişman (obese) olduğu görülmüştür. Ayrıca annelerin yüzde 32'si de "fazla kilolu" olarak değerlendirilen sınırlar içindedir.

Çocuklarda beslenme bozukluğu yaşamlarının ilk yılında başlamaktadır. Beş yaşına gelindiğinde çocukların beşte biri yaşlarına göre kısa boyludurlar.

Şekil 16
Beş Yaş Altındaki Çocukların Beslenme Durumu



Şekil 17
Seçilmiş Özelliklere Göre Kronik Beslenme Yetersizliği (Yaşa Göre Kısalık)



Sonuç

Doğurganlık ve Aile Planlaması

Türkiye'de doğurganlık son yıllarda hızlı bir düşüş göstermiştir; ancak hızlar, eğitim düzeyine, bölgeye ve yerleşim yerine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Toplam doğurganlık hızı, kadın başına 2.7 doğumdur. Evli kadınların üçte ikisinden fazlası çocuk doğurmayı sona erdirmek, yüzde 14'ü de doğum aralarını uzatmak istemektedirler. Araştırmadan önceki beş yıl içinde meydana gelen doğumların üçte biri, istenmeyen ya da planlanmamış doğumlardır.

Aile planlaması yöntemleri genelde bütün kadınlar tarafından bilinmektedir. TNSA'nın yapıldığı sırada her üç kadından hemen hemen ikisinin, bir aile planlaması yöntemi kullanmakta olduğu saptanmıştır. Doğurganlığını sınırlandırmak isteyen kadınların büyük bir oranda olduğu göz önüne alınırsa, etkili yöntem kullanımında sunulan seçeneklerin arttırılması gerekliliği açıktır.

Aile planlaması Türkiye'de yaygın kabul görmekle beraber, aile planlaması programlarında halen çözülmesi gereken sorunlar bulunmaktadır. Aile planlaması programlarının, modern yöntem kullanımını sağlaması, ve bölgesel ve kentsel/kırsal farklılıkların giderilmesi yönünde çaba göstermesi gereklidir.

Anne ve Çocuk Sağlığı

Son on yılda, bebek ve çocuk ölümlülüğünde önemli bir azalma olmuştur. Ancak bebek ölümlülüğünün önemli oranda yüksek olduğu belirli nüfus grupları bulunmaktadır. Hiç eğitimi olmayan annelerin çocuklarının ilk yıl içinde ölme olasılıkları, en az ilkokul mezunu olan annelerin çocuklarına göre 1.6 kez daha fazladır. Kırsal yerleşim yerlerindeki çocukların ilk yıl içinde ölme olasılıkları, kentsel yerleşim yerlerindekilere göre 1.5 kez daha yüksektir. Ayrıca, iki yıldan daha kısa bir doğum aralığından sonra doğan bir çocuğun bir yaşına gelmeden ölme olasılığı, 4 yıl veya daha uzun bir aralıktan sonra doğan bir çocuğa göre 3.2 kez daha fazladır.

Araştırmadan önceki beş yıl içinde annelerin üçte ikisi, bir doktor ya da ebe/hemşireden doğum öncesi bakım almış ve her dört doğumdan üçüne doktor ya da ebe/hemşire yardımcı olmuştur. Doğum öncesi bakımın yaygınlaştırılması ve doğum hizmeti veren yerlerin niteliklerinin iyileştirilmesi ile evde yapılan doğumların oranı daha da azaltılabilir.

Çocukların aşılanma oranları, aşıların ikinci ve üçüncü dozlarının tamamlanmamasından dolayı istenilen düzeyde değildir. Tam aşılı çocuk oranı 12-23 aylık çocuklarda sadece yüzde 65'tir. Aşılama oranlarında yaşanılan yere göre varolan farklılığın azaltılması ve bir yaşına kadar tam aşılı olan çocukların oranının arttırılması için çalışmalara devam edilmelidir.

Araştırmadan önceki iki hafta içinde, beş yaşından küçük her dört çocuktan birinin ishal olduğu saptanmıştır. İshal olan çocukların dörtte biri, bir sağlık kuruluşuna götürülmüş, ve ishal vakalarının yüzde 57'sinde verilen sıvı miktarı arttırılmıştır.

Hemen hemen tüm bebekler emzirilmektedir. Ortanca emzirme süresi 12 aydır. Ancak, ek gıdaya erken yaşlarda başlanmaktadır. Erken yaşlarda ek gıdaya başlanması, çocuğun beslenmesi açısından gereksiz olduğu gibi, potansiyel bir enfeksiyon kaynağı olması nedeni ile de risklidir. Ayrıca çocukların önemli bir kısmının ek gıdaya başlanması gereken yaşta, sadece süt ile beslenmeye devam ettikleri saptanmıştır. Bu nedenlerle anneler, çocuklarına hangi yaşta ek gıdaya başlamaları gerektiği konusunda bilgilendirilmelidirler.

Beş yaş altındaki çocukların beşte birinin boyları, yaşlarına göre kısadır. Yaşa göre boyun kısa olması durumu kırsal yerleşim yerlerinde, Doğu Anadolu'da ve eğitimi olmayan annelerin çocukları arasında daha yaygındır. Anneler, çocuklarının sağlıklı fiziksel ve zihinsel gelişimi için uygun beslenme konusunda bilgilendirilmelidir. Sorunun büyüklüğü ve önemi, Türkiye'de çocuk sağlığının iyileştirilmesi amacına yönelik olarak beslenme konusunun yaygın ve örgün eğitim içinde yer alması gerektiğini göstermektedir.

J. Cushing

Nüfus ve Sağlık Göstergeleri

1990 Nüfus Verileri[1]

Toplam nüfus (milyon) 56.5
Kentsel nüfus (yüzde) 59
Doğal artış hızı (yüzde) 2.2
Nüfusun ikiye katlanma süresi (yıl) 31.9
Kaba doğum hızı (binde) 29.7
Kaba ölüm hızı (binde) 7.9
Doğuşta yaşam umudu - erkek (yıl olarak) 63
Doğuşta yaşam umudu - kadın (yıl olarak) 68

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993

Örneklem Nüfusu
Görüşme yapılan hanehalkı sayısı 8619
Görüşme yapılan 15-49 yaşlarındaki kadın sayısı 6519

Görüşme Yapılan Kadınların Temel Özellikleri
Kentlerde yaşayanların yüzdesi 64.1
Eğitimi olmayanların yüzdesi 27.1
Ortaokul ve daha yukarı eğitimi olanların yüzdesi 15.1

Evlenme ve Doğurganlığın Diğer Belirleyicileri
15-49 yaşlarındaki halen evli kadınların yüzdesi[2] 64.6
15-49 yaşlarındaki evlenmiş kadınların yüzdesi[2] 67.1
25-49 yaşlarındaki kadınlar için ortanca ilk evlenme yaşı 19.0
Ortanca emzirme süresi (ay olarak)[3] 11.9
Ortanca doğum sonrası geçici kısırlık süresi (ay olarak)[3] 3.7
Ortanca doğum sonrası cinsel ilişkiden kaçınma süresi (ay olarak)[3] 1.9

Doğurganlık
Toplam doğurganlık hızı[4] 2.7
40-49 yaşlarındaki kadınların doğurduğu ortalama çocuk sayısı 4.6

Doğurganlık Tercihleri
Halen evli kadınlardan:
Başka çocuk istemeyenlerin yüzdesi 69.8
Bir sonraki doğumunu en az iki yıl ertelemek isteyenlerin yüzdesi 13.9
15-49 yaşlarındaki kadınların ortalama ideal çocuk sayısı[5] 2.4
İdeal çocuk sayısına sayısal cevap vermeyenlerin yüzdesi 1.8
Son beş yıl içindeki doğumlardan:
İstenmeyenlerin yüzdesi 20.4
Planlanmamış olanların yüzdesi 12.0

Aile Planlaması Konusunda Bilgi ve Kullanım
Halen evli kadınlardan:
Herhangi bir yöntem bilenlerin yüzdesi[6] 99.1
Modern bir yöntem bilenlerin yüzdesi 98.6
En az bir modern yöntemi ve bunun nereden sağlanabileceğini bilenlerin yüzdesi 94.6
Bir yöntem kullanmış olanların yüzdesi[6] 80.1
Halen yöntem kullananların yüzdesi[6] 62.6
Halen evli kadınların kullandıkları yöntemler (yüzde):
Hap 4.9
RİA 18.8
İğne 0.1
Diyafram, köpük, jel 1.2
Kaput 6.6
Tüplerin Bağlanması 2.9
Erkeğin Kanallarının Bağlanması 0.0
Ritm 1.0
Geri Çekme 26.2
Diğer geleneksel yöntemler 0.9

Ölümler ve Sağlık
Bebek ölüm hızı[7] (binde) 52.6
Beş-yaş altı ölüm hızı[7] (binde) 60.9
Annenin doğum öncesi bakım aldığı doğumların[8] yüzdesi 62.3
Annenin gebelik sırasında 2 veya daha fazla tetanoz aşısı olduğu doğumların yüzdesi 26.2
Doğuma[8] yardımcı olan kişi (yüzde):
Doktor 33.7
Ebe/hemşire 42.2
Ara ebesi 12.9
Halen emzirilmekte olan çocukların yüzdesi
0-1 aylık çocuklar 99.0
4-5 aylık çocuklar 79.7
10-11 aylık çocuklar 60.7
12-23 aylık çocuklardan aşıları yapılanların yüzdesi[9]
BCG 89.1
DBT (üç doz) 77.1
Polio (üç doz) 77.2
Kızamık 77.9
Bütün aşılar 64.7
Beş yaş altındaki çocuklardan[10] (yüzde olarak):
Araştırmadan önceki 2 haftada ishal olanlar 24.8
Araştırmadan önceki 2 haftada kısa ve hızlı solunum ile birlikte öksürük geçirenler 12.4
Kronik beslenme bozukluğu (yaşa göre kısa) olanlar[11] 18.9
Akut beslenme bozukluğu (boya göre zayıf) olanlar[11] 3.0

---

1 Kaynaklar : Devlet İstatistik Enstitüsü (1993). *1990 Genel Nüfus Sayımı : Sosyal ve Ekonomik Nitelikler*. Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara.
United Nations Population Division (1991). *World Population Prospects 1990*. Population Studies, No. 120.

2 Bütün kadınlar

3 Araştırmadan önceki 36 ay içinde doğan çocukların araştırma sırasındaki statülerinden hesaplanmıştır

4 Araştırmadan önceki 2 yıl içinde 15-49 yaşlarındaki kadınların yaptıkları doğumlar

5 15-49 yaşlarındaki kadınların verdikleri cevaplardan hesaplanmıştır. Sayısal cevap vermeyen kadınlar dahil edilmemiştir

6 Emzirme dahil edilmiştir

7 Hızlar, araştırmadan önceki 5 yıla ilişkindir

8 Araştırmadan önceki 1-59 ay içinde meydana gelen doğumlar için hesaplanmıştır

9 Aşı kartlarındaki bilgiler ve annelerin beyanlarından hesaplanmıştır

10 Araştırmadan önceki 1-59 ay içinde meydana gelen doğumlar için hesaplanmıştır

11 *Yaşa göre kısa:* NCHS/CDC/WHO referans grubunda hesaplanan yaşa göre boy ortanca değerinin eksi iki standart sapma (-2SD) seviyesinin altında kalan çocuklar; *boya göre zayıf:* NCHS/CDC/WHO referans grubunda hesaplanan boya göre ağırlık ortanca değerinin eksi iki standart sapma (-2SD) seviyesinin altında kalan çocuklar

Sağlık Bakanlığı
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
Genel Müdürlüğü
06100 Ankara,
Türkiye

Hacettepe Üniversitesi
Nüfus Etütleri Enstitüsü
06100 Ankara,
Türkiye