



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

33436
GL-50

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - THSK ÇOCUK VE
ERGEN SAĞLIĞI DAİRE BAŞKANLIĞI - THSK
ÇOCUK VE ERGEN SAĞLIĞI DAİRE BAŞKANLIĞI
EVRAK BİRİMİ
14.04.2014 15:40 - 2014.5789.49 / 610
00002939256

Sayı : 67414668-610-
Konu : Yazılı Soru Önergesi Cevaplandırılması

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA

İlgi: 27/11/2013 tarih ve 31853594-610-2-6239-6422 sayılı yazınız.

İstanbul Milletvekili Sayın Mustafa Sezgin TANRIKULU tarafından verilen
“Türkiye'deki adolesan doğum oranına ve çocuk yaşta evliliklere ilişkin” 7/33436 sıra sayılı
yazılı soru önergesinin cevabı ilişikte sunulmaktadır.

Arz ederim.

Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU
Sağlık Bakanı

EKLER:

1- Soru önergesi cevabı (4 sayfa)

İstanbul Milletvekili Sayın Mustafa Sezgin TANRIKULU tarafından verilen “Türkiye’deki adolesan doğum oranına ve çocuk yaşta evliliklere ilişkin” 7/33436 sıra sayılı yazılı soru önergesinin cevabıdır:

Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) Türkiye Temsilcisi Anadolu Üniversitesi (AÜ) İletişim Bilimleri Fakültesi’nde açıkladığı “Çocuk Anneler Ergenlerde Gebelik Sorunuyla Yüzleşmek” başlıklı 2013 Dünya Nüfusunun Durumu Raporu’nda Türkiye’de, yılda 91 bin ergen ya da ergenlik çağındaki genç kadın doğum yaptığını ve Türkiye’de Adolesan (çocukluk ile erişkinlik arasındaki fiziksel, cinsel, sosyal ve psiko-sosyal geçiş dönemi) doğum hızının en yüksek olduğu kentlerin, Ağrı, Kars, Muş, Kilis, Van, Siirt, Bitlis, Niğde, Iğdır ve Şanlıurfa illeri olduğunu, Batı Avrupa’da binde 4 olan Adolesan doğum hızının Türkiye’de ise binde 29 oranında olduğunu açıklamıştır.

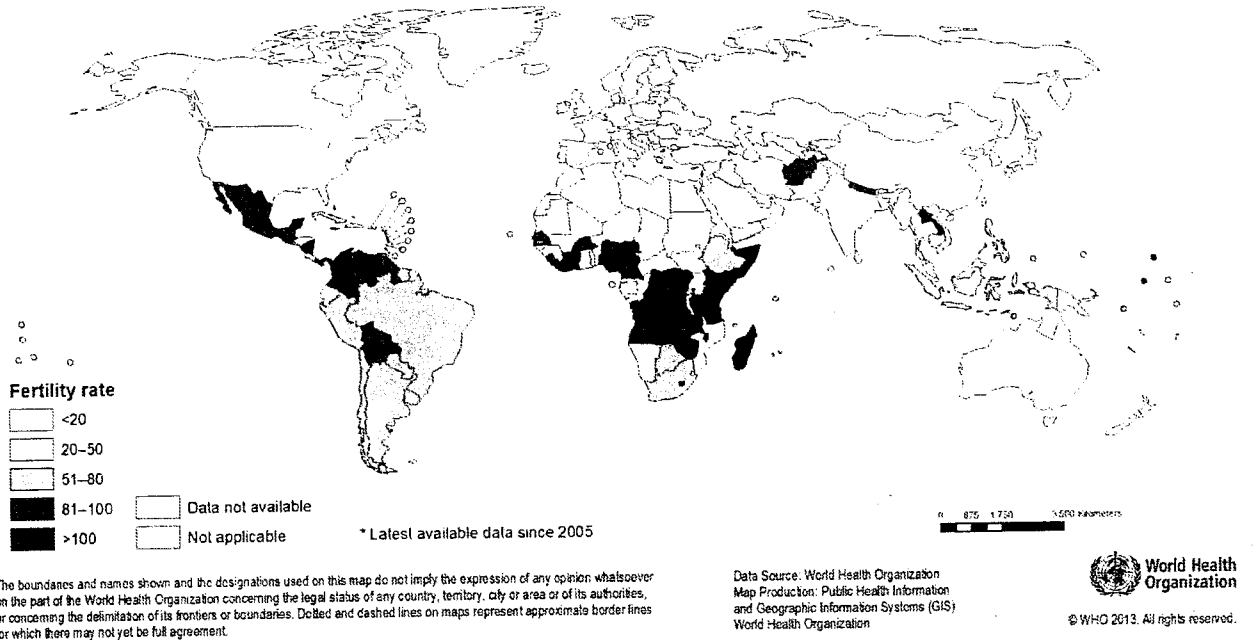
Çocuk yaşta evlilikler ve çocuk anneler oranları bir ülkenin gelişmişlik düzeyini belirlemede de temel kriterlerden biridir. Bir ülkede bireylerin ve ailelerin ekonomik ve dolayısıyla sosyal gelişmişlik düzeyleri ne kadar düşükse, çocuk gelinlerin ve çocuk annelerin oranı da o denli artış göstermektedir.

Bu bağlamda;

SORU 1- Türkiye’de Adolesan (Çocukluk ile erişkinlik arasındaki fiziksel, cinsel, sosyal ve psiko-sosyal geçiş dönemi) doğum oranının Batı Avrupa ülkelerinden yaklaşık 7 kat fazla olduğu gerçeği, Türkiye’nin yaşadığı toplumsal geriye gidişin göstergelerinden biri değil midir?

CEVAP 1- Türkiye genç nüfusa sahip bir ülkedir; 2000 genel nüfus sayımına göre, 10-24 yaş grubu ülke nüfusunun üçte birini oluşturmaktadır. 2011 ADNKS’ine göre ise bu oran %25’dir. 2025 yılında üreme çağındaki nüfusun %40 artması beklenmektedir. DSÖ verilerine göre dünya genelinde her yıl 15-19 yaş aralığındaki 16 milyon genç kadın doğum yapmakta ve bu tüm doğumların %11’ini oluşturmaktadır. Adolesan doğumların %2’si Çin’de, %18’i Latin Amerika’ ve Karaipler’de, %50’den fazlası da Sahra altı Afrikası’nda gözlenmektedir.

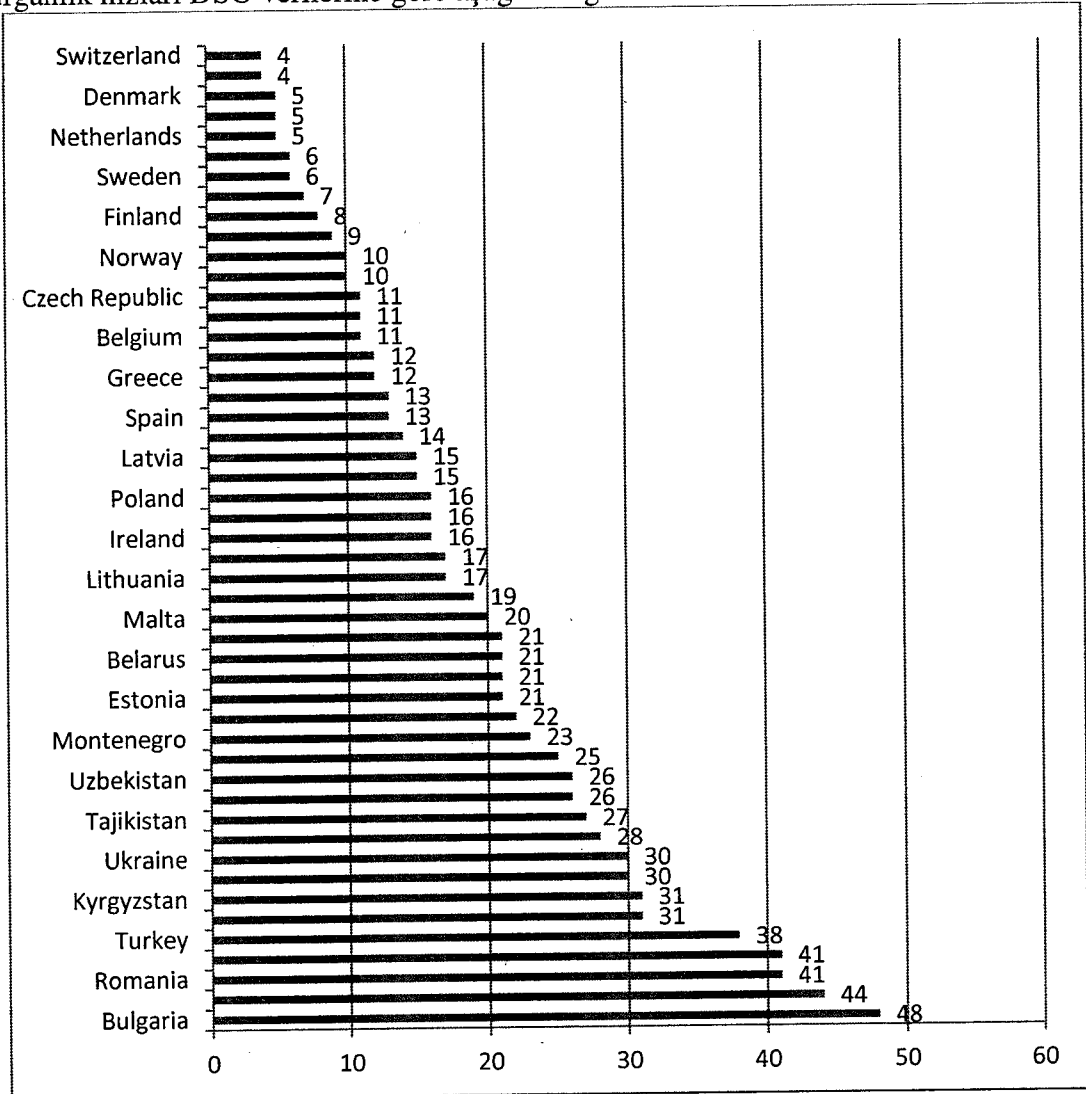
Adolescent fertility rate (per 1000 girls aged 15-19 years)*



Dünya genelinde adölesan doğum hızı 1990 yılında binde 60 iken 2007’de binde 48’e düşmüştür. Bu düşüşe paralel olarak ülkemizde de adölesan doğurganlık düzeyinde önemli bir azalma gözlenmektedir. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2008’de hesaplanan yaşa özel doğurganlık hızlarına bakıldığında 15-19 yaş için doğurganlık hızının yıllar içinde sürekli gerilediği görülmektedir (Tablo 1). TNSA-2003’te adölesan dönemde bulunan kadınların yüzde 8’i doğurganlığa başlamışken, TNSA-2008’de bu oran yüzde 6 düzeyine gerilemiştir. Tablo 1: Annenin yaşına göre beş yıllık süreler için yaşa özel doğurganlık hızları, 2008, Türkiye

Yaş	Araştırmadan önceki yıl sayısı			
	0-4	5-9	10-14	15-19
15-19	38	55	62	80
20-24	129	155	186	207
25-29	127	148	157	169
30-34	89	93	98	[108]
35-39	38	46	[50]	
40-44	10	[17]		
45-49	[1]			

Avrupa Ülkelerinde 2005-2010 yılları arasında adölesan 15-19 yaş her 1000 kadın için doğurganlık hızları DSÖ verilerine göre aşağıdaki grafikte verilmektedir.



SORU 2- 10 yıllık iktidarınızın uyguladığı Sosyal Ekonomik ve Eğitim politikaları, çocuk yaştaki kız çocuklarının evlendirilmeleri ve çocuk yaşta anne olmalarını önlemede neden başarısız olmaktadır?

CEVAP 2- Adölesan doğurganlık, sağlık ve sosyal sonuçları dikkate alındığında önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Adölesan anneliğin, demografik ve sosyal açıdan birçok olumsuz etkisi söz konusudur. Erken yaşta çocuk sahibi olan annelerin çocukları yüksek derecede hastalık ve ölüm riski taşımaktadırlar. Adölesan annelerin, özellikle de 18 yaşından genç olanların, daha ileri yaşlarda anne olan kadınlara göre, düşük veya ölü doğum yapmaları veya anne ölümlülüğü riskine maruz kalmaları daha olasıdır. Ayrıca, kadınların adölesan dönemde anne olmasının kadının eğitimine devam edememesi ve iş imkânlarından faydalanamaması gibi başka olumsuz sonuçları da bulunmaktadır.

Ülkemizde adölesan ve erken gebelikler genellikle evlilik içinde yaşanmaktadır, bu da dikkati erken evliliklere odaklamaktadır. İlk doğumda anne yaşı, anne ve çocuğun sağlığı ve kadının ve bebeğin yaşam kalitesi açısından olduğu kadar genel doğurganlık düzeyi için de önemli bir belirleyicidir.

Adölesan dönemde çocuk doğurmaya başlayanların yüzdesinin yaşla birlikte hızla arttığı gözlenmektedir. 15 yaşında yüzde 1'den bile az olan bu oran, 19 yaşındaki kadınlar arasında yüzde 13'e yükselmektedir. Adölesan annelik, kırsal yerleşim yerlerinde kentsel alanlara göre daha yaygındır (sırası ile yüzde 9 ve yüzde 5) Eğitim düzeyi ile adölesan annelik arasında ters bir ilişki bulunmaktadır. Adölesan annelik, eğitim düzeyi düşük kadınlar arasında eğitilmiş kadınlara göre daha yaygındır. Eğitimsiz kadınların yüzde 7'si adölesan dönemde çocuk doğurmaya başlarken; bu oran en az lise mezunu kadınlar arasında yüzde 4 düzeyindedir. Refah düzeyine göre bakıldığında, en yüksek refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan kadınlar arasında yüzde 2 olan adölesan annelik, refah düzeyi düşük olan hanelerde yaşayan kadınlar arasında yüzde 8-11 düzeyine yükselmektedir (Tablo 2).

Tablo 2: 15-19 yaşlarındaki anne olmuş ya da ilk çocuğuna gebe olan adölesan kadınların temel özelliklerine göre dağılımı, 2008, Türkiye

Temel özellikler	Yüzdelere		Çocuk doğurmaya başlayanların yüzdesi	Adölesan kadın sayısı
	Anne olmuş	İlk çocuğuna gebe		
Yaş				
15	0.4	0.0	0.4	404
16	1.7	0.5	2.2	392
17	1.3	3.1	4.4	304
18	6.6	3.1	9.7	410
19	9.4	3.5	12.9	360
Yerleşim Yeri				
Kent	3.1	1.9	5.0	1,386
Kır	6.5	2.1	8.6	476
Bölge				
Bar	3.8	1.8	5.5	711
Güney	3.2	1.3	4.5	265
Orta	4.2	3.3	7.5	326
Kuzey	3.1	1.5	4.6	121
Doğu	4.4	1.8	6.1	472
NUTS 1 Bölgesi				
İstanbul	3.3	1.7	5.0	353
Bar Marmara	4.7	1.2	5.9	56
Ege	4.8	4.5	9.3	140
Doğu Marmara	2.5	1.3	3.9	224
Bar Anadolu	2.6	5.0	7.6	80
Akdeniz	3.2	1.3	4.5	265
Orta Anadolu	6.4	1.6	7.9	125
Bar Karadeniz	5.0	3.3	8.3	66
Doğu Karadeniz	2.7	0.4	3.1	84
Kuzeydoğu Anadolu	3.9	1.3	5.2	93
Ortadoğu Anadolu	7.3	3.1	10.4	91
Güneydoğu Anadolu	3.6	1.5	5.1	287
Eğitim				
Eğitimi yok/İlk bitirmemiş	5.5	1.6	7.2	424
İlköğretim birinci kademe	3.4	4.2	7.6	297
İlköğretim ikinci kademe	0.7	0.3	1.0	4,440
Lise ve üzeri	2.6	1.3	3.9	356
Hanehalkı refah düzeyi				
En düşük	6.1	1.9	8.0	416
Düşük	6.8	4.3	11.1	338
Orta	3.3	1.4	4.8	448
Yüksek	2.0	2.3	4.3	291
En yüksek	1.4	0.4	1.7	300
Toplam	3.9	2.0	5.9	1,871

Türkiye’de yasal asgari evlenme yaşı, 2002 yılı öncesindeki *Medeni Kanun*’a göre kadınlar için 15 idi. 2002 yılında Medeni Kanun’da toplumsal cinsiyet eşitliği temelinde yapılan düzenlemeler ile ebeveynlerin onayı ile asgari evlenme yaşı hem erkekler hem de kadınlar için 17 olarak değiştirilmiştir. Yıllar içerisinde kadınların ortalama evlilik yaşları giderek yükselmiştir (Tablo 3). 15-19 yaş evliliklerin 1998 yılındaki oranı %15,2 iken, TNSA-2008 de bu oranın 9,6’ya gerilediği görülmüştür.

SORU 3- Diyarbakır Doğum Hastanesi’nde son üç yıl içerisinde 18 yaşından küçük 1.750 çocuğun (En küçüğü 13 yaşında), Şanlıurfa’da ise 2010 yılında 712 çocuğun doğum yaptığının kayıtlara geçtiği ve TÜİK tarafından 2012 yılında yapılan çalışmanın verilerine göre 181 bin çocuk gelin olduğu gerçeği dikkate alındığında Türkiye’de büyüyen “Pedofili” sorununun önüne nasıl geçilecektir?

CEVAP 3- Yukarıda yer alan tabloya bakıldığında dünya genelinin altında da olsa yüksek erken evlilik ve adölesan gebelik oranları, konuyla ilgili çok sektörlü çalışmalar yapılmasını gerektirmektedir. Bu amaçla gençlerin doğru bilgi ve ihtiyaç duydukları hizmetlere erişimini sağlayabilmek için Sağlık Bakanlığı olarak; temel amacı, Genç Dostu Sağlık Hizmetleri çerçevesinde Ergenlerin/gençlerin genel sağlık ve gelişimlerini iyileştirmek, üreme sağlığı ve cinsel eğitim gereksinimlerine yönelik, hizmetleri geliştirmek, bütünleşmiş ve kaliteli üreme sağlığı hizmetlerine erişimlerini artırmak, üreme sağlığı bilgi ve hizmet gereksinimlerinin karşılanması için ortak bir hizmet sunum modeli geliştirmek olan çalışmalar yürütülmektedir. Bu kapsamda 41 Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi mevcuttur. Bakanlığımızın bu konudaki nihai hedefi tüm sağlık kuruluşlarının ortak bir politika ve hizmet sunumu ile genç dostu yaklaşıma kavuşmasıdır.

Ayrıca erken evlilik ve gebeliklerin önlenmesinde bir diğer önemli konu kız çocuklarının okullaşmasının artırılmasıdır. Ülke genelinde “Haydi Kızlar Okula” kampanyası başta olmak üzere yürütülen çeşitli çalışmalarla bu konuda ciddi ilerlemeler kaydedilmiştir. Kız çocuklarının okullaşmasının artırılmasının yanı sıra toplum bilinci ve farklılığının artırılması da erken evlilik ve gebelik sorununa çözüm olma noktasında çok önemli bir yer tutmaktadır. Bu konuda yürütülen hem Kamu sektörünün hem de STK’ların çalışmaları amaca ulaşmada rol oynayacaktır.

Bu sorunun çözümü için yürütülecek çalışmaların sağlık sektörü dışındaki diğer pek çok sektörü de ilgilendirdiği açıktır. Çözüm çabalarının odak noktası üç aşamalı olarak çalışılmaktadır;

- Erken evliliklerin önlenmesi çalışmaları
- Erken gebeliklerin önlenmesi çalışmaları
- Gebelik oluştu ise sağlık risklerinin ortadan kaldırılması çalışmaları

Bu çalışmaları yürütmek için geliştirilecek dört strateji geliştirilmiştir.

- Hukuki düzenlemeler yapılacaktır.
- Kız çocuklarının okullaşma oranı artırılabilecektir.
- Sosyal kültürel faktörler için programlar geliştirilecektir.
- Ergen ve gençlerin hem üreme sağlığı konusunda bilgi ihtiyaçlarını doğru biçimde karşılayabilecek başvuru noktaları oluşturmak hem de erken gebeliklerde sağlık risklerini saptayarak onları yakın biçimde izlemek sağlık sisteminin görevi olmalıdır. Sağlık bileşeni ise ergen ve gençlerin sağlığını korumak ve geliştirmek fonksiyonuyla çalışmaktadır.

Bakanlığımızın çalışmaları 4. bileşen üzerinde başarı ile yürütülmektedir. Hizmet sunumunun 2017’ ye dek her 250 bin gence 1 merkez, 2020 yılına dek 150 bin gence 1 merkez olacak biçimde yaygınlaştırılması planlanmaktadır.

Konuya gösterilen ilgiye teşekkür ederim.