

# CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI

Sağlık Sektörü İçin

## ULUSAL STRATEJİK EYLEM PLANI

2005-2015

### İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER .....	1
ÖNSÖZ .....	3
SUNUŞ .....	4
I. GİRİŞ.....	6
1. Türkiye’de ‘Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı’ Kavramının Gelişimi .....	6
1.1. KS/AP USP’nin Değerlendirilmesi .....	6
1.2. Günümüzde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Kavramı.....	9
2. CS/ÜS Politikaları Açısından Uygun Yaklaşım .....	10
II. CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNCELİKLİ SORUNLAR.....	13
1. Anne Ölümlerinin Yüksek Olması .....	15
2. İstenmeyen Gebeliklerin Fazla Olması.....	17
3. CYBE/HIV/AIDS Sıklığının Artıyor Olması .....	19
4. Gençlerin CS/ÜS Düzeylerinin Düşük Olması.....	21
5. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Açısından Bölgeler ve Yerleşim Birimleri Arasındaki Eşitsizlikler .....	24
III. STRATEJİLER, HEDEFLER VE GİRİŞİMLER.....	26
Eşitsizliklerin Giderilmesi .....	27
1. ANNE ÖLÜMLERİNİN AZALTILMASI .....	28
1.1. İlkeler: .....	28
1.2. Öncelikli Coğrafi Bölgeler ve Yerleşim Birimleri: .....	28
1.3. Hedef: .....	29
1.4. Doğrudan Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimler: .....	30
1.5. Önerilen İşbirliği ve Eşgüdüm Alanları:.....	31
2. İSTENMEYEN GEBELİKLERİN ÖNLENMESİ .....	32
2.1. İlkeler: .....	32
2.2. Öncelikli Coğrafi Bölgeler ve Yerleşim Birimleri: .....	33
2.3. Hedef: .....	33
2.4. Doğrudan Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimler: .....	34
2.5. Önerilen İşbirliği ve Eşgüdüm Alanları:.....	34

3. CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR VE HIV/AIDS SIKLIĞININ ARTMASININ ENGELLENMESİ VE AZALTILMASI .....	36
3.1. İlkeler: .....	36
3.2. Öncelikli Coğrafi Bölgeler ve Yerleşim Birimleri: .....	37
3.3. Hedef: .....	37
3.4. Doğrudan Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimler: .....	38
3.5. Önerilen İşbirliği ve Eşgüdüm Alanları:.....	39
4. GENÇLERİN CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI DÜZEYLERİNİN YÜKSELTİLMESİ .....	41
4.1. İlkeler: .....	41
4.2. Öncelikli Coğrafi Bölgeler ve Yerleşim Birimleri: .....	41
4.3. Hedef: .....	42
4.4. Doğrudan Sorunun Çözümüne Yönelik Girişimler: .....	43
4.5. Önerilen İşbirliği ve Eşgüdüm Alanları:.....	44
5. SAĞLIK SİSTEMİNE YÖNELİK YAPISAL GİRİŞİMLER .....	45
5.1. Sağlık Enformasyon Sistemleri .....	45
5.2. Hizmet Yapısı.....	46
5.3. İnsan Kaynağının Geliştirilmesi .....	47
5.4. Yönetimin Güçlendirilmesi .....	48
5.5. Kaynak Tahsisi .....	48
Kaynak İhtiyacı ile İlgili Tahmin .....	49
5.6. Davranış Değişikliği İletişimi .....	50
IV. İZLEME VE DEĞERLENDİRME .....	52
V. KISALTMALAR .....	55
VI. KAYNAKÇA.....	57

## EKLER

Ek 1: Türkiye’de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Açısından Öncelikli Sorunların Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi

Ek 2: Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Uluslararası ve Ulusal Politika ve Strateji Dokümanlarında Yer Alan Hedefler

---

# CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI

Sağlık Sektörü İçin

## ULUSAL STRATEJİK EYLEM PLANI

2005-2015

### ÖNSÖZ

Dr. M. Rifat Köse  
T.C. Sağlık Bakanlığı  
AÇSAP Genel Müdürü

# CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI

Sağlık Sektörü İçin

## ULUSAL STRATEJİK EYLEM PLANI

2005-2015

### SUNUŞ

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nün (SB AÇSAP GM) Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) desteği ile yürütmekte olduğu Ulusal Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Entegrasyonu için Ulusal Strateji Eylem Planının Güncelleştirilmesi Projesi için danışmanlık hizmetleri vermek üzere Birleşik Sağlık Sistemleri (BSS) görevlendirilmiştir. Çalışmanın amacı Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Planı'nın (KS/AP-USP) belirlenen öncelikler çerçevesinde, izlem ve değerlendirme öğelerini de içerecek şekilde güncellenmesi ve ulusal ve kurumsal açıdan uygulanabilir stratejilerinin geliştirilmesidir.

Proje ile ilgili çalışmalar dünyada ve Türkiye'de üreme sağlığı ve cinsel sağlık, kadın sağlığı, aile planlaması, nüfus ve kalkınma gibi konularda yayınlanmış olan stratejik dokümanlarda ele alınan konuların incelendiği bir *politika analizi* ile başlamıştır. Analizin sonucunda bu alanlarda hangi konuların ön plana çıktığını ve bu konuların hangi dokümanlarda yer aldığını gösteren detaylı bir 'harita' oluşturulmuştur (*Ulusal Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Entegrasyonu için Ulusal Strateji Eylem Planının Güncelleştirilmesi Projesi Ön Raporu*).

Elinizde bulunan Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Sağlık Sektörü için Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015'in (USEP) hazırlanması sürecindeki temel yönelimlerin belirlenmesinde projenin Yönlendirme Komitesi ve Teknik Çalışma Grubu'nun değerli görüş ve önerilerinden faydalanılmış, bu yönelimlerin uygulanması konusundaki kararlar SB AÇSAP GM tarafından verilmiştir. USEP çalışmaları Haziran 2004 – Haziran 2005 arasında sürdürülmüş, bu dönemde açıklanan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması – 2003'ün sonuçları çalışmanın metodolojisinde ve temel yönelimlerinde önemli bir rol oynamıştır.

USEP dokümanının ilk kısmı (I. GİRİŞ) konu ile ilgili genel bağlamı ortaya koymakta, 1998 yılında yürürlüğe giren Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Eylem Planı'nın (KS/AP-USP) uygulanma durumunu değerlendirmekte, KS/AP-USP'nin uygulanmasında karşılaşılan olumsuzlukların tekrar yaşanmaması ve planın günümüz Türkiye'sine ve uluslararası bağlamdaki gelişmelere göre güncellenebilmesi için CS/ÜS politikaları açısından uygun yaklaşımı belirlemektedir. Bu yaklaşımlar USEP'in CS/ÜS konusuna, sağlık sektörüne ve bu alandaki öncelikli sorunlara odaklı olması şeklinde özetlenebilir.

Ülkemizdeki öncelikli CS/ÜS sorunlarının somut bir temele oturtularak belirlenmesi için Türkiye'nin mevcut sorunları ve hizmet ihtiyaçlarını değerlendiren bir metodoloji geliştirilmiştir.

Bu metodoloji ile öncelikli sorunların nasıl belirlendiği Ek 1’de sunulmuştur<sup>1</sup>. Bu dokümanın ikinci kısmında, belirlenmiş öncelikli sorunlar, ülkemizdeki hastalık yükü ve sağlık sektörü müdahaleleri ile çözülebilirlikleri açılarından ele alınmış, sorunlar coğrafi bölgeler ve yerleşim birimleri açısından da değerlendirilmiştir (II. CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNCELİKLİ SORUNLAR).

Öncelikli sorunlarla ilgili alanlarda belirlenen stratejiler, hedefler ve girişimler üçüncü kısımda sunulmuştur (III. STRATEJİLER, HEDEFLER VE GİRİŞİMLER). Her bir öncelikli alanda, çalışmalara rehberlik eden ilkeler, öncelikli coğrafi bölgeler ve yerleşim birimleri, hedefler, doğrudan sorunun çözümüne yönelik girişimler ile önerilen işbirliği ve eşgüdüm alanları sunulmuştur. Oluşturulan USEP’in önemli bir özelliği CS/ÜS alanındaki öncelikli sorunların giderilmesi için her bir öncelikli alana yönelik girişimlerin yanı sıra sağlık sistemine yönelik yapısal girişimlere duyulan ihtiyacı net bir şekilde ortaya koymasındır (5. Sağlık Sistemine Yönelik Yapısal Girişimler).

USEP’in izleme ve değerlendirme yaklaşımı ve kullanılacak temel veri kaynakları, dördüncü kısımda ele alınmıştır (VI. İZLEME VE DEĞERLENDİRME).

Bu dokümanda kullanılan kısaltmalar ve kaynakça ise sırasıyla beşinci ve altıncı kısımda sunulmuştur.

Bu çalışmanın yararlı olması dileğiyle...

Dr. Serdar Savaş  
CS/ÜS USEP Projesi  
Sağlık Politikaları ve Stratejileri Danışmanı

Dr. Tomris Cesuroğlu  
CS/ÜS USEP Projesi  
Proje Yürütücüsü

---

<sup>1</sup> Ek 1: Türkiye’de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Açısından Öncelikli Sorunların Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi

# CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI

Sağlık Sektörü İçin

## ULUSAL STRATEJİK EYLEM PLANI

2005-2015

### I. GİRİŞ

#### 1. TÜRKİYE'DE 'CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI' KAVRAMININ GELİŞİMİ

Dünyada nüfus, kalkınma ve doğurganlık arasında kurulan ilişki önce 'nüfus planlaması', ardından 'doğum kontrolü' ve 'aile planlaması' kavramlarının gelişmesine sebep olmuştur. Bu alanda yapılan çalışmaların kadının statüsü ile ilgili konularla ve kadının genel sağlık sorunları ile ilişkisi, kadın nüfusa odaklanılmasına ve bu kavramlara 'kadın sağlığı'nın da eklenmesine yol açmıştır. Günümüzde gelinen nokta, kadın ve erkeğin üreme sağlığı ve cinsel sağlığını bir arada ele almaktadır.

Antinatalist politikaların izlenmesiyle birlikte Türkiye 1960'larda nüfus planlaması kavramı ile tanışmıştır. Ardından, nüfus planlamasının bir aracı olarak doğum kontrolü ve aile planlaması kavramlarına kadın sağlığı kavramı da eklenmiştir. Özellikle 1990'lı yıllarda kadın sağlığı ve aile planlamasının kapsamı uluslararası platformlarda gerçekleştirilen konferanslarda alınan kararlar sonucunda dünyada olduğu gibi Türkiye'de de değişmiştir. Ülkemizde üreme sağlığı ve aile planlaması konuları doğurganlık ve annelik ile bağdaştırıldığından buna ilişkin grup olarak 15-49 yaş arasındaki kadınlar ele alınmaktaydı. Ancak, 1994 yılında Kahire'de düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (UNKK) ile üreme sağlığı konusunda daha kapsamlı bir yaklaşım ve tanım getirilmiştir. 1995 yılında Pekin'de gerçekleştirilen IV. Dünya Kadın Konferansı ile de kadının güçlenmesi ve ilerlemesi, kadın-erkek eşitliğinin geliştirilmesi ve toplumsal cinsiyet perspektifi gibi sosyal içerikli konular ön plana çıkarılmıştır.

Nüfus ve kalkınma, kadının statüsü, üreme sağlığı gibi konularda dünya çapında ilerleme kaydedilmesini sağlamak üzere uluslararası platformlarda önemli kararların alındığı bu dönemde "T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nün koordinatörlüğünde Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Strateji Planı (KS/AP USP) (Ocak 1996'da onaylanmıştır) ve Ulusal Faaliyet Planı (Haziran 1998'de onaylanmıştır) hazırlanmış ve 2000 yılına kadar konan hedefler çerçevesinde uygulanmıştır.

#### 1.1. KS/AP USP'nin Değerlendirilmesi

2005-2015 yılları için Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CS/ÜS) Ulusal Stratejik Eylem Planı çalışmaları, Sağlık Bakanlığı ve UNFPA'nın KS/AP USP'nin uygulanması konusunda elde edilen

durumu ölçen Mevcut Durum Değerlendirmesi araştırması ile başlamıştır<sup>2</sup>. Yapılan mevcut durum değerlendirmesinde, ‘rasyonel kapsamlı planlama’ mantığı ile hazırlanan planın, dönemi için oldukça ileri bir yaklaşımla, ideal bir sistemde işleyecek şekilde hazırlandığı görülmüştür. Planın ülkemizde bu konulara ilişkin çalışmalarda bulunan tüm kurumların hem hazırlık hem de uygulama aşamalarında katılımını hedeflediği, uygulama aşamasında kurumların ne şekilde izleneceği ve değerlendirileceğinin de plan içerisine entegre edildiği tespit edilmiştir. Planlandığı gibi bir izleme ve değerlendirme yapılamadığından planın basılıp ilgili sektörlerle dağıtılmasından sonra geçen beş yılda gerçekleşenleri görebilmek amacıyla mevcut durum değerlendirmesine ihtiyaç duyulmuştur.

Mevcut Durum Değerlendirmesi, uzun yıllar süren özverili ve titiz çalışmalarla hazırlanan bu planın uygulanmasının aynı başarıyı göstermediğini ortaya koymuştur. Çalışma, Ulusal Strateji Planı’nın kurumların büyük bölümü tarafından bilinmediğini veya bilindiği halde bir eylem planı mantığıyla kullanılmadığını göstermiştir. Kurumların bu konularda yaptıkları çalışmalar çoğunlukla strateji planına bağlı olmaksızın kendi inisiyatifleri ile yürütülmektedir. Ayrıca, aktivitelerin hayata geçirilmesinde karşılaşılan en önemli sorun ve hatta engel olarak bunların Türkiye’nin sağlık sisteminde bugün hala mevcut olmayan sağlam bir altyapının var olduğu varsayımına dayandığı görülmüştür.

Ulusal Strateji Planı’ndaki temel konuların uygulanma dereceleri incelendiğinde ise aktivitelerin yarısının dahi hayata geçirilemediği ortaya çıkmıştır. Radar analizi sonuçları strateji planının genelinde hizmet sunumundaki eşitsizlikler (özellikle beşinci bölge, kırsal ve gecekondular alanları, adolesanlar), özel ve gönüllü kuruluşların hizmetlere her türlü katılımı, siyasi yaklaşım ve katılım, iletişim, izleme ve koordinasyon, ve enformasyon sistemleri konularında zayıflıkları göstermiştir. Burada dikkati çeken önemli bir konu da kurumların planda yer alan faaliyetleri gerçekleştirmek üzere bütçelerinde kaynak ayırmamış oldukları halde bunları gerçekleştirme taahhüdünde bulunmaları ve önkoşul olması gereken finansman kaynağının bir aktivite olarak plana dahil edilmiş olmasıdır.

Çalışma süresince toplanan bilgiler ve yapılan nitel ve nicel değerlendirmeler ışığında sunulan öneriler şunları kapsamaktadır:

- Net öncelikler belirlenmelidir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta ‘önceliklerin tespiti’nin ne anlama geldiğinin anlaşılmasıdır; çünkü öncelik tespitine girildiğinde bütün konular öncelik kapsamında yer almakta ve öncelik tespit etmiş olmanın bir önemi kalmamaktadır.

CS/ÜS alanında yer alan tüm alanlar ‘önemli’ olmakla birlikte ‘öncelik’, yani hangi işin önce yapılacağına karar vermek farklı bir değerlendirme gerektirmektedir. Halk sağlığında

---

<sup>2</sup> Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Eylem Planı, Mevcut Durum Değerlendirmesi Raporu, Haziran 2003 (SB AÇSAP GM 2003, Birleşik Sağlık Sistemleri)

bir sorunu öncelikli olması için bu sorunun hastalık yükünün yüksek olması (burden of disease) yani geniş bir kitlenin sağlığını (biyo-psiko-sosyal açıdan iyi olma halini) olumsuz etkilemesi veya yaşamını sonlandırması veya yüksek iş gücü kaybı yaratması gerekir. Önceliklerin tespitinde sadece sorunlar değil, çözümler de göz önünde bulundurulmalıdır. Tespit edilen sorunun öncelikli müdahale edilecekler arasında yer alması için yapılacak müdahalenin sorunu giderme gücüne sahip olması, düşük maliyetle yüksek etki yaratması yani maliyet-etkili olması gereklidir.

- Planın kapsayacağı sektörler ve kurumlar mümkün olduğunca sınırlandırılmalı, bu sınır net bir şekilde belirtilmelidir. ‘İlgili her sektör’ ve ‘İlgili her kurum’un plana dahil olması, uygulanabilirliğini azaltmaktadır. Planın hazırlanması ve uygulamanın izlenmesi ve değerlendirilmesi çalışmaları küçük, tercihen 6-7 üyeli bir çalışma grubu tarafından koordine edilmelidir ve bu gruba konu ile ilgili en etkili ve kilit kuruluşların temsilcileri katılmalıdır. (Politik kaygılarla veya nezaket gereği veya bilgilendirmenin yararlı olacağı gibi düşüncelerle grubun büyümesi tehlikesine karşı dirençli olunmalıdır.)
- Siyasi kararlılığı (political commitment) sağlayacak iletişim çalışmalarına (advocacy) önem verilmelidir. Burada böyle bir konunun önemi ve gerekliliği konusunda taraf olması gereken 1500-2000 kişilik dar bir hedef grup üzerinde ısrarlı ve sürekli bir şekilde çalışılmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinde genel yönetim kapasitesinin geliştirilmesine öncelik verilmelidir. Sağlık sisteminin üreme sağlığı konusunda etkili olabilmesi için politikaları hareket planlarına dönüştürebilecek ve bu hareket planlarını uygulayabilecek kapasiteye sahip olması gerekir. Oysaki Türkiye sağlık sisteminin en zayıf noktalarından biri yönetim kapasitesindeki sınırlılıktır. Bu sınırlılık hem yönetim konusundaki bilgi ve becerilerin yetersizliğinden, hem de yöneticilerin sık değişmesinden kaynaklanmaktadır. Yönetim kapasitesi geliştirmeye yönelik çalışmalar iki noktaya odaklanmalıdır. Birincisi, merkez seviyedeki üst düzey yöneticiler, il düzeyindeki yöneticiler ve kurum düzeyindeki yöneticilere yönelik etkililiği yüksek yönetim eğitimi programlarının düzenlenmesidir. Ancak bu eğitimler şimdiye kadar verilmiş olan eğitimlerden daha farklı olarak bilgi vermenin yanında tutum geliştirme ve beceri kazandırmaya yönelik olmalıdır. İkinci nokta ise, bu eğitimlerde başarılı olan yöneticilerin görevlerine devam etmelerini sağlamak, başarısız olanların ise yöneticilik pozisyonlarına son vermek olmalıdır. Yeni yapılacak atamalarda yönetici pozisyonuna atanabilmek için bu eğitimlerde başarılı olmuş olmak bir ön koşul olarak aranmalıdır.
- Toplumda üreme sağlığı ile ilgili hizmetlere kitle iletişim araçları vasıtasıyla talep yaratmaya öncelik verilmelidir.
- Toplumla yönelik eğitimler açısından üreme sağlığı konusunda ergenlik çağındaki gençlere



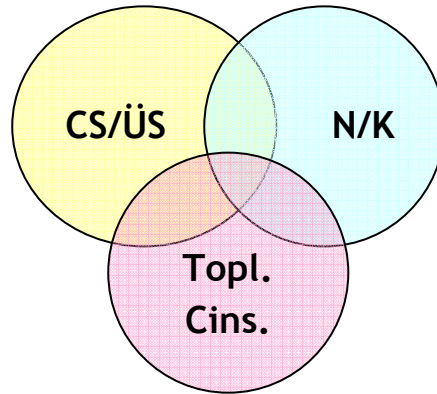
ve ergenlik öncesi çocuklara önem verilmelidir.

- Gerek bu önerilerin gerçekleştirilmesinde, gerekse üreme sağlığı konusunda hizmet sunumunda STK'lardan daha fazla yararlanılmalıdır. Gönüllü kuruluşların üreme sağlığı ile ilgili alanlarda hizmet vermeleri için önlerindeki engeller kaldırılmalı, klinik hizmet sunmaları da özendirilmelidir. SB, SSK ve üniversite hastanelerinde, sağlık ocakları ve AÇSAP merkezlerinde gönüllü kuruluşların hizmet vermelerini sağlayacak düzenlemelere gidilmesi hizmetin kalitesini, kabul edilebilirliğini ve ulaşılabilirliğini arttıracaktır. Özellikle vatandaşların bu tür hizmetlere taleplerinin az olduğu öncelikli alanlarda (Beşinci Bölge ve büyük kentlerin gecekondü mahalleleri) gönüllü kuruluşların özendirilmesi sağlanmalıdır.
- Üreme Sağlığı Eylem Planı ile ilgili etkili bir izleme ve değerlendirme mekanizması kurulmalıdır. Bunun Türkiye'nin sağlık bilgi sistemi ile yapılması mümkün olmadığından bu alanda özel bir izleme ve değerlendirme yapısının kurulması gereklidir.

İşte bu nedenlerle, edinilmiş deneyimlerin ışığı altında CS/ÜS politikaları açısından günün gereklerine ve koşullarına uygun bir yaklaşımın ortaya konması gerekmektedir.

## 1.2. Günümüzde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Kavramı

Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Eylem Planı'nın bittiği yıllarda bireyin ihtiyaçlarını ön plana çıkaran ve üreme, kadın sağlığı, aile planlaması gibi kavramları birleştiren 'cinsel sağlık ve üreme sağlığı' (CS/ÜS) kavramı ortaya çıkmıştır. CS/ÜS ise aslında, nüfus ve kalkınma ve toplumsal cinsiyet tanım kümeleri ile birlikte üçlü sacayağının bir parçasıdır.



**Şekil 1. Nüfus ve kalkınma (N/K), cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CS/ÜS) ve toplumsal cinsiyet (Topl. Cins. ) tanım kümeleri arasındaki ilişki<sup>3</sup>**

Bugünkü yaklaşım, daha önceden kadın sağlığı ve aile planlaması çerçevesinde yürütülen

<sup>3</sup> Kavramlar ve tanım kümeleri, dünyada ve Türkiye'de üreme sağlığı ve cinsel sağlık, kadın sağlığı, aile planlaması, nüfus ve kalkınma gibi konularda yayınlanmış olan stratejik dokümanlarda ele alınan konuların incelendiği politika analizi sonucunda ortaya konmuştur. (SB AÇSAP GM 2004, Birleşik Sağlık Sistemleri)

çalışmaların artık CS/ÜS yaklaşımı ve tanım kümesi çerçevesinde götürülmesi şeklindedir.

## 2. CS/ÜS POLİTİKALARI AÇISINDAN UYGUN YAKLAŞIM

Yukarıdaki önerilerin ışığı altında CS/ÜS politikalarının net bir şekilde önceliklendirilmesi açısından uygun yaklaşımın üç anahtar özelliği olmalıdır. Geliştirilecek olan stratejilerin;

- CS/ÜS tanım kümesine,
- Sağlık sektörüne,
- Öncelikli sorunlara odaklı olması gereklidir.

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CS/ÜS), nüfus ve kalkınma (N/K), ve toplumsal cinsiyet (TC) tanım kümeleri arasındaki ilişkiyi gösteren Şekil 1.'de görülen **CS/ÜS tanım kümesi, hazırlanan ulusal stratejik eylem planının (USEP) çerçevesini oluşturmaktadır**. Bu tanım kümesini birincil olarak etkileme gücüne sahip sektör, yani birincil sorumlusu sağlık sektörüdür. Bu kümede sorumluluğu ve etki gücü olan diğer sektörlerin ve kurumların da işbirliği yapması ve eşgüdüm içinde çalışmaları ideal durumu oluşturmaktadır. Ancak yukarıda belirtilen önceki tecrübelerin ışığı altında katılan sektörleri sınırlama yaklaşımı tercih edilmiş ve **USEP'in kapsamındaki kurumlar 'sağlık sektörü'** ile sınırlandırılmıştır. Sağlık sektörü dışındaki kurumlarla yapılması önerilen çalışmalar 'Önerilen İşbirliği ve Eşgüdüm Alanları' olarak turuncu renk kutularda belirtilmiştir. Bunlar özellikle CS/ÜS'nin yakın ilişkili olduğu, etkilediği ve etkilendiği nüfus ve kalkınma ve toplumsal cinsiyet kümeleri ile kesişen alanlarda yoğunlaşmaktadır.

Oluşturulan USEP'in 'sahibi', yani uygulanmasını sağlamakla, izlemekle ve değerlendirmekle yükümlü olan kuruluş T.C. Sağlık Bakanlığı'dır (SB). Böylece SB'nin Anayasa ile belirlenmiş olan sağlık sektörü üzerindeki düzenleyici fonksiyonu ve gücünden faydalanılarak stratejilerin uygulanması izlenmesi ve değerlendirilmesi için karmaşık olmayan ve etkili bir yaklaşım ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Hazırlanan USEP'in 'uygulanabilirliğini' arttırmak için gerekli ve önemli bir başka yaklaşım ise planın sadece 'öncelikli' alanlara eğilmesidir. Bu nedenle, CS/ÜS kümesinde yer alan onlarca 'önemli' sorunun hangisinin ülkemizin 'önceliği' olduğunun belirlenmesi gereklidir. 'Önceliklerin' geçerli olması için 'sonralıkların' olması gereklidir. Sonralıklar, finansman, insan gücü ve zaman kaynaklarının önceliklere aktarılması için vazgeçilenlerdir. Bu nedenle, önceliklerin belirlenmesi zor ve sıkıntılı bir süreçtir. Bundan sonraki 'II. Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı Açısından Öncelikli Sorunlar' kısmında öncelikler belirlenerek ortaya konmuştur.

CS/ÜS ile ilgili sorunlar öncelikle Türkiye'nin genel bağlamı, ardından sağlık sektörünün genel durumu ve sorunlarından ayrı düşünülemez. USEP'in hayata geçirilmesi için sağlık sistemine yönelik yapısal girişimler bu nedenle büyük önem taşımaktadır. Sistemin kendisinde bulunan eksikliklerin ve yanlışlıkların giderilmemesi halinde doğrudan soruna yönelik olarak geliştirilen stratejilerin ve girişimlerin başarılı olması düşünülemez. Bu nedenle CS/ÜS açısından sorunların

giderilmesinde anahtar rol oynayan sağlık sistemine yönelik yapısal girişimlerin tanımlanması stratejilerin uygulanabilirliğini arttıracak, etkili ve verimli bir şekilde hedeflenen sonuçlara ulaşılmasına olanak tanıyacaktır (bkz. III. Kısım: Stratejiler, Hedefler ve Girişimler, 6. Bölüm: Sağlık Sistemine Yönelik Yapısal Girişimler).

CS/ÜS politikalarını sağlık sektörü çerçevesinde ortaya konarken şu andaki mevcut sistemin yanı sıra planlanan veya gelmesi olası sistemler de göz önünde bulundurulmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) özellikle birinci basamak hizmetlerin sunumunda ve sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli yenilikler öngörmektedir.

Bir ‘politika’ olması nedeniyle USEP mevcut sistem dikkate alınarak hazırlanmıştır. Ancak SDP’de öngörülen değişiklikler hayat geçirildiğinde bu politikanın uygulanmasında herhangi bir aksaklık yaşanmayacaktır. Bu açıdan en önemli husus politikaların başarılı bir şekilde uygulanması için gereken sistem özelliklerinin sağlanmasıdır. ‘III. Kısım: Stratejiler, Hedefler ve Girişimler, 6. Sağlık Sistemine Yönelik Yapısal Girişimler’ bölümünde bu özellikler sayılmıştır. Adı her ne olursa olsun sağlık sisteminde yapılacak olan geliştirmeler bu bölümdeki gereklilikleri yerine getirmelidir.

Coğrafi olarak geniş bir bölgeye yayılmış olan ülkemizin önemli bir sorunu da bölgeler arasındaki farklılıklardır. Dolayısıyla, ülke geneli için tek bir mevcut durumdan ve hizmet ihtiyacından bahsetmek mümkün olamamaktadır. Sorunların önceliği coğrafi bölgeler ve yerleşim birimleri (kent, kır, gecekondu) açısından değerlendirilmeli, stratejiler buna uygun olarak geliştirilmelidir. Bu nedenlerle stratejiler ve hedefler öncelikli bölgelerde öncelikli sorunlara odaklanmalıdır. (bkz. II. Kısım: Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Açısından Öncelikli Sorunlar, 5. Bölüm: Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Açısından Bölgeler ve Yerleşim Birimleri Arasındaki Eşitsizlikler’)

### **Coğrafi bölgeler**

Türkiye’nin değişik yöreleri arasındaki coğrafi, iklimsel, kültürel, toplumsal ve ekonomik farklılıklar, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü’nün T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü katkılarıyla hazırlanmış olduğu Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003’te Türkiye’nin beş bölgeye ayrılarak incelenmesinin temelini oluşturmuştur. Bu araştırmada Türkiye, genel hatlarıyla birbirinden farklı sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeylerine ve demografik özelliklere sahip olan beş bölgeye (Batı, Güney, Orta, Kuzey ve Doğu) ayrılmıştır (HÜNEE Ekim 2004). TNSA araştırmaları, USEP’in geliştirilmesi ve hedeflere ulaşma durumunun değerlendirilmesi açısından çok önemli bir rol oynamaktadır. Değerlendirmelerde kolaylık sağlaması ve TNSA’da yapılan bölgesel ayrımın geçerli ve güvenilir bulunması nedeni ile Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü için Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015’te TNSA-2003’te kullanılan bölgesel ayrım kullanılmıştır. Bu bölgesel ayrım bir sonraki sayfada yer alan haritada detaylı bir şekilde sunulmaktadır.

## TÜRKİYE - 5 BÖLGE



### BÖLGELER VE İLLER

#### 01 BATI

09 Aydın  
10 Balıkesir  
16 Bursa  
17 Çanakkale  
20 Denizli  
22 Edirne  
34 İstanbul  
35 İzmir  
39 Kırklareli  
41 Kocaeli  
45 Manisa  
48 Muğla  
54 Sakarya  
59 Tekirdağ  
77 Yalova

#### 02 GÜNEY

01 Adana  
07 Antalya  
15 Burdur  
31 Hatay  
32 Isparta  
33 İçel  
46 K. Maraş  
80 Osmaniye

#### 03 ORTA

03 Afyon  
05 Amasya  
06 Ankara  
11 Bilecik  
14 Bolu  
18 Çankırı  
19 Çorum  
26 Eskişehir  
38 Kayseri  
40 Kırşehir  
42 Konya  
43 Kütahya  
50 Nevşehir  
51 Niğde  
58 Sivas

60 Tokat  
64 Uşak  
66 Yozgat  
68 Aksaray  
70 Karaman  
71 Kırıkkale  
81 Düzce

#### 04 KUZUY

08 Artvin  
28 Giresun  
29 Gümüşhane  
37 Kastamonu  
52 Ordu  
53 Rize  
55 Samsun  
57 Sinop  
61 Trabzon  
67 Zonguldak  
74 Bartın  
78 Karabük

#### 05 DOĞU

02 Adıyaman  
04 Ağrı  
12 Bingöl  
13 Bitlis  
21 Diyarbakır  
23 Elazığ  
24 Erzincan  
25 Erzurum  
27 Gaziantep  
30 Hakkari  
36 Kars  
44 Malatya  
47 Mardin  
49 Muş  
56 Siirt  
62 Tunceli  
63 Şanlıurfa  
65 Van  
69 Bayburt  
72 Batman  
73 Şırnak  
75 Ardahan  
76 Iğdır  
79 Kilis

Şekil 2. Türkiye'nin Beş Bölge Olarak İncelenmesi

Kaynak: TNSA-2003 (HÜNEE Ekim 2004)

---

# CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI

Sağlık Sektörü İçin

## ULUSAL STRATEJİK EYLEM PLANI

2005-2015

### II. CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNCELİKLİ SORUNLAR

Ülkemizin CS/ÜS açısından öncelikli sorunlarının belirlenmesi için bu konudaki genel bilgilerimizden, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'ndan ve geniş bir uzman grubundan nicel ve nitel yöntemlerle alınmış görüşlerden faydalanılmıştır<sup>4</sup>.

Dünyada ve Türkiye'de CS/ÜS kümesinde kapsanan alanlar ve sorunlar incelendiğinde geniş bir müdahale sahası görülmektedir. Müdahale alanları arasında şunlar bulunmaktadır:

- Güvenli annelik (acil obstetrik hizmetler dahil olmak üzere)
- Aile planlaması
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE)/HIV/AIDS
- Adolesan cinsel ve üreme sağlığı
- Erkeklerde CS/ÜS ile ilişkili sorunlar
- İnfertilite
- Postmenapozal durumlar
- Yaşlılıkta CS/ÜS
- Üreme sistemi kanserleri (meme ve serviks kanseri başta olmak üzere)
- Kadın trafiği
- Cinsel taciz ve cinsel şiddet, cinsiyete dayalı şiddet
- Göçmen, mülteci, vb. gruplarda cinsel sağlık ve üreme sağlığı
- ve daha bir çok alan

---

<sup>4</sup> UNFPA Stratejik Planlama Çalıştayı, 6-7 Eylül tarihlerinde Kızılcahamam, Ankara'da üreme sağlığı, sağlık politikaları, sağlık hizmetleri, sosyal bilimler, nüfus ve kalkınma, demografi ve toplumsal cinsiyet alanlarından yaklaşık 20 uzmanın katılımı ile gerçekleşmiştir. Bu toplantıda Türkiye'nin üreme sağlığı, toplumsal cinsiyet ve nüfus ve kalkınma alanlarında öncelikli sorunlarının tespit edilmesi ve bunların farklı açılardan değerlendirilmesi için nitel ve nicel yöntemler kullanılarak çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmanın üreme sağlığı alanı ile ilgili bulguları Türkiye'nin öncelikli sorunlarını işaret etmektedir.

Yapılan öncelik belirleme çalışması ‘Türkiye’nin CS/ÜS açısından öncelikli sorunları nedir?’ sorusunun yanıtını vermeyi amaçlamış, dolayısıyla sonuçları müdahale alanlarından daha çok ‘sorunlar’ olarak ortaya konmuştur. Yapılan çalışmada tespit edilen, ülkemizin CS/ÜS açısından öncelikli sorunları şunlardır<sup>5</sup>:

1. Anne ölümlerinin yüksek olması
2. İstenmeyen gebeliklerin fazla olması
3. CYBE/HIV/AIDS sıklığının artıyor olması
4. Gençlerin CS/ÜS düzeylerinin düşük olması

Bu sorunların her birinin mevcut durumu, bölgeler ve yerleşim birimleri açısından öncelikleri ilerleyen sayfalarda değerlendirilmiştir. Yapılan incelemede bu sorunlarla ilgili olarak bölgeler ve yerleşim birimleri arasında eşitsizliklerin ön plana çıkması beşinci sorun tanımının eklenmesine yol açmıştır:

5. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Açısından Bölgeler ve Yerleşim Birimleri Arasındaki Eşitsizlikler

---

<sup>5</sup> Öncelik belirleme çalışmasının detayları Ek 1’de sunulmaktadır. (Ek 1: Türkiye’de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Açısından Öncelikli Sorunların Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi)

## 1. ANNE ÖLÜMLERİNİN YÜKSEK OLMASI

Normal fizyolojik bir süreç ve olay olmakla birlikte tüm gebelikler ve doğumlar risk taşımaktadır. Bu risk bazı faktörlerin etkisi ile artabilmektedir. Gebe kadınların %40'ı gebelik, doğum sırası ya da sonrasında gebelikle ilgili sağlık sorunlarıyla karşılaşmaktadır. Gebeliklerin %15'inde yaşamı tehdit eden ya da uzun süre etkili olan komplikasyonlar gelişebilmektedir.

### Türkiye'de Sorunun 'Hastalık Yüğü'

Türkiye'de yılda yaklaşık 1,8 milyon gebeliğin olduğu, bunların yaklaşık onda birinin isteyerek olmak üzere beşte birinin düşük ile sonlandığı ve 23.000 kadarının ölü doğum olduğu 2003 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2003) sonuçlarına dayanarak tespit edilmiştir.

Sağlık ve gelişmişlik ile ilgili çok önemli bir gösterge olmasına rağmen, Türkiye'de ne yazık ki anne ölümlerine ilişkin düzenli veri toplanamamaktadır. 1990 yılı için ülkede kabul edilen tahmini anne ölüm oranı yüz binde 100'dür. Sağlık Bakanlığı tarafından ülke genelini temsil eden 53 ildeki toplam 615 hastanenin kayıtlarından 199-1998 yılında gerçekleştirilen anne ölüm nedenlerinin belirlenmesi çalışmasında, anne ölüm oranı yüz binde 49,2 olarak hesaplanmıştır. Ancak, bu veri sadece hastane kayıtlarını içerdiğinden mevcut durumu tam olarak yansıtmamaktadır. Türkiye'de anne ölüm nedenlerinin büyük bölümü direkt doğuma bağlıdır. Şöyle ki 1/3'ü kanama, 1/5'i eklampsi, 1/7'si enfeksiyon, %5'i kürtaj, ektopik gebelik, erken membran ruptürü ve diğer nedenlerle gerçekleşmektedir. Bu ölümlerin 2/3'ünden fazlasının hastane ortamında tedavi edilebilecek türden olduğu aynı çalışmada tespit edilmiştir. Bu gösterge için UNFPA'nın hazırlamış olduğu son çalışmalarda da yüz binde 55 (Nüfus ve Üreme Sağlığında Ülke Profilleri) ve yüz binde 88 (Dünya Nüfusunun Durumu 2003) olmak üzere iki farklı değer bulunmaktadır. (T.C. Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Komisyonu Türkiye Temsilciği tarafından yürütülen Türkiye Üreme Sağlığı Programı çerçevesinde yer alan Anne Ölümleri Araştırması'nın 2006 yılında tamamlanması ve bölgesel ve yerleşim birimleri açısından farklılıkları yansıtacak şekilde anne ölümleri konusunda mevcut durumu gösteren doğru bilgileri ortaya koyması beklenmektedir.)

TNSA-2003 sonuçları ülkede doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma konusunda bölgeler ve yerleşim birimleri arasında belirgin farklılıklar bulunduğunu göstermektedir. Doğu Anadolu'daki kadınların %39'u hiçbir doğum öncesi bakım hizmeti almazken Batı Anadolu'da bu oran %9'dur. Benzer şekilde, doğumların %40'ı Doğu Anadolu'da sağlık profesyoneli desteği olmaksızın ve %46'sı sağlık kuruluşu dışında gerçekleşirken, Batı Anadolu'da doğumların %4'ünde sağlık personeli bulunmamakta ve %8'i sağlık kuruluşu dışında gerçekleştirilmektedir. Diğer taraftan gebelik ve doğum ile bağlantılı hastalık ve ölüm risklerinin en yüksek olduğu 20 yaş altında ve 35 yaşın üzerinde yapılan doğumlar, tüm doğumların %22'sini oluşturmaktadır.

Doğurgan çağdaki tüm kadınlar olarak nitelendirilebilecek geniş bir nüfusu etkileyen bir sorun olması, eldeki bilgilere dayanarak ölümlülük ve morbiditenin yüksek olduğunun tahmin edilmesi

ve sosyal ve ekonomik kalkınma ve gelecek kuşakların sağlıklı yetişmesi üzerinde büyük olumsuzluk yaratması nedeni ile ‘anne ölümlerinin yüksek olması’ ve dolayısıyla anne sağlığının düşük olması sorunu CS/ÜS tanım kümesindeki sorunlar arasında öncelikli bir yer edinmektedir.

### Sorunun Sağlık Sektörü Müdahaleleri İle Çözülebilirliği

Anne ve bebek ölümlerinin yüksekliği ülkelerin genel nüfus yapısı ve kalkınmışlık durumu ile yakından ilişkilidir. Anne ölümlerinin nedenlerine sağlık hizmetleri açısından baktığımızda sunulan hizmetin erişilebilirliği ve kalitesi önemli faktörler olarak ortaya çıkmaktadır. Bu hizmetler gebelik öncesi ve sırası, doğum ve doğum sonrası hizmetleri kapsamaktadır. Diğer taraftan annelerin ve anne adaylarının beslenme ve genel sağlık durumu, sahip olduğu çocuk sayısı, eğitim düzeyi, sağlık bilinci, ailede kadına ayrılan kaynaklar ve kadının statüsü gibi birçok sosyal ve ekonomik faktör anne sağlığını ve ölümlerini etkilemektedir. Bu nedenlerle anne ölümleri ülkelerin kalkınmışlık düzeyinin bir göstergesi olarak kullanılmaktadır. Hem ailelerin sosyal ve kültürel yapısı, hem de sağlık hizmetleri ile ilişkili nedenler ise annelerin doğum yaptığı yaş, doğumlar arasındaki aralık ve sahip oldukları çocuk sayısıdır. Doğumların gebelik ve doğumla ilgili hastalık ve ölüm risklerinin daha düşük olduğu 20-35 yaş arası dönemde gerçekleştirilmesi, iki doğum arasındaki aralığın en az iki yıl olması ve ailelerin sosyal ve ekonomik açıdan güçlenmesi için bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olmaları için sağlık sektörü tarafından sunulacak aile planlaması hizmetleri sağlık sektörünün anne ölümleri üzerindeki etki alanını genişletmektedir.

Anne ölümlerinin yüksekliği ve anne sağlığındaki sorunların giderilmesi için yukarıda ortaya konan muhtemel çözüm çerçeveleri her şeyden önce temel sağlık hakları ile ilişkilidir. Bunun yanı sıra bu çerçevede yapılacak girişimler, anne ve bebeklerde mortalite ve morbiditenin azalması olarak ülkemize etkili bir şekilde geri dönecektir.



## 2. İSTENMEYEN GEBELİKLERİN FAZLA OLMASI

Bütün dünyada bir günde 100 milyondan fazla cinsel birleşme olmakta, bunlardan yaklaşık 1 milyonu gebelikle sonuçlanmaktadır. Bu gebeliklerin %25'i planlanmamış, %25'i ise istenmeyen gebeliklerdir.

### Türkiye'de Sorunun 'Hastalık Yüğü'

TNSA-12003 sonuçlarına göre 15-49 yaş grubu evli kadınların son beş yılda yapmış oldukları doğumların %14'ü daha sonra olması istenen, %20'si ise istenmemiş doğumlardır. 15-49 yaş grubu kadınlarda isteyerek düşük hızı 100 gebelikte 11,3 olarak saptanmıştır. Bu göstergeler ülkemizde istenmeyen gebelikler, istenmeyen gebelikler sonucu olan doğumlar ve isteyerek yapılan düşüklerin yaygın olduğunu göstermektedir.

Türkiye'de doğurganlık çağının sonunda kadınların sahip oldukları ortalama çocuk sayısı 2,2'dir (toplam doğurganlık hızı – TDH, TNSA-2003). Yenilenme oranı olan 2,1'e oldukça yakın olan bu rakam 1998'de 2,61 olup beş yıl içinde dramatik bir düşüş göstermiştir. TNSA-1998'e göre düşüş hızı Orta, Kuzey ve Doğu Anadolu'da oransal olarak daha fazla olmakla birlikte sonuçta mutlak TDH bölgeler arasında ciddi farklılıklar göstermektedir. Batı, Orta, ve Kuzey Anadolu'da yenilenme düzeyi olan 2,1'in de altına düşen bu oran Doğu Anadolu'da Batı'nın yaklaşık iki katıdır.

Türkiye'de gebeliği önleyici yöntem bilgisi son derece yaygın olmakla birlikte, gebeliği önleyici yöntem kullanımı modern yöntemler dikkate alındığında bilgi ile paralellik göstermemektedir. Türkiye'de 15-49 yaş arası halen evli kadınların %71'i gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Ne var ki, bunun sadece %43'ü gebeliği önleyici modern yöntemleri içermektedir. Yöntem kullanımı ve modern yöntem kullanımı oranları arasında bölgeler ve yerleşim birimleri arasında büyük farklılıklar ve hizmet açığı görülmektedir.

TNSA-2003 sonuçlarına göre Türkiye'de kadınların %69'u başka çocuk istememektedir veya gebelikten korunma amacı ile tüplerini bağlatmıştır. Kadınların %14'ü ise 2 yıldan sonra çocuk istemektedir. TNSA-2003 sonuçlarına göre gebeliklerin arasını açmaya yönelik karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı %2,3, doğumlara son vermeye yönelik karşılanmamış doğum kontrol ihtiyacı ise %3,7'dir. Toplam karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı %6,0 olarak karşımıza çıkmaktadır.

Doğurgan çağdaki tüm kadınları ve erkekleri etkileyen istenmeyen gebelikler hem sağlıkla ilgili, hem sosyal hem de ekonomik bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Kadının gebeliğini, ara vererek ya da sınırlayarak planlayabilmesi kendi sağlığı üzerinde olduğu kadar çocuklarının ve ailesinin sağlığı üzerinden de doğrudan bir etkiye sahiptir. İkili koruma sağlayan gebeliği önleyici yöntemler yardımı ile istenmeyen gebeliklerin önlenmesinin yanı sıra HIV/AIDS dahil olmak üzere CYBElerden korunulması mümkündür. Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının özellikle

bölgesel yükseklikleri, istenmeyen gebeliklerin CS/ÜS tanım kümesinde öncelikli sorunlar arasında yer alması gerektiğini işaret etmektedir.

### Sorunun Sağlık Sektörü Müdahaleleri İle Çözülebilirliği

Dünya Sağlık Örgütü aile planlaması gereksinimlerinin karşılanmama nedenlerini şu etmenlerle açıklamaktadır: kaliteli hizmetlere erişim yetersizliği, yöntem seçeneklerinin sınırlı olması, bilgisizlik, emniyet ve yan etkilere ilişkin kaygılar ve eşlerin kabul etmemesi. UNKK ise kaliteli aile planlaması hizmetlerini, kadınların üreme sağlığı haklarını uygulama konusundaki başlıca araç olarak vurgularken, aynı zamanda sosyo-ekonomik durumu da iyileştirdiğini belirtmektedir.

Türkiye’de yöntem bilgisi yüksek iken kullanma oranlarının düşüklüğü, bu nedenler arasında kaliteli hizmetlere erişimin yetersiz olması ve seçeneklerin sınırlı olması nedenlerini daha ön plana çıkarmaktadır. Bu faktörler sağlık sektörü açısından bakıldığında, sunulan hizmetin erişilebilirliği ve niteliğinin artırılması ile önemli ölçüde giderilebilecek sebepler olarak görülmektedir. Yöntem seçenekleri olması ve yöntem seçiminin bilgilendirilmiş bir şekilde birey tarafından yapılması kaliteyle ilgili önemli unsurlardır.

Bireyin doğurganlığını kontrol altına alması için gerekli bilginin ve yöntemlerin sunulması temel sağlık hakları ile ilgilidir. İstenmeyen gebeliklerin engellenmesi çerçevesinde yapılacak girişimler bireye ve topluma sosyal ve ekonomik katkılarının yanı sıra isteyerek düşüklerin azaltılması ve anne ölümlerinin azaltılması olarak etkili bir şekilde geri dönecektir.

### 3. CYBE/HIV/AIDS SIKLIĞININ ARTIYOR OLMASI

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, akut olguların yüksek görülme sıklığı ve bundan kaynaklanan komplikasyonlar ve sekellerin neden olduğu iş göremezliklerin oluşturduğu hastalık yükü bakımından tüm dünyada bir halk sağlığı sorunu durumundadır. Tanı ve tedavinin erken dönemde sağlanmaması infertilite, istenmeyen düşükler, dış gebelik, anogenital kanserler ve erken ölümlerin yanı sıra yenidoğan enfeksiyonları gibi istenmeyen durumların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ayrıca bireysel ve ulusal düzeyde bir ekonomik yük meydana getirmektedir.

CYBEler arasında küresel boyutta bir sorun haline gelen HIV virüsü (human immune deficiency virus/ insan immün yetmezlik virüsü) ve AIDS (acquired immune deficiency syndrome/ kazanılmış immün yetmezlik sendromu), CYBElerin kontrolünün önemini daha da arttırmıştır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, her yıl bütün dünyada 340 milyon tedavi edilebilen CYBE, milyonlarca tedavisi mümkün olmayan CYBE ve 5 milyon HIV olgusu ortaya çıkmaktadır.

#### Türkiye’de Sorunun ‘Hastalık Yüğü’

Türkiye’de HIV/AIDS sürveyansı vaka bildirimi ile yapılmaktadır. Risk altındaki nüfusa yönelik sürveyans sistemlerinin oluşturulması önemlidir. HIV/AIDS vakaları ve risk altındaki gruplarla ilgili sahip olunan bilginin buz dağının tepesi bile olmadığı, konu uzmanları tarafından belirtilmektedir. Eldeki sınırlı verinin ve uzman görüşlerinin gösterdiğine göre cinsel yolla bulaşan hastalıkların Türkiye’de yayılma hızları giderek artmaktadır. Sağlık Bakanlığı (SB) verilerine göre, 30 Haziran 2003 itibarıyla ülkedeki HIV taşıyıcılarının sayısı 1123 ve AIDS vakalarının sayısı 477’dir ve her yıl giderek artmaktadır. Bu verilere göre HIV taşıyıcısı olduğunu bilmeyenlerin oranının çok yüksek olabileceği, ancak AIDS hasta sayısının ve bulaşma yollarının dağılımının önemli ölçüde gerçek durumu yansıttığı düşünülebilir. Veriler Türkiye’de AIDS hastalığının büyük oranda heteroseksüel ilişki yoluyla yayıldığını göstermektedir. Vakaların 3/4’ü erkektir. Homoseksüel/biseksüel ve damardan madde bağımlılarının her biri tüm vakaların yaklaşık %10’unu oluşturur. Çocuk vakalar ise tüm vakaların yaklaşık %2’sini oluşturmaktadır. HIV(+) vakaların 1/5’i başka ülkelerin vatandaşıdır. Toplumda AIDS bilinirliği geniş olmasına rağmen nasıl önleneceğine dair bilgi azdır. Bu veriler tüm toplum kesimlerinin hastalık açısından risk altında olduğunu, topluma da bu mesajın verilmesinin gerektiğini göstermektedir.

Elde yeterli veri olmamakla birlikte bu hastalıkların global seyri CYBElerin ve özellikle HIV/AIDS’in Türkiye için bir tehdit oluşturmakta olduğunu göstermektedir. Türkiye’de sosyal yapı da bu tehdidi desteklemektedir. Ataerkil aile yapısı kadınların evlilik dışı ilişkisini sıkı bir şekilde sınırlarken erkekler için daha serbest bir ortam tanımaktadır. Bu durum, erkeklerin ticari seks işçileri ile birlikte olmasını gündeme getirmektedir. CYBEler ve HIV/AIDS’ten korunma ile ilgili bilgi, tutum ve davranışların toplumda yerleşmiş olması enfekte bir ticari seks işçisinin taşıdığı mikrobu çok sayıda erkeğe yayabileceğini göstermektedir. Bu durum CYBE/HIV/AIDS’i patlamaya hazır bir bomba’ haline getirmektedir. Ülkedeki sürveyans mekanizmasındaki eksiklik,

bombanın patlayıp patlamadığının dahi bilinmesine engel olmaktadır.

Ataerkil aile yapısının yanı sıra kadın üreme sisteminin biyolojik yapısı kadınları cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve bunların sonuçları açısından biyolojik, kültürel ve sosyal açıdan savunmasız kılmaktadır. HIV/AIDS hastalığı konusunda uluslararası alanda alınan kararlar da, öncelikli hedef grup olarak 15-24 yaş arasındaki gençleri ele almıştır. Türkiye nüfusunun yüzde 40'ını oluşturan genç nüfus, HIV ile enfekte olma riski altındaki önemli bir gruptur. HIV tehlikesinin özellikle okula gitmeyen ve çalışmayan gençler için son derece fazla olduğu izlenimi vardır. Bu grup, HIV/AIDS'e müdahaleyi hedefleyen koruyucu (her şeyden önce, bilgilendirici) faaliyetlerin kapsamına en az giren gruptur ve kondom satın almak için mali olanakları ziyadesiyle sınırlıdır. CYBEler açısından bir diğer savunmasız grup da sokakta çalışan ve yaşayan çocuklar ve gençlerdir. Gençler arasındaki yayılım riskinin ve hızının yüksekliği, AIDS hastalığının sosyo-ekonomik boyutları göz önüne alındığında, ülke kalkınmasına büyük katkı sağlayacak bu nüfus potansiyelinin emeğinin en verimli olabileceği dönemde kaybedilmesi riskini de beraberinde getirmektedir.

### Sorunun Sağlık Sektörü Müdahaleleri İle Çözülebilirliği

CYBElerin bulaşmasının önlenmesine ilişkin sağlık eğitimi ve sağlık sistemi içinde CYBEler ve özellikle HIV/AIDS için bir sürveyans sistemi kurulması acil ve önemli bir müdahale olarak karşımıza çıkmaktadır. akut CYBEler ve kronik bir hastalık olarak da ele alınabilecek HIV/AIDS'ten kaynaklanacak hastalık yükü ve tedavi maliyetleri göz önüne alındığında sürveyans sistemi sayesinde bu sorunlar Türkiye'de ciddi boyutlara ulaşmadan önce önlem alınabilir.

#### 4. GENÇLERİN CS/ÜS DÜZEYLERİNİN DÜŞÜK OLMASI

Bir ülkenin üreme sağlığı düzeyi uzun vadeli olarak yükseltilmek istendiğinde mevcut sorunların üstesinden gelinmesinin yanı sıra ileriye dönük olarak yatırım yapılması gereklidir. Cinsellik ve üreme sağlığı ile ilgili doğru bilgi, tutum ve davranışları ergenliklerinden itibaren edinmiş kişiler ileride bilinçli ve sağlıklı ebeveynler olarak hem kendi cinsel ve üreme sağlıklarını, hem de yetiştirdikleri yeni kuşaklarını olumlu yönde etkileyebilirler.

Dünya Sağlık Örgütü ‘adolesanları’ 10-19 yaş grubundaki kişiler, ‘gençliği’ 15-24 yaş arası kişiler ve ‘genç insanları/gençleri’ bütün 10-24 yaş grubundaki kişiler olarak tanımlamaktadır. Gençlerin CS/ÜS sorunları gençlikteki genel sağlık sorunlarının yalnızca bir kısmını oluşturmaktadır; ancak çok daha kolaylıkla önlenebilirler. Adolesan süreci ele alındığında fiziksel, ruhsal, biyokimyasal ve sosyal yönden hızlı büyüme, gelişme ve olgunlaşma süreçleriyle çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemidir. Bu geçiş süreci risklidir ve olumsuz etkilenmelere açıktır. Ancak aynı zamanda da bir fırsat dönemidir. Yeniliğe, değişime, gelişmeye en açık olan bu yaş grubuna, doğru yöntemlerle, doğru yerde, doğru kişilerle ulaşıldığında gelecek kuşağın üreme sağlığı statüsünün gelişmesine büyük katkı yapılmış olacaktır. Gençlik döneminde ise bilgilenme ve eğitimin yanı sıra gündeme, gençlere yönelik CS/ÜS hizmetleri girmektedir. Genç insanların üreme sağlığı gereksinimleri, yetişkinlerinkinden farklıdır ve bu gereksinimlerin karşılanmaması, sonraki yaşamlarında ciddi sonuçlar doğurabilir.

Gençlerin ihtiyaçları erişkinlerden önemli açılardan farklılık göstermektedir. Bu gerçek, dünyanın bir çok yerinde ihmal edilmekte, gençlerin CS/ÜS kapsamındaki ihtiyaçları yeterince anlaşılmamaktadır. Nüfusun bu grubunun ihmal edilmesi gelecek için önemli sorunlara yol açmaktadır.

Gençlerin CS/ÜS düzeyi ile ilgili çalışmalar özellikle gelişmiş ülkelerde gençlerin cinselliklerini güvenli ve sorumlu bir şekilde yaşamaları açısından gittikçe önem kazanan bir alan haline gelmiştir. Diğer taraftan gelişmekte olan ülkelerde ise gençlerin CS/ÜS erken yaşta evlilik ve doğurganlık açısından önemli bir konudur. Bölgeler ve yerleşim birimleri arası farklılıklar nedeni ile Türkiye’de her iki durum da geçerlidir.

#### Sorunun ‘Hastalık Yüğü’

##### Adolesan gebelikleri açısından

Türkiye genç nüfusa sahip bir ülkedir; 2000 genel nüfus sayımına göre, 10-24 yaş grubu nüfus ülkenin yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır. TNSA-2003’e göre 15-19 yaş grubu (%17) ve 20-24 yaş grubu (%18) genç kadınlar doğurgan çağdaki en kalabalık grubu oluşturmaktadır (15-49 yaş).

TNSA-2003 sonuçlarına göre Türkiye’de 19 yaşına gelmiş her genç beş kadından biri ya anne

olmuş, ya da ilk çocuğuna hamiledir. Kentsel bölgelerde yaşayan genç kadınlarda anne olanların oranı, kırsal yörelerde yaşayanlara göre daha düşüktür. Ayrıca bölgeler arasında Doğu ve Güney Anadolu'da daha yüksektir. Eğitim düzeyi arttıkça anne olan adolesanların oranı hızla azalmaktadır. Eğitim düzeyi sadece eğitime devam edildiği sürece evliliğin geciktirilmesine ve böylece doğumların ertelenmesine yol açtığı için değil, aynı zamanda davranış değişikliğine sebep olduğu için adolesan doğurganlığını etkileyen en önemli değişken olarak ortaya çıkmaktadır.

TNSA-2003 sonuçlarına göre, 20 yaş altındaki gebeliklerin 1/4'ünün hiç doğum öncesi bakım almadığı, 1/6'sının doğumu sırasında sağlık personeli bulunmadığı, 1/5'inin ise doğumu evde yaptığı tespit edilmiştir. Ayrıca bu yaş grubundaki evli kadınların gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanma oranı %44 olup, tüm yaş grupları içinde en düşüktür. Adolesan gebelikleri, gebelik ve doğumdan kaynaklanan risklerin arttığı bir gruptur.

### **Gençlerde güvenli cinsellik açısından**

Hızlı kentleşme, eğitim sistemleri, genel olarak telekomünikasyon ve teknoloji, seyahat ve göçler; fırsat ve riskleri de beraberinde getirmektedir. Bu konuda Türkiye'yi temsil edici veri bulunmamakla birlikte, özellikle kentlerde ve Batı bölgelerinde evlilik öncesi cinsel ilişki yaygınlaşmakta ve cinselliğe başlama yaşının düşme eğilimi gösterdiği düşünülmektedir. Bu nedenle genç insanların cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili bilgilendirme ve hizmet gereksinimlerinin, özellikle de HIV/AIDS'in ortaya çıkmasından sonra daha dikkatle ele alınması gerekmektedir. Türkiye nüfusunun yüzde 30'unu oluşturan genç nüfus, HIV ile enfekte olma riski altındaki önemli bir gruptur.

### **Sorunun Sağlık Sektörü Müdahaleleri İle Çözülebilirliği**

Dünya Sağlık Örgütü, UNICEF ve UNFPA gençlerin CS/ÜS'ye yönelik belirlediği müdahaleler şu başlıklar altında toplanabilir:

- Gençlerin erken yaşta evlilik ve çocuk sahibi olmanın ertelenmesi için eğitime ve gelir getirici fırsatlara erişimin artırılması,
- Aldıkları kararların sorumluluğunu taşıyabilecek gençlerin yetiştirilmesi için doğru bilgi ve yaşam ve karar verme becerilerinin sağlanması,
- ÜS/CS hizmetlerini de içeren, ekonomik olarak karşılanabilir, erişilebilir, saklı kalabilen ve yargılayıcı olmayan (genç dostu) sağlık hizmetlerine erişimin artırılması,
- Genç insanlara cinsel davranış ve üreme sağlığı yönünden olgunlaşma sürecinde destek olabilmeleri için ebeveynler, toplumsal gruplar, okullar, kurumlar, medya ve akran gruplara sağlık eğitimi verilmesi,
- Özellikle kriz durumlarında danışmanlık hizmeti sağlanması.

Sağlık sektörü olarak gençlere yönelik CS/ÜS'yi içeren 'genç dostu' hizmetlerin sunulması bu yaş grubunda istenmeyen gebeliklerin gerçekleşmemesi ve CYBE'lerle ilgili risklerin azaltılması için

büyük önem taşımaktadır. Adolesan gebelikleri ve doğumları hem bulunulan yaş grubunun risk faktörünü arttırması hem de çocuk sahibi olma yaşının düşmesi ve dolayısıyla daha çok çocuk sahibi olma ihtimalini arttırması nedeni ile anne ölümleri sorunu açısından önemli bir risk teşkil etmektedir.

Güvenli cinsellik penceresinden bakıldığında ise gençler arasındaki yayılım riskinin ve hızının yüksekliği, HIV/AIDS'in sosyo-ekonomik boyutları göz önüne alındığında, ülke kalkınmasına büyük katkı sağlayacak bu nüfus potansiyelinin emeğinin en verimli olabileceği dönemde kaybedilmesi riskini de beraberinde getirmektedir.

Hem adolesan gebelikleri hem de gençlerin güvenli cinselliği açısından, genç insanlara olgunlaşma sürecinde destek olabilmeleri için çeşitli sosyal grupların (ebeveynler, toplumsal gruplar, okullar, kurumlar, medya ve akran gruplar) eğitilmesi de işbirlikleri içinde sağlık sektörü açısından değerlendirilebilir.

## 5. CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI AÇISINDAN BÖLGELER VE YERLEŞİM BİRİMLERİ ARASINDAKİ EŞİTSİZLİKLER

Bu bölümde, buraya kadar ülkemiz için öncelikli olarak müdahale edilmesi gerektiği belirlenen sorunlar bölgelere ve yerleşim birimlerine dağılımı açısından incelenmiştir. Bu çalışmanın ayrıntıları Ek 1’de sunulmaktadır<sup>6</sup>.

Öncelikli sorunlar bölgeler açısından incelendiğinde karşımıza aşağıdaki tablo çıkmaktadır:

**Tablo 1. CS/ÜS Açısından Öncelikli Sorunların Coğrafi Bölgeler Açısından Değerlendirilmesi<sup>7</sup>**

	Batı	Güney	Orta	Kuzey	Doğu	
Anne ölümlerinin yüksek olması	11	18	16	20	34	
İstenmeyen gebeliklerin fazla olması	11	19	15	20	35	
CYBE/HIV/AIDS sıklığının artıyor olması	20,2	19,9	18,7	21,4	19,7	
Gençlerin CS/ÜS düzeylerinin düşük olması	Adolesan gebelikleri	18	22	20	16	24
	Güvenli cinsellik	31	16	23	7	24

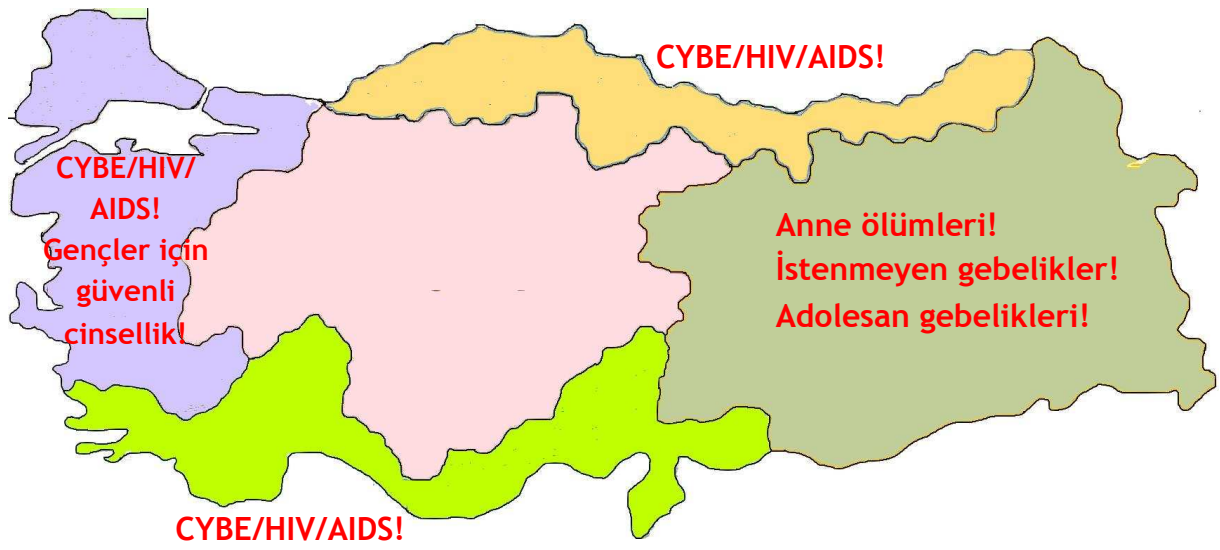
	Yüksek öncelikli bölgeler
	Orta öncelikli bölgeler
	Düşük öncelikli bölgeler

Görüldüğü gibi öncelikli sorunların tüm bölgelerde dağılımı aynı oranda değildir. Anne ölümlerinin yüksek olması ve istenmeyen gebeliklerin fazla olması sorunları Doğu Anadolu’da ivedilikle üzerinde çalışılması gereken sorunlardır. Gençlerin CS/ÜS ise adolesan gebelikleri açısından ele alındığından Doğu Anadolu bölgesinde, güvenli cinsellik açısından ele alındığında ise Batı Anadolu bölgesinde önceliklidir. CYBE/HIV/AIDS Kuzey Anadolu bölgesi için öncelikli bir alan olarak göze çarpmakla birlikte Batı ve Güney Anadolu bölgeleri için de önceliklidir.

<sup>6</sup> Ek 1: Türkiye’de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Açısından Öncelikli Sorunların Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi

<sup>7</sup> Hücrelerde belirtilen rakamlar sorunların bölgelere göre gösterge puanlarının dağılımı olup satır toplamları 100’dür.





Tablo 2. CS/ÜS Açısından Öncelikli Sorunların Yerleşim Birimleri Açısından Değerlendirilmesi

	Kent	Kır	Gecekondu
Anne ölümlerinin yüksek olması	15	41	44
İstenmeyen gebeliklerin fazla olması	14	41	45
CYBE/HIV/AIDS sıklığının artıyor olması	46	24	30
Gençlerin CS/ÜS düzeylerinin düşük olması	Adolesan gebelikleri	23	38
	Güvenli cinsellik		39

	Yüksek öncelikli bölgeler
	Orta öncelikli bölgeler
	Düşük öncelikli bölgeler

CYBE/HIV/AIDS sıklığının artıyor olması ve gençler için güvenli cinsellik dışındaki tüm sorunlar kırsal ve gecekondu bölgeleri için öncelikli görülmüştür. CYBE sorunu ise ağırlıklı olarak kent, ardından gecekondu bölgeleri için öncelikli olarak değerlendirilmiştir.

Bundan sonra yer alan III. kısım'da ele alınan stratejiler, hedefler ve girişimler bu bölümde saptanan öncelikler doğrultusunda ortaya konmuştur.

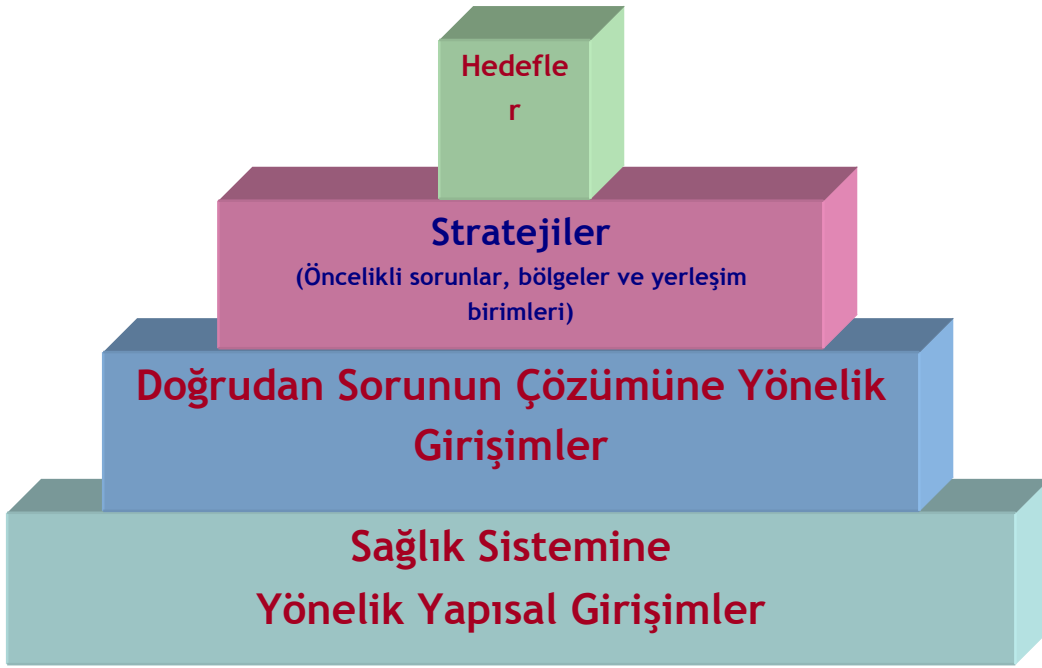
# CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI

Sağlık Sektörü İçin

## ULUSAL STRATEJİK EYLEM PLANI

2005-2015

### III. STRATEJİLER, HEDEFLER VE GİRİŞİMLER



**Şekil 3. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005 - 2015**

Ulusal Stratejik Eylem Planı (USEP) 2005-2015 yıllarını kapsayacak şekilde Türkiye’de cinsel sağlık ve üreme sağlığı düzeyinin yükseltilmesine ilişkin ulusal ‘hedefler’ koymaktadır. Bu hedefler Türkiye’nin öncelikli sorunlarının giderilmesine yönelik olarak seçilmiştir. USEP’in bu sorunlara, sorunların öncelikli olduğu bölgelere ve yerleşim birimlerine yönelik olarak geliştirilmesi aslında kendi başına bir stratejidir. Yani ‘anne ölümlerinin azaltılmasının öncelikli sorun olarak seçilmesi ve bu konuda öncelikli bölge olarak Doğu Anadolu bölgesi’nin, öncelikli yerleşim birimleri olarak gecekondular ve kırsal yerleşim birimlerinin belirlenmesi’ bir stratejiyi oluşturmaktadır.

Bu strateji çerçevesinde hedeflere ulaşılması için gerçekleştirilmesi gereken girişimler ise iki ana grupta toplanmıştır. Bunlardan birincisi doğrudan tanımlanan öncelikli sorunun çözümüne yönelik sağlık sektörünü kapsayan girişimlerdir. İkincisi ise, sağlık sektöründe halihazırda bulunan, sadece CS/ÜS ile sınırlı kalmayarak birçok alanı etkileyen sorunlara yönelik yapısal girişimlerdir. Sistemin kendisinde bulunan eksikliklerin ve yanlışlıkların giderilmemesi halinde doğrudan soruna yönelik olarak geliştirilen girişim ve dolayısıyla stratejilerin başarılı olması

düşünülemez. Bu nedenle bu dokümanda ‘Varsayımlar ve Riskler’ gibi bir bölüme yer verilmemiş, bunun yerine CS/ÜS’yi etkileyen yapısal sorunlara yönelik girişimler özel bir bölümde sunulmuştur.

Sisteme yönelik girişimlerde ayrıca davranış değişikliği iletişimi alanında verilmesi gereken mesajlar da özetlenmiştir.

I. Giriş kısmında de tartışıldığı gibi CS/ÜS ile ilgili sorunlar sağlık sektörünün dışında birçok sektörden etkilenmektedir. Bunların başında toplumsal cinsiyetle ilgili konular ve özellikle eğitimi içeren nüfus ve kalkınmaya ilişkin konular gelmektedir. Bu alanlarda sektörler arası işbirliği ve eşgüdüm sağlanması hedeflere etkili bir şekilde ulaşılması için büyük bir önem taşımaktadır.

### Eşitsizliklerin Giderilmesi

Öncelikli sorunların değerlendirildiği başlık altında, 5. bölüm ‘Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Açısından Bölgeler ve Yerleşim Birimleri Arasındaki Eşitsizlikler’de kısmen değinildiği gibi cinsiyet, yaş, yaşanan coğrafi bölge, yerleşim birimi gibi özellikler açısından ülkemizdeki bireylerin CS/ÜS düzeyleri arasında eşitsizlikler bulunmaktadır. Bu eşitsizlikler sağlığın sosyal belirleyicileri olan gelir düzeyi, eğitim, yaşam koşulları gibi ülkenin tüm nüfus ve kalkınma sorunlarını etkileyen faktörlerin yanı sıra, sağlık hizmetlerinin sunumundaki eşitsizliklerden de kaynaklanmaktadır. CS/ÜS ile ilgili tüm alanlarda kadınlar ve gençler önemli bir savunmasız grubu oluşturmaktadır.

Bölgeler ve yerleşim birimleri arasındaki eşitsizliklerin giderilmesi ile ilgili hedefler her bir strateji altında ele alınmıştır.

Eşitsizliklerin giderilmesi, olumsuz farklılıkların olduğu cinsiyete, yaş grubuna, coğrafi bölgeye ve yerleşim birimlerine özgül politikalar, stratejiler ve eylem planları geliştirilmesi ile mümkündür. Belirlenen dört öncelikli müdahale alanı için, öncelikli coğrafi bölgelere özgü eylem planları belirlenen tarihlere kadar oluşturulacaktır ve uygulamaya konacaktır. Bu eylem planları bölge dahilindeki kentsel, kırsal ve gecekondü alanlarını ayrı ayrı ele alacak, sağlık hizmetleri açısından merkez ve taşra teşkilatlarını hem bütüncül ve hem ayrı ele alacaktır.

## 1. ANNE ÖLÜMLERİNİN AZALTILMASI

### 1.1. İLKELER:

- Gebelikle ilgili ölümlerin ve hastalıkların önlenmesi bir insan hakları ve sosyal adalet sorunudur.
- Gebelik ve annelik ile ilgili sağlık hizmetlerinde ‘tedavi edici’ ve ‘tıbbi’ bakış açısı ile birlikte ve daha da önemli olarak ‘koruyucu’ ve ‘önleyici’ bir yaklaşım sunulması anne ölümlülüğü ve morbiditesi sorununun daha etkili bir şekilde, daha düşük maliyetle ve daha insancıl bir şekilde çözülmesini sağlayacaktır.
- Her gebe kadın esansiyel obstetrik bakım (gebelikle ilgili elzem bakım) hizmetlerine erişim hakkına sahiptir<sup>8</sup>.
- Her gebe kadın kanunlar çerçevesinde (10 haftaya kadar olan gebeliklerinde isteyerek, 10 haftadan sonraki gebeliklerde ise tıbbi gereklilik durumlarında) güvenli bir şekilde gebeliği sonlandırma ve ardından gerekli bakım hizmetlerini alma hakkına sahiptir.
- Gebeliklerin daha güvenli hale getirilmesi için verilen hizmetler uygun teknolojilerin kullanımına dayalı, normal gebelik ve doğum süreçlerinde güvenli bir şekilde de-medikalize edilmiş, kanıta dayalı, multidisipliner, uygun bir sevk sistemiyle, bütüncül, etkili, aile merkezli, kültürel olarak kabul edilebilir, kadınların karar verme sürecine dahil olduğu bir şekilde ve kadınların onuruna, özel yaşamının mahremiyetine ve bilgilerinin gizliliğine saygı gösterilerek verilmelidir<sup>9</sup>.

### 1.2. ÖNCELİKLİ COĞRAFİ BÖLGELER VE YERLEŞİM BİRİMLERİ:

- Doğu Anadolu bölgesi
- Kırsal ve geçeköndü yerleşim birimleri

<sup>8</sup> Esansiyel Obstetrik Bakım hizmetleri Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından normal ve komplikasyonlu gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem için ihtiyaç duyulan hizmetler olarak ortaya konmuştur. Sağlık sisteminde bu hizmetler iki basamağa ayrılmaktadır. Bunlardan birincisi olan temel esansiyel obstetrik bakım hizmetleri sağlık ocağı düzeyinde verilen hizmetler olup en az şunları kapsmalıdır: parenteral antibiyotikler, parenteral oksitosik ilaçlar, eklampsi için parenteral sedatifler, plasentanın manuel ayrılması, rahmin artık materyallerden manuel temizlenmesi, yardımla vajinal doğum. İkinci basamak hizmetleri veren hastanelerde (ilk sevk noktası) verilen kapsamlı temel obstetrik bakım hizmetleri ise en az şunları kapsmalıdır: Cerahi müdehale, anestezi ve kan transfüzyonu.

<sup>9</sup> Gebeliklerin Daha Güvenli Hale Getirilmesi girişimi çerçevesinde tanımlanan bu ilkeler DSÖ Avrupa Ofisi'nin 2000 Venedik ve 2003 Verona çalıştaylarında belirlenmiştir (WHO EURO Şubat 2004).

### 1.3. HEDEF:

**2015 yılına kadar anne ölümleri, tüm Türkiye’de ve coğrafi bölgeler ve yerleşim birimleri bazında 2005 yılında tespit edilecek düzeyinden %50 oranında azaltılacaktır<sup>10</sup>. Bu çerçevede her bir coğrafi bölge ve yerleşim biriminin 2015 yılı hedefi 2005 yılı mevcut durumunun %50 azaltılması şeklinde ayrı ayrı belirlenecektir.**

**Ayrıca bölge ve yerleşim birimleri arasındaki farklılıklar da 2015 yılına kadar %50 oranında azaltılacaktır. Bu çerçevede anne ölümlerinin yüksek olduğu bölge ve en düşük olduğu bölge arasındaki ve en yüksek olduğu yerleşim birimi ile en düşük olduğu yerleşim birimi arasındaki fark 2015 yılına kadar %50 azaltılacaktır.**

Bu hedefe ulaşmak için ülke genelinde, coğrafi bölgeler ve yerleşim birimi bazında;

- 2008 yılına kadar, en az bir kez doktor veya eğitilmiş ebe/hemşireden doğum öncesi bakım alan gebe kadınların oranı %90’ın üzerine çıkarılacaktır.
- En az bir kez doktor veya eğitilmiş ebe/hemşireden doğum öncesi bakım alan gebe kadınların oranının en düşük olduğu bölge ile en yüksek olduğu bölge arasındaki fark ile en düşük olduğu yerleşim birimi ile en yüksek olduğu yerleşim birimi arasındaki fark 2013 yılına kadar %50 azaltılacaktır.
- 2013 yılına kadar, doğum öncesi bakım hizmeti alan kadınların oranı %98’in üzerine çıkarılacaktır.
- 2013 yılına kadar, eğitilmiş sağlık personeli tarafından yaptırılan doğumların oranı %98’in üzerine çıkarılacaktır.
- Eğitilmiş sağlık personeli tarafından yaptırılan doğumların oranının en düşük olduğu bölge ile en yüksek olduğu bölge arasındaki fark ile en düşük olduğu yerleşim birimi ile en yüksek olduğu yerleşim birimi arasındaki fark 2013 yılına kadar %50 azaltılacaktır.
- 2013 yılına kadar perinatal ölüm hızı (PÖH), mevcut düzey olan binde 23’ün %40 azaltılması ile en az binde 14’e düşürülecektir.
- 2013 yılına kadar yenidoğan ölüm hızı (YÖH), mevcut düzeyi olan binde 17’nin %40 oranında azaltılması ile en az binde 9’a düşürülecektir.
- 2015 yılına kadar, isteyerek düşüklere bağlı anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 5’in altına düşürülecektir.
- 2015 yılında kadar 20 yaş altı doğumların tüm doğumlar içindeki oranı % 50 azaltılacaktır.

<sup>10</sup> Bu hedef Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, Eylem Programı, 1994 (UNKK) paralelinde konmuştur. Bu konudaki uluslararası ve ulusal politika ve strateji dokümanlarında yer alan hedefler Ek 2’de bulunabilir. (Ek 2: Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Uluslararası ve Ulusal Politika ve Strateji Dokümanlarında Yer Alan Hedefler)

#### 1.4. DOĞRUDAN SORUNUN ÇÖZÜMÜNE YÖNELİK GİRİŞİMLER:

- İsteyerek düşük sonrasında gebeliği önleyici yöntem kullanımının kişiler ve kurumlar bazında teşvik edilmesi için mevcut performans ve puanlama sisteminde gerekli düzenlemeler 2006 yılına kadar gerçekleştirilecektir.
- Anne ölüm oranı ve anne ölüm sebeplerinin tespit edilmesi için yapılacak olan araştırma 2006 yılına kadar sonuçlanacaktır.
- İsteyerek düşükler için daha yeni ve güvenli teknikler 2008 yılına kadar hizmet içi eğitimler kapsamına alınacaktır.
- Anne ölümlerinin azaltılması için Doğu Anadolu bölgesine özgü bir eylem planı 2007 yılına kadar oluşturulacaktır. Bu eylem planı bölge dahilindeki kentsel, kırsal ve gecekondulu alanlarını ayrı ayrı ele alacak, sağlık hizmetleri açısından merkez ve taşra teşkilatlarını hem bütüncül hem ayrı ele alacak ve en geç 2008 yılına kadar uygulamaya konacaktır.
- Anne ölümlerinin önlenmesi çerçevesinde 2015 yılı hedefine bölgesel olarak erişilmesi için Doğu Anadolu bölgesinde teşvik mekanizmaları oluşturulacak ve en geç 2008 yılında eylem planı ile paralel bir şekilde uygulamaya konacaktır.
- 2009 yılına kadar, başta Doğu Anadolu'da ve kırsal ve gecekondulu bölgelerinde olmak üzere tüm doğumların eğitilmiş sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmesi için gerekli malzeme ve eğitilmiş personel altyapısı oluşturulacaktır.
- 2009 yılına kadar, başta Doğu Anadolu'da ve kırsal ve gecekondulu bölgelerinde olmak üzere tüm birinci basamak sağlık birimlerinde (mevcut sistemde sağlık evleri, sağlık ocakları, AÇSAP merkezleri; aile hekimliği sisteminde aile hekimi muayenehaneleri, vb.) temel esansiyel obstetrik hizmetlerin sunulması için gerekli malzeme ve eğitilmiş personel altyapısı oluşturulacaktır.

### 1.5. ÖNERİLEN İŞBİRLİĞİ VE EŞGÜDÜM ALANLARI:

Anne ölümlerinin azaltılması ile ilgili hedeflere etkili bir şekilde ulaşılması için,

- Gebelerin iş yerinde zararlı maddelerden korunması için iş sağlığı ve güvenliği konusunda mevzuatla ilgili düzenlemelerin iyileştirilmesi için Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) ile,
- Yeni ebeveynlerin ve emzikli kadınların izinleri konusunda mevzuatla ilgili düzenlemelerin iyileştirilmesi için ÇSGB ile,
- Güvenli annelikle ilgili konuların orta öğrenimde sağlık eğitimi kapsamına alınması ve eğitimde her iki ebeveynin eşit sorumluluğa sahip olduğu mesajının verilmesi için Milli Eğitim Bakanlığı ile,
- Güvenli annelikle ilgili konuların gençlere yönelik okul dışı eğitimler kapsamına alınması ve her iki ebeveynin eşit sorumluluğu olduğu mesajının verilmesi için ÇSGB ve gençlere yönelik çalışmalar yapan sivil toplum kuruluşları (STK) ile,
- Gebelik, doğum ve çocuk bakımında babanın sorumluluğunun hukuki ve sosyal olarak artırılması için savunuculuk çalışmaları yapılması konusunda Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü (KSSGM) ve STK'lar ile yerel ve ulusal düzeyde,
- Toplumsal cinsiyet konusunda farkındalık yaratmak ve kadının statüsünü iyileştirmek için ÇSGB, KSSGM, akademik kuruluşlar ve STK'lar ile yerel ve ulusal düzeyde,
- Gebelik öncesi, gebelik ve doğum hizmetlerinin halk tarafından bilinmesi için, özellikle Doğu Anadolu ve kırsal ve gecekondü bölgelerinde yerel basın organları (televizyon, radyo ve gazeteler) ile,

işbirlikleri geliştirilmesi ve eşgüdüm sağlanması önerilmektedir.

## 2. İSTENMEYEN GEBELİKLERİN ÖNLENMESİ

### 2.1. İLKELER:

- Her birey çocuk sahibi olup olmamaya karar verme, sahip olacağı çocuk sayısını ve çocukları arasındaki zaman aralıklarını özgürce ve üstlendiği sorumluluğun bilincinde olarak belirleme hakkına sahiptir.
- Her birey, cinsel sağlık ve üreme sağlığı da dahil olmak üzere ulaşılabilecek en yüksek nitelikte sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir.
- Her birey, cinsel sağlık, hakları ve sorumluluklarıyla ilgili, cinsiyete duyarlı, önyargılardan uzak, yansız ve çoğulcu bir şekilde sunulan eğitime ve doğru bilgiye ulaşma hakkına sahiptir.
- Her birey yukarıdaki ilkelerde belirtilen kararları alabilmek, uygulayabilmek, hizmetlere ve bilgiye ulaşabilmek için bilgilendirme ve gerekli eğitimi alma hakkına sahiptir.
- Her birey birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak cinsel sağlık ve üreme sağlığına ilişkin hizmetleri alma hakkına sahiptir. Bu çerçevede:
  - o Her birey aile planlamasının yararları ve hizmetlerin varlığı konusunda bilgilendirme hakkına sahiptir.
  - o Her birey cinsiyet, ırk, medeni hal, yaş, etnik köken, gelir düzeyi, coğrafi bölge ve yerleşim birimi farkı gözetilmeksizin hizmetten yararlanabilmelidir.
  - o Her birey aile planlaması yöntemlerini kullanmaya ve yöntemi uygulayacağına karar vermede özgür ve bilinçli bir şekilde seçim yapabilmelidir.
  - o Her birey etkili ve güvenli bir aile planlaması yöntemi seçme ve uygulayabilme hakkına sahiptir.
  - o Bilgilendirme ve danışmanlığın da içinde yer aldığı tüm cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde mahremiyet ve kişisel bilgilerin gizli kalması esastır.
  - o Her bireyin insanlık onuru korunmalı, hizmet sunumunda saygı ve ilgiyle yaklaşılmalıdır.
  - o Hizmetleri alırken bireylerin kendini rahat hissetmesi sağlanmalıdır.
  - o Her birey aile planlaması hizmet ve araçlarına gereksinim duyduğu sürece sürekli bir şekilde ulaşabilmelidir.
  - o Sunulan hizmetler hakkında bireylerin görüşleri alınmalıdır.
- Aile planlaması çerçevesinde sağlık hizmetlerinde 'tedavi edici' ve 'tıbbi' bakış açısı ile birlikte ve daha da önemli olarak 'koruyucu' ve 'önleyici' bir yaklaşım sunulması istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve sorunun daha etkili bir şekilde, daha düşük maliyetle ve daha insancıl bir şekilde çözülmesini sağlayacaktır.



## 2.2. ÖNCELİKLİ COĞRAFI BÖLGELER VE YERLEŞİM BİRİMLERİ:

- Doğu Anadolu bölgesi
- Kırsal ve geçekonu yerleşim birimleri

## 2.3. HEDEF:

*Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı tüm Türkiye’de ve coğrafi bölgeler ve yerleşim birimleri bazında 2008 yılına kadar %50, 2013 yılına kadar %100 oranında kapatılacaktır <sup>11</sup>. Bu çerçevede Türkiye genelinde 2003 yılı için %6 olarak tespit edilen karşılanmamış ihtiyaç 2008 yılında %3’e düşürülecek, 2013 yılında ortadan kaldırılacaktır. Her bir coğrafi bölge ve yerleşim biriminin 2008 yılı hedefi 2003 yılı mevcut durumunun %50 azaltılması şeklinde ayrı ayrı belirlenecektir.*

*Ayrıca bölge ve yerleşim birimleri arasındaki farklılıklar da 2008 yılına kadar %50 oranında azaltılacaktır. Bu çerçevede karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının en yüksek olduğu bölge ve en düşük olduğu bölge arasındaki ve en yüksek olduğu yerleşim birimi ile en düşük olduğu yerleşim birimi arasındaki fark 2008 yılına kadar %50 azaltılacaktır.*

Bu hedefe ulaşmak için ülke genelinde, coğrafi bölgeler ve yerleşim birimi bazında;

- 2010 yılına kadar tüm birinci basamak hizmet birimlerinin (mevcut sistemde sağlık evleri, sağlık ocakları, AÇSAP merkezleri; aile hekimliği sisteminde aile hekimi muayenehaneleri, vb.) %80’inde en az üç farklı modern gebelikten koruyucu yöntem bilgisi ve hizmeti sunulacaktır.
- 2015 yılına kadar tüm birinci basamak hizmet birimlerinde ikili koruma sağlayan (gebelikten ve CYBElerden koruyucu) en az bir yöntemin (mevcut bilgilerle erkek ve kadın kondomu) bilgisi ve hizmeti sunulacaktır.
- İsteyerek düşük hızı 2013 yılına kadar en az %50 oranında azaltılarak mevcut düzeyi olan yüz gebelikte 11,3’ten yüz gebelikte 5,7’ye düşürülecektir.
- Gebelikten koruyucu yöntem kullanım oranının en düşük olduğu bölge ile en yüksek olduğu bölge arasındaki fark ile en düşük olduğu yerleşim birimi ile en yüksek olduğu yerleşim birimi arasındaki fark 2013 yılına kadar %50 azaltılacaktır.
- 2013 yılına kadar, gebelikten koruyucu yöntem kullananlar içinde modern yöntem kullanım

<sup>11</sup> Bu hedef UNKK Eylem Programı Uygulamalarının İlerletilmesi için Kilit Eylemler, 1999 (UNKK+5) paralelinde konmuştur. Bu konudaki uluslararası ve ulusal politika ve strateji dokümanlarında yer alan hedefler Ek 2’de bulunabilir. (Ek 2: Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Uluslararası ve Ulusal Politika ve Strateji Dokümanlarında Yer Alan Hedefler)

oranı %75'e çıkarılacaktır.

- Gebelikten koruyucu yöntem kullananlar içinde modern yöntem kullanım oranı konusunda bölgeler arasındaki ve yerleşim birimleri arasındaki fark 2013 yılına kadar %50 azaltılacaktır.

#### 2.4. DOĞRUDAN SORUNUN ÇÖZÜMÜNE YÖNELİK GİRİŞİMLER:

- Aile planlaması hizmetlerine ihtiyaç duyan kişilere ulaşılması açısından 'kaçırılmış fırsatların' azaltılması için herhangi bir CS/ÜS hizmeti için başvuran her kişide bu ihtiyacın sorgulanmasının kişilerin ve kurumların bazında teşvik edilmesi için mevcut performans ve puanlama sisteminde gerekli düzenlemeler 2006 yılına kadar gerçekleştirilecektir. Bu çerçevede isteyerek düşük sonrasında gebeliği önleyici yöntemlere önem verilecektir.
- Bütün birinci basamak sağlık hizmeti veren birimlerde gebelikten koruyucu en az üç farklı modern yöntem bilgisi ve hizmeti sunulması sağlanması için Doğu Anadolu bölgesine özgü bir eylem planı 2005 yılında oluşturulacaktır. Bu eylem planları bölge dahilindeki kentsel, kırsal ve gecekondular alanlarını ayrı ayrı ele alacak, sağlık hizmetleri açısından merkez ve taşra teşkilatlarını hem bütüncül ve hem ayrı ele alacak ve en geç 2006 yılı sonuna kadar uygulamaya konacaktır.
- İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi çerçevesinde 2008 ve 2013 yılı hedeflerine bölgesel olarak erişilmesi için Doğu Anadolu bölgesinde teşvik mekanizmaları oluşturulacak ve en geç 2006 yılı sonuna kadar eylem planı ile paralel bir şekilde uygulamaya konacaktır.
- 2010 yılına kadar, başta Doğu Anadolu'da ve kırsal ve gecekondular bölgelerinde olmak üzere tüm birinci basamak sağlık hizmeti veren birimlerde gebelikten koruyucu en az üç farklı modern yöntem bilgisi ve hizmeti sunulması sağlanması için gerekli malzeme ve eğitimli personel altyapısı oluşturulacaktır.
- Gebeliğin acil olarak önlenmesi (acil kontrasepsiyon) hizmetinin sunulması kademeli olarak yaygınlaştırılacak ve 2010 yılına kadar tüm birinci basamak hizmet birimlerinin en az %50'sinde sunulması sağlanacaktır.
- 2012 yılına kadar, nüfusu 50.000'in üzerindeki kentlerde ve yerleşim birimi fark etmeksizin Kuzey, Batı ve Güney Anadolu bölgelerinde hizmet birimlerinde sunulan üç farklı modern yöntemden en az birinin ikili koruma sağlayan (gebelik ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan koruyucu) bir yöntem olması sağlanacaktır; 2015 yılına kadar bölge ve yerleşim birimi farketmeksizin tüm Türkiye'ye yaygınlaştırılacaktır.

#### 2.5. ÖNERİLEN İŞBİRLİĞİ VE EŞGÜDÜM ALANLARI:

İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi ile ilgili hedeflere etkili bir şekilde ulaşılması için,

- Aile planlaması, gebelikten koruyucu yöntemler, üreme hakları ve cinsel haklar konularının

orta öğrenimde sağlık eğitimi kapsamına alınması ve eğitimde her iki cinsiyetin eşit haklara ve sorumluluğa sahip olduğu mesajının verilmesi için MEB ile,

- Aile planlaması, gebelikten koruyucu yöntemler, üreme hakları ve cinsel haklar konularının gençlere yönelik okul dışı eğitim programlarında yer almasının sağlanması ve eğitimde her iki cinsiyetin eşit haklara ve sorumluluğa sahip olduğu mesajının verilmesi için Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) ve gençlere yönelik çalışmalar yapan sivil toplum kuruluşları (STK) ile yerel ve ulusal düzeyde,
- Toplumsal cinsiyet konusundaki bilincin artırılması, kadınların seçme hakları konusunda bilgilendirilmesi ve üreme hakları ve cinsel haklarının farkında olmaları için savunuculuk çalışmaları yapılması konusunda Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü (KSSGM), akademik kuruluşlar ve STK'lar ile yerel ve ulusal düzeyde,
- Aile planlaması, gebelikten korunma yöntemleri, toplumsal cinsiyet ve üreme hakları ve cinsel haklar ile ilgili bilgi, tutum ve becerilerin kazandırılması için sağlık profesyonellerinin hizmet öncesi eğitimlerinin (tıp, hemşirelik ve ebelik eğitimleri) güçlendirilmesi konusunda ilgili eğitimleri veren fakülteler, yüksek okullar ve Yüksek Öğretim Kurumu ile,
- Gebeliği önleyici yöntemlerin çeşitli sosyal ve kültürel açılardan (din, gelenekler, vb.) incelenmesi ve bu konuda doğru ve yanlış bilgilerin halkla paylaşılmasının sağlanması için Diyanet İşleri Başkanlığı ve çeşitli STK'lar ile ulusal düzeyde işbirliklerinin yanı sıra yerel sağlık yönetimlerinin ve sağlık kurumlarının buldukları yerleşim biriminde bireylerin gebeliği önleyici yöntem kullanımı üzerinde etkili olabilecek kişiler ve kurumlar ile özellikle Doğu Anadolu ve kırsal ve gecekondü bölgelerinde,
- Aile planlaması hizmetlerinin halk tarafından bilinmesi için, özellikle Doğu Anadolu ve kırsal ve gecekondü bölgelerinde yerel basın organları (televizyon, radyo ve gazeteler) ile, işbirlikleri geliştirilmesi ve eşgüdüm sağlanması önerilmektedir.

### 3. CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR VE HIV/AIDS SIKLIĞININ ARTMASININ ENGELLENMESİ VE AZALTILMASI

#### 3.1. İLKELER:

- Her bireyin HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan (CYBE) korunma hakkı vardır.
- Her bireyin HIV ve diğer CYBEler ve bunlardan korunma yolları hakkında bilgilendirme ve eğitim alma hakkı vardır.
- Kadınlar cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve bunların sonuçları açısından biyolojik, kültürel ve sosyal açıdan çok daha savunmasız olduğu kabul edilmelidir. Türkiye’de bir diğer savunmasız grubun da gençler, özellikle okula gitmeyen ve çalışmayan gençler olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.
- HIV/AIDS komplike ve çok yönlü bir sorundur; bu nedenle multi-sektörel işbirliği önem taşımaktadır.
- HIV/AIDS ile yaşayan kişiler ve aileleri her türlü ayrımcılıktan korunmalıdır. Enfekte kişilerin insanlık onuruna saygı duyulmasına ve haklarının insan hakları çerçevesinde ele alınarak korunmasına dikkat edilmelidir. Bu çerçevede özellikle mahremiyet hakkına saygı duyulmalı ve mahremiyetleri korunmalıdır.
- Hiç kimse HIV ile enfekte olması nedeni ile sağlık hizmetleri ve diğer sosyal desteklerden mahrum bırakılamaz.
- Ülkemizde şimdiye kadar bir HIV/AIDS epidemisinin çıkmamış olmasının bundan sonra çıkmayacağını göstergesi ve garantisi olmadığı farkında olunmalıdır.
- Bu alanda önceliklerin coğrafi bölgeler ve yerleşim birimleri bazında belirlenmesinin yanı sıra kaynak aktarımında savunmasız ve yüksek riskli nüfus grupları ve topluluklar göz önünde bulundurulmalıdır.
- CYBE/HIV/AIDS sıklığının artmasının önlenmesi ve azaltılması çerçevesinde sağlık hizmetlerinde ‘tedavi edici’ ve ‘tıbbi’ bakış açısı ile birlikte ve daha da önemli olarak ‘koruyucu’ ve ‘önleyici’ bir yaklaşım sunulması bu hastalıklarının sıklığının artması sorununun daha etkili bir şekilde, daha düşük maliyetle ve daha insancıl bir şekilde çözülmesini sağlayacaktır.

### 3.2. ÖNCELİKLİ COĞRAFI BÖLGELER VE YERLEŞİM BİRİMLERİ:

- Kuzey, Batı ve Güney Anadolu bölgeleri
- Kentsel yerleşim birimleri

### 3.3. HEDEF:

**2011 yılına kadar bir yıllık sifilis insidansı, tüm Türkiye’de ve coğrafi bölgeler ve yerleşim birimleri bazında, 2006 yılında tespit edilen düzeyinde tutulacak, 2015 yılına kadar ise 2011 yılı düzeyinden 30 oranında azaltılacaktır<sup>12</sup>. Her bir coğrafi bölge ve yerleşim biriminin rakamsal olarak 2011 ve 2015 yılı hedefleri bu oranlar çerçevesinde ayrı ayrı belirlenecektir.**

**Ayrıca bölge ve yerleşim birimleri arasındaki farklılıklar da 2015 yılına kadar %50 oranında azaltılacaktır. Bu çerçevede bir yıllık sifilis insidansının en yüksek olduğu bölge ve en düşük olduğu bölge arasındaki ve en yüksek olduğu yerleşim birimi ile en düşük olduğu yerleşim birimi arasındaki fark 2015 yılına kadar %50 azaltılacaktır.**

Bu hedefe ulaşmak için ülke genelinde, coğrafi bölgeler ve yerleşim birimi bazında;

- İkili koruma (istenmeyen gebeliklerden ve CYBE/HIV bulaşmasından korunma) sağlanması için prezervatif kullanımı genel gebelikten koruyucu yöntemler arasında 2008 yılına kadar %20, 2013 yılına kadar %30 oranına ulaştırılacaktır.
- 2011 yılına kadar bir yıllık HIV insidansı 2007 yılında belirlenen düzeyinde tutulacak, 2015 yılına kadar ise 2010 yılı düzeyinden %10 azaltılacaktır.
- 2011 yılına kadar bir yıllık gonore insidansı 2007 yılında belirlenen düzeyinde tutulacak, 2015 yılına kadar ise 2011 yılı düzeyinden %30 azaltılacaktır.
- 15-24 yaşları arasındaki genç kadın ve erkeklerin 2010 yılına kadar %95’inin HIV enfeksiyonundan zarar görme ihtimallerini azaltmak için gerekli hizmetlere (kadın ve erkek prezervatifleri gibi koruyucu yöntemler, gönüllü test yaptırma, danışmanlık ve takip) erişimleri sağlanacaktır.
- 15-24 yaşları arasındaki genç kadın ve erkeklerin HIV enfeksiyonundan zarar görme ihtimallerini azaltmak için gerekli hizmetlere erişim oranının en düşük olduğu bölge ile en yüksek olduğu bölge arasındaki fark ile en düşük olduğu yerleşim birimi ile en yüksek olduğu

<sup>12</sup> Bu hedef DSÖ Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Bölgesel Stratejileri, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2001 paralelinde konmuştur. Bu konudaki uluslararası ve ulusal politika ve strateji dokümanlarında yer alan hedefler Ek 2’de bulunabilir. (Ek 2: Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Uluslararası ve Ulusal Politika ve Strateji Dokümanlarında Yer Alan Hedefler)

yerleşim birimi arasındaki fark 2010 yılına kadar %50 azaltılacaktır.

- 2012 yılına kadar, nüfusu 50.000'in üzerindeki kentlerde ve yerleşim birimi fark etmeksizin Kuzey, Batı ve Güney Anadolu bölgelerinde hizmet birimlerinde sunulan üç farklı modern yöntemden en az birinin ikili koruma sağlayan (gebelik ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan koruyucu) bir yöntem olması sağlanacaktır; 2015 yılına kadar bölge ve yerleşim birimi fark etmeksizin tüm Türkiye'ye yaygınlaştırılacaktır.
- 2015 yılına kadar, yıllık bazda, tespit edilen veya tedavi için başvuran CYBE vakalarının en az %80'inin etkili bir şekilde teşhis ve tedavi edilmesi sağlanacaktır.

### 3.4. DOĞRUDAN SORUNUN ÇÖZÜMÜNE YÖNELİK GİRİŞİMLER:

- 2012 yılına kadar, nüfusu 50.000'in üzerindeki kentlerde ve yerleşim birimi fark etmeksizin Kuzey, Batı ve Güney Anadolu bölgelerindeki hizmet birimlerinde sunulan üç farklı modern yöntemden en az birinin ikili koruma sağlayan (gebelik ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan koruyucu) bir yöntem olması sağlanacaktır; 2015 yılına kadar bölge ve yerleşim birimi fark etmeksizin tüm Türkiye'ye yaygınlaştırılacaktır.
- HIV ve anahtar CYBElerin risk altındaki nüfusun yanında toplumun diğer kesimlerine yayılma düzeylerine ışık tutması açısından düzenlenecek bir araştırma 2006 yılına kadar tamamlanacaktır. Bu araştırma sonuçları, mevcut bildirim verileri ve risk altındaki nüfusta yapılan araştırmalar ile ülke çapında CYBEler ve HIV/AIDS ile ilgili mevcut durumu analiz eden bir rapor 2007 yılına kadar hazırlanacaktır.
- CYBE/HIV/AIDS olgularının tespiti, teşhisi ve tedavisinin etkili bir şekilde yapılması için herhangi bir CS/ÜS hizmeti için başvuran her kişide risklerin değerlendirilmesi, belirti ve bulguların sorgulanması ve şüpheli vakalarda teste yönlendirilmesinin teşvik edilmesi için mevcut performans ve puanlama sisteminde gerekli düzenlemeler 2006 yılına kadar gerçekleştirilecektir.
- CYBE/HIV/AIDS sıklığının artmasının engellenmesi ve azaltılması için Kuzey, Batı ve Güney Anadolu bölgelerinin her birine özgü eylem planları 2007 yılında oluşturulacaktır. Bu eylem planları bölge dahilindeki kentsel, kırsal ve gecekondü alanlarını ayrı ayrı ele alacak, sağlık hizmetleri açısından merkez ve taşra teşkilatlarını hem bütüncül ve hem ayrı ele alacak ve en geç 2008 yılına kadar uygulamaya konacaktır.
- CYBElerin ve HIV/AIDS sıklığının artmasının engellenmesi ve azaltılması çerçevesinde 2010 ve 2015 yılı hedeflerine bölgesel olarak erişilmesi için Kuzey, Batı ve Güney Anadolu bölgelerinde çeşitli teşvik mekanizmaları oluşturulacak ve en geç 2008 yılında eylem planları ile paralel bir şekilde uygulamaya konacaktır.
- 2012 yılına kadar başta nüfusu 50.000'in üzerindeki kentlerde ve yerleşim birimi fark etmeksizin Kuzey, Batı ve Güney Anadolu bölgelerinde olmak üzere tüm birinci basamak sağlık hizmeti veren birimlerde (mevcut sistemde sağlık evleri, sağlık ocakları, AÇSAP merkezleri; aile hekimliği sisteminde aile hekimi muayenehaneleri, vb.) ikili koruma sağlayan

en az bir yöntem bilgisi ve hizmeti sunulmasının sağlanması için gerekli malzeme ve eğitimli personel altyapısı oluşturulacaktır.

- 2008 yılına kadar HIV/AIDS ile şüpheli ilk temasta etkili tedavi imkanları birinci basamak sağlık hizmet birimlerinde bu konuda eğitilmiş personelle hizmete sokulacaktır. Bu hizmet özellikle adolesanlara ve cinsel tecavüz mağdurlarına yönelik olarak verilecek ve 2015 yılına kadar adolesanlara hizmet veren tüm CS/ÜS hizmet birimlerinde verilmesi sağlanacaktır.

### 3.5. ÖNERİLEN İŞBİRLİĞİ VE EŞGÜDÜM ALANLARI:

CYBE/HIV/AIDS sıklığının artmasının engellenmesi ve azaltılması ile ilgili hedeflere etkili bir şekilde ulaşılması için,

- CYBE/HIV/AIDS'ten korunmak için gerekli bilgi, tutum ve becerilerle ilgili konularının orta öğrenimde sağlık eğitimi kapsamına alınması, eğitimde her iki cinsiyetin eşit haklara ve sorumluluğa sahip olduğu mesajının verilmesi ve gençlerin riskli davranışlar ve karar verme konularındaki bilgi ve becerilerinin geliştirilmesine yönelik eğitimler için Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) ile,
- CYBE/HIV/AIDS'ten korunmak için gerekli bilgi, tutum ve becerilerle ilgili konularının gençlere yönelik okul dışı eğitim programlarında yer almasının sağlanması, eğitimde her iki cinsiyetin eşit haklara ve sorumluluğa sahip olduğu mesajının verilmesi ve gençlerin riskli davranışlar ve karar verme konularındaki bilgi ve becerilerinin geliştirilmesine yönelik eğitimler için Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) ve gençlere yönelik çalışmalar yapan STKlar ile yerel ve ulusal düzeyde,
- Okul dışı gençlere ulaşmanın bir diğer yolu olan sosyal buluşma alanlarına odaklanılarak akran eğitiminin formel veya informal kanallarla yapılmasının sağlanması için akran eğitimi konusunda tecrübeli uluslararası kuruluşlar ve ulusal ve yerel STK'lar ile,
- Toplumsal cinsiyet konusundaki bilincin artırılması, savunmasız bir grup olan kadınların toplumsal statülerinin güçlendirilmesi ve üreme hakları ve cinsel haklarının farkında olmaları için savunuculuk çalışmaları yapılması konusunda Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü (KSSGM), akademik kuruluşlar ve STK'lar ile yerel ve ulusal düzeyde,
- CYBE/HIV/AIDS'ten korunma ve sendromik yaklaşım ile tanı ve tedavileri konusunda bilgi, tutum ve becerilerin kazandırılması için sağlık profesyonellerinin hizmet öncesi eğitimlerinin (tıp, hemşirelik ve ebellek eğitimleri) güçlendirilmesi konusunda ilgili eğitimleri veren fakülteler, yüksek okullar ve Yüksek Öğretim Kurumu ile,
- Özellikle nüfusu 50.000'in üzerindeki kentlerde ve yerleşim birimi fark etmeksizin Kuzey, Batı ve Güney Anadolu bölgelerinde, HIV ve diğer CYBElerin bulaşmasını engelleyen ,yani ikili koruma sağlayan gebeliği önleyici yöntemlerin çeşitli sosyal ve kültürel açılardan (din, gelenekler, vb.) incelenmesi ve bu konuda doğru ve yanlış bilgilerin halkla paylaşılmasının sağlanması için Diyanet İşleri Başkanlığı ve çeşitli STK'lar ile ulusal düzeyde işbirliklerinin yanı sıra yerel sağlık yönetimlerinin ve sağlık kurumlarının buldukları yerleşim biriminde

bireylerin kadın ve erkek prezervatifi kullanımı üzerinde etkili olabilecek kişiler ve kurumlar ile,

- CYBE/HIV/AIDS bulaşma ve korunma yollarının ve bu çerçevedeki hizmetlerin halk tarafından bilinmesi için, özellikle nüfusu 50.000'in üzerindeki kentlerde ve yerleşim birimi fark etmeksizin Kuzey, Batı ve Güney Anadolu bölgelerinde yerel basın organları (televizyon, radyo ve gazeteler) ile,
- Sürveyans sistemine geribildirim sağlamak için, HIV/AIDS'in yayılımının izlenmesini hedefleyen akademik çalışmalar yapan akademik kurumlar ile,
- Ticari seks işçilerinin prezervatif olmaksızın birleşmeyi reddetmesinin cesaretlendirilmesini sağlamak için sosyal mobilizasyon çalışmaları yürütebilecek ilgili ulusal ve yerel STKlar ile, işbirliklileri geliştirilmesi ve eşgüdüm sağlanması önerilmektedir.



## 4. GENÇLERİN CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI DÜZEYLERİNİN YÜKSELTİLMESİ

### 4.1. İLKELER:

- Gençlerin birçok CS/ÜS sorunu ve bunların sonuçları açısından (CYBEler, CYBElere bağlı komplikasyonlar ve ölüm, adolesan gebelikleri, istenmeyen gebelikler, anne ölümleri, vb.) daha savunmasız oldukları göz önünde bulundurulmalıdır.
- Gençlerin CS/ÜS ihtiyaçları yetişkinlerden farklıdır. Bu nedenle CS/ÜS hizmetleri gençlerin ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde, yani 'genç dostu' bir şekilde sunulmalıdır.
- Genç dostu CS/ÜS hizmetleri sunan merkezlerde başta danışmanlık ve gebeliği önleyici yöntemler olmak üzere şu niteliklerde hizmetlerin sunulması gerekir: Genç insanları cezpedecek bir ortamda; mahremiyete, ve gençlerin kişilik haklarına ve insanlık onuruna saygılı; ebeveyn onamı aranmayan; ücretsiz veya gençler tarafından karşılanabilir bedeller ile; adolesan CS/ÜS hizmetleri vermek için gerekli bilgi, beceri ve tutuma sahip personel tarafından; gençlerin erişimi için uygun saatlerde hizmetler sunulmalıdır.
- Gençlere yönelik çeşitli boyutlardaki CS/ÜS çalışmaları geliştirilirken (ulusal ve yerel düzeyde politika ve strateji geliştirme, program ve proje oluşturma, eğitim planlaması ve verilmesi, hizmetlerin planlanması ve verilmesi, sosyal mobilizasyon çalışmaları, vb.) gençlerin içinde buldukları sosyal, kültürel ve ekonomik bağlam göz önünde bulundurulmalı, gençlerin çalışmalara aktif katılımı sağlanmalıdır.
- Gençlerin CS/ÜS düzeyinin yükseltilmesi çerçevesinde sağlık hizmetlerinde 'tedavi edici' ve 'tıbbi' bakış açısı ile birlikte ve daha da önemli olarak 'koruyucu' ve 'önleyici' bir yaklaşım sunulması gençler sağlıklarını kaybetmeden önce, ortaya çıkabilecek sorunlar ve sonuçlarının daha etkili bir şekilde, daha düşük maliyetle ve daha insancıl bir şekilde çözülmesini sağlayacaktır.

### 4.2. ÖNCELİKLİ COĞRAFİ BÖLGELER VE YERLEŞİM BİRİMLERİ:

Adolesan gebelikleri açısından

- Doğu Anadolu bölgesi
- Kırsal ve gecekondu yerleşim birimleri

Gençlerde güvenli cinsellik açısından

- Batı Anadolu bölgesi
- Gecekondu ve kentsel yerleşim birimleri

#### 4.3. HEDEF:

**Adolesan gebelikleri tüm Türkiye’de ve coğrafi bölgeler ve yerleşim birimleri bazında 2013 yılına kadar %50 oranında, azaltılacaktır<sup>13</sup>. Bu çerçevede Türkiye genelinde 2003 yılı için %7,5 olarak tespit edilen adolesanlar arasında çocuk doğurmaya başlayanların yüzdesi 2013 yılında %3,8’e düşürülecektir. Her bir coğrafi bölge ve yerleşim biriminin 2013 yılı hedefi 2003 yılı mevcut durumunun %50 azaltılması şeklinde ayrı ayrı belirlenecektir.**

**2015 yılına kadar tüm Türkiye’de ve coğrafi bölgeler ve yerleşim birimleri bazında, genç dostu CS/ÜS hizmetlerine erişim her 150.000 gence bir genç dostu CS/ÜS hizmetleri veren birim düşecek şekilde arttırılacaktır<sup>14</sup>.**

**Ayrıca bölge ve yerleşim birimleri arasındaki farklılıklar da 2015 yılına kadar %50 oranında azaltılacaktır. Bu çerçevede adolesanlar arasında çocuk doğurmaya başlayanların yüzdesi ve genç dostu CS/ÜS hizmetlerine erişebilen gençlerin oranının en yüksek olduğu bölge ve en düşük olduğu bölge arasındaki ve en yüksek olduğu yerleşim birimi ile en düşük olduğu yerleşim birimi arasındaki fark 2015 yılına kadar %50 azaltılacaktır.**

Bu hedefe ulaşmak için ülke genelinde, coğrafi bölgeler ve yerleşim birimi bazında;

- 2015 yılına kadar gençlerin %90’nının tüm cinsel ilişkilerinde kendilerini CYBE ve istenmeyen gebeliklerden korumaları sağlanacaktır.
- 2013 yılına kadar gençlerin (15-24 yaş) %50’sinin, 2015 yılına kadar ise %75’inin ilk cinsel

<sup>13</sup> Bu hedef Sağlık 21: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi için Herkes için Sağlık Politikası, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 1999 ve DSÖ Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Bölgesel Stratejileri, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2001 paralelinde konmuştur. Bu konudaki uluslararası ve ulusal politika ve strateji dokümanlarında yer alan hedefler Ek 2’de bulunabilir. (Ek 2: Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Uluslararası ve Ulusal Politika ve Strateji Dokümanlarında Yer Alan Hedefler)

<sup>14</sup> Bu hedef Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, Eylem Programı, 1994 (UNKK), UNKK Eylem Programı Uygulamalarının İlerletilmesi için Kilit Eylemler, 1999 (UNKK+5), Binyılın Kalkınma Hedefleri, Binyıl Zirvesi, 2000 (BKH) ve DSÖ Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Bölgesel Stratejileri, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2001 paralelinde konmuştur. Bu konudaki uluslararası ve ulusal politika ve strateji dokümanlarında yer alan hedefler Ek 2’de bulunabilir. (Ek 2: Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Uluslararası ve Ulusal Politika ve Strateji Dokümanlarında Yer Alan Hedefler)

ilişkilerinde kendilerini CYBE ve istenmeyen gebeliklerden korumaları sağlanacaktır.

- 15-24 yaşları arasındaki genç kadın ve erkeklerin 2010 yılına kadar da %95'inin HIV enfeksiyonundan zarar görme ihtimallerini azaltmak için gerekli hizmetlere (kadın ve erkek prezervatifleri gibi koruyucu yöntemler, gönüllü test yaptırma, danışmanlık ve takip) erişimleri sağlanacaktır.
- 2010 yılına kadar genç dostu CS/ÜS hizmetlerine erişim, her 250.000 gence bir genç dostu CS/ÜS hizmetleri veren birim düşecek şekilde arttırılacaktır. 2010 yılına kadar gençlerde HIV/AIDS insidansı 2007 yılında belirlenen düzeyinde tutulacak, 2015 yılına kadar ise 2010 yılı düzeyinden %10 azaltılacaktır.
- Gençlerde gonore insidansı 2011 yılına kadar %50, 2015 yılına kadar %75 azaltılacaktır.
- 15-24 yaşları arasındaki genç kadın ve erkeklerin HIV enfeksiyonundan zarar görme ihtimallerini azaltmak için gerekli hizmetlere (kadın ve erkek prezervatifleri gibi koruyucu yöntemler, gönüllü test yaptırma, danışmanlık ve takip) erişim oranının en düşük olduğu bölge ile en yüksek olduğu bölge arasındaki fark ile en düşük olduğu yerleşim birimi ile en yüksek olduğu yerleşim birimi arasındaki fark %50 azaltılacaktır.

#### 4.4. DOĞRUDAN SORUNUN ÇÖZÜMÜNE YÖNELİK GİRİŞİMLER:

- 2008 yılına kadar gençlerin CS/ÜS ile ilgili davranış, tutum ve bilgi düzeylerine yönelik (adolesan gebelikleri, istenmeyen gebelikler, cinselliğe başlama yaşı, güvenli cinsellik gibi alanlarda) kalitatif ve kantitatif yöntemlerle bir araştırma yaparak ülke genelinde ve bölgeler ve yerleşim birimi bazındaki mevcut durum ortaya konacaktır. Bu araştırma özellikle okul dışındaki gençlerle ilgili mevcut durumu ortaya koymayı hedefleyecektir.
- Adolesan gebeliklerinin azaltılması için Doğu Anadolu bölgesine özgü bir eylem planı 2006 yılında oluşturulacaktır. Bu eylem planı bölge dahilindeki kentsel, kırsal ve gecekond alanlarını ayrı ayrı ele alacak, sağlık hizmetleri açısından merkez ve taşra teşkilatlarını hem bütüncül ve hem ayrı ele alacak ve en geç 2007 yılına kadar uygulamaya konacaktır.
- Adolesan gebeliklerinin azaltılması çerçevesinde 2013 yılı hedefine bölgesel olarak erişilmesi için Doğu Anadolu bölgesinde çeşitli teşvik mekanizmaları oluşturulacaktır ve en geç 2006 yılında eylem planları ile paralel bir şekilde uygulamaya konacaktır.
- Gençlerde güvenli cinsellik davranışlarının yaygınlaştırılması için Batı Anadolu bölgesine özgü bir eylem planı 2006 yılında oluşturulacaktır. Bu eylem planı bölge dahilindeki kentsel, kırsal ve gecekond alanlarını ayrı ayrı ele alacak, sağlık hizmetleri açısından merkez ve taşra teşkilatlarını hem bütüncül ve hem ayrı ele alacak ve en geç 2007 yılına kadar uygulamaya konacaktır.
- Gençlerde güvenli cinsellik davranışının yaygınlaştırılması çerçevesinde 2015 yılı hedefine bölgesel olarak erişilmesi için Batı Anadolu bölgesinde çeşitli teşvik mekanizmaları oluşturulacaktır ve en geç 2006 yılında eylem planları ile paralel bir şekilde uygulamaya konacaktır.

- 2012 yılına kadar, başta nüfusu 50.000'in üzerindeki kentlerde ve yerleşim birimi fark etmeksizin Batı Anadolu bölgesinde olmak üzere genç dostu CS/ÜS hizmetleri veren birimlerin hedefler çerçevesinde yaygınlaştırılması için gerekli malzeme ve eğitimli personel altyapısı oluşturulacaktır.
- HIV/AIDS ile şüpheli ilk temasta etkili tedavi imkanlarının 2015 yılına kadar adolesanlara hizmet veren tüm CS/ÜS hizmet birimlerinde verilmesi sağlanacaktır.

#### 4.5. ÖNERİLEN İŞBİRLİĞİ VE EŞGÜDÜM ALANLARI:

Gençlerin CS/ÜS düzeyinin yükletilmesi ile ilgili hedeflere etkili bir şekilde ulaşılması için,

- Aile planlaması, gebelikten koruyucu yöntemler, CYBE/HIV/AIDS, üreme hakları ve cinsel haklar konularının orta öğrenimde sağlık eğitimi kapsamına alınması ve eğitimde her iki cinsiyetin eşit haklara ve sorumluluğa sahip olduğu mesajının verilmesi için MEB ile,
- Aile planlaması, gebelikten koruyucu yöntemler, CYBE/HIV/AIDS, üreme hakları ve cinsel haklar konularının gençlere yönelik okul dışı eğitim programlarında yer almasının sağlanması ve eğitimde her iki cinsiyetin eşit haklara ve sorumluluğa sahip olduğu mesajının verilmesi için Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) ve gençlere yönelik çalışmalar yapan sivil toplum kuruluşları (STK) ile yerel ve ulusal düzeyde, işbirlikleri geliştirilmesi ve eşgüdüm sağlanması önerilmektedir. Bu eğitimlerde özellikle genç kızların öz güvenlerinin ve 'karar verme' becerilerinin geliştirilmesi ön plana çıkarılmalıdır.
- Gençlerin eğitiminde Türk Silahlı Kuvvetleri ile işbirliği ile silahaltındaki erlere yönelik davranış değişikliği iletişimi çalışmaları yapılması önerilmektedir.

## 5. SAĞLIK SİSTEMİNE YÖNELİK YAPISAL GİRİŞİMLER

Ülkemizdeki öncelikli CS/ÜS sorunlarının giderilmesi ve CS/ÜS düzeyinin yükseltilmesi için sağlık sistemine yönelik bir dizi girişim gerekmektedir. Bu girişimlerin bir kısmı belirli sorun alanlarına yönelik olmakla birlikte büyük bir kısmı sistemin bütününe ilgilendirmektedir. Bu girişimler aşağıda ele alınmaktadır:

### 5.1. SAĞLIK ENFORMASYON SİSTEMLERİ

Hem Sağlık Bakanlığı'na ve diğer kamu kurumlarına bağlı sağlık hizmeti veren kuruluşlardan, hem de özel kuruluşlarından düzenli vaka bildirimini ve veri akışının sağlanması sağlık enformasyon sistemleri açısından en önemli girişimi oluşturmaktadır.

Öncelikli sorunlar açısından incelendiğinde ise aşağıdaki girişimler ön plana çıkmaktadır:

#### Anne ölümlerinin azaltılması açısından

- Gebelikler, doğumlar ve anne ölümlerinin ülke çapında izlenebilmesi ve veri toplanabilmesi için geçerli ve güvenilir bir mekanizma 2008 yılına kadar kurulacaktır.

#### İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi açısından

- Gebeliği önleyici yöntem kullanımına ilişkin bilgiler, kamu ve özel sağlık kuruluşlarından yapılan bildirimlerin yanı sıra Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) ile edinilmeye devam edilecektir.

#### CYBE/HIV/AIDS sıklığının artmasının engellenmesi ve azaltılması açısından

- HIV ve CYBElerin ülkemizdeki yaygınlığı ve sorunun boyutlarını değerlendirmeye yönelik değerlendirme raporları, ilki 2007 yılında olmak üzere dört yılda bir hazırlanacaktır. Bu raporların mevcut durumu sağlıklı bir şekilde yansıtması için mevcut bildirimler ve yapılan küçük çaplı araştırmalardan faydalanılacak, gerekli duyulan alanlarda ve zamanlarda orta ve büyük çaplı araştırmalar düzenlenecektir. Bu açıdan risk altındaki nüfusta (eşcinseller, ticari seks işçileri ve damar içi madde kullananlar) yapılan araştırmaların yanı sıra diğer toplum kesimleri ve çeşitli farklı bölgelerde de araştırmalar yapılması ihtiyacı doğabilir. Mevcut durumun gerçekçi bir şekilde ortaya konması için gerektiğinde bu araştırmalar uygun gruplarda ve boyutlarda gerçekleştirilmelidir.
- CYBE/HIV/AIDS sürveyans sistemi oluşturularak 2007 yılına kadar devreye sokulacaktır. Oluşturulan sisteme özel sektörde tespit edilen vakaların dahil olması önem taşımaktadır. Kurulacak sürveyans sisteminin bireylerin mahremiyetine saygılı ve özel bilgilerinin kesin gizliliğini sağlayacak şekilde kurulması önem taşımaktadır.

## Gençlerin CS/ÜS düzeyinin yükseltilmesi açısından

- Gençlerin CS/ÜS ile ilgili davranış, tutum ve bilgi düzeylerine yönelik (adolesan gebelikleri, istenmeyen gebelikler, cinselliğe başlama yaşı, güvenli cinsellik gibi alanlarda) kalitatif ve kantitatif yöntemlerle yapılacak araştırmalar ilki en geç 2008 yılında olmak üzere beş yılda tekrar edecek şekilde düzenlenecektir. Bu araştırmalar özellikle okul dışındaki gençleri hedefleyerek onlarla ilgili mevcut durumu ortaya koymaya çalışacaktır.

## 5.2. HİZMET YAPISI

Sağlık sisteminde hizmet yapısı açısından önemli bir girişim 2010 yılına kadar tüm ülkede hizmetlerin, ‘güvenli annelik’, ‘acil obstetrik bakım’, ‘aile planlaması’, ‘CYBE/HIV/AIDS’ ve ‘genç insanlar için CS/ÜS’yi içeren ‘Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet Çerçevesi’ne oturtulmasıdır<sup>15</sup>. Bu hizmetlerde:

- Annelerde hastalık ve ölümlerin engellenmesi için gebelik öncesi, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası süreçlerle ilgili hizmetler bütüncül olarak ele alınacaktır.
- CYBElerde sendromik vaka yönetimi<sup>16</sup> çerçevesinde CYBE/HIV/AIDS olgularının teşhis ve tedavisinin yanı sıra riskin ve/veya enfeksiyonun tekrarlanmaması için davranış değişikliğine yönelik danışmanlık hizmetleri verilmesi ön plana çıkarılacaktır.
- Gençlere yönelik hizmetlerin ‘genç dostu’ olmasına ve gençlerin uygun davranışları kazanması için davranış değişikliğine yönelik danışmanlık hizmetleri verilmesi ön plana çıkarılacaktır.
- Hizmetlerin toplumsal cinsiyet kavramına duyarlı bir şekilde, toplumun sosyal ve kültürel yapısına saygılı, ancak bireyin üreme hakları ve cinsel haklarını koruyan bir şekilde verilmesine özen gösterilecektir.

Hizmet çerçevelerinin kurumlar ve çalışanlar bazında uygulanma durumunun incelenmesi için saha ziyaretlerini de içerecek şekilde izleme ve değerlendirme çalışmaları planlanacak ve uygulanacaktır.

---

<sup>15</sup> ‘Güvenli Annelik için Hizmet Çerçevesi’, ‘Acil Obstetrik Bakım Çerçevesi’, ‘Aile Planlaması Çerçevesi’, ‘Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve HIV/AIDS’in Yönetim Çerçevesi’ ve ‘Genç İnsanlar İçin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet Çerçevesi’ SB-AB işbirliğinde yürütülen Türkiye Üreme Sağlığı Programı için hazırlanan ‘Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetleri için Bir Çerçeve’ dokümanı kapsamında yer almaktadır. Bu çerçeve dokümanının dinamik bir şekilde sürekli güncellenmesi amaçlanmaktadır (TÜSP Haziran 2004).

<sup>16</sup> CYBElerde Sendromik Vaka Yönetimi Yaklaşımı özellikle birinci basamak kurumlara yönelik olarak geliştirilmiş ve hızla tedaviye başlanmasını amaçlayan bir yaklaşımdır. Sık karşılaşılan CYBElere odaklanılarak benzer belirti ve bulguları veren ‘sendrom grupları’ ele alınır ve algoritmalar yardımı ile tanı konularak tedaviye ilk ziyarette başlanır. Bu yaklaşım komplike laboratuvar testlerinin yapılmasını gerektirmez. Bir kişide birden fazla CYBE bulunabileceğini göz önüne alır ve enfeksiyonun tekrarlanmaması için eş tedavisi ve davranış değişikliğine yönelik danışmanlık hizmetlerini içerir. (Gergen 2000)

Ayrıca, yaş (ör: adolesanlar), cinsiyet, medeni hal, etnik köken, dil bilme durumu, gelir düzeyi ve diğer unsurların, ihtiyaç duyanların CS/ÜS hizmetlerine erişimine engel olmamasını güvence altına alan düzenlemeler 2010 yılına kadar yapılacaktır.

Öncelikli sorunlar açısından incelendiğinde ise aşağıdaki girişimler ön plana çıkmaktadır:

#### Anne ölümlerinin azaltılması açısından

- Acil obstetrik hizmetlerin kalitesi ve erişilebilirliğinin artırılması için 2010 yılına kadar etkili bir basamaklandırma ve sevk sistemi ortaya konacak ve etkili ve verimli bir şekilde işlemesi sağlanacaktır.

#### CYBE/HIV/AIDS sıklığının artmasının engellenmesi ve azaltılması açısından

- Birinci basamakta CYBE tanısı, tedavi ve danışmanlığının etkili bir şekilde gerçekleştirilmesi için sendromik yaklaşımla hazırlanan ulusal rehberler 2006 yılına kadar hazırlanacak/güncellenecektir. Rehberler 2010 yılına kadar tüm Türkiye’de uygulamaya konacak ve uygulanma durumu saha izlemlerini de içerecek değerlendirilecektir.
- Toplumda CYBE/HIV/AIDS’in yayılmasını engellemek, mevcut olguların tespiti, teşhisi ve tedavisinin etkili bir şekilde yapılmasını sağlamak için yüksek risk altındaki grupların taranmaya teşvik edilmesini, teşhis ve tedavilerinin etkili bir şekilde yapılmasını kurumsal ve bireysel düzeyde teşvik edecek bir sistem 2008 yılına kadar oluşturulacaktır.
- İkinci basamak sağlık kurumlarında, HIV/AIDS vakalarının tedavisi, HIV enfekte anneden bebeğe geçişin engellenmesi, HIV/AIDS hastalarının haklarının korunması ve insanlık onuruna yakışır bir şekilde hizmet almalarının sağlanması için uygun alt yapı ve eğitimler 2010 yılına kadar gerçekleştirilecektir.
- Test öncesi ve sonrası danışmanlık hizmeti verme olanaklarına sahip, gönüllülük ve gizlilik esasına dayalı test merkezlerinin kamu, özel ve STK’lar bünyesindeki sağlık kuruluşlarında kurulması desteklenecektir.
- 2008 yılına kadar 2007 CYBE/HIV/AIDS değerlendirme raporu sonuçları çerçevesinde, tıbbi işlemler sırasında kan yolu ile bulaşmanın önlenmesi ile ilgili bir strateji geliştirilecektir.

### 5.3. İNSAN KAYNAĞININ GELİŞTİRİLMESİ

Sağlık sistemi insan kaynakları açısından ele alındığında, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinin hizmet çerçeveleri ve Stratejik Eylem Planı’nda belirlenen hizmet standartlarında, belirlenen sayıda ve dağılımda hizmet merkezinde uygulanabilmesi için gerekli tüm sağlık profesyonelleri iş tanımlarına ve görev yerlerine uygun şekilde 2008 yılına kadar eğitilecektir.

Belirli bir pozisyon ve görev yeri için eğitilen personelin bu görev yerinde kalması ve kazandığı niteliklere uygun görevler alması için uygun bir atama ve liyakat sistemi 2008 yılına kadar geliştirilecektir. Bu sistemde özellikle:

- Her birinci basamak sağlık biriminde en az üç gebelikten koruyucu yöntem bilgisi ve hizmeti sunma kapasitesine sahip bir sağlık personeli bulunmasına,
- Sağlık evleri dışında her birinci basamak sağlık biriminde CYBE/HIV/AIDS'in önlenmesi ve sendromik yaklaşım ile tanı ve tedavisinin uygulanması için gerekli kapasiteye sahip en az bir sağlık personeli bulunmasına,
- Her 100.000 genç nüfusa bir genç dostu hizmet birimi düşeceği göz önünde bulundurularak bu merkezlerde en az bir eğitilmiş personelinin bulunmasına dikkat edilecektir.

CS/ÜS hizmetleri veren personelin hizmet içi eğitimlerde toplumsal cinsiyet kavramı, üreme hakları ve cinsel haklar, CYBElerin sendromik yaklaşım ile tedavisi, gebelikten koruyucu yöntemler, güvenli annelik ve gençlere yönelik CS/ÜS hizmetleri konularında uygun bilgi, tutum ve becerileri kazanacak şekilde eğitilmeleri 2008 yılına kadar sağlanacaktır.

Alınan eğitimlerin geçerlilik süresinin olması sağlanacak, sağlık personelinin yeniden eğitim alması ve bu sayede güncel bilgi ve becerileri takip etmesi teşvik edilecektir.

#### 5.4. YÖNETİMİN GÜÇLENDİRİLMESİ

Doğum öncesi, sırası ve sonrası hizmetlerin sunulması, istenmeyen gebeliklerin engellenmesi ve aile planlaması hizmet ihtiyacının karşılanması, CYBE/HIV/AIDS sıklığının artışının durdurulması ve azaltılması ve gençlerin CS/ÜS düzeyinin yükseltilmesi için istenen nitelikte ve nicelikte hizmetlerin sunulması için coğrafi bölgeler ve yerleşim birimleri arası eşitsizliklerin azaltılması gereklidir. Bunun için bölgenin ve yerleşim biriminin özelliklerini ve hizmet ihtiyacını bilen ve hizmetleri bu yaklaşım ile yönetecek yöneticilerin, performansları çerçevesinde görevlerinde sürekli kalması sağlanacaktır. Bu çerçevede, alınan eğitimler, sağlık sonuçları açısından sağlanan başarılar ve tecrübeyi ön plana çıkaran ve gönüllülük esasında dayanan uygun bir atama ve liyakat sistemi 2008 yılına kadar ortaya konacaktır. Yönetim pozisyonlarında yer alma istekliliğinin az olduğu bölgelerde ise mali teşvikler ile talep yaratılmaya çalışılacaktır.

#### 5.5. KAYNAK TAHSİSİ

Ulusal Stratejik Eylem Planı'nda belirtilen öncelikli alanlar (anne ölümlerinin azaltılması, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, CYBE/HIV/AIDS sıklığının artışının engellenmesi ve azaltılması, gençlerin CS/ÜS düzeyinin yükseltilmesi, CS/ÜS açısından bölgeler ve yerleşim birimleri arasındaki eşitsizliklerin giderilmesi) ülke çapında sağlık sisteminde öncelikli sağlık sorunları ve bunlara yönelik müdahaleler olarak ele alınacaktır. Bu çerçevede:

- Kaynak aktarımında bu alanlara yönelik hizmetlere öncelik verilmesi için 2010 yılına kadar bir sistem geliştirilecektir. Bu sistemin günlük uygulamalarla ilgili hususları net bir şekilde tanımlanmasına dikkat edilecektir.



- Öncelikli alanlarda hizmet veren sağlık personeline ek mali teşvik verilmesi konusunda çalışmalar 2008 yılına kadar tamamlanacaktır. Bu teşvik eşitsizliklerin azaltılmasına yönelik bölgelerde ve yerleşim birimlerinde çalışan personel için daha yüksek olacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde gerçekleştirilecek Genel Sağlık Sigortası veya oluşturulabilecek diğer sağlık finansman ve hizmet sunum modelleri kapsamında aşağıdaki hizmetlerin temel teminat paketi kapsamında yer alması sağlanacak, bu hizmetler için halktan ek ücret talep edilmeyecektir:

- Gebelik ve doğumla ilgili hizmetler
- Aile planlaması hizmetleri
- Gençlere yönelik CS/ÜS hizmetleri
- CYBE/HIV/AIDS ile ilgili tarama ve tanı hizmetleri (Bu alanlardaki tedavi hizmetlerinin bedellerinin karşılanması ülkenin öncelikleri doğrultusunda maliyet/etkililik ilkesi göz önüne alınarak Sağlık Bakanlığı ve SSK'nın müşterek kararı ile uygulanacaktır)

Ayrıca bu hizmetler çerçevesindeki ilaçlar (ör: antibiyotikler) ve gebeliği önleyici yöntemler (ör: rahim içi araçlar) genel sağlık sigortası ve/veya tüm geri ödeme modelleri kapsamında temel ilaç listesinde yer alacaktır.

### Kaynak İhtiyacı ile İlgili Tahmin

Bu bölümde sıralanmış olan kaynak tahsisi ile ilgili genel esasların yanında Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Sağlık Sektörü için Ulusal Stratejik Eylem Planı – 2005-2015'te belirtilen hedeflere ulaşmak için kimi zaman proje esaslı dikey programlar uygulamak ihtiyacı vardır. Her dikey program (proje) kendi iç amaçlarını gerçekleştirmek üzere bütçelendirilecektir. Bu tür projelerin finansmanında asıl kaynak milli bütçe olmakla birlikte sivil toplum kuruluşlarının, uluslararası kuruluşların, Avrupa Birliği programlarının mali kaynaklarından yararlanılabilir. Ayrıca kalkınma projelerine destek veren uluslararası finans kuruluşlarından sağlanacak ikrazlardan yararlanılabilir.

Bu dokümanda çerçevesi açıklanan politikaların eyleme dönüşerek sonuç vermesi için gereken toplam kaynağın 1,5 milyar ABD Doları kadar olacağı tahmin edilebilir. Bu rakam Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi 'Herkes için Sağlık' veri tabanına göre 2002 yılı itibari ile Türkiye'de kişi başına sağlık harcaması olan 294 ABD Doları sağlık harcamasının<sup>17</sup> %10'u olan 29,4'ün, bu politika kapsamındaki öncelikli hedef grubu oluşturduğu tahmin edilen 50.852.945<sup>18</sup> ile

<sup>17</sup> Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi 'Herkes için Sağlık' veri tabanında Türkiye için yayımlanmış olan en yakın tarihli veridir. Bu rakam satınalım gücü paritesine göre hesaplanmış olan DSÖ tahminidir. Kaynak: European health for all database (HFA-DB) World Health Organization Regional Office for Europe, Updated: January 2005 (<http://data.euro.who.int/hfadb> , 26 Mayıs 2005)

<sup>18</sup> Bölge, yerleşim birimlerine göre tüm stratejiler için öncelikli nüfuslar (cinsiyet ve yaş dağılımları ile) incelendiğinde nüfusun yaklaşık %75'inin stratejilerden bir veya bir kaçına dahil olduğu tahmin edilmektedir. Bu nedenle 2000 yılı nüfus sayımı sonucu olan 67.803.927'in %75'i olan 50.852.945 hedef gruptaki nüfus olarak alınmıştır.

çarpımından elde edilmiştir ( $29,4 \times 50.852.945 = 1.495.076.583$  ABD Doları).

Doğaldır ki şu anda bu çalışmaların bir kısmı hali hazırdaki rutin hizmetler, projeler ve benzeri faaliyetler kapsamında yürütülmektedir. Yürütülen hizmetlerin ekonomik değerinin ne olduğu ve karşılanmamış kaynak ihtiyacı miktarı elinizdeki dokümanın amaç ve kapsamının ötesindedir. Buradaki makro hesaplama konuyla ilgili karar vericilere, yöneticilere, bilim adamlarına ve diğer ilgililere fikir vermek amacıyla yapılmıştır.

## 5.6. DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİĞİ İLETİŞİMİ

Sağlık sektörü tarafından yapılacak davranış değişikliği iletişimi çalışmalarında bireylerin kültürel, dini ve etnik değerlerine saygılı bir şekilde şu hususlar ele alınacaktır:

- Gebelerin, gebelerin eşlerinin ve gebe ailelerinin gebelikte kendi kendine bakım, dikkat edilmesi gereken önemli noktalar, doğum ve çocuk bakımı hakkında bilgilennemeleri
- Doğumların güvenli yaş aralığına çekilmesi (20-35 yaş arası)
- Doğumlar arasındaki sürenin en az iki yıl olması
- Ailelerin bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olmaları
- Mesajların ailede saygı duyulan ve sözü geçen kişilere de ulaştırılması
- Her bireyin üreme seçenekleri konusunda özgür ve aydınlatılmış bir seçim yapma hakkına sahip olduğu
- Gebelikten korunma yöntemleri ve aile planlaması konusunda bilgilendirilmesi
- İsteyerek düşükler (kürtaç) yerine gebeliği önleyici yöntemler ile aile planlaması yapılması
- Modern ve geleneksel yöntemlerin farkının ve etkililiğinin ortaya konması
- Erkeklerin, başta aile planlaması olmak üzere, tüm cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili karar ve uygulamalara katılımının ve sorumluluk üstlenmesinin sağlanması (erkek katılımı)
- Erkek katılımının sağlanması için Türk Silahlı Kuvvetleri ile işbirliği yapılarak silahlı altındaki erlere yönelik davranış değişikliği iletişimi çalışmaları yapılması
- İkili koruma (gebelikten ve enfeksiyonlardan) kavramının özellikle nüfusu 50.000'in üzerindeki kentlerde, yerleşim birimi fark etmeksizin Kuzey, Batı ve Güney Anadolu bölgelerinde ve risk altındaki kişiler tarafından anlaşılmasının ve uygulanmasının sağlanması
- CYBE/HIV/AIDS tehlikesine yönelik olarak yapılacak davranış değişikliği iletişimi çalışmalarında özellikle şu gruplara yönelmesi:
  - o Okula gitmeyen ve çalışmayan gençler
  - o Diğer gençler
  - o Ticari seks işçileri
  - o Ticari seks işçilerinin müşterileri
- HIV ve diğer CYBElerin nasıl bulaştığı, korunma yöntemleri vb. konularda bilgi ve tutum kazandırılması

- HIV/AIDS alanında özellikle risk altındaki grupta gönüllü test uygulamasının teşvik edilmesi
- Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin varlığının açık bir şekilde ortaya konması
- Geleneksel yapıda özellikle savunmasız ve pasif bir grup olarak karşımıza çıkan kadınların sosyal statüsünün güçlendirilmesi
- İkili koruma (gebelikten ve enfeksiyonlardan) kavramının özellikle nüfusu 50.000'in üzerindeki kentlerde, yerleşim birimi fark etmeksizin Kuzey, Batı ve Güney Anadolu bölgelerinde ve risk altındaki kişiler tarafından anlaşılmasının ve uygulanmasının sağlanması
- Özellikle erkeklere yönelen çalışmalarda tek eşliliğin önerilmesi
- Cinselliğe başlama yaşının düşmesinin önlenmesi
- CYBE/HIV/AIDS'in önlenmesi için cinsel perhiz, cinselliğe başlama yaşını geciktirme, kondom kullanımı ve gebelik ve CYBElerden korunmak için ikili korunma gibi yöntemler önemle vurgulanması

---

# CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI

Sağlık Sektörü İçin

## ULUSAL STRATEJİK EYLEM PLANI

2005-2015

### IV. İZLEME VE DEĞERLENDİRME

Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Sağlık Sektörü için Ulusal Stratejik Eylem Planı – 2005-2015'in izleme ve değerlendirmesinden T.C. Sağlık Bakanlığı adına İzleme ve Değerlendirme komitesi sorumludur. Bu komite şu kişilerden oluşur.

- S.B. Müsteşarı
- S.B. İlgili Müsteşar Yardımcıları (Müsteşar'ın kararı ile)
- S.B. AÇSAP Genel Müdürü
- S.B. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü
- S.B. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü
- S.B. Sağlık Eğitimi Genel Müdürü
- S.B. İdari ve Mali İşler Daire Başkanı
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Sağlık İşleri Genel Müdürü

İşbirliğinde bulunan ilgili uluslararası kuruluşların temsilcileri de bu komiteye gözlemci olarak katılabilecektir.

Komitenin sekreteryasını AÇSAP Genel Müdürlüğü yürütür. Bu komite yılda en az bir kez Ankara dışında en az iki gün toplanarak AÇSAP Genel Müdürlüğü'nün hazırlamış olduğu ilerleme raporu çerçevesinde girişimlerin başarı durumunu, konan hedeflere ulaşılma durumunu, çıkan sorunları ve çözüm yollarını değerlendirir. Komite toplantılarına gerek görüldüğünde Sağlık Bakanlığı'nın ve SSK Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü'nün merkez ve taşra teşkilatlarından diğer yöneticiler ile işbirliğinde bulunan diğer kurumların temsilcileri davet edilebilir.

İzleme ve değerlendirme çalışmaları için ihtiyaç duyulan temel veri kaynakları şunlardır:

#### 1. Anne Ölümlerinin Azaltılması

- 2005 Anne Ölümleri Araştırması
- TNSA-2008
- 2009 Anne Ölümleri İzleme Sistemi verileri
- 2010 Genel Nüfus Sayımı
- 2010 Güvenli Annelik Hizmet Çerçevesi uygulanma durumu raporu
- 2010 Anne Ölümleri İzleme Sistemi verileri
- 2011 Güvenli Annelik Hizmet Çerçevesi uygulanma durumu raporu

- 2011 Anne Ölümleri İzleme Sistemi verileri
- 2012 Güvenli Annelik Hizmet Çerçevesi uygulanma durumu raporu
- 2012 Anne Ölümleri İzleme Sistemi verileri
- 2013 Güvenli Annelik Hizmet Çerçevesi uygulanma durumu raporu
- 2013 Anne Ölümleri İzleme Sistemi verileri
- TNSA-2013
- 2014 Güvenli Annelik Hizmet Çerçevesi uygulanma durumu raporu
- 2014 Anne Ölümleri İzleme Sistemi verileri
- 2015 Güvenli Annelik Hizmet Çerçevesi uygulanma durumu raporu
- 2015 Anne Ölümleri İzleme Sistemi verileri

## 2. İstenmeyen Gebeliklerin Önlenmesi

- TNSA-2008
- 2010 Genel Nüfus Sayımı
- TNSA-2013

## 3. CYBE/HIV/AIDS'in Sıklığının Azaltılması

- TNSA-2008
- 2007 CYBE/HIV/AIDS Değerlendirme Raporu
- 2010 Genel Nüfus Sayımı
- 2010 CYBE/HIV/AIDS Hizmet Çerçevesi uygulanma durumu raporu
- 2011 CYBE/HIV/AIDS Değerlendirme Raporu
- 2011 CYBE/HIV/AIDS Hizmet Çerçevesi uygulanma durumu raporu
- 2012 CYBE/HIV/AIDS Hizmet Çerçevesi uygulanma durumu raporu
- 2013 CYBE/HIV/AIDS Hizmet Çerçevesi uygulanma durumu raporu
- TNSA-2013
- 2014 CYBE/HIV/AIDS Hizmet Çerçevesi uygulanma durumu raporu
- 2015 CYBE/HIV/AIDS Değerlendirme Raporu
- 2015 CYBE/HIV/AIDS Hizmet Çerçevesi uygulanma durumu raporu

## 4. Gençlerin CS/ÜS Düzeylerinin Yükseltilmesi

- 2007 CYBE/HIV/AIDS Değerlendirme Raporu
- TNSA-2008
- 2008 Gençlerde CS/ÜS Davranış, Tutum ve Bilgi Düzeyi Araştırması
- 2010 Genel Nüfus Sayımı
- 2010 Genç İnsanlar için CS/ÜS Hizmet Çerçevesi uygulanma durumu raporu
- 2011 CYBE/HIV/AIDS Değerlendirme Raporu
- 2011 Genç İnsanlar için CS/ÜS Hizmet Çerçevesi uygulanma durumu raporu

- 2012 Genç İnsanlar için CS/ÜS Hizmet Çerçevesi uygulanma durumu raporu
- 2013 Genç İnsanlar için CS/ÜS Hizmet Çerçevesi uygulanma durumu raporu
- TNSA-2013
- 2013 Gençlerde CS/ÜS Davranış, Tutum ve Bilgi Düzeyi Araştırması
- 2014 Genç İnsanlar için CS/ÜS Hizmet Çerçevesi uygulanma durumu raporu
- 2015 Genç İnsanlar için CS/ÜS Hizmet Çerçevesi uygulanma durumu raporu
- 2015 CYBE/HIV/AIDS Değerlendirme Raporu

---

# CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI

Sağlık Sektörü İçin

## ULUSAL STRATEJİK EYLEM PLANI

2005-2015

### V. KISALTMALAR

**AÇSAP:** Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

**AIDS:** Kazanılmış Bağışıklık Yetmezliği Sendromu/ Acquired Immune Deficiency Syndrome

**BKH:** Binyılın Kalkınma Hedefleri

**BM:** Birleşmiş Milletler

**BSS:** Birleşik Sağlık Sistemleri

**CS/ÜS:** Cinsel sağlık ve üreme sağlığı

**CYBE:** Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon

**DİE:** Devlet İstatistik Enstitüsü

**DÖB:** Doğum öncesi bakım

**DPT:** Devlet Planlama Teşkilatı

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**HIV:** İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü/Human Immunodeficiency Virus

**HÜNEE:** Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

**KDH:** Kaba doğum hızı

**KÖH:** Kaba ölüm hızı

**KS/AP USP:** Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Eylem Planı

**KSSGM:** Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü

**MEB:** Milli Eğitim Bakanlığı

**N/K:** Nüfus ve kalkınma

**NÖH:** Neonatal ölüm hızı

**PÖH:** Perinatal ölüm hızı

**RIA:** Rahim içi araç

**SB AÇSAP GM:** Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

**SB:** Sağlık Bakanlığı

**SDP:** Sağlıkta Dönüşüm Programı

**SSK:** Sosyal Sigortalar Kurumu

**STK:** Sivil toplum kuruluşu

**TDH:** Toplam doğurganlık hızı

**TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

**Topl. Cins. :** Toplumsal cinsiyet

**UNFPA:** Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu / United Nations Population Fund

**UNICEF:** Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu / United Nations Children's Fund

**UNKK:** Kahire Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı/ International Conference on Population and Development - ICPD

**USEP:** Ulusal stratejik eylem planı



# CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI

Sağlık Sektörü İçin

## ULUSAL STRATEJİK EYLEM PLANI

2005-2015

### VI. KAYNAKÇA

- 1) Akın A. (2003) *Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın* Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara
- 2) Akın A., Bahar-Özvarış Ş., Aslan D., Esin Ç., Çelik K. (2004) *Adolesanların/Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Projesi Özet Raporu*, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Dünya Sağlık Örgütü, UNFPA, Ankara
- 3) DİE – T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü (2001) ‘2000 Genel Nüfus Sayımı, Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri, Türkiye’, Ankara
- 4) Directorate: HIV/AIDS and STDs, Department of Health, South Africa (N/A) Syndromic Case Management of Sexually Transmitted Diseases, Developed by STD & AIDS Programme of World Health Organization Regional Office for the Western Pacific.
- 5) DPT – T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (2001) ‘Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’ Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, DPT: 2561 – ÖİK: 577, Ankara
- 6) DPT – T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (2001) ‘Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’ Nüfus, Demografi Yapısı, Göç Özel İhtisas Komisyonu Raporu, DPT: 2556 – ÖİK: 572, Ankara
- 7) DPT – T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (2005) Ekonomik ve Sosyal Göstergeler, 8. Bölüm: Sosyal Sektördeki Gelişmeler, Tablo: 8.10 - Sağlık Harcamaları (<http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gosterge/tr/> , 27 Mayıs 2005)
- 8) DSÖ – Dünya Sağlık Örgütü (2005) ‘European health for all database (HFA-DB) World Health Organization Regional Office for Europe’ Updated: January 2005 (<http://data.euro.who.int/hfadb> , 26 Mayıs 2005)
- 9) Engender Health (2002) ‘Youth Friendly Services, A Manual for Service Providers’ [www.engenderhealth.org](http://www.engenderhealth.org) (Erişim tarihi: 15 Eylül 2004)
- 10) Finger B., Lapetina M., Pribila M. (2002) *Intervention Strategies that Work for Youth* Summary of FOCUS on young Adults End of Program Report, Family Health International, YouthNet Program, VA, ABD
- 11) Gergen C., Wilkins V., Ragnathan P., Walsh J. (2000) When is Syndromic Management of Sexually Transmitted diseases Useful? An analysis of the Literature. Web site of Harvard School of Public Health (<http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/No-83.PDF> , erişim tarihi: 15 Kasım 2004)
- 12) HÜNEE - Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, SB AÇSAP GM - T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (Haziran 2004) Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 Ön Rapor. Ankara

- 13) HÜNEE - Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, SB AÇSAP GM - T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (Ekim 2004) Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 Raporu. Ankara
- 14) HÜNEE - Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (1999) Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Ankara
- 15) ICC – International Children’s Center (2003) *Adolescence and Adolescent Reproductive Health Teaching Materials for the Training Courses*, with the support of UNFPA, Ankara
- 16) ICPD - International Conference on Population and Development. (1994) *Programme of Action*, adopted at the International Conference on Population and Development
- 17) ICPD+5. (1999) Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the ICPD, adopted by the 21st special session of the United Nations General Assembly – ICPD+ 5
- 18) IPPF - Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu / International Planned Parenthood Federation). (1997) IPPF Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi – Vizyon 2000. Türkiye Aile Planlaması Derneği, Ankara
- 19) Khotenashvili L. (2004) Report of a WHO/EURO Mission to Turkey to assess Turkey’s HIV/AIDS Surveillance System.
- 20) Millenium Summit. (2000) Millennium Development Goals
- 21) Savas B.S., Karahan Ö., Saka R.Ö. (2002) *Health care systems in transition: Turkey*. Thomson S., Mossialos, E., eds. European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 4(4)
- 22) SB - T.C. Sağlık Bakanlığı (2004) Resmi web sitesi. www.saglik.gov.tr (Nisan 2004)
- 23) SB – T.C. Sağlık Bakanlığı (Haziran 2003) *‘Sağlıkta Dönüşüm’* Sağlıkta Dönüşüm Programı için Birleşik Sağlık Sistemleri tarafından hazırlanmıştır
- 24) SB - T.C. Sağlık Bakanlığı (2002) Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl: Mayıs 1999-Mayıs 2002. Ankara
- 25) SB - T.C. Sağlık Bakanlığı ve AK – Avrupa Komisyonu. (2004) Türkiye Üreme Sağlığı Programı web sitesi. www.tusp.saglik.gov.tr (Erişim tarihi: Temmuz 2004)
- 26) SB - T.C. Sağlık Bakanlığı ve UNFPA- Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (2004) *‘Sağlık Yöneticileri için Üreme Sağlığı Hizmetlerinde Yönetim Eğitim Materyali’* Ünite 1.1: Üreme Sağlığı Politikaları. UNFPA – Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu tarafından desteklenen Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Güçlendirilmesi Projesi için Birleşik Sağlık Sistemleri ve Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmet Politikaları Araştırma ve Uygulama Merkezi Tarafından hazırlanmıştır
- 27) SB AÇSAP GM - T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2004) *‘Ulusal Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Entegrasyonu için Ulusal Strateji Eylem Planının Güncelleştirilmesi Projesi Ön Raporu’* Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu tarafından desteklenen ve T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen proje için BSS - Birleşik Sağlık Sistemleri tarafından hazırlanmıştır
- 28) SB AÇSAP GM - T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2003) *‘Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Eylem Planı, Mevcut Durum Değerlendirmesi Raporu’* Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu tarafından desteklenen ve T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen Ulusal Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Entegrasyonu için Ulusal Strateji Eylem Planının

- Güncelleştirilmesi Projesi çerçevesinde Birleşik Sağlık Sistemleri tarafından hazırlanmıştır
- 29) SB AÇSAP GM– T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2002) ‘*Ana ve Çocuk Ölümlerini Önleme Projesi*’ [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr) (<http://www.saglik.gov.tr/sb/default.asp?sayfa=birimler&sinifi=proje&cid=4&sid=15> , Haberin girilme tarihi: 17 Nisan 2002, Erişim tarihi: 20 Ekim 2004)
  - 30) SB AÇSAP GM– T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve UNFPA - Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (2002) ‘*Adolesanların üreme sağlığı bilgi ve hizmet gereksinimlerinin karşılanması için strateji geliştirilmesi projesi; ÜS Alt-programı ve Proje Bileşeni Arasındaki İlişki*’ [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr) (<http://www.saglik.gov.tr/sb/default.asp?sayfa=birimler&sinifi=proje&sid=16&cid=4> , Haberin girilme tarihi: 17 Nisan 2002, Erişim tarihi: 18 Ekim 2004)
  - 31) SB AÇSAP GM - T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (1998) Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Faaliyet Planı. Ankara
  - 32) SB TSH GM - T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2003) Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yılı 2002. Ankara [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr) (Erişim tarihi: 26 Temmuz 2004)
  - 33) TAPD- Türkiye Aile Planlaması Derneği (2000) ‘Ülkemizde Üreme Sağlığına İlişkin Durum’ [www.tapd.org](http://www.tapd.org) Bilgi Bankası (<http://www.tapd.org.tr/uusid.htm>, Erişim tarihi: 15 Eylül 2004)
  - 34) The World Bank Institute. (2000) ‘*Reproductive Health and Health Sector Reform - Linking Outcomes to Action*’
  - 35) Turkish Republic, Ministry of Health (1993) *National Health Policy*
  - 36) TÜSP - Türkiye Üreme Sağlığı Programı. (Haziran 2004) ‘*Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetleri için Bir Çerçeve*’ Sağlık Bakanlığı & Avrupa Birliği İşbirliğinde Yürütülen Türkiye Üreme Sağlığı Programı için hazırlanmıştır, Ankara
  - 37) TÜSP - Türkiye Üreme Sağlığı Programı. (Kasım 2003) *Üreme Sağlığı Projesi 2004 Yılı Çalışma Planı* Sağlık Bakanlığı ve EPOS, Options, Wilows konsorsiyumu tarafından hazırlanmıştır, Ankara
  - 38) TÜSP - Türkiye Üreme Sağlığı Programı. (2003) *Üreme Sağlığı Projesi İlerleme Raporu* EPOS+Options+Willows
  - 39) UNECE – United Nations Economic Commission for Europe, Government of Switzerland and UNFPA – United Nations Population Fund. (2004) *Report of the European Population Forum 2004*, Geneva, Switzerland
  - 40) UNFPA - Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu. (2004) Nüfus, Üreme Sağlığı ve Binyılın Kalkınma Hedefleri. UNFPA Türkiye web sitesi. [www.unfpa.org.tr](http://www.unfpa.org.tr) (Erişim tarihi: Nisan, Mayıs 2004)
  - 41) UNFPA – United Nations Population Fund (2003) UNFPA/Turkey the 3rd Country Programme (2001-2005) Mid-Term Review Report
  - 42) UNFPA - United Nations Population Fund. (2003) Country Profiles for Population and Reproductive Health: Policy Developments and Indicators 2003.
  - 43) UNFPA - United Nations Population Fund. (2003) State of World Population 2003: Making 1 billion count: investing in adolescents’ health and rights.
  - 44) UNFPA - Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu. (2001) 3. Ülke Programı: 2001-2005.

- www.unfpa.org.tr (Erişim tarihi: 26 Temmuz 2004)
- 45) UNFPA- United Nations Population Fund. ICPD+10 Field Inquiry Questionnaire
- 46) UNFPA – Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu. (2002) *Nüfus, Üreme Sağlığı ve Binyılın Kalkınma Hedefleri?*
- 47) UNFPA - United Nations Population Fund & PRB - Population Reference Bureau (2003) Country Profiles for Population and Reproductive Health: Policy Developments and Indicators 2003, CD-ROM, Prographics, Washington, DC, ABD
- 48) Ünalın T. (2003) *Nüfus ve Kalkınma Göstergeleri: Ulusal ve Uluslararası Uygulamalar*. Türkiye Bilimler Akademisi Raporları, Sayı:2, s.29-30
- 49) WHO - World Health Organization. (2004) WHO resmi web sitesi. www.who.int (Nisan 2004)
- 50) WHO - World Health Organization. (2004) Reproductive Health: Draft strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets, adopted by the 57th World Health Assembly
- 51) WHO – World Health Organization. (Şubat 2004) *Making Pregnancy Safer*' Fact sheet N°276
- 52) WHO - World Health Organization. (2001) *Transforming health systems: gender and rights in reproductive health*.
- 53) WHO – World Health Organization (Haziran 2000) *Essential obstetric care*' Fact sheet N°245, June 2000
- 54) WHO EURO – World Health Organization Regional Office for Europe (2003) Report of *'3rd Task Force Making Pregnancy Safer/Promoting Effective Perinatal Care - From Evidence to Practice'* Verona, Italy, 22-24 October 2003
- 55) WHO EURO - World Health Organization Regional Office for Europe. (February 2001) *'Strategic Action Plan for the Health of Women in Europe'* Endoset at a WHO meeting, copenhagen, 5-7 February 2001
- 56) WHO EURO - World Health Organization Regional Office for Europe. (November 2001) *'WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health'* Reproductive Health/Pregnancy Programme, Copenhagen, Denmark WHO EURO - World Health Organization Regional Office for Europe. (1998) *Health 21 – Health for All in the 21<sup>st</sup> Century*' European Health for All Series No. 6