

Esra ÖZPINAR
Araştırmacı*Şehir Çalışmaları Programı*
Bölge Çalışmaları Programı

BEBEK ÖLÜM HIZI TÜRKİYE GENELİNDE AZALIYORKEN NEDEN SURİYELİ NÜFUSUN FAZLA OLDUĞU YERLERDE ARTIYOR?

Bebek ölümleri, temel sağlık göstergeleri arasında yer almaktadır. Aynı zamanda bir ülkenin refah seviyesine de işaret etmektedir. Bebek ölümlerinin fazla olması, bir ülkenin yeterli derecede üreme sağlığı, anne ve çocuk sağlığı hizmeti veremediğini söylemektedir. Bu yüzden, sağlık politikaları aracılığıyla ilk müdahale edilen alanlardan bir tanesi anne ve bebek ölümlerini azaltmaya yönelik uygulamaların pratiğe koyulmasıdır. Türkiye, bu anlamda, anne ve bebek ölümlerini azaltmak için somut politikalar izlemiş ve ölümleri azaltmıştır. Buna karşılık, açıklanan 2015 ölüm istatistikleri¹ incelendiğinde, Türkiye genelinde bebek ölüm hızı düşme eğilimindeyken özellikle Suriyeli nüfusun yaygın olduğu yerlerde bebek ölüm hızında bir artış gözlenmektedir. Bu çalışmada, Türkiye'deki bebek ölüm hızının 2009-2015 yılları arasındaki değişimi ve bunun nedenleri irdelenecek; bu soruna yönelik hangi tedbirlerin alınabileceği tartışılacaktır.

¹ TÜİK, Ölüm İstatistikleri 2015 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21522>

BEBEK ÖLÜM HIZI TÜRKİYE GENELİNDE AZALIYORKEN NEDEN SURİYELİ NÜFUSUN FAZLA OLDUĞU YERLERDE ARTIYOR?

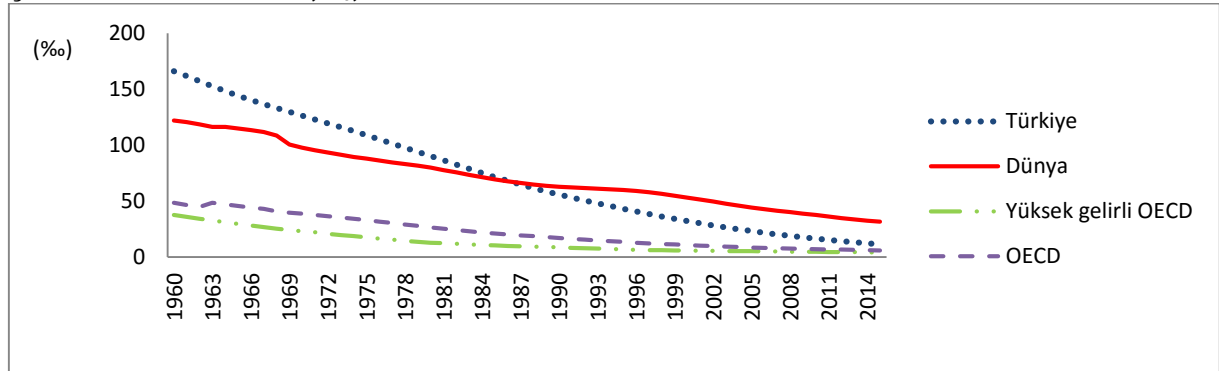
Bebek Ölüm Hızı Nedir?

Bebek ölüm hızı, her 1000 canlı bebek başına kaç tane 1 yaşın altında bebeğin öldüğünü gösterir. Bebek ölümleri, hamilelik dönemi komplikasyonlarına, erken doğuma, yetersiz bağışıklamaya, beslenme yetersizliğine, yetersiz bakım ve hijyen koşullarına, çevresel koşullara, yaralanmalara, vb. sebeplere bağlı bir şekilde gerçekleşebilmektedir. Anne ve bebek ölümlerini engellemek sistemli müdahaleler ile mümkündür.

Türkiye'nin bebek ölüm hızında dünyadaki konumu

Bebek ölüm hızının dünya trendine bakıldığında bir azalma eğilimi gözlenmektedir. 1960'lı yıllardan 1987'ye kadar dünyadaki trendin üzerinde bebek ölüm hızına sahip olan Türkiye, daha sonrasında sürekli azalan bir çizgiye sahip olmuştur (Şekil 1). Özellikle 1990'lardan itibaren geliştirilen anne ve çocuk sağlığını iyileştirmeye yönelik Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı (1991), Anne Ölümleri İzleme Programı (2007), Bebek Ölümleri İzleme Programı (2009), Demir Gibi Türkiye Programı (2004), evlilik ve gebelik öncesi bilgilendirme programları, aile planlaması, yenidoğanlara yönelik geliştirilen bakım hizmetleri, yoğun bakım, canlandırma, vb. programları kapsayan politikaların meyvesini vermesiyle hızlı bir şekilde anne ve bebek ölüm hızında azalma kaydedilmiştir. Bebek ölümlerine ilişkin düzenli politikaların uygulanmasından önce, 1981'de örneğin, bebek ölüm hızı 86 olan Türkiye, Kiribati ve Guatemala gibi ülkelerle benzerlik gösterirken; Zimbabve (64), Vietnam (46) gibi bugün bir hayli gerisinde bıraktığı ülkelerden çok daha vahim bir duruma sahipti.² Öte yandan Türkiye hala sadece yüksek gelirli OECD ülkelerinin değil; OECD ortalamasının da üzerinde seyretmektedir. Yine 1981 değerlerine bakıldığında, Belçika ve Almanya'nın Türkiye'nin bugünkü bebek ölüm hızına daha o tarihte sahip olduğunu göstermektedir. Bugün ise bu ülkelerdeki bebek ölüm hızı 3'tür. Bu anlamda, Türkiye'nin uygulamış olduğu politikalarla bebek ölüm hızında göstermiş olduğu eğilimleri incelemekte yarar bulunmakta ve durumu daha iyi bir seviyeye çekebilmek için yapılması gerekenler tartışılmalıdır.

Şekil 1. Bebek ölüm hızı,‰, 1960-2015



Kaynak: Dünya Bankası

Türkiye'nin bebek ölümlerindeki durumu

Türkiye, Suriye krizinden 2011 yılı itibariyle daha somut bir şekilde etkilenmeye başlamıştır. Kriz öncesi ve sonrasında Türkiye'nin bebek ölümleri konusunda nasıl bir çizgi sergilediğini anlayabilmek için 2009 ve sonrası³ için bebek ölümleri incelendiğinde, Türkiye genelinde bir iyileşme olduğu görülmektedir (Şekil 2). Bu veri bölgesel incelendiğinde ise her bölgenin aynı

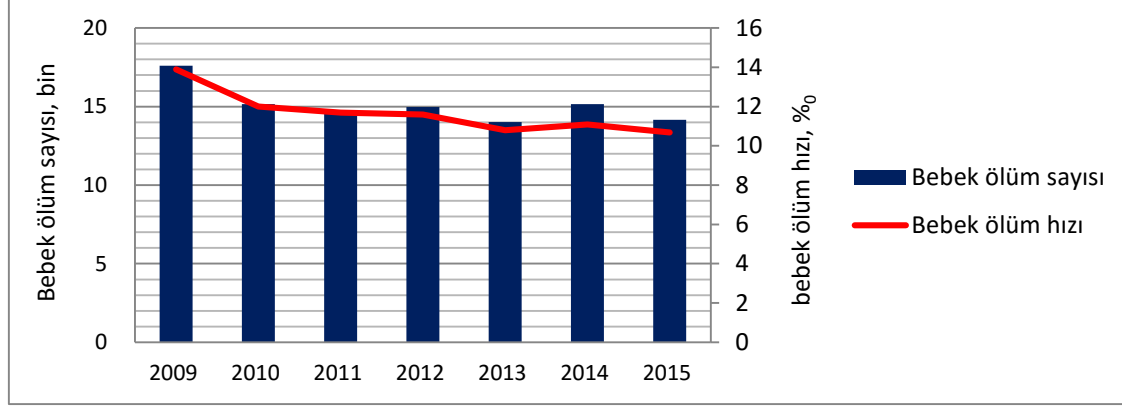
² World Bank, Infant Mortality Rate <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>

³ Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2009 yılından itibaren il düzeyinde ölüm verisi yayımlamaktadır.

BEBEK ÖLÜM HIZI TÜRKİYE GENELİNDE AZALIYORKEN NEDEN SURİYELİ NÜFUSUN FAZLA OLDUĞU YERLERDE ARTIYOR?

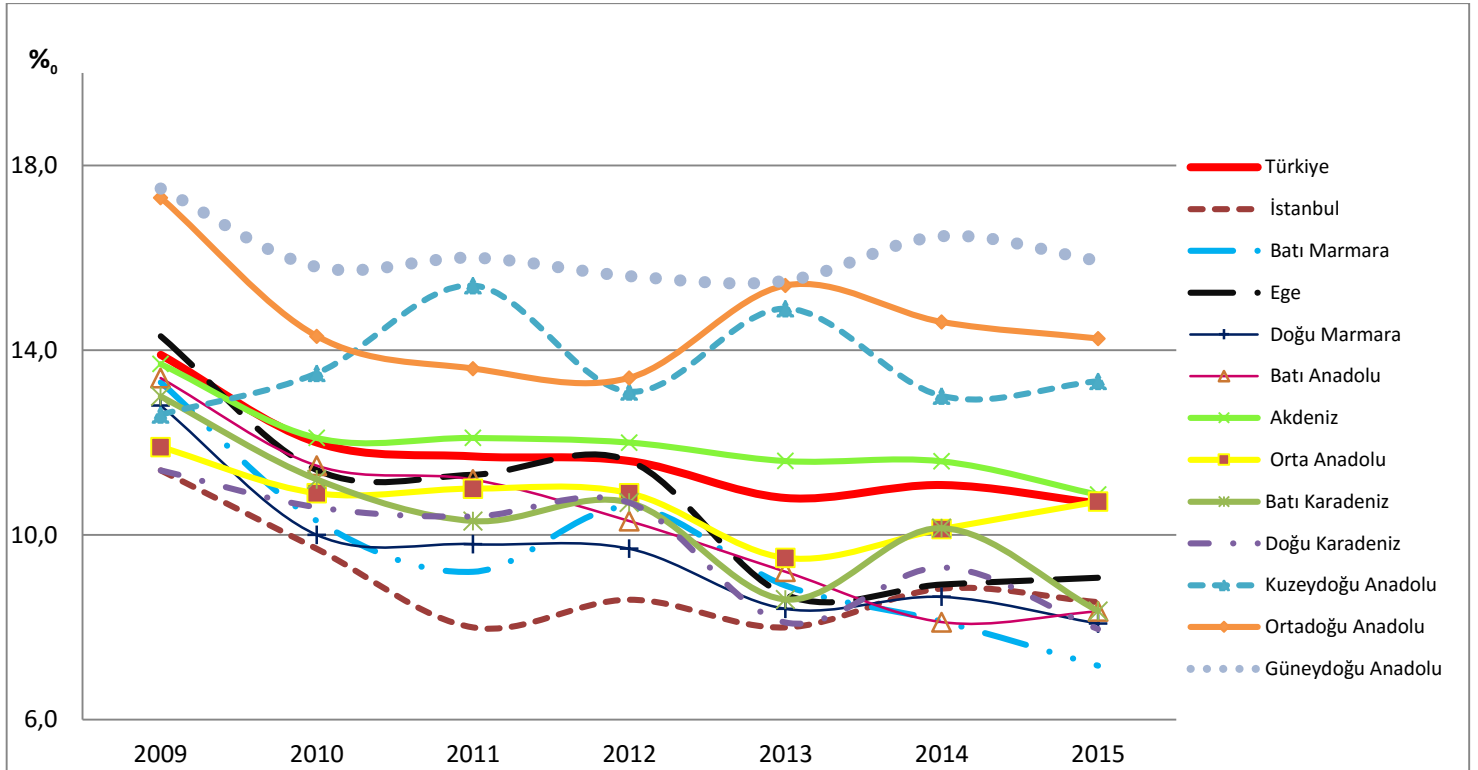
trendi izlemediği görülmektedir. Düzey 1 gruplandırmasında İstanbul, Batı Marmara, Ege, Doğu Marmara, Orta Anadolu, Batı Karadeniz, Doğu Karadeniz Türkiye'nin bebek ölüm hızının altında seyrederken geriye kalan Akdeniz'de hafif bir azalma eğilimi; Kuzeydoğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu'da ise dalgalanmaların olduğu görülmektedir (Şekil 3).

Şekil 2. Türkiye'de bebek ölüm sayısı ve hızı, 2009-2015



Kaynak: TÜİK

Şekil 3. Türkiye bebek ölüm hızı üzerinde kalan düzey 1 bölgeleri, %, 2009-2015



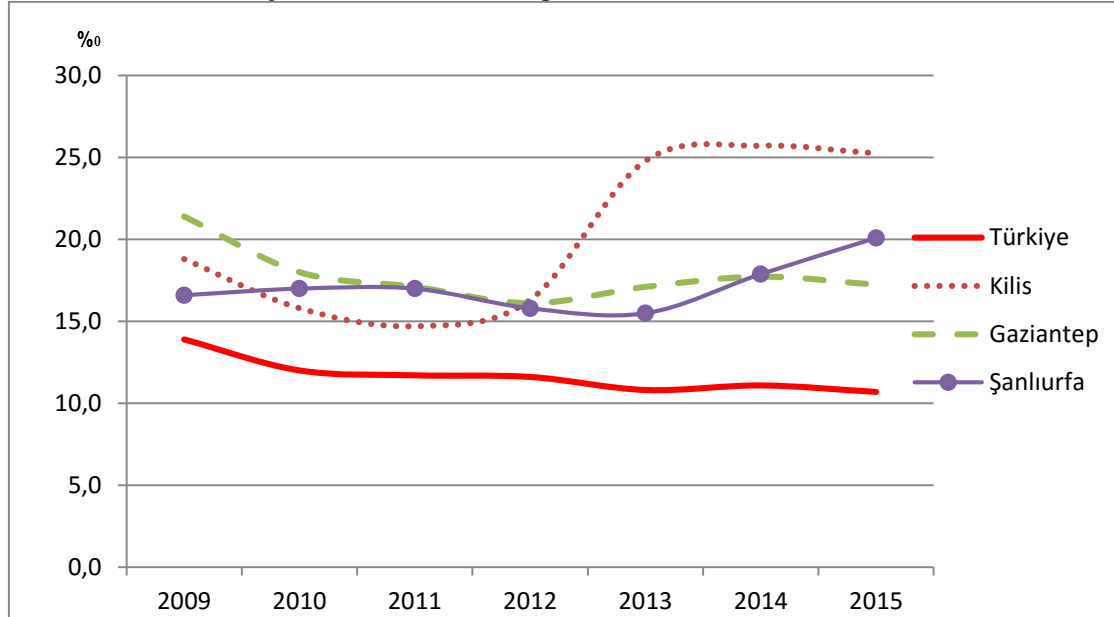
Kaynak: TÜİK

Bölgelere özgü bu durumu daha anlaşılır kılmak için il verisine bakıldığında, 1000 canlı doğum başına ölen bebek oranının Kilis (25.3), Şanlıurfa (20.1) ve Gaziantep'te (17.2) en yüksek olduğu görülmektedir. 2015 adrese kayıtlı nüfus istatistiklerine göre, Kilis 130 bin 655; Gaziantep 1 milyon 931 bin 836; Şanlıurfa 1 milyon 892 bin 320 nüfusludur. Nüfus sayımında 2011'den itibaren Türkiye'ye gelerek geçici koruma altında bu şehirlerde yaşayan Suriyeliler dikkate alınmamıştır. Buna karşılık, Kilis'te 128 bin 727; Gaziantep'te 323 bin 875;

BEBEK ÖLÜM HIZI TÜRKİYE GENELİNDE AZALIYORKEN NEDEN SURİYELİ NÜFUSUN FAZLA OLDUĞU YERLERDE ARTIYOR?

Şanlıurfa'da ise 399 bin 522 Suriyeli bulunmaktadır.⁴ Bu üç il aynı zamanda [yerel nüfuslarına oranla en çok Suriyeli sığınmacının](#) bulunduğu illerdendir. Kilis yüzde 97; Şanlıurfa yüzde 20; Gaziantep yüzde 17 oranında Suriyeliye ev sahipliği yapmaktadır.⁵ Bu üç ilde 2009 yılından itibaren bebek ölüm hızı incelendiğinde Türkiye üzerinde seyreden ve giderek artan bir trend görülmektedir (Şekil 4). Bu durum, sağlık hizmetlerine erişim ve hizmetlerin kalitesi konusuna dikkat çekmektedir.

Şekil 4. En fazla Suriyeli nüfusun bulunduğu seçili illerde bebek ölüm hızı, ‰, 2009-2015



Kaynak: TÜİK

Geçici Koruma Yönetmeliği⁶ kapsamında, Suriyelilerin sağlık hizmetlerinden ücretsiz bir şekilde yararlanmalarının önü açılmıştır. Devlete ait birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden Türkiye vatandaşları gibi yararlanabilmektedirler. Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bir hak olarak kabul edilmiş ve herkes için erişilebilir, ulaşılabilir, adil ve evrensel olması üzerinde durulmuştur.⁷ Dolayısıyla, T.C. vatandaşlarına sağlanan evrensel sağlık hizmetinin geçici koruma altındaki Suriyelilere de sunulması önemlidir. Buna karşılık, var olan sağlık hizmetlerinin normal kapasitesinin üzerinde bir nüfusa hizmet etmesi birtakım aksaklıklara neden olabilir. Örneğin, Türkiye'de 10 bin kişi başına düşen hekim sayısı 17'dir. Türkiye vatandaşı olan nüfusa Suriyeli sığınmacıların da eklenmesiyle 10 bin kişi başına düşen hekim sayısı 16'ya düşmektedir. Suriyeli nüfus dikkate alınmadan sadece adrese dayalı nüfus kayıt verileri temel alınarak 10 bin kişi başına düşen hekim sayısının dağılımı incelendiğinde doğu ve güneydoğu illerinin hekim sıkıntısı çektiği görülmektedir (Şekil 5). Özellikle Kilis'in Suriyeli nüfusun eklenmesiyle en fazla etkilenen şehir olduğu görülmektedir (Şekil 6). 10 bin kişi başına düşen hekim sayısında gözlenen en büyük düşüş Kilis'te yaşanmıştır. Kilis, Suriyeli sığınmacılar ile sahip olduğu toplam nüfusta 10 bin kişiye 7,7 hekime sahipken; Suriyeli nüfus yok sayıldığında 15,2 hekime sahiptir. Bu, Kilis'e gelen

⁴ Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, Göç İstatistikleri, Geçici Koruma, 28 Nisan 2016

http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma_363_378_4713_icerik

⁵ Yüzde hesapları, [Suriyeli nüfus ÷ Yerel nüfus] olarak hesaplanmıştır. Örneğin Kilis'te 100 yerliye karşılık 97 Suriyeli bulunmaktadır.

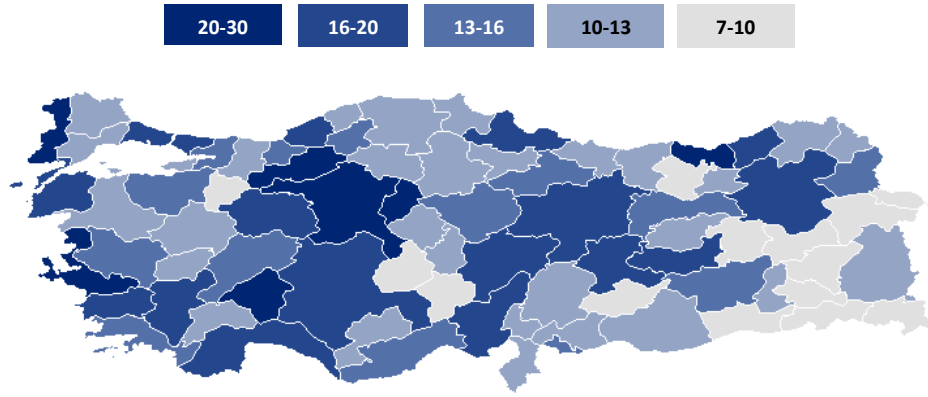
⁶ Geçici Koruma Yönetmeliği, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141022-15-1.pdf>

⁷ WHO, Health and Human Rights <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>

BEBEK ÖLÜM HIZI TÜRKİYE GENELİNDE AZALIYORKEN NEDEN SURİYELİ NÜFUSUN FAZLA OLDUĞU YERLERDE ARTIYOR?

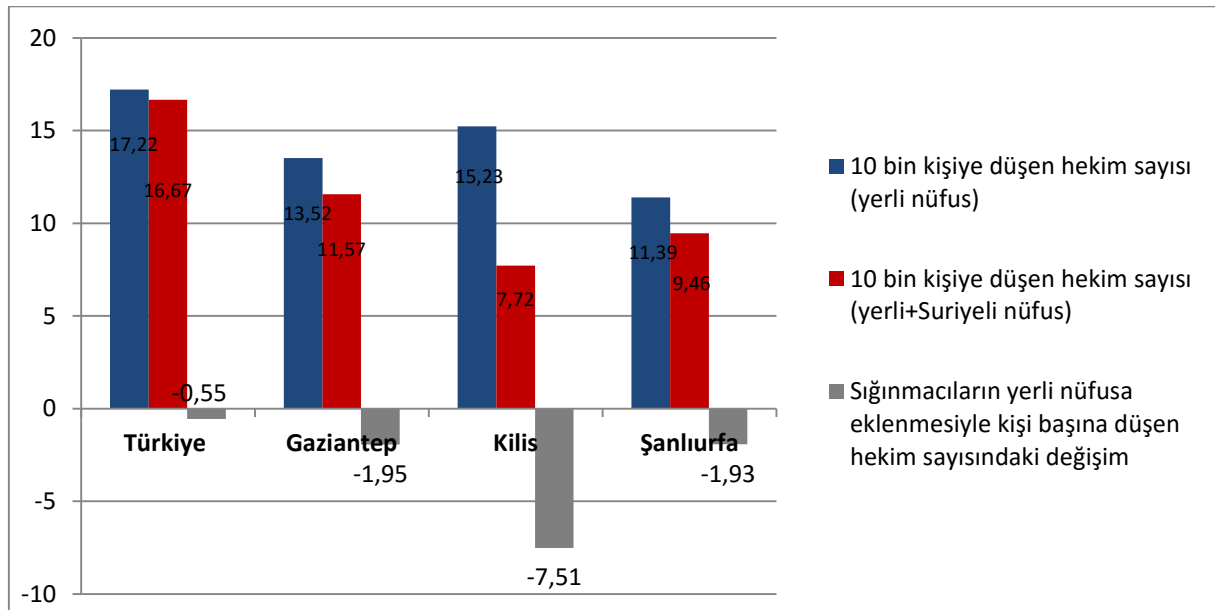
sığınmacılar ile birlikte 10 bin kişide 7,5 hekimin azalması demektir. Türkiye genelinde Türkiye vatandaşı olan nüfus için 10 bin kişi başına 17 hekimin düştüğü göz önünde bulundurulursa 7,5'lik bir azalmanın oldukça ciddi bir sayı olduğu anlaşılmaktadır (Şekil 6). Dolayısıyla, nüfusa oranla hekim sayısındaki azalma ve diğer olumsuzluklar, sağlık merkezlerinde daha uzun bekleme süresinin uzaması, muayene süresinin kısalması, hizmet kalitesinin düşmesi, vb. sonuçlar yaratabilir. Böyle bir durumun oluşması hem yerel halkın hem de Suriyelilerin sağlığını olumsuz etkileme potansiyeline sahiptir. Bebek ölümleri gibi hem kadının hamilelik sürecini hem de doğumdan sonrasını, hem anne hem de bebek sağlığını dikkate almayı gerektiren bir konuda, sağlık hizmetine erişim, yeterli bakım alma, beslenme, vb. faktörler oldukça önemlidir. Bu anlamda, nüfusu Suriye krizi ile birlikte yakın zamanda artan illerin bebek ölüm hızının Türkiye'nin üzerinde bir şekilde seyretmesi bu konuda bir önlem alınmasına işaret etmektedir.

Şekil 5. Suriyeli nüfus haricinde adrese dayalı nüfus sisteminde bulunan her 10 bin kişi başına düşen hekim sayısı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı (Hekim Sayısı 2014), TÜİK (Nüfus İstatistikleri 2015)

Şekil 6. Suriyeli nüfus ile birlikte 10 bin kişi başına düşen hekim sayısındaki değişim



BEBEK ÖLÜM HIZI TÜRKİYE GENELİNDE AZALIYORKEN NEDEN SURİYELİ NÜFUSUN FAZLA OLDUĞU YERLERDE ARTIYOR?

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (Hekim Sayısı 2014), Göç İdaresi Müdürlüğü (Geçici Koruma İstatistikleri 2016), TÜİK (Nüfus İstatistikleri 2015)

Bebek Ölüm Hızını Düşürmek İçin Öneriler

Bebek ölümlerinin önüne geçmek için her şeyden önce sağlık personelinin sayısını, kritik bölgeler öncelikli olmak üzere, artırmak gerekmektedir. Alınacak tedbirler ve uygulamalar ise 3 aşamaya ayrılabilir. İlk aşama, hamilelik öncesi; ikinci aşama hamilelik esnası; son aşama ise doğum ve sonrası süreç uygulamalarından oluşmaktadır. Hamilelik öncesi dönemde, doğurganlık çağındaki kadınların üreme sağlığı hakkında bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Hem güvenli cinsel ilişki açısından hem istenmeyen gebelikleri önlemek açısından hem de bireylerin bedenlerini daha iyi tanımaları ve ihtiyaçlarını tespit edebilmeleri açısından bu konuda verilecek eğitimler son derece önemlidir. Bebek ölüm hızının eğitim seviyesinin daha düşük olduğu yerlerde yüksek olduğu bilinmektedir. 15 yaş üzeri kadın nüfusun ortaokul ve altı eğitim seviyesine daha fazla sahip oldukça bebek ölüm hızının da ilişkili bir biçimde artmakta olduğu görülmektedir. Bu yüzden özellikle kadınların üreme sağlığı, gebelik ve bebek bakımı konusunda eğitilmesi oldukça önemlidir. Örneğin, Güneydoğu'nun ilk gebelik eğitim okulu Mardin Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde 2013 yılında açılmıştır.⁸ Bu gibi eğitim programlarının bölgede yaygınlaştırılması ile sağlıklı doğum yapma ve bebek bakımı konusunda doğru yöntemlerin kullanılması olasılığı artmaktadır. Buna karşılık, üreme sağlığı ve bebek bakımı konusunda verilen eğitimlerin sadece yerli nüfus ile sınırlı kalması, bu konuda yaşanan sorunları çözmeye yetmeyecektir. Suriyeli nüfusun üreme hızı (3.0)⁹ ve 0-4 yaş arası 363 binden fazla çocuğun¹⁰ Türkiye'de olduğu göz önünde bulundurulduğunda, eğitimlerin kapsamını genişletmenin gerekliliği anlaşılmaktadır. Bu noktada, Suriyeli nüfusa ulaşmada dil sorunu ile karşılaşılması ihtimali oldukça yüksektir. Bu sorunu aşabilmek için, çalışma izni kapsamında ilgili bakanlıklardan izin alarak çalışabilen Suriyeli doktor ve öğretmenlerden yararlanmak mümkün olabilir.

İkinci aşamada anne ve bebek ölümlerini engellemek için alınması gereken önlemler, hamilelik süreci boyunca anne adayının doktor kontrollerini ihmal etmemesi; düzenli, yeterli ve dengeli beslenmesi; sağlık durumunu etkileyen alkol, sigara, stres gibi risk faktörlerinden uzak durması şeklinde sıralanabilir. Güneydoğu Anadolu'daki bebek ölüm hızının artışı dikkate alındığında, hem yerli hem de sığınmacı nüfusun ihtiyaçları hamilelik boyunca daha kritik bir önem taşımaktadır. Bölgede hâkim olan atmosfer, psikolojik açıdan hamileleri olumsuz etkiliyor olabilir. Nüfusun aniden artışı, birbirine yabancı iki dil ve kültürün insanının aynı ortamda yaşamaya çalışması, güvenlik sorunlarının büyük bir gündem oluşturması, bölgede artan işsizlik oranları, vb. nedenler kişileri sosyal olarak etkilediği gibi psikolojik açıdan da etkilemektedir. Bu anlamda, psikososyal desteğin verilmesinin önemi hissedilmektedir. Savaş koşullarını yaşamış ve sonrasında ülke değiştirmek zorunda kalan sığınmacıların bu hizmetten yararlanmaları sağlamak hem bu kişilerin sağlıklı hamilelik geçirmeleri için hem de doğacak bebeklerin fizik ve psikolojik olarak sağlıklı gelişmeleri için önem teşkil etmektedir. Sığınmacıların psikososyal destek için öncelikli kesim olmasına karşılık, yerli halkın da toplumsal uyumu sürdürebilmeleri için bu terapilere ihtiyacı

⁸ <http://www.haberler.com/ozel-haber-mardin-de-guneydogu-nun-ilk-gebelik-4722974-haberi/>

⁹ World Bank, Fertility rate, total (births per women) 2014 <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>

¹⁰ Göç İdaresi Müdürlüğü, Göç İstatistikleri, Geçici Koruma, 05.05.2016 http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma_363_378_4713_icerik

BEBEK ÖLÜM HIZI TÜRKİYE GENELİNDE AZALIYORKEN NEDEN SURİYELİ NÜFUSUN FAZLA OLDUĞU YERLERDE ARTIYOR?

bulunmaktadır. Bireyleri kaynaştırmaya yönelik faaliyetler travma ve stresi azaltacağı gibi orta-uzun vadede kişilerin kaynaşmasına yardımcı olacaktır.

Üçüncü aşama ise doğum ve sonrasını kapsayan evredeki tedbirlerden oluşmaktadır. Bu aşamada, özellikle sağlık hizmetlerine erişim büyük bir önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesi, erişimin kolay olması, bebek dostu hastanelerin erişilebilir olması, hizmet kapasitesinin yeterli olması, ebe-doktor sayısının yeterli olması gibi konular önceliklidir. Evde gerçekleşen doğumlarda oluşacak komplikasyonlarda, ebeveenin mevcut olduğu durumlarda dahil, sterilizasyon ve komplikasyon düzeyinin ebeveenin yetenek ve deneyimlerini aşması dolayısıyla yetersiz kalması riski bulunmaktadır. Bu yüzden doğumların sağlık kuruluşunda gerçekleşmesi bebek ölümlerini önlemek için atılacak ilk adımlardan biridir. Türkiye'nin hızlı bir şekilde bebek ölüm hızını azaltmasının ardındaki en büyük etmenlerden bir tanesi kırsalda sağlık erişimine güçlük çeken hamile kadınların sağlık hizmetlerine erişebilir olmalarını sağlamaktır. Bu anlamda, örneğin, Sağlık Bakanlığı 2008 yılından bu yana kırsalda yaşayan gebeleri gebeliğin son döneminde şehirdeki hastanelerde misafir etme politikası¹¹ uygulamaktadır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık Otelciliği Birimi, 2013 yılında 85 anne oteli ile 600 yatak olan kapasiteyi 2014 yılında 90 tesise ve 704 yatağa çıkarmıştır.¹² Sağlık Bakanlığı 2016 Bütçe Sunumuna göre ise 74 ilde 206 sağlık tesisinde toplam 1029 yatak kapasitesiyle anne oteli hizmeti sunulmaktadır.¹³ Bebek ölüm hızının yüksek olduğu Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde bu hizmetin mevcut olduğu görülmektedir ancak sayı ve kapasite artışının yapılmasının gerektiği artan bebek ölüm hızından anlaşılmaktadır.

Günümüzde, sağlık hizmetlerine başvuran faydalanıcı sayısındaki artış nedeniyle sığınmacıların yoğunluklu olduğu illerde bebek ölümleriyle daha sık karşılaşır olmak bu konuda somut önlemler almayı gerekli kılmaktadır. Bu önlemler arasında, sağlık hizmet kapasitesini artırmak; evde bakım imkânlarını genişletmek; sağlık personeli sayısını artırmak; anne sütü ile beslenmeyi teşvik etmek; anne oteli ve gebe okullarının sayılarını veya var olan kapasitelerini artırmak sayılabilir. Buna karşılık, bebek ölüm hızının yüksek olduğu bölgenin son zamanlarda güvenlik açısından bir tehdit altında bulunması bu gibi önlemlerin alınması yönünde engel oluşturabilir.

¹¹ TKHK, Anne Oteli Hakkında Yazı, 2008 <http://www.saglikaktuel.com/haber/anne-otelleri-hakkinda-yazi-tkhk-29620.htm>

Sağlık Bakanlığı Misafir Anne Uygulaması <http://bit.ly/1T7KMLz> Bir örnek için bkz. <http://bit.ly/1T9r5z5>

¹² <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/78f93729dae44760b2394b84576fef91.pdf>

¹³ <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-101400/h/tbmm.pdf>