



Bu proje Avrupa Birliği'nin mali desteğiyle yürütülmektedir.

# TÜRKİYE'DE CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI DURUM ANALİZİ RAPORU



Uluslararası Çocuk Merkezi (UÇM) ve Başkent Üniversitesi Kadın-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi (BÜKÇAM) tarafından bir CİSÜ Platformu yayını olarak kaleme alınan bu rapor, Avrupa Birliği Sivil Toplum Ağlar ve Platformlar Programı kapsamında AB desteğiyle hazırlanmıştır. İçeriğin sorumluluğu tamamıyla hazırlayan kurumlara ve CİSÜ Platformu'na ait olup, AB'nin görüşlerini yansıtmak zorunda değildir.

Proje yürütücüsü: Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları Platformu adına Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı (TAPV)

**ISBN 978-605-70326-3-8**

Türkiye’de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı  
Durum Analizi Raporu

**Editörler**

Prof.Dr. Tomris Türmen  
Prof. Dr. Ayşe Akın

**Yazarlar**

Dr. Ayşegül Esin  
Doç.Dr. Sare Mihçioğur  
Canan Demir  
Gizem Kanal

**Düzeltili**

Yonca Cingöz  
Pınar Karabağ

**Kitap Tasarımı**

Elif Uyanık

**Baskı ve Cilt**

Karika Baskı ve Kopyalama Sistemleri Eğitim Mah. Kasap  
İsmail Sk. İstanbul Plaza No: 10/B Kadıköy İstanbul  
Tel: 0216 346 91 71  
www.karika.com.tr

**CİSÜ Platformu, Nisan 2021**

**[cisuplatform.org.tr](http://cisuplatform.org.tr)**

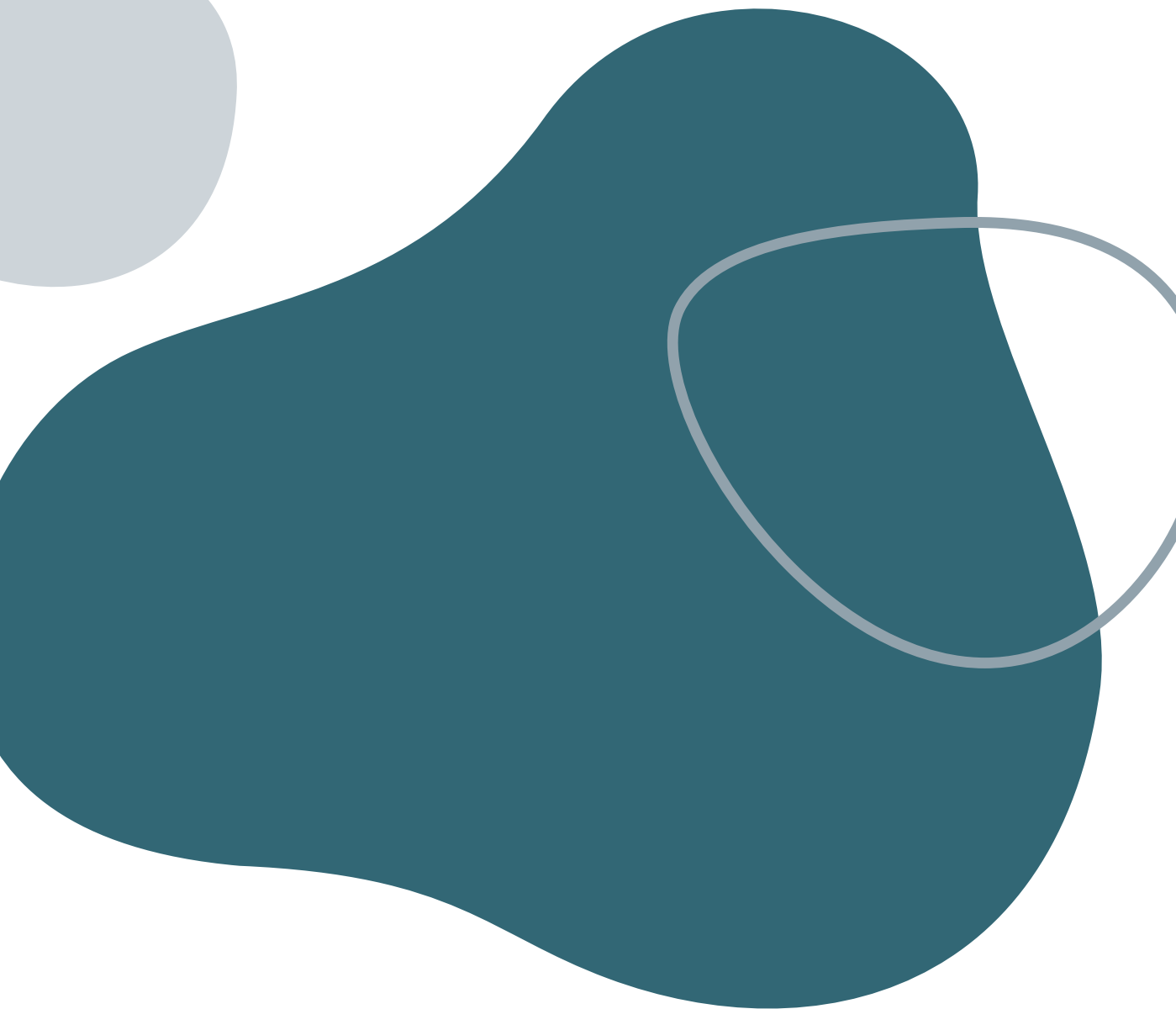
**TÜRKİYE'DE**  
**CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI**  
DURUM ANALİZİ RAPORU



# İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	IX
TERİM AÇIKLAMALARI	XI
TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ	XVII
TEŞEKKÜR	XVIII
YÖNETİCİ ÖZETİ	XIX
1. GİRİŞ	25
2. ARKA PLAN	28
3. YÖNTEM	32
3.1. Amaç	32
3.2. Tasarım	32
3.2.1. Birinci Bölüm: Literatür Taraması	33
3.2.2. İkinci Bölüm: Nitel Araştırma	35
BİRİNCİ BÖLÜM: LİTERATÜR TARAMASI	40
4. LİTERATÜR TARAMA BULGULARI	41
4.1. Dünyada Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sorunlarının Boyutları	41
4.2. Türkiye'de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığının Mevcut Durumu	42
4.2.1. Doğurganlığın Düzenlenmesi	42
4.2.2. Riskli Gebelikler ve Anne Ölümleri	69
4.2.3. Türkiye'de Kapsamlı Cinsellik Eğitimi	91
4.2.4. Savunmasız Grupların Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı ve Hakları Hakkında Bilgilendirme ve Danışmanlık Hizmetlerine Erişiminde Engeller	101

<b>İKİNCİ BÖLÜM: NİTEL ARAŞTIRMA</b>	<b>156</b>
<b>5. NİTEL ARAŞTIRMA BULGULARI</b>	<b>157</b>
5.1. Hizmet Sunucular ile Görüşmeler	158
5.1.1. Yöneticiler ile Görüşmeler	158
5.1.2. CSÜS Hizmet Sunumunda Kilit Kişiler ile Görüşmeler	171
5.1.3. Aile Sağlığı Merkezi Görüşmeleri	201
5.1.4. Üniversite Medikososyal Merkez Görüşmeleri	216
5.2. Hizmet Alan ya da İhtiyacı olan Gruplar ile Görüşmeler	228
5.2.1. Yüksek Riskli Gebeler ile Derinlemesine Görüşmeler	228
5.2.2. Genç Kadınlar ile Odak Grup Görüşmesi	232
5.2.3. Göçmen Kadınlar ile Odak Grup Görüşmesi	235
5.2.4. Görme Engelli Kadınlar ile Odak Grup Görüşmesi	242
5.2.5. Ergenler ile Odak Grup Görüşmesi	250
5.2.6. LGBTİ+'lar ile Odak Grup Görüşmeleri	252
<b>6. NİTEL ARAŞTIRMA SONUÇLARI</b>	<b>258</b>
6.1. Yöneticiler, CSÜS Hizmet Sunumunda Kilit Kişiler, ASM ve Medikososyal Merkez Görüşmeleri	258
6.2. Hizmet Alan ya da İhtiyacı Olan Gruplar ile Görüşmeler	267
<b>7. NİTEL ARAŞTIRMA ÖNERİLERİ</b>	<b>272</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>276</b>
<b>EK 1</b>	<b>300</b>





# I. KISALTMALAR

<b>AB</b>	Avrupa Birliği
<b>AÇSAP</b>	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
<b>AIDS</b>	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu)
<b>AH</b>	Aile Hekimi
<b>AHB</b>	Aile Hekimi Birimi
<b>ASE</b>	Aile Sağlığı Elemanı
<b>ASM</b>	Aile Sağlığı Merkezi
<b>AOB</b>	Acil Obstetrik Bakım
<b>AÖH</b>	Anne Ölümlü Hızı
<b>AÖO</b>	Anne Ölümlü Oranı
<b>AP</b>	Aile Planlaması
<b>APGAR</b>	Activity - Pulse - Grimace - Appearance – Respiration (Kas Tonusu, Kalp atışı, Refleks, Cilt Rengi Tonu, Solunum)
<b>BÜKÇAM</b>	Başkent Üniversitesi Kadın-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması, Araştırma ve Uygulama Merkezi
<b>BEİ</b>	Bilgi, Eğitim, İletifim
<b>BM</b>	Birleşmiş Milletler
<b>BZgA</b>	Federal Sağlık Eğitimi Merkezi (The Federal Centre for Health Education)
<b>CSÜS</b>	Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı
<b>CYBE</b>	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
<b>ÇEKUS</b>	Çocuk, Ergen, Kadın Üreme Sağlığı Birimi
<b>DİE</b>	Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı
<b>DÖB</b>	Doğum Öncesi Bakım
<b>DSB</b>	Doğum Sonrası Bakım
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>FIGO</b>	The International Federation of Gynecology and Obstetrics (Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu)
<b>GATA</b>	Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
<b>GBD</b>	Global Burden of Disease (Küresel Hastalık Yüklü)
<b>GDSHM</b>	Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi
<b>GREVIO</b>	Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence (Kadına Yönelik ve Aileiçi şiddete Karşı Uzmanlar Grubu)

<b>GSS</b>	Genel Sağlık Sigortası
<b>GSYİH</b>	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
<b>HUKSAM</b>	Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi
<b>HIV</b>	Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü)
<b>HPV</b>	Human Papilloma Virus (İnsan Papilloma Virüsü)
<b>OECD</b>	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
<b>ICC</b>	International Children's Center (Uluslararası Çocuk Merkezi)
<b>ICPD</b>	International Population and Development Conference (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı)
<b>IPPF</b>	International Planned Parenthood Federation (Uluslararası Ebeveynlik Federasyonu)
<b>JHPIEGO</b>	Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics (Johns Hopkins Kadın Hastalıkları ve Doğumda Uluslararası Eğitim Programı)
<b>KETEM</b>	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri
<b>LGBTİ+</b>	Lezbiyen, gey, biseksüel, trans, interseks ve cinsiyet kimliğini ya da cinsiyet ifadesini ikili cinsiyet rejiminin terminolojisiyle tanımlamayan cinsel yönelim çeşitliliğine sahip kişiler.
<b>PE</b>	Preeklampsi Girişimi
<b>PRISMA</b>	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (Sistematik İncelemeler ve Meta Analiz için Tercih Edilen Raporlama Öğeleri)
<b>SB</b>	Sağlık Bakanlığı
<b>STK</b>	Sivil Toplum Kuruluşları
<b>SKH</b>	Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri
<b>SIHHAT</b>	Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi
<b>TAPV</b>	Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı
<b>TNSA</b>	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>TÜİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>TTB</b>	Türk Tabipleri Birliği
<b>TÜSEB</b>	Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
<b>UÇM</b>	Uluslararası Çocuk Merkezi
<b>UNAIDS</b>	HIV / AIDS Ortak Birleşmiş Milletler Programı
<b>UNFPA</b>	Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
<b>UNICEF</b>	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
<b>UN Women</b>	Birleşmiş Milletler Toplumsal Cinsiyet Eşitliği ve Kadının Güçlendirilmesi Birimi
<b>YBÜ</b>	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

## II. TERİM AÇIKLAMALARI

### Abortus (düşük)

Gebeliğin ilk 20 haftası içinde, 500 gramdan az embriyo veya fetüs ve eklerinin tamamının veya bir kısmının uterus kavitesi dışına atılması olayına düşük (abortus) denilmektedir.

### Acil kontrasepsiyon

Korunmasız ve plansız bir cinsel ilişki sonrası kullanılmaktadır (RİA, kombine oral kontraseptifler, sadece progesteron içeren haplar).

### Ev içi şiddet

Eylemi gerçekleştiren, şiddete maruz bırakılanla aynı ikametgâhı paylaşmakta olsun veya olmasın, daha önce paylaşmış olsun veya olmasın, aile içinde veya aile biriminde, mevcut veya daha önceki eşler, birlikte yaşayan bireyler arasında meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik, dijital veya ekonomik şiddet eylemleridir.

### Anne Ölüm Hızı

Doğurganlık çağındaki 100,000 kadında anne ölümlerinin sayısı olarak ifade edilmektedir. Yaşam boyu anne ölüm riski, bir kadının doğurganlık çağının sonuna kadar doğrudan ya da dolaylı nedenler ile ölme riskidir.  $AÖH = (\text{anne ölümlerinin sayısı} / \text{üreme çağındaki kadınların sayısı}) * 100,000$  olarak hesaplanmaktadır.

### Anne Ölüm Oranı

100,000 canlı doğumda anne ölümlerinin sayısıdır.  $AÖO = (\text{anne ölümlerinin sayısı} / \text{canlı doğumların sayısı}) * 100,000$  olarak hesaplanmaktadır.

### Bakırlı RİA

T şeklinde bir alettir. Plastik gövdenin etrafına bakır tel sarılıdır.

### Bariyer yöntemler

Kondom, spermisid, servikal başlık, diyafram, kadın kondomudur.

**DMPA (Depo  
Medroksiprogesteron  
Asetat)**

Sadece progesteron içeren gebeliği önleyici 3 ayda bir kas içine uygulanan iğnelerdir.

**Doğurganlık Hızı**

Doğurgan çağdaki her bin kadına düşen canlı doğum sayısını gösterir. Bir yıl içinde olan canlı doğum sayısının, doğurganlık çağındaki (15-49 yaş) kadın yıl ortası nüfusuna bölünmesiyle hesaplanır.

**Ektopik Gebelik  
(Dış gebelik)**

Gebelik ürünü olan döllenmiş yumurtanın (fertilize ovum) rahim boşluğu dışında yerleşmesiyle oluşan bir gebelik komplikasyonudur.

**Geleneksel yöntemler**

Geri çekme, takvim yöntemi gibi yöntemlerdir ve gebeliği önleme oranları düşüktür.

**Hiperemesis**

Gebelikte aşırı bulantı kusma ile ilerleyen elektrolit bozukluklarıdır.

**Hormonlu RiA (LNG-RiA)**

Gövdesinde progesteron içeren gebeliği önleyici rahim içi araçlardır.

**İnfertilite**

Bir çiftin 12 ay boyunca düzenli cinsel ilişkiye girdiği ve korunma yöntemi uygulamadığı halde hamile kalamama durumudur.

**Kadınlara Karşı  
Toplumsal Cinsiyete  
Dayalı Şiddet**

Bir kadına, kadın olduğu için yöneltilen veya kadınları orantısız bir biçimde etkileyen şiddet

**Karşılanmamış Aile  
Planlaması İhtiyacı**

Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, doğumlarının arasını açmak veya doğurganlığını sonlandırmak istediği halde gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmayan doğurabilme yetisine sahip kadınların potansiyel büyüklüğünü tanımlamaktadır.

## **Kombine Hormonal Kontraseptifler**

Östrojen ve progesteron içeren (kombine oral kontraseptif, enjektabl, patch, vajinal halka gibi) gebeliği önleyici hormonal yöntemlerdir.

## **Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)**

Östrojen ve progesteron içeren gebeliği önleyici haplardır.

## **Komplikasyon**

Standartlara uygun bir tıbbi müdahale yapılmasına ve her türlü tedbirin alınmasına rağmen ortaya çıkabileceği kabul edilen, bir hastalığın veya tedavi işleminin ön görülebilen istenmeyen etkileridir.

## **Kontraseptif Yöntemler**

Bireylerin istenmeyen gebelikleri önlenmek ve doğurganlıklarını düzenlemek amacıyla kullandıkları yöntemler (doğum kontrol yöntemleri).

## **Kürtaj (Küretaj)**

İstemli düşük. Gebeliğin, rahime yerleşmesi sonrası ve ceninin bağımsız olarak yaşayabilir hale gelmesinden önce, ilaç kullanarak veya cerrahi girişimle sonlandırılmasıdır.

## **LGBTİ+**

Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Trans ve İnterseks kimliklerinin baş harflerinden oluşan kısaltmadır. Lezbiyen, geleneksel olarak, kadınlardan hoşlanan kadınlar şeklinde tanımlanan bir cinsel yönelim olarak tanımlanır. Gey, aynı cinsiyetten insanların birbirlerine karşı duygusal, erotik, cinsel yönelimleriyle yarattıkları hayatları tanımlamak için, eşcinsel kişiler tarafından ortaya konulmuştur. İngilizce "gay" sözcüğü gündelik dilde her iki cinsiyet için de kullanılabilir ancak Türkçede "gey" denildiğinde erkekler anlaşılır. Cinsiyet kimliğinin kişisel ya da toplumsal düzeyde deneyimlenmesi karmaşık bir olgu olduğundan, gey ve lezbiyen ifadelerini non-binary insanlar da sahiplenebilmektedir.

Biseksüel, tarihsel olarak “iki cinsiyete de çekim duyan” olarak açıklanmış olmakla birlikte, son yıllarda biseksüel hakları aktivistleri tarafından yeniden tanımlanarak duygusal/cinsel olarak birden fazla cinsiyete çekim duyan bir cinsel yönelim olarak yorumlanmaktadır. Trans, sahip olduğu cinsiyet kimliği doğumda kendilerine atanan cinsiyetten farklı olan kişiler için kullanılan bir şemsiye terimdir. Trans kadın ve trans erkek, en tipik trans kimlikleri olmakla birlikte, trans şemsiyesinin altında “trans maskülen” ya da “non-binary” gibi çeşitli terimler mevcuttur. İnterseks, kişinin doğuştan taşıdığı beden özelliklerinin eril ve diğilden oluşan cins ikiliği perspektifinden bakıldığında nereye yerleştirileceği bilinemeyen bir çeşitlilik gösterdiği bir yelpazedir. “Artı”, ise temel olarak cinsiyet kimliğini ya da cinsiyet ifadesini ikili cinsiyet rejiminin terminolojisiyle tanımlamayan, dolayısıyla LGBTİ kısaltmasının içindeki kavramların kapsamakta yetersiz kaldığı, cinsiyet çeşitliliğine sahip kişileri temsil etmek üzere yapılmış bir eklemedir. Lezbiyen, gey, biseksüel, cinsel yönelim iken trans, ve interseks ise cinsiyet kimliği/karakteristiğidir. LGBTİ kısaltmasındaki terimler dışında kalan tüm cinsel yönelim ve cinsiyet kimliklerini kapsamaya açısından son yıllarda bu kısaltmanın sonuna + eklenmiştir.

## **Malignite**

Kötü huylu tümör.

## **İnsidans**

Belirli bir nüfusta belirli bir zaman dilimi içerisinde belirli bir hastalık veya hastalıkların yeni olgularının sayısını ifade eder.

## **Obstetrik**

Doğum ve doğum sonrası dönemde üreme yollarıyla ve yeni doğan bakımıyla ilgilenen tıbbi uzmanlık alanıdır.

## **Oligohidramnios**

Rahim içerisinde bebeğin içinde bulunduğu amnion sıvısının normalden az olmasıdır.

## **Plasenta previa**

Plasentanın (bebeğin eşinin) rahim alt segmentine yapışması ile bebekten önde gelmesidir.

<b>POP</b>	Sadece progesteron içeren gebeliği önleyici haplardır.
<b>Polihidramnios</b>	Rahim içerisinde bebeğin içinde bulunduğu amnion sıvısının normalden fazla olmasıdır.
<b>Premenopozal Dönem</b>	Kadının ruhsal ve bedensel olarak menopoz dönemine hazırlandığı menopoz öncesi dönemdir.
<b>Progesteron İçeren Enjeksiyonlar</b>	Kadınlık hormonlarından sadece progesteron içeren gebeliği önleyici iğnelerdir (DMPA, NET-EN).
<b>Preeklamsi</b>	Gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkan 4 saat ara ile sağ koldan ölçülen en az iki tansiyonun 140/90 mmHg ve üzerinde seyretmesi ve başka organlarda (karaciğer, böbrekler) hasara yol açabilen halk arasında gebelik zehirlenmesi olarak bilinen bir durumdur.
<b>Progesteron İçeren İmplantlar</b>	Kadınlık hormonlarından sadece progesteron içeren küçük bir cerrahi işlemle cilt altına yerleştirilen gebeliği önleyici yöntemdir.
<b>Pulmoner Emboli</b>	Akciğere kan pıhtısının atması sonucunda akciğer atardamarının ani tıkanmasıdır.
<b>RİA Rahim İçi Araç</b>	Rahim içi araç, halk arasında bilinen adıyla spiral polietilen (plastik) yapıya sahip, rahim içine sığacak büyüklükte tasarlanmış araçlardır.
<b>Serebrovasküler Hastalıklar</b>	Beyni besleyen damarların tıkanması veya kanaması ile ortaya çıkan, hasar gören beyin bölgesi ile ilgili belirtiler veren bir hastalık grubudur.

## **Sürveyans**

Halk sağlığı kavramı olarak sürveyans verilerin sürekli toplanması, toplanan verilerin analiz edilmesi, bu analizlerin sağlığın geliştirilmesi, iyileştirilmesi ve/veya hastalıkların kontrolü uygulamaları için ihtiyacı olan kişilere ve bildirim yapan kaynaklara dağıtılmasıdır.

## **Teratojenik Etki**

Dölüte zararlı; gebeden plasenta yoluyla yeni doğanın dolaşımına geçmesi sonucu yeni doğanda doğuştan biçim bozukluklarına neden olan etkenler veya maddeler.

## **Tromboemboli**

Oluşan kan pıhtısının (trombüs) yol açtığı emboli (damar içinde meydana getirdiği tıkanıklık) sonucu kan akışının ciddi ölçüde azalmasıdır.

## **Tüp Ligasyonu**

Rahmin tüplerinin (Tuba uteri ya da Fallop tüpleri) bağlanmasıdır.

## **Vazektomi**

Sperm taşıyan kanalların bağlanmasıdır.

## **Yaşam Boyu Anne Ölüm Riski**

Kadının yaşamı boyunca gebelik veya doğum komplikasyonları nedeniyle ölme olasılığıdır. Yaşam boyu risk =  $(1-(1-AÖH))$  olarak hesaplanır.

## **Yüksek Riskli Gebelik**

Fetus ve / veya annenin tehlikede olduğu gebelikler yüksek riskli gebelik olarak tanımlanmaktadır.



### III. TABLOLAR VE ŞEKİLLER LİSTESİ

- Tablo 1.** Nitel Görüşmelerin Yapıldığı Çeşitli Gruplarda Hedeflenen ve Ulaşılan Kişilerin Dağılımı
- Tablo 2.** Görüşülen Sağlık Yönetici ve Hizmet Sunucularının Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı
- Tablo 3.** Görüşülen Hizmet Alan ya da Hizmete İhtiyacı Olan Kişilerin Bazı Sosyodemografik özelliklerinin dağılımı
- Tablo 4.** Türkiye’de Yıllara Göre Doğurganlık Tercihleri (1993-2018 TNSA)
- Tablo 5.** Türkiye’de Yıllara Göre Aile Planlaması Yöntem Bilgisi (1993-2013 TNSA)
- Tablo 6.** Türkiye’de Yıllara Göre İstenmeyen Gebelikleri Önleyici Yöntem Kullanımı (1963-2018 TNSA)
- Tablo 7.** Türkiye’de Ergenlerin / Gençlerin Yaş Gruplarına Dağılımı, 2019
- Tablo 8.** 2015-2019 Yılları Arası Annenin Yaş Grubuna Göre Doğumlar
- Tablo 9.** 2015-2019 Yılları Arasındaki HIV/AIDS Vakaları
- Tablo 10.** Yüksek Riskli Gebelerin Doğurganlık Özellikleri
- Şekil 1.** Raporun Ana Konuları
- Şekil 2.** Araştırma Dizaynı
- Şekil 3.** Türkiye’de Yıllara Göre Aile Planlaması Uygulamaları (1978-2018)
- Şekil 4.** Türkiye’de Halen Evli Kadınların Yerleşim Yerine Göre Modern Yöntem Kullanımı (TNSA 1993 – 2018)
- Şekil 5.** Türkiye’de Halen Evli Kadınların Bölgelere Göre Modern Yöntem Kullanımı (TNSA 1993 – 2018)
- Şekil 6.** Aile Planlanmasında Karşılanmamış İhtiyaç ve Modern Yöntem İhtiyacının Zaman İçindeki Değişimi (TNSA 1993 – 2018)
- Şekil 7.** İsteyerek ve Kendiliğinden Düşükler (100 gebelikte) (TNSA 1998-2018)
- Şekil 8.** Yıllara Göre Anne Ölüm Oranları (1990-2018)
- Şekil 9.** 2019 Yılı Anne Ölüm Nedenlerinin Dağılımı
- Şekil 10.** Yıllara göre Ergen Gebelik Hızı
- Şekil 11.** Sezaryen Yüzdeleri (TNSA 1993-2018)
- Şekil 12.** Yüksek Riskli Doğurganlık Davranışları
- Şekil 13.** Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörler
- Şekil 14.** Türkiye’deki Engelli Bireylerin Dağılımı
- Şekil 15.** ILGA Europe’un 2020 Gökkuşluğu Haritası, LGBTİ+’ların Yasal ve Politik İnsan Haklarında Aldıkları Puanlar

## IV. TEŞEKKÜR

Türkiye'deki Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durum Analizi çalışması, birçok kişi ve kurumun desteğiyle hazırlanmıştır. Bu çalışmanın nitel bölümünün gerçekleştirilmesinde çok sayıda sağlık hizmet sunucusu ve sağlık hizmeti kullanan kişi katkı sağlamıştır.

Çalışma kapsamında birinci basamak sağlık kuruluşlarından hekimler ve diğer sağlık çalışanları, ikinci ve üçüncü basamakta hizmet sunan Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanları, sağlık hizmetlerinin planlanmasında, uygulanmasında, izlenmesi ve değerlendirilmesinde görev almış yöneticiler, CSÜS konularında hizmet gereksinimi olan ve hizmetleri kullanan ergenler, gençler, genç kadınlar, gebeler, engelliler, göçmen kadınlar, LGBTİ+'lar ile telefonla, internet üzerinden uzaktan derinlemesine ve odak grup görüşmeleri yapılmıştır. Bu görüşmelerde elde edilen görüşler ve öneriler çalışma raporuna entegre edilmiştir.

CSÜS/AP hizmetlerinin planlanmasında ve uygulanmasında yıllarca emek vermiş, bu alanda değerli çalışmalar yapmış olan, önemli katkılarıyla da sonuç ve önerilerimize yön veren yöneticiler ve akademisyenler ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Göçmen kadınlar ile iletişime geçmemizi sağlayan İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı'ndan Nilgün Yıldırım ve görme engelli kadınlar ile iletişim kurmamızı sağlayan ve engelli kadınlar ile yaptığımız odak grup görüşmesinde moderatörlük yapan Engelli Kadın Derneği'nden Bahar Yavuz'a, riskli gebelikleri olan kadınlarla iletişime geçmemizi sağlayan Başkent Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD. Başkanı Prof. Dr. Esra Kuşçu ve Dr. Öğr. Üyesi Nihal Uysal'a özel teşekkürlerimizi sunarız.

Çalışmanın gerçekleştirilmesinde destek sağlayan TAPV, UÇM ve BÜKÇAM çalışanlarına, UÇM'den proje ekibi üyesi Kemal Cesur'a raporun hazırlanma sürecinde değerli katkılarda bulunan CİSÜ Platformu üyelerine, konu hakkında görüşlerini samimiyetle paylaşan bütün sağlık çalışanlarına, yöneticilere, akademisyenlere, hizmet kullanıcılarına teşekkür ediyoruz.

Araştırma Ekibi

## V. YÖNETİCİ ÖZETİ

Türkiye’de cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS) hizmetleri ve üreme haklarının güncel durumunun ortaya konulması için hazırlanan bu rapor, iki bölümden oluşmaktadır.

**Birinci Bölümde;** Uluslararası Çocuk Merkezi (UÇM) ve Başkent Üniversitesi Kadın – Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması, Araştırma ve Uygulama Merkezi (BÜKÇAM) tarafından Türkiye’de CSÜS hizmetleri ve haklara erişim, riskli gebelikler ve anne ölümleri, doğurganlığın düzenlenmesi (aile planlaması-AP) karşılanamayan gereksinim, gençler, genç kadınlar, göçmen kadınlar, engelli gençler, LGBTI+ların CSÜS hizmetlerine erişimi ile ilgili mevcut durum ortaya konmuştur. CSÜS hizmet sunumunda açık olup olmadığı, hizmete erişimin önündeki engeller, hak ihlallerini saptayarak CSÜS hizmetlerine toplumun her kesiminin ulaşabilmesi için öneriler geliştirilmiş ve hiç kimsenin geride kalmaması amaçlanmıştır. Bilimsel bir bakış açısı ile güncel durumun kanıta dayalı değerlendirilmesine yönelik tasarlanan Rapor’un birinci kısmında Türkiye’deki CSÜS hizmet durum analizi için literatür taraması ile son 6 yılı kapsayan 451.846 yayın taranmış, önceden saptanan kriterler çerçevesinde bunlardan 340’ı değerlendirmeye alınarak ayrıntılı incelenmiştir.

**Rapor’un ikinci bölümünde** ise derinlemesine görüşme ve odak grup tartışmaları yöntemleri kullanılarak yapılan niteliksel saha çalışması ile Türkiye’deki CSÜS hizmetleri hem hizmeti sunan hem de hizmet ihtiyacı olan toplam 80 kişinin görüşleri, uygulamaları ve deneyimleri değerlendirilmiştir. Her iki raporun özet bulguları ektedir.

Raporun önemli bulguları aşağıda özetlenmiştir:

Türkiye’de son 10 yılda **gebeliğin sayısını sınırlama isteği** azalmıştır. Türkiye’de yapılan farklı araştırmaların ve TNSA’ların sonuçları son 5 yılda modern ve geleneksel yöntemlere ilişkin evli kadınların bilgi düzeylerinde belirgin bir azalma olduğunu göstermektedir. Günümüzde çiftler arasında gebeliği önleyici modern yöntem kullanımında hala önemli bir hizmet açığı vardır. İlk kez 2018 TNSA’da kondom kullanımı RİA kullanımını geçerek en çok tercih edilen modern yöntem olmuştur. Gebelik önlemede etkili yöntemlerin kullanılması konusunda kadercı yaklaşım, olumsuz inançlar; eşin istememesi, kadının çevresindeki diğer insanların görüşleri de bireylerin seçimlerini olumsuz etkilemektedir.

Yapılan nitel araştırma bulgularına göre, istenmeyen gebeliği önleyici malzeme temininde son yıllarda sıkıntı yaşanmaktadır, sorunlar pandemi nedeniyle daha da artmıştır. Mevzuata göre Aile Sağlığı Merkezlerinde modern yöntemlerin sağlanması gerekmektedir.

Ancak bu hizmetin verilmemesi durumunda bir yaptırım olmaması, ergen sağlığı ve CSÜS konularına (danışmanlık ve uygulamaya) uzun süre ayrılması gereği ancak bu hizmetin performans hesaplamasına dahil edilmemesi ve maddi karşılığının olmaması sorun olarak ortaya çıkmaktadır.

Buna karşılık gebe-lohusa-bebek izlemleri ve aşıların zamanında yapılmaması halinde performans kesintisi uygulanmaktadır. Aile Planlaması ile ilgili danışmanlık ve uygulamada Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarının performans puanı almadığı saptanmıştır. CSÜS/AP hizmet sunumunun performans kriterlerine dahil olmaması başlıca sorunlardan biridir. Yapılan görüşmelerde Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarının iş yükü fazlalığı nedeniyle özellikle RiA uygulaması gibi özel sertifika ve zaman gerektiren işlemleri yapmaktan vazgeçmeleri, ertelemeleri ya da bu işlemi merkezde var ise Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanına yönlendirmeleri çalışanların buldukları çözüm yollarıdır.

Aile Planlamasında **karşılanmamış ihtiyaç** 1993-2013 arasında yıllar itibariyle giderek azalırken 2018 TNSA'da 2013'ün iki katına çıkarak %6'dan %12'ye yükselmiştir. Bu yüzdeye artık çocuk istemediği ya da halen çocuk istemediği halde geleneksel yöntemle korunanlar da eklenecek olursa (%12+%21=%33) Türkiye'de üç aileden birinin doğurganlığın düzenlenmesi hizmetlerinde (AP) karşılanmamış ihtiyacı mevcuttur. TNSA 2018'de gebeliklerin %12,7'si kendiliğinden düşük ile sonlanmıştır. 2008 yılında %10 olan isteyerek düşüklerin 2018 yılında %5,9'a düşmesi dikkat çekicidir. Nitel araştırmada yüksek riskli gebelerin gebeliği önleme yöntemleri ile ilgili yeterli bilgilerinin olmadığı, sadece birisinin modern yöntem kullandığı, görüşülenlerden sadece bir gebenin doğum sonrasında etkili modern yöntem kullanmayı planladığı görülmüştür. Yıllar içinde modern yöntemlerin temininde kamu sektöründen özel sektöre geçiş gözlenmiştir. Nitel araştırma sonucunda bunun en önemli nedeninin kamuda modern yöntem temininde lojistik ve finansmanla ilgili sorunlar yaşanması olduğu belirtilmiştir.

**Anne ölümlerinin** pek çoğu (üçte ikisi) önlenabilir özelliktedir. Önlenabilir anne ölümlerinde Doğum Öncesi Bakım (DÖB) Hizmetlerinin önemi ortaya çıkmaktadır. Nitel araştırmada CSÜS alanındaki başarılar eğitim, anne ve bebek sağlığı alanındadır. Türkiye'de çocuk yaştaki evliliklerin meşrulaştırılarak yaygın olmasına bağlı olarak, ergen dönemdeki gebelikler de sık ve yüksek risklidir ve bu yaş grubunda gebeliğe bağlı komplikasyonlar artmaktadır. Çocuk yaştakilerin tüm geleceklerini olumsuz etkileyen ergen gebeliklerde vücut yapısı uygun gelişmediğinden sezaryen oranları da artmaktadır. Ayrıca ergen gebeliğe bağlı olarak yenidoğanda görülen komplikasyonlar artmaktadır. Hizmetlere erişim önündeki engeller Doğum Öncesi Bakım ve Doğum Sonrası Bakım (DSB) hizmeti kullanımını azaltmaktadır. Nitel araştırma sonucunda, Türkiye genelinde DÖB ve DSB hizmetleri sayısı yeterli olmasına karşın niteliğın artırılması gerektiği saptanmıştır.

Ayrıca, kırsalda, doğu ve güney doğuda olumsuz koşullardaki, eğitimsiz kadınların hizmete erişmelerinde büyük sorunlar vardır. Riskli gebeliklerde özellikle doğurganlığın düzenlenmesi (AP) hizmetleri ile nitelikli ve yakın izlem ile anne ve bebek ölüm ve hastalık oranı (mortalite ve morbidite) azalır.

Araştırmalar **kapsamlı cinsellik eğitimi alan öğrencilerin** cinsel sağlık hakkındaki bilgi düzeylerinde ve sağlıklı cinsellik konusundaki tutumları üzerinde olumlu gelişmeler sağladığını ortaya koymaktadır. Ancak Türkiye’de okullarda kapsamlı cinsellik eğitimlerinin olmadığı, bu konunun çoğunlukla “tabu” olarak görüldüğü, çocukların cinsel sağlık ve üreme sağlığı ve haklarıyla ilgili bilgi kaynaklarının ve bu konu hakkındaki çalışmaların yetersiz olduğu gözlenmektedir.

Nitel araştırma kapsamında ergenler ile yapılan odak grup görüşmesinde de katılımcıların bilgilerinin fiziksel değişim olarak boy uzaması, ses kalınlaşması, sivilce çıkması, regl olma ve tüylenme ile sınırlı olduğu gözlemlenmiştir. Görüşmeler sonucunda hem veliler hem de ergenler konu hakkında kapsamlı eğitim, seminer talep etmişlerdir. Araştırmalar hem öğretmenlerin hem de ergenler ve ailelerin cinsel sağlık hakkındaki eğitim ve bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermektedir. Türkiye’de kapsamlı cinsel sağlık/cinsellik eğitiminde çok geç kalınmış, UNESCO standartlarında, yaşa uygun yapılandırılmış kapsamlı cinsellik eğitimine halen geçilmemiş, UNFPA, TAP Vakfı ve diğer kurumların bu konudaki yoğun çalışmalarına rağmen sonuç alınamamıştır. Okullarda kapsamlı cinsellik eğitimleri, sağlıklı bir toplum için öncelikli ele alınması gereken konuların başında gelmektedir.

Nitel araştırmadan çıkan bir başka önemli saptama da **savunmasız grupların ihtiyaçlarına özel hizmet** sunulmadığı, normal sunulan hizmetlere savunmasız gruplardan talep olduğunda bu gruplara hizmet verilmediği anlaşılmaktadır. Hizmete ihtiyacı olan ya da hizmet alan kişiler ile yapılan görüşmelerde sağlık çalışanlarının bu kişilere özel, duyarlı hizmet sunmadığı belirtilmiştir.

Türkiye’de her dört kişiden biri 10-24 yaşında yani **genç** olmasına rağmen, genç dostu sağlık hizmet modelleri yoktur. Bu grup, Toplumsal cinsiyet eşitsizliğine dayalı ayrımcılıktan çok daha fazla etkilenmektedir. Genç kadınlar ile yapılan odak grup görüşmelerine göre, en çok maruz bırakıldıkları ayrımcılık örneklerinden biri sağlık sunucuları tarafından yöneltilen “Evli misin, bekar mı?” sorusudur. Çocuk yaşta erken ve zorla evlilikler ve sonucunda ortaya çıkan ergen gebelikler halen sorundur. Gençlerin cinsellik ve CSÜS ile ilgili bilgi düzeyleri düşüktür. Gençlere yönelik CSÜS hizmet sunumunda önceki yıllara göre azalma vardır. Literatür taramasında bu hizmetler Sağlık Bakanlığı’nın birinci basamak sağlık hizmet sunumunda yer almadığı saptanmıştır. Nitel araştırmada sağlık çalışanlarının genç dostu sağlık merkezlerinin kapatılması hakkındaki kaygıları saptanmış, özellikle Medikososyal Merkezlerde verildiğinde bu hizmetlerden gençlerin çok faydalandığı ifade edilmiştir.

Genç kadınlar, toplumun ataerkil bakış açısıyla hastanede de karşılaşacakları endişesiyle daha önce hiç hizmet almak için başvuruda bulunmadıklarını belirtmiştir.

Katılımcıların çoğu cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetine ihtiyaç duydukları halde bu hizmeti almayı ertelediklerini belirtmişlerdir. Erteleme nedenleri arasında daha önce sağlık hizmeti sunan personelden dolayı yaşadıkları ayrımcılıklar, kişisel bilgilerinin aileleriyle paylaşılması korkusu, bir hastalıkla karşılaştıklarında ne yapacağını bilememe ve güvenilir/ayrımcılıktan uzak hizmet veren sağlık çalışanına ulaşamama gibi faktörler sayılabilir. Gençlerin cinsel sağlık ve üreme Sağlığı haklarının korunmasına gereksinim olmasına rağmen, incelemeler bu grubun haklarına ilişkin çalışmaların çok kısıtlı ya da mevcut olmadığını göstermektedir.

**Engelli bireyler** için hak temelli, veriye dayalı bütüncül sağlık hizmet politikalarının eksikliği dikkat çekmektedir. Engelli bireylerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine ulaşımı önündeki engeller, ayrımcılık ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile katlanarak büyümektedir. Nitel araştırma ile desteklenen bu bulgu, görme engelli kadınların sağlık hizmetine ulaşırlarken sağlık hizmet sunucuları tarafından ayrımcılığa maruz bırakıldıklarını ortaya koymuştur. Katılımcılar sağlık hizmet sunucularının engellilik ve CSÜS konularının kesiştiği durumlarda bilgi konusunda yetersiz kaldıklarını da vurgulamıştır. Engelli bireylerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinden beklentileri hizmetlere en az engelsiz kişiler kadar ulaşabilmek, ihtiyaç duydukları destek hizmetlerini alarak engelsiz kişiler ile eşit düzeyde ve hakkaniyetle hizmetlerin sağlanmasıdır. Görme engelli kadınlar ile yapılan odak grup görüşmelerine göre, bu kadınlar toplumun herhangi bir alanında cinsel taciz, şiddet gibi durumlarla karşılaşmaktadırlar, çoğu cinsel taciz ile karşı karşıya kaldıklarında nerelere başvuracakları hakkında bilgi sahibi değildir ve hatta ileri düzey taciz, şiddet, istismar gibi bir durumla karşılaşmadıkları sürece var olan şikayet mekanizmaları ve hukuki süreçler içerisine girmemeyi tercih edebilmektedirler.

**LGBTİ+'lara** yönelik heteroseksizm, homofobi, transfobi, LGBTİ+'lara yönelik nefret söylemleri, nefret suçları gün geçtikçe artmaktadır. LGBTİ+'lar ayrımcılık ve damgalanma korkusuyla sağlık hizmetine ulaşamamaktadırlar. Yapılan odak grup görüşmelerinde devlet kurumlarında CSÜS hizmetini alırken çoğunlukla ayrımcılığa maruz bırakıldıklarını, bu sebeple bir sonraki CSÜS hizmetini devlet yerine özel bir kurumdan almayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların CSÜS hizmetini almadan önce devlet ya da özel kurum farketmeksizin hizmete ihtiyaç duydukları alanlarda damgalamaya, ayrımcılığa ve mahremiyet ihlallerine maruz bırakılmamak için daha önce benzer hizmeti almış yakın çevreleri, arkadaşlarından edindikleri deneyimlerle uzman hekim araştırması yaparak hizmete erişmeye çalıştıklarını belirtmeleri dikkat çekici olmuştur. Sağlık hizmet sunucularının LGBTİ+'lar ve onların sağlık ihtiyaç ve beklentileri konusunda bilgi yetersizliği vardır. LGBTİ+'ların cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgi düzeyleri düşüktür.

LGBTİ+'ların haklarına uygun cinsel yönelim ve cinsiyet kimliklerine yönelik koruyucu, teşhis ve tedaviyi içeren kapsayıcı sağlık hizmet sunumuna ihtiyaçları vardır. Nitel araştırmada LGBTİ+'lara CSÜS konularında hizmet sunumunda AÇSAP merkezlerinin ve üreme sağlığı eğitim merkezlerinin kapanmasıyla sahada bu konuda duyarlılığa sahip hekimler, sağlık çalışanı sayısında da bir azalma olmuştur. Bu eksikliğin birinci basamaktaki aile hekimlerin hizmet ekibini de güçlendirilmesi ile telafi edilebileceği öneriler arasındadır.

**Suriyeli göçmen kadınların** dil bariyeri, düşük sosyoekonomik durum, kültürel ve dini inançlar gibi pek çok nedene bağlı sağlık hizmetlerine ulaşmaları engellenmektedir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve çocuk yaşta erken ve zorla evlilikler sonucunda ergen annelik çok yaygındır. Nitel araştırmada da çocuk yaşta erken ve zorla evliliklerin olağan olduğu, katılımcıların pek çoğunun bunu yaşadığı ve aynı deneyimi kendi kızları için istemedikleri öğrenilmiştir.

Aile Planlaması hizmetlerinde karşılanmamış ihtiyaçları vardır. Suriyeli kadınların gebelik oranları yüksek, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmeti alma oranları düşüktür. Nitel araştırmada doğurganlığın düzenlenmesiyle ilgili bilgi ve danışmanlık hizmetlerine ulaşamadıkları için büyük çoğunluğunun geri çekme yöntemini kullandıkları, eşlerinin kondom kullanmak istemedikleri ve yeni yöntemlere açık olmadıkları gözlenmiştir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların sıklığı yüksektir. Suriyeli seks işçileri, LGBTİ+, HIV ile yaşayan savunmasız gruplara özel hizmet sunulamamaktadır. Odak grup görüşmesinde katılımcıların hemen hemen hepsinin fiziksel ya da cinsel şiddete yaşamlarının bir döneminde maruz bırakılmış oldukları saptanmıştır.

Türkiye'deki CSÜS hizmetlerindeki sorun alanları özetlenirse; ergen sağlığı, istenmeyen gebelikler, kısa doğum aralığı, evde doğum, akraba evlilikleri, doğurganlığın düzenlenmesi hizmetlerine ulaşmada yaşanan sorunlar, istenmeyen gebelik önleyici malzeme azlığı, önlenebilir özellikteki anne ölümlerinin yüksek olması, doğurganlığın düzenlenmesi konularında Sağlık Bakanlığı'nın lojistik desteğinde ciddi sorunlar yaşanması, personelin sık yer değiştirilmesi, eğitim alan personelin aynı görevlerinde tutulmaması, hizmet önceliklerine performans puanının yön vermesi gibi durumlardır. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri (AÇSAP) ve Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezlerinin (GDŞHM) kapatılması, sağlık sisteminin fragmante / parçalı yapısı ve birinci basamakta parçalanmış hizmet üniteleri ile muhafazakar politikalar sonucunda son dönemde CSÜS hizmetlerinin belirgin şekilde zayıflatılması, hak temelli yaklaşımın olmaması, yasal engel olmamasına rağmen pratik uygulamada isteyerek düşük (kürtaj), doğurganlığın düzenlenmesi danışmanlığı ve istenmeyen gebelikleri önleyici malzeme sağlanmasında büyük sorunların varlığı, çalışmanın hem nicel hem de nitel bölümlerinde saptanan en önemli sorunlar olmuştur.

Önceliklerin politik atmosferden etkilenmesi CSÜS ve özellikle doğurganlığın düzenlenmesi hizmetlerinin sürdürülebilirliğini zorlaştırmıştır. Üst düzey yöneticilerin doğurganlığın düzenlenmesine (gebeliğin istek üzerine düşükle sonlandırılması ve kontrasepsiyon) ilişkin negatif söylemlerinin, sağlık yöneticilerinin üreme sağlığı ve doğurganlığın düzenlenmesi (gebeliğin istek üzerine düşükle sonlandırılması ve kontrasepsiyon) hizmet sunum uygulamalarına ilişkin çekinceli ortam yarattığı yine çalışmanın her iki bölümünde ifade edilen / saptanan bulgulardır.

T.C. Anayasasında hala CSÜS/AP hizmetlerine erişimi devletin sağlaması gerektiği yazmasına ve hala 2827 sayılı Yasa varlığını sürdürmesine rağmen herhangi bir yasal düzenleme olmaksızın hizmet sunulmaması konusunda Sağlık Bakanlığı'nın sessiz kaldığı görülmektedir. Özellikle istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması konusunda yasaya rağmen kamu hastanelerinin bu hizmetlerden çekildiğini ortaya koyan güncel araştırma sonuçlarının varlığı raporda belirtilmiştir.

Bazı illerde bu hizmete ihtiyacı olan kişilerin hizmet alacak yer bulamadıklarını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Adı konmamış bir pronatalist politikaya doğru bir eğilim olduğunu araştırma sonuçları çok net ortaya koymaktadır. Hatta yasal bir düzenleme yapılmaksızın bu tür hizmetlerin duraklatıldığı ve de sadece Sağlık Bakanlığı değil, işbirliği yapılan tüm bakanlıkların gebeliği özendirici pronatalist bir politika yürüttüğü de ifade edilen gözlemler arasındadır.

Aşırı doğurganlık ve sağlıksız-yasadışı düşükler nedeni ile artan anne ölümleri ile çok ağır bedeller ödenmiş olan Türkiye'de, toplumsal cinsiyet eşitliğinin merkeze alındığı eşitlikçi bir kültürün oluşturulması, kadının ikincilleştirilmediği, "toplumsal cinsiyet" ayrımcılığının elimine edildiği bir zihniyet değişimine acil ihtiyaç olduğu bu araştırma bulgularının işaret ettiği temel bir sonuçtur. Belirtilen temellerin üzerine inşa edilecek, gerçek anlamda uygulamalara yansıyan "hak temelli hizmet yaklaşımları ile" esasen Cumhuriyetin başlangıcından beri "zoru başaran ülkemizde" tüm sektörlerin toplumla el ele vererek, sağlık konusunda bu rapor kapsamında belirtilen sorunları mevcut kapasitesini kullanarak aşacağı açıktır.



# 1. GİRİŞ

1994 yılında Kahire'de toplanan Birleşmiş Milletler (BM) Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD), cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS) ve haklarının bireyin ve toplumun kalkınması için gerekli olduğu konusunda küresel bir görüş birliğine varmış ve ülkelerin politikalarını bu yönde düzenlemelerini talep etmiştir (1). Bu geniş konsensüsün ortaya çıkmasından neredeyse otuz yıl sonra, CSÜS haklarının tanınması ve geliştirilmesi için desteklenmesi gerekliliği her zamankinden daha fazladır. Son yapılan çalışmalar da göstermiştir ki, Guttmacher-Lancet Komisyonu tarafından önerilen kapsamlı CSÜS ve hakları tüm bireyler için cinsel sağlık, cinsel haklar, üreme sağlığı ve üreme haklarını kapsamakta ve CSÜS gereksinimlerini karşılamak için gereken hizmetler ve müdahaleler üzerinde yeni bir fikir birliğini yansıtmaktadır (2). Bunlara ek olarak, son çalışmalarda şiddet, damgalama ve bedensel özerkliğin ihlali gibi bireylerin psikolojik, duygusal ve sosyal refahlarını derinden etkileyen sorunlara da yer verilmektedir. İhmal edilen savunmasız grupların CSÜS ve haklarının eklenmesiyle (ergen kızlar, lezbiyen, gey, biseksüel, trans ve interseksler (LGBTİ+), engelliler, göçmenler) bu tanım genişletilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre cinsel sağlık, "cinsellikle ilgili fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal iyilik hali'dir (3). Üreme sağlığı, ICPD Eylem Programı'nda belirttiği üzere; bilgilendirilmiş, özgür ve sorumlu kararlar alma özgürlüğü ve üreme yeterliliği ile ilgilidir.

Ayrıca bireylerin üreme davranışları hakkında bilgilendirilmiş, özgür ve sorumlu kararlar almalarını sağlamak için üreme sağlığına ilişkin bir dizi bilgiye, ürünlere, tesislere ve hizmetlere erişimi de içerir. 1968'den bugüne kadar kaydedilen ilerlemeye rağmen, yüz milyonlarca kadın, erkek ve genç insan CSÜS ve doğurganlığın düzenlenmesi hizmetleriyle ilgili haklarını kullanamamakta olup, 214 milyon kadın hala istenmeyen gebelikleri önleyici etkili yöntemlere erişememektedir (4). CSÜS hakkı, DSÖ tarafından tanımlanmış olan "sağlığın toplumsal belirleyicileri" tarafından derinden etkilenir (5,6). Tüm ülkelerde, CSÜS'ye ilişkin davranış kalıpları, genellikle toplumsal eşitsizlikleri ve cinsiyete, etnik kökene, yaşa, engelliliğe ve diğer faktörlere dayalı eşitsiz güç dağılımlarını yansıtır. Politikalar ile ifade edilen bu toplumsal belirleyicilerin doğası, bireylerin CSÜS açısından seçeneklerini sınırlar. Bu nedenle, taraf devletler, bireylerin CSÜS haklarını hayata geçirirken bireylerin bu haklarını etkin bir şekilde kullanmalarını engelleyen yasalar, ve kurumsal düzenlemelerle kendini gösteren toplumsal belirleyicileri de dikkate almalıdır (7).

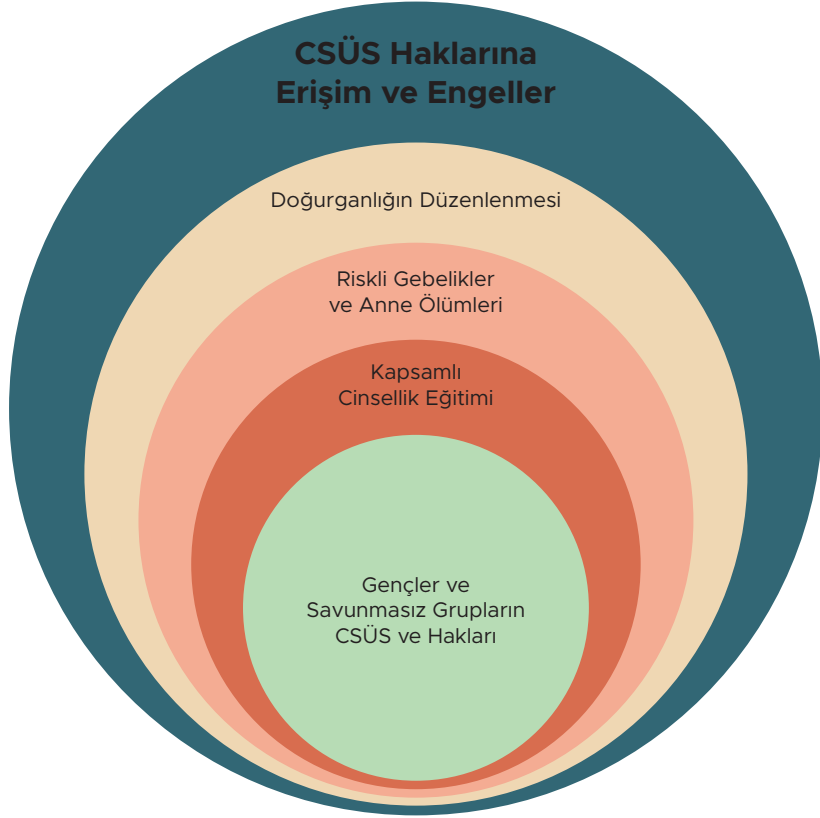
Üreme sağlığının temelde kişisel haklar perspektifinden kavranması ve korunması gereklidir. Üreme hakları ve cinsel haklar talep edildiği ve bunlara saygı gösterildiği ölçüde bu haklarda iyileşme elde edilebilir. Üreme sağlığı; üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili her türlü konuda sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır (8).

Üreme hakları ise insan haklarının bir parçası olarak tanımlanmış ve bütün bireylerin çocuklarının sayısı, aralığı ve zamanlamasıyla ilgili özgür ve sorumlu bir şekilde karar vermelerini, bunun için bilgiye ve olanaklara ulaşabilmelerini ve en üst düzeyde cinsel sağlık ve üreme sağlığına ulaşma haklarını içermektedir. Ayrıca, kadınların insan hakları, cinsel sağlık ve üreme sağlığı da dahil olmak üzere cinsellikleri üzerine her türlü kararı özgürce ve sorumluluk içinde verebilme ve kontrol edebilme haklarını da içermektedir. Düşüklerle ilgili olarak ise, istenmeyen gebeliklerin önlenmesinin en öncelikli konu olması gerektiği vurgulanmış ve istemli düşüklerin güvenli hale getirilmesi, tekrarlayan düşükleri önlemek için doğurganlığın düzenlenmesi ve danışmanlık dahil uygun hizmetlerin sunulması gerekliliği belirtilmiştir (9).

Türkiye’de son yıllarda CSÜS ve haklarına erişimde yayınlanan sayısız makale, rapor ve yayınlarda sorunlar olduğu görülmektedir. Türkiye’deki Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durum Analizi Raporu ile CSÜS ve haklarına erişim önündeki engeller bilimsel yayınların toplanıp analiz edilmesi ile CSÜS ve haklarının savunuculuğunda bilim insanları, akademisyenler, sağlık yöneticileri, ve hak savunuculuğu yapan Sivil Toplum Kuruluşları (STK) tarafından kullanılabilir. Ayrıca, toplumun farklı kesimlerinde CSÜS ile ilgili haklara ilişkin farkındalığın artırılması ve doğurganlığın düzenlenmesi ile ilgili nitelikli hizmet ve modern yöntemlere başvuruların artırılması da sağlanacaktır.

Bu raporda, özelden genele gidilerek aşağıdaki Şekil 1’de yer alan konu başlıkları irdelenecektir. Savunmasız gruplar olarak gençler, göçmen kadınlar, LGBTİ+’lar ve engelliler alınmıştır. Rapor genel olarak dört bölüm halinde sunulmasına rağmen, bu konuları kapsayan ve çakışan önemli konulara da yer verilmiştir. Kapsamlı cinsellik eğitimi her ergen ve çocuğun hakkı olmasına rağmen buna ulaşamaması, cinsel yolla bulaşan hastalık riskinden istismara, erken ve zorla evliliklerden ergen doğumlar ve anne ölümlerine kadar geniş bir yelpazede sağlık sonuçlarına neden olabilmektedir. Bu yüzden raporun kapsayıcılığı artmakta, esas olarak CSÜS haklarına erişim ve hakların kullanımı değerlendirilmektedir.

Şekil 1'de Türkiye'deki Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durum Analizi raporunun 4 ana başlığı gösterilmektedir. Gebeliğin düzenlenmesi, Riskli gebelikler ve anne ölümleri, Yaşa göre yapılandırılmış kapsamlı cinsellik eğitimi, Gençlerin ve savunmasız grupların CSÜS ve hakları.



**Şekil 1** Raporun Ana Konuları

## 2. ARKA PLAN

Dünya 1960'lı yıllarda, kontrolsüz nüfus artışının ekonomik ve sosyal kalkınma üzerindeki olumsuz etkileri konusuna odaklanmaya başlamıştır. 1970'lerde demografi ağırlıklı yaklaşım, 1980'lerde yerini sağlıkla ilgili, ana-çocuk sağlığını önceleyen yaklaşıma, 1990'larda ise, artık insanların hakları ve ihtiyaçları üzerine odaklanmaya bırakmıştır. Bu yıllardan sonra nüfus planlamasının sürdürülebilir kalkınmanın en önemli koşullarından biri olduğu kabul edilmiştir (10). Türkiye'de üreme sağlığı ve hakları için, özellikle de doğurganlığın düzenlenmesi (AP) için bir hizmet kapasitesi 1960'larda oluşturulmaya başlanmıştır. Türkiye'nin CSÜS için hak temelli bir yaklaşımı benimsemesi ise ICPD çerçevesinin ortaya çıkmasına dayanmaktadır. Bu dönemde Birleşmiş Milletler kuruluşları, Avrupa Birliği (AB) destekli Türkiye Üreme Sağlığı Programı ve sivil toplum kuruluşları ile işbirliği içerisinde üreme sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasında savunmasız rol oynamıştır. Toplumsal cinsiyet eşitliği ve üreme sağlığı ve haklarını içeren programlar Sağlık Bakanlığı'nın da içinde yer aldığı ulusal kadın sağlığı stratejilerine yön vermiştir. 2000'li yıllarda Türkiye'de demokratik hareketlerin yükselmesiyle birlikte CSÜS, politika gündeminin önemli bir parçası haline gelmiş ve hak temelli bir çerçeve görünürlük kazanmıştır. CSÜS hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu, yaşam döngüsü boyunca cinsiyete dayalı ayrımcılık yapılmaksızın üreme sağlığı desteği, hizmet kapasitesinin güçlendirilmesi ve hizmetlere daha kolay erişim bu dönemde Türkiye'nin politika öncelikleri arasında yer almıştır (11).

Bu politika çabaları, doğurganlığın düzenlenmesi de dahil olmak üzere CSÜS politikalarının marjinalleşmesine yol açan bir politika değişikliğiyle 2010'ların başında giderek azalmıştır (12). CSÜS ve hakları, siyasete bağlı olarak, ve Sağlıkta Dönüşüm politikası çerçevesinde 2010'ların başından bu yana önemli ölçüde değişmiştir. Bu değişim 10. Kalkınma Planında doğurganlığın düzenlenmesi (AP), CSÜS ve toplumsal cinsiyet ile ilgili referansları ortadan kalkması ve iki yeni öncelik tanınması biçiminde kendini göstermiştir: ailenin korunması ve Türkiye'nin genç nüfus demografik yapısının korunması (13). Bu değişim CSÜS politikalarında hak temelli yaklaşımı zayıflatmış ve yasal olan bazı CSÜS hizmetlerinin bile uygulama düzeyinde arka plana atılmasına ve yapılmamasına yol açmıştır. Örneğin, Ankara'da yapılan, Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan bazı Aile Hekimlerinin AP danışmanlık ve klinik hizmetlerinin sunumu ile ilgili görüş ve uygulamalar araştırmasına göre, hekimlerin %71'inin RIA uygulamadığı ve doğurganlığın düzenlenmesinde hizmet açığının her geçen gün derinleştiği saptanmıştır (14). Esasen bu durum ulusal araştırma sonuçlarında da açık olarak izlenmektedir. Benzer şekilde Sağlık Bakanlığı birimlerinde ve bazı üniversitelerde kurulmuş olan "Genç Dostu Hizmet Modeli"nin, değişen sağlık sistemi ile birlikte sonlandırıldığı görülmektedir.

CSÜS hakkı, bir dizi özgürlük ve yetkiyi gerektirir. Özgürlükler, kişinin kendi bedeni hakkında, CSÜS'ye ilişkin konularda şiddet, zorlama ve ayrımcılığa maruz bırakılmadan, özgür ve sorumlu kararlar verme ve seçimler yapma hakkını içerir.

Çok sayıdaki yasal, prosedürel, pratik ve sosyal engeller nedeniyle, bireylerin tam kapsamlı CSÜS tesislerine, hizmetlerine ve bilgilerine erişimi ciddi şekilde sınırlanmıştır. Yasalar ve uygulamalarda dışlamayı artıran ayrımcılığın birçok biçimini yaşayan LGBTİ+'ların ve engellilerin, CSÜS haklarından yararlanması daha sınırlıdır (15).

1994 sonrasında her 5 yılda bir ülkelerin politikaları ve istatistikleri ICPD kararları gözden geçirilerek değerlendirilmiştir. 2019 yılında Nairobi'de yapılan 25. yıl değerlendirmesinde, bütün iyileşmelere rağmen gelenen düzeyin yeterli olmadığı, ülkelerin içlerinde eşitsizliklerin sürdüğü, özellikle genç kadın ve ergenlerde doğurganlığın düzenlenmesi konusunda karşılanmamış ihtiyaçlarının %30'lar düzeyinde olduğu, istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması konusunda yeterli iyileştirmelerin yapılamadığı, kadın kanserleri ya da cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesinde yeterli yol alınmadığı, ergen evlilikler ya da cinsel kimlik eşitsizliği sorunlarının devam ettiği saptanmıştır. Küresel ölçekte, bütün bu bitmemiş gündem için sürecin hızlandırılması, sözcüklerin eyleme çevrilmesi, taahhütlerin hızla politik kararlılık ve şeffaf süreçler garanti altına alınarak, yasalar güçlendirilerek uygulanması gerektiği, toplumsal cinsiyet eşitliği kültürünün oluşturulması gerektiği kararlarına varılmıştır.

Bunların gerçekleşebilmesi için 2030 yılına kadar ulaşılmaması istenen 4 hedef konmuştur:

- 1) Önlenebilir anne ölümlerinin sıfıra indirilmesi,
- 2) Aile Planlanmasında karşılanmamış ihtiyaçlarının sıfıra indirilmesi,
- 3) Kadına yönelik şiddet ve çocuk evliliği başta olmak üzere zararlı geleneksel uygulamaların sonlandırılması,
- 4) Gençlere hakları bağlamında öncelik ve önem verilmesi, özellikle CSÜS konusunda hizmet sunulması olarak belirlenen bu hedefler için sürecin hızlandırılması ve kimsenin geride bırakılmaması kararları alınmıştır (16,17).

2019 yılında toplam nüfusun %23,3'ünü (19361842) ergen / gençler (10-24 yaş) oluşturmakta olup, %11,8'i genç erkeklerden, %11,2'si genç kadınlardan oluşmaktadır (18). Ergenlere, gençlere yönelik CSÜS konuları uzun bir süre üreme sağlığı ve nüfus çalışmalarının bir parçası olamamıştır. Ancak, ICPD'de ve 1995 Pekin 4. Dünya Kadın Konferansı'nda, temel insan haklarının bir parçası olarak cinsellik, CSÜS ile ilgili kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşım geliştirilmiş olup sağlığın iyileştirilebilmesi için tasarlanan programlara ergenlerin ve gençlerin CSÜS özelliklerinin ve gereksinimlerinin dahil edilmesi gerektiği kabul edilmiştir (19,20). 2017 yılında, DSÖ, diğer BM ortakları ve Uluslararası Çocuk Merkezi (UÇM), ülkelerin ergen sağlığına karşı tutumlarını belirlemek amacıyla Adölesanların Sağlığı için Hızlandırılmış Eylem Çerçevesi'ni geliştirmiştir (21).

2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın (TNSA) kadın sağlığı açısından çarpıcı verileri bulunmaktadır. Türkiye'de ergen doğurganlık hızı 2013 TNSA'da binde 29 iken 2018 TNSA'da binde 19'a düşmesine karşın, kayıtlı yaklaşık 3.6 milyon Suriyeli göçmenler arasında yapılan araştırmada ise her 100 ergenden (15-19 yaş) 39'u ya anne ya da hamiledir (22) ve toplam doğurganlık hızı kadın başına 2,3 çocuktur.

2018 TNSA'ya göre, kadınların %53'ü şu anda sahip olduğundan daha fazla çocuk sahibi olmak istemediğini belirtmiştir. Buna %14'lük "daha sonra gebelik isteyenleri" de eklediğimizde, kadınların yaklaşık %70'inin gebelik istemediği görülmektedir. Riskli gebelikler hala çok yüksek ve yaygın görülmektedir. Kadınların %27'si tekli yüksek risk kategorisinde, %9'u ise daha da riskli olan çoklu yüksek risk kategorisindedir. İstenmeyen gebelikleri önleyici modern yöntem kullanımında küçük de olsa bir artış vardır. Kadınlardan %70'i herhangi bir yöntem (%49'u modern, % 21'i geleneksel yöntem) kullanmaktadır. Daha önceki yıllar ile karşılaştırıldığında, en fazla kullanılan gebeliği önleyici yöntem olan geri çekme yöntemi %26'dan %20'ye düşmüştür. Doğurganlığın düzenlenmesinde karşılanamamış ihtiyaç (halen sahip olduğundan başka çocuk sahibi olmak istemediği halde hiçbir yöntem ile de korunmayan kadınların yüzdesi) iki katına çıkmıştır: 2013 TNSA'da %6 olan karşılanamamış ihtiyacın 2018 sonuçlarında ikiye katlanarak %12'ye çıktığı görülmüştür.

Bu yüzdeye artık çocuk istemediği ya da halen çocuk istemediği halde geleneksel yöntemle korunular da eklenecek olursa (%12+%21=%33) Türkiye'de 3 aileden birinin aile planlanmasında karşılanamamış ihtiyacı mevcuttur (22). 2018 TNSA'nın en önemli yeniliği geniş bir Suriyeli göçmen örnekleminin de araştırma kapsamına alınmış olmasıdır. Suriyeli kadınlarda herhangi bir yöntem kullanan kadınların oranı %43'tür. Bunun içerisinde geleneksel yöntem kullananların oranı %19 iken modern yöntem kullananların oranı %24'tür. Suriyeli kadınların en fazla kullandıkları gebeliği önleyici modern yöntem, yüzde 13 oranıyla rahim içi araçtır (RİA) Suriyeli kadınlarda aile planlanmasında karşılanamamış ihtiyaç %21'dir.

Sağlık Bakanlığı tarafından, Sağlık Sektörü İçin CSÜS Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015'te belirlenen öncelikli müdahale alanlarına göre yeniden oluşturulan programlar şöyledir: Evlilik Öncesi Sağlık Danışmanlığı, Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri Programı, Gebelere Demir ve D Vitamini Destek Programı, Anne Dostu Hastane Programı, Doğum-Sezaryen Programı, Doğum Sonu Bakım Programı, Anne Ölümleri İzleme Programı, Aile Planlaması Programı, Üreme Sağlığı Hizmetlerine Erkek Katılımının Sağlanması Programı, Misafir Anne Projesi (23,24). Yukarıda da görüldüğü gibi, öncelikli müdahale alanlarından, üreme sağlığında istenmeyen gebelikleri önleyici yöntemler konusunda yeterli hizmet verilmemekte, hizmet sunumu gebeliği artırmaya yönelik tasarlanmakta, cinsel sağlık ve cinsel haklar hiç vurgulanmamakta ve hizmet sunulması planlanmamaktadır.

Türkiye Üreme Sağlığı Programı'nda daha önceden açılan Genç Dostu Sağlık Hizmet ve Danışmanlık Merkezleri kapatılarak hizmet içi eğitimleri tamamlanan sağlık çalışanları sistemde kaybolmuştur (25). Ergen, genç sağlığı yanı sıra diğer savunmasız gruplar, engelli gençler ve kadınlar, Roman kadınlar ve gençler, LGBTİ+'lar, HIV ile yaşayanlar tüm CSÜS haklarından yoksun bırakılmakta, hizmet sunumu onlara özel planlanmamaktadır. Anne ölümleri Sağlık Bakanlığı 2018 istatistiklerinde yüzbin canlı doğumda 13,6 gibi görülmesine karşın, bölgeler arasında büyük farklar vardır, örneğin Kuzeydoğu Anadolu'da oran yüzbin canlı doğumda 24'lere çıkmaktadır (26).

Türkiye'de kapsamlı cinsel sağlık eğitimi Milli Eğitim Bakanlığı'nın müfredatında çok sınırlıdır. Birkaç STK ve vakıf tarafından, okullardan özel istek üzerine verilmektedir. Gençlerin CSÜS ile ilgili bilgi ve hizmetlere ulaşmalarına yönelik; gençler ve sivil toplum kuruluşları tarafından yürütülen farkındalık yaratma faaliyetleri UNFPA, Avrupa Birliği, Başkent Üniversitesi Kadın – Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması, Araştırma ve Uygulama Merkezi (BÜKÇAM), Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı (TAPV), Sabancı Hibe Programları, Uluslararası Çocuk Merkezi (UÇM) ve diğer sektörlerin işbirliğiyle desteklenmektedir (27).Yine TAPV'nin gençlere, mültecilere ve erkeklerle cinsel deneyim yaşayan erkeklerle yönelik farkındalık artırma, bilgilendirme ve davranış değişikliği yaratmayı ve bunları gerçekleştirmek için de kamu, özel sektör ve STK'lerle işbirliklerini güçlendirerek değişim yaratmayı amaçlayan cinsellik ve gençlik çalışmaları vardır (28).

Türkiye, Dünya Ekonomi Forumu'nun 2020 Toplumsal Cinsiyet Farkı Raporu'na göre 153 ülke arasında sondan 23. sırada yer almaktadır (29). Toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanamadığı toplumlarda görüldüğü gibi, Türkiye'de de kadın sağlığı ve CSÜS ve haklarına bireylerin ulaşması çok zordur. UNDP son raporunda çok yönlü sosyal toplumsal cinsiyet indeksinin politika, ekonomi, eğitim ve fiziksel bütünlük boyutunun göstergelerinden ikisini ilk defa kadınlara karşı partner şiddeti ve üreme hakları olarak belirlemiştir (30,31).

## 3. YÖNTEM

### 3.1 Amaç

Türkiye’de cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri ve haklarının güncel durumunun ortaya konması için “Türkiye’deki Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet Durum Analizi Raporu” hazırlanmıştır. Bu raporda, Türkiye’de CSÜS hizmetleri ve haklara erişim, aile planlanmasında karşılanmamış ihtiyaç, riskli gebelikler ve anne ölümleri, gençler, genç kadınlar, göçmen kadınlar, engelli gençler, LGBTİ+’ların CSÜS hizmetlerine erişimi ile ilgili mevcut durumu ortaya koyarak, CSÜS hizmet sunumunda açık olup olmadığı, hizmete erişimin önündeki engeller, hak ihlallerinin saptanması, CSÜS hizmetlerine toplumun her kesiminin ulaşabilmesi için öneriler geliştirerek hiç kimsenin geride bırakılmaması amaçlanmıştır.

### 3.2 Tasarım

Bu Rapor bilimsel bir bakış açısı ile, güncel durumun kanıta dayalı değerlendirilmesine yönelik iki bölüm halinde tasarlanmıştır.



### 3.2.1. Birinci Bölüm: Literatür Taraması

Raporun öncelikli konuları:

- Doğurganlığın düzenlenmesi,
- Riskli gebelikler ve anne ölümleri,
- Yaşa göre yapılandırılmış kapsamlı cinsel sağlık/cinsellik eğitimi,
- Gençlerin ve savunmasız grupların CSÜS ve haklar hakkında bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerine erişim durumlarıdır.

Araştırma, belirtilen dört öncelikli konu başlığı altında Türkiye'deki CSÜS Hizmet Durum Analizi literatür taraması ile 2 Eylül - 15 Ekim 2020 tarihinde son 6 yılı kapsamaktadır. (Ayrıca literatür taranması ve incelenmesinden sonra, kasım ve aralık aylarında yayınlanan, araştırma konuları ile ilgili önemli iki kaynak da (Kaynak no 82 ve 269) rapora dahil edilmiştir). Literatür incelenmesi kodlamasında; araştırmacının adı, araştırmanın adı, yapıldığı yer, tarih, incelenen kişi sayısı, örnekleme yöntemi araştırma grubunun sosyo-demografik bazı özellikleri, araştırma yöntemi, araştırmada kullanılan kriterler, araştırmanın önemli sonuçları irdelenmiştir. CSÜS alanında TNSA Serisi ve Sağlık Bakanlığı'nın ilgili veri ve çalışmaları da dahil olmak üzere son altı yılda yayınlanmış kaynak, tez, yayın ve makaleler sistematik olarak taranmıştır.

Sistematik derleme, belli bir konuda hazırlanmış araştırma sorusuna yanıt bulmak için, belirlenmiş kriterlere uygun olarak o alanda yayınlanmış orijinal çalışmaların sistemli ve yan tutmadan taranması, bulunan çalışmaların geçerliliğinin değerlendirilmesi ve sentezlenerek birleştirilmesidir. Bu derlemede daha güçlü kanıtlar üretebilmek, bilimsel bilgiyi süzgeçten geçirerek analiz edebilmek için aşağıdaki seçim kriterleri uygulanmıştır:

#### Derlemeye dahil edilme kriterleri

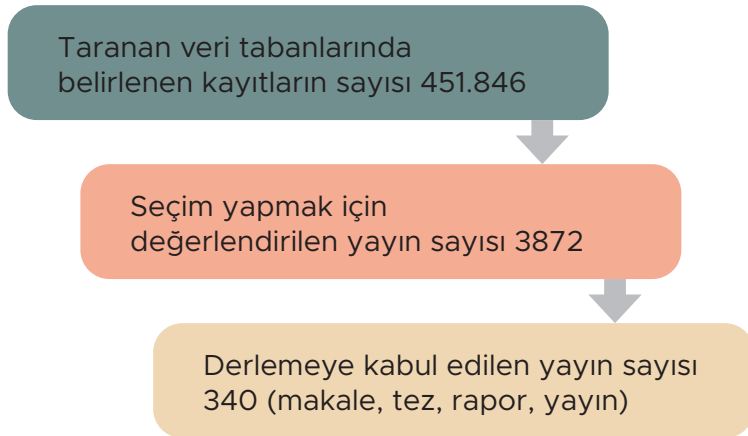
- Türkiye ya da bölgesel temsiliyeti olan çalışmalar öncelikli olarak değerlendirilmiştir.
- Sağlık Bakanlığı veri, istatistik, bilgi, raporları kullanılmıştır.
- Konu olarak; aile planlanmasında karşılanmamış ihtiyaçlar, riskli gebelikler ve anne ölümleri, yaşa göre yapılandırılmış kapsamlı cinsel sağlık/cinsellik eğitimi, gençlerin ve diğer savunmasız grupların CSÜS ve hakları hakkında bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerine erişim durumları öncelikli olarak alınmıştır.
- Kanıt düzeyi yüksek çalışmalar, hakemli dergilerde yayınlanmış akademik makaleler ve derlemeler seçilmiştir.
- Araştırmada makaleler, derlemeler ve tezler kullanılmıştır.
- Makalelerden katılımcıları, tasarımı, müdahaleleri, karşılaştırma grupları, sonuçları açıkça tanımlanmış olanlar alınmıştır.
- Ulusal ve uluslararası sivil toplum kuruluşları ilgili proje, rapor ve yayınları,
- 2015-2021 tarihleri arasında yayınlanmış çalışmalar değerlendirilmiştir.

## Derlemeye dahil edilmeme kriterleri

- 2015 tarihinden önceki rapor, istatistik ve çalışmalar
- Planlanan konular dışında özel konular
- Hakemli olmayan dergilerdeki yayınlar

Araştırmanın amaçları doğrultusunda, mevcut durumun ortaya konması amacıyla öncelikle Literatür Tarama Yönergesi hazırlanmış, anahtar kelimeler kullanılarak masaüstü arama motorlarında (Google, Yahoo, Bing, Pubmed) literatür taraması dört araştırmacı tarafından yapılmıştır. 451.846 yayın taranmış, önceden saptanan kriterler çerçevesinde bunlardan 340 yayın değerlendirmeye alınarak incelenmiştir. Taranan yayınlar, öncelikle yukarıda belirtilen seçim kriterlerine uygun ise Literatür Kodlama Listesine dahil edilmiştir, sonrasında sistematik analiz yapılarak raporun birinci bölümünde yer almıştır. İncelenen yayınların tarihi, yazarı, yöntemi, çalışmanın yeri ve araştırma sonuçları irdelenmiştir.

Bu sistematik incelemede, Sistematik İncelemeler ve Meta-Analiz için Tercih Edilen Raporlama Öğeleri'nde (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis-PRISMA) sistematik incelemeler için belirlenen standartlar göz önüne alınmıştır (32). Buna göre araştırmanın kurgusu aşağıda Şekil 2'de yer almaktadır. Şekil 2'de taranan veri tabanlarında belirlenen kayıt sayısı (451.846), seçim yapmak için değerlendirilen yayın sayısı (3872) ve bunlardan derlemeye kabul edilen yayın (340) sayıları verilmiştir.



**Şekil 2** Araştırma Kurgusu

### 3.2.2. İkinci Bölüm: Nitel Araştırma

Araştırmanın ikinci bölümünde, derinlemesine görüşme ve odak grup tartışmaları yöntemleri kullanılarak yapılan niteliksel saha çalışması ile Türkiye'deki CSÜS hizmetleri hem hizmet verenlerin hem de hizmet ihtiyacı olan kişilerin görüşleri, uygulamaları ve deneyimleri değerlendirilmiştir.

Nitel araştırma kapsamında öze inen, ayrıntılı kavramayı ve araştırılan konuyu bütüncül biçimde ele almayı sağlayan verilere ulaşabilmek için derinlemesine görüşmeler ve odak grup görüşmeleri yapılmıştır. Odak grup görüşmeleri aracılığıyla, grup tartışmaları üzerinden Türkiye'deki CSÜS hizmet ve politikalarının araştırma gruplarının ihtiyaçları doğrultusunda karşılanmasıyla ilgili deneyimlerin aktarılması ve hizmet açığının saptanması hedeflenmiştir.

Literatür çalışması sonucunda Türkiye'deki CSÜS hizmet sunumunda karşılaşılan engeller, hem hizmet sunan sağlık profesyonelleri hem de sağlık hizmeti alan ya da ihtiyacı olan kişiler açısından ortaya çıkan tablodaki bilgi/ bulgu boşlukları konusunda, araştırmanın ikinci fazında nitel araştırma yöntemleri ile daha ayrıntılı bilgiler elde edilmiştir. Nitel araştırmada saptananların analiz sonuçları ve bunları esas alan öneriler raporun ikinci bölümünde yer almıştır.

Nitel araştırmaya katılan kişilerin dağılımı Tablo 1'de verilmiştir. Nitel Araştırma 15 Ekim-21 Aralık 2020 tarihleri arasında 4 araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Çalışmanın niteliksel bölümünde önceden hazırlanan araştırma "ara raporu" doğrultusunda çeşitli STK'larının, özellikle de CİSÜ Platformu'nda yer alan kuruluşların bu alandaki deneyimleri, görüşleri ve önerilerinin soruların oluşturulmasında yol gösterici olmuştur. Araştırmanın nitel bölümü için, Odak Grup Görüşmesi Soru Yönergesi, Derinlemesine Görüşme Soru Yönergesi ve Aydınlatılmış Onam Formları hazırlanmıştır (EK 1).

**Tablo 1.** Nitel Görüşmelerin Yapıldığı Çeşitli Gruplardan Hedeflenen ve Ulaşılan Kişilerin Dağılımı

Hizmet Sunanlar ile Derinlemesine Görüşmeler	Hedeflenen Kişi Sayısı	Ulaşılan Kişi Sayısı
Yöneticiler	5	5
CSÜS kilit kişiler	5	7
Aile Sağlığı Merkezi	5	6
Medikososyal Merkez	5	5
Ebe/Hemşire	5	5
Toplam	<b>25</b>	<b>28</b>
Hizmete İhtiyacı olan kişiler ile yapılan görüşmeler	Hedeflenen Kişi/ Grup Sayısı	Ulaşılan Kişi/Grup Sayısı
Yüksek Riskli Gebeler ile Derinlemesine Görüşme	5 kişi	6
Genç Kadınlar ile Odak Grup Görüşmesi	1 Odak Grup Görüşmesi	1 Odak Grup Görüşmesi/8 katılımcı
Göçmen Kadınlar ile Odak Grup Görüşmesi	1 Odak Grup Görüşmesi	1 Odak Grup Görüşmesi/11 katılımcı
Göçmen Kadınlar ile Derinlemesine Görüşme	Planlanmamıştı	1 kişi ile yapıldı**
LGBTI+ 'lar ile Odak Grup Görüşmesi	1 Odak Grup Görüşmesi	2 Odak Grup Görüşmesi(4+8)
Ergenler ile Odak Grup Görüşmesi	1 Odak Grup Görüşmesi	1 Odak Grup Görüşmesi/7 katılımcı
Engelliler ile Odak Grup Görüşmesi	1 Odak Grup Görüşmesi	1 Odak Grup Görüşmesi/7 katılımcı
<b>Toplam</b>	<b>5 Odak Grup Görüşmesi</b>	<b>6 Odak Grup Görüşmesi /52 Kişi</b>
<b>Genel Toplam Kişi Sayısı</b>		<b>80 Kişi</b>

\*Hemşire/ebeler ASM, Medikososyal Merkez ve semt polikliniğinde çalışmaktadır.

\*\*Göçmen kadınlar ile yapılan odak grup görüşmesinde proje ekibine yardımcı olan tercümanın özelliklerinin grup üyeleri ile uyuşması nedeni ile, onun da fikirlerini alabilmek için görüşme sonrasında kendisiyle derinlemesine görüşme yapılmıştır.

Sağlık hizmeti sunucularına ulaşmada kartopu yöntemi kullanılmış olup, bu kişilerle bağlantı kurma aşamasında TAPV, meslek odaları ve dernekler, görüştüğümüz diğer hekimler ve kişisel bağlantılar kullanılmıştır. Görüşmelerin büyük çoğunluğu pandemi nedeni ile internet ve telefon aracılığıyla gerçekleşmiş olup, yüksek riskli gebeler ile Ankara'da bir üniversite hastanesinde, yüksek riskli gebelik tanısı almış gebeler ile telefonda görüşülmüştür. Derinlemesine görüşmeler 60-120 dakika sürmüştür.

Hizmet alanlar ve hizmet gereksinimi olanlardan genç kadınlar, LGBTİ+ler, göçmen kadınlar, engelli kadınlar ve ergenler ile birer odak grup görüşmesi yapılmıştır. Ayrıca bir üniversite hastanesinin Kadın Hastalıkları Doğum Bölümünde “yüksek riskli gebelik” ön tanısı alan 6 gebe ile derinlemesine görüşme yapılmıştır. Odak grup görüşmeleri 6-10 kişi ile bir moderatör ve bir gözlemci tarafından 60-90 dakika içerisinde gerçekleştirilmiştir.

Hizmet sunan hekim ve diğer sağlık çalışanlarına kartopu yöntemi kullanılarak ulaşılmıştır. 5 yönetici, 6 Aile Hekimi/Pratisyen Hekim/hemşire, 7 Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı ve CSÜS hizmeti sunan kilit kişiler, 5 Üniversite Medikososyal Sağlık Merkezi’nde çalışan hekim ve hekim olmayan 5 sağlık çalışanı ile derinlemesine görüşme yapılmıştır. Nitel Görüşmelerin Yapıldığı Çeşitli Gruplarda Hedeflenen ve Ulaşılan Kişilerin Dağılımı Tablo 1’de verilmiştir. Görüşülen sağlık hizmet sunucularının bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de yer almaktadır.

**Tablo 2.** Görüşülen sağlık yöneticileri ve hizmet sunucularının bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Görüşülen Kişi (Sayı)	Yaş aralığı	Cinsiyet	Çalışma Yılı Aralığı	Meslek
Yöneticiler (5)	50-60	5 Kadın	12-32	4 Hekim /1 Hekimler dışındaki personel
CSÜS kilit kişiler (7)	38-71	4 Kadın 2 Erkek	9-40	3 Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, 2 Halk Sağlığı Uzmanı, 1 AH, 1 Ebe
Aile Sağlığı Merkezi Çalışanı (6)	48-57	3 Erkek, 3 Kadın	27-32	6 Aile Hekimi
Medikososyal Merkez Çalışanı (5)	45-61	2 Erkek 3 Kadın	8-23	4 Pratisyen Hekim, 1 Hemşire
Ebe/Hemşire (5)	34-61	5 Kadın	18-40	4 Hemşire, 1 Ebe

**Tablo 3.** Görüşülen hizmet alan ya da hizmete ihtiyacı olan kişilerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Görüşülen Kişi (Sayı)	Yaş aralığı	Cinsiyet	Çalışma Durumu	Eğitim Durumu
Yüksek Riskli gebeler (6)	25-35	6 Kadın	4 kişi çalışmakta, 2 kişi ev kadını	2 Lise mezunu, 4 üniversite mezunu
Genç Kadınlar (8)	25-29	8 Kadın	7 kişi çalışmakta, 1 kişi çalışmıyor	Hepsi üniversite mezunu (sosyoloji, mimarlık, fizik öğretmeni, psikoloji)
Göçmen Kadınlar (12)	26-49	12 Kadın	4 kişi çalışmakta, 8 çalışmıyor	2 kişi ilkokul mezunu, 5 kişi lise mezunu, 5 kişi üniversite mezunu (muhasabe, psikoloji, işletme, fransız edebiyatı, fizik)
Görme Engelli Kadınlar (7)	22-35	7 kadın	2 kişi öğrenci, 3 kişi çalışıyor, 2 kişi ev kadını	Hepsi üniversite mezunu
Ergenler (7)	10-12	6 kız çocuğu, 1 oğlan çocuğu	Hepsi öğrenci	2 kişi 4. Sınıf, 5 kişi 5. sınıf
LGBTİ+’lar (12)	22-27	6 kişi öznesi kadın, 3 kişi öznesi erkek, 3 kişi ikili cinsiyetten herhangi biri		2 kişi lise mezunu, 5 kişi üniversite öğrencisi, 5 kişi üniversite mezunu

Yarı yapılandırılmış soru yönergeleri ile toplamda 35 derinlemesine görüşme, 6 odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir.

Görüşme öncesinde, etik kurallar gözetilerek, yönergelerde anlatılan biçimde görüşmenin kapsamı, içeriği, süresi ve gizliliğine ilişkin bilgi verilmiş ve tüm görüşmeler görüşülen kişilerin sözel onayları alındıktan sonra gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan ergenler ve ebeveynlere araştırma konusunda bilgi verilerek kendilerine gönderilen “Aydınlatılmış Onam Formu”nu doldurup, imzaladıktan sonra e-posta yoluyla geri göndermeleri sağlanmıştır. Araştırmaya katılanların mahremiyeti ve bilgilerinin gizliliğinin korunması, araştırma etiği yönünden tam olarak sağlanmıştır. Katılımcıların isimleri soru formlarına kaydedilmeden, kodlama sistemi ile veri girişi yapılmıştır. Görüşmeler, görüşülen kişinin kimliğinin ortaya çıkarılmaması ve/veya kimliğini belirtecek bir bilgi olmaması dikkate alınarak görüşmenin yapıldığı aynı gün içerisinde çözümlenmiştir. Analiz ve raporlama süreçlerinde de bu konuya özen gösterilmiştir. Nitel veri analizinde öncelikle her grupta görüşülen kişilerin ayrı dosyası hazırlanmıştır. Daha sonra bu dosyalar her gruba ait sorular üzerinden sınıflandırılarak görüşmecinin notları ile birleştirilmiş, böylece tema ve örüntüler elde edilmiştir.

Çözömlerelerde, göröfüülen kişilerin anlatımları korunmuş ve metin içinde verilen alıntılarda kişilerin kendi ifade biçimleri kullanılmıştır. Yapılan tüm görüşmelerde katılımcılar görüşme içerisinde anonim olarak yer almış olup, farklı katılımcı profillerine ait görüşme notlarında parantez içerisinde verilen açıklamalar, katılımcıların demografik özelliklerine dair beyanları esas alınarak (yaş, cinsiyet, cinsel yönelim, eğitim durumu, çalıştığı kurum vb.) eklenmiştir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla ve CİSÜ Platformu'nun savunuculuk ve izleme çalışmalarında kullanılacaktır.

## Raporun Kısıtlılıkları

Bu raporda 2015-2021 yılları arasında ulaşılabilen kaynaklardan yararlanılmıştır. 2015 öncesindeki yıllara ait yayınlar değerlendirilmemiştir. Eğer konu ile ilgili incelenen dönemde temel kaynak yok ise daha önceki dönem de incelenmiştir. Rapor bölümü olarak ayrıca değerlendirilmeyen CSÜS sorunlarından Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE), toplumsal cinsiyet, şiddet konularına bölümler içerisinde kesişen konular olarak değinilmiştir. Literatür taraması sadece Türkçe ve İngilizce kaynakları kapsamaktadır.

Nitel Araştırma pandemi döneminde yapıldığı için sadece 3 görüşme yüz yüze yapılmış, diğer görüşmeler telefonda ya da Zoom toplantısı ile yapılmıştır.

---

# BİRİNCİ BÖLÜM: LİTERATÜR TARAMASI



## 4. LİTERATÜR TARAMA BULGULARI

### 4.1. Dünyada Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sorunlarının Boyutları

- Her gün en az 800 kadın önlenebilir anne ölümleri nedeniyle ölmektedir.
- Her yıl 200 milyon kadının aile planlamasında karşılanmamış ihtiyacı var,
- Yalnızca %55 kadın cinsel sağlık ve üreme sağlığı ve doğum kontrolü konusunda kendi kararlarını verebilmektedir,
- 45 milyondan fazla kadın ya yetersiz doğum öncesi bakım almakta veya hiç almamaktadır.
- 1 milyon kadın ve kız çocuğu HIV bulaşmaktadır
- 25 milyon kürtaj güvenli olmayan şartlarda gerçekleşmekte.
- Dünyada 140 milyondan fazla kız çocuğu, ailelerin oğlan çocuğu tercihi yüzünden doğumdan önce veya sonra öldürülmekte veya ölüme terk edilmektedir.
- 4.1 milyon kız çocuğu genital sakatlamaya maruz kalmıştır.
- Her 5 çocuktan birisi erken ve zorla çocuk yaşta evlenmiştir.

Bu rakamlar, temel cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimdeki büyük boşluğu gösteriyor (33-35).

Her üç kadından en az biri, yaşamı boyunca yakın bir partner tarafından cinsel şiddete maruz bırakılıyor, sekse zorlanıyor veya başka bir şekilde taciz ediliyor. Ergen kızlar, genç kadınlar, etnik ve diğer azınlıklara mensup kadınlar, trans kadınlar ve engelli kadınlar, farklı şiddet biçimleri için daha yüksek riskle karşı karşıyadır. İnsani açıdan acil durumlar bunu daha da kötüleştirebilir ve kadınlara ve kız çocuklarına yönelik ek şiddet biçimlerine yol açabilir. Küresel olarak kadın cinayetlerinin %38-50'si yakın partneri tarafından işleniyor (36).

## 4.2. Türkiye'de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığının Mevcut Durumu

### 4.2.1. Doğurganlığın Düzenlenmesi

Bu bölümde Türkiye'de son 6 yılda (2016-2021) yürütülen AP çalışmaları sistematik olarak incelenmiştir. Türkiye'de yaşayan doğurgan çağıdaki kadınları (15-49 yaş) kapsayan çalışmaların incelenmesi, ulusal ve uluslararası bilimsel hakemli dergilerde yayınlanan araştırmalar, Ulusal Tez Merkezi'nde tam metnine ulaşılabilen yüksek lisans ve doktora/tıpta uzmanlık tezleri ile ulusal ve uluslararası halk sağlığı kongre kitabında yer alan bildirilerden oluşmuştur. Konuyla ilgili toplam 86.904 literatür taranmış olup, araştırmanın amacına uygun olan 45 yayın ayrıntılı biçimde incelenmiştir. Yayınların tamamının tanımlayıcı ve kesitsel çalışmalar olduğu, araştırma örnekleminin genellikle doğurgan çağıdaki ve Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bölgesinde yaşayan kadınlardan seçildiği ve çalışmalara katılan kişi sayısının çoğunda 500'ün altında olduğu saptanmıştır.

### Gebeliğin Önlenmesi ve Planlaması

Aile Planlaması (AP) 1984 Uluslararası Nüfus Konferansı'nda (Mexico City) tanımlanmış ve 1994 Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda da (Kahire) temel bir hak olarak kabul edilmiştir (37,38). Türkiye'de ise 1923 yılından beri izlenen pronatalist nüfus politikası, toplumun talep ve gereksinimi doğrultusunda özellikle de gebeliğin düzenlenebilmesi gerekçesi ile değiştirilerek, 1965 yılında 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'un kabul edilmesi ile antinatalist nüfus politikasına geçilmiştir. Bu ilk yasada doğurganlığın düzenlenmesi amacıyla istenmeyen gebelikleri önleyici modern yöntemlerin ücretsiz veya uygun fiyatlarda temini, tanıtımı ve kullanımını, AP hizmetlerinin kamu ve özel sektör tarafından sunulması onaylanmıştır (39). Türkiye'de 30 yılı aşkın bir süredir de güvenli annelik programı doğrultusunda doğurganlığın düzenlenmesi hizmetlerinin yaygınlaştırılarak riskli gebeliklerin önlenmesi, anne ve bebek sağlığını koruma politikaları izlenmektedir (40).

İstenmeyen gebelikleri önleyici yöntem ihtiyacı, erken yaşta cinsel deneyim ve geç menopoz nedeniyle 30 yıl kadar devam edebilmektedir. Güvenilir yöntemlerle istenmeyen gebelik korkusu, yasa dışı düşük ve doğum kaynaklı ölümleri önlemek mümkün olmasına rağmen günümüzde gebelikten korunmak isteyen partnerler arasında modern yöntem kullanımında hala önemli bir açık vardır.

Bireylere doğurganlığın düzenlenebilmesi için gerekli bilginin ve yöntemlerin sunulması temel sağlık haklarından biridir ve de AP hizmetlerinin ulaşılabilir ve kapsayıcı olabilmesi için, birinci basamak sağlık çalışanları tarafından danışmanlık yapılması ve nitelikli doğurganlığın düzenlenmesi hizmet sunumu oldukça önemlidir. Yapılan çalışmalar pek çok ülkede ve Türkiye’de farklı nedenlerle etkili yöntem kullanımı önünde pek çok engel olduğunu göstermektedir (40).

## Türkiye’de Kadınların Doğurganlık Tercihleri

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarına (TNSA) göre, son on yılda evli kadınlar arasında hemen çocuk isteyenlerin, kararsızların ve daha sonra çocuk istediğini belirtenlerin önceki yıllara kıyasla ciddi artış gösterdiği, başka çocuk istemeyenlerin ise azaldığı belirlenmiştir. Buna karşın başka çocuk istemediğini ifade edenlerin önceki yıllara göre belirgin biçimde azalmış olması da göz ardı edilmemelidir. Ancak beş yıl sonraki 2018 TNSA’da bu rakamların önceki yıllara yaklaşacak biçimde tekrar değiştiği görülmektedir (Tablo 4).

B.1- TNSA’lara göre son 10 yılda gebeliği sınırlama isteği azalmıştır.



**Tablo 4:** Türkiye’de Yıllara Göre Doğurganlık Tercihleri (1993-2018 TNSA)

<b>Çocuk sahibi olma isteği</b>	<b>1993</b>	<b>1998</b>	<b>2003</b>	<b>2008</b>	<b>2013</b>	<b>2018</b>
Hemen istiyor	9,7	10,6	9,9	11,5	13,7	12,7
İstiyor, zamanını bilmiyor	2,8	4,5	4,0	3,4	4,8	5,6
Daha sonra istiyor	13,9	13,6	13,6	14,3	18,1	14,0
Başka istemiyor	69,7	66,4	69,1	67,0	56,8	62,9
Gebe kalması mümkün değil	3,9	4,9	3,1	3,5	6,5	4,8
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>						
0	2,0	2,2	1,5	4,7	3,3	3,3
1	20,8	26,0	25,5	28,2	19,4	26,5
2	80,9	78,7	80,5	78,4	64,1	69,0
3	90,5	88,0	90,3	87,8	81,0	82,7
4+	91,2	87,9	92,6	91,8	83,9	87,3

Yaşayan çocuk sayısına göre gebeliği sınırlama isteğinin üç ve dört yaşayan çocuğu olanlarda önceki yıllarda %90’lar düzeyinde seyrederken, 2013 ve 2018 TNSA’da %81- 87’lere düştüğü de dikkat çekicidir. TNSA’larda son 10 yılda gebeliği sınırlama isteği azalmıştır (22,41-45). Türkiye’de 2003 – 2007 yılları arasında AB Türkiye Üreme Sağlığı Programı yürütülmesine rağmen kadınların çocuk isteğinde ciddi artış olmasında 2007’de Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Aile Hekimliği sistemine geçişten sonra yasal olarak olmasa da uygulamalarda izlenen pronatalist politikaların etkisinin olduğu düşünülmektedir.

## **İstenmeyen Gebelikleri Önleyici Yöntemler Hakkında Bilgi Düzeyi**

B.2- Türkiye’de yapılan farklı araştırmaların ve TNSA’ların sonuçları son 5 yılda modern ve geleneksel yöntemlere ilişkin tüm kadınların ve evli kadınların bilgi düzeylerinde belirgin bir azalma olduğunu göstermektedir.

İstenmeyen gebelikleri önleyici yöntemler hakkında bilgi sahibi olmak hem gebeliği önleyici bir yöntem kullanıp kullanmama kararı hem de hangi yöntemin kullanılacağı kararı açısından oldukça önemlidir. Gebeliğin düzenlenmesine / istenmeyen gebeliklerin önlenmesine ilişkin olarak bilgi sahibi olunması, bu yöntemlere ulaşılması ve de uygun bir yöntemin kullanılması için önemli bir adımdır.

2018 TNSA'ya göre tüm kadınların %97,4'ü ve halen evli kadınların %99,5'i neredeyse tamamı istenmeyen gebelikleri önleyici yöntemlerden en az birini bilmektedir (22). Ülkemizde farklı illerde yapılan çalışmalarda da kadınların herhangi bir yöntem bilme düzeyleri yüksektir. Evli kadınların neredeyse tamamı (%97,7-99,5) istenmeyen gebeliği önleyici yöntemlerden en az birini bilmektedir (46,47).

Ortalama bilinen yöntem sayısı ise 7,6 olarak bildirilmiştir. Hap, enjeksiyon bilgisi yüksek olmasına karşın kullanım sıklığı buna paralel değildir. Acil kontrasepsiyon hapı bilgisi giderek artmakla birlikte, evli kadınların yaklaşık yarısı bu yöntemden haberdar değildir (Tablo 5, 3) ( 22,41-45).

**Tablo 5.** Türkiye'de Yıllara Göre Aile Planlaması Yöntem Bilgisi (1993-2013 TNSA)

Yöntem	1993	1998	2003	2008	2013	2018
Herhangi bir yöntem	99,1	98,9	99,8	99,8	99,8	99,5
Geleneksel yöntemler	89,1	90,6	97,7	93,6	94,2	87,7
Modern yöntemler	98,6	98,7	99,5	99,6	99,7	99,4
Hap	95,7	95,8	97,8	98,0	97,8	96,7
RiA	97,1	97,0	98,3	98,0	98,0	93,6
Kondom	80,8	85,1	90,0	92,3	92,4	91,5
Tüp ligasyonu	75,6	83,4	89,8	91,6	92,8	92,7
Enjeksiyon	38,8	76,2	82,5	84,9	87,0	86,5
Diyafram/ Köpük/ Jel	57,5	50,5	45,7	34,8	32,2	23,7
Vazektomi	35,1	45,0	40,2	42,8	41,4	37,0
İmplant	6,7	24,8	43,3	41,0	39,7	36,3
Acil korunma hapı	-	-	16,1	29,2	43,0	48,0
Kadın kondomu	-	-	13,4	17,0	19,5	20,1
Ortalama bilinen yöntem sayısı	6,2	7,0	8,5	7,7	8,2	7,6

TNSA 2008 ve 2018 araştırmasına katılan tüm kadınların en çok bildikleri modern yöntemler kıyaslandığında modern yöntemlere ilişkin bilgi düzeylerinin azalmış olduğu dikkat çekmektedir. Bunun da CSÜS ve gebeliğin önlenmesi konusunda bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri çerçevesinde evli olmayan kadınların hedeflenmemesinin bir sonucu olabileceğini düşündürmektedir. Halen evli kadınlar arasında en çok bilinen modern yöntemler olarak hapın %98'den %96,7'e, RiA'nın %98'den %93,6'a, vazektomi %42,8'den %37'e ve erkek kondomunun %92,3'den %91,5'e düştüğü saptanmıştır. Ancak kadınların tüplerinin bağlanması bilgisi %91, 6'dan %92, 7'e yükselmiştir (22,44).

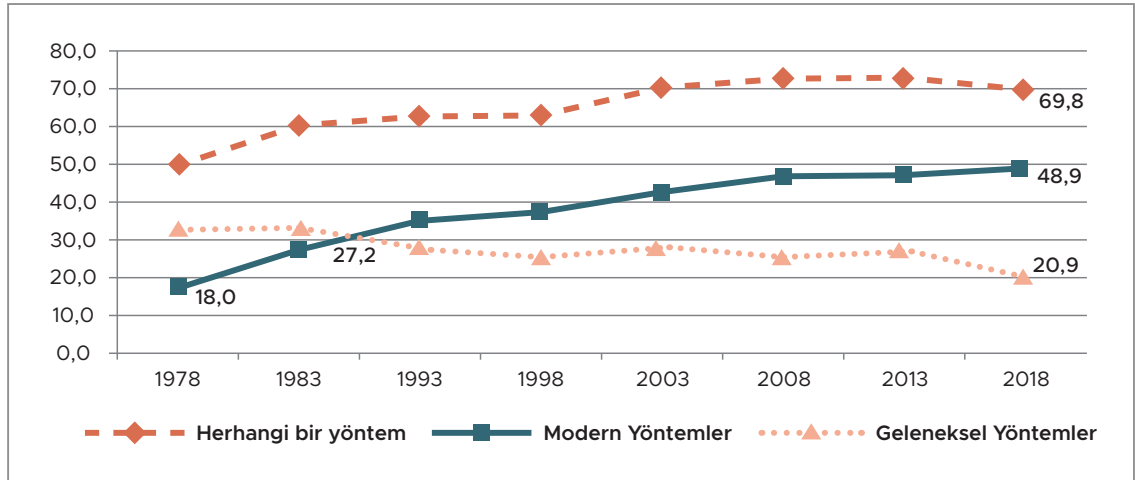
İncelenen diğerk araştırmalarda kadınların en fazla bildikleri modern yöntemler sırasıyla hap, RiA, kondom, kadınların tüplerinin bağlanması ve vazektomi; geleneksel yöntemler ise geri çekme ve takvim yöntemi ile korunmadır (46) (48,49). Türkiye’de yapılan farklı araştırmaların ve TNSA’ların sonuçları son 5 yılda modern ve geleneksel yöntemlere ilişkin tüm kadınların ve evli kadınların bilgi düzeylerinde belirgin bir azalma olduğunu göstermektedir. Kadınların %52,9-55,0’i istenmeyen gebelikleri önleyici yöntemleri ebe/hemşireden, %30,4-38,9’u Aile Sağlığı Merkezi’nden öğrenmiştir (46,50). Sağlık çalışanları dışındaki doğurganlığın düzenlenmesiyle ilgili bilgi kaynakları arasında arkadaş, komşu, yakın çevre, aile bireylerinin (%10-%63) önemli bir yer tuttuğu belirlenmiştir (49,51-53).

## İstenmeyen Gebelikleri Önleyici Yöntemlerin Kullanımı

B.3- 2013 ve 2018 TNSA sonuçları kıyaslandığında halen herhangi bir gebelik önleyici yöntem kullanan 15-49 yaş arası evli kadınların oranının %73,3’den %69,8’e düştüğü, hatta 1993’ten daha düşük seviyelere indiği görülmektedir. Günümüzde gebelikten korunmak isteyen partnerler arasında modern yöntem kullanımında hala önemli bir açık vardır.

İstenmeyen gebelikleri önleyici yöntem kullanımı özellikle 1998 TNSA’dan sonra önemli ölçüde artarak 2013 yılında %73,3’e ulaşmıştır. Ancak, 2013 ve 2018 TNSA sonuçları kıyaslandığında, halen herhangi bir gebelik önleyici yöntem kullanan 15-49 yaş arası evli kadınların oranının %73,3’den %69,8’e düştüğü görülmektedir. Modern yöntem kullanımı, son 30 yıllık dönemde sürekli olarak artarak 1983-2018 döneminde %27,2’den %48,9’a yükselmiştir. Modern yöntemlerin kullanımındaki artışa paralel olarak, geleneksel yöntem kullanımı %34,2’den %20,9’a düşmüştür (Şekil 3, Tablo 3) İstenmeyen gebelikleri önleyici yöntem kullanımı evli kadınların yaşı ile birlikte artmaktadır. Genç kadınlar arasında (15-19 ve 20-24 yaş) yöntem kullanımı düşüktür (sırasıyla %36 ve %53) (22,41).

Şekil 3’te Türkiye’de 1978-2018 yılları arasında herhangi bir yöntem, modern yöntem ve geleneksel yöntem kullanımının değişen trendleri verilmiştir.



**Şekil 3.** Türkiye’de Yıllara Göre Aile Planlaması Uygulamaları (1978-2018)

Ülkemizde farklı illerde yapılan çalışmalarda ise kadınların %26,3-87,2’sinin herhangi bir gebelik önleyici yöntemle korundukları ve modern yöntem kullanımının %17,7-73,5 olduğu belirlenmiştir. Geleneksel yöntem kullanımı ise %8,6-38,5 arasında değişmektedir (46,48,54-58).

**Tablo 6.** Türkiye’de Yıllara Göre İstenmeyen Gebelikleri Önleyici Yöntem Kullanımı (1963-2018 TNSA)

Yöntem	1963	1978	1983	1993	1998	2003	2008	2013	2018
Herhangi bir yöntem	22,0	50,0	61,5	62,6	63,9	71,0	73,0	73,3	69,8
Geleneksel Yöntemler	22,4	32,0	34,2	28,1	25,5	28,5	27,0	26,2	20,9
Modern Yöntemler	5,3	18,0	27,2	34,5	37,7	42,5	46,0	47,1	48,9
RİA	0,0	4,0	8,9	18,8	19,8	20,2	16,9	16,6	13,7
KOK	1,0	8,0	9,0	4,9	4,4	4,7	5,3	4,7	4,8
İğne	--	--	0,1	0,1	0,5	0,4	0,9	0,4	0,6
Kondom	4,3	4,0	4,9	6,6	8,2	10,8	14,3	15,8	19,1
Tüp ligasyonu	0,0	0,0	0,1	2,9	4,2	5,8	8,3	9,3	10,4
Geri çekme	10,4	22,0	31,1	26,2	24,4	26,4	26,0	25,6	20,4
Diğer	12,0	12,1	8,6	3,2	2,8	4,1	1,1	1,2	1,2

RİA kullanımı da 2003-2018 dönemi TNSA sonuçlarına göre %20,2’den %13,7’e düşmüştür, hatta 1993’ten daha düşük seviyeleri inmiştir (Tablo 6). Hap kullanan kadınların payı 1978–1983 arası TNSA’larda %8,0–9,0 iken sonrasında sürekli azalarak 2018 TNSA’da %4,8 olmuştur. TNSA’lara göre 2013–2018 döneminde sadece iki yöntem, rahim tüplerinin bağlanması (%9,3’den %10,4’e) ve kondom kullanımı (%15,8’den %19,1’e) artmıştır (Tablo 3) (22,45).

İncelenen araştırmalarda ise en yaygın kullanılan modern yöntemler sırasıyla kondom (%16,5–43,3) ve RİA (%9,0–42,3), hap (%5,0-17,6), tüp ligasyonu (%3,5–30,8) ve iğnedir (%4,5) (46,51-52). TNSA'larda ve diğer araştırmalarda tüp ligasyonu oranının yükselmesinin sezaryen doğumlarının artmasıyla ilişkisi olabileceği dşnlmştır.

B.4- İlk kez 2018 TNSA'da kondom kullanımı RİA kullanımını geçerek en çok tercih edilen modern yöntem olmuştur.

İlk kez 2018 TNSA'da kondom kullanımı RİA kullanımını geçerek en çok tercih edilen modern yöntem olmuştur. Kondomun eczaneler, marketlerden temin edilmesinin kolay olması ve yan etkisinin bulunmaması bu yöntemin tercih edilmesinde etkili olabilir. Ancak kondom kullanımının ne kadar süreklilik gösterdiği bilinmemektedir. Öte yandan başarsızlık oranı uzun etkili yöntemlerden daha yüksektir.

RİA kullanımının düşük olmasında ülkemizde yaşanan "sağlık sistemindeki" dönüşümün etkili olabileceği dşnlmştır. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm programı sonrasında birinci basamak sağlık hizmetlerinin finansman ve organizasyonunda yaşanan köklü değişime paralel olarak son yıllarda kullanılan gebelik önleyici yöntemler ve hizmet alınan yer açısından önemli değişiklikler olmuştur. Hizmeti kullananların talepleri sonucu oluşabilen bu değişimde hizmet arzından kaynaklanan engeller ya da zorluklar da etkili olabilmektedir. Ayrıca birinci basamakta verilen AP danışmanlık hizmetleri ve RİA uygulaması ile ilgili sorunların da kondom kullanımında artışa sebep olduğu düşünülmektedir. Aile hekimliği uygulamasının birinci basamak sağlık hizmeti sunumunu nasıl değiştirdiğini ele alan birçok çalışmada, birinci basamakta AP hizmetlerinin kondom ve hap dağıtımıyla sınırlandığını, malzeme temininde sorunlar yaşandığı ve RİA uygulamasının neredeyse ortadan kalktığı belirtilmiştir (59). Bunun nedenlerinden birisinin de 2007 yılından itibaren doğurganlığın düzenlenmesine karşı dozu giderek artan politik karşı söylem ve tutumların sonucu olarak doğurganlığın düzenlenmesi uygulamalarında bir çekince/tereddüt yarattığı düşünülmektedir.

2010 yılında yayınlanan 2.7591 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde aile hekimliği birimleri A, B, C ve D olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. Bu yönetmeliğe göre A ve B grubu Aile Hekimliği birimlerinde zorunlu olarak verilen RİA uygulama ve takibi hizmeti 2017 yılında yapılan yönetmelik değişikliği ile kaldırılmıştır. Bu değişiklikle birlikte Aile Sağlığı Merkezleri'nin performans kriterleri arasında yer almayan doğurganlığın düzenlenmesi (AP) danışmanlık hizmetleri, istenmeyen gebelikleri önleyici yöntem temini ve RİA uygulamasının daha da azalacağı öngörülmektedir (60).



Ayrıca Aile Hekimliği uygulamasına geçiş ile birlikte ebe ve hemşireler görev, yetki ve sorumluluklarında değişen rolleri nedeniyle çalışma saatlerinin önemli bir kısmını kayıt işlemleri ve tedavi edici hizmetlere ayırmaktadır. Bunun sonucunda koruyucu sağlık hizmetlerine ve doğurganlığın düzenlenmesiyle ilgili danışmanlık, klinik hizmetlerin sunumuna ayrılan zaman, verilen önem de azalmıştır. Doğurganlığın düzenlenmesi hizmetlerine yönelik çok yoğun danışmanlık talebi olmasına rağmen iş yoğunluğu, zaman ve yer kısıtlılığı nedeniyle bu talebe yeterince cevap verilememektedir. Bu da doğurganlığın düzenlenmesi hizmetlerinin aile hekimliği sisteminin en zayıf noktalarından biri haline gelmesine neden olmuştur (59). Birinci basamakta topluma en kapsamlı bilgi veren danışmanlık yapan ebe-hemşire sayısı yetersizdir. Ekip zayıflamış, bu meslek grubunun ismi bile “aile sağlığı elemanı” olarak değiştirilmiştir. Bazı ASM’lerde ebe-hemşire bile istihdam edilmemektedir.

Son yıllarda ülkelerin sağlık harcamalarında meydana gelen artışla birlikte, sağlığa ayrılan kaynakların verimli kullanılıp kullanılmadığını belirleyen maliyet-etkililik analizi çalışmaları hızla artmaktadır. Ülkemizde yapılan ve gebelik önleyici yöntemlerin maliyet-etkililiğinin değerlendirilmesini amaçlayan bir çalışmaya göre, RİA en maliyet-etkili yöntemdir (60). Tüp ligasyonu ve vazektomi gibi diğer etkili yöntemlerle karşılaştırıldığında RİA hem ucuz olması hem de geri dönüşlü bir yöntem olması açısından büyük bir avantaja sahiptir (61). Plansız ve istenmeyen gebeliklerin topluma ve sağlık sistemine getirdiği yükler göz önünde bulundurulduğunda, birinci basamak sağlık kurumlarında toplum tarafından geleneksel olarak da benimsenmiş olan RİA uygulaması ile ilgili sınırlılıklar önemli bir sorundur.

Yöntem kullanımıyla ilgili olarak özellikle son iki TNSA arasında göze çarpan en önemli azalma geri çekme yönteminin kullanımında gerçekleşmiştir. Geri çekme yöntemi, TNSA 1988-2013 döneminde neredeyse hiç değişmeden %24,4–26,0 civarında kalmış olsa da, son 30 yılda ilk kez TNSA 2013-2018 döneminde %25,6’dan %20,4’e gerilemiştir. İncelenen diğer araştırma sonuçlarında da, herhangi bir yöntem kullanan kadınlar arasında geri çekme yöntemi ilk sıradadır (%25,3-36)(46,51,52,62-65). Bir araştırmada doğum sonrası 48 saat içinde doğurganlığın düzenlenmesi (AP) danışmanlığı verilen deney grubu ve danışmanlık verilmeyen kontrol grubundaki kadınlardan postpartum ikinci ayda deney grubundaki kadınların %30,8’i, kontrol grubundakilerin %29,6’sı geri çekme yöntemini tercih ettiği saptanmıştır. Doğum sonrası altıncı ayda ise bu oranların yükselerek deney grubunda %37,0 ve kontrol grubunda %33,3 olduğu gözlenmiştir. Doğum sonrası ilk 48 saat içerisinde verilen aile planlaması eğitimin doğum sonrası istenmeyen gebelikleri önleyici yöntem kullanımı üzerinde etkili olmadığı düşünülmüştür. Doğum sonrası istenmeyen gebelikleri önleyici yöntem danışmanlığının gebeliğin son trimesterinde ya da doğum sonrası cinsel yaşam başlamadan önce 4-6 haftalarda yapılması önerilmiştir (62).

Gerçek çekme yönteminin yaygın kullanılmama nedenleri bakımından, hemşirelerin geri çekme yöntemi kullanıcılarına ilişkin deneyimleri hakkında hemşirelerle yapılan niteliksel bir araştırmada bazı bulgular yer almaktadır.

Araştırma, hem kullanıcıların hem de hemşirelerin geri çekme yöntemi konusunda rahat bir şekilde konuşmadığını, kullanıcıların bu konuda hemşirelere soru sormadığını ve geri çekme yönteminin güvenli kullanımı konusunda bilgi talep etmediğini, hemşirelerin ise geri çekme yöntemine sorulmadıkça değinmediğini ortaya koymuştur. Diğer taraftan, hemşirelerin deneyimlerinden, eğitim düzeyi düşük ve gelir getiren herhangi bir işte çalışmayan kadınların yöntemle ulaşma, kendini ifade etme, kendi bedeninin sorumluluğunu alma konularında sorun yaşadığı ve bu gibi nedenlerle geri çekme yöntemini daha fazla kullandığı anlaşılmıştır. Modern yöntemlerin yan etkilerine yönelik yanlış algılamaların, geri çekme yöntemi kullanma davranışında etkili olduğu anlaşılmıştır (66).

Eğitim düzeyi ile istenmeyen gebelikleri önleyici yöntem kullanımı arasında doğrusal bir ilişki olduğu birçok araştırmada ortaya konmuştur. Eğitim düzeyi yükseldikçe kadınların herhangi bir yöntem ve modern yöntem kullanımı artmakta, geleneksel yöntem kullanımı ise azalmaktadır. Kadınların eğitim durumları ile doğum sonrası seçtikleri yöntemler açısından da farklılıklar olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi düşük olan kadınlar RİA'yı tercih ederken üniversite mezunlarının çoğunlukla prezervatifi seçtikleri görülmüştür. Bu durum eğitim düzeyi arttıkça kişilerin bilgiye daha kolay ulaştıklarını, modern yöntem kullanım oranlarının arttığını ve gebeliklerini daha iyi planladıklarını düşündürmektedir (53,56,63).

TNSA'ların sonuçlarında da eğitim düzeyine göre etkili yöntem kullanan ve kullanmayanlar arasında belirgin farklılıklar olduğu görülmektedir. 2013 TNSA'ya göre okula gitmemiş veya ilkokulu bitirmemiş kadınlar arasında modern yöntem kullanım düzeyi %36,4 iken, eğitimle birlikte belirgin bir artış göstererek, ilkokul mezunlarında %48,7 ve lise veya üzeri eğitimi olan kadınlarda %53,7'e yükselmiştir. Geleneksel yöntem kullanımı ise sırasıyla %26,1; %28,1 ve %21,5'dir. 2018 TNSA'da ise okula gitmemiş veya ilkokulu bitirmemiş kadınlar arasında halen modern yöntem kullanım düzeyi %39,5 ve ilkokul mezunlarında %50,4'e yükselmiş iken lise veya üzeri eğitimi olan kadınlarda da %51,9'a düşmüştür. Geleneksel yöntem kullanımı sırasıyla %21,4; %21,7 ve %18,7'e düşmüştür (22).

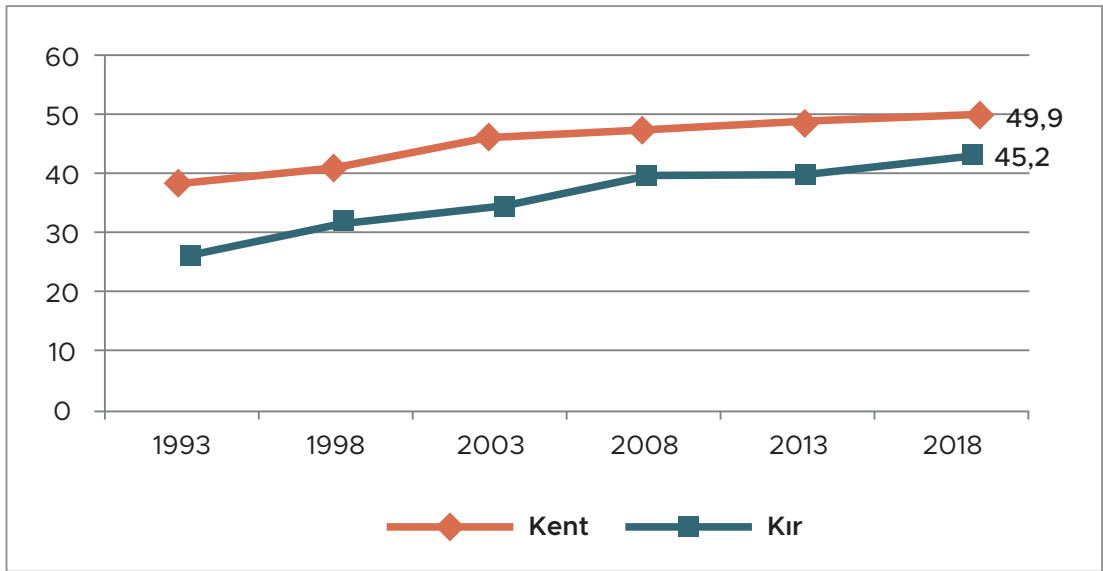
Benzer şekilde kadınların gelir durumu arttıkça doğurganlığın düzenlenmesi (AP) konusunda daha olumlu tutum içinde oldukları görülmektedir (53). Gelir düzeyi yüksek olanlarda modern yöntem kullanımı, düşük gelirlilerle kıyasla daha yüksek iken, geleneksel yöntem kullanımı daha azdır (22,56). Hatta çalışan kadınların çocuk sayısı ve gebelik aralıklarını daha iyi planladıklarını, sahip olunan ekonomik özgürlüğün kadının doğurganlığı üzerinde daha etkili olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca çalışma durumu eğitimle paralel bir durum olduğu için çalışan ve eğitim seviyesi yüksek olan kadınların çocuk sahibi olma kararını verirken ekonomik, sosyal ve psikolojik açıdan da değerlendirme yaptıkları söylenebilir (53).

Kadınların doğurganlığın düzenlenmesi (AP) danışmanlığı alma durumlarının da istenmeyen gebelikleri önleyici yöntem kullanımına ilişkin tutumlarını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Hatta bir çok çalışmada doğum sonrası dönemde verilen ve daha sonra ev ziyareti yoluyla sürdürülen doğurganlığın düzenlenmesi (AP) eğitim ve danışmanlığının kadınların modern yöntem kullanmalarını önemli derecede etkilediği belirlenmiştir (53).

Ülkemizde gerçekleştirilen çalışmalarda geleneksel ve modern doğurganlığın düzenlenmesi (AP) yöntemi kullanım düzeyleri sırasıyla İzmir’de %30; %46, Ankara’da %23; %54; Edirne’de %21; %54; Düzce’de %21; %46; Bingöl’de %23; %60 olarak bildirilmiştir (56). TNSA’lara göre Türkiye’de modern yöntem kullanımı artmakla birlikte kırsal ve kentsel yerleşim yerleri arasındaki fark azalarak devam etmektedir (22, 41-45) Şekil 4).

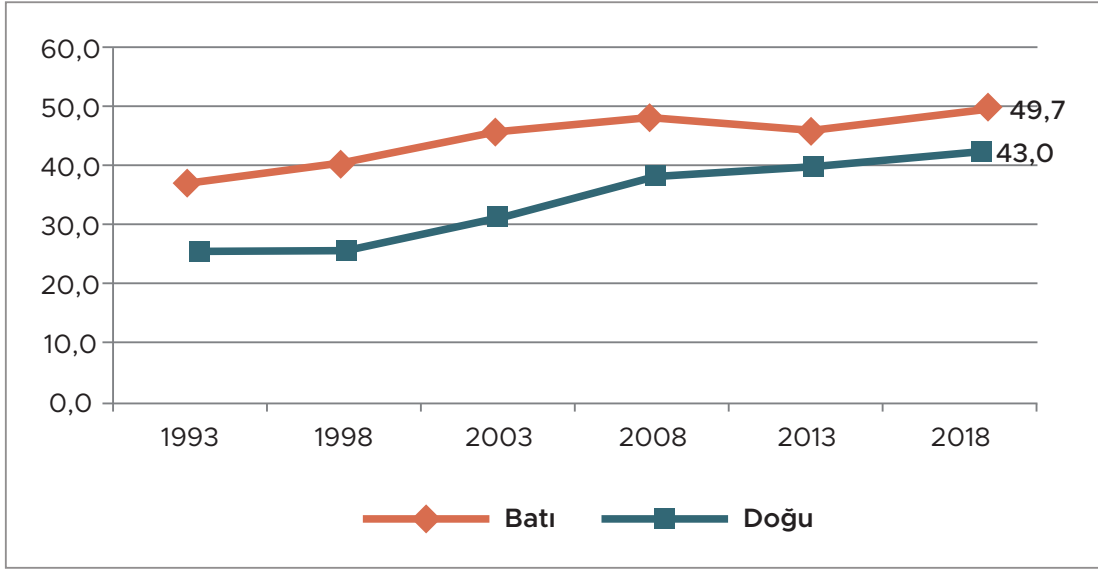
Şekil 4’te 1993-2018 yılları arasında halen evli kadınların kır/kent yerleşim yerlerine göre modern yöntem kullanım trendi verilmektedir. Kır ve kent yerleşim yerine göre paralel bir değişim gözlenmekte yıllar içerisinde kır ve kent arası fark kapanmaktadır.



**Şekil 4.** Türkiye’de Halen Evli Kadınların Yerleşim Yerine Göre Modern Yöntem Kullanımı (TNSA 1993 – 2018)

2018 TNSA’ya göre modern yöntem kullanımında Doğu ve Batı bölgeleri arasındaki fark azalmıştır (Şekil 5) ancak önceki yıllarda modern yöntem kullanımının en yüksek olduğu ve sürekli arttığı Orta Anadolu bölgesinde bir düşüş gözlenmektedir.

Şekil 5’te 1993-2018 yılları arasında halen evli kadınların Batı/Doğu yerleşim yerlerine göre modern yöntem kullanım trendi verilmektedir.



**Şekil 5.** Türkiye’de Halen Evli Kadınların Bölgelere Göre Modern Yöntem Kullanımı (TNSA 1993 – 2018)

B.5- Etkili gebelikten korunma yöntemlerin kullanılması konusunda kaderci yaklaşım, dini inançların bazı öznel yorumu, çoğu zaman eşin istememesi, kadının çevresindeki diğer insanların görüşleri de kadının kararını ve davranışlarını olumsuz etkilemektedir.

Ülkemizde ve dünyada gerçekleştirilen çalışmalarla doğurganlığın düzenlenmesi (AP) ve üreme sağlığı kararlarının ataerkil zihniyet tarafından yönetildiği, eşlerin ortak karar almalarından çok erkeklerin ve diğer aile bireylerinin kararlarının etkili olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca AP yöntemlerinin çoğunluğunun kadınlara yönelik olarak geliştirilmesine, kullanım sorumluluğunun kadınlara yüklenmesine karşın, alınan kararlarda kadınlar inisiyatif kullanamamaktadır. Kadınların istenmeyen gebelikleri önleyici yöntemleri kullanmasını; kadının ve eşinin eğitim durumunun yanı sıra, erkeklerin bu yöntemlere bakış açısı da etkilemektedir (67).

Ülkemizde erkeklerin üreme sağlığı ile ilgili görüş ve davranışlarını irdeleyen az sayıdaki araştırmanın bulgularında erkeklerin, gebelikten korunma yöntemlerinin kullanımına karar verme sürecinden başlayarak yöntemin seçimi, kullanımı ve izlemi aşamalarında kadınlarla birlikte hareket etmesinin gereği vurgulanmaktadır. Erkeklerin istenmeyen gebelikleri önleme yöntemleri konusunda olumlu bir yaklaşımla ve sorumluluk alarak kadının yanında yer alması, kadınların istenmeyen gebelikleri önleyici yöntemler ile ilgili hizmetlere erişebilmelerini ve kullanabilmelerini kolaylaştıran, bunun sonucunda hizmetlerde kullanılabilirliği ve devamlılığı artıran faktörlerin başında gelmektedir (67).

Bir evlendirme dairesine başvuran kadınların çoğunluğu kaç çocuk sahibi olacakları ve ileride istenmeyen gebelikleri önleyici yöntemlerden hangisini kullanacakları konusunda eşleri ile birlikte karar verdiklerini belirtmişlerdir. Ancak %30'u eşin ailesinin isteklerinin de doğurganlığın düzenlenmesi (AP) kararlarında etkili olabileceğini ifade etmişlerdir (49). 2018 TNSA'da kadınların %75'i yöntem kullanma kararını eşleriyle birlikte verdiklerini, sadece %2'si ise eşlerinin karar verdiğini belirtmiştir (22). Başka bir araştırmada ise istenmeyen gebelikleri önleyici yöntemle ilgili kararlarda %56 kadınların kendilerinin, %48,1'inde hemşire ve ebeinin, %46,1'inde eşin ve %40'ında da doktorun etkili olduğu görülmüştür (57).

## İstenmeyen Gebelikleri Önleyici Modern Yöntemlerin Kaynakları

B.6- Yıllar içinde modern yöntemlerin temininde kamu sektöründen özel sektöre geçiş gözlenmiştir.

Ülkemizde modern yöntem kullanımına erişim en fazla sırasıyla kamu sektöründen, özel sektörden, eczane ve dükkan / marketten, kişilerin kendi imkanlarıyla sağlanmaktadır. Ülkemizde kırsal alanda sağlık hizmetlerinin neredeyse tamamı kamu sağlık kurumları tarafından karşılanmaktadır (46,48,49). TNSA verilerine göre 2008'de modern yöntem kullananların %61'i kullandıkları yöntemi kamu sektöründen, %35'i özel sektörden ve kalan %4'ü ise market, dükkan gibi diğer kaynaklardan temin ederken, 2013'te %56'sı kullandıkları yöntemi kamu sektöründen, %37'si özel sektörden ve kalan %7'si ise market, dükkan gibi diğer kaynaklardan temin etmiştir 2018 yılında kamu sektöründen yöntem temini %52'ye düşmüş, özel sektör %36'ya ve market, dükkan gibi diğer kaynaklar ise %12'ye yükselmiştir. Sağlık politikalarında ve sağlık hizmet sunum şeklindeki dönüşümün doğurganlığın düzenlenmesi (AP) hizmetlerinde yöntemin temin edildiği yer açısından önemli bir değişime yol açtığı söylenebilir. Ancak modern yöntemlerin temininde kamunun payında 2013-2018 yılları arasındaki azalma da dikkat çekmektedir. İstenmeyen gebelikleri önleyici malzeme temininde kamunun payında gözlemlenen bu azalma, bazı kadınların yöntemleri kendi iradeleri dışında kullanmayı bırakmasıyla sonuçlanmış olabilir. RİA, iğne ve hap kullanırken bu yöntemi bırakan kadınların %11-17'sinin bırakma nedeni olarak temin güçlüğü belirtilmiştir (22,44-45).

Bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, bir yandan kamu sağlık hizmet sunucularının kadınların CSÜS haklarının hayata geçirilmesinde ne kadar kilit bir rol üstlendikleri görülürken, diğer yandan kamunun bu rolünde son beş yıllık bir süreçte görülen daralmanın CSÜS alanında olumsuz etkileri olabileceği de göze çarpmaktadır.

İstanbul'da yapılan bir çalışmada görüşülen aile hekimleri istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve doğurganlığın düzenlenmesi (AP) hizmetleri alanında birinci basamaktaki en önemli sorunlardan birinin ASM'lere ve diğer sağlık kuruluşlarına merkezden gebelik önleyici malzeme temininin özellikle son bir yılda tümüyle durduğu, bunun bir sonucu olarak da toplumun geniş kesimlerinin, özellikle de düşük gelirli ailelerin istenmeyen gebelikleri önleyici yöntemleri kamudan temin etmekte sıkıntı yaşadığını belirtmişlerdir (68). Kamudan gebelik önleyici malzeme temin edilemediğinde ve temin yalnızca özel sektör yoluyla gerçekleşebildiğinde özellikle düşük gelirli kişilerde aile planlanmasında karşılanmamış ihtiyaç artmaktadır.

## İstenmeyen Gebelikleri Önleyici Yöntemlerin Bırakılması

B.7- TNSA 2013 ve 2018 sonuçlarında göre istenmeyen gebelikleri önleyici yöntem kullananların üçte biri yöntem kullanımını takip eden bir yıl içerisinde yöntemi bırakmaktadır.

TNSA 2013 ve 2018 sonuçlarında göre istenmeyen gebelikleri önleyici yöntem kullananların üçte biri yöntem kullanımını takip eden bir yıl içerisinde yöntemi bırakmaktadır. Yöntem bırakma hızı en yüksekten düşüğe doğru sıralandığında hap (%48), geri çekme (%34) ve kondom için %33'dür. Hap kullanmayı bırakanların %23'ü başka yöntem kullanmayı tercih etmişlerdir. Yöntem kullanmayı bırakanların sadece %9'u gebe kalmak istedikleri için yöntemi kullanmayı bırakmışlardır. Diğerleri yöntem kullanımındaki başarısızlık veya yan etkilerden dolayı bırakmışlardır (44-45). Başka bir araştırmada da kadınların %80'i çeşitli yan etkilerinden dolayı modern yöntem kullanımını bıraktıklarını belirtmişlerdir (50).

Aile planlaması yöntemlerini bırakanların %13'ü başka bir yöntem kullanmaya başlamaktadır (44-45). Yöntem bırakmaya ilişkin bilgi, aile planlaması hizmetlerinin geliştirilmesinde politika üreticilerine ve sağlık çalışanlarına yol göstermesi açısından oldukça önemlidir. Ayrıca, aile planlaması hizmetlerinin iyileştirilmesinde sağlık çalışanlarının istenmeyen gebelikleri önleyici yöntemlerin bırakılma nedenlerini bilmesi ve aile planlaması danışmanlığında, kişilerin en uygun yöntemi seçebilmeleri için güncel bilgilere sahip olması gerekmektedir.

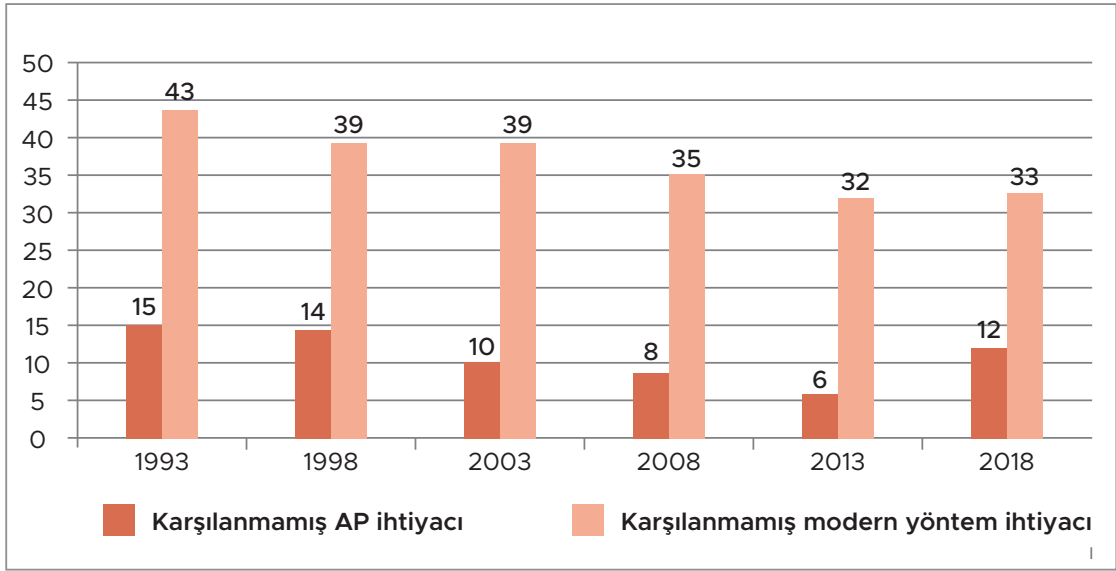
Aile planlaması kliniklerinin kullanımı sunulan istenmeyen gebelikleri önleyici seçeneklerin çeşitliliği ile de doğrudan ilgilidir. Farklı yaş, cinsiyet, üreme dönemi ve sağlık problemi gibi değişiklik gösteren durumlarda kullanılabilecek istenmeyen gebelik önleyici yöntemlere ihtiyaç vardır (69).

## Aile Planlanmasında Karşılanmamış İhtiyaç

B.8- Aile planlanmasında karşılanmamış ihtiyaç 1993-2013 arasında yıllar itibariyle giderek azalırken 2018 TNSA'da 2013'ün iki katına çıkarak %6'dan %12'ye yükselmiştir.

Aile Planlanmasında karşılanmamış ihtiyaç gebe olmayan, doğum sonrası geçici infertil dönemde olmayan, doğum yapabilme yetisine sahip olan ve bir sonraki doğumu 2 veya daha fazla yıl sonraya ertelemek veya gebeliği sonlandırmak isteyen fakat herhangi bir gebeliği önleyici bir yöntem kullanmayan, kadınların payı olarak tanımlanmaktadır. Kadınların %12'si ise, aile planlanmasında karşılanmamış ihtiyaç içinde olup herhangi bir yöntem kullanmamaktadır (22).

Aile planlanmasında karşılanmamış ihtiyaç 1993-2013 arasında yıllar itibariyle giderek azalırken, 2018 TNSA'da 2013'ün iki katına çıkarak %6'dan %12'ye yükselmiştir (Şekil 6). Bu artış son beş yılda gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımındaki azalışa atfedilebilir. Doğurganlığın düzenlenmesinde karşılanmamış ihtiyaçtaki artış karşılanmış talepte azalma etkisi yaratmış ve karşılanmış talep %93'ten %86'ya düşmüştür. Öte yandan geleneksel yöntem kullananların da istenmeyen gebelik riskinin yüksek olduğu göz önüne alındığında, karşılanmamış modern yöntem ihtiyacının dikkate alınması gerekmektedir. Bu da yaklaşık kadınların %33'üne karşılık gelmektedir (22,41-45) (Şekil 6). Şekil 6'da TNSA 1993-2018 yılları arasında karşılanmamış AP ihtiyacı ve karşılanmamış modern yöntem ihtiyacı bar grafik ile gösterilmektedir.



**Şekil 6.** Aile Planlanmasında karşılanmamış ihtiyaç ve Modern Yöntem İhtiyacının Zaman İçindeki Değişimi (TNSA 1993 – 2018)

Kadınların çoğunluğu gebe kalmak istediği için, hangi yöntemi kullanabileceğini ve nereden temin edeceğini bilmediğinden, gerek duymadıklarından, dini inançlarına uygun olmadığından ve eşleri istemediğinden dolayı istenmeyen gebelikleri önleyici bir yöntem kullanmadıklarını belirtmiştir. Bu nedenle AP konusunda erkekleri de kapsayacak biçimde nitelikli, yaygın ve sürekliliği olan sağlık eğitimi çalışmalarının planlanması gerekmektedir (46,48,50,56,57,63).

Doğumlarının arasını açmak isteyen kadınların doğurganlığı düzenlemede karşılanmamış ihtiyacı 20-24 yaş grubunda en yüksek (%12) iken, 35-49 yaş grubunda %5'in altındadır. Doğumlarına son vermek isteyen kadınların doğurganlığı düzenlemede karşılanmamış ihtiyacı 45-49 yaş grubunda en yüksek (%13) iken 25-29 yaş grubunda %3 seviyesindedir (22). 15-49 yaş arası halen evli kadınların %22'sinin doğumların arasını açmak, %60'ının ise doğumları sonlandırmak istemesi, doğurganlığın düzenlenmesi (AP) danışmanlığı ve hizmetlerine yönelik talebin yüksek olduğunu göstermektedir. Halen istenmeyen gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmayan evli kadınların %12-28'i RİA, %21-46'sı penis kondomu, %11'i hap kullanmak istediklerini ve %8'i tüp ligasyonu yaptırmayı düşündüklerini belirtmişlerdir (22, 63).

Ülkemizde yapılan farklı çalışmaların sonucuna göre, gebe kalmak istemediği halde yöntem kullanmayan kadınların payı %9,7 – 53,0 arasında değişmektedir (46,48). Başka bir çalışmada ise mevsimlik tarım işçisi evli kadınların %70,6'sı hiçbir zaman yöntem kullanmamıştır (50). Menopoz öncesi dönemde olan kadınlarla yapılan bir araştırmada ise kadınların %22,6'sının herhangi bir yöntem kullanmadıkları belirlenmiştir.



Kadınların %54,3'ü menopoz nedeni ile adetten kesildikten sonra ne kadar süre gebeliklerini düzenlemeleri gerektiğini bilmediklerini belirtmişlerdir. Menopoz öncesi dönemde yöntem kullanımının azalması ve bu dönemde ne kadar süreliğine gebeliğin düzenlenmesi gerektiğinin bilinmemesi kadınların karşılanmamış danışmanlık gereksinimlerinin olduğunu ortaya koymaktadır. Bu konuda danışmanlığın kadının yaşına ve ihtiyacına uygun olarak verilmesi gerekmektedir (57).

Kentsel ve kırsal alanlarda yaşayan kadınların aile planlanmasında karşılanmamış ihtiyacı birbirine oldukça yakın olup %12 civarındadır. Kırsal alanda karşılanmamış ihtiyaç %24,8, kentsel alanda da %19'dur. Ayrıca toplam istenen doğurma hızı ile toplam gerçek doğurma hızı arasındaki fark ülke genelinde 0,3 düzeyindeyken, bu farkın kırsal kesimde yaşayan kadınlar için 0,5 düzeyine yükselmesi, bu kadınların karşılanmamış ihtiyaçlarının daha yüksek olduğunu düşündürmektedir (22). Bu da sonuç olarak çiftlerin planlanmamış, istenmeyen çocuklara sahip olmasına ve güvenli olmayan düşüklerin artmasına neden olabilir.

Aile planlanmasında karşılanmamış ihtiyacı olan kadınların oranı bölgelere göre büyük farklılık göstermektedir. Bu oran, Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'nde %16'ya, İstanbul, Batı Marmara ve Güneydoğu Anadolu'da %14'e kadar yükselmekte; Orta Anadolu ve Doğu Marmara bölgelerinde ise %7-8 seviyelerine kadar gerilemektedir. Karşılanmamış istenmeyen gebelikleri önleyici modern yöntem ihtiyacı ise Orta Anadolu'da %17,8, Doğu Marmara bölgesinde %24,6'dır. Karşılanmamış istenmeyen gebelikleri önleyici modern yöntem ihtiyacı, en düşük refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan kadınlar arasında %32 iken, en yüksek refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan kadınlar arasında %11,9'a düşmektedir. Eğitim seviyesi arttıkça da karşılanmamış istenmeyen gebelik önleyici modern yöntem ihtiyacı düşmektedir. Eğitimi olmayan veya ilkokulu bitirmemiş kadınlarda bu ihtiyaç %32,1 iken, lise ve üzeri eğitim seviyesindeki kadınlarda %13,9'dur (22).

Doğurganlığın düzenlenmesinde karşılanmamış ihtiyacı bulunan kadınların oranının Kuzeydoğu Anadolu, İstanbul, Batı Marmara ve Güneydoğu Anadolu'da Türkiye ortalamasının üstüne çıkması dikkat çekici bulgular arasındadır. Ülke ortalamasının üzerinde karşılanmamış ihtiyacı bulunan bölgeler arasında en yüksek ve en düşük ekonomik gelişmişliğe sahip bölgelerin bir arada yer alması ise, özellikle kamu tarafından sunulan ücretsiz ve kapsayıcı aile planlaması hizmetlerine bölgesel ekonomik gelişmişlikten bağımsız bir biçimde ülke çapında bir ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte, en düşük refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan kadınlar arasında doğurganlığın düzenlenmesinde karşılanmamış ihtiyacın Türkiye ortalamasının 6 puan üzerinde olduğu görülmektedir. Bu bulgu da yine kamu sağlık hizmetlerinin "karşılanabilir ücretle AP hizmetleri sunumundaki rolünün önemini" göstermektedir.

Aile planlanmasında karşılanmamış ihtiyaçların azaltılmasında kültürel faktörlerin belirlenmesi ve hizmet modelinin geliştirilmesi amacıyla yapılan bir tez çalışmasının sonuçlarına göre, kadınların istenmeyen gebelik yaşama oranı yüksek olmakla birlikte, bu gebeliklerin çoğunluğu doğumla sonuçlanmaktadır. Bu araştırmada niteli yöntem ile ASM bölgesindeki 15-49 yaş kadın arasındaki 1124 kadından 32 kadın örnekleme alınarak kendileriyle görüşülmüştür. Kadınlar arasında geri çekme yöntemi ile gebeliği önleme oldukça yaygındır. Kadınların gebeliği önlemek için etkili bir yöntem kullanamama nedenleri; hangi yöntemi kullanabileceğini ve nereden temin edeceğini bilmemesi, etkili gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili olumsuz duyuları ve olumsuz deneyimleri, kondomu düzenli kullanmama, hap içememe, RiA taktırmaktan korkma ve enjeksiyonu yaptıramamadır. Gebeliği önleyici etkili yöntemler ile ilgili kadercı yaklaşımı, olumsuz, yanlış dini bilgiler; çoğu zaman eşin, çevresindeki insanların, hatta sağlık çalışanlarının mahremiyet, din ve kadercilik anlayışı içerisinde olması da beslemektedir. Kadınların doğurganlığı düzenlemekle ilgili gereksinimlerinin karşılanmasını etkileyen bir diğer önemli faktör ise sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları ile hizmet sunumları, sağlık kurumlarının ve hizmetlerinin ulaşılabilirliği, sağlık kurumlarındaki teknik imkanlar ve malzeme durumunun yetersizliği gibi sağlık hizmetlerinden kaynaklanan sorunlardır. Doğurganlığın düzenlenmesinde karşılanmamış ihtiyacı olan kadınlar, sosyal güvencenin gebelik önleyici yöntemlerin tüm biçimlerini kapsamamasını, böylelikle kullanmayı tercih ettikleri yöntemleri ücretsiz olarak temin edebilmeyi istemektedirler. İstenmeyen gebelikleri önleyici sağlık hizmetlerini ilk olarak kendilerine en yakın olan ve her ihtiyaç duyduklarında kolaylıkla gidebilecekleri ASM'den almak istemektedirler. ASM çalışanları tarafından düzenli olarak ev ziyaretlerinin yapılmasını, ihtiyaç duydukları konularda bilgi gereksinimlerinin karşılanmasını, doğru yönlendirmelerin yapılmasını ve aile planlaması hizmet sunumunun başlatılmasını önemli bulmaktadırlar (70).

Kadınların aile planlamasında karşılanmamış ihtiyaçlarında etkin rol alacak en önemli meslek grubu ise hemşire ve ebelerdir. Hemşire ve ebeler kadınların istenmeyen gebelikleri önlemeyle ilgili karar ve tercihlerinde profesyonel danışmanlık yapan kilit kişilerdir. Yöntem danışmanlığında ebe ve hemşirelerin yöntemler konusunda güncel bilgilere sahip olmaları ve danışmanlık konusunda daha etkili olmaları önerilmektedir.

İstanbul'da yapılan bir niteliksel çalışmada görüşülen Aile Hekimleri, gelir durumu düşük olan mahallelerde doğurganlığın yüksek olduğunu ve ASM'lerde özellikle insan kaynağının yetersizliği nedeniyle aile planlaması hizmetine olan talebin karşılanamadığını vurgulamışlardır. Ayrıca Aile Hekimlerinin doğurganlığın düzenlenmesi (AP) danışmanlık hizmetlerini kendilerinin değil, birlikte çalıştıkları diğer sağlık çalışanlarının sunmaları gerektiği algısında oldukları dikkati çekmiştir. ASM'lerde aile hekimliği birimlerinde bir hekim ve CSÜS konularında eğitim almamış acil tıp teknisyeni, aile planlaması danışmanlık ve hizmet sunumu sertifika eğitimi almamış olan hemşire veya ebenin çalıştığı durumlarda ise aile planlaması hizmetleri sunulamamaktadır.

ASM'de özellikle bu konuda sertifika eğitimi almış bir ebenin ya da hemşirenin bulunmasının bu ASM'de aile planlaması hizmetlerinin daha özenli, yetkin ve kapsamlı sunulabilmesini sağlayan bir faktör olduğu gözlenmiştir. Bu da Sağlık Bakanlığı'nın sağlık çalışanlarının CSÜS ve doğurganlığın düzenlenmesi konularında teorik bilgilerini ve klinik hizmet becerilerini geliştirmeye ve iyileştirmeye yönelik sunduğu hizmet içi eğitimlerinin önemini ortaya koymaktadır. Ancak ASM çalışanları doğurganlığın düzenlenmesi (AP) ve üreme sağlığı eğitimlerini alsalar bile, bu eğitimlerin hizmete yansımaya ilişkin herhangi bir özendirici mekanizmanın bulunmaması ve hizmetlerin performans kriterlerine dahil edilmemiş olması, genellikle bu hizmetlerin sunulmamasına neden olmaktadır. Bu izlenimi doğrular bir biçimde, Aile Hekimi olarak görev yapan görüşmeciler ASM'lerde jinekolojik masa bulunsa dahi bu masanın kullanılmadığını ve RiA gibi uygulamaların genel olarak yapılmadığını belirtmişlerdir. Bu araştırmada görüşme yapılan sağlık çalışanlarının genel değerlendirmesine göre ASM'lerde AP hizmetleri etkin bir biçimde yürütülememektedir (68).

Sağlık Bakanlığı'nın ASM'lerde bu hizmetlerin yürütülmesini denetleyen herhangi bir mekanizmasının bulunmaması, ASM çalışanları arasında bu hizmetlerin tercihe bağlı hizmetler olduğu algısını pekiştirmektedir. İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve aile planlaması hizmetleri alanında birinci basamaktaki en önemli sorunlardan birinin ASM'lere ve diğer sağlık kuruluşlarına kontraseptif malzeme temininin özellikle son bir yılda tümüyle durma noktasına gelmiş olduğuna da vurgu yapılmıştır. İstenmeyen gebelikleri önleyici malzeme teminindeki kesintinin özellikle düşük geliri kişiler bakımından doğurganlığın düzenlenmesinde karşılanmamış ihtiyaca dönüşeceğini tahmin etmek güç değildir. İstenmeyen gebelikleri önleyici malzeme temininde yaşanan bu aksaklıkların 2018 TNSA'da tespit edilen karşılanmamış ihtiyacın özellikle düşük gelirliiler arasında daha da artırmasının bir nedeni olabileceği düşünülebilir (68).

## İstenmeyen Gebelikler ile Kendiliğinden ve İsteyerek Düşükler

B.9- İstenmeyen gebeliklerin %15 – 46,2 civarında olduğu ve %45,8'inin gebe kaldığı sırada gebelik önleyici herhangi bir yöntem kullanmıyor olduğu, %20,8'inin de geri çekme yöntemi kullandığı saptanmıştır.

Yüksek oranda istenmeyen gebelik, doğum ve isteyerek düşükler, sağlık hizmet sunumundaki yetersizliğin ve özellikle doğurganlığın düzenlenmesi, danışmanlık hizmetleri gebeliği önleyici yöntem ihtiyacının karşılanmamasının bir sonucudur.

Bireysel veya dini inançlar, gebeliğin risklerine yönelik yetersiz bilgi, kadının kendi kararlarını verememesi, istenmeyen gebelikleri önleyici yöntemlere ulaşmada yetersizlik, yöntemleri etkili ve doğru kullanmada başarısızlık, yöntemlerin hiç kullanılmaması, istenmeyen gebeliklerin oluşumuna neden olmaktadır. İstenmeyen gebelikler, doğum öncesi bakım yetersizliği, anne-bebek ölümleri, düşük doğum ağırlıklı bebek, bebek-çocuk ihmali gibi pek çok ciddi sorunu beraberinde getirmektedir. İstenmeyen gebeliklerin bir diğer önemli sonucu da düşüklüktür. Sağlıksız / güvenli olmayan koşullarda yapılan isteyerek düşükler ise anne ölümlerinin yanı sıra tıbbi ve psikososyal sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. İsteyerek düşüklere bağlı ölüm ve hastalıklar (mortalite ve morbidite), ancak yasal koşullarda yasa ile belirlenen sürelerle uyularak gebeliğin güvenli düşükle sonlandırılması, CSÜS eğitimi, istenmeyen gebelikleri önleyici yöntemlerin etkili kullanılması ve komplikasyonlara zamanında müdahale ile önlenabilir (71).

Kadınların büyük bir çoğunluğu gelecekte doğurganlıklarını düzenlemek istemektedirler. Ancak son 5 yıllık dönem içerisinde gerçekleşen doğumların %10,6'sının daha sonra olması tercih edilirken, %14,8'i ise istenmeyen gebelikler sonucu gerçekleşen doğumlardır (22). Ülkemizde yapılan farklı araştırmalarda, istenmeyen gebeliklerin %15 - 46,2 civarında olduğu ve %45,8'inin gebe kalındığında herhangi bir istenmeyen gebelik önleyici yöntem kullanmadığı, %20,8-58,5'inin geri çekme uyguladığı, modern yöntem kullanımı %15-23,7 arasında olup, %18,2'sinin ise kondom kullandığı saptanmıştır (72,73). Geri çekme yönteminin yerini modern yöntemlerin alması ve istenmeyen gebelikleri önleme konusunda erkeklere de eğitim verilmesi gerekliliği düşünülmelidir.

İstenmeyen gebeliklerin %1,5-65,3'ü canlı doğumla sonuçlanmıştır. İstenmeyen gebeliklerin eşi çalışmayan kadınlarda, düşük eğitim düzeyine sahip kadın ve eşlerde, bekar ya da resmi nikahı olmayanlarda, engellilerde ve Aile Hekiminden danışmanlık almayanlarda daha fazla olduğu bulunmuştur (48, 63,72,73). İstenmeyen gebeliklere bağlı istenmeyen doğumların sıklığı annenin yaşı ve artan doğum sırasına göre giderek artmaktadır (63). 2008, 2013 ve 2018 TNSA sonuçlarına göre 15-49 yaş arasındaki kadınlarda istenmeyen gebeliklere bağlı istenmeyen doğumlar % 28,2; %23,7 ve %24,6'dır. İstenmeyen doğum sıklığı, 25-29 yaş kadınlarda %12,3, 40 yaş ve üzerindeki kadınların ise %52,6'dır. Planlanmamış bir dönemde gerçekleşen doğumların sıklığının, 4 ve üzerinde doğumu olan kadınlar için 2008'de %4,2 iken 2013'te %9,3'e ve 2018'de %8,4'e çıktığı yani ikiye katlandığı gözlenmiştir (22,43,44). İstenmeyen gebeliği olan kadınların modern yöntem kullanma isteği daha yüksek olup RiA en çok tercih edilen yöntemdir (72).

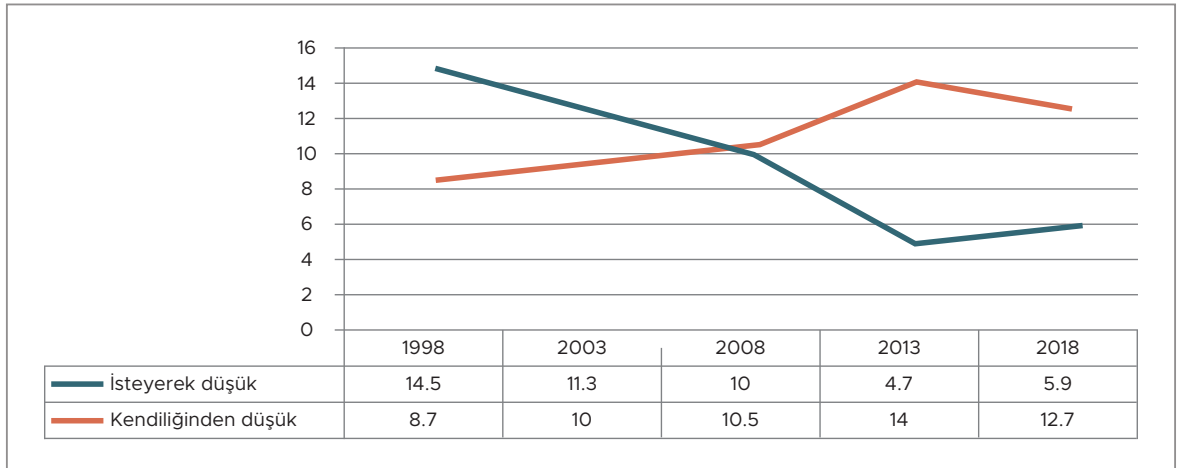
## Kendiliğinden Düşükler

B.10- 1998'de 100 gebelikten 8,7'si kendiliğinden düşükle sonlanmışken 2003'te %10'a, 2013'te %13,7'e yükselmiştir. TNSA 2018'de ise gebeliklerin %12,7'si kendiliğinden düşük ile sonlanmıştır.

1993 TNSA'da kadınların %21'inin, 2013 TNSA'da %23'ünün, 2018 TNSA'da ise %22'sinin en az bir kez kendiliğinden düşük yaptığı belirlenmiştir. Yaşam boyu ortalama kendiliğinden düşük sayısı 0,32'dir. 1998'de 100 gebelikten 8,7'si kendiliğinden düşükle sonlanmışken bu sayı 2003'te %10'a, 2013'te ise %13,7'e yükselmiştir. TNSA 2018'de gebeliklerin %12,7'si kendiliğinden düşük ile sonlanmıştır (Şekil 7 ). İsteyerek düşüklerin görülme sıklığı %55,2 azalırken kendiliğinden düşükler üçte bir oranında artmıştır (22,42-45). Kendiliğinden düşük oranındaki bu beklenmeyen artışın son yıllarda uygulanan politikaların bir sonucu olması ihtimali düşündürücüdür. Bu durumun nedenlerini irdeleyen araştırmaların yapılması ve kendiliğinden düşüklerin artmasının önlenmesine yönelik çözüm önerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

İstenmeyen gebelikler ile ilgili gerçekleştirilen bir araştırmada tüm gebeliklerin %10,4'ünün kendiliğinden düşükle, başka bir araştırmada ise %2'sinin kendiliğinden düşükle sonuçlandığı bildirilmiştir (48,72,73).

Şekil 7'de isteyerek ve kendiliğinden düşüklerin 1998-2018 yılları arasındaki değişimi çizgisel grafik ile gösterilmektedir. İsteyerek düşüklerin 1998 yılından beri azalmasına karşılık kendiliğinden düşüklerin arttığı görülmektedir.



Şekil 7. İsteyerek ve Kendiliğinden Düşükler (100 gebelikte) (TNSA 1998-2018)

## İsteyerek Düşükler

B.11- 2008 yılında 100 gebelikte 10 olan isteyerek düşük oranının 2018 yılında %5,9'a düşmesi dikkat çekicidir.

Türkiye'de isteyerek düşükler 1983 yılında kabul edilen "2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun" ile yasallaşmıştır (74). Bu yasa ihtiyacı olan her kadın için gebeliğin ilk on haftası boyunca isteyerek düşük hizmetine olanak sağlamıştır. Düzenlemeden bu yana, devlet hastanelerinde sembolik bir ücretle, özel sektörde ise ücretli olarak isteyerek düşük yaptırmak mümkün olmuştur (22). Kanunun uygulanmasıyla, isteyerek düşüklerin sayısı hızla azalmıştır. Hatta Türkiye'de izlenen nüfus politikaları ve toplumun talep ve gereksinimleri doğrultusunda kabul edilen 1965 ve 1983 yasaları ve başarılı AP uygulamaları ile sağlıksız düşüklerin anne ölümleri içindeki payı %53'ten %2'ye düşmüştür (75-77).

İsteyerek düşük yapmış olduğunu bildiren evli kadınların oranı 1998'de %27 iken 2018'de %15'e düşmüştür (42,45). Ancak günümüzde Türkiye'de isteyerek düşük hizmetlerine erişim kadınlar için zorlaşmıştır. Eş rızası, mifepriston ve misoprostol gibi tıbbi düşük ilaçlarının ruhsatlandırılmaması gibi yasal kısıtlamaların yanı sıra, Türkiye'de siyasi liderlerin hizmet verenlere ve topluma yansıtıkları pronatalist politikaları ve isteyerek düşük karşıtı söylemleri son 10-15 yılda isteyerek düşük yaptırmayı giderek zorlaştırmıştır. Bu konuda yapılan araştırmaların sonuçları da isteyerek düşük hizmetine erişimin doğrudan veya dolaylı olarak engellendiğini göstermektedir (78-80). Mary Lou O'Neil ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada 2016 yılında Türkiye'de 81 ilden 53'ünde devlet hastanelerinde herhangi bir yasal kısıtlama olmamasına rağmen isteyerek düşük hizmetinin sunulmadığı saptanmıştır. Batı Marmara ve Doğu Karadeniz bölgelerinde, doğurganlık çağındaki (15-49) kadınlara isteyerek düşük hizmeti sağlayan tek bir devlet hastanesinin olmadığı belirlenmiştir (81). 2020 yılında tekrarlanan aynı araştırmada ise "isteğe bağlı kürtaj yapmıyoruz" diyen hastanelerin oranı 4 yılda yüzde 12'den yüzde 54'e çıkmıştır. Kadir Has Üniversitesi'nin örneklemini yapabildiği 295 hastaneden yalnızca 10'unda bir kadının isteği esas alınarak, hiçbir şart koşulmadan kürtaj hizmeti veriliyor. Bu hastanelerin bulunduğu iller: Ankara, Amasya, Bayburt, Burdur, Hakkâri, Şanlıurfa, Tekirdağ ve Tunceli'dir (82). Kadınların isteyerek düşük hizmetlerine erişiminin engellenmesi, istenmeyen gebeliklerde güvenli olmayan, yaşamı tehdit eden tehlikeli alternatifler arayışına girmelerine neden olmaktadır (79).

Kamu hastaneleri nadiren tam kapsamlı isteyerek düşük hizmetleri sunmakta, hatta genellikle sadece tıbbi olarak gerekliyse "terapötik" düşük hizmeti vermektedirler. Buna rağmen kadınların %51'i son 5 yılda bir kamu kuruluşunda isteyerek düşük yaptırdıklarını bildirmişlerdir.

Kadınların %49'u özel doktor muayenehanelerinde, özel hastanelerde veya kliniklerde isteyerek düşük yaptırdıklarını belirtmişlerdir (78).

2008 yılında 100 gebelikte 10 olan isteyerek düşüklerin 2013'te 4,7'ye düşmesine karşın daha sonra, 2018 TNSA sonuçlarına göre 5,9'a yükselmesi dikkat çekicidir (22,42,45). TNSA 2003'ten bu yana kendiliğinden düşüklerin de tam tersine beklenmeyen bir artış göstermesi son derece düşündürücüdür (Şekil 7). Ülkemizde yapılan farklı bir araştırmada isteyerek düşüklerin yarıya yakınının kendiliğinden düşük olarak bildirildiğinin tahmin edildiği belirtilmiştir (73).

İstanbul'da Bağcılar ve Küçükçekmece'de yapılan bir araştırmada, 16-44 yaş arasında kadınların %3,26'sının geçmiş öyküsünde isteyerek düşük deneyimi olduğu halde, anket sorularına verilen yanıtlardan sadece %2,9'unun isteyerek düşük yaptığını belirttiği saptanmıştır. Birden fazla çocuğu olan kadınlar arasında istenmeyen doğumların yanı sıra isteyerek düşük oranı da kadının yaşayan çocuk sayısı ve yaşı arttıkça yükselmiştir. İsteyerek düşük yapan kadınların %64,3'ünün isteyerek düşükle sonlanan gebelik öncesinde herhangi bir gebelik önleyici yöntem kullanmamış olmaları da dikkat çekmektedir (22). Araştırmada kadınların isteyerek düşük deneyimlerini dini inançları, çevre baskısı ve dışlanma korkusuyla gizlediklerini ve kendiliğinden düşük yapmış gibi bildirdikleri belirlenmiştir (78). Bu durumun nedenlerinin ayrıntılı irdelendiği ve sonuçlar doğrultusunda çözüm önerilerinin geliştirilebileceği başka araştırmaların yapılmasına gereksinim olduğu söylenebilir.

Ülkemizde yapılan bir araştırmada ise tüm gebeliklerin %4.25'inin, istenmeyen gebeliklerin ise dörtte birinin isteyerek düşükle sonuçlandığı bildirilmiştir. İsteyerek düşüklerin birinci nedeni ekonomik zorluk (%44) olarak gösterilmiştir (73). İsteyerek düşük konusunda gerçekleştirilen diğer araştırmalar özellikle geri çekme yöntemi ile korunan kadınlar arasında istenmeyen gebeliklerin ve isteyerek düşük sıklığının yüksek (%25-39) olduğunu göstermektedir (48,65,72,). İstenmeyen bu sonuçların engellenmesi, başta birinci basamak olmak üzere sağlık kurumlarında nitelikli ve yaygın gebeliğin düzenlenmesi (AP) danışmanlık hizmetlerinin sunumu ve etkili modern yöntemlerin sağlanmasıyla mümkündür.

## Sonuç

Türkiye’de 2003 – 2007 yılları arasında AB Türkiye Üreme Sağlığı Programı ile hizmet talebini artırmaya yönelik hizmet içi eğitimler, seminerler, toplantılar yapılarak kadınların CSÜS hizmetlerine erişimleri önündeki engellerin aşılmasına rağmen daha sonraki yıllarda kadınların çocuk isteğinde ciddi artış olmasında, 2007’de Sağlıkta Dönüşüm Programı’yla Aile Hekimliği sistemine geçişten sonra izlenen pronatalist politikaların etkisinin olduğu düşünülmektedir.

2008 ve 2018 TNSA’lara katılan tüm kadınların en çok bildikleri modern yöntemler kıyaslandığında, modern yöntemlere ilişkin bilgi düzeylerinin azalmış olduğu dikkat çekmektedir. Bunun da CSÜS ve gebeliğin önlenmesi konusunda bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri çerçevesinde evli olmayan kadınların hedeflenmemesinin bir sonucu olabileceği düşünülmektedir.

Günümüzde gebelik oluşumunu önlemek isteyen partnerler arasında modern yöntem kullanımında hala önemli bir açık vardır. Eğitim düzeyi düşük ve gelir getiren herhangi bir işte çalışmayan kadınlar yöntemlere ulaşma, kendini ifade etme, kendi bedeninin sorumluluğunu alma konularında sorun yaşamakta ve geri çekme yöntemini daha fazla kullanmaktadırlar. Modern yöntemlerin yan etkilerine yönelik yanlış algıların geri çekme yöntemi kullanma davranışında etkili olduğu görülmektedir.

Eğitim düzeyi düşük olan kadınlar RİA kullanırken, üniversite mezunları çoğunlukla kondom kullanmaktadırlar.

Birinci basamakta AP hizmetlerinin kondom ve hap dağıtımıyla sınırlandığı, malzeme temininde sorunlar yaşandığı ve RİA uygulamasının neredeyse ortadan kalktığı belirlenmiştir.

Kadınların çoğunluğu kaç çocuk sahibi olacakları ve ileride hangi istenmeyen gebelik önleme yöntemini kullanacakları konusunda eşleri ile birlikte karar vermektedirler. Ancak kadınların üçte biri gebelik önleyici yöntem kullanımı kararlarında eşlerin ailesinin isteklerinin de etkili olabileceğini ifade etmişlerdir.

İstenmeyen gebelikleri önleyici yöntemlerin çoğunluğu kadınlara yönelik olarak geliştirilmesine, kullanım sorumluluğu kadınlara yüklenmesine rağmen, alınan kararlarda kadınlar inisiyatif kullanamamaktadır.

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında birinci basamak sağlık hizmetlerinin finansman ve organizasyonunda yaşanan köklü değişime paralel olarak, son yıllarda kullanılan istenmeyen gebelikleri önleyici yöntemler ve hizmet alınan yerlerde önemli değişiklikler olmuştur.



Geleneksel yöntem kullananlarda istenmeyen gebelik riskinin yüksek olması ve karşılanmamış modern yöntem ihtiyacı da dikkate alındığında, doğurganlığın düzenlenmesinde karşılanmamış ihtiyacı olan kadınların oranı %33'dür.

Kadınların etkili bir yöntemle gebelikten korunmama nedenleri; hangi yöntemi kullanabileceğini ve nereden temin edeceğini bilmeme, etkili gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili olumsuz duyular ve olumsuz deneyimler, kondomu düzenli kullanmama, hap içememe, RİA taktırmaktan korkma ve enjeksiyonu yaptıramamadır.

Kadınların AP gereksinimlerinin karşılanmasını etkileyen bir diğer önemli faktör ise sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları ile hizmet sunumları, sağlık kurumlarının ve hizmetlerinin ulaşılabilirliği, sağlık kurumlarındaki teknik imkanlar ve malzeme durumunun yetersizliği gibi sağlık hizmetlerinden kaynaklanan sorunlardır. Menopoz öncesi dönemde yöntem kullanımının azalması ve bu dönemde ne kadar süre boyunca gebelik önleyici yöntem kullanılması gerektiğinin bilinmemesi, kadınların karşılanmamış danışmanlık gereksinimlerinin de olduğunu ortaya koymaktadır.

Doğurganlığın düzenlenmesinde karşılanmamış ihtiyacı bulunan kadınların oranının Kuzeydoğu Anadolu, İstanbul, Batı Marmara ve Güneydoğu Anadolu'da Türkiye ortalamasının üstüne çıkması dikkat çekici bulgular arasındadır.

Kadınların %45.8'i gebe kaldıkları sırada herhangi bir gebelik önleyici aile planlaması yöntemi kullanmıyor olup, %20.8'i ise geri çekme yöntemi kullanmıştır.

Son 5 yıllık dönem içerisindeki doğumların %10,6'sının daha sonra olması tercih edilirken, %14,8'i ise istenmeyen gebelikler sonucu gerçekleşmiştir.

İstenmeyen gebelikler eşi çalışmayan kadınlarda, düşük eğitim düzeyine sahip kadın ve eşlerde, bekar ya da resmi nikahı olmayanlarda, engellilerde ve Aile Hekiminden doğurganlığın düzenlenmesi (AP) danışmanlığı almayanlarda daha fazladır.

Kendiliğinden düşük oranındaki beklenmeyen artışın son yıllarda uygulanan politikaların bir sonucu olması ihtimali düşünülmektedir. Bu durumun nedenlerini irdelleyen araştırmaların yapılması ve kendiliğinden düşüklerin artmasının nedenlerine yönelik çözüm önerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

Türkiye'de siyasi liderlerin pronatalist politikaları ve isteyerek düşük karşıtı söylemleri son 10-15 yılda isteyerek düşük yaptırmayı giderek zorlaştırmıştır.

Türkiye'de 81 ilden 53'ünde devlet hastanelerinin herhangi bir yasal kısıtlama olmamasına rağmen isteyerek düşük hizmeti sunmadığı saptanmıştır.

Batı Marmara ve Doğu Karadeniz bölgelerinde, doğurganlık çağındaki (15-49) kadınlara isteyerek düşük hizmeti sağlayan tek bir devlet hastanesinin olmadığı belirlenmiştir.

## Özet Bulgular

- B.1- TNSA'lara göre son 10 yılda doğurganlığı sınırlama isteği azalmıştır.
- B.2- Türkiye'de yapılan farklı araştırmaların ve TNSA'ların sonuçları son 5 yılda modern ve geleneksel yöntemlere ilişkin tüm kadınların ve evli kadınların bilgi düzeylerinde belirgin bir azalma olduğunu göstermektedir.
- B.3- TNSA 2013 ve 2018 sonuçları kıyaslandığında halen herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanan 15-49 yaş arası evli kadınların oranının %73,3'den %69,8'e düştüğü görülmektedir. Hatta 1993'den daha düşük seviyelere inmiştir. Günümüzde gebelikten korunmak isteyen çiftler arasında modern yöntem kullanımında hala önemli bir açık vardır.
- B.4- İlk kez 2018 TNSA'da kondom kullanımı RİA kullanımını geçerek en çok tercih edilen modern yöntem olmuştur.
- B.5- Etkili gebelik önleme yöntemlerinin kullanılması konusunda kaderci yaklaşım, dini inançların bazı öznel yorumu, çoğu zaman eşin istememesi, kadının çevresindeki diğer insanların görüşleri de kadının kararını ve davranışlarını olumsuz etkilemektedir.
- B.6- Yıllar içinde modern yöntemlerin temininde kamu sektöründen özel sektöre geçiş gözlenmiştir.
- B.7- TNSA 2013 ve 2018 sonuçlarında göre istenmeyen gebelikleri önleyici yöntem kullananların üçte biri yöntem kullanımını takip eden bir yıl içerisinde yöntemi bırakmaktadır.
- B.8- Aile planlanmasında karşılanmamış ihtiyaç 1993-2013 arasında yıllar itibariyle giderek azalırken 2018 TNSA'da 2013'ün iki katına çıkarak %6'dan %12'ye yükselmiştir.
- B.9- İstenmeyen gebeliklerin %15 – 46,2 civarında olduğu ve %45,8'inin gebe kaldığı sırada herhangi bir yöntem kullanmıyor olduğu, %20,8'inin de geri çekme yöntemi kullandığı saptanmıştır.
- B.10- 1998'de 100 gebelikten 8,7'si kendiliğinden düşükle sonlanmışken 2003'te %10'a, 2013'te %13,7'e yükselmiştir. TNSA 2018'de ise gebeliklerin %12,7'si kendiliğinden düşük ile sonlanmıştır.
- B.11- 2008 yılında 100 gebelikte 10 olan isteyerek düşük oranının 2018 yılında %5,9'a düşmesi dikkat çekicidir.

## Öneriler

Türkiye’de son 5 yıldaki AP ile ilgili literatürün sistematik incelemesinden elde edilen bulgular ve sonuçlara göre uygulamalara yönelik öneriler:

- Erken ve ileri yaşlardaki gebeliklerin, riskli gebeliklerin kadın, anne ve çocuk sağlığı üzerindeki olası olumsuz etkileri, CSÜS ve doğurganlığın düzenlenmesi konularında sağlık çalışanlarına mezuniyet öncesinden başlayıp, mezuniyet sonrasında da devam eden eğitimler verilerek, özellikle birinci basamak ASM’lerde etkili bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri sunulmalı,
- Kadınların AP karşılanmamış ihtiyaçlarının azaltılması için, istenmeyen gebelikleri önleyici yöntem danışmanlığı ve temininde etkin rolü olan en önemli meslek grubu olarak hemşire ve ebelerin modern yöntemler konusunda güncel bilgilere sahip olmaları ve etkili danışmanlık hizmeti sunabilmeleri için, CSÜS/AP ve doğurganlığın düzenlenmesi konularının eğitim müfredatında ayrıntılı yer almasının sağlanmasına yönelik savunuculuk faaliyetlerine ağırlık verilmeli,
- Sağlık çalışanları doğum sonrası izlemeleri sırasında, çalışmayan, kendileri ve eşlerinin öğrenim düzeyi düşük olan, ekonomik durumunu orta ve\veya kötü olarak algılayan kadınların doğurganlığın düzenlenmesine karşı olumsuz tutuma sahip olma olasılığını dikkate alarak, kişilerin bu konudaki düşüncelerine ilişkin bilgi edinmeli, yaşadıkları sorunları açıklamalarına fırsat vermeli ve bu konuda danışmanlık sağlamalı,
- ASM’lerde ve hastanelerde sadece evli kadınlara değil gençlere, bekâr kadınlara ve menopoz öncesi dönemdeki kadınlara da CSÜS konularında bilgi verilmeli, nitelikli AP hizmetlerinin ve özellikle düşük gelirlili kişilere ücretsiz etkili modern yöntem seçimi olanakları sunulmalı, RİA’nın en maliyet etkili yöntem olması, ucuz olması ve geriye dönüşü olması nedeniyle birinci basamak sağlık kuruluşlarında RİA uygulaması teşvik edilmeli, bunun için ASM’lerin teknik donanım ve malzeme eksikleri giderilmeli, özellikle AP danışmanlığı ve RİA uygulama konusunda sertifika eğitimi almış bir Aile Hekimi ve ebe ya da hemşire istihdam edilmeli,
- Kontraseptif yöntemlerin reçeteye dahil edilmesi ve SGK tarafından ödenmesi için savunuculuk faaliyetlerine ağırlık verilmeli,
- Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanlarının AP danışmanlığı ve RİA uygulama hizmeti sunmalarını teşvik etmek amacıyla bu hizmetlerin performans kriterlerine dahil edilmesinin sağlanması yönünde STK ve kamu işbirliğiyle savunuculuk faaliyetlerine ağırlık verilmeli,
- Evlenme hazırlığı içinde olan kadınlarda doğurganlığın düzenlenmesi ve istenmeyen gebelikleri önleyici yöntemlerinin etkin bir şekilde kullanımının sağlanması ve üreme sağlığının geliştirilmesi için bilgi eksikliğini giderilmesi amacıyla, birinci basamak sağlık kuruluşları ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde evlilik danışmanlık birimlerinde katılımı zorunlu CSÜS/AP danışmanlık hizmetleri sunulmalı,

- Eğitim durumu yetersiz olan bazı kadınlar, sağlık kurumlarına gitmekten ve sorununu anlatmaktan utanıp çekinmektedir. Bu kadınlar teknolojik gelişmelerden faydalanamadıkları ve internet kullanamadıkları için birçok şeyi öğrenememekte ve kendilerini geliştirememektedirler. Sağlık çalışanlarının bu durumların farkında olması gerekmektedir. Böylelikle, kadınları sağlık kurumlarından faydalanmaya, üreme sağlığı ve istenmeyen gebelikleri önleme ile ilgili sorunlarını konuşmaya teşvik etmeli, kadınların ihtiyacı olan eğitim ve hizmet gereksinimini tam olarak karşılamaya çalışmalı,
- CSÜS ve etkili yöntemlerle istenmeyen gebelikleri önleme konularında topluma yönelik eğitim videolar hazırlanmalı, Bilgi Eğitim İletişim (BEİ) mesajları sosyal medya, ASM ve diğer sağlık kurumlarının web sayfalarının yanı sıra mümkün olan radyo, televizyon, gazete ve internet gibi kitle iletişim araçlarıyla da iletilmeli,
- Özellikle çocuk yaşta erken ve zorla evliliklerin, ergen dönemde, ileri yaşlarda ve çoğul gebeliklerin sağlık üzerindeki olumsuz etkileri, doğurmanın “insan hakkı” olduğu ve her bir bireyin buna özgürce kendisinin karar verip bunu düzenleyebilmesi için CSÜS ve özellikle AP hizmetlerine erişimin sağlanması yönünde politikacılara ve karar vericilere yönelik savunuculuk faaliyetleri gerçekleştirilmeli,
- CSÜS hakları ve gebeliğin düzenlenmesi konusunda toplumun bilgilendirilmesi ve farkındalığın artırılması amacıyla yürütülecek projelerde STK ve kamu işbirliğinin güçlendirilmesine yönelik çalışmaların gerçekleştirilmesi sağlanmalı,
- Üniversitelerin Mediko-sosyal Sağlık Merkezlerinde öğrencilere CSÜS, CYBE ve AP konularında bilgilendirme, danışmanlık hizmetleri sunulmalı,
- Doğurganlığın düzenlenmesi ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde etkili modern yöntemlerin kullanımının artırılması için erkeklerin bilgilendirilmesi, sorumlulukları konusunda farkındalıklarının oluşması ve karar verme ve uygulama sürecinde katılımlarının teşviki amacıyla AP başta olmak üzere CSÜS konularında danışmanlık hizmetlerinin, mümkünse kadın ve eşine birlikte verilmesi, bu konuda erkekleri de kapsayacak biçimde nitelikli, yaygın ve sürekliliği olan sağlık eğitimi çalışmalarının planlanması ve gerçekleştirilmesi için STK ve kamu işbirliğiyle savunuculuk faaliyetleri yürütülmeli,
- Kendiliğinden düşükle sonlanan gebeliklerin nedenlerinin ayrıntılı irdelendiği ve sonuçlar doğrultusunda çözüm önerilerinin geliştirilebileceği araştırmalar yapılmalı,
- İsteyerek düşük hizmetlerine erişimin bir yasal hak olduğu dikkate alınarak, kamu hastanelerinde isteyerek düşük hizmetlerinin engellenmemesi, yaygınlaştırılması, ayrıca Mifepreston ve Misoprostol gibi tıbbi düşük ilaçlarının ruhsatlandırılmasına yönelik özellikle STK'lar savunuculuk faaliyetleri gerçekleştirmelidir.

## 4.2.2. Riskli Gebelikler ve Anne Ölümleri

Bugün dünyada her gün yaklaşık 808 kadın hamilelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu ölümlerin neredeyse tamamı önlenabilir ölümlerdir. Başlıca ölüm nedenleri kanama, enfeksiyonlar, hipertansiyon, ve güvenli olmayan kürtaj, uzamış doğum eyleminin yanı sıra anemi, sıtma ve kalp hastalığı gibi çoğunlukla önceden var olan tıbbi durumların gebeliğe bağlı olarak şiddetlenmesidir. Günlük 808 anne ölümünden yaklaşık 540'ı Sahra Altı Afrika'da ve 225'i Asya'da meydana gelirken, yüksek gelirli ülkelerden yaklaşık 4 kat fazladır. Düşük gelirli bir ülkede yaşayan bir kadının yaşamı boyunca anneye bağlı bir nedenle ölme riski, yüksek gelirli bir ülkede yaşayan bir kadına kıyasla yaklaşık 120 kat daha fazladır. Anne ölümleri, zengin ile yoksul ve ülkeler arasında çok geniş uçurumlar gösteren bir sağlık göstergesidir (83).

Anne ölümlerini 1990'dan 2015'e kadar küresel, bölgesel ve ulusal düzeylerde tahmin edilen çalışmada, yalnızca 10 ülke Binyıl Kalkınma Hedeflerinde Hedef 5'e ulaştı ki Türkiye bunların içerisinde, ancak 195 ülkeden 122'sinde Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) 3.1'e çoktan ulaşıldı. Binyıl Kalkınma hedefleri Hedef 5'e ulaşılammıştır (Hedef 5: anne ölümlerinde %75 düşüş). Doğrudan obstetrik nedenler, 2015 yılında tüm dünyada anne ölümlerinin yaklaşık %86'sını oluşturuyordu ve buna maternal hemoraji(kanama), maternal hipertansif bozukluklar(annede hipertansiyon) ve diğer maternal bozukluklar neden olmaktadır (84). Binyıl Kalkınma Hedeflerinde 1990 ile 2015 yılları arasında anne ölümlerinin %75 azaltılmasını tasarlayan “anne sağlığını iyileştirmek” hedefi belirlenmiştir. 2015 yılında %44'lük bir azalma gerçekleştiği bildirilmiştir. SKH'lerinden birisi de anne ölümlerinin 2015 yılından 2030 yılına kadar 100 bin canlı doğumda 70'in altına düşürmek ve önlenabilir anne ölümlerinin ortadan kaldırılması olarak bildirilmektedir. SKH, anne ölümlerini azaltmaya doğrudan vurgu yaparken, hayatta kalmanın ötesine geçmenin önemini de vurgulamaktadır. Önlenabilir anne ölümlerini 2030 yılına kadar sona erdirmeye kararlılığına rağmen, mevcut ilerleme hızıyla dünya bu hedeften uzaktır. Küresel sağlık ve kalkınma gündeminde üst sıralarda kalmaya devam etmek için, anne sağlığı ve hayatta kalması üzerine çalışmaya sürekli acil ihtiyaç vardır (85). Bu hedefin başarılabilmesi için 2016 ile 2030 yılları arasında, her yıl anne ölüm hızında en az %7,5 azalma olması gerektiği ve hiçbir ülkenin anne ölüm hızının 100 bin canlı doğumda 140'ı geçmemesi gerektiği ifade edilmektedir (86). Oysaki 2000-2017 Anne Ölüm Eğilimleri Raporu'na göre bu oranda yıllık %2,9 azalma olmuştur (87). 2017'de küresel Anne Ölüm Oranı'nın (AÖO) 100 bin canlı doğum başına 211 anne ölümü olduğu tahmin edilmektedir ve bunun 342 olarak tahmin edildiği 2000 yılından bu yana %38'lik bir azalma görülmektedir. Bu durum, ortalama yıllık azalma oranına göre küresel AÖO'nun 2000 ile 2017 arasında her yıl %2,9 azaldığı anlamına gelir. Bölgelerarası fark halen vardır; Sahra Altı Afrika ve Güney Asya, 2017'de tahmin edilen küresel anne ölümlerinin yaklaşık %86'sını oluşturmaktadır.

Üreme çağındaki kadınlarda anne ölüm oranında en büyük düşüş iki bölgede meydana gelmiştir: Orta ve Güney Asya (%56,4) ile Kuzey Afrika ve Batı Asya (%42,6). Bu analize göre Türkiye için AÖO 2017 yılında 17 olarak verilmiş ve 2000 yılından beri %60 azalma kaydedilmiştir. Ortalama yılda %5,3 azalma olmuştur (87). Dünyada her yıl yaklaşık 140 milyon doğum gerçekleşmekte ve sağlık çalışanlarının yardımı ile yapılan doğumlar 1990'da %58'den 2019'da %81'e yükselmiştir. En yaygın doğrudan anne ölüm nedenleri aşırı kan kaybı, enfeksiyon, yüksek tansiyon, güvenli olmayan kürtaj ve uzamış doğum eylemine bağlı enfeksiyon, uterus rüpturu vb. yanı sıra anemi, sıtma ve kalp hastalığı gibi dolaylı nedenlerdir (88).

Üreme çağındaki 15-49 yaş grubu kadınlarda sakatlık ve ölüm nedenleri arasında gebelik ve doğum komplikasyonları en önde gelmektedir ve ergenlerin dünyada birinci ölüm nedeni gebelik ve doğum komplikasyonlarıdır. 2018 TNSA'ya göre son 5 yıl içindeki her 3 doğumdan biri risklidir (%34), %27'si tekli yüksek risk kategorisinde, %9'u ise daha da riskli olan çoklu yüksek risk kategorisindedir (22).

Sağlık ile ilgili göstergelerden ve ülkelerin gelişmişlik düzeylerini belirten en önemli göstergelerden biri de anne ölümleridir. DSÖ anne ölümünü bir kadının gebelik sırasında, doğumda ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumuna veya gebelik sürecine bağlı (doğrudan) ya da bunların şiddetlendirdiği (dolaylı) ancak tesadüfi olmayan nedenlerden kaynaklanan kadın ölümü olarak tanımlamaktadır (89).

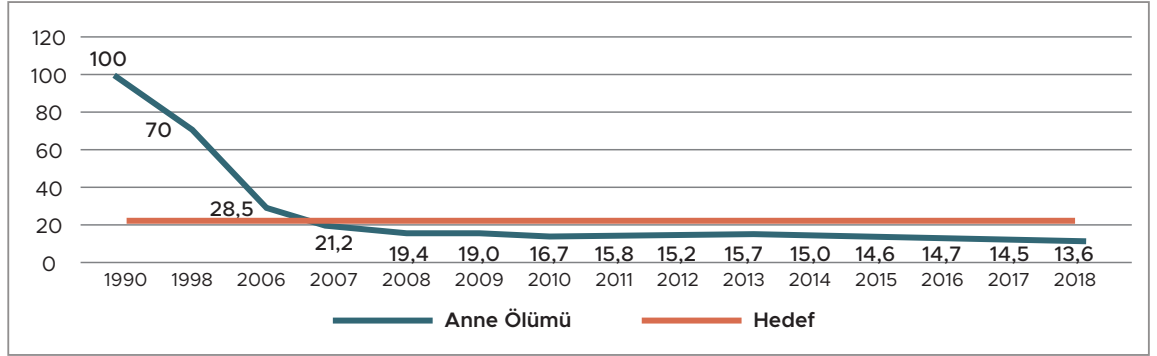
Anne ölüm oranı bir toplumda kadın sağlığı düzeyini belirleyen ve bu konudaki hizmetlerin yeterli olup olmadığını gösteren, sosyoekonomik düzeni hakkında bilgi veren önemli bir ölçüttür. Şekil 8'de 2018 yılında AÖO yüzbin canlı doğumda 13,8 olarak ifade edilmektedir. Sağlık Bakanlığı 2018 Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 13,6 olarak bildirmiştir. Bölgelerarası fark dikkat çekicidir, 13,6'nın üzerinde olan bölgeler Orta Anadolu (14,3), Batı Anadolu (14,4), Ege (15), Ortadoğu Anadolu (15,5), Doğu Marmara (17,9) ve Kuzeydoğu Anadolu Bölgeleridir (24) (26). 2019 Sağlık İstatistik Yıllığı'nda AÖO 13,1 olarak verilmektedir. Bölgelerarası fark belirgindir; bir önceki yılda 14,3 olan oran Orta Anadolu'da 24,4'e, Ortadoğu Anadolu'da 15,5'ten 15,9'a çıkmıştır (90).

Fakat bu Raporda 2019 yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre yapılan hesaplamada AÖO sadece gebelik, doğurma ve lohusalık halinin komplikasyonları dikkate alındığında 12,9 olarak saptanırken, Şekil 9'da yer alan nedenlerin hepsi göz önüne alındığında ise 16,8 olarak hesaplanmıştır<sup>1</sup>. Anne Ölüm Oranları 2007 yılında 100 bin canlı doğumda 21,2 olan oran, 2019 yılında 16,8'e gerilemiştir (91). Anne ölüm hızı (AÖH), üreme çağındaki 100,000 kadında anne ölümlerinin sayısı olarak ifade edilmektedir. 2019 yılı için AÖH 0,90 olarak hesaplanmıştır<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Yaşam boyu risk =  $(1 - (1 - AÖH))$  olarak hesaplanır. 2019 yılı içinde 1.183.652 canlı doğum olmuştur.

<sup>2</sup>2019 yılı 15-49 yaş kadın nüfus 21.886.846, Anne ölüm sayısı 199 olarak hesaplanmıştır.

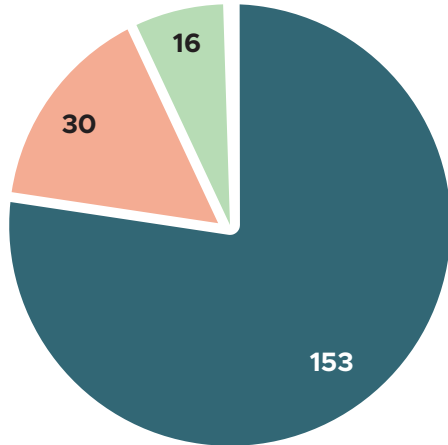
Şekil 8'de 1990 yılından 2018 yılına kadar Anne Ölümlerinin çizgisel grafik ile değişimi gösterilmiştir. 1990 yıllarında 100 olan oranın 2006 yılından itibaren plato çizerek devam ettiği betimlenmiştir.



**Şekil 8.** Yıllara Göre Anne Ölüm Oranları (1990-2018)

Şekil 9'da 2019 yılı anne ölüm nedenleri pay grafik ile gösterilmiştir. Gebelik, doğurma ve lohusalık hallerine bağlı anne ölümleri 153, ağırlıklı olarak doğum öncesi dönemde meydana gelen komplikasyonlara bağlı anne ölümü 30 ve ağırlıklı olarak doğum eylemi sırasında meydana gelen komplikasyonlara bağlı anne ölümü 16'dır.

### 2019 Yılındaki Anne Ölümünün Nedenleri



- Gebelik, doğurma ve lohusalık halinin komplikasyonları
- Ağırlıklı olarak antenatal dönemde meydana gelen gebelik komplikasyonları
- Ağırlıklı olarak doğum eylemi ve doğum sırasında meydana gelen gebelik komplikasyonlarına bağlı

**Şekil 9.** 2019 yılı anne ölüm nedenlerinin sayısal dağılımı

## Sağlık Bakanlığı Anne Ölümleri ve Riskli Gebelikler için Mevzuat ve Uygulamalar

DSÖ Avrupa Bölgesi'nin belirlediği hedefler doğrultusunda Sağlık Bakanlığı 2001 yılında ülke hedeflerini belirleyerek yayınladı. Bu hedeflerden birisi de, 2005 yılına kadar bütün doğumların sağlık kuruluşlarında yapılmasını, 2020 yılına kadar bütün gebelerin düzenli doğum öncesi bakım almalarını sağlamaktır. Sağlık Bakanlığı anne ölümlerinin önlenmesi için bir genelge ile ülke genelinde meydana gelen her anne ölüm vakasının incelenmesini zorunlu tutarak yeni bir "Anne Ölümleri Veri Sistemi"ni yürürlüğe koymuştur (92). Genelgede bütün anne ölümleri ile ilgili tespit ve raporlama zorunlu tutulmakta, ilçe ve il düzeyinde sorumluların görevlendirildiği sistemde her 12-50 yaş kadın ölüm olgusu kayıt altına alınmakta ve aylık olarak bildirilmesi sağlanmaktadır. Merkeze bildirilen her ölüm vakasının "Anne Ölümleri Ön İnceleme" ve "Merkez İnceleme Komisyonu" tarafından değerlendirilmesi sağlanmaktadır. Türkiye'de tüm anne ölümleri, 2007 yılından bu yana "Anne Ölümleri Veri Sistemi" ile izlenmeye başlamıştır. Programın hedefi anne ölümlerini 2010 yılı sonuna kadar yüz binde 15'in altına, 2014 yılına kadar yüz binde 10'nun altına indirmek olarak belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı, kanama nedenleri üzerinde yapılan değerlendirmeler neticesinde, tüm gebelik süreçlerinde kanamaya müdahalenin zamanında yapılmasında bazı eksiklikler olduğunu tespit etmiş ve belli merkezlerde kanamaya müdahale ekipleri oluşturulması için İstanbul, Ankara ve Şanlıurfa pilot iller olarak belirlenmiştir (93).

Sağlık Bakanlığı "Riskli Gebelikler Yönetim Programı" başlatmıştır. Program kapsamında, 2014/10 sayılı Genelge ile "Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi" yayınlanmıştır. Hazırlanan rehber; Gebelikte Venöz Tromboembolizm Yönetim Rehberi, Gebelik ve Kardiyovasküler Hastalıklar Yönetim Rehberi, Diyabetik Gebe Yönetim Rehberi, Astımlı Gebe Yönetim Rehberi ve Epileptik Gebe Yönetim Rehberi'dir (94).

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı Stratejik Planı 2019-2023 incelendiğinde Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı, Riskli gebelik grubuna giren ergen gebeliklerin önlenmesi amacıyla stratejiler belirlemek ve uygulamakla yükümlü olan Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı, anne ölümlerinin önlenmesi konusunda stratejiler belirlemek ve uygulamakla yükümlüdür denilmesine rağmen, anne ölümleri ya da riskli gebeliklere ait hiçbir amaç ve hedef belirlenmemiştir (95). Ancak 23 Temmuz 2019 tarihli ve 30840 Sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan On Birinci Kalkınma Planı'ndaki (2019-2023) hedef ve politikalara göre anne ölümleri ya da riskli gebeliklere yönelik müdahalede bulunulmamakta, 2023 yılı hedefi olarak Anne Ölümleri'nde 13 olarak belirtilmektedir (96).

Cumhurbaşkanlığı 2019 Yılı Programı, Yüz bin canlı doğumda gerçekleşen Anne Ölüm Oranlarına bakıldığında ise 2007 yılında 21,2 olarak gerçekleşen oranın 2017 yılında 14,6'a düştüğü görülmektedir.



Bu oran, 2015 yılı itibarıyla OECD’de (35 ülke) yüz bin canlı doğumda 14 olarak gerçekleşmiştir. Politika ve tedbirlerden CSÜS’ye ya da anne ölümleri ve yüksek riskli gebeliklere ait hiçbir politika ve tedbir bulunmamaktadır. Cumhurbaşkanlığı I. 100 günlük İcraat Programı’nda Anne Ölüm Oranının yüz binde 14’ün altına düşürülmesi için anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi yer almaktadır (95). Sürekli anne sağlığının vurgulandığı “kadın sağlığı” dışında genel CSÜS ve hakları resmi mevzuatta yer almamaktadır.

## Anne Ölümleri ve Riskli Gebeliklere Yönelik Araştırmalar

Raporun bu bölümünde 2016-2020 yılları arasında anne ölümleri ve riskli gebelik çalışmaları özetlenmiştir. Taranan 74.436 çalışmadan 68 yayın alınmış ve değerlendirilmiştir. Özellikle riskli gebelikler olarak ergen gebelikler ve sonuçları, postpartum kanamalar, plesanta previa daha sıklıkla karşımıza çıkmıştır. Anne ölümlerinde ise Türkiye’yi temsil eden çalışmalar çok az olup özellikle uluslararası ve ulusal eğilim çalışmaları karşımıza çıkmıştır.

B.12- Anne ölümlerinin pek çoğu önlenbilir özelliktedir.

Türkiye’de 2012-2015 yılları arasındaki tüm anne ölümleri analiz edildiğinde, 812 anne ölümü içinde doğrudan anne ölümleri 2012’deki %59,5’ten 2015’te %45’e gerilerken, dolaylı anne ölümleri 2012’deki %45’ten 2015 yılında %55’e çıkmıştır. Anne ölümlerinin önde gelen doğrudan nedeni doğum sonrası kanamadır (%15,3-18,8). Anne ölümlerinin başlıca dolaylı nedenleri dolaşım sistemi hastalıklarıdır. 2012-2015 anne ölümleri analizine göre anne ölümlerinin %51,1’i doğrudan nedenlerden, %45,8’i dolaylı nedenlerden kaynaklanmaktadır (97). Ülke çapında bir çalışma pulmoner emboliye(akciğere kan pıhtısının atması sonucunda akciğer atardamarının ani tıkanması) bağlı anne ölüm oranı %7,58 olarak saptanmıştır. Tromboemboli (kan pıhtısındaki emboli yüzünden kan akışının ciddi anlamda azalması) nedeni ile ölen annelerin %64,7’sinin önlenbilir ölümler olduğu saptanmıştır. Bu ölümler doğum öncesi ve doğum sonrası risk saptaması yapılarak önlenbilirdi (98). 2017 yılında Van’da 2010 ile 2016 yılları arasında AÖO 20,1 olarak bulunmuştur. Anne ölümlerinin nedenleri incelendiğinde; olguların %26,1’i preeklampitik hastalık(gebelik zehirlenmesi), %15,9’u kanama, %10,1 intihar etti, %8,7 pulmoner emboli, %7,2 serebrovasküler(beyin damar) hastalığı, %5,8 kalp hastalığı, %5,8 amniyon sıvısı embolisi, %4,3’ü sepsis, %4,3’ü trafik kazası, %4,3’ü ateşli silah yaralanması, %2,9 malignite (kötü huylu tümör), %1,4 zatürre, %1,4 çoklu organ yetmezliği ve %1,4 elektrik çarpmasıdır.

Doğrudan ölüm nedenleri; kanama, preeklampitik hastalıklar, pulmoner emboli en sık görülen ve dolaylı ölümün nedenleri; serebrovasküler hastalıklar, kalp hastalıkları ve sepsistir. Preeklampitik hastalıklar ve kanama, anne ölümlerinin en yaygın nedeni olmaya devam etmektedir (99). Yapılan çalışmalarda önceki sezaryen doğum, uzamış doğum, oksitosin indüksiyonu (doğum ağrılarının oksitosinle güçlendirilmesi) ve acil sezaryen doğum, doğum sonrası kanamalı kadınlarda ciddi kan kaybının en güçlü nedenidir (100). Türkiye'deki anne ölümlerinin nedenini belirlemek için otopsi yapılan vakaların %24,9'unda otopsi sonrası kesin bir anne ölüm nedeni tespit edilmemiştir. Kesin ölüm nedeni belirlenen %75,1 içinde %34,5'i doğrudan nedenlere, %40,7'si dolaylı nedenlere bağlı bulunmuştur. Anne ölümlerinin önde gelen doğrudan nedenleri obstetrik kanama (%13,0) ve obstetrik (pulmoner ve amniyotik sıvı) embolisidir (%12,4) (101).

Van'da yapılan bir üniversite hastanesinde anne ölüm oranlarının ve nedenlerinin değerlendirilmesine göre, Anne Ölüm Oranı 268 bulundu. En sık görülen ölüm nedeni eklampsi (%33) ve buna bağlı intraserebral(beyin dokusu içine) komplikasyonlardır. Doğum öncesi takip oranı %23,3'tir. Yüksek AÖÖ, Türkiye'nin doğusunda yüksek gebelik komplikasyonları insidansı, doğum öncesi takiplerin nadir olması ve sevk zinciridir. Anne ölümlerinin en sık nedeni eklampsi ve buna bağlı komplikasyonlar, ardından kanamadır (102).

DSÖ sistematik incelemesine göre, 2003 ve 2009 yılları arasında dünya çapında anne ölümlerinin yarısından fazlasından hemoraji, hipertansif bozukluklar ve sepsis sorumludur. Ölümlerin dörtte birinden fazlası dolaylı nedenlere atfedilebilir. Bu analizler, bölgesel ve küresel düzeyde anne ölümlerini azaltmak için sağlık politikalarının, programlarının ve fonların önceliklendirilmesi konusunda yol gösterici olmalıdır. (103). Dünya ölçeğinde anne ölümlerinin azaltılmasında ilerleme kaydedilmiştir ancak bu hem küresel, hem de ulusal düzeylerde yetersizdir. Anne sağlığı sürdürülebilir kalkınmanın ve gelecek nesillerin anahtarıdır (104).

### B.13- Önlenebilir anne ölümlerinde doğum öncesi bakım hizmetleri önemlidir.

Dünyada yalnızca 10 ülke Binyıl Kalkınma Hedefleri'nden Hedef 5'e ulaştı ki Türkiye bunların içerisinde, ancak 195 ülkeden 122'si SKH Hedef 3.1'e çoktan ulaşmış olmasına rağmen bölgesel eşitsizlikler devam etmektedir. Tarihsel modeller, SKH 3.1'in başarılmasının, bir doğum öncesi bakım ziyaretinin %91'ini, dört doğum öncesi bakım ziyaretinin %78'ini, %81'inin bir sağlık kuruluşunda ve doğuma sağlık çalışanı ile yapılmasının %87'sini gerektireceğini göstermektedir. Doğrudan obstetrik nedenler, 2015 yılında tüm dünyada anne ölümlerinin yaklaşık %86'sını oluşturuyordu ve buna kanama, hipertansiyon bozuklukları ve diğer nedenler gösterilmiştir (105). 2012-2015 arasında ülke genelinde hipertansiyon nedeniyle ölen 812 anne araştırıldığında, hipertansiyona bağlı anne ölümleri %15,5 olarak bulunmuştur.

Tüm nedenler arasında üçüncü en sık görülen neden ve doğrudan anne ölümlerinin ikinci nedeni hipertansiyondur. Ölümlerin %23'ü doğum sonrası ilk 48 saat içinde ve %51,6'sı 8-42 gün arasında meydana geldi. İntrakraniyal (kafa içine) kanama %41,3 oranı ile en önemli ölüm nedeni olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, hipertansiyona bağlı ölümlerin %36,5'i önlenebilir olarak sınıflandırılmış ve en önemli önlenebilir faktörün, hasta tarafından bakım aramada gecikme olduğu görülmüştür (%23) (106).

Preeklampsi tipik olarak gebe kadınların %2 - 5'ini etkileyen çoklu sistemi tutar. Küresel olarak, her yıl 76.000 kadın ve 500.000 bebek bu hastalıktan ölmektedir. Gebeliğin ilk üç ayında hipertansiyon vb preeklampsiye yol açacak faktörleri etkili bir şekilde saptamak önemlidir; böylece sıklığı önlemek veya en azından azaltmak için gerekli önlemler yeterince erken başlatılabilir. Ayrıca, "risk altındaki" bir grubun belirlenmesi, özel doğum öncesi sürveyansın klinik sendromun başlangıcını tahmin etmesine ve tanınmasına ve derhal yönetmesine izin verecektir (107). Plasenta previa (plasentanın bebeğin önünde rahmin alt bölümüne yerleşmesi) nedeniyle acil durumlarda ameliyat edilen kadınlarda maternal komplikasyon oranları artmaktadır. Tespit edildiğinde, Doğum Öncesi Bakım (DÖB) hizmetleri ile yakından takip önerilmektedir (108).

İstanbul'da yapılan bir çalışmada, gebelerin %94'ünün en az bir defa DÖB hizmeti aldığı gösterilmiştir. DÖB'nin yeterliliği değerlendirildiğinde, gebelerin %46,2'sinin yetersiz bir DÖB hizmeti aldığı tespit edilmiştir. DÖB hizmeti sırasında, ulusal rehberde yapılması istenen fizik muayene uygulamalarının çalışma grubundaki gerçekleşme oranları incelendiğinde; gebelerin sadece %13,1'inin sırasıyla kardiyovasküler sistem muayenesinin ve kalp oskültasyonunun yapıldığı, %88,5'inin kilosu ölçülürken, %82'sinin tansiyonuna bakıldığı değerlendirilmiştir. Çalışmada dikkat çekici bulgulardan birisi de, Aile Hekimlerinin sadece her dört kadından birisine Glukoz Tarama Testi yapılması önermesidir. Diyabetik anne bebeklerinde konjenital malformasyon sıklığı %1-4 arasında bildirilmektedir. Bu açıdan bakıldığında, OGTT ile tarama yapılması diyabetik annelerin tanınarak diyabetlerinin kontrol altında tutulmasını sağlamakta ve perinatal ölüm oranlarını azaltmaktadır (109).

DÖB hizmetlerini alma düzeyi Şanlıurfa'da Türkiye ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nden düşüktür. Şanlıurfa'da bir devlet hastanesinde doğum yapmış kadınların DÖB hizmetlerini alma durumu, bu hizmetlerin niteliği ve etkileyen faktörler değerlendirildiğinde kadınların %93,6'sının DÖB hizmeti aldığı görülmüştür. Kadının yaşı, evlilik süresi, gebelik sayısı, düşük sayısı, çocuk sayısı, iki yıldan kısa aralarla doğum yapma durumu ve sayısı arttıkça DÖB hizmetini alma düzeyinin düştüğü, kadının ve eşinin eğitim düzeyi arttıkça DÖB hizmeti alma düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Ayrıca mevsimlik tarım işçilerinde DÖB alma düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir. Kadınların %80,6'sı nitelikli, %4,1'i çok düşük nitelikli, %15,3'ü düşük nitelikli DÖB almıştır (110).

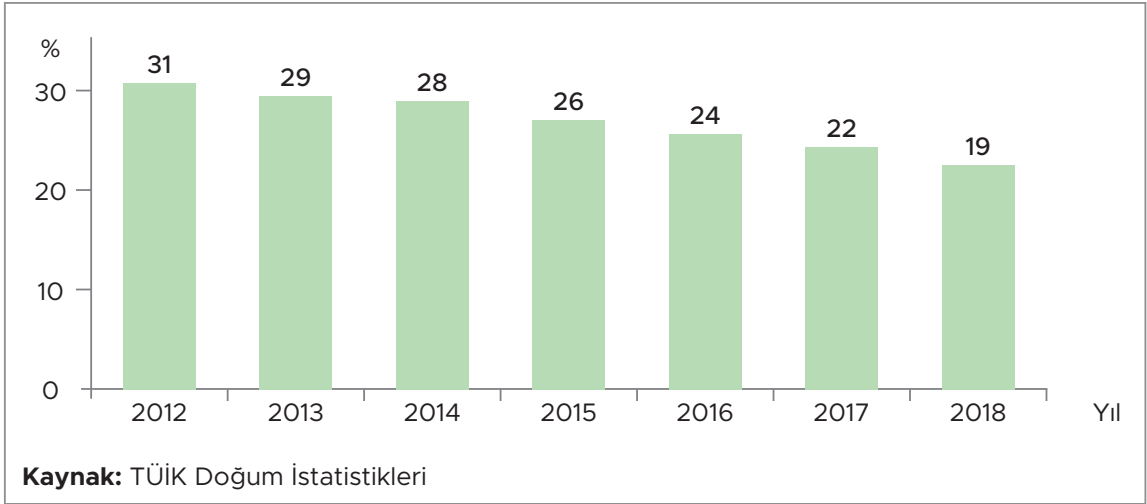
Hekim olmayan sağlık çalışanlarına DB hizmetlerinde daha fazla yer verilmesinin gereği yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir. Gebe okullarında yapılan alışma DB’de ebelerin aktif rol almasının gebelikte karşılaşılan sorunların erken dönemde belirlenmesini sağladığını göstermektedir. Böylece erken tedavi ve bireye özgü sağlığı koruyucu ve geliştirici önlemlerin alınması sağlanabilir. Ayrıca bu hizmetin, verilen bakımın etkinliği ve verimliliği yönünden de yararlı olması beklenmektedir (111). Doğum ncesi hemşireleri, sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirmek ve hamile kadınlar ve eşleri tarafından bilinçli kararlar alınmasını sağlamak üzere hamile kadınları doğum öncesi tarama testleri hakkında bilgilendirmek için ideal bir konumdadır (112).

Düzenli DB’nin ergenlerde erken doğum eylemini azaltabileceği düşünülmektedir. Ergenlerin %39’u hiç antenatal(Doğum ncesi) bakım almazken, %33’ düzensiz bakım almıştır. Doğum ncesi takip eksikliği, gebelikte idrar yolu enfeksiyonu ve ölü doğum öyküsü erken doğum için risk faktörleri olarak bulunmuştur (113). Samsun’da yapılan çalışmaya göre de gebelerin yaşı arttıkka gebe takibi ve bilgi düzeyleri artmakta, DB almaları artmaktadır (114).

B.14- Ergen gebelikler yüksek risklidir ve bu yaş grubunda gebeliğe bağlı komplikasyonlar atmaktadır.

Ergen gebelikler halen Türkiye için bir sorundur. TÜİK verilerine göre ergen gebelik hızı binde 17’dir (115). TNSA 2018’e göre ergen gebelik hızı binde 30’dur. SB ise binde 19 kullanmaktadır (şekil 10). Ankara’da 582 ergen gebede yapılan çalışmaya göre ergen gebeliklerin %71,8’i planlanmamış gebeliklerdir. Ergen gebeliklerde normal annelere göre erken doğumun riskleri 2,46 kat, preeklampsi riski 2,14 kat daha yüksektir. Sosyodemografik zellikleri gözden geçirdiğimizde, gebe ergenlerin daha az sosyal sağlık güvencesine sahip olduklarını, evlilik dışı ocuk sahibi olma oranlarının daha yüksek olduğunu ve doğum öncesi bakım alma oranlarının önemli ölçüde düşük olduğunu ve yetişkinlere göre çok daha ileri gebelik yaşlarında doğum öncesi bakım için hastanelere başvurduklarını görüyoruz (116).

şekil 10’da 2012-2018 yılları arasında ergenlerin gebelik hızları bar grafik ile verilmiştir. 2012 yılında binde 31,2013 yılında binde 29,2014 yılında binde 28, 2015 yılında binde 26, 2016 yılında binde 24, 2017 yılında binde 22 ve 2018 yılında binde 19’dur (TÜİK Doğum İstatistikleri).



**Şekil 10.** Yıllara göre Ergen Gebelik Hızı

Türkiyedeki ergen gebeliklerde 2016 yılında görülen %3,55'lik artış çarpıcıdır (117). Ergen gebelikler gençleri, aileyi, toplumu etkileyen, sağlık, eğitim, ekonomik, sosyal ve yasal boyutları olan önemli bir sorun olarak karşımızdadır. Ergen gebeliklerin yasal boyutunu inceleyen çalışmada, savcılık bildirimi yapılan 18 yaşını tamamlamamış ve resmi nikahı olmayan çocukların %5,3'ünün 14 yaş, %8,6'sının 15 yaş, %43,7'sinin 16 yaş, %42,4'ünün 17 yaşında olduğu bulunmuştur. Ankara'da yapılan çalışmada ergen hamilelik binde 17 olarak bulunmuştur (118).

Çocuk yaşta, erken ve zorla evlilikler konusunda yapılmış çalışmalara toplu olarak bakıldığında bunun küresel bir sorun olduğu, daha çok kız çocuklarını etkilediği, sosyal ve ekonomik alanda faaliyet gösteren kurumlara köklü şekilde yerleşmiş olduğu görülüyor. Bu olgunun sosyal, kültürel, toplumsal normlar ve gelenekler yoluyla, farklı nedenlerle devam ettiği; aile, toplumsal cinsiyet eşitsizliği, yoksulluk ve ekonomik açıdan hayatta kalma stratejileri, gelenekler ile kültür ve güvensiz ortamlarda yaşama gibi olguların iç içe geçerek erken evlilikleri teşvik ettiği ve pekiştirdiği gözleniyor. Ebeveynlerin ve çocukların eğitim düzeyi düştükçe erken yaşta evliliklerin oranının da arttığı izleniyor. Bu evlilikler eğitim süresini kısaltmakta; yoksulluğu, şiddeti, güçsüzlüğü, riskli gebelikleri, olumsuz sağlık sonuçlarını artırmaktadır (119). Ergen yaşta evlilik nedeniyle kadınların çok fazla üreme sağlığı sorunları yaşadıkları; %11,29'unda yüksek tansiyon %5,0'ında gebelikte diyabet ve %9,2'sinde enfeksiyon olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, kadınların %62'sinin eşi tarafından şiddet görmekte, %77,1'inin ilkokul mezunu ve %80'inin ev hanımı olduğu, %22,9'unun sağlık güvencesinin bulunmadığı belirlenmiştir.

Çalışmada istenmeyen ve planlanmayan gebeliklerden korunmak için kadınların %47,3'ünün geri çekme ve / veya takvim yöntemi, %27,1'inin kondom kullandığı saptanmıştır (111). Araştırmalar ergen annelerin eğitim, gelir düzeylerinin düşük olduğunu, geniş ailede yaşadıklarını ve gebelik önleyici yöntem kullanım oranlarının düşük olduğunu göstermektedir. Ergen annelerin %27,1'i sezaryenle doğum yapmış olup, sezaryen doğum nedenlerinin %28,6'sı tekrarlayan sezaryen, %21,4'ü fetal distres (bebekte sıkıntı), %16,1'i baş pelvis uyuşmazlığı, %16,1'i uzamış doğum eylemidir. Ergen annelerin %13'ü doğum komplikasyonu (mekonyum aspirasyonu, hipoksi) ile karşılaşmışlardır. Ergen annelerden 14-17 yaş grubunun %35,3'ü, 18 yaş grubunun %28,9'u ve 19 yaş grubunun %64,7'sinin yöntem kullanmadıkları belirtilmiştir (120). Gebe olan kadınlar obstetrik komplikasyonlar gelişme açısından incelendiğinde; ergen gebelerin %22'sinde preeklampsi, %12'sinde oligohidroamniyoz (bebeğin suyunun azalması), %10'unda intrauterin (rahim içi) gelişme geriliği, %8'inde plasenta anomalisi geliştiğinden anne ve bebek açısından yüksek riskli gebelikler olduğu belirlenmiştir. Hiperemesis (mide bulantısı, kusma, ciddi elektrolit dengesizliği), anemi, sefalopelvik (bebeğin başı ile annenin pelvis ölçülerinde) uygunsuzluk önemli tıbbi ve obstetrik sorunlarda karşımıza çıkmaktadır (121-124). Ergen gebeliklerde yüksek oranda düşük tehdidi ve preeklampsi riski vardır. 15 yaşın altındaki ergenler erken doğum için daha yüksek risk altındadır (125). Ergen gebelerde maternal (anneye) kan transfüzyonu, yoğun bakım ihtiyacı ve preterm eylem sıklığı (erken doğum) daha yüksek olduğundan, ergen gebelerin durumu yüksek riskli gebelik olarak değerlendirilmelidir. Gebelikte anemi, erken doğum insidansı yetişkinlere göre geç ergenlerde daha yüksektir. Dolayısıyla ergen gebeliklerin antenatal ve peripartum takiplerinin yüksek riskli gebelikler kategorisinde olması istenmeyen sonuçlarını azaltabilir (113,126,127). Ergen gebeliklerde antenatal bakım kalitesinin artmış olması tıbbi komplikasyonları azaltabilmektedir.

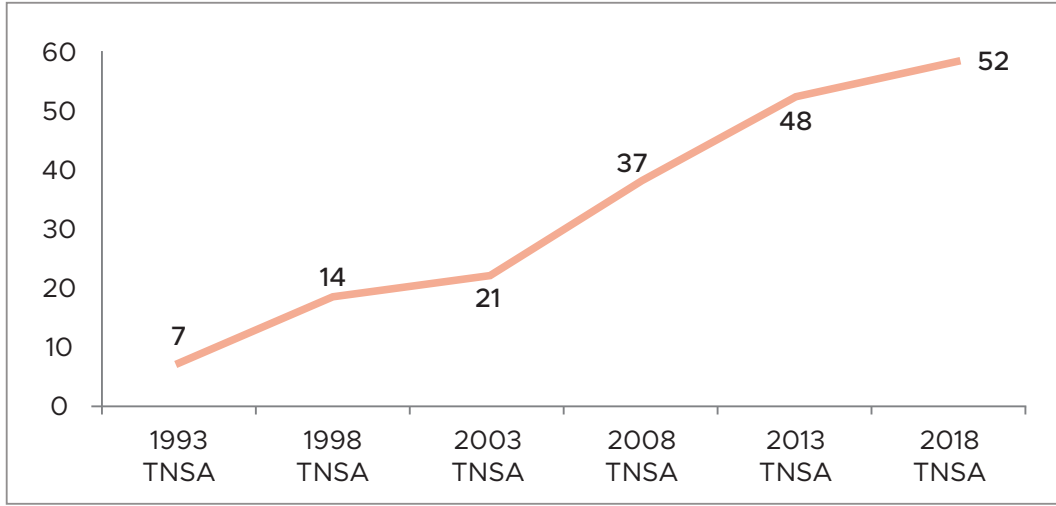
B.15- Ergen gebeliklerde vücut yapısı uygun gelişmediğinden doğum komplikasyonları ve sezaryen oranları artmaktadır.

Ergen gebeliklerde anemi ve sezaryen doğum oranlarının yanı sıra, erken doğum risklerinin arttığı görülmektedir. Gebeliklerin %19,5'inde (%5,8'de preeklampsi) gebelik komplikasyonları ve %44,8'inde sezaryen doğum gerçekleşmiştir. Her üç gebeden birisi (%27) erken doğum yapmaktadır (128).

Sezaryen sayılarındaki artış anne ve bebeğin ölüm ve hastalık oranlarını (mortalite ve morbidite) artırmaktadır (129). Ergen gebelerde hiperemesis, anemi, sefalopelvik uygunsuzluk önemli tıbbi ve obstetrik sorunlardır.

Türkiye genelinde yapılan araştırmada 1.266.300 sezaryen incelendiğinde Türkiye ortalamasında genel sezaryen oranı %51,2, devlet hastanesinde %39,7, özel hastanede %70,6 ve üniversite hastanesinde %70,3 olarak bulunmuştur. Özel hastanelerde yapılan doğumların %44,6'sında tıbbi gerekçe bulunamamıştır (130).

Şekil 11'de 1993-2018 Türkiye'de sezaryen yüzdeleri çizgisel grafik ile verilmiştir. Hızlı bir artış görülmekte 1993'te %7 iken 2018 TNSA'da %52'dir.



**Şekil 11.** Türkiye'de Sezaryen Yüzdeleri (TNSA 1993-2018)

B.16- Ergen gebeliğe bağlı olarak yenidoğanda görülen komplikasyonlar artmaktadır.

Ergen gebeliklerdeki anneye gelen sağlık yükünün yanı sıra bebeklerde de ölüm ve hastalıklar artmaktadır. Yenidoğanların %13,3'ü doğum sonrası dönemde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine (YYBÜ) yatırılırken (%28,1'de prematürite), %25,3'ü taburcu olduktan sonraki 1 ayda YYBÜ'ye yeniden başvurduğu (%55,7'sinde hiperbilirubinemi) saptanmıştır. Ergen gebelikler, doğumda (%28,7), erken doğum (%26,9) ve hastaneden taburcu olduktan sonra YYBÜ'ye yeniden yatışta (%25,3) oldukça yüksek fetal sıkıntı oranları ile ilişkilendirilmiştir (128,131). Ergen gebelikler maternal ve fetal komplikasyonları artırmaktadır. Ergen gebeliklerin önlenmesi için çalışmalar yapılmalı, gebelik sonuçlarının düzeltilmesi için sosyal destek, eğitim ve düzenli takip yapılmalıdır (124). Bebeklerde yenidoğan döneminde solunum sıkıntısı ve sarılık, bebeklik döneminde solunum yolu enfeksiyonları ve anemi sıklığı artmaktadır (120,131). Ayrıca bebeklerde düşük doğum ağırlığı ve buna bağlı komplikasyonlar da gelişmektedir. Doğumda APGAR skorları düşük, bebeğin baş çevresinin daha küçük olduğu saptanmaktadır (122,123,127).

B.17- Hizmetlere erişimin önündeki engeller Doğum Öncesi Bakım hizmet kullanımını azaltmaktadır.

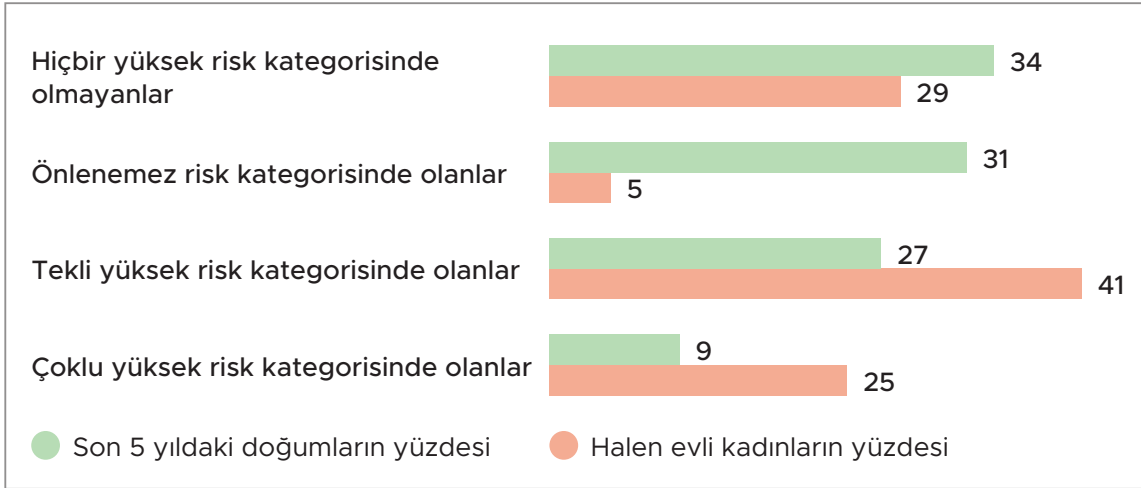
Ulusal temsili olan 5 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'na göre (1993, 1998, 2003, 2008 ve 2013) sağlığa eşit erişimde anne sağlığı hizmetlerinin yıllar itibarıyla durumu değerlendirildiğinde, DÖB hizmetlerinden yararlanma oranı 1993 yılında %67,0 iken 2013 yılında %96,2'ye yükselmiş, sağlık kuruluşlarında doğum yapan kadınların oranı 2013 yılında %63,8'den %98,1'e yükselmiştir. En düşük refah düzeyine sahip kadınların, refah düzeyi en yüksek olan kadınlara göre DÖB hizmetlerini kullanma ve sağlık tesislerinde doğum yapma olasılığı daha azdır. İncelenen 20 yıllık TNSA verilerinin tamamında refah düzeyinin artırılması DÖB hizmetlerinin daha fazla kullanılmasının önemli bir belirleyicisi olarak bulunmuştur. Kentsel alanlarda ikamet etmek DÖB hizmetlerinden yararlanma düzeyini 1,172 kat, doğum için sağlık kuruluşlarının kullanımını 2,971 kat artırmaktadır. Refah düzeyinin yükseltilmesi de doğum öncesi bakım hizmetlerini ve doğum için sağlık tesislerinin kullanılma olasılığını artıran bir faktör olarak bulunmuştur (133). 2018 TNSA'ya göre kadınların %96'sı DÖB almış, doğumların %99'u uzman sağlık çalışanı yardımıyla ve bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmiştir. Annelerin %79'u ve bebeklerin %68'i doğumdan sonraki 2 gün içinde doğum sonrası bakım almıştır (22).

B.18- Riskli gebeliklerde yakın izlem ile anne ve bebek ölüm ve hastalıkları (mortalite ve morbiditesi) azalır.

Türkiye'de son 5 yılda hiçbir risk kategorisinde olmayan gebelikler % 34'dür yani her 3 gebeden 2'si riskli gebeliktir. Doğumların %31'i ise kaçınılmaz risk kategorisi olan 18-34 yaş arası kadınların ilk doğumudur. Önlenemez risk kategorisinde olan %30,5 içerisinde anne yaşının 18'in altında olması %1,4, anne yaşının 35 ve üzerinde olması %8,1, doğum aralığının 24 aydan kısa olması %10,1, doğum sayısının 3 ve üzeri olması %7,1. Çoklu risk kategorileri arasında 35 yaşın üzerinde 4 ve daha fazla doğum yapanlar (%4) ve kısa doğum aralığında 4 ve daha fazla doğum yapanlar (%3) öncelikli gruplardır. Şekil 12'de Yüksek riskli doğurganlık davranışları yer almaktadır (22).

Şekil 12'de son beş yılda doğumların yüzdeleri ile halen evli kadınların yüzdeleri bar grafik ile değerlendirilmiştir. Hiçbir yüksek risk kategorisinde olmayanlar %24, önlenemez risk kategorisinde olanlar %31, tekli yüksek riskli olanlar %27 ve çoklu yüksek riskli olanlar %9'dur.





**Şekil 12.** Yüksek riskli doğurganlık davranışları

Riskli gebelerin yaş ortalaması sağlıklı gebelerin yaş ortalamasından daha yüksek ve riskli gebelerin eğitim düzeyi sağlıklı gebelere göre daha düşük bulunmuştur. Riskli gebelerin %18,5'inin, sağlıklı gebelerin ise %7'sinin sigara kullandığı belirlenmiştir. Gebelik sayısı riskli gebeliklerde yaklaşık 4 kat daha fazladır. Riskli gebelerin gebelik, doğum, yaşayan çocuk sayısı ve düşük sayılarının ortalamasının sağlıklı gebelere oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Riskli ve sağlıklı gebelerin gebeliklerini planlama durumları karşılaştırıldığında; riskli gebelerin %50,2'si ve sağlıklı gebelerin ise %36'sı gebeliklerinin planlı olmadığını belirtmişlerdir. Gebelikte sorun yaşayan riskli gebelerde, gebelik izleminde saptanan sorunların başında %41,3 oranında polihidroamnios /oligohidroamnios (amniyon sıvısının fazlalığı/azlığı) olduğu saptanmıştır (134). Risk faktörü mevcut olan gebelerin, risk olmayanlara göre 38 haftadan erken doğum yapma riskinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Risk faktörü barındıran gebeliklerde normal gebeliklere göre komplikasyon gerçekleşme ihtimali de daha fazladır (135). Gebelik planlayan kadınların riskleri önceden iyi değerlendirildiğinde, gebelikler risk katsayısı azalacak ve anne ve bebeğin sağlık göstergeleri iyileşecektir. Bu risk faktörleri tespit edilip, önlemlerin alınması gerekmektedir (136,137).

B.19- Sağlığın sosyoekonomik belirleyicileri de anne ve bebek sağlığını etkilemektedir.

Anne ölümlerini sağlığın sosyoekonomik belirleyicileri de anne ve bebek sağlığını dolaylı ve doğrudan etkilemektedir. Bunlar; annenin eğitim durumu (herhangi bir komplikasyon halinde eğitilmiş annelerin nereden nasıl yardım alacaklarını bilmemelerinden dolayı), eşin eğitim durumu (annenin eğitim durumundan daha fazla belirleyici), kültürel, dini ve bölgesel farklılıklar (göçmen topluluklarda daha yüksek oranlarda), sosyal ve ekonomik durum, kadının toplumsal statüsüdür (eğitim, finansal karar verebilme, aile içindeki durumları). Türk Cumhuriyetleri'nde yapılan bir çalışma anne ve bebek sağlığına ilişkin sağlık göstergelerini (bebek ölüm hızı, neonatal ölüm hızı, 5 yaş altı ölüm hızı, anne ölüm hızı) etkileyen ekonomik göstergeler (kişi başına düşen gayrisafi yurtiçi hasıla, kişi başına düşen sağlık harcaması, işsizlik yüzdesi) ve doğurganlık davranışlarını (kaba doğum hızı, toplam doğurganlık hızı) inceler. Araştırmaya göre bebek, çocuk ve anne ölüm hızları, kişi başına düşen Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) ve kişi başına düşen sağlık harcaması arttıkça azalmakta, işsizlik yüzdesi arttıkça artmaktadır. Bebek, çocuk ölüm hızı ve anne ölüm oranları, kaba doğum hızı ve toplam doğurganlık hızı arttıkça artmaktadır (138).

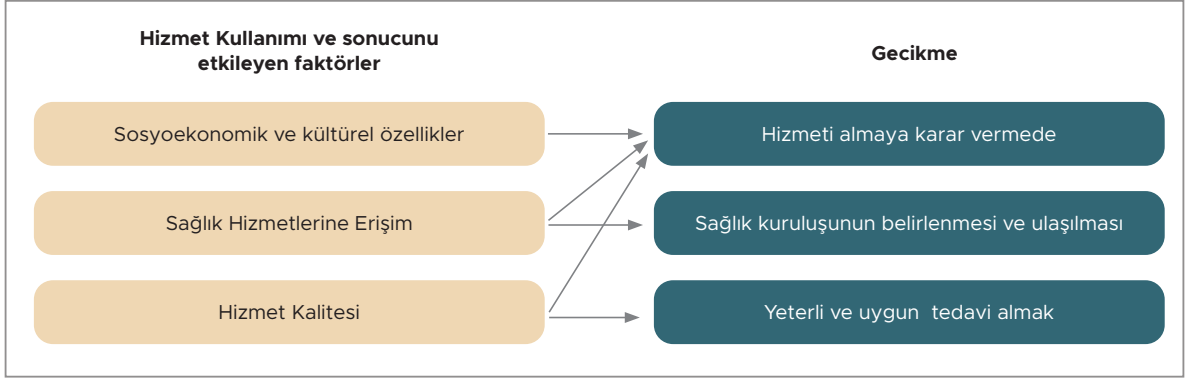
Kadının gebelikte yaşadığı şiddet sadece annenin değil, fetüsün de sağlığını olumsuz olarak etkilemektedir. Türkiye genelinde, en az bir kez gebe kalmış kadınların %8'i, gebeliği sırasında eşinin veya birlikte olduğu erkeklerin fiziksel şiddetine maruz kaldığını belirtmektedir. Türkiye'de yapılan farklı çalışmalarda gebelikte fiziksel şiddet sıklığı %4,8 ile %36,4, duygusal şiddet sıklığı %26,7 ile %63,1, cinsel şiddet sıklığı %4,4 ile %36,4 arasında değişmektedir. Türkiye genelinde 10 kadından dördü gebelik sırasında da maruz kaldığı şiddetin değişmediğini, 10 kadından biri ise şiddetin arttığını belirtmiştir. Ülkemizde gebelikte fiziksel şiddete uğrama oranı ulusal rapora göre %8,3'tür. Gebelik döneminde şiddete maruz bırakılan kadınlarda preeklampsi ve gestasyonel diyabet gibi rutin maternal rahatsızlıklar daha yaygın görülmekte, şiddet anne ve/veya çocuğun ölümü ile sonuçlanabilmektedir. Gebelikte fiziksel şiddet bebekte düşük doğum ağırlığı, fetal yaralanma, kemik kırıkları, yumuşak doku hasarları, akciğer ya da dalak rüptürü, fetal distres, fetal asfiksi gibi yaşama şansını azaltabilecek sorunlara, anne sütü alamama ve perinatal ölüme yol açmaktadır. Doğum öncesi bakım ve izlem, gebelikte eş şiddetinin taranması, belirlenmesi ve uygun girişimlerin planlanması açısından oldukça önemlidir (139). Ergenler ev içi şiddete daha sık maruz bırakılırlar ve tıbbi olarak açıklanamayan psikosomatik ağrı bildirimleri daha fazladır. Diyarbakır'da yapılan çalışmaya göre, ergen anneler akrabalarıyla daha sık evlenmişlerdir. Başlık parası gibi kültüre bağlı geleneksel uygulamaların yaygınlığı daha yüksektir. Ergenlerin %50,1'i görücü usulüyle evlenmeye ikna edilmiş, %13,8 görücü usulü evliliğe zorlanmış, sadece %22,2'si gönüllü olarak evlenmiştir.

Evlenmek ve çocuk sahibi olmak konusunda onayları olmayan ergenlerin %22,6'sı evlilik öncesi, %15,8'i ise evlilik sonrası fiziksel veya sözlü ev içi şiddete maruz bırakılmıştır (140). Türkiye'de COVID-19 Etkilerinin Toplumsal Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi Araştırması göstermiştir ki hem kadınlar hem de erkekler krizden ciddi boyutta ve olumsuz yönde etkilenmiştir.

Bununla birlikte kadınlar ve erkekler bu krizden aynı şekilde ya da eşit derecede etkilenmemişlerdir ve bu durum, önceden var olan toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin daha da derinleşmesine yol açmıştır (141). Birleşmiş Milletler Kadın Birimi (UN Women) Türkiye Direktörü Asya Varbanova, araştırmalara göre pandemi dönemindeki ekonomik zorluklar ve okulların kapanmasının kız çocuklarının erken evlilik yapma ihtimalini artırdığını açıklamıştır (142).

Dünya Sağlık Örgütü, anne ölümlerinin Şekil 13’de yer alan model ile önlenebileceğini savunmaktadır. Bu modeli Acil Obstetrik Bakım için kullansalar da bu model tüm sağlık hizmetlerine uygulanabilir (143).

Şekil 13’te hizmet kullanımı ve sonucunu etkileyen faktörlerin(sosyoekonomik ve kültürel özellikler,sağlık hizmetlerine erişim, hizmet kalitesi) hizmeti almaya karar vermede, sağlık kuruluşunun belirlenmesinde ve yeterli ve uygun tedavi olmayı nasıl etkilediği görsel olarak açıklanmıştır.



**Şekil 13.** Sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen faktörler

Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü’nün Anne Ölümleri İzleme Programı kapsamında yaptığı araştırmada, Türkiye’de önlenebilir anne ölümlerinin birincil gecikme nedenleri aşağıda belirtilmektedir:

- Sağlık çalışanının önerilerine uyulmaması,
- Belirli rahatsızlıklar olmasına rağmen sağlık kuruluşlarına başvurulmaması ya da geç başvurulması nedeniyle doğum öncesi bakım hizmeti alınamaması,
- Gebe kalmak risk teşkil etmesine rağmen gebe kalınması ve terminasyonun kabul edilmemesi,
- Kendi isteğiyle erken taburcu olma ve evde doğum (144).

# İyi Uygulama Örnekleri

## Güvenli Annelik Programı

Türkiye’de 1994 yılında başlatılan “Güvenli Annelik Programı” temel anne sağlığı hizmetlerinden, temel sağlık hizmetlerinden yararlanmayı, cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda bilinçlenmeyi ve toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamayı amaçlamaktadır. Güvenli annelik anneye gebelik öncesi, anne ve bebeğe doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım ve tedavi hizmetlerinin verilmesi, istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin önlenmesi, doğum öncesi ve doğum sonrası komplikasyonların tanımlanması, önlenmesi ve yönetimini kapsayan, anne ve bebek ölümlerinin ve komplikasyonlarının azaltılmasına yönelik bütüncül bir yaklaşımdır (145). Bu amaçla, sağlık hizmet modelini bu yaklaşımı uygulamaya uygun hale getirmek, toplumu ve aileleri bu konu hakkında bilinçlendirmek, kadınların gebelik öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde kendilerinin ve bebeklerinin bakımı için sağlık hizmet almalarını teşvik etmek ve güvenli annelik sağlık hizmetlerinin kapsamı ve niteliğini geliştirmek için Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, İl Sağlık Müdürlükleri işbirliği ile 2004–2016 yıllarında eğitim/ danışmanlık programlarını başarıyla uygulamıştır. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlama Vakfı 5000’den fazla hane ziyareti ile 1510 anne ve bebeğe ulaşmıştır. Etki değerlendirme araştırmasının bazı önemli bulguları şunlardır: Özellikle kundaklama gibi geleneksel yöntemlerden vazgeçilmesi ve ikna edilmesinin daha zor ve güç olduğu anlaşılmış, faydalanıcı kadınların, komşuları, akrabaları ve arkadaşlarıyla Güvenli Annelik Programı’ndan edindikleri kazanımları paylaştıkları görülmüştür (143).

## Anne Dostu Hastaneler

Anne Sağlığı Hizmetlerini İyileştirme Koalisyonu anne, bebek, aile sağlığı ve bakımı ile ilgili ulusal bir organizasyondur. Annelik Hizmetlerini İyileştirme Koalisyonu’nun misyonu, doğum sonuçlarını iyileştirecek ve önemli ölçüde maliyetleri azaltacak bir anne sağlık bakım modeli geliştirmektir. Bu amaçla, normal doğum süreci, güçlenme, özerklik, zarar vermeme, sorumluluk gibi prensiplere göre anne dostu doğum hizmetlerini organize etmekte ve çözümler bulmaktadır. Anne ölümlerinin azaltılmasında en önemli faktörler, iyi kalitede bir doğum hizmetinin verilmesi, yüksek riskli gebeliklerin izlenmesi, acil durumların doğru olarak yönetilmesi, aile planlama hizmetlerinin sunulması ve yüksek risk taşıyan gebeliklerin saptanarak izlenmesini içeren etkin bir sağlık hizmeti sunumudur. Hastanelerin Anne Dostu Hastane Kriterleri’ne uygun olarak bakım vermesi ile gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebek sağlığıyla ilgili oluşabilecek riskler ve anne ölümleri azaltılabilir. Sağlık Bakanlığının da desteklediği bu projenin kriterlerini yerine getirebilecek hastanelerde "Anne Dostu Hastane" ünvanını alma yolunda ön çalışmalar yapılabilir (146).

## Sonuç

Türkiye’de AÖO yıllar içinde düşmesine rağmen bölgelerarası eşitsizlik, kırsal, kent farkı vardır. Türkiye’de anne ölümlerinin üçte ikisi önlenemez nedenlere bağlıdır. Önlenemez nedenler arasında da büyük bir payı “riskli gebelikler” oluşturmaktadır.

2018 TNSA sonuçlarına göre gebe kadınların neredeyse tamamı doğum öncesi bakım hizmeti almakta (%96) ve hastanede doğum (%99) yapmaktadır. Fakat bölgelerarası ve kırsal kent farkı burada daha çarpıcıdır.

Yapılan çalışmalarda daha çok DÖB hizmetlerinin niceliksel değeri üzerinde durulmasına rağmen, nitelikli DÖB ve DSB hizmetleri sunulması esas olmalıdır.

Bugün halen çocuk hakları ihlali ile çocuk istismarının en kötü biçimi olan çocuk yaşta erken ve zorla evlilikler ve çocuk yaşta anneler Türkiye’nin en önemli sorunudur. Bunun sonucunda gelişen gebelikler her yönüyle incelendiğinde “riskli gebelikler” sınıflamasında yer alır.

Türkiye’de artan üreme sağlığı sorunlarından birisi, yıllar ile artan sezaryen oranlarıdır.

Ergen gebelik, henüz ergenlik sürecinde olan, fizyolojik ve anatomik gelişimini tamamlamamış çocukların sağlık durumunu yaşam boyu olumsuz etkiliyor. Bu durum, bebeğin sağlıklı gelişimini de olumsuz etkileyerek hem gebe hem de bebek için hayati risklere neden oluyor. Anne ve bebek ölümleri ergen evliliklerde 5 kat daha risklidir. Türkiye’de son 5 yılda hiçbir risk kategorisinde olmayan gebelikler % 34’tür, yani her 3 gebeden 2’si riskli gebeliktir.

Sağlığın sosyoekonomik belirleyicileri anne ölümlerinin artmasına neden olduğu gibi anne ve bebekte olumsuz etkilere sahiptir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile anne ölümleri arasında ters orantı olduğu gibi anne ve bebek sağlık ölçütleri de ters etkilenmektedir.

# Özet Bulgular

B.12- Anne ölümlerinin pek çoğu önlenabilir özelliktedir.

B.13- Önlenabilir anne ölümlerinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri önemlidir.

B.14- Ergen gebelikler yüksek risklidir ve bu yaş grubunda gebeliğe bağlı komplikasyonlar artmaktadır.

B.15- Ergen gebeliklerde vücut yapısı uygun gelişmediğinden doğum komplikasyonları ve sezaryen oranları artmaktadır.

B.16-Ergen gebeliğe bağlı olarak yenidoğanda görülen komplikasyonlar artmaktadır.

B.17-Hizmetlere erişimin önündeki engeller Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Bakım hizmet kullanımını azaltmaktadır.

B.18- Riskli gebeliklerde yakın izlem ile anne ve bebek ölüm ve hastalıkları (mortalite ve morbidite) azalır.

B.19-Sağlığın sosyoekonomik belirleyicileri de anne ve bebek sağlığını etkilemektedir.

## Öneriler

Türkiye’de son 5 yıldaki riskli gebelikler ve anne ölümleri ile ilgili literatürün sistematik incelemesinden elde edilen bulgular ve sonuçlara göre uygulamalara yönelik öneriler şunlardır:

- Anne ölümlerinin saptanmasında ortaya çıkan sorunlardan birisi de kodlama sistemine “kalp durması” şeklinde sorunun özüne inmeyen son nedenlerin ölüm nedenleri olarak halen girilmesidir. Kalp durması her ölüm halinde yaşanan fizyolojik bir olay olmasına rağmen, hekimler halen bunu kullanmaktadır. Hizmet öncesi ve hizmet içi eğitimler ile anne ölüm nedenlerini saptamada hekimlerin yeterli donanımla hizmet vermesi desteklenmelidir. Anne ölümlerinde topluma yönelik etkili strateji geliştirmede mutlaka temel nedene yönelik bulgular irdelenmeli, anne ölümünün tespitinde ölüm nedenleri temel / ara/ son olarak kategorize edilmelidir.
- Anne ölüm nedenlerinde gerekli hallerde otopsi yapılmaktadır ve yapılan çalışmalarda otopsinin değeri ortaya konulmasına rağmen, yaklaşık 4 ölümden birinde ölüm sebebi saptanamamaktadır. Otopsi ile birlikte kadının tıbbi öykü ve izlemi doğru karara götürmektedir. Bu nedenle yakın takip ile her anne ölümünün temel/ara/son nedenlerinin dosya bilgilerinden tespit edilmesi, gerektiğinde de ölenin yakınlarından ve sağlık çalışanlarından sözel olarak bilgi alınması (verbal/sözel otopsi uygulanması) önerilir.
- Kanama, ilerlemeyen eylem, güvensiz düşük, eklampsi ve enfeksiyon gibi sık görülen obstetrik anne ölüm nedenlerinin yönetiminde Acil Obstetrik Bakım (AOB) hizmetlerine zamanında ulaşımın sağlanması önemlidir. Ailelerin kadınları anne ölümüne götüren tehditleri ve tehlikeleri öğrenmeleri ve gerekli sağlık hizmeti talebi ve hizmete erişimin sağlanması için STK’lar ile yakın işbirliği içinde savunuculuk faaliyetleri geliştirilmelidir. Ulaşım konusunda gecikmeleri önleyecek bir sistem kurulabilir, özellikle belediyeler ve diğer sektörler ile yakın işbirliği önerilir.
- Kadın doğum uzmanları, aile hekimleri, acil doktorları, kardiologlar ve ilgili iç hastalıkları disiplinlerine ve yardımcı sağlık çalışanlarına yönelik tazeleme kursları ve hizmet içi eğitimlerin anne ölümleri hakkında farkındalığın artırılması için yapılması gerekmektedir.
- Güvenli doğum hizmetleri ve eğitilmiş sağlık çalışanlarının yardımı ile doğumların yapılmasının sağlanması, AOB hizmetlerine ulaşım anne ve bebekte sağlık risklerinin azaltılması için savunuculuk çalışmaları ile özellikle gebenin ailesi ve etkisi göz önüne alınarak kayınvalidesine iletişim, eğitim ve danışmanlık verilmesi önerilir.
- Hem DÖB hem de doğum sonrası bakım hizmet kalitesinin iyileştirilmesi gerekir. Kamu ve özel sektör sağlık kurumlarının denetlenmesinin ve hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim programlarının entegre bir parçası olarak standart protokoller uygulanmalıdır.

Türkiye için çok değerli olan yardımcı sağlık çalışanı ebe ve hemşirelerin hizmet içi eğitimlerine önem verilerek, Doğum Öncesi Bakım (DÖB) ve Doğum Sonrası Bakım(DSB) hizmetlerinin kalitesi yükseltilmelidir. Başta dezavantajlı gruplar olmak üzere DÖB ve DSB hizmetlerine erişimin önündeki engeller, dil bariyeri gibi ülke içerisindeki hizmetlerde karşılaşılan engeller saptanarak ortadan kaldırılmalıdır.

- Ülke çapında sağlıkta eşitsizlikler ile birlikte DÖB hizmet kalite ve niceliğinin özellikle Doğu, Kuzey Doğu ve İç Anadolu bölgelerine yönelik savunuculuk faaliyetleri planlanmalıdır. Çok sektörlü analizler yapılarak hizmete erişim artırılabilir, bazı özel bölgelerde kırsal kesime özel mobil uygulamalar başlatılabilir. Burada dezavantajlı gruplar, engelli bireyler, göçmenler, Romanlar unutulmamalı ve onların diline özel yayın, broşür ve rehberler geliştirilmelidir.
- Ergen yaşta gebeliklerin azaltılması için öncelikle çocuk yaşta erken ve zorla evlilikler önlenmelidir. Önlenemediği durumlarda ergenlere CSÜS ve hakları danışmanlığı sunularak aile planlanması karşılanmamış ihtiyaçları karşılanmalıdır.
- Yoksulluğun önlenmesi, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması çocuk yaşta erken ve zorla evliliklerin önlenmesinde çok önemlidir. İşsizliğin azaltılması ve kız çocuklarının okula devamlarına yönelik STK, kamu işbirliğinde savunuculuk faaliyetleri yapılmalıdır.
- Ergen gebelikler yüksek riskli gebelikler olarak kabul edilmelidir. Gebe ergenler, yetişkinlere göre çok daha ileri gebelik haftalarında doğum öncesi bakım için hastanelere başvurmaktadır. Bu nedenle, erken doğum ve erken doğum riskinin artması nedeniyle ikinci trimesterden sonra muayenelerin sıklığı artırılmalıdır. Özellikle ASM'lerde ayrı protokoller uygulanmalıdır; sadece riskli gebeliklere uygulanan protokoller ergenler için yeterli değildir. Hızlı bir takip sistemi gereklidir. Ergen gebeliklerde özellikle sevk zinciri hayat kurtaracaktır. İkinci ve üçüncü basamakta yeni protokoller ile genç dostu hizmet anlayışı ile gebelere yaklaşılmalıdır. Ergen gebelerin DÖB ve DSB hizmetlerine erişimini artırmak için ev içi/mobil takip sistemi kurulmasına yönelik savunuculuk faaliyetleri düzenlenmelidir.
- Ailelere çocuk yaşta evliliklerin sağlık riskleri konusunda BEİ programları uygulanması önerilir. Özellikle aile büyükleri ve kayınvalidelere farkındalık artırıcı faaliyetler planlanmalı, çocuk yaşta evlenen genç kızlar ve ergen gebenin ihtiyaçları karşılanmalıdır. Ergenlerin yenidoğanlarının bakımında özel protokoller uygulanmalıdır. Anne ve aile büyüklerine özellikle anne sütü kullanımına yönelik bilgilendirme, emzirme konusunda beceri kazandırmaya yönelik eğitim çalışmaları yapılmalıdır. Burada yine ebe ve hemşirelere önemli görevler verileceği için mezuniyet öncesi ve hizmet içi eğitimlerin müfredata entegre edilmesine yönelik savunuculuk faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.
- Sezaryen oranlarını azaltmaya yönelik uygulamalarda ergen grubuna öncelik ve önem verilmelidir. Fakat ergenlerin normal bir vücut olgunluğuna ulaşmaması nedeniyle sezaryen olmamasını öneremeyiz çünkü bu grup hem yüksek riskli gebelik hem de uzamış eylem,



zor ve güç doğum riskleri yüzünden normal doğumda daha fazla obstetrik risk altındadır. Bu doğumların hastanede ve uzman kontrolünde olmasına önem verilmelidir.

- Güvenli annelik uygulamalarının genişletilerek uygulanması için sağlık personelinin hizmet içi eğitimleri meslek örgütleri STK'lar tarafından desteklenmelidir. Ayrıca STK'lar bu doğrultuda savunuculuk faaliyetleri gerçekleştirmelidir.
- Anne ölümlerini azaltmaya yönelik konular arasında özellikle dolaylı nedenlerle disiplinlerarası işbirliği, ulusal ve/veya uluslararası rehberlerin daha etkin bir şekilde uygulanması, yüksek riskli gebeliklerin tespiti için sağlık sisteminde etkin erken uyarı sistemi kurulması için savunuculuk faaliyetleri yapılmalıdır. Sağlık sistemi reformundan sonra birincil sorumluluk Aile Hekimlerinde olduğu için, her riskli gebelik olgusu özel ev ziyaretleri ile takip edilmeli, bunun Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanlarının performans sistemine yansıtılması için savunuculuk çalışmaları önerilir. Riskli gebeliklerin önlenmesine yönelik kapsayıcı uygulamalar, birinci basamak ile ikinci ve üçüncü basamak arasında sevk koordinasyonu ve bu sonuçların Aile Hekimine bildirilmesiyle yakın takip önerilir.
- "Risk altındaki" bu grubun belirlenmesi, özel doğum öncesi yakın izlem ile klinik riskleri tahmin etmesine ve anında tedbirler alınarak yönetmesine izin verecektir. Uluslararası protokollerin sistemli olarak sağlık sisteminde yer alması için savunuculuk faaliyetleri önerilir. Örneğin Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (FIGO) Preeklampsi Girişimi (PE): İlk Trimester Tarama ve Önleme için Pragmatik Bir Kılavuz'a göre, gebeliğin ilk üç ayında preeklampsiyi etkili bir şekilde saptamak önemlidir, böylece sıklığı önlemek veya en azından azaltmak için gerekli önlemler yeterince erken başlatılabilir (147).
- Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji'nin önerdiği gibi tüm doğum ünitelerinin şiddetli preeklampsinin yönetimi için rehberlere sahip olmasını ve tedavi protokollerinin, akut başlangıçlı şiddetli hipertansiyonun acil tedavisi için birinci basamak tedavi olarak tercih edilen acil antihipertansif ajanları (nifedipin, hidralazin veya labetalol) içermesini önerilmektedir. Bunların gerçekleştirilebilmesi için savunuculuk faaliyetlerine yer verilmesi önerilir.
- Üreme çağındaki kadınlar için gebelik öncesi danışmanlığın ve doğum öncesi ve doğum sonrası hizmetlerin farkındalığını, erişimini, karşılanabilirliğini ve kabulünü artırmaya yönelik halk sağlığı önlemlerine öncelik verilmelidir.
- Sağlık Bakanlığı anne ölümlerini önlemeye yönelik olarak 2007 yılında Anne Ölümleri Veri Sistemi'ni geliştirmiştir. Fakat bu sistemin verileri ve analizlerinin şeffaf olarak, düzenli aralıklarla ilgili profesyonellere ve kamuoyuna duyurulması gerekmektedir. Anne ölümlerinin önlenmesi için tüm sektörlerin işbirliği esas olmalıdır. Anne ölümleri hakkında kamuoyunda politik farkındalık yaratmak için, verilerin standardizasyonu, kullanılabilirliğinin ve kullanımının iyileştirilmesine yönelik savunuculuk faaliyetlerine ağırlık verilmelidir.

- Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın 25. yılında (ICPD+25, Nairobi) 2030 yılına kadar Birleşmiş Milletler'in tanımladığı SKH'lerine ulaşabilmek için üç dönüştürücü hedeften biri olan "önlenebilir anne ölümlerinin sifıra indirilmesi" için STK'lar başta olmak üzere, basın ve medyanın yardımıyla ülke içerisinde savunuculuk faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.
- Aile planlanmasında karşılanmamış ihtiyaçları karşılayarak, kürtaj sonrasında AP dahil olmak üzere, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi konusunda hak temelli ve kaliteli danışmanlık sağlanarak, önerilen doğum aralıklarının sağlanması ve standartlarına uygun acil ve kapsamlı anne bakımının geliştirilmesi, her şeyden önce en geride kalanların ihtiyaçlarına vurgu yapılarak, ulusal, bölgesel ve yerel bağlamlar ve ortamlarda "Önlenebilir Anne Ölümlerinin sifıra indirilmesi"ni sağlamak için ulusal eylem planları geliştirilmesi amacıyla STK - kamu işbirliğine yönelik savunuculuk faaliyetleri önerilir.
- Anne ölüm oranınının 100 bin canlı doğumda 14'ün altına düşürülmesi için anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi, Cumhurbaşkanlığı 100 günlük İcraat Programı'nda yer almasına, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı'nın (TÜSEB) içerisinde Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü olmasına karşın, 2019-2023 Stratejik Planı'nda anne sağlığı ya da anne ölümlerine yönelik hiçbir amaç ve hedef bulunmamaktadır. Mevcut durum değerlendirildiğinde, yapılması gerekenlerin hala çok fazla olduğu, programların duyarlı ve bilinçli olarak ele alınması ve uygulamalarda süreklilik sağlanmasının gereği de açıktır. Bu doğrultuda savunuculuk faaliyetleri planlanmalıdır.
- Hükümetin anne sağlığı ile ilgili girişimlerindeki üremeyi artırıcı (pronatalist politikalar) katkı ve politikalarına son verilmelidir. Türkiye nüfusu halen Avrupa'ya kıyasla azalmamaktadır. Nüfus politikaları ve sağlığı içeren belgelerde anne sağlığına öncelik verilmeli, kadının diğer cinsel sağlık ve üreme sağlığı sorunları göz ardı edilmemelidir. Kadına verilecek önem, kadının statüsünü artıracak önlemler kadının CSÜS hizmetlerinden faydalanmasını artıracaktır. Fakat devletin bu hizmetleri kaliteli, kapsayıcı, ulaşılabilir, kabul edilebilir çeşitlilikte sunması gerekmektedir. Bunun için savunuculuk faaliyetleri önerilir.
- Bir ülkede kadının statüsü yükselmeden kadına verilen değer, diğer cinsiyetle "eşit" olmaz ise bunu hazırlayan – besleyen zihniyet değişmez ise diğer öneriler – palyatif kalır. Her araştırma bulgusu (TNSA'lar dahil) Türkiye'de kadının eğitimi, sosyoekonomik düzeyi vb. faktörlerle kadın sağlığı arasındaki güçlü ilişkiyi ortaya koymaktadır. Kadının statüsünün yükseltilmesine yönelik kamu - STK işbirliği ile savunuculuk faaliyetleri önerilir.

## 4.2.3. Türkiye’de Kapsamlı Cinsellik Eğitimi

Raporun bu bölümünde, 2015-2020 yılları arasında, kapsamlı cinsel sağlık/cinsellik eğitimi ile ilgili 48.150 taranan kaynaktan alınan 26 literatürün bulguları ve sonuçları değerlendirilmiştir.

Yaşa uygun olarak yapılandırılmış kapsamlı cinsel eğitim, ergenlerin güvenli, üretken, tatmin edici bir yaşama hazırlanmalarını sağlar. Nitelikli ve müfredata dayalı kapsamlı cinsel sağlık/cinsellik eğitiminin faydaları açık ve kesin bir biçimde kanıtlanmış olsa da, pek az çocuk ve genç cinsellikleri ve ilişkileriyle ilgili özgürce ve sorumlulukla, bilinçli kararlar alacakları bir yaşam için güçlendirilmekte ve desteklenmektedir (148).

UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women ve DSÖ ile ortak olarak hazırladığı ve 2018 yılında revize ettiği "Cinsellik Eğitimi Uluslararası Teknik Rehberi"ne göre, cinsellik eğitiminde eşit derecede önemli ve vazgeçilemez olan sekiz anahtar kavram bulunmaktadır:

1. İlişkiler
2. Değerler, haklar, kültür ve cinsellik
3. Cinsel kimliği anlamak
4. Şiddet ve güvenlik
5. Sağlıklı ve iyi yaşam becerileri
6. İnsan bedeni ve gelişimi
7. Cinsellik ve cinsel davranış
8. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı

DSÖ, cinsellik eğitim içeriğinin belli yaş gruplarına göre oluşturulmasını önermiştir.<sup>3</sup> Okullardaki eğitimlerin amacı genel olarak, çocukların yaş ve gelişim düzeylerine uygun, sağlıklı büyüme ve gelişme, hijyen, riskli davranışlar, CSÜS konularında bilgi vermek ve yaşam becerileri kazandırmak, olumlu tutum ve davranış oluşturmalarına yardımcı olmaktır (149).

<sup>3</sup>Uluslararası Çocuk Merkezi 2010 yılında Alman Hükümeti Federal Sağlık Eğitimi Merkezi (BZgA) ve DSÖ Avrupa Ofisi ile birlikte "Avrupa'da Cinsel Eğitim Standartları"nın oluşturulmasında Türkiye'den STK temsilcisi olarak bulunmuştur. Dünyada 13 dile çevrilmiştir. Ne yazık ki Türkçe'ye çevirisi tamamlanmış olmasına rağmen Milli Eğitim Bakanlığı Talim Terbiye Onayı alınamamıştır. UÇM bu yayını benimseyerek kullanmak isteyen okullara rehberlik yapmaktadır.

Türkiye’de cinsel sağlık ile ilgili kapsayıcı bir eğitim müfredatının olmaması; yüksek erken gebelik oranları, HIV gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkların daha kolay yayılması, cinsel istismar karşısında çocukların kendilerini nasıl savunması gerektiğini bilmemesi, çocukların ergenliğe geçiş dönemlerinde vücutlarında meydana gelen değişimleri anlamaması, gençlerin toplumsal cinsiyet rollerine uymadıklarını hissettiklerinde ne yapacaklarını bilmemesi dahil daha birçok soruna yol açmaktadır (150).

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'nun (UNFPA) 2014 yılında yayınlamış olduğu raporunda, cinsel sağlık eğitiminin çocuklara, ergenlere ve gençlere sağladığı yararlar aşağıdaki gibi belirtilmiştir:

- İnsan cinselliği, cinsel sağlık ve üreme sağlığı, büyüme ve gelişim, anatomi ve fizyoloji hakkında doğru bilgi edindirmek,
- Cinsel ve sosyal ilişkilerle ilgili olumlu değerleri ve tutumları keşfetmek ve bunları geliştirmek,
- Kendi davranışlarına yönelik sorumluluk duygusu geliştirmek,
- Başkalarının haklarına saygı göstermek,
- Eleştirel düşünmeyi, cinsiyete duyarlı iletişim ve müzakereyi ve karar vermeyi teşvik eden yaşam becerileri geliştirmektedir (151).

B.20- Araştırmalar cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimi alan öğrencilerin cinsel sağlık hakkındaki bilgi düzeylerinde ve cinsel sağlığa tutumları üzerinde olumlu gelişmeler sağladığını ortaya koymaktadır.

2007 Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması'na göre HIV ve AIDS'i duyan gençlerin %70,2'si HIV ile yaşayan bir kişi ile yanak yanağa öpüşmekten, %61,0'ı sarılmaktan, %57,9'u aynı odada bulunmaktan ve %45,4'ü ise tokalaşmaktan rahatsız olacaklarını belirtmişlerdir. CYBE ifadesini daha önce duyduğunu söyleyen gençlerin %83,5'i tek bir cinsel ilişki ile bulaşma olabileceğini; %85,1'i de korunma yolu olduğuna ilişkin görüş belirtmiştir. Bu oran kadınlarda %81,3 iken erkeklerde %85,4'tür. CYBE duyan gençlerin %85,1'i bu enfeksiyonlardan korunulabileceğini belirtmiştir. CYBE duyan ve korunma yolu olduğunu belirten gençlerin %59,1'i, korunma yolu olarak kondomu belirtmişlerdir (152).

Gençlerin cinsel sağlığı hakkında yapılmış olan bu çalışma gösteriyor ki gençler cinsellik ve cinsel sağlık ile ilgili doğru bilgiye erişememekte ve eğitime ihtiyaç duymaktadırlar. Cinsel sağlık eğitimi, çocukların ve gençlerin yanlış inanışlarını azaltmakta, üreme sağlıkları hakkında bilinçli olmalarını sağlayarak cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, HIV ve AIDS hakkında bilinçlenmelerine, cinsel sağlık eğitimi gençlerin bilgi düzeylerinin artması sebebiyle ileride oluşabilecek ergen gebeliklerin ve istenmeyen gebeliklerin önüne geçilmesinde oldukça önemlidir (151).

Yapılan bir çalışmada çocukluktan itibaren yaşa uygun kapsamlı cinsel sağlık/cinsellik eğitimi ile cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, ergen gebelikler, istenmeyen gebelikler gibi bireylerin sağlığını olumsuz etkileyecek durumların önüne geçilebileceği vurgulanmıştır. (153).

6. sınıf öğrencileri ile yapılan deney ve kontrol gruplu bir araştırmada uygulanan cinsel eğitim programı öğrencilerin cinsel bilgi düzeylerini ve ergenlik dönemine dair bilgilerini artırmada etkili olduğu, toplumsal cinsiyetle ilgili tutumlarında iyileşme sağladığı ve cinsel sağlık ile ilgili yanlış inanışları azalttığı ortaya konulmuştur (154).

Lise öğrencilerine yönelik üreme organları, cinsel gelişim, cinsel istismar ve cinsel saldırı, cinsel davranışlar, cinsellikle ilgili mitler, korunma yöntemleri, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, HIV ve AIDS gibi konu başlıklarının olduğu cinsel sağlık eğitim programını değerlendiren bir çalışmada eğitimin hemen her konu başlığında tüm boyutlarıyla etki düzeyinin yüksek olduğu ortaya konulmuştur (155).

8. sınıfa devam eden toplamda 48 öğrenci ile yapılan vaka ve kontrol çalışmasında cinsel sağlık eğitiminin cinsel sağlık, toplumsal cinsiyet, ergenlik dönemi ve cinsel sağlık ile ilgili yanlış inançlar konusunda öğrencilere olumlu yönde etkisinin olduğu ortaya konulmuştur (156).

9, 10 ve 11. sınıf öğrencileriyle yapılan başka bir vaka ve kontrol çalışmasında da öğrencilerin cinsel sağlık eğitimi sonrasındaki bilgi düzeyleri ve cinsel sağlıkla ilgili tutumlarına etkisi incelenmiş ve eğitimin öğrenciler üzerinde olumlu yönde gelişmelerini sağladığı ortaya konulmuştur (157). 14-19 yaşları arasındaki lise öğrencilerinin riskli sağlık davranışları hakkında yapılan bir çalışmada ergenlerin sağlık konusunda riskli davranışlarını önlemeye yönelik eğitimlerin ergenler üzerinde etkili olduğu görülmüştür (158). Cinsel sağlık ile ilgili eğitim alan ve almayan öğrencilerin cinsel sağlık düzeylerinin karşılaştırıldığı bir araştırmada da eğitim alan öğrencilerin cinsel sağlık bilgisinde artış olduğu gözlemlenmiştir (159).

13-15 yaş arası 329 ergene verilen ergen ve cinsel sağlık eğitimleri ile bu konudaki bilgi ve farkındalıklarının artırılmasının amaçlandığı bir çalışmada, ergenlerin eğitimler sonrasında kendi cinsel organlarının doğru işlevlerini bilme oranı, cinsel temasla bulaşan hastalıkları bilme oranı, cinsel temasla bulaşan hastalıklardan korunma yöntemlerini bilme oranı, cinsel temasla bulaşan hastalıkların vücuttaki etkilerini bilme oranları, doğum kontrol yöntemlerini bilme oranı ve doğum kontrol yöntemlerini doğru uygulama bilgisi artmıştır (160).

Sağlıklı ergen gelişimini desteklemeye yönelik eğitim programlarının incelendiği bir literatür taramasında cinsel sağlık eğitiminin gençler için sağlıklı ve yeterli bilgi alabilecekleri temel cinsel bilgi kaynaklarından biri olma, sorumlu davranışlar geliştirme, riskli cinsel davranışları azaltma, benlik saygısını ve karar verme becerilerini artırma potansiyeline sahip olduğu belirtilmiştir (161).

B.21- Araştırmalar okullarda cinsel sağlığa dair eğitimlerin olmadığını, çocukların cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgi kaynaklarının ve konu hakkındaki çalışmaların yetersiz olduğunu göstermektedir.

Meltem Kürtüncü ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ergenlere yönelik cinsel sağlık hakkındaki çalışmaların yetersiz olduğu, yapılan çalışmaların çoğunlukla ergenlerin risk durumlarını değerlendirme ve ergenlere yapılan riski önleme eğitimlerinin etkinliğinin ölçülmesi hakkında olduğu vurgulanmıştır (158).

9. sınıf öğrencileriyle yapılan bir çalışmada öğrencilerin ergenlik dönemine girmeden önce, cinsel eğitimi okullarda öğretmenleri tarafından edinmek istediği, cinsel eğitimin kendilerini cinsel sorunlar konusunda daha güvenli hale getireceğini düşündükleri görülmektedir (161). Okul öncesi dönem çocuk kitaplarının cinsel eğitim açısından incelendiği bir çalışmada dikkati çeken en önemli bulgulardan biri cinsel sağlık konusunda bu kitaplarda yanlış bilgiler verilmesidir (162).

B.22- Araştırmalar öğretmenlerin cinsel sağlık eğitimi ve çocukların cinsel eğitimi hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermektedir.

28 okul öncesi öğretmeni ile yapılan bir çalışmada öğretmenlerinin 27'si erken çocukluk döneminde çocuklara cinsel eğitimin verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bu çalışmada öğretmenler cinsel gelişimi en fazla bireyin kendi bedenini keşfetme süreci olarak tanımladığı, çocukların mahremiyet eğitimi ve farklı cinsiyetler hakkında bilgi sahibi olma en az ifade edildiği görülmüştür (163).

Bir çalışmada psikolojik danışmanlara verilen cinsel sağlık eğitici eğitiminin, psikolojik danışmanlardaki ergen sağlığına ilişkin yeterlilik algılarının ve bilgilerinin artarak farkındalıklarının geliştiği ortaya konulmuştur.

Bu çalışma okullarda çalışan psikolojik danışmanlara, çocukların cinsel sağlık eğitimlerinde önemli görevler ve roller düştüğü, çocuklara cinsel sağlık eğitimini veren kişiler olmaları gerektiği vurgulanmış ve birçok okulda cinsel sağlık eğitimi almayan psikolojik danışmanların varlığına dikkat çekerek psikolojik danışmanların hizmet içi eğitimlere ihtiyacı olduğu, bu konu ile ilgili donanımlarının, bilgi düzeylerinin artması için lisans derslerinde konu hakkındaki derslerin artması gerektiği belirtilmiştir ( 164).

244 öğretmen ve yönetici ile yapılan bir araştırmada öğretmenlerin büyük çoğunluğu hem öğrenciler hem de öğretmenlere cinsel eğitim verilmesi gerektiğini, bu konuda bilgi düzeylerini hem yeterli bulan hem de yeterli bulmayan öğretmenlerin de böyle bir eğitime katılmak istediklerini ve bu eğitimlerin yararlı olacağını belirttikleri gözlenmiştir. (165). Ayrıca okullarda psikolojik danışman adayları ile yapılan bir araştırmada, alınan cinsel sağlık eğitiminin cinsiyetçi tutum ve davranışlardan uzaklaştırdığı tespit edilmiştir. (166).

B.23- Araştırmalar ailelerin de cinsel sağlık eğitimi alması gerektiğini göstermektedir.

5-6 yaş grubunda okul öncesi eğitime devam eden çocukların ebeveynlerinin, çocuklarının cinsel eğitim ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan anne ve babaların çocuklarının cinsel eğitimi almalarını istedikleri ve olumlu bir tutum sergiledikleri ortaya konulmuştur (167) .

Okul öncesi dönem çocuğu olan ebeveynlerin cinsel gelişime ve cinsel eğitime yönelik bilgi düzeylerinin ve tutumlarının incelendiği bir araştırmada ebeveynlerin erken yaşta cinsel eğitimin önemini yeterince kavramadıkları ve çocuğun gelişimi için gerekliliği bilincinde olmadıkları görülmektedir. Ebeveynlerin cinsel eğitim ve cinsel gelişim konusunda kendileri yetersiz hissetmeleri ve bu yetersizliğin farkında olmaları ebeveynleri bu konuda bilinçlendirilme ihtiyacını ortaya çıkardığı söylenebilir. Ailelere yönelik düzenlenecek eğitim programları sayesinde, çocukların ilk eğitimlerini ebeveynlerinden doğru bilgilerle sağlıklı bir şekilde almaları ve gelişimlerinin sağlıklı olması yönünde olumlu sonuçlar getirecektir. Ayrıca çalışmada ebeveynlerin büyük bir çoğunluğunun okul öncesi kurumlarda cinsel eğitimin verilmesi gerektiği yönünde görüşe sahip oldukları tespit edilmiştir (168).

3-6 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynlerin cinsel eğitime yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bir araştırmada 3-6 yaş aralığındaki çocukların büyük bir kısmının ebeveynlerine cinsel eğitimle ilgili soru sorduğu belirlenmiş olup ebeveynlerin çoğunun cinsel eğitimi desteklediği ancak cinsel eğitim alan ebeveyn sayısının çok yetersiz olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bu çalışmada çocuk cinsel eğitimi ile ilgili bilgi alan ebeveynlerin cinsel eğitime yönelik tutumlarını olumlu yönde etkilediği de ortaya konulmuştur (169).

## İyi Uygulama Örnekleri

Türkiye’de Cinsel Sağlık Eğitimi’nin temelleri yıllar öncesine dayanmaktadır. Sağlık Bakanlığı ya da Milli Eğitim Bakanlığı cinsel sağlık eğitimine programlarında yer vermeden önce de belli başlı STK’ların bu konuda çalışmaları olmuştur. Bunlardan bazıları İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, BÜKÇAM, TAPV, UÇM, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği ile UNFPA ve UNICEF’tir. TAPV, cinsellik konusunda bilgi ve farkındalık düzeyini yükselterek toplumun cinsel sağlığına katkıda bulunmak amacıyla;

- Bireylerin bilimsel bilgiye erişimini kolaylaştırmak üzere, telefonla ve internet üzerinden bilgilendirme ve danışmanlık hizmeti vermekte,
- Çocukların ve ergenlerin cinsel gelişim süreçlerini desteklemek üzere, okullarda cinsel eğitim çalışmaları yürütmekte,
- Çocukların cinsel gelişim süreçlerindeki ihtiyaç ve beklentilerine ilişkin farkındalık oluşturmak üzere, ebeveynlere, psikolojik danışmanlara, öğretmenlere yönelik seminerler ve çalıştaylar gerçekleştirmekte,
- Sağlık çalışanlarının cinsel sağlık konusundaki bilgi ve uygulamalarını geliştirmek üzere, hemşire ve ebelere yönelik eğitim çalışmaları yapmaktadır.

Tüm bireyler, cinsel sağlık, hakları ve sorumluluklarıyla ilgili, cinsiyete duyarlı, önyargılardan uzak, yansız ve çoğulcu bir şekilde sunulan eğitime ve doğru bilgiye ulaşma hakkına sahip olduğu unutulmamalıdır (TAPV, 1997) ICPD’nin 25. yılında ICPD25 Nairobi Zirvesi’nde alınan kararlardan en önemlisi de tüm ergen ve gençlerin cinsellik ve üreme haklarını kullanabilmeleri için kapsamlı cinsel sağlık/cinsellik eğitimine ulaşmaları, cinsel sağlık ve üreme haklarını kullanarak sağlıklı kararlar verebilmeleri, istenmeyen gebeliklerin ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi, cinsel ve toplumsal şiddetten korunmaları ve özellikle CSÜS alanında genç dostu hizmet sunulması ile yetişkin hayata güvenli geçmeleri için kararlar alınmıştır (16).



## Sonuç

Okullarda eğitim müfredatında cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimlerinin olmaması bilgi kaynaklarının ve konu hakkındaki çalışmaların yetersizliği ergen ve gençlerin yaşamlarında riskli davranışlar ile yaşam boyu cinsel ve üreme sağlığını olumsuz etkiler. Öğretmenlerin, ailelerin sağlık çalışanlarının ergenleri destekleyememesinin sebeplerinden biriside yeterli bilgi ve donanıma sahip olmamalarıdır.

Bu literatür taraması ile cinsel sağlık eğitimi programlarına duyulan gereksinimi, gençlerin, öğretmenlerin, ailelerin bu doğrultudaki isteklerini ortaya koyması bakımından alınacak tedbirler saptanmalıdır. Ergenlerin kendi özgür ve bilinçli seçimlerini yapmaları ve zorlama, şiddet, ayrımcılık ve istismardan uzak olarak cinsel ve üreme sağlığı ve yaşamları üzerinde kontrol sahibi olmalarını sağlamak için Türkiye'nin ergenleri hedef alan çok hızlı sistematik, kapsamlı ve sürdürülebilir politik önlemlere ihtiyacı vardır.

Bu bölümde sadece okula devam eden öğrenciler için kapsamlı cinsel sağlık/cinsellik eğitimi değerlendirilmiştir. Ancak okul dışında kalan ergenlerin de bu eğitime ihtiyaçları olduğu unutulmamalıdır.

## Özet Bulgular

B.20- Araştırmalar cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimi alan öğrencilerin cinsel sağlık hakkındaki bilgi düzeylerinde ve cinsel sağlığa tutumları üzerinde olumlu gelişmeler sağladığını ortaya koymaktadır.

B.21- Araştırmalar okullarda cinsel sağlığa dair eğitimlerin olmadığını, çocukların cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgi kaynaklarının ve konu hakkındaki çalışmaların yetersiz olduğunu göstermektedir.

B.22- Araştırmalar öğretmenlerin cinsel sağlık eğitimi ve çocukların cinsel eğitimi hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermektedir.

B.23- Araştırmalar ailelerin de cinsel sağlık eğitimi alması gerektiğini göstermektedir.

## Öneriler

Türkiye’de son 5 yıldaki kapsamlı cinsel sağlık/cinsellik eğitimi ile ilgili literatürün sistematik incelemesinden elde edilen bulgular ve sonuçlara göre uygulamalara yönelik öneriler:

- Gençlerin büyük çoğunluğunun cinsel sağlık eğitimi almak istedikleri göz önünde bulundurulduğunda bu alana dair eğitim programlarının örgün eğitim müfredatı içerisinde sistematik olarak yaşa uygun yapılandırılmasına yönelik savunuculuk faaliyetleri yürütülmelidir.
- Okul müfredatlarında yapılandırılmış, bilimsel, kanıta dayalı ve kullanılabilir, kapsamlı, yaşa ve gelişim düzeylerine uygun cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimleri olmalıdır. Eğitim programları geliştirildikten sonra programların etkinliğinin ölçülmesi için çalışmalar yapılmalıdır. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimleri hakkında kamu kurum ve kuruluşları ve sivil toplum kuruluşlarının işbirliği ile CSÜS eğitimlerinin gereklilikleri hakkında talepler oluşturulmalı, konunun görünürlüğü ve gerekliliği hakkında kampanyalar ve savunuculuk faaliyetleri yapılmalıdır.
- Ergenlerin cinsel sağlık üreme sağlığı ile ilgili doğru bilgiye ulaşacakları kaynaklarının geliştirilmesi, artırılması gerekmektedir. Okullarda cinsel sağlık/üreme sağlığı konusunda danışmanlık hizmeti alınabilecek danışmanlık merkezleri açılmalıdır. Okullarda çalışan personeller, okul sağlığı hemşiresi ve psikolojik danışman öğretmenlerine cinsel sağlık konusunda eğitimler verilmelidir. Psikolojik Danışmanlık öğretmenleri için hizmet öncesi ve hizmet içi ve okul müfredatlarında kapsamlı cinsellik eğitimi verilmeli ve bu eğitimler düzenli seminerler ile yenilenmelidir. STK ve kamu işbirliğinde savunuculuk çalışmaları koordine edilmelidir. Ergenlerin sağlıklı ve güvenli bilgiye erişebildikleri çevrimiçi danışmanlık/eğitim platformları oluşturulmalıdır.
- Ergenlerin özellikle CYBE, istenmeyen gebelikler, cinsel istismar konuları hakkında detaylı bilgiye ulaşımı, istismarla karşılaşma halinde başvuru mekanizmaları, hukuki yardım süreçleri, acil telefon numaraları hakkında bilgilendirilmeleri sağlanmalıdır.
- Güvensiz kaynaklar ve bilimsel olmayan yaklaşımlar doğru bilgiye erişimi engellemektedir. Kapsamlı cinsellik eğitimi ile ilgili ayrıntılı bilgilerin olduğu standart yayınlar üretilmeli ve dış ulaşım (outreach) faaliyetleri ile ergenlere ulaştırılmalıdır.
- Araştırmalar, ergenve genç yaş grubu doğru bilgi kaynağı olarak sağlık çalışanlarını seçmek istemektedir. Genç dostu Sağlık Hizmet Merkezlerinin tekrar faaliyete geçebilmesi için savunuculuk çalışmaları yapılmalıdır. Online bilgi hatları oluşturularak, ergen ve gençlere anonim danışmanlık hizmet sunumu modeli geliştirilmelidir.
- Ebeveynlerin cinsel konuları tabu olarak görmeleri, utangaçlık, aile içi iletişimde yetersizlik, ebeveynlerin cinsellik ve romantik ilişkilere dair çocuklarından farklı değerlere sahip olmaları

ve bu farklılığın neden olabileceği olası çatışmalardan kaçınmak istemeleri, bu konuların evde de konuşulmamasına neden olmaktadır.

Bunun önlenmesi hemen bugünden yarına gerçekleşemez, tutum değişikliğinin sağlanması, daha çok kültürel temelli zarar veren geleneksel inançların değiştirilmesi amacıyla ebeveyn eğitimleri yapılmalıdır. Aile eğitimlerinde annelerin yanında babaların da eğitimlere aktif katılımı mutlaka sağlanmalıdır. Bu süreçte STK'lerin desteklenmesi ve aileler ile ev ziyaretleri ile birebir görüşmeler, planlı projelerin yürütülmesi önerilir. Kapsamlı cinsellik eğitimi programlarının etkililiğini değerlendirmeye yönelik çalışmalarda; kapsamlı cinsellik eğitimi alan bireylerin cinsel bilgi düzeylerinde artışın yanısıra ilk cinsel ilişki deneyimlerini öteledikleri, cinsel olarak aktiflerse istenmeyen gebelikleri önleyici yöntem kullanma eğilimlerinde artış, benlik saygılarında ve karar verme becerilerinde artış, ebeveynleriyle cinsel konularda iletişimlerinde artış olduğu ve bunlara bağlı olarak daha sorumlu davrandıkları belirlenmiştir. Ailelere kapsamlı cinsellik eğitiminin bütün bu yararları, örnekler verilerek iletilmelidir. Ailelerin kullanabileceği, ergen cinsel gelişimi, ergenlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı gereksinimleri ve risk faktörlerini içeren yazılı broşür, kitapçıklar hazırlanmalı ve öğrencilerden önce onların eğitim almaları sağlanmalıdır. Ailelere özellikle erken ve zorla çocuk yaşta evlilikler, ergen gebelikler ve toplumsal cinsiyet eşitliği için ayrı seminerler düzenlenmelidir.

- Ancak okul dışında kalan ergenlerin de kapsamlı cinsellik eğitimine ihtiyaçları olduğu unutulmamalıdır. Buna yönelik olarak, okul dışında kalan ergenlere ulaşım yolları, sosyal medya gibi kitle iletişim araçları kullanılarak CSÜS ve hakları konularında bilgilendirme yapılmalıdır.
- Tüm bunların başarılabilmesi için kapsamlı cinsellik eğitiminin önemi ve gerekliliğinin kanıta dayalı savunuculukta kullanılabilmesi için Türkiye'yi temsil eden araştırmalar yapılmalı ve sonuçlar savunuculuk faaliyetleri ile geniş kesimlere duyurulmalıdır.

## 4.2.4. Savunmasız Grupların Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı ve Hakları Hakkında Bilgilendirme ve Danışmanlık Hizmetlerine Erişiminde Engeller

Raporun bu bölümünde cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine gereksinimleri normal popülasyondan çok daha fazla olduğu halde hizmetlere erişemeyen, bir şekilde ayrımcılığa maruz bırakılan savunmasız gruplar ayrıca değerlendirilmiştir.

### Gençlerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı ve Hakları

Raporun bu bölümünde, 2015-2021 yılları arasında, gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında bilgi durumudüzeyleri, CYBE ve HIV ve AIDS durumları, gebelik önleyici yöntemler ve kondom kullanımları, cinsel sağlık hakkında yanlış inançlarının olup olmadığı/neler olduğu, mevcut cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri ve gençlerin hizmetlere erişimi, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sonuçlarından biri olan ergen gebelikler ve ergen gebelerin hizmet durumu, ileride sağlık hizmeti sunacak gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgi durumu/ tutumları ve gereksinimlerinin neler olduğuna dair 126.529 taranan kaynaktan alınan 80 literatürün bulguları ve sonuçları ortaya konularak değerlendirilmiştir.

### Ergenlik/Adolesan Dönemi Özellikleri ve Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığının Önemi

Ergenlik döneminde her iki cinsiyetin vücudu çeşitli gelişimler, değişimler geçirmekte olup bu dönemde bireyin kişilik yapısı ile birlikte cinsel organlarında hem fiziksel hem de fonksiyonel olarak hızlı değişiklikler söz konusu olmaktadır (173-175).

Ergen ve gençlerin bu dönemdeki fiziksel ve ruhsal gelişimlerdeki çeşitli olumsuz sosyoekonomik faktörlerle beraber, özellikle cinsel sağlık ve üreme sağlıkları açısından riskli davranışları yüzünden olumsuz etkilenmeleri ve geleceklerinde yaşayabilecekleri birçok sağlık sorununun temelini bu dönemde attıkları, yapılan araştırmalarla ortaya konulmuştur. Cinsellik, istenmeyen gebelikleri önleyici yöntemler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar gibi CSÜS durumlarını etkileyen pek çok risk ile karşı karşıya kalınabilmektedir. Bu durumlar ise cinsel sağlık ve üreme sağlığında tam iyilik halinin sağlanamamasına sebep olabilmektedir (173-178). Ergenlerde üreme sistemindeki büyük değişim, CSÜS gelişimi açısından özellikle de sağlık riskleri konusunda dikkate alınmalıdır (173,174,179).

Dünya çapında ergenlerdeki üreme sağlığı ve cinsel sağlık yükleri hakkındaki durum şu şekildedir: Ergenlerin dünyadaki durumu incelendiğinde, 15-19 yaş grubundaki kız çocuklarının ergen doğum hızı binde 44'dür. Gelişmekte olan ülkelerde 15-19 yaş grubunda her yıl yaklaşık 12 milyon kız çocuğu ve 15 yaş altı kız çocuğu en az 777 bin doğum yapmakta ve ayrıca her yıl 15-19 yaş grubundaki ergen kız çocukları en az 10 milyon istenmeyen gebelik ile karşı karşıya kalmaktadır. Yine 15-19 yaş grubundaki ergen kız çocukları her yıl yaklaşık 5,6 milyon düşük ile karşı karşıya kalmakta olup, bu düşüklerin ise 3,9 milyonu güvenli olmayan tehlikeli düşüklere (180). Dünyada 15-19 yaş grubundaki kız çocuklarının birinci ölüm nedeni gebelik ve doğumda meydana gelen komplikasyonlardır (181, 182).

UNAIDS 2019 dünya verilerine göre, 15 yaşının altında 1.7 milyon çocuk HIV ile yaşamaktadır ve dünyada her hafta 6 bine yakın 15-24 yaş aralığındaki kız çocuğu ve genç kadın HIV ile enfekte olmaktadır (183).

**B.24- Türkiye'de her dört kişiden biri 10-24 yaş arası genç insanlar grubundadır.**

2018 verilerine göre dünya nüfusunun 6'da 1'ini 10-19 yaş grubundaki ergenler oluşturmaktadır (184). Türkiye'de ise 2019 yılında toplam nüfusun %23,3'ünü 10-24 yaş grubundaki ergenler/gençler, toplam nüfusun %15,6'sını 15-24 yaş grubundaki ergenler/gençler oluşturmaktadır. TÜİK 2019 verilerinde, Türkiye'nin genç nüfus oranının Avrupa Birliği üyesi 28 ülkenin genç nüfus oranlarından daha yüksek olduğu görülmüştür (185) (Tablo 7). Genç nüfusun yıllar içerisindeki durumu incelendiğinde belirli yıllar arasında arttığı, belirli yıllar arasında dalgalanmalar yaşandığı, belirli yıllar arasında da doğrusal artış izlediği görülmektedir. Genç nüfusun yıllar içerisindeki durumlarına ve projeksiyonlara bakıldığında 2019 yılı ve sonrasında azalmaya gireceği, 2040 yılında %13,4, 2060 yılında %11,8 ve 2080 yılında %11,1'e düşeceği öngörülmektedir (185).

**Tablo 7:** Türkiye'de Ergenlerin / Gençlerin Yaş Gruplarına Dağılımı, 2019

	Toplam		Erkek		Kadın	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Toplam Nüfus	83,154,997	100.0	41,721,136	50.2	41,433,861	49.8
<b>Ergenlerin/Gençlerin Toplam Nüfus ve Cinsiyet İçindeki % Payları (2013)</b>						
Yaş Grupları						
10-14	6,406,170	7.7	3,288,207	8.5*	3,117,963	7.5**
15-19	6,331,594	7.6	3,254,891	8.7*	3,076,703	7.4**
20-24	6,624,078	8.0	3,240,657	8.2*	3,126,654	7.5**
<b>Toplam</b>	<b>19,361,842</b>	<b>23.3</b>	<b>9,783,755</b>	<b>23.5*</b>	<b>9,321,320</b>	<b>22.5**</b>

\* Ergenlerin /gençlerin erkek nüfus içindeki payı

\*\* Ergenlerin /gençlerin kadın nüfus içindeki payı

B.25- Toplumsal cinsiyet eşitsizliğine dayalı ayrımcılıktan gençler daha çok etkilenmektedir.

Toplumsal cinsiyet bireylerin fizyolojik ve biyolojik farklılıklarına/varoluşlarına toplum tarafından yüklenen/atfedilen birçok özellik, roller, davranışlar, sorumluluklar anlamına gelir (173, 174). Toplum tarafından kadın ve erkek cinsiyetlerine atfedilen tüm özelliklerin çeşitli sonuçları olmakla birlikte en önemli sonucu kadınlar ve LGBTİ+'ların cinsiyet ve cinsel yönelime dayalı çeşitli dezavantajlara maruz bırakıldığı ayrımcılık biçimleridir. Toplumsal cinsiyete dayalı bu ayrımcılıklar kadın ve LGBTİ+lara çeşitli ön yargılar yüklemekte, bu grupları baskı altında bırakmakta ve sahip oldukları insan haklarından yoksun bırakarak cinsiyetler ve cinsel yönelimler arasında eşitsizliğe sebep olmaktadır. Toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılığının en önemli sonuçlarından biri de çocuk yaşta, erken ve zorla evliliklerdir (173,174,179).

B.26- Çocuk yaşta erken ve zorla evlilikler hem hak ihlali hem de sonucunda meydana gelen ergen gebelikler halen sorundur.

Çocuk yaşta erken ve zorla evlilikler, eşlerden birinin ya da her ikisinin de 18 yaşını tamamlamadan resmi olarak ya da resmi olmadan yaşadığı evlilik/birlikteliktir (173, 174). Evlilikler, kadın sağlığını kötü etkileyerek cinsel ve üreme sağlığı başta olmak üzere çeşitli sağlık sonuçlarına sebep olduğundan oldukça riskli bir faktördür. Çocukların fiziksel, ruhsal ve sosyal bütünlüklerini, gelişimlerini engelleyen sorunların en önemlilerinden birisi de yine çocuk yaşta evliliklerdir (173,174,179,186). 18 yaş altı çocuk evliliklerin bireyin sağlığı yönüyle en riskli sonucu çocuk yaştaki ergen gebelikleri de beraberinde getirmesidir (172,173,179,187).

- 2019 TÜİK verileri genç nüfus yasal medeni duruma göre incelendiğinde, cinsiyetler arasında önemli farklılıklar olduğu görülmüştür. 2019 yılında evli olan genç kadınların oranı, evli olan genç erkeklerin oranının 4 katıdır. Aynı zamanda genç kadınların boşanma oranı da yine genç erkeklerin boşanma oranından 5 kat daha fazladır (188).
- Türkiye İstatistik Kurumu'nun İstatistiklerle Çocuk 2019 raporuna göre, 2008 yılında 16-17 yaş grubundaki kız ergenlerin %2,97'si, 2013' de %2,13'ü evliydi. 2019 yılında ise kız ergenlerin %0,96'sı evli idi. İllere göre kız çocuk evlenmelerinin toplam evlenmeler içindeki payı Ağrı'da %13, 2, Muş'ta %13,0, Kars'ta %10,6, Bitlis'te %10,4, Kilis %9,9, Van %8,6, Gaziantep %8,3 ve Niğde'de %8,0'dir (189).
- İlk defa evlenen 15-24 yaş grubu gençlerin yüzdesi incelendiğinde, erkek ve kadınlarda azalma eğilimi olduğu belirlenmiştir. 2015 yılında erkeklerde %31,1 iken, 2019 yılında %27,5'e düşmüştür. Kadınlarda ise 2015 yılında %61,2 iken 2019 yılında %55,7'ye düşmüştür. İlk defa evlenenlerin yüzdesi kadınlarda, erkeklerden yaklaşık iki kat daha fazladır (189).

• 15-19 yaş grubundaki ergenlerin %4,8'inin, 20-24 yaş grubundakilerin ise %39,7'si evlidir. Yani 15-24 yaş grubunda gençlerin %21,5'inin evli olduğu görülmektedir (22).

Kız çocukları çocuk yaşta evlendirildiklerinde kendileri ve eşlerinin gebeliği önleyici yöntemler hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları, hatta seçim şansının olmaması, nedeniyle istenmeyen gebeliklerin yaşanması olasılığı oldukça yüksektir (173,174). Ergen annelerin yaşları çok genç olduğu için doğan bebeklerin hastalık ve sakatlıkla karşılaşması oldukça yüksektir. Bu sebeple ergen doğurganlık konusu anne ve bebeğin sağlık riskleri konusunda önem taşımaktadır. Ergen gebelikler, 18 yaşını tamamlamadan, çocuk yaşta yapılan evliliklerin sonucu olarak bireyin yaşam boyu içerisinde bulunduğu olumsuz fizyolojik, bedensel, sosyal, psikolojik iyilik halini etkilemesi ve kişileri fiziksel, psikolojik, ekonomik ve cinsel olmak üzere pek çok konu başlığında şiddete açık hale getirmesi, savunmasız bırakması bakımından önemlidir. Yapılan araştırmalar çocuk yaşta evliliklerde ev içi şiddete maruz bırakılma durumunun oldukça yüksek olduğunu kanıtlamakta olup ergen gebelikler, bireyi fiziksel, psikolojik, cinsel şiddet sebebiyle kız çocuklarına yönelik bir şiddet türüdür (173,174). Ergen gebelikler, sonuçları ve riskleri bakımından son derece önemli bir kadın sağlığı sorunudur (190,191). Ergen gebelikler, bireyi sağlık yönünden oldukça riskli bir duruma sokmakta ve ergen gebe bu dönemde ölüm, düşük, erken doğum, anemi vb. riskler taşımaktadır (192-197)(120). Ayrıca araştırmalar göstermektedir ki ergen grup cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, HIV ve AIDS, gebeliği önleyici yöntemler gibi cinsel sağlık ve üreme sağlıklarını olumsuz etkileyebilecek durumlara da açıktır (198-200).

- TÜİK 2019 verilerine göre ergen doğurganlık hızı 15- 19 yaş grubunda, 2012 yılında binde 31 iken 2017 yılında binde 21'e 2018 yılında binde 19'a ve 2019 yılında binde 17'ye düşmüştür (200-202).
- 2019 yılı içerisinde 15 yaş altı doğum sayısı 142, 15-17 yaş arası doğum sayısı 9.714, 18-19 yaş arası doğum sayısı 43.475, 20-24 yaş arası doğum sayısı ise 262.458'dir (Tablo 8)(202).

**Tablo 8:** 2015-2019 yılları arası annenin yaş grubuna göre doğumlar

Annenin yaş grubuna göre doğumlar, 2015-2019					
Annenin yaş grubu, 2015-2019					
[31/03/2020 tarihi itibarıyla]					
Yıl	Toplam	Annenin yaş grubu			
		<15	15-17	18-19	20-24
2015 <sup>(c)</sup>	<b>1,336,422</b>	315	18,826	61,541	315,487
2016 <sup>(c)</sup>	<b>1,314,764</b>	293	17,048	59,182	309,246
2017 <sup>(c)</sup>	<b>1,297,638</b>	266	15,106	54,757	302,408
2018 <sup>(c)</sup>	<b>1,252,745</b>	179	11,908	48,515	284,837
2019 <sup>(c)</sup>	<b>1,183,652</b>	142	9,714	43,475	262,458

TÜİK. Doğum İstatistikleri, 2019  
Kaynak: Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü



- TÜİK'e göre yaşı çok genç olan annelerden doğan bebeklerin daha yüksek derecede hastalık ve ölüm riskiyle karşı karşıya kalmalarından dolayı ergen doğurganlık konusu anne ve bebek sağlığının korunması bakımından oldukça önem taşımaktadır (201).
- 2018 TNSA verilerine göre 15-19 yaş grubu ergen ve 20-24 yaş grubu gençlerin doğurganlık hızları azalmıştır. Doğurganlık hızları bakımından 15-19 yaş grubunun doğurganlık hızının binde 30, 20-24 yaş grubunda ise binde 124 olduğu görülmektedir (22).
- Türkiye'de 2018 yılında ergen doğurganlık hızının en yüksek olduğu iller sırasıyla; binde 57 ile Ağrı, binde 54 ile Muş, binde 46 ile Şanlıurfa ve binde 42 ile Kilis'tir. Ergen doğurganlık hızının en düşük olduğu iller sırasıyla binde 4 ile Gümüşhane, binde 5 ile Rize ve Trabzon, binde 6 ile Artvin ve Bayburt'tur (202).
- 2018 TNSA sonuçlarına göre 15-17 yaş grubunda ergen kız çocuklarının %1,3'ü çocuk doğurmuştur. Doğum yapan ergen kız çocuklarından 17 yaşındakilerin %2'si,0 canlı doğum yapmıştır. 18 yaşındakilerin %3,8'i, 19 yaşındakilerin ise %10,0'u canlı doğum yapmış veya ilk çocuğuna gebedir (22).
- 2013 TNSA sonuçları ile 2018 TNSA sonuçlarını kıyasladığımızda, çocuk sahibi olmaya başlayan ergenler 2013 yılındaki %5,0'ten 2018 yılındaki %4,0'e gerilemiştir (22).
- 2018 TNSA sonuçları 20 yaşın altında olan kadınların %92,2'sinin bir doktordan, %1,9'unun bir ebe/hemşireden doğum öncesi bakım hizmeti aldığını, %78,5'inin doğumunun bir doktor tarafından gerçekleştirildiğini, %20,4'ünün bir ebe/hemşire yardımıyla gerçekleştirildiğini, ayrıca %97,9'unun hastanede, %1,6'sının evde doğum yaptığını göstermektedir. Doğum yapan 20 yaş altı kadınların %97,0'si doğum sonrasında bakım hizmeti almıştır (22).
- 2018 TNSA sonuçlarına göre 20-24 yaş grubunda gebelik ve doğumların arasını açmak istemesine rağmen aile planlanmasında karşılanmamış ihtiyaç %12'dir (22).

## B.27- Gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda bilgi düzeyleri düşüktür.

Yapılan araştırmalar gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda bilgi düzeylerinin düşük ve bilgi kaynaklarının yetersiz olduğunu (204-206,207 ); cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar hakkında bilgi düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir (208-213). Ayrıca madde kullanan gençlerin de cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar hakkındaki bilgi düzeyleri düşük bulunmuş ve madde kullanan gençlerin tedavisinin CYBE tedavisi ile entegre yürütülmesi gerektiği vurgulanmış (214), bu gruba eğitimlerin verilmesi gerektiği belirtilmiştir (215).

Gençler, CYBE hakkında bilgi sahibi olsalar dahi CYBE'lere karşı riskli davranışlarda bulunabildikleri de saptanmıştır (209). Bir araştırmada AIDS tanısı alan öğrencilerin kondomun CYBE'nin bulaşmasını önlemede etkili olduğunu bilmediği sonucu ortaya çıkmıştır (207).

Bir üniversitede birinci sınıf kız öğrencilerinin genital ve menstrual hijyen konusunda eksik ve hatalı uygulamalarının olduğu, bölümler arasında da farklılıkların gözlemlendiği ve bilgilendirilmeye ihtiyaç duydukları saptanmıştır (216). Ancak üniversitelerde gençlere verilen Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitimi sonrasında gençlerin bilgi düzeylerinde anlamlı artış kaydedilmiş, bu eğitimi aldıktan sonra eğitim almadan önceki durumlarına nazaran bilgi ve farkındalık düzeylerinin arttığı araştırmalarca kanıtlanmıştır (217).

Bunun yanı sıra araştırmalar gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularında eğitim almak istediğini de ortaya koymuştur (218,207). Birçok araştırma gençlere yönelik kapsamlı cinsel sağlık/cinsellik eğitim programlarının oluşturulması gerekliliğini vurgulamaktadır (208,209,217,219-222). Gençler, cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilişkili bilgilere ve konularına genel olarak en çok arkadaşlarından ulaşmakta, cinselliği arkadaşları ile konuşabilmektedir (203,223-227). Bu sebeple ülkemizdeki üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda genel olarak gençlerin CSÜS bilgisi ve davranışlarını geliştirmeye yönelik eğitim faaliyetlerinin klasik eğitim teknikleri yerine akran eğitimi metoduyla yapılmasının gençler üzerinde daha etkili ve faydalı olacağı sonucuna varılmıştır (205,217,226-228,).

Bir araştırmada öğrencilerin cinsel sağlık bilgisi dersi öncesindeki yarıdan fazlasının doğru kabul ettiği/inandığı mit sayısı 14 iken (%43,7), ders sonrasındaki mit sayıları sekiz (%25,0) olmuştur. Bu durum cinsel sağlık ve üreme sağlığı dersinin gençlerin yanlış inanışlarını azalttığını göstermektedir (229). Bir başka çalışmada yine cinsel mitlere ilişkin akran eğitim programlarının gençlerdeki cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgisinin artarak cinselliğe dair mitlerinin/yanlış inanışlarının azaldığı ortaya konmuştur (224). Yaşı 19'dan küçük olan gençlerin cinsel mitleri/yanlış inanışları onaylama oranlarının yüksek olduğunun saptandığı, ayrıca kadınların yaklaşık yarısından çoğunun da cinsel mitleri onayladığını gösteren bir çalışmada, yeterli cinsel eğitimin alınmadığında cinsel mitlerin/yanlış inanışların yüksek düzeylerde olduğu görülmüştür (223). Gençlerin cinsel mitlere inanma durumunun azaltılması için, cinsel sağlık ve üreme sağlığı müdahale programları oluşturulmalıdır (230). Bir araştırmaya göre gençler üniversitede üst sınıflara yaklaştıkça cinsel mitlerinin azaldığı ancak yine de cinsel mitlere inanma oranının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (231). Yine bir başka çalışmada cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgisi yüksek olmasına karşın, gençlerin cinsel mitlere inanışlarının halen yüksek olduğu saptanmıştır (232).

Müdahale programları ve eğitimler ergenlerde cinsel sağlık eğitimi, geniş çaplı araştırmalar sonucunda mevcut durum ortaya konularak oluşturulmalı ve araştırma sonucunda oluşturulacak doğru ve güvenilir bilgi kaynakları sonrasında eğitimler verilmelidir (233). Akran eğitim modelinin uygulandığı grup dinamikleri, sosyal etkiler ve çeşitli faktörler göz önünde bulundurulduğunda, bu modelin avantaj ve dezavantajlarına odaklanan araştırmaların da yapılması gerektiği ortaya konulmuştur (228). Eğitim programlarının pilot uygulamalarla etkinliğinin ölçülmesi önem arz etmektedir (217,234).

Gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili gereksinimleri saptanarak, ihtiyaç duyulan konuya yönelik eğitimlerin sunulması önemlidir (235).

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimleri sağlık çalışanları ve akademisyenlerin işbirliği ile hazırlanmalı, eğitimler sürekli ve ülke genelinde yaygın hale getirilmeli (236) ve gençlerin cinsel sağlık üreme sağlıkları ile ilgili sektörler arası işbirliği yapılmalıdır (207) (236).

B.28- Gençlere yönelik CSÜS hizmet sunumunda önceki yıllara göre azalma vardır. Hatta bu hizmetler Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamak sağlık hizmet sunumunda yer almamaktadır.

Gençlerin, üniversite müfredatlarına dahil edilecek CSÜS ve haklarıyla ilgili kapsamlı, yapılandırılmış, kolay anlaşılır ve güvenilir eğitim programlarına ve cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgi düzeyleri düşük olduğundan üniversite bünyesinde ihtiyaç duyduklarında danışabilecekleri Gençlik Danışma Birimi/Üreme Sağlığı Merkezi/Medikososyal Merkez gibi birimlerde CSÜS hizmetleri verilmesine ihtiyaçları olduğu birçok araştırmada gösterilmiştir (175,203,205,207,208,218,223-225,227).

Yapılan diğer araştırmalarda gençlerin CSÜS bilgisini sağlık çalışanlarından almak istediği saptanmıştır (208,237). Gençlerin CYBE ve istenmeyen gebelikleri önleme yöntemleri hakkında bilgi almak istedikleri yine bulgular arasındadır (238). Buna karşılık, sağlık çalışanlarından bilgi alma düzeyleri düşüktür (203,222,225). Evcili ve Gölbaşı 285 üniversite öğrencisi ile yaptığı araştırmasında gençlerin hiçbirinin sağlık çalışanlarından bilgi almadığının belirtilmesi önemli bir bulgudur (224). Bu sebeple cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili hizmetlerin ulaşılabilirliğinin artırılması için çalışmalar yapılmalıdır (175). Gençler cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde mahremiyet ihlali olmadan sağlık hizmetlerine erişmelidirler (178). Konuda uzman sağlık çalışanlarının yetiştirilmesi, bilgi ve farkındalık düzeylerinin artırılması önemlidir (175,231). İleride sağlık hizmeti sunacak öğrencilerin cinsel sağlık ve üreme sağlığına dair bilgilerinin iyileştirilmesi gerekmektedir (204,211,235). Ebelik ve hemşirelik müfredatlarında CSÜS danışmanlığını geliştirmeye yönelik uygulamaların olması önerilmektedir (239). Özellikle gençlerin CSÜS haklarına sahip olabilmesi için onları hedefleyen toplum tabanlı farkındalık çalışmalarına, bilgi veren-hizmet sunan uygulamalara ve savunuculuk çalışmalarına gereksinim vardır (240).

Sosyal medya, televizyon internet gibi ağların CSÜS hakkında doğru ve güvenilir bilgi yaymasının cinsel sağlık ve üreme sağlığına katkı sağlayacağı düşünülmektedir (222).

Yapılan bir araştırmada ergen sağlığı konusunda yaklaşık her üç kadından ikisinin, her iki erkekten de birinin endişe yaşaması, sağlık hizmetine başvurunun ise yaklaşık 10 kişi de bir olması nedeniyle Aile Sağlığı Merkezlerinde ergenlik dönemiyle ilgili rutin izlemler yapılmalı, danışmanlık verilmelidir (226). Bununla birlikte yapılan bazı araştırmalarda da genç kadınların, kadınların üreme sağlığı konularında aile hekimlerinin mesleki bilgi ve yeterliliklerini düşük gördüğü için birinci basamak sağlık kuruluşları tercih etme durumlarının düşük olduğu saptanmıştır (241).

Türkiye’de ilk vakanın görüldüğü 1985 yılından 31 Aralık 2019 tarihine kadar doğrulama testi pozitif olup bildiri mi yapılan 24.237 HIV ile yaşayan ve 1.927 AIDS ile yaşayan kişi vardır. Toplamda HIV ve AIDS ile yaşayan kişi sayısı 26.164’tür. 2012 yılında HIV pozitif ile yaşayan kişi sayısı 997 iken, 2019 yılında bu sayı dört katına yakın artış göstererek HIV pozitif kişi sayısı 3813 olmuştur. Sağlık Bakanlığının verilerine göre HIV ve AIDS vakalarının en fazla görüldüğü yaş grubu 25-29 ve 30-34 yaş grubudur, yani büyük bir kısmı genç insanlardan oluşmaktadır (Tablo 6)(242).

**Tablo 9.** 2015-2019 yılları arasındaki HIV ve AIDS Vakaları

**2015-2019 yılları arasındaki HIV ve AIDS vakaları incelendiğinde vaka sayılarının artış eğiliminde olduğu görülmektedir:**

2015 yılında HIV+ kişi sayısı 2221, AIDS ile yaşayan kişi sayısı 122’dir.  
2016 yılında HIV+ kişi sayısı 2578, AIDS ile yaşayan kişi sayısı 106’dir.  
2017 yılında HIV+ kişi sayısı 3142, AIDS ile yaşayan kişi sayısı 126’dir.  
2018 yılında HIV+ kişi sayısı 3809, AIDS ile yaşayan kişi sayısı 130’dur.  
2019 yılında HIV+ kişi sayısı 3813, AIDS ile yaşayan kişi sayısı 131’dir.  
(Sağlık Bakanlığı, 2020)

Ayrıca Türkiye’de anonim HIV testi yapan Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezlerinin (GD TM) sayısı halen oldukça azdır. İstanbul’da şişli Belediyesi ve Beşiıktaş Belediyesi, Ankara’da Çankaya Belediyesi, Bursa’da Nilüfer Belediyesi, İzmir’de Konak Belediyesi olmak üzere Türkiye’de toplamda 6 tane etkinliği süren Anonim HIV Ttest merkezi vardır.

2003-2007 yılları arasında Sağlık Bakanlığı’nda açılmış olan Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri’nin tamamına yakını Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında kapatılmış ya da atıl durumda kalmıştır (243). Sağlık Bakanlığı bu konuda bütçe ayırmamıştır. Sağlık Bakanlığının bu hizmet modelini tekrar gündemine alması ve gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakları konusunda çok acil önlemlerin alınması gerekir.

## Ulusal ve Uluslararası Belgelere göre Gençlerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları

B.29- Gençlerin cinsel sağlık ve üreme hakları korunmamaktadır.

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakları, cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda bedensel, duygusal ve toplumsal tam iyilik halidir ve tüm bireyler için temel bir insan hakkıdır. Bu haklar uluslararası anlaşmalarla güvence altına alınmıştır. Bu haklar kadın ve erkeklerin herhangi bir ayrımcılık, baskı ve şiddet olmadan, en yüksek standartta cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgi ve hizmetlerinden yararlanmasını, üreme sağlıkları ile ilgili kendi kararlarını verebilmesini, kendilerine uygun gebelik önleyici yöntemleri seçebilmelerini, bunları kullanabilmelerini ve bilgi alabilmelerini içerir (178,234). Ancak, yukarıdaki bilgiler ışığında, üreme sağlığı kapsamına giren konularda ülkemizdeki mevcut durum değerlendirildiğinde, yapılması gerekenlerin hala çok fazla olduğu, programların duyarlı ve bilinçli olarak ele alınması ve uygulamalarda süreklilik sağlanmasının gereği de açıktır.

### Bazı Uluslararası Bildirge ve Sözleşmeler

- İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (1948)
- BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi (1976)
- Kadına Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW) (1979)
- İnsan Hakları Dünya Konferansı Bildirgesi (1993)
- Birleşmiş Milletler Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı-Eylem Programı 1994
- Dördüncü Dünya Kadın Konferansı- Pekin Deklarasyonu (1995)
- Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi
- Anne ve Yenidoğan Hakları Barselona Deklarasyonu (2001)
- DSÖ Cinsel Haklar Bildirgesi (1999)
- WAS Dünya Cinsel Sağlık Birliğinin Cinsel Haklarla İlgili Deklarasyonu (2008)
- Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi (İstanbul Sözleşmesi) (2011)
- Çocuk Hakları Sözleşmesi (1989)
- Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (2015)
- 2019 Nairobi ICPD+25

Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu'nun (IPPF) 1995 yılında yayınladığı Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi'ne göre cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakları şu şekilde özetlenebilir:

Yaşama hakkı, üremede özgürlük hakkı, cinsel yaşam ve üremede eşitlik hakkı, mahremiyet hakkı, düşünce özgürlüğü hakkı, bilgilenme ve eğitim hakkı, evlenme ve aile kurma konularında seçim yapma hakkı, çocuk sahibi olup olmamaya karar verme hakkı, sağlık hizmeti alma ve sağlığın korunması hakkı, bilimsel gelişmelerden yararlanma hakkı, toplanma özgürlüğü ve katılım özgürlüğü hakkı, işkence ve kötü muamele görmeme haklarıdır (178,234). 2017 yılında UÇM'nin yaptığı araştırmaya göre gençlerin büyük çoğunluğu üreme haklarını bilmiyor olup, en fazla bilinen hak %81 ile "Çocuk Sahibi Olup Olmama veya Ne Zaman Olacağına Karar Verme Hakkı"dır (244).

## Sonuç

Türkiye’de her 5 kişiden birisi genç grubunda yer almasına rağmen bu gençlerin cinselliği yok sayılmakta, cinsel sağlık ve üreme sağlığı ihtiyaçları göz ardı edilmektedir. Daha önceki yıllarda hizmet veren genç dostu sağlık hizmet yaklaşımı terk edilerek gençlerin beklentileri karşılanmamaktadır.

Toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılık ve eşitsizlik sonucunda özellikle ergenler/gençler sağlık hizmetlerine ulaşamamaktadır.

Ergen ve gençlerin üreme, cinsellik, istenmeyen gebelikleri önleyici yöntemler, CYBE konularındaki bilgi yetersizliği sonucu aldıkları riskler ile istenmeyen gebelikler, CYBE’lerde artış, erken ve zorla çocuk yaşta evlilikler, cinsel istismar, şiddet, ergen gebelikler, anne ve bebek ölümleri, güvenli olmayan düşükler artar.

## Özet Bulgular

B.24- Türkiye’de her dört kişiden birisi 10-24 yaş arası genç insanlar grubundadır.

B.25- Toplumsal cinsiyet eşitsizliğine dayalı ayrımcılıktan gençler daha çok etkilenmektedir.

B.26- Çocuk yaşta erken ve zorla evlilikler hem hak ihlali hem de sonucunda meydana gelen ergen gebelikler halen sorundur.

B.27- Gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgi düzeyleri düşüktür.

B.28- Gençlere yönelik CSÜS hizmet sunumunda önceki yıllara göre azalma vardır. Hatta bu hizmetler Sağlık Bakanlığı’nın birinci basamak sağlık hizmet sunumunda yer almamaktadır.

B.29- Gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakları korunmamaktadır.



## Öneriler

Türkiye’de son 5 yıldaki gençlerin CSÜS ve hakları ile ilgili literatürün sistematik incelemesinden elde edilen bulgular ve sonuçlar ışığında, uygulamalara yönelik öneriler şöyledir:

- Genç insanlar Türkiye’de nüfusun çoğunluğunu oluşturmasına rağmen sağlık hizmetlerinin planlamasında bu gruba ayrılan pay ve bütçe hep çok düşüktür. Ergen ve gençlere yönelik sağlık hizmetlerinin ve özellikle CSÜS alanında yatırımların artırılması için çok sektörlü savunuculuk çalışmaları yapılmalıdır.
- Gençleri ilgilendiren bütün planlamalarda genç katılımının sağlanması önerilir. Genç katılımı yanı sıra engelli, LGBTİ+, göçmenler, Romanlar gibi savunmasız gruplar arasındaki gençlerin de katılımına önem verilmelidir.
- Ülkede gençler dahil hakların kullanımında cinsiyet ayrımcılığı ortadan kaldırılarak bir “eşitlik kültürü” oluşturulmalıdır. Bu ise ancak “zihniyet dönüşümü” sağlanarak gerçekleştirilebilir. Sağlık hizmetine ulaşmada toplumsal cinsiyete dayalı doğrudan ya da dolaylı yapılan her türlü ayrımcılığın ulusal ve uluslararası mevzuattaki yeri incelenerek, toplumsal cinsiyet ayrımcılığının görüldüğü tüm kamu kurum ve kuruluşlarındaki uygulamalar, hizmet şekilleri, sosyal alanlar gözden geçirilmeli, ayrımcılığı sürekli ve kültürel hale getirmiş uygulamaların, hizmet şekillerinin önüne geçilebilmesi için devlet kontrolünde, kurum ve kuruluşların işbirliği ile derinlemesine ve süreklilik arz eden izleme çalışmaları yapılmalıdır.
- Kadın ve kız çocuklarının toplumsal cinsiyetin getirdiği ayrımcılığa bağlı yaşadıkları dezavantajlarının ortadan kaldırılması için sosyal politikalar geliştirilmelidir. Konu hakkında ilgili STK’ları ile savunuculuk çalışmaları yapılmalıdır.
- Eğitimin her basamağında, müfredatlarda konunun uzmanı kişiler tarafından yaşa uygun kapsamlı toplumsal cinsiyet eğitimleri ve halk sağlığı okur-yazarlığını artırıcı sağlık eğitimleri verilmeli, kapsamlı cinsellik eğitimi programları, CSÜS ve haklarıyla ilgili bilgilere kapsayıcı ve ücretsiz olarak erişebilecekleri programlar geliştirilmeli, çağın gereklerine uygun ve doğru bilgiye ulaşmalarını sağlayacak bu programlar içerisine cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetine nerelerden ve nasıl erişebilecekleri hakkında hizmet bilgileri dahil edilmeli, oluşturulan eğitim programlarında gençlerin yalnızca bilgi eksikliklerini gidermesine değil, cinsel sağlık ve üreme sağlığına yönelik tutum ve davranış değişikliği de oluşturmaya ve güvenli cinsel davranışları kazandırmaya odaklanılmalıdır.
- Akran eğitimi modeli örgün eğitim programlarına entegre edilmeli, akran eğitim modeli için güncel ve kanıta dayalı literatür hazırlanmalı, gençlerin katılımı desteklenmeli ve gençlerin

akran eğitimi modelinden beklentilerine yönelik araştırmalar ortaya konulmalı ve kapsamlı cinsellik eğitim programlarının kalitesi değerlendirilmeli, pilot uygulamalarla geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmalıdır.

- Kadınların, LGBTİ+'ların ve gençlerin CSÜS ve özellikle CYBE'lere dair koruyucu/önleyici hizmetlere, tanı ve tedavi hizmetlerine, modern kontraseptif yöntemler ve doğurganlığın düzenlenmesine, güvenli anneliğe, doğum öncesi, sırası ve sonrasında bakıma, güvenli isteyerek düşük hizmetlerine ve tüm bu konular hakkındaki erişilebilir, kapsayıcı, ekonomik ve ihtiyaca cevap veren/kullanışlı eğitime, bilgiye ve hizmetlere erişimi sağlanmalıdır.
- Gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığına ilişkin haritalandırılmış ihtiyaç analizleri yapılmalı, kaynaklara erişimde cinsiyet ve fırsat eşitliği yaratılmalıdır.
- Üniversitelerde yer alan Medikososyal Merkezlerde gençlerin özellikle CSÜS ve haklarına yönelik hizmet birimlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması gerekir. "Cinsel sağlık arama davranış" kavramı ve cinsel sağlığı arama davranışında gençleri etkileyen faktörler ve ihtiyaçlar daha çok araştırılmalıdır. Üniversitelerde gençlik danışmanlık birimleri kurulması amacıyla savunuculuk çalışmaları yapılmalıdır.
- Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezleri görünür hale getirilmeli, sayıları artırılmalı, gençlerin bu merkezlere erişimi desteklenmeli, gençlerin bu merkezlerden hizmet almaları teşvik edilmeli, gençler için CYBE'ye dair teste erişim ücretsiz hale getirilmelidir. Ayrıca gençlere kondom kullanımının önemi hakkında danışmanlık hizmeti sunulmalı, gençlerin kondomu temin edebilecekleri merkezler, kurumlar çoğaltılmalı ve kondoma erişim gençlerin ulaşabilecekleri şekilde ekonomik olmalı ve son olarak sağlık kuruluşlarının genç dostu ve genç yaklaşımı bilen kuruluşlar haline getirilmesi gerekmektedir.
- Genç kadınların jinekolojik muayene öncesi, sonrası ve sırasında bilgi eksiklerinin olabileceği, utanma, ağrı, tanı korkusu, mahremiyet ihlali korkusu, sağlık profesyonelinin karşı cinsiyetten oluşu, daha önce jinekolojik muayene olup olmaması, cinsel şiddet geçmişinin olabileceği gibi hususlar sağlık çalışanı/profesyoneli tarafından olası durumlar olabileceği bilinerek muayene, tanı ve tedavi işlemleri yapılmalı, mahremiyet esaslı olarak jinekolojik muayene öncesi, sırası ve sonrasında sağlık profesyonelleri, ebe ve hemşireler tarafından kullanılabilir "bilgilendirme, danışmanlık ve hizmet" içeren çok boyutlu/bütüncül yöntemli "gençlik yaklaşımı odağında" "muayene, tanı ve tedavi rehberleri" geliştirilmesi amacıyla STK ve kamu ile birlikte çalıştaylar yapılmalıdır.
- Üreme hakları hakkında savunuculuk faaliyetleri planlanmalı ve bu faaliyetlerin yöneticisi, uygulayıcısı ve izleyicisi tamamen gençlerden oluşmalıdır.
- Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmeti sırasında karşılaşılan ayrımcılık, damgalama, cinsel şiddet, cinsel taciz gibi her türlü insan hakları ihlali durumları için başvuru mekanizmaları oluşturulmalı, gençler bu başvuru mekanizmaları hakkında bilgilendirilmelidir.

# Engelli Bireylerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı ve Hakları

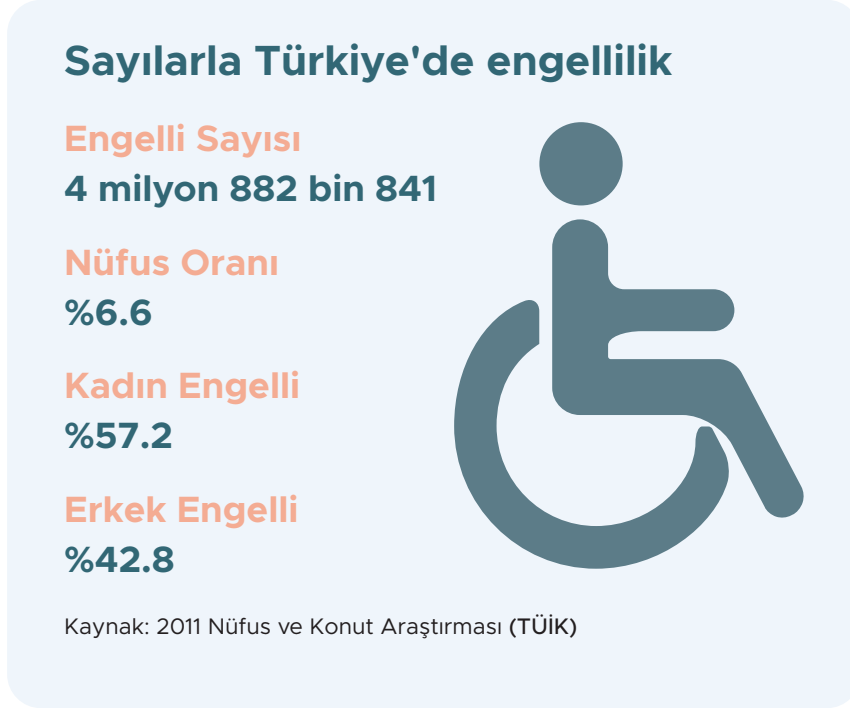
Raporun bu bölümünde, 2015-2021 yılları arasında, engelli bireylerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgi durumu, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimi ve önündeki engeller, cinsel sağlık ve üreme sağlığı sorunları, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sonuçları ve ileride sağlık hizmeti sunacak kişilerin konu ile ilgili durumu/tutumları cinsel sağlık ve üreme sağlığı gereksinimlerinin neler olduğuna dair 14.140 taranan kaynaktan alınan 26 literatürün bulguları ve sonuçları incelenerek değerlendirilmiştir. Raporun bu kısmında çok sınırlı kaynağa ulaşılmıştır, özellikle PubMed’de hiçbir makale karşımıza çıkmamıştır.

B.30- Türkiye’de engelli bireylerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerindeki ihtiyacını saptayabilmek için engellilik türleri, yaş, cinsiyet ve engelli sıklığına dair güncel veriler bilinmemektedir.

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2011’de yayınladığı raporda dünya nüfusunun %15’ini engelli bireylerin oluşturduğu aktarılmıştır (245). Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Departmanı’nın engelli bireylerle ilgili hazırladığı bilgi metninde Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü (OECD) ülkelerindeki engelli kadın sayısının engelli erkek sayısından daha fazla olduğu belirtilmiştir (246). Türkiye’deki engelli bireylere ilişkin referans olarak kabul edilen en kapsamlı çalışma, Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı (DİE) ve Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı’nın yürüttüğü Aralık 2002 Türkiye Özürlüler Araştırması’dır. Bu araştırma ile Türkiye’deki engellilerin sayısı, oranı, sosyoekonomik yapısı, sosyal yaşamda karşılaştıkları sorunlar, beklentileri, engellilik türü, engel durumunun oluş sebebi, bölgesel farklılıklar ile süregelen hastalığa sahip olma oranları tespit edilmeye çalışılmıştır.

Buna göre, 0-3 yaş arası nüfus dahil olmak üzere Türkiye nüfusunun %12,29’unun, toplam kadın nüfusunun %13,45’inin çoğunluğu süregelen hastalıklar kategorisinde olmak üzere; ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma, zihinsel engel gruplarından herhangi biri içerisinde olduğu saptanmıştır. Türkiye’deki engelli nüfusuna ilişkin en güncel veriler ise 2011 yılında TÜİK tarafından gerçekleştirilen Nüfus ve Konut Araştırması’na dayanmaktadır. İlgili araştırmaya göre, 3 yaşından büyük nüfusta engelli oranı %6,9 olarak tespit edilirken; kadın nüfusu içinde engelli oranının nüfusun %7,9’unu oluşturduğu ifade edilmiştir (247).

Şekil 14'de Türkiye'deki engelli bireylerin sayıları; 4 milyon 882 bin 841,nüfusa oranı %6.6, kadın engelli;%57,2, erkek engelli %42,8 olarak yazılmıştır, görsel olarak kadın ve erkek tekerlekli sandalye figürü kullanılmıştır.



**Şekil 14.** Türkiye'deki engelli bireylerin dağılımı

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin ve özellikle CSÜS hizmetlerinin planlanabilmesi için güncel engellilik türleri, sıklığı, cinsiyet ve yaş dağılımının bilinmesi gerekir. Güncel olmayan araştırma verileri kullanılarak hak temelli CSÜS hizmet planlaması yapılamaz.

B.31- Engelli bireyler için hak temelli, veriye dayalı bütüncül sağlık hizmet politikaları eksiktir.

BM Genel Kurulu'nun 2015 tarihli Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nin, sonuç belgesinde "Fiziksel ve zihinsel sağlığı ve refahı artırmak ve herkes için doğuştan beklenen yaşam süresini uzatmak için herkes evrensel sağlık kapsamına girmeli ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişmeli, kimse geride bırakılmamalıdır" denir (248). Bu kapsamda toplumlarda en çok ayrımcılığa uğrayan kesimlerin başında engellilerin olduğu unutulmamalıdır. SKH'lerinde 5. Hedef özellikle hükümetleri kadınlara ve kızlara yönelik her türlü ayrımcılığa son vermeye, şiddeti ve zararlı geleneksel uygulamaları sona erdirmeye ve kadınların üreme haklarını destekleyebilmelerini sağlamaya çağırılmaktadır. CSÜS Hakkındaki 22 No'lu (2016) BM Genel Yorumu'na göre (Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesinin 12. Maddesi) çok sayıda yasal, usul, pratik ve sosyal engeller nedeniyle, insanların cinsel sağlık ve üreme sağlığı tesislerine, hizmetlere, araçlara ve bilgilere erişimi ciddi şekilde sınırlandırılmıştır. Aslında, kadınlar ve kız çocukları ile birlikte engelli bireylerin cinsel sağlık ve üreme sağlığına tam olarak erişimi tüm dünyada uzak bir hedef olmayı sürdürmektedir (249).

Türkiye'de engelliliğe ilişkin politikalarda iki temel sorun vardır. İlk sorun temel politikaların hak temelli olmayışıdır. Bu nedenle BM Engelli Haklarına İlişkin Sözleşme'nin sunduğu hakları uygulamaya çalışan esaslı bir politika için ciddi bir inisiyatif henüz başlatılmamıştır. İkinci temel sorun ise, ilkiyle bağlantılı olarak, veriye dayalı bir politika olmayışıdır (250).

Engelli bireylerin bağımlı olma durumları en aza indirilerek, toplumda kendilerine yeter hale gelmelerinin önündeki engellerin kaldırılması, engellilerin toplumla bütünleşmeleri yönünde olumlu sonuçlar doğuracaktır. Dolayısıyla fiziki, teknik, yasal hatta toplumsal tutum ve davranış bakımından tüm alanlarda engellilere engel olan durumların tespit edilerek sorunların çözümüne yönelik adımlar atılması gerekmektedir. (251). TÜİK'in 2010 tarihli "Engellilerin Sorunları ve Beklentileri Anketi"nde, %77'lik kesim hükümet kurum ve kuruluşlarından beklentilerinin sağlık hizmetlerini iyileştirme olduğunu belirtirken, %40,4'ü kamu kurum ve kuruluşlarından beklentilerinin iyileştirme ve bakım hizmetleri için olduğunu belirtmiştir (252).

Mevcut hizmetler genellikle engelli kişileri kapsayacak şekilde kolayca uyarlanabilir. Bu konuda farkındalığı artırmak ilk ve en büyük adımdır. Engellileri program tasarımına ve izlemesine dahil ederek çok şey başarılabilir (253).

Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın Engelliler için Bilgilendirme Rehberi 2019 (254) ve Sağlık Bakanlığı, engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminin tam ve sürekli olarak sağlanması, sağlık hizmetlerinin engelli bireylerin engel durumuna uygun ortamlarda hızlı, verimli ve mağdur etmeden karşılanması ve sağlık bakım kalitesinin yükseltilmesi amacı ile 2010/79 Sayılı Özürlü Kişilere Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Genelge'yi yayınlamıştır (255).

Engelli kadınlara yönelik şiddetin önlenmesi ve etkin mücadele araçlarının geliştirilmesi amacıyla etkili bir kamu politikası olmadığı gibi, bu alanda elimizde herhangi bir veri de bulunmamaktadır. Engelliler, özellikle engelliler hakkında kararlar veya hizmetler üzerinde söz sahibi olabilirken, karar alma süreçlerinde veya hizmetlerin tasarımında engelli kişilere danışılmaz, diğer bir ifade ile onlar sürece dahil edilmezler. Engellilerin sorunları pek çok bakanlığı ilgilendirdiği halde pek çok Bakanlık, engelliliğe ilişkin sorunları kendi işlevleriyle ilgilendirmemektedir. Engellilikle ilgili tüm konular Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı veya Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğu olarak görülmektedir. Sonuç olarak, bu Bakanlıklar ne diğer Bakanlıklarla koordinasyon içinde çalışmakta ne de engelli kişilere çalışmalarında danışmaktadırlar (256).

İstanbul Sözleşmesi'nin GREVIO (Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence- Kadınlara Yönelik Şiddet ve Ev İçi Şiddete Karşı Eylem Uzman Grubu) Türkiye Değerlendirmesi Raporu'nda (2018), sözleşmenin yükümlülüklerine tam olarak uymak için iyileştirmenin gerekli olduğu bir dizi ek alan belirlenmiştir. Bunlar, diğerlerinin yanı sıra, kesişen ayrımcılığa maruz bırakılan veya bırakılma ihtimali olan kadınları etkileyen şiddeti önleme ve bunlarla mücadele etme tedbirleriyle ilgilidir. Burada savunmasız kadın gruplarının içerisinde engelli kadınların da olması dikkat çekicidir (257).

B.32- Engelli bireylerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine ulaşımı önündeki engeller ayrımcılık ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile katlanarak büyümektedir. Engelliler konusundaki veri, bilgi ve istatistikler güncel olmayıp olanlar da yetersiz ve sorunludur.

Engelliler engelliliğe dayalı ayrımcılığa ve toplumun birçok alanında cinsiyete dayalı ayrımcılığa maruz bırakılmaktadırlar. Engellilerin toplumun kendilerine biçtiği rollerden dolayı yükleri daha da ağırlaşmakta ve çoğu durumda engelliler toplum tarafından dışlanmaktadır. Engelli olma halinin yanında bir de kadın olmak, bu bireyleri toplumda çifte dezavantajlı konuma getirebilmektedir. Engelli kadınlar, hayatı diğer engelli bireylere, engelli/engelli olmayan erkeklerle ve engelli olmayan kadınlara göre farklı biçimde deneyimlemektedir.

Engelli kadınlar, bu deneyimler sırasında aile içinde, eğitimde, sağlıkta ve çalışma hayatında birçok sorunla karşılaşabilmektedir. Bu sorunlar, engelli kadınların yaşam alanını ev içi yani özel alanla sınırlanmasına yol açmaktadır (258).

Engelli kadınların engelli erkeklerle karşılaştırıldığında daha dezavantajlı oldukları bilinen bir gerçektir. Kadın engelliler, sosyal dışlama ve ayrımcılığı daha ağır koşullarda yaşamaktadırlar. Bu kadınlar toplum içerisinde damgalanmakta, dışlanmakta ve sıklıkla ötekileştirilmektedirler. Kadınların güçleri toplum tarafından küçümsenmekte, çoğu konuda başarılı olamayacakları sanılarak olumsuz ön yargılarda bulunmaktadır. Bu durum çoğunlukla toplumun, engellileri ve dolayısı ile engelli kadınları, onların özelliklerini, sorunlarını ve gereksinimlerini yeterince iyi tanımamasından kaynaklanmaktadır (259).

Cinsel sağlık ve üreme sağlığına ilişkin yeterli farkındalık ve bilgiye sahip olamayan engelli kadın ve kız çocukları, toplumsal cinsiyete dayalı şiddetten daha fazla etkilenmektedirler ve ilgili mücadele mekanizmalarına başvurmaları da güçtür. Engelli kadın ve kız çocuklarının sağlığına ve beden bütünlüğüne tehdit oluşturabilecek ihmal, istismar ve şiddet durumlarını önleyebilmek için cinsel sağlık ile ilgili gerekli hizmetlere erişimin sağlanması ve karşılaşılan toplumsal cinsiyete dayalı şiddet vakalarının tespiti ve uygun müdahalelerin yapılması, hak ihlallerinin azaltılması ve ortadan kaldırılmasını sağlayabilir (260).

Doğumsal, edinilmiş, duyuşal bileşenli (işitme, görme, vs) ya da fiziksel engeli bulunan kadınların üreme sağlığı ile ilgili yaşadığı sorunların temelinde hizmete erişim bulunmaktadır (261). Engelli kadınların cinsel sağlık ve üreme sağlığına etki eden bazı engeller şunlardır: Fiziksel olarak sağlık hizmetlerine erişememe (taşıma, kliniklerin mesafesi, rampa olmayışı, uygun muayene masalarının olmayışı), bilgi ve iletişim materyallerinin yokluğu (Braille alfabesinde materyal yokluğu, basit resimli broşürlerin olmayışı), sağlık hizmeti sunanların ayrımcı davranışları, sağlık hizmeti sunanların engellilerle çalışma konusundaki beceri ve bilgi eksikliği, sağlık hizmeti sunanlar arasında koordinasyon eksikliği, yeterli kaynak ve bütçe olmayışı. Ayrıca doğurganlığını düzenlemek isteyen engelli kadınlar toplumsal baskıya maruz bırakıldıkları gibi sağlık hizmeti verenler tarafından da negatif bir tutumla karşılaşmaktadırlar. Doğurganlığın düzenlenmesi (AP) hizmeti talep eden engelli kadınlara engelleri özelinde bir danışmanlık hizmeti verilmelidir (262).

Engellilerin topluma katılmalarının ve diğer bireyler gibi toplumun aktif birer üyesi olmalarının önünde önemli engeller bulunmaktadır. Ancak engellilerin kadın olması durumunda söz konusu sorunlar katlanarak artmakta, engelli kadınların toplumdaki görünürlüğü daha da sınırlanmaktadır. Örneğin tekerlekli sandalyeye erişmiş bir erkek engelli artık tek başına sokaklarda, zorlanarak da olsa, görünür olabilirken, aynı durumdaki engelli kadınlar için bunu söylemek oldukça zordur. Bu durumda, toplumsal cinsiyet bağlamında kadına yüklenen rol ve beklentiler oldukça etkilidir.

Birçok araştırma göstermektedir ki, engelli kadınlar tüm toplumlarda daha dezavantajlı bir profil çizmektedir. Engelliler konusundaki veri, bilgi ve istatistiklerin yetersiz ve sorunlu olduğu görülmüştür. Türkiye’de engellilere yönelik ilgi, bilgisiz duyarlılık şeklinde ortaya çıkmakta ve büyük ölçüde acıma, hor görme ve görmezden gelme arasında yer almaktadır (263).

B.33- Engelli bireylerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinden beklentileri, hizmetlere en az engelsiz kişiler kadar ulaşabilmek ama onlara özel hakkaniyetin sağlanmasıdır.

Engelliler; fiziksel koşullara erişememekte, evrensel tasarım ilkelerine uygun uygulamalar ve düzenlemeler hala geliştirilmemektedir ve bu nedenle sağlık, eğitim ve iletişim gibi birçok hizmet, eşit fırsat ilkesine uygun olarak kullanılamaz. Engelli kadınlar, birçok alanda olduğu gibi temel haklardan biri olan sağlık hakkına ulaşırken de bazı sınırlılıklar nedeniyle güçlük çekmekte ve güçlükler yapılan düzenlemelerle giderilmeye çalışılmaktadır. Engelli kadınların sağlık hakkını olumsuz yönde etkileyen sınırlılıklar ise; fiziksel sınırlılıklar, ekonomik problemler, üreme sağlığı ve engellilere yönelik tutum ve davranışlar olarak ele alınabilmektedir. Fiziksel sınırlılıklar, engelli olmayan bireyler için düzenlenen fiziksel çevre ve sağlık kurumlarından kaynaklanan, engelli bireylerin özellikle engelli kadınların sağlık hakkına erişimini zorlaştıran koşulları içermektedir. Türkiye’de hala hastanelerin engelli bireyler için yeterli donanıma sahip olmadığını söylemek mümkündür. Ekonomik problemler, engelli kadınların tedavisinde kullanılacak ortez, protez, tekerlekli sandalye, görme ve işitme için kullanılacak ekipmanların edinilmesinde yaşanan sorunları içermektedir (258).

Engelli kadınların CSÜS hizmetlerine erişimde ekonomik ve fiziksel güçlükler ile karşılaştığı, sağlık profesyonellerinin konuya duyarsız olduğu ve yeterli bilgiye sahip olmadığı, sağlık merkezlerinin ve ilgili ekipmanların engelli kadınlar için erişilebilir olmadığı bilinmektedir.

Engelli kadın ve kız çocuklarına sunulması gereken cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinin erişilebilir ve kapsayıcı olması, ihtiyaç sahibinin kolay ulaşabilmesi ve mağduriyet yaşamaması için zorunlu bir durumdur. Engelli kadın ve kız çocuklarının cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimi ile ilgili tek ibarenin 2018-2023 Kadının Güçlenmesi Strateji Belgesi’nde bulunduğu görülmektedir.



Bu belgede engelli kadınlara dair çalışmalar yürütülmesi gerektiği belirtilmiş, sağlık hizmet ihtiyacının tespit edilmesi amacıyla yapılacak araştırmalara konu olacak gruplar içerisinde engelli kadınlar da sayılmış, içerisinde üreme sağlığı, üreme hakları, genetik hastalıklar, akraba evlilikleri, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunma gibi cinsel sağlığa ilişkin başlıkların bulunduğu konularda hazırlanacak araştırma raporları ve bilgilendirme materyallerinin engelli kadınlara da ulaşılabilmesi için erişilebilir formatlarda üretileceği ve kadınların daha rahat erişebileceği birinci basamak sağlık kuruluşları, yerel yönetimlerin ve ilgili bakanlıkların ve kurumların kadınlara yönelik merkezlerinde dağıtılacağı belirtilmiştir (260).

Engelli kadınlar gebeliklerinde diğer gebe kadınlardan daha az pelvik muayeneye gitmekte olup bunun nedeni korku ve çekinceleri olmasıdır. Gebelik, doğum ve doğum sonrası deneyimleri bu kadınların bilinmeyen dönemleridir. Ancak sağlık çalışanları , bu engel çeşidine sahip kadınların doğum planlamalarını yaparken doğum şeklinin kararı konusunda bireylerin isteklerini önemsememekte, vajinal doğum yapabilme becerilerini değerlendirmemektedir (264).

B.34- Engelli bireyleri hizmetlere erişimini sağlayacak bilgi, eğitim ve iletişim materyallerinin yokluğu (Braille alfabesinde material eksiki, özel ihtiyaçlara cevap verilmemesi)

Ayrımcılığa maruz bırakılmama ve eşitlik yalnızca yasal ve biçimsel eşitliği değil aynı zamanda temel eşitliği de gerektirir. Temel eşitlik, belirli grupların farklı cinsel sağlık ve üreme sağlığı ihtiyaçlarının ve karşılaşabilecekleri engellerin de ele alınmasını gerektirir. Belli grupların cinsel sağlık ve üreme sağlığı ihtiyaçlarına özel zen gösterilmelidir. Örneğin, engelliler cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine aynı çeşit ve nitelikte ulaşabilmeli, aynı zamanda engellerinden dolayı özellikle ihtiyaç duyacakları hizmetlerden de yararlanabilmelidirler. Dahası, engelli kişilerin fiziksel olarak erişilebilir olanaklar, erişilebilir formatlardaki bilgi ve karar alma desteği gibi cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine eşit derecede erişebilmeleri için makul düzenlemeler yapılmalıdır ve devletler bu bakımı marjinalleştirmeyi artırmayan, saygılı ve onurlu bir şekilde sağlamalıdır (249).

Eğitim materyalleri engelli bireylerin engelliliklerine uygun düzenlenmediği için toplumsal cinsiyet ve CSÜS ve hakları eğitimlerine erişimi sınırlıdır. Zihinsel ve/veya fiziksel engelli kişilerin cinsel yaşamı genellikle göz ardı edilen bir meseledir. Zihinsel ve/veya fiziksel engelli kişilerin cinsel ihtiyaçlarına yönelik tutumlar genellikle önyargılıdır ve bu bireylerin cinsel yaşamı olmadığı varsayılmaktadır.

Engelli kişilerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmeti alırken yaşadıkları en büyük sorun, diğer insanların engellilik hakkındaki olumsuz algılarıdır. Bu olumsuz algılardan bazıları şunlardır: “Engelli insanların cinsel ihtiyaçları yoktur, engelli insanlar cinsel olarak çekici değildir, engelli insanların cinsellikten daha önemli ihtiyaçları vardır, engelli insanlar seks yapamaz ve engelli insanlar çocuk sahibi olmamalıdır”. Bu cinsel mitler zihinsel ve/veya fiziksel engelli insanlara karşı ayrımcılığa yol açar ve bu ayrımcılık zihinsel ve/veya fiziksel engelli insanların hayatlarını zorlaştırır. Zihinsel ve/veya fiziksel engelli kişilerin de cinsel sağlık ve üreme sağlığı haklarına sahip oldukları akıldan tutulmalıdır. Zihinsel ve/veya fiziksel engelli kişilerin karşılaştığı diğer cinsel zorluklar arasında halk tarafından yanlış genelleme, cinsellik hakkında bilgi eksikliği ve cinsellik hakkında bilgiye erişmenin önündeki engeller bulunmaktadır (265).

Zihinsel engelli ergenlerin menstrual hijyenlerinin incelendiği bir makalede, ergenlerin ve onlara bakım verenlerin birçok zorlukla karşılaştığı gözlenmiştir. Toplumda menstrüasyon döneminin “kirli bir dönem” ya da “hastalık” olarak tanımlanmasından dolayı zihinsel engelli ergenler bu dönemi aileleri ile paylaşmaktan ve destek istemekten çekinmektedirler. Bu noktada özel eğitim merkezlerinde alacakları görsel materyallerle de desteklenen hijyen ve özbakım eğitimleri zihinsel engelli ergenlerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını korumaları bakımından önemli olacaktır (266). Görme engelli kadınların menstrüal hijyen yönetimi uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmaya katılan kadınların yaklaşık yarısı, genital bölge temizliğini hatalı yapmakta, yaklaşık üçte biri menstrüasyon döneminde banyo yapmaktan kaçınmakta ve sadece dörtte biri hem tuvalete girmeden önce hem de tuvaletten çıktıktan sonra el yıkamaktadır. Görme engelli kadınların yarısından fazlası pedini günde dört kezden az sıklıkta ve yaklaşık yarısı ancak ıslaklığının arttığını hissettiğinde değiştirdiğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan kadınların, beşte biri menstrüasyon döneminde ped değişimi konusunda zorluk yaşadığını ve yaklaşık dörtte biri de menstrüasyon döneminde değişik konularda kaygı yaşadığını ifade etmiştir (267).

### B.35- Sağlık çalışanlarının bilgi, donanım ve tutum yetersizliği sorundur.

Engelli kişiler diğer bireylerden daha fazla CSÜS ihtiyaçlarına sahiptir. Çünkü bu savunmasız grup genellikle bilgi ve hizmetlerin önünde engellerle karşılaşmaktadır. Sağlık çalışanları da dahil olmak üzere toplumun ve bireylerin tutumları hizmete erişim önündeki engelleri artırmaktadır. Aslında, mevcut hizmetler genellikle engelli kişileri kapsayacak şekilde kolayca uyarlanabilir. Konu ile ilgili farkındalığın artırılması ilk ve en büyük adımdır. Engelli kişileri program tasarımına ve izlemesine dahil ederek çok şey başarılabilir (253).

Ebe ve hemşirelerin, engelli kadınların perinatal dönemleri hakkındaki deneyim ve görüşlerini inceleyen bir çalışmaya göre, araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerden %90,7'sinin mesleki eğitimleri sırasında engelli kişilerin bakımına yönelik hiçbir eğitim almadığı saptanmıştır. Günümüzde de halen akademik hayatta alınan eğitimlerde engelli kadınların üreme sağlıkları veya perinatal dönemlerine dair eğitim verilmemektedir. Kendisini engelli kadınlarla karşılaştığında bakım veya danışmanlık hizmeti sunumunda yetersiz gören sağlık çalışanlarının iletişim becerisini geliştirmesi oldukça önemlidir. Ancak araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerden sadece %19,2'si kadının engel durumuna göre doğum şeklinin değişebileceğini ifade etmiştir. Eğitim talebinde bulunanların %9,6'sı işaret dili eğitimlerinin düzenlenmesini talep ederken, %27,4'ü her engel çeşidine uygun engelli kadınların bakımlarına dair eğitimlerin düzenlenmesini istemişlerdir. Araştırma grubundaki ebe ve hemşirelerin %14,5'i çalıştıkları kurumda hizmet sunumuna yönelik düzenlemelerin artırılması gerektiğini belirtmiştir. Ebe ve hemşireler engelli kadınların bakım ve danışmanlık hizmetlerine dair personel eğitimlerinin eksikliğinden yakınmaktadır. Sağlık çalışanları işaret dili eğitimlerinin yaygınlaşmasını talep ederken işaret dili eğitiminin, kadınlarla gebelik, doğum veya doğum sonrasındaki dönemlerde iletişime geçebilecek kapsamda olması gerektiği düşünülmektedir. Hemşirelerin tamamına yakını (%90,6) engellilere yönelik eğitim almak istediğini belirtmiştir. Eğitim talebinde bulunanların yarısına yakını (%49,2) işaret dili eğitimi almak veya Braille alfabesini öğrenmek isterken, %43'ü engelli kadınların bakımlarına yönelik eğitimlere katılmak istemiş, %27,6'sı ise daha etkili danışmanlık hizmeti sunmak ve iletişim becerisini geliştirmek istediğini ifade etmiştir. Danışmanlık hizmetlerinde ise hangi engel türüne hangi eğitim materyalleriyle etkili eğitim sunabilecekleri konusunda bilgi eksikleri mevcuttur. Engelli kadınlara bakım verirken ihtiyaçlarına göre bakım planı hazırlama konusunda kendilerini yetersiz hissetmektedirler. Bakım ve eğitim taleplerini karşılayabileceklerini düşünmeyen ebe ve hemşireler hizmet sunumları sırasında engelli kadınlara endişe ile yaklaşmaktadır (259).

Her kadının olduğu gibi engelli kadınların da cinsel gereksinimleri vardır ve cinsellik bu bireylerin yaşam kalitesi için önemli bir faktördür. Hatta birçok sağlık çalışanı engelli kadınların cinsel yönden aktif olmadığını ve aseksüel olduklarını düşünmektedir. Engelli kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası annelik deneyimleri hakkında sağlık çalışanlarının bilgi eksikliği olduğuna dikkat çekilmiştir. Bu durumun başlıca nedenlerinden biri engellilikle ilgili yeterli tecrübe sahibi olunmamasıdır (264).

Türkiye'de hemşirelik alanında cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularında yapılmış olan tezlerin incelendiği bir makalede, hemşirelerin cinselliği etkili bir şekilde değerlendirmesini engelleyen birçok faktör olduğu ve hemşirelerin cinsellik ve cinselliği değerlendirmede yeterli bilgiye sahip olmamasının bu engellerden birisi olduğu belirtilmektedir. Hemşirelerin bilgi eksikliğinin sebeplerinden biri de engellilerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında yapılmış araştırmaların kısıtlılığıdır (267).

Engelli bireylere sağlık çalışanlarının bakış açısı, acımdan yardım etmeye, yok saymaktan ikinci plana itmeye kadar gidebilmektedir (268). Engellilerin profesyonel yardıma ve bakıma ihtiyaçları olduğu unutulmamalıdır (251). Engelli bireylerin ihtiyaçları ve seebileceklere yöntemler farklılık gösterebildiği için bu gruplara istenmeyen gebelik önleyici yöntem danışmanlığı yapacak sağlık profesyoneline önemli sorumluluklar düşmektedir. Engelli bireylerin de cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularında yeterince bilgilendirilmeye hakları olduğu unutulmadan, danışmanlık aynı şekilde yapılmalıdır. Ayrıca engelli bireylerin diğer bireylere göre istismara maruz bırakılma açısından daha hassas olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durum engelli bireylerin kendi istekleri dışında sterilizasyona (cerrahi yöntemle gebeliğin engellenmesi) maruz bırakılmalarına, kürtaj yaptırmaya zorlanmalarına ya da zorla evlendirilmelerine neden olabilmektedir. Ayrıca engelli bireyler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla enfekte olma açısından da riskli gruplar arasındaydeler almaktadır ( 269).

Toplumda fiziksel engelli bireylerin aseksüel oldukları, gebe kalma ve ocuk doğurma gibi planlarının ve jinekolojik bakım gereksinimlerinin olmadığı yönünde önyargılar mevcuttur. Bu nedenle, sağlık bakım çalışanları bu önyargıların farkında olarak engelli hastaların bakımında da bütüncül yaklaşımı esas almalıdır. Fiziksel engelli kadınların gereksinimlerini değerlendirerek, bireye özgü uygun girişimlerde bulunmalıdırlar. Birçok fiziksel engelli kadın, gebe kaldığında veya kalmak istediğinde birçok çevresel ve fiziksel sınırlılıklar, ayrımcı tutum ve davranışlar, tıbbi bakım ve rehabilitasyona ilişkin hizmet yetersizlikleri, eğitim ve ekonomik kıstlılıklar gibi engellerle karşılaşmakta ve gereksinim duydukları sağlık bakım hizmetlerine ulaşmamaktadır. Bu nedenle fiziksel engelli anne adayları doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır. Tüm hastaların bakımında etik ve profesyonel mesleki sorumlulukları olan sağlık bakım çalışanları, fiziksel engelli hasta bakımında da bütüncül yaklaşımı amaçlamalı ve engelli kadınların gereksinim duydukları sağlık bakım hizmetlerinin giderilmesinde gereken desteği ve danışmanlığı sağlamalıdır (264).

Engelli bireylere yönelik olumsuz tutumlar, toplumsal hizmetlerden yararlanmalarını engellemekte, özellikle sağlık hizmetlerinde çalışanların bilgi ve deneyim yetersizliği, olumsuz tutum ve davranışları nedeniyle engelli bireylere sınırlı hizmet sunulabilmekte ya da hizmetlerin kalitesi yeterli olmayabilmektedir (270).

İster görünür ister görünmez bir sakatlık haline sahip olsunlar, sağlık çalışanları engelli bireylerin gebelik ve doğumlarını “yüksek riskli” olarak tanımlamaktadırlar. Oysa tekerlekli sandalye kullanıcısı olmak veya işitme engelli olmak obstetrik açıdan riskli olmayı gerektirmemektedir. Ancak sağlık çalışanlarının engelli kadınların gebe kalmaları ve ocuk dünyaya getirmeleri konusunda olumsuz önyargıları vardır.

Engelli kadınlar doğurgan dönemlerinde sağlık çalışanlarından yeterince eğitim almadıklarını, verilen bakım sırasında engeline uygun davranılmayarak duygu ve düşüncelerinin önemsenmediğini ifade etmişlerdir. Aseksüel oldukları varsayılan engelli kadınlara istenmeyen gebelikleri önleyici yöntemlerden bahsetmeyen sağlık çalışanları bu kişilerin ihtiyaçlarını görmezden gelmektedir. Bu sebeple plansız çocuk sahibi olan engelli gebe sayısının artması muhtemeldir. Jinekolojik bakım alma konusunda yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının engelli kişilerin cinsellikleriyle ilgili sınırlı bilgiye sahip oldukları ve bu nedenle bakım ve tedavilerinde güçlüklerle karşılaştıkları ortaya konulmuştur. Çalışmalarda engelli kadınlara doğurganlığın düzenlenmesi (AP) hakkında yüzeysel bilgiler verildiği, CYBE'lere karşı taranmaları sonucuna varılmıştır. Engelli kişi, üreme yeteneğine sahip yetişkin bir kadın gibi değil herhangi bir hastalığa sahip çocuk gibi değerlendirilmektedir. Eğitimlerin anlaşılabilir olması, ihtiyaçlara cevap vermesi bu bireylerin kaliteli yaşam standardına erişimi için kilit noktadır (259).

Türkiye Körler Federasyonu'nun COVID-19 pandemisinde engelli kadınların karşı karşıya kaldıkları hak ihlallerini araştırdığı çalışmanın sonuç raporu, engelli kadınların herhangi bir toplumsal kriz, afet veya salgın olmadan da gündelik yaşamda pek çok hak ihlaline maruz bırakıldığını, tüm dünyayı etkileyen COVID-19 pandemisiyle daha da ağırlaşan şartların hak kayıplarına sebep olduğunu göstermektedir. Pandemi öncesinde engelli kadınlar arasında ekonomik, fiziki, cinsel, duygusal, sözel şiddet biçimlerinden en az birisine maruz bırakılanların oranı %33,4'tür. Rapor, bu oranın pandemi sürecinde %39,6'ya çıktığını göstermektedir. Sonuçta rapor engelli kadınların engellilik ve toplumsal cinsiyetten kaynaklı olarak çoklu ayrımcılığa maruz bırakıldıklarını tespit etmektedir (271).

## Sonuç

Türkiye’de engellilik türleri, yaş, cinsiyet ve engelli nüfusun dağılımı konularında güncel verilere gereksinim vardır.

Engelli bireyler için hak temelli, veriye dayalı bütüncül sağlık hizmet politikaları bulunmamaktadır.

Engelli bireylerin CSÜS bilgi düzeyleri, hizmet gereksinimleri, hizmetleri kullanımları ve beklentileri konusunda araştırmaların niceliği ve niteliği yetersizdir.

Engelli bireyler engelleri dışında ayrıca toplumsal cinsiyet ayrımcılığına maruz bırakılmaktadırlar. Bu savunmasız grup genellikle bilgi ve hizmetlerin önünde engellerle karşılaşmaktadır.

Sağlık alışanları da dahil olmak üzere toplumun ve bireylerin tutumları hizmete erişim önündeki engelleri artırmaktadır.

# Özet Bulgular

B.30-Türkiye’de engelli bireylerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmet ihtiyacını saptayabilmek için engellilik türleri, yaş, cinsiyet ve engelli sıklığına dair güncel veriler bilinmemektedir.

B.31-Engelli bireyler için hak temelli, veriye dayalı bütüncül sağlık hizmet politikaları eksiktir.

B.32-Engelli bireylerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimi önündeki engeller ayrımcılık ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile katlanarak büyümektedir. Engelliler konusundaki veri, bilgi ve istatistikler güncel olmayıp, olanlar da yetersiz ve sorunludur.

B.33-Engelli bireylerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinden beklentileri, hizmetlere en az engelsiz kişiler kadar ulaşabilmek ama onlara özel hakkaniyetin sağlanmasıdır.

B.34-Engelli bireyleri hizmetlere erişimini sağlayacak bilgi, eğitim ve iletişim materyalleri mevcut değildir (Braille alfabesinde materyal eksikliği, özel ihtiyaçlara cevap verilmemesi).

B.35-Sağlık çalışanlarının bilgi, donanım ve tutum yetersizliği sorundur.

## Öneriler

Türkiye’de son 5 yıldaki engelli bireylerin CSÜS ve hakları ile ilgili literatürün sistematik incelemesinden elde edilen bulgular ve sonuçlara göre uygulamalara yönelik öneriler şöyledir:

- Ulusal bir engellilik stratejisi ve eylem planı hazırlanarak, engelli bireylerle ilgili politika oluşturulması, bu politika içinde engelli kadınların durumunun ayrıca değerlendirilmesi, “engelli” ve “kadın” olmaktan kaynaklanan farklı sorun ve ihtiyaçlara dikkat edilmesi ve kadınlara fırsat eşitliği sağlanması için savunuculuk çalışması yapılmalıdır.
- Engelli dostu CSÜS danışmanlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık sistemine entegrasyonu, engellilerin hassas gruplar arasında yer aldıklarının göz önünde bulundurulması, CSÜS danışmanlığında öncelikli gruplar arasında engellilere yer verilmesi, danışmanlık hizmeti verilirken bireyin engel durumunun özelliği ve tercihlerinin göz önünde bulundurulması, engelli bireylere ayrımcılık yapılmadan hizmet sunulması ve bunu sağlamak için gerekirse ortam düzenlemesi yapılması, sağlık merkezlerinde tekerlekli sandalyelere uygun giriş ve çıkışlar olması, engellilere uygun geniş banyolar bulunması, daha alçak muayene masaları kullanılması, gerek obstetrik gerekse jinekolojik konularda engelli kadınlara standart modellerin uygulanmasından öte engelliliğe yönelik kişisel hizmetler geliştirilmesi, engellilerin sağlık tesisi içerisinde rahat bir şekilde sağlık hizmeti almasını sağlamak amacıyla engellilere refakat edecek sağlık çalışanı (hostes hizmeti) istihdam edilmesi sağlanmalıdır.
- CSÜS hizmet sunumunda tüm engellilerden ve özellikle zihinsel engeli olan bireylerden bilgilendirmiş onamları alınmalı, eğer bireyle bu konuda etkili iletişim kurulamıyorsa bireyin güvenebileceği ve onun adına karar verebilecek bir kişinin onamı alınmalıdır. Ayrıca, RIA uygulanması, isteyerek düşük, doğum ve cerrahi sterilizasyon gibi durumlarda engelli bireyler anlayacakları şekilde bilgilendirilmeli ve aydınlatılmış onamları alınmalıdır.
- Engellilerin sağlık tesisine ulaşımında karşılaştıkları güçlüklerin ortadan kaldırılması amacıyla, yerel yönetimler tarafından uygulanan politikalar gözden geçirilmeli, etkililiği denetlenmeli; ayrıca hasta nakil aracı kullanımı yaygınlaştırılmalı, engellilerin sosyal güvenceleri sağlık giderlerinin tamamını kapsayacak nitelikte düzenlenmelidir.,
- Görme engelli bireyleri kapsayarak hazırlanmış baskılı materyaller, ses kayıtları gibi araçlar kullanılmalı, sağlık çalışanları danışmanlık esnasında net cümlelerle ve gerekirse görme engelli bireyin dokunması sağlanarak anlatım yapmalı, engellileri kapsayan cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitim programları hazırlanmalıdır.
- Engelliler ve aileleri danışmanlık alabileceği kişiler ve yerler hakkında bilgilendirilmeli, görme engelli kadınların menstrüal hijyen yönetimlerinde kullanabilecekleri kapsayıcı ürünler geliştirilmeli ya da var olan ürünler engellilerin kullanımını kolaylaştıracak şekilde düzenlenmelidir.



- Sağlık bakımı veren çalışanların eğitim müfredatlarına ve hizmet içi eğitimlere engelli kadınlara bakım konusu eklenmeli, sağlık çalışanlarına engellileri kapsayan doğum öncesi bakım, doğuma hazırlık ve doğum sonrası bakım ile CSÜS/AP danışmanlık eğitimi verilmeli, işaret dili ya da Braille alfabesi bilen sağlık çalışanı sayısı artırılmalı, ebe ve hemşirelere engellilik, engel çeşidine göre kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetleri konusunda kaynak olacak yerel bakım rehberleri oluşturulmalı, engellilere yönelik CSÜS/AP hizmeti veren sağlık çalışanları önyargı ve ayrımcılıktan uzak bir tutum sergilemeleri için hizmet içi eğitimlere tabi tutulmalıdır.
- Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi'nde görevli sosyal hizmet uzmanları tarafından engellilerin hak ve önceliklerinden azami düzeyde faydalanmalarını sağlamak, sağlık hizmeti alımında karşılaştıkları güçlüklerin ortadan kaldırılmasına ve engellilerin iş ve işlemlerinin bireyi yormadan yapılmasına yönelik çalışmalar yürütülmelidir.
- Engellilerin CSÜS sorunlarına duyarlılık ve farkındalık geliştirilmeleri için, medya ve sivil toplum kuruluşları aracılığıyla savunuculuk çalışmaları yapılmalıdır.
- Engelli bireylerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı üzerinde daha fazla nitel ve nicel araştırma yapılması önerilir. TNSA'da özellikle engelli bireylere yönelik bir bölümün de tasarlanması uygundur. TK'in sağlık alanındaki her araştırmasına toplumsal cinsiyet verileri gibi engellilerin sosyodemografik özellikleri konulabilir. Türkiye'de kadına yönelik şiddet konusunda yapılan çalışmalarda risk grubu olan engelli kadınları kapsayan yer verilmesi sağlanmalıdır.

# LGBTİ+'ların Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı ve Hakları

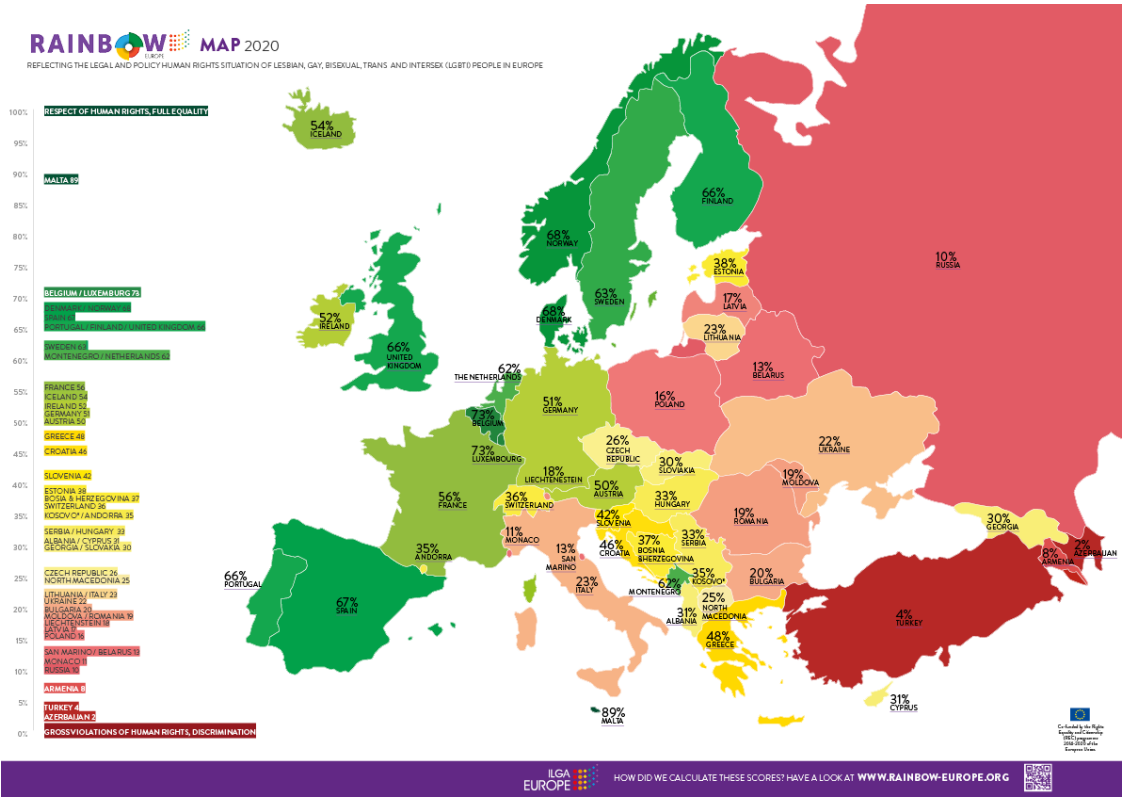
Raporun bu bölümünde, 2015-2021 yılları arasında, LGBTİ+'ların cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgi durumu, CYBE, HIV ve AIDS, mevcut cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine erişim durumları, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sonuçları, ileride sağlık hizmeti sunacak kişilerin konu ile ilgili durumu/tutumları ve LGBTİ+'ların cinsel sağlık ve üreme sağlığı gereksinimlerinin neler olduğuna dair taranan 72.841 kaynaktan alınan 45 literatürün bulguları ve sonuçları incelenerek değerlendirilmiştir.

B.36- Heteroseksizm, homofobi, transfobi ile LGBTİ+'lara yönelik nefret söylemleri, nefret suçları artmaktadır.

Toplumsal cinsiyetin ikili cinsiyet üzerinden kurulması, kadın ve erkeklere belirli tanımlar, roller, görev ve sorumluluklar vermesi ve bu sınırların dışında kalan her varoluş biçiminin reddedilmesi kaçınılmaz son olan ayrımcılığı yaratmaktadır. Toplumsal cinsiyet rolleri arasında pek çok durum sayılabilir. LGBTİ+ başlığı altında toplumsal cinsiyete dair sayabileceğimiz ilk rol/atıf bireylerin heteroseksüel olmaları gerektiği ve bireylerden heteroseksüel yönelime uygun davranış/yaşam biçimi beklenmesidir. Bu beklenti gerçekleşmediği takdirde heteroseksizm, homofobi, transfobi, LGBTİ+'lara yönelik nefret söylemleri, nefret suçları ortaya çıkmakta ve bu düşünce tarzları -yoğunluğu farklı olsa da- başta sağlık ve sağlığı sunan kurum, kuruluş ve merkezlerde olmak üzere, sağlığa erişimin önündeki en önemli engellerden birini oluşturmaktadır.

Avrupa ve Merkez Asya'daki LGBTİ+ hakları konusunda savunuculuk yapan örgütlerin şemsiye kuruluşu ILGA Europe'un 2020 Gökkuşluğu Haritası'na göre Türkiye LGBTİ+'ların yasal ve politik insan hakları konusunda 49 ülke arasında 48. sıradadır (273). (Şekil 15)

Şekil 15'te ILGA Europe'un 2020 Gökkuşluğu Haritası, LGBTİ+'ların yasal ve politik insan haklarında aldıkları puanların yüzde dağılımı Avrupa haritası üzerinden gösterilmiştir.



**Şekil 15.** ILGA Europe'un 2020 Gökkuşluğu Haritası, LGBTİ+'ların yasal ve politik insan haklarında aldıkları puanların yüzde dağılımı

İnsan Hakları Savunucuları Dayanışma Ağı bileşenleri, Birleşmiş Milletler yetkililerine bir mektup göndererek, son dönemde Türkiye'de LGBTİ+ haklarına yönelik artan tehdit ve uygulamalara dikkat çekmiştir. Burada LGBTİ+ hak savunucularını ve bireyleri hedef alan hukuki taciz ve fiziksel saldırıların yanı sıra, sistemli ayrımcılık ve nefret söylemine de vurgu yapılmaktadır.

Diyanet İşleri Başkanı'nın 24 Nisan 2020 tarihinde yaptığı ve LGBTİ+'ları hedef alan açıklaması, baroların bu açıklamaya yönelik tepkisi ve sonrasında LGBTİ+'lara karşı nefret söylemindeki ciddi artış anlatılmaktadır. Bu gelişmelerin, iç hukuka ve Türkiye'nin uluslararası hukuk yükümlülüklerine aykırı olduğu belirtilmektedir (274).

### B.37- LGBTİ+'lar ayrımcılık ve damgalanma korkusuyla sağlık hizmetine ulaşamamaktadır.

LGBTİ+'lar neredeyse tüm dünyada ayrımcılığa ve damgalamaya maruz bırakılmakta, baskı ve şiddet görmektedirler. Hala dünyanın birçok yerinde AIDS “eşcinsel hastalığı” olarak bilinmektedir (275). Sağlık Bakanlığı'nın 2019 yılı HIV ve AIDS verilerinde, vakaların %47,8'inin cinsel yolla bulaştığı, cinsel yolla bulaştığı bildirilen vakaların %68,9'unun bulaş yolunun heteroseksüel cinsel ilişki olduğu ortaya konulmuştur (242).

Türkiye'de yapılan araştırmalar göstermektedir ki LGBTİ+'ların cinsel sağlık ve üreme sağlığı da dahil olmak üzere sağlık hizmetine erişimlerdeki en büyük endişeleri ayrımcılığa maruz bırakılma korkusudur (276-281). Sağlık hizmetine erişimdeki damgalanma, dışlanma endişesi uluslararası ve ulusal literatürde benzer sonuçları ortaya koymakta, LGBTİ+'lar yaşamlarında birçok konuda risk altında olduğu gibi sağlık olanakları bakımından da riskli durumlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (282). Yapılan araştırmalar LGBTİ+'ların sağlık hizmeti alırken ayrımcılığa maruz bırakılacakları konusunda endişe yaşadıkları için hizmete tam olarak erişemediklerini ve sağlık hizmeti alırken yaşadıkları ayrımcılık kaygısının sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını engellediğini göstermektedir (283-288). Türk Ceza Kanunu Madde 122'ye göre; dil, ırk, milliyet, renk, cinsiyet, engellilik, siyasi düşünce, felsefi inanç, din veya mezhep farklılığından kaynaklanan nefret nedeniyle; bir kişiye kamuya arz edilmiş olan bir taşınır veya taşınmaz malın satılmasını, devrini veya kiraya verilmesini, bir kişinin kamuya arz edilmiş belli bir hizmetten yararlanmasını, bir kişinin işe alınmasını, bir kişinin olağan bir ekonomik etkinlikte bulunmasını engelleyen kimse, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır (289). Sağlık hakkı ve üreme sağlığı hakkındaki yasal mevzuatlar incelendiğinde LGBTİ+ hakları kapsamındaki yasal çerçevenin varlığından söz edilebilirken, uygulamalarda yasal çerçevenin korunmadığı ve aksi şekillerdeki uygulamaların hala devam ettiği görülmektedir (290).

LGBTİ+'lar ile yapılan toplamda 2.875 kişilik bir araştırma grubunda katılımcıların 1.525'i yani %53'ü cinsel yönelimlerini veya cinsiyet kimliklerini sağlık çalışanlarına açıklamayı tercih etmediklerini, son bir yılda sağlık profesyoneline başvuran 192 kişinin (%14'ü) cinsel yönelimi veya cinsiyet kimliği nedeniyle ayrımcılığa maruz bırakıldığını belirtmiştir.

Yine aynı araştırmada 219 kişi (%8'i) ayrımcılığa maruz bırakılma korkusu/endişesi ile sağlık hizmeti almaktan çekindiğini, bu nedenle de tedaviye erişemediklerini veya tedavilerini geciktirdiklerini belirtmişlerdir. 208 kişi (%7'si) cinsel yönelimi veya cinsiyet kimliği nedeniyle sağlık çalışanı tarafından tedavi edilmeye çalışıldığını belirtmiştir (279).

153 LGBTİ+ ile yapılan bir çalışmada da kişilerin %62,1'i Türkiye'de LGBTİ+ olarak yaşamaktan memnun olmadıklarını, %52,3'ü cinsel yönelimi ile ilgili bir sağlık hizmeti alımında kimliklerinin ifşa olmasından korktuklarını, %93,5'i tıbbi müdahaleler sırasında mahremiyetlerine saygı gösterildiğini ancak %40,5'i cinsiyet kimlikleri nedeniyle yeterli tıbbi ilgiyi göremediklerini ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla ilgili tedavi alırken/test yaptırırken sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %38,6'sı cinsel sağlık hizmeti almak istediklerinde açıkça veya üstü kapalı olarak geri çevrildiklerini, %52,9'u bir sağlık kurumunda hizmet alırken cinsiyet kimliği veya cinsel yönelimi nedeniyle bir ayrımcılık yaşadıklarını, %39,2'si sağlık çalışanlarının ayrımcı, önyargılı davranması endişesiyle sağlık hizmeti almaktan çekindiklerini/kaçındıklarını veya ertelediklerini belirtmiştir (291).

Başka bir çalışmada 278 LGBTİ+ katılımcının %67,3'ü cinsel yönelimi ve cinsiyet kimliğini sağlık çalışanlarına söylemekten çekindiklerini belirtmiş, %25,3'ü hizmet almak için gittikleri bir sağlık kurumunda cinsel yönelim ya da cinsiyet kimlikleri nedeniyle ayrımcılık veya benzer bir olumsuz tavırla karşılaşmıştır. Olumsuz tavrı en çok hekim (%20.9) ve hemşire/ebelerden (%10.4) gördüklerini ifade etmişlerdir (292).

Geçmişte yapılan bir çalışmada da, LGBTİ+'lara yönelik olumsuz tutumların en yüksek olduğu meslek grupları arasında hekimlerin ikinci sırada olduğu saptanmıştır (293). Tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin %52,4'ü bir hasta ile görüşmede inanç/duygu ya da düşüncelerinden etkilenebileceğini belirtmiştir. Hastanın dış görünüşüne göre tutum sergileyen öğrencilerin oranı %26,2'dir. Hastanın trans olabileceğini aklına getirip bütünsel değerlendiren öğrencilerin oranı %6,8'dir (285).

LGBTİ+'lar HIV cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından yüksek risk altındadır (294). İçinde trans bireylerin de olduğu bir çalışmanın bulgularına göre cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan olan HIV, bireyin yaşantısındaki birçok alanda ayrımcılığa maruz bırakılmaktadır. Bu çalışmada HIV ile yaşayan bireylerin %77'sinin test sürecinde hiç danışmanlık hizmeti almadığı, %21'inin sadece test sonrası danışmanlık hizmeti aldığı, %2'sinin hem test öncesi hem de test sonrasında danışmanlık hizmeti aldığı ortaya çıkmıştır. Bu çalışmadaki çarpıcı diğer iki bulgu ise katılımcıların %43,9'unun sağlık hizmeti sunucusunun kendi rızaları olmadan HIV statülerini açıkladığından emin olması, %30,6'sının bu durumdan şüphelenmesi, %30'unun kendi tıbbi kayıtlarının gizli tutulmadığından emin olması, %31'inin ise tıbbi kayıtlarının gizliliği konusunda şüphe duymasındadır (295).

Lezbiyen kadınlar sağlık hizmeti alabilmek için sağlık profesyonellerinin homofobik tutumlarına maruz bırakılmaktadırlar (280). Ayrıca lezbiyen veya biseksüel kimliği ile kadın kimliği yan yana geldiğinde birçok ayrımcılık da beraberinde gelmektedir (276). Bir çalışmada lezbiyen kadınlar sağlık hizmetine ulaşma, sağlık bakımı alma konusunda heteroseksüel kadınlar ile karşılaştırıldıklarında sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmaktadırlar ve olası sağlık sorunlarında tedavilerini geciktirmekte ya da ancak belirgin/şiddetli semptomlar yaşamaya başladıklarında sağlık hizmeti arayışında olmaktadır (280). Diğer bir araştırmada kadınlar, cinsel yönelimleri nedeniyle toplum tarafından dışlandıklarını, etiketlendiklerini, heteroseksüel ilişkiler baz alınarak kendileriyle konuşulduğunu, toplumun kendilerine homofobik bir tutum sergilediğini belirtmiştir. Çalışmaya katılan kadınların 26'sı jinekolojik muayeneye düzenli gitmediklerini, 23'ü yaşadıkları jinekolojik muayene deneyimlerinin kötü olduğunu ifade etmiş, jinekolojik muayene deneyimi olan lezbiyen ve biseksüel kadınların 22'si sağlık profesyonellerinin tutum ve davranışlarından rahatsız olduklarını belirtmiştir. Lezbiyen ve biseksüel kadınların 17'si sağlık çalışanlarının jinekolojik muayenede "Evli misin, bekar mısın?" sorusuna göre muayene şeklini belirlemelerinden rahatsızlık duyduklarını vurgulamışlardır (281). Araştırmalar ayrıca LGBTİ+'ların sağlık hizmetine ulaşma, uygun bakımı, koruyucu ve önleyici hizmeti alma durumları hakkında yeterli araştırmanın olmadığını göstermektedir (280,283,284,288). Hemşirelik öğrencileri ile yapılan başka bir araştırmada da kadın öğrencilerin eşcinselliğe yönelik tutumlarının erkek öğrencilere göre daha olumlu olduğu ve birinci sınıf ve diğer üst sınıfların eşcinselliğe yönelik tutumları karşılaştırıldığında öğrencilerin tutumların üst sınıflara geçtikçe daha olumlu olmaya başladığı saptanmıştır (296).

LGBTİ+ başlığı altındaki sağlığa erişim araştırmalarında olduğu gibi aynı şekilde trans bireyler de sağlık bakımından risk grubundadır ve çeşitli sebeplerle sağlık hizmeti alamamaktadırlar (297). Translar da ayrımcılık ve damgalama korkusu nedeniyle bakım ve tedaviye erişememekte veya sağlık hizmetine başvurmayı ertelemektedirler (297,288,298). LGBTİ+'lar içerisinde translara özel olarak baktığımızda, transların sağlık hizmeti alırken yaşadığı güçlükler, önyargılar ve damgalanma endişesinin sağlık hizmeti almalarında engel oluşturduğu, dolayısıyla sağlık çalışanlarına güvensizliklerinin de endişeleri ile paralel olarak arttığı görülmüş, bununla beraber haklarının farkında olan, "dış görünüşlerinden dolayı fark edilemeyen" ve maddi imkanlara sahip olan transların ise koşullarına bağlı özgüvenleriyle paralel olarak sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabildikleri görülmüştür (299).

Mevcut durumda savunmasız gruplar içerisinde yer alan LGBTİ+'lar seks işçiliği yaptıklarında sağlık bakımında daha da dezavantajlı durumda olmakta, CYBE'ler kendileri için daha fazla risk oluşturmaktadır (300).

11 farklı şehir, 16 farklı üniversiteden 35 LGBTİ+ katılımcı ile yapılan görüşmelerle öğrencilerin sağlık haklarının incelendiği bir araştırmada, katılımcıların hepsi üniversitelerinde LGBTİ+ nefret suçu ve şiddet hakkında açık bir prosedür olmadığını, nefret suçu ve şiddete maruz bırakılanlar için özel sağlık hizmetlerinin olmadığını, sağlık merkezlerinde cinsel yönelim nedeni ile ayrımcılık yaşayan kişilere bireysel danışmanlık servisi bulunmadığını ve cinsiyet değiştirme operasyonlarının, hormon tedavilerinin öğrenci sağlık sigortası kapsamında olmadığını belirtmişlerdir (301).

**B.38- Sağlık çalışanlarının LGBTİ+'lar ve onların sağlık ihtiyaç ve beklentileri konusunda bilgi yetersizliği vardır.**

Yapılan araştırmalar sağlık çalışanlarının LGBTİ+'lar ve onların sağlık ihtiyaç ve beklentileri konusunda yeterli bilgisi olmadığını göstermektedir (276,283). Sağlık hizmeti kullanımına dair yapılan bir araştırma LGBTİ+'ların sağlık gereksinimlerini karşılamada en çok üniversite ve özel sağlık hastanelerini tercih ettikleri, Aile Sağlığı Merkezlerine daha düşük oranlarda başvurduklarını ortaya koymuştur (302).

18-30 yaş arası 22 lezbiyen ve biseksüel kadının araştırma grubunda olduğu bir araştırmada da cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmeti almak için sağlık hizmet sunucularına başvuran katılımcılar, bu kuruluşların LGBTİ+ kapsayıcı olmadığını ve LGBTİ+'ların ihtiyaçlarına yanıt vermediğini, katılımcıların %50'si hizmet aldıkları hekimin durumlarına ilişkin yeterince bilgi sahibi olmadığını, %25'i ise hekimlerin hikaye alırken kapsayıcı olmadıklarını belirtmişlerdir. Araştırmadaki katılımcılar çoğunlukla başvuracakları sağlık hizmeti sunucularını ve hekimlerini referans ile seçmektedirler. Bu araştırmada da diğer araştırmalarda olduğu gibi katılımcıların %30'u ayrımcılığa uğramak endişesiyle bu hizmetleri alırken, cinsel yönelimlerini açıklamamayı tercih ettiklerini, %40'ı yalnızca gerekli olduğunda cinsel yönelimlerini açıkladıklarını belirtmiş ve katılımcıların %30'u ayrımcılığa maruz bırakılacaklar endişesiyle sağlık hizmetlerine erişmeyi ertelediklerini, %80'i cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmeti alırken ayrımcılığa maruz bırakıldıklarını ifade etmiştir (276).

223 ebellek bölümü öğrencisi ile yapılan bir araştırmada öğrencilerin %56,1'i "transgender" kavramıyla ilgili soruya "fikrim yok" cevabı vermişlerdir. Öğrencilerin %42,6'sı eşcinselliğin doğuştan, %50,2'si çevresel faktörlerden, %60,1'i psikolojik nedenlerden, %77,1'i hormonal nedenlerden ve %20,2'si genetik faktörlerden ötürü ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Öğrencilerin %92,4'ü klinikte hiç LGBTİ+ ile karşılaşmadığını ve %63,7'si bir LGBTİ+'nın normal bireylerle aynı hasta odasını paylaşabileceklerini düşündüklerini belirtmişlerdir. Bu araştırmada ailesi ya da arkadaşları arasında LGBTİ+'ların bulunması durumunda öğrencilerin olumsuz tutumlarının azaldığı görülmüştür (303).

Yapılan bir çalışmada katılımcıların %38,5'i sağlık hizmetinde cinsellikle ilgili sorularına yanıt alamadığını, %35,9'u mahremiyetlerine özen gösterilmediğini, %15,8'i uygun bir sağlık kuruluşu bulmada zorlandığını ve %12,6'sı cinsiyet kimliği nedeniyle yeterli tıbbi ilgiyi göremediğini belirtmiştir (292).

Yapılan bir araştırmada sağlık çalışanları arasında hemşirelerin eşcinsel ve biseksüel cinsel yönelimli bireylere dair farkındalığa sahip olmaları, bu grup özelinde sağlık sorunları ve gereksinimleri bilmeleri gerektiği vurgulanmıştır (288).

Bu nedenle hemşireler LGBTİ+'ların kendilerine uygun bakıma ulaşmalarını kolaylaştırmalıdır (294). Hemşirelik disiplini tüm riskli gruplarda insan haklarını savunucu rolü, eğitici rolü, eşitlikçi rolü gereği daha fazla görev üstlenmeli ve toplumda değişim ajanı, öncü rolüyle homofobi ile mücadele etmeli, çalışmalar yapmalıdır (282). Ayrıca hemşirelik, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine katkıda bulunan ve LGBTİ+'lar ile ilgili sağlık eşitsizliklerini azaltan kanıta dayalı uygulamaların geliştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (304). Aynı zamanda hekimler de mesleki olarak LGBTİ+'larla ilgili bilgi ve farkındalığa sahip olmalı, rol ve sorumluluklarının farkında olarak ayrımcı/eşitlikten uzak söylem, tutum ve davranışlardan kendilerini arınmalıdırlar. Sadece hekimler değil, cinsel yönelimleri ve cinsiyet kimlikleri sebebiyle hak ihlallerine maruz bırakılan bir grup olan LGBTİ+'ların ihtiyaç ve gereksinimleri, sorunları ve çözümleri sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarının, gündem haline getirmesi, sosyal hizmet odağında saha araştırmaları yapması gerekmektedir (305). Anonim ve ücretsiz HIV testi hizmetinin yaygınlaştırılması, okullarda HIV ve AIDS, cinsellik, istenmeyen gebelikleri ve CYBE bulaşını önleme konularında yaşam becerilerini de kapsayacak eğitimlerin müfredata dahil edilmesi, konu hakkında eylem planlarının hazırlanması gereklidir (295). Cinsel azınlıkların sağlık gereksinimleri hakkında müfredatlarda bilgiler olmalıdır (286).

### B.39- LGBTİ+'ların cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgi düzeyleri düşüktür.

LGBTİ+'ların cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgi düzeyleri hakkındaki araştırmalar yok denecek kadar azdır. Çoşar'ın 18-30 yaş arası lezbiyen ve biseksüel kadınlarla yaptığı araştırmada 24 kadının yaşadıkları cinsel ilişkilerde cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı korunmadıkları, biseksüel 9 kadının, erkeklerle cinsel ilişkilerinde cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve gebeliği önleyici yöntem kullanmalarına rağmen kadınlarla yaşadıkları cinsel ilişkilerinde yöntem kullanmadıkları ortaya çıkmıştır.



Çalışmaya katılan kadınların 25'i hayatları boyunca cinsel sağlık ve üreme sağlığına ilişkin eğitim ve danışmanlık almadıklarını ifade etmişlerdir. Lezbiyen ve biseksüel kadınların tamamı cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili eğitim ve danışmanlığa ihtiyaç duyduklarını ve bu eğitim ve danışmanlığı sunacak kişinin homofobik ve heteroseksist olmayan kişiler olmasını istediklerini, hatta 8 kadın bu eğitim ve danışmanlığın eşcinsel doktorlar tarafından verilmesini istediğini belirtmiş, eşcinsel doktorların kendilerini daha iyi anlayacaklarını, eşcinsel doktorlara kendilerini rahatlıkla anlatıp rahatlıkla soru sorabileceklerini ve eşcinsel doktorların cinsel sağlıklarıyla ilgili sorun ve ihtiyaçlarına dair daha çok bilgi sahibi olabileceğini ifade etmişlerdir. Ayrıca bu araştırmada katılımcıların hiçbirinin Aile Hekimlerinden cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmeti almadığı ve katılımcıların neredeyse hiçbirinin Aile Hekimlerinden cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmeti alabileceklerini bilmedikleri de ortaya çıkmıştır. Katılımcıların çoğunun GDTM'lerden haberdar olmaması ve cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanlarında çalışan sivil toplum kuruluşlarının yeterince tanınmaması da önemli bulgulardır. Ayrıca CYBE için yapılan testler ve aşuların ilave maliyetlerinin de sağlık hizmetine erişimlerinde engel oluşturduğu çıktılarından biri olmuştur (276). Yine başka bir araştırmada katılımcıların %55,2'sinin daha önce hiç HIV testi yaptırmadığı bulgular arasındadır (292).

Yapılan başka bir çalışmada sağlık hizmetine erişimdeki engellerden birinin finansal kaynak eksikliği olarak ortaya konulduğu görülmüştür.

Bununla birlikte bir araştırmada da çalışmaya katılan LGBTİ+'ların eğitim düzeyleri yüksek olmasına rağmen HIV hakkında yeterli ve tam, doğru bilgiye sahip olmadıkları, kondomun koruyucu etkisini bildikleri halde kondom kullanım düzeylerinin oldukça düşük olduğu, katılımcıların yarısından fazlasının hiç HIV testi yaptırmadıkları ortaya konulmuş ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, özellikle HIV ve AIDS hakkında eğitim ve danışmanlığa ihtiyaç duydukları ve kondom kullanımı için teşvik edilmeleri gerektiği çalışmanın sonucunda önerilmiştir (300).

B.40- LGBTİ+'ların haklarına uygun, cinsel yönelim ve cinsiyet kimliklerine yönelik önleme, teşhis ve tedaviyi içeren kapsayıcı sağlık hizmet sunumuna ihtiyaçları vardır.

Bütün cinsel yönelimler için kapsayıcı politikalar geliştirilmeli (281,306), Sağlık Meslek Elemanlarının üniversite müfredatlarına cinsel sağlık ve üreme sağlığı konuları ve cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği kavram ve konuları eklenmelidir (281, 307, 308). "LGBTİ+ ve cinsel sağlık ve üreme sağlığı" konusuna ilişkin daha fazla akademik çalışma yapılmalıdır.

(281) (306). Sağlık profesyonelleri için hizmet içi eğitimler düzenlenerek farkındalıkları, bilgi düzeyleri artırılmalı ve eğitimler cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili sadece tanı ve tedaviye yönelik değil, cinsel yönelim ve cinsiyet kimliklerine uygun, kapsayıcı danışmanlık hizmetlerini de içerecek şekilde düzenlenmelidir (276,279-281,309). Birinci basamak sağlık hizmeti sunan Aile Hekimleri, tüm cinsel yönelim ve cinsiyet kimliklerine yönelik koruyucu, önleyici ve kapsayıcı sağlık hizmeti sunmalıdır (281). Seks işçisi trans bireylerin toplum tarafından ötekileştirilmelerinin önlenmesi için toplum bilincini artırmaya yönelik çalışmalar yapılmalı, kamu kurum ve kuruluşları, yerel yönetimler ve hastaneler bu konuda toplumda öncü rol üstlenmelidir (309). LGBTİ+'lara yönelik onayları olmayan tıbbi müdahaleleri engelleyecek, ayrımcılık karşıtı mevzuatlar geliştirilmeli, mevzuatlarda ayrımcılığa sebep olabilecek tüm uygulamaların önüne geçecek düzenlemeler yapılmalıdır (279,290). Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezlerinin sayısı artırılmalı, sağlık kuruluşlarında bireylerin mahremiyet hakkının ve gizliliğinin önemli olduğunun farkında olunarak mahremiyet hakkı gözetilmelidir (276). Tüm uygulamalarda, mutlak ve evrensel bir insan hakkı olan sağlık hakkı önceliklendirilmelidir (306).

## **Ulusal ve Uluslararası Belgelere göre LGBTİ+'ların Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları**

B.41- LGBTİ+'ların cinsel sağlık ve üreme sağlığı haklarına saygı duyulmamaktadır.

Cinsel haklar, bütün insanlar için evrensel ve temel insan haklarındandır. Cinsel sağlığa dair durumun iyileşmesi ve gelişmesi için cinsel haklar tüm toplum tarafından tanınmalı, benimsenmeli, bu haklara saygı gösterilmeli ve bu konu hakkında savunuculuk yapılmalıdır (310).

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ve “Kimseyi Geride Bırakmama” ilkesini taahhüt etmiştir. Ayrıca, tam adıyla Cinsel Yönelim ve Cinsiyet Kimliği ile ilişkili olarak Uluslararası İnsan Hakları Hukukunun Uygulanmasına Dair Yogyakarta İlkeleri (311), LGBTİ+'ları ilgilendiren tüm meseleler için insan hakları perspektifi ve standartlarını uygulayan ilkelerdir. LGBTİ+'ların haklarını kullanabilmeleri konusunda devletlerin görevlerini ve yükümlülüklerini belirler (312). BM Ekonomik Sosyal Kültürel Haklar Sözleşmesi'nin sağlık standardı hakkı ile ilgili 12. maddesi, toplumdaki herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel, ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkını tanıması gerekliliğini ifade etmiştir (313).

Dünya Cinsel Sağlık Birliği (World Association for Sexual Health) Cinsel Haklar Bildirgesi. Dünya Cinsel Sağlık Birliği Genel Kurulu 26 Ağustos 1999 tarihinde Hong Kong'da yapılan 14. Dünya Seksoloji Kongresinde evrensel Cinsel Haklar Deklarasyonu'nu kabul etmiş ve aşağıdaki hakları ilan etmiştir: (310)

- Cinsel özgürlük hakkı,
- Cinsel otonomi, cinsel bütünlük ve beden güvenliği hakkı,
- Cinsel mahremiyet hakkı,
- Cinsel eşitlik hakkı, cinsel haz hakkı,
- Cinselliğin duygusal ifadesi hakkı,
- Özgürce cinsel ilişkiler oluşturma hakkı,
- Üremeye ilgili özgür ve sorumlu seçim yapabilme hakkı,
- Bilimsel araştırmaya dayalı cinsel bilgi edinme hakkı,
- Kapsamlı cinsellik eğitimi hakkı,
- Cinsel sağlık hizmeti hakkı (310).

## Sonuç

LGBTİ+’lar - ayrımcılık ve damgalanma endişesi ile CSÜS hizmetlerine erişememektedirler. Ayrıca toplumsal cinsiyete dayalı şiddete maruz bırakıldıkları için destek mekanizmalarına ihtiyaçları karşılanmalıdır.

Avrupa’da yapılan çalışmalar da Türkiye’deki LGBTİ+’ların yasal ve politik insan haklarına erişemediklerini ve Türkiye’nin bu konuda Avrupa’da Azerbaycan’dan sonra ikinci en düşük skora sahip ülke olduğunu göstermektedir.

Türkiye’de LGBTİ+’ların sağlık durumuna ilişkin araştırmalar çok kısıtlı olsa da, yapılan araştırmalar LGBTİ+’ların %14-52’sinin ayrımcılık ve damgalama sebebiyle sağlık hizmetine ulaşamadıklarını ve sağlık çalışanlarının LGBTİ+ perspektifinden uzak sağlık hizmeti sunduğunu göstermektedir.

Sağlık hizmet sunucularının yaklaşık %56’sının bilgi yetersizliği saptanmıştır. LGBTİ+’lar özelinde çalışmalar çok az olsa da, genel nüfustan çok farklı olmayan biçimde LGBTİ+’ların da CSÜS konusunda bilgi düzeylerinin düşük olduğu fakat CSÜS konusunda risklerinin çok fazla olduğu düşünülmektedir.

LGBTİ+’ların CSÜS haklarına özellikle vurgu yapan ulusal ve uluslararası sözleşme azdır fakat insan haklarını savunan her sözleşmenin bu grubu kapsadığı düşünülmelidir. Örneğin SKH’lerinde hiç kimseyi geride bırakmama taahhüdü bulunmaktadır.

## Özet Bulgular

B.36- Heteroseksizm, homofobi, transfobi ile LGBTİ+'lara yönelik nefret söylemleri, nefret suçları artmaktadır.

B.37- LGBTİ+'lar ayrımcılık ve damgalanma korkusuyla sağlık hizmetine ulaşamamaktadır.

B.38- Sağlık çalışanlarının LGBTİ+'lar ve onların sağlık ihtiyaç ve beklentileri konusunda bilgileri yetersizdir.

B.39- LGBTİ+'ların cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgi düzeyleri düşüktür.

B.40- LGBTİ+'ların haklarına uygun, cinsel yönelimlerine ve cinsiyet kimliklerine yönelik önleme, teşhis ve tedaviyi içeren kapsayıcı sağlık hizmet sunumuna ihtiyaçları vardır.

B.41- LGBTİ+'ların cinsel sağlık ve üreme sağlığı haklarına saygı duyulmamaktadır.

## Öneriler

Türkiye’de son 5 yıldaki LGBTİ+’ların CSÜS ve hakları ile ilgili literatürün sistematik incelemesinden elde edilen bulgular ve sonuçlara göre uygulamalara yönelik öneriler şöyledir:

- Heteroseksist, homofobik, transfobik ve daha birçok fobi taşıyan söylemlerin, nefret suçu ve söyleminin, tüm bu düşünce tarzlarını içeren inançların, normların ortadan kaldırılmasına yönelik politikaların yapılması için talepler oluşturulup, toplumsal değişimin sağlanmasını sağlayacak savunuculuk çalışmaları yapılmalı, ulusal ve uluslararası görünürlük sağlanmalıdır.
- LGBTİ+ hakları ve sağlık konusunda ilgili kamu kurum kuruluşları işbirliği yapmalı, ayrımcılık, damgalama ve bu konulardaki davranışlar ve kötü muameleleri tanımak ve ortadan kaldırmak için Sağlık Bakanlığı, meslek kuruluşları ve cinsiyet kimliği ve cinsel yönelim konularında çalışan sivil toplum kuruluşları işbirliği içinde çalışmalıdır.
- Tüm kilit Sağlık Meslek Elemanlarının üniversite müfredatlarında LGBTİ+ haklarının ve perspektifinin yaygınlaşması ve kamu ve özel sektör çalışanlarının konu ile ilgili eğitim programları düzenlenmesi gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının eğitim müfredatları, cinsel sağlık ve cinsel kimlikler, cinsel yönelimler konusundaki farkındalığı yaratacak şekilde LGBTİ+ kapsayıcı bir perspektiften, mutlak ve evrensel bir insan hakkı olan sağlık hakkı önceliklendirilerek, çalışma hayatı içerisindeki hemşire, hekim ve diğer sağlık çalışanları için çalıştıkları kurumlar tarafından konu hakkında farkındalık yaratacak hizmet içi eğitimlerin planlanması gerekmektedir. Sadece sağlık çalışanları değil, özellikle sosyal hizmet uzmanları başta olmak üzere tüm kilit meslek elemanlarının müfredatlarına LGBTİ+ hakları perspektifi getirilmelidir.
- Sağlık Bakanlığı’nın özel stratejiler belirleyerek bu gruba yönelik eğitim, yazılı ve görsel eğitim araçları geliştirmesi, STK’ler tarafından bu gruplara özel farkındalık girişimlerinin artırılması ve bilgi düzeylerine yönelik araştırmalar planlanması önerilmektedir.
- Cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği üzerinden ayrımcılık yapılmayan sağlık sigortası düzenlemeleri ve sağlık politikaları üretilmelidir. Trans bireylerin cinsiyet geçiş süreçlerinin hızlandırılmasına yönelik sağlık sisteminin temellerinin güçlendirilmesi, ilgili sağlık kurumu sayısının artırılması gerekmektedir.
- HIV ve AIDS dahil olmak üzere özellikle CYBE hizmet sunumu ve CSÜS konularında danışmanlık hizmetlerinin sağlık kuruluşlarına, özellikle de birinci basamak sağlık hizmeti sunan ASM’lere entegrasyonunun sağlanması için savunuculuk çalışmaları planlanmalıdır. Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezi sayısı artırılmalıdır. Kondom kullanımının teşvik edildiği kampanyalar düzenlenmeli ve kondoma erişmek ekonomik olmalıdır.

- Sağlık kuruluşlarında gerek muayene sırasında, gerekse muayene öncesi ve sonrasında LGBTİ+'ların mahremiyetine zen göstermelidir.
- LGBTİ+'ların haklarının tanınması ve yaygınlaştırılması için çok sektörlü çalışmalara ihtiyaç vardır. Özellikle STK savunuculuğu çok önemlidir.
- LGBTİ+'ların özellikle sağlık bakımından ihtiyaç ve gereksinimlerinin belirlenmesine fayda sağlayacak akademik çalışmaların artırılması gerekmektedir.

# Göçmen Kadınların Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı ve Hakları

## Göçmenlere Özel Sağlık Hizmet Sunumu

Raporun bu bölümünde 28.843 taranan kaynaktan alınan 47 literatürün bulguları ve sonuçları incelenerek değerlendirilmiştir.

2011 yılında Suriye’de ortaya çıkan iç savaş sonucunda 3.618.918 kişi geçici koruma altında Türkiye’de ikamet etmekte olup, bunların %70’i kadın ve çocuklardır (314). Bunların sadece %2’si geçici kamplarda yaşamakta, diğerleri ülke genelinde yerleşmiştir. Türkiye’deki Suriyeli göçmenlerin yarısı kadındır, Suriyeli olmayan göçmenlerin ve sığınmacıların %22’sinin kadın olduğu düşünülmektedir (315). Suriyeliler, 6.458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu’nun 91’inci maddesi doğrultusunda, 22/10/2014 tarihli ve 29153 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Geçici Koruma Yönetmeliği ile “geçici koruma statüsü” altına alınmışlardır. Geçici koruma statüsündeki Suriyeliler kendilerine verilen geçici koruma kimlik belgesi ile sağlık, eğitim, sosyal yardım, tercümanlık ve benzeri hizmetlerden ücretsiz olarak yararlanmaktadırlar.

“Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi” Projesi (SIHHAT) ile açılan 178 Göçmen Sağlığı Merkezi hizmet vermektedir. Bu merkezlerde yaklaşık 1500 Suriyeli çalışan istihdam edilmiştir. Bu çalışanlar Göçmen Sağlığı Merkezlerinde, mobil sağlık birimlerinde ve ihtiyaç duyulan ikinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet vermektedirler. Ayrıca bu kapsamda Kadın Sağlığı ve Danışma Merkezi, 4 Gençlik Merkezi, 20 Sosyal Hizmet Merkezi ile 5 kilit göçmen hizmet birimi UNFPA desteğiyle kurulmuş ve hizmet vermektedir (316).

B.42- Başta dil bariyeri, düşük sosyoekonomik durum, kültürel ve dini inançlar olmak üzere pek çok neden yüzünden Suriyeli göçmen kadınlar sağlık hizmetlerine ulaşamamaktadır.

Göçmenler özellikle kamp dışındaki yaşamlarında, barınma, sağlık, eğitim ve beslenme gibi temel gereksinimlerinin karşılanmasında zorluklar yaşamakta, şiddet ve istismarı içeren güvenlik sorunları ile karşı karşıya kalmaktadırlar (317).



Halen geçici koruma statüsüne geçmeyen ve kimlikleri olmayan Suriyeliler sağlık hizmetlerine ulaşmamaktadır. Suriyeli göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişirken en çok yaşadıkları sorunlar arasında, düşük gelir düzeyine sahip olmaları, dil ve kültür farklılıkları, buldukları bölgelerde yeterli düzeyde sağlık kuruluşunun olmaması, sağlık çalışanlarının göçmenlerin özel gereksinimleri konusunda farkındalıklarının ve deneyimlerinin az olması gibi faktörler sayılabilir (318-320).

Özellikle risk altındaki gruplardan kadınlar bu süreçten daha fazla etkilenmektedir. Bükücü ve arkadaşlarının (2019) yaptıkları araştırmada, düşük eğitim ve sosyoekonomik düzey, kültürel farklılıklara uyum sağlayamama, kültürel ve dini inançlar nedeni ile istenmeyen gebelikleri önleyici yöntem kullanmayı doğru bulmama, sağlık algısının yetersizliği, erkek sağlık çalışanından kaçınma, sınırlı karar verme gücüne sahip olma, kimliğini ispatlayamama korkusu, yabancı sağlık çalışanlarına güvenmeme, haklarını bilmeme gibi bireysel engeller; sağlık kurumlarına ulaşmada yaşanan zorluklar, klinikte bekleme süresinin uzun olması, sağlık sigortasının olmaması, göç edilen bölgelerde yeterli sağlık kuruluşu ve nitelikli çalışan olmaması, geleneksel yaşam tarzı, sosyal destek yetersizliği, yasal sınırlamalar, sunulan sağlık hizmetlerinin kültüre duyarlı olmaması, sağlık çalışanlarının bilgi ve deneyim eksikliği ve tercüman eksikliği gibi sistemden kaynaklanan engeller tespit edilmiştir (321). Suriyeli göçmen kadınlar sağlık hizmeti alırken ayrımcılığa maruz bırakıldıklarını ifade etmişlerdir. Sağlık çalışanlarının doğurganlık davranışı üzerindeki sosyal, politik ve kültürel etkilere yabancı olmaları, hizmet verdikleri grubun dinamiklerini bilmemeleri de kadınların sağlık hizmeti alırken sıkıntılar yaşamalarına sebep olmaktadır (322).

Kadınların sağlık hizmetlerinden tam, eşit ve en yüksek standartlarda faydalanmalarını sağlamak, kadının insan haklarının tam olarak sağlanmasının temel koşullarından biridir (323). Yapılan çalışmalarda kadınların herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru oranı (%77,4) erkeklerden (%62,4) daha yüksektir. Kadınların Aile Sağlık Merkezlerine başvuru oranları da erkeklere (% 2,5) kıyasla daha yüksektir (%4,1) (324). Göç eden kadınlar cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, cinsel saldırı ve cinsel istismar, çocuk yaşta, erken ve zorla evlilik, ergen ve istenmeyen gebelikler, doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde yetersiz bakım ve doğum komplikasyonları açısından yüksek risk altındadır (325). Tüm bu sorunlar göçmen kadınların, üreme sağlığı sorunları açısından riskli ve savunmasız gruplar içinde yer almasına neden olmakta; cinsel şiddet, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, gebelik ve doğumla ilgili üreme sağlığı sorunları ortaya çıkmaktadır. Bu doğrultuda göçmen kadınların, üreme sağlığı sorunları ve sağlık hizmetlerini kullanma durumlarının öncelikli olarak ele alınması, değerlendirilmesi ve sorunlarına kalıcı çözüm getirilmesi için üreme sağlığını geliştirme programlarının düzenlenmesi oldukça önemlidir (321).

Toplum Sağlığı Merkezinde, sığınmacılara verilen sağlık hizmetleri ile ilgili olarak; başvuruda bulunan kişilerin, daha önceki sağlık verilerine ulaşılamaması, bebek, kadın ve çocuk izlem yapılması konusunda zorlaştırıcı bir faktör olarak tespit edilmiştir. Birinci basamakta, bu kişilerin bakımını üstlenmiş olan hekimler kendilerini bu konuda yetkin görmemekte ve yararlı olduklarını düşünmemektedirler (326).

Aktaş'ın yaptığı saha araştırmasında Kilis'te görüşülen devlet ve özel hastane yetkilileri, doktorlar ve hemşireler de mevcut hastane imkanlarının Suriyeli göçmenleri tedavi etmeye yeterli olmadığını vurgulamışlardır. Suriyeli kadınların temel ihtiyaçlarını karşılayamamaları hamilelik ve emzirme süreçlerinde de sıkıntı yaşamalarına neden olmaktadır (327). Hamile kadınların sağlık durumlarının takip edilmesi gerekirken, parasal sıkıntı çektikleri için doktor takipleri yapılmamakta, doğum sonrası ise hastane paralarını ödeyemedikleri gözlemlenmektedir (328). Göçmen kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerini inceleyen Türk Tabipler Birliği (TTB) raporunda (2014), gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerinde sağlık hizmetine erişememe nedenleri arasında bilgisizlik, farklı ülkede olma, sağlık sistemine kayıtlı olmama, ücretli hizmet alma zorunluluğu, ilaçlara para ödenmesi sayılmaktadır (329,322). Türkiye'ye farklı ülkelerden göç etmiş kadınların sağlık hizmetlerine erişimi üzerine yapılmış bir araştırmada (330) gebelik sürecinin göçmen olmak ve HIV pozitif olmakla birleşmesinin sağlık hizmetlerine erişim süreci için çok daha katmanlı bir sorunlar kümesini beraberinde getirdiği görülmüştür. Araştırmacıların saha sürecindeki gözlemleri özellikle HIV ile yaşayan hamile kadınların tedaviye erişimde ciddi sorunlar yaşadıklarını, bu bireylerin uzmanlaşmış birkaç hastane dışında çoğu sağlık kuruluşuna doğum için kabul bile edilmediklerini göstermiştir. Yapılan görüşme ve gözlemler sonucunda cinsel sağlık alanında doğrudan ve özellikle talep edilmedikçe herhangi bir bilgi ve/veya hizmet sunulmadığı görülmüştür. Ayrıca göçmen kadınların hem kadın hem göçmen olmaktan kaynaklanan ve sahip oldukları özel durumlarını erkek sağlık görevlileri, erkek tercümanlar ve erkek STK temsilcileri ile paylaşmaya ilişkin çekincelerinin olduğuna da dikkat çekilmiştir. Kadınlar, çoğunlukla bilgilenme ihtiyaçlarını doğrudan dile getirmişler, doğrudan ifade etmedikleri hallerde de çeşitli hizmetlere hakları olmasına rağmen başvurmamaları ya da para ödemeleri gerekmediği halde ödemeleri gibi örneklerle bu konudaki farkındalıklarına dair bilgiler aktarmışlardır (330).

Sağlık hizmetlerine talep olması için Suriyeli göçmenlerin sağlık hizmetlerinin varlığından haberdar olması gerekmektedir. DSÖ'nün yaptığı çalışmaya göre, kadınların yalnızca %4,3'ü rahim ağzı kanseri taramasından haberdardır ve bunlardan yalnızca %27,1'i tarama testi yaptırmıştır. Bu kadınların sadece %4,8'i mamografi taramasından haberdardır ve bunların %23,0'ı taramadan geçmiştir (331).

B.43- Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, erken ve zorla çocuk yaşta evlilikler sonucunda ergen annelik çok dikkat çekicidir.

Suriyeli göçmen kadınların, özellikle de evli olmayanların sağlık ve üreme sağlığı, cinsel şiddet ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddet yaşama durumlarına ilişkin oldukça sınırlı veri mevcuttur (332). Göçmenler içerisinde kadın ve kız çocuklarına yönelik cinsiyet / toplumsal cinsiyete dayalı şiddet kaçış sırasında, sığınılan ülkede, geri dönüş sırasında ve yeniden entegrasyon sürecinde de farklı kişiler tarafından farklı şekillerde yaşanabilmektedir. Hilal Barın'ın yaptığı araştırmaya göre, Suriyeli kadınların yaşadığı bir diğer sıkıntı ise şiddete ya da istismara maruz bırakıldıkları zaman ya da herhangi bir problemle karşılaştıkları zaman başvuracakları bir mercinin olmaması konusundaki şikâyetleridir. Özellikle kadınlarla yapılan derinlemesine görüşmeler sonucunda, şiddet ve erkekler tarafından rahatsız edilme olaylarında çoğunlukla kadının sessiz kaldığı ve bu durumdan dolayı özellikle ev içi şiddetin tespit edilemiyor olduğu gözlemlenmiştir.

Az sayıda STK Türkiye'de göçmenlere sağlık hizmeti sunmak için çalışmaktadır. Bunlardan birisi de Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi (HÜKSAM) UNFPA ortaklığı ve Avrupa Birliği Sivil Koruma ve İnsani Yardım Operasyonları finansal desteği ile Ankara'da Alemdağ, Gülveren ve Yenimahalle'de hizmet veren Kadın ve Kız Çocukları İçin Güvenli Alanlar'da sığınmacı/göçmen kadınlara yönelik yürütülen çalışmalardır (333). HÜKSAM'ın Kadın ve Kız Çocukları için Güvenli Alanlar'da yürüttüğü araştırmaya göre, her 10 kadından 3'ü fiziksel, 2'si ise cinsel şiddete maruz bırakıldığını belirtmiştir. Şiddet biçimleri arasında en zor dile getirilen cinsel şiddetin göçmen kadınlar tarafından yüzde 20 oranında ifade edilmiş olması dikkat çekicidir (334).

Göç eden kadınlar hem aile içinde hem de göç ettikleri ülkede toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile mücadele etmek zorunda kalmaktadır (335). Çoğu çocuk yaşta evlendirilmiş olan Suriyeli kadınlar, çocuklarının yetişkin yaşta evlenmelerini istemektedirler. Ancak özellikle eğitime devam edemeyen ve çalışma yaşamına da giremeyen 15-18 yaş arası kız çocukları evlenmek zorunda kalmaktadırlar. Bu da Türkiye'de özellikle göçmen kız çocuklarının maruz bırakıldığı bir sorundur. En az bir kez evlenmiş olan Suriyeli Göçmen kadınların yarısından fazlasının (%59) ilk evlenme yaşının 18'den küçük olduğu görülmektedir (334). Göçmen kadınların evlilik yaşı düşük ve doğurganlık sayıları yüksektir. Yapılan bir çalışmada kadınların ortalama evlilik yaşı 18 ve ilk gebelik yaşı 19 olarak bulunmuştur (336). Yapılan araştırmalarda erken ve zorla çocuk yaşta evliliklerin %25-68 arasında değiştiği saptanmıştır. Ergen annelik ise binde 10-30 bulunmuştur (337).

Geçici koruma kapsamındaki Suriyeliler bazında erken yaşta evlilik verilerine net bir şekilde ulaşılamamakla beraber, bu oranın Suriyeli nüfus içerisinde daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir (338). Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği'nin Türkiye'de Geçici Koruma Altındaki Suriyeli Kadın ve Kız Çocuklarının İhtiyaç Analizi kapsamında yaptığı araştırmaya göre, katılımcılar arasında 15 yaş altı evlilik oranı %23 olarak tespit edilmiştir (339).2018 TNSA Suriye Raporuna göre Türkiye'de ergen dönemde olan Suriyeli kadınların %39'u hâlihazırda çocuk sahibidir ya da ilk çocuklarına gebedir. 15-17 yaş aralığındaki Suriyeli göçmen kızların beşte biri ya çocuk sahibi ya da ilk çocuğuna hamiledir. 18 yaşındaki kadınların %54'ü ve 19 yaşındaki kadınların %68'i çocuk doğurmaya başlamıştır (340).

B.44- Suriyeli göçmen kadınların doğurganlığın düzenlenmesinde (AP) karşılanmamış ihtiyaçları vardır.

TNSA sonuçlarına göre Suriyeli göçmen kadınlar arasında istenmeyen gebelikleri önleyici yöntemler yaygın olarak bilinmektedir. Kadınların %94'ü en az bir modern aile planlaması yöntemi bilmektedir. RİA (%92), hap (%91), iğne (%71), tüplerin bağlanması (%68) ve kondom (%61) Suriyeli kadınlar arasında en yaygın olarak bilinen modern yöntemlerdir (340).

Gebeliği önleyici yöntem kullanımındaki yaygınlık oranı, 15-49 yaş arasındaki halen evli Suriyeli kadınlarda %43'tür. Bu kadınların %24'ü modern yöntemleri, %19'u ise geleneksel yöntemleri kullanmaktadır. Halen evli kadınlar arasında geri çekme en sık kullanılan yöntemdir (%18). Bu yöntemi RİA (%13) ve hap (%6) izlemektedir. Halen evli Suriyeli göçmen kadınların %21'inin doğurganlığın düzenlenmesinde (AP) karşılanmamış ihtiyacı olduğu; %10'unun bir sonraki doğumdan önce ara vermek istediği, %11'inin ise daha fazla doğum yapmak istemediği ortaya konmaktadır (340).

Suriyeli kadınların doğurganlığın düzenlenmesiyle ilgili tutumunun araştırıldığı bir çalışma, kadınlar istenmeyen gebelikleri önleyici yöntemler hakkında bilgi sahibi olsalar da kullanım oranlarının düşük olduğunu göstermektedir (341). Araştırmalara göre Suriyeli göçmen kadınların ve partnerlerinin/eşlerinin eğitim düzeyleri, gelir düzeyleri ve sosyal güvenlik durumları bu konudaki tavırlarını etkilemektedir. Araştırmada göçmenlerin okuryazarlık seviyelerinin artırılmasının modern yöntemlere karşı olumlu yaklaşımı artıracığı ileri sürülmektedir (342). Suriyeli kadınların %26,7'sinin gebeliği sırasında bir sağlık çalışanına başvurmadığı, %47,7'sinin Türkiye'de düşük ya da ölü doğum şeklinde gebelik kaybı yaşadığı, %36,4'ünün doğurganlığını düzenleme ihtiyacının karşılanamadığı saptanmıştır (343).

HÜKSAM'ın araştırmasına göre kadınların %69'u yaşamları boyunca herhangi bir yöntem kullandıklarını söylemiş olup, %47'si şu anda halen yöntem kullanmaktadır ve kadınların neredeyse yarısının kullandığı rahim içi araç en sık görülen yöntemken (%50), bunu doğum kontrol hapı (%17), kondom (%13) ve tüp ligasyonu (%5) takip etmektedir. Göçmen kadınlar istenmeyen gebeliklerin önlenmesiyle ilgili bir takım sorunlar yaşamaktadır. Göçmen kadınların tamamına yakınının uzun etkili gebelik önleyici yöntemler kullanma oranının düşük, tüp ligasyonu ve acil kontrasepsiyon yöntemlerine ilişkin bilgilerinin de eksik olduğu tespit edilmiştir (344). Bu durumda göçmen kadınların plansız gebelik sayısında artış görülmesi kaçınılmazdır (334).

B.45- Suriyeli kadınların doğurganlık oranları yüksek, doğum öncesi, doğumda ve doğum sonrası bakım hizmet oranları düşüktür.

Günümüzde, Türkiye'de Suriyeli göçmen bir kadın ortalama 5,3 çocuk doğurmaktadır. En yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 20-24 yaş grubunda gözlemlenmiştir (340).

Göçmen kadınların gebelik ve doğumla ilgili sorunlar (ergen gebelik, sağlıksız düşük ve doğumlar, yüksek doğurganlık), istenmeyen gebelikleri önleme , doğum öncesi- doğum ve doğum sonrası bakım, vitamin ve mineral eksiklikleri, istenmeyen gebelik, düşük, doğum komplikasyonları gibi üreme sağlığı ve doğurganlığın düzenlenmesi konularında yetersiz bilgiye sahip oldukları görülmektedir (345). Suriyeli göçmen kadınlara yönelik yapılan bir çalışmada kadınların %42,7'sinin 5 ve üzeri çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir (346). Kamp içindeki hamile kadınlar doğumlarını %99 oranında bir sağlık çalışanı yardımıyla gerçekleştirirken, kamp dışında bu oran daha düşüktür. Bu çerçevede hamile kadınların sağlık hizmetlerine erişimi oldukça sıkıntılı olduğundan, doğum zamanı gelmiş olan kadınların evlerde doğum yapmak zorunda kalanlar olduğu gözlenmiştir (328). Kamplarda yaşamayan ve doğum zamanı gelmiş olan göçmen kadınlar, sağlık hizmetlerine erişim yetersizliği nedeniyle mecburen evlerde doğum yapma riski ile karşı karşıyadır. Ayrıca bu durum güvensiz koşullarda düşük yapma riskini de artırmaktadır (347). Retrospektif olarak yapılan bir çalışmada, 457 Suriyeli göçmen kadının gerçekleştirdiği doğumların %26'sının erken doğum olduğu, annelerden %50'sinin bebeğinin yenidoğan yoğun bakım ünitesine alındığı belirlenmiştir (348). Suriyeli kadınların yarısında demir eksikliği, %45,6'sında B12 eksikliği ve %10,5'inde folik asit eksikliği olduğu belirlenmiştir (343). Göçmen nüfusun bir bölümünde kardiyovasküler hastalık ve diyabet gibi henüz teşhis edilmemiş bulaşıcı olmayan hastalıkların olduğu da görülmektedir. Bu tür sağlık sorunları gebelik sırasında sıkıntılar yaratabilmekte, annelerde ciddi hastalıklara, kimi zaman da ölümlere yol açabilmektedir (329).

Yapılan çalışmalara göre, erişilen DÖB hizmetlerinin oranı %36-73 arasındadır. Her 4 kadından birinin erken doğum yaptığı saptanmıştır (337).

DSÖ'nün çalışmasına göre hamile kadınların %71,9'u düzenli DÖB hizmeti almamıştır (331). Sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan zorluklar, beslenme sorunları, ülke koşulları gibi çevresel faktörler, göçmen nüfusun gebeliğe bakış açısı, genetik faktörler ve önceki gebelik yönetim yöntemleriyle aradaki farklılıklar gebelik komplikasyonlarını etkilemektedir. Kanmaz ve arkadaşlarının çalışmasına göre, Suriyeli göçmen grubunda yaş, gebelik haftası, doğum ağırlıkları, antenatal takip, antenatal demir desteği ve prenatal hemoglobin değerleri düşük bulunmuştur. Ayrıca yenidoğan komplikasyonları Türk vatandaşlarından daha yüksek bulunmuştur. Göçmenlerin %17,3'ünün doğum öncesi takiplerinin olmadığını bulmuşlardır (349).

#### B.46- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların sıklığı yüksektir.

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar göç nedeniyle ortaya çıkan psikolojik problemler, yasal belirsizlikler, sağlık hizmetlerine erişim yetersizliği, kayıt dışı göç veya olumsuz yaşam koşulları kişilerin bağışıklık sistemini zayıflatmaktadır. Böylece bulaşıcı hastalıklar yaşanabilmekte veya yaşanma olasılığı artmaktadır. Bu durum hem göçmenler arasında hem de göçmen olarak geldikleri toplumda hayati risk oluşturmaktadır (350,351). Araştırmalar ayrıca göçmen kadınlarda %63,6'sında anne ve bebek enfeksiyonlarının (HIV, toksoplazmoz, kızamıkçık ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar) olduğunu belirlemiştir (352). Araştırmalarda kadınların %51'inde CYBE bulgusuna rastlanmıştır (337).

Salgın hastalıkların yanı sıra CYBE'lere karşı da gerekli tedbirler alınamamakta ve koruyucu üreme sağlığı hizmetlerine ulaşamamaktadır. Göçmenlerin aile ve toplum yaşamlarının göç nedeniyle kesintiye uğramasına ek olarak ekonomik çöküntü yaşamaları riskli cinsel davranışlar içine girmelerine ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara yaşamalarına neden olabilmektedir. Göçmenlerin düzenli cinsel eşlerinden ayrılmış olmaları, sağlık ve sosyal hizmetlere erişimde sorun yaşamaları, ayrımcılık, dil ve kültür farklılıklarından dolayı dışlanmaları CYBE'ye yakalanma riskini artırmaktadır (347,353). Ayrıca son yıllarda en çok göç alan ülke konumunda bulunan Türkiye'de yapılan çalışmalar göçmen kadınlarla çok eşliliğin yaygınlaştığını ve bu durumun CYBE artışının önemli bir nedeni olduğunu göstermektedir (354,355). Bununla birlikte göçmen kadınların gebeliği önleyici yöntem kullanma ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların tedavisi konusunda isteksiz oldukları görülmektedir (356).

Bir çalışmada da Suriyeli sığınmacıların Hepatit B'ye karşı bağışıklanma düzeyleri yerel halka göre daha düşük bulunmuş ve göçmenlerin risk grubu olarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (357).

Öte yandan cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakları ve hizmetleri konusu, alanda büyük bir boşluğun bulunduğu ve sorunların çözümsüz kalabildiği konuların başında gelmektedir. Bu araştırmada, gebelik izleme, doğum esnasında ve sonrasında yaşanan sıkıntılarını aktaran bireylerden örnekler verilmekle birlikte, cinsel sağlık ve üreme sağlığında gebeliğin yanı sıra cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunma ve güvenli cinsellik ile ilgili boyutların kadınlar tarafından neredeyse hiç telaffuz edilmemiş olması özellikle dikkat çekicidir. Bu durum, genel olarak Türkiye’de cinsel sağlık ve üreme sağlığının büyük oranda pronatalist politika çerçevesinde değerlendirilmesi ve cinsellik konusunu çevreleyen sessizlik olgusu ile ilişkilendirilebilir (330).

B.47- Suriyeliler arasında seks işçileri LGBTİ+’lar, HIV ile yaşayanlar gibi savunmasız gruplara özel hizmet sunulmamaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin Suriyelilerin sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırmak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya koyulan ve halihazırda bazı il ve ilçe belediyeleri tarafından da benimsenip açılan Göçmen Sağlığı Merkezlerinin yaygınlaşması birçok Suriyeli için faydalı olmuştur. Ancak, özellikle savunmasız Suriyeli nüfusun (seks işçileri, HIV ile yaşayanlar, LGBTİ+’lar vb.) bu merkezlere erişimlerinde birçok toplumsal etmenin olumsuz etki yarattığı iddia edilmektedir. Ülkelerindeki savaştan ve savaşın ortaya çıkardığı ağır insani krizden kaçarak Türkiye’ye sığınan Suriyelilere yönelik başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere birçok belediye ve sivil toplum kuruluşu sağlık hizmetlerine ve bilgisine erişim noktasında değerli çalışmalar gerçekleştirmektedir. Ancak sunulan hizmetler ne yazık ki Suriyelilerin tamamı için yeterli değildir. Başta savunmasız toplumsal gruplar olmak üzere birçok Suriyeli, Türkiye’de içinde buldukları ağır sosyoekonomik koşulların da etkisiyle tecrübe ettikleri sağlık sorunları karşısında yeterli sağlık hizmetine erişememektedir. Araştırmada görüşme yapılan Suriyeli seks işçilerinin önemli bir kısmı, hem cinsel sağlık başta olmak üzere genel sağlık durumları hem de adalet mekanizmalarına erişim konularında yeterli bilgiye sahip değildir. Bu durum, Suriyeli seks işçilerinin hem çeşitli alanlarda ihtiyaç duydukları hizmetlere erişimlerinin kısıtlı olmasına hem de savunmasız bir nüfus grubu olarak yaşamlarını devam ettirmelerine sebep olmaktadır. Suriyeli seks işçileri, bir yandan Suriye’den gelmiş olmaları diğer yandan da seks işçiliği yapıyor olmaları üzerinden damgalanma ile karşılaşmaktadır. Bu iki etmene ek olarak, cinsel kimlik, HIV statüsü, engellilik, yoksulluk, yalnızlık gibi birçok dinamiğin de etkisi ile Suriyeli seks işçilerinin damgalanma süreçlerimaruz bırakıldıkları ve toplumun çeperlerine itildikleri görülmektedir. Birçok etmeden dolayı hem hak ihlallerini ortaya çıkaran toplumsal dışlanmayı hem de yoksulluğu beraberinde getiren ekonomik dışlanmayı deneyimleyen Suriyeli seks işçileri, ayrımcılık ve şiddete ek olarak yoksulluğa da mahkum edilmiştir (358,359).

## Sonuç

Başta dil bariyeri, düşük sosyoekonomik durum, kültürel ve dini inançlar olmak üzere pek çok neden yüzünden Suriyeli göçmenler kapsamlı ve nitelikli CSÜS/AP, CYBE hizmetlerine erişememektedir. Özellikle karşılanamayan modern gebelik önleyici malzeme ihtiyaçları çok yüksektir.

Başta toplumsal cinsiyet eşitsizliği, yoksulluk, dini ve kültürel farklılıkları, savaş ve göç nedeniyle çocuk yaşta erken ve zorla evlilikler artmış, buna bağlı olarak ergen gebelikler ve doğumların sayısı yüksektir.

Suriyeli kadınlarda toplam doğurganlık hızları yüksektir ve nitelikli DÖB ve DSB hizmetlerine erişememektedirler.



## Özet Bulgular

B.42-Başta dil bariyeri, düşük sosyoekonomik durum, kültürel ve dini inançlar olmak üzere pek çok neden yüzünden, Suriyeli göçmen kadınların sağlık hizmetlerine ulaşımı engellenmektedir.

B.43-Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve çocuk yaşta erken ve zorla evlilikler sonucunda ergen annelik çok dikkat çekicidir.

B.44-Suriyeli göçmen kadınların doğurganlığın düzenlenmesi (AP) konusunda karşılanmamış ihtiyaçları vardır.

B.45-Suriyeli kadınların doğurganlık oranları yüksek, doğum öncesi, doğumda ve doğum sonrası bakım hizmeti alma oranları düşüktür.

B.46-Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların görülme sıklığı yüksektir.

B.47- Suriyeli nüfus içinde seks işçileri, LGBTİ+'lar, HIV ile yaşayanlar gibi savunmasız gruplara özel hizmet sunulmamaktadır.

## Öneriler

Türkiye’de son 5 yıldaki göçmenlerin CSÜS ve hakları ile ilgili literatürün sistematik incelemesinden elde edilen bulgular ve sonuçlara göre uygulamalara yönelik öneriler şöyledir:

- Sağlık hizmetlerinin sunumunda kadınlar arasındaki kültürlerarası farklılıklar dikkate alınmalıdır. Sağlık çalışanlarına ön yargılardan uzak ve kültüre duyarlı hizmet sunumu için eğitim verilmeli, sağlık çalışanlarına farklı kültürlerle çalışma becerisi kazandırılmalı, göçmenlerin ihtiyaçlarına yönelik kapsayıcı, bütüncül CSÜS hizmet sunumu eğitim müfredatına dahil edilmelidir. Nitelikli (sağlık konusunda bilgili, kişilerarası iletişimi iyi ve etik davranan) tercüman eğitimine önem verilmelidir.
- Doğurganlığın düzenlenmesi, CYBE’lerden korunma, istenmeyen gebelik, istemli düşük ve DÖB, DSB, AOB hizmetleri ve danışmanlık sağlanması, yapılan zararlı geleneksel uygulamaların (vajinal duş, genital sakatlama vb.) azaltılması için eğitim ve danışmanlık verilmesi, AP danışmanlık hizmeti alan Suriyeli kadınların partnerlerinin de modern yöntemler hakkında bilgilendirilmesi önerilmektedir. Suriyeli kadınların doğurganlıklarıyla ilgili algıları ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, ona yönelik müdahale planlanması, evde doğumların azaltılması için düzenli gebelik takiplerinin yapılarak kadınların bilgilendirilmesi, CYBE, DÖB ve doğurganlığın düzenlenmesine (AP) ilişkin anlaşılması kolay ve birçok dilde mevcut olan BEİ materyalleri hazırlanması için savunuculuk çalışmaları yapılmalıdır.
- Aile Hekimliği sistemine geçiş sonrası işlevini kaybeden Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) merkezleri hizmetlerine Suriye göçünde daha fazla ihtiyaç bulunmaktadır. AÇSAP merkezlerinin tekrar işlevsel hale getirilmesi için savunuculuk çalışmaları yapılmalıdır.
- Erken ve zorla, çocuk yaşta evliliklere engel olmak için ilgili devlet kurumları tarafından kamp ve ev ziyaretlerinin yapılması, ergen gebeliklerin engellenmesi için çalışmalar yapılması, sorumlu kişilere yönelik cezai yaptırımların gözden geçirilmesi/artırılması, çocuk yaşta erken ve zorla evlilikler ile ergen gebelikler konusunda Suriyelilerin farkındalığının artırılması, özellikle kötü sağlık sonuçlarının onların dil, kültür ve inançları gözetilerek anlatılması için savunuculuk çalışmaları planlanmalıdır.
- Şiddet ve istismara maruz bırakılanlar başta olmak üzere danışmanlık, destek ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması, çatışma ortamında yakınına kaybetmiş, şiddete, tacize ve /veya herhangi bir şekilde istismara maruz bırakılmış ya da şahit olmuş kadınların rehabilitasyonu ve sığınmacılık olgusunun neden olduğu zorluklarla baş etmelerine yardımcı olmak için STK-kamu işbirliğiyle gerekli psikososyal destek sistemleri oluşturulması sağlanmalıdır.

- Sağlık Bakanlığında mevcut olan Gmen Sağlığı Birimi sayısının ve kalitesinin artırılması, sağlık hizmeti ve danışmanlık hizmetinin yanı sıra hukuki sorunlarının da giderilmesi için savunuculuk faaliyetleri planlanmalı, özellikle bu savunmasız gruplar arasında sosyal medya da dahil olmak üzere CYBE'lerden korunma yollarının duyurulması için savunuculuk faaliyetleri yapılmalıdır.
- Suriyeli gmen kadınların üreme sağlığı sorunlarını saptamaya yönelik niteliksel ve niceliksel araştırmaların artırılması, bu nüfus içindeki seks işçileri, LGBTİ+'lar ve HIV ile yaşayanların CSÜS sonuçlarına odaklı araştırmaların planlanması, Suriyeli kadın gmenlerin CSÜS hizmetlerine erişimde karşılaştıkları engelleri ve zorlukları belirlemek için sağlık otoriteleri, STK'ler ve uluslararası organizasyonlar tarafından daha fazla kanıta dayalı uygulama araştırması yapılmalıdır.

---

## İKİNCİ BÖLÜM: NİTEL ARAŞTIRMA

## 5. NİTEL ARAŞTIRMA BULGULARI

5 Yönetici, 7 Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı ve CSÜS hizmeti sunan kilit kişi, 6 Aile Hekimi/Pratisyen Hekim/hemşire, 5 Ebe/hemşire ve Üniversite Medikososyal Sağlık Merkezi'nde çalışan 4 hekim ve 1 hemşire ile yapılan derinlemesine görüşmelerden elde edilen bulgular, hizmet sunucuların görüşme sonuçları olarak sunulmuştur.

6 Yüksek riskli gebe, 8 genç kadın, 12 göçmen kadın, 7 görme engelli kadın, 7 ergen ve 12 LGBTI+ ile yapılan 35 derinlemesine görüşme ve 6 odak grup görüşmesinden elde edilen bulgular, hizmet alan ya da hizmete ihtiyacı olan kişilerin görüşme sonuçları olarak sunulmuştur.



## 5.1. Hizmet Sunucular ile Görüşmeler

### 5.1.1. Yöneticiler ile Görüşmeler

Bu kısımda CSÜS/AP hizmetlerinde yönetici pozisyonundaki 5 kişi ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşülen kişilerin bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 2’de yer almaktadır.

#### Türkiye’de CSÜS Hizmetlerindeki Sorun Alanları

CSÜS alanında aile planlaması hizmetlerinde sorun alanlarını yöneticiler şu şekilde sıralamıştır:

Ergen sağlığı, istenmeyen gebelikler, sık doğum aralığı, ergen gebelikler, evde doğum, akraba evlilikleri, anne ölümleri, bebek ölümleri, AP hizmetlerine ulaşmada yaşanan sıkıntı, istenmeyen gebelik önleyici malzeme azlığı, AP konularında Sağlık Bakanlığının lojistik desteğinde sıkıntılar, personelin yerinin sık değiştirilmesi, eğitim alanların aynı görevlerinde tutulmaması, karar vericilerin önceliklerinin farklılaşması gibi durumlar CSÜS hizmetlerinin sürdürülebilirliğini zorlaştırmıştır.

*“Cinsel sağlık yokmuş gibi davranılabiliyor. Cinsellik var. Cinsel sağlık temel ihtiyacımızdır. Cinsel sağlık olmadan üreme sağlığı da olmaz. Aile planlanmasının tanımına baktığımızda -çiftlerin, ailelerin istedikleri zaman istedikleri sayıda istedikleri kadar çocuk sahibi olmaları, olmayanlara da yardımcı olmak- bu tanım o kadar güzel bir tanım ki, bu bir ihtiyaç yöntem kullanımı son TNSA’ya baktığımız zaman 20 yıl öncesine geri gitmiş, karşılanmayan ihtiyaçlar ne kadar artmış. Ha bu sürede yani şu son yeni yapılanma sonrası, 2012 sonrası belki 4-5 yıl idare etmiş ama şu son 3 yıldır hızla bir geriye gidiş var”* (Orta Düzey Yönetici).

*“Üreme sağlığına ilişkin mevzuatta yıllar içinde çok büyük değişiklik olmamasına rağmen, üst düzey yöneticilerin aile planlamasına ilişkin negatif söylemlerinin, sağlık yöneticilerinde üreme sağlığı ve aile planlaması hizmet sunum uygulamalarına ilişkin çekinceli ortam yarattığı düşünülmektedir”* (Üst Düzey Yönetici).

*“Sadece Sağlık Bakanlığının görevi olarak düşünmemekle birlikte, son 20 yılda CSÜS hizmetlerine bakış açısında duraklama hatta gerileme olduğunu söyleyebilirim. Sadece Sağlık Bakanlığı değil, işbirliği yapılan tüm bakanlıklar doğurganlığı özendirici pronatalist bir politika hizmeti yürütmektedir.*

*Ancak bunun da bilinçle yapılandırılan bir hizmet olduğunu düşünmüyor, sadece AP hizmeti vermemekle, kadının tanımlanmasının annelik olarak yapılması vb. gibi doğurganlığın özendirilmesine çalışılmaktadır. Ancak bu ihtiyacı karşılayacak yeterli nitelikte kurum ve personel bulunmamaktadır” (Orta Düzey Yönetici).*

*“Tek tek merkezlerin nitelikli eğitimleri kalmadı. 81 ilde eğitim merkezimiz var diyoruz fakat içi boş. Bölgesel eğitim merkezleri yok oldu. Yetişmiş elemanların hepsi emekli oldu. Mobbingden, iş kalitesinin düşmesinden, fiziki koşulların çok kötü olmasından ve en önemlisi sahadakilerin çoğu değer görmemekten dolayı emekli oldular. Adam yerine konulmaktan, joker gibi davranılmaktan, tampon niyetine kullanılmaktan bıktıkları için herkes emekli oldu. Bu alanda hizmeti sunabilecek eğitilmiş, deneyimli kimse kalmadı” (Orta Düzey Yönetici).*

*“Ülkemizde kamu kurumlarında halen cinsellik gibi bir kavrama yönelik hizmet verilmemekte, üreme sağlığı hizmetleri dendiğinde kamuda sadece gebelik ve aile planlaması ve kadın hastalıklarına yönelik hizmet verilmektedir” (Üst Düzey Yönetici).*

## **Kişilerin CSÜS Bilgisine Erişimindeki Sorunlar**

Kişilerin CSÜS bilgisine ulaşmadaki sorunları halk eğitimlerinin olmaması, bilimsel olmayan internet sitelerini tercih etmeleri, Sağlık Bakanlığı tarafından AÇSAP, Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmetleri Merkezlerinin (GDSHM) kapatılması, ergenlere yönelik kapsamlı cinsellik eğitimlerinin olmaması olarak değerlendirilmiştir.

*“Gençlik Merkezlerinin yetersizliği, bilgiye bilimsel olmayan internet sitelerinden ulaşılması, CSÜS halk eğitimlerine talep azlığı (pandemi öncesi), pandemi döneminde yüz yüze eğitim programlarının iptal olması başlıca sorunlardır” (Orta Düzey Yönetici).*

*“CSÜS bilgisi hizmeti veren, gerçekten bu konuda donanımlı, hani cinsel sağlık eğitim veren merkezler vardı bu konuda eskiden. Pek de sayıca fazla değildi ama kaliteliydi bu Gençlik Merkezleri, kapatıldı. Şu anda hakikaten bir ergen veya bir gencin bir sorun yaşadığında çok ciddi anlamda başvurabileceği böyle bir merkez yok artık. Genç bu hizmeti nereden alacak? Bu hizmeti internette alıyor büyük bir ihtimalle. Arkadaşlarından bilgi alıyor. Bana göre bir merkez eksikliği var kesin. Yani gençler nereden eğitim alacak. Alınacak bilgi çok ama doğru bilgiyi alabileceği yer konusunda büyük sıkıntı var” (Orta Düzey Yönetici).*

*“Kişilerin, CSÜS hakkında genellikle internet ortamındaki bilgilere başvurdukları saptanmıştır. Ayrıca, aile hekimleri, aile sağlığı elemanları, 2. ve 3. basamak sağlık hizmeti sunan merkezlerde kadın doğum poliklinikleri, belediyelerin halk eğitim merkezleri, eczacılar da CSÜS hakkında danışmanlık yapmaktadır”. “Bilgiye ulaşmada sorun olduğunu sanmıyorum. Ancak yanlış bilgiye ulaşma daha ağırlıklı olduğu için ileriye gidilemiyor bu konularda. Ayrıca eski yıllarda olduğu gibi Milli Eğitim Bakanlığı müfredatında bu konulara yer verilmemekte ve genç yaşlarda doğru bilgiye erişim zorlaşmaktadır” ( Üst Düzey Yönetici).*

*“Çok geçmiş yıllarda çok düzenli halk eğitimleri yapılıyordu. Farkındalık eğitimleri yapılıyordu. Halk eğitimlerinde Diyanet ile işbirliği vardı ve hem Diyanet tarafı hem asker tarafı hem, yani bir ildeki organizasyonu düşündüğümüz zaman, ildeki eğitim ekipleri her birimle iletişime geçip her birimin kendi çalışanlarını bu konuda bilgilendiriyordu. Halk Eğitim Merkezleri mesela biçki, dikiş, nakış kurslarına gidip, yani popülasyonun yoğun olduğu yerlere gidip, oradaki grup hangi yaş grubunda, hangi cinsiyette ise onlara uygun bir bilgilendirme eğitimleri yapılıyordu. Yani ülkede bir süredir nüfusu artırıcı bir politika yürütülüyor olmasından dolayı mı, yani ihtiyaç mı hissetmiyorlar ama bu konuda doğru bilgiyi alacakları yer de kalmadı. Yani Sağlık Bakanlığının birçok birimi var gibi fakat gerçek anlamda bu hizmeti sunacak kaliteli, donanımlı, kişilere hizmet sunucuların da kalmadığını düşünüyorum”*  
(Orta Düzey Yönetici).

## **Kişilerin Klinik Hizmete Erişimindeki Sorunlar**

- İhmal, erteleme, aileden ya da çevreden çekinme,
- Ekonomik sorunlar,
- Sosyodemografik özellikler,
- Toplumsal baskı, çevresel özellikler,
- Bilgi eksikliği,
- Bazı inanışlar nedeniyle vatandaşın hizmete erişmek istememesi,
- Kişi başına düşen süre, hekim, malzeme yetersizliği,
- Tedavi edici kurumların yoğun ve fiziksel anlamda (randevu alma, kuruma ulaşım vb) ulaşım güçlüğü,
- Politik atmosfer, izlenen nüfus politikası,
- CSÜS konusunda halk ve personele yönelik eğitimlerin yapılmaması.



*“Klinik hizmete ulaşma konusunda bir kere bir sağlık konusunda herhangi bir hizmet almak için önce bir sağlık sorununun olduğunun farkında olmak ya da bilgiye ihtiyaç duymak gerekir. Bir de ne tür bir hizmeti nereden alabileceğini bilmek gerekir. Fark ettirmek, ihtiyaç hissettirmek, sonra hizmet alacağı yere yönlendirmek ve orada da hizmete erişimini sağlamaktır esas olan. Bir böyle bir şeye ihtiyacı olduğunu bilecek, ikincisi bir kuruluşa gidecek, gittiği kuruluştaki donanımlı, bu işi bilen kişiden danışmanlık hizmetini alacak, bir de almak istediği malzemeyi alacak oradan. Bu zincirlerde kesin bir kırılma var. Bence sağlık kuruluşlarında hem donanımlı kişiye ulaşmada hem de hizmeti almada, yani kontraseptif yöntemi almakta sıkıntı var” (Orta Düzey Yönetici).*

## **Hizmete Erişimi Engelleyen En Önemli Faktörler**

- CSÜS hizmetlerinin yaygın olmaması ve bu hizmetlere kişinin zorlayıcı talepleri ile randevu veya uzun kuyruklarda bekleme süreleri caydırıcı olmaktadır.
- AÇSAP Eğitim Merkezlerinin sayısının yetersizdir.
- CSÜS/AP hizmetleri; Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) ve Sağlıklı Hayat Merkezlerinde (SHM) ücretsiz sunulmaktadır. Ancak uzman hekimlerin hizmet sunduğu hastanelerde koruyucu hizmet kapsamındaki iş ve işlemler ücretli sunulmaktadır.
- SGK’sı olmayan vatandaşlar, 2. ve 3. basamak sağlık hizmeti sunan merkezlerden ücretsiz hizmet alamamaktadır. Ayrıca, SGK olsa bile, kişilere, istenmeyen gebelikleri önleme iş ve işlemleri (RİA uygulama, çıkarma, D/C) SGK kapsamında yer almadığından ücret farkı çıkarılmaktadır.
- Kişiler, bu hizmeti almak için samimi, izole, mahrem, güler yüzlü ve donanımlı ortam aramaktadırlar; bu özelliklere sahip merkez sayısının da oldukça yetersiz olduğu düşünülmektedir.

*“En önemli faktör aile hekimlerinin hizmeti sunmuyor olması. Bir kadına RİA uyguladığında kullandığı malzemeleri (spanç, batikon vb) aile hekimleri kendileri bütçelerinden temin etmek zorundalar. Bu masraftan kaçınarak kendi hanesine kar olarak geçiyor. Yani eline kalan para artıyor. Aile hekimleri şimdi kar zarar hesabı yapıyorlar. Eskiden sağlık ocağı varken malzemeler müdürlükten temin ediliyordu” (Orta düzey yönetici).*

*“O kadar çok aile hekimi RÍA uygulama kursuna katıldı ki, hatta bu kursa koşa koşa gittiler. Kursu gitmeyi talep ederken de “bizim bölgemizde anne ölüm oranları yüksek, biz bu hizmeti sunmak istiyoruz” dediler. Oysa ki bu hizmet içi eğitimin alınması performans sisteminde olduğu için ve de sertifikayı aldıktan sonra sadece çalıştığı ASM’ye sınıf değişikliği ve ekonomik açıdan biraz konfor sağlayacağı için bu eğitimi aldılar. Sonucu ne oldu bu hizmetleri sunmadılar. Hatta RÍA uygulama odaları depo olarak kullanılmakta. Gereğini yerine getirmediler. Çünkü RÍA taksa da takmasa da ona yine performans olarak hiçbir ekonomik getiri sağlamayacaktı. Çünkü RÍA uygulama performans kriterlerine dahil değil. Onlar da RÍA takmamayı tercih ettiler” (Orta Düzey Yönetici).*

## **Daha Nitelikli ve Yeterli CSÜS/AP Konusunda Hizmet Sunumu için Öneriler**

- AÇSAP Eğitim Merkezlerinin sayısının artırılmalıdır.
- Hizmet sunumu sağlanmalı ve ulaşılabilir olmalıdır.
- Bu hizmetin sunulabilmesi için yeterli, CSÜS hizmetlerine gönül vermiş, donanımlı, bilgili, sürekli hizmet sunacak usta eğitmen eğitimi (ulusal master trainer) almış sağlık çalışanları ekibi oluşturulmalıdır.
- Tüm sektörler işbirliği içinde çalışmalıdır.
- Bu hizmetin sunulabilmesi için yeterli, donanımlı, bilgili sağlık insan gücüne, eğitimin ve hizmetin sunulacağı mekan ve bu mekanda kullanılacak demirbaş ve sarf malzemeleri için uygun ekonomik imkana, hizmetin sunulabilmesi için duyarlı ve farkındalığı yüksek sağlık yöneticilerine ihtiyaç bulunmaktadır.
- Doğurganlığın düzenlenmesi (AP) hizmetlerine performans puanı verilmemesi hizmet sunmamada önemli bir faktördür.

*“Günümüzdeki 1. ve 2. basamak kamu hizmeti veren birçok kurum incelendiğinde bu hizmetlerin kurumsal olarak sürdürülmesinde sıkıntılar olduğu görülecektir. Yönetimlerin öncelikli hizmetleri arasında görülmemektir. Sistemdeki birçok koruyucu sağlık hizmeti veren sağlık çalışanlarının eğitimin sağlanması ve güncellenmesi gerektiğini düşünüyorum. Ayrıca bu hizmetleri veren personele diğer çalışmalarda olduğu gibi performans verilmesi ya da pozitif ayrımcılık yapılması gerekir” (Üst Düzey Yönetici).*

*“Ben hep 2827 ya da 557 sayılı yasanın çıkış noktasına bakıyorum. Çıkış noktası hem anne ölümünün hem de bebek ölümlerinin engellenmesi, hastalıkların önlenmesidir. Yani kişi gebelik aralığını açmak istiyorsa, yine aile planlamasının tanımına bakıldığında kimsenin kaç çocuk sahibi olacağına yani sayısına, özel hayatına karışmıyor. Net bir şekilde sağlık çalışanlarının temel işi riskleri, ölümleri engellemeye çalışmak. Dolayısıyla gebelik aralığını açsın. Bu nedenle de politika yapıcıların kararı, görüşü ne olursa olsun sağlık çalışanlarına koruyucu hizmetleri uygulamak düşüyor” (Orta Düzey Yönetici).*

*“Meclise, politika yapıcılara neden bu hizmet sunuluyor, neden gebelikten korunma yöntemleri sunuluyor, neden insan sağlığı, kadın sağlığı, hastalıklar, isteğe bağlı düşükler, merdiven altı düşükler, bunların engellenmesi için legal çerçevede, gerçekten bu konuda yetkin bu hizmeti sunabilecek sağlık çalışanlarının desteklenmesi gerektiği, çünkü 2827 sayılı yasada bu açık, 10 haftaya kadar gebelik tahliyesi – bu son çare –yönteme dayalı gebelik oluşabilir, korunmasız bir ilişki olabilir, tüm bunların tekrar tekrar anlatılması, açıklanması gerekiyor. Yani asıl politika yapıcıların işin içine girmesi gerekir. İktidarda olan politika yapıcılardan konuya ilişkin net bir yaklaşım, net bir mesaj olmazsa sahada bir kıpırdama olmaz. Nasıl ki geçmiş yıllarda 2827'nin ilk kabulünden itibaren ülkede eğitim merkezlerinin açılması, herkesin canla başla ilinde de bir eğitim merkezi olması için çaba sarf etmesi, gerçek anlamda anne ölümlerinin azalması, düşmesi bu sayede olduysa. Farkındalıkla, bilinç düzeyinin yükselmesiyle donanımlı sağlık çalışanlarıyla, hizmete erişimle bunlar gerçekleştirilebilir” (Orta Düzey Yönetici).*

## **CSÜS Alanında Türkiye'deki Başarılar ve Geçmiş Yıllar ile Günümüz Arasındaki Farklar**

CSÜS alanındaki eğitim ve anne ve bebek sağlığı alanındaki başarılar şöyle sıralanmaktadır:

Eğitimde başarılar: Yapılan görüşmelerde, Sağlık Bakanlığı'nın hizmet içi eğitimleri yıllardır çok başarılı olarak yürüttüğü belirtilmiş, hem modül geliştirmede hem de bu modüller ile eğitimler yapmada katılımcılar tarafından başarılı bulunmuştur.

Ülkemizdeki STK'lar AB, BM vb. kuruluşlarla yapılan çalışmalar, bu hizmeti sunanlarda, hizmetin kalitesinde ve hizmetin yürütülmesinde fark yaratmıştır. Düzenli olarak sağlık çalışanlarına Acil Obstetrik Bakım (AOB), güvenli annelik, CYBE eğitimleri verilmektedir.

Üreme sağlığına ilişkin mevcut mevzuat yeterli olup, Ergen Sağlığı ve CSÜS/AP hizmetlerinde çalışacak personelin kariyer planlamasının geliştirilmesi gerekir. Örneğin Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Erken Uyarı ve Cevap Daire Başkanlığınca yıllardır başarıyla sürdürülen Saha Epidemiyoloji Eğitimleri benzeri planlamalar yapılabilir ya da üniversitelerde yüksek lisans programı açılabilir.

Anne ve bebek sağlığı: Anne ve bebek ölümlerinin önlenmesi açısından, riskli gebeliklerin ve istenmeyen gebeliklerin modern yöntemler ile önlenmesinde gösterilen başarı oldukça önemlidir.

- Aile Sağlığı Merkezlerinde gebe-lohusa-bebek izlemleri yapılmaktadır. Bebeklere 13 hastalığa karşı aşı yapılmaktadır.
- Neonatal Tarama Programı kapsamında 5 önemli hastalığın (Fenilketonüri, Konjenital Hipotiroidi, Biyotinidaz Eksikliği, Kistik Fibrozis, Konjenital Adrenal Hiperplazisi) taraması yapılmaktadır.
- Doğumdan hemen sonra; yenidoğan işitme taraması, görme taraması, gelişimsel kalça displazisi taraması yapılmakta, demir ve D vitaminine başlanmakta, annelere emzirme danışmanlığı verilmektedir.

Anne ve bebek ölümlerinin önlenmesinde yıllar içinde büyük başarılar elde edilmiştir. Annelere emzirme, anne sütü danışmanlığı verilmektedir. Gebe-bebek-lohusa izlemleri Aile Hekimleri tarafından yapılmakta, sağlık çalışanlarına AOB, güvenli annelik, CYBE eğitimleri düzenli olarak yapılmaktadır. Artık bebekler, ishalleri hastalıklardan veya aşı ile korunulabilen hastalıklardan dolayı kaybedilmemektedir. Buna karşın CSÜS hizmetleri aynı başarı ile sürdürülmüştür. Bebek ölüm nedenleri incelendiğinde, prematürite doğum (muhtemelen IVF gebeliklere bağlı), konjenital anomaliler (akraba evliliği sonucu veya gebelikte ortaya çıkmış anomalilerin varlığına rağmen, tahliyesine aile tarafından izin verilmemiş olan durumlar) başlıca nedenler olarak görülmektedir. Sonuçta da aileler istediği, talep ettiği halde doğurganlığın düzenlenmesi (AP) konusunda karşılanmamış ihtiyaç, diğer bir ifade ile hizmet açığı 2013 – 2018 yılları arasında ikiye katlanarak %6'dan %12'ye çıkmıştır. Bu yüzdeye ihtiyacı olup da etkisiz yöntem kullananlar da eklenir ise toplam oran Türkiye'de %33'tür yani 3 aileden birinde AP hizmet açığı vardır.

*“Düşünüyorum ama aile planlaması konusunda herhangi bir başarı aklıma gelmiyor. Ancak doğumların %98'inin hastane koşullarında gerçekleşmesi. 15-49 kadın izlemi, doğum öncesi bakım, gebe izlemleri, doğum sonrası bakım, bebek izlemleri sayıca daha iyi, performans kriterlerine dahil çünkü, performans dahil olan bütün uygulamalar daha başarılı denilebilir. Ancak nitelik açısından zihnimde büyük bir soru işareti var tabii. Yani şöyle denebilir performans dahil olan programlar başarılı dahil olmayanlar başarısız”(Orta Düzey Yönetici).*

## CSÜS/AP Uygulamalarında ve İsteyerek Düşüklerde Hizmete Erişimin Azalmasının Nedenleri ve Sonuçları

*Birinci basamakta modern yöntemlerin hepsi mevzuat bağlamında sunulması gerekirken genellikle sunulmamaktadır (Özellikle RİA). Lojistik destekte sıkıntılar vardır. Özellikle bazı ASM'lerden kişiler özel merkezlere yönlendirilmektedir. ASM'lerde RİA hizmet sunumunun bir getirisi olmaması, Aile Sağlığı Elemanlarına ek yük getirmesi, bu hizmetlere "çok zaman ayırmak istememeleri" vb. nedenlerle kişiler dış merkezlere gönderilmektedir.*

*"Kamu tarafından AP malzemelerinin alınmaması, temin edilmemesi, kontraseptif yöntemlere kamu sağlık kuruluşlarından ulaşılamaması nedeniyle de özel sektörden temin etmek zorunda kalınıyor" (Orta Düzey Yönetici).*

Kamu yataklı kurumlarında da hizmetin personele ve kuruma artı değer kazandırmadığı, bu hizmetlere ayrılan mekanların getirisi olan polikliniklere dönüştürülmesi isteği, insanların başvurusunu geriletmektedir.

*"Yasal olmasa dahi 2000 yılının ortalarından itibaren üst düzey yönetimlerin bulunduğu toplantılarda sözel olarak bu hizmetler konusunda yapılanmaların gereksiz olduğu gibi söylemlerle taşra yöneticileri etkilenmiş, ayrıca performansı olmayan hizmetlerin ötelenmesi, alan açılması, oradaki personelin başka alanlarda değerlendirilmesi gibi nedenlerle bizim çalıştığımız ilde isteyerek düşük yapmak isteyen kişilere yönelik hizmet alanları tek tek önce küçültülmüş, sonra da yok edilmiştir. 2020 yılında 4 milyon nüfuslu bir ilde tek kamu merkezinde zorluklarla sürdürülmektedir" (Orta Düzey Yönetici).*

Sağlık Bakanlığı tarafından illere doğurganlığın düzenlenmesi (AP) amacına yönelik bir miktar bütçe gönderilmektedir. Ancak ildeki yönetici, bu bütçenin harcanmasıyla ilgili tercihi farklı alanlara kaydırmaktadır. Örneğin mevzuata göre Aile Sağlığı Merkezlerine modern yöntemlerin temininin yapılması gerekmektedir. Ancak yapılmaması halinde bir yaptırım olmaması (gebe-lohusa-bebek izlemleri ve aşuların zamanında yapılmaması halinde performans kesintisi uygulanmaktadır), ergen sağlığı ve CSÜS konularına (danışmanlık ve uygulamaya) uzun süre ayrılması gereği ve bunun bir karşılığının olmaması sorun olarak ortaya çıkmaktadır.

Gençlerin CSÜS ihtiyaçlarına yeterli ve sürekli düzeyde erişememeleri nedeniyle CYBE, istenmeyen gebelikler, isteyerek düşükler ve riskli gebeliklerin önlenememesi (Türkiye'de hala 3 gebelikten bir risk taşımaktadır) anne ölümlerinin ya da hastalıklarının artmasına da yol açabilmektedir.

*"Eğer araştırma sonuçları ve gözlemler doğru ise Türkiye'de AP uygulamalarında ve isteyerek düşüklerde hizmete ulaşılmaz ise bu durumun sonuçları sizce neler olabilir? Anne ve bebek ölümü sonuç olarak karşımıza çıkar" (Üst Düzey Yönetici).*

## Kadının İnsan Haklarını Eşit Kullanımında Gelişmeler

Görüşmeler sırasında kadınların eğitim düzeyine paralel olarak toplum içinde kendini ifade edebilmeleri artmakla birlikte kadına yönelik şiddetin, kadın cinayetlerinin devam ettiği ifade edilmiştir. Kadınların çalışma hayatına her alanda katılımı artmaktadır ancak halen yüksek düzey yöneticiler içinde kadınların oranı Avrupa ülkelerinin çok altındadır.

*“Geçmişte kadının insan hakları sınırlı iken bugün görünürde kadın erkek eşitliğinde yol almış gibi görünsek de her alanda kadına şiddet, mobbing, baskı, doğurganlıklar konusunda siyasi söylemler, algı yönetimi gibi konularla sürekli ivme kaybedildiğini düşünmekteyim”* (Üst Düzey Yönetici).

*“Sadece meclisteki kadın parlamenter sayısına, kadın yöneticiler, kadın bürokratların sayılarına, öldürülen kadın sayılarına baktığımızda kadının insan haklarını hala eşit düzeyde kullanamadığını görüyoruz. Geçmişte parlamenter sayısına oranla kadınlar mecliste daha fazla temsil ediliyordu”* (Orta Düzey Yönetici).

*“Toplumsal cinsiyet eşitsizliği her alanda karşımıza çıkmaktadır. Kadının, aile planlaması ve üreme sağlığı hizmetlerinin tabu olmaktan çıkması ile hak temelli sağlık hizmetine ulaşım mümkün olabilir diye düşünüyorum”* (Üst Düzey Yönetici).

## Türkiye’de CSÜS Hizmetlerinde Hak Temelli Yaklaşımı Artırmak için Öneriler

CSÜS/AP hizmetlerinde hak temelli yaklaşımın artırılması için politikacıların, karar vericilerin mevzuata ilişkin değişikliklerin yapılmasına katkısı değerlendirilmiştir.

*“Siyasi otoritenin kadına yaklaşımı samimi olarak değişmedikçe, kadının her ortamda cinsiyetine bakılmaksızın eğitimine, yeteneğine uygun, hakkaniyete dayalı değerlendirilmedikçe, erkeğin ve karar vericilerin gözünde farklı değerlendirilmeleri var oldukça kadının toplumdaki yeri hak temelli olmayacağı kanısındayım”* (Üst Düzey Yönetici).

*“Türkiye’de CSÜS hizmetlerinde hak temelli yaklaşım sağlanmasında politikacıların söylemleri çok etkili oluyor. Kadın haklarından sadece bahsetmek, mevzuatta yer almasının eğer bu doğrultuda uygulamalar yoksa hiçbir anlamı yok. Politikacıların aslında mevzuatın uygulanması yönünde çabalarının olması gerekiyor. Geçmişte bu gerçekleşmişti. 2827 ve 557 sayılı yasaların çıkarılması ve mevzuatın uygulanması o zaman sağlanan politik desteğin gücüyle gerçekleştirildi”* (Orta Düzey Yönetici).

## Türkiye’de Savunmasız Grupların CSÜS Hizmet Sunum Politikaları

Görüşmeciler savunmasız gruplardan göçmenlere yapılan sistematik sağlık hizmet sunum modelleri dışında özel sağlık hizmet alanlarının sınırlı olduğunu belirtmişlerdir. Göçmenlere hizmet sunan, donanımlı Göçmen Sağlığı Merkezleri mevcuttur. Bu bağlamda GSM’nin dışındaki sağlık kuruluşlarındaki dil engelinin önemi dikkate alınmalıdır.

Türkiye Üreme Sağlığı Programı kapsamında; savunmasız gruplara yönelik eğitim programları ve materyalleri hazırlanmıştır. Mevcut mevzuata göre bütün sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti alabilmektedirler. Ancak burada da fiziksel erişim engelinin önemi dikkate alınmalıdır. Örneğin aşağıda belirtilen “rampayı çıkıyor içeride karşısına merdiven ya da benzer bir engel çıkabiliyor, her bina asansörlü değil” vb.gibi fiziksel erişim engelleri verilmiştir.

*“Savunmasız gruplara yönelik tasarlanmış politikalar var. Özellikle engelli bireylere yönelik programlar ve uygulamalar var. Sağlık kuruluşlarının pek çoğunda fiziki koşullar engellilerin kolay ve rahat erişebileceği duruma getirildi. Tekerlekli sandalye rampaları gibi. Yapılan üreme sağlığı eğitimlerinde “özel durumlarda üreme sağlığı” diye bir konu var ve bu konunun içerisinde de engellilerin üreme sağlığı bölümü var. Çok geçmiş yıllarda AÇSAP Genel Müdürlüğü döneminde Avrupa Birliği destekli yürütülen üreme sağlığı programlarında STK’larla işbirliği yapılırken engelli STK’larla da işbirliği yapıp gerçekten bu konuda çok büyük farkındalık yaratıldı. İşitme engellilerden zihinsel engellilere, görme engelliler her türlü engellilere yönelik çalışmalar yürütülmüştü. Kitaplar üretildi, engelli ailelerine yönelik de pek çok doküman üretildi. Bu bir başlangıçtı belki çok hızlı yol alınabilirdi, belki alınamadı, oralarda kaldı. Yine bu alanda da politik isteksizlik çok olumsuz etkiliyor bence. Bu konuda çalışmaların olması bir haktır. Nasıl ki sağlıklı bireylerin sağlığının korunması bir hak ise gereksinim duyduğu hizmetlere kolay erişimi bir hak ise savunmasız grupların da CSÜS hizmetlerine erişiminin sağlanması da bir haktır” (Orta Düzey Yönetici).*

“Adı geçen gruplarla ilgili çeşitli çalıştaylar ve etkinlikler Türkiye Üreme Sağlığı Programı (Gözlemci Notu: Türkiye Üreme Sağlığı Programı 2003-2007 yılları arasında yürütülen çok büyük bir AB fonu) kapsamında yapılmıştı. Ancak sonuç raporları uygulamaya yeteri kadar yansıyamadı, kurumsallaşamadı diye düşünüyorum. Grupları ayrı ayrı değerlendirsek;

**Ergen:** *Ergenlere sağlık hizmeti sunacak personele özel eğitim modülleri kapsamında eğitimler verildi, 1., 2., 3. basamak gençlik danışma merkezleri açıldı ancak, 2012 yılında yayımlanan 664 sayılı KHK sonrasında 1. basamak gençlik danışma merkezleri inaktif oldu.*

*Burada çalışan personel aile hekimliği sistemine geçti, merkezler aile sağlığı merkezi oldu, yeni merkezler açılmadı, yeni personel yetiştirilemedi. Hastanelerdeki gençlik danışma merkezleri döner sermaye katkısı sağlayamadığından da aktif olarak hizmet verememektedir. Sadece Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (HÜTF) bünyesindeki merkez faaliyetine devam etmektedir. Madde bağımlılığı olan adolesanlar, cinsel istismar mağduru adolesanlar sağlık hizmet sunumuna ulaşmakta zorluk yaşamaktadır” (Üst Düzey Yönetici).*

• Engelli bireyler: *Tüm sağlık kurumlarında engelli düzenlemesi zorunlu hale getirilmiştir. Dolayısı ile sağlık kurumlarına ulaşmakta sıkıntı olmadığı görülmektedir, ancak engelli CSÜS hizmeti almada sorun yaşandığı tarafımıza iletilmektedir” (Üst Düzey Yönetici).*

• LGBTI bireyler: *Bu grup, iş bulmakta sorun yaşadığı için SGK kapsamında çoğunlukla bulunmamaktadır. SGK kapsamında olmadıklarında, sağlık hizmeti almak için başvuruda bulunmak zorunda olduklarında genellikle (ekonomik durumları uygunsa) özel sektöre gitmektedirler. Toplumsal ve çevresel baskı neticesinde iş bulamayan bu grup, genellikle fuhuş sektöründe çalışmakta, istismara maruz kalmakta, CYBE riski taşımaktadır” (Üst Düzey Yönetici).*

• Göçmenler: *Yukarıda belirtilen gruplar içinde en şanslı grup göçmenlerdir. Her basamak sağlık hizmetinden yararlanabilirler. Ayrıca, sadece onlara hizmet veren göçmen sağlığı merkezleri de bulunmaktadır. Her tür sağlık hizmetini alabildikleri gözlemlenmektedir. Toplumun sosyo-ekonomik düzeyi düşük bir kesiminin doğurganlık anlayışında Suriyeli göçmen popülasyonundan etkilenmekte olduğunu gözlemlemekteyim” (Üst Düzey Yönetici).*

## **Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezlerinin Durumu**

Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri kesinlikle ihtiyaç olan kurumlardır ancak proje aşamasından sonra çok ilerleyememiştir. Bakanlık ve il düzeyindeki yöneticiler o merkezleri günün gereği olan, daha çok ses ve para getirebilecek alanlara dönüştürdüler. Örneğin Göçmen Merkezi, Sağlıklı Hayat Merkezi gibi. Ancak bu eğitimi alan ve bu merkezlerde hizmet veren personelin ve yöneticilerin tüm çabalarına rağmen, bu merkezler kurumsal bir statü kazanamadılar. Bu konuda Sağlık Bakanlığı tarafından da etkili bir hizmet politikası sürdürülemedi.



## Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanlarının CSÜS Hizmet Sunumunda Performans Kriterleri

Aile hekimliği uygulamasına ilişkin mevzuata göre, Aile Hekimleri ve Aile Sağlık Elemanları, kendilerine kayıtlı kişilere her tür teşhiş, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini vermek zorundadır. Uygulamada performansa dayalı hizmetler içinde AP danışmanlık hizmetleri yer almamaktadır. Ancak yine de bu hizmetleri vermeleri gerektiği bilinmektedir.

*“Maalesef gelinen noktada sağlık hizmetlerinin gerekli olduğu içinden çok, performans gereği yapılması kanıksandı. şahsi olarak sağlık için çalışanların her yapacakları iş için ekstra maddi bir getiri beklemeleri bu beklentileri sonsuzlaştırıyor. Yerel olarak çözülmesi çok zor. Bakanlık kararları, kararlı bir politika, hizmetin gerekliliğine inandırma gibi çabalar fark yaratabilir. Eğitim alanlar tek başına bu farkı yaratamıyor ve bütünün içinde eriyip gidiyorlar. Sonuçta kısa vadede performans verilmesi ufak bir ivme kazandırabilir. Ama hizmetin niteliği konusunda kaygılıyım” (st Düzey Yönetici).*

*“Aile hekimi 3000 kişisi varsa bu kişilerin sağlığının korunmasından da sorumlu. Sadece hastalıkların tedavisinden değil. 15-49 yaş kadın nüfusunun bütün CSÜS hizmeti gereksinimlerini karşılamak zorunda. ASM’de hizmetlerin sunumunda performans kriterlerinin uygulanması başlı başına büyük bir yanlış. Performans kriterleri maaşlarda herhangi bir eksilme olmadan kaldırılmalıdır bence. Performansla her sağlık kuruluşunda hizmetler sekteye uğruyor. Performans ödemeleriyle bu işler yrtlmemeli” (Orta Düzey Yönetici).*

## CSÜS Alanında Veri Açığı Olan Konular

Bu soru karşısında bazı görüşmeciler veri açığı olmadığını, Sağlık Bakanlığı’nın bu konuda yaptığı başarılı uygulamaları belirtirken, bazı yöneticiler de güvenilir veri eksikliği tanımlamaktadır.

*“T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün ilgili Daire Başkanlıkları söz konusu verileri Bilgi Yönetim Sistemleri düzenli olarak toplamaktadır. Veri açığı yoktur” (st Düzey Yönetici).*

*“Kişisel verilerin korunmasına ilişkin mevzuat kapsamında verilerin paylaşılabilmesi gerektiği kanaatindeyim. Veri olmazsa içinde bulunan durum izlenemez, değerlendirilemez, geri bildirim verilemez ve yönetilemez diye düşünüyorum” (st Düzey Yönetici).*

*“Verilerin eksikliği olağandır. Bir hizmet tasarlanırken nereden, kiminle hangi bilgileri derleyeceğiz gibi konularda bir alt yapı oluşturulmadan hizmete başlamamak gerek diye düşünüyorum. Eğitim modülleri tasarlanırken mutlaka hazırlanan veri tabanı da kullanıcılara sunulmalı diye düşünüyorum. Örnek vermek gerekirse göçmenlerle yürütülen çalışmaları en başından itibaren takip edip birçok toplantıya katılıp, hepsinde de ivedilikle bir yazılım oluşturulması, verilerin dijital ortamda toplanması gerekliliğinin altını çizmeme rağmen hala çok etkin bir veri toplama sistemi kurulamadığını gözlemlemekteyim” (Orta Düzey Yönetici).*

## **CSÜS Alanında Sektörlerarası İşbirliği**

Yapılan görüşmelerde sektörlerarası işbirliğinin olmadığı, kamu ve STK işbirliğinin güçlendirilmesi ve tüm sektörlerin biraraya getirilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Son dönemlerde Kamu ile STK işbirliğine sıcak bakılmadığı, geçmişte daha çok işbirliği olduğu ifade edilmiştir.

*“Benim bildiğim şu an bir STK ile bir işbirliği geçmiş yıllara kıyasla çok azaldı. Günümüzde multidisipliner çalışmalar eskisi kadar çok değil. Var olanlar da yeterli değil” (Orta Düzey Yönetici).*

*“Son yıllarda tüm STK çalışmaları, projeler Göçmen Sağlığı Hizmetleri ekseninde yürütülmektedir. CSÜS konularında ülkemiz insanların olduğu kadar göçmenlerin de düzgün hizmet alma gereksinimleri dikkate alındığında artık kaynaşan bu toplumlarda sorunların ortak ele alınması önemlidir diye düşünüyorum. Elbette hızlı, dinamik, güncel ihtiyaçlara hizmet verme refleksi bakımından STK'lar ile işbirliği önemlidir. Tek başına kamu ya da tek başına STK'ların yaptırımının yeterli olmayacağı öngörüsündeyim” (Orta Düzey Yönetici).*

*“Sektörlerarası işbirliğinin çok önemli olduğunu düşünüyorum. Pandemi birçok konuda olduğu gibi bu konuda da aksamalara neden oldu. Önümüzdeki zamanlarda STK'lar ile planlanacak değerli projeler ile CSÜS hizmetlerinin geliştirilmesini diliyorum” (Orta Düzey Yönetici).*

*“CSÜS alanında sektörlerarası işbirliğinin kesinlikle gerekli olduğunu düşünüyorum. Devlet eliyle ulaşılamayan bireylere, el birliği ile, devlet kontrolünde ulaşılabileceği kanaatindeyim. Daha önceden yaşadığımız olumlu tecrübelere dayanarak bu işbirliğinin sürdürülmesi gerektiğine inanıyorum” (Üst Düzey Yönetici).*

## 5.1.2. CSÜS Hizmet Sunumunda Kilit Kişiler ile Görüşmeler

Bu kısımda CSÜS/AP hizmet sunumunda kilit pozisyonundaki 7 kişi ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşülen kişilerin bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 2’de yer almaktadır.

### Türkiye’deki CSÜS Hizmetlerinde Sorunlar ve Sorun Alanları

Görüşülen 7 kişinin “Türkiye’deki CSÜS hizmetlerinde sorunlar/sorun alanları” konusunda belirttiği sorun alanları 4 ana grupta toplanmaktadır:

#### CSÜS Hizmetlerine Erişimindeki Engeller

*“Son yıllarda AP erişim, güvenli düşük hizmetlerine erişimde sorunlar var. Bunları rakamlarda da görüyoruz. Modern yöntemlere erişim konusunda sorunlar var. Hizmetlerin sunulmasında sorunlar var. Modern yöntem kamusal politika belirlemede ciddi engelleme durumu var. Doğurganlıkla ilgili sürece müdahale, karar vericilerin çiftlerden 3-5 çocuk sahibi olmalarını istemesi, birinci basamakta hizmete erişim bir şekilde engelleniyor. Hizmet verilerine de yansıyor. AP’de karşılanamayan ihtiyaç 2 katına çıktı”* (CSÜS alanında 38 yıldır çalışan akademisyen).

*“1., 2. ve 3. basamakta CSÜS hizmetlerinin ihtiyaca odaklı olarak her kullanıcının rahatça erişebileceği, hem bilgi, hem danışmanlık hem hizmetlere ulaşabilecek şekilde erişim olmaması. TNSA’ya göre Türkiye’de AP hizmetlerine erişimde ve güvenli düşük hizmetlerine erişimde daha gözle görünür eksiklikler olmaya başladı. Hizmet sunucularla yapılan görüşmeler, toplantılarda özellikle hizmetiçi eğitimde yavaşlama hem de malzeme akışında yaşanan aksaklıklar bazen ortada kalması, CSÜS ve AP hizmetlerde lojistik desteğe erişilememesi hizmette aksamaları öne çıkarıyor. Genel Sağlık Sigortasının (GSS) kanununda olmasına rağmen kontraseptif malzeme konusunda geri ödeme mekanizmalarını kurmaması, bunu doğum gibi paket içerisine yedirmemiş olması, kontraseptif alımı temini konusunda hizmetleri geriye ödüyor olmaması ve bunu satın alınan hizmet paketlerine dahil etmemesi aslında hizmetlerin büyük kısmını karşılayan özel sektörde de hizmete erişimi kısıtlıyor ve karşılamıyor. Burası ile SB arasında iletişim zayıf, bunun güçlendirilmesi gerekiyor”* (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye’de çalışan uluslararası kilit kişi).

## Genç ve Ergenlere Özel Hizmet Sunumunun Olmaması

“Temel eksiklik bence yaşa uygun yapılandırılmış ergen sağlığı cinsel sağlık eğitimlerinin olmaması, bunun erken yaşta çocukluk gelişimi, olumsuz beslenmesi genç yaşta birçok insanın cinsel ve üreme sağlığı alanındaki karşılanmamış ihtiyacını çok büyük düzeye taşıyor. Bu da birçok sağlık göstergesine ve sağlık harcamalarına olumsuz yansıyor diye düşünüyorum. Üreme sağlığındaki gençlere yönelik hizmetler yapılandırılmış 1., 2., 3. basamakta kendi ihtiyaçları doğrultusunda bilgi ve hizmete ulaşamadıkları için sadece bir sağlık sorunları olduğunda hizmete başvuruyor, başvuruda kısıtlayıcı güçleştirici bir engel. Adolesanların hizmete erişiminde ciddi sorunlar var. Geçmişte bir takım ciddi adımlar atılmıştı. Son 7/8 yıldır adolesanlara hizmet verilmediği, gerilediğini, eğitim bilgiye erişim engelleniyor” (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye’de çalışan uluslararası kilit kişi).

## Savunmasız Gruplara Yönelik Hizmet Sunumunun Olmaması

“1. Basamakta HIV başta olmak üzere HIV ve CYBE’lerde etkili danışmanlık tanı ve tedavi hizmetleri çok düşük düzeyde, bu hizmetler 2., 3. basamağa paslanmış vaziyette. Bunun cinsel sağlık konusundaki etkileri kısırlıktan tutun da kansellere ve yetişkin hayattaki sağlık sorunlarına kadar yansiyabiliyor, sağlık harcamalarını artırabiliyor. O nedenle HIV başta olmak üzere CYBE’lerin 1. ve 2. Basamakta özellikle özel sektör dahil yaklaşımının gerçekten güçlendirilmesi gerekiyor. HIV konusunda test ve tanı merkezlerinin yaygınlaştırılması gerekmektedir (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye’de çalışan uluslararası kilit kişi).

“Özellikle yerel yönetimlerin kadın alanına verdikleri çok hizmet var, sosyal hizmet, iş hayatında güçlendirmek gibi bu tip hizmetleri anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin danışmanlık ve yaygınlaştırma olarak yedirilmesi gerekir. Yerel yönetimlerle işbirliği zayıf. Çalışan annelerin örneğin şiddete yönelik birçok bilinçlenme programı varken kadın sağlığı ve anne çocuk sağlığına gelince iş güvenliği kapsamında verilebilecek bir sürü hizmetin aslında buralarda yer almadığı görülüyor. Göçmen gruplar, hareketli nüfuslar ve kırsaldaki kadının yerleşik AP hizmetleri veya yerleşik sabit olarak birinci basamak hizmetlere erişimdeki güçlüğü bu konuda karşılanmamış ihtiyacı büyütüyor. Yani hareketli nüfus grupları ve kırsala özel modellerin, modüllerin eksikliği bu konudaki karşılanmamış ihtiyacı büyütüyor” (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye’de çalışan uluslararası kilit kişi).

“Ele alınmayan grup dezavantajlı gruplar, Suriyeli, göçer, roman, engelli gruplara özel yaklaşım yok. ICPD’yi temel alırsak üreme sağlığı üreme hakları bazında LGBTI bireylerin hizmetlere erişiminde sorunlar var” (CSÜS alanında 38 yıldır çalışan akademisyen).

## Sektörlerarası İşbirliği Olmaması

*“Özel sektör konusunda doğumların büyük kısmı özelde olmasına rağmen, doğum sonrası ve isteyerek düşüklerden sonra zorunlu AP danışmanlık ve hizmetlerinin yapılamıyor olması bu alanda hizmetlerin karşılanamayan ihtiyaca, emzirme politikalarından, bizim yenidoğan politikalarına kadar bunlara olumsuz yansımaya, 2 yıllık aralıklandırmaların etkili yapılamamasına neden oluyor. Bu konuda topluma yönelik eğitimler farkındalık ve güçlenme konusunda SB özellikle Aile, Çalışma Sosyal Hizmetler Bakanlığı gibi bakanlıklar ile aktif işbirliği yapamaması bu hizmetlerin özellikle sahaya yayılmasında, duyurulmasında, bilinmesinde, erişilmesinde güçlükler yaratıyor” (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye’de çalışan uluslararası kilit kişi).*

## Hizmet Sunan Personelin Hizmet Öncesi ve Hizmet İçi Eğitim Eksiği

Görüşmelerde personelin hizmet öncesi ve hizmet içi eğitimler ile desteklenmesi gerektiği öngörülmüştür.

*“Birinci basamakta bir yüksek turnover (personel değişimi) var, birinci kuşak azalıyor. Bunların mezuniyet öncesi ve hizmet içi eğitimde özellikle üreme sağlığındaki temel modülleri yetkin olabilecek şekilde uygulamalı çok almadıklarını düşünüyorum. Hizmet sunum portföylerinin ve kalitelerinin uluslararası standartlarda olması konusunda güçlük olduğunu düşünüyorum. Daha öncesinde Tıp Fakültesinde ya da ebelik, hemşirelik okullarında kurumlar kendileri mezuniyet öncesi AP başta olmak üzere CSÜS alanında yapılandırılmış sertifika programları düzenliyorlardı. Bunlar mezuniyet öncesi programlarda zayıflamaya başladı ya da kalktı, mezuniyetten sonra da kalktı. Birinci basamakta hem turnover yüksek hem de eğitimlere ayıracak o kadar zaman yok, bu nedenle başta eğitim hem mezuniyet öncesi hem mezuniyet sonrasında daraldı. Hizmet sunucuların güçlenmesi daralınca bunun hizmet sunumuna yansması da olumsuz oluyor. Hizmet sunumunda portföy, çeşitlilik ve yöntem sunumu da azalıyor. Bu konuda bir de özel programlar eskiden olduğu gibi olmadığına da karşılanmamış ihtiyaç artıyor, bunun sonuçlarını da biz görüyoruz” (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye’de çalışan uluslararası kilit kişi).*

*“Klinik hizmetler açısından özellikle şunu da belirtmek lazım. Anayasada hala AP hizmetlerine erişimi devletin sağlaması gerektiği yazıyor. Ancak burada herhangi bir yasal düzenleme olmaksızın hizmet vermede Sağlık Bakanlığının geri çekildiğini görüyoruz.*

Özellikle istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması konusunda devlet kamu hastanelerin hizmet vermekten çekildiğini, bazı illerde insanların hizmet alacak yer bulamadıklarını ortaya koyan bir takım çalışmalar var. Yani adı konmamış bir pronatalist politikaya doğru bir geçiş var ve yasal bir düzenleme yapılmaksızın biraz herkesin bu durumdan vazife çıkartarak bu tür hizmetleri durdurdukları şeklinde sahadan bilgilerimiz var” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).

“Şöyle bizim merkezimize bu performans sistemi gelmeden önce kadınlar çok rahat kolaylıkla hizmetlere ulaşıyorlardı. Ancak performans dayalı çalışmalar başlayınca özellikle RİA kontrolüne başvuran kadın sayıları belirgin biçimde azaldı. Meğer kadınlar RİA uygulandıktan sonraki örneğin 3 ay içinde kanamaları arttığı için hastaneye jinekoloji polikliniğine başvurdularında bunların hastaneye yatırılıp, biyopsi alınıp ve RİA’sının çıkarıldığını öğrendik. Bunun nedeni de ufak girişimsel müdahalelerin performans kriterleri dahilinde yüksek puan getiriyor olmasıymış. Artık hastalar bizim merkezimize gönderilmemeye başlandı. Gitgide hasta sayılarımız azaldı” (CSÜS alanında 20 yıldır çalışan akademisyen).

“Türkiye’de giderek artan sayıda sezaryen doğumları söz konusu idi, yani tıbbi gerekçelerle açıklanamayacak düzeyde sezaryen doğumları yüksekti. Sağlık Bakanlığı bunu azaltmak için doğumların normal vajinal yolla yapılması konusunda bir hassasiyet göstermekte bu olumlu bir yaklaşım ancak burada da zorlayıcı bir takım yöntemlerin uygulanması kimi zaman hekimlerin sezaryen kararını almalarında gecikmesine yol açabiliyor. Dolayısıyla bu da daha çok eğitimle belki retrospektif incelemelerle hekimlerin uyarılması şeklinde yürütülmesi lazım. Yoksa anlık olarak işte “sen bu ay ne kadar normal vajinal yolla doğum yaptırdın, kaç tane sezaryen uyguladın “ diye sormak hekim üzerinde baskı oluşturarak yanlış kararlar almasına neden olabilmektedir” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).

## **Hizmet Modeliyle İlgili ve Lojistik Yetersizlikler**

“Birincisi, AP ile ilgili bütün yöntemlerin birinci basamakta olması gerekiyor. Aile Sağlığı Merkezlerinde C ve D tipinde RİA uygulamıyor, tanımlama yok. Lojistik sorunlar var, RİA yok. Eskiden eğitilmiş ebe ve hekim olan bir ünite vardı, SB’nin hedefiydi ki doğru bir hedefti. 1983’ten beri üçlü yöntemi her yerde erişilebilir örgütlenme modeli vardı. Şimdi RİA sadece A ve B tipi ASMde var. Bu zaten eşitsiz konumu tanımlıyor. Sağlık Bakanlığındaki toplantıda da “temel sağlık hizmetidir, ülkenin her yerinde olmalı” dedim. Ordaki hekim hizmete talep ederse olacaktı, kurs alacaktı dediler olmaz, yanlış. Hizmet modelinde sorun var. Lojistik destekte sorun var. Güvenli düşük hizmeti kamu hastanelerinde üst baskı ile doktorlar kürtaja karar veremiyor. Tepeden yapılan söylemler, uç birimlerde klinisyenlerin kadın doğumcuların bunu uygulamasında baskılayan tarz var.

*Kamu hastanelerinde yapılmıyor, engeller var, yetersiz kalıyor. Muayehanedede parası olan erişiyor, kamuda erişilmiyor. Mahalle baskısı, medya ve televizyon ile yaratılıyor. Öğrencilerle konuşurken farkettim onlar yasak zannediyor, halbuki yasa gereği 10 haftaya kadar yasal, halk arasında da böyle” (CSÜS alanında 38 yıldır çalışan akademisyen).*

## **Kişilerin CSÜS Bilgisine Erişimindeki Sorunlar**

Görüşmelerde kişilerin CSÜS bilgisine erişimlerdeki en temel engeller; kapsamlı cinsel sağlık/cinsellik eğitimlerinin olmaması, kültüre, sosyoekonomik düzeye uygun BEİ (bilgi, eğitim, iletişim) kaynaklarının eksikliği, CSÜS bilgi ve danışmanlığına sağlık sistemi içerisinde diğer konulara nazaran daha az yer verilmesi ve duyurulması, sektörlerarası işbirliğinin azlığıdır.

*“Yaptığımız çalışmalarda insanlar bu bilgileri nerden alabilirler. TNSA’ya baktığımızda Türkiye’de kadınların birçoğunun eğitimsiz olduğunu görüyoruz. Bu bilgileri ya sağlıkçılardan alacak, ya kendi çevresinden alacak, doğrudan basın yoluyla ya da internet gibi, sosyal medyayı kullanan insanlardan alacak. Ya halk eğitimden alacak, görsel yazılı basından ya da kamuoyundaki çeşitli farkındalık BEİ materyallerinden, spotlardan alacak. Bunların hepsine baktığımızda hepsinde çok değerli sağlık bilgisi varken anne sağlığı, çocuk sağlığı, yenidoğan sağlığı gibi konulara çok yer verilirken genel CSÜS bilgilerine, AP danışmanlığı baktığımızda hemen hemen yok derecede az olduğunu, bu bilgileri yapılandırılmış şekilde okulda veya devletin kamu sağlığı için geliştirdiği bilgi iletişim platformlarında veya halk eğitim gibi yetişkin eğitim sistemlerine bir sürü yerlere entegre edilemediğini, basit kolay erişebilir günlük bilgilere çok fazla erişilmediğini görüyoruz. Bunlar kendi dilinde olabilir, veya çok basit görsel anlatımlarla olabilir. Kültürüne, sosyoekonomik düzeyine uygun. BEİ kaynaklarının cinsel sağlık üreme sağlığı alanında giderek azaldığını bu bilgiye erişmenin de kısıtlanarak olumlu sağlıklı davranışlarının azalarak riskli ve olumsuz davranışların arttığını veya hizmet kullanım konusunda talebin söndüğünü, tüketimin azaldığını görüyoruz. Alabileceği kaynaklar belli sağlık alanında bunlarında aslında pekçok değerli çalışma varken kanser taramalarından tutun da hijyene, özbakıma kadar bu CSÜS/AP gibi konulara gelince ne okulda ne okul dışında, çalışma ortamında, ne günlük hayatta görmüyoruz. Kadına yönelik şiddeti gördüğümüzde uzaktan erişim platformlarında mobil uygulamalara kadar davranış, tutumu çok olumlu değiştiren araçlar geliştirildiğini görüyoruz. Buna medyanın giderek fazla yer verdiğini ve savunuculuk yaptığını görüyoruz. Ama CSÜS bilgi ve hizmetlerinde bunun bu kadar önde olmadığını ve her platformda bunun giderek azaldığını görüyoruz bu temel sorun” (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye’de çalışan uluslararası kilit kişi).*

*“Bilgiye erişimde ilkokuldan başlayan eğitimler, adolesanların okul eğitimi, üniversitede akran eğitim modeli vardı eskiden şimdi yok. Kamusal alanda bu tür bilgi aktarımı süreci yok. Eskiden SB, MEB ortak çalışma, kaygı, çabalar vardı şimdi yok, hep gerileme... Eskiden televizyonda kamuya ait televizyonda TRTde biz çıkıp AP anlatırdık, şimdi ne kamuda özelde dahi anlatılmıyor, anlatılamaz. Bizzat devlet kanallarında konuştuk. Halk eğitimleri yavaşladı, eskiden vardı. AP danışmanlığı hizmetiçi eğitimleri yok, zayıflamış olabilir”* (CSÜS alanında 38 yıldır çalışan akademisyen).

## **Kişilerin Klinik Hizmete Erişimindeki Sorunlar**

Yapılan çalışmalar özellikle doğurganlığın düzenlenmesi (AP) danışmanlık ve klinik hizmetlere erişimde kamu ve özel sektörde engel olduğunu göstermektedir. Özellikle doğurganlığın düzenlenmesi (AP) hizmetlerinde karşılanmamış ihtiyaç oldukça yüksektir.

*“CSÜS/AP konularında danışmanlık ve klinik hizmet alabilecekleri kurumlar sınırlı, bu sınırlı sayıda kurumların da hastaya ayırabilecekleri zaman kısıtlı. Aile planlaması danışmanlığı ya da CSÜS alanındaki danışmanlıklar biraz vakit alan bir şeydir. Ancak uzun vadeli bakıldığı zaman kişilerin yeterli bilgilenebilmesi ile tekrarlayan sağlık kuruluşu başvuruları da azalacağı için aslında uzun vadeli bakıldığında zaman kazandırıcı olacaktır. Kısa vadeli bakıldığında da zaman alan çalışmalardır. Dolayısıyla birincisi birinci basamakta bir sistem değişikliğine gitti Türkiye. Sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği sistemine geçiş oldu. Sağlık ocağı sisteminde mesela 5-10 hekimin çalıştığı kurumlarda bir hekimin ve bir veya iki hemşirenin aile planlaması konularında eğitilmiş olması o bölgenin ihtiyaçlarının karşılanması için yeterli olmaktadır. Ama şimdi aile hekimliği sisteminde daha doğrusu her aile hekimliği biriminde (AHB) hekim ve yanında çalışan aile sağlığı elemanı sadece kendisine kayıtlı olan nüfustan sorumlu. Dolayısıyla, hizmetin tam anlamıyla yürütülebilmesi için bir ASM’de 5 tane AHB varsa o 5 birimin hepsinin de bu konuda bilgili, deneyimli ve yeterli olması gerekir. Ama bu da mümkün değil. Yani bu sisteme geçildiğinde aile planlaması eğitimi olmayan hekimler de çok sayıda. Daha sonra bir takım kurslarla bu eksiklik tamamlanmaya çalışıldı. Ama son yıllarda bu kursların da yapılmadığını biliyoruz. Dolayısıyla birinci basamakta CSÜS/AP danışmanlık ve klinik hizmetleri sunacak donanımlı sağlık çalışanı bulmak zor. Yani bireyin kayıtlı olduğu aile hekimi ve aile sağlığı elemanı bu konuda bilgili değilse ya da bilgisi, becerisi olsa da bu konuda istekli değilse birey bu hizmeti alamıyor”* (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).



## Hizmete Erişimi Engelleyen En Önemli Faktörler

- Hizmetlerin finansman sorunu:

*“Enfeksiyon ya da başka hastalık için gidince SGK ödeniyor CSÜS de aynı şey olmuyor” (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye’de çalışan uluslararası kilit kişi).*

*“Türkiye’nin içinde bulunduğu grup (pembe, yüksek orta gelişmiş ülke sıralamasında) olduğu için uluslararası kontraseptif malzeme yardımı yapılmamaktadır (Görüşmecı notu: Bu konu Medikosyallerde ki görüşmelerde de karşımıza çıkmaktadır). Bu yüzden gençlere daha farklı açıdan ulaşmamız gerekiyor. Türkiye’de 150’ye yakın üniversite var, gençlere farklı platformlardan ulaşmak gerekiyor. Üniversite yönetimlerinde de sahiplenilmeyince bu işler yavaşladı, yararlanıcı azaldı, kamusal alanda planlı hizmet sunumu lazım” (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye’de çalışan uluslararası kilit kişi).*

- Hizmet modellerinin yetersizliği:

*“Birinci basamakta kamusal alanda hizmet sayısı yetersiz. 1965’den beri kadınlar AP hizmetini kamusal alan, AÇSAP’dan alırdı. Bir kısım ACSAP’lar tek tük de olsa vardı. Kapatılması da büyük sorun. Aile Hekimliği sisteminde C ve D sınıfına düşen nüfusu, kadınları cezalandırıyor, AP hizmeti alamıyorlar, hizmete eşit ulaşım şansı kalmıyor. Temel sağlık hizmeti ulaşılmıyor” (CSÜS alanında 38 yıldır çalışan akademisyen).*

*“Olumsuzlar eskiden AÇSAP’lar kapandı, Gençlik Merkezleri kapandı bunlarda olumsuz gidenler. Kadın ve üreme sağlığı hizmetlerinin yapılamaması, bunların 1. basamağa entegrasyonunun yapılamaması da olumsuz şeyler” (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye’de çalışan uluslararası kilit kişi).*

*“CSÜS/AP hizmetlerini sunan merkezler bloke edildi. Bir merkez vardı oraya gidip hizmetleri alıyordu ama şimdi bunların bloke olduğunu düşünüyorum. 4-5 sene sonra nereden bu hizmetlerin alınacağı belli değil. Bunun Türkiye araştırmasında yansısıyla da görüleceğini düşünüyorum. Diğer merkezler de AÇSAP gibi kapandı. Kimler nerede nasıl danışmanlık verecek kontraseptifler nereden temin edilecek bunlar beni kaygılandırıyor. Eskiden devlet hastanelerinde AP klinikleri vardı ordan da isteyen bu hizmetleri alıyordu. Ama onlar da şimdi bloke olmuş durumda ve de hizmeti ne kadar verebiliyorlar bir fikrim bilgim yok” (CSÜS alanında 40 yıldır çalışan akademisyen).*

*“Şimdi bu CSÜS/AP hizmetlerinin verilmesi için bu hizmetlerin yönetilmesi, denetlenmesi lazım. Teorik olarak baktığımızda özellikle A ve B grubu ASM’lerin açılması için bir AP odasının olması lazım. Yasa koyucu diyor ki “siz AP hizmetlerini verin” ancak buralarda bu AP verilip verilmediği hiçbir şekilde denetlenmeyince aile hekimi buna vakit ayırmayabiliyor. Çoğunlukla gördüğümüz durum bu.*

Dolayısıyla bazı il sağlık müdürlüklerinin kontraseptif malzeme temininde isteksiz davrandıklarını, gecikmelere yol açtıklarını sahada gözlüyoruz. Birçok ASM'den yılın birkaç ayında hiç malzeme temin edilemediğini duyuyoruz. Yani işin yönetiminde ve lojistiğinde sorun var” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).

- Muhafazakâr politikalar ve hükümetler:

“Politika oluşturucular yaklaşımlarında Türkiye’de nüfusun yaşlandığı ve de buna reaksiyon olarak doğurganlığın artırılması gerektiğini ifade ediyorlar ki bu doğru bir argüman değil. İkincisi doğurganlığın artırılması sonucunda hem yaşlı bağımlı nüfusun artması, hem de genç bağımlı nüfusun da artması aslında çalışan nüfus üzerindeki ekonomik yük de daha çok artmış olacak bu da doğru değil. Esas olarak bu politik yaklaşım sahadaki CSÜS/AP hizmetlerinin sunumunu ve yönetimdeki yaklaşımı belirliyor” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).

“CSÜS/AP hizmetlerinin kullanılması bir haktır. Buna hiç kimsenin engel olmaması gerekir. Türkiye’de mevcut yasanın adı “Nüfus Planlaması Kanunu” olmasına rağmen bu çalışmalar Türkiye’de nüfusun planlanması şeklinde yürütülmedi. Aslında ailenin planlanması yaklaşımı çerçevesinde yürütüldü. Yani son derece liberal bir yaklaşım sergilendi. “Ne zaman ne kadar sayıda çocuk sahibi olacağına karar vermek bireylerin hakkıdır. Biz bu kararı verenlere kararlarını uygulayabilmeleri için yardımcı oluruz” yaklaşımıydı. Benim en azından çalıştığım hiçbir dönemde “bir çocuk doğurun, 2 çocuk doğurun aman 3’den fazlasını doğurmayın şeklinde bir yaklaşım olmadı. Yani nüfusu hedef alan bir yaklaşım söz konusu olmadı. Bizim yaklaşımımız şuydu; riskli gebelikleri tanımlamak, bu riskli gebeliklerden kaçınmaları için ki bunların içinde gebelik aralığının uzatılması da var, bu sağlık açısından önemli. Aşırı doğurganlığa karşı bir tepki vardı bu da kadın ve çocuk sağlığı açısından son derece riskli olmasından kaynaklanıyordu. Kadının sağlığı üzerinden ve doğurganlığı konusunda kadının kendisinin karar vermesi üzerinden bir yaklaşım vardı. Şimdiki yaklaşım sayı veriyor, şu kadar yok bu kadar doğurun diye dayatıyor. Bu son derece hatalı ve mutlaka değişmesi gereken bir yaklaşımdır” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).

## **Daha Nitelikli ve Yeterli CSÜS/AP Hizmet Sunumu için Öneriler**

- Eğitim:

“TNSA ve diğer çalışmalar yönünden baktığımızda CSÜS, kadın ve üreme sağlığına bir bütün olarak bakılarak çok paydaşlı bir yaklaşımın gelmesi lazım. Geçmişte olduğu gibi SB, Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı, STK’lar, gençlik kuruluşlarının birlikte bir masa etrafında somut program, strateji, aktivite ve çalışmaları özel sektörü de katarak planlamasına kamunun da açık olması, buradan gelen önerileri ve işbirliklerinin gerçek hayata taşınması ve çok paydaşlı sektör olarak yaklaşması gerekiyor.

Örneğin Hizmetiçi eğitimlerde ve hizmeti artırmada mesleki dernekler var HASUDER, Jinekoloji Obstetri Derneği, Ergen Sağlığı Derneği gibi kilit derneklerle işbirliği yapılarak, bunların eğitim platformlarından yararlanılarak hizmetleri güçlendirmeye gidilebilir” (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye’de çalışan uluslararası kilit kişi).

“Bir kere bence toplumun bilinçlendirilmesi eğitilmesi lazım bilirse talep eder. Hangi hizmeti nereden alabileceğini bilir. Okullarda da eğitimlerde bu konular yeterince bahsedilmiyor. Toplumun eğitimi belki okullardaki eğitim önemli olabilir. Eğer şu şu konularda sağlık hizmetlerinden yararlanabilirsiniz, gebelikten korunma yöntemleri CYBE’ler konusunda bilgi alabilirsiniz gibi bilgilendirilirse ileride bu hizmetleri bilinçli olarak talep edebilirler. Bu nedenle de bu tür eğitimler okullarda başlamalı. Biyoloji derslerinde okuduklarıyla bilinçlendiklerini zannetmiyorum” (CSÜS alanında 27 yıldır çalışan akademisyen).

“Nitelikli hizmet sunumu için hizmeti sunanların gerekli bilgi ve beceriye ve de isteğe sahip olmaları gerekir. Motive edilmeleri lazım. Motivasyonun sağlanması için de gerekirse performans sisteminin içine dahil edilmesi gerekir. Tazeleme eğitimlerinin sürdürülmesi de son derece önemlidir ki bu eğitimlerin de durdurulduğunu biliyoruz. Bu tür eğitimlerin yeniden canlandırılması gerekir. Özellikle yönetici düzeylerde olanların da bu konularda bilgisinin, becerisinin, deneyiminin olması son derece önemlidir” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).

- Finansmanın devlet tarafından karşılanması:

“Genel Sağlık sigortasının bu konuya daha fazla önem vermesi için hastalık ve maliyetleri düşüreceği göz önünde bulunarak, Sağlık Uygulama Tebliği gibi uygulamalarda kontraseptif malzeme temininde bu hizmetlerin hizmet paketlerine dahil edilmesi ve özel sektörü kapsayacak şekilde muhakkak sisteme entegre edilmesi gerekiyor” (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye’de çalışan uluslararası kilit kişi).

- Ergenler ve gençlere özel CSÜS eğitim ve hizmetlerinin güçlendirilmesi:

“MEB, SB, Gençlik Bakanlıklarının ergen sağlığı girişimine odak verip okulda olan ergenlere bu hizmeti nasıl verebileceklerinin adını koyması somuta indirgemesi gerekiyor. Yani herşeyi SB’den beklemek yerine SB’nin önünü açacak bir şekilde bunların yaşlanma, çocuk artışı politikalarından bağımsız olduğunu ülkede CSÜS bilgisi ve hizmetleri iyi olmadığında, bilinçli davranış olmadığında riskli davranış ile enfeksiyondan tutun birçok nedene kadar, anne ve çocuk sağlığındaki yetersizliklerden dolayı aslında yaşam kalitesinin de olumsuz etkileneceği, yaşam süresinin de olumsuz etkileneceği, hatta üretkenliğin, doğurganlığın da olumsuz etkileneceğini bilerek politikalarını destekleyerek özellikle AP’de aralıklandırmadan korkmaması, doğum aralıklarının uzaması ve hayata geçmesi ve cinsel sağlık bilgisinin ne kadar yüksek olursa o kadar sağlıklı ve güvenli davranarak aslında istendik davranışlar artar” (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye’de çalışan uluslararası kilit kişi).

*“İnsanların CSÜS/AP danışmanlık hizmeti alabileceği suçlanmadan, yargılanmadan hizmet alabileceği birimler yeniden oluşturulmalıdır. Hatta bu birimlerin girişleri polikliniklerden ayrı olmalıdır” (CSÜS alanında 20 yıldır çalışan akademisyen).*

*“Bence birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, hastaların bilgilendirilmesi ve sevk zincirinin çalıştırılması. Yani bize hiçbir şikayeti olmayan hastalar ulaşabilirken asıl şikayeti olan bir grup hasta da ulaşmıyor. Hasta başvurusu basamaklandırıldığında asıl bize gelmesi gereken hastalar sevk edilerek gelirler. Rutin kontrol için bize değil de bir alt basamak sağlık kurumuna gitmesi gerekir” (CSÜS alanında 9 yıldır çalışan akademisyen).*

*“Her şey tek başına doktor üzerinden yürümemeli özellikle de koruyucu hizmetlerin sunumunda diğer sağlık çalışanlarının de bu konularda çok iyi eğitilmiş olması lazım ve onların bu alanda aktif katkıda bulunmaları sağlanmalıdır geçmişte olduğu gibi. Hemşireler, ebeler, Acil Tıp Teknisyenleri (ATT), kadın doğum uzmanları dışında diğer uzmanlar, pratisyen hekimler, aile hekimleri bu konuda eğitilebilir, AP danışmanlık hizmetlerini sunmaları sağlanabilir. Hatta gönüllü olarak bu konuda aktif olmak isteyen kadınlar da bu konuda bilgilendirilerek, eğitilerek toplumun her kesimine ulaşılabilir” (CSÜS alanında 27 yıldır çalışan akademisyen).*

• Sektörlerarası işbirliği ve STK'ler ile el ele çalışmak:

*“Kısıtlayıcı değil çok sektörlü önünü açıcı, kamudaki talebi yükseltmek için de uzmanlık dernekleri ile bir arada kamu kuruluşları ile beraber STK'lar ile işbirliği ile çalışması ile hem hizmet talebini artırır hem de bunların doğru kullanılmasını sağlar. Uluslararası kuruluşları da bunlara dahil etmesi lazım” (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye'de çalışan uluslararası kilit kişi).*

*“STK'lar gerek sağlık çalışanlarına yönelik gerek topluma yönelik CSÜS/AP konularında farkındalık yaratıcı eğitimler vermelidirler. Gerek haklarının farkındalığı ve ne tür durumlarda hangi sağlık kuruluşlarına başvurmaları gerektiği, hatta bu hizmetleri talep etme hakları konusunda bilgilendirilmelerini sağlayabilirler. Günümüzde bence kentlerin de kırsalları oluştu. Buralara gidilip toplumun bilinçlendirilmesi lazım. Bunu da en kolay kadın konularında çalışmalar yürüten STK'lar yapabilirler. Meslek örgütleri de bu işin uzmanları olarak diğer STK'lara destek verebilirler” (CSÜS alanında 20 yıldır çalışan akademisyen).*

*“Savunuculuk ön plana geçmelidir. Sizin yürüttüğünüz bu çalışma da mevcut durumu ortaya koyacaktır. Bu bir bilimsel güçtür. Bizim yetişmiş insan gücümüz var hala. Bir dönem Aile Planlaması Derneği vardı şimdi ne yaptıkları belli değil. Bir zamanlar parlamentoda çalışılmıştı. Birimler kurulmuştu. Şimdi de parlamenter gruba politikacılara yönelik yine savunuculuk faaliyetleri gerçekleştirilebilir.*

*Denenebilir diye düşünüyorum. Parlamenter üyeleri aktifleştirerek belki tekrar savunuculuk faaliyetlerine ağırlık verilmesiyle çözüm üretilebilir. Bu denenebilir. Bu konu herkesi ilgilendiren herkesin sağlığını doğrudan etkileyen bir konudur. Çünkü anne ölümlerini de etkileyecek sonuçta tüm toplumu etkiler. İnşallah benim düşündüğüm gibi işler daha da kötüye gitmez. Şuanda herhalde bu işleri organize eden tek güç STK'lardır diye düşünüyorum. Başka bir güç yok. Başka kaynak da yok. Çünkü eskiden bir kongre bir toplantı yapılacağı zaman Sağlık Bakanlığı destek oluyordu. Şimdi böyle bir destek de yok. Kaynakları sınırlı olan gönüllü kuruluşlar kaldı diye düşünüyorum. Onların gücü bu işleri yürütür en azından planlamasını yaparlar diye ümit ediyorum. Bu işin temelini eğitim oluşturuyor. Ama bunun için de politik güç gerekiyor. Bu da ancak savunuculuk ile sağlanır bence. Bu işleri gönüllü olarak yürütecek ne kadar dernek kaldı bilmiyorum. Her zaman Türkiye'ye destek veren Koç'un kurduğu dernek TAPV hala bu konuda çok aktif çalışıyor diye biliyorum. Onları candan kutluyorum müthiş bir şekilde politize olmadan bilimsel gerçek çerçevesinde yine büyük kaynaklarla büyük insan gücünü kullanarak hizmet veriyorlar. Onun dışında da Aile Planlaması Derneği vardı ben o derneğe ulaşamıyorum” (CSÜS alanında 20 yıldır çalışan akademisyen).*

*“Devlet politikaları açısından baktığımız zaman, eğer bir müdahale olmazsa burada kısa zamanda bir değişim olacağını zannetmiyorum. Burada sanıyorum STK'ların da harekete geçmesi lazım. Şimdi aile planlanmasının devlet tarafından desteklendiği 2000 öncesi dönemlerde bu alanda çok sayıda aktif STK vardı. Bir STK olarak devlet de destekliyorsa çalışmalar yürütmek kolay ama şuanda devlet bu alanı desteklemiyor. Ama STK da gerçekten STK ise ve de gerçekten bu alanın önemine inanıyorsa bu alanda savunuculuğu giderek artan düzeyde yürütmesi lazım ve de politikaacılarla bu işin savunuculuğunun yürütülmesi gerekir. Artı bu hizmetleri talep eden kesimlerin harekete geçirilmesi lazım. Burada da STKların çok önemli bir rol oynayabileceğini düşünüyorum. Bu noktada bu alanda çalışan çok az sayıda STK kaldı. Ama yine de bu alanda bu konulara giderek ağırlık verilmesi gerekiyor” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).*

• Hak temelli temel sağlık hizmetlerinin devlet tarafından hiç kimseyi geride bırakmayacak şekilde sunulması amacıyla politika değişikliğine gidilmesi:

*“Önce kamusal, doğru dürüst sağlık politikası, bu hizmetlere ulaşımın temel sağlık hizmeti olduğu politika, hak temelli olmalı, yönetim değişmeli, yönetimdekilerin zihinsel dönüşümü gerekiyor. Eski kazanımları dikkate alarak yeniden birinci basamak içerisinde hizmetiçi eğitim, adolesan, gençler, savunmasız grupları herkesi kapsayan, kimse arkada kalmayan eğitimler ve hizmetler olmalı. Güvenli düşük hizmetini de her yerde ulaşılabilir kılmak gerek” (CSÜS alanında 38 yıldır çalışan akademisyen).*

*“Ben Nairobi toplantısına katıldım 2030’a kadar 9 yıl kaldı. Türkiye hem pandemi hem de muhafazakâr politikalar ile nasıl yetişecek 2030 gündemine. Biraz zor. Yönetimdekilerin zihinsel değişimi gerekiyor” (CSÜS alanında 38 yıldır çalışan akademisyen).*

- AP’de erkek katılımını artırma gerekliliği:

*“Yöntem çeşitliliğini artırmak, erkek katılımı, hizmetiçi eğitimler, dezavantajlı gruba ulaşım önemli. Orduda erkek katılımına yönelik bir eğitim başlatılmıştı, sanırım o da bitti. AP hizmetlerinde karşılanamayan ihtiyacı azaltmak, birinci basamakta yöntem çeşitliliği ile kadınları eğiterek artırmak, erkekleri eğitmek, hizmetiçi eğitimler, dezavantajlılara ulaşmak önemlidir” (CSÜS alanında 38 yıldır çalışan akademisyen).*

- Hizmetlerin izlenmesi ve değerlendirilmesinin artırılması:

*“CSÜS hizmetlerinin izleme değerlendirme, toplum katılımı, çok sektörlü yaklaşımlar gibi beslenip bir adım daha öteye taşınıp, Türkiye’de anne ve çocuk ölümlerinin tek basamaklı olması, bölgesel farklılıkların azaltılması gerekiyor. Bunlar azaltılıyor ama daha da azaltılması gerekir. Ölçme değerlendirme ile toplumda karşılanmamış AP ihtiyacın belirlenmesi önemli. Bunun SB olarak düzenli yapılması ve yaygınlaştırılmasının gerekliliğini düşünüyorum” (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye’de çalışan uluslararası kilit kişi).*

## **CSÜS Alanında Türkiye’deki Başarılar ve Geçmiş Yıllar ile Günümüz Arasındaki Farklar**

- Anne ve Çocuk Ölümleri: Anne ve çocuk ölüm rakamlarının azalmış olması, bağışıklama hizmetleri, çocuk sağlığı, kanser taramaları ve gelişimleri konusundaki özel hizmet merkezleri ve sundukları hizmetler, anne ölümleri ile ilgili illerde inceleme komisyonlarının kurulmasına bağlıdır ki bu bir başarıdır.
- Birinci Basamak Hizmetlerinin Yaygınlığı: 1. basamaktaki hizmetlerin yaygınlığı, insan gücünün artması, 112 gibi acil hizmetlerin başarılı olması nedeni ile acil doğum hizmetleri dahil hizmetlerin yaygınlığı arttı.
- CYBE Ulusal Müdahale Programları: CYBE, HIV/AIDS gibi ulusal müdahale programlarının hayata geçirilmesi önemlidir. Bu konuya ayrılan kaynakların maddi olarak artırılması önemli. Bunlar aslında hepsi güzel ve başarılı, cesaretlendirici örneklerdir.
- Sağlığı Geliştirmede CSÜS/AP Çalışmaları, Halk Eğitimi, Personel Eğitimi, Yasal Düzenlemeler: Geçmiş yıllarla kıyaslandığında başarıdan çok gerileme olduğu gözlenmiştir.

“Başarıdan söz etmek zor. Eskisi daha iyiydi. Sağlığı geliştirmede AP çalışmalarını örnek gösterirdim, başarı olarak.1965’ten beri yasal düzenlemeler, halk eğitimi, personel eğitimi, halk eğitimi daha başarılıydı. Eğer yapıyorlarsa, Hizmetiçi eğitimler kurumsallaşmıştı, ÇEKUS (Çocuk Ergen Kadın Üreme Sağlığı Birimi) eğitimlerine standartlar getirilmesi, materyaller modüller ile birlikte başarıdır. Son 6/7 yıldır sağlıkta dönüşüm (2003), SB kendi içindeki il örgütlenmeler, organizasyonlar bu başarıları yok etti, azalttılar. Ergen sağlığı ayrıldı. AÇSAP’lar kapandı, birinci basamakta parçalanmış hizmet üniteleri oldu. Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ayrı, parça parça örgütlenmelerdir. Sağlık Bakanlığı reorganizasyon çalışmaları olumsuzluk yarattı. Mufazakar politikalar çok kötüledi hizmet sunumunu, son dönemde CSÜS hizmetlerinin belirgin şekilde zayıflatıldığını görüyoruz. Bilgi aldıkları gruplar, danışmanlar da kendileri gibi düşünüyor. Kendi başlarına yapıyorlar“ (CSÜS alanında 38 yıldır çalışan akademisyen).

“Günümüzde çok aktif çalışmalar yapıldığına şahit olmadım. Duymadım da. Belki bu kanser tarama programları, KETEM’lerin yaygınlaştırılmış olması olabilir. Özellikle AP konusunda çok aktif bir program olduğunu, yürütüldüğünü düşünmüyorum” (CSÜS alanında 9 yıldır çalışan akademisyen).

“KETEM’lerin çok iyi kuruluşlar olduğunu ve kanser tarama programlarının çok güzel yürütülüyor olduğunu biliyorum. KETEM’lerin yaygınlaştırılması büyük başarılar sayılır. Serviks taramalarının iyi yapıldığını, mamografi çekildiğini biliyorum. Ancak herkes ulaşabiliyor mu? Bundan emin değilim. Ancak AP hizmetleri, doğum kontrol yöntemlerine ulaşımın eskiden daha iyi olduğunu, şimdi iyi verilmediğini biliyorum. Sadece tedavi edici hizmetlere ağırlık verilmekte olup şikayetlerle ilgili reçete yazıldığını biliyorum. Eskiden sağlık ocağına gelenlere danışmanlık verildiğini, hap verildiğini ve RİA takıldığını biliyorum. Şimdi ASM’lerde bu hizmetlerin hiç verilmediğini duyuyorum” (CSÜS alanında 27 yıldır çalışan akademisyen).

“Sanıyorum antenatal bakım konusunda ve sağlıklı doğum koşulları konusunda olumlu gelişmeler oldu. En azından antenatal bakım sıklığında artış olduğunu biliyoruz. Sağlık Bakanlığı gebelik süresince en az 4 kez gebe izlem muayenesinin yapılmasını öngörüyor. Ancak bu izlemlerin niteliği konusunda kaygılar var. TNSA sonuçlarına bakıldığında sayıca artış olduğu doğru. İzlemlerin içeriğine bakıldığında ultrason sayısı çok yüksek, ama tansiyonu ölçülen kadınların sayısı ultrason çekilenlerin sayısından daha az. Halbuki kadının kan basıncının düzenli ölçülmesi gebelikte önemli bir risk olan preeklampsi ve eklampsinin tespit edilmesi açısından son derece önemli iken bunun ihmal edilebildiğini görüyoruz. Ultrasona neden bakılıyor, çünkü cinsiyetini merak ediyorlar. Kadın sağlığı açısından anne ölümleri açısından çok riskli olan preeklampsinin erken teşhis edilmesi için kan basıncı ölçülüyor ya da kan testlerinin yapılması, hemoglobinin takip edilmesi gerekirken bunun yapılma sıklığı da daha az.

*Dolayısıyla doğum öncesi bakım hizmetlerinin niteliğinin incelenmesi önemli. Öte yandan ASM’lerde performans kriterlerinde gebe izlemleri var. Ama bu izlemlerin pek çok yerde sadece telefonla “nasılsınız iyi misiniz, kontrole gittiniz mi bir yere” sormak şeklinde yapıldığını duyuyoruz. Buradaki izlemlerin de nitelik açısından değerlendirilmesinin gerekli olduğunu belirtmek isterim” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).*

*“Sağlık Bakanlığı şu anda esas olarak çalışmalarını doğurganlığın artırılmasına doğru yönlendirmiş durumda. Bunun olumlu yönleri de var mesela doğum öncesi bakım hizmetleri önemli. Doğumların hastane koşullarında gerçekleşmesine önem veriliyor. Misafir anne programı, yani sağlık hizmetlerine erişimim zor olduğu yerlerde özellikle kış mevsiminde kar yolları kapattığı durumlarda gebeliğin belirli bir döneminden sonra gebe anne isterse sağlık erişiminin kolay olabileceği bir yerde doğuruncaya kadar misafir edilebiliyor. Köyünde kar yağıp yollar kapanmadan önce gebe sağlık kuruluşuna ulaşımının kolay ve rahat olacağı bir yerde doğum gerçekleşinceye kadar misafir ediliyor. Doğumdan sonra da anne bebeğin sağlık durumu dikkate alınarak yollar açıldığında köye dönene kadar da buralarda misafir edilmekte. Diğer çalışmalar ise sezaryen doğumların azaltılmasına yöneliktir. Bunların dışında CSÜS/AP hizmetlerinin geliştirilmesi, iyileştirilmesine yönelik bildiğim herhangi bir çalışma yok. Bir miktar göçmenlere yönelik çalışmalar var onlar da yine sağlıklı gebelik, sağlıklı koşullarda doğumların gerçekleşmesine yönelik çalışmalardır. Yani CYBE’lerin önlenmesi, AP hizmetleri gibi çalışmalar da sınırlıdır” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).*

*“Doğumların eskiye oranla daha çok sağlık kuruluşlarında gerçekleştirildiğini biliyoruz. Ancak burada da yine araştırılması gereken bir konu bu sağlık kuruluşlarında ağırlıkla hastanelerde yapılan doğumların bir tercih mi yoksa sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği sistemine geçişle birlikte sahada bu işi yaptıracak ebe potansiyelinin azalmasından, ebe bulunamamasından mı kaynaklanıyor. Ancak bunu yine de olumlu bir gelişme olarak ifade edebiliriz. Çünkü doğumların çoğunluğunun hastane koşullarında yapılması hem kadın hem de bebek sağlığı açısından çok olumlu bir gelişmedir” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).*

## **Yıllar İçinde Modern Yöntemlerin Temininde Kamu Sektöründen Özel Sektöre Geçişin Nedenleri**

Görüşmeciler kamuda hizmet sunumu yeterli çeşitlilikte ve kişilerin ulaşabileceği şekilde olmazsa aile planlanmasında karşılanmamış ihtiyacın özelden talep edileceği konusunda hemfikir oldular.



*“Bunun nedeni şöyle günümüzde gerek kamuda ve gerekse SGK ile özel anlaşmalı hastaneler var eskiden böyle bir şey yoktu. Yani bundan belki 25 yıl önce özel hastane tamamen özel hastaneydi. SGK ile anlaşma falan öyle bir şey de yoktu. Sigorta hastaneleri vardı. Sigorta hastaneleri ve devlet hastaneleri çok kalabalıktı. Hastaların oraya erişimi yani ücret ödemededen yaptıracakları muayeneye erişim kalabalıktan dolayı çok zordu. Ama şimdi sonrasında bu özel sektöre kaymaların olması birazcık da devlet politikası sonuçta. Özel sektöre SGK ile anlaşma yapabilme izni verildi ve de işte SGK ile anlaşma karşılığında yani hasta oraya başvuruyor SGK da oraya bir ödeme yapıyor ama hastadan da özel hastane ekstradan bir ücret alıyor. Yine de bir miktarını SGK ödediği için aksi takdirde daha pahalıya gelecek olan özel hastaneler daha uygun fiyatlarda hizmet sunabiliyorlar. Bu nedenle de özel sektörden hizmet alınabiliyor. Böylece belli bir ücret ödeyebilecek gücü olanların kamudan özele kaymaları oldu. Mesela memur kesimi bile yani daha çok şimdi SGK ile anlaşmalı özel hastaneleri tercih eder oldular” (CSÜS alanında 27 yıldır çalışan akademisyen).*

## **CSÜS/AP Uygulamalarında ve İsteyerek Düşüklerde Hizmete Erişimde Azalmaların Nedenleri ve Sonuçları**

İsteğe bağlı düşük ile kendiliğinden düşüğün yer değiştirmesinin arkasındaki neden araştırılmalı, ileri analiz yapılmalıdır.

*“İnsanlar talebini kamudan karşılayamazsa, ihtiyaçlarını farklı yerlerden karşılamaya çalışıyorlar ama bu düzenli, kaliteli değil. Danışmanlık verilmediği için, harcama yerini buluyor mu emin değilim, kesintiye uğruyor mu emin değilim. İsteklilikten değil zorunluluktan olan bir kayma, talep oralara yöneliyor. Talep kamuda 1. basamakta karşılanabilmeli, artan oraya gidebilmeli” (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye’de çalışan uluslararası kilit kişi).*

*“Kamuda hizmet verilmemesi. Oysaki yasa duruyor, söylemlerle öyle bir atmosfer yaratılarak hizmete ulaşım önünde engel, bariyerler yaratılıyor. Kamuda vermezsen hizmeti özele giderler. Parası olan hizmeti alır, olmayan yanar. Yoksul kadınlar bedelini sağlıklarıyla ödüyor, ya o gebeliği yaşayacaklar, ya kendi başlarına birşeylere kalkışacaklar, sağlıklarından ödeyecekler” (CSÜS alanında 38 yıldır çalışan akademisyen).*

“2012’den sonra kamu hastanelerinde isteyerek düşük sonlandırma hizmetleri verilmemeye başlandı. Hatta 2827 sayılı yasanın yürürlükten kalktığı söylemi yaygınlaştırıldı. İsteyerek düşük hizmeti almaya giden kadınlar bu isteklerinden vaz geçirildi ya da gebelik süreleri yasal gebelik haftası geçinceye kadar sürüncemede bırakıldı.

Abortus hizmetini buralardan alamayan kadınlar parasını ödeyerek özel sektörden bu hizmeti aldı. Alamayanlar da merdiven altı tabiriyle sağlıklı koşullarda bu işin ehli olmayan kişilere başvurup kürtaj oldular. Kadın kürtaj oldum derse aile sağlığı elemanına adres belirtmesi gerekecek. Toplum baskısından çekindiği için de ne diyecek ben düşük yaptım diyecek. Kendiliğinden düşüklükler neden arttı, bilinmeyen hastalıklar mı ortaya çıktı. Sağlıklı koşullarda düşük hizmeti sunulmazsa, etkili gebelikten korunma yöntemi temin edilmezse olacağı bu. Tabii ki kendiliğinden düşüklükler de artacaktır. Hatta anne ölümlerinin de artması olasılığı da yüksektir. Geçmişte 1983 yasası çıkmadan önce de durum böyleydi. Düşüklükler yüksekti anne ölümleri de yüksekti” (CSÜS alanında 20 yıldır çalışan akademisyen).

“Bu da aslında sağlık yönetimleriyle ilgili biraz da kamuda isteğe bağlı gebelik sonlandırmalarını doktorlar yapmak istemiyorlar. Kamu hastanelerinde yöneticiler tarafından da böyle bir baskı uygulanıyor. Yapmalarını engelleyici. Ama hani kendiliğinden düşük oranlarının artmasında hastalar bir şey yapıyor mudur onu çok sanmıyorum. Çünkü böyle sepsiste kötü hasta da gelmiyor açıkçası çok fazla. Yani onun başka nedenleri olabilir. Hastaların kendilerinin başlattığı bir düşük olduğunu düşünmüyorum. Öyle olsa bizim eskisi gibi bu tür düşüğe bağlı anne kayıp oranlarımız artar. Ama öyle bir durum yok. Kendiliğinden düşüğün artmasının başlıca nedenleri anne yaşının ötelenmesi olabilir. Genellikle ileri yaş gebelikleri çok fazla, onlarda zaten kromozomal anomali, yapısal anomali riskleri artıyor o da otomatikman kendiliğinden düşükle sonlanma ihtimalini artırıyor. Yine infertilite tedavisi sonrası gebeliklerde de abortus oranları daha fazla” (CSÜS alanında 9 yıldır çalışan akademisyen).

“İsteyerek düşüklükler önceki yıllarda çok korkunç düzeylerde idi. Hani abortus yasası vesaire çıkmadan önce zaten korkunç, insanlar hiçbir doğum kontrol yöntemi kullanmadıkları için habire gebe kalıyor, doğum yapmak istemiyor, çok nonsteril şartlarda, uygunsuz koşullarda düşük yapmaya çalışıyordu kendi kendine. Neyse o günler hani çok geride kaldı. O dönemde çok sayıda anne ölümü, bir sürü ölümler oluyordu. Biz bunları yaşamadık ama dosyalardan görüyorduk ve işte araştırmalardan geliyordu bu bilgiler. Ama sonrasında tabii şimdi doğum kontrol yöntemi olarak kullanmak bazı kadınlar için rahat bir şey. Kadınlar bunu bu şekilde kullanıyor. Gebe kalıyor ne olacak işte kürtaj yaptırırım diyor. Yalnız günümüz de kürtaj için de yine zorda kalıyorlar. İsterse 10 hafta gebeliğin altındaki gebeliklerin bile kamu hastanelerinde sonlandırılmadığından dolayı bize başvuranlar oluyordu. Onlar bunu söylüyorlar. Şimdi benim özel muayenehaneme de bu tür başvurular geliyor. Aslında şuanda 10 haftaya kadar isteğe bağlı eşi ve kendisinin rızasıyla kürtaj yapılabilir şuanda ama. Kadınlar sağlıklı yöntemlerle kendi kendilerine düşük yapmıyorlar günümüzde. Spontan düşüklüklerin artmasının bir nedeni anne yaşının daha ileri yaşlara kaymasıyla kendiliğinden düşüklüklerin artmış olduğunu kendi çalışmalarımın sonuçta ileri yaş riskli gebeliklere de bakıyorum, biliyorum.

*Ancak Türkiye genelinde artmış mıdır bilemiyorum. Bir neden de yardımcı üreme teknikleriyle gebeliklerin artması, burada fertlitesi yeterli olmayan kendi kendine gebe kalamayan birçok kişiyi zorla doğayı zorlayarak gebe kalması sağlanıyor. Dolayısıyla da spontan düşükler artıyor” (CSÜS alanında 27 yıldır çalışan akademisyen).*

*“TNSA 2018 verilerine baktığımız zaman isteyerek düşüklerin sıklığında bir azalma görülürken buna karşın kendiliğinden düşüklerin sıklığında literatürle uyumlu olmayan bir artış görüyoruz. Bunun da düşündürdüğü nokta şu acaba üst düzey ülke yöneticilerinin doğurganlığı teşvik edici söylemleri kadınların isteyerek yaptıkları düşüklerin bir kısmını saklamalarına mı yol açıyor. Bunları acaba kadınlar isteyerek düşük olduğu halde kendiliğinden düşükmüş gibi deklare ediyorlar diye düşündürüyor. Kaldı ki sanıyorum 2013 araştırmasının ileri analizlerinde bunu böyle düşündüren bir takım bulgular saptandı” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).*

## **Kadının İnsan Haklarına Eşit Erişimle İlgili Gelişmeler**

Türkiye'nin içinde bulunduğu durum sosyodemografik gelişmişliği ile orantısızdır. CSÜS hizmetlerinde hak temelli yaklaşım esas alınmamaktadır. Örneğin isteyerek düşüklerde kadın hakları, insan hakları, üreme haklarına uygun hizmet model ve uygulamaları yoktur. Hizmetler genelde evli kadınlara yönelik düzenlendiği için, bekar kadınlar hizmete erişmek için özel sektörü tercih etmekte ya da merdiven altı yerlerde sağlıksız düşükler yapmaktadır. Bunun sonucunda infertilite, CYBE, kadının sonraki hayatında tekrarlayan düşükler, anne ölümleri gerçekleşmektedir. Toplumsal cinsiyet eşitliği sağlanmadan kadının insan haklarını eşit kullanması sağlanamaz.

*“Şiddet bir şekilde varlığını sürdürüyor, buna cinsel şiddet de dahil. Gelişmelere baktığımızda Türkiye'nin sosyoekonomik düzeyi ile paralel değil dünyadaki en büyük ekonomilerden biri olarak eğitimden istihdama kadar baktığımızda kadının insan haklarında seçme seçilmeden, çalışma hayatından yerek yönetimlere katılımından, eğitime katılımında veya ekonomik araçları elinde bulundurmasında yansımıyor. Halen çocuk yaşta erken evlilikler görüyoruz. Hala cinsel şiddet görüyoruz. HIV kadınlar arasında erkekler kadar fazla yayılıyor belki daha da fazla. Nereye bakarsak bakalım kadının güçlenmesi, kadının temel insan haklarından yararlandırılması konusunda göstergeler bize bizim sosyoekonomik gelişmişliğimize aynı anlamda yansıdığını söylemek zor” (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye’de çalışan uluslararası kilit kişi).*

*“Eğitim, temel insan hakları, karar verme mekanizmalarına katılım, küresel toplumsal cinsiyet açığı sayısal veriler notların kötü olduğunu gösteriyor. Çalışma yaşamına kadınların katılımı son derece kötü. Eğitimde 4+4+4 ile geleneksel kültürün hakim olduğu toplumda kız çocuklarının eğitim hakkı elinden alındı” (CSÜS alanında 38 yıldır çalışan akademisyen).*

*“Bazı yönlerden olumlu gelişmeler olabilir. Geçmişe göre kadın okuryazarlığında artış var. İstihdamında bir miktar artış söz konusu. Ama öte yandan CSÜS/AP konularında sağlık hizmetine erişim hakkının önünde bir takım engeller oluşmaya başladığını düşünüyorum. Kadına yönelik şiddetin arttığı yönünde bir takım görüşler var. Tabii burada şu da bir faktör olabilir konunun daha fazla konuşuluyor olması, daha fazla dile getiriliyor olması. Ama her iki durumda da kadına yönelik şiddetin bir hak ihlali olduğunu ortadan kaldırmaz. Kadının güçlenmeye başlamasıyla birlikte, haklarına sahip çıkmasıyla birlikte kadına yönelik şiddet de bir süre artışla devam ediyor” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).*

*“Geleneksel bakış açısı. 2827 yasada radikal kadına özgürlük sağlayan çözüm var. Ama hep kadına Ana sağlığı bireysel haktan öte kadının geleneksel rolü nedeniyle vurgulanmış. Yasalarda da böyle söylemlerde de böyle. Annelik öne çıkmış, hak temelli yaklaşım değil. Bekar, adolesanlar, LGBT'lere hizmet vermiyor. Herkesi kapsamaması gerekiyor hak temelli yaklaşımda” (CSÜS alanında 38 yıldır çalışan akademisyen).*

## **Türkiye’de CSÜS Hizmetlerinde Hak Temelli Yaklaşımı Artırmak için Öneriler**

Geçmişte kadının insan hakları sınırlı iken, bugün kadın-erkek eşitliğinde yol alınmış gibi görünse de her alanda kadına şiddet, mobbing, baskı, doğurganlıklar konusunda siyasi söylemler, algı yönetimi gibi konularla sürekli ivme kaybedildiği düşünülmektedir. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları’nda belirtildiği gibi kimsenin geride kalmamasının gerçekten hayata geçirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle de özelleşmiş gruplara özel strateji ve özel eylem planı, özel geçiş mekanizmaları ve STK’ler ile işbirliği yapılarak erişimin sağlanması gerekmektedir.

*“Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri’nin hayata geçirilmesi konusunda kimsenin geride kalmamasının gerçekten hayata geçirilmesi gerekiyor. Kimse geride bırakılmamalı bu nedenle bu gruplara erişimde özel bir stratejilerle, ihtiyaçları özelleşmiş gruplara özel strateji ve özel eylem planı, özel geçiş mekanizmaları ve STK’lar ile işbirliği yaparak erişmek lazım. Çünkü bizim de özelleşmiş politika ve uygulamaları özelleşmiş paydaşlarla yapmamız lazım başka türlü olmaz. Hak temelli yaklaşımı ilke olarak benimsememiz, içselleştirmemiz ve bunu okullarda ve diğer yerlerde hak temelli yaklaşım olmazsa olmazdır diye cesaretle söylememiz lazım. Bunu herkesin söylemesi, kabul etmesi lazım” (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye’de çalışan uluslararası kilit kişi).*

*“Türkiye’de CSÜS hizmetlerinde (doğurganlık ve gebeliğin düzenlenmesi) “hak temelli” yaklaşım söz konusu mudur? Kağıt üstünde evet ama pratiğe gittiğimizde kilit nüfus grupları dediğimiz HIV’le yaşayanlar, seks işçileri, LGBT insanlar, kayıt dışı nüfus, göçmen nüfus hala buralarda hak temelli yaklaşım yok veya hayata geçirilme konusunda çok fazla iyi, istedik düzeyde olduğunu söyleyemeyiz.*

*En başta genç insanların CSÜS bilgisine erişim hakkının çok fazla hayata geçmediği için hak temelli yaklaşımın çok fazla her alanda olduğu gibi mesela anne ve çocuk sağlığında olduğu gibi güvence altında olduğunu düşünmüyorum” (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye’de çalışan uluslararası kilit kişi).*

*“Ne yazık ki CSÜS hizmetleri de hak temelli sunulmuyor. Bu hizmetlerin hak temelli sunulması için kadınlar olarak hep birlikte çalışmamız gerekiyor. Günümüzde köylerde imamlardan başka toplum liderleri kalmadı. Kadınların bilgi alacağı danışabileceği kimse kalmadı. Hatta kadınlar, çocuklar, gençler hatta erkekler köylerde imamlara teslim edilmiş durumdadılar. Yerel örgütler, basın, öğretmenler, akademisyenler, bu konuya gönül vermiş herkes özellikle köylerde kırsalda yaşayan hatta kent kırsalında yaşayan toplumun bilinçlendirilmesi faaliyetleri yürütmelidirler” (CSÜS alanında 20 yıldır çalışan akademisyen).*

*“CSÜS hizmetlerini hak temelli sunmaya gayret edenler de var ancak şimdi öyle değil sistemde yok böyle bir yaklaşım. Kadınların bu tür hakları vardır biz de bu hizmetleri sunmalıyız, yani böyle düşünerek çaba göstermeniz bile sunmaya zamanınız olmayabiliyor. Yani sistem bu hizmetlerin hak temelli sunulmasında müsaade etmiyor. Bir şekilde engel oluyor yani. Daha doğrusu sistem şuanda koruyucu hizmetlerden ziyade daha çok tedavi hizmetlerin sunulması yönünde çalıştığı için koruyucu hizmetleri sunamıyorsunuz. Yani AP de bana göre hak temelli verilmesi gereken bir koruyucu hizmettir. Bunun sunulmasına sistem izin vermeyebiliyor” (CSÜS alanında 27 yıldır çalışan akademisyen).*

*“Şuanda baktığımız zaman CSÜS/AP hizmetlerinde hak temelli bir yaklaşım olduğu kesinlikle düşünülemez. Devletin politikası kadının doğurganlığına deyim yerindeyse ihtiyaç olduğunda kısılacak bir kuluçka makinası filan gibi bakıyor. Yani bir doğurganlık makinası gibi. Şuanda ülkede genç nüfusa ihtiyaç var kadın doğursun. Ha şuanda genç nüfusa ihtiyaç var mı gerçekten bu da bir soru işareti. Çünkü mevcut genç nüfusa yeterli nitelikli eğitim vermede zorluklar yaşanıyor. Gençlerin istihdam edilmesinde sorun var ve de genç işsizliğinde de bir artış söz konusu. Kadına bir doğurma makinası gibi bakılması durumunda kesinlikle hak temelli bir yaklaşımdan söz edilemez. Kadının ne zaman doğuracağına kaç tane doğuracağına kendisinin karar vermesi lazım. Nihayet kendi bedeniyle ve ruhuyla ilgili olan bir durum bu. Devletin resmi politikası yani yasalardaki politikası çiftlerin birlikte doğurganlıklarına karar vermeleri doğrultusundadır. Bu çiftin içinde de daha çok söz sahibi olması gereken kişi kadındır. Gebelik olacaksa da bunun beraberinde getirdiği riskli durumları da yaşayacak olan kadın çünkü. Devlet hiçbir zaman kadının ne zaman ne kadar doğuracağına müdahale etme hakkına sahip olmamalıdır. Tam tersine kadının doğurganlığının planlanması doğrultusundaki taleplerini karşılamak zorundadır. Bunu sağlayacak sistemi oluşturmakla da yükümlüdür bence.*

*İstenmeyen gebeliklerin sonlandırılması konusunda da teknolojinin olanaklarından yararlanmasında engelleniyor. Yıllardır tıbbi düşük için gerekli olan ilaçların ruhsatlandırılması sağlanamadığı gibi bu amaçla kullanılan ilaçların gerçek endikasyonları dışında tıbbi düşük yaptırmak amacıyla kullanılmasını da önlemek amacıyla da eczanelerde satışı durduruldu. Bu da hak temelli bir yaklaşım değil” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).*

## **CSÜS Alanında Veri Açığı Olan Konular**

Veri açığı konusunda daha çok savunmasız grupların ihtiyaçlarına yönelik çalışmaların eksikliği ve bunların periyodik takibinin yapılmaması konuları karşımıza çıkmaktadır.

*“Hizmete dayalı veriler var burdan iyi rakamlar elde ediyoruz. Periyodik çalışmalar var, TNSA kadına yönelik şiddet gibi. Benim esas anlatmaya çalıştığım şu hiç araştırılmamış ya da ender araştırılan konular var gençlerin CSÜS ihtiyaçları, cinsel şiddet, ensest, CYBE, özel ihtiyacı olan grupların hizmete erişimi, HIV konusunda ileri düzey epidemiyolojik özelleşmiş alanları ölçen araştırmalar yok, yapılmalı. Özelleşmiş alanları periyodik ölçen epidemiyolojik araştırmaların yapılması gerekiyor. Bu konuda Türkiye'nin HIV konusunda hizmet istatistiklerinden başka birşey yok, gençler cinsel sağlık konusunda ne biliyor, romanlar, göçmenler, tarım işçilerinin hizmetlere ihtiyaçları bu konuda bilgilerimiz yok. Bunların klasik araştırmalar dışında periyodik, özel başlıklar altında Türkiye'yi temsil eden şekilde yapılması gerekiyor. Türkiye'de yapılan periyodik çalışmalar TNSA gibi pek çok veriyi içermekte, bu konuda veri açığı olduğu görülmemekle birlikte son 10 ayda yaşanan COVID pandemisi sonucunda hizmetlerin tekrar değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekte” (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye'de çalışan uluslararası kilit kişi).*

*“Veri açığı olduğunu düşünmüyorum. Birçok veri var bizi harekete geçirecek. Veriler yolumuzu gösteriyor. Herşey çok açık, verilerle artışı gösteriyor. TNSA 2018 çok net, SKH net, hizmet ve hedefleri net ama Pandemi ne kadar etkiledi bilemiyoruz. 10 aylık süreçte bu hizmetlerin covid ile yükü arttı. Bu hizmetlere ulaşımında sorun vardı, bir de sağlık hizmetinde covid etkisi, odak covide kaydığı için birinci basamakta bu hizmetlerin aksadığını tahmin ediyoruz. Bunu sayılarla verilerle ortaya koymak yararlı olabilir” (CSÜS alanında 38 yıldır çalışan akademisyen).*

*“Adolesanlarla ilgili ayrı kayıt sistemi olmadığından onların cinsel davranışları ne yaptıkları, nerelere başvurdukları konusunda kayıt yok. LGBTİ'lerin CSÜS konularında ne durumda olduklarından nerelerden hizmet aldıkları konusunda veri yok. Kürtaj oldum diyemeyen kendiliğimden düşük yaptım diyen kadınların neden düşük yaptıkları hakkında hiçbir veri, bilgi yok. Göçmenler, Suriyeliler ile ilgili veri yok. Doğum yapmak için hastaneye gelen kadınlar isteyerek mi doğum yapıyorlar.*

Hatta tecavüz sonucu gebelikler onlarda çok yaygın. Engelliler de sağlık kuruluşlarına başvurduklarında engellilik durumları kayıtlara geçmiyor. Zihinsel engellilerin tecavüz sonucu gebe kaldığı durumlarla ilgili veriler yok. Çok yaygın olduğu duyuluyor. Bu insanların kendilerine durumlarına özgün hizmet alabilecekleri birimler olsa bu veriler kayıt altına alınabilir” (CSÜS alanında 20 yıldır çalışan akademisyen).

“Bence engelli bireylere ne kadar ne tür hangi konularda CSÜS hizmeti verildiği ile ilgili veri açığı var. Çünkü hizmeti verirken bireyin engelliliği kayıtlara girilmiyor. Ancak özellikle bu konuda bir araştırma yapılırsa sonuç verir. Yoksa kayıtlardan bu bilgilere ulaşamaz. Doğumevi gibi bir yerde hasta yükü çok fazla, kayıtlar sisteme düzgün girilmiyor. Şimdi şehir hastanesi günlük hasta yükü çok fazla olan yerler buralar. Halbuki bu tür hastanelere o kadar çok insan başvuruyor. Bu hastanelerin kayıtlarından o kadar güzel veriler elde dileyebiliriz aslında, kohort çalışmaları yürütülebilir ama doktorun o bilgileri kaydetmeye hiç vakti yokki. Yani kayıt sistemlerinde korkunç eksikler var. Çok bilgiyi boşa harcıyoruz. Aslında biz bu kayıtlardan veri almayı, kaydetmeyi beceremediğimiz için veri açığımız da oluyor. Excel, SPSS gibi analiz programlarının işleyişini çok kişi bilmiyor. Aslında ben de bilmiyorum” (CSÜS alanında 27 yıldır çalışan akademisyen).

“CYBE’lerin görülme sıklığı ile ilgili ciddi bir veri açığı var. Aslında bunların büyük bir kısmı bildiri zorunlu hastalıklar listesinde. Tanı koyan sağlık çalışanları yani hekimler bunları neden bildirmiyorlar, bu da araştırılmalıdır. Mesela hizmeti vermesi gereken birinci basamak hekimlerinin bu hizmeti vermesinin önündeki engeller konusunda geniş çaplı bir araştırma, Türkiye’yi temsil eden bir araştırma yapılması konusunda da bir takım sıkıntılar var. Birinci basamakla ilgili herhangi bir çalışma yapılmasına Sağlık Bakanlığında kurulmuş bir komisyon izin vermezse araştırma yapılamıyor. Dolayısıyla bağımsız bir bilimsel çalışma yapabilmesi gereken üniversitelerin de bu konuda eli kolu bağlanıyor. Bu konuda özellikle araştırmaların finansmanı konusunda da çok istekli davranılmıyor” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).

“Aile hekimlerimiz CSÜS/AP hizmetlerini sunmuyorlar diyoruz ama niye sunmuyorlar, bu konudaki gözlemlerin kanıta dayalı bilgiye dönüştürülebilmesi için de araştırılması lazım. Sayısal bir takım veriler var belki niteliksel çalışmalarla sunulan hizmetlerin niteliğinin ortaya konması lazım. Örneğin doğum öncesi bakım hizmetlerinin niteliğinin artırılması önünde herhangi bir engel var mıdır? Bunların araştırılması gerekir. Mesela modern kontraseptif yöntem temininde kamudan özel sektöre bir geçiş olduğu söz konusu, kadınlara sormalı neden özel sektörden almayı tercih ettiğini. Bunu ortaya koyacak niteliksel bir araştırma yapılabilir” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).

*İstenmeyen gebeliklerin sonlandırılması konusunda da teknolojinin olanaklarından yararlanması da engelleniyor. Yıllardır tıbbi düşük için gerekli olan ilaçların ruhsatlandırılması sağlanamadığı gibi bu amaçla kullanılan ilaçların gerçek endikasyonları dışında tıbbi düşük yaptırmak amacıyla kullanılmasını da önlemek amacıyla da eczanelerde satışı durduruldu. Bu da hak temelli bir yaklaşım değil” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).*

## **CSÜS Alanında Sektörlerarası İşbirliği**

Sektörlerarası işbirliği günümüzde zayıftır ve izleme değerlendirme çalışmalarına dahil edilmemektedir.

*“Son dönemlerde Kamu STK ile işbirliğine sıcak bakmıyor. Geçmişte daha çok işbirliği vardı. Uluslararası kuruluşlarla da böyle. Daha seçiciler daha temkinliler ve kendi istedikleri ile adil olmadan çalışıyorlar” (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye’de çalışan uluslararası kilit kişi).*

*“Eskiden erkek katılımı için askeriyede AP eğitimleri verilirdi, 15 Temmuz’dan sonra ne oldu bakmak lazım, kalmamıştır. Eğittiğimiz insanlar kaldı mı, nedir, nerde ne oldu onlara? Çok önemli sektörlerarası işbirliğiydi. Kendi arasında bile kamu işbirliği, iletişim yok. Kamuda SB ve MEB işbirliği var mı, yok, siz biliyor musunuz? Ben bilmiyorum” (CSÜS alanında 38 yıldır çalışan akademisyen).*

*“Sektörlerarası işbirliğinin sağlanması tabii ki çok güzel iyi bir idealdir. Ama aslında sağlık sektörünün bile uzak durduğu bu hizmetlerle ilgili diğer sektörlerin katkısından bahsetmek pek mümkün değil gibi geliyor bana. Mesela adolesanların eğitimi şimdi eğitim sektörüyle işbirliği yapılması lazım ama sağlık bakanlığı bile bu işten uzak dururken milli eğitim bakanlığının bu konuda bir şey geliştirmeye başlamasını beklemek çok hayalcilik olur gibi. Dolayısıyla belki bu da bu alanda öncü olabilecek STK’ların dikkate alması gereken çalışma alanlarından biri olabilir. Bazı projelerin kamu hizmetiyle beraber yürütülmesi konusunda olumlu örnekler olmakla birlikte bunların sürdürülebilirliğinin sağlanması kamunun bu işe sahip çıkmasına bağlı olan bir durum. Mesela tıp eğitiminde AP bilgi ve beceri kazandırılmasının tıp eğitimine entegrasyonu konusunda yürütülen bir Johns Hopkins Program for International education in Gynecology and Obstetrics (JHPIEGO) projesi vardı. Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerine intönlere AP danışmanlık ve RIA uygulaması eğitimi ve becerisi kazandıran bir proje. Bu proje sınırlı bir sürede yürütüldü ve daha sonra bu projeyi yürüten üniversite sahip çıkıp uzunca bir zaman devam etti. Bu tür eğitimler eğiticinin de çok zamanını alan bir şey daha sonra başka öncelikler ön plana çıkınca bu eğitimler yavaş yavaş sönüşe geçti. Herhalde bu eğitimleri şuanda tıp eğitimlerinin içinde yürüten pek bir üniversite kalmadı. En son İstanbul’da bir üniversite bu eğitimleri sürdürüyordu ama onlar da devam ediyorlar mı bilmiyorum. Kamu sahip çıkarsa bu tür projeler sürdürülebiliyor.*



*Bir de norplant uygulaması projesi vardı yine bir kamu ve STK işbirliğinde proje dahilinde başladı daha sonra kamu buna sahip çıkmadığı ve de norplant ruhsatlandırılmadığı, dağıtımı falan yapılmadığı için o da sürdürülemedi. Projeler şeklinde çalışma yapmanın başlangıçta bir finansman sağlama açısından faydası var. Ama bunun olağan çalışmaya entegrasyonu sağlanmadığında proje olduğu sürece sürdürülür proje bittikten sonra rafa kaldırılması durumu da var. Dolayısıyla kamunun hizmet vermesi gereken alanlarda belki pilot çalışma anlamında projelerin yapılabileceğine ama proje tarzında çalışmanın kamu hizmeti açısından da risklerinin olduğunu ifade etmek isterim” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).*

## **CSÜS Konularında Toplumun Bilgilendirilmesi için Mesajlar**

Ana mesajlar;

- Gerçekten sağlıklı güvenli, önemli doğru davranışlar nedir?
- Bilgiye nereden ulaşmalı?
- Bilgiye ulaşılamazsa neler olur, riskler nedir? Güvenli davranışların mesajları verilmelidir.
- CSÜS hizmetlerini şuralardan alabilirsiniz.

*“AP, gençlerin doğru, sağlıklı bilgilere ulaşmasının sağlanması, doğru kaynakların yönlendirilmesi, hizmete ulaşımın hak olduğunun vurgulanması, toplumun CSÜS hakkı olduğunun farkına varması. Toplum kendisi bu hizmetlerin hak olduğunu bilse talep eder, etmiyor çünkü hakkını bilmiyor” (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye’de çalışan uluslararası kilit kişi).*

*“Bence bir kere mesaj olarak şöyle düşündüm cinsel sağlık üreme sağlığı AP sizin bir hakkınızdır ve bu hizmetleri şu şu merkezlerden alabilirsiniz gibi... Öğretmenler de çok önemli rol oynuyorlar. Eğitim sisteminde müfredatta bu bilgiler yer almalıdır. TV’lerde kadınlara yönelik programlarda sağlıkla ilgili bilgilendirme programlarında CSÜS/AP bilgilendirici bölümler de yer alabilir” (CSÜS alanında 27 yıldır çalışan akademisyen).*

*“Yani tarama programlarına mutlaka dahil olmaları öne çıkmalı. Gebelik takibi ile ilgili olmazsa olmaz muayenelerin olduğu ve düzenli kontrollerine mutlaka gitmeleri söylenmeli. Kontraseptif kullanımına teşvik edici söylemler öne çıkmalı. Bu tür hizmetleri sunan AP kliniklerinin varlığının duyurulması. Bizim hastanede ayrı AP kliniği yok ama birçok devlet hastanesinde var buraların tanımı öne çıkarılabilir” (CSÜS alanında 27 yıldır çalışan akademisyen).*

## CSÜS Alanında Savunmasız Gruplar

Genç insanlar, hareketli nüfuslar kırsalda ne işte ne okulda olan, sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınlar, koruma altında olan ebeveynlerden uzakta olan ergenler ve gençler, HIV ile yaşayanlar, kayıtdışı seks işçileri, Türkçe bilmeyen kişiler, göçmenler, kayıtsız olanlar, engelliler, LGBTİ+'lar olarak katılımcılar tarafından tanımlanmıştır.

*“Aslında şu anda izlenen politikalarla üreme çağındaki kadınların neredeyse tamamı savunmasız hale geldi diyebiliriz. Savunmasız özel gruplar diye tanımlamamıza gerek yok. Kadınların gereksinim duyduğu, istediği üreme sağlığı hizmetlerinin sunumunda engeller var ve dolayısıyla bu açıdan bakıldığında hemen herkes savunmasız durumda. Bunların içinde en savunmasız da aslında Türkiye’de 20-25 milyon civarında üreme çağında kadın var. 18 yaşın altında da 25 milyona yakın da çocuk var. Bunların da yaklaşık 5 milyonu adolesan. Bunun yanında özel gereksinimi olan grupları da bir kenara bırakmamalıyız. Bu sayılara yaklaşık 5 milyon göçmen nüfusun da katkısını düşünürsek en azından hizmet verilmesi gereken bir grup olarak, sayıları daha da artmakta. Burada sadece ÜS/AP hizmetleri açısından bakıyoruz bir de CYBE’leri de dikkate aldığımızda erkekleri de eklemek gerekir. En savunmasız grup hangisidir sorusuna pek verebileceğim uygun bir cevap bulamıyorum aslında. Mesela ergenlerin bu konuda hizmet alabilmeleri tamamen ebeveynlerinin kararına bağlı, bilgilencmeleri konusunda bile ebeveynlerinin onayı gerekiyor. Onay vermezlerse bilgiye bile ulaşamıyorlar. Belki de sosyal medyayı da en çok kullanan grup adolesanlardır ancak buradan da yanlış bilgiler edinme olasılığı da çok yüksek olup en büyük risk altında olan gruptur adolesanlar. Kendi iradeleriyle hizmet alabilmeleri bile mümkün değil. Hizmet alma taleplerini bile dile getirmeleri çok zor” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).*

*“Ergenlerin doğru bilgilendirilmeye ihtiyaçları var. Erken yaşta ve zorla evlendirilmeleri önemli bir sorun. Okul devamlılığı çok önemli. Dolayısıyla okullaşmanın artırılması yönünde bir gereksinim var. Bu grupların yetişkinlerin hizmet aldığı yerlerden CSÜS hizmeti almaları çok zor. Ergenler ve gençlerin hizmet alabileceği ayrı birimler eğitim gördükleri birimler içinde oluşturulması gerekir” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).*

*“Ergenler, belki çocuklar da dahil edilebilir. Çünkü bazen böyle şeylere maruz kalabiliyorlar. Onlar bu durumları ifade etmekte de zorlanacaklarını düşünüyorum. Şuan ergenler de bir çekince ve korkaklık olabilir. Bunu gündeme getiremeyebilirler. Toplum baskısı belki biraz daha fazlalaştı. Çocuklar zaten cinsel konularda daha da savunmasızlar fiziksel olarak hem de zihinsel olarak” (CSÜS alanında 9 yıldır çalışan akademisyen).*

*“Engelliler de engel tipine göre örneğin zihinsel engelliler çok daha savunmasızlar. Bir cinsel istismarın çok da farkına bile varmayabilir. Sorunun ne olduğunu bilemeyebilir. Yani bu hani kadın koruma evleri falan var. Devlet tarafından onlara konaklama imkanı tanınıyor. Ama onların muayenesi de devlet hastanelerinin acil servislerinde yapılıyor.*

Farklı yerlerde muayene edilmeleri gibi bir şey olmuyor. Bu tarz olayların hepsi devlet hastanesinin aciline getiriliyor. Çoğu zaman da nöbetçi hekim tarafından değerlendiriliyor o da bu tür konulara vakıf olmayabiliyor. Bu grupların da diğer insanlarınkine benzerdir muhtemelen şikayetine yönelik tanısının, tedavisinin planlanması gibi. Ya da herhangi bir cinsel suistimal, istismar söz konusuysa bunun ortaya çıkarılması, muayeneyle onun maruz kaldığı şeyin ortaya çıkarılabilmesi için doktorun bu konuda özel eğitilmiş olması. Doktorun işini daha sistematik, detaylı yapması, bir şeyleri gözden kaçırmaması, çünkü bazı şeyler o muayene sırasında silinebilir, muayeneden sonra ortadan kaybolabilir, iyileşebilir” (CSÜS alanında 9 yıldır çalışan akademisyen).

“Engelli bireylerin üreme sağlığı hizmetlerine erişimi konusu ise bunların içinde en içler acısı durumunda olanıdır. Onlara yönelik sistematik herhangi bir çalışma yok. Sahada engelli ihtiyaçlarına göre hizmetlerin planlanması gibi bir yaklaşım olduğunu düşünmüyorum” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).

“LGBTİ bireylere hizmet sunulması onların hizmet alması hususunda üreme sağlığı konularında hizmet içi eğitimleri projesi kapsamında bu konu da ele alınmıştı ve üreme sağlığı hizmeti veren personelde bu konuda bir farkındalık, duyarlılık oluşturulmaya başlanmış idi, oluşturulmuştu. Ancak bu AÇSAP merkezlerinin ve üreme sağlığı eğitim merkezlerinin kapanmasıyla sahada bu konuda duyarlılığa sahip hekimler, sağlık çalışanı sayısında da bir azalma olmuştur” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).

“Kayıtları olmadığı için hizmete ulaşamıyorlar, yoksul, dil, eğitim bariyeri olduğu muhafazakar politikalar olduğu için yolları açık değil. Başvurabilecekleri yer yok. Erişim problem, Suriyelilerle, gençlerle çalıştık, bilgi almak istiyorlar” (29 yıllık CSÜS alanında uluslararası çalışan kilit kişi).

“Göçmenler Türkiye’de artık nüfusun önemli bir payını oluşturuyor. Hatta bazı illerde yerli nüfusun sayısından daha fazla sayıdalar. Sağlık bakanlığının bir çalışması var. Göçmen nüfusu 4000’den fazla olan illerde Göçmen Sağlık Merkezleri kurulmuş durumda. Ancak bu merkezler Suriye’li göçmenlere hizmet vermek amacıyla kurulmuştur. Diğer ülkelerden (Irak, Afganistan, Afrika ülkelerinden) gelen göçmenlerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaları açısından sorunlar var. Onlar hiçbir yerden hizmet alamıyorlar. Bu göçmen merkezlerinde Suriye’li sağlık çalışanları (hekim, hemşire) görev yapmaktalar. Böylece dil bariyeri aşılmış oluyor. 4000’den az Suriye’li göçmen olan illerde bu merkezler yok. Bunların adaptasyon eğitimlerinde sadece Türkiye’deki sağlık sistemi, aşı programları, elektronik kayıt sistemi hakkında bilgiler verilmekte. Aşı nasıl yapılır, AP danışmanlık hizmetlerinin nasıl verileceği, RIA’nın nasıl takılacağı hakkında eğitimler verilmiyor yani. Dolayısıyla Suriye’li sağlık çalışanları ülkelerinde nasıl hizmet sunuyorlardıysa ne yapıyorlardıysa aynısını burada da uyguluyorlar” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).

## Türkiye’de Savunmasız Grupların CSÜS Hizmet Sunum Politikaları

Görüşülen CSÜS kilit kişilere göre Türkiye’de göçmenler haricinde savunmasız grupların ihtiyaçlarına yönelik özel tasarlanmış hizmet sunum politikaları yoktur. Oysa Literatür taramasında da belirtildiği gibi engelli kişilere yönelik hizmet sunumuna ilişkin genelgeler mevcuttur (254,255).

*“Türkiye’de savunmasız grupları (adölesan/gençler, engelli bireyler, LGBTI bireyler, göçmenler) kapsayacak özel tasarlanmış CSÜS hizmet sunum politikaları var mıdır? Yok. Sadece göçmen gruplar ile var. Seks işçileri ile ilgili bilgilendirici çalışmalar var, ama hizmet sunumuna ne kadar ulaşır tartışmalı”* (29 yıllık CSÜS alanında uluslararası çalışan kilit kişi).

*“Göçmenler ile çalıştık. Gençlerle çalıştık. Hacettepe, diğer üniversiteler, ICC, UNFPA ile beraber medikoda hizmet modeli çalışıldı, çok güzeldi, daha sonra 13 üniversiteden fazla medikoda Genç Hizmet Modeli gelişmişti. Suriyelilerle yaptığımız MSIP yaklaşımı ile hizmet modeli Güvenli alanlar, sağlık araçları ile köprü kuruldu. Medikolarda aynı şekilde akranlar vardı, bunlar önemli hizmete erişim modelleriydi”* (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye’de çalışan uluslararası kilit kişi).

## Türkiye’de Kapsamlı Cinsellik Eğitimi Alanında Yapılan Çalışmalar

Kapsamlı, nitelikli cinsel sağlık eğitimi MEB müfredatında ya da Sağlık Bakanlığı’nda bulunmamaktadır.

*“Çok geç kalmış, UNESCO standartlarında hiçbir içeriğin olmadığı, UNFPA ve diğer kurumların çok mücadele etmesine rağmen sonuç alamadığı, çok öncelikli ilk el atılması gereken konulardan birisi. Bu konuda Türkiye’de uluslararası standartlara ve yaşa uygun yapılandırılmış cinsel sağlık eğitimi yok. Öğretmen ve hizmetiçi eğitimlerde yok, okullardaki çok yansımıyor, hizmetiçi eğitimleri güçlendirmeye çalışıyoruz, ama Türkiye gibi 18 milyon üniversite öncesi okul çağında genç olan bir ülkede projeler ile yetişmek olanaksız. Kurumsal, sürdürülebilir politikalar lazım ama bu konuda da hiçbir mesafe alınamadığını görüyoruz. Herkezin elele vererek ilk adım atması gereken alan olduğunu düşünüyorum”* (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye’de çalışan uluslararası kilit kişi).

## Mevzuatın Aksine Uygulamada Karşılaşılan Güçlükler ve Çözüm Yolları

Gençlere yönelik hizmetlerde özellikle mahremiyetin korunması, ebeveyn onayı veya vasi onayı gibi gereklilikler sıkıntı yaratıyor. Özelleşmiş ihtiyaçlara yönelik olarak özel hizmet almış insanların, personelin ve devletin bu insanlara mahremiyetlerine saygı duyarak yaklaşması gerekir.

*“Mesela bence cinsel istismar durumlarını, suçlarını her hekim değerlendirmemeleri, bu konuda daha deneyimli, bilgili, neye bakması gerektiğini iyi bilen birisi olmalı. Bu standardize edilmeli bence. Adli tıp kurumlarındaki kadın hastalıkları doğum uzmanına yaptırılabilir bu iş, acildeki her hangi bir doktora değil de. Devletin bu tür durumlarda her aşamada sorumlulukları var. Mesela adolesan, kadınlar, gençler her kimse bu konuyla ilgili bilgilendirilmelerinden sağlık hizmetlerine erişimine, yeterli sağlık hizmeti almalarından, tedavilerinin devlet tarafından ücretsiz sağlanmasına ve gerekiyorsa işte korunmaları gerekirse onunla ilgili de gerekli işlemlerin yapılmasına kadar her aşamasından devlet sorumlu olmalıdır. STK’lar da aslında bu basamaklardaki aksaklıkları tespit edip bunların ilgili yerlere iletilmesi ve takibinin yapılması sadece iletmek değil de değişen bir şey var mı, ne değiştirilebilir, ne nasıl düzeltilebilir” (CSÜS alanında 9 yıldır çalışan akademisyen).*

*“Bazı hocalar bu konularda çok sayıda çalışmalar yürüttüler. Özellikle adolesanlara yönelik. Ancak bu tür çalışmalar bireysel gayretlerle oluyor ve de yetersiz kalıyor. 18 yaş altı biraz şey grup aile baskısı altında kalan bir grup ve kesinlikle hizmeti almakta zorlanıyorlardır. İlköğretimde ve orta öğretimde kız ve erkek çocukların menarş dönemi, spermatogenezis, üreme organlarının anatomisi işleyişi gebelik, doğum gibi konular da anlatılabilir. CSÜS ve sağlıklıcinselyaşamgebeliktenkorunmayöntemleri ve CYBE konularında bilgilendirilmelidirler. Lokal düzeyde STK’lar özellikle genç kadınlara, adolesanlara bu konularda bilgilendirme eğitim faaliyetleri yapabilirler” (CSÜS alanında 27 yıldır çalışan akademisyen).*

*“Yasal mevzuat istenmeyen gebeliklerin 10 haftaya kadar sonlandırılmasına izin veriyor. Ancak yine pek çok yerde bu hizmetin sunulmadığını görüyoruz. Ya da hizmet sunulsa da bir takım engellemeler, randevular, ek tetkikler istenmesi gibi pasif agresif bir şekilde 10 haftalık yasal süreyi geçirmek için bir çok davranışlar sergileniyor. Hatta bir tecavüz sonrası istenmeyen gebelik oluşmuşsa yasal olarak 20 haftaya kadar mahkeme kararıyla sonlandırılabilirken mahkeme sürekli ertelenerek bu yasal haftanın aşılmasına neden olduğu ve kadına bu çocuğu doğurmaktan başka bir seçenek bırakılmadığı durumlar da olmuştur. Daha sonra da doğan çocuk, Çocuk Esirgeme Kurumuna gönderilmiştir. Anayasaya rağmen hizmetin sunumu engellenmektedir. Tıbbi düşük için gerekli olan ilaçların ruhsatlandırılmaması gibi engellemeler.*

15 yaşın altında gebe olanların antenatal izlem için başvurduğunda bildirilmesi zorunluluğu ve de bunların cinsel taciz sonucu gebelik gibi değerlendirilmesi konusu da var. Evet doğru 15 yaşındaki bir kız çocuğu doğum yapıyorsa bu gebeliğe neden olan cinsel eylemde rızası aranmamalıdır. Ancak bu şekilde ele alınması yani bir adli olgu olarak ele alınması da öte yandan bu adolesan gebelerin sağlık hizmetlerine başvurmamasına neden olmaktadır. Bu durumda zaten sağlığının olumsuz etkilenme riski yüksek olan adolesan gebe daha anne ve bebek ölümü açısından daha büyük bir tehlikeli duruma maruz bırakılmaktadır” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).

“Tabii ki gönüllük bazında oluşturulan STK’ların sorumluluğundan bahsedemeyiz ama bu alanda çalışmaya istekli olan STK’ların çalışmalarını bir program doğrultusunda yani anlık saman alevi gibi yanıp sönen işler yerine biraz daha sistematik, bir stratejik plan çerçevesinde hareket etme alışkanlığı kazanmaları önemli olabilir. Bunun dışında STK’ların birbirleriyle işbirliği yaparak sinerjik bir etki yaratmaları söz konusu olabilir. Bir elin nesi var, iki elin sesi var misali. Burada özellikle savunuculuk, belki de maddi olanaklar el verdiğinde hizmete erişimi sağlayabilecek kısa vadede sonuç elde edilebilecek, aslında uzun vadede elde edilmek istenen şey madem sağlık bir kamu hizmetidir, satın alınan bir mal değil devletin burada sorumlulukları ve yükümlülükleri vardır, devletin bu hizmetleri sunması esas olmakla birlikte, bu alanda eksiklik olduğu görülüyor ise STK’ların belki hizmet sunumu yönünde de girişimleri söz konusu olabilir” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).

## **Türkiye’de Anne Ölüm Oranlarını Daha da Düşürebilmek için Yapılabilecekler**

“Ölmeyen ama ölmeye ramak kalan annelere ulaşılması lazım, temel nedenlerin analiz edilmesi lazım. Yapılan araştırmalar ve il ve ilçelerdeki Anne Ölüm Komisyonlarının tutanakları ile temel nedenlere ulaşılması lazım, neden sonuçlarının hayata geçirilmesi lazım. Gebeliklerin aralıklandırılması en az 2 yıl, güvenli düşük hizmetlerinin verilmesi lazım. Çocuk yaşta erken ve zorla evliliklerin önüne geçilmeli” (CSÜS alanında 29 yıldır Türkiye’de çalışan uluslararası kilit kişi).

“En önemli şey önlenabilir anne ölümleri yaklaşık 2/3 ya da %50 (Bakanlık %40’a indi dedi). Önlemek için; AP hizmet erişimini artırmak (modern yöntem ile), antenatal grup izlemine arttırmak, evde doğumları azaltmak, dezavantajlı grupların erişimini hedeflemek. Bunlar aynı grup eğitimsiz, yoksul, SGK’sı olmayan, kırsal bölgede erişimi artırmak. Bunların hizmetlerine erişimini artırırsak yani Güvenli Annelik Programını sağlamlaştırmak gerek” (CSÜS alanında 38 yıldır çalışan akademisyen).

“Anne ölümleri oranlarında ciddi bir azalma sağlandı. Bundan sonra daha da azaltılmalı biraz zor bence. Günümüzde anne ölümlerinin birinci nedeni kardiyovasküler hastalıklar. Artık önceki gibi postpartum kanamalardan anneler artık pek fazla kaybedilmiyor. Kan temininde artık hastanelerde kan bankaları iyi çalışıyor. Yani bundan sonrası genel takiplerinin düzenli ve iyi nitelikli yapılması. Kardiyovasküler hastalığını bilmiyorsa ve gebe kalıyorsa, gebeliğinde başına bir iş geliyorsa önceki rutin kontrollerinin yapılarak bunun önceden tespit edilmesi ya da derin ven trombozu işte emboli gibi durumların risk açısından hastaların en başta değerlendirilebilmesi. Buna yönelik uygun profektik ve tedavi dozundaki ilaçların planlanması. Yani maternal ölüm nedenleri artık biraz daha düşürülmesi zor kısma geldi. Bu yüzden de daha fazla düşmesi gerçekten zor” (CSÜS alanında 9 yıldır çalışan akademisyen).

“Bu sene pandemi nedeniyle anne ölümleri top yapabilir. Nasıl bir şey göreceğiz bilmiyorum. Çünkü hastanelere gitmeye çok çekiniyorlar, hizmetler, kontroller aksıyor. Büyük şehirlerde bile anne ölümleri hala görülebiliyor. Gebelerin sadece kontrole gitmeleri kontrol izlem sayısının yüksek olması yetmiyor. Aldığı hizmetin kaliteli olması çok önemlidir. Gecikmeler olabiliyor, hastaları kendilerinden kaynaklana, hastanelerden kaynaklanabiliyor. Bütün gebelerin hangi durumlarda hangi hastanelere gidecekleri konusunda iyi bilgilendirilmeleri gerekir. Eğer kadınlar bu konularda yeterli bilgiye sahip olurlarsa bu hizmetleri talep ederler. Eğer talep etmezlerse hizmeti alamıyorlar sistem bu doğrultuda, talep etmeyene hizmeti kendiliğinden sunmuyor” (CSÜS alanında 27 yıldır çalışan akademisyen).

“Anne ölümü gebeliğe ve doğuma bağlı bir olgu dolayısıyla bir defa istenmeyen gebeliklerin önlenmesi bu durumda en önemli faktörlerden biridir. Gebe kalmazsa zaten anne ölümü de söz konusu olamaz. Tabii ki gene de istenen gebelikler olacaktır. Onlara da ihtiyaç duyulan hizmetin etkili bir şekilde verilmesi lazım. Burada çok önemli bir olay gebeliğe bağlı anne ölümünü önlemek için meslek grubu ebelerin eğitimine önem verilmesi ve de ebelerin daha fazla sayıda istihdam edilmesi ve hatta özellikle birinci basamakta istihdam edilmesi yönünde gayret gösterilmesi lazım. Birinci basamak örgütlenmesi şuanda aile hekimliği birimine dayanıyor. Aile hekimliği birimi bir hekim bir de bir aile sağlığı elemanından oluşuyor. Bu aile sağlığı elemanının hekimle birlikte gebe izlemi, doğum, doğum sonrası bakım, aile planlaması, gerek çocuğa yönelik hizmetler, çocuk izlenmesi, bebek izlenmesi yapması bekleniyor. Ama bu aile sağlığı elemanı acil tıp teknisyeni (ATT) olabiliyor. ATT'nin eğitim formasyonunda bu konular yer almıyor. Eğitimi olmayan birinin bu alanda nasıl hizmet vermesi bekleniyor ki. Hatta bazı hemşirelik bölümlerinin bile bu konulardaki eğitimleri sınırlı. Dolayısıyla belki en azından her aile hekiminin yanında iki eleman olması lazım bunun biri de ebe olmalıdır. Ebe sayısının artırılması, eğitim niteliğinin artırılması ve bunlardan mezun olduğu halde istihdam edilmeyenler var bu istihdamın sağlanması ve ebeler istihdam edilirken de sadece hastanelerde doğum kliniklerinde değil birinci basamakta da istihdam edilmelerinin yolunun açılması lazım. Ebelerin de başka alanlarda yardımcı hemşireymiş gibi veya yardımcı sağlık personeliymiş gibi çalıştırılmalarının da önüne geçilmesi, kendi alanlarına yönelik çalıştırılmaları gerekir” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).

“Tıp eğitiminin de ayrıca sahadaki üreme sağlığı ve cinsel sağlık gereksinimlerine uygun şekilde yapılandırılması da son derece önemlidir. Tüm bunların yanı sıra tabii ki yönetimde de liyakata dikkat edilmesi son derece önemli ve de gereklidir. Örneğin, eskiden il sağlık müdürlüklerinde AÇSAP şube müdürlükleri vardı illerden birinde bir çevre sağlığı teknisyeni burada şube müdürü idi. Yönetici kademelerde de alanı bilen, konuyu bilenlerin bu tür görevlere getirilmesi gereklidir” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).

## Türkiye’de CSÜS Hizmetlerindeki Sorunlar ve Sorun Alanları

Türkiye genelinde Doğum Öncesi Bakım ve Doğum Sonrası Bakım hizmetlerinin iyi olduğu düşünülmekle birlikte kırsalda, doğu ve güney doğuda olumsuz koşullardaki, eğitimsiz kadınların hizmete erişimlerinde sorunlar vardır.

“Şu anda iyi görünüyor sayılara bakarsak. Ayrıntıda kırsalda, doğu ve güney doğu olumsuz koşullardaki, eğitimsiz kadınların hizmete ulaşmasında sorunlar var, bu önlenmeli, bunun için oralarda hizmete ulaşacak sağlık evi, donanımlı ebe olması hizmete ulaşımı kolaylaştırır. Aile Hekimliği modeli kente göre düşünülmüş, kırsalda gezici hizmeti dışlayan ücra köşelere ulaşım yok. Sağlık evi, eğitilmiş ebe hizmete erişimi artırır. Anne ölümleri, AP içinde bu geçerlidir” (CSÜS alanında 38 yıldır çalışan akademisyen).

“Birçok ilde doğumevleri doğum hastaneleri kapatıldı ve şehir hastanelerine taşındı. Bunlar da şehir merkezinden uzakta. Kadınların buralara gitmesi zorlaştı. Aile baskısıyla doğum öncesi bakım hizmeti almaya gidemeyen kadınlar var. Eskiden ev ziyaretleri zorunluydu. Sağlık ocaklarında çalışan ebeler, hemşireler 4 ayda bir ev ev dolaşırlardı böylece evde doğum öncesi bakım, doğum sonu bakım, bebek izlemleri yaparlardı. Aile hekimleri bu hizmetleri sunuyorlar ancak nitelik açısından yetersiz kaldıklarını düşünüyorum. Geçmişteki hizmet anlayışının yeniden inşa edilmesi sağlık hizmeti sunanların motivasyonun artırılması doğrultusunda geçmişte olduğu gibi hizmet içi eğitimlere çalışmalara ağırlık verilmelidir” (CSÜS alanında 20 yıldır çalışan akademisyen).

“Yani genel olarak aslında kişilerin kendi lojistik durumları dışında başka engellerin olduğunu düşünmüyorum. Çünkü ülkemizde yeterince kadın doğum hekimi var. Mecburi hizmetle Türkiye’nin her yerine de bu hizmetler götürülebiliyor. Hastalar hastaneye gelebiliyorlarsa doktora da ulaşabiliyorlar. Kendi imkansızlıkları yüzünden gelemiyorlarsa yani onu devlet belki düzenleyebilir belki. Şuanda devlet hastanelerde doktorun bulunmasını sağlıyor şuanda. Örneğin Ağrı’nın bir köyünden karda kışta hasta hastaneye ulaşamıyorsa hastanın hastaneye yakın bir merkezde kalabileceği bir yer mesela anne evleri olabilir. O tarz yerlerin ayarlanıp ücretsiz annenin orada doğuma kadar kalması sağlanabilmeli.



Ya da bir şekilde helikopter ambulans ile ya da herhangi bir ulaşım aracıyla hastanın hastaneye ulaştırılmasına devlet aracı olmalıdır” (CSÜS alanında 9 yıldır çalışan akademisyen).

“Doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin sayıca artması yeterli değildir. Niteliği önemlidir. Daha önce de bahsettiğim gibi doğum öncesi bakımda eğer tansiyon ölçülmemesi son derece düşündürücü bir durumdur. Doğum öncesi bakım hizmetinin birinci basamakta sadece telefonla yapılması kaygı vericidir. Az önce de bahsettiğim gibi bu hizmetlerinin nitelikli biçimde sunulması için aile hekimliklerinde ebelerin aile sağlığı elemanı olarak istihdamının sağlanması çok önemlidir” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).

“Sonuç olarak politika üreticilerin bu konuda bilgilendirilmesi teşvik edici lobicilik faaliyetlerinin yürütülmesi gereklidir. Yönetim kademelerine ulaşılması gereklidir. Üreme sağlığı hizmetlerinin doğurganlığı artıracak şekilde teşvik edilmesi ve düzenlenmesinin üreme sağlığı açısından beraberinde getirdiği tehlikeler konusunda bunların mutlaka bilgilendirilmesi lazım. Sistemin doğru yönetilmesi lazım. Rahmetli Nusret hoca “iyi yönetilen her sistem çalışır ve de işe yarar”. Türkiye’ye bu sistem dayatıldı ama bu sistem bile iyi yönetilmiyor. İyi yönetilse bu sistemle bile bugünkünden daha başarılı sonuçlar alınabilir. İyi yönetilebilmesi için de yönetenler liyakata uygun biçimde atamalarının yapılması son derece önemlidir” (CSÜS alanında 32 yıldır çalışan akademisyen).

### 5.1.3. Aile Sağlığı Merkezi Görüşmeleri

Bu kısımda Aile Sağlığı Merkezinde çalışan 6 Hekim ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Bu kısımda ayrıca 3 Aile Sağlığı Elemanı olarak çalışan hemşire ve 1 ebenin görüşleri de analiz edilmiştir. Görüşülen kişilerin bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 2’de yer almaktadır.

#### Aile Sağlığı Merkezlerinde Sunulan CSÜS Hizmetleri ve Danışmanlık

A ve B sınıfı ASM’lerde doğurganlığın düzenlenmesi (AP) hizmet sunumu için ayrı bir oda bulunmaktadır.

Sunulan CSÜS hizmetleri:

- AP yöntemlerine başlanması ve uygulamanın takibi,
- Aile planlaması hizmeti ve danışmanlığı, kondom ve hap dağıtımı (ASE).
- Gebe ve bebek izlemi (ASE),
- CYBE’lerin tedavisi (Hekim),
- RİA uygulaması,
- Depo provera, mesigyna uygulaması,
- HPV örneği alma.

Sunulamayan hizmetler:

- RİA (eskiden uygulanıyordu, şimdi uygulanmıyor)
- İstenmeyen gebeliğin sonlandırılması,
- Kürtaj yapılıp yapılmadığına dair sorular.
- Ertesi gün hapı talebi (O tür durumlarda ertesi gün hapı vermiyoruz. Kadın Doğumcuya yönlendiriyoruz. Bunları verirsek alışkanlık haline getirir.)

*“Çok bir değişiklik de görmedim aslında. Çok eskiden ben sağlık ocağında çalışırken, AP bu kadar verilmezdi. (Görüşmeci Notu: Görüşmeci nasıl verilmezdi diye sorarak konuyu açmasını istedi). Hastalar da çok fazla gelmezdi, utanırdı, AP’de bilinçlendi, hastayla aramızda burada daha sağlam bir iletişim kuruluyor, daha rahat geliyorlar, gidiyorlar, birşeyler elimizde mevcut. Yani rahatlıkla gelip hap olsun kondom olsun isteyebiliyorlar” (48 yaşında ASE hemşire).*

*“Zaman içinde evet uygulamalarda değişiklikler oldu. Aslında CSÜS özel bir konu olduğundan bizim iş alanımızın ve bize yüklenen sorumlulukların artmasıyla ona ayırabileceğimiz zaman azaldı. Yani işte iş çeşitliliğinin artması ile ve de hasta sayımız da fazla. Çoğu yerde 4000 hasta sayısı. Benim mesela 3350. Poliklinik sayısı fazla o yüzden bu konuya ayıracağımız zaman az. Yani AP hizmetlerine ayıracak zaman kalmıyor. Malzeme de gelmiyor. Çünkü bu özel bir konu. Mesela hastaya bir farklı yaklaşım şekli gerekiyor. Ayrı bir oda gerekiyor. Onun için hastayı hazırlamak gerekiyor. Uzun süre alan bir şey. Onun için geniş geniş zamanımız olması gerekiyor” (51 yaşında AH).*

*“CSÜS hizmeti olarak bir kere evlenecek çiftlere, test yaptırmaya, sağlık raporu için bize geliyor. Evlilik raporlarını biz düzenliyoruz. Evlilik için gelenlere mesela test yaparken eğer kadın geldiyse erkek de geldiyse ona da soruyorum da işte doğum kontrol yöntemi kullanma hakkında bilgisi olup olmadığını isterse bilgi veriyorum. Bazen istemiyorlar. Onlara soruyorum yani. 15-49 yaş izlemlerimiz var onları da biz yapıyoruz. Hemşirem yapıyor genelde de onları. 15-49 yaştan da bu konuda sorusu olan varsa ya da bir şikayeti olan, ya da evlenecek olan, ya da işte menstrüasyonu yeni başlayan genç kız eğer talepleri olursa anlatıyorum. Ama rutin bir bilgi verme yok. Olamıyor yani öyle bir şey. Ama bu konuda şikayeti olan mesela adet düzensizliği olan genç kız annesiyle geliyor. Bir doğum kontrol yöntemi kullanıp da bir şikayeti olan, memnun olmayan ya da işte gebelik sırasında ya da sonrasında, sonrası için kullanacağı bir AP yöntemini seçmek isteyen, bilgi almak isteyen onları bilgilendiriyorum. Bunun için hatta broşürlerimiz falan da var. Bazen hemşireme söylüyorum o da çünkü biliyor. Bazen de ben bilgilendiriyorum poliklinik odasında” (51 yaşında AH).*

“AP odası var evet bizde 2 tane bir üst katta bir de giriş katında var. Jinekolojik masa var, paravan var, masa, sandalyeler var o kadar. Bir de işte RİA takma şeyi zorunlu olduğu için onla ilgili malzemeler de var. Bir de HPV alıyoruz biz. Benim hemşirem eğitimini aldı mesela. 21 yaş üzerinden 5 yılda bir HPV örneği alıp bu hastalık yönünden tarama yapıyoruz. Yapabildiğimiz kadar tabii. Pandemi döneminde ama o da durdu. Şuan için durmuş vaziyette. Smear çalışmıyorlar sadece HPV pozitif mi, negatif mi HPV pozitif çıkarsa da tiplene ve smear yapıyorlar. Sadece pozitif çıkanlara smear yapıyorlar. Yani smear çalışmıyorlar. Biz sadece test kitiyle alıyoruz, sonra bir kuryeyle gönderiyoruz ilgili yere” (51 yaşında AH).

## AP Danışmanlık Hizmet Sunumu

“İsteyenlere danışmanlık veriliyor. Süresi bilgi almak istedikleri sorulara, konulara bağlı olarak 5-10-15 dakika, bazen de daha uzun sürebiliyor. Varsa hap, kondom veriliyor. Jinekolojik şikayetleri varsa bakılıyor. Değişen bir şey yok sayılır. Geçmişte de sağlık ocağında da hap, kondom, iğne veriliyordu. RİA takılmıyordu. Ama aslında şimdi herkes performans odaklı çalışıyor. Yani gebe izlemlerini bebek izlemlerini aksatmıyor. Çünkü herkes performans odaklı çalışıyorlar” (55 yaşında AH).

“Elde malzeme varsa veriliyor yoksa dışarıdan alıp gelmesi söyleniyor ve o malzeme konusunda eğitim veriliyor ya da uygulanıyor. Danışmanlık hizmetlerinde o anki yoğunluğuma bağlı hastaya bağlı, daha önce gelmiş mi gitmiş mi değişiyor. Eskiden başlamış ben sorguladıysam bir sonraki geldiğinde nasıl kullanacağını biliyorsun değil mi diyorum, yeni başlayacaksa daha uzun zaman ayırmaya çalışıyorum” (48 yaşında ASE hemşire).

“Hemşirelerimiz bakanlık rehberi baz alınarak ilgili konularda hedef nüfusa danışmanlık vermekte ve bazı konularda bu danışmanlık beraber verilmektedir. (Hemşirelerin cevap veremediği konular, çoklu ilaç kullanımında yapılması gerekenler vs.) ASM’lerde çok fazla sorumluluğumuz olduğu için her danışanla birebir konuşmuyoruz. Hemşire hanımın bilgi seviyesinin üstündeki konularda devreye giriyorum” (56 yaşında AH).

“CSÜS/AP danışmanlığı ve klinik hizmet hepsini veriyorum ama çok az zaman ayırabiliyorum. AÇSAP zamanından bu yana aslında pek fark yok, ben pek fazla değişiklik olduğunu düşünmüyorum. Ama aile hekimlerinin CSÜS/AP eğitiminin olması ve hizmeti sunmak için istekli olması önemli. Her aile hekimi layıkıyla bu hizmetleri sunmuyor, bilgisi az ya da isteksiz. Özellikle yeni mezunlar bu konuda ne yapacağını, nasıl yapacağını da bilmiyor. ASM’de sadece ilaç reçetesi yazılır, gelen hasta muayene edilir zannediyorlar. İsteyene hatta bazen ihtiyacı olduğunu farkettiğim kişilere AP danışmanlığı veriyorum. Ama kapıda çok hasta bekleyen varsa süresi kısa oluyor. Ben genelde randevu da veriyorum. Biz B grubu ASM’yiz, esnek mesaimiz var. Haftada bir gün saat 4’den sonraya randevu veriyorum hasta gelmek isterse. O zaman uzun danışmanlık yapıyorum” (51 yaşında AH).

*“Mesela eski benim çalıştığım zamandaki gibi eğitim vermek gibi bir yaklaşım yok. AP yöntemi alanlar var. Hap alanlar, kondom alanlar, iğne aylık 3 aylık enjektabil yaptırılanlar geliyorlar. RİA yılda 5'in üstüne çıkmaz. Hemen çok yakınımızda devlet hastanesi var, oraya da gidiyorlar RİA taktırmak için oraya gidiyorlar. Geçmişte 15-49 yaş kim gelirse gelsin talep etmese bile gebelikten korunma yöntemleri anlatılıyordu. Şimdi ayaküstü hızla bilgi verilip ne istiyorsun deniyor. Eskisi gibi değil yani. Eskiden rehberler vardı açık uzun uzadıya anlatılırdı. Şimdi zaman yok ki o nedenle anlatılmıyor” (51 yaşında AH).*

*“Danışmanlık hizmetlerini kendi odalarımızda veriyoruz. Gerektiğinde AP rehber kitabını kullanıyorum, broşür veriyorum. Kapıda hasta beklediği için hızlıca sorduklarını cevaplıyorum. Ayırdığım süre 5-10 dakikayı geçmiyor. Daha fazla zaman ayıramıyorum. Çünkü kapıda diğer hastalar bekliyor oluyor” (51 yaşında AH).*

## **CSÜS/AP Konusunda Hizmet İçi Eğitimler**

Görüşülen Aile Hekimlerinin büyük çoğunluğu RİA ve benzer eğitimleri olmasına rağmen, AP hizmet ve danışmanlığını genellikle Aile Sağlığı Elemanının verdiği saptanmıştır. Gerek AH'lerin gerekse ASE'lerin hizmet içi eğitimlerinin tamamlanması ya da tazeleme eğitimleri verilmesinin uygun olacağı görülmüştür. ASM'lerin iş yoğunluğu göz önüne alınarak, oradaki işleri aksatmadan en fazla 1/2 günlük eğitimlere devam edebileceklerini ifade etmişlerdir.

*“Eskiden sağlık ocağı döneminde daha çok eğitim vardı bizim için, şimdi öyle eğitim imkanları olmuyor. Hizmetiçi eğitim almak isterim, biz çalışan personeliz, sabit kalmak zorundayız, ama AP olabilir, üreme sağlığı olabilir ordaki görevimizi aksatmayacak şekilde kısa eğitimleri almak isteriz. Bizim de hoşumuza gider, eskilerin üzerinden geçilmiş oluyor, yeni birşey varsa öğreniriz” (48 yaşında ASE hemşire).*

*“Aile hekimi başına düşen kişi sayısı çok fazla ve tedavi hizmetleri, raporlar (askerlik, ehliyet ve aklınıza gelebilecek her konuda raporlar) zamanımızın büyük bir kısmını almakta, koruyucu hizmetlere daha fazla zaman ayırmak isterdim. Aldığımız hizmet içi eğitimlerin güncellenerek tekrarlanması iyi olabilir” (52 yaşında AH).*

“RİA sertifikam var. Toplamda 4 hekimin de RİA sertifikası var 2 hekimde yok. Ancak aile sağlığı elemanlarının sertifikası yok. Üreme sağlığı modül eğitimlerine katılmadım. Ama bakanlık modüller verdi. Başka konularda eğitim alma konusunu hiç düşünmedim. Ne zaman RİA sertifikası eğitimi aldığımı tam hatırlamıyorum. Ama galiba 2010’da Aile hekimliği başladığında almıştım belki faydası olur diye ama zaman olmadığı için uygulamıyorum. Uzun zamandır takmayınca da beceri azalıyor. Cesaret de edemem şimdi. Aslında yenileme eğitimleri yapılırsa iyi olur” (55 yaşında AH).

“Ben bütün CSÜS/AP, güvenli annelik, gebe izlemi, bebek izlemi, aşılama, kontraseptifler hakkında aile hekimlerine verilen modül eğitimlerini aldım, hatta eğitimci olarak da eğitimler verdim. Benim zaten hep AÇSAP’ta çalıştığımdan, hatta bir ara sağlık müdürlüğünde AÇSAP şubesinde çalıştım bu hizmetiçi eğitimlerim vardı. RİA sertifikam var 1994’de mecburi hizmette AÇSAP’ta çalışırken aldım. Ben hep bu hizmeti verdim. Burada da yani ASM’de de veriyorum. Diğer 3 aile hekimi de RİA setifikalı. Onlar da talep olunca takıyor. Sertifikası olmayan aile hekiminin RİA isteyen hastalarına da birçok kez ben RİA taktım. RİA çıkarma da yapılıyor. Ben CSÜS konusunda her türlü eğitimi aldım ama hemşirelerin CSÜS eğitimi almasını isterim. RİA sertifikası eğitimi, ÜS modül eğitimi almasını isterim. 2010’da aile hekimliğine geçişte hekimlere, aile sağlığı çalışanı hemşirelere modül eğitim verilmişti. Ama şimdi verilmiyor. Eğitim olanlar gidince yeniler eğitimsiz oluyor” (51 yaşında AH).

“Bakanlığa gidip CSÜS eğitimleri vermişlerdi. Hatta bir hafta üreme sağlığı, güvenli annelik, aile planlaması modülleri de vardı. Ben AÇSAP şube müdürü olduğum için eğitimlerin hepsini aldım. Hatta dönünce de ilimizde aile hekimlerine ve aile sağlığı çalışanlarına bu eğitimleri ben de verdim. RİA sertifikamı daha önceden almıştım. Sanırım 1995’de almıştım AÇSAP’a geçince. 3 aile hekimi, en az da 3 hemşire hanımın RİA sertifikası var. Ama hiç kimsenin RİA takmak için hevesimiz yok. MR sertifikası olan yok. Ben mesela aradan bayağı bir zaman geçti tüm eğitimlerin hepsini tekrardan almak isterim. Eğitime çağıracakları zaman aaa sizin eğitiminiz varmış siz gelmeyin dediler. Herkes bir kere alsın diye uğraşıyoruz dediler. Ama tekrar gelin bilginizi güncelleyelim diyebilirdi. Demediler hiç” (51 yaşında AH).

“2005 yılında RİA sertifikası eğitimi aldım. Sanırım bizim ASM’de tüm doktorların RİA sertifikası var. Benim hemşiremin yok. Diğer aile sağlığı çalışanların bir ya da ikisinin var sanırım. Doktorların hiç biri RİA uygulamıyor. Ben de uygulamıyorum. Çünkü daha önce de dediğim gibi buna epey bir zaman ayırmak gerekiyor. Hem hastayı hazırlama ve de sonrasında geçireceğimiz zaman için bir süreç gerekiyor. Hatta o hastayı dinlendirebileceğimiz bir yer de yok zaten. Yani sen şurada biraz dinlen yat şeklinde. Onun için mümkün olmuyor. Aslında daha önce deneyimli eğitimli bir hemşiremiz vardı, belki 2-3 yıl öncesine kadar o RİA takma ve çıkarma yapıyordu. Hani çok isteyen olursa. Ama şehir merkezinde olduğumuz için hastaların da bu konuda çekinceleri var. Başvuran da zaten az oluyor onu da söyleyim. Yani bu ihtiyaçla gelen sayısı çok az. Onun dışında da öyle bir uygulama yapmıyoruz. Maalesef yapamıyoruz yani” (51 yaşında AH).

## Türkiye'deki CSÜS Hizmetlerindeki Sorun Alanları

*“Herkesin iş yoğunluğu çok çok fazla herkesin bu konulara fazla zaman ayıramıyor. Ona ayırsa da kafa olarak da çok rahat değil, sağlıklı mutlu değil çalışan, eskiden daha bir şevkle yapıyorduk. İnsanlar da talep etmeyince kısır döngü şeklinde ayak üstü anlatılmaya döndü. Hekimin iş yükü fazla, aşilar, girdisi çıktısı, aylık çalışmalar yapıyorsun, hastalardan da geri dönüşler hiç hoş değil ya, bir de hastalar google'dan okumuş araştırmış olarak geliyor sana senden iyi biliyormuş gibi cevap veriyorlar o zaman motivasyonun da kalmıyor. Lanet olsun diyorsun” (51 yaşında AH).*

• Eğitimsizlik: *“Vatandaş sorunları sakladığı için, hekime bile danışmadığı için, cehalet, bilgisizlik var” (56 yaşında AH).*

• Muhafazakar toplum: *“Çok muhafazakar bir toplum olduğu için kendilerinin istekleri doğrultusunda onlara yaklaşabiliyoruz. Gelip de evliliklerinden daha farklı problemlere kadar, vajinal problemleri, idrar yolu problemleri onlar kendileri açıklıkları doğrultuda biz onlara yardımcı olabiliyoruz” (56 yaşında AH).*

*“Müslüman inancın yüksek olduğu toplumda cinsel ve üreme sağlığı sorun alanı. Üç çocuğu olmasına rağmen kürtaja gitmiyor, dini inançlar, kocası ve kocasının aile baskısı nedeniyle istemediği halde 4. Çocuğu doğuruyor” (56 yaşında AH).*

• Cinsel sağlık sorunları ciddiye alınmıyor: *“Üreme sağlığı için çok rahat geliyorlar, cinsel sağlık için gelmezler. Sertleşme sorunları, vajinismus, isteksizlik var. Sorun var ama bize gelmiyorlar. Erkeklerde şüpheli ilişki gibi gelebiliyor” (56 yaşında AH).*

• Toplum baskısı, utanma, çekinme: *“Toplumumuzda herkez aynı zihniyette değil. Bunu kültürel olarak algılayabilirsiniz, bir bekar bayan evlenecek gelip de benden hap istemeye çekinerek geliyor. (Görüşmecisi Notu: Bekarlar geliyormu? Diye sorarak açıklamasını istedi) Hayır, evlenecek korunmak istiyor, çocuğu olsun istemiyor, toplumda çok fazla yanlış bilgi var, bilgi kirliliği var. Birine uygulanan tedavinin aynı olduğunu düşünüyorlar. Özellikle gençler benim çalıştığım bölgede biraz daha çekiniyorlar. Özellikle dediğim gibi doğum yapmamış, AP hizmeti almamış, korkuyor, utaniyor, etrafına söyleyemiyor, veya evli etrafından çekiniyor, eşine söylemeden kullanıyor, belki annesinin, kayın validesinin kızmasından çekiniyor, kullanırsan çocuğun hiç olmaz vs. bunlar olabiliyor. Cinsel Sağlık konusunda kişilerin bunu özeli olarak görüp biz sormadıkça danışma talebinde bulunmaması” (48 yaşında ASE hemşire).*

• Lojistik sıkıntısı: *“Zaman içinde AP malzemeleri gelmiyor, ihaleler geçikiyor. Aralıklarla malzeme sıkıntısı olması ve eczanelerde veremediğimiz AP malzemelerinin pahalı olması” (48 yaşında ASE hemşire).*

“Son yıllarda bakanlığın AP hizmetlerini desteklememesi, malzeme temininin, dağıtımının yapılmıyor olması, yani düzenli yapılmıyor, RİA uygulamada bilgi tazeleme eğitimleri epeydir verilmiyor. Bence bunlar başlıca sorunlar. Yani Ankara’da bu böyle, galiba her yerde böyle” (51 yaşında AH).

“Ulaşım açısından Türkiye’de CSÜS hizmetlerinde sorun var görünüyor. Bizimle ilgili sorunlar kişilerin yeterince kaliteli hizmet alamaması ve bazı isteklerinin karşılanamaması. Mesela bizden beklenen kısmını bence tam yapamıyoruz. Mesela RİA takamamamız bir sorun. Mesela kondom yoksa hastaya yok diyoruz. Aylardır doğum kontrol hapı yok, yine yok. Malzeme son iki yıldır azaldı diyebilirim. Düzensiz ve az geliyor. Bunlar sorun. Malzemeler eksik, kişilerin malzemeye ulaşımı bu yönden zor. İstedğinde bilgi almak kısıtlı. Çünkü doktor meşgul, hemşire meşgul ya da yok hasta, ya da izinli yerine öteki bakıyor gibi, bu tür sorunlar var” (51 yaşında AH).

## Kişilerin CSÜS Bilgisine Erişimindeki Sorunlar

“CSÜS bilgisine internetten ulaşıyorlar. Bir de şu var bizim bağlı olduğumuz TSM’ler var ya, çok böyle daraltacak şekilde sorulara çok yardımcı olamıyorsak oralara gönderiyoruz. Onlar çok fazla işleri olmadığı için oturdukları için. Ayrıca, KETEM’e yolluyorum. İşte atıyorum üreme sağlığı polikliniklerine gönderiyorum. TSM’nin üreme sağlığı merkezi var orada onlar eğitim versinler diye. Hem de başımızdan savmak için. Hiç olmazsa gitsin orada ne yaparsa yapsın diye. Çok ayıp ama öyle vallahi. Çünkü günde 60-70 hasta bakıyorum. Sabah poliklinik odama giriyorum akşama kadar çıkamıyorum. Reçete isteyenler, sürücü belgesi için rapor isteyenler” (51 yaşında AH).

## Kişilerin Klinik Hizmete Erişimindeki Sorunları

Üreme sağlığı için rahatlıkla hizmet almaya gelenlerin, cinsel sağlık için gelmedikleri saptanmıştır. Kişisel faktörler (utanma vs.) dışında, bu hizmetlere erişimde herhangi bir sorun yoktur.

“Özellikle ikinci, üçüncü basamak CSÜS/AP danışmanlık hizmeti sunan hastane kalmadı. Kişiler bu hizmetlere ulaşamaz oldu. Aile hekimi olarak bizler de nereye yönlendireceğimizi bilemiyoruz. Eskiden AÇSAP’lardan bu hizmet verilirken sağlık ocakları oraya bize yönlendiriyorlardı. AÇSAP’ta çalışanlar hepsi RİA sertifika eğitimliydi, doktorlar, hemşireler, temel işleri buydu, kontraseptif danışmanlığı verme, RİA takip çıkarma. Ama şimdi AÇSAP kalmadı, kapatıldı, kalanlar da eğitim merkezi oldu ama eğitimler de verilmiyor. Bizim bir tane AP odamız var o nedenle bazen malzemeler bitmiş oluyor. Batikon bitmiş oluyor. Bitiren yerine koymuyor. Malzemeleri biz kendimiz satın almak zorundayız. Etüv çalışmıyor ya da aletler steril olmayabiliyor. RİA uygulamayan hekimler ona para harcanmasını istemiyor.

AÇSAP'ta sadece bu işler yapıldığından hemen temin edilirdi. Etüv bozulduğunda hemen müdürlük tamir ettirirdi. Biten malzemeyi istek yapınca müdürlük hemen gönderirdi. Ya da biz gidip müdürlükten alırdık. Bazen de aynı anda diğer aile hekimi de RİA takıyor oluyor, hasta odanın boşalmasını beklemek istemiyor. Gidiyor. Sonra gelmiyor. Çünkü ben anlattığımda istekli olup sonra vaz geçebiliyor” (51 yaşında AH).

“Sorun yok, bize AP olarak rahat ulaşıyorlar. Bazen çekiniyorlar, mantarı oluyor gelip benim kulağıma fısıldıyor. Doktor beye görünmek istemez, kadın doktor var mı diye sorarlar. AP olarak bana rahat ulaşıyorlar ama diğer yönden muayene yönünden öyle olmuyor. Sırf bu yüzden Hekim değiştiren hastalarımız oldu. Ufacık birşeyi bile erkek Hekimin önünde söylemeye çekiniyorlar. Beni dışarıya çağırıyor, bana söylüyorlar ben doktor beye gidip anlatıyorum. Doktor bey iki soru sorunca bazen açılıyor anlatıyor, kendini daha rahat ifade ediyor” (48 yaşında ASE hemşire).

## Hizmete Erişimi Engelleyen En Önemli Faktörler

**Cehalet:** “Yıllardır hastalarımız aynı, bizi tanıyorlar doktor beyden çekiniyorlar, altını çizerek söylüyorum muhafazakar bir bölgede olduğu için yeri geliyor ben odamda masamda olmuyorum kadın beni aşı odasında gözüme bakarak bile AP istediğini ifade ediyor. Buna da yılların verdiği bir güven diyebiliriz” (48 yaşında ASE hemşire).

## Daha Nitelikli ve Yeterli CSÜS/AP Hizmet Sunumu için Öneriler

• **Hizmet sunumunun planlanması:** “Aile hekimine bağlı mevcut nüfusun azalması gerekiyor 3000-4000 arası hastası olan aile hekimleri var hasta sayısı azalırsa diğer hizmetlere zaman ayırabiliriz. Biz koruyucu hekimlik yapmak istiyoruz ama zamanımız yetmiyor. Aslında CSÜS danışmanlık hizmetlerini toplum sağlık merkezleri sunmalılar. İnsanlara eğitim verilse polikliniğe gelen azalır” (55 yaşında AH).

“Yani fiziki şartlar iyileştirilmeli. Poliklinik sayısına sınırlama getirilmeli. CSÜS/AP danışmanlık hizmetleri randevuyla yapılmalı. Böylece rahat rahat biz de koruyucu hizmet, danışmanlık verebiliriz. Ben de istiyorum bir kadını, bir kız çocuğunu bilgilendireyim. Kendi kendine meme muayenesini öğreteyim. Ayrıntılı olarak kullanacağı AP yöntemini seçmesi için yardımcı olayım. CYBH hakkında bilgi vereyim evlenecek çiftlere ayrıntılı. Bunları yapmayı ben de istiyorum ama şuandaki koşullarda zaman yok bunun için maalesef” (51 yaşında AH).



• Lojistiğin zamanında ve çeşitliliği kapsayarak sağlanması: “Vatandaşı alıştırsan, malzeme desteğini sağlarsan gelir. Parayla almıyorlar. İhalelerin zamanında yapılması lazım, lojistikte sıkıntı oldu, kondom yeni geldi. Birinci basamakta AP hizmetleri iyi oturmuş vaziyette, malzeme temini önemli. Verilen malzemeleri sürekli devamlılığının sağlanması. Malzeme çeşitliliğinin sağlanması (Mini haplar bir dönem gönderildi daha sonra gönderilmedi)” (48 yaşında ASE hemşire).

“Nitelikli, verimli AP hizmetleri verebilmesi için aile hekimlerinin bağlı olduğu bir AÇSAP, Kadın Hastalıkları, Doğum Hastanesi olmalı hastasını gönderebileceği ve geri bildirim alabileceği. Bağlı olduğu psikolog, psikiyatrist olmalı. Galiba birçok Avrupa ülkesinde bu böyle, bizde de olmalı. Ya da koruyucu hizmetleri verebilecek merkezler olmalı, AÇSAP gibi. Sağlıklı hayat merkezleri var ama onlar da yeterli eğitim yok, hizmet sunmuyorlar çoğu, yani bu konularda. Benim hemşirem ve ben aynı odadayız. Ayrı odası olsa aslında ben hasta muayene ederken o da başka bir hastaya danışmanlık verebilir. AP odasına gidip gelmek olmuyor bana danışacağı olunca ben müsait olmayabiliyorum. AÇSAP’ta RİA takma odası, danışmanlık odası ayrıydı” (51 yaşında AH).

• Hem hizmet içi eğitimler hem de halkın eğitimi: “Herhalde eskisi kadar şey de yapmıyorlar, bütün hemşireleri, sağlık çalışanlarını doktoru, sıra sıra eğitime alıyorlardı. Biz de alıyorduk. AÇSAP’tayken yani şubedeyken ben eğitime alıyordum. Sürekli onu gündemde tutuyorduk. Şimdi böyle bir şey yok. Bir kere CSÜS eğitime alındı ya da alınmadı kim bilir kaç yıl önce almıştır hemşire hanımda hani onun devamı yok. Biz giderdik sorardık ne yaptınız, ne kadar kişiye eğitim verdiniz, hep konuşulurdu. Böyle bir geri dönüşüm falan kimsede yok. Diyorum ya herkes işin kolayına kaçtı. Mesela çoğu doktor üreme sağlığı eğitimine git sen kardeşim diyor. Orada anlatıyorlar zaten diyor. Müdürlük de eskisi kadar şey yapmıyorlar hiç sorgulamıyorlar bizi de. Ya boş verdiler üreme artsın diye mi istiyorlar anlamadım. Hani eskisi kadar bir ciddiyet yok bu konuda. Gene bizi motive etsinler. Bu işin önemini, ciddiyetini tekrar tekrar anlatsınlar eskisi gibi. Gelsinler odalara baksınlar, biz bakardık eskiden, ne kadar hapınız var, nerde ne anlatıyorsunuz, hangi broşürleriniz var, hangi kitaplarınız var diye sorardık. Şimdi ASM’de 3 yıldır hiç soran olmadı. Diyorum ya biz de onun kolayına kaçıp üreme sağlığı polikliniği var orada TSM’de insanlar orda boş otururken ben niye yapayım. Gidin orda size ayrıntılı bilgi versinler, anlatsınlar oradan da KETEM’e giderseniz, bir kontrolünüzü olursunuz diyoruz. Gidip gitmediklerini bile sorgulamıyoruz. Çok nadir kişi kendisi gelip anlattığı oluyor. Ama onu istiyorsa öğrenmek zaten gidiliyor. Merkezi bir yerde çünkü o yer. Çok kolay gidilip ulaşılabilecek bir yerde. Ben de bu ile ilk geldiğimde orada TSM’de çalışırken hevesli kişilerdi. Şimdi onlar tayin oldu ayrıldı ama yine de zevkle yapıyorlardı diye düşünüyorum. Ama onu biz periferde göremiyoruz. Bir de bizim gibi hastayla boğuşmuyorlardır” (51 yaşında AH).

“Önce çalışanların bir motivasyonunun olması lazım. Mesela az önce hemşire hanım bana bir kağıt uzattı nüfusum çok fazla yetişemiyorum deyim diye. Yani diyorum ya aldığın para çok şey yok gördüğün saygı eskisi gibi değil. Diyorum ya eskiden bakanlıktan AÇSAP’tan bir gelirlerdi, bize saygı gösterirlerdi bizi bir motive ederlerdi. Onlar gidince şahlanırdık, onu da yapalım, bunu da yapalım diye gayret ederdik. Şimdi bize saygı da duymuyorlar” (51 yaşında AH).

“Size bunları anlatırken çok üzüldüm. Öncesinde bunun farkında değildim. Ama şimdi neden yapmıyorum ki eskisi gibi yapmam lazım ben bundan sonra yapacağım dedim. Ben mesela seninle konuştuğça bende farkındalık yarattın. Bunun aynısı diğer hekimlerle yapılabilir. Aralarında benim gibi hissedenler olabilir. Belki gençler neler yapabilecekleri konusunda motive edilmelidir. Bu il gerçekten çok farklı burada insanlar istedikleri hizmeti gidip buluyorlar ve hizmeti alıyorlar. Ama daha önce çalıştığım ilde böyle değildi. Ne kadar öğretilirse öğretilsin bu gönüllükle yapılan bir şey. İstemeyene zorla yaptırılamaz. Mesela bu konuşma beni heveslendirdi bir şeyler yapmaya eskisi gibi” (51 yaşında AH).

“Eğitim, bireysel olarak bir şey yapamayız, sosyoekonomik düzeyleri önemli. Özellikle çekindikleri için bunun normal bir şey olduğu için bunlara verilen eğitimle yaklaşımla çözülebilir. Bence eğitim en önemlisi. Bu konularda eğitimi sadece biz veriyoruz, kamu bu konuda bilgilendirici yayınlar yapabilir. Bilgilerin güncellenmesi, bu bilgilerin uygulamalı olarak verilmesi (kurslar uygulamalı olarak veriliyor ama ilk kurstan sonra güncellemeler her zaman yapılmayabiliyor) öne çıkan konulardır” (42 yaşında ASE).

“Her şeyden önce taleplerini karşılayabilmek gerekir gelen kadının. Onun ötesinde şuanda aklıma bir şey gelmiyor. Bir kere aile hekimliklerinde mutlaka kontraseptif yöntemlerin ulaşılabilir olması lazım. Yani, çünkü en kolay gittiği yer aile hekimlikleri. Onun dışında mecbur kalıyorlar, mesela haplarını falan eczanelerden alıyorlar. O da ekonomik olarak mali olarak büyük bir külfet onlar için. Çünkü çoğu tek maaşla asgari ücretle çalışan insanlar. En büyük sıkıntıları o oluyor. Bizim kurumumuzda kontraseptifler ücretsiz veriliyor. STK'ları en azından yöntemlere ulaşmakta mesela bize destek olabilirler. Yani burası mesela hazır açılmış bir merkez, atıyorum mesela kondomu bana ücretsiz STK temin etse ya da hapları ya da iğneleri çok rahatlıkla o zaman dağıtabilirim” (57 yaşında hemşire).

## **CSÜS/AP Hizmetlerinin Sunumunda Görev Alacak Sağlık Çalışanları**

“Aile sağlığı elemanı vermeli, gereğinde doktora danışmalı” (52 yaşında AH).

“Aile sağlığı elemanı vermeli, gereğinde doktora danışmalı. Bazen benim ikna edemediğim durumlarda, benim söylememdense hekimin söylemesi daha etkili oluyor “ (42 yaşında ASE).

“Kadın Doğum Uzmanı, Aile Hekimi ve gerekli kursları almış ebe, hemşire ana görev. Diğer sağlık personeli yönlendirme görevi alabilir. AP hizmetleri kişiye göre uygulanan bireysel hizmetlerdir, her yöntem her kişiye uygulanamaz bu konuda bilgi sahibi kişiler tarafından danışma ve uygulama verilmeli. Her sağlık personeli de bu yöntemlerin nerede uygulandığı konusunda bilgi sahibi olmalı ve ilgililere yönlendirmeli” (56 yaşında AH).

“Eğitilmiş hemşirelerin CSÜS danışmanlık bilgilendirme hizmeti vermeleri daha uygundur. Eğitilmiş olursa nokta atışıyla vermesi gereken bilgiyi daha iyi belirler” (55 yaşında AH).

“AP hizmet sunumunda temel olarak doktor görev almalıdır. İkinci planda hemşire tabii ki. Doktor sorusu varsa cevapladıktan sonra arkasından hemşire devam edebilir. Ama doktor hiç zaman ayıramıyorsa hemşire birinci planda rol alabilir” (51 yaşında AH).

“Öncelikle hekim AP hizmeti sunmalı. Ama aile sağlığı çalışanı da sertifikalı olmalı. Hekimin hastası çok olduğunda o da RİA uygulayabilmeli, danışmanlık vermeli bence. Psikolog da danışmanlık verebilmeli, hatta cinsel sağlık, cinsel şiddet konularında vermeli. Aslında sağlıklı hayat merkezinde bunların hepsi var, ama ne yaptıkları belli değil. Belki bu konuda özel eğitimi yok” (51 yaşında AH).

“Eski sağlık ocağı stilinde olmadığı için aile sağlığı elemanının yani hemşirenin vermesi lazım. Çünkü onlar nüfusu daha iyi tanıyor. Biz hekimler poliklinikten kafamızı kaldıramıyoruz. Keşke biz hekimlerin zamanı olsa da verebilsek. Ama fırsat yok” (51 yaşında AH).

## **ASM’lerde Verilen Hizmetlere Yönelik Bilgi, İletişim, Eğitim Materyalleri**

- Gebelik, emzirme teknikleri vb.
- Sipiralli bir masa takvimi (Görüşmecisi Notu: SB AP Danışmanlık Rehberi olduğu tahmin edildi, soruldu ve onaylandı). Onunla danışmanlık anlatıyoruz. Emzirme, talasemi, bebek emzirmesi var. Pandemi dolayısıyla gelmiyor.)
- Rahim içi araç uygulanmasını gösteren maket,
- Afişler,
- Kişisel broşürler.

“Aile planlaması ile ilgili BEİ materyallerimiz var. Yenilenmiş olan bir kitapçık var AP odasında duruyor. Kondom nasıl takılır, bebek nasıl emzilir bu konularda malzemeleri biz kendimiz üretiyoruz. Çorabın içine pamuk koyup meme şeklinde yapıp emzirme nasıl yapılmalı gösteriyoruz. Broşürler ilçe sağlığı müdürlüğünden geliyor. Biz gidip alıyoruz onların elinde çok oluyor bitsin diye bize veriyorlar. Hatta şuanda elimizde hiç yok galiba. Ama duvarda asılı afişler var” (55 yaşında AH).

“AP odasında materyallerimiz var. Güvenli annelik, gebelikten korunma yöntemleri broşürleri, genel ve ayrı ayrı kondom, hap, RİA, iğneler, kendi kendine meme muayenesi broşürlerimiz var. Benim odamda da var AÇSAP’tan getirdiğim AP danışmanlık rehber atlasım var onu çok sık kullanırım. Broşürlerim var. Kendimin hazırladığım kadına yönelik cinsel şiddet, çocuğa yönelik şiddet broşürlerim var. Ben bu konularda eğitim aldığım için, eğitici olduğum için, kendim hazırlıyorum. Ama herkes böyle değil” (51 yaşında AH).

*“Eskiden sağlık ocaklarına bir afiş gelirdi ona herkes gözü gibi bakardı. Çünkü müdürlükten, bakanlıktan gelenler sorarlardı, neredede onlar diye. Şimdi öyle bir şey yok. Benim kendimin getirdiğim AP rehberi, atlas var, eğitime gittiğimde verdikleri şu 4-5 ciltlik üreme sağlığı eğitim rehberi modül kitaplar var. Diğer hekimlerin var mı bilmiyorum. Benim odada dolapta duruyorlar. Gerektiğinde bakıyoruz. Ama hemşire hanım danışmanlıkta kullanmıyor. Onun sebebi tekrar tekrar öğretilmediğinden zaman geçince unutuluyor. Ayrıca vakit olmadığından. Sadece kişinin sorduklarına cevap verme tarzında oluyor yetersiz tabii ki. Broşürlerimiz yok. Müdürlükten de son 3 yıldır geldiğine hiç rastlamadım” (51 yaşında AH).*

*“Erkek ve kadın üreme organlarını şematik olarak gösteren, nasıl çalıştığını anlatan, AP yöntemlerini sayfa sayfa şema olarak çizimli, nasıl kullanılacağını anlatan bayağı güzel bir rehber kitap var, oradan sayfaları çevirerek anlatmak mümkün oluyor. Bunu kullanarak eskiden daha çok yapıyordum ama şimdi işte hasta sayısında bir artış var pandemi dönemi zaten iyice bloke olmuş durumdayız. Onları kullanıyorum” (51 yaşında AH).*

## **ASM’lerde Kontraseptif Yöntemler ve Malzemeler**

ASM’lerde kondom, hap dağıtımı yapılmaktadır. Kontraseptif malzeme müdürlükten istenmektedir. Ancak temininde zaman zaman gecikme olmaktadır. Pandemi sürecinde lojistik gecikmeler yaşanmıştır.

*“Tüm malzemeler var. Hap, kondom, aylık, 3 aylık iğne, RiA. Biz aylık malzeme kullanım formu dolduruyoruz bir ay önceki harcadığımız malzeme kadar bize düzenli olarak müdürlükten gönderiliyor. Bazen istediğimizden az geliyor bazen fazla geliyor” (51 yaşında AH).*

*“Pandemi sürecini katmıyorum uzun süredir malzeme yok. Hap, iğne, kondom veriyoruz. Değiştii AP malzemeleri gelmiyor, ihaleler gecikiyor. Kondom şu anda var, hap var. Uzun süredir yoktu. Kontraseptif malzeme müdürlükten isteniyor, zaman zaman gecikme oldu. (Görüşmecii Notu: Kondom yeni geldi deyince kaç tane geldiğii soruldu. 200 tane vermişler, yetiyor mu diye soruldu, yeter cevabı alındı) (Görüşmecii Notu: pandemi öncesinde kaç tane hap geldiğii soruldu. Bana 20 tane yetiyor, 10 tane falan kullanıyordum) Şu an uzun süredir hap yok. İğnede uzun süredir yok. RiA da pandemiden dolayı uygulanmıyor” (42 yaşında ASE).*

*“Hastalar kondom olmadığını bildiğii için talep etmiyor şu anda (Görüşmecii Notu: pandemi yüzünden). Kondom, oral kontraseptif, 3 aylık ve aylık iğne, RiA. Aylık formula ihtiyaç listesi müdürlüğe bildiriliyor. Son yıllarda lojistikle ilgili sorun yaşamaya başladık. Pandemi sonrasında özellikle karşımıza geliyor” (48 yaşında ASE).*

“Kontraseptiflerimiz var. Hap dağıtımı, kondom dağıtımı yapıyoruz. Önceden tek doz olan enjektabil gyno provera geliyordu, yapıyorduk şimdi yapamıyoruz, kullanan hastalarımız da var. Malzeme olarak RİA seti falan var ama RİA takmıyoruz. Uygulayıcı isterse RİA takar. Ama sürekli poliklinik yapıyorum zaman ayırmak gerekiyor ben ayıramıyorum RİA isteyen hastaneye gönderiyorum. Ben erkek olduğum için de benim takmamı talep etmiyorlar. Bizde kadın doktor da yok. Önceden bir aile sağlığı elemanın sertifikası vardı ama gitti. O olduğunda da RİA uygulanmıyordu ama RİA çıkardı. Zaman yok tedavi edici hizmet yoğun. RİA takmak için randevulu çalışmak lazım. Ayrıca hiçbir zaman kendiliğinden malzeme getirmediler. Aslında bir düzen içinde getirmeliler. Her ay bizden ihtiyacımızı soruyorlar. Biz ihtiyacımız saptayıp aylık olarak malzemeyi talep ediyoruz. Bahtımıza ne çıkarsa o geliyor, istediklerimizin hepsini vermiyorlar. Hap kullananlar eğer elimizde hap yoksa başka bir yere yönlendirmiyoruz hastalar kendileri eczaneden parasını verip alıyor” (55 yaşında AH).

“Hap, kondom, her aya ilçe sağlık müdürlüğünden istek yapıyorum. Biz kendimiz gidip getiriyoruz. Bazı illerde müdürlük dağıtımı yapıyormuş ama Ankara’da öyle değil. Hatta bazı illerde bütün kontraseptifler varmış. İl sağlık müdürlüğü ASM’lerin ihtiyaç talepleri doğrultusunda gönderiyormuş. Eskişehir mesela. Bize istediğimizden daha az sayıda gönderiliyor. Son 2 senedir kontraseptiflerin temini düzensizleşti. Mesela RİA kalmadı elimizde müdürlük de vermiyor. İğne, aylık, 3 aylık temin edilemiyor. Hap kondom veriyoruz ama bunlar da azaldı. Bir zamanlar aylık iğne Mesygina düzenli veriliyordu ama şimdi yok. Depo Provera uzun yıllardır yok. AÇSAP’tayken aylık iğne yoktu. Hatta depo provera hiç gelmedi. RİA alamayanı nereye göndereceğimi bilemiyorum. Hastanelerde de yapılmıyor. RİA yok diyorlarmış” (51 yaşında AH). “Düşünürsek kola yerleştirilen implant hariç kontraseptif yöntemlerin hepsi var. Yani hap var, hap geliyor düzenli olarak. Kondom bazen aksayarak geliyor. Mesygina aylık iğneler bir ara düzenli geliyordu, son zamanlarda hiç gelmiyor. Depo Provera ise hiç gelmiyor. Her ayın sonunda bir AP istek şeyi formu gönderiliyor. Ona istinaden önceki ayda kullandığımızı göre ilçe sağlık müdürlüğü malzemeleriniz geldi diyor, bizden yardımcı hemşirelerden birisi kendi arabasıyla gidiyor, alıp getiriyor. Yani bize dağıtım falan yok. Kendi çabalarımızla gidip alıp getiriyoruz. Bu tabii büyük zorluk oluşturuyor. Hem malzemenin yetersiz gelmesi açısından hem ulaşım zorluğu açısından. Yani bizim eskiden vardı. Hani şoför oluyordu, işte araç oluyordu, gidip alıp getiriyorduk. Ama şimdi bu işler de bize bakıyor” (51 yaşında AH).

“Şuan benim elimde de kondom kalmadı, kimseye veremiyorum, dağıtamıyorum. Hap sayılı kaldı. Dağıtamıyorum şuanda elimde tek kalan RİA. Onu uyguluyorum. Mesygina mesela yok. Yani bakanlık malzeme almadığı için. Nerdeyse bir yıldır yok” (57 yaşında hemşire).

## İsteğe Bağlı Düşük Talebi

*“Bize isteyerek düşük talebi hiç olmadı”(55 yaşında AH).*

*“İsteyerek düşük yaptırma talebiyle nerdeyse hiç başvuran olmadı. Başvuran kadın olsa doğum kliniklerine yönlendiririm. Ama bu bebeği istemiyorum aldırma istiyorum diye bana gelen olmadı. Onlar hastaneye başvuruyor daha çok. Şöyle başvuran oluyor eyvah acaba hamile miyim acaba diye. Menopozda olanlar böyle geliyor ama hep negatif çıktı” (51 yaşında AH).*

*“İsteğe bağlı düşük talebiyle gelen oluyor. Biz burada yapamıyoruz tabii ki ben onları Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Hastanesine ya da GATA'ya yönlendiriyorum. Genelde kürtaj olmuş oluyorlar. Bir kişiyi vazgeçirmişler o da doğurdu. İyi ki doğurdum diyordu. Hiç istemiyor olabilirdi o zaman ne yapacaktı” (51 yaşında AH).*

## Türkiye’de CSÜS Hizmetlerinde Hak Temelli Yaklaşımı Artırmak için Öneriler

Yasal prosedürler düzenlenmelidir. Kadınlar kocanın izni olmadan, evli olmadan kürtaj olamıyorlar ve sonuçta merdiven altı kürtajlar artıyor, kadın hayatını kaybediyor.

*“CSÜS hizmetlerinin sunumunun hak temelli yapılmadığını düşünüyorum ama hekimlerin tutumuna da bağlı bu durum. Hekim CSÜS/AP konusunda eğitilmiş ise elinden geldiği kadar bu hizmeti sunuyor. Ben öyle yapıyorum. Çünkü ne yapacağımı, nasıl yapacağımı biliyorum. Ben daha önceden hep AÇSAP'ta çalıştığımından aynı şekilde hizmeti vermeye gayret ediyorum. Ama sadece acilde çalışmış bir aile hekimi bilmiyor, hizmeti de sunmuyor. Onun nüfusu bu hizmete ulaşmıyor yani. Ancak acilde çalışmış aile hekimi de hipertansiyon, diyabet tedavisini benden daha iyi yapıyor. Bu konuda ben ilk başta zorlandım” ( 51 yaşında AH).*

*“Bizim ilimiz diğer illere benzemiyor. Türkiye’de diğer illerdeki durumu bilemem ama burada CSÜS hizmetlerine herkes ulaşabiliyor. İstenmeyen gebeliğini sonlandırabiliyor. Bu konularda hiçbir sorun yok. O nedenle bizim ilimizde hak temelli yaklaşım olduğuna inanıyorum. Kontraseptif isterse verebiliyoruz. Hiçbir sıkıntı yok” (51 yaşında AH).*

*“AP eğitiminin ve hizmetlerinin herkese eşit şekilde her zaman verilemediğini düşünürsek çünkü aksayan yönleri var daha önce bahsettiğim durumlar gibi, yani aslında hak temelli bir yaklaşım şuan için olmadığını söyleyebilirim. Hizmete kolayca ulaşabilmeleri için sosyoekonomik durumu iyi olmayanlara yönelik bir şeyler yapılmalı aslında ama başlangıçta zihniyetin değiştirilmesi gerekir. Bunların ihtiyacı olmasına rağmen AP yöntemi kullanmaya yanaşmıyorlar bile. Bunlara nasıl yaklaşmak lazım. Bu AP yöntemlerini onlara benimsetmek için ayrı ekipler mi oluşturulmalı.*

Özellikle Anadolu'da özellikle ikinci, üçüncü basamağa gidemeyenler için mobil AP hizmetleri CSÜS hizmetleri sunulabilir. Ama bu politik istek gerektirir. O da son zamanlarda yok" (51 yaşında AH).

"Hak temelli yaklaşım yok. Bir kere bunun en büyük etkeninin ülkedeki siyasilerin söylemlerinin etkili olduğunu düşünüyorum. Mesela kadın geliyor diyor ki işte daha 27 yaşında 3 tane doğurmuş, dördüncüye hamile filan. Hani neden bu kadar bu yaşta diye sorgulandığından hemen direkt öyle istendiği için diyor" (57 yaşında hemşire).

## **Ergenlerin ve Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığına Yönelik Sunulan Hizmetler**

"Adolesanlar bize böyle gençler gelmiyor. Dediğim gibi genç ve adolesanlara yönelik TSM'nin adolesan birimi oluşturulmuştu. Gençler oraya gidiyorlardı. Şimdi gidiyorlar mı bilmiyorum. Bizim bu gruba özel eğitim malzemelerimiz yok. 15-49 yaş grubuna hizmet sunumumuz yoğunlukta, bunun dışındaki yaş gruplarına aile tarafından talep gelirse hizmet veriliyor, rutin sorgulamamız ve eğitimimiz yok" (51 yaşında AH).

"Bir adolesan gebe başvuram vardı danışmanlık verdim. Zübeyde Hanım Doğumevi'ne gönderdim. Daha sonra da izledim. Bir adolesan erkek CYBE hastam vardı tedavisini verdim. CYBE danışmanlığı verdim. Bu gruba özgün özel broşürlerimiz, eğitim materyallerimiz yok. Ama iyi ki sordunuz ben bu konuda broşür hazırlayım. Gerçi adolesanlar genelde anneleri ile geliyorlar. O zaman AP danışmanlığı CYBE danışmanlığı veremeyiz. Ama ben menstrüasyonla ilgili broşür hazırlayıp çoğaltırım. Annelerine de veririm" (51 yaşında AH).

"Adolesan ve gençler CSÜS konularında bilgi almak için başvuruyor zaman zaman. Genelde bir sorun olduğunda aileleri tarafından getiriliyorlar. Bir şeyden şüphelendiklerinde, ya da bir aksama bir bozukluk, bir hastalık olduğunu düşündüklerinde geliyorlar. Genelde puberteyle ilgili işte meme gelişimiyle ilgili 8-10 yaşlarındaki kız çocukları için. Başladı mı, geç mi erken mi onunla ilgili sorularla geliyorlar. Adet düzensizliği ile ilgili sık geliyor. Kılanma ile ilgili sorunlarla geliyorlar. Evlenecek çiftler de yine ve bazen nadiren doğum kontrolü yöntemleriyle ilgili soru sormak için geliyorlar. AP rehberini kullanarak üreme sağlığının fizyolojisi ile ilgili bilgi veriyorum. Keşke her gelene bu konularda bilgi, danışmanlık verebilsem çok önemli aslında. Hatta adet görececek bir genç kız için bilgilendirme önemli tabii. Ama zaman yeterli olmadığından maalesef yapamıyorum" (51 yaşında AH).

"Okullarda CSÜS eğitime başlanmalı. Böylece evlenme yaşına geldiğinde bilgili olurlar. Tıp Fakültelerinde de ayrıca AP yöntemleri, danışmanlık nasıl verilir özel eğitim verilmelidir" (55 yaşında AH).

“Bunlara özgün hizmet sunulmuyor yok. Özel broşürler de yok çünkü zaten o yaş grubu yalnız gelmiyor. Gelirse de annesiyle birlikte geliyorlar. Yani daha çok şey için değil de tabii adet düzensizliği ile ilgili şikayeti için filan geliyorlar. Onda da anneleri elinden tutup getiriyor. Yani mutlaka yanlarında bir ebeveynleri oluyor. Bütün tahlilleri yapılıyor, tedavisi ve bilgi veriliyor. Muayeneleri yapılıyor. Nedenine bakılıyor. Ama AP korunma yöntemleri, CYBE konusunda anlatma şansımız olmuyor. Ayrıca kendiliklerinden çıkıp ta ben CSÜS konusunda bilgi almak istiyorum diye hiç gelen olmadı” (57 yaşında hemşire).

## Özel İhtiyaçları Olan Savunmasız Gruplara Yönelik CSÜS Hizmet Sunumu

Talep olmadığı, olsa sağlanabileceği, her ihtiyaç sahibine talep geldikçe Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmeti sunulduğu, bu grupların diğer gruplarla aynı haklara sahip oldukları söylenmiştir.

“Engelli rampası var. Rahatlıkla ASM'ye girebiliyor. Bizden hiç engelli bireylerin CSÜS talebi olmadı. Hiç LGBTİ gelmedi. Ama tabii ki onların da CSÜS gereksinimi olabilir ve bu hizmetleri alabilmeleri gerekir. Bir zamanlar Suriyeliler vardı ama bize hiç gelmediler” (55 yaşında AH).

“Burada LGBTİ'lerin her yerden hizmet alabildiklerini düşünüyorum. Bana hiç gelen olmadı. Engelliler ve göçmenleri bilmiyorum. Bize hiç gelen olmadı” (51 yaşında AH).

“LGBTİ veya engelli bireyler de hiç başvurmadılar. Bu grupların da herkes gibi CSÜS bilgisine ve hizmetlere ihtiyaçları var. Hizmet almak onların da hakkıdır” (51 yaşında AH).

“Göçmen çok yok bizde. Çok az Suriyeli, Iraklı var ama gelmiyorlar. Aslında onların bence çok ihtiyaçları var. Gerçi göçmen sağlık merkezleri varmış. Ama bize CSÜS ile ilgili başvuran olmadı. Bence kontrolsüz bir üreme halindedir. Onların AP yöntemlerine, bilgiye ihtiyaçları var. Iraklı bir bebeğin aşılmasını yapmıştık. Onların geçici kimlikleri yok. Hizmet alabilmeleri için de Türk vatandaşı olmaları gerekiyor” (51 yaşında AH).

### 5.1.4. Üniversite Medikososyal Merkez Görüşmeleri

Bu kısımda Medikososyal Merkezlerinde çalışan 4 hekim ve 2 hemşire ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşülen kişilerin bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 2'de yer almaktadır.



## CSÜS/AP Konusunda Hizmet İçi Eğitimler

2 hekim ICC'nin 2004 yılında verdiği Uluslararası Ergen/Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığı Kursu'na katılmış, çok faydalanmıştır. UNFPA ortaklığında yapılan kurs sonucunda UNFPA istenmeyen gebelikleri önleyici malzemelerini karşılamıştır.

2 hekimin ve bir hemşirenin RIA sertifikası ve bir hekimin MR sertifikası vardır. Bir hekim daha önceden Numune Hastanesi Aile Planlaması Ünitesinde çalışmış, orada Hekimlere AP Eğitimi vermiştir. 1 hemşire AP konusunda akran eğiticisidir.

*“Eskiden Mediko’da UNFPA projesi yapılmıştı. 3 hekim bizim RIA sertifikamız vardı, Gençlik Danışma Biriminde AP danışmanlık ve klinik hizmeti veriyorduk. Ama ben ve bir kadın hekim sadece danışmanlık veriyorduk. Diğer kadın hekim hem danışmanlık, hem klinik hizmet veriyordu. RIA’yı da o takip çıkarıyordu. Onlar sonradan buradan gittiler. Ben erkek olduğum için de bana pek RIA taktırmak için gelmek istemiyorlardı” (50 yaşında Hekim).*

## Hizmet İçi Eğitim Talebi

Daha önce aldıkları eğitimlerden çok faydalandıklarını belirterek, hizmet içi eğitim, yenileme kursları talep etmektedirler.

*“ICC hangi konuda eğitim verirse almak isterim, hepsi çok faydalıydı. CYBE eğitimi almak isterim, hep tedavi protokolleri değişiyor. Kontrasepsiyon yöntemleri yenileme eğitimi. Kadın doğumcular doğum yapmamış kadına oral kontraseptif önermiyor hap neden bilmiyorum, bilmek isterim” (59 yaşında Hekim).*

*“CSÜS/AP konusunda hizmet içi herhangi bir eğitim almadım. RIA veya MR sertifikam da yok. Ben hizmet içi eğitimlerin faydalı olduğuna inanıyorum almak da isterim ama Mediko’daki koşullarda nasıl olur bilmem, galiba burası özel üniversite olduğundan müsaade etmeyebilirler” (56 yaşında Hekim).*

## Medikososyal Merkezlerde CSÜS Hizmetleri

CSÜS alanında gençlerin başvurularına yanıt verilmektedir. Gençler genelde önlem kullanmadan girilen cinsel ilişki sonrasında gebelik şüphesiyle gelmektedirler.

## Verilen hizmetler

- CYBH tanı ve tedavi,
- Cinsel şiddet ve cinsel yönelim konusunda danışmanlık (merkez bağlantılı psikiyatrist ile),
- CSÜS/AP konusunda danışmanlık ve istenmeyen gebelikleri önleyici yöntem sağlanması (Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı ile),
- Ertesi gün hapi konusunda danışmanlık,
- Adet düzensizliği,
- Gebelik testi
- Mail ve telefon ile danışmanlık hizmeti,
- Talep halinde yurtlarda ve üniversiteye bağlı okullarda cinsel sağlık eğitimi.

*“Burada kontraseptif malzeme yok, ama reçete edebiliyoruz, gebelik şüphesinde test yapabiliyoruz, gebelik sonlandırma işlemi yok. CYBH için test yapabiliyoruz, tanı ve tedavi oluyorlar. Merkezde Kadın Hastalıkları ve Doğum Doktoru var, haftada 3 gün geliyor, genelde ona yönlendiriyoruz. Merkez ile bağlantılı psikiyatrist var, cinsel yönelim, cinsel şiddet vakalarını birlikte takip ediyoruz” (59 yaşında Hekim).*

*“Danışmanlık, kontrasepsiyon yöntemler, ertesi gün hapi hakkında danışmanlık, adet rötarı, korunmasız ilişki, hiç ilişkiye girmemiş CYBE şüphesi. Bize danışmadan ertesi gün hapi alıyorlar, sonrasında çok kanamam var diye geliyorlar. Erişim çok kolay. Hiç ilişkiye girmemiş ama nasıl korunabilirim diye geliyor” (50 yaşında yönetici Hekim).*

*“Son zamanlarda pandemi nedeniyle öğrenci yok ama öğrenci olduğunda 45 dakikalık CSÜS/AP derslerimiz oluyor. Üniversitenin her fakültesinde seminer, ders veriyoruz. Danışmanlık verirken maketlerimizle yöntemlerin nasıl uygulanacağını gösteriyoruz, prezervatif nasıl takılır, nasıl çıkartılır gösteriyoruz. RiA'nın nasıl uygulandığını maketle gösteriyoruz. Meme muayenesini meme modeli üzerinde gösterip danışana da tekrar yaptırıyoruz. Klinikte mutlaka meme muayenesi yapıp, kişiye de kendi üzerinde yaptırarak öğretmeye çalışıyorum. Bizim web sitemiz var. Akran eğitimcilerimiz var o nedenle de bize gelenlerin sayıları 10 000'leri geçmişti” (45 yaşında Hemşire).*

*“Son 5 senedir CSÜS konusunda özel hizmet verilmiyor. Talep olursa bilgi veriliyor. Ama artık talep de olmuyor. Belki gereksinim duymuyorlar. Bilmiyorum” (50 yaşında Hekim).*

## Türkiye’deki Gençlere Yönelik CSÜS/AP Hizmetlerindeki Sorunlar ve Sorun Alanları

- Gençlerin CSÜS hakkında eğitimsizlikleri,
- Uygulamada yaşanan sıkıntılar, eğitimi olsa dahi uygulanmaması (Örneğin korona günlerinde maske takılması gerektiğini bilse bile takmamaktadır).

*“Bilgi eksikliği var, bu çocuklar cinsel sağlığa girene kadar ne kadar bilgileniyor, önce ilişkiye giriyor, sonra geliyorlar. Kafada bloklar var, bilgilendirdiğin halde de uygulamaya geçemiyor, engelleri var, bu engelleri nasıl kaldıralım, bu konuda çalışmak isterim. Toplumun yapısı, gebelikten korunmak öğrenmek için geliyor, ilişkiye girdin mi diye sorunca bir arkadaşım var o girmiş diyor, gebelikten korunmak da önemli ama CYBHDan da korunmak lazım deyince, partnerini biliyor musun, kondom çok güvenilir kondomla başla diyorum, sonra oral kontraseptife geçersin, kondom kullanılmıyor, sonrasında arkadaşında bir şey varmış, bende de olur mu diye zıplayıp geliyor” (59 yaşında Hekim).*

*“Cinsel ilişkiye girene kadar ne kadar bilgileri var bilemiyoruz, bilgi eksikliği var. Bilgileri olsa da eyleme geçemiyorlar, işin ciddiyetinin farkında değiller. Öğrenci gebelikten korunma yöntemlerini öğrenmeye bir arkadaşı varmış o soruyormuş gibi geliyor. CYBE konusunda da bilgileri yok, kondom kullanmıyor ya da kullanmak istemiyorlar. Bir öğrenci CYBE şüphesi ile geldi, kendisinden çok erkek arkadaşını düşünüyor, erkek arkadaşının penil akıntısı varmış, kıza sen git test yaptır demiş, kendisi tek eşli ama hala erkek arkadaşına kendisi bulaştırmış olabilir mi diye korkuyor. Ben sen ondan aldıysan diye sorunca hala ya benden bulaştıysa diyor. Erkeklerin kadınlar üzerinde cinsel anlamda da şiddet uyguladığı bir toplum halindeyiz. Eskiden Numunede halktan gelen kişiler gelirdi, orta halli kitle, kaçınıcı istenmeyen gebelik onlar bilgisizdi, ama bu gençlik daha beter” (50 yaşında yönetici Hekim).*

*“Cinsel hayatlarının ilk başlangıcı hiç parlak olmuyor. Cinsel hayata belirsiz bilgilerle başlıyorlar” (45 yaşında Hemşire).*

*“Görüşmeci o zaman bir bilgilendirme yapılırsa nasıl olur dediğinde, “yönetim istemez. Buraya öteki kampüsten geldim orada Cinsel Sağlık Eğitim Merkeziydi, tabela vardı, buraya gelince sigara danışmanı yazıldı, cinsel sağlık danışmanı diye de tabela yazdırmak istedim, yönetim istemez dendi” (59 yaşında Hekim).*

*“Geçmişte buradaki GDB kurulduğunda proje olarak, Türkiye’de Sağlık Bakanlığı genelde AÇSAP’ların yanında Genç Dostu Sağlık Hizmeti Merkezleri (GDSHM) kurmuştu. Sayısını hatırlamıyorum. 13 Üniversitede GDB açılmıştı. Ama şimdi onlar ne oldu bilmiyorum. Ama bizim burada GDB yok artık. Yine eskiye döndü, gençlerin gideceği yer yok galiba. ASM’lere gidiyorlardır belki herkesin aile hekimi var çünkü.*

*Gerçi gençler internetten her türlü bilgiye ulaşıyor. Belki o nedenle artık talep etmiyorlar. Belki hizmetlerden haberleri yok. Zaten onlara özel hizmet sunulmuyor artık. Çekiniyorlar” (50 yaşında Hekim).*

*“Yani hizmete ulaşmak sıkıntılı. Yani öğrenci sadece kadın doğuma giderek bu hizmetlerin alınabileceğini düşünüyor. Ondan da bence çekiniyor. Özellikle hani cinsel sağlık yönünden. Belki AP konusunda işi düşünce orada mecbur kalıp gidiyor olabilirler ama cinsel sağlık yönünden hiç kimsenin bir kadın doğumcuya danıştığını da zannetmiyorum. Bir polikliniğe falan giderek” (56 yaşında Hekim).*

*“Gençler hala sağlık merkezlerine eğer bekarlarsa hala kesinlikle tedavi amaçlı, ya da gebeliği sonlandırma isteği veya akıntı şikayetiyle gitmeye çekiniyorlar. Bu nedenle de hekime yalan söyleyerek ya da farklı şeyler söyleyerek ben evliyim işte şöyle oldu ya da evliydim boşandım ama meğer hamile kalmışım şeklinde şeyler ilave etmek durumunda kalmak onları çok üzüyor, ya da ailesinin bir şekilde haberi olursa diye korkuyorlar. Aile hekimlerinin de iş yükü çok fazla olduğu için ya da “madem evli değilsin bu işleri yapmasaydın” gibi ifadeler kullandıklarından dolayı da gitmediklerini ifade edenler oldu. Özele gitmek zorunda kalıyorlar, parası olmayan daha da zorlanıyor. Geçmişte 62 tane Genç Dostu Sağlık Hizmeti Merkezleri (GDSHM) vardı hatta bizim ilimizde 3 tane vardı. Oralarla iletişim içindeydik. Gençlerin pek gelmediğini söylüyorlardı. Çünkü gençler bir birlerine soruyorlar eğer kötü bir duyum alırlarsa bir daha o merkeze hiç gitmiyorlar. Hatta bir ara bir genelge yayınlanmıştı 15 yaşın altında gebelerin bildirim zorunlu olduğuna dair. Bu merkezler gençler, bekarlar gebelik nedeniyle gittiğinde bakanlığa bildiriliyormuş diye hiç gitmez olmuşlar. Oralardaki arkadaşlar böyle diyorlardı. Diğer üniversitelerdeki Medikolar artık hizmet vermiyorlarmış biz onlarla da iletişim içindeydik. Sistem buraların kapanmasına neden oldu” (45 yaşında hemşire).*

## **Gençlerin CSÜS/AP Bilgisine ve Klinik Hizmete Erişimindeki Sorunlar ve Çözüm Önerileri**

- Eğitimsiz olmaları, hizmetin nerede ve nasıl olacağını bilmemeleri,
- Merkezin ve özellikle CSÜS hizmetlerinin tanıtımının olmaması,
- Merkezin mahremiyet ve gizlilik politikası hakkında kaygılar,
- Merkezde Uzman Hekimlerin çalıştığını bilmemeleri.

*“Eskiden kamudaki Gençlik Danışmanlık Hizmet Merkezlerine yönlendiriyorduk (Zekai Tahir Hastanesi Gençlik Merkezinden bahsediyor). Bizim çok fazla yükümüzü kaldırıyor, orası bizim ihtiyacımızı çok görüyordu, tetkik ücretsiz yapabiliyordu, orada iletişimde olduğumuz bir hemşire vardı, hemen sevkini yaparak gence yardımcı oluyorduk, çok iyi bir merkezdi. Böyle bir hizmeti merkezi hükümetin verdiğini bilmiyorlardı, bilseler oraya da gidecekler. Şimdi hiçbir yere gönderemiyoruz” (50 yaşında yönetici Hekim).*

“Burasını bilmiyorlar, ayrı bir CSÜS Merkezi olarak adlandırılmadığı için, eskiden tabela vardı, artık yok. Tanıtım yok, eksik, olsa daha çok hasta gelir. Birincisi, birbirleri arasında yanlış bilgilenme var. Ertesi gün hapı kullandım sende kullan, arkadaş faktörü çok önemli. İkincisi cinsel sağlıkla ilgili bilgi alacaklar bu kayıtları ailem görecektir mi kaygısı var, benim annem Dr, bu kayıtlara siz yazınca Sağlık Bakanlığı’ndan annem görecektir mi diye kaygılar var. Çocukların kafasındaki soru bu, istenmeyen gebeliği var, gebelik şüphesi annem bilecek mi?” (59 yaşında Hekim).

“Cinsel sağlık için nereye gideceklerini bilmiyorlar, ne yapacaklarını bilmiyorlar. Eskiden kamudaki Gençlik Danışmanlık Hizmet Merkezlerine yönlendiriyorduk. Şimdi hiçbir yere yönlendiremiyoruz. Gençlik Danışmanlık Merkezi yok, ne yapacağını bilmiyor, nereye gideceğini bilmiyor. Bizim merkezde hem erkek hem kadın Kadın doğumcumuz vardı, hangisini tercih etmek isterlerse diye, haftada 3 gün, şimdi yok. Bu hizmeti bilmiyorlar, biz yönlendirsek gidiyorlar” (59 yaşında Hekim).

“CSÜS/AP bilgisine kolay ulaşıyorlar internetten. Ama bazen de yanlış bilgi oluyor. Sadece gençler değil herkes AP hizmetlerine ulaşmada sorun yaşıyor. Malzeme yok diyorlar. Bakanlığın politikası, söylemleri hizmetin sunumunu engelliyor bence” ( 50 yaşında Hekim).

“Gençler diğer sağlık hizmeti sunan kuruluşlara da gidemiyor. Sistem değiştiğinden dolayı mesela kayıt sistemi mutlaka TC kimlik numarası soruluyor. E-Nabız üzerinden TC numarasını girince anne-baba görülebilir endişesi, deşifre olma korkusuyla da gidemediklerini söylüyorlar. Bu bir şekilde düzeltilmeden gençlerin deşifre olma korkusuyla CSÜS sağlık hizmeti almaları git gide güçleşecektir” (45 yaşında hemşire).

## **Gençlerin CSÜS/AP Bilgisine ve Klinik Hizmete Erişimlerinde Kamu ve STK’lerin İşbirliği**

STK’lerden beklentiler, merkezin duyurulması, lojistik destek sağlanması (önceden ICC ve UNFPA ortaklığında istenmeyen gebelikleri önleyici malzeme temin edildiği için) ve eğitim verilmesidir. Kamudan hiçbir beklenti olmadığı gibi, aksine işlerine karışılması ile daha güç durumda kalacaklarını belirtmektedirler. Kamuda bulunan Gençlik Merkezleri’nden çok yararlandıklarını, hastalarını sevk ettiklerini ve yakın takip edebildiklerini belirterek bu merkezlerin yeniden faal olmasını istemektedirler.

“STK’lar bizim hizmetlerin tanıtımını yapabilir, Tanıtım yapsın, TV spotları, gençler TV’de seyretmiyor, sosyal medyada tanıtım, Instagram, facebook. Bizi bir araya getirecek, konferans, seminer, kongre düzenleyebilir. ICC’nin bu konuda yaptıkları her toplantı bizim gelişimize katkı verdi. Kamudan asla bir şey istemeyiz, politikaları belli, bize karışmasınlar yeter. Siz kamudaki toplantıya gittiniz mi hiç (gülerek)” (50 yaşında yönetici Hekim).

“STK’lar duyuru ve eğitim yapabilir. ICC’nin yaptığı çok iyiydi, hemşireler eğitildi, finansman sağlandı. Bunların hepsi bir motivasyon kişi için ve sertifikalandırıldı, katılım değil sertifika verildi, çok önemliydi. Başka üniversitelerle beraber olduğu için sonrasında 1 yıl sonrada değerlendirme toplantısı yapıldı, bunlar olayı güdüyor, veriler vardı, Diyarbakır’da bu işin içindeydi, şimdi hiçbir yerde yok” (50 yaşında yönetici Hekim).

“Bir ara bizim GDB’lerin ve Sağlık Bakanlığının GDSHM’lerinin gençleri evlilik dışı ilişkiye teşvik edildikleri düşüncesiyle politikacılar ve karşı olanlar buraların kapatılması için baskı uyguladılar, imzalar toplamışlar o dönemde STK’lar hatta UNFPA gibi kurumsallaşmış olanlar engel olmak için uğraştılar ve de başardılar. Biz de rektörlüğe yazılar yazmıştık bizim rektörlük bizi desteklediğinden bizde sorun olmadı. Günümüzde hükümet STK’ları desteklemek zorunda %10-15 projelerde mutlaka STK’ların işbirliğinde yürütülmek zorunda. Ben STK’ların gücüne inanıyorum” (45 yaşında Hemşire).

## **Daha Nitelikli ve Yeterli CSÜS/AP Hizmet Sunumu için Öneriler**

Hizmetlerin duyurusunun yapılmasını, gençlerin ve ergenlerin CSÜS eğitimlerinin, doğurganlığın düzenlenmesinde (AP) lojistik desteğin, ve daha önceden olduğu gibi STK işbirliği ile yapılan iyi uygulamaların devam etmesi istenmektedir.

“Duyuru yapılması, normalleşmesi lazım ama Türkiye bundan sürekli uzaklaşıyor (gülerek) bu hizmetlerin normal sıradan hizmetler gibi görülmesi, bunu ayıp olmadığının farkındalığının artırılması gerekir ki herkes bu hizmetten faydalanabilsin. Hizmetin sıradanlaşması lazım” (59 yaşında Hekim).

“Hizmet sunumu, danışmanlık hizmeti, CYBE tanı ve tedavi hizmetleri iyi. AP yöntem başlama hap ile biz başlıyoruz ama Kadın Doğum Doktoru başlamıyor, sebebini bilmiyorum. Polikistik Over için hap başlıyor, kontrasepsiyon için başlamıyor. Sorun başlamadan önce doğru cinsel ve üreme sağlığı bilgisi başlanmalı, güzel olur. Toplu eğitimler olması, rahatlıkla ulaşabilecekleri bir yer, tanıtım yok, tabela bile yok, ben koydurmak istedim yönetim izin vermiyor. Tanıtım olmalı, sigara danışmanlığını görüyor geliyor, sayı artar o zaman” (59 yaşında Hekim).

“Yıllar önce “Gençten gence programı” çok etkiliydi, süreklilik sağlanamadı, bitti. Eğitimler, çok fazla öğrenci katılmıyor” (50 yaşında yönetici Hekim).

Daha önce Genç dostu Hizmet’te de olduğu gibi gençlere özel CSÜS hizmet sunumu her yere yaygınlaştırılarak verilmeli. Kamu Genç Dostu birimleri yeniden canlandırmalı. Üniversitelerde de Medikolar bu hizmetleri eskiden olduğu gibi vermeli ama gönüllülüğe dayalı oluyor. STK’lar geçmişteki gibi kontraseptif desteği verebilirler” (50 yaşında Hekim).

“Genç Dostu birimler ilk kurulduğunda bir hekim, bir hemşire ve psikolog istihdam edilmişti. Sonra onlar ayrılınca yerine yenileri getirilmedi. Rektörlük maaş ödeme harcama kalemi listesinde Genç Dostu birimlerinin olmadığını bu nedenle psikolog istihdam edemeyeceklerini, UNFPA destekli proje olarak başladığında Sağlık Bakanlığı da desteklediği için Mediko’dan Genç Dostu birimlerine hekim, hemşire ve psikolog görevlendirdiklerini söylediler. Halbuki bizimle çalışmak isteyen çok hekim, hemşire ve psikolog var ama maaş ödeme mümkün değilmiş. 7 senedir biz 4 kişi hizmet vermeye çalışıyoruz” (45 yaşında Hemşire).

## Gençlerin CSÜS Hakları Hakkında Yapılan Çalışmalar

“Bilkent Lisesi 9. Sınıf öğrencilerine ve Ankara Kız Lisesi öğrencilerine “Genç kız olmanın dayanılmaz hafifliği” sunumu ile cinsel sağlık bilgisi veriyorum. Adolesan gelişimi gibi” (59 yaşında Hekim).

“Son 5 senedir özel bir şey yapılmıyor. Talep de yok. Geçmişte İngilizce hazırlık sınıflarına her yıl 50 dakika CSÜS/AP semineri verirdik. Bu seminerlerde CSÜS haklarından da bahsedilirdi. Yaklaşık 3000 öğrenciye ulaşırdık. Paneller düzenlenirdi, beslenme, CYBE, Gebelikten Korunma hakkında” (50 yaşında Hekim).

“UNFPA’ın bir eğitimi vardı Gençlerin CSÜS hakları ile ilgili biz bu eğitimi almıştık. Bu konuda da dersler seminerler veriyoruz. Bizim akran eğitimcilerimizi de bu konuda eğittik onlar da bilgilendirme yapıyorlar. Gençler haklarını bilince sağlık hizmeti almaya başlıyor hatta talep ediyorlar. Ben bu konuda Almanya örneğini okumuştum. Bizim ülkemizde de gençler bu konuda bilinçlendirilmelidir” (45 yaşında Hemşire).

## Gençlerin CSÜS Hizmet Talepleri

CSÜS alanında gençlerin başvurularına yanıt verilmektedir.

Başvuru nedenleri ve talepler şöyledir:

- Korunmasız ilişki sonrasında gebelik şüphesi,
- CYBE için, cinsel danışmanlık, cinsel yönelim soruları, istenmeyen gebelik önleyici malzeme talebi,
- Cinsel ilişki sonrasında gebeliği önleyici yöntemin talebi,
- Gebelik şüphesi.

*“Fakat kontraseptif malzememiz yok, en çok hap reçete edebiliyorum, RİA sertifikam var burada RİA uygulamıyoruz, gençler için uygun da değil zaten. Devletleyken daha rahat başlardık, hapla ilgili sorunları var. Buraya geldikten sonra oral kontraseptif başlamak istemiyorum, kadın doğum doktoruna yönlendiriyorum. Ertesi gün hapi için geliyorlar, pekçok genç zaten bunu biliyor, bana gelmeden alıp kullanıyor. MR için gelenleri nereye göndereceğimizi bilmiyorum. Eskiden olsa Numune, Zübeyde Hanım vardı, oralara da AP merkezlere yönlendirirdik, şimdi yok” (59 yaşında Hekim).*

*“Çok nadiren özel bölgemde bir yara var şişlik var diye gelen oluyor. Fronkült ise tedavisini veriyorum. Ama başka bir şey ise Kadın doğuma yönlendiriyorum. Başka yapabilecek bir şey yok. Gebelik testi için gelen oluyor. Nadiren. Genelde kadın doğuma gidiyorlar galiba. Gebelik şüphesinde biz tahlil istiyoruz. Sonucunu bizimle konuşuyor. Sonuçları genelde negatif geliyor. Pozitif olan zaten bize gelmiyor öğrenince herhalde kadın doğuma gidiyor” (56 yaşında Hekim).*

*“CSÜS/AP konularında danışmak için geliyorlar. Adet düzensizlikleri, ağrılı adet kanaması, memede ağrı şikayetleriyle geliyorlar. Şekil bozukları, akıntı, kaşıntı, yanma ile geliyorlar. Alkol, sigara bırakma için geliyorlar. Muayene için Mediko’daki doktora yönlendiriyoruz ama meme muayenesini ben yapıyorum. Danışmanlık veriyorum. Gebelik şüphesiyle gelenlere gebelik testi yapıyoruz. Gebe ise kadın doğuma yönlendiriyoruz” (45 yaşında Hemşire).*

## **Medikososyal Merkezlerde CSÜS/AP Hizmetlerine Yönelik Bilgi, İletişim, Eğitim Materyalleri, Anonim Bilgilenme için Telefon, İnternet, E-Posta Kullanımı**

*“Var, Doğu Merkezde, eski ICC’nin verdiği broşürler, çok da güzel. Ayrıca mail ve telefon ile gelen soruları yanıtıyoruz, websayfamız var, Kars’tan bile vatandaş, geçen gün Cezayir’den numaramızı bulmuşlar aradılar, ertesi gün hapi ile ilgili, ondan izin aldık, sesi dışarı verdik, zabıt tuttuk, yanlış kullanmasın diye. Hotline yok, onu yürütebilecek personel yok, biz nöbet tutuyoruz, burada 2 Hekim var, ona yetişemeyiz” (56 yaşında Hekim).*

Bilgi eğitim iletişim materyalleri bulunmamaktadır.

*“GDB varken vardı. Şimdi var mı bilmiyorum. Benim resimli AP rehber kitabım var ama kullanmıyorum. Anonim bilgilenme yok, telefonla danışmanlık isteyen de olmuyor. E-postada kullanmıyoruz. Eskiden GDB zamanında web sayfamız vardı. Şimdi normal Mediko’yu tanıtan sayfa var. Anonim Hotline, sürekli birinin cevaplaması için olması gerekiyor. Ben yapmak istemem” (50 yaşında Hekim).*



“Bilgi eğitim iletişim materyallerimiz yok. Aslında ben bu tür materyallerin faydalı olacağını düşünüyorum. Başka bir amaçla Mediko’ya gelen bir öğrencinin eline hemen bir broşür verilebilmesi belki iyi bir yöntem olabilir. Anonim bilgilendirme için telefon veya internet yok. Telefonla da bilgi veya danışmanlık verilmiyor. Mediko bünyesinde böyle hizmetin sunulması iyi olur ama kim sürekli telefonun başında oturup bu bilgileri verecek” (56 yaşında Hekim).

“CYBE, gebeliği önleyici yöntemler, kendi kendine meme muayenesi, kendi kendine testis muayenesi, HIV/AIDS, madde kullanımı, alkol, sigara konularında broşürler, afişler, kitapçıklar var. Bittikçe üniversitemizin matbaasında çoğaltılıyor. Web sayfamızın e-posta adresine yazıyorlar sorularını biz de yanıtıyoruz. Şuanda da ikamet ettikleri yerlerde nerelere başvurabileceklerini araştırıp bilgi veriyoruz. Anonim bilgilendirme, telefonla bilgilendirme de yapıyoruz. Anonim Hotline’a karşıyız. Üniversitemiz de müsaade etmez” (45 yaşında Hemşire).

## **Medikososyal Merkezlerde İstenmeyen Gebelikleri Önleyici Yöntemler ve Malzemeler**

“Eskiden ICC/UNFPA ile kondom gelmişti, çok uzun süredir yok. ICC’nin verdiği malzeme bitince herşey bitti. ICC kondom, ekipman, broşür vermişti, hepsi bitti. Burada kontraseptif malzeme yok, ama reçete edebiliyoruz” (50 yaşında Hekim).

“Doğum kontrol hapları, aylık iğne ve kondom ücretsiz veriyoruz. Acil kontrasepsiyon gerektiğinde istek olduğunda veriyoruz. Eskiden depo işte 3 aylık iğne oluyordu, ya da RİA, onların hepsini devrettik. Çünkü evli çok az insan var. Genelde bekar bize gelenler. Dolayısıyla biz onları teslim ettik” (45 yaşında Hemşire).

## **Gençlere Yönelik Cinsel Sağlık Danışmanlık Hizmetleri**

“Ne kadar süre gerekirse o kadar veriliyor, karşımdakinin ihtiyacına göre, ne kadar gerekiyorsa öyle zaman veriyorum. Başka bir şey için gelip cinsel yönelim soruluyor. Cinsel yönelim hiç başvurmadı, ama başka bir nedenle gelmişken cinsel yönelim farklı diyen oluyor. Disparoni başvurdu onu da Kadın Doğum Doktoruna gönderdim. Çok fazla benimde bilgim yok, patoloji var mı diye geldi, yönlendirdim” (59 yaşında Hekim).

“AP danışmanlık isteyenlere odamızda bilgi veriyorum verebildiğim kadar. Gebelikten korunma yöntemleri hakkında bilgi veriyoruz. Danışmanlık veriyorum. Ama uzun süreli değil en fazla bir hasta muayenesi kadar sürüyor. Yani 10-15 dakika. Öğrenci de pek fazla bilgi talep etmiyor. Talep etse belki daha uzun danışmanlık verebiliriz. İmkansız demiyorum ama talep gelmiyor. Hangi gebelikten korunma yöntemi daha etkili oluyor diye soran oluyor. Sürtünmeyle gebe kalınır mı diye soran oluyor. En çok sorulan soru bu. Tam cinsel ilişkisi olmayanlar da normal ilişki olmadan gebe kalınır mı diye sormaya geliyor. İlişkisi varsa gebelik şüphesiyle gelen oluyor. Çok rahat öğrencilerimiz de var yöntem kullandığını, reçeteye yazdırıp yazdıramayacağını sormaya gelenler de oluyor. Bununla birlikte şu ilacı kullanabilir miyim diye danışmaya da gelen oluyor” (56 yaşında Hekim).

## Gençlerde Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Görülme Durumu

“CYBE şüpheli temas ile ilgili geliyorlar, çok sık olmasa da oluyor. Genelde arkadaşımın başına gelmiş, bana da geçmiş midir diye geliyorlar. Test yapıp tedavi veriliyor. Başvuru çok sık değil. Bilgi düzeyleri kötü, kondom kullanımı düşük. Test ücretli bizde, belediyelerde ücretsiz yapıyorlarmış diye öneriyorum” (59 yaşında Hekim).

“CYBE hakkında bilgi almak için gelenlere hizmet veriyoruz. En çok da hastalık kapmış mıyım acaba diye geliyorlar. AIDS olmuş muyumdur, hepatit olmuş muyumdur diye geliyorlar. Kondom kullanmayanlar zaten enfeksiyon kaptım mı acaba diye sormaya geliyorlar. Şüpheli cinsel ilişki sonrası bir şeyim var mıdır en çok bununla geliyorlar”. “Çoklu cinsel yaşamı olan kız öğrencilerimiz vardı onlara uzun süre danışmanlık verdim. CYBE ile ilgili korkuları olduğunu söyledi. Korkuyorum demişti en tipik danışanım oydu. Tetkikler istedim sırf rahatlaması için. Sakinleştirmek için onunla uzun uzun konuştum. Kadın doğuma gidebilirsin dediğimde yok dedi. Sanırım kadın doğuma gitmeye çekinmiş. Çoklu cinsel yaşamı olduğundan herhalde” (56 yaşında Hekim).

“CYBE ile ilgili başvuruları enfeksiyon hastalıkları uzmanı bakıyordu. Biz de ona yönlendiriyorduk. Ama şimdi uzman yok. Bana da hiç bu şikayetle gelen olmuyor” (50 yaşında Hekim).

“En çok yine kondom kullanıyorlar, cep telefonu uygulamaları var onunla takvim yöntemi kullanıyorlar, ama yanlış kullanıyorlar. Akıllı telefon uygulamaları, tehlikeli günleri işaretliyorlar, sonrasında ilişkiye giriyorlar. HPV ile geliyorlar, sıklık değişiyor” (45 yaşında Hemşire).

“CYBE şikayetleriyle geliyorlar, sayılarını hatırlamıyorum ama gelenlere Mediko'nun hekimleri muayene ve tedavisini yapıyorlar. Biz de kondom ve CYBE hakkında danışmanlık veriyoruz kondom da veriyoruz” (45 yaşında Hemşire).

## Savunmasız Grupları Kapsayacak Özel Tasarlanmış CSÜS Hizmet Sunumu

Savunmasız grupları kapsayacak özel tasarlanmış CSÜS hizmet sunumu yoktur, talep olursa verilmektedir. *“Bu gruplar hiç gelmiyor. Bizde yoklar. Hiç ben karşılaşmadım. Özel bir hizmet sunumumuz yok. Öyle bir ihtiyaç da hiç hissetmedim çünkü hiç gelen olmadı”* (56 yaşında Hekim).

*“Bizim üniversitenin Suriyeliler için yaptığı bir proje var hala devam ediyor. 2-3 kere Suriyelilere ziyarete gidip onlara da destek olduk. Ama ayrıca da 2 ay önce kent meclisiyle Suriyeli kadınlara özellikle genç 20 yaşına kadar ama cinsel aktif olan kişilere bazı materyaller toplayıp destek anlamında yardım sağladık. Danışmanlık da verdik. Hem bizim gençlik danışma kulübümüz var şuanda 250 kişi aktif çalışıyor. Akran eğitimi ile yetiştirdik biz onları. Onlarla hem de belediyenin Gençlik Merkezleri var Kent Konseyleri falan var, onlarla oluşturduğumuz bir grupta yaklaşık 30 kişilik oralara gidip mesafe ve hijyen kurallarını dikkate alarak, sağlık müdürlüğünden de onay ve destek aldık, onlara teslim etmişliğimiz var. Ama bu tamamen sosyal herhangi bir proje anlamında değil. Önemli olan hani oradaki kişilere şu dönemde hijyenik pet, tuvalet kağıdı gibi malzemeler temin ederek korunma yönleri hakkında danışmanlık vererek ufak dokunuşlarımız oldu. Göçmenlere danışmanlık veriliyor. Onların evlerine de gittik. Ortak alanlarında bizim için bir yer ayarlamışlar oralarda yaptık. Bizim akran eğitmenlerimizin arasında değişik diller bilenler var. Onlar daha hızlı kolay diyalog kurabildiler. Akran eğiticilerimiz gençlere CSÜS konularında bilgilendirme yaptılar”* (45 yaşında Hemşire).

## Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddet Konusunda Çalışma ve Hizmet Sunumu

*“Var. Psikolojik Danışma Gelişme Merkezi var, onlar ile ortak çalışıyoruz, Psikolog, psikiyatrist var. Özel ilgi gösteriyoruz. Tecavüz çok yok, şiddetle geliyorlar, geceleri alkol ve şiddet”* (56 yaşında Hekim).

*“Fiziksel şiddet oluyor, öğrenci söylemek istemiyor, şiddet olduğunu, adli olay olduğunu anlamıyor, erkek arkadaşının başına birşey gelecek diye söylemiyor ya da söyleyen de geri çekiyor. Okul güvenliğe haber veriyoruz, onu bir kısmı istemiyor. Şiddetin bildirilmesi gerektiği ancak bildirilerek azalması sağlanacağı konusunda zor ikna oluyorlar. İkna edince adli rapor filan 2 gün sonra silin diye geliyor. Cinsel şiddet 15 yıldır 1 ya da 2 olmuştur. Alkol sonrası arkadaşının evinde kalmış, üzerimde bir şey yoktu, acaba bir şey olmuş mudur diye geliyor”* (50 yaşında yönetici Hekim).

*“GDB varken flört şiddeti broşürümüz vardı, psikoloğumuz vardı 2 tane bir de psikiyatrist vardı, onlara gönderirdik. Şimdi broşürümüz yok”* (50 yaşında Hekim).

## Diğer Medikososyal Merkezler ile İletişim

Diğer Medikososyal Merkezler ile yakın işbirliği istemektedirler.

*“Diğer Medikososyaller ile iletişimde olmayı çok isteriz. Her şey olabilir, özellikle ICC bunu üstlenip bir kongre yapabilir, pek çok üniversitede Medikosoyal bile yok, gençlerin çok ihtiyacı var. Burası paralı okul, zenginler ama onlar bile geliyor, ihtiyaçları var. Üniversitelerin ilişki kurması çok güzel, 2 3 yılda bir Medikolarla birlikte bir konferans, toplantı düzenlense herkes birlikte daha fazla iş yapmak ister, motive olur. Bu sene Marmara Üniversitesi yaptı, çok güzeldi. Herşey olabilir, Zoom ile de olabilir. Sigarasız dumansız kampüsü kapsamında bir araya gelmiştik, hedefe yönelikti, çok güzeldi. CSÜS konusunda bir araya gelmek isterim” (50 yaş yönetici Hekim).*

*“Diğer Medikolardaki GDB’ler kapanmadan önce iletişimimiz vardı. Birçok üniversitede Medikoların yerini ASM’ler aldı. Ama bizim üniversitemizde hem ASM var hem de Medikomuz var” (45 yaşında Hemşire).*

## 5.2. Hizmet Alan ya da İhtiyacı Olan Gruplar ile Görüşmeler

### 5.2.1. Yüksek Riskli Gebeler ile Derinlemesine Görüşmeler

Bir üniversite hastanesinde yüksek riskli gebelik tanısı alan 6 gebe ile telefon üzerinden derinlemesine görüşme yapılmıştır. Gebelerin sosyodemografik özellikleri Tablo 3’de, doğurganlık özellikleri Tablo 10’da verilmiştir.

**Tablo 10.** Yüksek Riskli Gebelerin Doğurganlık Özellikleri

Gebelik sayısı	Planlı Gebelik	Gebelik Haftası	İsteyerek/ Kendiliğinden Düşük	Risk Durumu	AP yöntem kullanımı	Doğum aralığı
1 kişi ilk gebelik, 3 kişi 2.gebelik 2 kişi 3.gebelik	Hepsi planlı	8-39 hafta	1 kişi kendiliğinden 1 kişi isteyerek	Preeklamsi, diyabet, insitu rahim ağzı kanseri, bebeğe kalp hastalığı, boş gebelik, mükerrer sezaryen, ileri yaşta ilk gebelik, ölü doğum	3 kişi geri çekme, 1 kişi hap, 2 kişi kondom	Hepsi en az 2 yıl aralıklı

## Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri

Gebeler ikili test ve detaylı ultrason yapılmasının ve de ASM'lerde bir diyetsiyenin bulunmasının iyi olacağını belirtmişlerdir.

1 gebe 6/7, 1 gebe 24. haftadan beri iki haftada bir Doğum Öncesi Bakım hizmetini hastaneden aldığını belirtmiştir. 1 kişi ASM'den aldığı DÖB hizmetinden memnun kalmadığını belirtmiştir.

*"Hastaneye doktor istediği sürece gittim. 8. Aya kadar ayda 1, son iki hafta haftada 1 gittim" 33 yaşında gebe* (33 yaşında gebe).

## Sağlıklı Gebelik Geçirmek için Bilgi Alma Durumu

Genelde beslenme ve yürüyüş gibi sporlar için doktor ve hemşireden bilgi almaktadırlar. Bazı gebeler kendi bilgilerinin yeterli olduğunu, internet gibi yerlerden de bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Bir gebe okul öncesi öğretmeni olduğu için kendi ders notları ve kitaplarını kullandığını söylemiştir.

## Sorun Halinde Yardım Aldıkları Yerler

Hepsi kendi kadın doğum doktorlarından yardım almışlardır.

*"İnternette araştırma yapmıyorum bilgilerin yanıltıcı olduğu için demoralize oluyorum"* (27 yaşında gebe).

## Hizmete Erişimin Önündeki Engeller

Sadece bir gebe, başka şehirden gidip gelmenin problemlili olduğunu ifade etmiştir. Ankara'da

hamile kalıp Kocaeli'ye tayin olmuş, Ankara'daki hekim ve hastaneden çok memnun olduğu için değiştirmek istememiştir.

**Sağlıklı gebelik için şu etkinlikleri yapmaktadırlar:**

- Yürüyüş yapma,
- Sağlıklı beslenme,
- Vitaminler alma,
- Demir alma,
- Jinekolojik muayene,
- Folik asit alma,
- Balık yağı alma,
- Bağırsıklığı yüksek tutma.

## Sağlık Çalışanlarının Verdiği Hizmetlerden Memnuniyet Durumu

Gebelerin hemen hepsi hizmetlerden ve hizmeti sunan hekim ve hemşireden çok memnun kalmıştır. Memnuniyetlerinin en önemli sebebi, telefon ile rahatça hekim ve hemşireye ulaşarak rahatça her sorularına yanıt alabilmeleridir. Genelde özel hizmetleri kamu hizmetlerine tercih etmektedirler.

*“Devlet hastanesi çok ilgilenmiyor, özel daha iyi” (35 yaşında gebe).*

*“Özel hastanedeki doktorlar daha iyi, devlet hastanelerinde azarlayan, kızan doktorlar oluyor, ben denk gelmedim, burada bir şey sorunca insan gibi cevap veren doktorlar var, memnunum yani” (25 yaşında gebe).*

*“Ben hem kamu hem özeli yaşadım. Özel hastaneyi tercih etme sebebim konfor, temiz ve sağlıklı olması” (33 yaşında gebe).*

*“Özeli seçme nedenim birincisi tekli oda seçeneği, ikincisi eşim bu üniversitenin personeli, işleyişi neyin nerde olduğunu biliyoruz” (26 yaşında gebe).*

*“Hepsinden gayet memnunum, çok hızlı ulaşabiliyorum, sorduğum sorulara net cevaplar alıyorum, hemşireler güler yüzlü, burası olmasa da ben yine de konfor için özele giderdim” (25 yaşında gebe).*

## Etkili Modern Yöntem ve Danışmanlık Hizmetleriyle İlgili Bilgi ve Uygulama

Kadınların büyük çoğunluğu doğum sonrasında etkili modern yöntem kullanmayı planlamamışlardır ve bu konu hakkında bilgi sahibi değildirler. Genelde geleneksel (görüşmecinin “geri çekme yöntemi” olarak teyit ettiği) yöntemler ve kondom kullanılmaktadırlar. Sadece 1 gebe doğum sonrasında etkili modern yöntem kullanmayı planladığını, araştırdığını ifade etmiştir. Gebe kadınların bildiği yöntemler; hap, spiral, kondom, aşı, hormone iğnesi, tüplerin bağlanması, vazektomidir.

*“Arkadaşlarımdan öğrendiğim bir alet koyuyorlarmış, modelleri varmış, ben bilmiyorum, ağrı yapıyormuş, hiç kullanmadım” (35 yaş gebe).*

*“Çevremdekilerden duyduğum spiral taktırıyormuşlar, kayıyormuş, korumuyormuş, bilgim yok kullanmadım hiç. Gerek duymuyorum, kendi yöntemimden memnunum (geri çekme yöntemi kullanıyormuş)” (25 yaşında gebe).*

Kadınların hiçbirinin daha önce istenmeyen gebelikleri önleme konusunda danışmanlık almadığı saptanmıştır. Ayrıca hiçbir hekim/hemşireden doğum sonrası istenmeyen gebelikleri önleyici yöntem kullanımı hakkında danışmanlık almadığını belirtmiştir.

*“Burada bahsedilmedi hiç, doktorum tüp bağlatmayı söyledi, istemedim, danışmanlık hastanenin hangi bölümünde kimden alınır bilgim yok, bilgim olsa danışmanlık almayı düşünürüm” (33 yaşında gebe).*

*“Spiral taktırmayı hiç düşünmedim tekrar çocuk istediğim için, onunla olmuyormuş. Enfeksiyon oluyor (Görüşmeci spiral ile CYBE riski olmadığını açıkladı). CYBE değil vücudun kendisi enfeksiyon yapar diye biliyorum” (26 yaşında gebe).*

*“Doğuda doğum kontrol hapına da doktora da ulaşmak zor, son 2 yıldır sivilcem var, o korku yüzünden hap kullanmak istemedim Geleneksel yöntemi güzel kullanınca iyi, o yüzden başka yönetim kullanmayı düşünmüyorum” (27 yaşında gebe).*

Kadınların büyük çoğunluğu, başka çocuk isteyip istemedikleri sorusuna, henüz hamile oldukları ve bu hamileliğin sonucunda sağlıklı bebekleri olup olmayacağını bilmedikleri için karar vermedikleri yanıtını vermişlerdir.

*“Bir oğlum var, bu hamileliğim kız, bu ikinci evliliğim, 1 oğlum daha olsun istiyorum (araştırmacı neden erkek istiyorsunuz?) çünkü bu ikinci evliliğim bu evlilikten de 1 oğlum olsun, 1 erkek bir kız” (28 yaşında gebe).*

Görüşmede pek çok kadının yöntemler konusunda bilgilerinin yetersizliği ya da yanlışlığının görülmesi üzerine, görüşmeci görüşme tamamlandıktan sonra kısaca yöntemler ve bunları nereden temin edebilecekleri konusunda yanlış fikirleri düzelterek görüşülenlere danışmanlık vermiştir. Kadınların hepsi de bu bilgilerin çok faydalı olduğunu belirtmiştir.

Doğumların çoğunun sezaryen olduğu saptanmış, genelde sezaryene hekim karar vermiştir. *“Devlet hastanesinde doğumda hemşirelerden duydum doktor yorulmuş onun için sezeryan yaptı, normal doğumla uğraşamam isterseniz başka özele gidin dedi” (28 yaşında gebe).*

## 5.2.2. Genç Kadınlar ile Odak Grup Görüşmesi

Genç kadınlar ile 1 odak grup görüşmesi planlanmış ve 8 kadın ile yaklaşık 1 saat 30 dakika süren Zoom uygulaması ile odak grup görüşmesi yapılmıştır. Görüşülen kadınların sosyodemografik özellikleri Tablo 3’de yer verilmiştir.

Görüşmenin amacı anlatılarak görüşmeciler kendilerini tanıtmış, kişilerin kayıt için izinleri alınmıştır. Katılımcılara isimlerinin ve aktardıkları bilgilerin gizliliği bildirilerek, istedikleri anda görüşmeden ayrılacakları ya da istemedikleri sorulara cevap vermeyebilecekleri açıklanmıştır.

### **CSÜS Hizmeti Veren Sağlık Çalışanlarının Yaklaşımı, Yaşa ve Cinsiyete Dayalı Ayrımcılık, Sağlık Hizmetlerine Erişimdeki Engeller ve Çözüm Önerileri**

Katılımcılardan ikisi, toplumun ataerkil bakış açısıyla hastanede de karşılaşacakları endişesiyle daha önce hiç hizmet almak için başvuruda bulunmadıklarını belirtmiştir. Katılımcıların çoğu cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetine ihtiyaç duydukları halde bu hizmeti almayı ertelediklerini belirtmişlerdir. Erteleme nedenlerinin arasında daha önce sağlık hizmeti sunan personelden dolayı yaşadıkları ayrımcılıklar, kişisel bilgilerinin aileleriyle paylaşılması korkusu, bir hastalıkla karşılaştıklarında ne yapacağını bilememe ve güvenilir/ayrımcılıktan uzak hizmet veren sağlık çalışanına ulaşamama gibi faktörler sayılabilir.

*“Bu konuda herhangi bir hizmet almadım. Çünkü ataerkil bakış açısı nedeniyle kendimi savunacak duruma geleceğimi bildiğim için destek almayı erteledim”* (22 yaşında kadın).

En çok maruz bırakıldıkları ayrımcılık örneklerinden biri ise sağlık sunucuları tarafından yöneltilen “Evli misin, bekar mı?” sorusudur. Aktif bir cinsel hayatlarının olup olmadığını öğrenmek için yöneltilen bu sorudan dolayı katılımcılar, cinsel ilişkinin sadece evlilik içinde meşru olabileceği varsayımına işaret ettiği için yargılandıklarını hissetmişler ve rahatsız olduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca jinekolojik muayene sırasında rahatsızlıklarını ifade ettiklerinde yine sağlık hizmeti sunan personel tarafından cinsel hayatlarına atıfta bulunulmuş ve sert tepkilerle karşılaşmışlardır. *“Devlet hastanesinde jinekolojik muayene sırasında çok kötü muamele gördüm ve ağlayarak çıktım oradan. Özellikle hemşireler bu konuda daha sert tutuma sahip. Bekaretimin sorgulandığı ve yargılandığım cümleler kurdu”* (28 yaşında kadın).

Katılımcılardan biri jinekolojik muayene sırasında doktorun uyguladığı yöntemi taciz olarak adlandırmıştır. Jinekolojik muayenenin standartlarının bilinmemesi, kadınların yaşadıkları durumu tanımlamalarını zorlaştırmaktadır. Katılımcıların çoğu ücretler yüksek olsa dahi bu hizmetleri özel kurumlardan almayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir.



## Gençlik Danışmanlık Merkezlerine Yönelik Düşünceler, Eğitim ve Danışmanlığa Erişim İhtiyaçları, CSÜS Hizmetlerine Erişimde Medeni Durumun Etkisi

Katılımcılar küçük yaşlardan itibaren cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimine olan ihtiyacı vurgulamışlardır. Özellikle ilk cinsel ilişki deneyimlerini yaşadıkları zamanlarda yeterli bilgiye sahip olmamaları, psikolojik ve fiziksel sağlıkları açısından sorunlar doğurmuştur. Toplumsal tabular nedeniyle ailelerinden cinsel sağlık konusunda bilgi alamamaları, akranlarının da doğru bilgiye sahip olmamaları ve okulda buna yönelik bir eğitim müfredatının olmaması gibi nedenler, ileriki yaşlarda sağlıklı tutum ve davranışlar edinmelerini zorlaştırmıştır.

*“Ben ilk cinsel deneyimimi yaşadığımda çok küçüktüm. Şimdi baktığımda ne kadar bilinçsiz olduğumu fark ediyorum. Tamamen şans eseri başıma bir şey gelmemiş. Çok bilgisizdim. Ergenlikte bunu konuşabileceğim kimse yoktu. Ailemle tabulardan dolayı konuşamıyordum, arkadaşlarım da benim kadar bilinçsizdi zaten. Bunun ne kadar önemli olduğunu üniversitede fark ettim. Fiziksel ve psikolojik olarak beni yıkıma uğratacak bir konu hakkında eğitim ve bilgiye ulaşamadığım için toplumu suçluyorum. Bu eğitimi okulda almalydım. Genç dostu sağlık merkezlerinin kapatılması Türkiye’nin büyük bir ayıbı. Özellikle ergen yaştaki kız çocuklarının bu hizmetin ulaşması gerekiyor. Nereden bilgi alacağını ve kime danışacağını bilmiyorsun” (24 yaşında kadın).*

Katılımcıların hepsi genç dostu sağlık hizmetlerinin tekrar aktif olmasını ve yaygınlaştırılmasını talep etmişlerdir. Bu merkezlerin okullara entegre bir biçimde hizmet vermelerinin merkezlere erişimi kolaylaştıracağını düşünmektedirler. Genç dostu sağlık hizmetlerinin bütün cinsiyet kimlikleri ve cinsel yönelimlere duyarlı ve eşitlikçi olması gerektiğini vurgulamışlardır. Ayrıca bu merkezlerde sağlık bilgisinin yanı sıra cinselliğin daha doyumsuz bir şekilde yaşanması için bilgi ve materyallere ulaşmanın yollarının sunulması da istenmiştir.

Katılımcılar teknik olarak hizmet alırken medeni durumun gözetilmediğini belirtmişler ancak evli ya da bekar olma durumuna göre gördükleri muamelenin farklılaştığını belirtmişlerdir. Bekar bir kadın olarak sağlık hizmetlerine ulaşmanın daha zor olduğu söylenmiştir. Pronatalist politikalar nedeniyle aileye verilen değer bireye verilen değer önüne geçmiş, bu da bekar kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerini zorlaştırmıştır.

## Kürtaj Hakkında Bilgiler ve Görüşler

Katılımcılardan yalnızca 2 tanesi yasal kürtaj süresi hakkında doğru bilgiye sahiptir. Yasal süre içerisinde olsalar dahi kürtaj hizmetini devlet hastanelerinden alamayacaklarını, bunun ihtimal dahilinde bile olmadığını belirtmişlerdir. Devlet hastanelerinde bu hizmetin sağlanmasının doktorun inisiyatifinde olduğunu ve kişisel bilgilerinin ihlal edileceğinden endişe duyduklarını belirtmişlerdir.

*“Böyle bir şüphem olduğunda devlet hastanesine gitmeyi hiç düşünmedim. Gerekli olan parayı denkleştirmeyi düşündüm sadece. Bu süreçte kendimi kötü hissettirecek insanlara maruz kalmamak için devlet hastanesine gitmeyi hiç düşünmedim”* (25 yaşında kadın).

## Acil Kontrasepsiyon Hizmeti ve Kondom Hakkında Bilgi ve Görüşler

Katılımcıların ertesi gün hapi hakkında bilgilerinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Türkiye’de kürtaj yaptırmanın psikolojik, fiziksel, sosyal ve ekonomik zorluklarının farkında oldukları için sıklıkla bu yöntemle başvurmayı tercih etmektedirler. Ancak ertesi gün hapının etkileri hakkında yeterli bilgiye erişememekte ve bu konuda bilgilendirici içeriklerin hazırlanması gerektiğini talep etmektedirler.

Katılımcılar kondoma ücretsiz olarak erişebilecekleri yerlerden habersiz olduklarını ifade etmiş ve kondom fiyatlarının yüksek olması nedeniyle bu ihtiyaçlarını karşılamada sıkıntılar yaşadıklarını söylemişlerdir. Ayrıca kondomları temin ederken üzerlerinde sosyal baskı hissetmeleri, hangi kondomun kendilerine uygun olduğunu inceleyerek alma şanslarını yok etmektedir. Kondomun daha ucuz ve ulaşılabilir olmasını talep etmekte ve detaylı bilgi edinmek istemektedirler.

## Anonim HIV Test Merkezleri

Katılımcılardan sadece 2 kişi anonim HIV test merkezlerinin (GDTM) olduğunu duymuş fakat hizmet almamışlardır.

## Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Konusunda Bilgi Düzeyi ve Eğitim Talepleri

Katılımcılar CSÜS bilgi düzeylerini yetersiz olarak nitelendirmişlerdir. Hiçbiri bu konuda daha önce eğitim almamıştır. Özellikle cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgi edinmek istemektedirler.

*“Cinsel yolla bulaşan hastalıklar üzerine sağlam kaynaklardan bilgi almak isterdim. Detaylı ve bilgilerin derli toplu olduğu bir şekilde ulaşmak daha iyi olurdu. Bir cinsel sağlık hizmetinin standartlarının ve yönteminin nasıl olması gerektiğine dair bilgi almak isterim. Çünkü özel bir hastaneye gittiğimde hastane bazı testler talep ettiğinde bunun gerçekten gerekli olup olmadığını bilemiyorum” (28 yaşında kadın). Katılımcılar dijitalleşme vurgusunu sık sık yapmışlardır. Bilgilerin, eğitimlerin ve danışmanlığın dijital ortamda erişilebilir olmasının çok önemli olduğunu belirtmiş, böylece daha çok kişiye ulaşmanın mümkün olacağını söylemişlerdir. “Bu eğitimlere online olarak ulaşmak çok önemli. Teknolojiye erişimi olan kişilere daha rahat ulaşılabilir. Anonim şekilde de insanların katılması kolaylaşır böylece” (25 yaşında kadın).*

Katılımcıların çoğu CSÜS eğitimini akran eğitim modeliyle almak istediklerini belirtmişlerdir. Böylece daha rahat kendilerini ifade edebileceklerini ve karşılarında da onlarla empati kurabilecek birinin olmasının iyi hissettireceğini belirtmişlerdir. Eğitim verecek kişinin sağlık çalışanı olması halinde bu kişinin daha önce toplumsal cinsiyete dair eğitim ve araştırmalarının olması gerektiğini düşünmektedirler. Toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda tecrübeli olmayan bir sağlık çalışanından bu eğitimi almak istememektedirler.

### 5.2.3. Göçmen Kadınlar ile Odak Grup Görüşmesi

İKGV'nin tercüman desteği ile göçmen kadınlar ile 1 Odak Grup Görüşmesi planlanmış ve 11 kadın ile Zoom platformu üzerinden yaklaşık 2 saat süren odak grup görüşmesi yapılmıştır. Odak grup görüşmesi sonrasında tercümanının profilinin Raporun nitel bölümüne katkısı olabileceği düşünülerek kendisi ile ayrıca derinlemesine görüşme yapılmış, bulguları bu gruba eklenmiştir. Kadınların sosyodemografik özellikleri Tablo 3'de yer almaktadır.

Görüşmenin amacı anlatılarak görüşmeciler kendilerini tanıtmış, kişilerin kayıt için izinleri alınmıştır. Katılımcıların isimlerinin ve aktardıkları bilgilerin gizliliği bildirilerek, istedikleri anda görüşmeden ayrılacakları ya da istemedikleri sorulara cevap vermeyebilecekleri açıklanmıştır.

Doğurganlık özellikleri

- Gebelik sayıları 3-5,
- İlk gebelikler genelde ergenlik döneminde (1 tanesi 15 yaş, diğerleri 15 yaş üzeri),
- Katılımcılar arasında kendiliğinden ve isteyerek düşüğün yaygın (4'ünde 2 düşük).
- Katılımcıların bir daha çocuk istememe oranı %80.

## CSÜS Hizmeti Veren Personelin Yaklaşımı, Ayrımcılık, Kültürel Duyarlılığın Gözetilmemesi, Göçmen Sağlığı Merkezlerine Ulaşımın Önündeki Engeller

Genelde hem sağlık hem de CSÜS hizmetleri için sağlık kuruluşlarına başvuru yaptıkları öğrenilmiştir. Pek çok katılımcının hemfikir olduğu konu, sağlık çalışanlarının ayrımcılığına maruz bırakıldıkları, hizmetlere erişimde pek çok engelin olduğudur. Öncelikli olarak hizmet alabilmek için kayıtlı olmak gerekmektedir ve kayıtlı oldukları ilde ikamet etmiyorlarsa hizmetlerden yararlanamadıklarını bildirmişlerdir. Dil problemini pek çok merkezde yaşamaktadırlar, hatta sağlık hizmetine giderken yanlarında para karşılığında tercüme hizmeti veren refakatçi olarak gidecek kişi sağlayan bir sektörün geliştiği saptanmıştır. Dil sorunu yaşayacağını bildikleri için bu hizmetlere hiç talep olmadığı da bildirilmiştir. Sağlık çalışanları, özellikle doktorlar (Aile Hekimi) tarafından insan ve kadın haklarına uygun olmayan ayrımcı ve kötü muameleye maruz bırakıldıklarını bildirmekle beraber, bunun tam tersi, çok beğendikleri, çok ilgili ve bilgili hekim ve hekim olmayan sağlık çalışanlarının varlığı hakkında da bilgi vermişlerdir. Aile Sağlığı Merkezlerinden faydalanamadıklarını, oradaki hekimlerin kendilerini dışladıklarını ifade etmişlerdir.

*“1 doğum yaptım ve 1 kürtaj oldum, İstanbul’da bir Hastanede kimliğim başka ile kayıtlı olduğu için beni kabul etmediler, doğum sancısı halindeyken hastaneye gittiğimde de beni kabul etmediler, 4 farklı adres verip onlardan birine gitmemi söylediler, en son Bağcılar’daki hastane kanamam da arttığı için beni kabul etti, orda çok kötü muamele ve ayrımcılık gördüm, ilgisizlik ve sert davranışlara maruz kaldım bundan dolayı hastalandım ve 5 gün hastanede kaldım”* (31 yaşında göçmen kadın).

*“Türkiye’de hamile kaldıktan sonra doktora gittiğimde doktor bebekte sorun olduğunu ve düşük yapmam gerektiğini söyledi, hamile kalmadan önce bir aşı olmam gerekiyormuş ama kimse bu konuda beni uyarmadığı için bilmiyordum, çocuğum sağlıklı doğdu ama keşke hamile kalmadan önce doktora gittiğimde bu bana söylenseydi”* (35 yaşında göçmen kadın).

*“Verilen hizmet genel olarak iyi fakat çok kalabalık oluyor. Göz ve diş ile ilgili sorunlarında muhatap bulamıyoruz bir tek. Büyük şehirlerde böyle merkezlerin sayısı çok olduğu için kadınlar daha kolay ulaşıyorlar fakat küçük şehirlerde yaşayan kadınlar için durum daha zor. Birçok kadın da böyle merkezlerden haberdar olmadıkları için hizmet alamıyorlar. Suriyeli kadınların bu merkezlerle ilgili daha çok bilgisi olmalı”* (43 yaşında göçmen kadın).

*“Hiç göçmen sağlığı merkezine gitmedim çünkü hakkında iyi şeyler duymadım. Çok kalabalık olduğu ve sağlık çalışanlarının iyi davranmadıkları söyleniyor, aile hekimine gitmeyi tercih ediyorum”* (31 yaşında göçmen kadın).

*“Göçmen sağlık merkezine gittiğimizde uzmanlık alanında doktor bulamıyoruz. Örneğin biz kalp doktoruna gittik, cildiye doktoru bizi karşıladı”* (38 yaşında göçmen kadın).

*“Düzenli olarak doktora gidiyorum. Özel hastaneye gittim hep. Hiç ayrımcılık yaşamadım. Aksine çok iyi karşıladı doktorlar. Beraber çalıştığım Suriyeli kadınlar da sağlık hizmetlerinden çok memnunar”* (43 yaşında göçmen kadın).

- Hiçbir Merkeze, Birime Erişemeyen Kadınlar Erişememe Nedenleri

Genelde ayrımcılık ve kötü muameleye maruz bırakılacaklarını düşünen ve Türkçe konuşamayan, parası olmayan grup hizmete başvurmamaktadır.

- Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Konusunda İlk Bilgileri Aldıkları Yerler ve Kişiler

Katılımcıların CSÜS konusunda bilgi ve donanımın olmadığı, hepsinin ilk adetten sonra kendilerinin öğrendikleri ve uyguladıkları not edilmiştir. Katılımcıların bu soru karşısında bu konularda bilgiye ne kadar ihtiyaç duyduğu saptanmış ve Araştırma Ekibi tarafından onlara CSÜS konularında başka eğitimler isterlerse düzenlenebileceği bildirilmiştir. Görüşülenler, kendilerinin yanı sıra kendi kızları da kendileri gibi öğrenmesin diye ergenlik konusunda eğitim talep etmişlerdir.

*“14 yaşında evlendiğim için kimseden bilgi alamadım, kendi kendime öğrendim”* (31 yaşında göçmen kadın).

*“Ben her şeyi annemden öğrendim, ilk gece hakkındaki tüm bilgileri de annemden öğrendim, hamile kaldığımda nasıl beslemem gerektiğine kadar annem anlattı”* (49 yaşında göçmen kadın).

*“Annemden utandığım için arkadaşlarımdan öğrendim, okuduğum kitaplar da faydalı oldu”* (49 yaşında göçmen kadın).

## İstenmeyen Gebelikleri Önleyici Yöntemler Konusunda Bilgi ve Uygulamalar

Katılımcıların gebelikten korunma yöntem bilgisi ve uygulama alışkanlığının Suriye’de kullandıkları ile genelde aynı olduğu saptanmıştır. Doğurganlığın düzenlenmesi (AP) bilgi ve danışmanlık hizmetlerine ulaşamadıkları için büyük çoğunluğunun geri çekme yöntemini kullandıkları, eşlerinin kondom kullanmak istemedikleri ve yeni yöntemlere açık olmadıkları gözlenmiştir. Büyük kısmının modern yöntemler hakkında bilgilerinin olmadığı gözlenmiştir.

*“Bu soru çok önemli çünkü ben de ne yapacağımı bilmiyorum. Geri çekme yöntemi kullanıyoruz eşimle. Farklı yöntemler de kullanmak istiyorum ama nasıl olur bilmiyorum. İlerde çocuğum olmasına engel olur mu bilmiyorum”* (31 yaşında göçmen kadın).

*“Türkiye’ye geldikten sonra bu konuda eğitimler aldım ve internetten araştırdım. Yöntemler arasında bana en iyi gelen metal spiral oldu. Hormondansa spiral kullanmak daha iyi diye düşünüyorum”.* (28 yaşında 2 çocuğu var bir daha çocuk istemeyen göçmen kadın).

*“Önceden geri çekme yöntemi kullanıyordum. Bir dönem hap kullandım. O haftan sonra benim adetim kesildi. 43 yaşındaydım hap nedeniyle erken menopoza girdim”* (49 yaşında göçmen kadın).

*“Başka çocuk sahibi olmak istemediğiniz için korunmak isteyip, korunma yöntemine ya da doktora ulaşamadığınız oldu mu?” sorusu üzerine pek çok katılımcı özellikle korona pandemisi yüzünden hizmete erişemedikleri, telefon ile randevu alamadıkları, normal kontrollerini dahi yapamadıklarını dile getirmiştir. Bu noktada görüşmeciler, göçmen kadınların check-up, kanser tarama hizmetlerine de çok fazla ihtiyaçları olduğunu fakat nereye nasıl başvuracakları bilgisine sahip olmadıklarını fark etmiştir. “Annemin tavsiyesi üzerine ben de araştırdım ve spiral kullanmaya başladım, gayet memnunum”* (43 yaşında göçmen kadın).

## Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Bakım Hizmetleri

Doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetlerine ulaşabildikleri ve bu hizmetlerden memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bu hizmetleri büyük çoğunluğu özel kuruluşlardan almaktadırlar.

*“Türkiye’ye geldikten sonra her 6 ayda bir gittim doktora, hizmetten gayet memnun kaldım”* (49 yaşında göçmen kadın). *“Hamile kaldığım zaman her ay doktora gidiyordum, hamileliğin sonlarına doğru kontrolleri sıklaştırdık, memnun kaldım”* (31 yaşında göçmen kadın).

## İsteyerek Düşük (Kürtaj) Deneyimi

Katılımcıların büyük çoğunluğu bu deneyimi yaşamış ama detayları hakkında konuşmak istememişlerdir. (Gözlemci Notu: Halen bu hizmetlerin yasallığı konusunda tereddütleri olduğu için bu konu üzerinde çok konuşmak istemiyorlar, fazla ısrar edilmedi.)

*“Bir kürtaj deneyimim olmuştu. Hizmetten çok memnun kaldım. Bu hizmeti devlet hastanesinden aldım”* (49 yaşında göçmen kadın).

*“Türkiye’de özel sağlık kurumunda kürtaj oldum ve herhangi bir sıkıntı yaşamadım. Türkiye’de artık kürtajın yasak olduğunu biliyorum. Yalnızca annede veya bebekte riskli bir durum söz konusuysa kürtaj yapılabilir”* (43 yaşında göçmen kadın).

## Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlardan Korunma Yolları

Katılımcıların CYBE hakkında bilgilerinin olmadığı, kondom kullanmadıkları, kondomu eşlerinin istemediği saptanmış olmakla birlikte bazılarında süregelen akıntılarının olduğu saptanmıştır.

*“Sağlıklı besleniyorum, kendime iyi bakıyorum, bol bol su içiyorum fakat yine de kendimi kurtaramıyorum bu dertten”* (32 yaşında göçmen kadın).

## Çocuk Yaşta, Erken ve Zorla Evlilikler

Çocuk yaşta erken ve zorla evliliklerin Suriyeli vatandaşlar için olağan olduğu, katılımcıların pek çoğunun bunu yaşadığı ama aynı şeyi kendi kızları için istemedikleri öğrenilmiştir.

*“Ben 14 yaşında anne oldum. Şimdi düşündüğümde bunun şiddet olduğunu anlıyorum. Kızım 20 yaşında ama ona hala çocukmuş gibi bakıyorum. Erken evlilik bence bir cinayettir”* (41 yaşında göçmen kadın).

*“Ben 24 yaşında evlendim erken değildi ama çevremizde çok fazla erken yaşta evlendirilen vardı. Genelde kızlar regl olduğu zaman evlendiriliyorlar. Bunu önlemenin yolu eğitimden geçiyor. Kadınlara yönelik seminerler, atölyeler çok faydalı oluyor gözlemliyorum. Kadınlar genelde bilmedikleri için onlara aileden öğretilen şeyleri doğru kabul ediyorlar. Ama bu eğitimle değişebilir. Suriyeli kadınlar gerçekten öğrenmeye çok açıktır. Seminerlere, etkinliklere büyük ilgi gösteriyorlar. Bu konudaki etkinlikler artırılabilir”* (43 yaşında göçmen kadın).

## Kadına Yönelik Fiziksel ve Cinsel Şiddet

Katılımcıların hemen hemen hepsi fiziksel ya da cinsel şiddete yaşamlarının bir dönümünde şahit olduklarını belirtmişlerdir. Suriye ile Türkiye'yi kıyaslayınca Türkiye'de kadın haklarının daha iyi olduğunu, kadınlara daha çok değer verildiğini bildirmişlerdir. Kadına karşı şiddet ve cinayette Türkiye'de çok iyi mücadele verildiği dikkat çekmiştir.

*“Bu konularda Türkiye’de daha rahatız. Bu konuda başıma bir şey geldiğinde polisi aradım ve geldiler.”* (26 yaşında göçmen kadın).

*“Türkiye’de kadın hakları dahaiyi durumda. Suriyeli erkekler Türkiye’deki kanunlardan korktukları için bir şey yapmaktan çekinmiyorlar. Ama Suriye’ye dönünce yine aynı şey olacak”* (31 yaşında göçmen kadın).

*“Suriyeli kadınlar neyin şiddet olup olmadığını bilmedikleri için çoğu zaman şiddet karşısında sessiz kalıyorlar. Şiddete uğradıklarını fark ettiklerinde de korktukları için ses çıkarmıyorlar. Çoğu kadın yaşadığı şeyin cinsel şiddet olduğunu bilmiyor bile. Biz merkezlerde eğitimlerde anlatıyoruz. Şiddet sadece fiziksel olmaz psikolojik, ekonomik, cinsel şiddet de vardır. Kadınlara yönelik bu konuda daha çok eğitim olmalı. Önce neyin şiddet olduğunu öğrenmeliler. Böyle bir durumla karşılaştıklarında biz polisi aramalarını söylüyoruz. Bir de Kadın Destek Uygulaması çok faydalı. Hatta bir kadın bu uygulamayı kullanmış hemen polis gelmiş olduğu yere. Böyle bir uygulamanın olduğu daha çok anlatılmalı. Kadınların başvurabileceği merkezler çoğaltılmalı”* (43 yaşında göçmen kadın).



## Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetlerinin İyileştirilmesi İçin Öneriler

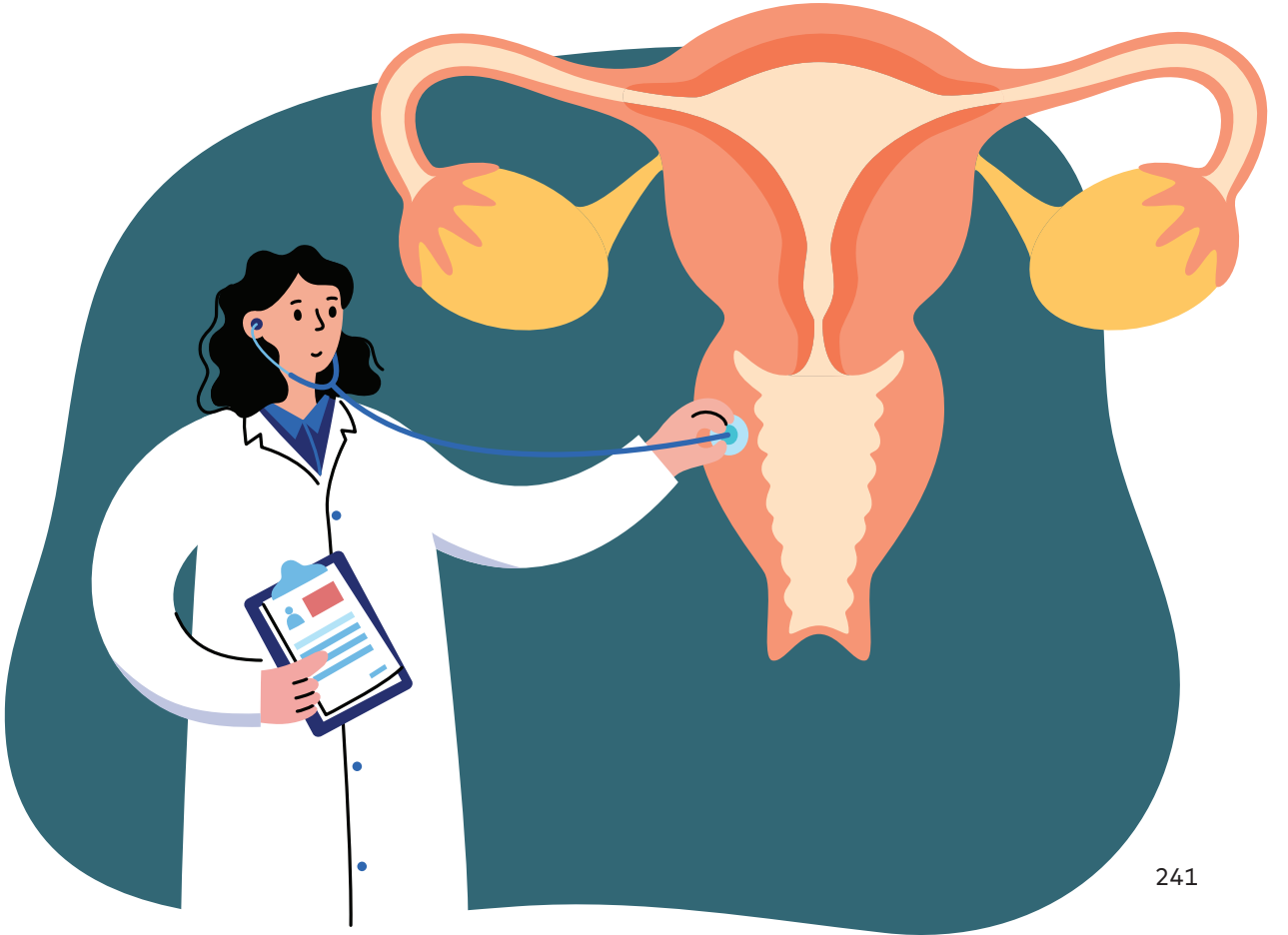
*“Eğitim ve bilinç sahibi olmak çok önemli. Özellikle korona döneminde online olarak eğitim almak iyi olur. Özellikle ergenlik döneminde olan kızlara yönelik bir eğitim yapılabilir” (35 yaşında göçmen kadın).*

*“Dil çok önemli. Benim yaşadığım sıkıntıların temelinde dil bilmemek var. Özellikle doğum yaparken doğumhanede beni anlayan kimse olmadığı için çok sıkıntı çektim. Ağlıyordum, bağırıyordum fakat derdimi ifade edemiyordum. Tercümanların doğumhaneye girmesine izin vermiyorlar“ (31 yaşında göçmen kadın).*

*“Cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili bir eğitim merkezi açılrsa çok iyi olur“ (48 yaşında göçmen kadın).*

*“En çok ergenlik dönemindeki kızlara yönelik eğitim olmalı” (49 yaşında göçmen kadın).*

*“Bence de ergenlik dönemine yönelik eğitim olmalı” (49 yaşında göçmen kadın).*



## 5.2.4. Görme Engelli Kadınlar ile Odak Grup Görüşmesi

Görme engelli kadınlar ile 1 odak grup görüşmesi planlanmış ve 7 kadın ile Zoom uygulaması üzerinden yaklaşık 1 saat 30 dakika süren odak grup görüşmesi yapılmıştır. Kadınların sosyodemografik özellikleri Tablo 3’de yer almaktadır. Grup moderatörlerinden birisi bu odak kadın grubu profiline uygun olduğu için onun sorulardaki yorumları da analizlere dahil edilmiştir.

Görüşmenin amacı anlatılarak görüşmeciler kendilerini tanıtmış, kişilerin kayıt için izinleri alınmıştır. Katılımcıların isimlerinin ve aktardıkları bilgilerin gizliliği bildirilerek, istedikleri anda görüşmeden ayrılacakları ya da istemedikleri sorulara cevap vermeyebilecekleri açıklanmıştır.

### CSÜS Hizmeti Veren Sağlık Çalışanlarının Yaklaşımı Ayrımcılık ve Hizmete Erişim Engelleri

Katılımcıların çoğu, sağlık hizmetine ulaşırken annesi ya da bir yakını ile doktora gitmek zorunda kaldığını, bunun mahremiyet alanlarını zedelendiğini, bu mahremiyetin doktor-hasta görüşmesi sırasında doktorun muayene odasında hasta dışında kalan yakınları dışarı çıkararak sağlık hizmet sunumuna devam etmesinin gerektiğini, mahremiyet alanlarının bu şekilde doktor tarafından sağlanması gerektiğini vurgulamıştır. Görüşmelerde CSÜS hizmetlerine erişirken sağlık çalışanı tarafından ayrımcı olmayan tutumlarla karşılaşanların oldukça küçük bir grup olduğu görülmüş, genellikle görme engelli kadınların sağlık hizmetine ulaşırken sağlık çalışanı tarafından ayrımcılığa maruz bırakıldığı ortaya çıkmıştır. Katılımcılar sağlık çalışanının engellilik ve CSÜS konularının bir arada olduğu durumlarda bilgi konusunda yetersiz kaldığını da vurgulamıştır.

*“Ben gebelik döneminde bayağı bir problem yaşamıştım. Özele gittiğimde güven vermedi bana, doğumu orada yapmak istemedim çünkü sezeryan istediler görme probleminden dolayı. Mesela Üniversitesi’nin Bölüm Başkanı vardı ona gittim. O da aynı şeyi söyleyince ben çok sıkıntı yaşamıştım. İlk doğum 16 saat sürüyor ve biz sizinle uğraşamayız gibi tepkilerle karşılaşmıştım”* (kadın).

*“Eşimden ayrıldıktan sonra bir şikayetle jinekoloğa gittiğimde “eşin yok, hamile değilsindir sanırım, o testi yapmıyorum” dedi.Siz bilirsiniz dedim sonra”* (kadın).

“Üniversitedeyken Mediko'ya gitmişim idrar yolu enfeksiyonu şikayetiyle yıllar yıllar önce. Oradaki doktor sormuştu cinsel olarak aktif misin diye, o soru hoşuma gitmişti. Kendimi sıradan hissetmişim. Herhangi bir önyargıda bulunmadan “Aa bu işte kördür zaten, ne alakası var” gibi düşünmeyip bana da sorduğu için mutlu olmuştum açıkçası” (kadın).

“Benim annemle babam doktor olduğu için her sağlık meselesini genelde ahbab, arkadaş aracılığıyla çözüyoruz ve çok da kendi kimliğimle dışarıda olmuyorum sağlık konusunda. Beni kör kimliğimle veya engelli kimliği ile karşılamıyorlardı. Çünkü beni tanıyorlardı. İlk defa annem babam yokken Mediko'da bir sağlık hizmeti almaya çalıştım. Çok bariz bir şeydi ama teşhis konulamadı. Nedeni de doktorun benim daha görünür ve engelliliğimden kaynaklanan yerlere odaklanması ve çok basit bir muayeneyi atlamasıydı” (kadın).

“Ailemin yanına gittiğim zaman ara ara düşünüyordum, ailemle doktora gitmek zorunda kalsam acaba doktor ne kadar profesyonel davranır, hasta mahremiyetini korur mu, ne kadar içgüdüsel davranır “Aaa sizin bu kör kızınız neler yapıyor” diye konuşur mu? Ara ara düşünüyordum yani böyle bir durumda kalırsam ne olur acaba diye” (kadın).

“Benim evlenmeden evvel gittiğim bir jinekolog ısrarla cinsel yaşamın var mı, olabilir mi, emin misin, var mı yok mu tarzı sorularla üstüme gelmişti. Travmatikti benim için açıkçası. O zamanlar Bolu'da çalışıyordum ve küçük bir yer Bolu. Sonrasında evlendiğimde gideceğim jinekoloğa araştırıp gitmişim ve aşırı memnundum. Jinekoloğum erkekti ve beni muayene edecekken yapacağı testleri, muayenede kullanacağı gereçleri ayrıntılı bir şekilde anlattı. Smear testi için kullanacağı aleti dışarıdan eldivenle ellememi sağladı. Bu alet böyle bir şey diye onu ayrıntılı bir şekilde hem betimledi hem dokundurdu. Masaya dokundurdu. Nasıl bir muayene olacak, nasıl bir masa... Beni konforlu hissettirmek için uğraşmıştı, mesela o benim için çok kıymetliydi” (kadın).

“Genelde, görme engelli olduğumuz için ailemizle birlikte gidiyoruz. Annemle birlikte gidiyorum ben. Böyle şeyleri konuşmak biraz utanç getiriyor insana. Çocuğumun olup olmayacağını bile anneme sordurdum. Bir de ciddiye alan da yok genelde. Hatta görme engelli olduğum için bazıları çok acınası yaklaşıyor. Evlenemeyebileceğimi düşünenler oldu. Küçümsüyorlar. Özellikle küçük şehirlerde. Büyükşehirler için söylemiyorum bunu tabii ki. Yumurtalık kisti ameliyatı olmuştum yıllar yıllar önce. Devlet Hastanesi'ne gittim. Doktora dedim ki “peki ileride çocuğum olur mu, bir sıkıntı olur mu?”. Doktor bana “sen önce koca bul da gerisini sonra düşünürsün” dedi” (kadın).

Görme engelli kadınlar cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimde fiziksel engelli olan kişilere göre avantajlı olduklarını düşünmektedir.

*“Biz körler olarak cinsel sağlık anlamında, sağlığa ulaşma anlamında bir tık daha şanslıyız özellikle bedensel engeli olan arkadaşlarımıza göre çünkü bizim yaşadığımız sorunları ben iki boyut altında toplayabilirim. Bir tanesi tutumlar ikincisi de bilgiye erişim. Erişilebilir formatta olmaması veya hastaneye erişim de diyebiliriz ama diğer engel grupları için fiziksel sağlıkla cinsel sağlığın etkileşimi hakkında doktorların ciddi anlamda özellikle bilgili olmaları gerekiyor. O bilginin olmadığı bir doktora gittikleri zaman sağlıkları risk altında. En azından bizim başka bir sağlık problemimiz yoksa doktorun bilgisizliğinden kaynaklı bir dezavantajımız olmadığı için bir yandan da avantajlı olduğumuzu düşünüyorum” (32 yaşında kadın).*

*“Biz, jinekolojik muayenede çatala çıkabiliyoruz ve çatala çıkamayan bir sürü engelli insan var. Ayrıca muayene odalarının tasarımı standart. Başka bir şey hesaba katılmamış” (kadın).*

## **Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitimi**

Katılımcılar cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında daha önce hiç eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Okul dönemlerinde konu hakkında yapılan seminerler yalnızca kadınlara yönelik kısa seminerler olarak kalmıştır.

*“Körler okulu mezunuyum. Biz 6 ve 7. sınıfa geldiğimizde bizim okula hemşireler gelmişti tanıtım için. Ped getirip arkadaşlarımıza tanıtmışlardı. Sadece bize regl olacağımız için böyle bir eğitim verilmişti. Nasıl kullanacağımızı, ne yapmamız gerektiğini... Böyle takacaksınız, 3 günde 7 gün arasında kanamalarınız olabilir gibi... Sadece yarım saat toplanıp ortalama 40 50 kişi civarında kişiye konuşma yapıp gitmişlerdi. Bütün eğitim bu kadardı. Regl ve ped kullanımıyla ilgili bilgilendirme yapmışlardı“ (kadın).*

*“Ben ilkokul, ortaokul ve lisede eğitim aldım. Çok temel şeylerdi. Kimin verdiğini bilmiyorum, nereden geldiklerini... Ortaokuldaki bir eğitimimizden şunu hatırlıyorum. Ped kullanımına ek olarak kızlık zarının fotoğraflarını göstermişlerdi ve bu toplumumuz için çok önemli deyip geçmişlerdi. Cinsellikle ilgili sadece bunu söylediler. Üniversitede de şu an arkadaşlarımızla kafamıza bir şey takıldığında birbirimizden destek alarak, kim daha fazla biliyorsa, kimin daha fazla erişimi varsa şeklinde çözüyoruz olayları. Bir de dijital kaynak aslında çok fazla var ve bizim aramızda da aşırı popüler, okulda. Ben şu anda Boğaziçi’nde okuyorum.*

*Hem okuldaki kadın örgütleri hem de öğrenciler arasında bilinçlendirme ve bilgi yayma çok fazla ama bilgiler genel olarak görsel yayılıyor ve görselin betimlemesi genelde olmuyor. Ben görebiliyorum görseli büyüttüğümde ama total kör olsaydım o bilgiye erişemeyecektim“ (kadın).*

*“Ankara’da bir Körler Okulu’ndan mezunum. 40 dakika falan sadece kız öğrencileri bir yere toplayıp bir eğitim verilmişti o kadar” (kadın).*

## **İstenmeyen Gebelikleri Önleyici Yöntemlerle İlgili Bilgi ve Uygulamalar**

Katılımcıların istenmeyen gebelikleri önleyici yöntemler hakkında sınırlı bilgisi olduğu görülmüştür. En çok bilinen gebelik önleme yöntemi ise doğum kontrol hapıdır.

*“Ben genel olarak bir şey bilmiyorum açıkçası, sadece hap kullanıldığını biliyorum. Hatta 10 haftayla ilgili bir sıkıntı varmış sanırım. Sonradan dışkı yoluyla atılma durumu varmış ve bunun fark edilmesi çok zormuş diye bir şey duymuştum ama ne kadar doğru olduğu konusunda bir fikrim yok” (kadın).*

*“Ben evlenmek istediğim için şu an çok araştırıyorum bu konuları. Hapı ben de duydum, iğne varmış sanırım, iğneyi duydum ama sağlığa ne kadar zararlı onu bilmiyorum. Spiral takılıyor diye biliyorum. O da zararlı olabiliyormuş bir kadın için. Başka bir bildiğim yok” (kadın).*

*“Ben doğum kontrol ile ilgili ilaçların aylık düzeni sağlamak için kullanılan ilaçlar olduğunu biliyorum ama kullanmadım. Prezervatifle korunmayı biliyorum. Bir de aksi bir durumda ertesi gün hapını biliyorum” (kadın).*

*“Spiral taktırılması gibi bir durum olduğunu biliyorum. Bununla ilgili bir sorun olduğunda yine arkadaşlarıma yöneliyorum direk. Bir hekime falan gidip danışmak benim için çok korkunç bir şey gibi geliyor. Hep öyle bir algı var, sanki hep öyle olacakmış gibi” (kadın).*

## **Toplumun Engellilerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığına Yaklaşımları ve Tutumları**

Katılımcılar, engelli bireylerin toplumda cinsellik, romantik ilişkiler gibi konularda yok sayıldığını, hatta mahremiyet alanlarının toplum tarafından kolaylıkla ihlal edilebildiğini düşünmektedir.

*“Herkesi kardeş gibi görüyorlar. Aranda cinsel bir şey olabileceğini düşünmüyorlar çünkü kardeş algısı var. Zaten dışarıda da yardım ederken bir başka kadına dokunma olayı olmazken sana otobüse binerken belinden tutma, daha böyle dokunsal davranma, elini tutma karşıdan karşıya geçerken... İstediginde ben sana yardım ediyorum gibi karşılık vermeler... ve bütün herkes o adamı destekliyor. Kendine yapılırsa hoşlanmayacağı şeyi sende makul görüyor toplum” (kadın).*

*“Bir gün erkek bir arkadaşım ile yürürken yola araba falan park etmişlerdi, biz de geçemedik tabi. Yardım etmeye çalışan insanlar “Tamam birbirinizin elini tutun, şimdi bir şey yok.” falan moduna girdiler. Oysaki sokakta yürüyen iki tane çift görselerdi “Utanmadan bir de el ele tutuşuyorlar” diye de bilirlerdi ama iki kişi görme engelli olunca böyle bir yargıları olmadı” (kadın).*

*“Biz eşimle evlendiğimiz zaman 2, 3 ay eşimin öğrenci evinde yaşamıştık. Sonra o evi başka bir arkadaşımıza devrettik ve çıktık. Sonra üst kattaki teyze bizim arkadaştan bizim evli olduğumuzu öğrenmiş. Tepki şu: “Aaa ben onları kardeş zannediyordum. Ne güzel öyle el ele, kol kola geziyorlar diye düşünmüştüm.” “Romantik bir şeyi bile kabul etmek istemiyorlar, değil ki bu işin cinselliğe dönüşü... Eski eşimleyken kardeş zannediyorlardı. Sonradan soruyorlar “Siz kardeş misiniz” “Peki arkadaş mısınız” Yani evli misiniz ya da sevgili misiniz sorusuna gelene kadar merak ettikleri sorular önce kardeşten sonra arkadaştan, akrabadan gidiyor” (kadın).*

*“Ben şununla çok karşılaşıyorum. “Aaa oğlu da varmış” (kadın).*

## **Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği**

### **Kadına Yönelik Fiziksel ve Cinsel Şiddet**

Katılımcılar, toplumun herhangi bir alanına girdiğinde cinsel taciz, şiddet gibi durumlarla karşılaştıklarını, çoğu cinsel tacize maruz bırakıldıklarında nerelere başvuracakları hakkında bilgi sahibi olmadıklarını ve hatta ileri düzey taciz, şiddet, istismar gibi bir durumla karşılaşmadıkları sürece var olan şikayet mekanizmaları ve hukuki süreçler içerisinde girmemeyi tercih edebileceklerini belirtmişlerdir.

*“Göğüsten dolayı bir sıkıntım vardı. Doktora gittiğimde annem de yanımda olduğu için biliyordum nasıl davranılması gerektiğini. Nasıl denilir, adam çok dokundu bana ve bir daha gitmedim öyle bir doktora. Şu anda da kistlerim var ama gitmeye korkuyorum” (kadın).*

*“Ben toplu taşımada yaşadım ve panikten şikayetçi olmadım, öyle kaldı” (kadın).*

*“Ben bir psikolog olmama rağmen şu andaki mekanizma, nereye şikayet edilir, bir danışanın dahi olsa tam ne yapacağını bilemem. Hakikaten kendi başıma gelse olayın ciddiyetine bağlı. İleri düzey bir saldırı ve istismar gibi bir şey olsa elbette şikayetçi olurum ama daha ufak bazda şeyler için o sistemin içine girmek ister miyim ona hiç emin değilim. Mesela ben bir defa karda poşetle kayıp kafamı vurup hafızamı kaybetmişim. Hastaneye gitmişim, doktora bana “Madem körsün, niye karışyorsun” dedi. Otobüse bindim, şöyle bir şey oldu, şuraya gitmişim söyle bir tacize maruz kaldım desem “Madem körsün, niye oraya gidiyorsun” gibi bir şey de olabilir. O yüzden ufak bir durumsa eğer, yani daha açık konuşmak gerekirse bir elle taciz, dokunma falan gibi bir şey söz konusuysa muhtemelen, maalesef sineye çeker, hiç o sistemin içine dahil olmamayı tercih ederdim diye düşünüyorum kendi adıma. Tekrar travmatize olmak istemezdim çünkü zaten hiçbir şey olmayacağına dair bir inancım var. Yani o kişi ne bir ceza alacak, ne bir yaptırım olacak. O yüzden kendi kendimi boşuna yormayayım diye düşünürdüm” (kadın).*

*“Ben karşılaşmışım böyle bir şeyle. En azından adamın yaptığı ortaya çıksın diye otobüsten indirmişim, biraz da judo biliyordum. Bir hamle yaptım, terbiyesiz diye kolunu büktüm. Sonra diğer insanlar onu indirmişti otobüsten ama ben nereye şikayet edeceğimi bilmiyorum. Ceza almayacaklarına inancım var hafif tacizlerde” (kadın).*

*“Bir kadın düşünün en özelini bir arkadaşıyla bile paylaşırken sıkıntı yapıyor, bir erkek, birkaç kadınla olan birlikteliğini, deneyimlerini çok daha rahat paylaşıyor ya da bu bir üstünlükmüş gibi çok daha rahat anlatabiliyor. Biz kadınlar olarak daha özel hissediyoruz cinsel anlamda kendimizi. Daha çok baskılıyoruz sanki bir erkeğe nazaran” (kadın).*

*“Bence bunun en korkunç yaşandığı yer ilk cinsel deneyim ve bekaretin korunması kısımları. Ben bir doktora gitsem bunu ailele paylaşır mı vs. diye düşünüyorum. Bir erkeğin öyle bir derdi yok. Bir şeyinin anlaşılması, bir şeyinin gündeme gelmesi... Hadi diyelim ki geldi, bunun yüzünden aile içinde sorunları yaşaması... O tarz şeyler yok” (kadın).*

*“Benim için kadın olmak engelli olmaktan daha önce geliyor problem olarak, yani engellilik sonradan ekleniyor gibi. Engelli olmasaydım da çoğu çekinceyi, Türkiye'de yaşıyor olduğum için yaşadım” (kadın).*

## Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetlerinin İyileştirilmesi için Öneriler ve Talepler

Katılımcılar, kapsamlı sağlık hizmetleri talep etmekle beraber sağlık hizmetine erişimlerinin kolaylaşabilmesi için engelliler özelinde uygulamalar olması gerektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcılar cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda eğitimlerin mevcut olması ve engellileri kapsayacak şekilde tasarlanması gerektiğinin, bu eğitimlerin güçlendirme yaklaşımıyla özellikle de kadın ve kız çocuklarına verilmesi gerektiğinin altını çizmişlerdir.

*“Bence cinsel sağlık, diğer tüm sağlık alanları gibi bizim kişisel sağlığımızla ilgili bir şey. Nasıl bir nöroloğa gidiyorsak, genel cerraha gidiyorsak, aile hekimimize gidiyorsak, ortopediye gidiyorsak, bütün bunlar nasıl temel sağlık hizmeti ise cinsel sağlık hizmeti de böyle bir şey. Bu ayrıca konuşulması gereken veya sadece evlilerin konuştuğu bir şey ya da evli insanların düşünmesi gereken bir mevzu değil. Biz cinsel insan varlıklar olarak doğuruyoruz, bebeklikten itibaren öyleyiz. Dolayısıyla da bu kısmın da sağlıklı olması gerekiyor” (kadın).*

*“Bu konuyla ilgili sağlık güvenliği danışma hattı kurulabilir diye düşünüyorum. Bir internetten ya da YouTube kanalından doğru bilgiye ulaşım ulaşamayacağımızı bilemeyebiliriz. Bize uzman kişiler tarafından ya da tıp mezunu, eğitilmiş insanlar anlatmalı. Ben sosyal medya grupları, YouTube kanallarına çok güvenmiyorum açıkçası. Bir kanal açılmalı ya da bir sosyal medya platformu kurulsun da buradan bilgi verilsin gibi düşüncem yok işin açıkçası” (kadın).*

*“Şuan bu konuları sorduğum insanlar arkadaşlarım ama Birleşmiş Milletler’in Y-PEER diye bir programı var. Akran eğitiyorlar ve onlar cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili eğitimler veriyor yine akranlarına. O programın aslında kapsayıcı olması düşünülüyordu ama engelli duyarlılığı ne kadar fazla ve buna ne kadar önem verildi tasarlanırken bunu bilmiyorum ve sanırım şu an durduruldu ama öyle bir programda engelliğin özel olarak ele alınmasını ve entegre edilmesini çok isterdim” (kadın).*

*“Kimsenin adımı, yaşımı ya da benimle ilgili herhangi bir şey bilmediği bir durumda daha rahat sorularımı sorabileceğimi fark ettim. Bunun da uzaktan bir şekilde olması gerekiyor. Yüz yüze belki daha rahat anlatılabilir ama uzaktan kendimi daha rahat ifade edebileceğimi düşünüyorum” (kadın).*

*“Benim evli bir arkadaşım var. Bu konuları konuşurken rahat ediyorum. Ondan alıyorum ben bilgileri genelde çünkü biraz utangaç bir insanım. Doktorlara çocuğumun olup olmayacağını bile sorduğumda “aman şimdi boşver, zamanı gelirse konuşulur” diye geçiştiriyorlar. Kör olunca demek ki çocuğunun olmayacağını düşünüyorlar. En son hatta anneme sordurdum. Güvenilir bazı doktorlar bu konuda bir platform oluşturabilirler ya da bir danışma hattı olabilir” (kadın).*



“Bence de bir danışma hattı olabilir. 182 randevu sistemi gibi. O sistemle engelli direkt not alınıp hastaneye ulaşma süreci, doktoru, muayene odasını bulması vs... bilinebilir. Derdimizi anlatırken bir sürü önyargıyla karşılaşılıyor. Sadece doktor değil, hastaneye ulaşana kadar taksi şoförü, belki dışarıdaki güvenlik, bir sürü insanla muhatap oluyoruz. O süreç de bizi geriyor aslında” (kadın)

“Randevu sistemine engelli bireyin o saatte geleceğini güvenlik bilecek, danışmadaki kişi bilecek, doktor da bilecek. Böylece engelli bireyin yaşadığı sıkıntı da ortadan kalkacak. Bence en basit sistem bu olabilir” (kadın).

“Eğitimin hangi konuda olduğu önemli değil. Diğer kadınlara hangi eğitim veriliyorsa bize de o verilebilir. Doğum kontrolü olur, cinsel birleşmeyle ilgili olur, menstrüasyon dönemleri olur ama eğitimin içeriğinin erişilebilir olması gerekiyor. Yani ben hayatımda hiç prezervatif görmediysem, hiç dokunmadıysam, erkek arkadaşım da aynı durumda ise bunu kullanacağım zaman bunu takacağımı nereden bileceğim?” (kadın).

“Bir arkadaşım tüp bebek tedavisi görüyor ve 2-3 yıl korunduğu için “Acaba rahimim küsmüş olabilir mi?” diye tedirginlikleri var. Bilgilerin erişilebilir olması gerektiğini, bugünkü sorularımıza net ve kesin çözümler alabileceğimiz bir yerin olmasını tabii ki isterim” (22 yaşında kadın).

“Erken dönemdeki eğitimin altını çizmek istiyorum. Ben 35 yaşındayım. Vura kıra, yaşaya göre bazı şeyleri öğrendik ve şu anda bir doktora da gitsem, olumsuz bir şey de yaşasam, hakkımı da savunabilirim ya da bunu öğrendim. Ben kendi ergenliğimi düşünüyorum, çocukluğumu düşünüyorum. Vajinal doğum diye bir şeyin olduğunu 5. sınıfta öğrendim. Zannediyordum ki bütün bebekler sezaryenle anne karnından çıkıyor. Penisin ereksiyon halinde ne hale geldiğini lise hazırlıkta öğrendim öğretmenimizden. Bu tarz bilgiler bu zamanlara kadar kalmamalı. Ben hasbelkader öğrendim. Öğrenemeyen olabilir. Daha hayati bilgileri öğrenemeyen olabilir. Uygun içerik ve uygun yöntemlerle erken dönem cinsel eğitimin hem kız hem erkeklere verilmesi gerektiğini düşünüyorum ama biz kadınlar daha dezavantajlı olduğumuz için kızlara mutlaka verilmesi gerektiğini düşünüyorum” (kadın).

“Regl konusunda bilgilendirme olursa çok iyi olabilirdi. Körler okulunda ped takma ile ilgili eğitimler verilmiş. Ben normal okulda okuduğum için bana özel bir bilgi verilmedi hiçbir zaman ve şu anda çok büyük bir zorluk çekiyorum. Hep birilerinden yardım almak zorunda kalıyorum” (kadın)

*“Erken dönemde cinsel eğitimi destekliyorum. Özellikle görme engelli hem kadın hem erkek bireyler için uygun eğitim ortamlarında, belki dokunsal materyallerle eğitiminin gerektiğini düşünüyorum çünkü travmatik etkileri olan bir şey cinsel deneyim” (kadın).*

*“Cinsel şiddet meselesini çok fazla konuşamıyoruz. Cinsel şiddet dediğimiz şeyi aile içinde, ev içinde de yaşıyoruz, partnerde de yaşıyoruz, eşler arasında da yaşadığımız bir şey. Bizi rahatsız eden, bir türlü bunu ifade edemediğimiz hatta anlamlandıramadığımız bir şey oluyor. Belki fiziksel şiddeti ayırt etmek daha kolay oluyor ama cinsel şiddet nerede başlıyor, nerede bitiyor bunu gerçekten Türk toplumu olarak da çok bilmiyoruz. Bu konuda da özellikle engelli kadınların ve engelli kız çocuklarının güçlendirilmesi gerektiğini düşünüyorum” (kadın).*

*“Artık adet dönemleri, regl kanamaları için farklı çözümler de mevcut. Mesela tampon kullanmak ya da menstrual kap kullanmak. Bunların nasıl yapılacağını bilmek... Dokunsal şeyler yani sözel olarak anlatması çok zor ve çok yaygın konular da değil. Belki o tarz şeyler de eğitime katılabilir diye düşünüyorum” (kadın).*

*“Doğum kontrolü konusunda bir bilgilendirilme olabilir. Ben de şu an evlilik aşamasındayım. Öyle bir bilgi eksikliğim var” (kadın).*

## 5.2.5. Ergenler ile Odak Grup Görüşmesi

Ergenler ile 1 Odak Grup Görüşmesi planlanmış ve Zoom uygulaması üzerinden 7 ergen ile yarım saat süren odak grup görüşmesi yapılmıştır. Ergenlerin sosyodemografik özellikleri Tablo 9’da yer almaktadır.

Görüşme öncesinde ergenlerin velileri rıza onam formu doldurmuş ve veliler bilgilendirilmiştir. Görüşmenin amacı anlatılarak görüşmeciler kendilerini tanıtmış, kişilerin kayıt için izinleri alınmıştır. Katılımcıların isimlerinin ve aktardıkları bilgilerin gizliliği bildirilerek, istedikleri anda görüşmeden ayrılacakları ya da istemedikleri sorulara cevap vermeyebilecekleri açıklanmıştır.

## Sağlık Hakkındaki Düşünceler ve Tutumlar

Sağlık denince tüm katılımcılar öncelikle COVID-19 ve korunma yollarından bahsetmişlerdir. COVID-19 bulaş ve korunma yolları hakkında bilgiye sahip olup sağlık hakkında hijyenin önemine vurgu yapmışlardır.

## Ergenlik Dönemi Hakkındaki Bilgiler

Katılımcılar ergenlik döneminde yaşanan fiziksel ve psikolojik değişimler hakkında genel olarak fikir sahibidirler. Fiziksel değişim olarak boy uzaması, ses kalınlaşması, sivilce çıkması, regl olunması ve tüylenmeden bahsetmişlerdir. Kız ve oğlan çocukları arasında fiziksel farklılaşmaların olduğunu söyleyip, bunu regl, bıyık çıkması ve ses kalınlaşması olarak ifade etmişlerdir. Katılımcılardan 2'si ergenlik döneminde psikolojik değişimlerin de yaşandığını ifade etmişlerdir. Bu konuda medyadaki “ergen” temsiliinden etkilenmiş, ergenlikle depresyon ve “trip atma” kavramlarını ilişkilendirmişlerdir.

*“Boyumuz uzuyor ses tonlarımız değişiyor. Boylar değişiyor. Benim bir tane erkek arkadaşım vardı büyük. Ergenliğe girdi. Bayağı sivilcesi çıktı. Bir de sesi çok güzeldi, yanımıza geldiğinde sesi çok kötüydü. Erkeklerin sesi batıyor yani ergenlikten sonra”* (10 yaşında oğlan çocuğu).

*“Öğretmenim mesela onların bıyıkları çıkıyor bizim çıkmıyor. Onların sesleri daha çok değişiyor bizimki değişmiyor o kadar çok fazla”* (10 yaşında kız çocuğu).

## Cinsellik Konusunda Eğitim İhtiyacı

Katılımcılar CSÜS ve ergenlik hakkında eğitim taleplerini dile getirmişlerdir. Sağlık çalışanlarından ve öğretmenlerden bu bilgiyi almak istediklerini belirtmişlerdir. Genel olarak ailelerinden bu konuda detaylı bilgi alamadıklarını ve merak ettiklerini internetten araştırdıklarında yanlış sonuçlara ulaştıklarını söylemişlerdir.

*“İnternete bir gün ben çok değişik bir şey yazdım. Bunun cevabını biliyordum ama internet bambaşka bir cevap verdi bana. Onun için ben internete özellikle yazmamaya çalışıyorum. Bulamıyorsam teyzem benim kalp doktoru olduğu için onu sorabiliyorum arayıp. Tabi bazı bilgiler yanlış şeyler olabiliyor Google'da, her şey doğru olmuyor. Aslında bunu uzmanından öğrenmek daha doğru oluyor ileriki hayatınızı daha sağlıklı geçirmek için”* (10 yaşında kız çocuğu).

## CSÜS ve Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Konusunda Bilgi Düzeyleri

Katılımcılardan sadece 1 tanesi CSÜS kavramını daha önce duyduğunu belirtmiştir. Katılımcı bu bilgiyi sağlık çalışanı olan teyzesinden aldığını söylemiştir. Katılımcıların hiçbiri bu konuda okulda bilgi ya da eğitim almamıştır.

Toplumsal cinsiyet eşitliğini kadın ve erkeğin eşit olması biçiminde tanımlamışlar ve Türkiye’de böyle bir eşitliğin bulunmadığını ifade etmişlerdir. Medyada izledikleri ya da okudukları haberler bu konuda bilgi kaynaklarını oluşturmaktadır.

*“Ben kesinlikle kadın ve erkek eşit değil diyorum çünkü haberlerde bir sürü cinayet işleniyor erkekler tarafından. Eskiden Google’a Pınar yazdığımda bir tane süt türü çıkıyordu şimdi Pınar yazınca bir tane öldürülen kız çocuğu çıkıyor önüme” (10 yaşında kız çocuğu).*

## 5.2.6. LGBTİ+’lar ile Odak Grup Görüşmeleri

LGBTİ+’larla yapılan görüşmede CSÜS alanında aktif çalışmayan kişiler ile görüşme yapılarak gerçek ihtiyaçların ortaya çıkartılması planlanmıştır. Genelde katılımcıların çok fazla konuşmamları, gizli kalma istekleri yüzünden derinlemesine bilgiler alınamaması nedeniyle 2. odak grup görüşmesi planlanmıştır. Bu ikinci görüşmede daha çok CSÜS alanında aktivist olarak çalışan gönüllüler ile görüşülmüştür. LGBTİ+’lar ile 2 odak grup görüşmesi planlanmış olup 1. görüşme 8 LGBTİ+ özne ile 1 saat süren, 2. görüşme 4 LGBTİ+ özne ile 1 saat süren 2 ayrı Zoom görüşmesi şeklinde yapılmıştır. Sosyodemografik özellikler Tablo 3’de yer almaktadır.

Görüşmenin amacı anlatılarak görüşmeciler kendilerini tanıtmış, kişilerin kayıt için izinleri alınmıştır. Katılımcıların isimlerinin ve aktardıkları bilgilerin gizliliği bildirilerek, istedikleri anda görüşmeden ayrılacakları ya da istemedikleri sorulara cevap vermeyebilecekleri açıklanmıştır.

### **Sağlık Hizmetlerine Erişimdeki Engeller ve Çözüm Önerileri, CSÜS Hizmeti Veren Sağlık Çalışanlarının Yaklaşımı, Bilgi Düzeyleri, Cinsel Yönelim ve Cinsiyet Kimliğine Dayalı Ayrımcılık, Trans Kimliği ve CSÜS Hizmetlerine Ulaşma Durumu**

Katılımcıların 7’si CSÜS alanında hizmet aldığını belirtmekle birlikte çoğu hizmete erişirken karşılaştıkları sağlık çalışanlarının LGBTİ+ ve CSÜS’ün kesişimine dair bilgilerinin olmadığını ve bu kesişimsellik karşısında nasıl davranacaklarını dahi bilmediklerini düşünmektedir. Katılımcıların çoğu CSÜS hizmetini alırken ayrımcılığa maruz bırakıldığını, bu sebeple bir sonraki CSÜS hizmetinde devlet yerine özel bir kurumu tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Katılımcıların, CSÜS hizmetini almadan önce, devlet ya da özel kurum fark etmeksizin, hizmete ihtiyaç duydukları alanlarda damgalama, ayrımcılık ve mahremiyet ihlallerine maruz bırakılmamak için daha önce benzer hizmeti almış yakın çevreleri, arkadaşlarından edindikleri deneyimlerle uzman hekim araştırması yaparak hizmete erişmeye çalıştıklarını belirtmeleri dikkat çekici olmuştur. Katılımcıların yarısı CSÜS hizmetine ihtiyaç duyduğu halde sağlık hizmeti alırken yaşayacağı ayrımcılık ve damgalanma korkusu nedeniyle sağlık hizmetini almayarak hizmeti ertelediğinin, sağlık çalışanına görünmek yerine alternatif yollar aradığının altını çizmiştir. Benzer şekilde çoğu LGBTİ+ özne sağlık hizmeti alırken ayrımcılık ve damgalamaya maruz bırakılmamak için cinsel yönelim ve cinsiyet kimliklerini gizlemeyi tercih ettiğini ifade etmiştir.

*“Özel bir kuruluştaki test yaptırmıştım. 2 gün sonra telefonla arayıp direkt HIV testim ile ilgili konuşmaya başladılar. Sigortamın testi ödemediğini söylediler. Ben de “Telefonu açar açmaz nasıl HIV testi yaptırdığımı söyleyebiliyorsunuz?” diye sinirlendim. Gizliliğimin ihlal edildiğini düşünüyorum. Sonrasında hastaneyi arayıp şikayet ettim” (25 yaşında LGBTİ+ erkek özne).*

*“Türkiye’de sağlıkçıların CSÜS konusunda çok bilgili olduklarını düşünmüyorum. Teoride öğrenmiş olsalar da pratikte büyük sıkıntılar yaşanıyor. CYBE testi için hemşireye yönlendirdiklerinde kan alırken inanılmaz korkunç tavırları oluyor. Sanki karşılarında her an ölebilecek biri varmış gibi davranıyorlar. Eldivenlerini sıkı sıkıya bağlamaları ya da sana yaklaşırken olan hal ve davranışları, konuşma şekilleri, diğer hemşirelerle bakışmaları insana kötü hissettiriyor. Bu konuda yeterli bilgiye sahip olduklarını düşünmüyorum“ (23 yaşında LGBTİ+ erkek özne).*

*“Halk sağlığı merkezinde çalışan bir psikologla cinsel sağlık sorunum hakkında konuşurken bana “Bundan sonra daha az sayıda ve daha kaliteli insanlarla beraber olmalısın.” gibi bir tavsiyede bulunmuştu. Kendimi çok kötü hissetmişim” (27 yaşında LGBTİ+ kadın özne).*

*“Ayrımcılığa maruz kalmamak için sağlık hizmeti alırken kimliğimi gizlemeye çalışıyorum” (24 yaşında LGBTİ+ erkek özne).*

*“Kendim alternatif bir tedavi yöntemi bulmaya çalıştım. En sonda da özel bir hastaneye gittim. Çünkü devlette yaşadığın ayrımcılık ya da yaşadığın muameleden sonra artık daha iyi bir hizmet alabileceğini düşünmediğin için genellikle özel hastaneyi tercih ediyorsun” (26 yaşında LGBTİ+).*

“Tıp fakültesinden mezun olup herhangi bir trans veya interseks bireylere yönelik herhangi bir doğru düzgün bilgisi olmayan çok fazla arkadaşım var. Çoğuna ben bir sürü şey anlatıyorum” (25 yaşında LGBTİ+ kadın özne).

“Ayrımcılığa maruz kaldığım nokta cinsel yönelimim ile alakalıydı. Hikayemi doğrudan, tıpta ayıp olmaz diye bilinen şekilde oldukça açık anlattığımda “Nasıl yani bir erkekle mi” falan gibi doğrudan... Daha sonra benim “bir kere oldu” gibi hem kötü hissettiğim hem bir yandan yanlış bir şey yapıyormuşum gibi düzeltmeye çalıştığım bir noktadan kendi kendimi suçladığım bir noktaya evrilmişti” (26 yaşında LGBTİ+).

“Aslında konu bir yerden de bilgiye geliyor. Sağlık personelinin bilgisinin olmayışı, bu süreç içerisinde o kişiye o hizmeti verememe hali” (26 yaşında LGBTİ+).

“Tanık olduğum bir olaydan bahsetmek isterim. Tabipler birliğinin panelinde LGBTİ+'lara yönelik ayrımcı söylemlerle karşılaşmıştım. Bir doktor “Bu durumu biliyorum ama gittiğim bir bankacının ya da berberin böyle olduğunu düşünemiyorum.” demişti. Bunu içselleştiremiyorlar. Devlet hastanesinde çalışan bir doktor olmasına rağmen aldığı eğitim ona öyle bir donanım kazandırmamış. Temel cinsel sağlık ve cinsiyet kimliğiyle ilgili olan eğitimlerin küçük yaşlardan itibaren alınması gerektiğini düşünüyorum. Olabilecek en erken yaşlarda bu bilgilerin öğrenilmesi lazım. Ayrıca koruyucu yasalar olmalı” (25 yaşında LGBTİ+ erkek özne).

“Sağlıkçıların yaklaşımı LGBTİ+ bireylerde sağlık hizmeti almaya yönelik bir endişe yaratıyor. Bir kere ayrımcılık deneyimleyen biri bir daha bu hizmeti almak istemiyor. Sağlıkçıların tavrı çok sorunlu.” (24 yaşında LGBTİ+ erkek özne).

“Temas edilerek yapılması gereken bir muayenede o sadece bakıyordu ve ben onun dediği şeyleri yapıyordum. Bu beni baya rahatsız etmişti” (26 yaşında LGBTİ+)

“HIV'in eşcinsellikten kaynaklandığını düşünenler var hala. Hatta Covid'in bile bizim yüzümüzden yayıldığını söyleyenler var. Toplumda böyle bir nefret algısı oluşturuluyor” (25 yaşında LGBTİ+ kadın özne).

“LGBTİ+ bireyler kimlik ve yönelimlerinden dolayı sağlık hizmeti alamayabiliyorlar ya da mahremiyetleri ihlal ediliyor. Bunun önüne eğitimle geçilebilir. Kapsamlı bir eğitim ve bilinçlendirme gerekiyor” (23 yaşında LGBTİ+).

“Hala eşcinsellik ve transseksüellik hastalık olarak değerlendirilebiliyor. Böyle algılandığı zaman işler daha da zorlaşabiliyor” (25 yaşında LGBTİ+ kadın özne).

“Cinsiyet uyum ameliyatlarında transların hem süreç boyunca hem süreçten sonra hormon almaları gerekiyor ve bu noktada hormonlar devlet tarafından karşılanmıyor. Bunun SGK tarafından karşılanması gerektiğini düşünüyorum.

*İntersekslerle ilgili olarak cinsiyet atama ameliyatları yapılıyor. Bu genelde dünyada da oldukça ses uyandırmaya başladı interseks hareketinin daha görünür olmasıyla birlikte ama yine bu cinsiyet atama ameliyatlarının kişilerin hem bedensel hem ruhsal sağlığı üzerinde ciddi sonuçlar doğurabildiğini görüyoruz“ (26 yaşında LGBTİ+).*

LGBTİ+'lar cinsel sağlık veya üreme sağlıkları konusunda sağlık hizmetine ulaşmada ciddi bir ayrımcılık ve damgalamaya maruz bırakılırken bu grup içerisinde özellikle de trans kimliğine sahip seks işçileri cinsel sağlık üreme sağlığı hizmetlerine ulaşırken sağlık çalışanının hizmeti vermeyi reddettiği durumlarla karşı karşıya kalabildikleri ve yine meslekleri dolayısıyla cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgisine erişemedikleri görüşmeler sonunda ortaya çıkan sonuçlardan olmuştur.

*“Cinsel sağlık bilgisine erişmek istiyorlar, cinsel sağlık ve üreme sağlıkları konusunda testini olmak istiyorlar ya da başka sorunları için gidiyorlar ve mesleklerini söylediklerinde inanılmaz büyük bir ayrımcılığa maruz kalıyorlar. Hatta doktor sağlık hizmeti vermeyi reddediyor. Böyle bir hakları yok aslında. Doktorun sağlık hizmeti vermeyi reddedeceği bir durum olmuyor çünkü orada mesleğini söylüyor, yaşadığı durumu anlatıyor, endişesi olduğunu söylüyor, panik olduğunu söylüyor, bunun karşısında transfobik bir sürü şeye maruz kalıyor ve o bilgiyi, hizmeti alamadan oradan gidiyor” (26 yaşında LGBTİ+).*

## **Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezleri (GDTM)**

11 katılımcı Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezlerini (GDTM) bildiklerini ve hizmet aldıklarını ya da çevresindeki insanları, arkadaşlarını bu merkezlere yönlendirdiğini belirtmiş, hizmeti alırken ayrımcılık ve damgalamaya maruz bırakılmadığını ifade etmiştir. Çoğu katılımcı anonim HIV testi yapılan bu merkezlerin görünür olmadığını, görünür hale getirilip sayısının artırılması, hatta ilçeler de açılması gerektiğini vurgulamıştır.

*“En önemli konu eğitim. Anonim HIV Test Merkezleri küçük illerde de açılmalı, sayıları artırılmalı” (24 yaşında LGBTİ+ erkek özne).*

*“LGBTİ dostu sağlık kuruluşlarının olması gerekiyor. LGBTİ+ lar kendilerini gizlemeye gerek duymadan bilgi, danışmanlık ve eğitim alabilmeli“ (23 yaşında LGBTİ+).*

*“Daha çok yayın ve araştırma yapılabilir. Daha çok anonim test merkezi olabilir“ (27 yaşında LGBTİ+ kadın özne).*

*“Herhangi bir kişinin şurada anonim HIV testi yapan bir yer varmış diye bildiğini sanmıyorum” (22 yaşında LGBTİ+ erkek özne).*

*“Aileye bildirme, kayıt altına alma gibi konularda çok fazla endişe var. O yüzden azınlık olup olmamakla alakalı değil, doğrudan cinsel meseleler tabu olduğundan herkes için gerekli ve işlevsel olduğunu düşünüyorum Anonim Test Merkezleri'nin“ (26 yaşında LGBTİ+).*

*“Anonim test merkezlerinin sayısı artırılmalı. Ayrıca cinsel sağlık alanında çalışan STK'lar güçlendirilmeli ve bu STK'ların bir araya gelebilecekleri bir platform kurulmalı. HIV/AIDS, göçmen, kadın... gibi farklı konularda çalışan STK'lar bir araya gelip kapsayıcı bir sağlık hizmetine ulaşım için çalışmalılar. CYBE'ler baz alındığında en çok gençler risk grubunda ve hizmetlere ulaşmaları da düşük seviyede olduğunu biliyoruz. Genç dostu sağlık hizmetleri ve akran eğitimi modelinin çok önemli olduğunu düşünüyorum. Akran eğitiminde empatinin yüksek olması ve sizle aynı dili konuşan bir kişinin olması bu modeli verimli kılıyor” (25 yaşında LGBTİ+ erkek özne).*

*“Test merkezlerini eğer daha çok açarlarsa ve bunu daha çok görünür kıarlarsa bir sürü insan buraya ulaşabilir çünkü bunun şöyle bir avantajı var. Oraya gittiğinizde ayrımcılığa ve damgalamaya maruz kalmayacağınızı, söylediğiniz ve konuştuğumuz şeylerin orada kalacağını biliyorsunuz ve hızlı bir sonuç alabiliyorsunuz” (26 yaşında LGBTİ+).*

## **Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Konusunda Bilgi Düzeyleri Eğitim ve Hizmet Talepleri**

*Katılımcıların 9 tanesi bilgi düzeyini yeterli, 3 tanesi yetersiz bulmaktadır. Katılımcıların 8 tanesi cinsel sağlık ve üreme sağlığına dair eğitim almıştır. Katılımcıların çoğu cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar konusunda bilgi almak istediklerini ve bu bilgiyi doktor/uzman kişilerden almak istediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca akran eğitim modelinin etkili ve yaygınlaştırılması gereken bir model olduğu vurgulanmıştır.*

*“Kadının ve erkeğin cinselliğine karşı bakış açısı çok farklı. Kadınlar baskılanıyor. Kadın kendini “namussuz” olarak kodlarken bunun eğitimini nasıl alabilecek?” (25 yaşında LGBTİ+ kadın özne).*

*“Cinsel hastalıklar ve korunma yöntemleri konusunda bilgi almak isterdim. İyi bir doktor tarafından bilinçlendirilmemiz gerekiyor. İlk bilgiyi dernekten ve test yaptırmaya gittiğim zaman almıştım” (25 yaşında LGBTİ+ kadın özne).*

*“Bu konudaki eğitimlerin birebir ve yüz yüze olması gerektiğini düşünüyorum. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla ilgili eğitim almak isterdim“ (24 yaşında LGBTİ+ erkek özne).*



*“Bir trans seks işçisi olarak kondom kullanmaya ve testlerimi yaptırmaya özen gösteriyorum. Üreme konusunda o kadar bilgi sahibi değilim” (25 yaşında LGBTİ+ kadın özne).*

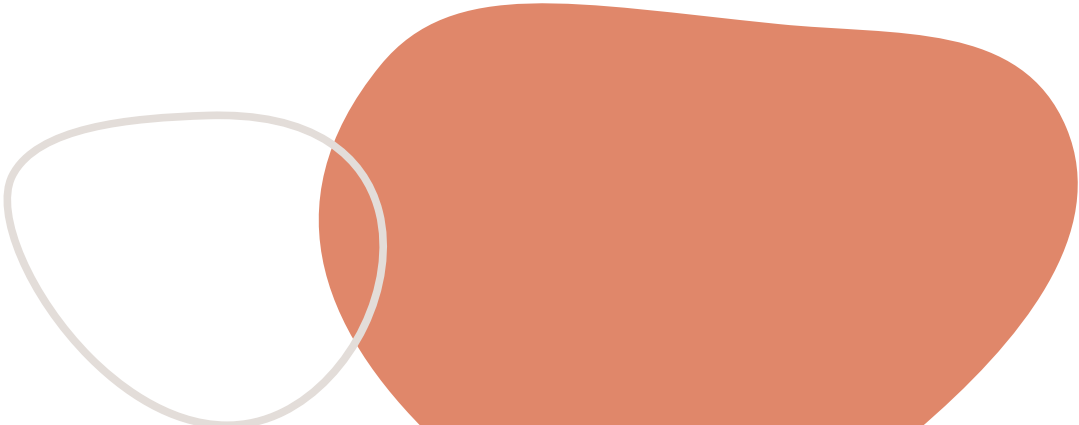
*“Temel cinsel sağlık eğitiminin ilkokullarda, ortaokullarda, konusunda uzman kişiler tarafından verilmesi gerekiyor. Ben daha önce böyle bir eğitim aldım. İnteraktif olması ve tüm çeşitliliğe hitap eden bir şekilde olmasının önemli olduğunu düşünüyorum. Özellikle bir başkasının bedeni hakkında da bilgiler edindiğimiz bir eğitim olması güzel olur“ (27 yaşında LGBTİ+ kadın özne).*

*“Cinsel sağlık üreme sağlık bilgisini içinde bulunduğum, dahil olduğum sivil toplum örgütlerinden aldım. Bunu da hep akran eğitimleri modeli üzerinden aldım aslında. Bunun da faydalı olduğunu düşünüyorum. Bir yandan kendi akranlarınızla bu toplantıları, organizasyonları gerçekleştirirken akranlarınız size anlatıyor ve orada daha rahat ve özgür bir alanda bunu öğreniyorsunuz. Bu yöntemin doğru ve iyi bir yöntem olduğunu düşünüyorum ama okullarda veya kamunun başka alanlarında bu bilgi alabilmek de gerçekten değerli” (26 yaşında LGBTİ+).*

*“Ayrımcılığa ya da damgalamaya maruz kalmamak için anonim bilgi merkezleri olabilir uzmanların çalıştığı, uzmanların olduğu. Bu tarz yerlerden bilgi almak, ayrımcılığa uğramadan bilgiye ulaşmak isterdim” (26 yaşında LGBTİ+).*

*“Sosyal hayatta da herkesin aynı özgürlükte konuşabildikleri ortamlar yaratılmalı. Cinsel haklara ulaşım herkes için engel teşkil ediyor. Tabulaştırma, görünürlüğü azalması özgürlüğü kısıtlıyor. Dünyaya geldiğimiz andan itibaren seviyeye göre bilgiler edinebilsek keşke. Okulda, evde, işte, sağlık merkezinde... Bu konuda bilgi edinmemiz güzel olurdu. Bu bilgi hayatın her alanına yayılmalı“ (27 yaşında LGBTİ+ kadın özne).*

*“Bu konunun biraz daha sivil toplumdan ya da özel yerlerden çıkıp kamu nezdinde ilerlemesi hem insanların o sağlık hizmetini ücretsiz bir şekilde almasını sağlar hem de burada yaşayacağı ayrımcılık, damgalamadan arınırsa başka sağlık hakları konusunda da gidebilmenin yolunu açar diye düşünüyorum“ (26 yaşında LGBTİ+).*



## 6. NİTEL ARAŞTIRMA SONUÇLARI

### 6.1. Yöneticiler, CSÜS Hizmet Sunumunda Kilit Kişiler, ASM ve Medikososyal Merkez Görüşmeleri

#### Türkiye'deki CSÜS Hizmetlerindeki Sorunlar ve Sorun Alanları

Genelde sorun alanları olarak sayılanlar;

- Halkın eğitimsizliği, utanma, sıkılma, muhafazakar toplum baskısı ile hizmete talebin olmaması, cinsel sorunlar ve sağlık sorunlarının ciddiye alınmaması,
- CSÜS/AP hizmetlerine erişimde engeller, gençler ve ergenlere özel danışmanlık ve klinik hizmet sunumunun olmaması,
- Savunmasız gruplara yönelik hizmet sunumunun olmaması,
- Ergen sağlığı, istenmeyen gebelikler, sık doğum aralığı, ergen gebelikler, evde doğum, akraba evlilikleri, aile planlaması hizmetlerine erişimin önünde engellerin olması,
- CSÜS/AP konularında Sağlık Bakanlığı'nın lojistik desteğinde sıkıntılar (kontraseptif malzeme azlığı çoğu kez de yokluğu) olması, gebelik önleyici malzemelerde çeşitliliğin olmaması ve RiA gibi malzemelerin SGK kapsamında karşılanmaması, halkın bunları para vererek kullanmak istememesi,
- Sektörlerarası işbirliğinin ya olmaması ya da çok yetersiz olması,
- Personelin yerinin sık değiştirilmesi, eğitim alanların aynı görevlerinde tutulmamasıdır.
- Önceliklerin politik etkilenme ile farklılaşması gibi durumlar CSÜS/AP hizmetlerinin sürdürülebilirliğini zorlaştırmıştır. Üst düzey yöneticilerinde doğurganlığın düzenlenmesine (AP) ilişkin negatif söylemlerinin, sağlık yöneticilerinde üreme sağlığı ve AP hizmet sunum uygulamalarına ilişkin çekinceli tutum yarattığı düşünülmektedir. Anayasada hala AP hizmetlerine erişimi devletin sağlaması gerektiği yazmasına rağmen herhangi bir yasal düzenleme olmaksızın hizmet sunumunda Sağlık Bakanlığı'nın geri çekildiği görülmektedir. Özellikle istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması konusunda devlet kamu hastanelerinin hizmet vermektan çekildiğini, bazı illerde kişilerin hizmet alacak yer bulamadıklarını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Adı konmamış bir pronatalist politikaya doğru bir geçiş gözlenmektedir.

- Savunmasız grupların ihtiyaçlarına yönelik araştırmaların eksikliği/bunların periyodik izleminin yapılmamasıdır. Gençlerin CSÜS ihtiyaçları, savunmasız gruplara özel cinsel şiddet, ensest, CYBE, özel ihtiyacı olan grupların hizmete erişimi, HIV konusunda ileri düzey epidemiyolojik araştırmalar düzenli, Türkiye temsiliyetli olarak ve periyodik olarak planlanmalı ve uygulanmalıdır. Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar listesinde yer alan CYBE’lerin görülme sıklığı konusunda ciddi veri açığı vardır. Ergenlerle ilgili ayrı kayıt sistemi olmadığından onların cinsel davranışları nerelere başvurdukları konusunda kayıt bulunmamaktadır. LGBTİ+’ların CSÜS konularında ne durumda olduklarından nerelerden hizmet aldıkları konusunda veri yoktur. “Kürtaj oldum diyemeyen kendiliğimden düşük yaptım” diyen kadınların neden düşük yaptıkları hakkında hiçbir veri, bilgi yoktur.

## **Kişilerin CSÜS Bilgisine Erişimindeki Sorunlar**

Genelde sorun alanları olarak sayılanlar;

- Halkın eğitimsizliği, utanma, sıklıma, muhafazakar toplum baskısı ile hizmete talebin olmaması, cinsel sorunlar ve sağlık sorunlarının ciddiye alınmaması,
- CSÜS hakkında halk eğitimleri, sağlık çalışanları tarafından düzenli ve sürekli olarak yapılmakla birlikte yeterli sayıda kişiye ulaşılamamaktadır. CSÜS halk eğitimlerine talep pandemi öncesinde azdır. Pandemi döneminde yüz yüze eğitim programları iptal olmuştur.
- GDSM’ler kapanmıştır.
- Kişilerin, CSÜS hakkında genellikle internet ortamındaki bilgilere başvurdukları saptanmıştır. Basın ya da internet yoluyla, sosyal medyayı kullanarak, halk eğitiminden, görsel yazılı basından ya da kamuoyundaki çeşitli farkındalık BEİ materyallerinden, spotlardan bilgi alınmakla birlikte, hepsinde genel sağlık bilgisi, anne sağlığı, çocuk sağlığı, yenidoğan sağlığı konularında bilgilere yer verilirken, genel CSÜS/AP bilgileri yok denecek kadar azdır. Bu bilgilerin yapılandırılmış şekilde okul müfredatına, devletin kamu sağlığı için geliştirdiği bilgi iletişim platformlarına veya halk eğitimi gibi yetişkin eğitim sistemlerine entegre edilemediği görülmektedir.
- BEİ kaynaklarının CSÜS alanında giderek azaldığını, bu bilgilere erişmenin kısıtlandığını, olumlu sağlıklı davranışların azalarak riskli ve olumsuz davranışların arttığını veya hizmet kullanım konusunda talebin ve tüketimin azaldığı görülmektedir.

## Kişilerin Klinik Hizmete Erişimindeki Sorunlar

- İhmal, erteleme, aileden ya da çevreden çekinme, ekonomik sorunlar, sosyodemografik özellikler, toplumsal baskı, bilgi eksikliği, bazı inanışlar nedeniyle vatandaşlar hizmete erişmek istememektedir.
- Danışmanlık hizmeti sunumunda kişi başına düşen süre, hekim, malzeme yetersizdir. Tedavi edici kurumlar yoğundur ve fiziksel anlamda (randevu alma, kuruma ulaşım vb.) ulaşım güçlüğü vardır. Hizmet sunan sağlık çalışanlarının hizmet öncesi ve hizmet içi eğitimin eksiklik, hizmet modelinde yetersizlik ve lojistik eksikliği vardır.
- İstenmeyen gebelikleri önleyici bütün yöntemlerin birinci basamakta olması gerekmektedir. Ancak ASM'lerin C ve D tipinde RİA uygulanmamakta, görev tanımlarında yer almamaktadır. RİA uygulaması sadece A ve B tipi ASM'lerin görev tanımında bulunmakta, bunların da çoğunda RİA uygulanmamaktadır çünkü ASM'lerde AP danışmanlık ve klinik hizmetleri, RİA uygulaması performans kriterlerine dahil değildir.
- Birinci basamakta CYBE'lerde etkili danışmanlık tanı ve tedavi hizmetleri çok düşük düzeydedir. Bunun cinsel sağlık konusundaki etkileri infertiliteden kanserlere ve yetişkin hayattaki diğer sağlık sorunlarına kadar yansıtılabilmekte, sağlık harcamalarını artırabilmektedir.

## Hizmete Erişimi Engelleyen En Önemli Faktörler

- CSÜS hizmetleri yaygın olmayıp kişinin zorlayıcı talepleri ile randevuyla verilmekte, uzun kuyruklarda bekleme süreleri caydırıcı olmaktadır.
- Hizmetlerin finansman sorunu, hizmet modellerinin yetersizliği ve muhafazakar politikalar tespit edilmiştir.
- CSÜS/AP hizmetleri Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) ve Sağlıklı Hayat Merkezlerinde (SHM) ücretsiz olarak sunulmaktadır ancak uzman hekimlerin hizmet sunduğu hastanelerde koruyucu hizmet kapsamındaki iş ve işlemler ücretli sunulmaktadır. SGK'sı olmayan vatandaşlar 2. ve 3. basamak sağlık hizmeti sunan merkezlerden ücretsiz hizmet alamamaktadır. Ayrıca SGK olsa bile istenmeyen gebelikleri önleme iş ve işlemleri (RİA uygulama, çıkarma, D/C) SGK kapsamında yer almadığından kişilere ücret farkı çıkarılmaktadır.
- Kişiler bu hizmeti almak için samimi, izole, mahrem, güleryüzlü ve donanımlı ortam aramakta, bu özelliklere sahip merkez sayısının da çok yetersiz olduğu düşünülmektedir.

## **ASM'de İstenmeyen Gebelik Önleyici Yöntemler ve Malzemeler**

- İstenmeyen gebelik önleyici malzeme temininde son bir iki senedir sıkıntı yaşanmaktadır, pandemi nedeniyle sıkıntı daha da artmıştır. Genelde malzeme ihalelerinde gecikme meydana gelmektedir. Geçmişte Sağlık Bakanlığı tarafından istenmeyen gebelik önleyici yöntem malzemelerinin dağıtımı doğrudan yapılırken, şimdi istenmeyen gebelikleri önleyici yöntem teminine yönelik bir miktar bütçe Sağlık Bakanlığı tarafından İl Sağlık Müdürlüklerine gönderilmektedir. Bazı il sağlık müdürlüklerinin istenmeyen gebelikleri önleyici malzeme temininde isteksiz davrandıkları, gecikmelere yol açtıkları sahada gözlenmektedir. Mevzuata göre Aile Sağlığı Merkezlerine modern yöntemlerin temininin yapılması gerekmektedir ancak yapılmaması halinde bir yaptırım olmaması (gebe-lohusa-bebek izlemleri ve aşıların zamanında yapılmaması halinde performans kesintisi uygulanmaktadır) ergen sağlığı ve CSÜS konularına (danışmanlık ve uygulamaya) uzun süre ayrılması gerekmesi ve bunun bir karşılığının olmaması sorun olarak ortaya çıkmaktadır.
- Görüşmeciler kamuda hizmet sunumu yeterli çeşitlilikte ve kişilerin ulaşabileceği şekilde olmazsa, doğurganlığın düzenlenmesinde (AP) karşılanmamış ihtiyacın özelden talep edileceği konusunda hemfikir oldular.

## **Aile Sağlığı Merkezlerinde Sunulan CSÜS/AP Hizmetleri ve Danışmanlık**

- CSÜS/AP hizmet sunumunun performans kriterlerine dahil olmaması başlıca sorunlardan biridir. AP danışmanlık ve uygulamada Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanlarının performans almadığı saptanmıştır. Yapılan görüşmelerde AH'leri ve ASE'lerinin iş yükü fazlalığına karşılık, RİA uygulaması gibi özel sertifika ve zaman gerektiren invazif işlemleri yapmaktan vazgeçmeleri, ertelemeleri ya da bu işlemi merkezde var ise Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanına yönlendirmeleri kendilerince buldukları çözüm yollarıdır.
- Görüşülen hem Aile Hekimleri hem de Aile Sağlığı Elemanları, hemşireler CSÜS/AP danışmanlık hizmetlerinin Aile Sağlığı Elemanı tarafından verilmesini, gereğinde doktora danışılmasını savunmuştur.

## **Sağlık Çalışanlarının Hizmet Öncesi ve Hizmet İçi Eğitim Eksiği**

- Görüşmelerde sağlık çalışanlarının hizmet öncesi ve hizmet içi eğitimler ile desteklenmesi gerektiği öngörülmüştür.
- AÇSAP Eğitim Merkezlerinin sayısı yetersizdir.
- Yetişmiş elemanların hepsi emekli olmuştur. Bu alanda hizmeti sunabilecek eğitilmiş, deneyimli kimse kalmamıştır.
- AP danışmanlık ve klinik hizmet eğitim merkezleri pasifleştirilmiştir. Geçmişte 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkında Kanun çerçevesinde 5-10 hekimin çalıştığı sağlık ocaklarında bir hekimin, bir veya iki hemşirenin aile planlaması konularında eğitilmiş olması hizmet sunduğu bölgenin ihtiyaçlarının karşılanması için yeterli olmaktaydı. Günümüzde ise aile hekimliği biriminde hekim ve yanında çalışan aile sağlığı elemanı sadece kendisine kayıtlı olan nüfustan sorumludur. Dolayısıyla bir ASM'de 5 tane Aile Hekimi Birimi (AHB) varsa o 5 birimin hepsinin CSÜS/AP konularında bilgili, deneyimli ve yeterli olması gerekmektedir. Bireyin kayıtlı olduğu aile hekimi ve aile sağlığı elemanı bu konuda bilgili değilse ya da bilgisi, becerisi olsa da bu konuda istekli değilse birey bu hizmeti alamamaktadır.

## **Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Bakım Hizmetlerine Erişimin Önündeki Engeller ve Çözüm Önerileri**

- Türkiye genelinde DÖB ve DSB hizmetlerinin iyi olduğu düşünülürken birlikte kırsalda, doğu ve güney doğuda olumsuz koşullardaki, eğitilmiş kadınların hizmete erişimlerinde sorunlar vardır. Bunu önlemek ve hizmete eşit dağılımı sağlamak için oralarda hizmete erişecek sağlık evi, donanımlı ebe olması gerekmektedir. Aile Hekimliği modeli kente göre düşünülmüş olup, kırsalda gezici hizmeti dışlayan ücra köşelere ulaşım yoktur. Hem hizmet sunumunda hem de hizmet içi eğitimde kalite tüm unsurlarıyla iyileştirilmelidir.
- Sağlık Bakanlığı gebelik süresince en az 4 kez gebe izlem muayenesinin yapılmasını öngörmektedir. Gebelerin sadece kontrole gitmeleri kontrol izlem sayısının yüksek olması yetmemektedir. Aldığı hizmetin nitelikli olması çok önemlidir. Ancak bu izlemlerin niteliği konusunda kaygılar vardır. 2018 TNSA raporunda DÖB izlemlerinin içeriğine bakıldığında ultrason sayısı çok yüksektir.

Ancak kan basıncının düzenli ölçülmesi kadın sağlığı ve anne ölümleri açısından gebelikte çok büyük bir risk olan preeklampsi ve eklampsinin erken tespit edilmesi açısından son derece önemli iken tansiyonu ölçülen kadınların sayısının ultrason çekilenlerin sayısından daha az olduğu görülmektedir. Aynı şekilde kan testlerinin yapılması, hemoglobinin takip edilmesi gerekirken, bunun yapılma sıklığının da daha az olduğu dikkat çekmektedir. Dolayısıyla sunulan doğum öncesi bakım hizmetlerinin niteliğinin incelenmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir.

## **Türkiye’de Anne Ölüm Oranlarını Daha da Düşürebilmek için Yapılabilecekler**

- Anne ölümleri önlemek için; CSÜS/AP hizmet erişimini artırmak, DÖB izlemine artırmak, evde doğumları azaltmak, dezavantajlı gruplara erişimi hedeflemek gerekmektedir.
- Eğitimsiz, yoksul, SGK’sı olmayan, kırsal bölgede erişimi artırmak gerekmektedir. Bunların hizmetlerine erişimini artırmak amacıyla Güvenli Annelik Programı’nın uygulanması gerekmektedir.
- Gebeliklerin en az 2 yıl aralıklandırılması için istenmeyen gebelikleri önleyici modern yöntemlerin temininin sağlanması, güvenli düşük hizmetlerinin verilmesi gerekmektedir.
- Çocuk yaşta erken ve zorla evliliklerin önüne geçilmesi gerekmektedir.
- Ölmeyen ama ölmeye ramak kalan annelere ulaşılması hedeflenmeli, ayrıca temel anne ölüm nedenleri araştırılmalıdır.

## **CSÜS Alanında Türkiye’deki Başarılar ve Geçmiş Yıllar ile Günümüz Arasındaki Farklar**

- Yapılan görüşmelerde, Sağlık Bakanlığı’nın hizmet içi eğitimleri yıllardır hem modül geliştirmede hem de bu modüller ile eğitimlerin yapılması katılımcılar tarafından başarılı bulunmuştur (sağlık çalışanlarına AOB, güvenli annelik, CYBE eğitimleri düzenli olarak yapılmaktadır). Ülkemizdeki STK’lar AB, BM gibi kuruluşlarla yapılan çalışmalar, bu hizmeti sunarlarda, hizmetin kalitesinde ve hizmetin yürütülmesinde fark yaratmıştır. Anne ve bebek sağlığında ölümlerin azalması, birinci basamakta hizmetlerin yaygınlaşması, CYBE Ulusal Müdahale Programları, Sağlığı geliştirmede AP çalışmaları, halk eğitimi, personel eğitimi, yasal düzenlemeler başarılı bulunmuştur.

• Geçmiş yıllar ile kıyaslamada başarıdan çok gerileme olduğu gözlenmiştir. Geçmişteki sağlık eğitimleri, halk eğitimleri daha başarılı bulunmuştur. Özellikle AÇSAP ve Gençlik Sağlık ve Hizmet Merkezlerinin (GSHM) kapatılması, birinci basamakta parçalanmış hizmet üniteleri ile muhafazakar politikalar sonucunda son dönemde CSÜS hizmetlerinin belirgin şekilde zayıflatıldığı, hak temelli yaklaşımın olmadığı görülmüş, yasal engel olmamasına rağmen pratik uygulamada isteyerek düşük ve CSÜS/AP danışmanlığı ve istenmeyen gebelikleri önleyici malzeme sağlanmasında sorunlar karşımıza çıkmıştır.

•Yapılan görüşmelerde sektörlerarası işbirliğinin olmadığı, bunun güçlendirilmesi ve tüm sektörlerin bir araya getirilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Son dönemlerde Kamunun STK'lerle işbirliğine sıcak bakmadığı, geçmişte daha çok işbirliği olduğu ifade edildi. Doğurganlığın düzenlenmesine erkek katılımının en güzel örneklerinden birisi olan askerlerin CSÜS eğitimleri geçmişte yapılan iyi uygulamalardandır.

## **Türkiye’de Kapsamlı Cinsellik Eğitimi Alanında Yapılan Çalışmalar**

- Ergenlere yönelik kapsamlı cinsellik eğitimleri yapılmamaktadır.
- Milli Eğitim Bakanlığı müfredatında bu konulara yer verilmemektedir.
- Eskiden bilgiye erişimde ilkokuldan başlayan eğitimler, ergenlerin okul eğitimi, üniversitede akran eğitim modeli vardı, şimdi yok. Televizyonlarda hatta kamuya ait televizyonda TRT’de CSÜS/AP konuları anlatılırdı, şimdi ne kamuda ne de özelde bu konular anlatılmıyor, hatta anlatılmıyor.
- Türkiye’de kapsamlı cinsellik eğitiminin çok geç kalmış olması, UNESCO standartlarında, yaşa uygun yapılandırılmış cinsellik eğitiminin olmaması, UNFPA ve diğer kurumların çok mücadele etmesine rağmen sonuç alamaması, çok öncelikli ilk el atılması gereken konulardan birisidir.
- Kurumsal, sürdürülebilir politikalar lazımdır ama bu konuda da hiçbir mesafe alınmadığını görüyoruz.
- Kadınların insan haklarını eşit düzeyde kullanamamaktadır.
- Kadının insan hakları bağlamında değerlendirildiğinde Türkiye’nin içinde bulunduğu durum, sosyodemografik gelişmişliği ile orantısızdır. CSÜS hizmetlerinde hak temelli yaklaşım esas alınmamaktadır. Örneğin isteyerek düşüklerde kadın hakları, insan hakları, üreme haklarına uygun hizmet model ve uygulamaları bulunmamaktadır. Hizmetler genelde evli kadınlara yönelik olarak düzenlendiği için, bekar kadınlar hizmete erişmek için özel sektörü tercih etmekte ya da merdiven altı yerlerde sağlıksız düşükler yapmakta, bunun sonucunda infertilite, CYBE, kadının sonraki hayatında tekrarlayan düşükler, anne ölümleri artmaktadır. Toplumsal cinsiyet eşitliği sağlanmadan kadının insan haklarını eşit kullanması sağlanamaz.



- Geçmişte kadının insan hakları sınırlı iken bugün kadın-erkek eşitliği varmış gibi görünse de her alanda kadına yönelik şiddet, mobbing, baskı, doğurganlıklar konusunda siyasi söylemler, algı yönetimi gibi konularla sürekli ivme kaybedildiği düşünülmektedir. Kadınların eğitim düzeyi ve toplum içinde kendini ifade edebilmesi, çalışma hayatına her alanda katılımının artmasına rağmen halen yüksek düzey yönetici sayısı Avrupa ülkelerinin çok altındadır. Sadece meclisteki kadın parlamenter, kadın yönetici, kadın bürokrat sayılarına, öldürülen kadın sayılarına bakıldığında da kadınların insan haklarını hala eşit düzeyde kullanamadığı görülmektedir.
- Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları'nda belirtildiği gibi kimsenin geride kalmamasının gerçekten hayata geçirilmesi gerekiyor. Bu nedenle bu gruplara erişimde özelleşmiş ihtiyaçlara göre strateji ve özel eylem planı, özel geçiş mekanizmaları sağlanmalı, STK'lar ile işbirliği yapılarak erişim sağlanmalıdır.

## **Türkiye'de Gençlere Yönelik CSÜS/AP Hizmetlerindeki Sorunlar ve Sorun Alanları**

- Gençlerin CSÜS hakkında eğitimsizdirler ve uygulamada da sıkıntılar vardır, eğitimleri olsa dahi uygulamamaktadırlar. Hizmetin nerede ve nasıl alınacağını bilmemekte, Medikososyal Merkezin ve özellikle CSÜS hizmetlerinin tanıtımının olmaması, merkezin mahremiyet ve gizlilik politikası hakkında kaygı duyulması, merkezde Uzman Hekimlerin çalıştığına bilinmemesi nedenleriyle gençlerin hizmete erişimiazalmaktadır.
- Gençlere yönelik hizmetlerde özellikle mahremiyetin korunması, ebeveyn onayı veya vasi onayı, bu alanlarda sıkıntı yaratmaktadır. Devletin özelleşmiş ihtiyaçlara yönelik özel eğitim almış sağlık çalışanlarının gençlere mahremiyetlerine saygı duyarak yaklaşmaları gerekmektedir.
- Sağlık Bakanlığı tarafından AÇSAP, Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmetleri Merkezleri (GDSHM) kapatılmıştır. Görüşmecilerin hepsi bu merkezlerin kapanmadan önce çok aktif olduğunu, tüm sağlık çalışanlarının genç dostu yaklaşımla hizmet sunduğunu belirtilmiştir. Eskiden özellikle Medikososyal Merkezlerinden gönderilen gençlerin karşılanamayan ihtiyaçlarına cevap verildiği gözlenmiştir.

## **Medikososyal Merkezlerde Sunulan CSÜS Hizmetleri**

CSÜS alanında gençlerin başvurularına yanıt verilmektedir. Gençlerin genelde önlem kullanmadan yaşanan ilişki sonrasında gebelik şüphesi ile geldikleri saptanmıştır.

Verilen hizmetler; CYBE tanı ve tedavi, cinsel şiddet, cinsel yönelimle ilgili danışmanlık (Merkez bağlantılı psikiyatrist ile), doğurganlığın düzenlenmesi (AP) danışmanlığı ve istenmeyen gebelikleri önleyici yöntem başlanması (Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı ile), ertesi gün hapi hakkında danışmanlık, adet düzensizliği, gebelik testi, e-posta ve telefon ile danışmanlık hizmeti, talep halinde yurtlarda ve üniversiteye bağlı okullarda cinsel sağlık eğitimi verilmesidir.

## **Gençlerin CSÜS/AP Bilgisine ve Klinik Hizmete Erişimde Kamu ve STK'lar ile İşbirliği**

STK'lardan beklenti merkezin duyurusunun yapılması, istenmeyen gebelikleri önleyici malzeme temininde destek ve eğitimidir. Kamudan hiçbir beklenti yoktur, aksine işlerine karışılması ile daha güç durumda kalacaklarını belirtmişlerdir. Kamuda bulunan Gençlik Merkezleri'nden çok yararlandıkları, hastalarını sevk ettikleri veya yakından takip edebildiklerini belirtmiş, bu merkezlerin yeniden faal olmasını istemektedirler.



## 6.2. Hizmet Alan ya da İhtiyacı Olan Gruplar ile Görüşmeler

### Yüksek Riskli Gebeler

Genelde kronik sağlık sorunları olmayan, isteyerek planlı gebeliklerdir. DÖB hizmetlerinden yeterli kalite ve sayıda yararlandıkları tespit edilmiştir. Hemen hepsi sağlık çalışanlarından ve hizmet aldıkları yerlerden memnun kalmıştır. Hizmete erişimin önünde engelleri bulunmamaktadır. Sağlıklı gebelik geçirmek için beslenme ve yürüş aktivitelerini gerçekleştirdiklerini belirtmişlerdir. Hemen hepsinin 2 yıllık doğum aralarına uydukları saptanmıştır. Gebe kadınların bildiği yöntemler; hap, spiral, kondom, aşı, hormon iğnesi, tüplerin bağlanması, vazektomidir. Gebelik önleyici yöntemler ile ilgili yeterli bilgilerinin olmadığı, sadece birisinin modern yöntem kullandığı, doğumdan sonra sadece 1 gebenin doğum sonrasında etkili modern yöntem kullanmayı planladığı, araştırdığı öğrenilmiştir.

### Savunmasız Gruplar

Görüşmeciler genç insanlar, hareketli nüfuslar kırsalda ne işte ne okulda olan, sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınlar, koruma altında olan ebeveynlerden uzakta olan ergen ve gençler, HIV ile yaşayanlar, kayıt dışı seks işçileri, Türkçe bilmeyen insanlar, göçmenler, kayıtsız olanlar, engelliler, LGBTİ+'ları savunmasız gruplar olarak tanımlamaktadırlar.

Savunmasız gruplara özel hizmet sunulmadığı, normal sunulan hizmetlerde savunmasız gruplardan hizmete talep olduğunda hizmet verilmektedir. Hizmete ihtiyacı olan ya da hizmet alan kişiler ile yapılan görüşmelerde sağlık çalışanlarının bu kişilere özel, duyarlı hizmet sunum açığı bulunmaktadır.

### Genç Kadınlar

Genç kadınlar toplumun ataerkil bakış açısıyla hastanede de karşılaşacakları endişesiyle daha önce hiç hizmet almak için başvuruda bulunmadıklarını, çoğu cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetine ihtiyaç duydukları halde bu hizmeti almayı ertelediklerini belirtmişlerdir. Erteleme nedenlerinin arasında daha önce sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarından dolayı yaşadıkları ayrımcılıklar, kişisel bilgilerinin aileleriyle paylaşılması korkusu, bir hastalıkla karşılaştıklarında ne yapacağını bilememe ve güvenilir/ayrımcılıktan uzak hizmet veren sağlık çalışanlarına ulaşamama gibi faktörler sayılabilir.

En çok maruz bırakıldıkları ayrımcılık örneklerinden biri, sağlık sunucuları tarafından yöneltilen “Evli misin, bekar mı?” sorusudur. Aktif bir cinsel hayatlarının olup olmadığını öğrenmek için yöneltilen bu sorudan dolayı katılımcılar, cinsel ilişkinin sadece evlilik içinde meşru olabileceği varsayımına işaret ettiği için yargılandıklarını hissetmişler ve rahatsız olduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca jinekolojik muayene sırasında rahatsızlıklarını ifade ettiklerinde yine sağlık hizmeti sunan çalışanlar tarafından cinsel hayatlarına atıfta bulunulmuş ve sert tepkilerle karşılaşmışlardır.

Katılımcılar özellikle küçük yaşlardan itibaren cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimine olan ihtiyacı vurgulamışlardır. Özellikle ilk cinsel ilişki deneyimlerini yaşadıkları zamanlarda yeterli bilgiye sahip olmamaları, psikolojik ve fiziksel sağlıkları açısından sorunlar doğurmuştur. Toplumsal tabular nedeniyle ailelerinden cinsel sağlık konusunda bilgi alamamaları, akranlarının da doğru bilgiye sahip olmamaları ve okulda buna yönelik bir eğitim müfredatının olmaması gibi nedenler ileriki yaşlarda sağlıklı tutum ve davranışlar edinmelerini zorlaştırmıştır.

Katılımcılar CSÜS bilgi düzeylerini yetersiz olarak nitelendirmişlerdir. Hiçbiri bu konuda daha önce eğitim almamıştır. Katılımcıların istenmeyen gebelikleri önleyici yöntemlerin kamu kuruluşlarından ücretsiz temin edilebileceği konusunda bilgilerinin olmadığı tespit edilmiştir.

## **Göçmen Kadınlar**

Pek çok göçmen katılımcının hemfikir olduğu konu, sağlık çalışanlarının ayrımcılığına maruz bırakıldıkları, hizmetlere erişimde pek çok engelin olduğudur. Öncelikli olarak hizmet alabilmek için kayıtlı olmak gerektiğini ve kayıtlı oldukları ilde ikamet etmiyorlarsa hizmetlerden yararlanamadıklarını bildirmişlerdir. Dil problemini pek çok merkezde yaşamaktadırlar, hatta sağlık hizmetine giderken yanlarında giden ve para karşılığında tercüme hizmeti veren refakatçi sağlayan bir sektörün geliştiği saptanmıştır. Dil sorunu yaşayacaklarını bildikleri için bu hizmetlere hiç talep olmadığı da bildirilmiştir. Sağlık çalışanları, özellikle doktorlar (Aile Hekimi) tarafından insan ve kadın haklarına uygun olmayan ayrımcı ve kötü muameleye maruz bırakıldıklarını bildirmekle beraber, tam tersine çok beğendikleri, çok ilgili ve bilgili hekim ve hekim olmayan sağlık çalışanlarının varlığından da söz etmişlerdir. Aile Sağlığı Merkezlerinden faydalanamadıklarını, oradaki hekimlerin kendilerini dışladıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların CSÜS konusunda bilgi ve donanımlarının olmadığı, hepsinin ilk adetten sonra kendilerinin öğrendikleri ve uyguladıkları not edilmiştir. Katılımcıların gebelikten korunma yöntem bilgisi ve uygulama alışkanlığının Suriye’de kullandıkları ile genelde aynı olduğu saptanmıştır.

AP bilgi ve danışmanlık hizmetlerine ulaşamadıkları için büyük çoğunluğunun geri çekme yöntemini kullandıkları, eşlerinin kondom kullanmak istemedikleri ve yeni yöntemlere açık olmadıkları gözlenmiştir. Çocuk yaşta erken ve zorla evliliklerin Suriyeli vatandaşlar için olağan olduğu, katılımcıların pek çoğunun bunu yaşadığı ama aynı şeyi kendi kızları için istemedikleri öğrenilmiştir. Katılımcıların hemen hemen hepsi fiziksel ya da cinsel şiddete yaşamlarının bir dönümünde şahit olmuşlardır. Suriye ile Türkiye'yi kıyaslayınca Türkiye'de kadın haklarının daha iyi olduğu, kadınlara daha çok değer verildiğini bildirmişlerdir. Kadına karşı şiddet ve cinayette Türkiye'de çok iyi mücadele verildiğini söylemeleri dikkat çekmiştir. Gençlere yönelik hizmetlerde özellikle mahremiyetin korunması, ebeveyn onayı veya vasi onayı gibi konular, bu alanlarda onları sıkıntıya sokmaktadır. 18 yaş altı aile baskısı altında kalan bir gruptur ve kesinlikle hizmeti almakta zorlanmaktadırlar.

## **Görme Engelli Kadınlar**

Katılımcıların çoğu, sağlık hizmetine ulaşırken annesi ya da bir yakını ile doktora gitmek zorunda kaldığını, bunun mahremiyet alanlarını zedelediğini, doktor-hasta görüşmesi sırasında doktorun muayene odasında hasta dışında kalan yakınları dışarı çıkararak sağlık hizmet sunumuna devam etmesi gerektiğini, mahremiyet alanlarının bu şekilde doktor tarafından sağlanması gerektiğini vurgulamıştır. Görüşmelerde CSÜS hizmetlerine erişirken sağlık çalışanı tarafından ayrımcı olmayan tutumlarla karşılaşmaların oldukça küçük bir grup olduğu görülmüş, genellikle görme engelli kadınların sağlık hizmetine ulaşırken sağlık çalışanı tarafından ayrımcılığa maruz bırakıldığı ortaya çıkmıştır. Katılımcılar sağlık çalışanının engellilik ve CSÜS konularının bir arada olduğu durumlarda bilgi konusunda yetersiz kaldığını da vurgulamıştır. Katılımcılar cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında daha önce hiç eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Okul dönemlerinde konu hakkında yapılan seminerler yalnızca kadınlara yönelik kısa seminerler olarak kalmıştır. Katılımcıların gebeliği önleyici yöntemler hakkında sınırlı bilgisi olduğu görülmüştür. En çok bilinen gebeliği önleyici yöntem ise doğum kontrol hapıdır. Katılımcılar toplumda engelli bireylerin cinsellik, romantik ilişkiler yaşayabileceklerinin yok sayıldığını, hatta mahremiyet alanlarının toplum tarafından kolaylıkla ihlal edildiğini düşünmektedir.

Katılımcılar, toplumun herhangi bir alanına girdiklerinde cinsel taciz, şiddet gibi durumlarla karşılaştıklarını, çoğu cinsel tacize maruz bırakıldıklarında nerelere başvuracakları hakkında bilgi sahibi olmadıklarını ve hatta ileri düzey taciz, şiddet, istismar gibi bir durumla karşılaşmadıkları sürece var olan şikayet mekanizmaları ve hukuki süreçler içerisine girmemeyi tercih edebileceklerini belirtmişlerdir.

## Ergenler

Katılımcılar ergenlik döneminde yaşanan fiziksel ve psikolojik değişimler hakkında genel olarak fikir sahibidir. Fiziksel değişim olarak boy uzaması, ses kalınlaşması, sivilce çıkması, regl olunması ve tüylenmeden bahsetmişlerdir. Kız ve oğlan çocukları arasında fiziksel farklılaşmaların olduğunu söyleyip bunu regl, bıyık çıkması ve ses kalınlaşması olarak ifade etmişlerdir. Katılımcılardan 2'si ergenlik döneminde psikolojik değişimlerin de yaşandığını ifade etmişlerdir. Bu konuda medyadaki "ergen" temsilinden etkilenmiş, ergenlikle depresyon ve "trip atma" kavramlarını ilişkilendirmişlerdir.

Katılımcılar CSÜS ve ergenlik hakkında eğitim taleplerini dile getirmişlerdir. Sağlık çalışanlarından ve öğretmenlerden bu bilgiyi almak istediklerini belirtmişlerdir. Genel olarak ailelerinden bu konuda detaylı bilgi alamadıklarını ve merak ettiklerini internetten araştırdıklarında yanlış sonuçlara ulaştıklarını söylemişlerdir. Katılımcılardan sadece 1 tanesi CSÜS kavramını daha önce duyduğunu belirtmiştir. Katılımcıların hiçbiri bu konuda okulda bilgi ya da eğitim almamıştır.

Toplumsal cinsiyet eşitliğini kadın ve erkeğin eşit olması biçiminde tanımlamışlar ve Türkiye'de böyle bir eşitliğin bulunmadığını ifade etmişlerdir. Medyada izledikleri ya da okudukları haberler bu konuda bilgi kaynaklarını oluşturmaktadır.

## LGBTİ+'lar

Katılımcıların çoğu, hizmete erişirken sağlık çalışanlarının LGBTİ+ ve CSÜS'ün keşimine dair bilgilerinin olmadığını ve bu kesişimsellik karşısında nasıl davranacaklarını dahi bilmediklerini düşünmektedir. Katılımcılar çoğunlukla CSÜS hizmetini alırken ayrımcılığa maruz bırakıldıklarını, bu sebeple bir sonraki CSÜS hizmetinde devlet yerine özel bir kurumu tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların CSÜS hizmetini almadan önce devlet ya da özel kurum fark etmeksizin hizmete ihtiyaç duydukları alanlarda damgalanmamak, ayrımcılığa ve mahremiyet ihlallerine maruz bırakılmamak için daha önce benzer hizmeti almış yakın çevreleri, arkadaşlarından edindikleri deneyimlerle uzman hekim araştırması yaparak hizmete erişmeye çalıştıklarını belirtmeleri dikkat çekici olmuştur. Katılımcıların yarısı CSÜS hizmetine ihtiyaç duyduğu halde sağlık hizmeti alırken yaşayacakları ayrımcılık ve damgalanma korkusu nedeniyle sağlık hizmetini almayarak ertelediklerinin, sağlık çalışanına görünmek yerine alternatif yollar aradıklarının altını çizmiştir.

Benzer şekilde çoğu LGBTİ+ özne sağlık hizmeti alırken ayrımcılık ve damgalamaya maruz bırakılmamak için cinsel yönelim ve cinsiyet kimliklerini gizlemeyi tercih ettiklerini ifade etmiştir.

Toplumsal ve çevresel baskı neticesinde iş bulamayan bu gruptaki bireyler, SGK kapsamında olmadıklarında kamudan hizmet alamadıklarından dolayı sağlık hizmeti almak için genellikle (ekonomik durumları uygunsa) özel sektöre gitmektedirler. LGBTİ+'lara CSÜS konularında hizmet sunumu konusunda, üreme sağlığı hizmeti veren sağlık çalışanlarına yönelik hizmet içi eğitimlerde bir farkındalık, duyarlılık oluşturulmaya başlanmıştır ancak AÇSAP Merkezlerinin ve Üreme Sağlığı Eğitim Merkezlerinin kapanmasıyla sahada bu konuda duyarlılığa sahip hekimlerin, sağlık çalışanlarının sayısında da bir azalma olmuştur.

## 7. NİTEL ARAŞTIRMA ÖNERİLERİ

- Esas olan toplumda CSÜS hizmeti almanın önemini fark ettirmek, ihtiyaç hissettirmek, sonra hizmet alacağı yere yönlendirmek ve orada da hizmete erişimini sağlamaktır. Toplumun CSÜS/AP ve CYBE'ler konusunda bilinçlendirilmesi, eğitilmesi gerekmektedir. "Sağlıklı, güvenli, önemli, doğru davranışlar nelerdir? Nerden bilgiye ulaşmalı? Bu bilgiye ulaşamazsa neler olur? Riskler nedir?" gibi sorular yanıtlanarak güvenli davranışların mesajları verilmelidir. Bunun için nerelerden hizmet alınabileceği bilgisi verilmelidir. Eğer insanlar bu konularda sağlık hizmetlerinden yararlanabileceklerini, istenmeyen gebelik önleyici yöntemleri, CYBE'ler konusunda bilgi alabileceklerini bilirlerse ileride bu hizmetleri bilinçli olarak talep edebilirler. Toplumun bu konularda eğitimi okullarda başlamalıdır.
- Türkiye'de CSÜS hizmetlerinde hak temelli yaklaşım sağlanmasında politikacıların söylemleri çok etkili olmaktadır. Kadın haklarından sadece bahsedilmesinin, mevzuatta yer almasının eğer bu doğrultuda uygulamalar yoksa hiçbir anlamı yoktur. Politikacıların aslında mevzuatın uygulanması yönünde çabalarının olması gerekmektedir. Geçmişte bu gerçekleşmiştir, 2827 ve 557 sayılı yasaların çıkarılması ve mevzuatın uygulanması o zaman yapılan liderlik/öncülük, savunuculuk faaliyetleri ve sağlanan politik desteğin gücüyle gerçekleştirilmiştir. Ayrıca Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları'nda belirtildiği gibi kimsenin geride kalmamasının gerçekten hayata geçirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle de kilit gruplara özel strateji ve özel eylem planı, özel geçiş mekanizmaları ve STK'lar ile işbirliği yaparak erişmek gerekmektedir. Hak temelli temel sağlık hizmetlerinin devlet tarafından hiç kimseyi geride bırakmayacak şekilde verilmesi için politika değişikliğine amacıyla savunuculuk faaliyetlerinin planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- Kapsamlı ve nitelikli CSÜS/AP hizmeti sunulabilmesi için duyarlı ve farkındalığı yüksek sağlık yöneticilerinin sayı ve niteliği artmalıdır.
- Meclise, politika yapıcılara kadın sağlığının geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi amacıyla STK işbirliği ile CSÜS/AP hizmetlerinin, istenmeyen gebelikleri önleyici yöntemlerin sunulması ve merdiven altı düşüklerin engellenmesi için isteğe bağlı düşük hizmetlerinin yasal çerçevede sunulması gerektiğinin, bu hizmetleri sunabilecek yetkin sağlık çalışanlarının desteklenmesi gerektiğinin tekrar tekrar anlatılması, açıklanması gerekmektedir. Politika yapıcıların, karar vericilerin CSÜS hizmetlerinin önemi konusunda bilinçlendirilerek hizmetlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesine yönelik çalışmalara dahil edilmeleri gerekmektedir.

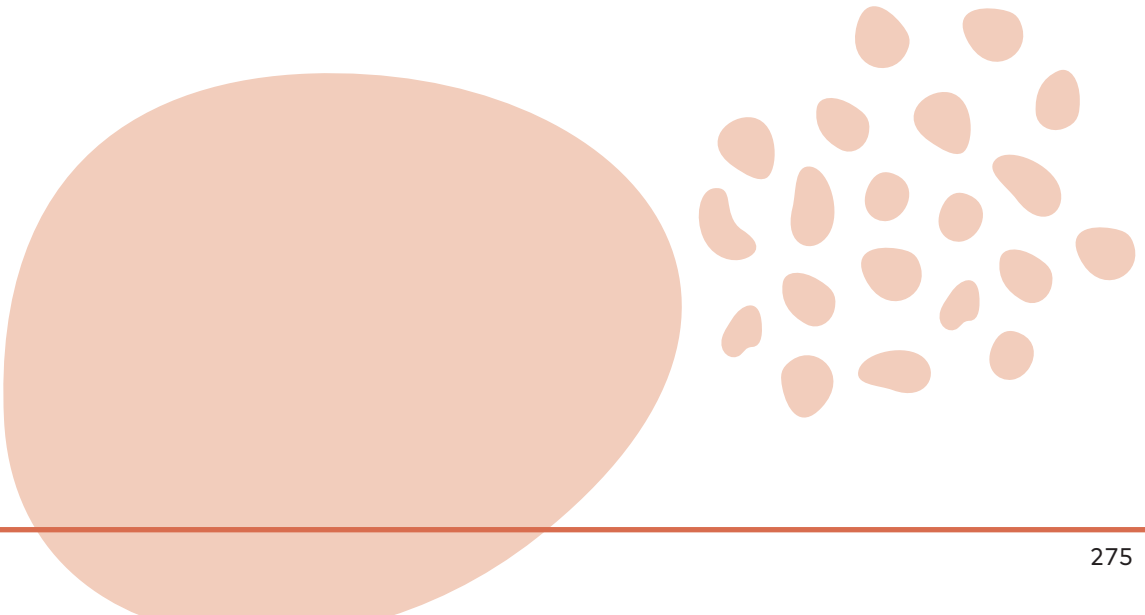


- Hizmet sunumunun varlığı, ulaşılabilirliğinin sağlanması için yeterli, donanımlı, bilgili sağlık insan gücüne, eğitimin ve hizmetin sunulacağı mekan ve bu mekanda kullanılacak demirbaş ve sarf malzemeleri için finansmanın devlet tarafından karşılanması, istenmeyen gebelik önleyici malzeme ihalelerinin zamanında yapılması ve yönetilmesi, lojistiğin zamanında ve çeşitliliği kapsayarak sağlanması, verilen malzemelerin devamlılığının sağlanması ve izleme değerlendirme çalışmalarının artırılması gerekir.
- Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanunu doğrultusunda istenmeyen gebelik önleyici malzemeler konusunda geri ödeme mekanizmalarının kurulması, bunun doğum paketi içerisine yedirilmesi, istenmeyen gebelik önleyici malzemelerin alımında geriye dönük ödenmenin ve satın alınan hizmet paketlerine dahil edilmesinin sağlanmasına yönelik savunuculuk faaliyetleri gerçekleştirilebilir. SGK ile Sağlık Bakanlığı arasında zayıf olan iletişimin güçlendirilmesi gerekmektedir.
- Bu hizmetleri sunan sağlık çalışanlarına diğer çalışmalarda olduğu gibi performans ücreti verilmesi ya da pozitif ayrımcılık yapılması gerekir. ASM’de hizmetlerin sunumunda performans kriterlerinin uygulanması başlı başına büyük bir yanıltır. Performans kriterleri maaşlarda herhangi bir eksilme olmadan kaldırılabilir ancak performansla her sağlık kuruluşunda hizmetler sekteye uğramaktadır. Performans ödemeleriyle bu işler yürütülmemelidir.
- Anne ölümlerinin önlenmesinde Doğum Öncesi Bakım ve diğer obstetrik hizmetlerin nitelikli olarak veriliyor olması son derece önemlidir. Geçmişte olduğu gibi birinci basamakta hekimin tek başına bırakılmadığı, yeterli eğitimi, donanımı olan ebe – hemşire ile desteklenen bir ekiple, “Temel Sağlık Hizmetlerinin entegre bir bölümü olarak” verilen bir hizmet yaklaşımına ihtiyaç vardır. Ayrıca birinci basamakta verilen hizmetlerin ikinci, hatta üçüncü basamak hizmetlerle destekleniyor olması da yine anne ölümlerini, perinatal bebek ölümlerini engelleyecek kilit yaklaşımlar olup mutlaka uygulanmalıdır.
- Doğum öncesi bakım hizmetlerinin niteliğinin artırılması önündeki engellerin araştırılması gerekmektedir. Tüm yapılacaklar konusunda sağlık sistemi uygun hale getirilirken toplum da verilen hizmetler konusunda medya dahil tüm BEİ kanalları kullanılarak bilgilendirilmelidir.
- Kamu ve STK işbirliğiyle hem halk eğitimleri hem de mezuniyet öncesi ve sonrası personelin kapsamlı CSÜS/AP eğitimlerinin nitelik ve sayısı artırılmalı CSÜS/AP hizmet sunumuna gönül vermiş, donanımlı, bilgili, usta eğitimci eğitimi almış sağlık çalışanları ekibinin oluşturulmasıdır.

- AÇSAP Eğitim Merkezlerinin sayısı artırılmalı, Ergen/Gençlerin CSÜS eğitim ve hizmetleri güçlendirilmeli, Genç Dostu Sağlık Hizmetleri tekrar aktif olmalı ve yaygınlaştırılmalıdır. Bu merkezlerin okullara entegre bir biçimde hizmet vermeleri, CSÜS eğitiminin akran eğitim modeliyle sunulması sağlanmalıdır.
- Gençlerin CSÜS ihtiyaçları, cinsel şiddet, ensest, CYBE, özel ihtiyacı olan grupların hizmete erişimi, HIV konusunda ileri düzey epidemiyolojik özelleşmiş alanları ölçen araştırmalar yapılmalıdır. Özelleşmiş alanları periyodik olarak ölçen epidemiyolojik araştırmaların yapılması gerekir. Gençlerin cinsel sağlık konusunda bilgi düzeylerini ölçmeye, Romanlar, göçmenler, tarım işçilerinin hizmet ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik klasik araştırmalar dışında periyodik, özel başlıklar altında Türkiye'yi temsil edecek şekilde çalışmalar yapılması gerekir. ASM'lerde Aile Hekimlerince CSÜS/AP hizmetlerinin neden sunulmadığı konusundaki gözlemlerin kanıta dayalı bilgiye dönüştürülebilmesi için araştırmalar yapılmalıdır. Niteliksel çalışmalarla sunulan hizmetlerin niteliği ortaya konmalıdır. İsteğe bağlı düşük ile kendiliğinden düşüğün yer değiştirmesinin arkasındaki neden araştırılmalı, ileri analiz yapılmalıdır.
- İlköğretimde ve orta öğretimde kız ve oğlan çocuklarına menarş dönemi, spermatogenezis, üreme organlarının anatomisi, işleyişi, gebelik, doğum gibi konular anlatılabilir. CSÜS ve sağlıklı cinsel yaşam, istenmeyen gebelikleri önleyici yöntemler ve CYBE konularında bilgilendirilmelidirler. Eğitim sisteminde müfredatta CSÜS/AP hakları konularında bilgiler yer almalıdır.
- Kapsamlı CSÜS/AP sağlık hizmetine erişimin kolaylaşabilmesi için savunmasız gruplara özel hizmet politikalarının savunuculuğu yapılmalıdır. Kamu-STK işbirliğiyle, hareketli nüfuslar ve kırsala özel CSÜS/AP danışmanlık ve hizmet modellerinin planlanması ve uygulanması, bilgilendirme, bilinçlendirme amaçlı eğitim modüllerinin geliştirilmesi sağlanabilir. LGBTİ+'lara CSÜS hizmet sunumu konusunda, üreme sağlığı hizmeti veren çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimlerde farkındalık, duyarlılık oluşturulmalıdır.
- Sağlığın sosyal belirleyicileri olan sosyoekonomik koşullar düzeltilmeli, yoksulluk önlenmeli, toplumsal cinsiyet eşitliği sağlanmalıdır.
- Birinci basamakta CYBE'lerde etkili danışmanlık, tanı ve tedavi hizmetlerinin sunulması sağlanmalıdır. CYBE'ler konusunda 1. ve 2. Basamak hizmet yaklaşımının (özellikle özel sektör dahil) güçlendirilmesi gerekmektedir. HIV konusunda test ve tanı merkezlerinin yaygınlaştırılması gerekmektedir. Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezleri görünür hale getirilip sayıları artırılmalı, hatta ilçelerde merkez açılmalıdır.

- Hızlı, dinamik, güncel ihtiyaçlara hizmet verme refleksi bakımından kamu-STK işbirliği önemlidir. Önceden yaşanan olumlu tecrübelerle dayanarak bu işbirliğinin sürdürülmesi gerekmektedir. STK'lar CSÜS/AP konularında gerek sağlık çalışanlarına gerekse topluma yönelik farkındalık yaratıcı eğitimler vermelidirler. Hak farkındalığı ve ne tür durumlarda hangi sağlık kuruluşlarına başvurulması gerektiği, bu hizmetleri talep etme hakları konusunda toplumun bilgilendirilmesini sağlayabilirler. Bunu en kolay yapabilecek STK'lar kadın konularında çalışmalar yürütenlerdir. Meslek örgütleri de bu işin uzmanları olarak diğer STK'lara destek verebilirler. Doğurganlığın düzenlenmesinde (AP) erkek katılımını artırılması için STK-kamu işbirliğiyle savunuculuk çalışmaları planlanmalıdır. Yerel örgütler, basın, öğretmenler, akademisyenler, bu konuya gönül vermiş herkes özellikle köylerde, kırsalda yaşayan, hatta kent kırsalında yaşayan toplumun CSÜS/AP konularında bilinçlendirilmesine yönelik faaliyetleri yürütmelidirler.

- Tüm belirtilenlerde asla gözardı edilmemesi gereken bir husus şudur: Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de kadına verilen hizmetlerde sorunların üstesinden gelinerek başarıya ulaşılabilmesi ancak toplumda kadın-erkek eşitliğine bakış açısının diğer bir ifade ile eşitlikçi bir kültürü kabul eden özümseyen bir zihniyet değişiminin gerçekleşmesiyle mümkündür ve bu ancak tüm toplumun "bilimsel kanıtları temel alan" savunuculuk çalışmaları ve tüm sektör ve disiplinlerin işbirliği içinde yapacakları topyekûn bir mücadele ile gerçekleştirilebilir.



# KAYNAKLAR

- 1- United Nations. International Conference on Population and Development Programme of Action. New York: United Nations; 1994. Available at: <https://www.unfpa.org/publications/international-conference-populationand-development-programme-actionUN> .
- 2- Starrs, Ann, and others (2018). Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. Lancet, vol. 391, pp. 1642–92.
- 3- DSÖ, Cinsel Sağlık, İnsan Hakları ve Hukuku (2015), cinsel sağlığı tanımlama çalışması, bölüm 1.1.
- 4- UNFPA, State of World Population 2019, [https://turkey.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWP19%20-%20EN%20report-web-%204%20April\\_6.pdf](https://turkey.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWP19%20-%20EN%20report-web-%204%20April_6.pdf) Erişim tarihi 03.09.2020
- 5- UNFPA Dünya Nüfus Günü 2018 - Aile Planlaması Bir İnsan Hakkıdır, <https://turkey.unfpa.org/tr/news/d%C3%BCnya-n%C3%BCfus-g%C3%BCn%C3%BC-2018-aile-planlamas%C4%B1-bir-insan-hakk%C4%B1d%C4%B1r> Erişim tarihi 03.09.2020
- 6- DSÖ Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu, Bir Nesildeki Boşluğun Kapatılması: Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Üzerine Eylem Yoluyla Sağlık Eşitliği. Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonunun Nihai Raporu (2008).
- 7- Sert G, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığında Haklar Ekonomik Kültürel Haklar Sözleşmesi'nin 22 No'lu Yorumu 2016, Türkiye Biyoetik Dergisi, 2019 Vol. 6, No. 2, 65-81
- 8- World Health Organization, Definition and Indicators in Family Planning, Maternal & Child Health & Reproductive Health, Family & Reproductive Health European Regional Office, 1999, page12.
- 9- Şahin Hodoğlugil N., Akın A., Cinsiyet Eşitliği, Barış ve Gelişme Yolunda Pekin+5 Sonuçları ve Türkiye'de Durum, Cinsiyet Eşitliği, Barış Ve Gelişme Yolunda Pekin+5 Sonuçları ve Türkiye'de Durum.
- 10- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, 2009, Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi
- 11- Devlet Planlama Teşkilatı-Türkiye. 8. Kalkınma Planı 2001–2005; Ankara, Türkiye, 2000
- 12- Yılmaz, V.; Willis, P. Cinsel Sağlık Politikasında Hak Temelli Bir Yaklaşımın Zorlukları: Türkiye ve İngiltere'nin Karşılaştırmalı Bir Çalışması. Societies 2020, 10, 33.
- 13- Kalkınma Bakanlığı-Türkiye. 10. Kalkınma Planı 2014-2018; Ankara, Türkiye, 2013
- 14- Mıhçıokur S, Akın A, Bazı Aile Hekimlerinin Aile Planlaması Hizmet Sunma Durumu ve Aile Sağlığı Merkezlerinde Aile Planlaması hizmet sunumu ile ilgili görüşleri, 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2013
- 15- Birleşmiş Milletler E/C.12/GC/22 Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI HAKKI ÜZERİNE YORUM NO 22 (2016) Ekonomik Sosyal Kültürel Haklar Sözleşmesinin 12. Maddesi
- 16- The Nairobi Summit on ICPD25. <https://www.nairobi-summit.org/content/icpd-25-commitments-survey>, 2019
- 17- Review of the implementation of the programme of action of the international conference on population and development fulfilling the icpd promise progress, gaps and working at scale review of the implementation of the icpd programme of action dignity and human, rights: what has been achieved? “sustainable development Goals 4, 5 and 8”, UNFPA publication, 2019

- 18- İstatistiklerle Gençlik, 2019 Sayı: 33731 15 Mayıs 2020 <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33731>
- 19- Population and Development, Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5 – 13 September, UN, 1994. Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu (Özet), Kahire, 5 – 13 Eylül 1994, T.C., Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, ed., Akın, A., Ankara, 1994.
- 20- Eylem Platformu ve Pekin Deklarasyonu, Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, Pekin, Çin, 4 – 15 Eylül 1995, T.C., Başbakanlık, Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Ankara.,
- 21- Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation, WHO, UNAIDS, UNICEF, UNESCO, UNWomen, UNFPA, WB, 2017 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf?sequence=1>
- 22- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye
- 23- Sağlık Bakanlığı, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin ulusal Stratejik Eylem Planı, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/303>
- 24- Şimşek A Ç, Çakmak D, Ülkemizde Yürürlükte Olan Kadın Sağlığını Koruma Politikaları Mevzuatı, Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2019; Volume: 16, Sayı: 1, Sayfa: 45-50
- 25- Esin A , Sahin E, Akın A, Ozcebe H, Ketting E, Responding to Young People’s SRH Needs, The Entre Nous , No 65, 2007;14-17.
- 26- Sağlık BakanlığıSağlık İstatistikleri Yıllığı 2018, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>
- 27- Rehber Öğretmenler için Ergenlere Yönelik Cinsel Sağlık Eğitimi ve Danışmanlık Atölyeleri <http://www.tapv.org.tr/rehber-ogretmenler-icin-ergenlere-yonelik-cinsel-saglik-egitimi-ve-danismanlik-atolyeleri-basliyor/>
- 28- Güvenli Cinsellik ve Gençlik Çalışmaları, <http://www.tapv.org.tr/programlar/ergen-ve-genclik-calismalari/>
- 29- World Economic Forum,Global Gender Gap Report 2020
- 30- UNDP, Human Development Report 2019, <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2019.pdf>
- 31- Akın, A., Türkçelik, E.; “Sağlık Hizmetlerine Erişimde Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Haritalama ve İzleme Çalışması”, CEİD Yayınları: 9, ISBN: 978-605-64847-8-0, Aralık 2018, Ankara.
- 32- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman D, The PRISMA group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. J Clin Epidemiol. 2009; <https://www.bmj.com/content/bmj/339/bmj.b2535.full.pdf>
- 33- Narasimhan M, Pillay Y, Garcia PJ, et al. Investing in sexual and reproductive health and rights of women and girls to reach HIV and UHC goals. The Lancet. 2018; 6:e1058–1059.
- 34- State of World population Report 2020, UNFPA , <https://turkey.unfpa.org/en/news/state-world-population-report-2020>
- 35- <https://www.unfpa.org/news/progress-towards-gender-equality-risk-say-leaders-25th-anniversary-beijing-womens-conference>.

- 36- World Health Organisation. RESPECT Women: preventing violence against women. Geneva, Switzerland: WHO; 2019 (WHO/ RHR/18.19).
- 37- Bahar Özvarış Ş, "Aile Planlaması", Sağlık ve Toplum, Temmuz-Aralık 1998, yıl: 8, sayı: 3-4.
- 38- Bilgili N, Akın A, "Uluslararası Kararlarda Kadın Konusu" Sağlık ve Toplum, Temmuz-Aralık 1998, yıl: 8, sayı: 3-4.)
- 39- 1965, 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, [https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR\\_KARARLAR/kanuntbmmc048/kanuntbmmc048/kanuntbmmc04800557.pdf](https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc048/kanuntbmmc048/kanuntbmmc04800557.pdf)
- 40- Neslihan Değerli Kodaz, Kamile Altuntuğ, Emel Ege, Aile Planlaması Yöntemlerinde Güncel Gelişmeler, KASHED, 2018 4 (1):109-130).
- 41- Turkish Demographic and Health Survey 1993. Ministry of Health [Turkey], Hacettepe University Institute of Population Studies, and Macro International Inc. Ankara, Turkey (1994).
- 42- 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Macro International Inc., Ankara, Türkiye, (1999).
- 43- 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye (2004).
- 44- 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, (2009).
- 45- 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, (2014).
- 46- Yücel, U., Güner, S. ve Seren, F., (2018). 15-49 Yaş Arası İki Yaşından Küçük Çocuğu Olan Kadınlarda Aile Planlaması Hizmet Kullanımının Değerlendirilmesi, Medical Sciences (NWSAMS), 13(4):120-128, DOI: 10.12739/NWSA.2018.13.4.1B0059.
- 47- Fatma Gözükara, Feray Kabalcıoğlu, Fatma Ersin, Şanlıurfa İlinde Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Journal of Harran University Medical Faculty) 2015: Cilt 12. Sayı 1, 9-16.
- 48- Hatice Dikmen, Bursa ili İznik ilçesi 5'nolu Aile Sağlık Merkezine başvuran 15-49 yaş aralığındaki kadınların aile planlaması bilgilerini etkileyen etmenlerin belirlenmesi, Tez raporu, 2018, Bursa
- 49- Arzu Kul Uçtu, Hediye Karakoç, Nebahat Özerdoğan, Evlendirme Dairesine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanımı ve Hizmet Alımına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi, "İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi" "Journal of the Human and Social Sciences Researches" ISSN: 2147-1185, Cilt / Vol: 7, Sayı/Issue: 1, 2018 Sayfa: 12-21.
- 50- Şemsinnur Göçer ve Ark., Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Aile Planlaması Durumlarının Belirlenmesi, Journal of Health Services and Education; 2016; 2(1): 40-46.
- 51- Sağıroğlu, P.Ç., Eray, İ.K., Yurdakul, F.E. ve Yavuz, A.F., (2017). Kadınların Kontraseptif Tercihleri ve Yöntem Kullanırken Gebe Kalma Durumlarının Değerlendirilmesi. Ankara Med J, Cilt:1, Sayı:21, ss:21-8. DOI: 10.17098/amj.62695.

- 52- Öztaş, Ö.ve ark., 18-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Üreme Sağlığı ve Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi Tutum ve Davranışları. Ankara Med J, (2015):15(2):67-76.]
- 53- Eryılmaz, N. ve Ege, E., (2016). Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Tutumları ve İlişkili Faktörler. Journal of Human Sciences, Cilt:13, Sayı:2, ss:3389-401. DOI: 10.14687/jhs.v13i2.3812.
- 54- Tunç A. Edirne İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı 15-49 Yaş Arası Kadınların Aile Planlaması İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları, Edirne Aile Hekimliği tıpta uzmanlık (2019)
- 55- Göçer Ş, Mazicioğlu M, Ulutabanca R, Ünal D, Karaduman M, Tarhan K. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Doğurganlık ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Durumlarının Belirlenmesi Journal of Health Services and Education; 2(1): 40-46 (2018)
- 56- Karaçalı M, Özdemir R. Karabük ilinde 15-49 yaş grubu evli kadınların aile planlaması hizmetlerine erişimini etkileyen faktörler Türkiye Halk Sağlığı Dergisi;16(2):131-145 (2018)
- 57- Aksu, H., & Toptaş, B. (2020). Perimenopozal dönemdeki kadınların kontraseptif yöntem kullanım durumları. Journal of Human Sciences, 17(2), 548-557.
- 58- Nuray Egeliolu Cetişli ve ark., Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yönteminin Cinsel Yaşam ve Benlik Saygısına Etkisi, Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 2016;13 (2): 101-106.
- 59- Mine Yurdakul, Aslıhan Ardiç Çobaner, Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Ebe Ve Hemşirelerin Aile Planlaması Hizmetlerinde Değişen Rolü Üzerine Nitel Bir Araştırma, Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi, (2016): 06: 34-47
- 60- ÜNAL A.. (2019),”Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri”, Fiscoeconomia, Vol.3(3), 152-167].
- 61- ÜNAL A.. (2019),”Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri”, Fiscoeconomia, Vol.3(3), 152-167].
- 62- Şengül Yaman Sözbir ve ark., Postpartum İlk 48 Saatte Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Yöntem Seçimi ve Kullanımına Etkisinin Değerlendirilmesi, Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi 2019;4(1):29-39)
- 63- Hatice Yılmaz Doğru ve ark., Yaş gruplarına göre kadınların aile planlamasına bakışları ve seçtikleri yöntemlerin değerlendirilmesi: Tersiyer tek merkez deneyimi, Dicle Tıp Dergisi (Dicle Medical Journal), 2016; 43 (3): 413-418.)/
- 64- Aşkın et al., Evaluation of Factors Affecting Sexual Functions and Contraceptive Method Preferences of Women, Düzce Tıp Fak Derg / Duzce Med J, 2019;21(3):172-176.
- 65- Yesim Bayoğlu Tekin et all., Knowledge and Attitudes About Emergency Contraception Among Married Women in the Eastern Black Sea Region of Turkey Gynecol Obstet Reprod Med 2015;21:22-26
- 66- Başak Demirtaş Hiçyılmaz, Geri Çekme Yöntemi: Hemşirelerin Kullanıcılara İlişkin Deneyimleri, Türkiye Klinikleri J Health Sci 2017;2(2):84-91
- 67- Mehmet Kaya, Nuray Özgülnar, İstanbul’da bir aile hekimine kayıtlı erkeklerin gebelikten korunma durumu ve gereksinimlerinin araştırılması, Turk J Public Health 2020;18(1)
- 68- Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı Pandemi Öncesi ve Sırasında Türkiye’de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetleri İzleme Raporu Eylül 2020, s: 5, ISBN: 978-625-44417-0-7

- 69- Neslihan Değerli Kodaz, Kamile Altuntuğ, Emel Ege, Aile Planlaması Yöntemlerinde Güncel Gelişmeler, KASHED, 2018 4 (1):109-130).
- 70- Temel S., Karşlanmamış Aile Planlaması Gereksinimlerinin Azaltılmasında Kültürel Faktörlerin Belirlenmesi ve Hizmet Modelinin Geliştirilmesi, Tez raporu, 2018 Ankara
- 71- Ayşe Şenoğlu ve ark., İstenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Yapılan Düşüklerin Değerlendirilmesi, Arşiv Kaynak Tarama Dergisi . Archives Medical Review Journal, 2019;28(4):300-305, doi:10.17827/aktd.474072
- 72- Ersoy, E., Karasu, Y., Çelik, E.Y., Ersoy, A.Ö., Tokmak, A. ve Taşçı, Y., (2015). Gebeliği Plansız Kadınların Kişisel Özellikleri ve Kontrasepsiyon Hakkındaki Düşünceleri. Journal of Clinical and Experimental Investigations, Cilt:6, Sayı:3, ss:250-5
- 73- Savaş N, İnandı T, Arslan E, Peker E, Durmaz E, Erdem M, Ömer Alışkın Ö, Yeniçeri A Unintended pregnancies, induced abortions and risk factors in women admitted to hospitals due to birth or abortion in HatayTurk J Public Health 2017;15(2): 84-95
- 74- 1983, 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2827.pdf>
- 75- Akin, A.; “Türkiye’de Değişen Nüfus ve Sağlık Politikaları Doğrultusunda, İsteyerek Düşükler ve Üreme Sağlığı Hizmet Sunumunda Geleceğe Bakış” Turkish journal of Public Health - Türkiye Halk Sağlığı Dergisi Kasım 2012, cilt 10, Düşükler özel sayı 1, ed.Bulut,A.ss., 43-60
- 76- Akin, A, “Emergence of the Family Planning Program in Turkey”, in The Global Family Planning Revolution, Three Decades of Population Policies and Programs, Ed. Robinson, W. C., Ross, J. A., The World Bank, Washington DC, 2007, s.85-102. The Worldbank. <http://siteresources.worldbank.org>
- 77- Akin, A.; “From Research to Practice: Use of Non-Physicians in Family Planning Services in Turkey”, Health Human Care Resource Availability: The Impact on Health in Turkey. France: Cahiers de Sociologie et de Demographie Medicales 50, 4, 2010, ss. 445-462
- 78- Sarah Huber-Krum et al., Estimating abortion prevalence and understanding perspectives of community leaders and providers: Results from a mixed-method study in Istanbul, Turkey, Women’s Health, 2020: Volume 16: 1–13).
- 79- Pinar Telli, Tomris Cesuroğlu, Feride Aksu Tanık, How Do Pronatalist Policies Impact Women’s Access to Safe Abortion Services in Turkey?, International Journal of Health Services 2019, Vol. 49(4) 799–816.
- 80- KA MacFarlane et al. Politics, policies, pronatalism, and practice: availability and accessibility of abortion and reproductive health services in Turkey, Reproductive Health Matters 2016;24:62–70
- 81- O’Neil M.L., et al., Abortion Services at State Hospitals in Turkey: A National Study.” Contraception October 2016, [http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(16\)30411-5/fulltext](http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(16)30411-5/fulltext)
- 82- O’Neil M.L., ve arkadaşları, Yasal Ancak Ulaşılabilir Değil: Türkiye’deki Kamu Hastanelerinde Kürtaj Hizmetleri – 2020, <https://gender.khas.edu.tr/tr/yasal-ancak-ulasilabilir-degil-turkiyedeki-kamu-hastanelerinde-kurtaj-hizmetleri>
- 83- WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, UNPD, Maternal Mortality Levels and trends 2000 to 2017 [https://www.who.int/gho/maternal\\_health/mortality/maternal\\_mortality\\_text/en/](https://www.who.int/gho/maternal_health/mortality/maternal_mortality_text/en/)



- 84- Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Maternal Mortality 1990-2015. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2016
- 85- Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development 2015. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. United Nations General Assembly, Seventieth session; 2015. Erişim: <https://www.unfpa.org/resources/transforming-our-world-2030-agenda-sustainabledevelopment>
- 86- Strategies towards ending preventable maternal mortality (EPMM). Geneva: World Health Organization; 2015. Erişim: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/153540/WHO\\_RHR\\_15.03\\_eng.pdf;jsessionid=151DE76D9C9B98A5509AAACE8BE6EC989?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/153540/WHO_RHR_15.03_eng.pdf;jsessionid=151DE76D9C9B98A5509AAACE8BE6EC989?sequence=1).
- 87- 2019, WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division
- 88- WHO, Maternal Health Global Situation, [https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_2).
- 89- WHO, Maternal Mortality Ratio (per 100.000 live births, Health Statistics and information systems. Erişim: <https://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/>
- 90- Sağlık İstatistik Yıllığı 2019 Haber Bülteni, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/38812,haber-bulteni-2019pdf.pdf?0lteni> ,
- 91- TÜİK, Ölüm ve ölüm nedenleri istatistikleri 2019 (<http://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33710> )
- 92- Sağlık Bakanlığı, Anne Ölümleri Genelgesi, 2007. Ankara, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11095/anne-olumleri-veri-sistemi-genelgesi-2007--27.html>
- 93- CNN, Anne Ölümlerini azaltmak için müdahale timi kuruldu, <https://www.cnnturk.com/saglik/anne-olumlerini-azaltmak-icin-mudahale-timi-kuruldu>
- 94- Birim Faaliyet Raporu, 2019, Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/kurumsal/plan-ve-faaliyetler/HSGM\\_2019\\_Birim\\_Faaliyet\\_Raporu.pdf?type=file](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/kurumsal/plan-ve-faaliyetler/HSGM_2019_Birim_Faaliyet_Raporu.pdf?type=file)
- 95- TUSEB, 2019-2023 STRATEJİK PLANI, [https://www.tuseb.gov.tr/uploads/stratejik\\_planlar/09-03-2020\\_\\_5e664e067366c\\_\\_2019-2023-yili-stratejik-planı.pdf](https://www.tuseb.gov.tr/uploads/stratejik_planlar/09-03-2020__5e664e067366c__2019-2023-yili-stratejik-planı.pdf)
- 96- 11. Kalkınma Planı, <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/07/OnbirinciKalkinmaPlanı.pdf>
- 97- Engin-Üstün Y, Sanisoğlu S, Keskin HL, Karaahmetoğlu S, Özcan A, Çelen Ş, Üstün Y, Alkan A, Ongun V, Şencan İ. Changing trends in the Turkish maternal deaths, with a focus on direct and indirect causes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019 Mar;234:21-25. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.12.031. Epub 2019 Jan 6. PMID: 30640122.
- 98- Sanisoğlu S, Uygur D, Keskin Kılıç B, Engin-Üstün Y, Keskin HL, Karaahmetoğlu S, Özcan A, Esen M, Ongun V, Özkan S. Maternal mortality cases from pulmonary embolism: A nation-wide study in Turkey. *J Obstet Gynaecol.* 2017 Feb;37(2):151-156. doi: 10.1080/01443615.2016.1217509. Epub 2016 Dec 15. PMID: 27976969.
- 99- Numan Cım, Erkan Elci, Sena Sayan, Gulhan Gunes Elci, Serif Aksin, Recep Yıldızhan. Trends and causes of maternal mortality in Eastern province of Turkey. *Eastern J Med.* 2017; 22(4): 191-201

- 100- Ekin A, Gezer C, Solmaz U, Taner CE, Dogan A, Ozeren M. Predictors of severity in primary postpartum hemorrhage. *Arch Gynecol Obstet.* 2015 Dec;292(6):1247-54. doi: 10.1007/s00404-015-3771-5. Epub 2015 Jun 4. PMID: 26041324.
- 101- Keskin HL, Engin Üstün Y, Sanisoğlu S, Karaahmetoğlu S, Özcan A, Çelen Ş, Tontuş S, Üstün Y, Ongun V, Şencan İ. The value of autopsy to determine the cause of maternal deaths in Turkey. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2018 Nov 15;19(4):210-214. doi: 10.4274/jtgga.2018.0082. Epub 2018 Jun 8. PMID: 29880464; PMCID: PMC6250083.
- 102- Kurdoglu Z, Dalbudak T, Kurdoglu M, Yıldızhan R, Sahin HG. Evaluation of maternal mortality ratio and causes in a university hospital in eastern Turkey. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2015;42(6):736-8. PMID: 26753474.
- 103- Lale Say, et al, Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis *Lancet Glob Health* 2014;2: e323–33, [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext)
- 104- Aygar H, Metintaş S. Bir Kalkınma Göstergesi Olarak Anne Ölümleri. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi.*2018;3(3):63-70. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/573828>
- 105- GBD 2015 Maternal Mortality Collaborators. Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet.* 2016 Oct 8;388(10053):1775-1812. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31470-2. Erratum in: *Lancet.* 2017 Jan 7;389(10064):e1. PMID: 27733286; PMCID: PMC5224694.
- 106- Keskinkılıç B, Engin-Üstün Y, Sanisoğlu S, et al. Maternal mortality due to hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium between 2012 and 2015 in Turkey: A nation-based study. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2017;18(1):20-25. doi:10.4274/jtgga.2016.0244)
- 107- Poon LC, Shennan A, Hyett JA, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention [published correction appears in *Int J Gynaecol Obstet.* 2019 Sep;146(3):390-391]. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019;145 Suppl 1(Suppl 1):1-33. doi:10.1002/ijgo.12802.
- 108- Durukan H, Durukan ÖB, Yazıcı FG. Planned versus urgent deliveries in placenta previa: maternal, surgical and neonatal results. *Arch Gynecol Obstet.* 2019 Dec;300(6):1541-1549. doi: 10.1007/s00404-019-05349-9. Epub 2019 Oct 26. PMID: 31655886.
- 109- Çakır, E , Öner, C , Çetin, H , Şimşek, E . (2019). Evaluation of Prenatal Care Services in Istanbul Adalar District . *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* , 13 (2) , 111-118 . DOI: 10.21763/tjfm.569443
- 110- Yılmaz, L , Koruk, F , Koruk, İ . (2018). Şanlıurfa'da bir devlet hastanesinde doğum yapmış kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerini alma durumu, bu hizmetlerin niteliği ve etkileyen faktörler . *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , 11 (2) , 209-218 . DOI: 10.26559/mersinsbd.424153
- 111- Dönmez, A., Er, M. ve Karaçam, Z., (2018). Gebe Okuluna Başvuran Gebelerin Yaşadığı Gebeliğe Bağlı Fiziksel Sağlık Sorunlarının İncelenmesi, *Life Sciences (NWSALS)*, 13(1):1-10, DOI: 10.12739/NWSA.2018.13.1.4C0015. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/408346>

- 112- Seven M, Akyüz A, Eroglu K, Daack-Hirsch S, Skirton H. Women's knowledge and use of prenatal screening tests. *J Clin Nurs*. 2017 Jul;26(13-14):1869-1877. doi: 10.1111/jocn.13494. Epub 2017 Mar 20. PMID: 27487389.
- 113- Soysal S, Sarioz A, Anik İlhan G, Kocagoz A, Dizi A, Gursoy I, Celik I, Ozmen D. Evaluation of late adolescent pregnancies: Is late adolescence a risk factor for preterm labor? *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2019 Mar;32(5):851-856. doi: 10.1080/14767058.2017.1393799. Epub 2017 Oct 29. PMID: 29082792.
- 114- Hasan Pirdal ve ark, Gebelerin gebelik izlemleri, gebelikleri ile ilgili bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörler, *Türk Aile Hek Derg* 2016; 20 (1): 7-15, [https://www.researchgate.net/publication/324714282\\_Knowledge\\_levels\\_of\\_pregnants\\_on\\_their\\_pregnancy\\_and\\_the\\_related\\_factors](https://www.researchgate.net/publication/324714282_Knowledge_levels_of_pregnants_on_their_pregnancy_and_the_related_factors)
- 115- TÜİK, Doğum İstatistikleri 2019 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33706>
- 116- Kırbas A, Gulerman HC, Daglar K, Pregnancy in Adolescence: Is it an obstetrical risk?, *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* (2016), doi: 10.1016/j.jpag.2015.12.010.
- 117- World » OECD members » Turkey - Global Index » Goal 3 : Good Health and Well-Being » Adolescent fertility rate (births per 1,000 adolescent females aged 15 to 19) <https://knoema.com/SDGIX2019/sustainable-development-goal-index-2020?tsid=1304480>
- 118- Kapisiz SG, Dedeoglu Z. Adolescent pregnancies and legal issues. *Turk J Womens Health Neonatol* 2020; 2(2): 41-46, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1180009>
- 119- UNFPA 2020, Çocuk Yaşta Erken ve Zorla Evliliklerin Sağlık Riskleri ve Sonuçlarına Çok Sektörlü Yaklaşım,
- 120- Fazilet Gör Uslu, 2018, Adolesan Annelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Doğum Sonuçlarının Değerlendirilmesi <https://adudspace.adu.edu.tr:8080/jspui/bitstream/11607/3523/1/SA%C4%9ELIK%20YL%20AAA%20FAZ%C4%BOLET%20G%C3%96R%20USLU%20kendi%20kontrol%C3%BC.pdf>
- 121- Celep, G , Gürçağlar, A , Erdoğan, Y , Kara, F . (2019). Ergen Gebeliklere Genel Bir Bakış, Tek Merkez Deneyimi: Amasya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi . *Güncel Pediatri* , 17 (3) , 400-411 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/pediatri/issue/50216/647134>
- 122- Ayyıldız, T , Topan, A , Öztürk, Ö , Kulakçı, H . (2015). Adolesan Gebeliklerin Anne ve Bebeğe Yönelik Obstetrik Sonuçlar Açısından Değerlendirilmesi . *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* , 8 (2) , 61-66 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed/issue/46804/586884>
- 123- 2020, Engin Yurtçu, Sibel Mutlu, Ayşe Çitil, Vehbi Yavuz Tokgöz)Adolesan ve Erişkin Gebelikler Arasındaki Perinatal Sonuçların Karşılaştırılması: Retrospektif Kohort Çalışma *Osmangazi Tıp Dergisi* <https://dergipark.org.tr/tr/pub/otd/issue/35590/681440>
- 124- Aşkı Ellibeş, Kaya, A , Başbuğ, A , Sönmez, C , Barut, C , Şengün, Y , Çağlar, M . (2017). Late adolescent pregnancies, maternal and fetal outcomes . *Family Practice and Palliative Care* , 2 (3) , 22-27 . DOI: 10.22391/fppc.327993
- 125- Volkan Karataşlı, Ahkam Göksel Kanmaz, Abdurrahman Hamdi İnan, Adnan Budak, Emrah Beyan, Maternal and neonatal outcomes of adolescent pregnancy, *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, Volume 48, Issue 5, 2019, Pages 347-350,

- 126- Mert Ulaş Barut, Adolesan Gebelerin Maternal ve Fetal Sonuçlarının Değerlendirilmesi, Dicle Tıp Dergisi / Dicle Med J (2018) 45 (3) : 283-290, <https://dergipark.org.tr/tr/download/issue-file/14166>
- 127- Bölgemizdeki Adolesan Gebeliklerin Maternal Ve Perinatal Sonuçlar Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi June 2017 Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi 8(30):6-6 DOI: 10.17944/mkutfd.323227 [https://www.researchgate.net/publication/317866159\\_BOLGEMIZDEKI\\_ADOLESAN\\_GEBELIKLERIN\\_MATERNAL\\_VE\\_PERINATAL\\_SONUCLAR\\_UZERINE\\_ETKILERININ\\_DEGERLENDIRILMESI](https://www.researchgate.net/publication/317866159_BOLGEMIZDEKI_ADOLESAN_GEBELIKLERIN_MATERNAL_VE_PERINATAL_SONUCLAR_UZERINE_ETKILERININ_DEGERLENDIRILMESI)
- 128- Maternal Characteristics and Obstetric and Neonatal Outcomes of Singleton Pregnancies Among Adolescents, 2019, Kartaşlı, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468784718304999?via%3Dihub>
- 129- Çintesun E, Al RA. The effect of increased number of cesarean on maternal and fetal outcomes. Ginekol Pol. 2017;88(11):613-619. doi: 10.5603/GP.a2017.0110. PMID: 29303215.
- 130- Elif Gul Yapar Eyi & Leyla Mollamahmutoglu (2019) An analysis of the high cesarean section rates in Turkey by Robson classification, The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, DOI: 10.1080/14767058.2019.1670806
- 131- Çift T, Korkmazer E, Temur M, Bulut B, Korkmaz B, Ozdenoğlu O, Akaltun C, Üstünyurt E. Adolescent pregnancies: complications, birth outcomes and the possible solutions. Ginekol Pol. 2017;88(7):393-397. doi: 10.5603/GP.a2017.0073. PMID: 28819945.
- 132- Demirci O, Yılmaz E, Tosun Ö, Kumru P, Arıncan A, Mahmutoğlu D, Selçuk S, Dolgun ZN, Arısoy R, Erdoğan E, Tarhan N. Effect of Young Maternal Age on Obstetric and Perinatal Outcomes: Results from the Tertiary Center in Turkey. Balkan Med J. 2016 May;33(3):344-9. doi: 10.5152/balkanmedj.2015.150364. Epub 2016 May 1. PMID: 27308080; PMCID: PMC4898995.
- 133- Santas F, Celik Y, Eryurt MA. Do health care reforms in Turkey have a significant effect in equal access to maternal and child health services in Turkey: An evidence from 20 years. Int J Health Plann Manage. 2018 Jan;33(1):e344-e356. doi: 10.1002/hpm.2482. Epub 2017 Dec 26. PMID: 29277916.
- 134- Meryem Kübra Şentürk, 2019, Riskli Gebelerin Prenatal Bağlanma Ve Doğum Korkusu Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi, <https://katalog.marmara.edu.tr/veriler/yordambt/cokluortam/17A94258-8D4E-1248-8ECF-4329E2A70D6E/5d4829d278eca.pdf> <http://hdl.handle.net/11424/53217>
- 135- Yıldız Atadağ et al, Risk Assessments, Pregnancy and Birth Processes of Pregnant Women at Primary Health Care Center: A Retrospective Study April 2017 Journal of Surgery and Medicine 1(1):5-8 DOI: 10.28982/josam.337609, [https://www.researchgate.net/publication/320169858\\_Risk\\_Assessments\\_Pregnancy\\_and\\_Birth\\_Processes\\_of\\_Pregnant\\_Women\\_at\\_Primary\\_Health\\_Care\\_Center\\_A\\_Retrospective\\_Study/citations](https://www.researchgate.net/publication/320169858_Risk_Assessments_Pregnancy_and_Birth_Processes_of_Pregnant_Women_at_Primary_Health_Care_Center_A_Retrospective_Study/citations)
- 136- Merve Cömert, Gebelik Planlayan Kadınlarda Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, 2019, <https://openaccess.biruni.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12445/1012/543728.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 137- Köksal, H , Karakuş, S . (2017). Impact of sociodemographic attributes on high-risk pregnancy . Cumhuriyet Medical Journal , 39 (2) , 494-500 . DOI: 10.7197/223.v39i29491.316371

- 138- 2017, Zeynep Demirtaş Selma Metintaş Türk Cumhuriyetlerinde Anne Çocuk Sağlığı Göstergelerinin Ekonomik Ve Doğurganlık Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi Cilt: 2 - Sayı: 1 Sayfalar : 16-25 <https://dergipark.org.tr/pub/estudamhsd/issue/39506>
- 139- Özlem Demirel BozkurtGebelikte Eş Şiddeti: Risk Faktörleri, Sağlık Sonuçları ve Tarama Araçları, Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics 2016;2(2), file:///C:/Users/aysegu%20pc/Downloads/2016-BozkurtveDakan-GebelikteEiddeti-RiskFaktrleriSalkSonularveTaramaAralar%20(1).pdf
- 140- Yasin Bez, 2018 Customary practices, domestic violence, and psychosomatic pain among adolescent mothers in Turkey [https://applications.emro.who.int/EMHJ/v24/10/EMHJ\\_2018\\_24\\_10\\_994\\_1001.pdf](https://applications.emro.who.int/EMHJ/v24/10/EMHJ_2018_24_10_994_1001.pdf)
- 141- Türkiye’de COVID-19 Etkilerinin Toplumsal Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi Rapor Özeti, 2020 UN Women [http://panel.stgm.org.tr/vera/app/var/files/r/g/rga\\_executive\\_summary\\_turkish.pdf](http://panel.stgm.org.tr/vera/app/var/files/r/g/rga_executive_summary_turkish.pdf)
- 142- BM direktörü açıkladı: Pandemide erken evlilik artabilir, <https://www.hurriyet.com.tr/dunya/bm-direktoru-acikladi-pandemide-erken-evlilik-artabilir-41623870>
- 143- Maternal Mortality Levels and Trends 2000 to 2017<http://mmr2017.srhr.org/>
- 144- Güvenli Annelik Etki değerlendirme Araştırması, TAPV,2019, <http://www.tapv.org.tr/wp-content/uploads/2020/01/G%C3%BCvenli-Annelik-Program%C4%B1-Sosyal-Etki-Raporu.pdf>
- 145- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2009),Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, sayı:2, Ankara
- 146- Selda İldan Çalım et all, Mother İn The Direction Of Friendly Health Services Hospital Criteria Review, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 31(1): 120-130,201 [https://www.researchgate.net/publication/322716224\\_MOTHER\\_IN\\_THE\\_DIRECTION\\_OF\\_FRIENDLY\\_HEALTH\\_SERVICES\\_HOSPITAL\\_CRITERIA\\_REVIEW](https://www.researchgate.net/publication/322716224_MOTHER_IN_THE_DIRECTION_OF_FRIENDLY_HEALTH_SERVICES_HOSPITAL_CRITERIA_REVIEW)
- 147- Liona C. Poon<sup>1</sup>, Andrew Shennan<sup>2</sup>, Jonathan A. Hyett<sup>3</sup>, Anil Kapur<sup>4</sup>, Eran Hadar<sup>5</sup>, Hema Divakar<sup>6</sup>, Fionnuala McAuliffe<sup>7</sup>, Fabricio da Silva Costa<sup>8</sup>, Peter von Dadelszen<sup>2</sup>, Harold David McIntyre<sup>9</sup>, Anne B. Kihara<sup>10</sup>, Gian Carlo Di Renzo<sup>11</sup>, Roberto Romero<sup>12</sup>, Mary D’Alton<sup>13</sup>, Vincenzo Berghella<sup>14</sup>, Kypros H. Nicolaides<sup>15</sup>, Moshe Hod<sup>5</sup>
- 148- UNESCO, UNAIDS, UNFPA,WHO,UNICEF,UNWOMEN,Cinsel Eğitim Üzerine Uluslararası Teknik Rehber, 2018, <http://www.tapv.org.tr/wp-content/uploads/CinselEgitimUzerineUluslararasıTeknikRehber.pdf>
- 149- WHO Regional office for Europe and Federal Centre for Health Education, Standards in Sexuality Education, 2010, <https://www.bzga-whocc.de/en/publications/standards-in-sexuality-education/>
- 150- Türk Tıp Öğrencileri Birliği GÖRÜŞ BİLDİRGESİ, Okullarda Cinsel Sağlık ve Cinsellik Eğitimi Verilmesi,TurkMSIC, 2019,[http://turkmsic.net/sites/default/files/bildiriler/okullarda\\_cinsel\\_saglik\\_ve\\_cinsellik\\_egitimi\\_verilmesi.pdf](http://turkmsic.net/sites/default/files/bildiriler/okullarda_cinsel_saglik_ve_cinsellik_egitimi_verilmesi.pdf)
- 151- Zeren, F., Gürsoy, E. (2018). Neden cinsel sağlık eğitimi? Düzce Üniversitesi SağlıkBilimleri Enstitüsü Dergisi, 8(1), 29-33.

- 152- 2007 Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması, Nüfusbilim Derneği ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu Raporu, <http://www.nd.org.tr/images/other/245.pdf>
- 153- Yücesan ve Ayaz Alkaya,2017Okullarda göz ardı edilen bir konu: Cinsel sağlık eğitimi <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sdutfd/issue/37318/342828>
- 154- Öztürk ve Siyez,2015 İlköğretim 6. Sınıf Öğrencilerine Yönelik Cinsel Eğitim Programının Etkililiğinin İncelenmesi <https://dergipark.org.tr/tr/pub/egeefd/issue/4927/67396>
- 155- Esen E, Cinsel Sağlık Eğitimi Programının 9. Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Sağlık Bilgi Düzeyleri ve Tutumlarına Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (H. U. Journal of Education) 32(3): 560-580 [2017], <http://www.efdergi.hacettepe.edu.tr/yonetim/icerik/makaleler/2187-published.pdf>
- 156- Çitil Akyol, C , Kutlu, M . (2019). Ortaokul 8. Sınıf Öğrencilerine Yönelik Geliştirilen Cinsel Sağlık Psiko-Eğitim Programının Etkililiği . İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi , 20 (2) , 591-600 . DOI: 10.17679/inuefd.517792
- 157- Esen, E . (2016). Sağlıklı Ergen Gelişimini Desteklemeye Yönelik Eğitim Programlarının İncelenmesi . 21. Yüzyılda Eğitim Ve Toplum Eğitim Bilimleri Ve Sosyal Araştırmalar Dergisi , 5 (15) , 265-292 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/egitimvetoplum/issue/32169/356938>
- 158- 2015 - Meltem KÜRTÜNCÜ, Müge UZUN, Ferruh Niyazi AYOĞLU ERGEN EĞİTİM PROGRAMININ RISKLI SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE SAĞLIK ALGISINA ETKİSİ Journal Of Higher Education and Science [https://atif.sobiad.com/index.jsp?modul=makale-detay&Alan=sosyal&Id=AWbO8lw9HDbCZb\\_mQ1mU](https://atif.sobiad.com/index.jsp?modul=makale-detay&Alan=sosyal&Id=AWbO8lw9HDbCZb_mQ1mU)
- 159- Hava ÖZKAN [1] , Zehra Demet ÜST TAŞĞIN [2] , Serap EJDER APAY [3] CİNSELLİKLE İLGİLİ EĞİTİM ALAN VE ALMAYAN ÖĞRENCİLERİN CİNSEL SAĞLIK BİLGİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI Ebelik ve Sağlık Bilimleri DergisiArşivCilt 3, Sayı 1 <https://dergipark.org.tr/tr/pub/esbder/issue/53619/670967>
- 160- Özge Tuncer1, Dilek Saltık2, Nurdan Tekgül3 CİNSEL SAĞLIK EĞİTİMİNİN, ERGENLERDE SORUMLULUKLARINI ARTTIRMADAKİ ÖNEM Tepecik Eğit Hast Derg. 2014; 24(3): 179-185 | DOI: 10.5222/terh.2014.28291 <http://tepecikdergisi.com/jvi.aspx?pdire=terh&plng=tur&un=TERH-28291>
- 161- Turhan, O. N. (2015) Ergenlerin cinsel eğitime yönelik tutumlarına ilişkin bir ölçek geliştirme çalışması / Study of developing a scale to measure adolescents' attitudes towards sex education (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- 162- Deniz, Ü., & Gözütok, A. (2017). Okul öncesi dönem çocuk kitaplarının cinsel gelişim ve cinsel eğitim açısından incelenmesi. Journal of International Social Research, 10(49), 424-431.
- 163- Kardeş, S. & Güney Karaman N. (2018). Okul öncesi öğretmenlerinin çocuğun cinsel eğitimine ilişkin görüşleri. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 18 (3), 1554-1570. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/554928>
- 164- Barışcan Öztürk, Diğdem Müge Siyez, Erol Esen & Yelda Kağnici (2020) Effects of infertility prevention programme on college students, Sex Education, 20:5, 517-534, DOI: 10.1080/14681811.2019.1697662 [https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14681811.2019.1697662?casa\\_token=3l7ARxGk-j8AAAAA%3ACn5LSNLGmkx6laYq1oNoZMfUR78g2emY8d-fbZNG1WIRCOltWKv1EzRlfzNTJOOnWlyqsfL4\\_M8b](https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14681811.2019.1697662?casa_token=3l7ARxGk-j8AAAAA%3ACn5LSNLGmkx6laYq1oNoZMfUR78g2emY8d-fbZNG1WIRCOltWKv1EzRlfzNTJOOnWlyqsfL4_M8b)
- 165- Akça MŞ ve ark, Yükseköğretim ve Bilim Dergisi/Journal of Higher Education and Science

- Öğrencilerin Cinsel Eğitimine İlişkin Öğretmen Algısı, Cilt/Volume 7, Sayı/Number 3, Aralık/December 2017; Sayfa/Pages 515-522, [http://higheredu-sci.beun.edu.tr/pdf/pdf\\_HIG\\_1780.pdf](http://higheredu-sci.beun.edu.tr/pdf/pdf_HIG_1780.pdf)
- 166- Pehlivan, M , Şahin Taşkın, Ç . (2020). SINIF ÖĞRETMENLERİNİN EĞİTİM PROGRAMI TASARIM YAKLAŞIMI TERCİHLERİ VE DÜŞÜNME BECERİLERİNİN ÖĞRETİMİNDE SINIF İÇİ UYGULAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ\* . Milli Eğitim Dergisi , 49 (225) , 89-127 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/milliegitim/issue/52526/690628>
- 167- Çankırı, A. (2018). Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Cinsel Eğitimiyle İlgili Anne Baba Görüşlerinin İncelenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Temel Eğitim Anabilim Dalı, Çanakkale
- 168- İşler, S. (2017). Okul Öncesi Dönem Çocuğu Olan Ebeveynlerin Cinsel Gelişime ve Cinsel Eğitime Yönelik Bilgi Düzeylerinin ve Tutumlarının İncelenmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Doğu Akdeniz Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Kıbrıs.
- 169- Tuğut ve Gölbaşı, 2019 The Determination of Sexual Education Attitudes of Parents with Preschool Children (3-6 Ages) Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care Arşiv Cilt 13, Sayı 3 <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tjfm/issue/48397/610610>
- 170- Türkiye Aile Planlaması Vakfı, <http://www.tapv.org.tr/programlar/cinsel-saglik-programi/>
- 171- Nairobi Statement on ICPD25: Accelerating the Promise, 2019, <http://www.nairobisummiticpd.org/content/icpd25-commitments>,
- 172- Adolescent health in the South-East Asia Region, WHO, <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health> Erişim tarihi: 04.10.2020
- 173- Akın, A., Mihçioğur, S., Türkçelik Türkel, E., & Demir, C. (2019). Çocuk Yaşta Evliliklerin Önlenmesi Projesi: Nevşehir Modeli Sağlık Hizmet Sunucuları ve Sosyal Hizmet Sunucuları İçin Kaynak Kitap. Ankara: Tutkun Ofset
- 174- Akın, A., Mihçioğur, S., Türkçelik Türkel, E., & Demir, C. (2019). Çocuk Yaşta Evliliklerin Önlenmesi Projesi: Nevşehir Modeli Sağlık Araçları Kaynak Kitabı. Ankara: Tutkun Ofset
- 175- Değer V. B, Balcı E (2018). Adolesan Dönemde Üreme Sağlığı, Cinsellik ve Cinsel Eğitimin Önemi. Turkish Studies (Elektronik), 13(4), 1423- 1448. Doi: 10.7827/Turkishstudies.13152
- 176- Öztürk, E. (2018). Cinsel sağlık ve üreme sağlığında haklar (Unpublished master's thesis). İstanbul Medipol Üniversitesi. Retrieved October 4, 2020, from <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- 177- Adolescence and Adolescent Reproductive Health, International Children's Center (ICC), "Teaching Materials for the Training Courses", Ankara, 2003.
- 178- Yaltı, Y. (2016). Üsküdar ilçesinde yaşayan 15-49 yaş arası kadınların üreme sağlığı konularında birinci basamak sağlık kurumlarından yararlanma durumları. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul
- 179- Funda Özpulat. (2017). Toplumun İhmal Edilen Yüzü: Çocuk Evlilikler ve Kadın Sağlığına Yansımaları. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi
- 180- Darroch J, Woog V, Bankole A, Ashford LS. Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. New York: Guttmacher Institute; 2016.

- 181- Neal S, Matthews Z, Frost M, et al. Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91:1114–18.
- 182- Every Woman Every Child. The Global Strategy for Women`s, Children`s and Adolescents`Health (2016-2030). Geneva: Every Woman Every Child, 2015.
- 183- UNAIDS. (2019). Global Hiv Statistics. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf)
- 184- Adolescents: health risks and solutions, Key facts, WHO, 2018, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions> Erişim tarihi: 04.10.2020.
- 185- İstatistiklerle Gençlik, 2019 Sayı: 33731 15 Mayıs 2020 <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33731> Erişim tarihi: 04.10.2020
- 186- Anık Y, Ege E. Erken evlilikler ve adolesan gebeliklerde hemşirelik yaklaşımı. Çelebioğlu A, editör. *Adolesan Sağlığı ve Hemşirelik Yaklaşımları*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.46-55.
- 187- T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2020
- 188- Evlenme ve Boşanma İstatistikleri, 2019 Sayı: 33708 26 Şubat 2020 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33708> Erişim tarihi: 04.10.2020
- 189- İstatistiklerle Çocuk, 2019 Sayı: 33733 17 Nisan 2020 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33733> Erişim tarihi:04.10.2020
- 190- Dönmez, A. (2019). Adolesan Dönemde Evlenen Kadınların Üreme Sağlığı Davranışları: Bir Karma Yöntem Çalışması. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Aydın
- 191- Şenoğlu, A, Çoban, A, Karaçam, Z. (2019). İstenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Yapılan Düşüklerin Değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28 (4), 300-305. DOI: 10.17827/aktd.474072
- 192- Akbulut, Ş. (2018). Adolesan Dönemi ve Cinsellik. *Social Mentality And Researcher Thinkers Journal*. 4. 1178-1185. 10.31576/Smryj.155.
- 193- Dilmen, S. (2019). Adolesan Gebelerin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir
- 194- İnalöz E . Bölgemizdeki Adolesan Gebeliklerin Maternal Ve Perinatal Sonuçlar Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2017; 6-14.
- 195- Adolesan Gebelikler ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde İzlem, Altuğ Kut , Funda Salgür , Özgür Çaycı, Ceren Türkcan,2015, *Smyrna Tıp Dergisi* – 54–
- 196- Özgü E , Yakut H . Adolesan Kontrasepsiyon. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2015; 191-193.
- 197- Yazıcı, Saadet & Solt, Ayca. (2015). Adolesan Gebelikler. *Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi*. 2. 10.17681/Hsp.36633.
- 198- Çiğdem Bilge ve ark, Adolesan gebelikler ve üreme sağlığı sorunları [https://jag.journalagent.com/androloji/pdfs/AND\\_17\\_61\\_154\\_156.pdf](https://jag.journalagent.com/androloji/pdfs/AND_17_61_154_156.pdf)



- 199- Kansu Çelik H , Özel Ş , Engin Üstün Y . Adolesanlarda Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2018; 184-188.
- 200- TÜİK, Doğum İstatistikleri, 2017, Sayı: 27588 18 Mayıs 2018, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27588>
- 201- TÜİK 2018 Doğum İstatistikleri, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30696>
- 202- Doğum İstatistikleri, 2019, Sayı: 33706, 13 Mayıs 2020 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33706>
- 203- Aygor, H., Altuntug, K. & Ege, E. The Views of Students on Sexual Health and Reproductive Health Course. Sex Disabil 35, 387–394 (2017). <https://doi.org/10.1007/s11195-017-9489-5>
- 204- Yıldız D. (2019). Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ve Sağlık Bilimleri Fakültesinde Okuyan Öğrencilerin Cinsel Sağlık, Üreme Sağlığı Ve Acil Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Ve Davranışları, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Kahramanmaraş
- 205- Dinç, Söğüt Ve Cangöl, 2018 Üniversite Öğrencilerinin Cinsellik Ve Üreme Sağlığı Konusundaki Bilgi, Görüş Ve Davranışları Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları Ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi Mayıs / Haziran / Temmuz / Ağustos İlkbahar Yaz Dönemi Sayı: 13 Yıl: 2018 file:///C:/Users/user/Downloads/universite-ogrencilerinin-cinsellik-ve-aile-planlamasi-ile-ilgili-bilgi-duzeylerinin-belirlenmesi20180903115306.pdf
- 206- Sibel, H. (2019). Üniversite Öğrencilerinin Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Bilgi Düzeylerinin Riskli Davranışlara Yatkınlığı İle İlişkisinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
- 207- Handan Özcan ve ark, ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ÜREME VE CİNSEL SAĞLIĞA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİ, Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, Mayıs / Haziran / Temmuz / Ağustos Yaz Dönemi Sayı: 7 Yıl: [https://www.researchgate.net/publication/305877239\\_UNIVERSITY\\_STUDENTS\\_KNOWLEDGE\\_LEVEL\\_FOR\\_SEXUAL\\_AND\\_REPRODUCTIVE\\_HEALTH](https://www.researchgate.net/publication/305877239_UNIVERSITY_STUDENTS_KNOWLEDGE_LEVEL_FOR_SEXUAL_AND_REPRODUCTIVE_HEALTH)
- 208- Aykan, Ş, Altındış, M, Ekerbiçer, H, Aslan, F, Altındış, S. (2017). Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Medya Kullanımı ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla İlgili Farkındalıkları. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3 (1), 1-5. DOI: 10.30934/kusbed.359170
- 209- Canan Ç. (2015). Özel Bir Üniversitedeki Öğrencilerin Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- 210- Karasu, F, Göllüce, A, Güvenç, E, Dadük, S, Tuncel, T. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkındaki Bilgilerinin İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 5 (1), 1-15. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/inonusaglik/issue/29401/410851>
- 211- Turan T, Erdoğan Ç (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Görüşleri. Journal of Academic Research in Nursing, 3(3), 129- 136.
- 212- Ozan, K. (2017). İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Öğrencilerinin Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi Ve Düşüncelerini Etkileyen Sosyodemografik Faktörler (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İzmir

- 213- Öznur Yaşar, Merve Dikoğlu Buluş, Gözde Özsezer Kaymak, Sezer Er Güneri. Investigation of Knowledge and Opinions About Sexually Transmitted Diseases of University Students. . 2019; 5(1): 53-58
- 214- Akçay, Duygu. (2019). Madde Kullanım Bozukluğu Olan Gençlerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Bilgi Düzeyleri. Genel Tıp Dergisi. 29. 24-28. 10.15321/GenelTipDer.2019150561.
- 215- ATAMAN, H., & Komurcu, N., (2017). Effectiveness Of The Sexual Health/Reproductive Health Education Given To Turkey Adolescents Who Use Alcohol Or Substance. Journal Of Addictions Nursing , Vol.28, 71-78.
- 216- Topaz Ş, Büyükkayacı Duman, N., Güneş, A. (2015). Sağlık Bilimleri Fakültesi birinci sınıftaki kız öğrencilerin genital hijyen uygulamaları. Turkish Journal of Clinics and Laboratory, 6(3), 85-90.
- 217- Üstündağ, A. (2017). Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitiminin Gençler Üzerinde Etkisinin Değerlendirilmesi. Başkent University Journal Of Education, 4(1), 1-10. Retrieved from <http://buje.baskent.edu.tr/index.php/buje/article/view/69>
- 218- Kara-Ulu N, Demir H, Taşar Ma, Dallar Yb. Ankara'da Düşük Sosyoekonomik Düzeyi Olan Bir Bölgede Ergenlerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2015; 1(1): 32-8.
- 219- Eriş, Ö, Ertekin Yazıcı, A. "Üniversite yaşamının cinsel mit ve tutumlara etkisi". Cukurova Medical Journal 44 (2019): 1432-1441 <https://dergipark.org.tr/tr/pub/cumj/issue/42408/598807>
- 220- Arife G. (2019). Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları İle Aile Planlaması Tutumları Arasındaki İlişki (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- 221- Burcu, S. (2018). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Ve Hukuk Fakültesi Öğrencilerinin Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı İle İlgili Bilgi Ve Algı Profillerinin Değerlendirilmesi Ve Karşılaştırılması (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
- 222- Yaşar, Öznur & Buluş, Merve & Özsezer Kaymak, Gözde & Er Güneri, Sezer. (2019). Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgi ve Görüşlerinin İncelenmesi. 10.5222/jaren.2019.97759.
- 223- Aygin, Dr & Açıl, Hande & Yaman, Özge & Çelik Yılmaz, Ayşe. (2017). Üniversitede okuyan kadın öğrencilerin cinsel mitler ile ilgili görüşleri. Androloji Bülteni. 19. 10.24898/tandro.2017.06025.
- 224- Evcili F, Golbasi Z. Sexual Myths and Sexual Health Knowledge Levels of Turkish University Students. Sexuality & Culture 2017;1-15.
- 225- Sibel, H. (2019). Adolesan Gebelerin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir
- 226- Simsek, Zeynep & KARA, Burcu & YASAR, Gozde & Yıldırım Kaya, Gökhan. (2015). Seasonal Agricultural Youth Workers' Concerns on Development- Growth in Adolescence Period and Utilization of Health Services. TAF Preventive Medicine Bulletin. 14. 1. 10.5455/pmb.1-1411394655.
- 227- Yanıkkörem, E, Üstögörül, S. (2019). Cinsel Sağlık Dersi Alan Ve Almayan Hemşirelik Öğrencilerinin Cinsel Sağlık Eğitimi Hakkındaki Düşünceleri . İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 7 (1), 12-27. DOI: 10.33715/inonusaglik.469855

- 228- Aşçı, Özlem & Gökdemir, Fulya & Çiçekoğlu, Ebru. (2016). Hemşirelik Öğrencilerine Akran Eğitimciler ile Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Etkinliği. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 3. 173. 10.17681/Hsp.56193
- 229- Özsoy, S, Bulut, S. (2017). Cinsel Sağlık Bilgisi Dersinin Hemşirelik Öğrencilerinin Cinsel Mitleri Üzerine Etkisi. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 3 (2), 54-67. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed/issue/32820/368582>
- 230- Ünal Toprak F, Turan Z. The effect of sexual health courses on the level of nursing students' sexual/reproductive health knowledge and sexual myths beliefs in Turkey: A pretest-posttest control group design. Perspectives in Psychiatric Care. 2020 Jul. DOI: 10.1111/ppc.12593.
- 231- Ogur, Utukalp ve Aydınoğlu, 2015 Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Cinsellikle İlgili İnanışları •STED 2016 • cilt volume 25 • sayı issue 1 • 13-21 [https://www.researchgate.net/profile/Songuel\\_Duran3/publication/310138289\\_Hemsirelik\\_Ogrencilerinin\\_Yeme\\_Tutumlari\\_ile\\_Problem\\_Cozme\\_Becerileri\\_Arasindaki\\_Iliski/links/58299b0308ae50954473406f/Hemsirelik-Ogrencilerinin-Yeme-Tutumlari-ile-Problem-Coezme-Becerileri-Arasindaki-Iliski.pdf#page=17](https://www.researchgate.net/profile/Songuel_Duran3/publication/310138289_Hemsirelik_Ogrencilerinin_Yeme_Tutumlari_ile_Problem_Cozme_Becerileri_Arasindaki_Iliski/links/58299b0308ae50954473406f/Hemsirelik-Ogrencilerinin-Yeme-Tutumlari-ile-Problem-Coezme-Becerileri-Arasindaki-Iliski.pdf#page=17)
- 232- Ayşe Zeynep Z. (2015). Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Mit İnançları, Cinsel Bilgi Düzeyleri ve Cinsel Tutumları Arasındaki İlişkiler (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul
- 233- Çakşak, A. (2018). Ergenlerde Cinsel Eğitim. Journal of Institute of Economic Development and Social Researches , 4 (11) , 498-504 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/iksd/issue/51706/671338>
- 234- Siyez, D, Öztürk, B , Esen, E , Kağnıcı, Y . (2018). Üniversite Öğrencilerine Yönelik Cinsel Sağlık Eğitimi Programları: Sistematik Gözden Geçirme. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, (46) , 344-362 . DOI: 10.21764/maeuefd.358377
- 235- Aydoğdu, Saadet & Uzun, Betül & Murat Öztürk, Duygu. (2019). Ebelik öğrencilerinin evlilik dışı cinsel ilişki hakkındaki görüş ve tutumları. Androloji Bülteni. 10.24898/tandro.2019.07269.
- 236- Ökdem Ş, Turgay G, Özdemir Eler Ç, Doğan A. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. Sağlık ve Toplum, 2016; :-
- 237- Aydın, M. (2019). Lisans Öğrencilerinin Cinsel Sağlık Eğitimi ve Cinsel Sağlık İle İlgili Bilgi ve Görüşleri . Eğitim Kuram ve Uygulama Araştırmaları Dergisi, 5 (1), 1-13. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ekvad/issue/44939/559240>
- 238- Türk, Rukiye. (2019). Hemşirelik Bölümü Birinci Sınıf Öğrencilerine Verilen Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara İlişkin Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi
- 239- Şafak Öztürk, C, Taşpınar, A. (2018). Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Vajinismus ilişkili Bilgi ve Görüşleri. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5 (4), 209-215. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/cbusbed/issue/41981/460393>
- 240- Zeren, F, Gürsoy, E. (2018). Neden Cinsel Sağlık Eğitimi?. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 8 (1), 29-33. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/duzcesbed/issue/34701/339003>
- 241- Sunel, T. (2019). Edirne Merkez İlçede Yaşayan 15-49 Yaş Kadınların Üreme Sağlığı Durumu (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı
- 242- Sağlık Bakanlığı, HIV/AIDS İstatistik, <https://hsgm.saglik.gov.tr/bulasici-hastaliklar/hiv-aids/hiv-aids-liste/hiv-aids-istatistik.html>

Esin A, Zarbailov N, A Regional Experience on Providing Comprehensive Sexual and Reproductive Health for Most at risk adolescents and young people, Journal of General Practice 2014, 2: 185.

244- Uluslararası Çocuk Merkezi, 2017, Gençlerin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği/Genciz Eşitiz” Projesi, Yayınlanmamış Rapor

245- World Health Organization. (2011). World report on disability 2011. World Health Organization.

246- Disability, U. N. (2018). Development Report Realizing the Sustainable Development Goals by, for and with Persons with Disabilities. UN: New York, NY, USA.

247- TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu). (2013). Nüfus ve konut araştırması 2011. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.

248- Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri Sonuç belgesi, 2015. <https://sdgs.un.org/goals>

249- Sert, G., Narman, İ., Erkan, O., Tursun, N., Başar, Y., & Özden, E., (2019). Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığında Haklar Ekonomik Kültürel Haklar Sözleşmesi'nin 22 No'lu Yorumu 2016. Türkiye Biyoetik Dergisi , vol.6, 65-81.

250- BİANET. (2020). Türkiye'de engelli sayısı neden bilinmiyor? <https://Bianet.Org/Bianet>. <https://bianet.org/bianet/toplum/229302-turkiye-de-engelli-sayisi-neden-bilinmiyor>

251- Özata, M , Karip, S . (2017). Engelli bireylerin Sağlık Hizmetleri Kullanımında Yaşadıkları Sorunlar: Konya Örneği . Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi , 20 (4) , 397-407 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hacettepesid/issue/39658/469531>

252- Türkiye İstatistik Kurumu. (2011). Özürlülerin Sorun Ve Beklentileri Araştırması, 2010. <http://www.Tuik.Gov.Tr>. <http://www.Tuik.Gov.Tr/PrehaberBultenleri>.

Do;Jsessionid=Xv97xnwmjdsM5sk7ggmmt1rc1qlv21w55fxp34yytsmj1ktkxsjv1887880950?id=6370

253- WHO & UNFPA. (2009). Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities WHO/UNFPA guidance note. World Health Organization. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/9789241598682/en/>

254- Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Engelliler için Bilgilendirme Rehberi 2019, <https://ailevecalisma.gov.tr/media/17688/engelli-bilgilendirme-27-09.pdf>

255- Sağlık Bakanlığı, 2010/79 Sayılı Özürlü Kişilere Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Genelge, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11155/201079-sayili-ozurlu-kisilere-yonelik-saglik-hizmetlerinin-sunumuna-iliskin-genelge.html>

256- Ak, İ. S. (2015). Submission of TOHAD (Turkey) to the Special Rapporteur of the UN CRPD. <https://www.Academia.Edu/>. [https://www.academia.edu/19984781/Submission\\_of\\_TOHAD\\_Turkey\\_to\\_the\\_Special\\_Rapporteur\\_of\\_the\\_UN\\_CRPD](https://www.academia.edu/19984781/Submission_of_TOHAD_Turkey_to_the_Special_Rapporteur_of_the_UN_CRPD)

257- Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence (GREVIO). (2018). GREVIO Baseline Evaluation Report Turkey. Council of Europe. <https://rm.coe.int/eng-grevio-report-turquie/16808e5283>

258- Orhan, S , Özkan, E . (2020). Engelli Kadın Olmak . Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi , 22 (1) , 1-19 . DOI: 10.32709/akusosbil.524633

259- Bayrak Çebitürk, N. (2019). Ebe ve Hemşirelerin Engelli Kadınların Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Dönemlerine Yönelik Düşünce ve Deneyimleri. (Master's thesis, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

- 260- TAPV. (2020). Engelli Kadınlar ve Kız Çocukları için Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddetle Mücadele, <http://www.tapv.org.tr/wp-content/uploads/2020/05/Engelli-kadınlar-ve-kız-cocuklari-icin-cinsel..H.pdf>
- 261- Addlakha R, Price J, Heidari S, Disability and sexuality: claiming sexual and reproductive rights. *Reprod Health Matters*. 2017;25:4-9
- 262- Kokanalı D , Karaca M , Özel Ş , Üstün Y . Engelli Kadınlarda Üreme Sağlığı. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2018; 28-30.
- 263- Altuntaş, N., & Doğanay, G. (2016). Trabzon'da Engelli Kadın Profili. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 315–339. <http://acikerisim.ktu.edu.tr/jspui/handle/123456789/212>
- 264- BAŞGÖL, Şükran & Oskay, Ümran. (2015). Fiziksel Engelliliğin Gebelik ve Annelik Üzerine Etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 23. 88. 10.17672/fnhd.44939.
- 265- Tugut, N., Golbasi, Z., Erenel, A. S., Koc, G., & Ucar, T. (2016). A multicenter study of nursing students' perspectives on the sexuality of people with disabilities. *Sexuality and Disability*, 34(4), 433–442. <https://doi.org/10.1007/s11195-016-9455-7>
- 266- Altundağ, S , Çakırer Çalbayram, N . (2019). Awareness of Sexual Health in Mothers Who Have Children with Learning Disability . *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* , 8 (2) , 96-106 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ausbid/issue/50617/641939>
- 267- Büyükkayacı Duman, Nuriye & KOÇAK, Derya. (2020). Türkiye de Hemşirelik Alanında Üreme Sağlığı- Cinsel Sağlık Konularında Yapılmış Olan Tezlerin İçerik Açısından İncelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 10.31067/O.2019.149.
- 268- Şahin H., 2018. Üniversite Personelinin Engelli Bireylere Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. *International Journal of Social Science* 2018; Number: 67, p. 315-325.
- 269- Özkan Şat, S , Şentürk Erenel, A , Yaman Sözbir, Ş . (2019). Özellikli Gruplarda Kontrasepsiyon Danışmanlığı . *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , 10 (2) , 190-197 . DOI: 10.22312/sdusbed.469613
- 270- Çelik F, Terkeş N, Uslular E, Şahin Ö, Savaş L, Karateke A, Duygun G, Kahraman H. Hemşirelerin İşitme Engelli Bireylere Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017;20(4):243-252
- 271- Türkiye Körler Federasyonu'ndan "COVID-19 Pandemisinde Engelli Kadınlara Yönelik Hak İhlalleri" Raporu,2020, <http://www.korlerfederasyonu.org.tr/>.
- 272- ÖZTUNALI G. K (2015). Sosyolojik değerlendirme: Lgbt bireyler açısından cinsiyet kimlikleri meselesi. *Eğitim Bilim Toplum*, 13(51), 73 - 97.
- 273- ILGA EUROPE. (2020). Rainbow Europe 2020. [www.ilga-europe.org/rainboweurope/2020](http://www.ilga-europe.org/rainboweurope/2020)
- 274- Medya ve Hukuk Çalışmaları Derneği. (2020, August 12). [www.mlsaturkey.com/tr/insan-haklari-savunucularindan-bmye-cagri-lgbti-haklari-ihlal-ediliyor/](http://www.mlsaturkey.com/tr/insan-haklari-savunucularindan-bmye-cagri-lgbti-haklari-ihlal-ediliyor/)
- 275- Özbek, Çağlar. (2017). Ayrımcılıkla Mücadelenin Kamusalılığı: LGBT Hareket ve Örgütlülük.

- 276- Pınar, Ç. (2020). Genç Lezbiyen ve Biseksüel Kadınların Sağlık Hizmetlerine Erişirken Yaşadığı Engeller: Türkiye Örneği, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Genç Lezbiyen Ve Biseksüel Kadınların Sağlık Hizmetlerine Erişirken Yaşadığı Engeller: Türkiye Örneği, Middle East Technical University
- 277- Ercan Sahin N, Aslan F, Emiroglu ON. Health status, health behaviours and healthcare access of lesbian, gay, bisexual and transgender populations in Turkey. *Scand J Caring Sci.* 2020 Mar;34(1):239-246. doi: 10.1111/scs.12759. Epub 2019 Oct 14. PMID: 31610038.
- 278- LGBTİ Bireylerin Sağlık Hizmeti Alma Deneyimleri: Niteliksel Bir Çalışma:Güldal, Bozdağ, Çelikkaya ve Günvar, 2019;
- 279- Göçmen İ, Yılmaz V. Exploring Perceived Discrimination Among LGBT Individuals in Turkey in Education, Employment, and Health Care: Results of an Online Survey. *J Homosex.* 2017;64(8):1052-1068. doi: 10.1080/00918369.2016.1236598. Epub 2016 Sep 20. PMID: 27645489.
- 280- Ci, Sc & Bilgic, Dilek & A, Nevin & Cumhuriyet, Üniversitesi & Sağlık, Bilimleri & Fakültesi, & Sivas,. (2016). Lezbiyenlerde Üreme Sağlığı.
- 281- Yıldırım, Y. (2018). Lezbiyen ve Biseksüel Kadınların Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetleri İle İlgili Görüş ve Deneyimleri (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Kadın Araştırmaları Anabilim Dalı
- 282- Bakım Sürecinde Zorlandığımız Alan LGBTİ'ye Yönelik Bir Gözden Geçirme, Gizem BEYCAN EKİTLİ, Mahire Olcay ÇAM, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing* 2017;8(3):179-187, [https://www.journalagent.com/phd/pdfs/PHD-97659-REVIEW-BEYCAN\\_EKITLI.pdf](https://www.journalagent.com/phd/pdfs/PHD-97659-REVIEW-BEYCAN_EKITLI.pdf)
- 283- Azize Dilek Güldal ve ark, LGBTİ Bireylerin Sağlık Hizmeti Alma Deneyimleri: Niteliksel Bir Çalışma, *The Journal of Turkish Family Physician* 2019;10(4):195-204, <http://turkishfamilyphysician.com/makaleler/arastirma/lgbti-bireylerin-saglik-hizmeti-alma-deneyimleri-niteliksel-bir-calisma/>
- 284- Babahanoğlu, Rasim & Gör, Arş & Üniversitesi, Selçuk & Fakültesi, Sağlık & Sosyal, Hizmet & Bölümü, Konya. (2019). Toplum İçinde Lgbt Bireylerin Yaşamı Ve Bu Bireylerin Topluma Bakışı: Nitel Bir Çalışma • Life Of Lgbt Individuals In Society And The Approach Of These Individuals To Society: A Qualitative Study. *Journal Of International Social Research.* 12. 10.17719/Jisr.2019.3770.
- 285- Ertuğrul Ş, Batı H. Tıp Öğrencilerinin Lgbt+ Hastalara Yaklaşımı. *Tıp Eğitimi Dünyası.* 2019;18(56):81-94;
- 286- Keleş Ş, Kavas MV, Yalın NY. LGBT+ Individuals' Perceptions of Healthcare Services in Turkey: A Cross-sectional Qualitative Study. *J Bioeth Inq.* 2018 Dec;15(4):497-509. doi: 10.1007/s11673-018-9874-5. Epub 2018 Oct 2. PMID: 30280296.
- 287- Keleş, Ş. (2017). Sağlık Sistemi İçinde Savunmasız/Örselenebilir Gruplara Yaklaşım. *Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi*, 5-7. <https://www.ttb.org.tr/Dergi/Index.php/Msg/Article/View/594>
- 288- Soner, Güven & Altay, Birsen. (2019). The Health of Trans Individuals and the Role of Nurse. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences.* 10.5336/nurses.2018-63864.
- 289- Türk Ceza Kanunu. (n.d.). <https://mevzuat.tbmm.gov.tr>. Retrieved October 5, 2020, from <https://mevzuat.tbmm.gov.tr/mevzuat/faces/>
- 290- KAOS GL. (2019). LGBTİ+'LARIN İNSAN HAKLARI 2019 YILI RAPORU. Kaos GL Kültürel Araştırmalar ve Dayanışma Derneği.

- 291- 21. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi e-Bildiri Kitabı. ISBN: 978-605-87853-5-9, HEALTH CARE PROBLEMS EXPERIENCED BY LGBT PEOPLE Akalın ve Saçan, 2019
- 292- Yasin, Y , Çebi, M , Şapçı, İ . (2018). Web tabanlı bir araştırmanın düşündükleri üzerinden LGBTİ+ sağlığı . Turkish Journal of Public Health , 16 (2) , 106-116 . DOI: 10.20518/tjph.458350
- 293- Akdas, M., Tevhide, A. (2008). Eşcinsellere yönelik olumsuz tutumlar: meslek grupları ve ilişkili özellikler. Adli Bilimler Dergisi, 7(4), 23–30. Retrieved from <http://openaccess.dogus.edu.tr:8080/handle/11376/771#sthash.s6vbA8y0.dpbs> ).
- 294- Korkmaz ve Aydın Avcı, Halk Sağlığı Hemşirelerinin Lgbt Bireylerin Sağlıklı Yaşam Sürdüremelerindeki Rolü, ISAS 2018-Winter, Samsun
- 295- Gökengin A. D,Çalik Ş,Öktem P (2017). Türkiye'de Hiv'le İlgili Damgalama Ve Ayrımcılığın Analizi: Hiv'le Yaşayan Kişiler İçin Damgalama Göstergesi Sonuçları. Klimik Dergisi, 30(1), 15 - 21.
- 296- Sadıç, E. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin lezbiyen ve geylere yönelik tutumları ve etkileyen faktörler (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 297- Yeliz Çulha, Nuray Turan, Gülsün Özdemir Aydın, Hatice Kaya, Aysel Özsaban. Improving the Health Care of Transsexual Individuals. . 2019; 5(2): 149-155
- 298- Volkan Yılmaz, Türkiye'de Lezbiyen, Gey, Biseksüel ve Trans (LGBT)Bireylerin Sosyal ve Ekonomik Sorunları Araştırmasının Özet Sonuçları, <https://spf.boun.edu.tr/sites/spf.boun.edu.tr/files/T.pdf>
- 299- Karataş, S , Buzlu, S . (2018). TRANSSEKSÜEL BİREYLERİN SAĞLIK HİZMETİ ALMADA YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLER . Lectio Scientific , 2 (2) , 70-81 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/lectiosc/issue/42875/518470>
- 300- Yakıt, E. (2015). Savunmasız Gruplara Yönelik Hiv İle İlgili Güvenli Olmayan Cinsel Davranışların Belirlenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı,2015
- 301- Sultan Şahin, LGBTQ Hakları için üniversitelerde LGBTQ Merkezleri.; <http://www.ihmpolitics.org/wp-content/uploads/2016/06/teblig-no-18.pdf>
- 302- Uysal Toraman, Aynur & Ağartıoğlu Kundakçı, Gamze. (2018). Health Care Utilization, Barriers to Care among Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Persons in Turkey.
- 303- Mete, A , Özerdoğan, N . (2019). EBELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN LGBT (Lezbiyen, Gay, Biseksüel, Transseksüel) HAKKINDA BİLGİ, GÖRÜŞ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ . STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi , 28 (3) , 163-171 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sted/issue/47547/403797>
- 304- Nilay ERCAN ŞAHİN,Funda ASLAN,Oya Nuran EMİROĞLU.(2018).Aile İçi Şiddetin Önlenmesi İçin Bir Model Önerisi: Halk Sağlığı Hemşiresinin Ev Ziyareti ile Aile İzlemi.Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi
- 305- Kılıçaslan S. C.,Akkuş P (2016). Türkiye'de Heteropatriarkal Sistem Baskısı Altında Lgbti'lerin Sosyal Hizmet İhtiyaçları. Eğitim Bilim Toplum, 14(56), 28 - 54.
- 306- Ekmekci PE. Do we have a moral responsibility to compensate for vulnerable groups? A discussion on the right to health for LGBT people. Med Health Care Philos. 2017 Sep;20(3):335-341. doi: 10.1007/s11019-016-9750-1. PMID: 27889854; PMCID: PMC5446302.

- 307- Karaca, P. (2019) Lgbti Bireylerin Sağlık Sektöründe Maruz Kalabileceği Ayrımcılığın İncelenmesi(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın
- 308- Sadiç, E. (2018) Hemşirelik Öğrencilerinin Lezbiyen ve Geylere Yönelik Tutumları Ve Etkileyen Faktörler (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul
- 309- Yılmaz, G.H. (2019) Gökkuşuğunun Görünmeyen Yüzü: Seks İşçisi Transseksüel Bireylerle İlgili Fenomenolojik Bir Çalışma. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- 310- CETAD. (n.d.). Cinsel Haklar Bildirgesi. Www.Cetad.Org.Tr. Retrieved October 5, 2020, from <https://www.cetad.org.tr/menu/17/cinsel-haklar-bildirgesi>
- 311- Yogyakarta İlkeleri. (n.d.). Yogyakarta Principles.Org. Retrieved October 5, 2020, from <http://yogyakartaprinciples.org/principles-en>
- 312- İnsan haklarının geliştirilmesi ve LGBTİ kişilerin içerilmesi: parlamenterler için bir el kitabı, 2017.
- 313- Resmi Gazete. (1976, January 3). Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2003/08/20030811.htm#4>
- 314- UNHCR. (2020). Situation Syria Regional Refugee Response. Operational Portal Refugee Status. <https://data2.unhcr.org/en/situations/syria/location/113>
- 315- Türkiye Cumhuriyeti İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. (2020). Göç İstatistikleri. Erişim adresi: <https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638>
- 316- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). Sihat Projesi. Sihat Project. [https://www.sihatproject.org/proje-faaliyetleri\\_0-657](https://www.sihatproject.org/proje-faaliyetleri_0-657)
- 317- Yağmur, Y., Aytetin S.(2018). Mülteci Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Çözüm Önerileri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 11:1,(ss. 56-60).
- 318- Gümüş, Y., Bilgili, N. (2015). Göçün Sağlık Üzerindeki Etkileri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18(1): 63-67.
- 319- Sezgin, Esin & Tosun, Ayşe & Tosun, Hale. (2018). Mülteci Kadınlara Verilen Sağlık Hizmetleri Ve Yönetimi The Health Services And Management For Refugee Women.
- 320- The Ombudsman Institution. (2018). Syrians In Turkey. Ombudsman Institution Of The Republic Of Turkey. [https://www.ombudsman.gov.tr/syrians/special\\_report.pdf](https://www.ombudsman.gov.tr/syrians/special_report.pdf)
- 321- Bükücü, Esra & Şahin, Sevil & Abay, Halime & Kaplan, Sena & Düzgün, Ayten. (2019). Mülteci Kadınlar Ve Üreme Sağlığı: Sağlık Hizmetlerine Ulaşmalarını Etkileyen Faktörler, Engeller Ve Çözüm Önerileri.
- 322- Eylem Karakaya , Anayit Margirit Coşkun, Nebahat Özerdoğan, Eda Yakıt.(2017).Suriyeli Mülteci Kadınların Doğurganlık Özellikleri Ve Etkileyen Faktörler: Kalitatif Bir Çalışma.Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi
- 323- Arabacı, Z., Hasgül, E., Serpen, A.S. (2016). Türkiye’de kadın göçmenlik ve göçün kadın sağlığı üzerine etkisi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 16(36), 129-144.



- 324- Republic of Turkey, Ministry of Health and SIHHAT. (2019). Pre Survey Report: Surveys for Health Care Needs Analysis of Syrian People Under Temporary Protection, Individual Health. Moh Sihat/2018/Ser/Neg/04, P. 72, 75.
- 325- Kahyaoglu Sut, Hatice. (2017). Women Migrating from Syria and Reproductive Health Problems.
- 326- Aygün, O , Gökdemir, Ö , Bulut, Ü , Yaprak, S , Güldal, D . (2016). Bir Toplum Sağlığı Merkezi Örneğinde Sığınmacı ve Mültecilere Verilen Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi . Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care , 10 (1) , 0-0 . DOI: 10.5455/tjfm.199143
- 327- Aktaş, A. (2016). Türkiye’de Yaşayan Suriyeli Kadın Mülteciler: Kilis Örneği (Unpublished Master’s Thesis). İstanbul Bilgi Üniversitesi. Retrieved September 20, 2020, From [https://Core.Ac.Uk/Download/Pdf/51100313.Pdf](https://core.ac.uk/download/pdf/51100313.pdf)
- 328- Barın, H . (2015). Türkiye’deki Suriyeli Kadınların Toplumsal Bağlamda Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri . Göç Araştırmaları Dergisi , (2) , 10-56 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/pub/gad/issue/43299/526437>
- 329- Türk Tabipler Birliği,2014, Savaş, Göç ve Sağlık Raporu, [https://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacilar\\_rpr.pdf](https://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacilar_rpr.pdf)
- 330- Gelgeç Bakacak, A , Akalın, E , Öktem, P . (2019). Türkiye’ye Farklı Ülkelerden Göç Etmiş Kadınların Sağlık Hizmetlerine Erişimi Üzerine Nitel Bir Alan Araştırması . Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi , 36 (2) , 383-399 . DOI: 10.32600/huefd.559878
- 331- World Health Organization. (2019). Survey on the health status, services utilization and determinants of health of the Syrian refugee population in Turkey. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/400581/who-health-survey-report\\_-25.04.19\\_with-cover.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/400581/who-health-survey-report_-25.04.19_with-cover.pdf)
- 332- Samari G. (2017). Syrian Refugee Women’s Health in Lebanon, Turkey, and Jordan and Recommendations for Improved Practice. World medical & health policy, 9(2), 255–274. <https://doi.org/10.1002/wmh3.231>
- 333- HÜKSAM. (2019a). Suriye’den Türkiye’ye Kadın Olmak. Merdiven Yayın. [http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/suriyedenurkiyeye\\_TR\\_210519.pdf](http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/suriyedenurkiyeye_TR_210519.pdf)
- 334- HÜKSAM. (2019b). Kadın Sağlığı Danışma Merkezlerine Başvuran Suriyeli Kadınların Üreme Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet Temelli Şiddet Hizmetlerine İlişkin İhtiyaçlarının Belirlenmesi. Merdiven Yayın. [http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/NicelArastirma\\_TR.pdf](http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/NicelArastirma_TR.pdf)
- 335- Şeker D, Uçan G. Göç sürecinde kadın. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2016; 14(1):198-212.
336. Baş, D., Arkant, C., Muqat, A., Arafa, M., Sipahi, T.,& Eskiocak, M. (2015). Edirne'deki Suriyeli sığınmacıların durumu. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Kongre Kitabı). Konya. 5-9 Ekim, 214-215
- 337- Çöl, Meltem & Bilgili, Nihal & Usturalı Mut, Ayşe & Koçak, Cemal & Uzun, Süleyman Utku & Akın, Ayşe & Say, Lale & Kobeissi, Loulou. (2020). Sexual and reproductive health of Syrian refugee women in Turkey: a scoping review within the framework of the MISP objectives. Reproductive Health. 17. 1-12. 10.1186/s12978-020-00948-1.
- 338- Verileriyle Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Eşitliği (Rep.). (2018). Retrieved [https://kockam.ku.edu.tr/wp-content/uploads/2020/06/KOCKAM\\_Rapor\\_TR\\_revised.pdf](https://kockam.ku.edu.tr/wp-content/uploads/2020/06/KOCKAM_Rapor_TR_revised.pdf) <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1321609>

- 339- Sığınmacı ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği ve UN Women, Türkiye’de Geçici Koruma Altındaki Suriyeli Kadın ve Kız Çocukların İhtiyaç Analizi (Ankara, Haziran 2018), [http://sgdd.org.tr/wp-content/uploads/2018/08/The\\_Needs\\_Assessment\\_TR\\_WEB.pdf](http://sgdd.org.tr/wp-content/uploads/2018/08/The_Needs_Assessment_TR_WEB.pdf).
- 340- Türkiye 2018 Nüfus ve Sağlık Araştırması Suriyeli Göçmen Örnekleme (Publication). (2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Retrieved September 21, 2020, from [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/2018\\_TDHS\\_SR.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/2018_TDHS_SR.pdf)
- 341- Gümüş Şekerci, Yasemin & Yıldırım, Tuğba. (2020). The knowledge, attitudes and behaviours of Syrian refugee women towards family planning: Sample of Hatay. *International Journal of Nursing Practice*. 26. 10.1111/ijn.12844.
- 342- Alan Dikmen, Hacer & Çankaya, Seyhan & Yılmaz, Sema. (2018). The attitudes of refugee women in Turkey towards family planning. *Public Health Nursing*. 36. 45-52. 10.1111/phn.12553.
- 343- Şimşek, Z., Yentur Doni, N., Gül Hilali, N., & Yıldırım, G. (2018). A community-based survey on Syrian refugee women's health and its predictors in Şanlıurfa, Turkey. *Women & health*, 58(6), 617–631. <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1321609>
- 344- Salisbury, P., Hall, L., Kulkus, S., Paw, M.K., Tun, N.W., Min A.M. et al. (2016). Family planning knowledge, attitudes and practices in refugee and migrant pregnant and post-partum women on the thailand- myanmar border – a mixed methods study. *Reproductive Health*, 13, 94, Claire Rogers & Jaya Earnest (2014) A Cross-Generational Study of Contraception and Reproductive Health Among Sudanese and Eritrean Women in Brisbane, Australia, *Health Care for Women International*, 35:3, 334-356, DOI: 10.1080/07399332.2013.857322
- 345- Gümüş, G., Kaya, A., Yılmaz, S.G., Özdemir, S., Başbüyük, M., & Coşkun A.M. (2017). Suriyeli mülteci kadınların üreme sağlığı sorunları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 3 (1), 1-17.
- 346- Yıldırım, G. (2014). Mülteciler ve üreme sağlığı riskleri. *Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı. Görünüm*. Ocak, 1-5.
- 347- Büyüktiryaki, M., Canpolat, F.E., Alyamaç Dizdar, E. et al. Neonatal outcomes of Syrian refugees delivered in a tertiary hospital in Ankara, Turkey. *Confl Health* 9, 38 (2015). <https://doi.org/10.1186/s13031-015-0066-1>
- 348- Kanmaz, Obstetric Outcomes of Syrian Refugees and Turkish Citizens, *Arch Iran Med*. September 2019;22(9):482-488, <http://www.aimjournal.ir/Article/aim-4040>
- 349- Artelt, T., Kaase, M., & Scheithauer, S. (2017). Challenges regarding infectious diseases in migrants. *Der Gynäkologe*, 50 (2), 134–138.
- 350- ORSAM. (2015). Suriyeli Sığınmacıların Türkiye’ye Etkileri. Ortadoğu Stratejik Araştırmalar Merkezi. [https://orsam.org.tr//d\\_hbanaliz/201518\\_rapor195tur.pdf](https://orsam.org.tr//d_hbanaliz/201518_rapor195tur.pdf)
- 351- Heslehurst N, Brown H, Pemu A, Coleman H, Rankin J (2018) Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews. *BMC Med* 16: 89.
- 352- Liu, Z.Y., Li, J., Hong, Y., & Yao, L. (2016). Reproductive health service utilization and social determinants among married female rural-tourban migrants in two metropolises, China. *Journal of Huazhong University of Science and Technology Medical Sciences*, 36 (6), 904-909

- 354- AFAD. (2014). Genelge 2014/4 Geçici Koruma Altındaki Yabancılara İlişkin Hizmetlerin Yürütülmesi. Sayı: 34202324-10.06.02-27767
- 355- Kaypak, Ş , Bimay, M . (2016). Suriye Savaşı Nedeniyle Yaşanan Göçün Ekonomik ve Sosyo-Kültürel Etkileri: Batman Örneği . Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi , 6 (1) , 84-110 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/buyasambid/issue/29813/320658>
- 356- Islam, M.M., & Gagnon, A.J. (2016). Use of reproductive health care services among urban migrant women in Bangladesh. BMC Women's Health, 16, 15.
- 357- Keklik, Z.A., & Koruk, İ. (2017). Suriyeli sığınmacılarda hepatit B ve C seroprevalansı ile bu hastalıklarla ilgili bilgi, tutum ve riskli davranış düzeyleri. 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Kongre Kitabı). Antalya. 15-19 Mart, 184.
- 358- Ördek, K. (2017). Türkiye’de “Geçici Koruma” Altında Suriyeliler Ve Seks İşçiliği (Rep.). Retrieved <http://dSPACE.ceid.org.tr/xmlui/handle/1/464>
- 359- EuroPlus and Geotest. (2018). Technical Assistance to the EU Facility for Refugees in Turkey (2017/393359/1): Needs Assessment Report. Final Report 7 August 2018, p. 88

# EK 1

## Ergen Rıza Formu

Tarih: ..... /..... /.....

Sayın Ebeveyn/Veli,

Bizler, ergenlerin sağlığını geliştirmek, kendi sağlıkları ile ilgili kendilerinin görüşlerini alarak ergen sağlığı konusunda sağlık hizmet sunanlara, sağlık hizmetlerini planlayan kişilere ergenlerin görüşlerini iletebilmek için Uluslararası Çocuk Merkezi ve Başkent Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi adına yürütülen Avrupa Birliği projesinde çalışmaktayız. Bu çerçevede, 10-16 yaş arası yaklaşık 10 ergenle görüşme yapmak istiyoruz. Korona salgını olmasaydı çocuklarınızın fikirlerini yüzyüze bir toplantıda öğrenmek isterdik. Sizin çocuğunuzun sağlığı bizim için çok önemli olduğundan planladığımız toplantıyı internette yapmaya karar verdik. Eğer siz çocuğunuzun bu çalışmaya katılmasını uygun görürseniz ve çocuğunuz bu çalışmaya katılmak isterse, ona uygun bir saatte 8-10 arkadaşı ile birlikte bu görüşme yapılacaktır. Toplantıya katılan kişilerin bilgilerinin gizliliği esastır. Sadece kolaylaştırıcılar çocuğunuzun katılımı hakkında bilgi sahibi olacak ve raporlarda kesinlikle isimler kullanılmayacaktır. Çocuğunuzun vereceği bilgiler her zaman kendi kararı ile olacaktır. Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Çocuğunuz toplantıyı istediği zaman bırakabilir ya da sorulara cevap vermek istemeyebilir.

Herhangi bir sorunuz varsa ya da toplantı ile ilgili yapılacaklar konusunda endişeleriniz veya emin olmadığınız bir şey olursa, bizlere aşağıdaki iletişim bilgilerinden her zaman ulaşabilirsiniz:

Dr. Ayşegül Esin, Tel: 05322238073

## Ebeveyn/Veli İzin Formu

Evet, Ben \_\_\_\_\_ çocuğum \_\_\_\_\_'a Odak Grup Görüşmesi toplantısına katılması konusunda kendi kararını vermesine izin verdim.

- Bana açıklanan çalışmayı anladım.
- Çalışma hakkında sorular sormama imkân tanındı ve açıklayıcı cevaplar alabildim.
- Bu çalışmaya çocuğumun katılımımın tamamen gönüllülük esasına dayalı olduğunu ve katılmama kararı aldığımda da kimse tarafından olumsuz bir tepki almayacağımızı ya da cezalandırılmayacağımızı anladım.
- Ailemin ve çocuğumun kimlik bilgilerinin gizli kalacağını ve herhangi bir raporda isimlerimizin kullanılmayacağını anladım.
- Çocuğuma izin vermiş olsam bile, kendisinin katılmamayı tercih edebileceğini anladım.
- Çalışma hakkında herhangi bir sorum ya da endişem olursa, kolaylaştırıcıyı her zaman arayabileceğimi anladım.
- Çocuğumun toplantı katılımcısı olarak hakları konusunda herhangi bir sorum veya endişem olursa ya da toplantı hakkında bir çekincem olursa kolaylaştırıcıyı arayabileceğimi anladım.

## Ergen Rıza Formu

Tarih: ..... /..... /.....

Merhabalar, bizler, ergenlerin sağlığını geliştirmek, kendi sağlıkları ile ilgili kendilerinin görüşlerini alarak ergen sağlığı konusunda sağlık hizmet sunanlara, sağlık hizmetlerini planlayan kişilere sizlerin görüşlerini iletebilmek için Uluslararası ocuk Merkezi ve Başkent Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi adına yürütülen Avrupa Birliği projesinde çalışmaktayız. Sizin kişisel fikir ve deneyimlerinize önem verdiğimiz için adolesanların sağlık ve haklarını ve toplumun adolesanlara verdiği değeri sizinle tartışmak istiyoruz. Korona salgını olmasaydı sizlerin fikirlerini yüzyüze bir toplantıda öğrenmek isterdik. Sizin sağlığınızı bizim için çok önemli olduğundan sizinle yapmayı planladığımız toplantıyı internetten yapmaya karar verdik. Bunun için sizi bu toplantının bir parçası olarak davet etmek istiyoruz. Eğer katılmak isterseniz, sizin uygun bulacağınız bir saatte siz ve arkadaşlarınız (8-10 kişi) ile birlikte bu Odak Grup Görüşmesi toplantısını gerçekleştirebiliriz.

**Bu toplantıya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır.** Eğer katılırsanız, istediğiniz zaman fikrinizi değiştirebilirsiniz. İstedediğiniz kadar bilgiyi paylaşmakta serbestsiniz. Katıldığınızda bırakmak isterseniz ya da herhangi bir soruya cevap vermek istemezseniz toplantıdan çıkabilirsiniz.

**Toplantıda konuşulan ve yaşanan her şey kesinlikle gizli kalacaktır.** İsimleriniz herhangi bir raporda kullanılmayacak ve hatta kendinizi tanıtmaq için gerçek isimleriniz yerine farklı bir isim kullanma hakkına da sahipsiniz.

Herhangi bir sorunuz varsa ya da toplantı ile ilgili yapılacaklar konusunda endişeleriniz veya emin olmadığınız bir şey olursa, bizlere aşağıdaki iletişim bilgilerinden her zaman ulaşabilirsiniz:

Dr. Ayşegül Esin, Tel: 05322238073

## Ergen Rıza Formu

Evet, bu toplantıya katılmak istiyorum.

Ben, \_\_\_\_\_, toplantı hakkında bilgilendirildim.

- Bana açıklanan çalışmayı anladım.
- Toplantı hakkında sorular sormama imkân tanındı ve açıklayıcı cevaplar alabildim.
- Bu çalışmaya katılımımın tamamen gönüllülük esasına dayalı olduğunu anladım.
- Katılımımla ilgili fikrimi değiştirebileceğimi ve bunun için kimsenin bana kızmayacağını anladım.
- Toplantının kaydının alınacağını ve odak grup çalışmasına katılan kişilerin haklarını korumak adına bu kayıtlara ulaşamayacağımı anladım.
- İstemediğim sorulara cevap vermek zorunda olmadığımı anladım.
- Söyleyeceğim her şeyin gizli kalacağını ve ismimin herhangi bir raporda kullanılmayacağını anladım.
- Toplantı hakkında herhangi bir sorum ya da endişem olursa, kolaylaştırıcıyı her zaman arayabileceğimi anladım.



@cisuplatform  
cisuplatform.org.tr