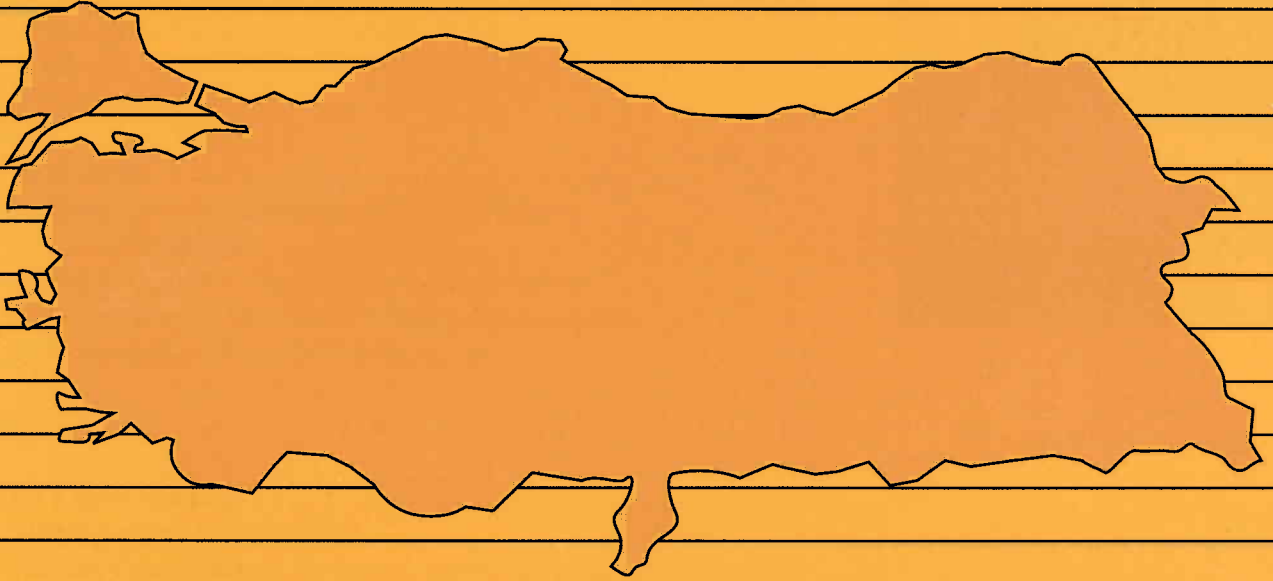




MEASURE DHS+
MACRO INTERNATIONAL INC.

Türkiye



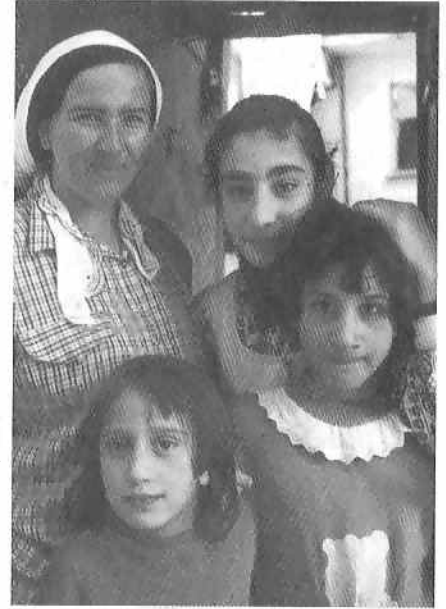
**Nüfus ve
Sağlık Araştırması
1998**

ÖZET RAPOR

NÜFUS VE SAĞLIK ARAŞTIRMASI TÜRKİYE 1998

ÖZET RAPOR

Temel Özellikler	3
Hanehalkı Nüfusunun Özellikleri	4
Doğurganlık	5
Doğurganlık Düzeyleri ve Farklılaşmalar	5
Evlilik	6
Doğurganlık Tercihleri	8
Aile Planlaması	9
Gebeliği Önleyici Yöntemler Hakkında Bilgi ve Yöntem Kullanımı	9
Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımını Bırakma	10
Aile Planlaması Hizmetlerinin Sağlandığı Kaynaklar	11
Aile Planlamasında Hizmet-Talep Açığı	11
Düşükler	12
Anne ve Çocuk Sağlığı	13
Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü	13
Doğum Öncesi Bakım, Doğumun Yapıldığı Yer ve Doğuma Yardımcı Olan Kişi	14
Aşılanma	16
İshal Tedavisi	17
Çocukların Emzirilmesi ve Beslenmesi	18
Çocukların Beslenme Durumu	19
AIDS'e İlişkin Bilgi	20
Sonuçlar ve Politika Etkileri	21
Doğurganlık ve Aile Planlaması	21
Anne ve Çocuk Sağlığı	21
Nüfus ve Sağlık Göstergeleri	23



John Kunstadter, 1999

Hacettepe Üniversitesi
Nüfus Etütleri Enstitüsü
06100 Ankara,
Türkiye

Measure DHS+
Macro International Inc.
Calverton, Maryland,
USA

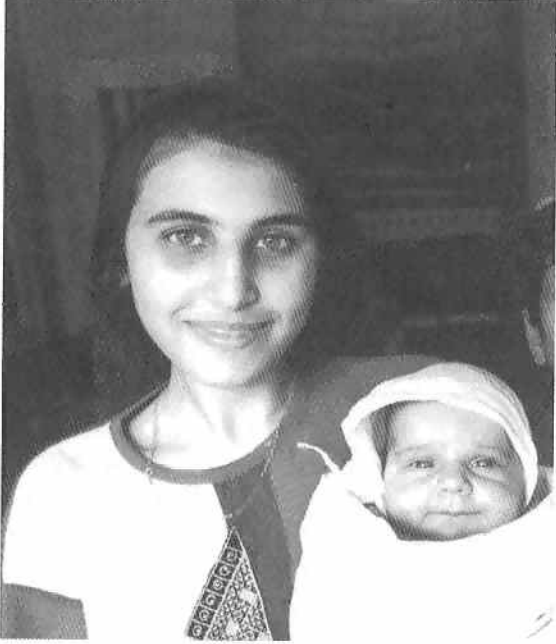
Ekim 1999

Bu raporda, 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın (TNSA-98) bulguları özetlenmektedir. Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) tarafından Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ile işbirliği içinde uygulanmıştır. Araştırmanın teknik ve mali desteği, hem Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (United Nations Population Fund, UNFPA) hem de gelişmekte olan ülkelerde nüfus ve sağlık araştırmaları yürütmek üzere Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Teşkilatı (United States Agency for International Development, USAID) tarafından desteklenen MEASURE / DHS+ programı aracılığıyla Macro International Inc. tarafından sağlanmıştır.

TNSA-98, uluslararası Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (MEASURE/DHS+) programının bir parçasıdır. MEASURE/DHS+ projesinin amacı, araştırma yapılan ülkelerde karar alıcılara yürütülecek politikalar konusunda bilinçli politika seçenekleri sunulabilmesi için kullanışlı bir veri tabanı ve analizi sağlamak, uluslararası nüfus ve sağlık veri tabanını genişletmek, araştırma metodolojisini geliştirmek, ve katılan ülkelerde kaliteli nüfus ve sağlık araştırmaları yapılabilmesi için gereken beceri ve kaynakları geliştirmektir. TNSA-98, Türkiye'de doğurganlık ve çocuk ölüm düzeyleri, aile planlaması bilgi ve kullanımı ve anne ve çocuk sağlığına ilişkin temel göstergeler konusunda bilgi toplamak üzere HÜNEE tarafından beş yılda bir yapılmakta olan nüfus araştırmalarının yedincisi olma sıfatını da taşımaktadır.

TNSA-98 konusunda daha ayrıntılı bilgi, Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, 06100 Ankara, Türkiye (Telefon: 312-3107906; Fax: 312-3118141; E-mail:hips@hacettepe.edu.tr) adresinden, uluslararası MEASURE/DHS+ programı konusunda daha ayrıntılı bilgi ise; MEASURE/DHS+, Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, USA (Telephone: 301-572-0200; Fax: 301-572-0999) adresine yazılarak elde edilebilir.

John Kunstacter, 1999



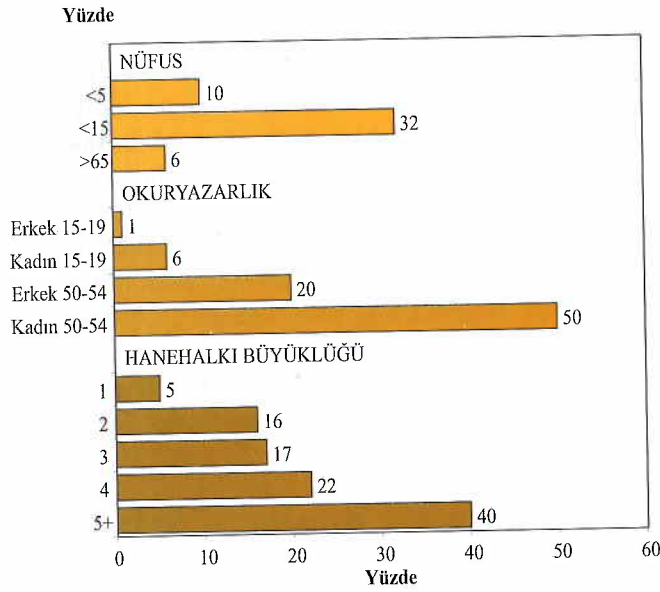
Temel Özellikler

1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-98), 8,059 hanehalkı, 8,576 kadın (15-49 yaş grubunda) ve 1,971 kocayı kapsayan ve ülke çapında bir örnekleme dayanan bir araştırmadır.

TNSA-98'in alan çalışması, 1998 Ağustos-Kasım tarihleri arasında, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı/Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ile iş birliği içinde yürütülmüştür. Araştırmanın teknik ve mali desteği Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Teşkilatı (United States Agency for International Development, USAID) tarafından desteklenen MEASURE DHS+ projesi çerçevesinde Macro International Inc. ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) tarafından ortaklaşa sağlanmıştır.

TNSA-98, doğurganlık düzeyleri ile eğilimleri, bebek ve çocuk ölümlülüğü, aile planlaması ve anne ve çocuk sağlığı ile cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve AIDS konularında detaylı bilgi sağlamaktadır. Araştırma bulguları, nüfus ve sağlık konularında karar verme ve politika oluşturma konumunda bulunanların ve program yöneticilerinin kullanımına sunulmaktadır. Araştırma bulguları, ülke geneli, kırsal ve kentsel yerleşim yerleri ve bölgeler için verilmektedir. Bu araştırmanın sonuçları, daha önce beş yılda bir yapılmış olan demografik araştırmaların sonuçları ile karşılaştırılabilir niteliktedir.

Şekil 1
Araştırma Nüfusunun Özellikleri



Hanehalkı Nüfusunun Özellikleri

- Türkiye genç yaş yapısına sahiptir; nüfusunun yüzde 10'u 5 yaşının, yüzde 32'si 15 yaşının altındadır. Türkiye nüfusunun sadece yüzde 6'sı 65 ve üzeri yaşlardaki kişilerden oluşmaktadır.
- Araştırma kapsamındaki hanehalkı nüfusunda, 50-54 yaş grubunda erkeklerin yüzde 20'si, kadınların ise yüzde 50'si okur yazar değildir. Okur yazar olmayanların oranı, 15-19 yaş grubunda erkeklerde yüzde 1'e kadınlarda ise, yüzde 6'ya düşmektedir. Bu değişim, zaman içinde okur-yazarlık alanında elde edilen gelişimi ortaya koymaktadır.
- Türkiye'de ortalama hanehalkı büyüklüğü 4.3 kişidir. Kentsel alanlarda 4 kişiye düşen ortalama hanehalkı büyüklüğü, kırsal alanlarda 4.9 kişiye çıkmaktadır. Türkiye'deki hanelerin sadece yüzde 5'i tek kişilik hanelerdir. Her beş haneden 2'sinde ise 5 veya daha fazla sayıda kişi yaşamaktadır.

Türkiye'de ortalama hanehalkı büyüklüğü 4.3 kişidir. Kentsel alanlarda 4 kişiye düşen ortalama hanehalkı büyüklüğü, kırsal alanlarda 4.9 kişiye yükselmektedir.



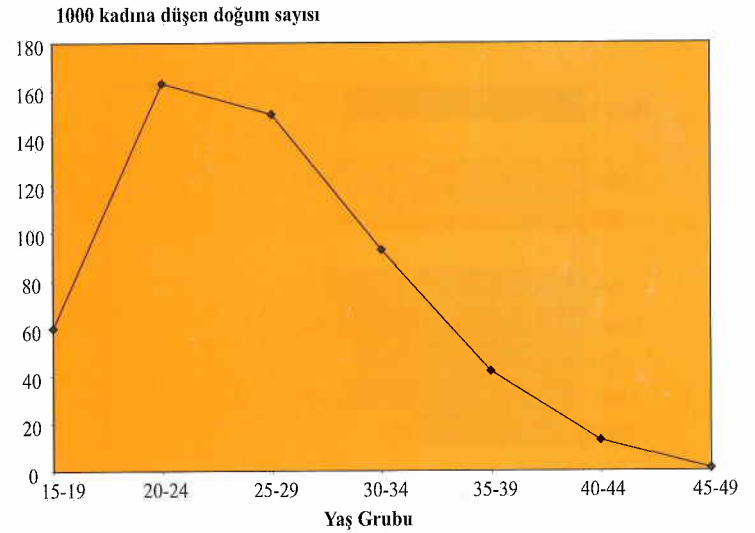
Doğurganlık

Doğurganlık Düzeyleri ve Farklılaşmalar

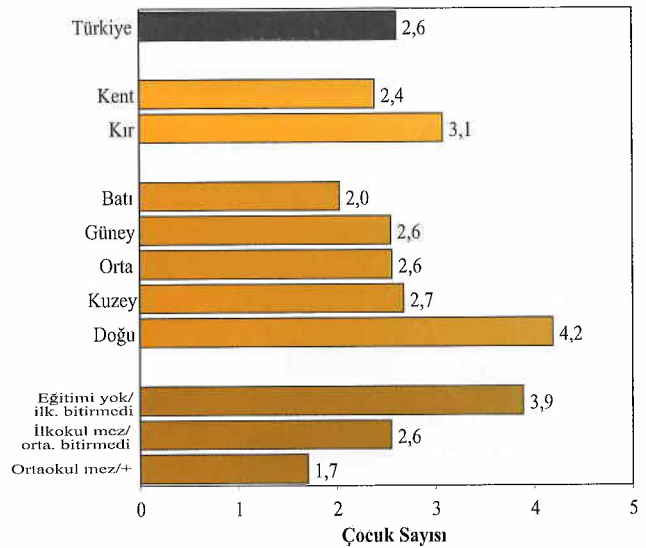
- Bugünkü doğurganlık düzeyine göre, Türkiye'de bir kadın doğurganlık çağının sonuna geldiğinde ortalama 2.6 doğum yapmış olacaktır. Türkiye'de doğurganlık 15-29 yaş grubunda yığılma göstermekte olup, bu grup toplam doğurganlığın dörtte-üçünü oluşturmaktadır. En yüksek doğurganlık hızı ise, 20-24 yaş grubundaki kadınlarda görülmektedir. Doğurganlık düzeyi 30 yaşından sonra hızla azalmakta, 40'lı yaşlarda da ihmal edilebilecek düzeye inmektedir.
- Doğurganlık hızlarında belirgin bölgesel farklılıklar bulunmaktadır. En yüksek toplam doğurganlık hızı Doğu bölgesinde (kadın başına 4.2 doğum), en düşük hız ise Batı bölgesindedir (kadın başına 2.0 doğum). Doğurganlık, kentsel ve kırsal yerleşim yerlerine göre de farklılık göstermektedir. Kırsal alanlarda yaşayan kadınlar, kentsel alanlarda yaşayanlara göre yaklaşık bir fazla çocuk sahibi olmaktadır.
- Doğurganlık, eğitim düzeyine göre belirgin bir şekilde farklılaşmaktadır. Eğitimi olmayan kadınların, ilkokul mezunu olan kadınlara göre bir fazla çocuk sahibi oldukları, en az ortaokul mezunu olan kadınlara göre de 2.2 daha fazla çocuğa sahip oldukları sonucu elde edilmiştir.

Bugünkü doğurganlık düzeylerine göre, bir Türk kadını doğurganlık çağının sonuna geldiğinde ortalama 2.6 doğum yapmış olacaktır.

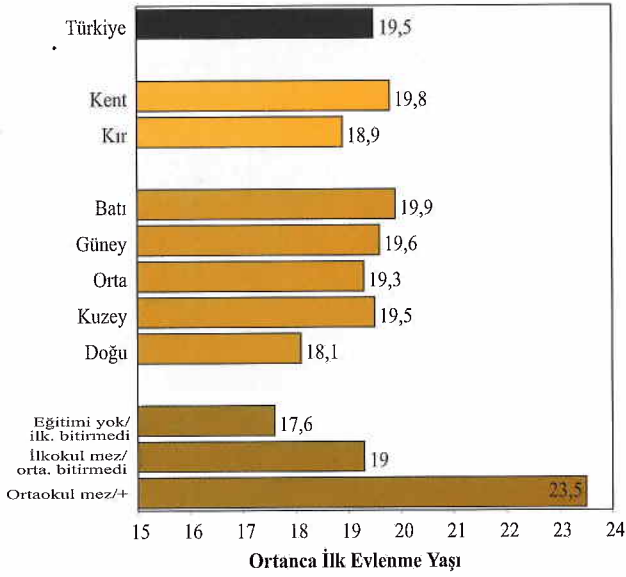
Şekil 2
Yaşa Özel Doğurganlık Hızları



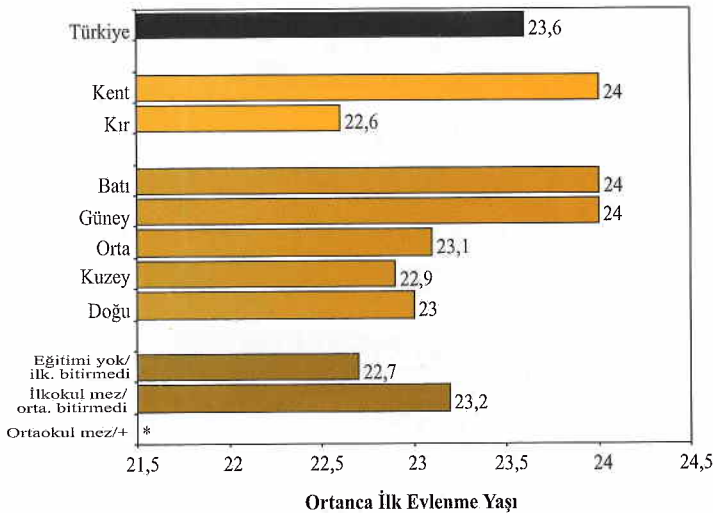
Şekil 3
Seçilmiş Özelliklere Göre Toplam Doğurganlık Hızları



Şekil 4
Seçilmiş Özelliklere Göre Ortanca İlk Evlenme Yaşı
(25-49 Yaşlarındaki Kadınlar)



Şekil 5
Seçilmiş Özelliklere Göre Ortanca İlk Evlenme Yaşı
(25-49 Yaşlarındaki Kocalar)



* x ile x+4 yaş grubundaki kadınların yüzde 50'den azı x yaşında ilk defa evlenmiştir.

Evlilik

Türkiye'de evlilik son derece yaygındır. Araştırma tarihinde, 15-19 yaş grubunda olan kadınların yüzde 15'i evlenmiş kadındır. Kadınların yüzde 93'ünün 30'lu yaşlara kadar evlendikleri, doğurganlık çağının sonuna gelindiğinde de kadınların sadece yüzde 2'sinin hiç evlenmemiş oldukları görülmektedir.

Ortanca ilk evlenme yaşı 19.5'dir. İlk evlenme yaşında sürekli bir yükselme gözlenmektedir. 45-49 yaş grubundaki kadınların ortanca ilk evlenme yaşı 18.4 iken, 25-29 yaş grubundaki kadınlar için bu değer 20.4 olarak hesaplanmıştır. Ancak, Türkiye'de erken evlenme ender karşılaşılan bir durum değildir; 15-19 yaş grubundaki kadınların yüzde 2'si 15 yaşından önce evlenmiştir.

Kadınlar için elde edilen bulgular kocalar için elde edilenler ile karşılaştırıldığında, erkeklerin evlilik yaşamına kadınlardan daha geç girdikleri görülmektedir. Kocalar için ortanca evlenme yaşı 23.6'dır. Kadınların yüzde 55'i 20 yaşına kadar evlenirken, kocaların sadece yüzde 20'si bu yaşa kadar evlenmektedir.

Ortanca ilk evlenme yaşı, yerleşim yeri, bölge ve eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir. 25-49 yaş grubundaki kadınların ortanca ilk evlenme yaşları, kentsel yerleşim yerlerinde yaşayan kadınların kırsal yerleşimlerde yaşayanlara göre biraz daha geç evlendiklerini göstermektedir (sırası ile 19.8 ve 18.9). Ancak, kocalar için bakıldığında kentsel ve kırsal yerleşim yerine göre ortanca ilk evlenme yaşındaki farklılaşmanın 1 yıldan fazla olduğu görülmektedir (sırası ile 24.0 ve 22.6).

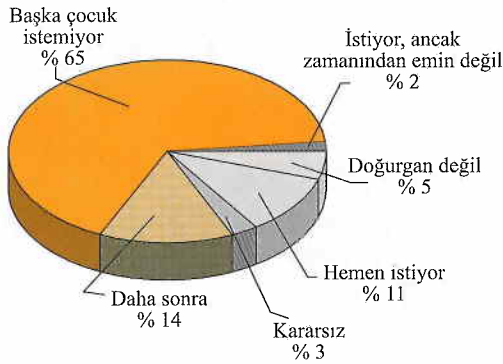
- Doğu Anadolu'da yaşayan kadınlar, Batı Anadolu'da yaşayan kadınlardan yaklaşık 2 yıl önce evlenmektedir. Erkeklerin ortalama ilk evlenme yaşı Orta, Kuzey ve Doğu Anadolu bölgelerinde 23 dolayındadır; bu yaş, Batı ve Güney Anadolu bölgelerinde erkekler için hesaplanan ortalama ilk evlenme yaşından yaklaşık bir yıl daha düşüktür.
- İlk evlenme yaşı ile eğitim düzeyi arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. En az ortaokul eğitimi olan kadınların ortalama ilk evlenme yaşı, eğitimi olmayan kadınların ortalama ilk evlenme yaşından yaklaşık altı yıl daha fazladır. Kocaların ortalama ilk evlenme yaşları da eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır. Ancak, bu farklılaşma kadında olduğu kadar dikkat çekici değildir.



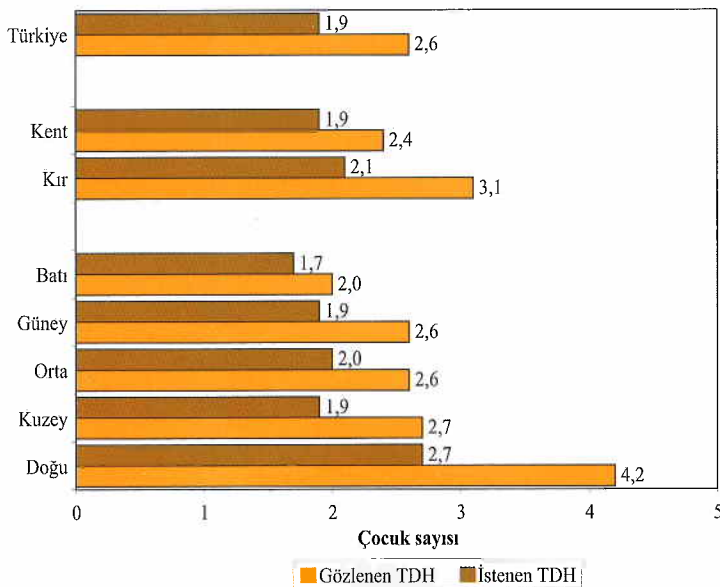
Zeki Şahin

Türkiye'de kadınlar geçmiş yıllara göre daha geç evlenme eğilimindedirler. Ortanca ilk evlenme yaşı 19.5'dir.

Şekil 6
Doğurganlık Tercihleri
(15-49 Yaşlarındaki Halen Evli Kadınlar)



Şekil 7
Seçilmiş Özelliklere Göre Toplam ve İstenen Doğurganlık Hızları
(15-49 Yaşlarındaki Kadınlar)



Doğurganlık Tercihleri

- Evli kadınların yaklaşık üçte ikisinden fazlası başka çocuk istememekte, yüzde 14'ü ise bir sonraki doğumlarını en az iki yıl geciktirmek istemektedirler. Üç ve daha fazla sayıda çocuğu olan kadınların dörtte-üçü başka çocuk istememektedir.
- İstenmeyen tüm doğumlar önlenebilseydi, Türkiye'de bir kadın ortalama 1.9 doğum yapacaktı. Bu doğum sayısı, araştırma bulgularından hesaplanan doğurganlık hızından yaklaşık yüzde 30 daha azdır.
- İstenen doğurganlık ile gerçek doğurganlık arasındaki fark, yerleşim yerlerine ve bölgelere göre farklılaşmaktadır. Bu fark, kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan kadınlarda (1.0 çocuk) ve Doğu Anadolu bölgesinde yaşayan kadınlarda (1.5 çocuk) en yüksek düzeyine ulaşmaktadır.

İstenmeyen tüm doğumlar önlenebilseydi, Türkiye bugünkü doğurganlık düzeyinden yüzde 30 daha düşük bir doğurganlık düzeyine sahip olacaktı.

- Araştırmadan önceki beş yıl içinde gerçekleşmiş olan doğumların yüzde 19'u istenmeyen doğumlar olup, yüzde 11'i ise zamanı açısından planlanmamış doğumlardır.
- Kadınlar, yaşama yeniden başlama ve tam olarak istedikleri sayıda çocuğa sahip olma şansları olsa, ortalama olarak 2.5 çocuğa sahip olmak isteyeceklerini belirtmişlerdir.

Aile Planlaması

Gebeliği Önleyici Yöntemler Hakkında Bilgi ve Yöntem Kullanımı

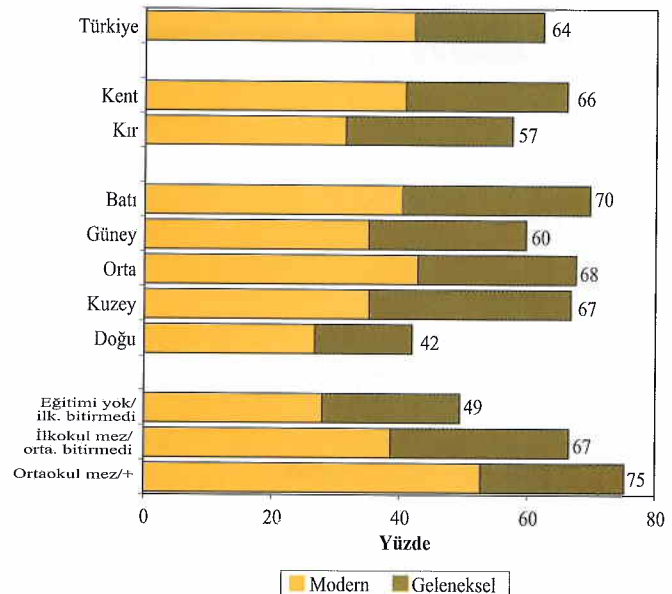
- Aile planlaması hakkında bilgi çok yaygındır. Evli kadınların yüzde 99'u, kocalarının ise yüzde 98'i en az bir yöntem bilmektedir. Hap ve Rahim İçi Araç (RİA) hem kadınlar hem de kocalar arasında en çok bilinen yöntemlerdir.
- Çiftlerin yüzde 97'sinde hem kadın hem de koca gebeliği önleyici en az bir yöntem bilmektedir. Bu oran, modern yöntem bilenler için yüzde 96'ya, geleneksel yöntem bilenler için ise yüzde 81'e düşmektedir. Eşlerden sadece birinin bir yöntem bildiği durumlarda, kadınların kocalarına göre yöntem bilme olasılıklarının daha fazla olduğu görülmektedir.
- Araştırma tarihinde, Türkiye'de evli kadınların yüzde 64'ü, gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Gebeliği önleyici yöntem kullananların çoğunluğu, modern bir yöntem kullanmaktadır. Halen evli olan her beş kadından biri RİA kullanmaktadır. Bunu, yüzde 7 ile kaput kullananlar izlemektedir. Ancak, geri çekme yöntemi, gebeliği önleyici yöntemler arasında en yaygın yöntem olup, evli kadınların yüzde 24'ü tarafından kullanılmaktadır.

Modern aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi çok yaygındır. Ancak, evli kadınların sadece dörtte-biri gebeliği önleyici modern bir yöntem kullanmaktadır.

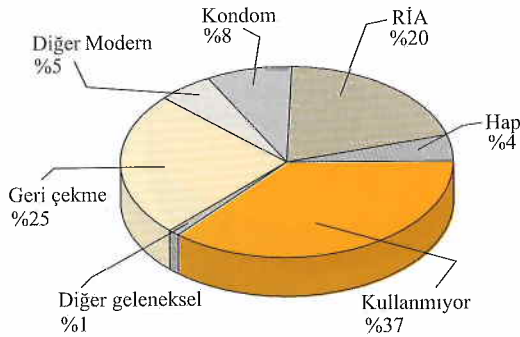
Şekil 8
Eşlerin Gebeliği Önleyici Yöntem Bilgisi



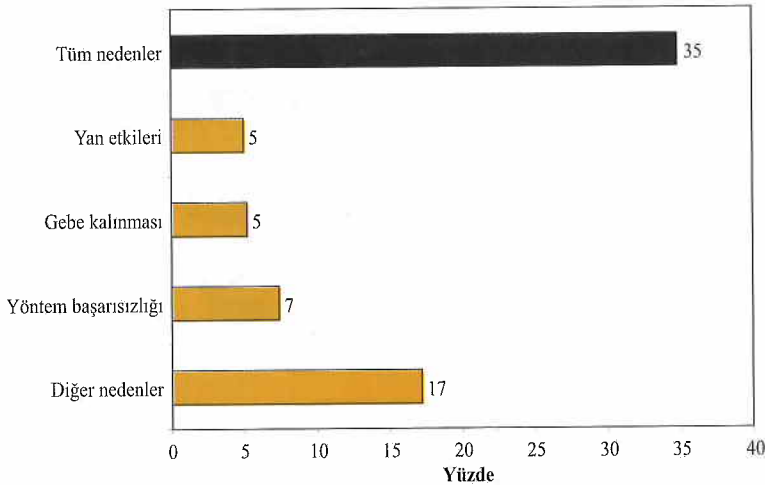
Şekil 9
Seçilmiş Özelliklere Göre Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı



Şekil 10
Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı
(15-49 Yaşlarındaki Evli Kadınlar)



Şekil 11
Gebeliği Önleyici Yöntemleri Bırakma
Nedenleri



- Gebeliği önleyici modern yöntemlerin kullanım düzeyinde yerleşim yerlerine ve bölgelere göre farklılıklar bulunmaktadır. Kentsel yerleşim yerlerinde yaşayan kadınlar arasında modern yöntem kullanımı, kırsal yerleşimlerde yaşayanlara göre daha fazladır. Modern yöntem kullanımı Orta Anadolu'da en yüksek olup (yüzde 43), Doğu Anadolu'da en düşüktür (yüzde 27).
- Gebeliği önleyici yöntem kullanımı, eğitim düzeyi ile yakından ilişkilidir. Ortaokul ve daha yüksek eğitime sahip kadınların yaklaşık yarısı modern bir yöntem kullanmakta, ilkökul eğitimi olanlar arasında bu oran yüzde 36'ya, hiç eğitimi olmayanlar arasında ise yüzde 26'ya düşmektedir.

Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımını Bırakma

- Araştırma tarihinden önceki beş yılda, Türkiye'de gebeliği önleyici yöntem kullananların yüzde 35'inin, yöntemi kullanmaya başladıktan sonraki 12 ay içinde bıraktıkları görülmektedir.
- Yöntem bırakmanın yüzde 7'si yöntem başarısızlığı ile ilişkili iken, yüzde 5'i gebe kalmak amacıyla, diğer bir yüzde 5'i yöntemin yan etkileri ya da sağlık sakıncaları nedeniyle ve kalan yüzde 17'si de diğer nedenlerle yöntem kullanmayı bırakmışlardır. RİA kullananlar arasında yöntem bırakma hızının diğer yöntemlere göre düşük olduğu görülmektedir.

Aile Planlaması Hizmetlerinin Sağlandığı Kaynaklar

- Gebeliği önleyici modern yöntemlerin temininde, devlet sektörü özel sektöre göre biraz daha fazla kullanılmaktadır. Modern yöntem kullananların yüzde 56'sı, kullandıkları yöntemi devlet sektöründen temin etmiştir.
- Devlet hastaneleri (yüzde 12), birinci basamak sağlık kuruluşları (yüzde 31) ve eczaneler (yüzde 25), aile planlaması yöntemlerinin sağlandığı temel kaynaklardır.

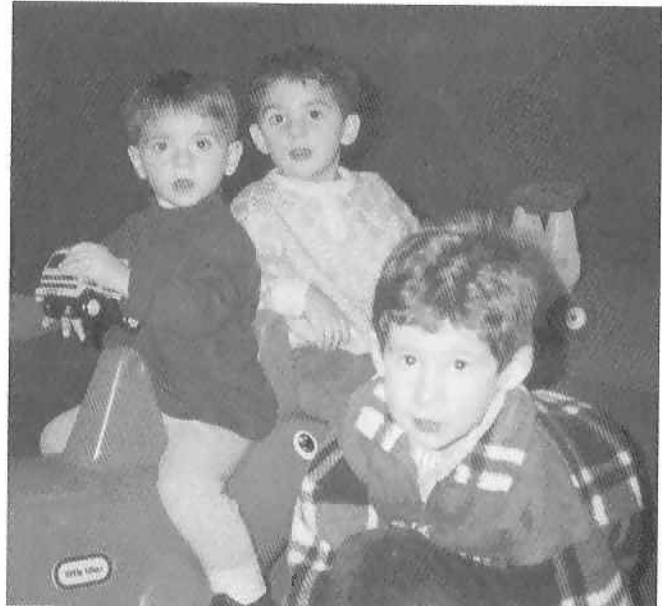
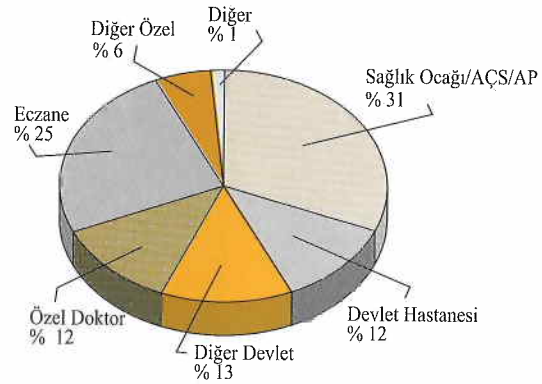
Aile Planlamasında Hizmet-Talep Açığı

- Evli kadınların yüzde 10'u için bir hizmet-talep açığı söz konusudur. Hizmet-talep açığını oluşturan kadınlar, halen gebeliği önleyici yöntem kullanmayan, ancak doğurganlığını sonlandırmak isteyen kadınlar (yüzde 6) ile bir sonraki doğumunu en az iki yıl sonra yapmak isteyen kadınlardır (yüzde 4).
- Aile planlamasındaki hizmet-talep açığı, artan yaş ile birlikte azalan bir eğilim göstermektedir. Genç yaş gruplarındaki hizmet-talep açığı daha çok doğumların arasını açmak, ileri yaş gruplarında ise daha çok doğurganlığı sonlandırmak amaçlıdır. Kırsal yerleşim yerlerinde ve Doğu Anadolu'da yaşayan kadınlar ile eğitimi olmayan kadınlar için hizmet-talep açığı daha yüksek düzeydedir.

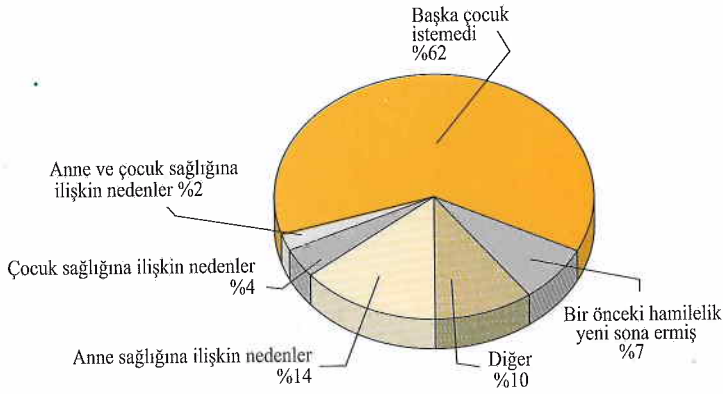
Türkiye'de doğum aralarını açmak ya da doğurganlıklarını sonlandırmak isteyen halen evli kadınların yüzde 10'u için, aile planlamasında hizmet-talep açığı bulunmaktadır.

Şekil 12

Modern Yöntem Kullanan Kadınların Yöntem Temin Ettikleri Kaynaklar



Şekil 13
Son Yapılan İsteyerek Düşüğün Nedeni



John Kunstadter, 1999

Düşükler

- Evlenmiş kadınların yüzde 27'sinin en az bir isteyerek düşüğü vardır. Araştırma tarihinden önceki beş yıl içinde 100 gebelikten 15'i isteyerek düşük ile sonuçlanmıştır.
- Düşük hızları bölgelere göre farklılık göstermektedir. Batı Anadolu'da her beş gebelikten biri düşükle sonlandırılırken, Doğu Anadolu'da her 10 gebelikten sadece biri düşükle sonlandırılmaktadır.

Düşüğü takip eden ayda modern bir yöntem kullanmaya başlayan kadınların oranı sadece yüzde 37'dir.

- İsteyerek düşük yapmanın en temel nedeni, doğurganlığın sonlandırılmak istenmesidir (yüzde 62). Bunu, sağlığa ilişkin nedenler (yüzde 20) izlemektedir.
- İsteyerek düşüklerin çoğunluğu, yasaların izin verdiği ve gebeliğin güvenli olan döneminde yapılmaktadır (10 hafta). Ancak, yasal sınırların ötesinde yapılan isteyerek düşüklerin oranı yüzde 9'dur.
- İsteyerek düşüklerin çoğunluğu özel doktorlar tarafından yapılmakta (yüzde 59), bunu devlet hastanelerinde/doğum evlerinde yapılan düşükler izlemektedir (yüzde 17). İsteyerek düşüklerin yaklaşık yüzde 15'i de özel hastane ve kliniklerde gerçekleştirilmektedir.

Anne ve Çocuk Sağlığı

Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü

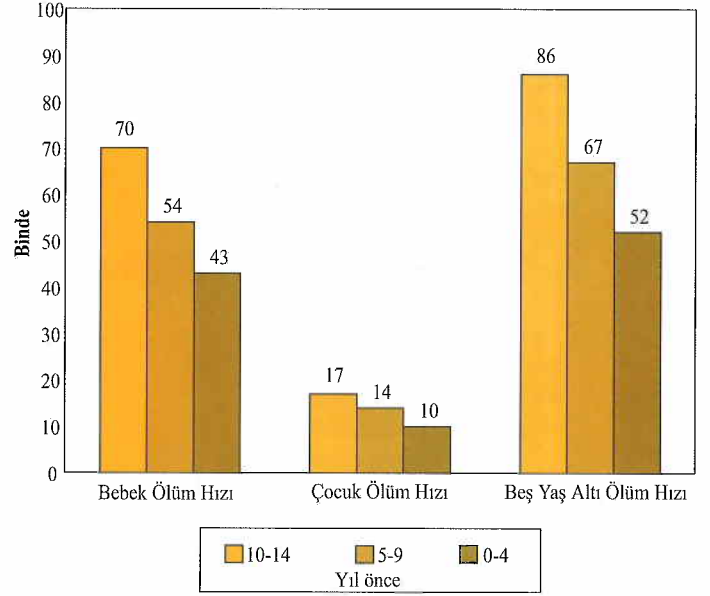
- Araştırma tarihinden önceki beş yıl için bebek ölüm hızı, bin canlı doğumda 43, çocuk ölüm hızı ise bin canlı doğumda 10 olarak hesaplanmıştır. Bebek ve çocuk ölümlülüğü, geçtiğimiz on yılda hızlı bir azalma göstermiştir. Bebek ölüm hızındaki azalma, son on yılda yüzde 20 olarak saptanmıştır.

Her 1,000 çocuktan 43'ü bir yaşından önce ölmektedir.

- Kırsal yerleşim yerlerindeki bebek ölüm hızı, kentsel yerleşim yerlerindeki 1.6 katı olarak bulunmuştur. Batı ve Güney Anadolu bölgelerinde ülke ortalamasının altında olan bebek ölüm hızı, Orta ve Kuzey Anadolu bölgelerinde ülke ortalamasına yakın, Doğu Anadolu bölgesinde ise ülke ortalamasından 1.5 kat daha fazladır.
- Çocuğun hayatta kalma şansı, annesinin eğitim düzeyi ile yakından ilişkilidir. Anneleri eğitimsiz olan çocuklar arasında bebek ölüm hızı bin canlı doğumda 60'dır. Bu hız, anneleri en az ilkokul mezunu olan çocuklara göre 1.7 kez daha fazladır.

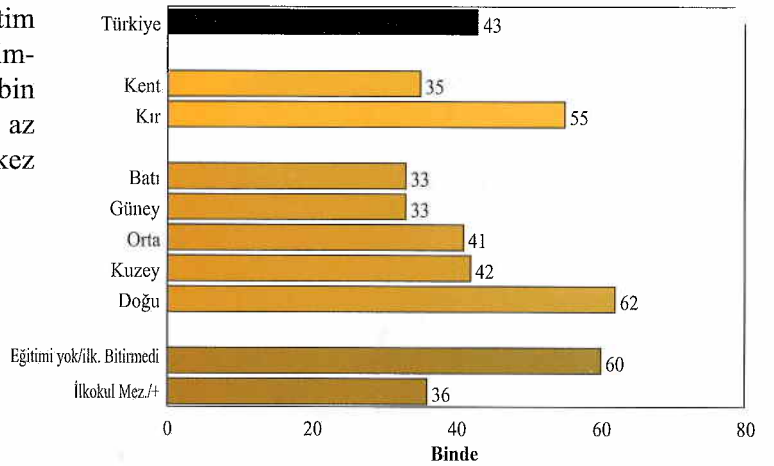
Şekil 14

Bebek ve Çocuk Ölümlülüğünde Zaman İçinde Değişim

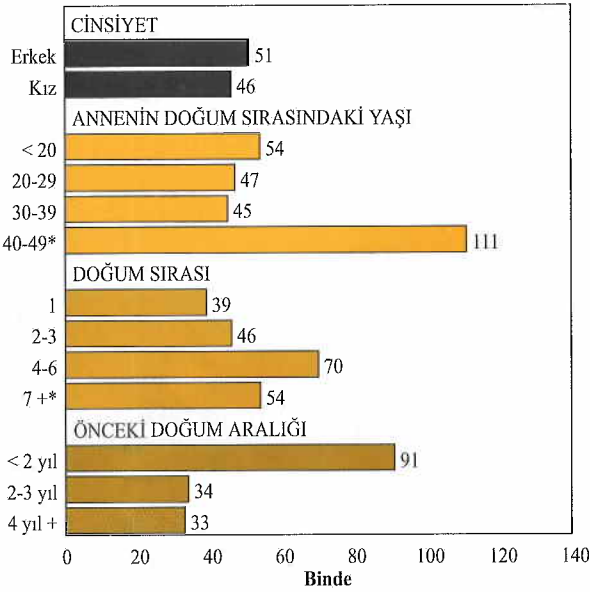


Şekil 15

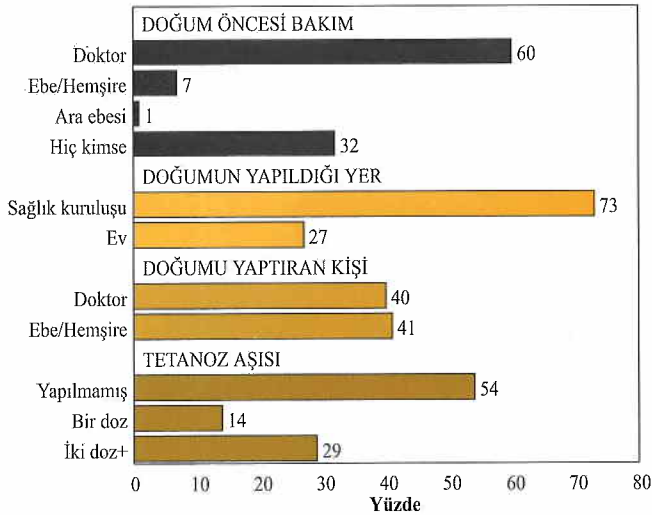
Seçilmiş Özelliklere Göre Bebek Ölüm Hızları



Şekil 16
Seçilmiş Demografik Özelliklere Göre Bebek Ölüm Hızları



Şekil 17
Doğum Öncesi Bakım, Tetanoz Aşısı,
Doğumun Yapıldığı Yer ve Yaptıran Kişi



- Doğum öncesi bakım, ölüm hızlarının azaltılmasında önemli bir faktördür. Annenin doğum öncesi bakım alması ve doğumu yaptıranın eğitilmiş sağlık personeli olması durumunda, bebek ve çocuk ölümlerinin düşük olduğu görülmektedir. Bu iki durum söz konusu olmadığında, beş yaş altı ölüm hızı bin canlı doğumda 116'ya, bebek ölüm hızı da bin canlı doğumda 95'e kadar yükselmektedir.
- Kısa doğum aralığından sonra (iki doğum arasındaki sürenin iki yıldan az olması) doğan bebeklerin ölme olasılığı oldukça yüksektir. Bu çocukların ölüm riski, 4 yıl veya daha uzun bir doğum aralığından sonra doğan çocuklara göre 2.8 kez daha yüksektir.

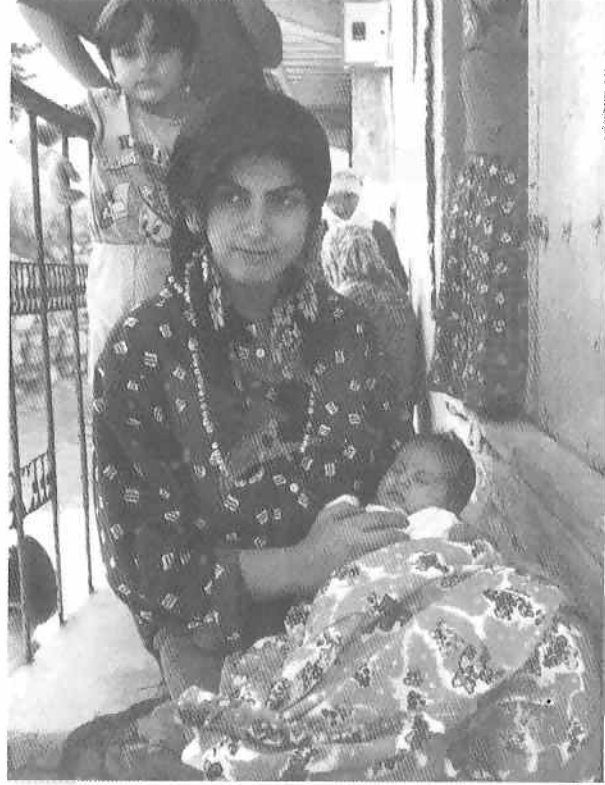
Kısa doğum aralığından sonra doğan çocukların ölme riski, uzun doğum aralığından sonra doğan çocuklara göre daha yüksektir.

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

- Araştırma tarihinden önceki beş yılda meydana gelen doğumlarda annelerin üçte-ikiden fazlasının doğum öncesi bakım aldığı görülmektedir. Doğum öncesi bakımı doktordan alan annelerin oranı yüzde 60'tır.
- Kadınların çoğunluğu doğum öncesi bakım hizmetlerini gebeliğin ilk altı ayı içinde almaktadırlar. Doğum öncesi bakım için ortalama sayı gebelik başına 4.2'dir.

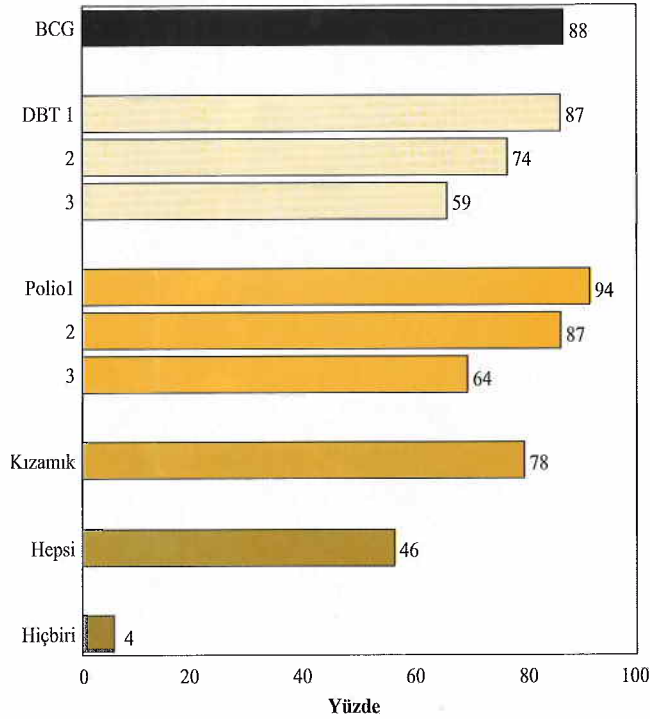
- Doğumların dörtte-üçü bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmektedir. Bu oran Batı Anadolu'da yüzde 87'ye yükselirken Doğu Anadolu'da yüzde 44'e düşmektedir. Doğumların yüzde 80'inde doktor ya da eğitilmiş hemşire/ebe yardımcı olmuştur.
- Tetanoz aşısı, yenidoğanlar için öldürücü olabilen yenidoğan tetanozuna karşı oldukça önemli bir koruyucudur. Araştırma tarihinden önceki beş yılda gerçekleşen doğumların 29'unda anneler gebelikleri sırasında iki veya daha fazla doz tetanoz aşısı olmuşlardır.

Her 10 doğumdan 7'si doktor veya ebe/hemşire tarafından yaptırılmaktadır.



John Kunstadter, 1999

Şekil 18
Aşılama Durumu
(12-23 Aylık Çocuklar)



Işık Glasgow

Aşılama

- Her ne kadar çocukların ilk yılda tam aşılanmaları önerilmekte ise de, 12-23 aylık çocukların sadece yüzde 46'sının bir yaşından önce aşılarını tamamladıkları saptanmıştır. Çocukların sadece yüzde 4'ü hiç aşılanmamıştır.
- 12-23 aylık çocukların yüzde 89'u tüberküloz (BCG) aşısını, yüzde 79'u ise kızamık aşısını almıştır. 12-23 aylık her 10 çocuktan 9'u DBT (Difteri-Boğmaca-Tetanoz) ve polio (çocuk felci) aşılarının ilk dozlarını almıştır.
- DBT ve polio aşılarının ikinci ve üçüncü dozlarını almayanların oranı azaltılabilseydi, Türkiye'deki tam aşılanma oranı daha yüksek olabilirdi. Bu aşıların ilk dozunu alan çocukların yaklaşık dörtte-biri üç doz aşıyı tamamlamamaktadır. Bu durum, aşılanma programlarında göz önüne alınması gereken önemli bir noktadır.

DBT ve polio aşılarının ilk doz aşılanma oranları ile ikinci ve üçüncü doz aşılanma oranları arasında önemli bir düşme vardır.

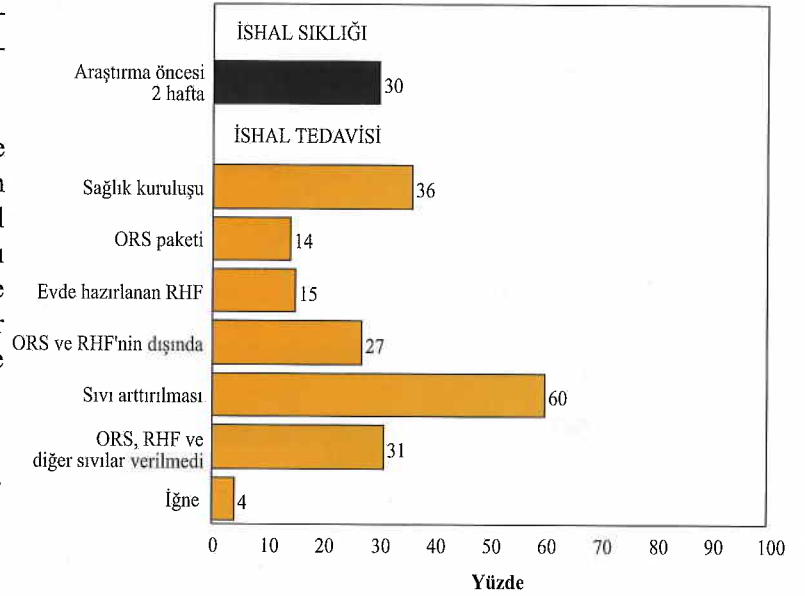
İshal Tedavisi

- Beş yaşından küçük her 10 çocuktan 3'ü, araştırma tarihinden önceki son iki hafta içinde ishal olmuşlardır. İshal olan çocukların üçte-birinden fazlası bir sağlık kuruluşuna götürülmüştür.
- Araştırma tarihinden önceki son iki hafta içinde ishal olan çocukların sadece yüzde 1'inden azına hiçbir tedavi uygulanmamıştır. İshal vakalarının yüzde 14'ünde Ağızdan Sıvı Tedavisi (ORS) paketleri kullanılmış, yüzde 15'ine ise önerilen evde hazırlanan sıvılar (RHF) verilmiş olup, ishalleri olan çocukların yüzde 60'unda verilen sıvı miktarı artırılmıştır.

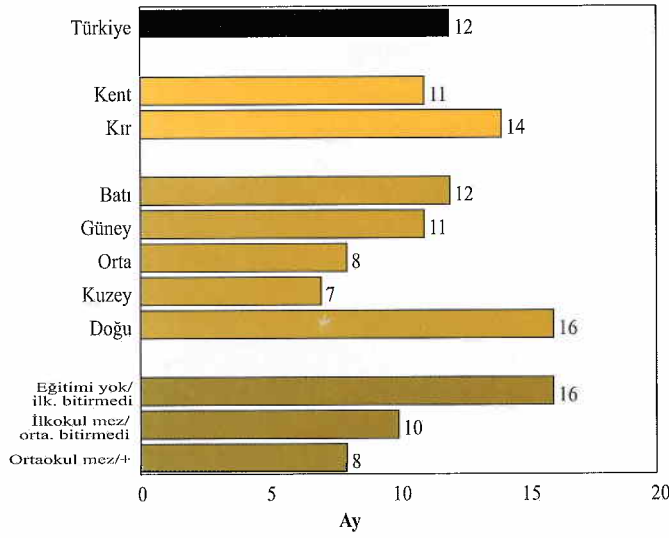
Beş yaşın altındaki ishalleri her 3 çocuktan biri, bir sağlık kuruluşuna götürülmüştür. İshalleri olan çocukların yüzde 29'unda Ağızdan Sıvı Tedavisi veya evde hazırlanan sıvılar uygulanmıştır.

Şekil 19

İshal Görülme Sıklığı ve Tedavisi (Beş Yaş Altındaki Çocuklar)



Şekil 20
Seçilmiş Özelliklere Göre Ortalama Emzirme Süresi



M. Koç

Çocukların Emzirilmesi ve Beslenmesi

- Türkiye'de emzirme çok yaygındır. Çocukların tamamına yakını (yüzde 95) belirli sürelerle emzirilmişlerdir. Ortanca emzirme süresi 12 aydır.
- Her ne kadar çocuklar oldukça uzun bir süre emziriliyorlarsa da, ek gıdaya çok erken yaşlarda başlanmaktadır. Çocukların yaklaşık yarısı daha bir aylık iken ek gıda verilmeye başlanmaktadır. İki-üç aylık çocuklar da ise, ek gıda alma oranı yüzde 55'e yükselmektedir.

Türkiye'de çocuklar oldukça uzun bir süre emzirilmelerine karşın, ek gıdaya çok erken yaşlarda başlanmaktadır.

- Kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan çocuklar, kentsel yerleşim yerlerinde yaşayan çocuklardan ortalama olarak 3.4 ay daha fazla emzirilmektedirler. Bölgeler arasında en uzun emzirme süresi 16 ay ile Doğu Anadolu'dadır. Hiç eğitimi olmayan annelerin ortalanca emzirme süresi, ortaokul ve daha yukarı eğitimi olan annelerinkine göre 8 ay daha fazladır.

Çocukların Beslenme Durumu

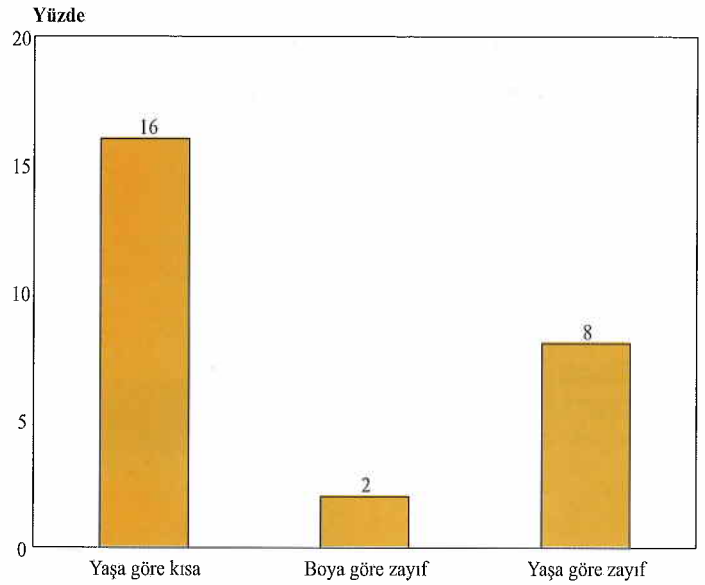
- Referans olarak kabul edilen uluslararası sınıflamaya göre, beş yaşına gelen her beş çocuktan birinin boyunun yaşına göre kısa olduğu saptanmıştır.
- Boyun yaşa göre kısa olması, kırsal yerleşim yerlerinde ve Doğu Anadolu'da yaşayan çocuklar ile anneleri eğitimsiz olan çocuklar arasında daha yaygın olup, doğum sırası yüksek olan ve 24 aydan daha kısa bir aralıktan sonra doğan çocuklar arasında daha sıklıkla görülmektedir.
- Genelde boya göre ağırlığın düşük olması (zayıflık) önemli bir sorun değildir. Beş yaşın altındaki çocukların yüzde 10'unun ise, yaşlarına göre düşük kilolu oldukları saptanmıştır.

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

- Anneler için ise şişmanlık bir sorun olarak görülmektedir. Bir kişinin boyu ile ağırlığı arasındaki ilişkiyi gösteren 'Body-Mass' endeksi göz önüne alındığında, annelerin yüzde 19'unun şişman (obese) olduğu görülmüştür. Ayrıca annelerin yüzde 52'si de "fazla kilolu" olarak değerlendirilen sınırlar içindedir.

Şekil 21

Beş Yaş Altı Çocukların Beslenme Durumu



Şekil 22

Seçilmiş Özelliklere Göre Kronik Beslenme Yetersizliği (Yaşa Göre Kısalık)

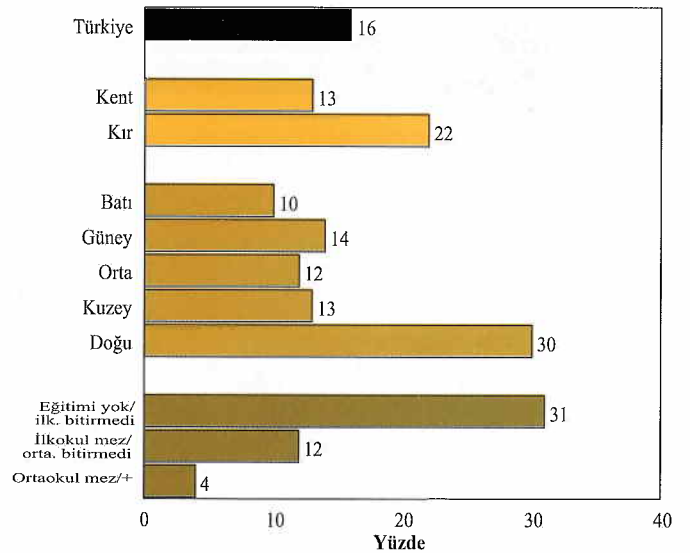
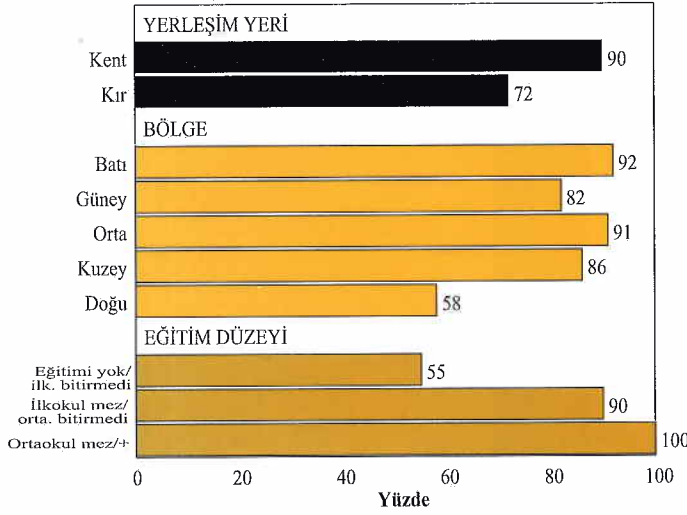
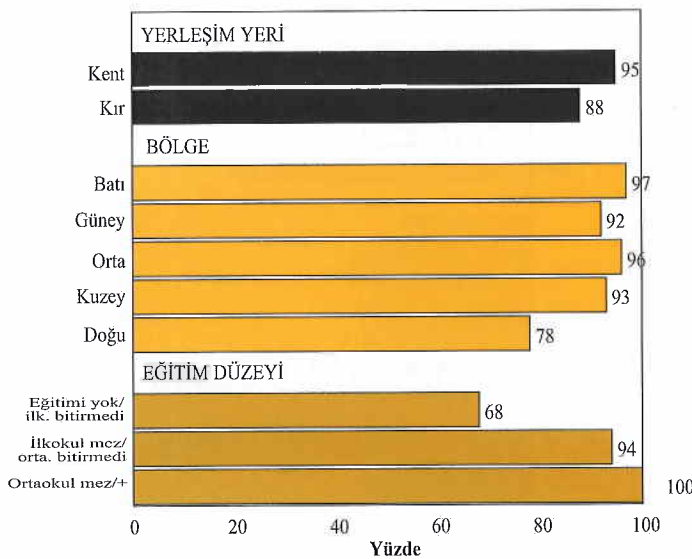


Figure 23
AIDS'e İlişkin Bilgi (Kadınlar)



Şekil 24
AIDS'e İlişkin Bilgi (Kocalar)



AIDS'e İlişkin Bilgi

- Kadınların yüzde 84'ü, kocaların yüzde 93'ü AIDS'i duymuşlardır. Hem kadınlar hem de kocalar için televizyon AIDS'e ilişkin bilginin en önemli kaynağıdır.
- AIDS'i duyan cevaplayıcıların yüzdesi yaş, yerleşim yeri, bölge ve eğitime göre değişkenlik göstermektedir. Genç yaş gruplarında artan bilgi düzeyi ileri yaş gruplarında azalmaktadır. Kentsel yerleşim yerlerinde yaşayan kadınlar AIDS'i, kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan kadınlara göre 1.3 kez daha fazla duymuşlardır. AIDS'e ilişkin bilgi Batı Anadolu'da yaşayan kadınlar arasında diğer bölgelerde yaşayanlara göre önemli düzeyde yüksektir. AIDS'e ilişkin bilgi eğitim düzeyi arttıkça artmaktadır; eğitimsiz kadınlar arasında sadece yüzde 15 olan AIDS'i duyma oranı, en az ortaokul mezunu olan kadınlar arasında yüzde 100'e yükselmektedir.

Kadınların yüzde 84'ü, kocaların da yüzde 93'ü AIDS'i duymuşlardır. Hem kadınlar hem de kocalar için AIDS'e ilişkin bilginin en önemli kaynağı televizyondur.

- AIDS'i duyan kadınların sadece yüzde 3'ü, AIDS'in bulaşmasını önlemenin bir yolu olmadığına inanmaktadır. AIDS'in önlenilebilir bir hastalık olduğunu söyleyen kadınlar, sadece bir eş ile cinsel ilişkide bulunması (yüzde 17), hayat kadınları ile cinsel ilişkide bulunmaktan kaçınılması (yüzde 16) ve cinsel ilişki sırasında kaput kullanılması (yüzde 15) ile AIDS'in önlenilebileceği düşüncesindedirler.

Sonuçlar ve Politika Etkileri

Doğurganlık ve Aile Planlaması

Türkiye'de doğurganlık son yıllarda hızlı bir azalma göstermiştir; ancak doğurganlık düzeyi, eğitim düzeyine, bölgeye ve yerleşim yerine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Toplam doğurganlık hızı, kadın başına 2.6 doğumdur. Evli kadınların yaklaşık üçte ikisi çocuk doğurmamayı sonlandırmak, yüzde 14'ü de doğum aralarını açmak istemektedirler. Araştırmadan önceki beş yıl içinde meydana gelen doğumların yüzde 40'ı, istenmeyen ya da planlanmamış doğumlardır.

Aile planlaması yöntemleri genelde bütün kadınlar tarafından bilinmektedir. TNSA-98'in yapıldığı sırada her üç kadından ikisi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Doğurganlığını sınırlandırmak isteyen kadınların büyük bir oranda olduğu göz önüne alınırsa, etkili yöntem kullanımında sunulan seçeneklerin artırılması gerekliliği açıktır.

Aile planlaması Türkiye'de yaygın kabul görmekle beraber, aile planlaması programlarının çeşitli açılımlara gereksinimleri vardır. Aile planlaması programlarının, modern yöntem kullanımını sağlaması, ve bölgesel ve kentsel/kırsal farklılıkların giderilmesi yönünde çaba göstermesi gereklidir.

Anne ve Çocuk Sağlığı

Son on yılda, bebek ve çocuk ölümlülüğünde önemli bir azalma olmuştur. Ancak bebek ölümlülüğünün önemli oranda yüksek olduğu belirli nüfus grupları bulunmaktadır. Hiç eğitimi olmayan annelerin çocuklarının ilk yıl içinde ölme olasılıkları, en az ilkokul mezunu olan annelerin çocuklarına göre 1.6 kez daha fazladır. Kırsal yerleşim yerlerindeki çocukların ilk yıl içinde ölme olasılıkları, kentsel yerleşim yerlerindekiyle göre 1.6 kez daha yüksektir. Ayrıca, iki yıldan daha kısa bir doğum aralığından sonra doğan bir çocuğun bir yaşına gelmeden ölme olasılığı, 4 yıl veya daha uzun bir aralıktan sonra doğan bir çocuğa göre 2.8 kez daha fazladır.

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

Çocukların aşılama oranları, aşılama ikinci ve üçüncü dozlarının tamamlanmamasından dolayı istenilen düzeyde değildir. Aşılama oranlarında yaşanan yere göre görülen farklılığın azaltılması ve bir yaşına kadar tam aşı olan çocukların oranının artırılması için çalışmalara devam edilmelidir.

Araştırmadan önceki iki hafta içinde, beş yaşından küçük her 10 çocuktan üçünün ishal olduğu saptanmıştır. İshal olan çocukların üçte biri, bir sağlık kuruluşuna götürülmüş ve ishal vakalarının yüzde 60'ında verilen sıvı miktarı artırılmıştır.

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

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



John Kunstadter, 1999

Nüfus ve Sağlık Göstergeleri

1998 Nüfus Verileri¹

Toplam nüfus (milyon)	64.8
Kentsel nüfus (yüzde)	64
Doğal artış hızı (yüzde)	1.6
Nüfusun ikiye katlanma süresi (yıl)	45
Kaba doğum hızı (binde)	22
Kaba ölüm hızı (binde)	7
Doğuşta yaşam umudu - erkek (yıl olarak)	66
Doğuşta yaşam umudu - kadın (yıl olarak)	71

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998

Araştırma Nüfusu

Görüşme yapılan hanehalkı sayısı	8059
Görüşme yapılan 15-49 yaşlarındaki kadın sayısı	8576
Görüşülen koca sayısı	1971

Görüşme Yapılan Kadınların Temel Özellikleri

Kentlerde yaşayanların yüzdesi	66.5
Eğitimi olmayanların yüzdesi	16.7
Ortaokul ve daha yukarı eğitimi olanların yüzdesi	18.1

Evlenme ve Doğurganlığın Diğer Belirleyicileri

15-49 yaşlarındaki halen evli kadınların yüzdesi ²	69.0
15-49 yaşlarındaki evlenmiş kadınların yüzdesi ²	72.3
25-49 yaşlarındaki kadınlar için ortanca ilk evlenme yaşı	19.5
Ortanca emzirme süresi (ay olarak) ³	12.0
Ortanca doğum sonrası geçici kırsırlık süresi (ay olarak) ³	3.3
Ortanca doğum sonrası cinsel ilişkiden kaçınma süresi (ay olarak) ³	1.9

Doğurganlık

Toplam Doğurganlık Hızı ⁴	2.6
40-49 yaşlarındaki kadınların doğurduğu ortalama çocuk sayısı	4.2

Doğurganlık Tercihleri

Halen evli kadınlardan:	
Başka çocuk istemeyenlerin yüzdesi	66.4
Bir sonraki doğumunu en az iki yıl ertelemek isteyenlerin yüzdesi	13.6
15-49 yaşlarındaki kadınların ortalama ideal çocuk sayısı ⁵	
İdeal çocuk sayısına sayısal cevap vermeyenlerin yüzdesi	4.2
Son beş yıl içindeki doğumlardan:	
İstenmeyenlerin yüzdesi	18.8
Planlanmamış olanların yüzdesi	11.2

Aile Planlaması Konusunda Bilgi ve Kullanım

Halen evli kadınlardan:	
Herhangi bir yöntem bilenlerin yüzdesi ⁶	98.9
Modern bir yöntem bilenlerin yüzdesi	98.7
Bir yöntem kullanmış olanların yüzdesi ⁶	84.2
Halen yöntem kullananların yüzdesi ⁶	63.9
Kocalardan:	
Herhangi bir yöntem bilenlerin yüzdesi	97.9
Modern bir yöntem bilenlerin yüzdesi	97.1
Bir yöntem kullanmış olanların yüzdesi	82.1
Halen yöntem kullananların yüzdesi	62.6

Halen evli kadınların kullandıkları yöntemler (yüzde):

Hap	4.4
RIA	19.8
İğne	0.5
Diyafram, köpük, jel	0.6
Kaput	8.2
Tüplerin Bağlanması	4.2
Erkeğin Kanallarının Bağlanması	0.0
Takvim	1.1
Geri Çekme	24.4
Diğer yöntemler	0.6

Ölümler ve Sağlık

Bebek ölüm hızı ⁷ (binde)	42.7
Beş-yaş altı ölüm hızı ⁷ (binde)	52.1
Annenin doğum öncesi bakım aldığı doğumların ⁸ yüzdesi	67.5
Annenin gebelik sırasında 2 veya daha fazla tetanoz aşısı olduğu doğumların yüzdesi	29.3
Doğuma ⁸ yardımcı olan kişi (yüzde):	
Doktor	40.1
Ebe/hemşire	40.5
Ara ebesi	10.4
Halen emzirilmekte olan çocukların yüzdesi	
0-1 aylık çocuklar	96.1
4-5 aylık çocuklar	82.3
10-11 aylık çocuklar	50.6
12-23 aylık çocuklardan aşıları yapılanların yüzdesi ⁹	
BCG	88.5
DBT (üç doz)	58.7
Polio (üç doz)	64.4
Kızamık	78.5
Bütün aşılar	45.7
Beş yaş altındaki çocuklardan ¹⁰ (yüzde olarak):	
Araştırmadan önceki 2 haftada ishal olanlar	29.7
Kronik beslenme bozukluğu (yaşa göre kısa) olanlar ¹¹	16.0
Akut beslenme bozukluğu (boya göre zayıf) olanlar ¹¹	1.9

1 Kaynaklar : *Population Reference Bureau (1998). Demographic Data and Estimates for the Countries and Regions of the World. Population Reference Bureau, USA.*

2 Bütün kadınlar.

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

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

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

6 Emzirme dahil edilmiştir.

7 Hızlar, araştırmadan önceki 5 yıla ilişkindir.

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

9 Aşı kartlarındaki bilgiler ve annelerin beyanlarından hesaplanmıştır.

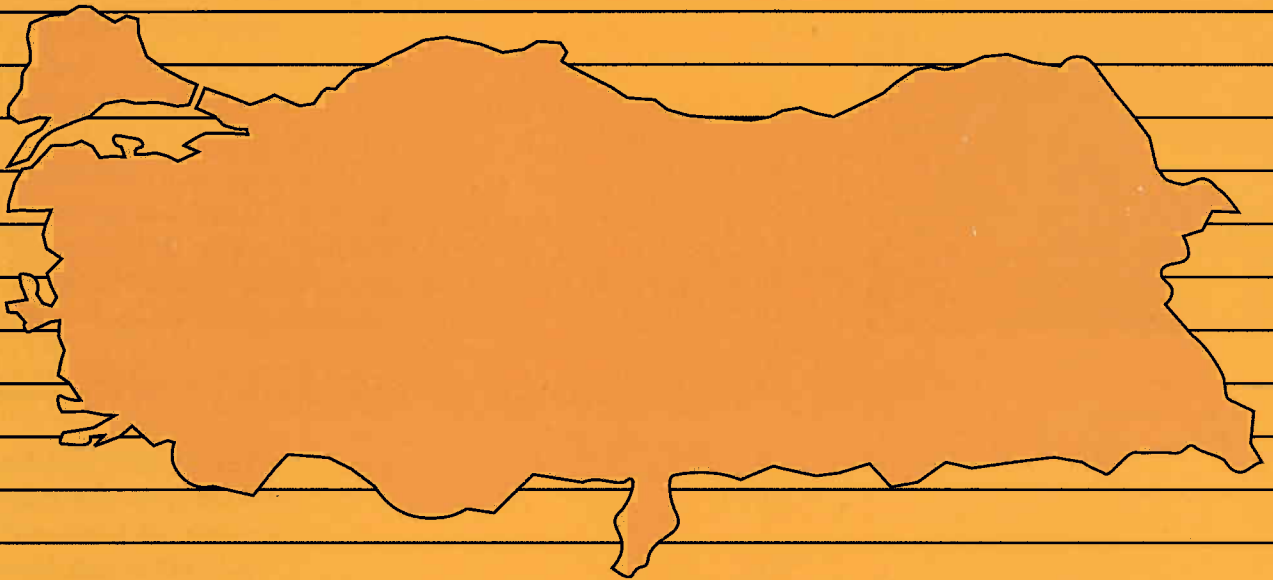
10 Araştırmadan önceki 1-59 ay içinde meydana gelen doğumlar için hesaplanmıştır.

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



MEASURE DHS+
MACRO INTERNATIONAL INC.

Turkey



**Demographic and
Health Survey
1998**

SUMMARY REPORT

DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY TURKEY 1998

SUMMARY REPORT

Background	3
Characteristics of Household Population	4
Fertility	5
Levels and Differentials	5
Marriage	6
Fertility Preferences	8
Family Planning	9
Knowledge and Use of Contraception	9
Discontinuation of Contraceptive Use	10
Sources of Family Planning Services	11
Unmet Need for Family Planning	11
Abortions	12
Maternal and Child Health	13
Infant and Child Mortality	13
Antenatal Care, Place of and Assistance at Delivery	14
Vaccination of Children	16
Treatment of Diarrhoea	17
Infant Feeding Practises	18
Nutritional Status of Children	19
Knowledge of AIDS	20
Conclusions and Policy Implications	21
Fertility and Family Planning	21
Maternal and Child Health	21
Fact Sheet	23



John Kunstadter, 1999

Hacettepe University
Institute of Population Studies
06100 Ankara, Turkey

Measure DHS+
Macro International Inc.
Calverton, Maryland, USA

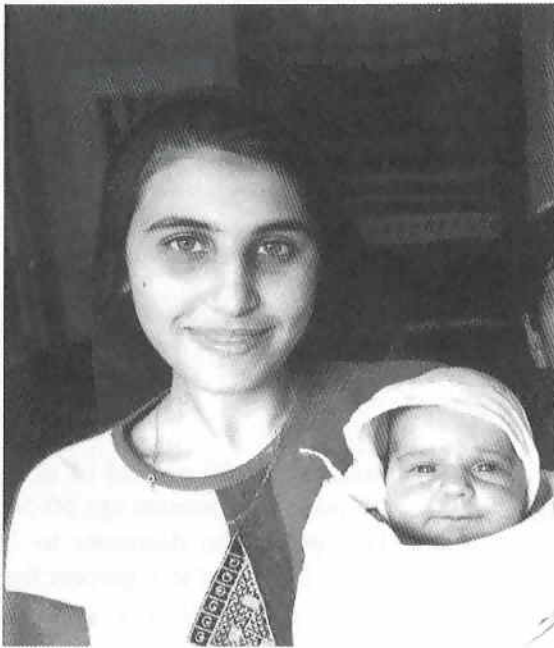
October 1999

This report summarises the findings of the 1998 Turkish Demographic and Health Survey (TDHS-98) conducted by the Institute of Population Studies, Hacettepe University (HIPS) in collaboration with the General Directorate of Mother and Child Health/Family Planning, Ministry of Health. Technical and financial support for the survey were provided both by the United Nations Population Fund (UNFPA) and Macro International Inc. through its MEASURE/DHS+ project, a project sponsored primarily by the United States Agency for International Development (USAID) to carry out population and health surveys in developing countries.

The TDHS-98 is part of the worldwide Demographic and Health Surveys (MEASURE/DHS+) program, which is designed to provide decision-makers in survey countries with a database and analyses useful for informed policy choices, to expand the international population and health database, to advance survey methodology, and to develop in participating countries the skills and resources necessary to conduct high-quality demographic and health surveys. The TDHS-98 survey is the most recent in a series of demographic surveys carried out in Turkey by HIPS to provide information on fertility and child mortality levels; family planning awareness, approval and use; and basic indicators of maternal and child health.

Additional information on the TDHS-98 can be obtained from Hacettepe University, Institute of Population Studies, 06100 Ankara, Turkey (Telephone: 312-3107906; Fax: 312-3118141; E-mail: hips@hacettepe.edu.tr). Information on the worldwide MEASURE/DHS+ program may be obtained by writing: MEASURE/DHS+, Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, USA (Telephone: 301-572-0200; Fax: 301-572-0999).

John Kunstader, 1999



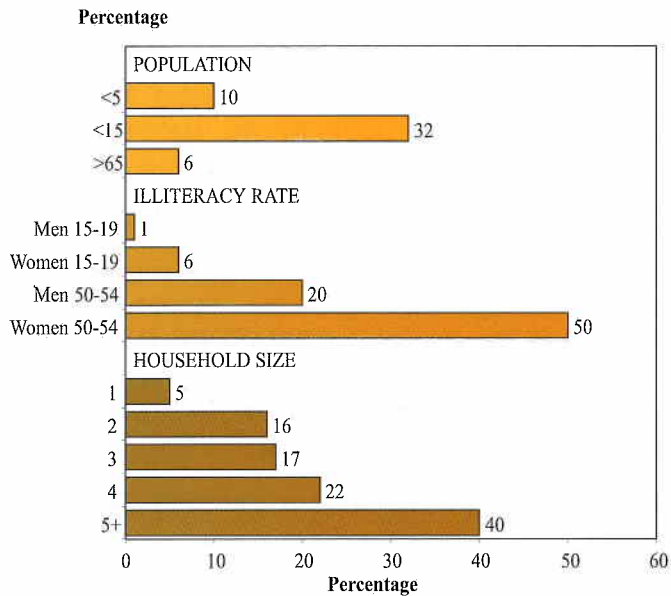
Background

The 1998 Turkish Demographic and Health Survey (TDHS-98) is a nationally representative survey of 8,059 households, 8,576 women age 15-49 and 1,971 husbands.

Fieldwork for the TDHS-98 was conducted from August to November 1998 by the Hacettepe University Institute of Population Studies, in collaboration with the General Directorate of Mother and Child Health/Family Planning, Ministry of Health. Technical and financial support for the survey were provided by Macro International Inc. through its MEASURE DHS+ project, sponsored by the United States Agency for International Development (USAID) and United Nations Population Fund (UNFPA).

The TDHS-98 was designed to provide information on levels of and trends in fertility, infant and child mortality, family planning, maternal and child health and on the knowledge of sexually transmitted diseases and AIDS as well. The data are intended for use by policy makers and program managers in the areas of population and health in Turkey. The survey findings are presented at the national level, by urban/rural residence, and for regions of the country. Results of this survey can be compared with data obtained from quinquennial demographic surveys conducted in previous years.

Figure 1
Characteristics of Survey Population



Characteristics of Household Population

- Turkey has a young age structure: 10 percent of the population is under 5 years of age and 32 percent of the population is younger than 15 years. Population at ages 65 and over constitutes only 6 percent of the Turkish population.
- In the survey households, 20 percent of men age 50-54 and 50 percent of women age 50-54 are illiterate. This proportion decreases to 1 percent for men age 15-19 and to 6 percent for women age 15-19. This implies a gain in literacy over time.
- Turkish households have an average of 4.3 persons. Average household size decreases to 4.0 persons in urban areas and increases to 4.9 persons in rural areas. Only 5 percent of Turkish households are single-person households. Two in every five households have 5 or more members.

Turkish households have 4.3 persons on average. Average household size decreases to 4.0 persons in urban areas and increases to 4.9 persons in rural areas.

John Kunstadter, 1999



Fertility

Levels and Differentials

- At current fertility rates, Turkish women will give birth to an average of 2.6 children during their reproductive years. Childbearing in Turkey is concentrated in the age group 15-29, which contributes approximately three-fourths of total fertility. The highest fertility rate is observed for the age group 20-24. The fertility level declines sharply beyond age 30 and childbearing is negligible for women in their forties.
- There are wide variations in fertility levels among regions. Fertility rate is highest in the East (4.2 children per woman) and lowest in the West (2.0 children per woman). Fertility varies widely by urban/rural residence. Women living in rural areas have almost one child more than women living in urban areas.
- Fertility levels vary significantly by level of education. Women who have less than primary education have almost one child more than women who have primary education, and 2.2 children more than women with at least secondary-level education.

At current fertility levels, a Turkish woman will have an average of 2.6 children by the end of her reproductive year.*

Figure 2
Age- Specific Fertility Rates

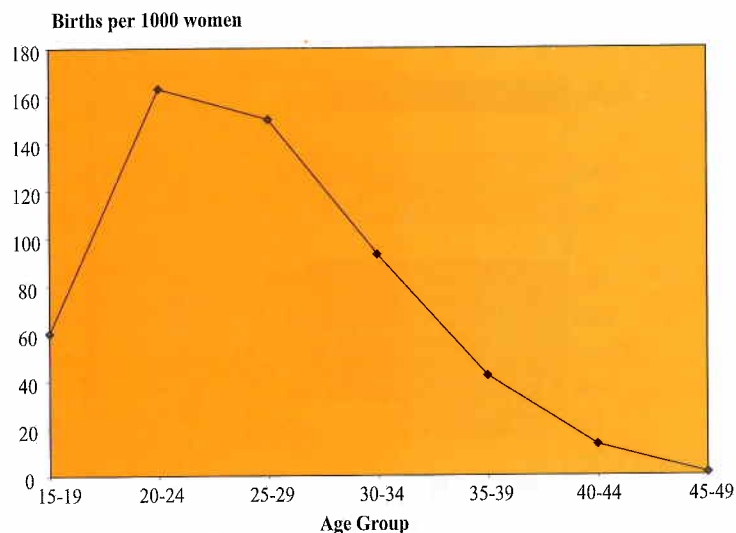


Figure 3
Total Fertility Rates by Selected Background Characteristics

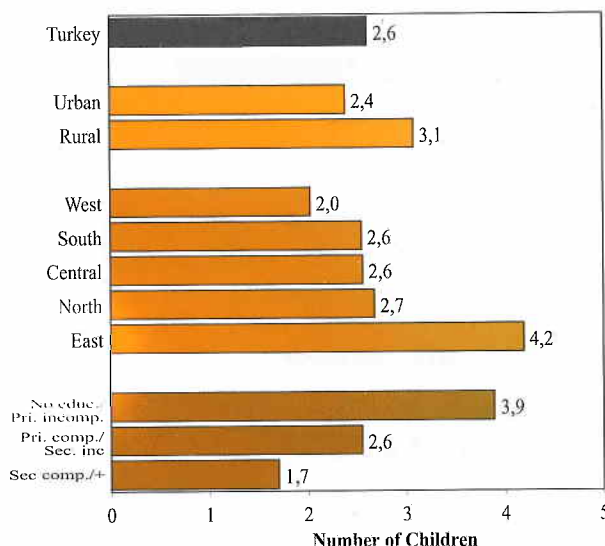


Figure 4
Median Age at First Marriage by Selected
Background Characteristics
(Women Age 25-49)

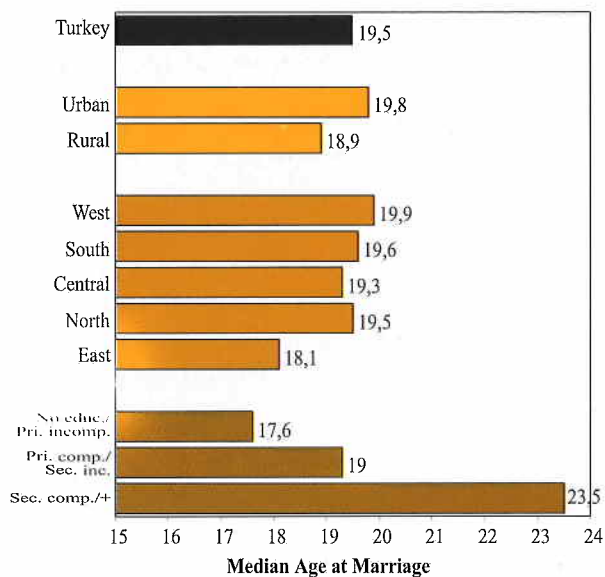
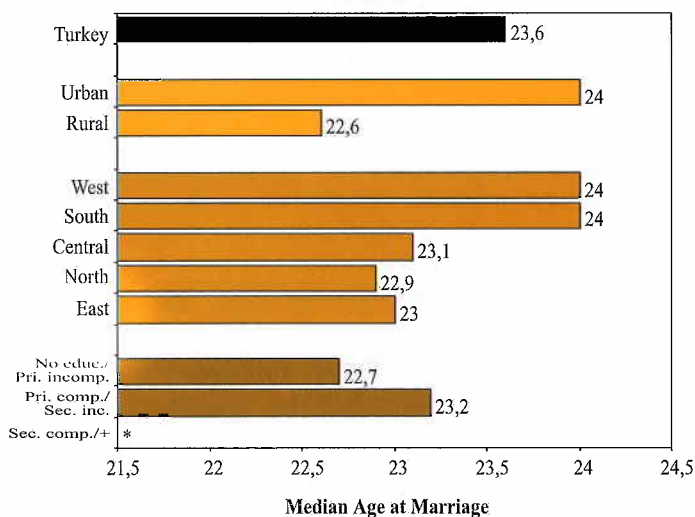


Figure 5
Median Age at First Marriage by Selected
Background Characteristics
(Husbands Age 25-64)



* Less than 50 percent of respondents in age group x to $x+4$ were first married by age x .

Marriage

- Marriage is almost universal in Turkey. At the time of survey, 15 percent of women age 15-19 were married. By the time women reach their early thirties, 93 percent are or have been married, and by the end of their reproductive years, only 2 percent of women have never been married.
- The median age at first marriage is 19.5 years. Overall, a steady increase is observed in the median age at first marriage. The median age at first marriage among women age 25-29 is 20.4 years, compared to 18.4 years among women age 45-49. However, marriage at younger ages is not infrequent: 2 percent of women age 15-19 marry before age 15.
- Comparison with data from the husband survey shows that husbands enter into first marriage at a much later age than women do. The median age at first marriage for husbands is 23.6 years, compared with 19.5 years for women. Only 20 percent of husbands marry by age 20, compared to 55 percent of women.
- The median age at first marriage varies by place of residence, region, and level of education. The overall median ages at first marriage observed for urban and rural women age 25-49 indicate that urban women marry slightly later than their rural counterparts (19.8 and 18.9 respectively). However, for husbands, the difference in the median age at first marriage is more than one year between the urban and rural (24.0 and 22.6 respectively).

-
- Women living in the East region marry nearly 2 years earlier than women living in the West. Median age at marriage among husbands in the Centre, North and East regions is around 23 years that is approximately one year lower than median age at marriage among husbands in the West and South regions.
 - There is a positive association between the median age at first marriage and educational level of the respondents. The median age at first marriage among women with at least secondary education is almost 6 years higher than the median age among women with less than primary education. There are also differences in the median age at first marriage according to the education categories of husbands. However, these differences are not marked as it is in the case of women.

Overall, Turkish women are marrying at a later age than they did previously. The median age at first marriage is 19.5 years.



Zeki Şahin

Figure 6
Fertility Preferences
(Currently Married Women Age 15-49)

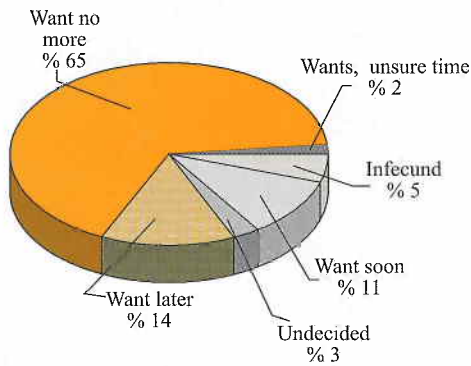
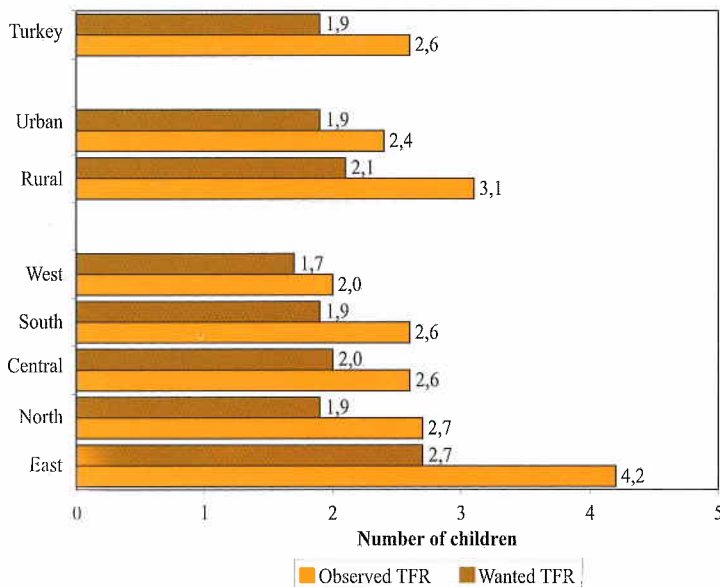


Figure 7
Total and Wanted Fertility Rates by Selected Background Characteristics
(Women Age 15-49)



Fertility Preferences

- Approximately two-thirds of currently married women do not want to have any more children or have been sterilized. An additional 14 percent want to delay their next birth for at least two years. Among women with three or more children, more than three-quarters want no more children or have been sterilized.
- Survey results indicate that if all unwanted births were avoided, a Turkish woman would have an average of 1.9 births, which is almost 30 percent lower than the observed fertility rate.
- The gap between wanted fertility and actual fertility varies by place of residence and region. It is highest among rural women (1.0 children) and among women living in the Eastern region (1.5 children).

If all unwanted births were avoided, the total fertility rate would be 1.9 births per women, which is 30 percent lower than the observed fertility rate of 2.6.

- Nineteen percent of the births in the five years preceding the survey were not wanted and 11 percent of them were mistimed.
- When asked about how many children they would like to have if they could live their lives over and choose exactly, women report an average ideal family size of 2.5 children that is very close to actual fertility.

Family Planning

Knowledge and Use of Contraception

- Knowledge of family planning is almost universal; 99 percent of married women and 98 percent of husbands are familiar with at least one method. The pill and IUD are the most widely known methods among both women and husbands.
- The proportion of couples where both spouses know at least one method of contraception is 97 percent. This proportion is slightly down to 96 percent for knowledge of modern methods and 81 percent for any traditional methods. For couples where only one partner knows a method, wives are more likely to know than their husbands.
- At the time of the survey, 64 percent of married women in Turkey were using a method of family planning to achieve their childbearing goals. Among users, the majority of women are users of a modern method. One in five currently married women are using the IUD. The condom is the second most popular modern method; 8 percent of married women rely on the condom. However, withdrawal is the most popular method among currently married women, with 24 percent.

Knowledge of modern family planning methods is almost universal. However, only one-third of couples is using a modern method of contraception.

Figure 8
Knowledge of Methods Among Couples

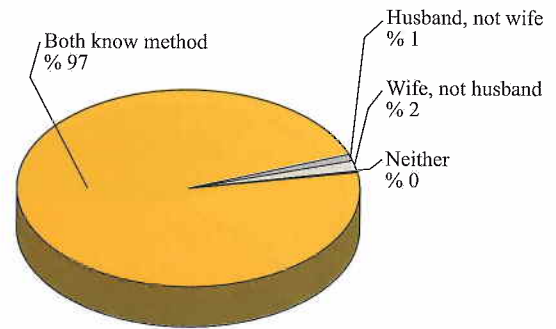


Figure 9
Current Use of Family Planning by Selected Background Characteristics

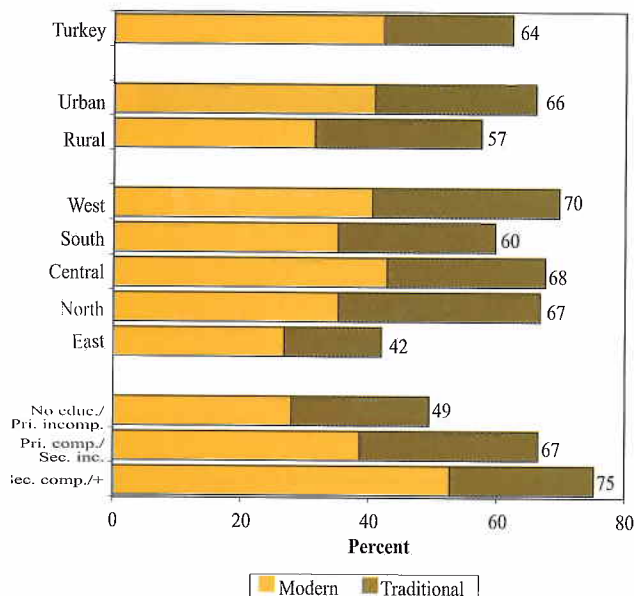


Figure 10
 Current Use of Family Planning
 (Currently Married Women Age 15-49)

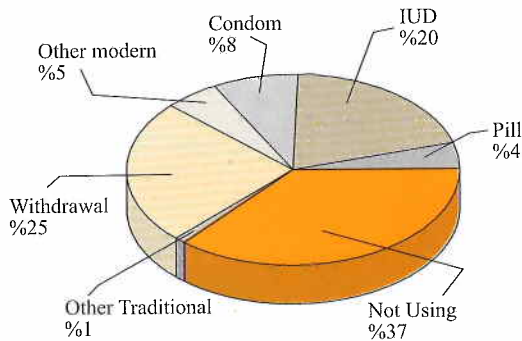
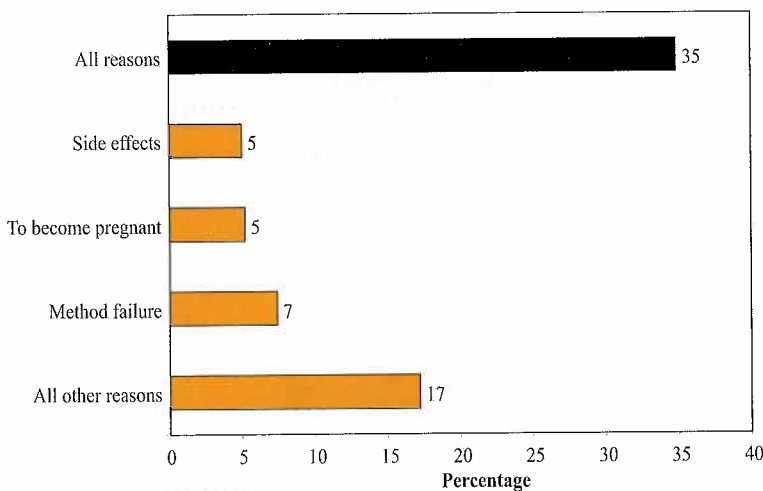


Figure 11
 Reasons for First-year Contraceptive Discontinuation



- Contraceptive use varies widely by residence and region. Urban women are considerably more likely to be using a modern method than rural women. The proportions using modern methods are highest in the Central region (43 percent) and lowest in the East region (27 percent).
- Use of contraception is closely associated with level of education. Majority of the women with secondary or more education uses a modern contraceptive method, compared to 39 percent of women with primary education and 26 percent of women with no education.

Discontinuation of Contraceptive Use

- Based on information for the five years preceding the survey, 35 percent of users stopped using a contraceptive method within 12 months of starting use.
- Method failure accounted for 7 percent of discontinuations while 5 percent stopped to get pregnant, another 5 percent stopped due to side effects or health concerns and the remaining 17 percent stopped due to other reasons. Discontinuation rate was lower for the IUD than for other methods.

Sources of Family Planning Services

- Public sector sources in the provision of modern contraceptive services are used slightly more than private sector sources. Overall, 56 percent of users of modern methods relied on a public sector provider.
- Government hospitals (12 percent), primary health care centres (31 percent) and pharmacies (25 percent) are the main sources for users of family planning methods.

Unmet Need for Family Planning

- Ten percent of currently married women have an unmet need for family planning. This group includes women who are not using any contraceptive method, but who want to stop childbearing (6 percent), and those who want to wait two years or more before their next birth (4 percent).
- The overall unmet need for family planning follows a declining trend with increasing age. Unmet need for spacing purposes is higher among younger women, while unmet need for limiting childbearing is higher among older women. The level of unmet need is also more pronounced for rural women, among women in the East, and among uneducated women.

Ten percent of currently married women in Turkey are in need of family planning method, either for spacing or for limiting purposes.

Figure 12

Sources of Supply Among Current Users of Modern Contraceptive Methods

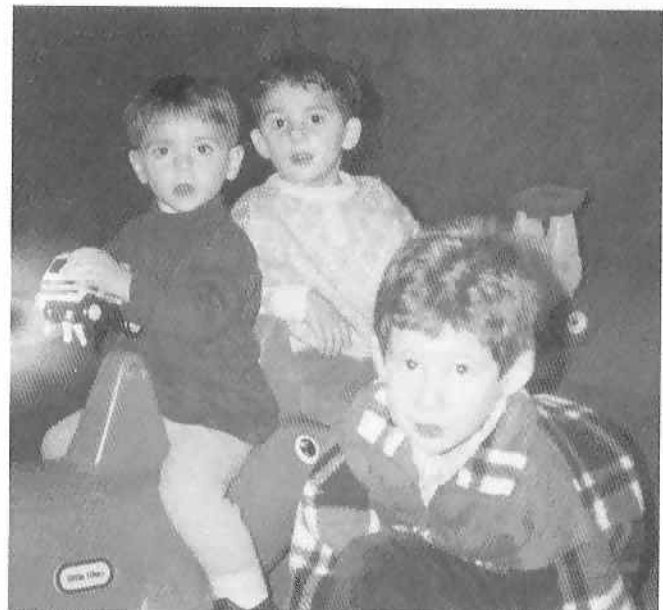
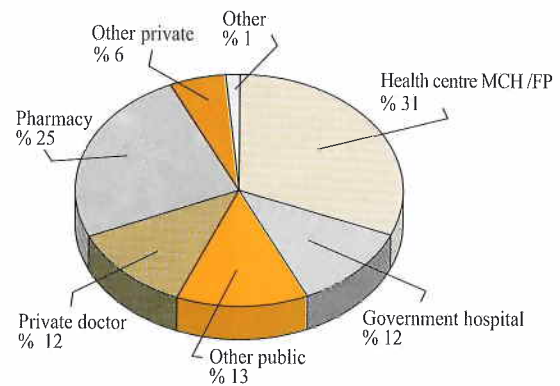
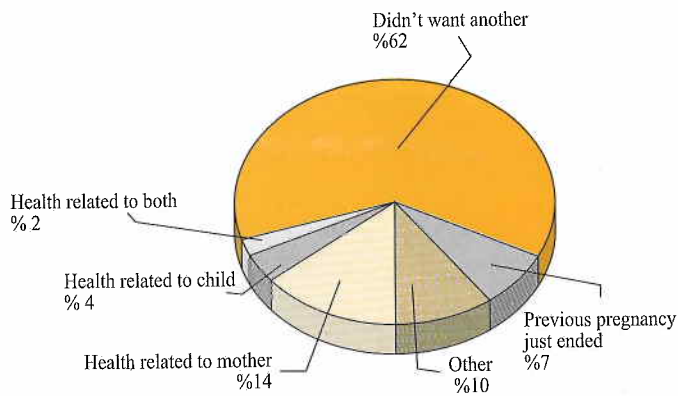


Figure 13
Reasons for Induced Abortion



John Kunstadter, 1999

Abortions

- A total of 27 percent of ever-married women have ever had an induced abortion. During the five year period before the survey, there are 15 abortions per 100 pregnancies
- Abortion rates show some variation between regions. One in five pregnancies in the Western region are terminated with an abortion whereas in the East this figure is less than 1 in 10 pregnancies.

Only 37 percent start using a modern method in the month following the abortion.

- The main reason for having an induced abortion is the desire to stop childbearing (62 percent), followed by health-related reasons (20 percent).
- Most of the induced abortions are performed within the legal and safe time of pregnancy (10 weeks). However, 9 percent are performed beyond the legal limits.
- The majority of induced abortions are performed by private physicians (59 percent), followed by those performed in government/maternity hospitals (17 percent). Another 15 percent of induced abortions are carried out by private hospitals/clinics.

Maternal and Child Health

Infant and Child Mortality

- For the five-year period preceding the TDHS 98, the infant mortality rate is 43 per thousand live births, child mortality rate is 10 per thousand live births. Infant and child mortality has rapidly declined in the past decade. The decline in infant mortality is 20 percent in the last 10 years.

Forty-three of every 1,000 live births die before reaching their first birthday.

- The infant mortality rate in the rural areas is about 1.6 times higher than in urban areas. Infant mortality rates are lower than the national average in the West and South regions, close to the national average in the Central and Northern regions, and nearly 1.5 times higher than the national average in the East region.
- The survival chance of a child is closely related to his/her mother's level of education. For children whose mothers have had less than primary education, infant mortality rate is 60 per thousand; 1.7 times higher than children whose mothers are at least primary school graduates.

Figure 14
Trends in Infant and Child Mortality

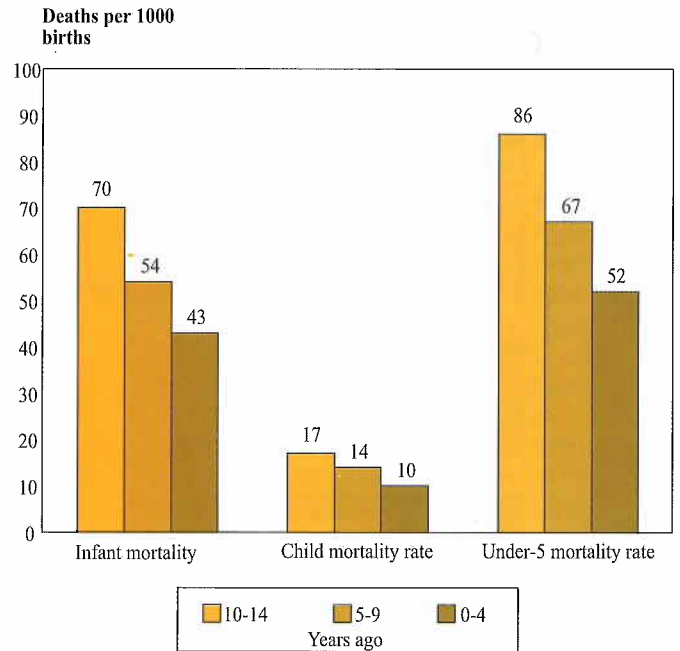


Figure 15
Infant Mortality Rates by Selected Background Characteristics

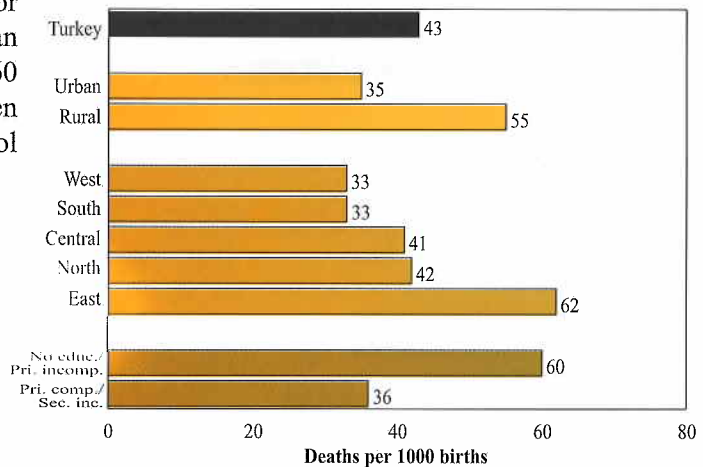


Figure 16
 Infant Mortality Rates by Selected
 Demographic Characteristics

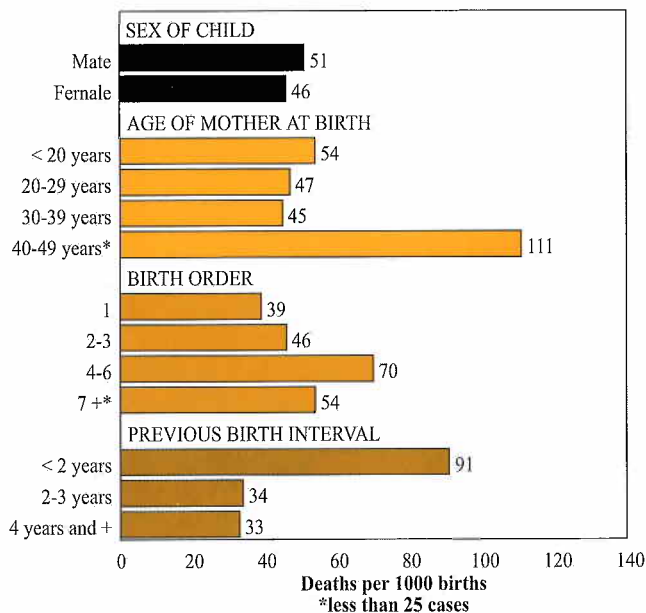
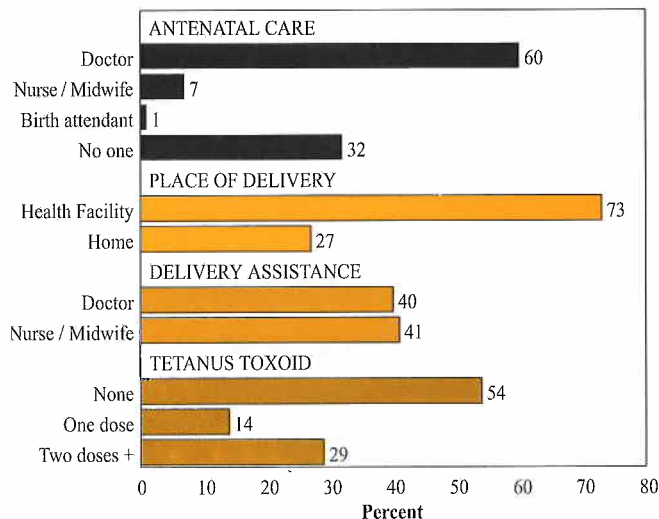


Figure 17
 Antenatal Care, Tetanus Vaccinations, Place
 of and Assistance at Delivery



- Medical maternity care is also an important factor in the reduction of mortality rates. Infant and child mortality appears to be especially low if the mother has both received antenatal care and delivery care from trained health professional. In cases when neither care has been provided, under-five mortality is as high as 116 per thousand, and infant mortality is 95 per thousand.
- The probability of dying is considerably higher for infants born after a short birth interval (less than two years after a preceding birth). For these children, mortality risks are 2.8 times higher than children born after an interval of 4 years or more.

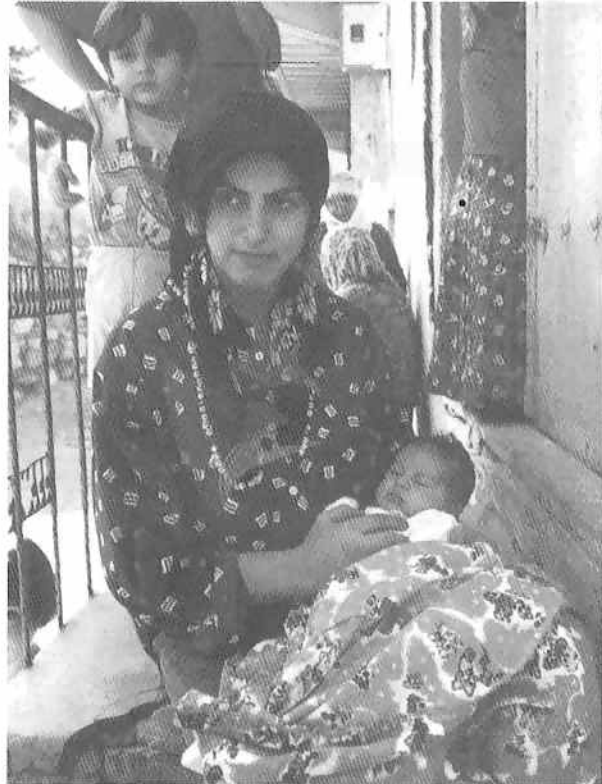
Children born after a short birth interval are at a much greater risk of dying than children born after a long birth interval.

Antenatal Care, Place of and Assistance at Delivery

- During the five years preceding the survey, more than two-thirds of mothers received antenatal care. Sixty percent of women received antenatal care from doctor.
- Majority of the women seek antenatal care before six month of pregnancy. The median number of antenatal care visits is 4.2.

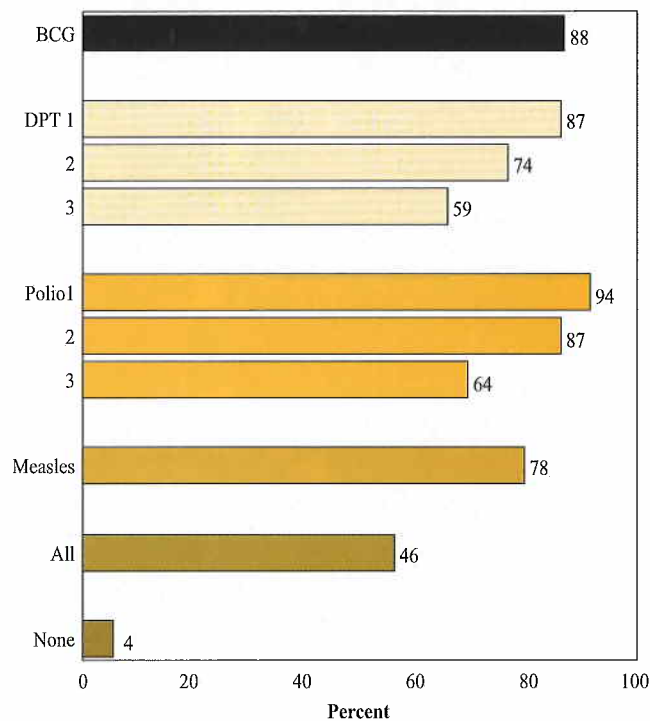
-
- About three-fourths of births take place in health facilities. However this figure varies from around 44 percent in the East to 87 percent in the West. For 80 percent of all births, either a doctor or a qualified midwife/nurse was present at the delivery.
 - Tetanus toxoid is a powerful weapon in the fight against neonatal tetanus, a deadly disease that strikes newborns. Mothers reported receiving two or more doses of tetanus toxoid vaccination for 29 percent of births in the five years preceding the survey.

Seven in 10 deliveries are assisted by a doctor or a qualified midwife/nurse.



John Kunstadter, 1999

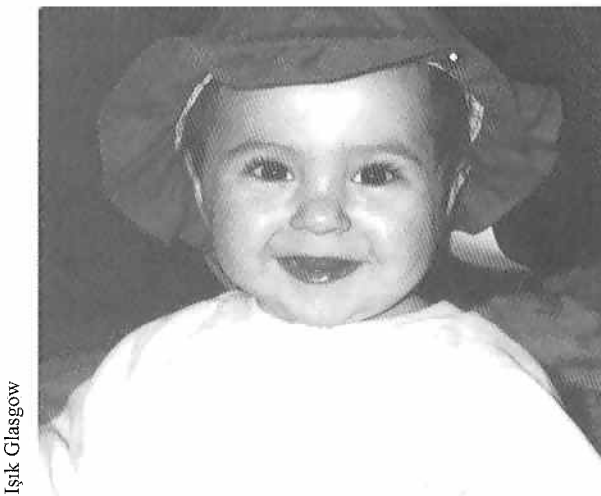
Figure 18
Vaccination Coverage
 (Children Age 12-23 Months)



Vaccination of Children

- Although it is recommended that children be fully vaccinated during their first year, only about 46 percent of Turkish children age 12-23 months completed the vaccination schedule before age 1. Only 4 percent have not received any vaccinations.
- Of children age 12-23 months, 89 percent have been vaccinated for tuberculosis (BCG vaccine) and 79 percent for measles. Of children age 12-23 months, approximately nine in ten children have received the first doses of DPT and polio vaccines.
- Vaccination coverage would be higher if the drop-out rate for DPT and polio were reduced. Currently, almost one-quarter of children who receive the first doses of these two vaccines do not complete the three-dose course that represents the magnitude of follow-up cases the vaccination programs have to consider.

There is a substantial drop-out between the first and the second and third doses of DPT and polio vaccines.



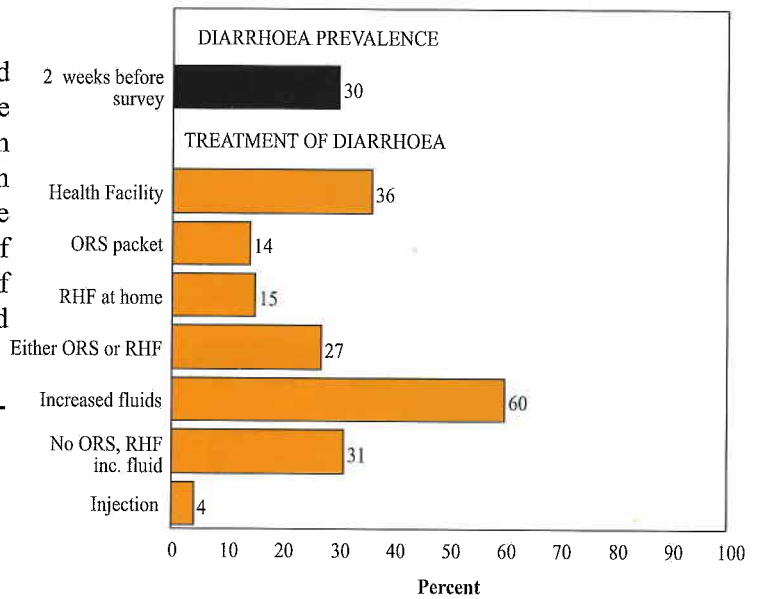
Işık Glasgow

Treatment of Diarrhoea

- Three in ten children under five were reported to have had diarrhoea during the two weeks preceding the survey. More than one-third of these children who had had diarrhoea was taken to a health facility.
- Only less than one percent of children who had had diarrhoea in the two weeks before the survey received no treatment. Oral rehydration salts (ORS) were used in treating diarrhoea in 14 percent of cases and recommended home fluid (RHF) were given to 15 percent of children with diarrhoea. For 60 percent of children with diarrhoea, intake of fluids had been increased.

More than one-third of children under five years who had had diarrhoea was taken to a health facility and 29 percent of diarrhoea cases received either ORS or RHF.

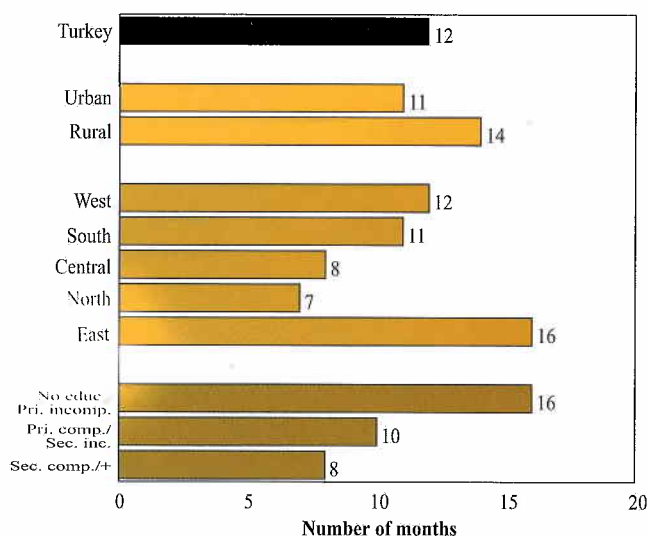
*Figure 19
Prevalence and Treatment of Diarrhoea
(Children under Five Years)*



John Kunstadter, 1999



Figure 20
Median Duration of Breastfeeding by Selected Background Characteristics



Infant Feeding Practises

- Breastfeeding is almost universally practiced in Turkey; almost all children (95 percent) are breastfed for a period of time. The median duration of breastfeeding is 12 months.
- On average, children are breastfed for a relatively long period of time but supplementary foods and liquids are introduced at an early age. Approximately half of the children are being given supplementary food as early as one month of age. The percentage of children receiving supplements increases to 55 percent by the age of 2-3 months.

On average, children are breastfed for a relatively long period of time but supplementary foods and liquids are introduced at an early age.

- Children in rural areas are breastfed 3.4 months longer than children in urban areas. Among regions, the longest median duration of breastfeeding is in the East, with 16 months. The median duration of breastfeeding is nearly 8 months longer for children whose mothers have no education compared to those with secondary or more education.



M. Koy

Nutritional Status of Children.

- By age five almost one in five children are stunted (short for their age), compared to an international reference population.
- Stunting is more prevalent in rural areas, in the East, and among children of mothers with no education. Stunting occurs more frequently among children who are of higher birth order, and among those born after an interval of less than 24 months.
- Overall, wasting is not a problem. Only two percent of children are wasted (thin for their height), and 10 percent of children under age five are underweight for their age.

The deterioration in nutritional status starts in the first year of life and by age five almost one in five children is short for his/her age.

- Obesity is a problem among mothers. According to the results of BMI (Body Mass Index) calculations, 19 percent of the mothers are obese. Additionally, 52 percent of mothers are in the overweight group.

Figure 21
Nutritional Status of Children Under Five Years

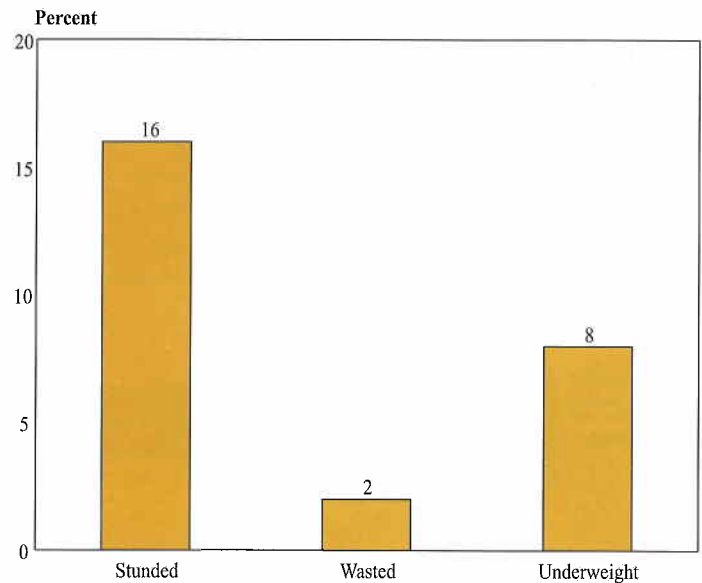


Figure 22
Chronic Undernutrition (Stunting) by Selected Background Characteristics

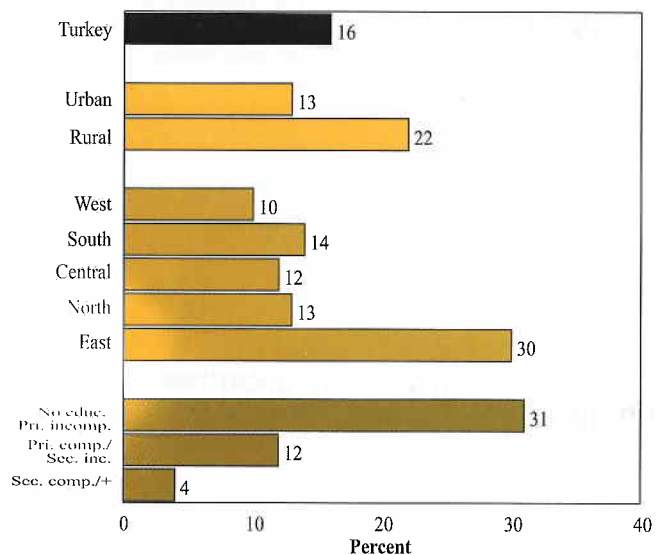


Figure 23
Knowledge of AIDS (Women)

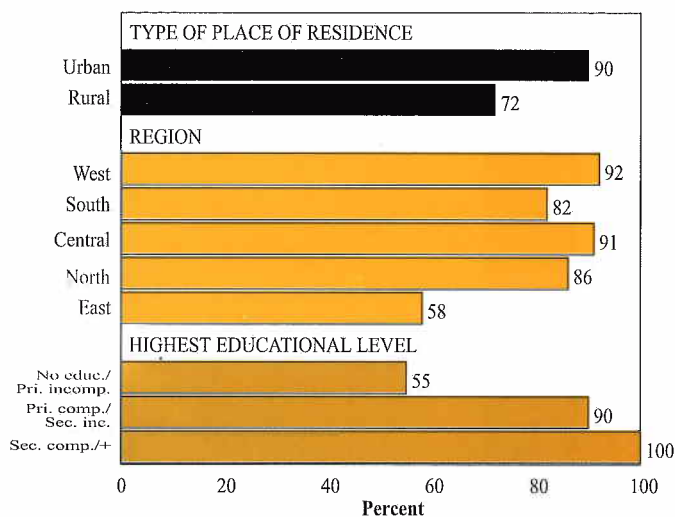
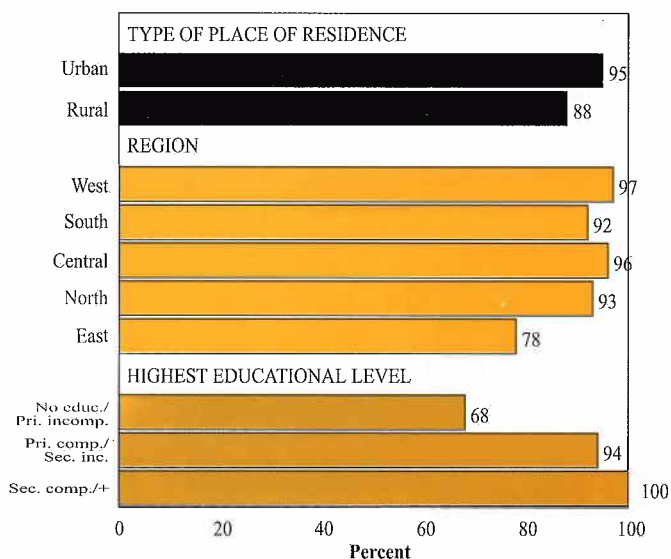


Figure 24.
Knowledge of AIDS (Husbands)



Knowledge of AIDS

- Overall, 84 percent of women and 93 percent of husbands have heard of AIDS. Television is the most important source of knowledge about AIDS for both men and women.
- The percentage of women who have heard AIDS varies by age, residence and regions. The level of knowledge is high for the youngest age groups and low for the older ages for both sexes. Urban women are 1.3 times more likely to have heard about AIDS than women in the rural areas. Knowledge of AIDS is significantly higher in the West region than in other regions. Knowledge of AIDS increases with level of education; from only 55 percent for women with no education to 100 percent for women with at least secondary education.

Overall, 84 percent of women and 93 percent of husbands have heard of AIDS. Television is the most important source of knowledge about AIDS for both men and women.

- Only 3 percent of women who have heard of AIDS believe there is no way to avoid getting the disease. Women who reported AIDS as a preventable disease, believe that AIDS is preventable by having sex with only one partner (17 percent), by not having sex with prostitutes (16 percent), and by using condoms during intercourse (15 percent).

Conclusions and Policy Implications

Fertility and Family Planning

Fertility has declined rapidly in Turkey in recent decades, but the rate varies substantially by level of education, region and urban/rural residence. The total fertility rate is 2.6 children per woman. Approximately two-thirds of married women want to stop childbearing and 14 percent want to space their births. Thirty percent of the births in the five years preceding the survey were either unwanted or mistimed.

Virtually all women have heard about family planning methods. At the time of the TDHS-98, nearly two in every three women were using a family planning method. It is clear that there is a need to expand the method mix, particularly in view of the large proportions of women who desire to limit their childbearing.

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

Maternal and Child Health

During the last decade, there has been a substantial decline in infant and child mortality levels. Yet, there are some groups of children with significantly higher infant mortality than others. Children whose mothers have less than primary education are 1.6 times more likely to die in the first year of life than those whose mothers have at least primary education. Children in rural areas are 1.6 times more likely to die in the first year of life than those in urban areas. In addition, for a child born after an interval of less than two years, the mortality risk before the first birthday is 2.8 times higher than a child born after an interval of four years or more.

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

Vaccination coverage rates among Turkish children are only moderately high due to substantial drop-out. Continued efforts are needed to reduce residential differentials in coverage rates and to increase the number of children who are fully immunized by their first birthday.

Three in ten children under five years had had diarrhoea in the two weeks before the survey. One-third of children with diarrhoea in the past two weeks was taken to a health facility. For 60 percent of the diarrhoea cases, fluid intake was increased.

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

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



John Kunstacter, 1999

Fact Sheet

1998 Population Data¹

Total population (millions)	64.8
Urban population (percent)	64
Rate of natural increase (percent)	1.6
Population doubling time (years)	45
Crude birth rate (per 1,000 population)	22
Crude death rate (per 1,000 population)	7
Life expectancy at birth male (years)	66
Life expectancy at birth female (years)	71

Turkish Demographic and Health Survey 1998

Survey Population

Households interviewed	8059
Women age 15-49 interviewed	8576
Husbands interviewed	1971

Background Characteristics of Women Interviewed

Percent living in urban areas	66.5
Percent with no education	16.7
Percent graduated secondary school or higher	18.1

Marriage and Other Fertility Determinants

Percent of women 15-49 currently married ²	69.0
Percent of women 15-49 ever-married ²	72.3
Median age at first marriage among women age 25-49	19.5
Median duration of breastfeeding (in months) ³	12.0
Median duration of postpartum amenorrhoea (in months) ³	3.3
Median duration of postpartum abstinence (in months) ³	1.9

Fertility

Total fertility rate ⁴	2.6
Mean number of children ever born to women age 40-49	4.2

Desire for Children

Percent of currently married women who:	
Want no more children	66.4
Want to delay next birth at least 2 years	13.6
Mean ideal number of children among women age 15-49 ⁵	
	2.4
Percent of women giving a non-numeric response to ideal family size	
	4.2
Percent of births in the last 5 years which were:	
Unwanted	18.8
Mistimed	11.2

Knowledge and Use of Family Planning

Percent of currently married women:	
Knowing any method ⁶	98.9
Knowing a modern method	98.7
Had ever used any method ⁶	84.2
Currently using any method ⁶	63.9
Percent of husbands:	
Knowing any method	97.9
Knowing a modern method	97.1
Had ever used any method	82.1
Currently using any method	62.6

Percent of currently married women currently using:

Pill	4.4
IUD	19.8
Injection	0.5
Diaphragm, foam, jelly	0.6
Condom	8.2
Female sterilization	4.2
Male sterilization	0.0
Periodic abstinence	1.1
Withdrawal	24.4
Other methods	0.6

Mortality and Health

Infant mortality rate ⁷	42.7
Under-five mortality rate ⁷	52.1
Percent of births ⁸ whose mothers	
Received antenatal care	67.5
Received 2 or more tetanus toxoid injections	29.3
Percent of births ⁸ whose mothers were assisted at delivery by a:	
Doctor	40.1
Trained midwife/nurse	40.5
Traditional birth attendant	10.4
Percent of children	
0-1 month who are breastfed	96.1
4-5 months who are breastfed	82.3
10-11 months who are breastfed	50.6
Percent of children 12-23 months who received: ⁹	
BCG	88.5
DPT (three doses)	58.7
Polio (three doses)	64.4
Measles	78.5
All vaccinations	45.7
Percent of children under 5 years ¹⁰ who:	
Had diarrhoea in the 2 weeks preceding the survey	29.7
Are chronically undernourished (stunted) ¹¹	16.0
Are acutely undernourished (wasted) ¹¹	1.9

- Sources: Population Reference Bureau (1998). *Demographic Data and Estimates for the Countries and Regions of the World*. Population Reference Bureau, USA.
- Based on all women.
- Current status estimate based on births during the 36 months preceding the survey.
- Based on births to women 15-49 years during the period 0-2 years preceding the survey.
- Based on ever-married women 15-49. Excludes women who gave a non-numeric response to ideal family size
- Includes prolonged breastfeeding.
- Rates are for the period 0-4 years preceding the survey
- Figure includes births in the period 1-59 months preceding the survey.
- Based on information from vaccination records and reports of mother.
- Figures include children born in the period 1-59 months preceding the survey.
- Stunted: percentage of children whose height-for-age z-score is below -2SD based on the NCHS/CDC/WHO reference population; wasted: percentage of children whose weight-for-height z-score is below -2SD based on the NCHS/CDC/WHO reference population.