

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 1993-2018

Üreme Sağlığı  
Konularında

# Tematik Analizler

1993-2018



Bu kitapta yer alan analiz ve yorumlardan Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün bu kitabı hazırlayan öğretim elemanları sorumludur. Rapordaki bilgiler, bu çalışmayı destekleyen UNFPA Türkiye Ofisi'nin görüşlerini yansıtmaz.

Bu yayının tüm hakları Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'ne aittir. Enstitü'nün yazılı izni alınmadan kısmen veya tamamen kopya edilemez, çoğaltılamaz ve yayımlanamaz. Kaynak göstermek şartıyla alıntı yapılabilir.

**PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ:**

*İsmet Koç*

**PROJE ARAŞTIRMACILARI:**

*Banu Ergöçmen, Ahmet Sinan Türkyılmaz, İlknur Yüksel Kaptanoğlu, Alanur Çavlin Bircan, Ayşe Abbasoğlu Özgören  
Melike Saraç, Pelin Çağatay, Zehra Yayla Enfiyecı, E. Mümine Barkçın, Yaser Koyuncu, Kardelen Güneş*

**YAYIN NO:** NEE-HÜ.22.01

**ISBN:** 978-975-491-527-3

**BASIM TARİHİ:** ARALIK 2022

**KAPAK VE SAYFA DÜZENİ:** Burak Elmas

**BASIM:** Emsal Matbaası

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 1993-2018

Üreme Sağlığı  
Konularında

# Tematik Analizler

1993-2018





# İÇİNDEKİLER

TABLO ve ŞEKİL LİSTESİ	6
KISALTMALAR	11
SUNUŞ	13
<b>GİRİŞ. Türkiye'de Doğurganlığın Düzenlenmesiyle İlgili Dört Çalışmanın Söyledikleri</b> Banu Ergöçmen	15
<b>Kaynaklar</b>	20
<b>BÖLÜM 1. Türkiye'de Doğurganlık Tercihleri: İdealler, Niyetler ve Doğurganlık Farklarındaki Eğilimler</b> Ayşe Abbasoğlu Özgören, Zehra Yayla Enfiyeci, Ahmet Sinan Türkyılmaz	21
<b>1.1. Giriş</b>	22
<b>1.2. Bağlam: Politika Arka Planı ve Türkiye'de Doğurganlık Tercihlerindeki Son Gelişmeler</b>	24
<b>1.3. Literatür Taraması</b>	26
<b>1.3.1. Doğurganlık Tercihleri Kavramları</b>	26
Doğurganlık İdealleri	26
Doğurganlık Niyetleri	26
Doğurganlık Farkı	28
<b>1.3.2. Doğurganlık Tercihleri Üzerine Kuramlar</b>	29
<b>1.3.3. Seçilmiş Ampirik Çalışmalar</b>	30
<b>1.4. Veri ve Yöntem</b>	32
<b>1.4.1. Veri</b>	32
<b>1.4.2. Yöntem</b>	33
Toplam İstenilen Çocuk Sayısının Hesaplanması	33
Örneklem Büyüklüğü	34
Düzeltilmiş Toplam Doğurganlık Hızının Hesaplanması	34
Çok Değişkenli Analiz	34
<b>1.5. Bulgular</b>	35
<b>1.5.1. Doğurganlık İdealleri ve Niyetlerindeki ve Doğurganlık Açığındaki Değişimler</b>	35
<b>1.5.2. Kadınların Temel Özelliklerine Göre Doğurganlık Tercihleri</b>	43
Kadınların Temel Özelliklerine Göre İdeal Doğurganlık	43
Kadınların Temel Özelliklerine Göre İstenilen Doğurganlık	57
<b>1.5.3. Kadınların Paritede İlerleme Niyeti Üzerine Çok Değişkenli Analiz</b>	72

<b>1.6. Sonuç</b>	76
<b>Kaynaklar</b>	78
<b>BÖLÜM 2. Türkiye’de Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımında Öncü ve Geride Kalmış Sosyal Grupların Belirlenmesi İçin Eğilim Analizi: 1993-2018</b>	83
İsmet Koç, Melike Saraç	
<b>2.1. Giriş</b>	84
<b>2.2. Veri ve Yöntem</b>	85
<b>2.3. Öncül ve Geride Kalmış Sosyal Grupların Belirlenmesi</b>	86
2.3.1. Gebeliği Önleyici Yöntem Bilgisi	86
2.3.2. Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı	89
2.3.3. Yöntem Kullanma Niyeti	94
2.3.4. Gelecekte Yöntem Kullanma İsteği	97
2.3.5. Gebeliği Önleyici Modern Yöntemlerin Temin Edildiği Kaynaklar	99
2.3.6. Gebeliği Önleyici Yöntem Bırakma Hızları	100
2.3.7. Gebe Kalınabilecek Döneme İlişkin Bilgi	104
<b>2.4. Politika Boşluklarının ve Önceliklerinin Belirlenmesi</b>	105
<b>Kaynaklar</b>	108
<b>BÖLÜM 3. Gebeliği Önleyici Yöntemlere İlişkin Farklı İhtiyaçların Karşılanması: Türkiye’de Karşılanmayan Gebeliği Önleyici Yöntem İhtiyacının Toplam Pazar Yaklaşımı ile Analizi</b>	153
Alanur Çavlin, Pelin Çağatay, Kardelen Güneş	
<b>3.1. Giriş</b>	154
<b>3.2. Çalışmanın Temel Kavramları</b>	156
3.2.1. Karşılanmamış Yöntem İhtiyacı	156
3.2.2. Yöntem İhtiyaçları ve Talepleri	157
<b>3.3. Literatür İncelemesi</b>	158
<b>3.4. Veri ve Yöntem</b>	161
<b>3.5. Bulgular</b>	163
3.5.1. Değişen İhtiyaçlar ve Taleplere Göre Yöntem Kullanımı	163
3.5.2. Trend Analizi	163
Türkiye’de Yöntem Kullanımına İlişkin Eğilimler	163
Türkiye’de Karşılanmamış Yöntem İhtiyacındaki Değişimler	164

<b>3.5.3. Toplam Pazar Yaklaşımı Analizi</b>	170
Kullanıcı Özellikleri	171
Yöntem Kullanımı	171
Doğurganlık İsteği ve Karşılanmamış İhtiyaç	173
Yöntemlerin Kaynağı	175
Aile Planlaması Farkındalığı	177
<b>3.6. Son Sözler</b>	178
<b>Kaynaklar</b>	180
<b>BÖLÜM 4. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları Açısından Hangi Kadınlar Geride Kalıyor?</b>	185
İlknur Yüksel-Kaptanoğlu, Yaser Koyuncu, Emetullah Mümine Barkçin	
<b>4.1. Giriş</b>	186
<b>4.2. Küresel Hedeflerde CSÜS ve Hakları</b>	188
<b>4.3. Küresel Düzeyde Kadınların Cinsel ve Üreme Sağlığındaki Özerklikleri</b>	191
<b>4.4. Türkiye’de CSÜS ve Haklarında Kadınların Özerkliği ile İlgili Bazı Çalışmalar</b>	193
<b>4.5. Veri ve Yöntem</b>	197
4.5.1. Çalışmanın Veri Kaynağı	197
4.5.2. CSÜS ve Haklarında Kadınların Özerkliğinin Ölçülmesi	197
4.5.3. CSÜS ve Haklarında Kadınların Özerkliğini Etkileyen Faktörler	198
<b>4.6. Kadınların CSÜS Özerkliği</b>	199
4.6.1. Kadınların CSÜS ve Haklarındaki Özerkliğinin Risk ve Koruyucu Faktörleri	206
<b>4.6. Sonuç</b>	209
<b>Kaynaklar</b>	212

**TABLÖLAR****Sayfalar**

<b>TABLO 1.1.</b> TNSA araştırmalarında tüm kadınların ve halen evli kadınların toplam sayısı	34
<b>TABLO 1.2.</b> 15-49 yaş arası kadınlarda ortalama ideal, istenilen (beklenen) ve gerçekleşen ocuk sayısı, Türkiye 1993-2018	35
<b>TABLO 1.3.</b> 15-49 yaş arası kadınlarda doęurđanlık farkı, Türkiye 1993-2018	36
<b>TABLO 1.4.</b> Farklı paritelere sahip halen evli kadınlarda ideal parite ve ocuk sahibi olma niyeti, Türkiye 1993, 2008 ve 2018	38,39,40
<b>TABLO 1.5.</b> Ayrıntılı doęurđanlık niyeti: 15-49 yaş arası halen evli kadınların sahip olduğu ocuk sayısına ve ocuk doğurma niyetine göre yüzde dağılımı, 1993, 2008 ve 2018	42
<b>TABLO 1.6.</b> 15-49 yaş arası halen evli kadınların ortalama ideal ocuk sayısı, Türkiye 1993-2018	44,45,46
<b>TABLO 1.7.</b> 15-49 yaş arası halen evli kadınlarda ideal ve gerçekleşen ocuk sayısı arasındaki ilişki, Türkiye 1993-2003	49,50,51,52
<b>TABLO 1.8.</b> 15-49 yaş arası halen evli kadınlarda ideal ve gerçekleşen ocuk sayısı arasındaki ilişki, Türkiye 2008-2018	53,54,55,56
<b>TABLO 1.9.</b> 15-49 yaş arası halen evli olan kadınlarda ortalama istenilen ocuk sayısı, Türkiye 1993-2018	58,59,60
<b>TABLO 1.10.</b> 15-49 yaş arası halen evli kadınlarda istenilen ve gerçekleşen ocuk sayısı arasındaki ilişki, Türkiye 1993-2018	63,64,65,66 67,68,69,70
<b>TABLO 1.11.</b> Halen evli kadınların ocuk sahibi olma isteğinin belirleyicileri, Türkiye 2018	73,74,75
<b>TABLO 2.A.1.</b> Modern yöntem bilen evli kadınların bildikleri yönteme göre yüzdesi, 1993-2018	110
<b>TABLO 2.A.2.</b> Modern yöntem bilen evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018	111,112
<b>TABLO 2.A.3.</b> Geleneksel yöntem bilen evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018	113,114
<b>TABLO 2.A.4.</b> Modern yöntem bilen hiç evlenmemiş kadınların bildikleri yönteme göre yüzdesi, 1993-2018	115
<b>TABLO 2.A.5.</b> Modern yöntem bilen hiç evlenmemiş kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018	116,117
<b>TABLO 2.A.6.</b> Geleneksel yöntem bilen hiç evlenmemiş kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018	118,119
<b>TABLO 2.A.7.</b> Gebeliği nleyici yöntem kullanan evli kadınların kullandıkları yönteme göre yüzdesi, 1993-2018	120
<b>TABLO 2.A.8.</b> Herhangi bir yöntem kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018	121,122
<b>TABLO 2.A.9</b> Herhangi bir modern yöntem kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018	123,124
<b>TABLO 2.A.10.</b> Herhangi bir geleneksel yöntem kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018	125,126
<b>TABLO 2.A.11.</b> Herhangi bir yöntem kullanmayan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018	127,128
<b>TABLO 2.A.12.</b> Tüplerin bağlanması yöntemini kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018	129,130
<b>TABLO 2.A.13.</b> Hap yöntemini kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018	131,132
<b>TABLO 2.A.14.</b> RiA yöntemini kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018	133,134



**TABLolar****Sayfalar**

<b>TABLO 2.A.15.</b> Kondom yöntemini kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018	135,136
<b>TABLO 2.A.16.</b> Geri çekme yöntemini kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018	137,138
<b>TABLO 2.A.17.</b> Doğumu sonlandırmak için herhangi bir yöntem kullanan evli kadınların temel özelliklere yüzdesi, 1993-2018	139,140
<b>TABLO 2.A.18.</b> Doğumların arasını açmak için herhangi bir yöntem kullanan evli kadınların temel özelliklere yüzdesi, 1993-2018	141,142
<b>TABLO 2.A.19.</b> Yöntem kullanmayan evli kadınların gelecekte yöntem kullanma isteğine göre yüzde dağılımı, 1993-2018	143
<b>TABLO 2.A.20.</b> Yöntem kullanmayan ancak gelecekte yöntem kullanmayı düşünen evli kadınların tercih ettikleri yönteme göre yüzdesi, 1993-2018	144
<b>TABLO 2.A.21.</b> Yöntem kullanmayan ve gelecekte de yöntem kullanmayı düşünmeyen evli kadınların temel özelliklere göre yüzde dağılımı, 1993-2018	145,146
<b>TABLO 2.A.22.</b> Modern yöntem kullananların kullandıkları son yönteme ve kaynağına göre yüzde dağılımı, 1993-2018	147
<b>TABLO 2.A.23.</b> On iki ay içinde yöntem bırakanların yöntem bırakma nedenlerine göre yüzdesi ve ortanca yöntem kullanma süresi, 1993-2018	148
<b>TABLO 2.A.24.</b> Temel özelliklere göre 12-aylık gebeliği önleyici yöntem başarısızlığı hızları, 1993-2018	149,150
<b>TABLO 2.A.25.</b> Adet döngüsü içinde gebe kalınabilecek döneme ilişkin doğru bilgisi olan evli kadınların yüzdesi, 1993-2018	151,152
<b>TABLO 3.1.</b> Değişen ihtiyaç ve taleplere göre gebeliği önleyici yöntem kullanımı için önerilen çerçeve	157
<b>TABLO 3.2.</b> Değişen ihtiyaçlar ve taleplere göre yöntem kullanımı, 2018 Türkiye	163
<b>TABLO 4.1.</b> Lojistik Regresyon Modeli Sonuçları: Kadınların CSÜS ve Haklarındaki Özerkliğinin Risk ve Koruyucu Faktörleri, TNSA-2018, Türkiye	207,208
<b>TABLO 4.A.1.</b> Demografik faktörlere göre kadınların CSÜS özerkliği (TNSA-2018)	215
<b>TABLO 4.A.2.</b> Bireysel faktörlere göre kadınların CSÜS özerkliği (TNSA-2018)	216
<b>TABLO 4.A.3.</b> Eş ile ilgili faktörlere göre kadınların CSÜS özerkliği (TNSA-2018)	217
<b>TABLO 4.A.4.</b> Evlilik ile ilgili faktörlere göre kadınların CSÜS özerkliği (TNSA-2018)	218
<b>TABLO 4.A.5.</b> Hanehalkı/topluluk ile ilgili faktörlere göre kadınların CSÜS özerkliği (TNSA-2018)	219
<b>TABLO 4.A.6.</b> Toplumsal cinsiyet normlarına ilişkin faktörlere göre kadınların CSÜS özerkliği (TNSA-2018)	220-221
<b>TABLO 4.A.7.</b> Lojistik Regresyon Modelinin Sonuçları: Kadınların CSÜS ve Haklarındaki Özerkliğinin Risk ve Koruyucu Faktörleri, TNSA-2018, Türkiye	222,223,224, 225,226,227, 228

## ŞEKİLLER

## Sayfalar

ŞEKİL 1.1. 15-49 yaş grubundaki halen evli kadınların çocuk sahibi olma isteğine göre yüzde dağılımı, Türkiye 1993-2018	25
ŞEKİL 1.2. Ortalama ideal çocuk sayısı ve TDH, Türkiye 1993-2018	25
ŞEKİL 1.3. İdeal çocuk sayısının dağılımı, 15-49 yaş halen evli kadınlar, Türkiye 1993-2018	36
ŞEKİL 1.4. İstenilen çocuk sayısının dağılımı, 15-49 yaş arası halen evli kadınlar, Türkiye 1993-2018	37
ŞEKİL 1.5. Çocuk sayısına göre (başka) çocuk sahibi olma niyeti (%), 15-49 yaş halen evli kadınlar, Türkiye 1993-2018	43
ŞEKİL 2.1. Herhangi bir gebeliği önleyici yöntem bilen evli kadınların yüzdesi, 1993-2018	86
ŞEKİL 2.2. Herhangi bir gebeliği önleyici yöntem bilen evli kadınların bildikleri yöntemlere göre yüzdesi, 1993-2018	87
ŞEKİL 2.3. Herhangi bir gebeliği önleyici yöntem bilen hiç evlenmemiş kadınların yüzdesi, 1993-2018	88
ŞEKİL 2.4. Herhangi bir gebeliği önleyici yöntem bilen evli kadınların bildikleri yöntemlere göre yüzdesi, 1993-2018	89
ŞEKİL 2.5. Herhangi bir yöntem kullanan evli kadınların yöntem kullanım durumuna göre yüzdesi, 1993-2018	90
ŞEKİL 2.6. Herhangi bir yöntem kullanan evli kadınların kullandıkları yönteme göre yüzdesi, 1993-2018	91
ŞEKİL 2.7. Herhangi bir yöntem kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018	91
ŞEKİL 2.8. Modern yöntem kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018	92
ŞEKİL 2.9. Geleneksel yöntem kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018	92
ŞEKİL 2.10. Yöntem kullanmayan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018	93
ŞEKİL 2.11. Doğumların arasını açmak ve doğumu sonlandırmak için yöntem kullanan evli kadınların yüzde dağılımı, 1993-2018	95
ŞEKİL 2.12. Doğumu sonlandırmak isteyen evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018	95
ŞEKİL 2.13. Doğumların arasını açmak isteyen evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018	96
ŞEKİL 2.14. Yöntem kullanmayan evli kadınların gelecekte yöntem kullanma isteğine göre yüzde dağılımı, 1993-2018	97
ŞEKİL 2.15. Yöntem kullanmayan ancak gelecekte yöntem kullanmayı düşünen evli kadınların tercih ettikleri yönteme göre yüzde dağılımı, 1993-2018	98
ŞEKİL 2.16. Yöntem kullanmayan ve gelecekte yöntem kullanmak istemeyen evli kadınların temel özelliklere göre yüzde dağılımı, 1993-2018	98
ŞEKİL 2.17. Modern gebeliği önleyici yöntem kullananların yöntemi en son temin ettikleri yere göre yüzde dağılımı, 1993-2018	99
ŞEKİL 2.18. 12 aylık yöntem bırakma ve değiştirme hızları, ortanca yöntem kullanma süresi, 1993-2018	100
ŞEKİL 2.19. On iki ay içinde yöntem kullanma devamlılığı olmayan kullanıcıların yöntem bırakma nedenine göre yüzde dağılımı, 1993-2018	101

## ŞEKİLLER

## Sayfalar

<b>ŞEKİL 2.20.</b> Yöntemlere göre 12 aylık yöntem başarısızlığı hızları, 1993-2018	101
<b>ŞEKİL 2.21.</b> Yöntem başarısızlığında gebeliği önleyici yöntemlerin payının değişimi, 1993-2018	102
<b>ŞEKİL 2.22.</b> Temel özelliklere göre 12 aylık yöntem başarısızlığı hızları, 1993-2018	103
<b>ŞEKİL 3.1.</b> Üreme çağındaki (15-49 yaş) halen evli kadınlarda yöntem kullananların, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olanların ve aile planlaması ihtiyacı olmayanların oranı	164
<b>ŞEKİL 3.2.</b> Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacındaki değişimler, 1993-2018 TNSA	164
<b>ŞEKİL 3.3.</b> Yaş gruplarına göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, 1993-2018 TNSA	165
<b>ŞEKİL 3.4.</b> Pariteye (çocuk sayısına) göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, 1993-2018 TNSA	166
<b>ŞEKİL 3.5.</b> Eğitime göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, 1993-2018 TNSA	166
<b>ŞEKİL 3.6.</b> Refah gruplarına göre toplam karşılanmamış ihtiyaç, 1993-2018 TNSA	167
<b>ŞEKİL 3.7.</b> Refah gruplarına göre modern yöntemlerle karşılanan talebin oranı, 1993-2018 TNSA	167
<b>ŞEKİL 3.8.</b> Yöntem kullanma tecrübesine göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, 1993-2018 TNSA	169
<b>ŞEKİL 3.9.</b> Daha önce kullanılmış yöntemin türüne göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, 1993-2018 TNSA	169
<b>ŞEKİL 3.10.</b> Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olan halen evli kadınlar arasında gelecekte yöntem kullanma niyeti	170
<b>ŞEKİL 3.12.</b> Eğitim ve refaha göre halen evli kadınlar, 2018 TNSA	171
<b>ŞEKİL 3.11.</b> Yaş ve refaha göre halen evli kadınlar, 2018 TNSA	171
<b>ŞEKİL 3.13.</b> Refah gruplarına göre halen evli kadınların kullandıkları yöntem, 2018 TNSA	172
<b>ŞEKİL 3.14.</b> Eğitim ve refaha göre halen evli kadınlar, 2018 TNSA	172
<b>ŞEKİL 3.15.</b> Eğitim ve refah gruplarına göre halen evli kadınların kullandığı yöntem türü, 2018 TNSA	173
<b>ŞEKİL 3.16.</b> Refah gruplarına göre halen evli kadınların doğurganlık tercihleri, 2018 TNSA	173
<b>ŞEKİL 3.17.</b> Doğurganlık tercihi ve refah gruplarına göre halen evli kadınların yöntem kullanımı, 2018 TNSA	174
<b>ŞEKİL 3.18.</b> Refaha göre karşılanmamış ihtiyaç, 2018 TNSA	174
<b>ŞEKİL 3.19.</b> Modern yönteme geçmek isteyenler ile genişletilmiş tanıma göre aile planlaması ihtiyacı, 2018 TNSA	175
<b>ŞEKİL 3.20.</b> 1993 ve 2018 yılları arasında kamu ve özel sektörün pazar payı	175
<b>ŞEKİL 3.21.</b> Refaha göre modern yöntemlerin kaynağı, 2018 TNSA	175
<b>ŞEKİL 3.22.</b> Yöntem türü ve refaha göre modern yöntemlerin kaynağı, 2018 TNSA	176
<b>ŞEKİL 3.23.</b> İstihdam durumuna göre modern yöntemlerin kaynağı, 2018 TNSA	176

## ŞEKİLLER

## Sayfalar

<b>ŞEKİL 3.24.</b> Kondom ve RİA'nın kaynağı, 2018 TNSA	176
<b>ŞEKİL 3.25.</b> Yöntem türü ve refaha göre modern yöntemlerin kaynağı, 2018 TNSA	177
<b>ŞEKİL 4.1.</b> Demografik faktörlere göre kadınların cinsel ve üreme sağlığında özerkliği, TNSA-2018	199
<b>ŞEKİL 4.2.</b> Bireysel faktörlere göre kadınların cinsel ve üreme sağlığında özerkliği, TNSA-2018	201
<b>ŞEKİL 4.3.</b> Eş ile ilgili faktörlere göre kadınların cinsel ve üreme sağlığında özerkliği, TNSA-2018	202
<b>ŞEKİL 4.4.</b> Evlilik ile ilgili faktörlere göre kadınların cinsel ve üreme sağlığında özerkliği, TNSA-2018	203
<b>ŞEKİL 4.5.</b> Hanehalkı/topluluk düzeyindeki faktörlere göre kadınların cinsel ve üreme sağlığında özerkliği, TNSA-2018	204
<b>ŞEKİL 4.6.</b> Toplumsal cinsiyet normlarına göre kadınların cinsel ve üreme sağlığında özerkliği, TNSA-2018	205

## KISALTMALAR

<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri	<b>İBBS</b>	İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması
<b>AP2020</b>	Aile Planlaması 2020	<b>KAP</b>	Bilgi-Tutum-Kullanım (Knowledge-Attitude-Practice)
<b>ASPB</b>	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	<b>KB</b>	Kalkınma Bakanlığı
<b>BKH</b>	Binyıl Kalkınma Hedefleri	<b>LGBTQI</b>	Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Transseksüel, Queer, İnterseks
<b>BM</b>	Birleşmiş Milletler	<b>RIA</b>	Rahim İçi Araç
<b>UNFPA</b>	Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu	<b>SKA</b>	Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları
<b>CEB</b>	Canlı Doğan Çocuk (Children Ever Born)	<b>SSK</b>	Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>CSM</b>	Bilişsel-Sosyal Model (Cognitive-Social Model)	<b>STK</b>	Sivil Toplum Kuruluşu
<b>CETAD</b>	Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği	<b>TCA</b>	Konjonktürel Eylem Teorisi (Theory of Conjunctural Action)
<b>CİSÜ</b>	Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları Platformu	<b>TDH</b>	Toplam Doğurganlık Hızı
<b>CSÜS</b>	Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı	<b>TNSA</b>	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>DHS</b>	Demographic And Health Surveys (Nüfus ve Sağlık Araştırmaları)	<b>TDİB</b>	Özellikler-Arzular-Niyetler-Davranış (Traits-Desires-Intentions-Behavior)
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü	<b>TPB</b>	Planlanmış Davranış Teorisi (Theory of Planned Behavior)
<b>FFS</b>	Fertility and Family Surveys	<b>TPY</b>	Toplam Pazar Yaklaşımı
<b>HIV</b>	Human Immunodeficiency Virus	<b>USAID</b>	United States Agency for International Development
<b>HÜNEE</b>	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü	<b>YÖDH</b>	Yaşa Özel Doğurganlık Hızları
<b>ICPD</b>	Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (International Conference of Population and Development)		



# Sunuş

Doğumdan itibaren başlayan üreme sağlığı, çocukluk, gençlik, yetişkinlik ve yaşlılık dönemlerini içine alan geniş bir dönemde, kadın ve erkeklerin sağlıklı ve güvenli bir cinsel yaşama, üreme kapasitesine ve üreme kapasitelerini kullanmaya karar verme özgürlüğüne sahip olmaları anlamına gelmektedir. Üreme sağlığı yaşam döngüsü yaklaşımı kapsamında menarş ve gebelik sürecini (öncesi, sırası ve sonrası), doğumları, gebeliği önleyici yöntem kullanımını, gebeliğin nasıl sonlandığını (canlı doğum, kendiliğinden düşük, istemli düşük ya da ölü doğum), ilk doğum yaşını, doğum sayısını, doğum şeklini (vajinal ya da sezaryen) ve menopoz ve menopoz sonrasını içine almaktadır. Türkiye’de 1990’lı yıllardan başlayarak üreme sağlığı sürecinin hemen her alanında önemli değişimler meydana gelmiştir. Türkiye’de menarş yaşı düşmekte; gebelik öncesi, sırası ve sonrası bakım artmakta; düşük ve ölü doğum hızları azalmakta; ilk doğum yaşı yükselmekte; doğurganlık hızı düşmekte; sezaryen doğum oranı hızla artmakta; menozpoz yaşı ise tedrici olarak azalmaya devam etmektedir.

Türkiye’deki doğurganlık tercihlerindeki, ideallerdeki ve niyetlerdeki değişimin yanısıra, gebeliği önleyici yöntem kullanımının farklı göstergelerinde geride kalan ve öncülük yapan grupları belirlemeyi, karşılanmayan aile planlaması ihtiyacını ve cinsel sağlık ve üreme sağlığında geride kalan grupları ortaya koymayı amaçlayan bu çalışma, bu alandaki politika boşluklarını belirleyerek, bu alandaki politika yapıcılara politika önceliklerinin ve stratejilerin belirlemesi sürecinde veri sağlayarak katkıda bulunmayı hedeflemektedir.

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu Türkiye Ofisi’nin finansal desteği ile gerçekleştirilen bu çalışmanın ortaya çıkmasında emekleri nedeniyle Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu Türkiye Ofisi’nin değerli uzmanlarına, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu’nun Türkiye nezdindeki temsilciliğini üstlenen Dr. Hassan Mohtashami nezdinde içtenlikle teşekkür ederim.

Bu çalışmanın büyük bir özveriyle gerçekleştirilmesinde katkısı olan Nüfus Etütleri Enstitüsü akademisyenleri Prof. Dr. Banu Ergöçmen, Prof. Dr. A. Sinan Türkyılmaz, Doç. Dr. İlknur Yüksel-Kaptanoğlu, Doç. Dr. Alanur Çavlin-Bircan, Dr. Öğ. Üyesi Ayşe Abbasoğlu-Özgören, Dr. Öğ. Üyesi Melike Saraç, Dr. Pelin Çağatay, Ar. Gör. Zehra Yayla-Enfiyeci, Ar. Gör. Emetullah Mümine Barkçin, Ar. Gör. Yaser Koyuncu ve Ar. Gör. Kardelen Güneş’e katkıları için çok teşekkür ederim.

**Prof. Dr. İsmet Koç**  
Nüfus Etütleri Enstitüsü Müdürü





# Giriş

Prof. Dr. Banu Ergöçmen

# GİRİŞ: Türkiye'de Doğurganlığın Düzenlenmesiyle İlgili Dört Çalışmanın Söyledikleri

Doğurganlık biyolojik, sosyal, kültürel, ekonomik ve demografik birçok faktörün hem ayrı hem birleşik etkilerinin iç içe olduğu karmaşık bir temelde gerçekleşir. Çok faktörlü bu etkiler, karmaşık yapılarının yanı sıra bireysel ve/veya toplumsal düzeyde doğurganlığın doğrudan veya dolaylı belirleyicileri olarak çok katmanlı bir yapı sergilemektedir. Ölümlülük ve göçle birlikte nüfus büyüklüğünü belirleyen bileşenlerden biri olan doğurganlık, değişiminin etkili, geniş kapsamlı ve uzun vadeli sonuçları nedeniyle tarih boyunca hep dikkat çeken ve üzerine politikalar üretilen bir özellikte olmuştur.

İnsanlar doğurganlıklarını her zaman fizyolojilerinin ötesinde kontrol etmeye çalışmışlar ve bu sebeple fiili doğurganlık düzeyi doğal doğurganlığın<sup>1</sup> getireceği seviyenin daima altında kalmıştır; bu bağlamda Fathalla (1994), planlı doğumlarla doğurganlığın düzenlenmesinin yeni bir kavram olmadığı vurgusunu yapmıştır. Çocuk doğurmanın bilinçli bir seçimden etkilenmediği nüfuslarda bile çeşitli kontrollerin varlığı bilinmektedir. Örneğin Hutterite topluluğu, doğal doğurganlık kavramını tanımlamak ve açıklamak için sıkça kullanılan nüfuslardan biridir (Wilson, 1988). Kuzey Amerika'da koloniler halinde yaşayan bu etnik anabaptist topluluğun çocuk doğurma kalıpları, çocuk sayısına özgü doğurganlık sınırlaması olmayan, yani halihazırda doğmuş çocuk sayısına bağlı olarak doğurganlığı sınırlamaya yönelik hiçbir çabanın olmadığı bir yapıya sahiptir. Bu yapının bir sonucu olarak doğurganlık düzeyleri 11 çocuk<sup>2</sup> olarak bulunmuştur. Nonaka ve diğerlerinin (1994) çalışması, Hutteritelerin doğurganlıklarının da zaman içinde düştüğünü göstermiştir. Buna göre topluluğun üç mezhebenden biri için yapılan hesaplamalar, toplam doğurganlık hızının 1946-1965 yıllarında daha yüksek (8,8-9,8) iken, 1966'da 8,1'e ve 1981-1985'te 6,3'e indiğini göstermiştir. Emzirme ve doğum sonrası geçici kısırılık süresi gibi fizyolojik sınırlamaların yanı sıra bu grubun doğurganlığının evlilik içi doğurganlık olması, 20'li yaşlardan önce evlenmemesi vb. özellikler doğurganlığın kontrolünde rol oynamaktadır.

Yirminci yüzyıl boyunca doğurganlık özellikle 1960'lı yıllardan itibaren, daha ziyade gelişmekte olan ülkelerde yüksek düzeyde olması ile gündemde olmuş ve buradan hareketle doğurganlığın kontrolü önem kazanmıştır. Yirmi birinci yüzyıla girerken dünya genelinde teknolojik ilerlemenin, küreselleşmenin ve bunun beraberindeki iletişim ve ulaşım kolaylığının, değişen yaşam koşullarının ve nihayetinde dönüşen değerlerin sonucu olarak doğurganlık tercihleri ve doğurganlığın planlanması ön plana çıkmıştır. Tercihlerin gerçekleştirilmesinde gebeliği önleyici yöntem kullanımı önem kazanırken, gebeliği önleyici yöntemlerin arz ve talebi bu bağlamda dikkate alınması gereken bir etken olmuştur.

Birleşmiş Milletlerin (BM) on yılda bir tekrarlanan uluslararası nüfus ve kalkınma konferansları arasında 1994 yılında Kahire'de düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (International Conference on Population and Development, ICPD) önceki konferanslardan farklılaşan bakış açısı ve sürdürülebilirlikleri kanıtlanmış ilkeleriyle öne çıkar. Kahire Konferansı 20 yıllık Eylem Programı'nın süresi 2010 yılında BM Genel Kurulu tarafından "amaçlara ve hedeflere tam olarak ulaşılması" amacıyla uzatılmış ve 2015 yılında kabul edilen Sürdürülebilir Kalkınma için 2030 Gündemini de kapsayan bir yapıya sahip

<sup>1</sup> Louis Henry'nin doğurganlık örüntülerinin değerlendirilmesinde kullanılmak üzere adlandırdığı "doğal doğurganlık" genel olarak doğum kontrolünün yokluğunda ulaşılan fizyolojik doğurganlık seviyesini ifade eden bir ölçüttür (Gagnon, 2015).

<sup>2</sup> Toplam evlilik içi doğurganlık hızı. Bir diğer anlatımla, evli bir kadının üreme döneminde sahip olacağı çocuk sayısı.

olmuştur. ICPD, 20. ve 21. yüzyılın nüfus konularını şekillendirmedeki rolüyle yaklaşık 30 yıldır dünya gündemini belirleyen bir yapı taşıdır. Bu konferansla nüfus ve aile planlaması perspektifi odak noktası olmaktan çıkmış ve insanların yaşam kalitesini iyileştirmek için nüfusla ilgili hedefler yeniden belirlenmiştir; böylece, sürdürülebilir kalkınmaya gidecek yolda insanların haklarının, ihtiyaçlarının ve arzularının önemli olduğu kabulüyle nüfus ve kalkınma konularında bir paradigma değişimi olmuştur. Konferans, uluslararası insan hakları belgelerinde ve ilgili diğer mutabakat belgelerinde halihazırda tanınmış ve belirli insan hakları kapsamında olan kadın haklarını, üreme sağlığını ve haklarını, uluslararası nüfus gündeminin ön saflarına getirmede bir dönüm noktası olmuştur. Bu haklar temelde, tüm çiftlerin ve bireylerin, çocuklarının sayısına, doğum aralığına ve zamanlamasına özgürce ve sorumlu bir şekilde karar verme hakkına, bunu yapacak bilgi ve araçlara sahip olma hakkına, cinsel sağlık ve üreme sağlığında en yüksek standarda erişme hakkına dayanır. Ayrıca ayrımcılık, zorlama ve şiddet olmaksızın herkesin üreme konusunda karar verme hakkını da içerir (UN, 1995). Bir başka ifadeyle bireyler, ne zaman, ne sıklıkta ve ne sayıda çocuk sahibi olma, bunun gerçekleşmesi için bilgiye erişme ve kendi seçtikleri aile planlaması yöntemleri ile doğurganlıklarını düzenleme hakkına sahiptirler. Bu çerçevede kadınların özerk bir yapıya sahip olmaları üzerinde de önemle durulmuştur.

Aile planlaması yöntemlerinin kullanımı ve yöntemlere erişim, doğurganlığın düzenlenmesinde önemli bir küresel sağlık hedefidir ve Türkiye dahil Birleşmiş Milletlere üye 193 ülke tarafından kabul edilen Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (SKA) arasında yer almaktadır. SKA 3, sağlıklı ve kaliteli yaşamın her yaşta güvence altına alınmasına ilişkin bir amaçtır; bu amacın 3.7 numaralı hedefinde "2030 yılına kadar cinsel sağlığı ve aile planlamasını kapsayan üreme sağlığı hizmetleri ile bu konudaki bilgiye ve eğitime evrensel erişimin sağlanması ve üreme sağlığının ulusal stratejilere ve programlara entegre edilmesi" belirtilmektedir.

Doğurganlığın düzenlenmesinde öne çıkan konularda, araştırma verisine dayalı analizlerle dört ayrı çalışma olarak yer aldığı bu raporda Türkiye'de doğurganlık tercihleri, cinsel sağlık ve üreme sağlığının en önemli odağı olan aile planlaması ve gebeliği önleyici yöntem kullanımına ilişkin arz talep açığı ele alınmaktadır. Bunlara ilaveten doğumun gerçekleştiği kendi bedenlerine dair söz sahipliği açısından kadının özerkliği de çalışılan konular arasındadır. Doğru koşullar sağlandığında, doğurganlığın düzenlenmesi, kadının yaşamında olduğu kadar aile bireylerinin yaşamlarında da olumlu yönde etkili olacaktır.

Bu çalışmayı oluşturan dört bölümde de Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından gerçekleştirilen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının verileri kullanılmıştır. Araştırmalar bir anlamda kayıt verisinin tamamlayıcısı olup, bunun ötesinde veri zenginliğine sahip olduğu için alt ayrıntıda analiz yapma, sebep sonuç ilişkilerini araştırma ve belirleyicileri saptama gibi detaylı çalışma olanağı sağlar. Bu çalışma, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsünün 1968'den bu yana her beş yılda bir yapmış olduğu nüfus ve sağlık araştırmalarından altısının verisi kullanılarak yapılmıştır. Türkiye temsiliyeti olan örneklem ile yapılan bu araştırmalar, 55 yıllık süreyi kapsayacak şekilde zaman boyutunda ulusal ve uluslararası karşılaştırmaya ve gelişmeleri izlemeye olanak veren çalışmalardır. Dört bölümün üçü, 1993'ten 2018'e kadar olan son altı araştırmanın verisi kullanılarak gerçekleştirilmiştir; bir çalışmanın analizleri ise 2018 TNSA kullanılarak yapılmıştır. Bu altı araştırma, uluslararası araştırma projesi olan Demographic and Health Surveys (DHS) kapsamındadır. Son iki araştırma olan

2013 ve 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, Türkiye İstatistik Kurumunun Resmi İstatistik Programı kapsamında yer almaktadır. Ayrıca, diğer kaynaklardan üretilemeyen Sürdürülebilir Kalkınma Göstergelerinin bir kısmı ülke göstergesi<sup>3</sup> olarak bu araştırmalardan üretilebilmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, veri temelli plan, program ve strateji geliştirmeye ve böylece veriye dayalı politika yapmaya olanak sağlamaktadır.

Bir nüfus için doğurganlık tercihine ilişkin bilgi, geleceği hedeflemekte bir kaynaktır. Bu bilgiler gerek nüfus politikaları gerekse sosyal ve ekonomik açıdan politikaların üretilmesinde veya mevcut politikaların güncellenmesinde dikkate alınması gereken önemli bilgilerdir. Ayşe Abbasoğlu Özgören, Zehra Yayla Enfiyeci ve Ahmet Sinan Türkyılmaz'ın Türkiye'de doğurganlık tercihlerini inceledikleri çalışma, kadınların ilerleyen yaşla beraber çocuk sahibi olma isteklerinin azaldığını, çocuk sahibi olma niyetinde bölgesel farklılık olduğunu ve ana dil temelinde bir farklılık bulunduğunu göstermektedir. Gebeliği önleyici yöntem kullanımı çocuk sahibi olma niyetleriyle anlamlı sonuçlar verirken, toplam canlı doğan çocuk sayısı, çocukların cinsiyet kompozisyonu, annenin çocuk kaybı olması ve ideal çocuk sayısı doğum niyetinde anlamlı sonuç vermiştir.

*İsmet Koç ve Melike Saraç*, Türkiye'de gebeliği önleyici yöntem kullanımını bir yandan sosyal gruplar açısından incelerken diğer yandan da gebeliği önleyici yöntem bilgisine, kullanma niyetine, yöntemin kaynağına ve kullanımının devamlılığına yönelik politika boşluklarını anlamayı hedeflemişlerdir. Çalışma, gebeliği önleyici yöntem kullanımında belli özelliklere sahip gruplar olduğunu göstermiştir. Bunlar, kentsel yerleşim yerlerinde, Batı bölgelerinde, refah seviyesi yüksek hanelerde yaşayan, genç, eğitilmiş, ana dili Türkçe, sosyal güvenceli işlerde çalışan kadınlar olarak belirlenmiş, politika geliştirilirken dikkate alınması gereken konular başlıklar halinde verilmiştir. Gebeliği önleyici yöntem kullanmayan kadınların oranı, 1990'lı yıllardan itibaren azalan bir eğilim içindeyken, 2013-2018 arasındaki dönemde artış gösterirken gelecekte yöntem kullanmayı düşünmediğini beyan eden araştırma tarihinde evli olan kadınların oranındaki yükseliş dikkat çekici sonuçlar arasındadır.

*Alanur Çavlin, Pelin Çağatay ve Kardelen Güneş*, gebeliği önleyici yöntem kullanımındaki ihtiyaç açığını ele alarak hem karşılanmayan ihtiyacın zaman içindeki değişimini, bu değişimin özelliklerini hem de yöntem danışmanlığı ve yöntem hizmetleri için karşılanmamış yöntem ihtiyaçları olan kadınların, doğurganlıklarını sonlandırmak veya doğurganlıklarına ara vermek amaçlarına göre değişen ihtiyaçlarını incelemişlerdir. Bu bölümde ayrıca kamu ve özel sektör hizmetlerine olan ihtiyaç ile kısa ve uzun süreli etkileri olan gebeliği önleyici yöntem ihtiyacına yönelik tahminler sunulmaktadır. Çalışma, 1990'lı yılların başından itibaren 20 yıl boyunca azalma eğiliminde olan karşılanmayan yöntem ihtiyacının 2013-2018 yılları arasında ikiye katlandığını ve bu ihtiyacın tüm sosyo-demografik gruplarda arttığını ortaya koymaktadır. Kadınların eğitim ve refah durumları fark etmeksizin doğurganlıklarını sona erdirmeye ihtiyacının yaygın olması politika geliştirme açısından önemli bir bulgudur. Aile planlaması yöntem ve hizmetlerinin sunumunda önemli bir yere sahip olan ve payı artan kamu sektörünün 2008 sonrasındaki on yılda payının azalması da vurgulanması gereken bir diğer sonuçtur.

*İlknur Yüksel-Kaptanoğlu, Yaser Koyuncu ve Emetullah Mümine Barkçin*, üreme çağındaki kadınların cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS) ve hakları açısından özerkliklerini inceleyen çalışmalarında, bu konuda hangi kadınların geride kaldığını ortaya koymuşlardır. Kadınların, CSÜS ve haklarına ilişkin özerklikte geride kalışında, kadınların ve eşlerinin eğitim düzeyi, kadınların ana dilleri, medyaya erişimleri, evlilik kararları, evlilik süreleri, çocuk sayıları, kentte ya da kırdaki yaşamları ve bulunulan bölge

<sup>3</sup> 3.7.1 bu göstergelerden biridir

önem kazanmaktadır Çalışmada, CSÜS ve haklarında Türkiye’de kadınların yalnızca yarısının özerk olduğu belirtilmekte, eğitimin kadınların özerkliğini, bilgiye erişimini artırarak ve güçlenmelerine katkı sağlayarak etkilediğine dikkat çekilmektedir. Eş ile aile planlaması hakkında konuşma ve yöntem kullanıp kullanmama kararına ilişkin bulgulardan hareketle Türkiye’de yöntem kullanımı için karar alma süreçlerinde erkeklerin kararının daha baskın olduğu anlaşılmaktadır.

Türkiye doğurganlık dönüşümü yaşayan bir ülkedir. Geçmişin yüksek doğurganlık düzeyleri ülke genelinde azalmıştır. Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) yayımladığı 2021 yılı doğum istatistiklerine göre, bir kadının doğurgan olduğu dönem olan 15-49 yaşlar arasında doğurabileceği ortalama çocuk sayısını ifade eden toplam doğurganlık hızı, nüfusun yenilenme düzeyi olan 2,1’in altına inerek 1,70 olmuştur (TÜİK, 2022). Ülkenin bölgelere göre farklılaşan heterojen yapısı dikkate alındığında doğurganlık hızları çeşitlenmekte ve Doğu illerinde ülke geneli için olan hızın çok üzerinde değerler gözlemlenirken Batıya doğru bu hız düşmektedir (TÜİK, 2022). Doğurganlık, sadece bölge ve kırsal/kent düzeyinde ayrılmayıp bu rapordaki çalışmaların gösterdiği gibi birçok temel özelliğe göre farklılaşmaktadır.

Türkiye, 2021 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçlarına göre nüfusunun beşte birinden fazlası (%22,4) 15 yaşından küçük olan, toplam nüfusunun %67,9’u çalışabilir nüfus olarak nitelenen 15-64 yaşlar arasında olup, %9,72’si de 65 ve daha yukarı yaşlarda olan bir kompozisyona sahiptir. Bugünkü demografik yapının geleceğin de belirleyicisi olması politika geliştirmede avantajlı bir konumdur. Ülkenin mevcut demografik özellikleri, yani toplam nüfus içinde genç kuşakların payının oransal olarak azalmaya yüz tuttuğu, yaşlı nüfusun henüz çok büyük paya sahip olmadığı ve iktisadi üretken nüfus olarak nitelenen yaş grubunun ekonomik büyüme ve sosyal kalkınma için fırsat sunduğu bir dönemde olması, nüfusun kendi iç dinamiğiyle yüzyıl ortalarına kadar büyüyecek olması bunlardan kazanım sağlama zamanına işaret etmektedir. Bu bağlamda doğurganlığın düzenlenme süreçlerini anlamak, başta sağlık olmak üzere sosyal ve ekonomik açıdan önemlidir. Örneğin doğurganlık seviyeleri, kuşak boyutlarını belirlediğinden okullar, iş gücü, evlilik ve sosyal güvenlik gibi yaşa göre derecelendirilmiş tüm kurumları etkilemektedir.

Bir toplumdaki doğurganlık idealleri, niyetleri, tercihleri ve bunların zaman içindeki değişimlerinin işaret ettikleri, çeşitli özelliklere göre farklılaşmaları ve gerçek doğurganlık ile aradaki fark, aile planlaması yöntemlerinin kullanımı ve ilgili konular, yöntem kullanımındaki arz ve talep ilişkileri ve her şeyin ötesinde kadının cinsel sağlık ve üreme sağlığı ve hakları konusunda etkinleşmesinin getireceği kazanımların bilinmesi, veriye dayalı politika geliştirme açısından önemli yol göstericilerdir.

Doğurganlığın bilinçli olarak düzenlenmesi, çiftlerin ve bireylerin, çocuklarının sayısı ve doğum aralığı konusunda özgür ve sorumlu bir şekilde karar verme temel hakkını kullanmaları, anne ve bebeğin sağlığını olumsuz etkileyecek riskli gebeliklerin ve istenmeyen gebeliklerin olmasını engellemenin ve böylece morbidite ve mortaliteyi azaltmanın yanı sıra kadının güçlenmesine de zemin hazırlayarak sosyal ve ekonomik kalkınmaya katkı yapacak bir durumdur.

## Kaynaklar

Anderton D.L., (2001). Hutterite Demography. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences.

Bongaarts, J. (1978). A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility. *Population and Development Review*, 4(1)

Evans, S. ve Peller, P. (2015). A Brief History of Hutterite Demography. *Great Plains Quarterly*. 35. 79-101. 10.1353/gpq.2015.0013.

Fathalla, MF. (1994). From Family Planning to Reproductive Health. ed. L.A. Mazur, *Beyond the Numbers*. Island Press, California. pp 143-149.

Gagnon, A. (2015). Natural Fertility and Longevity. *Fertility and Sterility*, Vol. 103, No. 5, Elsevier Inc. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.03.030>

Marston, C., Renedo, A., Nyaaba, GN., Machiyama, K., Tapsoba, P. and Cleland, J. (2017). Improving the Measurement of Fertility Regulation Practices: Findings from Qualitative Research in Ghana. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Vol. 43, No. 3, pp. 111-119

Nonaka, K., Miura, T. ve Peter, K. (1994). Recent fertility decline in Dariusleut Hutterites: An extension of Eaton and Mayer's Hutterite fertility study. *Human Biology*, 66(3):411-420

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). 2022. Doğum İstatistikleri, 2021. *Haber Bülteni*, Sayı: 45547

United Nations General Assembly. (1987). Report of the world commission on environment and development: Our common future. Oslo, Norway: United Nations General Assembly, Development and International Co-operation: Environment.

Wilson, C. ed., (1988). The Dictionary of Demography. Blackwell Reference.

# Bölüm 1

Türkiye'de Doğurganlık Tercihleri:  
İdealler, Niyetler ve Doğurganlık  
Farklarındaki Eğilimler

□ Ayşe Abbasoğlu Özgören □ Zehra Yayla Enfiyeci □ Ahmet Sinan Türkyılmaz

## 1.1. Giriş

“Doğurganlık tercihleri” nüfusun hipotetik doğurganlığını anlatan şemsiye bir terimdir. Bu terim doğurganlık idealleri, niyetleri/planları, arzuları, beklentileri ve istekleri gibi birbirinin yerine geçebilen kavramları kapsamaktadır. Bu hipotetik beklentiler doğurganlık sonuçlarına yansiyabilir veya yansımayabilir. Hipotetik ve gerçekleşen doğurganlık arasındaki fark olan doğurganlık farkı veya açığı, pronatalist veya antinatalist politikaların geliştirilmesi ve uygulanması için bir araç olarak kullanılabilir. Bu kavramlar arasında, niyetlerin<sup>1</sup> çocuk sahibi olma olasılığıyla güçlü ilişkisi olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (bkz. Schoen, Astone, Kim, Nathanson ve Fields, 1999). Bunun yanında, kavramsal tartışma ve sorunlarına rağmen, doğurganlık idealleri doğru ölçüldüğünde sosyal ve kişisel normlar ile toplumdaki pronatalizmin derecesini yansıtmaktadır. Bu nedenle, doğurganlık tercihlerini ve doğurganlık farkını incelemek genel olarak önemlidir.

Doğurganlık ideali ile doğurganlık niyetindeki son değişiklikler, Türkiye’deki en dikkat çekici demografik gelişmelerden biridir. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (2018 TNSA) göre, evli kadınlar arasında doğurganlığını sınırlamak isteyen kadınların payı %53 iken, %28'i başka çocuk sahibi olmayı (%13'ü iki yıl içinde, %14'ü daha sonra, %2'si zamanlaması konusunda kararsız) istemektedir (HÜNEE, 2019). Bu oranlar, sonrasında daha fazla çocuk istemeyen kadınların payının düştüğü ve kısa veya uzun dönemde çocuk sahibi olmak isteyen kadınların oranlarının artmaya başladığı 2013 TNSA'ya kadar nispeten sabit kalmıştır (HÜNEE, 2014). 2018 yılı itibariyle ters bir eğilim başlamış olsa da doğurganlığını sınırlamak isteyen kadınların oranı henüz 2008 seviyesine geri dönmemiştir (Şekil 1.1). Doğurganlık tercihlerindeki daha da belirgin bir gelişme, 2008 TNSA'dan 2018 TNSA'ya kadar tüm kadınlar arasında ideal çocuk

sayısındaki 0,3'lük artıştır (Şekil 1.2). İdeal çocuk sayısındaki artışa paralel olarak, en basit haliyle ölçüldüğünde gerçekleşen ve arzu edilen doğurganlık<sup>2</sup> arasındaki fark da (doğurganlık farkı) artmıştır.

Kalıcı veya geçici olabilecek bu değişiklikler, kamusal söylemlerde pronatalist iddiaların ortaya çıkmasından kısa bir süre sonra meydana gelmiştir. Mart 2008'de dönemin Başbakanı Recep Tayyip Erdoğan kadınlara en az 3 çocuk doğurmalarını tavsiye etmiştir (Hürriyet, 7 Mart 2008). 2008'den bu yana, pronatalist söylemler veya yaklaşımlar hükümetin gündemindedir. Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (2014-2018) (Kalkınma Bakanlığı [KB], 2014); Kalkınma Bakanlığı ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından Ocak 2015'te yayınlanan "Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı"nda (KB ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı [ASPB], 2015) ve On Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (2019-2023) (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019) pronatalist yaklaşımlara yer verilmektedir.

Doğurganlık tercihlerindeki son değişikliklerin, Türkiye'deki pronatalist politikalara yanıt olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Bu politikaların ne kadar etkili olduğunun değerlendirmesi bu çalışmanın kapsamında olmasa da bu politikaların oluşturduğu arka plan doğurganlık tercihlerindeki eğilimlerin incelenmesi için bir gerekçe sağlamaktadır.

Bu çalışmanın amacı, 1993-2018 dönemi için kadınların doğurganlık arzuları ve doğurganlık niyetlerindeki değişimleri göstermektir. Ayrıntılı olarak, (i) 1993-2018 dönemi için doğurganlık arzularındaki (ideal çocuk sayısındaki) değişiklikler ve bunların doğurganlık göstergeleriyle karşılaştırması (ideal-gereçleşen doğurganlık farkı) sunulmaktadır. Ayrıca, (ii) 1993-2018 dönemi için doğurganlık niyetlerindeki değişiklikler iki kavram altında incelenmektedir: (a) paritede (çocuk sayısında)

<sup>1</sup> İngilizce'de intention kelimesi yerine kullanılmıştır. Bu çalışmada niyet kelimesi yerine plan veya istek kelimeleri de kullanılmaktadır.

<sup>2</sup> Bu çalışmada doğurganlık idealleri ve arzuları aynı anlamda kullanılmıştır.



ilerleme isteği (iki yıl içinde başka çocuk istiyor, iki yıldan sonra başka çocuk istiyor, başka çocuk istemiyor) ve (b) (nihai) istenilen toplam aile büyüklüğü (kuantum niyetleri) ve bunların doğurganlık göstergeleriyle karşılaştırması (istenilen-gerçekleşen doğurganlık farkı). Son olarak, (c) 2018 TNSA verisini kullanarak, kadınların doğurganlık niyetleri çok değişkenli lojistik regresyon yöntemiyle analiz edilmektedir. Bunlara ek olarak, (iii) betimsel analizlerde kadınların özelliklerine göre doğurganlık tercihlerinin nasıl değiştiği sunulmaktadır.

İkinci bölüm, Türkiye'deki doğurganlık tercihlerinde meydana gelen son değişiklikleri ve politika arka planını sunmakta ve çalışmamızın temel gerekçelerini anlatmaktadır. Üçüncü bölüm, doğurganlık tercihleri ile ilgili kavramsal perspektiflerin yanı sıra alandaki kuramsal tartışmaları ve ampirik çalışmaları ele alan bir literatür taramasını içermektedir. Dördüncü bölümde, kullanılan veri kaynakları ve metodoloji sunulmuştur. Beşinci bölümde bulgular, sonuç bölümünde ise bulgularımızın değerlendirmesi ve gelecekteki çalışmalara yönelik önerilerimiz yer almaktadır.

## 1.2. Bağlam: Politika Arka Planı ve Türkiye'de Doğurganlık Tercihlerindeki Son Gelişmeler

Türkiye'de nüfus politikaları 1923-1955, 1955-1980, 1980-2008 ve 2008 sonrası olmak üzere dört dönemde incelenebilir (Çağatay, Saraç, İlyas ve Türkyılmaz, 2015). Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşundan 1955'e kadar olan nüfus politikaları üç konuya odaklanmaktadır: doğurganlık hızlarının arttırılması, sağlık hizmetlerinde iyileşmeler ve yurt dışından göçü teşvik etmek. 1930 yılında Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (No.1593) yürürlüğe girmiştir. Bu kanun, bebek ölümlülüğünü azaltmayı ve doğumlara olanak sağlamayı amaçlamıştır. Ayrıca, tüm gebeliği önleyici yöntemler ve kürtaj yasaklanmış ve evlilik için asgari yasal yaş erkeklerde 18'den 17'ye, kadınlarda 17'den 15'e düşürülmüştür (Altıok, 1978; Güriz, 1975; Peker, 1983).

1955-1980 yılları arasında hızlı nüfus artışı; gayri safi milli hasıladaki düşüşün, artan işsizliğin ve beraberindeki iç göçe bağlı olarak şehirlerin kontrolsüz büyümesinin bir nedeni olarak görülmüştür. 1965 yılında Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (No. 557) kabul edilmiştir. Bu yasa, Türkiye'de pronatalist politikalarından antinatalist politikalara geçildiğini gösteren ilk resmî belgedir. Bu kanuna göre, gebeliği önleyici yöntemlerin satışı, ithalatı ve kullanımına ilişkin yasaklar kaldırılmış, annenin hayatının tehlikede olduğu veya fetüsün engelli olduğu bilinen durumlarda isteyerek düşük (kürtaj) yasağı kaldırılmıştır. Bu dönemde kırsal kesimden kent merkezlerine hızlı bir göç artışı yaşanmıştır.

1983 yılında Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (No. 2827) kabul edilmiştir. Bu mevzuat ile 10 haftaya kadar olan gebeliklerde herhangi bir şarta bağlı olmaksızın isteyerek düşük yapılmasına ve erkekler ve kadınlar için tüplerin bağlanması yöntemine yasal olarak izin verilmiştir. Bu kanun ile birlikte Türkiye, arz merkezli aile planlaması programından talep merkezli bir aile planlaması programına geçmiştir (Çağatay vd., 2015). 1985-1990 yılları arasında nüfus artış hızı düşmeye başlamış ve iç göçte kentten

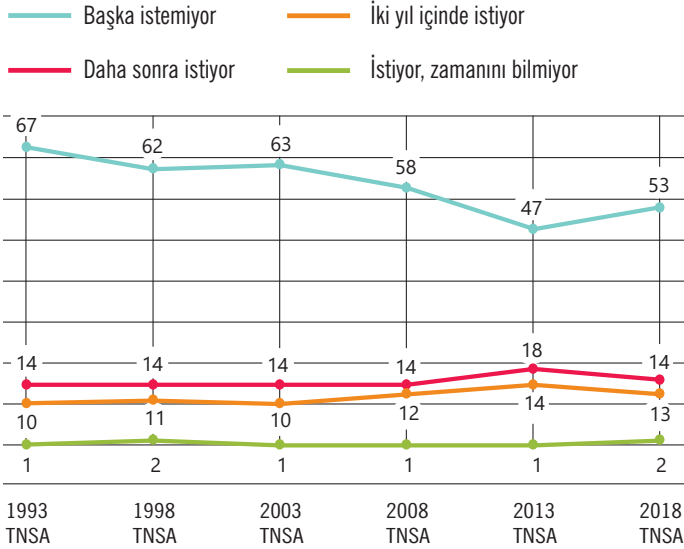
kente olan göç en yaygın göç haline gelmiştir. Buna ek olarak, Türkiye'nin yurt dışına göçteki yeni hedefleri Sovyetler Birliği toprakları ve petrol üreten Arap ülkeleri olmuştur (a.g.e.).

2008'den günümüze, pronatalist bir yaklaşıma geçiş söz konusudur. Dönemin Başbakanının 2008 yılındaki "en az üç çocuk" mesajı (*Hürriyet*, 7 Mart 2008), Onuncu ve On Birinci Kalkınma Planları (KB, 2014; T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019) ve Kalkınma Bakanlığı ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından Ocak 2015'te uygulamaya konulan "Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı" (KB ve ASPB, 2015) başlıklı eylem planı bu pronatalist yaklaşımın temel göstergeleri arasındadır. Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) kapsamında doğum izninde iyileştirmeler, kreş teşvikleri ve daha esnek çalışma koşulları benimsenmiştir. Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı, doğuma bağlı izin ve hakların güçlendirilmesini, babalık izninin iyileştirilmesini, çocuk sayısına bağlı olarak tam zamanlı doğum izninin bitiminden sonraki altı aya kadar ücretli yarı zamanlı doğum iznini ve çocuklar okul çağına gelene kadar esnek çalışma düzenlemelerini kapsamaktadır. Buna ek olarak, okul öncesi eğitimi yaygınlaştırmak, kreşlere özel sektör yatırımlarını desteklemek ve gençler arasında evliliği teşvik etmek adına destek modelleri içerilmiştir (KB ve ASPB, 2015). Hem Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı hem de On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023), toplam doğurganlık hızının (TDH) sırasıyla 2018 ve 2023'e kadar 2,1'in üzerine çıkarılması hedefini doğrudan içermiştir. Bir başka pronatalist yaklaşım 23 Mayıs 2015'te Doğum Yardımı Yönetmeliğiyle yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmeliğe göre 15 Mayıs 2015 tarihinden sonra doğan çocukları için anneye toplam çocuk sayısına göre toplu ödeme yapılması kararlaştırılmıştır (ASPB, 2015). 2008 yılından bu yana gündemde yer alan pronatalist politikalar, nüfusbilimciler

arasında tartışma konusu olmuştur (Eryurt, Canpolat ve Koç, 2013).

Bu politika bağlamına karşın, Türkiye'de doğurganlık tercihleri özellikle 2010'lu yıllardan itibaren değişmektedir. Şekil 1.1, 1993'ten 2018 yılına kadar halen evli kadınlar arasında çocuk isteğini göstermektedir. Bu şekle göre, 2003 TNSA'ya kadar oranlar nispeten sabittir, ancak daha sonra doğurganlığını sınırlamak isteyen kadınların payında bir düşüş ve kısa veya uzun vadede başka çocuk sahibi olmak isteyenlerde ise bir artış olduğu görülmektedir. 2018 yılı itibarıyla tersi bir eğilim başlasa da doğurganlığını sınırlandırmak isteyen kadınların payı henüz önceki seviyesine dönmemiştir.

**ŞEKİL 1.1.** 15-49 yaş grubundaki halen evli kadınların çocuk sahibi olma isteğine göre yüzde dağılımı, Türkiye 1993-2018

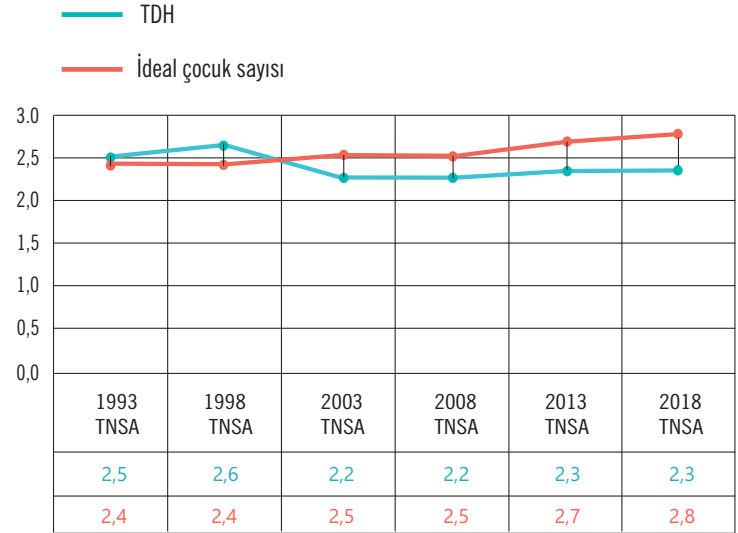


Kaynak: HÜNEE, 1994; HÜNEE, 1999; HÜNEE, 2004; HÜNEE, 2009; HÜNEE, 2014; HÜNEE 2019

Bir diğer önemli gelişme de doğurganlık ideallerindeki değişimdir. Ortalama ideal çocuk sayısı 2008 yılından beri artmaktadır (Şekil 1.2). İdeal çocuk sayısındaki artışa paralel olarak, gerçekleşen ve

arzu edilen doğurganlık arasındaki fark da (doğurganlık açığı veya farkı) artmıştır. Ancak, TDH doğurganlık farkını hesaplamak için en doğru seçenek değildir (daha fazla ayrıntı için Bölüm 1.3.1'e bakınız). Doğurganlık tercihleri ve doğurganlık farkı ile ilgili daha detaylı sonuçlar ve yorumlara ilerleyen bölümlerde yer verilmektedir.

**ŞEKİL 1.2.** Ortalama ideal çocuk sayısı ve TDH, Türkiye 1993-2018



Kaynak: Tüm kadınların dikkate alınmasını sağlayan ağırlıklandırma faktörü kullanılarak yazarlar tarafından hesaplanmıştır.

## 1.3. Literatür Taraması

### 1.3.1. Doğurganlık Tercihleri Kavramları

#### Doğurganlık İdealleri

Doğurganlık tercihleri kavramlarına ilişkin, özellikle de doğurganlık idealleriyle ilgili önemli kavramsal tartışmalar bulunmaktadır. İdeal kavramı doğası gereği muğlaktır, bu yüzden tanımlaması zordur. İdeal çocuk sayısı, en iyi çocuk sayısını kastedebileceği gibi ailenin en iyi yaşam koşullarını da yansıtabilir (Philipov ve Bernardi, 2012). "İdeal çocuk sayısı" terimi ilk olarak 1936'da George Gallup tarafından doğurganlığa ve nüfus artışına yönelik tutumları ölçmek için hazırlanmış bir anket çalışmasında şu şekilde kullanılmıştır: "*Sizce bir ailenin sahip olması için ideal çocuk sayısı kaçtır?*" İkinci Dünya Savaşı sonrası yaşanan bebek patlaması ile ABD'de ideal çocuk sayısı gerçekleşen doğurganlıktan büyük ölçüde sapmamış ve ideal sayı beklenen doğurganlığın bir ölçütü olarak kullanılmıştır. Ancak gerçekleşen doğurganlık düşmeye ve ideal doğurganlık ile arasındaki fark açılmaya başladıktan sonra bu yorumdan kaçınılmış; doğurganlık ideallerine yönelik tutumları gelecekteki davranışların bir göstergesi olarak kullanma fikri büyük ölçüde terk edilmiştir (a.g.e.).

"İdeal çocuk sayısı" kavramı 1960'larda aile büyüklüğü normları veya ailedeki çocuk sayısına dair toplumsal normlar olarak yorumlanmıştır. Philipov ve Bernardi'ye (2012: 498) göre, "*İdeallerin normatif bir kavram olarak yorumlandığı tek titiz incelemeyi Trent (1980) sunmuştur*". Ryder ve Westoff (1971, aktaran Philipov ve Bernardi, 2012) ideal çocuk sayısının cevaplayıcılar için anlaşılır olmadığını (öznel geçerliliği olmadığını) ileri sürerken, Trent (1980) çalışmasında ideal teriminin kurgusal geçerliliği olduğunu yani toplumsal pronatalist normlar olarak idealin geçerliliğini saptamıştır (Philipov ve Bernardi, 2012). Bununla birlikte, gerçekleşen doğurganlık genellikle ideal doğurganlığın altında olduğundan, Testa'nın (2006) yaptığı gibi bu terim için "toplumsal ideal"

terimini kullanmak daha uygundur.

TNSA'da, ideal çocuk sayısı yaşayan çocuğu olmayan kadınlara şu şekilde sorulmaktadır: "*Eğer tam istediğiniz sayıda çocuk sahibi olmanız mümkün olsa hayatınız boyunca kaç çocuk sahibi olmak istersiniz?*". Bu soru, çocuğu olan kadınlara ise değiştirilmiş bir versiyonla sorulmuştur. Bu biçimde sorulan soru, toplumsal idealden ziyade kişisel idealleri yansıtmaktadır. Kişisel ideal, hipotetik bir aileye değil kendine bağlıyken yani cevaplayıcının kendi ailevi durumuyla ilişkiliyken, toplumsal idealde referans noktası (ortalama) ailedir. Doğurganlık ideallerinin geniş kapsamında birçok terim kullanılmaktadır. "Kişisel ideal", sosyo-psikolojik teorilerde tanımlandığı gibi doğurganlık/çocuk sahibi olma arzusunu ölçer (Philipov ve Bernardi, 2012) (kuramsal açıklamalar için bir sonraki bölüme bakınız). "Arzulanan aile büyüklüğü" bireysel normatif tercihleri yansıtır (Van Peer, 2000; aktaran Raşit, Ab Gani, Mahmud, İsmail ve Aziz, 2018) ve "arzu edilen doğurganlık" kavramı, işbu çalışmada ideal doğurganlık ile birbirinin yerine kullanılmaktadır.

Ray, Harcey, Greil, Tiemeyer ve McQuillan'ın (2018) savunduğu gibi, "doğurganlık ideali" toplumsal normlar hakkında bilgi verdiği, mikro düzeyde doğurganlık karar verme kuramlarını test ettiği ve doğurganlık düşüşü kuramlarını değerlendirmeye yardımcı olduğu için kullanışlı bir kavramdır. Dahası, doğurganlık idealleri gerçekleşen doğurganlıkla ilişkilendirilebilir.

#### Doğurganlık Niyetleri

1955 yılında ABD'de ilk Ulusal Doğurganlık Araştırması'nda nüfus tahminlerini iyileştirecek bilgiyi toplamak amacıyla doğurganlık niyeti (fertility intention) sorusu sorulmuştur (Westoff ve Ryder, 1977; aktaran Philipov ve Bernardi, 2012). Doğurganlık çağındaki cevaplayıcılara başka çocuk sahibi olmayı isteyip istemedikleri; istiyorlarsa kaç çocuk istedikleri sorulmuştur. Yazında iki tür doğurganlık niyeti veya isteği çalışılmaktadır: yaşam boyu istekler

ve kısa dönemli istekler. Başlangıçta yaşam boyu istekler sorularak cevaplayıcılara kaç çocuk sahibi olmayı planladıkları sorulmuştur. "İstenilen çocuk sayısı" için, eş anlamlı olarak kullanılan terimler, "istenilen aile büyüklüğü" veya "yaşam boyu isteklerdir". Bu kavramlar niyet edilen veya istenilen tamamlanmış doğurganlık hakkında bilgi vermektedir. Son zamanlarda, araştırmalarda 2 veya 3 yıl içinde çocuk sahibi olma niyetleri gibi kısa vadeli istekler hakkında da bilgi toplanmaktadır. Beklendiği üzere, kısa vadeli istekler gerçekleşen doğurganlığa daha yakın bilgi sağlamaktadır.

Diğer bir sınıflama da kuantum istekleri ve paritede (çocuk sayısında) ilerleme niyeti arasında yapılabılır (Balbo, Billari ve Mills, 2013). Kuantum istekleri, yaşam boyu istekler (istenilen aile büyüklüğü) ile eş anlamlıdır ve hayatın seyri içinde değişmeye yatkın oldukları için gerçekleşen çocuk sayısının iyi bir göstergesi değildir. Aksi kanıtlar bulunsa da (Westoff ve Ryder, 1977, aktaran Philipov ve Bernardi, 2012; Touleman ve Testa, 2005, aktaran Balbo vd., 2013) yukarıda da belirtildiği gibi, paritede ilerleme isteği daha istikrarlı ve güvenilirdir (Balbo vd., 2013; Philipov, 2009; Schoen vd., 1999). Bir zaman dilimi belirtildiğinde, yani kısa vadeli niyet ölçüldüğünde, niyetin tahmin değeri önemli ölçüde artmaktadır (Billari, Philipov ve Testa, 2009).

TNSA'da hem kuantum hem de paritede ilerleme istekleri şu sorularla sorulmaktadır: "*Gelecekte (başka) çocuk istiyor musunuz, yoksa (artık başka) çocuğunuz olmasını istemiyor musunuz?*" (paritede ilerleme isteği sorusu) ve "*Gelecekte kaç çocuğa (daha) sahip olmak istiyorsunuz?*" (kuantum isteği sorusu). Zaman aralığına ilişkin bilgi de "*Şu andan itibaren ne kadar zaman sonra bir çocuk sahibi (daha) olmak istersiniz?*" sorusuyla toplanmıştır. Bu sorular araştırma sırasında gebe olan kadınlara farklı biçimlerde sorulmuştur.

Birçok çalışmada doğurganlık idealleri ve doğurganlık niyetleri birbirinin yerine kullanılmasına karşın, aslında oldukça farklı

kavramlardır (Chen ve Yip, 2017; Philipov ve Bernardi, 2012). "Doğurganlık arzuları veya idealleri", finansal yetersizlikler ve zaman-kullanım çatışması gibi çocuk sahibi olma önündeki engeller yok sayıldığında tercih edilen çocuk sayısını ifade etmektedir (Miller, 2011; Miller ve Pasta, 1993; 1994; 1995) ve harekete geçme taahhüdü içermemektedir (Testa, 2012). Öte yandan "doğurganlık niyetleri", sosyo-ekonomik koşullarla kısıtlanan bir eylem planının varlığını yansıtır (Miller, 2011) ve kuantum isteğini ölçtüğü takdirde ideal çocuk sayısından daha düşük olması beklenir. Kuramsal olarak, ideal ve istenilen (beklenen) çocuk sayısı birbiriyle ilişkilidir ve bu ilişki hem demografi hem de sosyo-psikoloji alanlarındaki kuramlarla temellendirilmiştir.

Doğurganlık niyetleri üzerine yapılan çalışmalar, hem doğurganlık niyetinin nüfus araştırmalarındaki popülaritesi hem de güçlü kuramsal dayanağı olması nedeniyle doğurganlık ideallerine kıyasla daha yaygındır. Doğurganlık niyetleri demografiler tarafından iki nedenden dolayı incelenmiştir: (i) doğurganlık tahminlerinin doğruluğunu artırmak, yani doğurganlık hızlarını doğru tahmin etmek ve (ii) doğurganlık niyetlerinin oluşması, gerçekleşmesi veya gerçekleşmemesinin altında yatan faktörleri anlamak (Philipov, 2011). Makro düzeyde, gerçekleşen doğurganlık hızları ortalama aile büyüklüğü isteklerine yakın bulunmuştur. Ancak mikro düzeyde, tamamlanmış aile büyüklüğü istenilen aile büyüklüğünden sapmaktadır. Bu tutarsızlık, istenmeyen (ancak doğmuş) çocuk sayısının gerçekleşmemiş niyetlerle dengelenmesinden kaynaklanmaktadır (Ajzen ve Klobas, 2013).

Doğurganlık niyetlerinin gerçekleştirmesini belirleyen değişkenleri araştıran çalışmalarda, temel değişkenler doğurganlık hızlarını etkileyen temel faktörler olarak alınmaktadır. Oysa, Philipov'un (2011) uyardığı üzere, davranış üzerine kuramlar niyetleri anlamak için tam olarak uygun değildir; niyetler ve çocuk

sahibi olma farklı faktör ve ilişkilerden kaynaklanmaktadır. Bu konu için Bölüm 1.3.2'de özetlenen doğurganlık tercihlerini açıklayan kuramlara bakınız<sup>3</sup>.

### Doğurganlık Farkı

"Doğurganlık farkı" kavramı ilk olarak 1950-1960'larda ideal çocuk sayısı gerçekleşen doğurganlığı aştığında kullanılmıştır. Daha sonra hipotetik doğurganlığı ölçmek için ideal çocuk sayısının yerini niyetlenen veya beklenen çocuk sayısı almıştır. Giriş bölümünde de belirtildiği gibi, doğurganlık farkı, nüfus politikalarına olan ihtiyacı meşrulaştırmak için kullanılmaktadır. Ancak Philipov ve Bernardi'nin (2012: 517) belirttiği gibi, doğurganlık farkının politika ihtiyacını işaret ettiği savının geçerliliği "*hipotetik ve gerçekleşen doğurganlığın ölçüm şekline*" bağlıdır.

Doğurganlık farkı hesaplanırken gerçekleşen doğurganlık nasıl ölçülmelidir? İdeal ve niyetlenen aile büyüklüğü kuşak (*cohort*) ölçütleri iken, toplam doğurganlık hızı (TDH<sup>4</sup>) bir dönem (*period*) ölçütüdür. Bu nedenle Lutz (2007) doğurganlık farkını çalışırken TDH'den tempo (zamanlama) etkilerini temizleyen yani doğumlar daha ileri yaşlara ötelenmeseydi veya daha genç yaşlarda gerçekleşmeseydi olacak doğurganlık düzeyini gösteren; ayarlanmış veya düzeltilmiş TDH kullanımını önermiştir. Başka bir karşılaştırma ise Sobotka ve Lutz'un (2010) gösterdiği gibi bir kuşağın istenilen çocuk sayısı ve gerçekleşen tamamlanmış doğurganlığı arasında yapılabilir.

Hipotetik doğurganlık ölçütleri, "*araştırma sırasındaki bireysel, yapısal ve kurumsal koşullar altında*" beyan edildiğinden bir periyot (dönem) göstergesi olarak da yorumlanabilir (Philipov ve Bernardi, 2012: 517). Bu nedenle, istenilen (veya ideal) doğurganlık ve kuşağın tamamlanmış doğurganlığı arasındaki karşılaştırmadan yapılan herhangi bir politika çıkarımı, bu

koşulların sabit kaldığı varsayılarak yapılabilir. Doğurganlık farkını yorumlarken hipotetik doğurganlık ölçütlerinin aynı zamanda bir periyot perspektifi taşıdığı unutulmamalıdır.

Özetle, Philipov ve Bernardi'nin (2012: 517-518) tartıştığı gibi, farkın ölçümünde iki koşul göz önünde bulundurulmalıdır: (i) yaşam koşullarının tutarlılığı ve (ii) iki bileşenin göstergelerinin; hipotetik doğurganlığın ve gerçekleşen doğurganlığın tutarlılığı. Farkın ölçümü kuşak veya periyot perspektifleri ile olmak üzere iki şekilde yapılabilir. Bu çalışmada analizlerde, gerçekleşen doğurganlığı ölçmek için TDH ve düzeltilmiş TDH kullanılarak periyot perspektifi kullanılmıştır.

<sup>3</sup> Son not olarak, niyet, beklenti ve arzu kavramları farklıdır. Miller/Pasta çerçevesine göre (Miller ve Pasta, 1993; 1994; 1995), çocuk sahibi olma arzusu beklentilerin oluşumunu etkiler ve bu beklentiler de niyetlerin oluşumunda etkilidir. Daha fazla ayrıntı için bkz. Bölüm 1.3.2.

<sup>4</sup> Toplam doğurganlık hızı, bir yıl veya dönemdeki yaşa özel doğurganlık hızlarına maruz kaldığı varsayımıyla bir kadının doğurganlık çağı boyunca (50 yaşına kadar) sahip olacağı ortalama canlı doğum sayısı olarak tanımlanır. Bu hesaplamada ölümlülük olmadığı varsayılmaktadır. Demopædia'ya (2021) göre, doğurganlık örüntüsünü oluşturan yaşa özel doğurganlık hızlarının toplamı ile hesaplanan bu gösterge belirli bir yıl veya dönemin doğurganlığıdır ve sentetik bir doğurganlık ölçütüdür.

### 1.3.2. Doğurganlık Tercihleri Üzerine Kuramlar

Doğurganlık davranışları üzerine literatürde üç temel kuram vardır; Özellikler-Arzular-Niyetler-Davranış (Traits-Desires-Intentions-Behavior (TDIB)) çerçevesi (Miller, 1994; 2011; Miller ve Pasta, 1995), Planlanmış Davranış Teorisi (Theory of Planned Behavior (TPB)) (Ajzen, 1991; Ajzen ve Klobas, 2013) ve Bilişsel-Sosyal Model (Cognitive-Social Model (CSM)) (Bachrach ve Morgan, 2013; Morgan ve Bachrach, 2011).

Miller-Pasta kuramsal yaklaşımı olarak da adlandırılan TDIB çerçevesi son yirmi yılda yeniden düzenlenmiştir. Temel model, çocuk sahibi olma ile ilgili psikolojik ve davranışsal bir dizi önermektedir. Çocuk sahibi olma motivasyonları, tutumları ve inançları olarak da adlandırılan "bilinçli olmayan motivasyonel özellikler", en genel düzeydedir. Sonuç olarak, bu kuram çocuk sahibi olmanın arkasındaki genetik temelli motivasyonları vurgulamaktadır (Ray vd., 2018). Bu tür bilinçli olmayan motivasyonlar çocuk sahibi olma bilinçli arzusunu etkilemektedir ancak bu arzular mutlaka eyleme sonuçlanmayan dileklerdir. Arzular, sırayla, harekete geçme taahhüdü içeren çocuk sahibi olma niyetlerini etkiler ve dolayısıyla üreme davranışlarının temelini oluşturur. Miller-Pasta çerçevesi formülasyonunda hem uzun vadeli hem de kısa vadeli niyetleri içerir. Üreme davranışları proseptif davranış (gebe kalmak için gebeliği önleyici yöntem kullanımını bırakma gibi) ve gebe kalmayı kapsamaktadır. Bu çerçeveye göre, çocuk sahibi olmak iki kişiyi kapsarken, niyetler bireyseldir (Philipov ve Bernardi, 2012). Bu teorinin nüfusbilimde uygulanması, işlevsel hale getirilmemiş olması ve veri eksikliği nedeniyle sınırlı kalmıştır (Liefbroer, Klobas, Philipov ve Ajzen, 2015).

TPB kuramı, (genel doğurganlık arzuları ve ideallerini içeren temel faktörler tarafından belirlenen) tutumların, öznel normların ve algılanan davranışsal kontrolün niyetlerin öncülleri; niyetlerin de davranışların bitişik öncülleri olduğunu ileri sürmektedir. Philipov

ve Bernardi'nin (2012) belirttiği gibi, TPB kısa vadeli niyetlere uygulanabilirken, uzun vadeli niyetler temel faktörler olarak ele alınmaktadır. Niyetler TPB'deki en temel kavramdır (Liefbroer vd., 2015) ve bu kuram demograflar tarafından bu çalışma alanında yaygın olarak kullanılmıştır (örneğin, Billari vd., 2009).

Son olarak, nispeten yeni bir kuram olan CSM, doğurganlık davranışının hem bilinçli ve kasıtlı niyetlerin hem de "otomatik", kasıtlı olmayan bilişlerin bir sonucu olduğunu ileri sürmektedir. "*Bilişler, hem maddi yapıları hem de şemaları (bir nesnenin veya olayın anlamının nispeten istikrarlı ve soyut temsilleri) içeren sosyal yapılardan türemiştir.*" (Ray vd., 2018: 464). Ray ve diğerlerine (2018) göre doğurganlık idealleri şema kategorisine uygundur. CSM'ye benzer şekilde, Konjonktürel Eylem Teorisi (Theory of Conjunctural Action (TCA)) de bilişsel bilimden gelen fikirleri sosyal teoriden gelen fikirlerle birleştirmektedir (Johnson-Hanks, Bachrach, Morgan ve Kohler, 2011, aktaran Berrington, 2021).

### 1.3.3. Seçilmiş Ampirik Çalışmalar

Doğurganlık niyetleri üzerine yapılan çalışmalar doğurganlık tercihleri ve farkı hakkında önemli bilgiler sağlamaktadır. Schoen vd. (1999) doğurganlık niyetlerinin gelecekteki doğurganlık davranışının güçlü belirleyicileri olduğunu ifade etmektedir. Ek olarak, Philipov (2009) doğurganlık niyetlerinin gerçekleşen doğurganlığın en yakın (ara) belirleyicileri olduğunu belirtmektedir. Liefbroer (2009), Avrupa ülkelerindeki düşük doğurganlık hızlarını vurgulamakta ve istenilen doğurganlık kavramına artan ilgiden bahsetmektedir. Bu artan ilginin nedeni gerçekleşen ve istenilen doğurganlık arasındaki farkın genellikle çocuklar için karşılanmamış bir ihtiyaç olarak yorumlanmasıdır. Quesnel-Vallee ve Morgan (2003), ABD'deki 1957-1961 doğum kuşaklarının gerçekleşen doğurganlık düzeyini tahmin etmek için doğurganlık niyetinin (kuantum isteği) güvenilirliğini incelemişlerdir. Kuantum isteğinin bireylerin yaşam seyri boyunca aşağı veya yukarı doğru değişikliklere maruz kaldığını, bu nedenle gerçekleşen doğurganlık büyüklüğünü tahmin etmek için zayıf bir gösterge olduğunu bulmuşlardır. Öte yandan, paritede ilerleme isteği daha güvenilir bir gösterge olarak kabul edilmektedir (Schoen vd., 1999).

Geçmiş kuşakların doğurganlık tarihçeleri doğurganlık tercihleri için bir tahmin sunabilir. Testa ve Grilli (2006), 15 Avrupa ülkesi için doğurganlık davranışının aktarımını incelemiş ve genç kuşakların ideal aile büyüklüğü ile önceki neslin gerçekleşen doğurganlık davranışları arasında güçlü bir ilişki bulmuşlardır.

Behrman ve Erman (2019), Fransa'daki Müslüman kadınlar arasında ideal aile büyüklüğünün Müslüman olmayan kadınlara göre daha yüksek olmasının nedenlerini araştırmışlardır. Çalışmalarına göre, dindarlık ve daha fazla sayıda kardeşe sahip olmak ideal aile büyüklüğünün daha yüksek olmasında önemli faktörlerdir. Buna karşılık, göç durumu ve sosyo-ekonomik

durum faktörleri ideal aile büyüklükleri konusunda daha az açıklayıcı bulunmuştur.

Kuram bölümünde belirtildiği gibi, doğurganlık niyetleri demografik ve sosyo-ekonomik özelliklerden etkilenir. Yaş, medeni durum, canlı doğan çocuk (CEB) sayısı, yerleşim yeri gibi demografik faktörler ile eğitim düzeyi ve istihdam durumu gibi sosyo-ekonomik faktörler doğurganlık tercihlerini etkileyen başlıca faktörlerdir. Bangladeş'te yapılan bir çalışma, yerleşim yeri, din, yaş, eğitim, refah durumu ve çocuk ölümü deneyimi gibi faktörlerin kadınların ideal çocuk sayısı ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Akram, Sarker, Şeyh, Ali, Mozumder ve Sultana, 2020). Rabbi (2014), Bangladeşli çiftlerde doğurganlık tercihlerindeki ve bir sonraki çocuk için bekleme sürelerindeki farklılıklarını analiz etmiştir. Bu çalışmada, başka bir çocuk için isteklilik, annenin yaşı ile ters orantılı bulunmuştur. Ayrıca, cinsiyet tercihi, son çocuğun ölümü, sonlandırılmış gebelikler ve eşlerin daha fazla çocuk istemesi doğurganlık tercihlerinde önemli birer faktör olarak öne çıkmışlardır. Başka bir çalışma, cinsiyet tercihlerinin doğurganlık niyetlerini nasıl etkilediğini göstermiştir: Mills ve Begall (2010) karma-cinsiyet kompozisyonunun üçüncü çocuk için isteği arttırdığını göstermişlerdir.

Makro düzeyde, bir ülkenin ekonomik değişimleri doğurganlık ideallerini ve doğurganlık farkını etkilemektedir. Kim (2013), 1997 ekonomik krizinin Güney Kore'de sahip olunan çocuk sayısı ve ideal çocuk sayısı üzerindeki etkisini araştırmıştır. Sonuçlarına göre, krizden sonra, doğurganlık düzeyi daha yüksek olanlar ve daha düşük eğitim statüsüne sahip olanlar arasında canlı doğan çocuk sayısında çarpıcı bir değişiklik ortaya çıkmıştır. Yüksek eğitilmiş gruplarda doğurganlık seviyeleri diğer gruplara göre daha az belirgin bir şekilde değişmiş olsa da genel olarak sosyo-ekonomik özelliklere göre ideal çocuk sayısı seviyesi ve örüntüsü krizden etkilenmemiştir. Sonuç olarak, Güney Kore'deki 1997 ekonomik krizinden sonra



CEB ile ideal çocuk sayısı arasındaki fark daha da açılmıştır.

Bu faktörlerin dışında, Akram vd. (2020), hanehalkı kararlarına katılmak, gelir getiren bir işte çalışmak ve herhangi bir STK'ya üye olmak gibi kadınların güçlenmesine ilişkin bazı göstergelerin ideal çocuk sayısını etkileyen önemli faktörler olduğunu göstermiştir. Gana'da yapılan bir çalışma ise, kadınların (düşük veya yüksek) doğurganlık tercihine bakılmaksızın eşlerinin doğurganlık konusundaki tercihlerinin baskın olduğunu göstermiştir (Derose, Dodoo ve Patil, 2002).

Türkiye ile ilgili çalışmalara bakacak olursak, Çağatay vd. (2015), doğurganlığını sınırlandırmak isteyen veya başka bir çocuk sahibi olma konusunda kararsız olan kadınların kararlarındaki değişimlerle ilişkili olan faktörleri analiz etmişlerdir. Analiz sonuçlarına göre, halen evli kadınların %33'ü niyetlerini çocuk doğurma lehine değiştirebilirler. Lojistik regresyon analizleri, bu karar değişikliğinin en yaygın belirleyicilerinin ideal ve gerçekleşen çocuk sayısı arasındaki fark ile yaşayan çocukların cinsiyeti olduğunu göstermiştir. Ayrıca, halen evli kadınlarda farklı yaş gruplarında çocuk sahibi olma istekleri analiz edilmiş ve aynı belirleyicilerin anlamlı çıktığı bulunmuştur. Daha sonra Eryurt (2018), Türkiye'de TDH ve ideal çocuk sayısındaki eğilimleri betimsel yöntemle analiz etmiş ve farklı kadın nüfusu grupları arasındaki TDH, ortalama ideal çocuk sayısı ve doğurganlık farkındaki farklılıklara dikkat çekmiştir. Diğer önemli bir çalışma Gemicioğlu, Şahin ve Er'in (2019) çalışmasıdır. Bu çalışmada doğurganlık niyeti gerçekleşen doğurganlığı tahmin etmek için kullanılmıştır. Yazarlar çalışmalarında 2008 TNSA ve 2013 TNSA verilerini birleştirerek halen evli kadınlar için toplam istenilen çocuk sayısını hesaplamışlardır.

## 1.4. Veri ve Yöntem

### 1.4.1. Veri

Doğurganlık tercihleri hakkındaki veriler öncelikle nüfus araştırmalarından elde edilmektedir ve doğurganlık tercihleri ile ilgili sorular zaman içinde ve ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Türkiye'de, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) serisi doğurganlık tercihleri ile ilgili önemli bilgiler sağlamaktadır. Bu çalışmada, günümüze kadar gerçekleşmiş tüm TNSA verileri, yani 1993, 1998, 2003, 2008, 2013 ve 2018 TNSA veri setleri kullanılmıştır.

TNSA'nın örneklem tasarımı ve büyüklüğü, Türkiye geneli, kent/kır ve beş bölge (Batı, Güney, Orta, Kuzey ve Doğu) düzeyinde analiz yapmaya olanak tanımaktadır. 2003 TNSA'dan itibaren, bazı araştırma konuları 12 coğrafi bölge (İBBS 1) düzeyinde analiz edilebilmektedir. TNSA örnekleme ağırlıklı, çok aşamalı, tabakalı küme örnekleme yaklaşımı ile tasarlanmıştır. Genel olarak bu araştırmalarda iki temel soruğağıdı uygulanmıştır: Hanehalkı Soruğağıdı ve Kadın Soruğağıdı. Soruğağıtları, DHS Programı'nın uygun olan dalgalara ait Model Soruğağıtlarından uyarlanmıştır. Hanehalkı soruğağıdı, seçilen hanelerin tüm üyelerini ve ziyaretçilerini numaralandırmış ve bu kişiler ve hanehalkları hakkında bilgi toplamıştır. Kadın soruğağıdı, bu hanehalklarındaki görüşmeye uygun 15-49 yaş arası kadınlardan bilgi toplamıştır. Görüşmeye uygunluk tanımı zaman içinde farklılık göstermiştir; 2013 TNSA'dan önce, temel Kadın Soruğağıdı sadece en az bir kez evlenmiş kadınlara uygulanmaktaydı<sup>5</sup>. 2013 TNSA'dan bu yana ise hiç evlenmemiş kadınlar da dahil edilerek tüm kadınlar kapsamıştır. Kadın Soruğağıdı, gebeliğe ilişkin temel özellikler, doğurganlık tarihçesi ve doğurganlık tercihleri, gebeliği önleyici yöntem bilgisi ve kullanımı, doğum öncesi (ve son araştırmalarda doğum sonrası) bakım, emzirme ve beslenme, aşılama, evlilik tarihçesi ve özellikleri ve ayrıca eşin temel özellikleri, kadının statüsü ve kadın

ve çocukların antropometrik ölçümleri konularını içermiştir. Ayrıca, 2008 TNSA'dan başlayarak göç ve çalışma tarihçeleri de toplanmış ve böylece TNSA serisinde toplanan geriye dönük (*retrospective*) bilgiler zenginleştirilmiştir. Son olarak, takvim modülleri son 5 ila 6 yıl boyunca doğurganlık ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı bilgilerini aylık olarak kaydetmiştir. Her soruğağıdının uygulanmasından önce cevaplayıcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

TNSA'da eşi veya kendisinin tüpleri bağlanmamış olan 15-49 yaş arası kadınlara hem paritede ilerleme hem de kuantum istekleri olarak doğurganlık niyetleri hakkında sorular sorulmuştur. Paritede ilerleme isteği ile ilgili olarak "*Gelecekte (başka) çocuk istiyor musunuz, yoksa (artık başka) çocuğunuz olmasını istemiyor musunuz?*" sorusu yöneltilmiştir. Bu soru, araştırma sırasında halen gebe olan kadınlara farklı bir versiyonla sorulmaktadır. "*Evet*" yanıtını verenlere kuantum niyet sorusu sorulmuştur: "*Gelecekte kaç çocuğa (daha) sahip olmak istiyorsunuz?*". Bu soru da gebe kadınlar için farklı bir versiyonla sorulmuştur. İstenilen doğumun zamanlaması hakkında bilgi almak için "*Şu andan itibaren, ne kadar zaman sonra bir çocuk sahibi (daha) olmak istersiniz?*" sorusu yöneltilmiştir.

İdeal doğurganlık sorusu ise "*Hiç çocuğunuz olmadığı günlere geri dönebilseydiniz ve tam istediğiniz sayıda çocuk sahibi olmanız mümkün olsaydı, hayatınız boyunca kaç çocuk sahibi olmak isterdiniz?*" şeklindedir. Yaşayan çocuğu olmayanlar için soru şu şekilde sorulmuştur: "*Eğer tam istediğiniz sayıda çocuk sahibi olmanız mümkün olsa hayatınız boyunca kaç çocuk sahibi olmak istersiniz?*". Bu soruların cevapları Yöntem bölümünde açıklanan bağımlı değişkenlerimizde kullanılmıştır.

<sup>5</sup> 1998 TNSA hariç; bu araştırmada hiç evlenmemiş kadınlar da dahil edilmiştir.

## 1.4.2. Yöntem

Bu çalışmada betimleyici ve çok değişkenli yöntemler kullanılmıştır. Altı TNSA için doğurganlık tercihlerine dair bağımlı değişkenler; çocuk sayısı (parite) ve diğer temel özelliklere (yaş, kent/kır yerleşim yeri tipi, bölge, eğitim düzeyi, hanehalkı refah düzeyi, mevcut çalışma durumu, ana dil, mevcut gebeliği önleyici yöntem kullanımı, sağlık sigortası, çocuğun cinsiyeti ve çocuk ölümü deneyimi gibi) göre sunulmuştur. Betimleyici analizlerde IBM SPSS Statistics 21 kullanılırken, çok değişkenli analizlerde Stata/MP 14.1 programı kullanılmıştır<sup>6</sup>.

### Toplam İstenilen Çocuk Sayısının Hesaplanması

Bilgimize göre, bu çalışma, her bir TNSA için ayrı ayrı hem tüm kadınlar hem de halen evli kadınlar için ortalama istenilen çocuk sayısını hesaplayan ilk çalışmadır. (Toplam) istenilen çocuk sayısı yani nihai istenilen aile büyüklüğü; istenilen ilave çocuk sayısı ile gerçekte sahip olunan çocuk sayısı toplanarak hesaplanmıştır. Paritede ilerleme istekleri konusunda kararsız olan kadınlar "çocuk sahibi olmak istemiyor" olarak varsayılmıştır. Bu varsayım bazı araştırmaların yaklaşımıyla uyumludur. Örneğin, Morgan (1982) çalışmasında kararsız cevapların doğurganlık tercihlerini ölçmede önemli bilgi sağladığını ve bu nedenle dışarıda bırakılmaması gerektiğini savunmaktadır. Doğurganlık ve Aile Araştırmalarında (*Fertility and Family Surveys* (FFS)) kararsız kalınan beklentilerin gelecekte doğum olarak gerçekleşme olasılıklarının oldukça az olması nedeniyle "hayır" (yani gelecekte başka çocuk istememe) kategorisinde sayılması yaklaşımı vardır (Philipov ve Bernardi, 2012). Biz de analizlerimizde, FFS önerileri doğrultusunda, kararsızları "Hayır" cevabına dahil ettik ve bu kadınlar için ek olarak istenilen çocuk sayısını "0" kabul ettik. Bunun yanında kadınların kuantum niyetindeki (başka çocuk sahibi olmak isteyen kadınlara sorulan istenilen çocuk sayısı) "diğer" cevaplar yani sayısal olmayan

cevaplar "cevapsız" olarak kodlanmış ve (toplam) istenilen çocuk sayısı hesaplamasının dışında bırakılmıştır.

Başka bir konu, istenilen doğurganlığı hesaplarken tüpleri bağlanmış, kısır olan ve araştırma sırasında gebe olan kadınların nasıl ele alınacağıdır. Hemen hemen tüm çalışmalarda, sterilize edilmiş kadınlar, özellikle gebeliği önlemek üzere tüpleri bağlanmış olanlar, analizlere dahil edilmiş ve bu kadınlar için istenilen çocuk sayısı "0" varsayılmıştır (Erfani, 2017; Morgan, 1982; Ryder, 1976; Westoff, 2010). Doğum kontrol nedenlerinden ziyade tıbbi nedenlerle sterilize edilmiş kadınlar Ryder'ın çalışmasında (1976) analiz dışı bırakılmıştır. Ancak sterilize edilme neden(ler)i ile ilgili veriler çoğu araştırmada yoktur, bu nedenle böyle bir ayrıştırma yapmak mümkün olmamaktadır. Bu nedenlerden dolayı, genel eğilim bu kadınları dahil etmek ve onlar için istenilen çocuk sayısını "0" olarak kabul etmektir. Bu durumda, gerçekleşen çocuk sayısı toplam veya nihai istenilen çocuk sayısına eşit olacaktır. Çalışmamızda biz de bu yaklaşımı kabul ederek tüpleri bağlanmış kadınların istenilen aile büyüklüklerinin mevcut aile büyüklüklerine eşit olduğunu ve gelecekte başka çocuk istemediklerini varsaydık.

Kısır (*infecund*) kadınların analizlere dahil edilip edilmeyeceği de bir diğer önemli konudur. TNSA'da, kısır kadınlara doğum niyetleri sorulmamıştır ve bu kadınların dahil edilmesi veya dışarıda bırakılması ortalama istenilen çocuk sayısı tahminini etkileyecektir (Beaujouan, 2013). Beaujouan'ın bahsettiği gibi (2013: 44): "kısır kişilerin çocuk sahibi olmak istemediklerini düşünmek onların çocuk sahibi olmaktan vazgeçtiklerini varsaymaktır, ancak bu her zaman doğru değildir (çünkü çocuk sahibi olamayacağını bilen 20-39 yaş grubundaki kişiler çoğunlukla çocuk sahibi olmaya çalışmış ve bu nedenle aslen çocuk sahibi olmayı istemiş kişilerdir). Ancak bu kişilerin niyetlerinin diğer kişilerin niyetleriyle aynı olduğunu düşünmek

<sup>6</sup> Şekil 1.2, Tablo 1.2 ve Tablo 1.3'te Türkiye'deki tüm kadınlar için makro göstergeler sunulmuştur. Bu, araştırma sadece en az bir kez evlenmiş kadınları kapsadığında tüm kadınlar için göstergeler üretmek için "tüm kadınlar faktörü" kullanılarak verilerin ağırlıklandırması ile yapılmıştır. Analizlerin geri kalanında, yüzdeleri veya göstergeleri sunarken her araştırma için örneklem ağırlıkları kullanılmıştır (ağırlıklandırma değişkeni V005'in 1.000.000'e bölünmesidir), sunulan gözlemlerin sayısı ise ağırlıksızdır. Türkiye bağlamında gebelik riski medeni durumla yüksek derecede ilişkili olduğu ve çocuk sahibi olmanın neredeyse tamamı evlilik içinde gerçekleştiği için Şekil 1.2, Tablo 1.2 ve Tablo 1.3 dışındaki tüm şekil ve tablolarda araştırma sırasında halen evli kadınlar için sonuçlar verilmiştir. Örneğin, 2018 TNSA için, hiç evlenmemiş kadınlar arasında doğan çocuk sayısı "0" iken en az bir kez evlenmiş kadınların sadece %2,3'ü (139 kadın) ilk doğumlarını evlenmeden önce yapmıştır.

(örneğin, hesaplamalarda kısır kişileri dışarıda bırakarak) kısır kişilerin muhtemelen niyetlerini aşağı yönde düzelttikleri gerçeğini göz önüne almamak olacaktır". Morgan (1982: 318) kısır kadınların analize dahil edilmesini ve onlar için başka çocuk istemedikleri varsayımının yapılmasını önermektedir çünkü onları dışarıda bırakmak "başka çocuk sahibi olmak isteyenlerin oranını ve kararsız olanların oranını yapay olarak arttıracaktır". Erfani (2017) de bu kadınların analize dahil edilmesini savunmuştur ancak onları "kararsız" olarak varsaymıştır. Bütün bu yaklaşımları göz önüne alarak analizimizde biz de kısır kadınları, steril kadınlar gibi, analize dahil ettik ve onların istenilen çocuk sayılarını "0" olarak kabul ettik.

Gebe kadınları da analizlere dahil ederek hesaplamalarda gebelikleri şu şekilde ele aldık: toplam istenilen çocuk sayısı hesabında ikinci bileşen olan sahip olunan çocuk sayısına araştırma tarihindeki gebelikleri de ekledik. Ancak açıklayıcı değişken olarak kullanırken gerçekleşen çocuk sayısı sahip olunan çocuk sayısını içerirken, mevcut gebelikleri içermedi. Bu nedenle araştırma tarihindeki gebeliklerin doğurganlık tercihlerini (istenilen çocuk sayısını) doğrudan etkilediğini, doğum henüz gerçekleşmediği için gerçekleşen doğurganlığı etkilemediğini varsaydık.

**TABLO 1.1.** TNSA araştırmalarında tüm kadınların ve halen evli kadınların toplam sayısı

Araştırma	Tüm kadınların ağırlıksız #	Halen evli kadınların ağırlıksız #
1993	9.712	6.273
1998	8.576	5.893
2003	12.138	7.686
2008	11.184	7.042
2013	9.746	6.835
2018	7.346	5.156

### Örneklem Büyüklüğü

Analizlerin bazı kısımlarında tüm kadınlar dahil edilirken (Şekil 1.2, Tablo 1.2, Tablo 1.3), bazı analizlerde ise sadece halen evli kadınlar dahil edilmiştir. Bu çalışmada kullanılan TNSA'lardaki

ağırlıksız gözlem sayıları Tablo 1.1'de gösterilmiştir, ancak analitik örneklem göstergenin ve analizin türüne göre değişebilmektedir. Örneğin, ideal veya istenilen paritelerin hesaplanmasında sayısal olmayan cevaplar dışarıda bırakılmıştır. Bunlar ilgili Şekil/Tablo altına not olarak eklenmiştir.

### Düzeltilmiş Toplam Doğurganlık Hızının Hesaplanması

Düzeltilmiş TDH'ler ilişkisel (Relational) Gompertz yöntemi (Brass, 1978) kullanılarak hesaplanmış ve Tablo 2'de sunulmuştur. Bu yöntem, Brass P/F oranı yönteminin genişletilmiş halidir. İlişkisel Gompertz yönteminde girdi veriler; araştırmadan önceki 12, 24 veya 36 ay için 15-49 içindeki beş-yıllık yaş grupları için ortalama pariteler ve yaşa özel doğurganlık hızlarıdır. Mevcut verilere bağlı olarak, yaşa özel doğurganlık hızları (YÖDH) araştırma tarihindeki anne yaşına veya çocuğun doğumunda annenin yaşına göre sınıflandırılabilir (Moultrie, 2013). Çalışmamızda, çocuğun doğumunda anne yaşına göre sınıflandırılan YÖDH'ler kullanılmıştır. Bu yöntem ilk olarak Brass (1978) tarafından geliştirilmiştir, daha sonra Zaba (1981) yönteme katkılar ve eklemeler yapmıştır. Yöntem, doğurganlık eğrisinin şeklini ve konumunu gösteren  $\alpha$  ve  $\beta$  parametrelerini içermektedir. Zaba'ya (1981) göre bu parametreler  $-0.3 < \alpha < 0.3$  ve  $0.8 < \beta < 1.25$  aralıklarında olmalıdır.

### Çok Değişkenli Analiz

Son olarak, çalışmamızda doğurganlık niyetlerini çok değişkenli lojistik regresyon yöntemi ile analiz ettik. Bu yöntem bağımlı değişkenin iki kategorili olduğu durumlarda yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. "Gelecekte (başka) çocuk istiyor musunuz yoksa (artık başka) çocuğunuz olmasını istemiyor musunuz?" sorusuna "evet" yanıtını verenler için bağımlı değişken değeri "1"; "hayır" yanıtını verenler, kararsız olanlar, tüpleri bağlanmış veya kısır olan kadınlar için ise "0" olarak alınmıştır. Kullanılan bağımsız değişkenler bölümün başında özetlenen açıklayıcı değişkenleri içermektedir. Çok değişkenli analizde, karmaşık örneklem tasarımı dikkate alınmıştır.

## 1.5. Bulgular

Bu bölümde, ilk olarak doğurganlık tercihleri bağımlı değişkenlerinin, yani doğurganlık idealleri ve niyetlerinin yıllar içindeki değişimine ilişkin bulgular verilecektir. Doğurganlık farkının hesaplandığı yerlerde uygun gerçekleşen doğurganlık göstergeleri kullanılarak karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu bölümde ideal çocuk sayısı ve doğurganlık niyetleri canlı doğan çocuk sayısına (pariteye) göre de sunulmaktadır. İkinci olarak, mikro düzeyde doğurganlık tercihleri (idealler ve niyetler) ve bunların gerçekleşen doğurganlıkla karşılaştırılması kadınların temel özelliklerine göre sunulmaktadır. Bu bölümde, ortalama ideal ve istenilen çocuk sayıları da verilmiştir. Son olarak, 2018 TNSA'yı kullanarak yakın gelecekte gerçekleşebilecek sonuçlar hakkında bilgi veren, kadınların çocuk sahibi olma niyetlerinin belirleyicileri için çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçları verilmiştir.

### 1.5.1. Doğurganlık İdealleri ve Niyetlerindeki ve Doğurganlık Farkındaki Değişimler

Tablo 1.2, 1993'ten 2018'e kadar Türkiye'de 15-49 yaş arası tüm kadınların ideal çocuk sayısı ve istenilen/beklenen çocuk sayısı ile ilgili makro göstergeleri sunmaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi, ortalama ideal çocuk sayısı 1993'te 2,4 iken 2018'de 2,8'e yükselerek zaman içinde 0,4 artmıştır. Bu arada, istenilen çocuk sayısı, 25 yıl içinde 3,1'den 2,4'e düşmüştür. İstenilen çocuk sayısı 2018 yılına kadar ideal çocuk sayısının üstünde seyretmiştir. İki çocuk normu üç çocuk normuna dönüşürken istenilen çocuk sayısı 3,1 seviyesinden 2,4'e düşmüştür. Gerçekleşen doğurganlık göstergeleri de azalma eğilimi göstermiştir. TDH düşmüş ve yenilenme düzeyinin biraz üzerinde, 2,3 seviyesinde durağanlaşmıştır. Geçici dönem etkileriyle ilişkili olan doğurganlığın ertelenmesinin etkisini ortadan kaldıran “zamanlamaya göre düzeltilmiş (*tempo-adjusted*) doğurganlık hızı” da azalmıştır. Beklendiği gibi, düzeltilmiş TDH her zaman geleneksel TDH'nin üzerindedir. Zamanlamaya göre düzeltilmiş TDH ve düzeltilmemiş TDH arasındaki fark 2013 yılına kadar azalmıştır ve bu doğurganlıktaki zamanlama etkilerinin azaldığını göstermektedir.

**TABLO 1.2.** 15-49 yaş arası kadınlarda ortalama ideal, istenilen (beklenen) ve gerçekleşen çocuk sayısı, Türkiye 1993-2018

Araştırma	Kişisel ideal çocuk sayısı	İstenilen (beklenen) çocuk sayısı	TDH (Araştırmadan önceki 3 yıl)	Düzeltilmiş TDH (Araştırmadan önceki 3 yıl)
1993	2,4	3,1	2,5	4,1
1998	2,4	2,9	2,6	3,8
2003	2,5	2,9	2,2	3,2
2008	2,5	2,8	2,2	3,0
2013	2,7	2,7	2,3	2,7
2018	2,8	2,4	2,3	2,9

Not: İdeal ve istenilen çocuk sayısının hesaplanmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.

Tablo 1.2'den üretilen Tablo 1.3'te, 1993-2018 dönemi için doğurganlık farkı sunulmuştur. Daha önce de belirtildiği gibi hipotetik doğurganlık ve gerçekleşen TDH arasındaki bir karşılaştırma yanıltıcı olabilir; çünkü ideal veya istenilen doğurganlık hem bir kuşak hem de bir periyot boyutuna sahiptir, oysa TDH bir periyot ölçütüdür. İstenilen doğurganlık ve TDH karşılaştırıldığında doğurganlık farkı pozitif olmasına rağmen; gerçekleşen doğurganlığı ölçmek için düzeltilmiş TDH kullanıldığında fark negatif olmaktadır. Pozitif doğurganlık farkı çocuklar için karşılanmamış bir ihtiyaç olarak yorumlanabilirken, farkın negatif olması aile planlaması için karşılanmamış ihtiyacı gösterir. Düzeltilmiş TDH ile bir karşılaştırma yapıldığında, doğurganlık farkının mutlak olarak, 2018'e kadar azaldığı ancak 2018'de arttığı görülmektedir. Bu durum, 2018 TNSA'da görülen karşılanmamış aile planlaması ihtiyacındaki artışla uyumludur. Özetle, doğurganlık farkı geleneksel TDH kullanıldığında pozitif olmasına rağmen, düzeltilmiş TDH kullanıldığında negatif olmaktadır, yani gerçekleşen doğurganlığın ideal veya istenilen çocuk sayısına kıyasla daha fazla olduğuna işaret etmektedir.

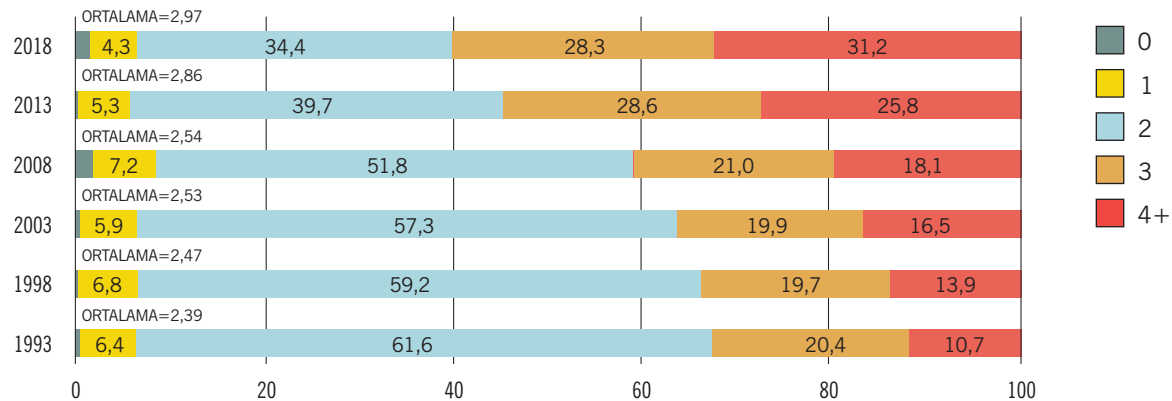
Şekil 1.3 ve Şekil 1.4, her araştırma yılı için halen evli kadınların ideal ve istenilen çocuk sayılarının dağılımını ve bunların ortalamalarını göstermektedir. 1993-2018 yılları arasında ideal çocuk

**TABLO 1.3.** 15-49 yaş arası kadınlarda doğurganlık farkı, Türkiye 1993-2018

Araştırma	İdeal-gerçekleşen (TDH)	İstenilen-gerçekleşen (TDH)	İdeal-gerçekleşen (düzeltilmiş TDH)	İstenilen-gerçekleşen (düzeltilmiş TDH)
1993	-0,1	0,6	-1,8	-1,0
1998	-0,3	0,3	-1,4	-0,9
2003	0,2	0,7	-0,7	-0,3
2008	0,4	0,6	-0,5	-0,2
2013	0,5	0,4	0,0	-0,1
2018	0,5	0,1	-0,2	-0,5

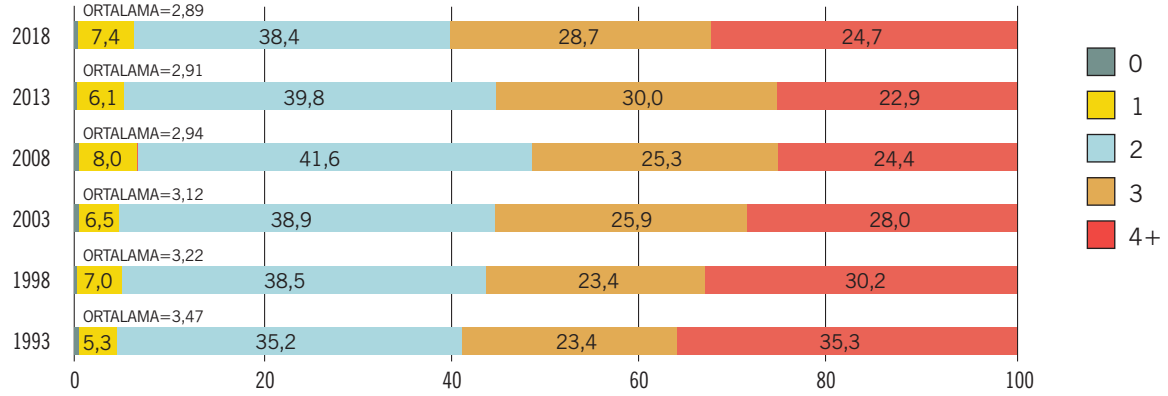
sayısı 2,4'ten 3,0'a yükselmiştir. İdeal paritesi 3 çocuk olan kadınların payı bu 25 yıllık dönemde %20'den %28'e, ideal çocuk sayısı 4 veya daha yüksek olan kadınların payı ise %11'den %31'e yükselmiştir. İdeal çocuk sayısı 2 olan kadınların payı zamanla %62'den %34'e inerek azalmıştır; bu da Türkiye'de iki çocuk normunun önceki yıllarda olduğu kadar yaygın olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte, halen evli kadınlar için istenilen çocuk sayısı 3,5'ten 2,9'a gerilemiştir (Şekil 1.4). 25 yıllık süreçte istenilen çocuk sayısı 3 olan kadınların payı artsa da bu süre zarfında daha az istenilen pariteye sahip kadınların payları da artmıştır. Genel olarak, bu değişimler ortalama istenilen çocuk sayısında düşüşe neden olmuştur.

**ŞEKİL 1.3.** İdeal çocuk sayısının dağılımı, 15-49 yaş halen evli kadınlar, Türkiye 1993-2018



Not: İdeal çocuk sayısının hesaplanmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.

**ŞEKİL 1.4.** İstenilen çocuk sayısının dağılımı, 15-49 yaş arası halen evli kadınlar, Türkiye 1993-2018



Not: İstenilen çocuk sayısının hesaplanmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.

Halen evli kadınların 1993, 2008 ve 2018 yılları için ideal parite ve canlı doğan çocuk sayısına göre yüzde dağılımları Tablo 1.4'te sunulmuştur. Tablo 1.4 her araştırma için üç bölümden oluşmaktadır: ideal parite dağılımı, mikro düzeyde ideal-gerçekleşen doğurganlık ilişkisi (ilk bölümden oluşturulabilecek) ve çocuk sahibi olma niyeti. Belirtildiği gibi, kararsız, tüpleri bağlanmış ve kısır kadınlar "(başka) çocuk istemiyor" kategorisinde sayılmıştır. Tablo 1.4'e göre, 1993'ten bu yana her üç TNSA'da da ideal çocuk sayısı 2 olan kadınların oranları en yüksektir. Bu oran zamanla %62'den %34'e gerilese de ideal olarak "2" çocuk sahibi olmayı tercih eden kadınların oranı diğer kadınlara göre daha yüksektir. 25 yıllık dönemde ideal çocuk sayısı "3" olan kadınların payı %20'den %28'e yükselmiştir. İdeal çocuk sayısı "4" olan kadınların payında ise daha yüksek bir artış dikkat çekmektedir. Bu oran 1993'te %9, 2008'de %15 ve 2018 yılında %23'tür.

Tablo 1.4'te ideal parite bölümlerindeki diyagonal hücreler, ideal çocuk sayısının gerçekleşen çocuk sayısı ile tam olarak eşleştiği yüzdeleri göstermektedir. İdeal-gerçekleşen ilişkisine baktığımızda, ideal çocuk sayısı mevcut çocuk sayısı ile eşit olan kadınların payının %30 civarında sabit kaldığı görülmektedir (1993'te %29, 2008'de %32 ve 2018'de %30). İdealin gerçek

doğurganlığı aştığı veya gerçek doğurganlığın altında kaldığı oranlarda önemli değişimler görülmektedir. 1993 yılında kadınların %42'si ideal çocuk sayısından daha fazla çocuk sahibi olurken, bu pay 2008 yılında %27'ye, 2018 yılında ise %16'ya gerilemiştir. İdeal sayısından daha az çocuk sahibi olan kadınların payı ise 1993'te %30 iken 2018'de %54'e yükselmiştir. Ancak daha önce de belirtildiği gibi, ideal çocuk sayısı, pronatalizm seviyesini yansıtan hipotetik bir tamamlanmış doğurganlık düzeyidir. Bu nedenle, ideal ve mevcut çocuk sayısı arasındaki bu fark politika gerekçesi olarak kullanılmamalıdır. Fark çoğu bağlamda zaten büyüktür.

**TABLO 1.4.** Farklı paritelere sahip halen evli kadınlarda ideal parite ve çocuk sahibi olma niyeti, Türkiye 1993, 2008 ve 2018

İdeal Parite	Canlı doğum sayısı (%)							2018 TNSA
	0	1	2	3	4	5	6+	TOPLAM
0	1,4	1,8	1,4	1,6	1,3	4,1	5,5	1,7
1	8,8	8,1	3,4	3,2	2,1	2,0	0,4	4,3
2	41,9	49,3	41,5	18,7	21,3	17,7	16,7	34,4
3	25,2	27,5	30,0	38,1	11,8	18,9	15,0	28,3
4	15,3	10,5	20,7	28,8	50,3	26,9	28,6	23,4
5	5,2	1,6	2,5	6,3	6,3	21,1	8,5	4,6
6+	2,3	1,3	0,6	3,2	7,0	9,3	25,3	3,2
TOPLAM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
ideal < gerçekleşen	0,0	1,8	4,7	23,5	36,4	69,6	82,1	16,1
ideal = gerçekleşen	1,4	8,1	41,5	38,1	50,3	21,1	9,7	30,4
ideal > gerçekleşen	98,6	90,1	53,8	38,4	13,3	9,3	8,2	53,5
TOPLAM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Çocuk sahibi olmak istiyor	86,0	60,9	19,2	12,2	8,7	2,6	1,8	28,2
Çocuk istemiyor	14,0	39,1	80,8	87,8	91,3	97,4	98,2	71,8
TOPLAM	100,00	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ağırlıksız sayı	350	931	1.728	1.158	518	216	225	5.126



**TABLO 1.4.** Farklı paritelere sahip halen evli kadınlarda ideal parite ve çocuk sahibi olma niyeti, Türkiye 1993, 2008 ve 2018 (DEVAM)

İdeal Parite	Canlı doğum sayısı (%)							2008 TNSA
	0	1	2	3	4	5	6+	TOPLAM
0	0,9	2,4	1,8	1,7	2,6	2,3	2,4	2,0
1	11,4	10,5	6,4	7,7	4,0	1,0	2,3	7,2
2	62,3	61,5	62,0	35,8	44,0	33,4	23,5	51,8
3	17,5	17,1	17,7	33,5	14,9	27,3	22,5	21,0
4	6,4	6,9	10,8	17,4	30,3	25,9	32,5	14,7
5	0,8	1,2	0,7	2,6	2,2	6,4	5,4	1,8
6+	0,6	0,3	0,6	1,2	2,0	3,7	11,4	1,6
TOPLAM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
ideal < gerçekleşen	0,0	2,4	8,2	45,3	65,5	89,9	92,8	27,4
ideal = gerçekleşen	0,9	10,5	62,0	33,5	30,3	6,4	4,2	32,0
ideal > gerçekleşen	99,1	87,1	29,8	21,2	4,2	3,7	3,0	40,6
TOPLAM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Çocuk sahibi olmak istiyor	89,0	60,8	14,4	6,1	5,3	3,8	1,8	26,7
Çocuk istemiyor	11,0	39,2	85,6	93,9	94,7	96,2	98,2	73,3
TOPLAM	100,00	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ağırlıksız sayı*	601	1.292	2.089	1.281	709	383	551	6.906

**TABLO 1.4.** Farklı paritelere sahip halen evli kadınlarda ideal parite ve çocuk sahibi olma niyeti, Türkiye 1993, 2008 ve 2018 (DEVAM)

İdeal Parite	Canlı doğum sayısı (%)							1993 TNSA
	0	1	2	3	4	5	6+	TOPLAM
0	1,5	0,5	0,7	0,4	0,7	0,8	1,3	0,8
1	8,7	12,4	6,2	6,2	5,3	2,4	1,3	6,4
2	66,5	70,7	75,3	56,3	56,2	51,4	37,8	61,6
3	15,8	13,2	13,4	29,5	20,8	28,4	29,2	20,4
4	6,7	2,4	3,7	6,6	15,0	12,0	21,7	8,5
5	0,4	0,4	0,2	0,6	1,0	3,5	3,2	1,0
6+	0,4	0,4	0,4	0,3	1,0	1,5	5,4	1,2
TOPLAM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
ideal < gerçekleşen	0,0	0,5	7,0	62,9	83,0	95,0	97,1	41,7
ideal = gerçekleşen	1,5	12,4	75,3	29,5	15,0	3,5	1,8	28,7
ideal > gerçekleşen	98,5	87,2	17,8	7,5	1,9	1,5	1,1	29,6
TOPLAM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Çocuk sahibi olmak istiyor	89,5	63,1	15,1	6,5	4,1	1,5	1,9	24,3
Çocuk istemiyor	10,5	36,9	84,9	93,5	95,9	98,5	98,1	75,7
TOPLAM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ağırlıksız sayı*	564	1.003	1.531	1.133	679	448	801	6.159

Not: Sayısal olmayan yanıtlar hesaplamaların dışında bırakılmıştır.

\* Doğurganlık niyeti değişkeninde 2008 TNSA ve 1993 TNSA için sırasıyla 4 ve 2 cevapsız gözlem bulunmaktadır.

Doğurganlık niyetlerinin, özellikle de kısa vadeli niyetlerin gerçekleşmesi daha olasıdır. Çocuk sahibi olmayı isteyen kadınların oranı zaman içinde çok değişmemiştir: 1993'te kadınların %24'ü başka çocuk sahibi olmayı isterken, 2018'de %28'i başka çocuk istemiştir. Beklendiği gibi ve Tablo 1.4'ün üçüncü bölümünde gösterildiği gibi doğurganlık niyeti, çocuk paritesi ile ters bir ilişkiye sahiptir. Başka bir deyişle çocuk sayısı arttıkça başka çocuk sahibi olmayı düşünen kadınların payı azalmaktadır.

Tablo 1.5 doğurganlık niyetini ayrıntılı olarak analiz etmektedir. Burada, tüpleri bağlanmış ve kısır kadınlar da dahil olmak üzere tüm kategoriler sunulmaktadır. Yaşla ilişkili bir değişken olan parite, çocuk sahibi olma niyetini etkileyen önemli bir faktördür. Beklendiği gibi, çocuksuz veya 1 çocuk sahibi olan kadınların çoğu başka çocuk sahibi olmayı istemektedir. 2018 yılında, çocuksuz kadınların %86'sı ve 1 çocuklu kadınların %61'i, yakın bir zamanda, daha sonra veya zaman konusunda kararsız olmak üzere başka çocuk sahibi olmayı planlamaktadır. Çocuksuz kadınlar daha erken çocuk sahibi olmayı planlarken, 1 çocuklu kadınlar iki yıldan sonra çocuk sahibi olmak istemektedir.

1993-2018 yılları arasında 2, 3 veya 4 çocuk sahibi olan kadınlar arasında başka çocuk sahibi olmayı isteyen kadınların payı artmıştır. Bu arada, en az 2 çocuklu kadınlar arasında doğumu sınırlandırmak isteyen kadınların payı azalmıştır. 1993-2018 döneminde daha yüksek paritelerde tüpleri bağlanmış kadınların payındaki artış da dikkat çekicidir.

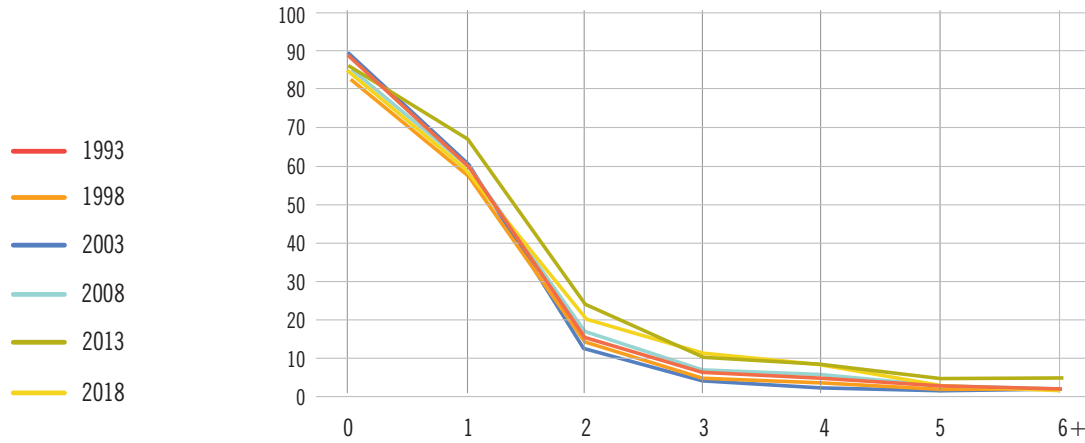
Tablo 1.5 ile tutarlı şekilde Şekil 1.5'te, 1993-2018 dönemi için başka çocuk sahibi olmayı düşünen halen evli kadınların payı gerçekleşen çocuk sayısına göre gösterilmektedir. Şekil 1.5 bir kez daha vurgulamaktadır ki 2018'e kadar 2, 3 veya 4 çocuklu kadınlar arasında daha fazla çocuk sahibi olmayı düşünen kadınların payı artmıştır.

**TABLO 1.5.** Ayrıntılı doğurganlık niyeti: 15-49 yaş arası halen evli kadınların sahip olduğu çocuk sayısına ve çocuk doğurma niyetine göre yüzde dağılımı, 1993, 2008 ve 2018

Çocuk sahibi olma niyeti	Canlı doğum sayısı (%)							2018 TNSA
	0	1	2	3	4	5	6+	TOPLAM
Yakın zamanda (başka) çocuk istiyor	55,5	26,5	7,1	4,1	2,0	0,9	0,8	12,7
Daha sonra (başka) çocuk istiyor	26,6	31,9	10,6	7,4	6,0	1,3	0,9	14,0
İstiyor, zamanını bilmiyor	3,6	2,5	1,5	0,7	0,6	0,3	0,0	1,5
Kararsız	3,4	5,9	5,3	2,9	1,2	2,1	1,0	4,1
(Başka) çocuk istemiyor	4,8	29,5	65,2	62,2	57,5	65,6	61,7	52,6
Tüpleri bağlanmış/kısır	6,1	3,7	10,3	22,7	32,6	29,7	35,5	15,2
TOPLAM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ağırlıksız sayı*	358	931	1.735	1.162	520	219	231	5.156
Çocuk sahibi olma niyeti	Canlı doğum sayısı (%)							2008 TNSA
	0	1	2	3	4	5	6+	TOPLAM
Yakın zamanda (başka) çocuk istiyor	57,6	19,7	5,0	2,7	2,2	1,9	1,1	11,5
Daha sonra (başka) çocuk istiyor	29,8	39,5	9,1	2,9	2,9	1,6	0,5	14,3
İstiyor, zamanını bilmiyor	1,3	1,3	0,3	0,6	0,0	0,2	0,4	0,6
Kararsız	2,3	4,1	4,1	1,7	1,3	0,8	0,6	2,8
(Başka) çocuk istemiyor	6,0	32,7	72,2	71,1	77,2	73,4	72,8	58,8
Tüpleri bağlanmış/kısır	3,1	2,8	9,3	21,0	16,4	22,0	24,6	11,9
TOPLAM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ağırlıksız sayı*	610	1.305	2.104	1.310	723	402	584	7.038
Çocuk sahibi olma niyeti	Canlı doğum sayısı (%)							1993 TNSA
	0	1	2	3	4	5	6+	TOPLAM
Yakın zamanda (başka) çocuk istiyor	54,6	16,0	4,8	3,3	1,6	0,9	1,0	9,7
Daha sonra (başka) çocuk istiyor	32,1	46,1	9,8	2,9	2,5	0,8	1,2	13,9
İstiyor, zamanını bilmiyor	2,1	0,9	0,4	0,5	0,3	0,0	0,2	0,6
Kararsız	1,2	5,0	3,1	1,8	0,6	0,4	0,4	2,2
(Başka) çocuk istemiyor	3,6	29,1	77,1	84,8	84,6	85,7	87,3	66,9
Tüpleri bağlanmış/kısır	6,3	2,8	4,7	6,8	10,4	12,2	9,9	6,8
TOPLAM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ağırlıksız sayı*	570	1.010	1.545	1.148	701	460	837	6.271

\* Doğurganlık niyeti değişkeninde 2008 TNSA ve 1993 TNSA için sırasıyla 4 ve 2 cevapsiz gözlem bulunmaktadır.

**ŞEKİL 1.5.** Çocuk sayısına göre (başka) çocuk sahibi olma niyeti (%), 15-49 yaş halen evli kadınlar, Türkiye 1993-2018



Kaynak: HÜNEE, 1994; HÜNEE, 1999; HÜNEE, 2004; HÜNEE, 2009; HÜNEE, 2014; HÜNEE 2019

### 1.5.2. Kadınların Temel Özelliklerine Göre Doğurganlık Tercihleri

Önceki bölümde de belirtildiği gibi, parite doğurganlık tercihleri ile ilişkili önemli bir faktördür. Bu bölümde, pariteye ek olarak doğurganlık idealleri ve niyetleri ile ilgili olması beklenen diğer temel özellikler analiz edilmektedir.

#### Kadınların Temel Özelliklerine Göre İdeal Doğurganlık

Halen evli kadınların ortalama ideal çocuk sayısı 1993 yılında 2,39'dan 2018'de 2,97'ye yükselmiştir. Doğurganlık ideallerindeki değişikliklerin zaman aldığı düşünülürse, 25 yılda neredeyse 0,6'lık artış, doğurganlık tercihlerinde düşünsel bir değişime işaret etmektedir. Yaş, doğurganlık tercihleri ile ilgili en önemli değişkenler arasındadır. Tablo 1.6'da gösterildiği gibi, ideal çocuk sayısı yaşa göre farklılık göstermektedir. Herhangi bir araştırma tarihindeki yaş farkları kuşak farklılıklarına karşılık gelmektedir. Daha ileri yaştaki kadın kuşakları tüm araştırmalarda daha yüksek ideal doğurganlık seviyelerine sahiptir. Örneğin, 2018 yılında, 40 yaş ve üzeri kadınlar için ideal çocuk sayısı 3'ün üzerindedir.

1993 ve 2018 yılları arasında, halen evli kadınların her yaş grubunda ortalama ideal çocuk sayısı artmıştır. Genele bakıldığında en büyük artış, 2008-2013 yılları arasındaki beş yıllık dönemde gerçekleşmiştir ve bu da Türkiye'de pronatalist kamusal söylemin başladığı döneme karşılık gelmektedir.

Ortalama ideal çocuk sayısı, yerleşim yeri türüne göre de değişmektedir. Kırsal bölgelerde yaşayan kadınların, kentsel alanlarda yaşayan kadınlara kıyasla ideal çocuk sayısı her zaman daha yüksek olmuştur. Ortalama ideal çocuk sayısında kent-kır arasındaki fark, 2008 yılına kadar 0,2 civarında sabitken, daha sonra 2013'te 0,1'e düşmüş ve 2018'de tekrar 0,3'e yükselmiştir.

**TABLO 1.6.** 15-49 yaş arası halen evli kadınların ortalama ideal çocuk sayısı, Türkiye 1993-2018

	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Yaş grubu</b>						
15-19	2,25	2,30	2,43	2,42	2,68	2,94
20-24	2,24	2,37	2,48	2,41	2,85	2,99
25-29	2,31	2,35	2,33	2,40	2,72	2,89
30-34	2,37	2,46	2,55	2,51	2,78	2,86
35-39	2,53	2,53	2,62	2,57	2,90	2,84
40-44	2,51	2,63	2,62	2,66	2,93	3,09
45-49	2,56	2,65	2,61	2,69	3,06	3,21
<b>Yerleşim yeri</b>						
Kent	2,32	2,42	2,47	2,48	2,83	2,91
Kır	2,52	2,58	2,67	2,71	2,97	3,18
<b>Bölge</b>						
Batı	2,16	2,25	2,32	2,35	2,72	2,72
Güney	2,50	2,62	2,79	2,82	3,12	3,30
Orta	2,34	2,39	2,34	2,36	2,58	2,82
Kuzey	2,36	2,37	2,48	2,41	2,65	2,70
Doğu	2,90	3,09	3,13	3,14	3,48	3,66
<b>Tamamlanmış eğitim</b>						
Eğitim yok/ilkokulu bitirmiş	2,77	3,00	3,09	3,14	3,48	3,58
İlkokul	2,33	2,42	2,42	2,50	2,86	3,11
Ortaokul	2,07	2,18	2,29	2,28	2,71	2,85
Lise ve üzeri	1,97	2,04	2,26	2,22	2,59	2,63
<b>Hanehalkı refah düzeyi</b>						
Düşük	2,57	2,70	2,74	2,80	3,09	3,29
Orta	2,47	2,50	2,49	2,43	2,79	2,95
Yüksek	2,23	2,29	2,39	2,38	2,71	2,74
<b>TOPLAM</b>	<b>2,39</b>	<b>2,47</b>	<b>2,53</b>	<b>2,54</b>	<b>2,86</b>	<b>2,97</b>

Not: Bu tablonun oluşturulmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.

**TABLO 1.6.** 15-49 yaş arası halen evli kadınların ortalama ideal çocuk sayısı, Türkiye 1993-2018 (Devam)

	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	2,42	2,52	2,53	2,56	2,91	3,05
Sosyal güvenceli çalışıyor	2,07	2,04	2,25	2,19	2,63	2,61
Sosyal güvencesiz çalışıyor	2,41	2,47	2,61	2,61	2,87	3,04
<b>Ana dil</b>						
Türkçe	-	2,35	2,38	2,39	2,72	2,81
Kürtçe	-	3,13	3,20	3,21	3,48	3,50
Diğer	-	3,01	3,21	3,30	3,45	3,75
<b>Gebeliği önleyici yöntem kullanımı</b>						
Yöntem kullanmıyor	2,52	2,64	2,72	2,66	3,05	3,10
Geleneksel yöntem	2,33	2,39	2,48	2,52	2,80	2,96
Modern yöntem	2,31	2,37	2,44	2,47	2,79	2,90
<b>Sağlık sigortası</b>						
Yok	2,49	2,61	2,65	2,66	2,96	3,22
Var	2,31	2,36	2,46	2,51	2,85	2,95
<b>TOPLAM</b>	<b>2,39</b>	<b>2,47</b>	<b>2,53</b>	<b>2,54</b>	<b>2,86</b>	<b>2,97</b>

Not: Bu tablonun oluşturulmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.

**TABLO 1.6.** 15-49 yaş arası halen evli kadınların ortalama ideal çocuk sayısı, Türkiye 1993-2018 (Devam)

	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Toplam canlı doğan çocuk sayısı</b>						
0	2,20	2,22	2,48	2,22	2,64	2,70
1	2,09	2,15	2,19	2,21	2,47	2,48
2	2,17	2,29	2,37	2,35	2,68	2,76
3	2,39	2,56	2,51	2,70	3,04	3,24
4	2,52	2,69	2,72	2,82	3,42	3,59
5	2,71	2,80	2,78	3,14	3,50	3,67
6+	3,07	3,30	3,61	3,64	4,17	4,29
<b>Çocukğun cinsiyeti</b>						
Sadece erkek	2,21	2,23	2,27	2,31	2,65	2,72
Sadece kız	2,16	2,26	2,31	2,36	2,62	2,71
Her iki cinsiyet var	2,55	2,68	2,71	2,76	3,10	3,22
Çocuğu yok	2,20	2,22	2,48	2,22	2,64	2,70
<b>Çocuk ölümü deneyimi</b>						
Yok	2,33	2,41	2,47	2,51	2,84	2,95
Var	2,68	2,85	2,88	2,96	3,45	3,55
Çocuğu yok	2,20	2,22	2,48	2,22	2,64	2,70
<b>(Başka) çocuk sahibi olma niyeti</b>						
Var	2,45	2,55	2,65	2,64	2,99	3,11
Kararsız	2,43	2,43	2,49	2,63	2,67	2,90
Yok	2,37	2,44	2,49	2,49	2,80	2,92
<b>TOPLAM</b>	<b>2,39</b>	<b>2,47</b>	<b>2,53</b>	<b>2,54</b>	<b>2,86</b>	<b>2,97</b>

Not: Bu tablonun oluşturulmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.



İdeal çocuk sayısı bölgelere göre farklılık göstermektedir. Batı ve son zamanlarda Kuzey bölgelerinde ikamet eden kadınlar ortalama olarak en düşük ideal çocuk sayısına sahiptir. Öte yandan, Doğu bölgesinde yaşayan kadınlar daha yüksek ideal doğurganlığa sahiptir. Heterojenite zamanla da artmıştır. Bölgeler arasındaki en yüksek ve en düşük ideal doğurganlık arasındaki fark 1993 yılında 0,74 iken 2018 yılında 0,96'ya yükselmiştir. Bu değişimin temel nedeni, 2018 yılında 3,66 seviyesine ulaşan Doğu bölgesinde yaşayan kadınların ideal çocuk sayısındaki büyük artıştır.

Eğitim, hanehalkı refah düzeyi ve istihdam gibi sosyo-ekonomik değişkenler doğurganlık tercihleriyle ilişkili diğer değişkenlerdir. Kadınların eğitim düzeyi arttıkça, ortalama ideal çocuk sayısı azalmaktadır. Bu ters ilişki tüm araştırmalarda gözlenmiştir. Çalışma durumu üç kategoride tanımlanmıştır: çalışmayanlar (hiç çalışmamışlar dahil), sosyal güvencesi olmadan çalışanlar ve sosyal güvenlik kapsamında çalışanlar. Bunlar arasında, çalışmayan kadınlar ile herhangi bir sosyal güvenlik kapsamında olmadan istihdam edilen kadınların ortalama ideal çocuk sayıları birbirine yakındır. Öte yandan, sosyal güvenceli çalışan kadınlar, tüm araştırmalarda ortalama olarak daha düşük ideal doğurganlığa sahiptir.

Doğurganlık idealleri ana dile göre de farklılık göstermektedir. Ana dili Türkçe olan kadınlar, ana dili Kürtçe veya diğer bir dil (Arapça dahil) olan kadınlara kıyasla daha düşük ortalama ideal çocuk sayısına sahiptirler.

Herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmayan kadınlar ortalama olarak daha fazla ideal çocuk sayısına sahiptir. Bununla birlikte, geleneksel yöntemleri kullanan kadınlar ile gebeliği önleyici modern yöntemleri kullanan kadınlar arasındaki ideal doğurganlık seviyeleri birbirinden çok farklı değildir. Sağlık sigortası olmayan kadınlar, tüm araştırmalarda sağlık sigortası olan kadınlara kıyasla daha yüksek ortalama

ideal çocuk sayısına sahiptirler.

Diğer temel değişkenler doğumla ilgilidir. Toplam canlı doğum sayısı, ortalama ideal çocuk sayısı ile pozitif olarak ilişkilidir, yani parite arttıkça, ortalama ideal çocuk sayısı da artmaktadır. Çocuğun cinsiyeti değişkeni, ideal çocuk sayısına göre net bir örüntü göstermemektedir, ancak her iki cinsiyette de çocuğu olan kadınlar ortalama olarak daha yüksek ideal çocuk sayısına sahiptir. Basitçe, bu durum bu kadınların en az iki çocuk sahibi olmasıyla ilgili olabilir. Çocuk ölümü deneyimlemek de ideal doğurganlıkla betimsel olarak ilişkili görünmektedir. Bebek veya çocuk kaybı yaşayan kadınlar arasında ideal çocuk sayısı daha yüksektir. Son olarak, başka bir çocuk sahibi olma niyeti doğurganlık idealleri ile ilişkilidir. Burada, ilişki veya nedenselliğin yönü ideallerden niyetlere doğrudur, ancak gösterildiği gibi basit bir çapraz tablolama başka çocuk sahibi olmak isteyen kadınların ideal doğurganlık seviyelerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Türkiye'de halen evli kadınlar için ideal ve gerçekleşen çocuk sayısı arasındaki ilişki Tablo 1.7'de (1993-2003 dönemi için) ve Tablo 1.8'de (2008-2018 dönemi için) sunulmuştur. Gerçekleşen çocuk sayısındaki düşümlere paralel olarak, ideal çocuk sayısı gerçekleşen çocuk sayısından az olan kadınların payı azalmıştır. İdeal çocuk sayısı, gerçekleşen çocuk seviyesini aşan kadınların payı ise zamanla artmıştır. Bu aynı zamanda makro düzeydeki sonuçlarımızla da uyumludur. Buna karşılık, ideal doğurganlığı gerçekleşen doğurganlıklarına eşit olan kadınların payı nispeten sabit bir seviyede, %30 ±2 aralığında kalmıştır.

İdeal ve gerçekleşen doğurganlık arasındaki ilişkinin temel değişkenlere göre nasıl değiştiğine mikro düzeyde baktığımızda, yaşa göre bazı örüntüler belirgindir. Yaş arttıkça, ideali gerçekleşen doğurganlığını aşan kadınların payı azalmakta ve ideali gerçekleşen doğurganlığından düşük olanların payı da

artmaktadır. Bu beklenen bir bulgudur, çünkü üreme dönemlerini henüz tamamlamamış genç kuşaklarda gerçekleşen çocuk sayısı düşük seviyelerdedir. Üreme çağını neredeyse tamamlamış olan kadınlar, yani 40 yaşın üzerindeki kadınlar daha dikkatli incelenmelidir. 40-44 yaş grubundaki kadınlar arasında ideali gerçekleşen doğurganlıkla eşleşen oranı zamanla artmış ve 2018'de %37'ye ulaşmıştır. Bu pay 45-49 yaş grubundaki kadınlarda %32'dir.

Hem kentsel hem de kırsal alanlardaki kadınlara baktığımızda, ideali gerçekleşen değeri aşan kadınların payı 1993'ten 2018'e önemli ölçüde artmıştır. Buna karşın, gerçekleşen çocuk sayısı ideal çocuk sayısını aşan kadınların payı kırsal alanlarda kentsel alanlara göre daha yüksektir. Bu istatistik, kırsal alanlarda aile planlaması için karşılanmamış ihtiyacın daha fazla olduğunu göstermektedir. Bölge diğer önemli mekansal bir değişkendir; gerçekleşen doğurganlığı ideal doğurganlığını tam olarak karşılayan kadınların payı, tüm araştırmalarda Doğu bölgesinde yaşayan kadınlar arasında en düşüktür.

Daha iyi sosyo-ekonomik statü, yani daha yüksek eğitim seviyesi, daha yüksek refah düzeyi ve sosyal güvenceli istihdam; idealin gerçekleşen çocuk sayısından daha yüksek olması ve gerçekleşen çocuk sayısının idealden daha düşük olması ile ilişkilidir. İdeal doğurganlığı gerçek doğurganlığıyla aynı olan kadınların payı ana dili Türkçe olan kadınlarda ana dili diğer olan kadınlara göre daha yüksektir. Bu pay aynı zamanda gebeliği önleyici yöntem ile ilişkilidir; gebeliği önleyici modern yöntem kullanan kadınlarda bu pay geleneksel yöntem kullanan veya hiçbir yöntem kullanmayan kadınlara göre daha yüksektir. Ayrıca sağlık sigortasına sahip olmak ideal ve gerçekleşen arasındaki uyumun (ideal=gerçekleşen) payının artmasıyla ilişkilidir.

İki çocuğa kadar, toplam canlı doğan çocuk sayısı yükseldikçe ideal>gerçekleşen yüzdesi azalmakta ve ideal=gerçek yüzdesi artmaktadır. Daha yüksek paritelerde ideal<gerçekleşen oranı diğer oranları aşmaktadır. Çocuğun cinsiyeti kategorilerine bakıldığında, sadece erkek veya sadece kız arasında fark yoktur, ancak her iki cinsiyet kategorisinde gerçekleşen>ideal yüzdesi daha yüksektir. Sadece erkek çocuğu veya sadece kız çocuğu olan kadınlarda, tam tersine, ideal>gerçekleşen yüzdesi daha yüksektir. Yine, bu durum hem kız hem erkek çocuğa sahip olan kadınların en az 2 çocuğu olan kadınlara karşılık geldiği parite ile ilişkilidir. Çocuk ölümü yaşamış olmak da gerçekleşen doğurganlığın ideali aşmasıyla ilişkilidir. Son olarak, çocuk sahibi olma niyetinin payı ideal-gerçekleşen ilişkisi ile bağlantılıdır. Başka çocuk sahibi olmaya niyeti olmayan kadınlarda, gerçekleşen çocuk sayısının ideal çocuk sayısından fazla olduğu görülmektedir. Bu analiz olayların ardışıklığını ortaya koymamaktadır. Gerçekte, idealler niyetleri şekillendirir, bu nedenle ilişki tersten de yorumlanabilir.

**TABLO 1.7.** 15-49 yaş arası halen evli kadınlarda ideal ve gerçekleşen çocuk sayısı arasındaki ilişki, Türkiye 1993-2003

	1993 TNSA			1998 TNSA			2003 TNSA		
	ideal < gerçekleşen	ideal = gerçekleşen	ideal > gerçekleşen	ideal < gerçekleşen	ideal = gerçekleşen	ideal > gerçekleşen	ideal < gerçekleşen	ideal = gerçekleşen	ideal > gerçekleşen
<b>Yaş grubu</b>									
15-19	0,7	8,8	90,5	1,8	5,0	93,2	1,2	7,4	91,4
20-24	8,9	22,6	68,5	7,1	20,3	72,6	4,1	18,8	77,1
25-29	27,5	37,7	34,8	18,2	34,1	47,8	20,9	31,1	47,9
30-34	45,9	38,5	15,6	34,3	39,0	26,7	31,7	35,6	32,7
35-39	60,6	29,4	10,1	46,1	33,7	20,2	44,6	32,1	23,3
40-44	65,9	24,1	9,9	57,6	29,0	13,4	51,7	29,4	18,9
45-49	75,2	16,8	8,0	66,4	23,5	10,1	53,3	30,5	16,1
<b>Yerleşim yeri</b>									
Kent	37,2	31,3	31,5	29,9	31,3	38,8	30,0	30,7	39,3
Kır	49,7	24,1	26,2	41,4	26,4	32,2	40,6	26,0	33,4
<b>Bölge</b>									
Batı	33,6	36,8	29,6	27,4	32,9	39,7	27,8	33,1	39,1
Güney	40,8	28,8	30,4	34,6	27,3	38,1	29,0	28,6	42,4
Orta	45,0	26,3	28,7	34,4	32,2	33,4	36,9	29,9	33,2
Kuzey	46,2	23,8	30,0	43,0	28,1	28,9	39,3	29,9	30,8
Doğu	52,7	17,4	29,8	43,0	20,2	36,9	41,4	19,3	39,3
<b>Tamamlanmış eğitim</b>									
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	65,9	15,9	18,2	60,9	15,6	23,5	53,9	18,3	27,7
İlkokul	37,7	31,6	30,7	32,9	30,9	36,2	34,5	31,1	34,5
Ortaokul	18,7	38,9	42,3	13,6	38,6	47,7	15,0	34,0	51,0
Lise veya üzeri	15,1	38,2	46,7	5,6	39,6	54,8	9,2	35,8	55,1
<b>Hanehalkı refah düzeyi</b>									
Düşük	50,6	21,2	28,2	43,5	22,9	33,6	42,4	21,6	35,9
Orta	42,4	25,8	31,8	34,6	28,8	36,7	35,3	27,2	37,4
Yüksek	34,7	35,7	29,6	26,0	35,1	38,9	25,5	35,7	38,8
<b>TOPLAM</b>	<b>41,7</b>	<b>28,7</b>	<b>29,6</b>	<b>33,7</b>	<b>29,7</b>	<b>36,7</b>	<b>33,1</b>	<b>29,3</b>	<b>37,6</b>

Not: Bu tablonun oluşturulmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.

**TABLO 1.7.** 15-49 yaş arası halen evli kadınlarda ideal ve gerçekleşen çocuk sayısı arasındaki ilişki, Türkiye 1993-2003 (Devam)

	1993 TNSA			1998 TNSA			2003 TNSA		
	ideal < gerçekleşen	ideal = gerçekleşen	ideal > gerçekleşen	ideal < gerçekleşen	ideal = gerçekleşen	ideal > gerçekleşen	ideal < gerçekleşen	ideal = gerçekleşen	ideal > gerçekleşen
<b>Çalışma durumu</b>									
Çalışmıyor	40,3	28,6	31,1	32,4	29,3	38,3	32,9	29,1	38,0
Sosyal güvenceli çalışıyor	27,4	38,4	34,2	15,7	37,8	46,5	13,8	29,3	56,9
Sosyal güvencesiz çalışıyor	48,8	26,6	24,6	42,7	28,2	29,1	39,6	30,0	30,3
<b>Ana dil</b>									
Türkçe				31,3	32,1	36,6	31,0	32,2	36,8
Kürtçe				45,0	17,0	38,0	44,0	13,4	42,6
Diğer				49,9	17,0	33,1	38,2	27,1	34,7
<b>TOPLAM</b>	<b>41,7</b>	<b>28,7</b>	<b>29,6</b>	<b>33,7</b>	<b>29,7</b>	<b>36,7</b>	<b>33,1</b>	<b>29,3</b>	<b>37,6</b>

Not: Bu tablonun oluşturulmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.

**TABLO 1.7.** 15-49 yaş arası halen evli kadınlarda ideal ve gerçekleşen çocuk sayısı arasındaki ilişki, Türkiye 1993-2003 (Devam)

	1993 TNSA			1998 TNSA			2003 TNSA		
	ideal< gerçekleşen	ideal= gerçekleşen	ideal> gerçekleşen	ideal< gerçekleşen	ideal= gerçekleşen	ideal> gerçekleşen	ideal< gerçekleşen	ideal= gerçekleşen	ideal> gerçekleşen
<b>Gebeliği önleyici yöntem kullanımı</b>									
Yöntem kullanmıyor	37,0	16,6	46,4	29,2	18,3	52,4	28,5	16,2	55,3
Geleneksel yöntem	45,3	34,9	19,9	37,6	32,8	29,6	33,7	32,8	33,5
Modern yöntem	43,8	36,7	19,5	35,1	38,1	26,8	35,7	35,3	29,0
<b>Sağlık sigortası</b>									
Yok	44,0	24,4	31,5	35,6	26,0	38,4	36,8	24,3	38,9
Var	39,4	32,8	27,8	32,6	32,6	35,3	31,3	31,9	36,9
<b>Toplam canlı doğan çocuk sayısı</b>									
0	0,0	1,5	98,5	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
1	0,5	12,4	87,2	0,0	11,2	88,8	0,7	10,3	88,9
2	7,0	75,3	17,8	5,6	69,4	25,0	5,1	65,2	29,7
3	62,9	29,5	7,5	57,2	28,0	14,7	59,2	25,4	15,4
4	83,0	15,0	1,9	74,2	22,9	2,9	73,9	22,4	3,7
5	95,0	3,5	1,5	92,5	4,8	2,7	93,5	4,4	2,1
6+	97,1	1,8	1,1	95,3	2,0	2,7	92,9	3,1	3,9
<b>Çocuğun cinsiyeti</b>									
Sadece erkek	15,7	35,6	48,7	12,1	36,4	51,5	15,3	31,1	53,5
Sadece kız	16,3	30,2	53,6	13,1	29,4	57,5	15,0	30,4	54,6
Her iki cinsiyet var	63,7	30,3	6,0	54,8	32,7	12,5	51,8	33,1	15,2
Çocuğu yok	0,0	1,5	98,5	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
<b>Çocuk ölümü deneyimi</b>									
Yok	32,5	39,1	28,4	27,0	38,2	34,8	27,2	36,6	36,2
Var	87,1	7,7	5,2	79,5	11,8	8,7	82,9	9,1	8,0
Çocuğu yok	0,0	1,5	98,5	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
<b>TOPLAM</b>	<b>41,7</b>	<b>28,7</b>	<b>29,6</b>	<b>33,7</b>	<b>29,7</b>	<b>36,7</b>	<b>33,1</b>	<b>29,3</b>	<b>37,6</b>

Not: Bu tablonun oluşturulmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.

**TABLO 1.7.** 15-49 yaş arası halen evli kadınlarda ideal ve gerçekleşen çocuk sayısı arasındaki ilişki, Türkiye 1993-2003 (Devam)

	1993 TNSA			1998 TNSA			2003 TNSA		
	ideal< gerçekleşen	ideal= gerçekleşen	ideal> gerçekleşen	ideal< gerçekleşen	ideal= gerçekleşen	ideal> gerçekleşen	ideal< gerçekleşen	ideal= gerçekleşen	ideal> gerçekleşen
<b>(Başka) çocuk sahibi olma niyeti</b>									
Var	3,6	8,0	88,4	3,2	7,4	89,4	2,7	6,3	91,0
Kararsız	7,7	43,8	48,6	10,8	28,4	60,8	8,6	26,7	64,7
Yok	55,2	35,1	9,6	45,9	38,0	16,2	44,4	37,1	18,5
<b>TOPLAM</b>	<b>41,7</b>	<b>28,7</b>	<b>29,6</b>	<b>33,7</b>	<b>29,7</b>	<b>36,7</b>	<b>33,1</b>	<b>29,3</b>	<b>37,6</b>

Not: Bu tablonun oluşturulmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.

**TABLO 1.8.** 15-49 yaş arası halen evli kadınlarda ideal ve gerçekleşen çocuk sayısı arasındaki ilişki, Türkiye 2008-2018

	2008 TNSA			2013 TNSA			2018 TNSA		
	ideal< gerçekleşen	ideal= gerçekleşen	ideal> gerçekleşen	ideal< gerçekleşen	ideal= gerçekleşen	ideal> gerçekleşen	ideal< gerçekleşen	ideal= gerçekleşen	ideal> gerçekleşen
<b>Yaş grubu</b>									
15-19	0,9	3,8	95,2	1,3	4,0	94,7	0,9	7,2	91,9
20-24	6,5	17,1	76,4	3,8	10,8	85,3	3,4	14,2	82,4
25-29	16,4	27,2	56,4	8,5	21,7	69,9	8,8	22,3	68,9
30-34	25,9	37,9	36,3	18,3	28,4	53,3	13,4	33,3	53,3
35-39	34,7	38,2	27,1	22,7	34,8	42,5	22,7	34,9	42,5
40-44	38,6	37,6	23,8	26,7	34,6	38,6	20,2	36,6	43,1
45-49	44,9	33,8	21,2	30,4	35,3	34,3	20,7	31,8	47,5
<b>Yerleşim yeri</b>									
Kent	25,0	32,8	42,2	17,0	28,0	55,0	14,5	30,0	55,4
Kır	34,9	29,3	35,8	26,7	30,1	43,1	21,5	31,6	46,9
<b>Bölge</b>									
Batı	22,3	35,4	42,3	14,6	29,4	56,0	12,9	31,4	55,7
Güney	25,0	30,9	44,1	19,2	26,6	54,2	13,2	31,1	55,7
Orta	28,8	33,4	37,8	18,5	32,5	49,0	15,9	33,3	50,8
Kuzey	28,9	32,0	39,1	21,7	30,7	47,6	17,5	32,2	50,3
Doğu	41,2	20,9	37,9	29,2	21,1	49,7	26,1	23,1	50,8
<b>Tamamlanmış eğitim</b>									
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	50,6	21,4	28,0	38,0	21,7	40,3	36,3	25,8	37,9
İlkokul	29,2	35,1	35,7	22,8	33,7	43,5	20,4	34,2	45,5
Ortaokul	14,5	29,1	56,4	10,1	24,2	65,7	9,8	31,1	59,1
Lise veya üzeri	8,5	34,3	57,1	6,1	25,7	68,2	6,3	27,0	66,7
<b>Hanehalkı refah düzeyi</b>									
Düşük	39,0	26,7	34,3	27,5	25,7	46,8	23,9	28,3	47,8
Orta	27,3	30,9	41,8	18,2	29,0	52,8	15,6	31,2	53,2
Yüksek	18,3	36,6	45,1	12,4	30,3	57,2	10,3	31,6	58,1
<b>TOPLAM</b>	<b>27,4</b>	<b>32,0</b>	<b>40,6</b>	<b>18,9</b>	<b>28,4</b>	<b>52,7</b>	<b>16,1</b>	<b>30,4</b>	<b>53,5</b>

Not: Bu tablonun oluşturulmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.

**TABLO 1.8.** 15-49 yaş arası halen evli kadınlarda ideal ve gerçekleşen çocuk sayısı arasındaki ilişki, Türkiye 2008-2018 (DEVAM)

	2008 TNSA			2013 TNSA			2018 TNSA		
	ideal< gerçekleşen	ideal= gerçekleşen	ideal> gerçekleşen	ideal< gerçekleşen	ideal= gerçekleşen	ideal> gerçekleşen	ideal< gerçekleşen	ideal= gerçekleşen	ideal> gerçekleşen
<b>Çalışma durumu</b>									
Çalışmıyor	27,9	31,2	40,9	19,5	28,1	52,4	17,5	29,9	52,6
Sosyal güvenceli çalışıyor	9,9	31,7	58,3	7,4	25,7	66,9	7,2	30,2	62,6
Sosyal güvencesiz çalışıyor	33,2	34,9	31,9	26,3	32,3	41,4	19,9	33,8	46,2
<b>Ana dil</b>									
Türkçe	24,2	34,8	41,0	15,7	30,7	53,6	13,6	32,2	54,2
Kürtçe	45,8	17,0	37,2	33,4	17,6	49,0	28,1	24,1	47,8
Diğer	25,2	26,0	48,9	26,8	24,7	48,5	16,7	23,0	60,4
<b>TOPLAM</b>	<b>27,4</b>	<b>32,0</b>	<b>40,6</b>	<b>18,9</b>	<b>28,4</b>	<b>52,7</b>	<b>16,1</b>	<b>30,4</b>	<b>53,5</b>

Not: Bu tablonun oluşturulmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.



**TABLO 1.8.** 15-49 yaş arası halen evli kadınlarda ideal ve gerçekleşen çocuk sayısı arasındaki ilişki, Türkiye 2008-2018 (DEVAM)

	2008 TNSA			2013 TNSA			2018 TNSA		
	ideal< gerçekleşen	ideal= gerçekleşen	ideal> gerçekleşen	ideal< gerçekleşen	ideal= gerçekleşen	ideal> gerçekleşen	ideal< gerçekleşen	ideal= gerçekleşen	ideal> gerçekleşen
<b>Gebeliği önleyici yöntem kullanımı</b>									
Yöntem kullanmıyor	23,3	17,9	58,8	13,2	15,0	71,8	10,0	19,7	70,3
Geleneksel yöntem	27,7	34,9	37,4	18,0	29,6	52,4	16,1	31,8	52,1
Modern yöntem	29,6	38,4	32,0	22,5	35,3	42,2	19,8	36,3	43,9
<b>Sağlık sigortası</b>									
Yok	31,5	28,8	39,7	23,9	28,0	48,1	21,3	26,2	52,5
Var	26,5	32,6	40,9	18,3	28,5	53,2	15,5	30,8	53,6
<b>Toplam canlı doğan çocuk sayısı</b>									
0	0,0	0,9	99,1	0,0	1,0	99,0	0,0	1,4	98,6
1	2,4	10,5	87,1	0,8	7,9	91,3	1,8	8,1	90,1
2	8,2	62,0	29,8	5,5	45,0	49,5	4,7	41,5	53,8
3	45,3	33,5	21,2	32,9	35,5	31,6	23,5	38,1	38,4
4	65,5	30,3	4,2	49,1	37,1	13,8	36,4	50,3	13,3
5	89,9	6,4	3,7	80,1	12,6	7,3	69,6	21,1	9,3
6+	92,8	4,2	3,0	84,4	10,4	5,2	82,1	9,7	8,2
<b>Çocuğun cinsiyeti</b>									
Sadece erkek	13,0	32,9	54,1	9,0	25,6	65,4	6,9	26,3	66,8
Sadece kız	14,0	29,9	56,1	10,3	24,8	65,0	8,2	24,2	67,6
Her iki cinsiyet var	44,3	38,0	17,7	31,0	36,7	32,3	25,4	38,5	36,1
Çocuğu yok	0,0	0,9	99,1	0,0	1,0	99,0	0,0	1,4	98,6
<b>Çocuk ölümü deneyimi</b>									
Yok	23,5	38,0	38,4	17,4	32,3	50,3	14,3	33,5	52,2
Var	76,1	14,2	9,6	61,7	19,9	18,4	57,3	20,1	22,6
Çocuğu yok	0,0	0,9	99,1	0,0	1,0	99,0	0,0	1,4	98,6
<b>TOPLAM</b>	<b>27,4</b>	<b>32,0</b>	<b>40,6</b>	<b>18,9</b>	<b>28,4</b>	<b>52,7</b>	<b>16,1</b>	<b>30,4</b>	<b>53,5</b>

Not: Bu tablonun oluşturulmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.

**TABLO 1.8.** 15-49 yaş arası halen evli kadınlarda ideal ve gerçekleşen çocuk sayısı arasındaki ilişki, Türkiye 2008-2018 (DEVAM)

	2008 TNSA			2013 TNSA			2018 TNSA		
	ideal < gerçekleşen	ideal = gerçekleşen	ideal > gerçekleşen	ideal < gerçekleşen	ideal = gerçekleşen	ideal > gerçekleşen	ideal < gerçekleşen	ideal = gerçekleşen	ideal > gerçekleşen
<b>(Başka) çocuk sahibi olma niyeti</b>									
Var	2,7	6,5	90,8	2,6	5,3	92,1	2,0	4,6	93,4
Kararsız	5,8	36,1	58,1	5,8	25,3	68,9	2,7	23,9	73,4
Yok	37,6	41,5	20,9	28,1	40,7	31,1	22,8	41,5	35,7
<b>TOPLAM</b>	<b>27,4</b>	<b>32,0</b>	<b>40,6</b>	<b>18,9</b>	<b>28,4</b>	<b>52,7</b>	<b>16,1</b>	<b>30,4</b>	<b>53,5</b>

Not: Bu tablonun oluşturulmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.

## Kadınların Temel Özelliklerine Göre İstenilen Doğurganlık

Bu çalışmada ve yayınlanan kuramsal çerçevede belirtildiği gibi, doğurganlık niyetleri ideallere kıyasla doğurganlık davranışlarının daha yakın belirleyicileridir. Bunu göz önünde bulundurarak, bu bölümün geri kalanı doğurganlık niyetleri ile ilgili sonuçları sunmaktadır. Tablo 1.9, toplamda ve kadınların seçilmiş özelliklerine göre ortalama istenilen çocuk sayısını göstermektedir. Genel olarak, 1993'ten 2018'e kadar ortalama çocuk sayısında %17'lik bir düşüş olmuştur (3,47'den 2,89'a).

Yaş grubu, kadınların farklı doğum kuşaklarını yansıtır ve ortalama istenilen çocuk sayısı daha ileri yaş kuşaklarda genç kuşaklara göre daha yüksektir. 1993'ten 2018'e kadar olan değişime baktığımızda, genel eğilim, daha ileri yaşlardaki kadınlar için istenilen çocuk sayısının azaldığı, genç kadınlar için arttığı yönündedir. Bununla birlikte, daha ileri yaşlardaki kadınlar arasında azalma eğilimi daha belirgindir. Mekansal değişkenlere göre ise daha fazla farklılık mevcuttur. Kırsal bölgelerde ikamet eden kadınlar arasında, kentsel alanlardaki kadınlara kıyasla ortalama istenilen çocuk sayısı her zaman daha yüksek olmuştur. Bölgesel heterojenlik de gözlenmektedir ve ortalama istenilen çocuk sayısının Doğu bölgesinde daha yüksek seviyelerde, Batı bölgesinde daha düşük seviyelerde olması dikkat çekicidir. En fazla düşüş %24 ve %23'lük bir azalışla sırasıyla Kuzey ve Orta bölgelerde gerçekleşmiştir.

Doğurganlık ideallerinde olduğu gibi, doğurganlık niyetleri de sosyo-ekonomik değişkenlere göre farklılık göstermektedir. Kadınların eğitim düzeyi arttığında, tüm araştırmalarda neredeyse doğrusal bir ilişki ile ortalama istenilen çocuk sayısı azalmaktadır; bu ortalama değer yüksek eğitimli kadınlar ve daha düşük eğitimli kadınlar arasında 2,28 ile 4,35 arasında değişmektedir. Zengin hanehalklarında yaşayan kadınlar, yoksul hanehalklarında yaşayanlara kıyasla daha az sayıda çocuk sahibi olmayı planlamaktadır. Son on yılda yavaşlansa da tüm refah gruplarında

ortalama istenilen çocuk sayısında bir düşüş olmuştur. İstihdam durumu ile ilgili olarak, çalışmayan kadınlar ile sosyal güvencesiz çalışan kadınlar arasında net bir fark yoktur. Bununla birlikte, sosyal güvenceli çalışan kadınlarda ortalama istenilen çocuk sayısı daha düşüktür.

Doğurganlık niyetleri kadınların ana diline göre de farklılık göstermektedir. Ana dili Türkçe olan kadınlarda ortalama istenilen doğurganlık diğer etnisitelere sahip kadınlara kıyasla daha düşüktür. Ana dili Kürtçe olan kadınlar en yüksek düzeyde istenilen doğurganlığa sahipken, onu çoğunluğunu Arapçanın oluşturduğu "diğer" kategorisi takip etmektedir.

Halen kullanılan gebeliği önleyici yöntem, istenilen doğurganlık ile ilişkili diğer bir değişkendir. Gebeliği önleyici yöntem kullanmayan kadınlar, yöntem kullananlara kıyasla ortalama olarak daha yüksek istenilen doğurganlığa sahiptir. Modern ve geleneksel yöntem kullanıcılarının ortalama istenilen çocuk sayıları arasındaki farkın işareti zaman içinde değişmiştir. Geçmişte, geleneksel yöntem kullananlar daha yüksek istenilen çocuk sayısına sahipken, 2003'ten bu yana modern yöntem kullanan kadınlar daha yüksek istenilen doğurganlığa sahiptir. Sağlık sigortası olmayan kadınlar da sağlık sigortası olan kadınlara kıyasla daha yüksek istenilen doğurganlığa sahiptir.

**TABLO 1.9.** 15-49 yaş arası halen evli olan kadınlarda ortalama istenilen çocuk sayısı, Türkiye 1993-2018

	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Yaş grubu</b>						
15-19	2,25	2,25	2,33	2,29	2,59	2,87
20-24	2,42	2,39	2,41	2,44	2,85	2,83
25-29	2,76	2,59	2,61	2,53	2,64	2,82
30-34	3,35	3,05	3,04	2,84	2,83	2,79
35-39	4,03	3,48	3,35	3,06	2,95	2,94
40-44	4,59	4,18	3,68	3,32	3,06	2,99
45-49	5,02	4,65	3,79	3,61	3,22	2,96
<b>Yerleşim yeri</b>						
Kent	3,14	2,99	2,95	2,79	2,79	2,77
Kır	4,06	3,69	3,53	3,43	3,41	3,33
<b>Bölge</b>						
Batı	2,79	2,68	2,68	2,54	2,53	2,51
Güney	3,53	3,37	3,17	3,07	3,08	3,10
Orta	3,48	3,05	2,94	2,76	2,66	2,69
Kuzey	3,48	3,34	3,12	2,76	2,71	2,63
Doğu	4,85	4,68	4,48	4,30	4,18	4,07
<b>Tamamlanmış eğitim</b>						
Eğitim yok/ilkokulu bitirmiş	5,00	4,97	4,68	4,56	4,35	4,35
İlkokul	3,13	3,01	2,91	2,84	2,91	3,02
Ortaokul	2,27	2,22	2,33	2,34	2,61	2,72
Lise ve üzeri	1,96	1,90	2,08	2,06	2,23	2,28
<b>Hanehalkı refah düzeyi</b>						
Düşük	4,25	3,96	3,75	3,69	3,53	3,55
Orta	3,51	3,22	3,10	2,80	2,84	2,83
Yüksek	2,86	2,66	2,68	2,42	2,45	2,42
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	3,46	3,25	3,11	3,01	3,01	3,04
Sosyal güvenceli çalışıyor	2,40	2,08	2,17	2,00	2,18	2,22
Sosyal güvencesiz çalışıyor	3,77	3,50	3,44	3,13	3,12	2,98
<b>TOPLAM</b>	<b>3,47</b>	<b>3,22</b>	<b>3,12</b>	<b>2,94</b>	<b>2,91</b>	<b>2,89</b>

Not: Bu tablonun oluşturulmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.

**TABLO 1.9.** 15-49 yaş arası halen evli olan kadınlarda ortalama istenilen çocuk sayısı, Türkiye 1993-2018 (DEVAM)

	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Ana dil</b>						
Türkçe	-	2,93	2,82	2,63	2,59	2,59
Kürtçe	-	4,76	4,73	4,55	4,35	4,10
Diğer	-	4,36	3,77	3,72	3,70	3,66
<b>Gebeliği önleyici yöntem kullanımı</b>						
Yöntem kullanmıyor	3,74	3,54	3,35	3,10	3,03	2,92
Geleneksel yöntem	3,37	3,13	3,02	2,86	2,81	2,78
Modern yöntem	3,26	2,99	3,05	2,90	2,89	2,92
<b>Sağlık sigortası</b>						
Yok	3,82	3,53	3,41	3,20	3,27	3,29
Var	3,14	2,98	2,98	2,89	2,87	2,85
<b>TOPLAM</b>	<b>3,47</b>	<b>3,22</b>	<b>3,12</b>	<b>2,94</b>	<b>2,91</b>	<b>2,89</b>

Not: Bu tablonun oluşturulmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.

**TABLO 1.9.** 15-49 yaş arası halen evli olan kadınlarda ortalama istenilen çocuk sayısı, Türkiye 1993-2018 (DEVAM)

	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Toplam canlı doğan çocuk sayısı</b>						
0	1,99	1,94	2,07	1,94	2,18	2,18
1	1,96	1,88	1,90	1,91	2,07	2,02
2	2,22	2,23	2,18	2,21	2,34	2,30
3	3,13	3,12	3,08	3,10	3,16	3,19
4	4,07	4,09	4,08	4,10	4,14	4,16
5	5,07	5,06	5,05	5,08	5,12	5,06
6+	7,67	7,71	7,70	7,58	7,37	7,20
<b>Çocuğun cinsiyeti</b>						
Sadece erkek	2,36	2,23	2,23	2,22	2,41	2,35
Sadece kız	2,41	2,35	2,37	2,36	2,41	2,38
Her iki cinsiyet var	4,34	4,09	3,87	3,68	3,50	3,43
Çocuğu yok	1,99	1,94	2,07	1,94	2,18	2,18
<b>Çocuk ölümü deneyimi</b>						
Yok	2,93	2,82	2,78	2,73	2,81	2,80
Var	5,71	5,51	5,36	5,19	4,99	4,96
Çocuğu yok	1,99	1,94	2,07	1,94	2,18	2,18
<b>İdeal çocuk sayısı</b>						
0	3,75	*	*	2,70	2,76	2,95
1	2,21	2,18	2,26	2,06	2,01	1,84
2	2,99	2,76	2,67	2,49	2,39	2,32
3	4,09	3,51	3,29	3,20	2,90	2,80
4+	5,58	4,90	4,56	4,24	3,88	3,74
<b>TOPLAM</b>	<b>3,47</b>	<b>3,22</b>	<b>3,12</b>	<b>2,94</b>	<b>2,91</b>	<b>2,89</b>

Not: Bu tablonun oluşturulmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.

\* Gözlem sayısı 25'ten azdır.

Doğurganlık davranışları ve idealleri, kuramsal çerçevede gösterildiği gibi niyetlerle ilişkilidir. Kadınların toplam çocuk sayısı arttıkça ortalama istenilen çocuk sayısı da artmaktadır. İstenilen çocuk sayısının bir bileşeni gerçekleşen çocuk sayısı olduğundan bu anlaşılabilir bir durumdur. Paritesi 5'ten küçük olan kadınlar için ortalama istenilen çocuk sayısı zamanla artmıştır. Öte yandan, 5 veya daha fazla çocuk sahibi olan kadınlar için bu 25 yıllık zaman diliminde istenilen çocuk sayısı azalmış veya sabit kalmıştır.

Her iki cinsiyetten çocuklara sahip olmak, sadece erkek veya kız çocuklarına sahip olmaya kıyasla daha yüksek istenilen doğurganlıkla ilişkilidir. Daha önce belirtildiği gibi, bu durum her iki cinsiyetten çocukları olan kadınların daha yüksek paritelere sahip olmasıyla ilgili olabilir. Burada, sadece erkek veya sadece kız çocuğu olan kadın kategorisinin, diğer paritelere ek olarak bir çocuklu kadınları kapsadığı belirtilmelidir. Çocuk ölümü de istenilen çocuk sayısı ile ilişkilidir. Çocuk ölümü yaşayan kadınların istenilen çocuk sayısı, bu durumu yaşamayan kadınlara kıyasla daha yüksektir. Zamanla hem çocuk ölümü yaşayan kadınlar hem de bu durumu yaşamayanlar arasında ortalama istenilen çocuk sayısında genel bir düşüş yaşanmıştır.

İdeal çocuk sayısı istenilen doğurganlıkla ilişkilidir. Daha yüksek bir ideal, daha yüksek istenilen çocuk sayısı ile ilişkilidir, ancak ideal çocuk sayısı "0" olan kadınlarda durum farklıdır. Bu kadınlar çoğunlukla çocuklu kadınlardır, ancak zamanda geri gidebilseler çocuksuz kalmayı tercih edeceklerini söylemişlerdir. Bu durum, olumsuz dışsal şartlar veya genel olarak yaşam durumlarından duydukları memnuniyetsizlikle ilişkili olabilir. İdeal çocuk sayısı "1" olan kadınların da istenilen doğurganlığı daha yüksektir. İdeal çocuk sayısının, çocuğu olmayan veya bir çocuğu olan kadınlar arasında istenilen doğurganlıktan daha düşük olması, gelecekteki çalışmalarda analiz edilmesi gereken dikkat çekici bir durumdur.

Tablo 1.10, halen evli kadınlar arasında 1993-2018 dönemindeki istenilen (beklenen) ve gerçekleşen çocuk sayısı arasındaki ilişkiyi sunmaktadır. Burada, istenilen çocuk sayısı gerçekleşen çocuk sayısından az olamaz; çünkü bu değişken gerçekleşen çocuk sayısı ve ilave olarak istenilen çocuk sayısının toplamıyla oluşturulmuştur. İstenilen çocuk sayısı gerçekleşen çocuk sayısına eşit olan kadınlar, kısa veya uzun vadede başka çocuk istemeyenlerdir; yani doğurganlıklarını sınırlandırmak istemektendirler. Tüm araştırma yılları boyunca, gerçekleşen paritesi istenilen çocuk sayısına eşit olan kadınların payı, istenilen çocuk sayısının gerçekleşen pariteyi geçtiği kadınların payından çok daha yüksektir. İstenilen çocuk sayısı gerçekleşen çocuk sayısına eşit olan kadınların payı 2003'te en yüksek seviyeye ulaşmış ve 2013'te en düşük seviyeye inmiş olsa da 1993-2018 yılları arasında %71'den %69'a gerilemiştir. Bununla birlikte, istenilen çocuk sayısı gerçekleşen paritesini aşan kadınların payı bu 25 yıllık dönemde (%29'dan %31'e) yükselmiştir. 2003-2013 dönemi artışın en büyük olduğu dönem olarak görülmektedir. 2018'den önceki son beş yılda ise artış azalmış ve oran %31 seviyesinde kalmıştır.

Yaş, istenilen-gerçekleşen parite ilişkisini belirleyen önemli bir değişkendir. Beklendiği gibi, yaş arttıkça, istenilen çocuk sayısı gerçekleşen çocuk sayısını aşan kadınların payı azalmaktadır. Kadınların yerleşim yerine bakıldığında büyük farklılık olmadığı görülmektedir. Ancak, kırsal alanlarda ikamet eden kadınlarda kentsel alanlarda yaşayan kadınlara kıyasla istenilen>gerçekleşen yüzdesi daha düşüktür. Kırsal alanlarda yaşayan kadınların nispeten daha yüksek paritesi olduğu göz önüne alındığında, bu bulgu beklenen bir sonuçtur. Bölge değişkeni farklı bölgelerde ikamet eden kadınlar arasında istenilen-gerçekleşen ilişkisinde bir farklılık olduğunu göstermektedir. İdeal-gerçekleşen ilişkisine benzer şekilde, Doğu bölgesinde yaşayan kadınlarda istenilen>gerçekleşen payı, diğer bölgelerde yaşayan kadınlara kıyasla daha yüksektir. Bu, Doğu bölgesinde doğurganlığını

sınırlandırmayı düşünmeyen kadınların payının diğer bölgelere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu arada Kuzey bölgesi, 1993 ve 2018 araştırmaları dışında, daha fazla çocuk sahibi olmayı istemede en düşük düzeydedir.

Sosyo-ekonomik değişkenlere baktığımızda, eğitim düzeyinin de istenilen-gerçekleşen doğurganlık farkı ile ilişkili olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça, çocuk sahibi olmak isteyen kadınların payı da artmaktadır. Bu sonuç beklentilerimizle çelişse de eğitilmiş kadınların daha az eğitilmiş olanlardan çoğunlukla daha genç olduğu düşünüldüğünde, bu bulgu da makuldür. Kadınların hanehalkı refah düzeyi açısından istenilen-gerçekleşen ilişkisinde çok fazla fark yoktur. Genel eğilimler doğrultusunda, istenilen çocuk sayısı gerçekleşen paritesine eşit olan kadınların payı, çocuk sahibi olmayı sürdürmek isteyen kadınların payından fazladır. Mevcut istihdam durumu da istenilen-gerçekleşen doğurganlık ilişkisi ile ilintilidir. Herhangi bir sosyal güvencesi olmadan istihdam edilmiş kadınlar arasında doğurganlığını sınırlandırmak isteyenlerin payı, çalışmayan veya sosyal güvenceli çalışan kadınların payından daha yüksektir.

Doğurganlığı sınırlandırma isteğinde (istenilen=gerçekleşen) sosyal güvencesiz çalışan kadınlar ile sosyal güvenceli çalışan kadınlar arasındaki fark, çalışmayan kadınlar ile sosyal güvenceli çalışan kadınlar arasındaki farktan daha büyüktür. 2018 yılında, doğumlarını sınırlandırmayı isteyenlerin payında, sosyal güvencesiz çalışan kadınlar (%82) ve sosyal güvenceli çalışan kadınlar (%66) arasında 16 yüzde puanlık bir fark vardır.



**TABLO 1.10.** 15-49 yaş arası halen evli kadınlarda istenilen ve gerçekleşen çocuk sayısı arasındaki ilişki, Türkiye 1993-2018

	1993 TNSA		1998 TNSA		2003 TNSA	
	istenilen = gerçekleşen	istenilen > gerçekleşen	istenilen = gerçekleşen	istenilen > gerçekleşen	istenilen = gerçekleşen	istenilen > gerçekleşen
<b>Yaş grubu</b>						
15-19	9,2	90,8	10,6	89,4	12,9	87,1
20-24	28,9	71,1	28,8	71,2	28,2	71,8
25-29	62,4	37,6	54,4	45,6	57,1	42,9
30-34	82,3	17,7	78,7	21,3	77,4	22,6
35-39	92,9	7,1	92,3	7,7	89,5	10,5
40-44	96,6	3,4	96,4	3,6	97,7	2,3
45-49	99,1	0,9	98,8	1,2	98,3	1,7
<b>Yerleşim yeri</b>						
Kent	70,6	29,4	69,6	30,4	74,1	25,9
Kır	72,7	27,3	70,9	29,1	73,0	27,0
<b>Bölge</b>						
Batı	74,7	25,3	70,7	29,3	76,7	23,3
Güney	70,5	29,5	68,8	31,2	71,8	28,2
Orta	71,3	28,7	72,6	27,4	76,1	23,9
Kuzey	70,6	29,4	76,1	23,9	80,1	19,9
Doğu	65,2	34,8	61,9	38,1	61,9	38,1
<b>Tamamlanmış eğitim</b>						
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	79,7	20,3	79,5	20,5	78,4	21,6
İlkokul	69,9	30,1	69,5	30,5	75,9	24,1
Ortaokul	62,1	37,9	63,7	36,3	64,8	35,2
Lise veya üzeri	66,5	33,5	59,2	40,8	64,6	35,4
<b>Hanehalkı refah düzeyi</b>						
Düşük	69,6	30,4	69,0	31,0	71,1	28,9
Orta	68,3	31,7	69,5	30,5	73,9	26,1
Yüksek	74,0	26,0	71,1	28,9	75,7	24,3
<b>TOPLAM</b>	<b>71,3</b>	<b>28,7</b>	<b>70,0</b>	<b>30,0</b>	<b>73,8</b>	<b>26,2</b>

Not: Bu tablonun oluşturulmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.

**TABLO 1.10.** 15-49 yaş arası halen evli kadınlarda istenilen ve gerçekleşen çocuk sayısı arasındaki ilişki, Türkiye 1993-2018 (DEVAM)

	1993 TNSA		1998 TNSA		2003 TNSA	
	istenilen = gerçekleşen	istenilen > gerçekleşen	istenilen = gerçekleşen	istenilen > gerçekleşen	istenilen = gerçekleşen	istenilen > gerçekleşen
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	68,8	31,2	68,0	32,0	73,3	26,7
Sosyal güvenceli çalışıyor	75,1	24,9	66,8	33,2	65,0	35,0
Sosyal güvencesiz çalışıyor	76,6	23,4	76,6	23,4	78,4	21,6
<b>TOPLAM</b>	<b>71,3</b>	<b>28,7</b>	<b>70,0</b>	<b>30,0</b>	<b>73,8</b>	<b>26,2</b>

Not: Bu tablonun oluşturulmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.

**TABLO 1.10.** 15-49 yaş arası halen evli kadınlarda istenilen ve gerçekleşen çocuk sayısı arasındaki ilişki, Türkiye 1993-2018 (DEVAM)

	2008 TNSA		2013 TNSA		2018 TNSA	
	istenilen = gerçekleşen	istenilen > gerçekleşen	istenilen = gerçekleşen	istenilen > gerçekleşen	istenilen = gerçekleşen	istenilen > gerçekleşen
<b>Yaş grubu</b>						
15-19	9,1	90,9	2,5	97,5	9,2	90,8
20-24	23,5	76,5	15,5	84,5	20,5	79,5
25-29	47,5	52,5	34,7	65,3	37,7	62,3
30-34	70,4	29,6	55,9	44,1	59,4	40,6
35-39	88,1	11,9	79,1	20,9	81,1	18,9
40-44	94,9	5,1	90,9	9,1	91,6	8,4
45-49	97,9	2,1	97,8	2,2	96,7	3,3
<b>Yerleşim yeri</b>						
Kent	69,8	30,2	62,6	37,4	68,2	31,8
Kır	70,8	29,2	68,5	31,5	71,7	28,3
<b>Bölge</b>						
Batı	71,4	28,6	66,1	33,9	70,4	29,6
Güney	69,4	30,6	64,1	35,9	68,1	31,9
Orta	71,2	28,8	63,1	36,9	73,4	26,6
Kuzey	73,6	26,4	70,1	29,9	72,6	27,4
Doğu	63,9	36,1	55,7	44,3	59,1	40,9
<b>Tamamlanmış eğitim</b>						
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	75,8	24,2	68,2	31,8	75,0	25,0
İlkokul	75,6	24,4	75,5	24,5	81,3	18,7
Ortaokul	49,5	50,5	46,3	53,7	55,1	44,9
Lise veya üzeri	59,4	40,6	50,7	49,3	58,2	41,8
<b>Hanehalkı refah düzeyi</b>						
Düşük	69,8	30,2	63,6	36,4	67,6	32,4
Orta	68,2	31,8	62,5	37,5	68,5	31,5
Yüksek	71,2	28,8	64,5	35,5	70,2	29,8
<b>TOPLAM</b>	<b>70,1</b>	<b>29,9</b>	<b>63,8</b>	<b>36,2</b>	<b>69,0</b>	<b>31,0</b>

Not: Bu tablonun oluşturulmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.

**TABLO 1.10.** 15-49 yaş arası halen evli kadınlarda istenilen ve gerçekleşen çocuk sayısı arasındaki ilişki, Türkiye 1993-2018 (DEVAM)

	2008 TNSA		2013 TNSA		2018 TNSA	
	istenilen = gerçekleşen	istenilen > gerçekleşen	istenilen = gerçekleşen	istenilen > gerçekleşen	istenilen = gerçekleşen	istenilen > gerçekleşen
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	68,5	31,5	62,2	37,8	67,4	32,6
Sosyal güvenceli çalışıyor	60,4	39,6	57,5	42,5	65,9	34,1
Sosyal güvencesiz çalışıyor	79,4	20,6	76,1	23,9	82,3	17,7
<b>TOPLAM</b>	<b>70,1</b>	<b>29,9</b>	<b>63,8</b>	<b>36,2</b>	<b>69,0</b>	<b>31,0</b>

Not: Bu tablonun oluşturulmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.

**TABLO 1.10.** 15-49 yaş arası halen evli kadınlarda istenilen ve gerçekleşen çocuk sayısı arasındaki ilişki, Türkiye 1993-2018 (DEVAM)

	1993 TNSA		1998 TNSA		2003 TNSA	
	istenilen = gerçekleşen	istenilen > gerçekleşen	istenilen = gerçekleşen	istenilen > gerçekleşen	istenilen = gerçekleşen	istenilen > gerçekleşen
<b>Ana dil</b>						
Türkçe	-	-	71,5	28,5	75,9	24,1
Kürtçe	-	-	60,6	39,4	61,3	38,7
Diğer	-	-	72,2	27,8	77,4	22,6
<b>Gebeliği önleyici yöntem kullanımı</b>						
Yöntem kullanmıyor	51,4	48,6	51,0	49,0	48,8	51,2
Geleneksel yöntem	81,7	18,3	78,1	21,9	77,1	22,9
Modern yöntem	84,3	15,7	82,4	17,6	86,0	14,0
<b>Sağlık sigortası</b>						
Yok	67,4	32,6	65,1	34,9	70,6	29,4
Var	75,1	24,9	73,8	26,2	75,5	24,5
<b>Toplam canlı doğan çocuk sayısı</b>						
0	7,9	92,1	8,8	91,2	8,2	91,8
1	25,6	74,4	31,1	68,9	32,6	67,4
2	81,4	18,6	81,7	18,3	85,7	14,3
3	89,4	10,6	90,4	9,6	92,7	7,3
4	93,4	6,6	92,8	7,2	94,4	5,6
5	93,3	6,7	94,4	5,6	95,0	5,0
6+	95,3	4,7	93,0	7,0	94,1	5,9
<b>Çocuğun cinsiyeti</b>						
Sadece erkek	57,9	42,1	60,7	39,3	66,4	33,6
Sadece kız	47,5	52,5	49,5	50,5	56,5	43,5
Her iki cinsiyet de var	91,7	8,3	90,8	9,2	92,0	8,0
Çocuğu yok	7,9	92,1	8,8	91,2	8,2	91,8
<b>TOPLAM</b>	<b>71,3</b>	<b>28,7</b>	<b>70,0</b>	<b>30,0</b>	<b>73,8</b>	<b>26,2</b>

Not: Bu tablonun oluşturulmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.

**TABLO 1.10.** 15-49 yaş arası halen evli kadınlarda istenilen ve gerçekleşen çocuk sayısı arasındaki ilişki, Türkiye 1993-2018 (DEVAM)

	1993 TNSA		1998 TNSA		2003 TNSA	
	istenilen = gerçekleşen	istenilen > gerçekleşen	istenilen = gerçekleşen	istenilen > gerçekleşen	istenilen = gerçekleşen	istenilen > gerçekleşen
<b>Çocuk ölümü deneyimi</b>						
Yok	74,2	25,8	74,2	25,8	77,9	22,1
Var	87,6	12,4	86,6	13,4	88,8	11,2
Çocuğu yok	7,9	92,1	8,8	91,2	8,2	91,8
<b>İdeal çocuk sayısı</b>						
0	85,8	14,2	*	*	*	*
1	80,5	19,5	80,2	19,8	85,3	14,7
2	70,4	29,6	69,4	30,6	73,1	26,9
3	68,8	31,2	64,1	35,9	65,3	34,7
4+	72,6	27,4	71,4	28,6	72,0	28,0
<b>TOPLAM</b>	<b>71,3</b>	<b>28,7</b>	<b>70,0</b>	<b>30,0</b>	<b>73,8</b>	<b>26,2</b>

Not: Bu tablonun oluşturulmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.

\*Gözlem sayısı 25'ten azdır.

**TABLO 1.10.** 15-49 yaş arası halen evli kadınlarda istenilen ve gerçekleşen çocuk sayısı arasındaki ilişki, Türkiye 1993-2018 (DEVAM)

	2008 TNSA		2013 TNSA		2018 TNSA	
	istenilen = gerçekleşen	istenilen > gerçekleşen	istenilen = gerçekleşen	istenilen > gerçekleşen	istenilen = gerçekleşen	istenilen > gerçekleşen
<b>Ana dil</b>						
Türkçe	71,3	28,7	65,6	34,4	71,3	28,7
Kürtçe	63,9	36,1	54,2	45,8	60,6	39,4
Diğer	64,9	35,1	65,6	34,4	59,5	40,5
<b>Gebeliği önleyici yöntem kullanımı</b>						
Yöntem kullanmıyor	46,5	53,5	38,8	61,2	45,6	54,4
Geleneksel yöntem	75,1	24,9	66,6	33,4	74,4	25,6
Modern yöntem	80,9	19,1	76,1	23,9	80,9	19,1
<b>Sağlık sigortası</b>						
Yok	66,5	33,5	65,1	34,9	69,0	31,0
Var	70,7	29,3	63,6	36,4	69,0	31,0
<b>Toplam canlı doğan çocuk sayısı</b>						
0	7,5	92,5	12,2	87,8	11,5	88,5
1	32,0	68,0	26,7	73,3	34,0	66,0
2	83,3	16,7	73,3	26,7	78,2	21,8
3	91,5	8,5	86,3	13,7	86,2	13,8
4	91,9	8,1	89,2	10,8	87,5	12,5
5	93,0	7,0	92,6	7,4	94,8	5,2
6+	95,7	4,3	92,0	8,0	95,9	4,1
<b>Çocuğun cinsiyeti</b>						
Sadece erkek	60,3	39,7	53,0	47,0	59,9	40,1
Sadece kız	55,3	44,7	51,9	48,1	55,2	44,8
Her iki cinsiyet de var	91,1	8,9	83,9	16,1	85,8	14,2
Çocuğu yok	7,5	92,5	12,2	87,8	11,5	88,5
<b>TOPLAM</b>	<b>70,1</b>	<b>29,9</b>	<b>63,8</b>	<b>36,2</b>	<b>69,0</b>	<b>31,0</b>

Not: Bu tablonun oluşturulmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.

**TABLO 1.10.** 15-49 yaş arası halen evli kadınlarda istenilen ve gerçekleşen çocuk sayısı arasındaki ilişki, Türkiye 1993-2018 (DEVAM)

	2008 TNSA		2013 TNSA		2018 TNSA	
	istenilen = gerçekleşen	istenilen > gerçekleşen	istenilen = gerçekleşen	istenilen > gerçekleşen	istenilen = gerçekleşen	istenilen > gerçekleşen
<b>Çocuk ölümü deneyimi</b>						
Yok	74,3	25,7	67,7	32,3	72,4	27,6
Var	88,8	11,2	85,5	14,5	83,4	16,6
Çocuğu yok	7,5	92,5	12,2	87,8	11,5	88,5
<b>İdeal çocuk sayısı</b>						
0	92,4	7,6	88,4	11,6	91,4	8,6
1	80,7	19,3	75,9	24,1	83,7	16,3
2	68,7	31,3	68,0	32,0	70,2	29,8
3	67,4	32,6	58,3	41,7	65,7	34,3
4+	69,1	30,9	60,2	39,8	66,7	33,3
<b>TOPLAM</b>	<b>70,1</b>	<b>29,9</b>	<b>63,8</b>	<b>36,2</b>	<b>69,0</b>	<b>31,0</b>

Not: Bu tablonun oluşturulmasında sayısal olmayan yanıtlar dışarıda bırakılmıştır.



Ana dil söz konusu olduğunda, niyet örüntülerinde farklılıklar görülmektedir. İstenilen çocuk sayısı gerçekleşen paritesinden fazla olan kadınların, başka bir deyişle, başka bir çocuk sahibi olmayı düşünen kadınların payı, ana dili Kürtçe olanlar arasında Türkçe olanlara kıyasla daha yüksektir. Bu örüntü 25 yıllık dönemde istikrarlı bir şekilde devam etmiştir. Ancak ana dili Arapça olan kadınları da kapsayan "diğer" kategorisinde eğilimler değişmiştir. Bu kadınların çocuk sahibi olma niyetleri artmış, başka bir deyişle, bu kadınlar arasında istenilen>gerçekleşen payı artmıştır. 2018 yılı itibariyle, sahip olduğu çocuk sayısından daha fazla çocuk isteyen kadınların payı ana dili Kürtçe olan ve diğer etnik kökenlerden olan kadınlar arasında neredeyse eşittir.

Beklendiği üzere, başka çocuk sahibi olmak istemeyen kadınların yani istenilen çocuk sayısı sahip olduğu çocuk sayısına eşit olan kadınların payı, gebeliği önleyici modern yöntem kullanan kadınlarda, geleneksel yöntem kullanan veya hiçbir yöntem kullanmayan kadınlara kıyasla daha fazladır. Herhangi bir yöntem kullanmayan kadınlar, yöntem kullananlara kıyasla daha fazla çocuk istemektedir. Sağlık sigortası olan kadınlar ile sağlık sigortası olmayan kadınlar arasında istenilen-gerçekleşen çocuk sayısı ilişkisinde küçük farklar olsa da bu fark 2018 yılında ortadan kalkmıştır.

Son değişkenler çocuklarla ilgilidir ve istenilen-gerçekleşen doğurganlık ilişkisi ile güçlü ilişkilere sahip olmaları beklenmektedir. Toplam canlı doğum sayısı bu değişkenlerden biridir. Hiç çocuğu olmayan kadınların çoğu gelecekte çocuk sahibi olmak niyetindedir, ancak canlı doğum sayısı arttıkça bu pay azalmaktadır. Bir çocuklu kadınlar da daha fazla çocuğa sahip olmak niyetindedir; 2018 yılında bu kadınların %66'sı daha fazla çocuk sahibi olmayı istemiştir ve bu oran geçmişte daha da yüksektir. Bununla birlikte, 2 veya daha fazla paritesi olan kadınlar arasında başka çocuk isteme oranı önemli ölçüde azalmaktadır. 2018'de, 2 çocuklu kadınların beşte birinden

fazlası daha fazla çocuk isterken; 3, 4, 5 ve 6+ çocuklu kadınlarda bu oran sırasıyla %14, %13, %5 ve %4'tür. Ek olarak, çocuğun cinsiyeti de doğum niyetleri ile ilişkilidir. Sadece erkek veya kız çocuğu olan kadınlar daha fazla çocuk sahibi olmak istemektedir ve istek, kız çocukları anneleri arasında daha da yaygındır. Çocuk ölümü deneyimlemek, başka çocuk sahibi olma niyetiyle ilişkilidir. Bu durum çocuk ölümü deneyimlemiş kadınların daha yüksek pariteye sahip olmaları ve daha büyük yaşta olmaları ile ilgili olabilir. Son olarak, ideal çocuk sayısı doğum niyetleri ile ilişkilidir. İdeal çocuk sayısı "0" olan kadınlar, beklendiği gibi çocuk sahibi olmayı isteyen kadın payı en düşük olan kadın grubudur. İdeal çocuk sayısı arttıkça, başka çocuk sahibi olmayı düşünen kadınların payı da artmaktadır.

### 1.5.3. Kadınların Paritede İlerleme Niyeti Üzerine Çok Değişkenli Analiz

Gözlemlendiği gibi, çapraz tablolarda bazı ilişkiler beklendiği şekilde sonuç vermemiştir. Bunun nedeni diğer değişkenler tarafından aracılık edilen yaş ve parite gibi çok önemli değişkenlerin etkileridir. Bu bağlamda, kadınların doğum niyetleri üzerine çok değişkenli bir analiz, bulgularımıza daha fazla ışık tutacaktır. Bu bölümde, kadınların paritede ilerleme niyetine ilişkin çok değişkenli analiz sonuçları sunulmaktadır.

Kadınların çocuk sahibi olma niyetine ilişkin lojistik regresyon sonuçları odds oranları olarak Tablo 1.11'de sunulmaktadır. Kadınlar, yaşları arttıkça paritede ilerleme isteğine sahip olmaya daha az yatkındır. (Başka) doğum isteme ihtimali, 20-24 yaş arası kadınlarda 15-19 yaş arası kadınlara göre çok farklı değildir. Bununla birlikte, 20-24'ten daha büyük yaşlarda, çocuk sahibi olma isteği daha az olasıdır. Örneğin, 35-39 yaş arası kadınlar 15-19 yaş arası kadınlara kıyasla başka çocuk istemeye %76 daha az meyillidir. Çok değişkenli ortamda bölge, çocuk sahibi olma niyetinin bir diğer önemli belirleyicisidir. Güney, Kuzey ve Doğu bölgelerinde yaşayan kadınlar, Batı bölgesinde ikamet eden kadınlara kıyasla başka doğum istemeye daha yatkındır. Orta bölgedeki kadınlar için odds oranı 1'e yakındır, bu da Orta ve Batı bölgelerinde yaşayan kadınlar arasında doğum niyeti açısından bir fark olmadığını göstermektedir. Kent/kır yerleşim yeri değişkeni doğum niyetleri ile ilişkili görünmemektedir.

Bir diğer önemli belirleyici ana dildir. Ana dili Kürtçe olan kadınlar ana dili Türkçe olanlara göre doğum istemeye 1,3 kat daha fazla yatkındır. Öte yandan, katsayısı anlamsız olmasına rağmen, diğer etnik kökenlerden kadınlar ana dili Türkçe olanlara kıyasla (başka) doğum istemeye 1,2 kat daha fazla yatkındır.

Sosyo-ekonomik değişkenler çocuk sahibi olma niyetiyle anlamlı derecede ilişkili bulunamamıştır. Eğitim değişkeni kategorilerinde odds oranları anlamlı çıkmamış olsa da ilkökul eğitimi olan

kadınlar, lise veya daha yüksek eğitilmiş kadınlara göre doğum niyetine sahip olmaya %10 daha az meyillidir. Ortaokul mezunları, lise veya üzeri eğitilmiş kadınlara kıyasla 1,1 kat daha fazla doğurganlık niyetine sahip olmaya yatkındır. Hanehalkı refah düzeyi ve çalışma durumu da çocuk sahibi olma isteğiyle anlamlı derecede ilişkili değildir.

Mevcut gebeliği önleyici yöntem kullanımı anlamlı bir değişkendir, yöntem kullanmayan kadınlar, modern yöntem kullanan kadınlara göre doğum istemeye 1,6 kat daha fazla meyillidir. Sağlık sigortası olan ve olmayan kadınlar arasındaki odds oranı küçük olmamasına rağmen, sağlık sigortasına sahip olmak doğurganlık niyetiyle anlamlı derecede ilişkili değildir. Bu odds oranına göre, sağlık sigortası olan kadınlar herhangi bir sağlık sigortası olmayan kadınlara göre gelecekte doğum yapmayı istemeye 1,15 kat daha fazla yatkındır.

Doğurganlık değişkenleri, yani, toplam canlı doğan çocuk sayısı, çocukların cinsiyet kompozisyonu, çocuk ölümü deneyimi ve ideal çocuk sayısı doğum niyetleriyle anlamlı şekilde ilişkilidir. Tek çocuklu kadınlara kıyasla, çocuksuz kadınlar doğum niyetine sahip olmaya 6,2 kat daha fazla yatkındır. Öte yandan, daha yüksek pariteye sahip kadınlar, bir çocuklu kadınlara kıyasla paritede ilerleme niyetine sahip olmaya daha az meyillidir. Sadece erkek çocuğu/çocukları olan kadınlar, hem erkek hem kız çocuğu/çocukları olan kadınlara kıyasla başka bir doğum istemeye 1,3 kat daha fazla meyillidir. Sadece kız çocuğu olan kadınlar, her iki cinsiyete sahip çocuklu kadınlara göre çocuk sahibi olmayı istemeye 1,4 kat daha yatkındır. Çocuk ölümü deneyimlemiş kadınlar, bu olayı deneyimlememiş kadınlara göre doğum istemeye 2,6 kat daha fazla meyillidir. Son olarak, ideal çocuk sayısı 0 veya 1 olan kadınların, ideal çocuk sayısı 2 olan kadınlara kıyasla doğum niyetine sahip olma yatkınlığı daha azdır. İdeal çocuk sayısı 3 veya 4 olan kadınların, ideal çocuk sayısı "2" olan kadınlara kıyasla doğum niyetine sahip olma yatkınlığı ise daha yüksektir.

**TABLO 1.11.** Halen evli kadınların çocuk sahibi olma isteğinin belirleyicileri, Türkiye 2018

	Katsayı	Standart hata	P değeri	[%95 Güven Aralığı]		Anlamlılık
<b>Yaş grubu</b>						
15-19 (ref.)	1,000	-	-	-	-	
20-24	1,015	0,620	0,980	0,306	3,365	
25-29	0,830	0,481	0,748	0,266	2,588	
30-34	0,531	0,310	0,280	0,169	1,674	
35-39	0,236	0,139	0,014	0,074	0,749	**
40-44	0,083	0,050	0,000	0,026	0,271	***
45-49	0,019	0,012	0,000	0,005	0,066	***
<b>Yerleşim yeri</b>						
Kent (ref.)	1,000	-	-	-	-	
Kır	1,007	0,135	0,956	0,775	1,310	
<b>Bölge</b>						
Batı (ref.)	1,000	-	-	-	-	
Güney	1,335	0,218	0,077	0,969	1,839	*
Orta	0,995	0,140	0,969	0,755	1,310	
Kuzey	1,203	0,212	0,231	0,876	1,725	
Doğu	2,069	0,333	0,000	1,508	2,839	***
<b>Tamamlanmış eğitim</b>						
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	1,019	0,216	0,930	0,672	1,544	
İlkokul	0,902	0,134	0,488	0,674	1,208	
Ortaokul	1,128	0,160	0,396	0,854	1,492	
Lise veya üzeri (ref.)	1,000	-	-	-	-	
<b>Ortalama bağımlı değişken</b>						
		0,280	SD bağımlı değişken		0,449	
<b>Gözlem sayısı</b>		5.156	F-testi		23.327	
p<.01, ** p<.05, * p<.1						

**TABLO 1.11.** Halen evli kadınların çocuk sahibi olma isteğinin belirleyicileri, Türkiye 2018 (DEVAM)

	Katsayı	Standart hata	P değeri	[%95 Güven Aralığı]		Anlamlılık
<b>Hanehalkı refah düzeyi</b>						
Düşük	1,254	0,252	0,262	0,844	1,862	
Orta	1,185	0,172	0,242	0,891	1,575	
Yüksek (ref.)	1,000	-	-	-	-	
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	1,006	0,159	0,970	0,737	1,373	
Sosyal güvenceli çalışıyor (ref.)	1,000	-	-	-	-	
Sosyal güvencesiz çalışıyor	0,795	0,167	0,275	0,527	1,201	
<b>Ana dil</b>						
Türkçe (ref.)	1,000					
Kürtçe	1,309	0,213	0,098	0,951	1,802	*
Diğer	1,176	0,230	0,406	0,802	1,726	
<b>Gebeliği önleyici yöntem kullanımı</b>						
Yöntem kullanmıyor	1,594	0,199	0,000	1,247	2,037	***
Geleneksel yöntem	1,091	0,136	0,484	0,855	1,393	
Modern yöntem (ref.)	1,000	-	-	-	-	
<b>Sağlık sigortası</b>						
Yok (ref.)	1,000	-	-	-	-	
Var	1,145	0,209	0,457	0,801	1,638	
Ortalama bağımlı değişken		0,280	SD bağımlı değişken		0,449	
Gözlem sayısı		5.156	F-testi		23.327	
p<.01, ** p<.05, * p<.1						

**TABLO 1.11.** Halen evli kadınların çocuk sahibi olma isteğinin belirleyicileri, Türkiye 2018 (DEVAM)

	Katsayı	Standart hata	P değeri	[%95 Güven Aralığı]		Anlamlılık
<b>Toplam canlı doğum sayısı</b>						
0	6,221	1,875	0,000	3,443	11,240	***
1 (ref.)	1,000	-	-	-	-	
2	0,114	0,017	0,000	0,085	0,153	***
3	0,044	0,009	0,000	0,030	0,064	***
4+	0,013	0,004	0,000	0,007	0,024	***
<b>Çocuğun cinsiyeti</b>						
Sadece erkek	1,339	0,199	0,050	1,000	1,793	***
Sadece kız	1,359	0,230	0,070	0,975	1,895	
Her iki cinsiyet var (ref.)	1,000	-	-	-	-	
<b>Çocuk ölümü deneyimi</b>						
Yok (ref.)	1,000	-	-	-	-	
Var	2,646	0,674	0,000	1,605	4,364	***
<b>İdeal çocuk sayısı</b>						
0	0,284	0,226	1,114	0,059	1,352	
1	0,214	0,061	0,000	0,122	0,376	***
2(ref.)	1,000	-	-	-	-	
3	2,920	0,401	0,000	2,231	3,824	***
4+	6,738	1,124	0,000	4,857	9,349	***
<b>Sabit</b>						
	1,305	0,839	0,679	0,369	4,613	
Ortalama bağımlı değişken		0,280	SD bağımlı değişken		0,449	
Gözlem sayısı		5.156	F-testi		23.327	
p<.01, ** p<.05, * p<.1						

## 1.6. Sonuç

Bu çalışma, 1993-2018 yılları arasında altı TNSA'dan elde edilen verileri kullanarak Türkiye'deki doğurganlık tercihlerindeki eğilimleri, bir başka deyişle, doğurganlık idealleri ve niyetlerindeki değişimleri analiz etmiştir. Bunlara ek olarak doğurganlık farkı hem makro hem de mikro düzeyde farklı gerçekleşen doğurganlık göstergeleri dikkate alınarak analiz edilmiştir. Son olarak, doğurganlık niyetinin belirleyicileri, 2018 TNSA verisi ile çok değişkenli lojistik regresyon yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgularımıza göre, 1993-2018 arası 25 yıllık dönemde ideal çocuk sayısı artarken, istenilen çocuk sayısı ortalama olarak azalmıştır. İdeal veya istenilen doğurganlık ile gerçekleşen doğurganlık arasındaki fark olarak hesaplanan doğurganlık farkının, gerçekleşen doğurganlık göstergesi TDH olarak alındığında nasıl yanıltıcı olabileceğini tartıştık. Ancak, gerçekleşen doğurganlık, zamanlamaya göre düzeltilmiş TDH ile ölçüldüğü takdirde, sonuçlar çıkarımlarda bulunmak için daha geçerli olacaktır. Geleneksel TDH göstergesine göre ideal ve gerçekleşen doğurganlık farkı artmış olsa da düzeltilmiş TDH kullanıldığında bu fark mutlak olarak azalmıştır. Dahası, bu fark çoğunlukla negatiftir, bu da (düzeltilmiş TDH ile bir karşılaştırma yapıldığında) gerçekleşen doğurganlığın ideal doğurganlıktan fazla olduğunu göstermektedir. Hem kuramsal hem de ampirik çalışmalarda önerildiği gibi istenilen doğurganlığın, ideal doğurganlığa kıyasla davranış olarak gerçekleşme olasılığı daha yüksektir. Bu nedenle, istenilen-gerçekleşen farkı daha iyi bir gösterge olabilir. Düzeltilmiş TDH kullanıldığında istenilen-gerçekleşen farkı her zaman negatif olmuştur, yani, 1993'ten bu yana tüm araştırma yılları için düzeltilmiş TDH istenilen çocuk sayısından fazla olmuştur. Bu da Türkiye'de gerçekleşen doğurganlığı aşacak şekilde çocuklara fazla talep olmadığını, ancak sadece "kişisel idealler" açısından pronatalizmin arttığını göstermektedir.

Ortalama ideal ve istenilen çocuk sayısındaki değişiklikler de dikkat çekicidir. Ortalama ideal çocuk sayısı artarken, istenilen çocuk sayısı azalmıştır. Bu, kadınların idealleri ve beklentileri arasında bir tutarsızlığa işaret etmektedir. Beklentilerin gerçekleşme ihtimalinin daha yüksek olduğu düşünülürse, gerçekleşen doğurganlık hızlarındaki düşüş, doğurganlık niyetlerindeki bu değişikliklerle de açıklanabilir.

Mikro düzeyde, hipotetik-gerçekleşen karşılaştırması daha fazla bilgi sağlamaktadır. İdeal çocuk sayısı gerçekleşen çocuk sayısını aşan kadınların payı 1993'ten 2018'e 24 yüzde puan artarak %54 seviyesine ulaşmış olsa da istenilen doğurganlığı gerçekleşen doğurganlığını aşan kadınların payı bu süre içinde sadece 2 yüzde puan artarak %31'e ulaşmıştır.

Mikro düzeyde doğurganlık tercihleri ve hipotetik-gerçekleşen ilişkisi kadınların temel özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Çok değişkenli bulgularımız, yaş ve toplam canlı doğan çocuk sayısı, mevcut çocukların cinsiyet kompozisyonu, çocuk ölümü deneyimi ve ideal çocuk sayısı gibi doğurganlık veya çocukla ilgili değişkenlerin çocuk sahibi olma niyetinin önemli belirleyicileri olduğunu göstermektedir. Ayrıca bölge, ana dil ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı önemli belirleyicilerdir. Diğer taraftan, sosyo-ekonomik değişkenler (eğitim, hanehalkı refahı ve istihdam durumu), kent/kır değişkeni ve sağlık sigortasına sahip olma durumu çocuk sahibi olma niyeti ile anlamlı derecede ilişkili bulunmamıştır.

Sonuç olarak, doğurganlık tercihleri ile ilgili analizlerden herhangi bir çıkarım yapmadan önce, kullanılan ölçütler ve tanımlar açıkça araştırılmalıdır. Türkiye'de pronatalizm seviyesinde bir artış olmuştur, ancak bunun niyet ve davranışlara yansıdığı sonucuna varmak yanlış olacaktır. Doğurganlık farkının alternatif ölçütleri, makro düzeyde bakıldığında ülkede gerçekleşen doğurganlığın aslında ideal ve istenilen doğurganlığı aştığını göstermektedir.

Türkiye'de doğurganlık ideallerindeki değişimler ileri analiz edilmesi gereken ilgi çekici bir konudur, ancak "kararsız" kategorisindeki kadınların gelecekteki analizlerde nasıl ele alınacağı kritik bir sorudur. Kararsız kadınları ele alan metodolojik yaklaşımlar daha ayrıntılı ele alınmalı ve çalışılmalıdır. Bunlara ek olarak, bu çalışma sadece yerli nüfusu içermiştir; ancak Türkiye dünyada en yüksek sayıda mülteciye (çoğunlukla Suriyeliler) ev sahipliği yapmaktadır. Türkiye'deki demografik eğilimlerin daha eksiksiz bir şekilde resmedilebilmesi için mültecilerin doğurganlık tercihleri de detaylı olarak incelenmelidir<sup>7</sup>. Bu çalışmadaki nitelikte bir trend analizi şimdilik imkânsız bir girişim olsa da mevcut doğurganlık tercihleri üzerine bir çalışma literatüre önemli katkı sağlayacaktır.

<sup>7</sup> Çağatay, Keskin ve Ergöçmen'in (2021) Türkiye'deki Suriyeli kadınların doğurganlık davranışları üzerine yakın zamanda yayınlanmış bir çalışması mevcuttur. Bu çalışmada Suriyeli göçmenlerin ideal çocuk sayısı ve gerçekleşen doğurganlıklarını karşılaştırmışlardır.

# Kaynaklar

- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB) (2015). Doğum Yardımı Yönetmeliği. Ankara: Resmi Gazete (no: 29364).
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50(2), 179-211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T.
- Ajzen, I., & Klobas, J. (2013). Fertility intentions: An approach based on the theory of planned behavior. *Demographic Research*, 29, 203–232.
- Akram, R., Sarker, A. R., Sheikh, N., Ali, N., Mozumder, M. G. N., & Sultana, M. (2020). Factors associated with unmet fertility desire and perceptions of ideal family size among women in Bangladesh: Insights from a nationwide Demographic and Health Survey. *Plos one*, 15(5), e0233634.
- Altıok, E. (1978). The Development of a Population Policy and Its Implementation. İçinde *Population Policy Formation and Implementation in Turkey*, N. Levine ve S. Üner (Eds.), (pp. 53–74). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Bachrach, C. A., & Morgan, S. P. (2013). A cognitive–social model of fertility intentions. *Population and Development Review*, 39(3), 459–85.
- Balbo, N., Billari, F. C., & Mills, M. (2013). Fertility in Advanced Societies: A Review of Research. *Eur J Population*, 29, 1–38. doi:10.1007/s10680-012-9277-y.
- Beaujouan, E. (2014). Counting how many children people want: The influence of question filters and pre-codes. *Demográfia*, 56(6), 35–61.
- Behrman, J. A., & Erman, J. (2019). An exploration of differences in ideal family size between Muslim and non-Muslim women in France. *Demographic Research*, 41, 617–648.
- Berrington, A. (2021). Fertility desires, intentions, and behaviour. İçinde *Research Handbook on the Sociology of the Family*, Schneider, N. F. ve Kreyenfeld, M. (Eds). Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing. doi:10.4337/9781788975544.00025.
- Billari, F. C., Philipov, D., & Testa, M. (2009). Attitudes, norms and perceived behavioural control: Explaining fertility intentions in Bulgaria. *European Journal of Population*, 25(4), 439–465.
- Brass W. 1978. *The relational Gompertz model of fertility by age of woman*. Londra: Centre for Population Studies, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Chen, M., & Yip, P.S.F. (2017). The Discrepancy Between Ideal and Actual Parity in Hong Kong: Fertility Desire, Intention, and Behavior. *Popul Res Policy Rev* 36, 583–605, <https://doi.org/10.1007/s11113-017-9433-5>.
- ağatay, P., Keskin, F., & Ergöçmen, B. (2021). Fertility behavior of Syrian women in Turkey: the crosscut of intention and regulation. İçinde *Syrian Refugees in Turkey: A Demographic Profile and Linked Social Challenges*, Çavlin, A. (Ed.), Routledge, New York, pp.86–102.



Çağatay, P., Saraç, M., İlyas, İ.E., & Türkyılmaz, A.S. (2015). Bölüm 5: Türkiye’de Doğurganlık Tercihleri. İçinde *2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu.

Demopædia. *Multilingual demographic dictionary, Second Unified Edition*, English volume, 2nd edition. 10. [http://en-ii.demopaedia.org/wiki/Total\\_fertility\\_rate](http://en-ii.demopaedia.org/wiki/Total_fertility_rate). 7 Haziran 2021.

Derose, L. F., Dodoo, F. N. A., & Patil, V. (2002). Fertility desires and perceptions of power in reproductive conflict in Ghana. *Gender & Society*, 16(1), 53–73.

Erfani A. (2017). Low Fertility Intention in Tehran, Iran: The Role of Attitudes, Norms And Perceived Behavioural Control. *Journal of biosocial science*, 49(3), 292–308. doi:10.1017/S0021932016000109.

Eryurt, M. A. (2018). Fertility transition and fertility preferences in Turkey. İçinde *Family Demography in Asia, Gietel-Basten, S., Casterline, J., Choe, M. K. (Eds)*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing. doi:10.4337/9781785363559.00029.

Eryurt, M.A., Canpolat, Ş.B., & Koç, İ. (2013). Türkiye’de Nüfus ve Nüfus Politikaları: Öngörüler ve Öneriler. *Amme İdaresi Dergisi*, 46(4), 129–156.

Gemicioğlu, S., Şahin, H, & Er, E. (2019). Türkiye’de Doğurganlık Analizi: Gelecekteki Doğurganlık Tercihlerinin Önemi. *Sosyoekonomi*, 27(41), 223-234. doi: 10.17233/sosyoekonomi.2019.03.11

Güriz, A. (1975). Türkiye’de Nüfus Politikası ve Hukuk Düzeni. Türkiye Kalkınma Vakfı Yayınları No.2.

HÜNEE (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü) (1994). *Turkey Demographic and Health Survey 1993*. Ankara: HÜNEE, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı ve Macro International Inc.

— (1999). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998*. Ankara: HÜNEE, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Macro International Inc.

— (2004). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.

— (2009). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

— (2014). *2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

— (2019). *2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

*Hürriyet*, 7 Mart 2008, <http://www.hurriyet.com.tr/gundem/8401981.asp>

Johnson-Hanks, J.A., Bachrach, C.A., Morgan, S.P., & Kohler, H.P. (2011). *Understanding Family Change and Variation: Toward a Theory of Conjunctural Action*. New York: Springer.

Kalkınma Bakanlığı (KB). (2014). *Onuncu Kalkınma Planı (2014–2018)*. Ankara: Kalkınma Bakanlığı.

Kalkınma Bakanlığı (KB) & Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB) (2015). *Onuncu Kalkınma Planı: 2014-2018, Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı Eylem Planı*. Ankara: Kalkınma Bakanlığı.

Kim, D. S. (2013). The 1997 economic crisis, changes in the pattern of achieved fertility and ideal number of children in Korea. *İçinde Economic Stress, Human Capital, and Families in Asia*, Yeung, W.-J. ve Yap, T.Y. (Eds.) (ss. 73–89). Dordrecht: Springer.

Liefbroer, A. C. (2009). Changes in family size intentions across young adulthood: A life-course perspective. *European Journal of Population/Revue européenne de Démographie*, 25(4), 363–386.

Liefbroer, A. C., Klobas, J. E., Philipov, D., & Ajzen, I. (2015). Reproductive decision-making in a macro-micro perspective: A conceptual framework. *İçinde Reproductive decision-making in a macro-micro perspective*, Philipov, D., Liefbroer, A. C. ve Klobas, J. E. (Eds.), (ss. 1–15). Springer. doi:10.1007/978-94-017-9401-5\_1.

Lutz, W. (2007). Adaptation versus mitigation policies on demographic change in Europe. *Vienna Yearbook for Population Research*, 19–26. doi:10.1553/populationyearbook2007s19

Miller, W. B. (1994). Childbearing motivations, desires, and intentions: A theoretical framework. *Genetic, Social, and General Psychological Monographs*, 120, 223–258.

—— (2011). Differences between fertility desires and intentions: implications for theory, research and policy. *Vienna Yearbook of Population Research*, 9, 75–98.

Miller, W., & Pasta, D. J. (1993). Motivational and nonmotivational determinants of child-number desires. *Population and Environment*, 15, 113–138.

—— (1994). The psychology of child timing: A measurement instrument and a model. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 221–250.

—— (1995). Behavioral intentions: Which ones predict fertility behavior in married couples? *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 530–555.

Mills, M., & Begall, K. (2010). Preferences for the sex-composition of children in Europe: A multilevel examination of its effect on progression to a third child. *Population studies*, 64(1), 77–95.

Morgan, P. S. (1982). Parity-specific fertility intentions and uncertainty: The United States, 1970 to 1976. *Demography*, 19(3), 315–334.

- Morgan, S. P., & Bachrach, C. (2011). Is the theory of planned behaviour an appropriate model for human fertility? *Vienna Yearbook of Population Research*, 10(9), 11–18. doi:10.1553/populationyearbook2011s11.
- Moultrie, T. A. (2013). The relational Gompertz model. *Tools for demographic estimation*, 1, 54–68.
- Peker, M. (1983). Nüfus Politikaları. İçinde *Türkiye’de Planlı Dönemde Nüfus ve Aile Planlaması Çalışmaları*, (ss. 41-57). Ankara: T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Sosyal Planlama Başkanlığı.
- Philipov, D. (2009). Fertility intentions and outcomes: the role of policies to close the gap. *European Journal of Population/Revue européenne de Démographie*, 25(4), 355.
- (2011). Theories on fertility intentions: A demographer’s perspective. *Vienna Yearbook of Population Research*, 9, 37–45. doi:10.2307/41342801.
- Philipov, D., & Bernardi, L. (2012). Concepts and operationalisation of reproductive decisions implementation in Austria, Germany and Switzerland. *Comparative Population Studies*, 36(2–3), 495–530.
- Quesnel-Vallée, A., & Morgan, S. P. (2003). Missing the target? Correspondence of fertility intentions and behavior in the US. *Population research and policy review*, 22(5), 497–525.
- Rabbi, A. M. F. (2014). Factors influencing fertility preference of a developing country during demographic transition: Evidence from Bangladesh. *South East Asia Journal of Public Health*, 4(2), 23–30.
- Rashid, A. S., Ab Ghani, P., Mahmud, A., Ismail, N., & Aziz, A. A. (2018). Fertility preferences in Malaysia. İçinde *Family Demography in Asia, Gietel-Basten, S., Casterline, J., Choe, M. K. (Eds)*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing. doi:10.4337/9781785363559.00017.
- Ray, C. M., Harcey, S. R., Greil, A. L., Tiemeyer, S., & McQuillan, J. (2018). Stability and change in personal fertility ideals among US women in heterosexual relationships. *Demographic Research*, 39, 459–486.
- Ryder, N. B. (1976). The Specification of Fertility Planning Status. *Family Planning Perspectives*, 8(6), 283–290. doi:10.2307/2134407.
- Ryder, N. B., & Westoff, C. (1971). *Reproduction in the United States, 1965*. Princeton: Princeton University Press.
- Schoen, R., Astone, N.M., Kim, Y.J., Nathanson, C.A., & Fields, J.M. (1999). Do Fertility Intentions Affect Fertility Behaviour?, *Journal of Marriage and Family*, 61(3): 790–799.
- Sobotka, T., & Lutz, W. (2010). Misleading policy messages derived from the period TFR: Should we stop using it? *Comparative Population Studies*, 35(3): 637-664. doi:10.4232/10.CPoS-2010-15en.
- T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı (2019). *On Birinci Kalkınma Planı: 2019-2023*. Ankara: Strateji ve Bütçe Başkanlığı.

Testa, M. R. (2006). *Childbearing preferences and family issues in Europe*. Special Eurobarometer 253/Wave 65.1—TNS Opinion & Social, European Commission.

—— (2012). *Family sizes in Europe: Evidence from the 2011 Eurobarometer survey*. Vienna: Vienna Inst. of Demography.

Testa, M. R., & Grilli, L. (2006). The influence of childbearing regional contexts on ideal family size in Europe. *Population*, 61(1), 99–127.

Toulemon, L., & Testa, M. R. (2005). Fertility intentions and actual fertility: A complex relationship. *Population & Societies*, 415, 4.

Trent, R. B. (1980). Evidence bearing on the construct validity of “ideal family size”. *Population and Environment*, 3(3–4), 309–327.

Van Peer, C. (2000). Desired and realized fertility in selected FFS-countries. *the FFS Flagship Conference'ta sunulmuş bildiri*, 29–31 Mayıs, Brüksel.

Westoff, C. F. (2010). *Desired Number of Children: 2000-2008*. DHS Comparative Reports No. 25. Calverton, Maryland, USA: ICF Macro.

Westoff, C. F., & Ryder, N. B. (1977). The predictive validity of reproductive intentions. *Demography*, 14(4), 431-453.

Zaba, B. (1981). *Use of the Relational Gompertz Model in Analysing Fertility Data Collected in Retrospective Surveys*. Centre for Population Studies Research Paper 81-2. Londra: Centre for Population Studies, London School of Hygiene & Tropical Medicine.

# Bölüm 2

Türkiye’de Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımında Öncü  
ve Geride Kalmış Sosyal Grupların Belirlenmesi İçin  
Eğilim Analizi: 1993-2018

İsmet Koç □ Melike Saraç

## 2.1. Giriş

Türkiye birinci demografik geçiş sürecinin son aşamasında bir ülke olmakla birlikte, birinci demografik geçişin unsurlarıyla birlikte ikinci demografik geçiş sürecinin bazı unsurları da gözlenmektedir. Yaşanan dönüşümün en çarpıcı olanı doğurganlık seviyesinde yaşanan dönüşümdür. Halen ciddi bölgesel farklılıklar olmasına karşın, Türkiye'deki doğurganlık seviyesi, son 40 yılda kadın başına 5 çocuktan 2 çocuğa doğru gerilemiştir. Doğurganlık seviyesinin ikame seviyesine düşmesinin arkasında, hızlı sosyo-ekonomik dönüşümün bir sonucu olarak giderek yaygınlaşan kontraseptif yöntemlerin kullanılması yatmaktadır. Bu dönemde, gebeliği önleyici yöntem kullanan evli kadınların oranı yüzde 38'den yüzde 70'e; modern kontraseptif yöntemlerini kullanan kadınların oranı ise yüzde 13'ten yüzde 49'a yükselmiş; geleneksel yöntem kullanan kadınların oranı ise yüzde 25'ten yüzde 21'e gerilemiştir. Türkiye'de evli kadınların halen yüzde 30'u gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmamaktadır (HUIPS, 1980; HUIPS, 2019). Türkiye'de gebeliği önleyici yöntem kullanımında, özellikle de modern yöntem kullanımında gözlenen bu artışın, Batı Avrupa ülkelerinin doğurganlık dönüşümünde de öncül rol oynayan gruplar aracılığı ile gerçekleştirildiği görülmektedir. Batı Avrupa ülkelerinde yaşanan doğurganlık dönüşümünün başlangıcında ve sonraki sürecinde rol oynayan bu öncül sosyal gruplar, Livi-Bacci (1986) tarafından, forerunners olarak isimlendirilmektedir. Difüzyon teorisi, bu sürecin daha eğitimli ve yüksek sosyo-ekonomik seviyeye sahip ve kentli olan öncül sosyal grupların kontraseptif kullanımı aracılığıyla ulaştıkları düşük doğurganlık seviyesine zamanla diğer sosyal grupların da katılması şeklinde gerçekleştiğine vurgu yapmaktadır. Difüzyon teorisi, diğer sosyal gruplar arasında kontraseptif kullanımının öncül sosyal grupların etkisi ile zaman içinde artması sonucu tamamlanabileceğine vurgu yapmaktadır. Bu süreç, difüzyon teorisini geliştiren demograflar tarafından öncül sosyal gruplar

arasında gelişen aile planlaması yöntemleri hakkındaki yeni fikir ve değerlerin ve onların kullanımının kontraseptif davranışlarındaki değişimin etkisiyle "küçük aile normunun yayılması" olarak ifade edilir. Bu süreç, difüzyon teorisini geliştiren demograflar tarafından öncül sosyal gruplar arasında kullanımı yaygınlaşan aile planlaması yöntemleri hakkındaki yeni fikir ve değerlerin ve kullanımının geride kalan gruplara doğru difüzyon etmesi şeklinde ifade edilmektedir (Knodel ve van de Walle, 1979; Palloni, 1984; Cleland, 1985; Coale ve Watkins, 1986; Bongaarts ve Watkins, 1996; Cleland ve Wilson, 1987; Casterline, 2001). Bu anlamda, Coale (1980), difüzyon perspektifini destekleyen bir biçimde doğurganlığın azalmasının arkasında bulunan ve bireyin düşünsel değişimine etki eden üç ön koşulu -hazır olmak, istekli olmak ve yapabilmek- ile çiftlerin aile planlaması yöntemlerine "bilinçli seçim hesabı içinde" karar verdiğini ortaya koymaktadır.

Yukarıda tartışıldığı gibi, Türkiye, öncül ve geride kalmış grupların etkisiyle doğurganlık dönüşümüne girmek konusunda bir istisna oluşturmamaktadır. Bu bağlamda, çalışmanın birbiriyle ilişkili iki amacı bulunmaktadır:

- (1) Türkiye'de kontraseptif kullanma sürecinde öncül ve geride kalmış sosyal grupları saptamak.
- (2) Türkiye'deki kontraseptif bilgi, kullanım, niyet, kaynak ve bırakma süreçlerindeki politika boşluklarını ve politika önceliklerini anlamak.

## 2.2. Veri ve Yöntem

Bu çalışmanın verisini 1993 ve 2018 yılları arasında her beş yılda bir gerçekleştirilen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları oluşturmaktadır. Araştırmaların soru kağıdı ve örneklem tasarımları benzer olduğundan, veri setleri karşılaştırmalı analizler yapmaya imkan sağlamaktadır (HUIPS, 1994; HUIPS, 1999; HUIPS, 2004; HUIPS, 2009; HUIPS, 2014; HUIPS, 2019). Çalışmanın temel analiz birimi, üreme çağındaki (15-49 yaş) halen evli kadınlardır. Ayrıca verinin izin verdiği durumlarda hiç evlenmemiş kadınların kontraseptif davranışları da incelenmektedir. Bu çalışmada, gebeliği önleyici yöntemler modern ve geleneksel yöntemler olarak ikiye ayrılmıştır. Modern yöntemler; tüplerin bağlanması, erkeğin kanallarının bağlanması, hap, RiA, iğne, implant, kondom, kadın kondomu, diyafram/köpük/jel, vajinal halka ve acil korunma hapı yöntemlerini kapsamaktadır. Geleneksel yöntemler ise, takvim ve geri çekme yöntemlerini içermektedir.

Bu çalışma Türkiye'deki gebeliği önleyici yöntemler ile ilgili olarak aşağıda sıralanan konulara odaklanmaktadır: (1) Gebeliği önleyici yöntem bilgisi, (2) gebeliği önleyici yöntem kullanımı, (3) gebeliği önleyici yöntem kullanımı niyeti (doğumu sonlandırmak ya da doğumların arasını açmak), (4) gelecekte gebeliği önleyici yöntem kullanımı, (5) gebeliği önleyici modern yöntemlerin temin edildiği kaynaklar, (6) gebeliği önleyici yöntemin bırakılması ve başarısızlık hızları ve (7) gebe kalınabilecek döneme ilişkin bilgi. Çalışmada, betimleyici eğilim analizi yaklaşımı, TNSA-1993'ten TNSA-2018'e kadar olan araştırma yıllarına ve kullanılan değişkenlere göre karşılaştırmalı olarak kullanılmıştır. Çalışma kapsamında kullanılan değişkenler: Yaş (15-19'dan 45-49'a kadar), yerleşim yeri (Kent/Kır), bölge (Batı/Güney/Orta/Kuzey/Doğu), eğitim (Eğitimi yok/İlkokul/Ortaokul/Lise veya Üniversite), hane halkı refahı (En düşük/Düşük/Orta/Yüksek/En yüksek), ana dil (Türkçe/Kürtçe/Arapça ve diğerleri), çocuk sayısı (0, 1-2, 3-4, 5 ve üzeri) ve çalışma durumudur (Çalışmıyor/Sosyal güvenceli çalışıyor/Sosyal güvencesiz çalışıyor).

## 2.3. Öncül ve Geride Kalmış Sosyal Grupların Belirlenmesi

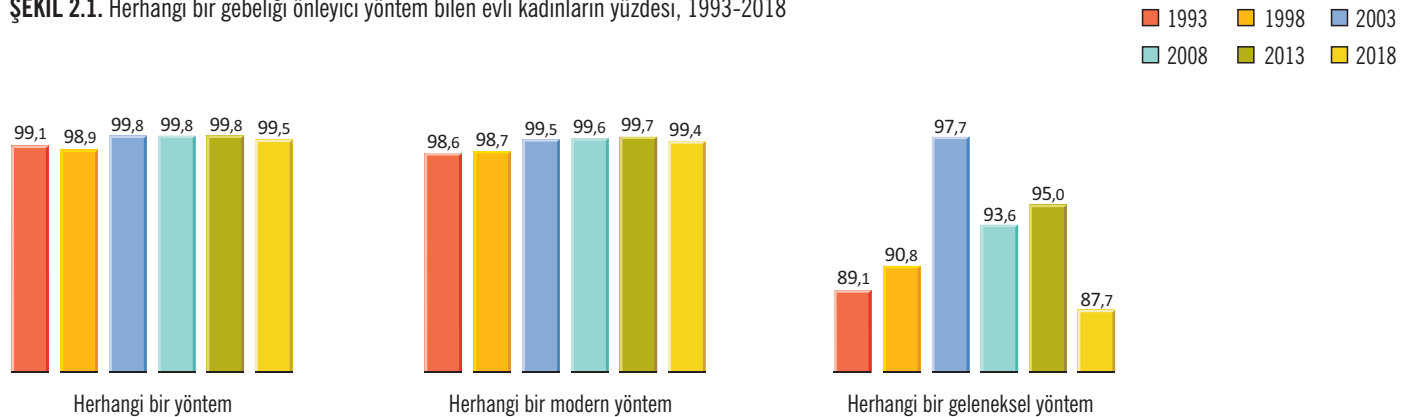
### 2.3.1. Gebeliği Önleyici Yöntem Bilgisi<sup>8</sup>

Gebeliği önleyici yöntemlerin bilinçli seçiminin önemli boyutlarından birisi de yöntemler hakkında bilgi seviyesidir. Türkiye’de halen evli kadınların tamamına yakını en az bir aile planlaması yöntemini bilmektedir. Benzer şekilde, halen evli kadınların neredeyse tamamı bir aile planlaması yöntemini duyduğunu beyan etmiştir. Aynı örüntü, halen evli kadınlar arasında herhangi bir modern yöntem bilgisi bağlamında da mevcuttur. Ancak, herhangi bir geleneksel yöntem bilen kadınların oranı, 2003’te yüzde 98 iken 2018’de yüzde 88’e gerilemiştir (Şekil 2.1 ve Tablo 2.A.1). Bu durum, halen evli kadınlar arasında geleneksel yöntem bilgisi seviyesinin modern yöntem bilgisi seviyesinden daha düşük olduğunu göstermektedir. 2018 yılında halen evli kadınlar arasında en çok bilinen yöntemler, yüzde 91 seviyesinin üzerinde hap, tüplerin bağlanması, RİA ve kondom yöntemleridir. Bu yöntemlerin birçoğunun bilgi seviyesinde zaman içinde artış görülmektedir. Halen evli kadınlar arasında RİA yöntemine ilişkin bilgi seviyesi yüzde 93’ün üzerinde olmasına karşın, bu oran zaman içinde yüzde 97’den yüzde 94’e gerilemiştir. Türkiye’de halen evli kadınlar arasında diyafram/köpük/jel yöntemlerine

ilişkin bilgi seviyesi zaman içinde önemli ölçüde azalırken; iğne ve implant yöntemlerine ilişkin bilgi seviyesi artmaktadır. Geleneksel yöntemler arasında bulunan geri çekme yöntemi, tüm araştırma yılları için halen evli kadınlar arasında yüzde 86-87 seviyesinde en çok bilinen yöntemdir. Halen evli kadınların takvim yöntemini bilme seviyesi zaman içinde artış göstermekle birlikte, bu kadınların ancak üçte biri bu yöntemi bilmektedir (Şekil 2.2 ve Tablo 2.A.2). Halen evli kadınlar arasında 1993’te 6,2 olan ortalama bilinen yöntem sayısı, 2018’de 7,6’ya yükselmiştir (Tablo 2.A.1.)

Halen evli kadınlar arasında modern yöntem bilgisi kadınların temel özelliklerine göre incelendiğinde, sonuçlar bir kez daha neredeyse tüm gruplardaki kadınların en az bir aile planlaması yöntemini bildiğini teyit etmektedir. Ancak, eğitimsiz ve çocuğu olmayan kadınlar diğer sosyal gruplara göre gebeliği önleyici yöntem bilgisi bakımından geride kalmış sosyal gruplar olarak görünmektedir (Tablo 2.A.2). Gebeliği önleyici yöntemlerin seçiminde geleneksel yöntem bilgisi de modern yöntem bilgisi

ŞEKİL 2.1. Herhangi bir gebeliği önleyici yöntem bilen evli kadınların yüzdesi, 1993-2018



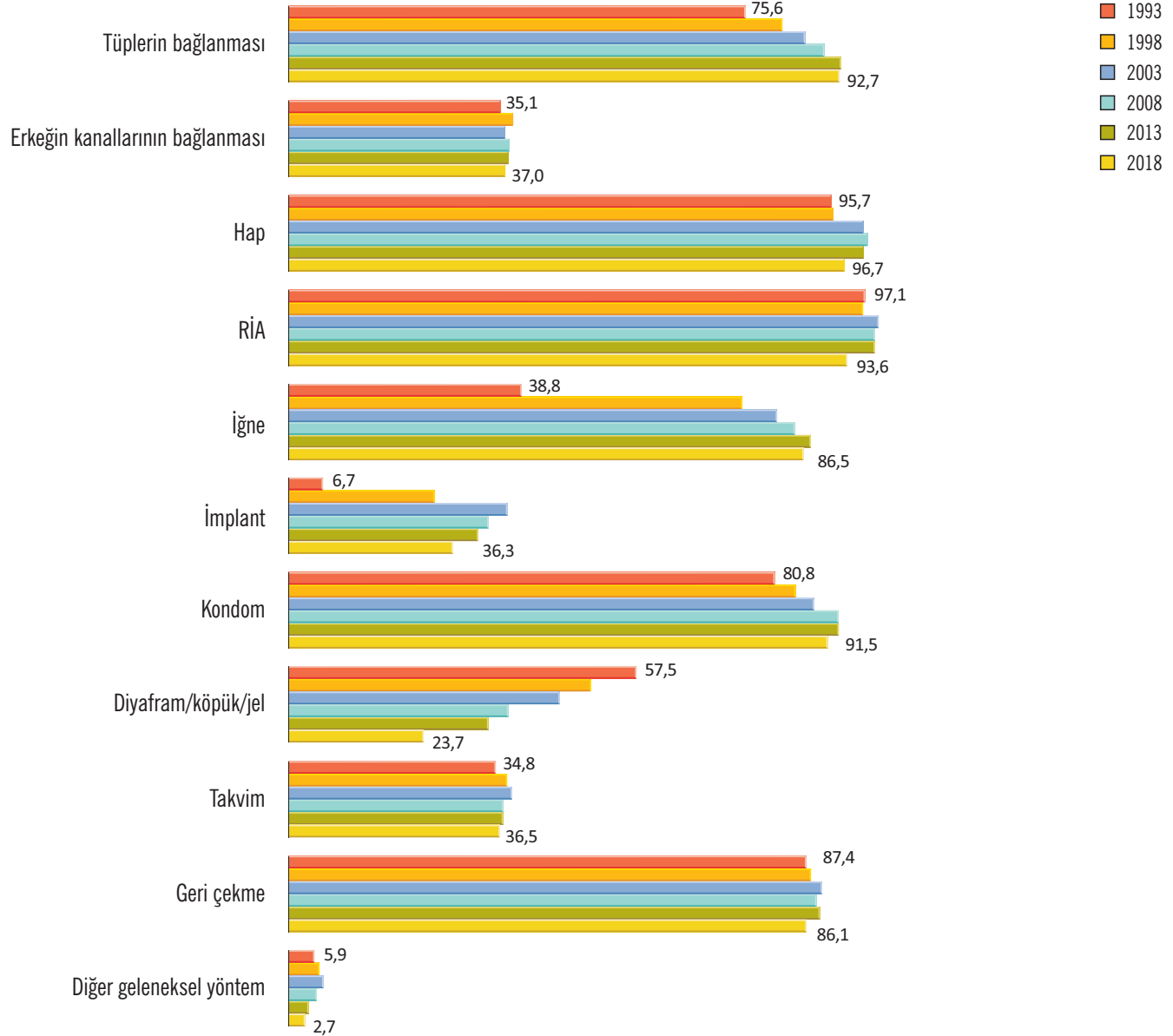
<sup>8</sup> "Gebeliği önleyici yöntem bilgisi", gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili bilginin kalitesini değil, cevaplayıcıların bu yöntemi duyup duymadığını ifade etmektedir.



kadar önemlidir. Bu nedenle, çalışma kapsamında geleneksel yöntem bilgisi de detaylı olarak analiz edilmektedir. Yukarıda tartışıldığı gibi, Türkiye’de halen evli kadınlar arasında geleneksel yöntem bilgisi yaygınlığı yüzde 88 civarındadır. Ancak, geleneksel

yöntem bilgisi yaygınlığı daha genç, eğitimsiz, kırsal alanlarda ve Doğu bölgesinde yaşayan, yoksul, ana dili Arapça veya Kürtçe olan, çocuğu olmayan ve çalışmayan kadınlar arasında ortalamadan çok daha düşüktür (Tablo 2.A.3).

**ŞEKİL 2.2.** Herhangi bir gebeliği önleyici yöntem bilen evli kadınların bildikleri yöntemlere göre yüzdesi, 1993-2018



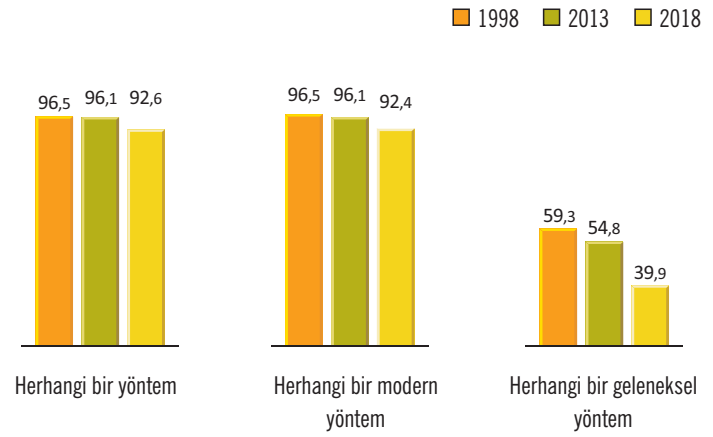
Hiç evlenmemiş kadınlar arasındaki gebeliği önleyici yöntem bilgisi seviyesi halen evli kadınlara göre daha düşüktür. TNSA-2018 sonuçlarına göre, hiç evlenmemiş kadınların yalnızca yüzde 40'ı en az bir geleneksel yöntem bilirken, yüzde 92'si en az bir modern yöntem bilmektedir. Hiç evlenmemiş kadınlar arasında gebeliği önleyici yöntem bilgisi seviyesi zaman içinde önemli ölçüde azalmaktadır. 1998'de, hiç evlenmemiş kadınların yüzde 97'si en az bir modern yöntem bilirken; 2018 yılında bu oran yüzde 92'ye gerilemiştir. Aynı dönemde, geleneksel yöntem bilgisi yaygınlığı ise yüzde 59'dan yüzde 40'a gerilemiştir (Şekil 2.3 ve Tablo 2.A.4).

Buna paralel olarak, hiç evlenmemiş kadınların bildiğini beyan ettiği ortalama gebeliği önleyici yöntem sayısı, 2013-2018 yılları arasında 5,8'den 5,1'e düşmüştür. Bu azalma, aynı dönemde bilinen gebeliği önleyici yöntemlerin çeşitleri için de geçerlidir. Hiç evlenmemiş kadınlar arasında hap yöntemi bilgisi yüzde 91'den yüzde 83'e; RİA yöntemi bilgisi yüzde 90'dan yüzde 63'e; iğne yöntemi bilgisi yüzde 65'ten yüzde 47'ye; geri çekme yöntemi bilgisi yüzde 47'den yüzde 33'e gerilemiştir. Bu sonuçlar, hiç evlenmemiş kadınların gebeliği önleyici yöntem bilgisi açısından geride kalmış bir sosyal grup olduğuna işaret etmesi açısından önemlidir (Şekil 2.4 ve Tablo 2.A.4).

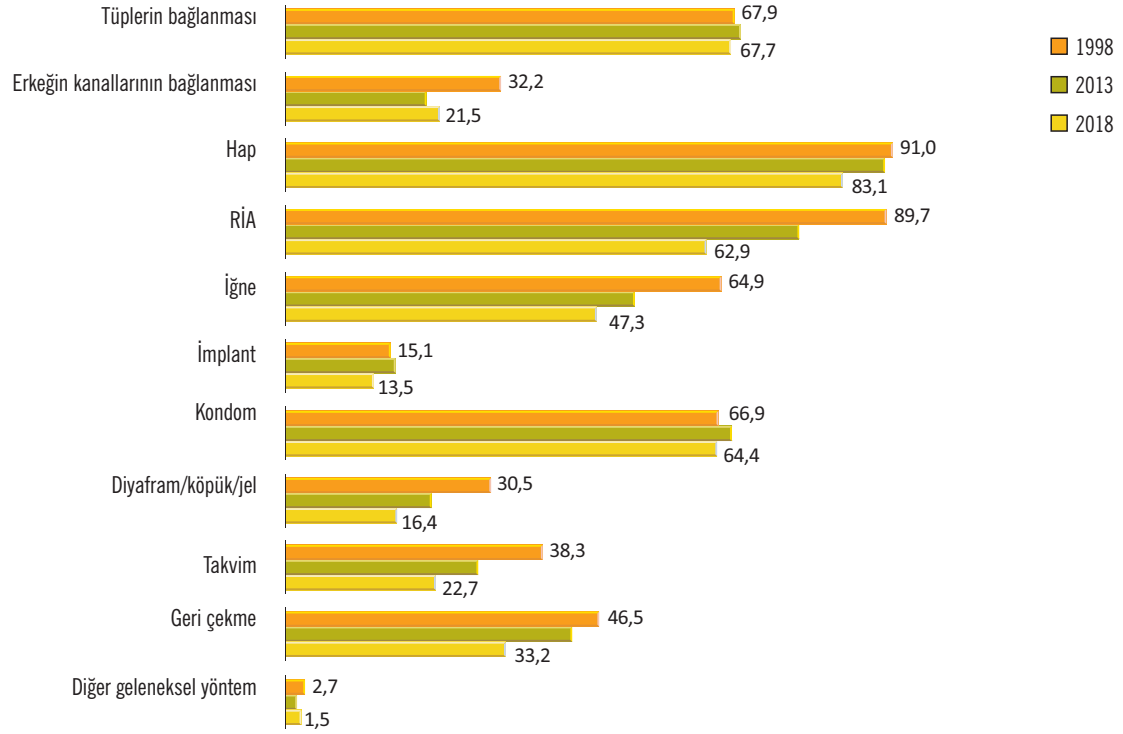
Gebeliği önleyici yöntem bilgisine kadınların temel özelliklerine göre bakıldığında, hiç evlenmemiş kadınların modern ve geleneksel yöntem bilgisi seviyesinin zaman içinde azaldığı görülmektedir (Tablo 2.A.5 ve Tablo 2.A.6). Gebeliği önleyici yöntem bilgisi seviyesindeki azalma en çok daha genç, kırsal alanlarda yaşayan, Güney ve Kuzey bölgelerde yaşayan, ilkokul ya da ortaokul mezunu, yüksek refah seviyesine sahip, ana dili Türkçe olan ve iş gücüne katılmayan kadınlar arasındadır (Tablo 2.A.5). 1998-2018 döneminde hiç evlenmemiş kadınların geleneksel yöntem bilgisi seviyesindeki yüzde 33 civarındaki düşüşün etkileri kadınların temel özelliklerinde de görülmektedir.

Daha genç, eğitimsiz ve çalışmayan kadınlar arasında geleneksel yöntem bilgisi seviyesindeki azalma yüzde 50'ye ulaşmaktadır. Hiç evlenmemiş kadınlar arasında modern ve geleneksel yöntem bilgisi seviyesindeki azalma, kadınların gelecekteki üreme sağlığı davranışlarıyla ilgili belirsizliğin bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

**ŞEKİL 2.3.** Herhangi bir gebeliği önleyici yöntem bilen hiç evlenmemiş kadınların yüzdesi, 1993-2018



**ŞEKİL 2.4.** Herhangi bir gebeliği önleyici yöntem bilen hiç evlenmemiş kadınların bildikleri yöntemlere göre yüzdesi, 1993-2018



### 2.3.2. Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı

Üreme sağlığı göstergelerinden birisi de üreme çağındaki kadınların gebeliği önleyici yöntem bilgisi sonucu oluşan ve doğrudan doğurganlık davranışlarını etkileyen halen evli kadınlar arasındaki gebeliği önleyici yöntem kullanımıdır. Türkiye’de 1993-2013 yılları arasında herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanan kadınların oranı yüzde 63’ten yüzde 74’e yükselmiştir. Bu oran 2018 yılına gelindiğinde yüzde 70’e gerilemiştir. Aynı dönemde halen evli kadınlar arasında geleneksel yöntem kullanımı yaygınlığı yüzde 28’den yüzde 21’e düşerken, modern yöntem kullanım yaygınlığı ise yüzde 35’ten yüzde 49’a yükselmiştir. Özellikle son beş yılda, herhangi bir kontraseptif yöntemi

kullanmayan kadınların oranı yüzde 27’den yüzde 30’a yükselmiştir (Şekil 2.5). Bu gelişmeler, temel olarak halen evli kadınlar arasındaki yöntem kullanmama davranışının artmasının bir sonucu olarak son beş yıl içinde yöntem kullanımının azalmasına işaret etmektedir.

Bireysel yöntem kullanımının zaman içindeki değişimine bakıldığında (Şekil 2.6), hap yöntemi kullanımının tüm dönem boyunca yüzde 5 civarında durağan kaldığı; RIA yöntemi kullanımının ise, 2013 yılına kadar yüzde 17-20 aralığında değiştiği, ancak 2018 yılında yüzde 14’e gerilediği görülmektedir. Aynı dönemde, kondom yöntemi kullanımı yüzde 63 artarak yüzde 7’den yüzde

19'a yükselmiş; tüplerin bağlanması yönteminin kullanımı ise yüzde 70 artarak yüzde 3'ten yüzde 10'a yükselmiştir.

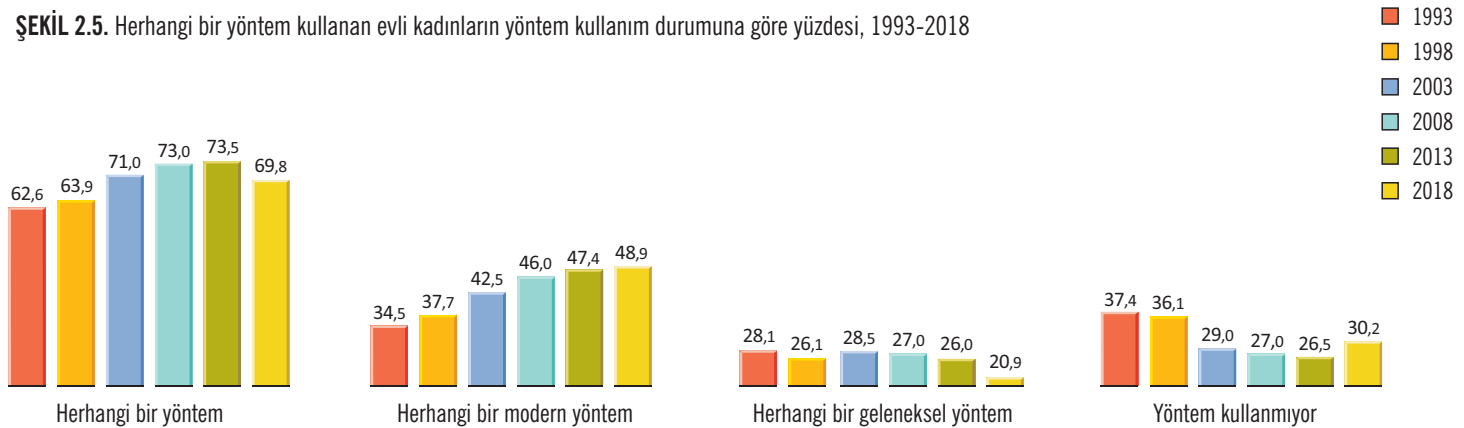
TNSA-2018 sonuçları, 1993'ten 2013 yılına kadar geçen yirmi yılda yaygınlığı yüzde 24-25 civarında olan geri çekme yöntemi kullanımının ilk kez yüzde 20'ye düştüğünü göstermektedir. Bu durum, geri çekme yöntemi için uzun zamandır söylenen "Türkiye'deki en popüler yöntem" söyleminin yok olmaya başladığını, 2018 yılında geri çekme yönteminin en çok kullanılan yöntem olma anlamındaki yerini kondom yöntemine bıraktığını göstermektedir. TNSA-2018 sonuçlarına göre, her on çiftten dördünün kondom ya da geri çekme yöntemi kullandığı görülmektedir. Bu durum, Türkiye'de erkeklerin kontrol ettiği kontraseptif yöntemlerin kullanımının yaygın olduğuna işaret etmektedir. Türkiye'de son beş yıl içinde RiA yöntemi gibi kalıcı yöntemlerin kullanımındaki azalma ve kondom gibi kısa süreli yöntemlerin kullanımı ile yöntem kullanmayanların oranındaki artma, üreme sağlığı hizmetlerinin sürekliliğine ilişkin önemli problemler olduğuna işaret etmektedir.

Gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanan kadınların oranındaki genel azalmaya paralel olarak, yöntem kullanımı, zaman içinde, kadınların temel özelliklerine göre de azalmaktadır. Bu azalma en çok kentsel alanlarda, Batı, Güney, Orta ve Kuzey bölgelerde yaşayan, eğitilmiş, yüksek refah seviyesine sahip ve

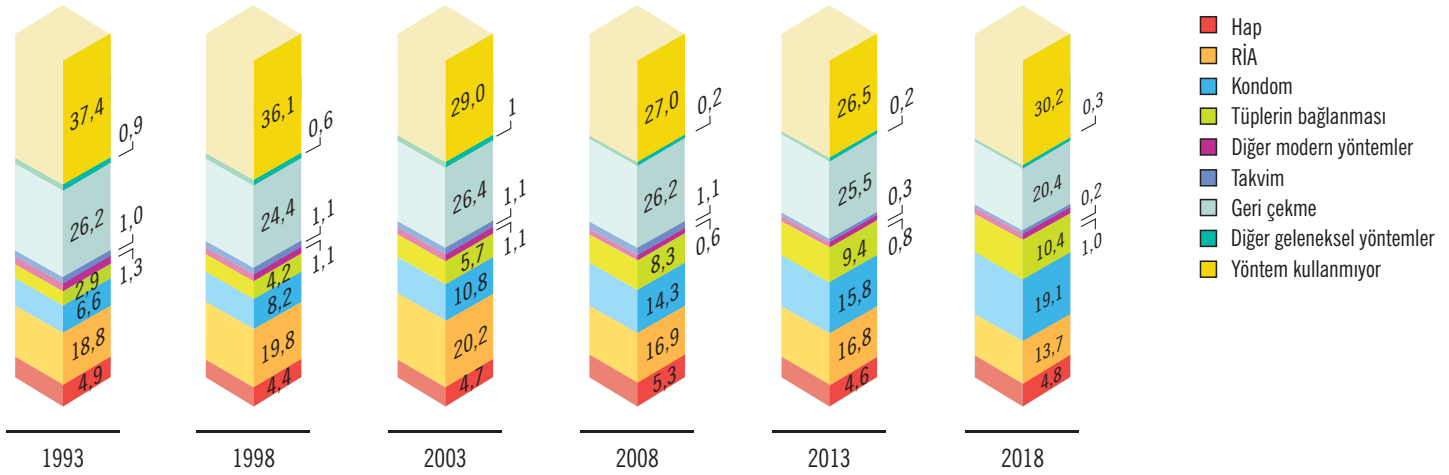
ana dili Türkçe ya da Arapça olan kadınlarda görülmektedir (Şekil 2.7 ve Tablo 2.A.8). Son beş yıl içinde modern yöntem kullanan halen evli kadınların oranı neredeyse kadınların temel özelliklerinin tamamına göre artmaktadır. Bu artışın arkasında yaşlı, kırsal alanlarda, Kuzey ve Doğu bölgesinde yaşayan, ilköğretim mezunu, yoksul, ana dili Kürtçe olan, beş ya da daha çok çocuğu olan halen evli kadınların modern yöntem kullanımına geçmesi yatmaktadır. Modern kontraseptif yöntemlerin kullanımındaki olumlu gelişmelere rağmen, lise ya da daha yüksek eğitilmiş halen evli kadınlar arasında modern yöntem kullanım yaygınlığı 1998-2018 yılları arasında yüzde 58'den yüzde 51'e düşmüştür (Şekil 2.8 ve Tablo 2.A.9).

Türkiye'de 1993-2013 yılları arasında yüzde 26-29 civarında duraklaşan geleneksel yöntem kullanım yaygınlığı, 2013-2018 yılları arasında yerini düşme eğilimine bırakmıştır. Son beş yılda, Türkiye'de geleneksel yöntem kullanım yaygınlığı yüzde 19 azalarak yüzde 26'dan yüzde 21'e gerilemiştir. Geleneksel yöntem kullanımındaki bu azalma tüm alt sosyal gruplarda da görülmektedir. Bu durum, daha genç, kentsel alanlarda, Batı bölgesinde yaşayan, yüksek refah seviyesine sahip, ana dili Türkçe olan, çocuksuz ve sosyal güvenceli olarak iş gücüne katılan kadınlarda daha çok görülmektedir (Şekil 2.9 ve Tablo 2.A.10).

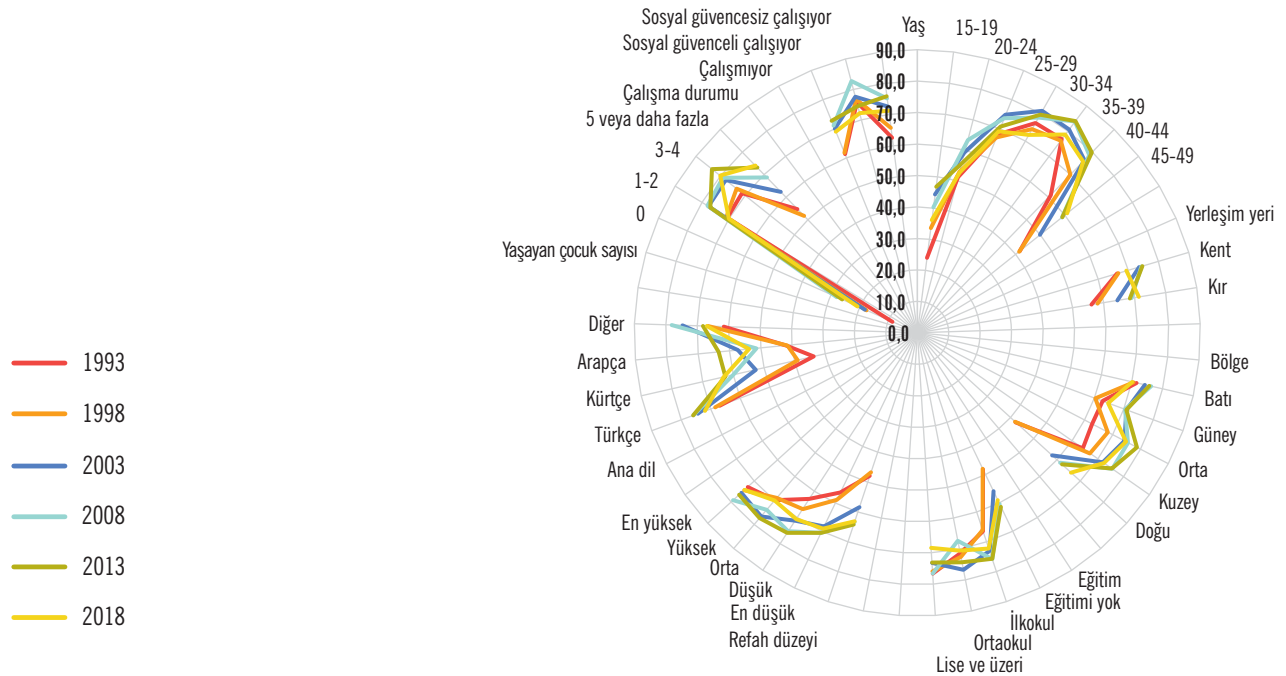
**ŞEKİL 2.5.** Herhangi bir yöntem kullanan evli kadınların yöntem kullanım durumuna göre yüzdesi, 1993-2018



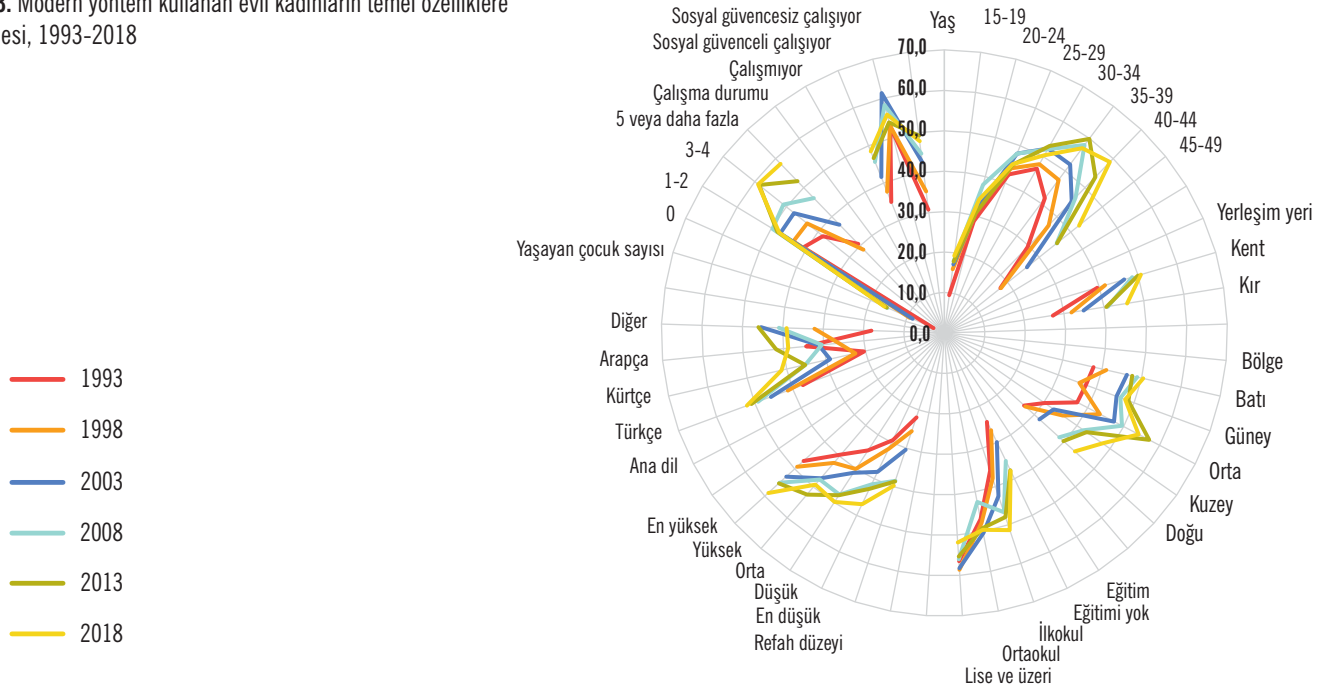
ŞEKİL 2.6. Herhangi bir yöntem kullanan evli kadınların kullandıkları yöntemlere göre yüzdesi, 1993-2018



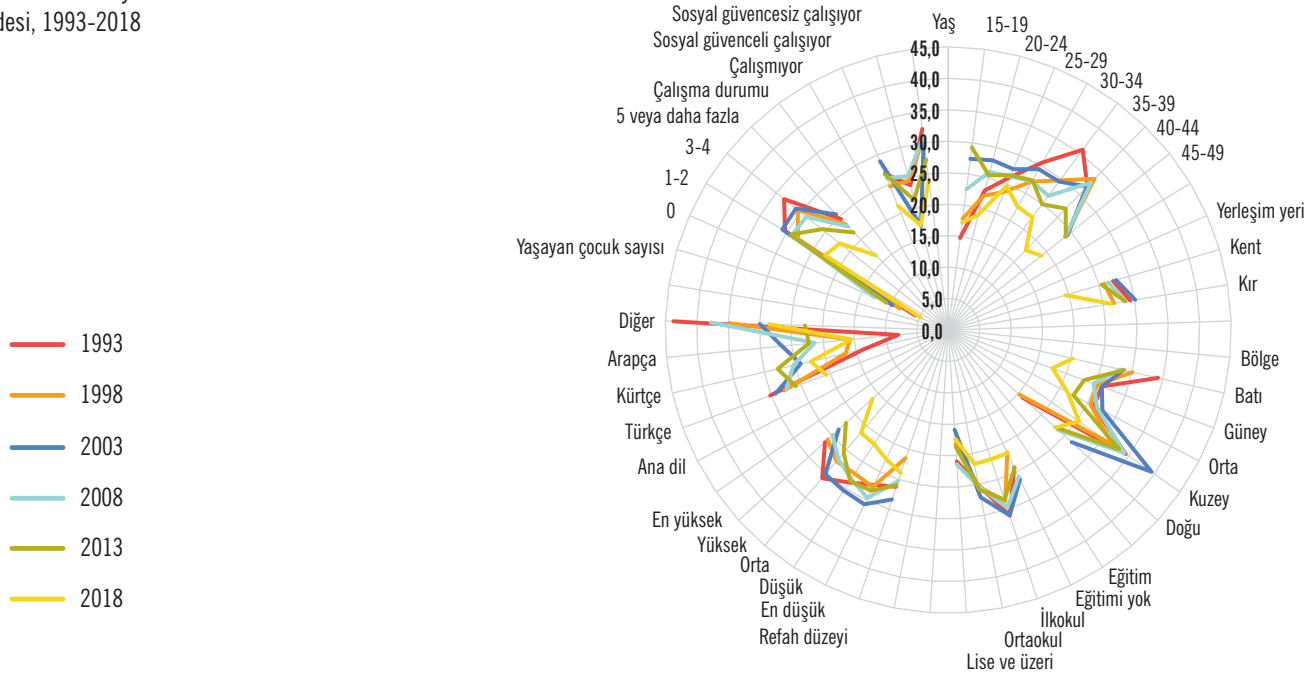
ŞEKİL 2.7. Herhangi bir yöntem kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018



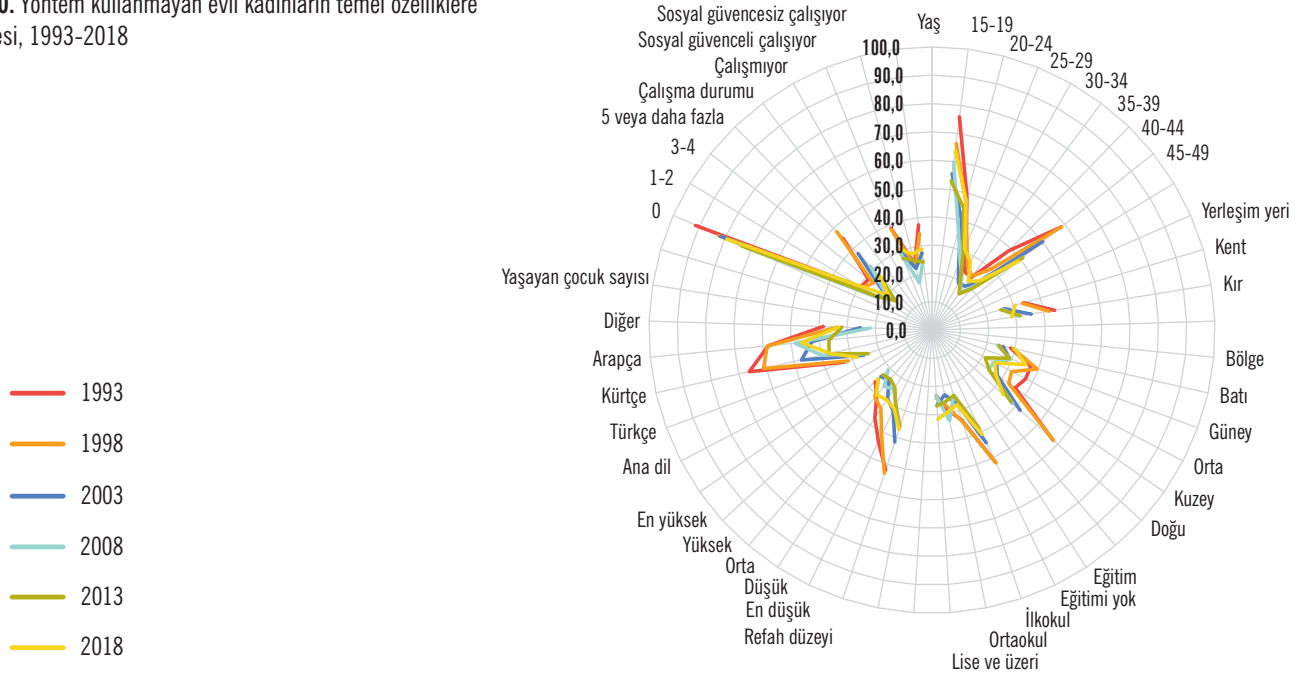
**ŞEKİL 2.8.** Modern yöntem kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018



**ŞEKİL 2.9.** Geleneksel yöntem kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018



**ŞEKİL 2.10.** Yöntem kullanmayan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018



Son beş yıl içinde modern yöntem kullanımında görülen artma ve geleneksel yöntem kullanımında görülen azalma olumlu gelişmeler olsa da aynı dönemde kontraseptif yöntemleri kullanmayanların oranındaki artış önemli bir politika boşluğu olarak kabul edilebilir. Şekil 2.10 ve Tablo 2.A.11'de görüldüğü üzere, yöntem kullanmayan çiftlerin oranındaki artma daha genç, kentsel alanlarda yaşayan, daha gelişmiş bölgelerde yaşayan, yüksek eğitilmiş, yüksek refah seviyesine sahip, ana dili Türkçe olan, az sayıda çocuğu olan ve iş gücüne katılan kadınlardan kaynaklanmaktadır. Sonuçlar, geleneksel yöntem kullanımını bırakan kadınların modern yöntemlere geçmekten daha çok yöntem kullanmamayı tercih ettiğini göstermektedir. Geride kalmış sosyal grupların ortaya çıkmasıyla sonuçlanan bu durum, son beş yıl içinde aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin kalitesinin azalmasıyla ilgili olabilir.

Tüplerin bağlanması yöntemi kullanımının zaman içindeki değişimine kadınların temel özelliklerine göre bakıldığında (Tablo 2.A.12), tüm kadınlar için gözlenen artışın neredeyse tüm alt sosyal gruplar için de geçerli olduğu görülmektedir. 2018 yılında tüplerin bağlanması yöntemi toplamda yüzde 10'a, 40-44 yaş aralığındaki kadınlar arasında yüzde 18'e, beş veya daha fazla çocuğu olan kadınlar arasında ise yüzde 28'e yükselmiştir. Bu yöntem özellikle daha yaşlı kadınlar, kırsal alanlarda yaşayanlar, Güney ve Kuzey bölgelerde yaşayanlar, yoksul, düşük eğitilmiş ve sosyal güvencesiz çalışan kadınlar tarafından daha sık kullanılmaktadır. Bulgular, genellikle yüksek doğurganlık davranışı gösteren sosyal grupların doğurganlıklarını sonlandırmak için tüplerin bağlanması yöntemini kullandıklarına işaret etmektedir.

1993-2018 yılları arasında halen evli kadınların yüzde 5'i hap yöntemini kullanmaktadır. Hap yöntemi kullanımındaki bu durağanlaşma tüm sosyal gruplarda da görülmektedir. Hap yöntemi daha çok kentsel alanlarda yaşayan, Batı bölgesinde yaşayan, yüksek eğitim ve refah seviyesine sahip kadınlar tarafından kullanılmaktadır (Tablo 2.A.13).

Son beş yıl içinde RİA yöntemi kullanımındaki azalma tüm alt sosyal gruplarda da gözlenmektedir. Özellikle yüksek eğitilmiş, yüksek refah seviyesine sahip, ana dili Türkçe olan, kentsel alanlarda ve ülkenin gelişmiş bölgelerinde yaşayan kadınlar daha az oranda RİA yöntemini kullanmaktadır. RİA yöntemi kullanımı diğer alt sosyal gruplarda da önceki yıllar ile benzer seviyededir (Tablo 2.A.14).

Son beş yıl içinde halen evli çiftler arasında RİA yöntemi kullanımındaki azalmanın aksine kondom kullanımında önemli bir artış vardır. Bu artış eğilimine tüm alt sosyal gruplarda da rastlanmaktadır. Artış eğiliminin bir sonucu olarak, kondom kullanımı son beş yılda yüksek eğitilmiş ve yüksek refah seviyesine sahip kadınlar arasında yüzde 30'a kadar yükselmiştir (Tablo 2.A.15).

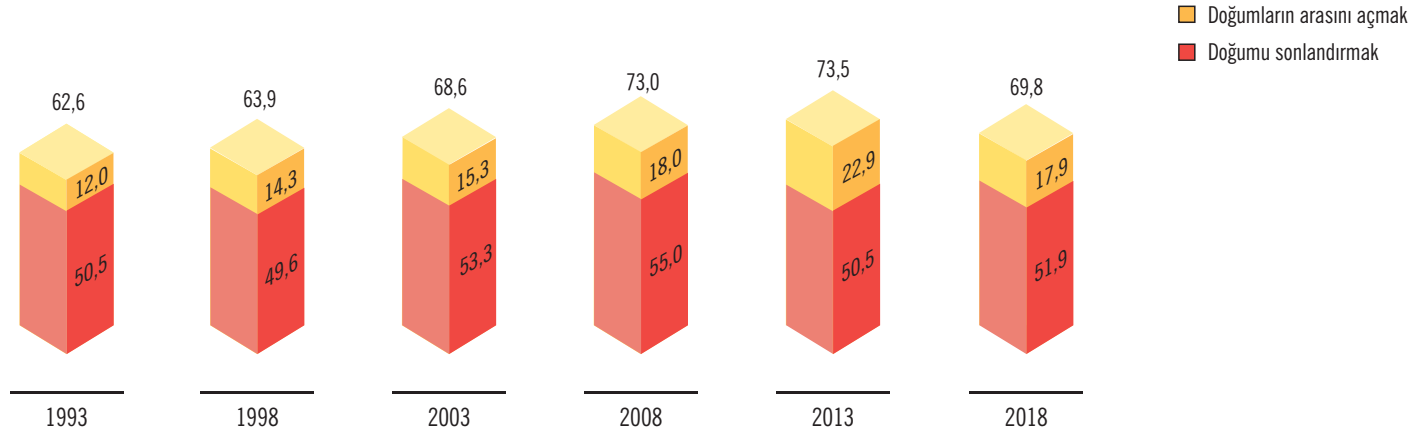
Yüzde 24-26 seviyesinde direnç gösteren geri çekme yönteminin kullanımı son beş yılda yaklaşık olarak yüzde 20 oranında azalmıştır. Bu azalmada özellikle daha genç, kentsel alanlarda yaşayan, Batı bölgesinde yaşayan, en az ortaokul mezunu olan, yüksek refah seviyesine sahip, ana dili Türkçe ya da Arapça olan, çocuksuz ve sosyal güvenceli olarak iş gücüne katılan kadınlar öncü rol oynamaktadır (Tablo 2.A.16).

### 2.3.3. Yöntem Kullanma Niyeti

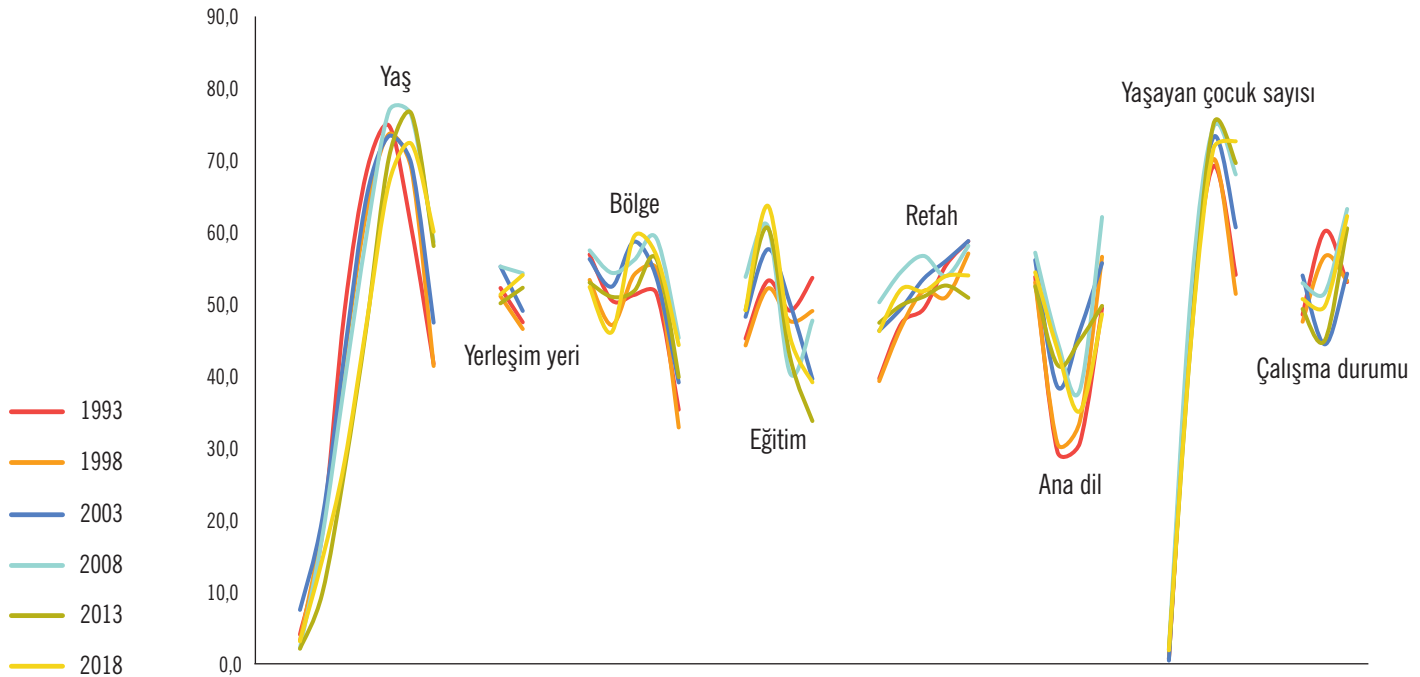
Halen evli kadınlar arasında herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanımı gibi, gelecekteki yöntem kullanma isteği de bu yöntemlerin doğumu sonlandırmaya yönelik mi yoksa doğumların arasını açmaya yönelik mi kullanıldığı açısından önemlidir. Türkiye'de 1993-2018 yılları arasında yöntem kullanma isteğinin doğumların arasını açmaktan ziyade büyük ölçüde doğumu sonlandırmaya yönelik olduğu görülmektedir. 1993-1998 yılları arasında yöntem kullanan halen evli kadınların yüzde 50-51'i doğumu sonlandırmak için yöntem kullanırken, bu oran 2003-2008 yılları arasında yüzde 53-55'e yükselmiş, 2013-2018 yılları arasında ise yüzde 51-52 civarında durağanlaşmıştır. 1993-2013 yılları arasında doğumların arasını açmak için yöntem kullanan kadınların oranı yüzde 12'den yüzde 23'e yükselmiş, 2013-2018 döneminde ise yüzde 18'e düşmüştür (Şekil 2.11, Tablo 2.A.17 ve Tablo 2.A.18).



ŞEKİL 2.11. Doğumların arasını açmak ve doğumu sonlandırmak için yöntem kullanan evli kadınların yüzde dağılımı, 1993-2018



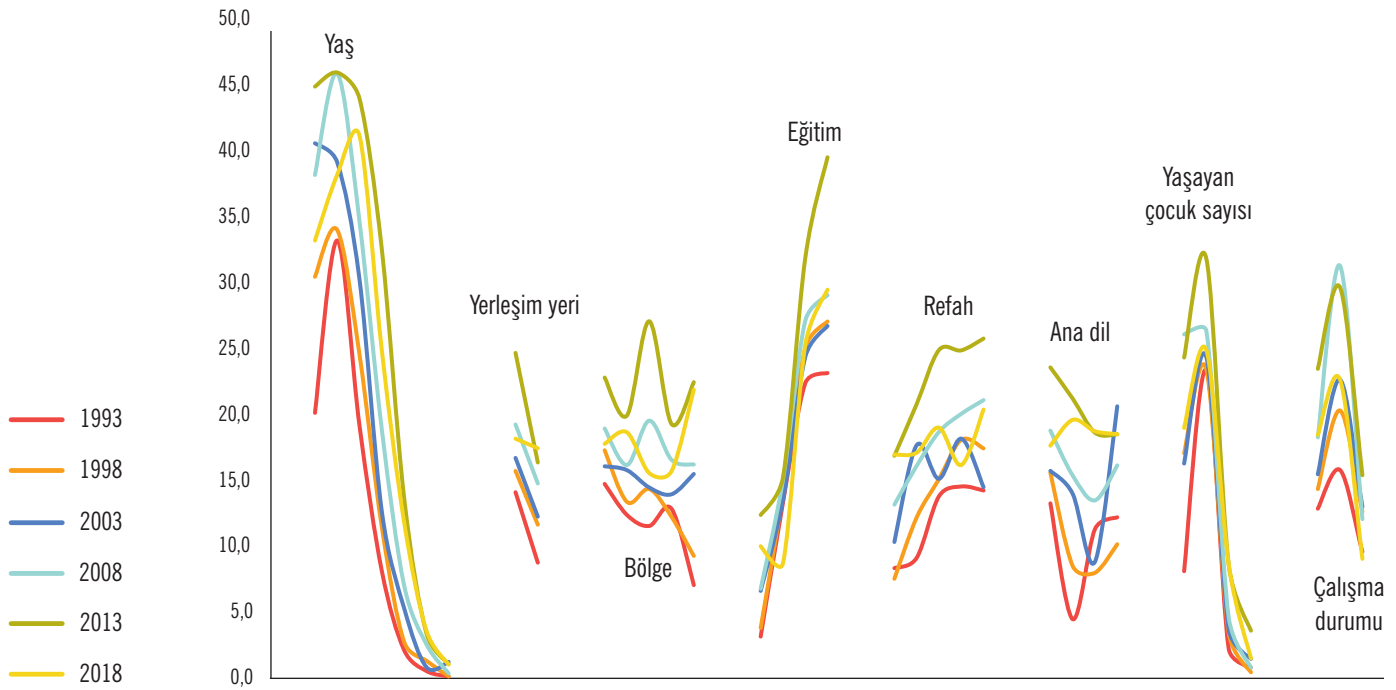
ŞEKİL 2.12. Doğumu sonlandırmak isteyen evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018



Doğumu sonlandırmak amacıyla yöntem kullanan kadınların oranı, yaş ile birlikte artarak 45-49 yaş grubunda yüzde 60'a ulaşmaktadır. Bunun aksine, doğumların arasını açmak için yöntem kullanan kadınların oranı yaş ile birlikte azalarak 45-49 yaş grubunda yüzde 1'e düşmektedir. Daha çok sayıda çocuk sahibi olmak isteyen kadınların doğumların arasını açmak için, artık çocuk sahibi olmak istemeyen kadınların ise doğumu sonlandırmak için gebeliği önleyici yöntem kullandıkları görülmektedir (Şekil 2.12, Şekil 2.13, Tablo 2.A.17 ve Tablo 2.A.18).

Bu sonuçlarla tutarlı bir biçimde, özellikle kentsel alanlarda yaşayan, yüksek eğitim ve refah seviyesine sahip, az sayıda çocuğu olan ve sosyal güvenceli bir işte çalışan kadınlar doğumların arasını açmak için yöntem kullanmaktadır. Bunun aksine, yüksek doğurganlığa sahip kadınlar, örneğin kırsal alanlarda yaşayan, daha düşük eğitim ve refah seviyesine sahip, çok sayıda çocuğu olan, sosyal güvencesiz bir işte çalışanlar doğumu sonlandırmak için yöntem kullanmayı tercih etmektedir (Şekil 2.12, Şekil 2.13, Tablo 2.A.17 ve Tablo 2.A.18).

**ŞEKİL 2.13.** Doğumların arasını açmak isteyen evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018



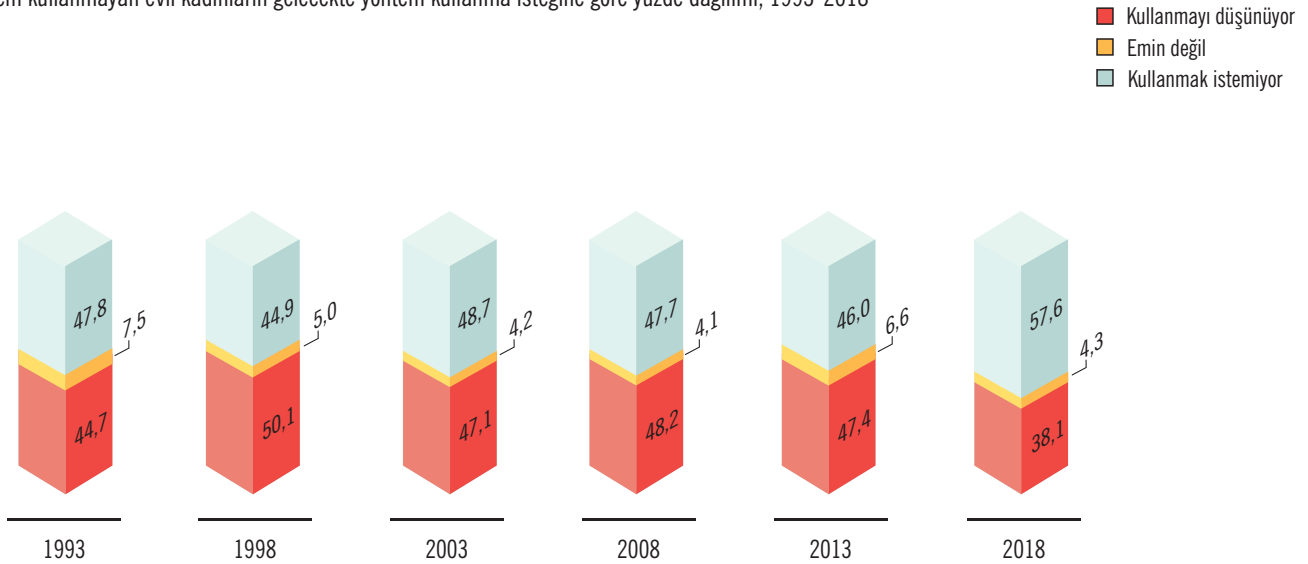
### 2.3.4. Gelecekte Yöntem Kullanma İsteği

TNSA-1993'ten TNSA-2018'e kadar gerçekleştirilen tüm araştırmalarda araştırma tarihinde yöntem kullanmayan kadınlardan gelecekte yöntem kullanma istekleri ile ilgili bilgi toplanmıştır. 1993-2013 döneminde yöntem kullanmayan kadınların yarısından daha azı gelecekte yöntem kullanmayı düşünmediklerini beyan etmişlerdir. Bu durum 2013-2018 yılları arasında yüzde 58'e yükselmiştir. Son beş yıl içinde yöntem kullanmayan kadınların sadece yüzde 38'i gelecekte yöntem kullanmayı düşündüğünü beyan etmiştir (Şekil 2.14 ve Tablo 2.A.19).

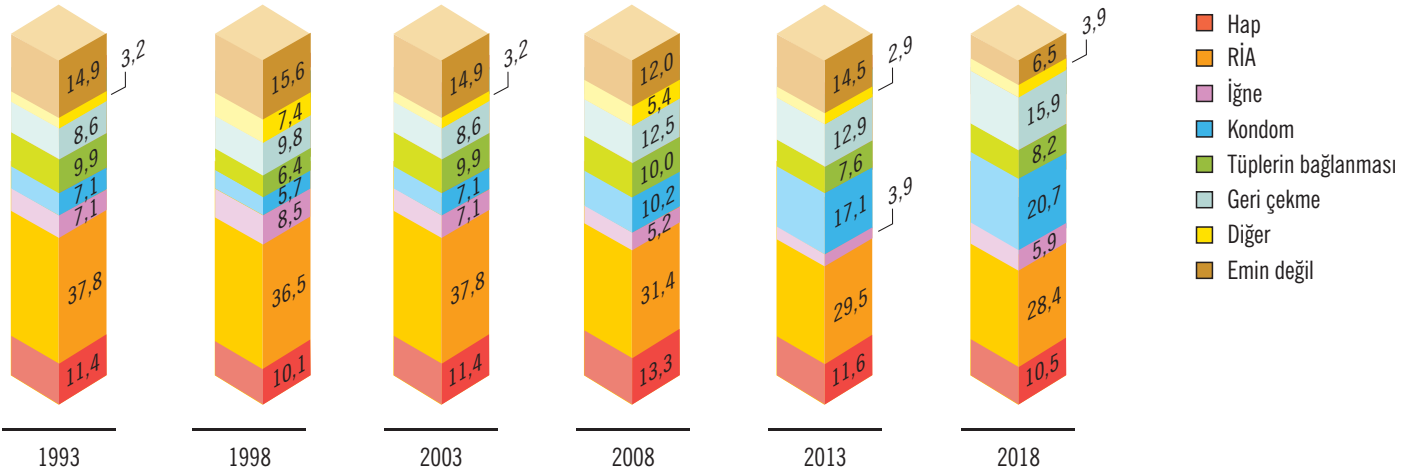
Araştırmalarda, herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmayan ancak gelecekte kullanmayı düşünen kadınların tercih edecekleri yöntem ile ilgili de bilgi toplanmıştır. Şekil 2.15 ve Tablo 2.A.20'deki sonuçlar, yöntem kullanmayan kadınlar

arasında en çok tercih edilen yöntemin RİA yöntemi olduğunu; bunu 2013 yılında kondomun; 2018 yılında ise geri çekme yönteminin takip ettiğini göstermektedir. 1993-2003 yılları arasında gelecekte RİA yöntemini kullanmayı düşündüğünü beyan eden kadınların oranı yüzde 37-38 seviyesindeyken, bu oran 2018 yılında yüzde 28'e gerilemiştir. 1993 yılında kadınların yüzde 7'si gelecekte kondom kullanmayı düşündüğünü beyan ederken; 2018 yılında bu oran yüzde 21'e yükselmiştir. Geri çekme yöntemi kullanan çiftlerin oranı azalırken, bu yöntemi gelecekte kullanacağını beyan eden kadınların oranı zaman içinde artmaktadır. 1993-2018 döneminde, gelecekte geri çekme yöntemini kullanmayı düşündüğünü beyan eden kadınların oranı yüzde 9'dan yüzde 16'ya yükselmiştir. 2018 yılında gelecekte yöntem kullanma isteğinden emin olmayan kadınların oranı ise yüzde 7'ye kadar düşmüştür.

ŞEKİL 2.14. Yöntem kullanmayan evli kadınların gelecekte yöntem kullanma isteğine göre yüzde dağılımı, 1993-2018



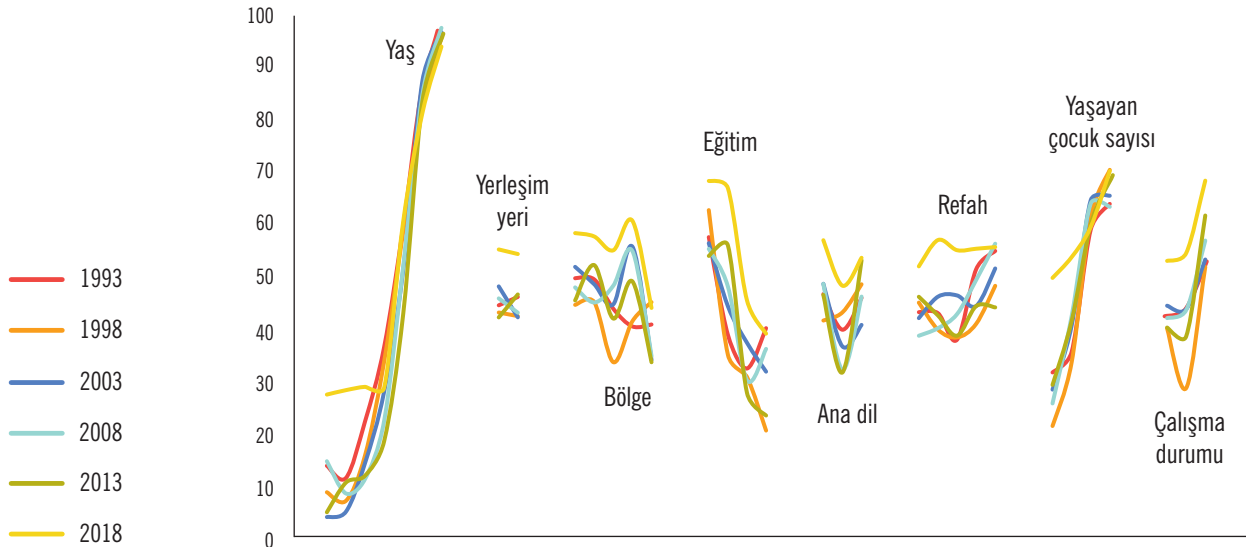
**ŞEKİL 2.15.** Yöntem kullanmayan ancak gelecekte yöntem kullanmayı düşünen evli kadınların tercih ettikleri yöntemlere göre yüzde dağılımı, 1993-2018



Gelecekte yöntem kullanmak istemeyen kadınların oranı neredeyse temel özelliklerin tümüne göre artış eğilimindedir (Şekil 2.16 ve Tablo 2.A.21). Bu oran yaş ile birlikte artmakta ve 45-49 yaş

grubunda yüzde 96'ya; eğitimsiz kadınlar arasında yüzde 70'e; beş veya daha fazla çocuğu olan kadınlar arasında ve sosyal güvencesiz çalışan kadınlar arasında yüzde 70'in üzerine çıkmaktadır.

**ŞEKİL 2.16.** Yöntem kullanmayan ve gelecekte yöntem kullanmak istemeyen evli kadınların temel özelliklere göre yüzde dağılımı, 1993-2018



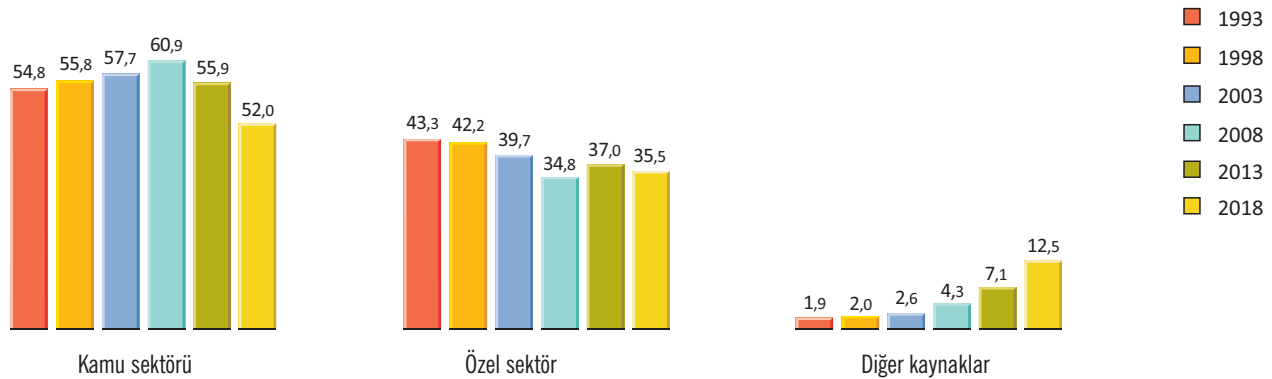
### 2.3.5. Gebeliği Önleyici Modern Yöntemlerin Temin Edildiği Kaynaklar<sup>9</sup>

Gebeliği önleyici modern yöntemlerin temin edildiği kaynakların planlama ve program uygulamaları için önemli olduğu düşünülerek, 1993'ten 2018'e kadar yürütülen demografik araştırmaların tümünde modern yöntemlerin temin edildiği kaynaklara ilişkin soru sorulmuştur. Tüm araştırma yılları için, modern aile planlaması yöntemlerinin yarısından fazlası devlet hastanesi, doğum evi, eğitim ve araştırma hastanesi, şehir hastanesi, aile hekimliği, aile sağlığı merkezi ve toplum sağlığı merkezini kapsayan kamu sektörü tarafından temin edilmektedir. Kamu sektörünün kontraseptif teminindeki payı 1993-2008 yılları arasında yüzde 55'ten yüzde 61'e yükselmiş, 2013-2018 yılları arasında ise önce yüzde 56'ya, sonra ise yüzde 52'ye gerilemiştir. Özel sektörün (özel doktor, özel hastane/poliklinik ve eczane) modern kontraseptif yöntemlerin teminindeki payı ise sürekli olarak azalmıştır. Özel sektör 1993 yılında modern yöntemlerin yüzde 43'ünü temin ederken; 2018 yılında yüzde 36'sını temin etmiştir. Aynı dönemde Türkiye'de üniversite hastanesi, gönüllü kuruluşlar, market ve dükkanlar gibi diğer sağlık kurum ve kuruluşları modern kontraseptif yöntemlerin temininde artan bir şekilde görünür olmaya başlamıştır. Bu kurum ve kuruluşlar 1993'te gebeliği önleyici modern yöntemlerin yüzde 2'sini temin ederken 2018 yılında yüzde 13'ünü temin etmektedir.

Bu gelişmeler, gebeliği önleyici yöntemlerin temininde zaman içinde ortaya çıkan kamu sektörünün boşluğunu özel sektörden ziyade bazı ticari kurumların ve gönüllü kuruluşların doldurduğunu göstermektedir (Şekil 2.17 ve Tablo 2.A.22).

Tüplerin bağlanması yönteminin temininin çoğu (yüzde 66) kamu kurumları tarafından sağlanırken, özel sektörün bu yöntemin teminindeki payı da sürekli olarak artmaktadır. 1993-2018 yılları arasında özel sektörün tüplerin bağlanması yöntemi teminindeki payı yüzde 16'dan yüzde 32'ye yükselmiştir. 2008-2018 yılları arasında kamu kurumlarının RİA yöntemi teminindeki payı yavaş bir şekilde azalsa da 2018 yılında halen bu yöntemin üçte ikisini kamu sektörü temin etmektedir. Son beş yıl içinde, kamu sektörünün hap yöntemi teminindeki payı yüzde 30'dan yüzde 50'ye yükselmiştir. Buna paralel olarak, 1993-2018 yılları arasında özel sektörün bu yöntemin teminindeki payı ise hızlı bir şekilde azalmıştır. Aynı dönemde kamu sektörünün iğne yöntemi teminindeki payı yüzde 25'ten yüzde 79'a yükselmiştir. 1993-2018 döneminde, kondom yöntemi temininde kamu sektörünün payında tedrici olarak; özel sektörün payında ise önemli bir azalma varken, diğer sağlık kurumlarının payı yüzde 5'ten yüzde 30'a yükselmiştir. Bu durum, 2003 yılından sonra market ve dükkan gibi ticari kuruluşların kondom yöntemi temininde önemli rol oynadığını göstermektedir (Tablo 2.A.22).

ŞEKİL 2.17. Modern gebeliği önleyici yöntem kullananların yöntemi en son temin ettikleri yere göre yüzde dağılımı, 1993-2018



<sup>9</sup> Gebeliği önleyici modern yöntemlerin temin edildiği kaynaklar, halen kullanılan yöntemin en son temin edildiği yeri göstermektedir.

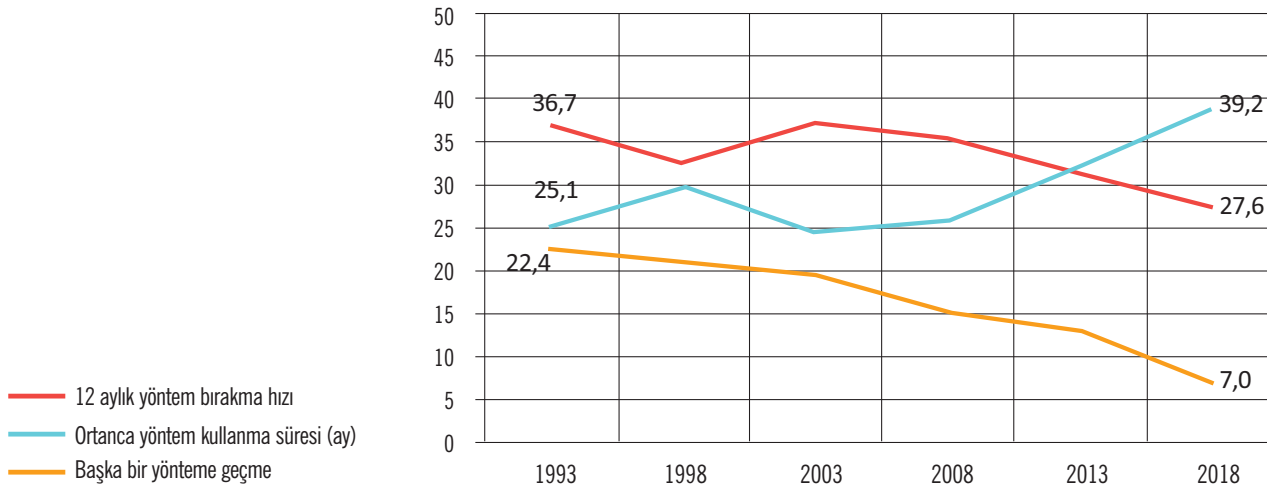
### 2.3.6. Gebeliği Önleyici Yöntem Bırakma Hızları

Gebeliği önleyici yöntem bilgisi ve kullanımının yanı sıra yöntem kullanımının sürekliliği de büyük önem taşımaktadır. Birçok ülkede yürütülen aile planlaması hizmetleri, kullanılan yöntemin başarısını etkileyen yöntem kullanımının sürekliliğine odaklanmaktadır (WHO, 2018). Bu anlamda, 12 aylık gebeliği önleyici yöntem bırakma hızı yöntem kullanımının kalitesi için önemli bir göstergedir. Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında kullanılan takvim modülü, yöntem kullanmaya başladıktan sonraki 12 ay içerisinde yöntem kullanımına devam etmeyen kullanıcıların (*segments*) yüzdesi olarak tanımlanan yöntem bırakma hızlarını hesaplamaya imkan sağlamaktadır. On iki aylık yöntem bırakma hızı 1993'te yüzde 37 iken 2018 yılında yüzde 25 azalarak yüzde 28'e gerilemiştir. Bu azalma eğilimiyle tutarlı olarak, aynı dönemde yöntem değiştirme hızı yüzde 22'den yüzde 7'ye düşmüş, ortanca yöntem kullanma süresi ise 25 aydan 39 aya yükselmiştir (Şekil 2.18 ve Tablo 2.A.23). Bu üç gösterge, Türkiye'de çiftlerin daha uzun süre yöntem

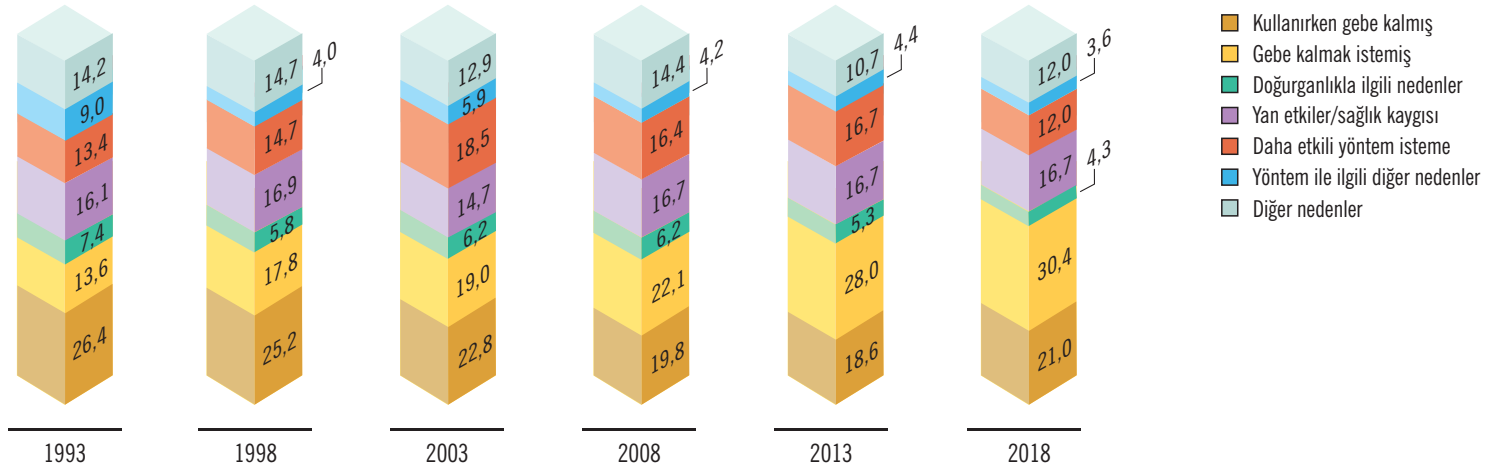
kullandığını, daha az yöntem bıraktığını ve başka bir yöntemeye geçtiğini göstermektedir.

Yöntem bırakma nedenleri incelendiğinde (Şekil 2.19), yöntem kullanırken gebe kalma yaygınlığının zaman içinde yüzde 26'dan yüzde 21'e gerilediği görülmektedir. Ancak, son beş yıl içinde yöntem başarısızlığının yüzde 13 artması önemli bir soruna işaret etmektedir. Gebe kalmak için yöntem bırakma hızı, 1993'te yüzde 14 iken 2018 yılında yüzde 30'a yükselmiştir. Yan etkiler/sağlık kaygısı nedeni ile yöntem bırakma hızı, zaman içinde çok değişmeyip yöntem bırakma nedenlerinin yüzde 15-17'sini oluşturmaktadır. Daha etkili bir yöntemeye geçiş nedeni ile yöntem bırakma ise, zaman içinde küçük dalgalanmalar göstermesine karşın hemen hemen aynı seviyede kalmıştır. Son 12 ay içerisinde doğurganlıkla ilgili diğer nedenler ve gebeliği önleyici yöntem ile ilgili diğer nedenlerden dolayı yöntem bırakmanın, 1993-2018 yılları arasında, önemli ölçüde azaldığı görülmüştür.

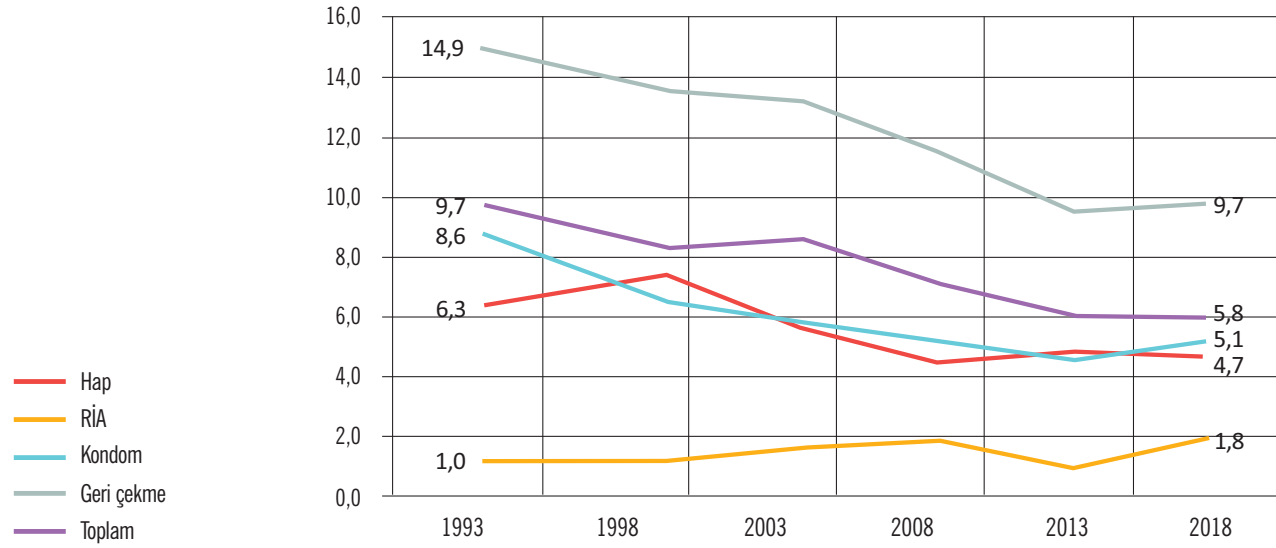
ŞEKİL 2.18. 12 aylık yöntem bırakma ve değiştirme hızları, ortanca yöntem kullanma süresi, 1993-2018



ŞEKİL 2.19. On iki ay içinde yöntem kullanma devamlılığı olmayan kullanıcıların yöntem bırakma nedenine göre yüzde dağılımı, 1993-2018



ŞEKİL 2.20. Yöntemlere göre 12 aylık yöntem başarısızlığı hızları, 1993-2018

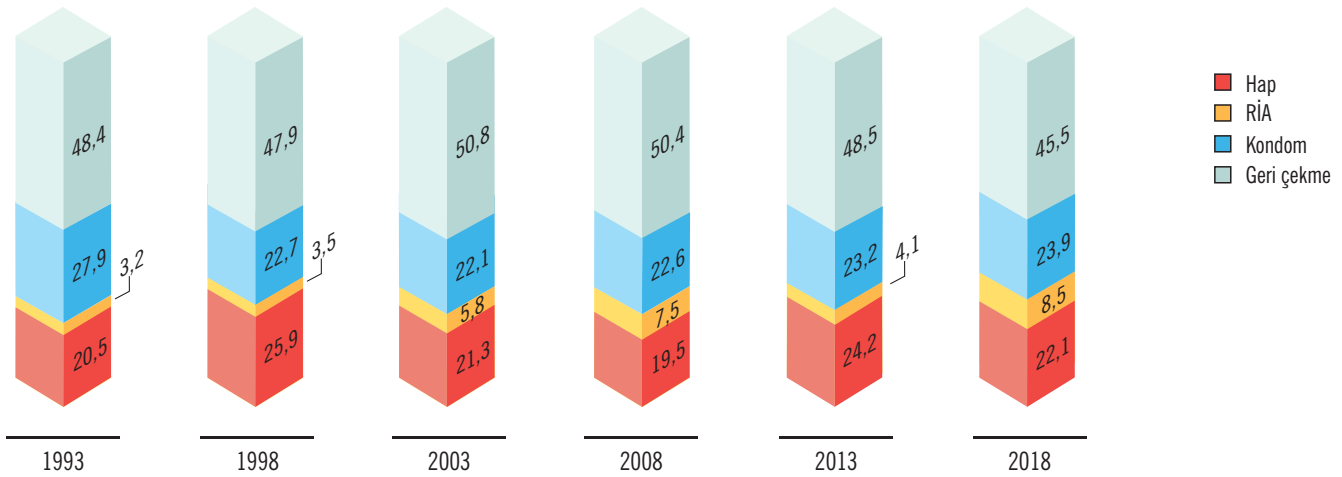


Teorik etkinliği yüksek olan RİA ve hap gibi modern yöntemlerde yaşanan yüksek başarısızlık hızları, aile planlaması danışmanlığı hizmetlerinde önemli bir probleme işaret etmektedir<sup>10</sup>. Türkiye’de kontraseptif yöntemlerin tamamı için, 12 aylık yöntem başarısızlığı hızları 1993’te yüzde 10 iken 2018 yılında yüzde 6’ya gerilemiştir (Şekil 2.20 ve Tablo 2.A.23). 1993-2018 döneminde yöntem başarısızlığı hızları gebeliği önleyici yöntemlere göre incelendiğinde, RİA yöntemi dışındaki tüm gebeliği önleyici yöntemler için yöntem başarısızlığı hızlarının azaldığı gözlenmektedir. Aynı dönemde, 12 aylık yöntem başarısızlık hızı hap yöntemi için yüzde 6’dan yüzde 5’e; kondom yöntemi için ise yüzde 9’dan yüzde 5’e gerilemiştir. Geri çekme yönteminin 12 aylık yöntem başarısızlık hızı, tüm araştırma yılları için diğer gebeliği önleyici yöntemlere göre daha yüksektir. Geri çekme yöntemi kullananlar arasındaki 12 aylık yöntem başarısızlığı hızı, 25 yıl içinde yüzde 35 azalarak 1993’te yüzde 15’ten 2018 yılında yüzde 10’a düşmüştür. Bu sonuçlar,

Türkiye’de sadece modern yöntem kullananların değil, geleneksel yöntem kullananların da kontraseptif yöntemleri giderek artan bir şekilde etkin kullandığını göstermektedir. Bu durumun tek istisnası, RİA yöntemi kullananlar arasında yöntem başarısızlığı hızının artmasıdır. Teorik etkinlik seviyesi çok yüksek olan RİA yöntemini kullananların yöntem başarısızlık hızı, 1993-2018 yılları arasında yüzde 1’den yüzde 2’ye çıkmıştır (Şekil 2.20 ve Tablo 2.A.23).

Şekil 21 bireysel yöntemlerin yöntem başarısızlığı hızının ne kadarından sorumlu olduğunu araştırma yıllarına göre göstermektedir. Tüm yıllar için geri çekme yönteminin yöntem başarısızlığı hızındaki payı oldukça yüksektir. Bu yöntemin payı, 1993-2013 yılları arasında yüzde 48 ile yüzde 51 arasında değişirken, 2018 yılında yüzde 46’ya gerilemiştir. Aynı dönemde kondom ve hap yöntemlerinin payı çok değişmezken, RİA yönteminin payı yüzde 3’ten yüzde 9’a olacak şekilde önemli ölçüde artmıştır (Şekil 2.21).

**ŞEKİL 2.21.** Yöntem başarısızlığında gebeliği önleyici yöntemlerin payının değişimi, 1993-2018



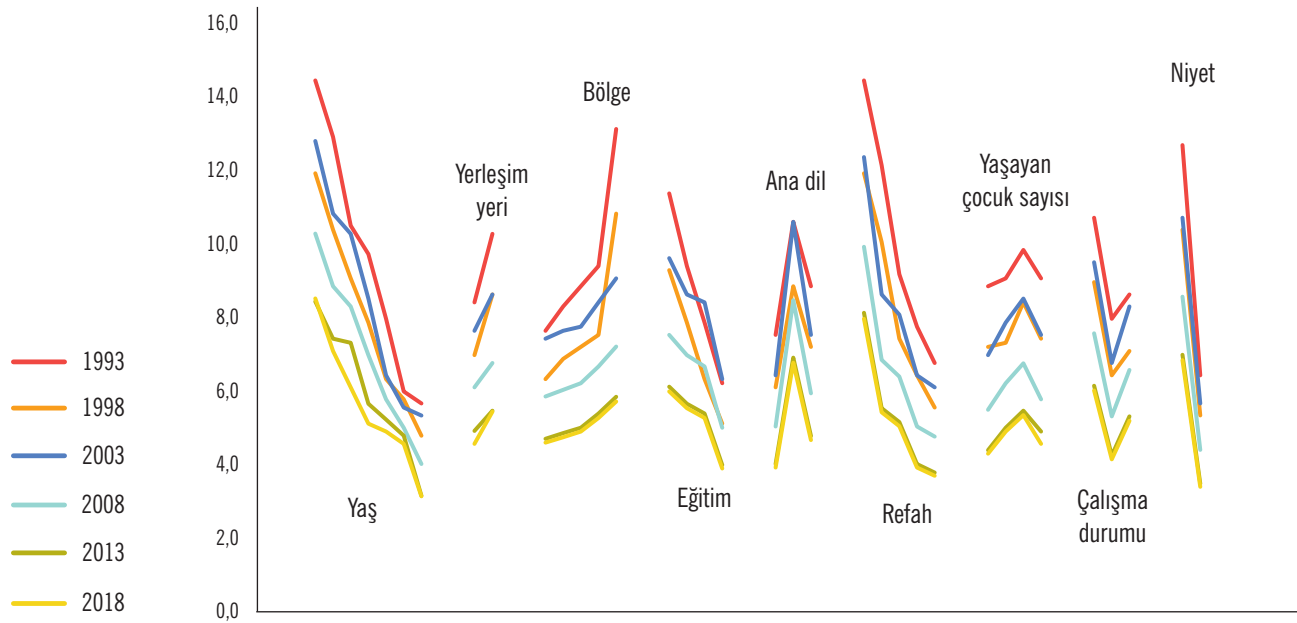
<sup>10</sup> Gebeliği önleyici yöntemlerin teorik etkinlik hızları sürekli ve doğru bir biçimde kullanılması koşuluyla şu şekildedir: İmplant, tüplerin bağlanması ve vazektomi %99,9; RİA %99,8; hap %99,7; kondom %97; kadın kondomu %95; geri çekme %96; diyafram %86 (Trussel ve Aiken, 2018; WHO, 2018).



Yöntem başarısızlığı hızları kadınların temel özelliklerine göre incelendiğinde (Şekil 2.22 ve Tablo 2.A.24), 12 aylık yöntem başarısızlığı hızlarının zaman içinde neredeyse tüm temel özelliklere göre azaldığı görülmektedir. Bu gelişmeye rağmen, 12 aylık yöntem başarısızlığı anlamında halen geride kalmış sosyal grupların olduğu gözlenmektedir. Otuz yaşından daha genç, kırsal alanlarda yaşayan, Doğu bölgesinde yaşayan, eğitimsiz,

ana dili Kürtçe olan, yoksul, iş gücüne katılmayan, gebeliği önleyici yöntemleri doğumların arasını açmak için kullanan kadınlar bu grupta yer almaktadır. Bu sonuçlar, toplumun daha düşük sosyo-ekonomik kesiminden olan çiftlerin yöntem kullanırken gebe kalmaya daha açık olduğuna işaret etmektedir.

**ŞEKİL 2.22.** Temel özelliklere göre 12 aylık yöntem başarısızlığı hızları, 1993-2018



### 2.3.7. Gebe Kalınabilecek Döneme İlişkin Bilgi

Türkiye gibi geri çekme yönteminin yaygın olarak kullanıldığı ve başarısızlık hızlarının yüksek olduğu ülkelerde, kadınların adet döngüsü içerisinde gebe kalma ihtimalinin olduğu döneme ilişkin doğru bilgiye sahip olması oldukça önemlidir. Tablo 2.A.25'te görüldüğü üzere, Türkiye'de adet döngüsüne ilişkin doğru bilgiye sahip kadınların oranı oldukça düşüktür. Zaman içinde adet döngüsüne ilişkin bilgi seviyesi artmasına rağmen, 2018 yılında bile kadınların üçte birinden daha azı bu dönemle ilgili doğru bilgi sahibidir. 1993-2013 döneminde hemen hemen tüm alt sosyal gruplardaki iyileşmelere rağmen, 2018 yılında geleneksel yöntem kullanan kadınların sadece yüzde 25'i adet döngüsüne ilişkin doğru bilgiye sahiptir.

Daha genç, kırsal alanlarda yaşayan, Doğu bölgesinde yaşayan, eğitimsiz, ana dili Kürtçe olan, refah seviyesi düşük hanelerde yaşayan, daha çok çocuğu olan, sosyal güvencesiz olarak çalışan kadınlar diğer sosyal gruplara göre görece daha düşük seviyede adet döngüsüne ilişkin doğru bilgiye sahiptir. Bu sonuçlar, Türkiye'de kadınların kendi durumlarına en uygun yöntemi seçmeleri konusunda aile planlaması danışmanlığı hizmetlerinin yetersiz olduğunu bir kez daha doğrulamaktadır.

## 2.4. Politika Boşluklarının ve Önceliklerinin Belirlenmesi

Bu çalışmanın sonuçları, Türkiye’de kontraseptif yöntemlerin kullanılması sürecinde genç; kentsel alanlarda ve batıda yaşayan; eğitilmiş; refah seviyesi yüksek hanelerde yaşayan; ana dili Türkçe olan; sosyal güvenceli bir işte çalışan kadınların öncül sosyal gruplar olarak öne çıktıklarını göstermektedir. Bu grupların hem kontraseptif bilgi seviyesi hem de modern yöntem kullanma seviyesi oldukça yüksektir. Ayrıca, bu sosyal gruplar arasında gelecekte yöntem kullanma eğilimi yüksek olduğu gibi kontraseptif yöntemleri bırakma ve özellikle de yöntem kullanırken gebe kalma nedeniyle yöntem bırakma hızları düşüktür. Dolayısıyla, bu sosyal grupların sadece kontraseptif kullanma sürecinde değil, aynı zamanda doğurganlık seviyesinin ikame seviyesinin altına düşmesi sürecinde de öncül sosyal gruplar oldukları gözlenmektedir.

Çalışma kapsamında yürütülen analizler ve elde edilen sonuçlar, Türkiye’de gebeliği önleyici yöntem kullanımıyla ilgili birbiriyle ilişkili dokuz farklı alanda politika boşluğu olduğunu göstermektedir. Bu politika boşlukları, kontraseptif yöntem kullanma davranışları bakımından öncül ve geride kalmış sosyal grupları eşitlemeyi engelleyen durumlar olarak kendini göstermektedir. Politika boşlukları ve bu boşluklara ilişkin açıklamalar aşağıda verilmektedir:

- **Gebeliği önleyici yöntem kullanmamanın artması:** İlk politika boşluğu, son beş yıl içinde yöntem kullanmayan çiftlerin sayısının artmasıyla ilgilidir. 1993-2013 yılları arasında sürekli olarak azalan yöntem kullanmayan kadınların oranı, 2013-2018 yılları arasında geleneksel kontraseptif yöntemleri kullanmayı bırakan kadınların modern yöntemlere geçmek yerine yöntem kullanımını tümüyle bırakması nedeniyle artmıştır. Bu durum, geleneksel yöntem kullanmayı bırakan kadınların modern yöntem seçiminde kararsız kaldığını, dolayısıyla da Türkiye’de aile planlaması danışmanlığı hizmetlerinin bu grupta yer alan

kadınlar için yetersiz olduğuna işaret etmektedir.

- **Orta ve kısa dönemli kontraseptif yöntemlerin tercih edilmesi:** Türkiye’de, tüplerin bağlanması yönteminden başka RİA ve hap yöntemleri gibi uzun dönemli gebeliği önleyici yöntem kullanımının yaygınlığı zaman içinde ya durağanlaşmış ya da azalmıştır. 2003-2018 yılları arasında hap yöntemini kullanan kadınların oranı, yüzde 5 seviyesinde durağan kalmış; RİA yöntemini kullanan kadınların oranı ise, yüzde 32 azalmıştır. Diğer taraftan, orta ve kısa dönemli yöntemlerden biri olan kondom yöntemini kullanmayı tercih eden çiftlerin oranı son 25 yılda (1993-2018 dönemi) neredeyse 3 kat artmıştır. Bu sonuç, bir kez daha aile planlaması danışmanlığı hizmetlerindeki problemlere dikkat çekmekte; Türkiye’de özellikle son dönemde bazı uzun dönemli kontraseptif yöntemlerin bulunabilirliği ve ulaşılabilirliği konusundaki olası problemlere işaret etmektedir.
- **Yalnızca halen evli kadınların hedeflenmesi:** Üçüncü politika boşluğu, Türkiye’deki aile planlaması politikalarının temel olarak "evli kadın"ları hedef gruba alması; hiç evlenmemiş kadınları ve tüm erkekleri göz ardı etmesiyle ilgilidir. Bu grupların hedef grubun dışında bırakılması, bütüncül aile planlaması politikalarının geliştirilmesinin önünde engel oluşturmakta ve planlanmış demografik hedeflere ulaşmakta zorluk oluşturmaktadır.
- **Gelecekteki yöntem kullanma talebinin zayıf olması:** Yöntem kullanmayan halen evli kadınlar arasında, gelecekte herhangi bir kontraseptif yöntemi kullanmayı düşündüğünü beyan eden kadınların oranı, son beş yılda önemli ölçüde azalmıştır. Bununla tutarlı olarak, gelecekte yöntem kullanmayı düşünmediğini beyan eden halen evli kadınların oranı yüzde 58’e yükselmiştir. Gelecekte yöntem kullanmayı düşünmeyen kadınların artması tek başına bir politika boşluğu oluştururken, gelecekte yöntem kullanmayı düşünen kadınların tercih ettiği yöntemler de bir

başka önemli politika boşluğuna işaret etmektedir. Gelecekte hap, iğne ve tüplerin bağlanması yöntemlerini kullanmayı düşünen kadınların oranı zaman içinde değişmemekte; kondom ve geri çekme yöntemlerini kullanmak isteyen kadınların oranı artmakta; RİA yöntemini kullanmayı düşünen kadınların oranı ise azalmaktadır. Halen evli kadınların gelecekte koruma seviyesi yüksek ve uzun dönemli kontraseptif yöntemler yerine koruma seviyesi düşük ve orta ya da kısa dönemli yöntemleri tercih ettiğini gösteren bu sonuçlar, Türkiye'de aile planlaması danışmanlığı hizmetlerinin etkili çalışmaya yönelik olarak iyileştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

- **Kamu sektörünün kontraseptif teminindeki rolünün azalması:** Çiftlerin kontraseptif yöntemleri temin ettikleri kaynaklara bakıldığında, kamu sektörünün kontraseptif teminindeki payının 2003 yılında yüzde 61'e yükselmiş olmasına karşın, 2008-2018 yılları arasında yüzde 52'ye gerilemiş olduğu görülmektedir. Bu dönemde, market ve dükkanlar gibi ticari girişimlerin kontraseptif teminindeki payı yüzde 13'e yükselirken; özel sektörün payı yüzde 36'ya gerilemiştir. Ticari kuruluşlar da dahil olmak üzere özel sektörün kontraseptif teminindeki payı artarken kamu sektörünün payının yavaşça azalması, gebeliği önleyici yöntemlerin maliyetini karşılayamayan sosyal gruplar için zor bir seçim oluşturmaktadır. Bu gruplar için geriye geleneksel yöntemleri kullanmak ya da yöntem kullanmamak seçenekleri kalmaktadır. Her iki seçenek de istenmeyen gebeliklerin önünü açarak önemli bir politika boşluğuna işaret etmektedir.
- **Geleneksel kontraseptif yöntemlere ilişkin bilginin eksikliği:** Yaşamları boyunca en az bir kez geleneksel kontraseptif yöntemleri kullanan halen evli kadınların oranı zaman içinde yüzde 60 seviyesine ulaşsa da bu kadınlar geleneksel yöntemleri modern yöntemlere göre daha az bilmektedir. Buna ek olarak, geleneksel yöntemleri bilen hiç evlenmemiş kadınların oranının çok daha düşük bir seviyede olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar,

geleneksel yöntemler konusundaki bilgi seviyesinin eksikliği anlamında tüm kadın grupları için önemli bir politika boşluğuna işaret etmektedir. Geleneksel yöntemlerdeki başarısızlık hızlarının da yüksek olduğu göz önüne alındığında, aile planlaması danışmanlığı hizmetlerinin geleneksel yöntemleri de kapsayacak şekilde genişletilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

- **12 aylık yöntem bırakma hızlarının yüksek olması:** 1993-2018 döneminde yöntem bırakma hızları yüzde 25 azalmasına karşın, 2018 yılında yöntem bırakma hızı halen yüzde 28 seviyesindedir. Bu sonuç, kontraseptif yöntem kullanan kadınların neredeyse üçte birinin yöntem kullanmaya başladıktan sonraki 12 ay içerisinde yöntem kullanmayı bıraktığı şeklinde yorumlanabilir. Yöntem bırakma yaygınlığının yüzde 41'inin yöntem başarısızlığı (yüzde 21), yan etkiler/sağlık kaygısı (yüzde 17) ve yöntemle ilgili diğer nedenlerden (yüzde 4) kaynaklandığı dikkate alındığında, hem kullanıcıların kontraseptif yöntemleri bilinçli seçiminde hem de danışmanlık hizmeti sağlayanların verdiği hizmetin kalitesinde ciddi politika boşlukları olduğu görülmektedir. Bu dönemde yöntem bırakma ve değiştirme hızlarındaki azalmanın bir sonucu olarak ortanca yöntem kullanma süresi artmış olsa da, belirli bir nedene bağlı yöntem bırakma hızları açısından halen kat edilmesi gereken önemli bir mesafe bulunmaktadır.
- **Yüksek başarısızlık hızları:** Nedene bağlı yöntem bırakma hızlarından birisi olan başarısızlık hızında 1993-2018 yılları arasında yüzde 40 oranında azalma olmasına karşın, Türkiye'de teorik etkinliği yüksek seviyede olan hap ve RİA yöntemleri için bile oldukça yüksek başarısızlık oranları gözlenmektedir. 2018 yılında bile, toplam yöntem başarısızlığının halen yaklaşık olarak yüzde 31'inin hap ve RİA yöntemlerinin kullanımından kaynaklanması, bu alandaki politika boşluğunun büyüklüğünü göstermektedir. Bu politika boşluğunu sonlandırmak için, yöntemlerin mevcut ve erişilebilir olmasını sağlamanın yanı sıra kullanıcıların yöntemlerin etkili bir şekilde nasıl kullanılabileceği konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir.

- **Geri çekme yöntemi kullanımının dirençli olması:** 1993-2013 yılları arasında yüzde 24-26 civarında olan geri çekme yönteminin kullanımında, son beş yıl içinde yüzde 20 oranında bir azalma olmuştur. Bu azalmaya karşın halen her beş çiftten birisi geri çekme yöntemini kullanmakta; yöntem kullanmayan halen evli kadınların yüzde 16'sı da gelecekte bu yöntemi kullanmayı düşünmektedir. Toplam başarısızlık hızının neredeyse yarısı (yüzde 46), mevcut kullanım seviyesi ve gelecekte kullanma isteği yüksek olan geri çekme yönteminden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle, bu politika boşluğunu gidermek için geri çekme yöntemini kullanan çiftlerin zamanla daha etkili yöntemlere geçmesini sağlayacak stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu süreçte, geri çekme yöntemini kullanan çiftlerin özellikle adet döngüsü içinde gebelik riskinin yüksek olduğu zamanlar konusunda eğitilmesi de başarısızlık hızını azaltmak için fayda sağlayacaktır. Bu konudaki eğitimin, ortaokuldan başlanarak müfredata eklenmesi önerilen cinsel sağlık eğitimi dersi kapsamında verilmesi yararlı olacaktır.

Yukarıda bahsedilen politika boşlukları arz ve özellikle de talebe yönelik politikadaki ciddi yetersizliklerden ortaya çıkmaktadır. Bu politika boşluklarını ortadan kaldırmak için, mevcut aile planlaması danışmanlık sisteminin bilinçli seçimi sağlayacak şekilde yapısal bir dönüşüme tabi tutulması gerekmektedir. Bu sistemin sadece arza dayalı ya da hizmet sağlayıcı kontrolünde olan politikalar olmaktan çok talebe dayalı ve kullanıcı kontrolünde olan politikalar olması ve medeni durumdan bağımsız olarak halen evli kadınların yanı sıra erkekleri ve hiç evlenmemiş kadınları da hedef grup olarak tanımlaması gerekmektedir.

Yukarıdaki tartışmaların ışığında, Türkiye'de aile planlamasına yönelik üç temel strateji şu şekilde olmalıdır: (1) kontraseptif yöntemlerin çeşitliliğini artırmak, (2) kontraseptif yöntemlere erişimi kolaylaştırmak, (3) hem temin edicilerin hem de kullanıcıların bilgi seviyesini ve farkındalığını artırmak. İlk strateji

kapsamındaki politika öncelikleri, çiftlerin kontraseptif yöntemleri seçmesini sağlamak, kullanıcılara gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili bilgi vermek, temin edicilerin yeterliliğini sağlamak ve kontraseptif yöntemlerdeki çeşitliliği genişletmek için temin edicilerle kullanıcılar arasındaki ilişkiyi güçlendirmektir. İkinci strateji kapsamındaki politika öncelikleri, uygun maliyetli kontraseptif yöntemlerin bulunabilirliğini ve erişilebilirliğini artırmak, takip mekanizmaları kurmak, uygun bilgi, eğitim ve iletişim (BEİ) programları sunan mobil ve mobil olmayan ekipler oluşturmak, kontraseptif yöntemlere erişimi kolaylaştırmak için yeni kullanıcıları cesaretlendirmektir. Son strateji için politika öncelikleri ise, etkili BEİ programlarını uygulamak, gebeliği önleyici yöntemleri ücretsiz ya da düşük fiyatlı olarak sağlamak, aile planlaması sistemine hiç evlenmemiş kadınları ve tüm erkekleri dahil etmek ve danışmanlık hizmeti sunanların aile planlamasıyla ilgili bilgi seviyesini artırmak amacıyla eğitmektir (Malhotra ve Bhat, 2014).

Bu çalışmanın sonuçları dört farklı alanda ileri analizlerin yapılmasının gerekli olduğunu göstermektedir. Bunlardan ilki, gebeliği önleyici yöntem kullanımında geride kalmış grupları belirleyen faktörlerin çok değişkenli istatistiksel modellerle ortaya konulmasıdır. İkincisi, Türkiye'de geleneksel yöntem kullanımı azalırken neden modern yöntem kullanımının aynı seviyede artmadığını ortaya koyan çok değişkenli bir çalışmanın yapılmasıdır. Üçüncüsü, geri çekme yöntemini kullanan çiftlerin bu ısrarının arkasında yatan mekanizmaları ortaya çıkarmaya yönelik nitel bir çalışmanın yürütülmesidir. Dördüncüsü ise hem evli hem de bekar kadınlar arasında geleneksel yöntemlere ilişkin bilgi seviyesinin düşük ve azalma eğilimi içinde olmasının nedenlerini ortaya koyan yine nitel bir çalışmanın yapılmasıdır.

## Kaynaklar

Bongaarts, J. and Watkins, SC. (1996). Social interactions and contemporary fertility transitions. *Population and Development Review* 22(4):639-682

Casterline, J. B. (2001). Diffusion processes and fertility transition: Introduction. In J. B. Casterline (Ed.), *Diffusion processes and fertility transition: Selected perspectives* (pp. 1–38). Washington, DC: National Academies Press.

Cleland, J. (1985). Marital fertility decline in developing countries: theories and the evidence. Pp. 223-252 in J. Cleland and J. Hobcraft, eds., *Reproductive Change in Developing Countries: Insights from the World Fertility Survey*. Oxford, England: Oxford University Press.

Cleland, J. and Wilson, C. (1987). Demand theories of the fertility decline: an iconoclastic view. *Population Studies* 41:5- 30.

Coale, AJ. (1973). The demographic transition reconsidered. Pp. 53-72 in *International Population Conference, Liege, 1973. Vol. 1. Liege, Belgium: International Union for the Scientific Study of Population*.

Coale, AJ. and Watkins, SC. (1986). *The Decline of Fertility in Europe*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Hacettepe University Institute of Population Studies (HUIPS). (1980). *Turkish Fertility Survey, 1978., Vol. 1: Methodology and Findings*, Ankara.

Hacettepe University Institute of Population Studies, Ministry of Health and Macro International Inc. (1994). *Turkey Demographic and Health Survey 1993*, HUIPS, Ankara

Hacettepe University Institute of Population Studies and Macro International Inc. (1999). *Turkey Demographic and Health Survey 1998*, HUIPS, Ankara.

Hacettepe University Institute of Population Studies. (2004). *Turkey Demographic and Health Survey, 2003*. Hacettepe University Institute of Population Studies, Ministry of Health

General Directorate of Mother and Child Health and Family Planning, State Planning Organization and European Union, Ankara, Turkey.

Hacettepe University Institute of Population Studies. (2009). *Turkey Demographic and Health Survey, 2008*. Hacettepe University Institute of Population Studies, Ministry of Health General Directorate of Mother and Child Health and Family Planning, T.R. Prime Ministry Undersecretary of State Planning Organization and TÜBİTAK, Ankara, Turkey.

Hacettepe University Institute of Population Studies. (2014). *2013 Turkey Demographic and Health Survey*. Hacettepe University Institute of Population Studies, T.R. Ministry of Development and TÜBİTAK, Ankara, Turkey.

Hacettepe University Institute of Population Studies (2019). 2018 Turkey Demographic and Health Survey. Hacettepe University Institute of Population Studies, T.R. Presidency of Turkey Directorate of Strategy and Budget, TÜBİTAK. Ankara.

Knodel, J. and van de Walle, E. (1979). Lessons from the past: policy implications of historical fertility studies. *Population and Development Review* 5(2):217-246.

Livi-Bacci, M. (1986). Social group forerunners of fertility control in Europe. In A. J. C. and S. C. Watkins (Eds.), *The decline of fertility in Europe: The revised proceedings of a conference on the Princeton European Fertility Project* (pp. 182–200). Princeton University Press.

Malhotra, V. and Bhat, S. (2014). Strategies for family planning going forward-Social marketing & expanding contraceptive choices package. *The Indian journal of medical research*, 140 (Suppl 1), S6.

Palloni, A. (1984). Diffusion in Sociological Analysis: How Useful Is It for the Study of Fertility and Mortality? Unpublished paper presented at the Workshop on Social Processes Underlying Fertility Change in Developing Countries, Committee on Population, January 29-30, 1998. Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin, Madison.

Trussell J. and Aiken, A. (2018). Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA et al. *Contraceptive Technology*, 21st revised edition. New York, Ardent Media.

World Health Organization (2018). *Family planning: a global handbook for providers: updated 3rd edition: Evidence-based guidance developed through worldwide collaboration*, ISBN 13: 978-0-9992037-0-5.

**TABLO 2.A.1.** Modern yöntem bilen evli kadınların bildikleri yöntemlere göre yüzdesi, 1993-2018

<b>GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEM</b>	<b>1993</b>	<b>1998</b>	<b>2003</b>	<b>2008</b>	<b>2013</b>	<b>2018</b>
Herhangi bir yöntem	99,1	98,9	99,8	99,8	99,8	99,5
Herhangi bir modern yöntem	98,6	98,7	99,5	99,6	99,7	99,4
Tüplerin bağlanması	75,6	83,4	89,8	91,6	92,8	92,7
Erkeğin kanallarının bağlanması	35,1	45,0	40,2	42,8	41,4	37,0
Hap	95,7	95,8	97,8	98,0	97,8	96,7
RİA	97,1	97,0	98,3	98,0	98,0	93,6
İğne	38,8	76,2	82,5	84,9	87,0	86,5
İmplant	6,7	24,8	43,3	41,0	39,7	36,3
Kondom	80,8	85,1	90,0	92,3	92,3	91,5
Diyafram/köpük/jel	57,5	50,5	45,7	34,8	32,0	23,7
Herhangi bir geleneksel yöntem	89,1	90,8	97,7	93,6	95,0	87,7
Takvim	34,8	45,4	49,7	42,7	42,9	36,5
Geri çekme	87,4	89,4	93,9	92,4	93,3	86,1
Diğer geleneksel yöntem	5,9	7,2	8,1	6,7	3,6	2,7
<b>Ortalama bilinen yöntem sayısı</b>	<b>6,2</b>	<b>7,0</b>	<b>8,5</b>	<b>7,7</b>	<b>8,2</b>	<b>7,6</b>
<b>Kadın sayısı</b>	<b>6.271</b>	<b>5.921</b>	<b>7.672</b>	<b>6.999</b>	<b>6.655</b>	<b>4.820</b>



**TABLO 2.A.2.** Modern yöntem bilen evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Yaş</b>						
15-19	98,3	98,1	98,0	99,1	98,3	96,8
20-24	98,4	98,8	99,5	99,8	99,4	98,8
25-29	99,1	99,0	99,8	99,7	99,8	99,3
30-34	99,6	99,3	99,9	99,4	99,8	99,8
35-39	99,2	98,4	99,6	99,8	99,7	99,9
40-44	98,6	98,5	99,2	99,7	99,7	99,5
45-49	95,4	97,7	99,3	99,1	99,6	99,1
<b>Yerleşim yeri</b>						
Kent	99,2	99,2	99,7	99,8	99,7	99,5
Kır	97,6	97,6	99,0	99,0	99,5	99,2
<b>Bölge</b>						
Batı	99,1	99,2	99,6	99,8	99,8	99,6
Güney	98,9	99,3	99,5	99,1	99,7	99,3
Orta	99,2	99,9	99,4	99,8	99,8	99,1
Kuzey	98,3	99,0	99,8	99,8	99,3	100,0
Doğu	96,8	94,7	99,3	99,0	99,4	99,4
<b>Eğitim</b>						
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	96,6	95,5	97,8	98,2	98,5	98,7
İlkokul	99,2	99,3	99,8	99,7	99,7	99,4
Ortaokul	100,0	100,0	99,9	99,9	100,0	99,4
Lise veya üzeri	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,8
<b>Refah seviyesi</b>						
En düşük	95,6	96,1	97,9	98,3	99,0	99,2
Düşük	98,4	98,4	99,6	99,2	99,6	98,7
Orta	99,4	99,1	99,6	99,9	99,9	99,2
Yüksek	99,3	99,7	100,0	100,0	99,8	99,9
En yüksek	99,9	99,6	100,0	100,0	99,9	100,0

**TABLO 2.A.2.** Modern yöntem bilen evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018 (DEVAM)

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Ana dil</b>						
Türkçe	99,0	99,5	99,7	99,7	99,8	99,6
Kürtçe	95,8	94,1	98,9	98,6	99,3	99,0
Arapça	100,0	97,1	98,2	99,6	99,2	99,6
Diğer	100,0	100,0	99,1	100,0	98,3	97,1
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>						
0	96,9	98,5	98,9	99,1	99,2	97,7
1-2	99,3	99,3	99,7	99,7	99,7	99,6
3-4	98,9	99,2	99,5	99,6	100,0	99,6
5 ve üzeri	97,1	95,3	99,3	98,6	99,1	99,0
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	98,7	98,6	99,6	99,6	99,6	99,4
Sosyal güvenceli çalışıyor	100,0	99,8	100,0	100,0	99,9	99,8
Sosyal güvencesiz çalışıyor	98,1	98,6	99,2	99,3	99,9	99,4
<b>TOPLAM</b>	<b>98,6</b>	<b>98,7</b>	<b>99,5</b>	<b>99,6</b>	<b>99,7</b>	<b>99,4</b>

**TABLO 2.A.3.** Geleneksel yöntem bilen evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Yaş</b>						
15-19	77,8	85,5	95,5	90,8	92,0	77,6
20-24	86,0	90,0	97,7	94,6	93,9	83,2
25-29	92,2	91,5	98,7	96,3	96,2	90,4
30-34	91,4	93,3	98,1	95,7	96,7	92,1
35-39	91,1	92,4	97,1	94,3	95,8	88,2
40-44	88,8	89,8	98,1	91,0	94,4	85,8
45-49	86,8	87,7	96,7	89,3	91,8	84,5
<b>Yerleşim yeri</b>						
Kent	99,3	93,2	98,4	94,5	96,3	88,9
Kır	83,5	85,9	96,1	91,0	90,0	83,3
<b>Bölge</b>						
Batı	95,4	95,6	98,1	94,6	97,6	88,8
Güney	90,6	90,4	98,0	92,9	93,6	85,2
Orta	90,1	93,3	97,9	93,9	94,8	89,3
Kuzey	90,9	95,7	98,5	96,7	95,3	92,5
Doğu	71,9	72,8	95,9	90,1	89,5	83,0
<b>Eğitim</b>						
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	77,5	77,8	94,1	87,0	84,7	72,9
İlkokul	91,8	92,6	97,8	93,8	94,9	83,8
Ortaokul	98,4	98,1	99,8	94,5	97,2	91,4
Lise veya üzeri	99,4	99,7	100,0	98,7	99,0	97,2
<b>Refah seviyesi</b>						
En düşük	72,2	76,4	92,8	87,4	87,4	77,0
Düşük	83,6	87,3	97,2	92,1	92,3	82,2
Orta	92,1	93,3	98,0	93,3	95,7	86,4
Yüksek	93,2	96,0	99,2	96,1	98,1	93,1
En yüksek	97,0	98,1	99,7	97,2	99,0	95,5

**TABLO 2.A.3.** Geleneksel yöntem bilen evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018 (DEVAM)

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Ana dil</b>						
Türkçe	92,6	94,2	98,3	94,3	96,0	89,5
Kürtçe	65,3	72,9	94,7	90,3	90,6	80,5
Arapça	75,1	70,1	96,4	89,7	90,5	77,1
Diğer	91,1	97,7	97,3	94,3	96,4	89,2
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>						
0	79,0	87,0	95,7	93,0	93,6	81,8
1-2	93,0	94,4	98,4	95,1	96,8	90,2
3-4	91,9	91,7	97,9	93,3	94,6	86,4
5 ve üzeri	78,3	77,1	95,2	86,3	84,1	77,9
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	88,3	89,8	97,9	93,3	94,5	86,8
Sosyal güvenceli çalışıyor	97,4	98,6	99,6	97,7	99,1	93,1
Sosyal güvencesiz çalışıyor	89,1	91,2	96,4	93,0	93,7	85,4
<b>TOPLAM</b>	<b>89,1</b>	<b>90,8</b>	<b>97,7</b>	<b>93,6</b>	<b>95,0</b>	<b>87,7</b>

**TABLO 2.A.4.** Modern yöntem bilen hiç evlenmemiş kadınların bildikleri yöntemlere göre yüzdesi, 1993-2018

<b>GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEM</b>	<b>1998</b>	<b>2013</b>	<b>2018</b>
Herhangi bir yöntem	96,5	96,1	92,6
Herhangi bir modern yöntem	96,5	96,1	92,4
Tüplerin bağlanması	67,9	72,7	67,7
Erkeğin kanallarının bağlanması	32,2	20,5	21,5
Hap	91,0	90,2	83,1
RİA	89,7	76,4	62,9
İğne	64,9	51,8	47,3
İmplant	15,1	15,4	13,5
Kondom	66,9	70,4	64,4
Kadın kondomu	-	19,9	22,1
Diyafram/köpük/jel	30,5	20,6	16,4
Vajina halka	-	12,0	9,9
Acil korunma hâpı	-	38,7	39,4
Herhangi bir geleneksel yöntem	59,3	54,8	39,9
Takvim	38,3	29,0	22,7
Geri çekme	46,5	43,8	33,2
Diğer geleneksel yöntem	2,7	1,3	1,5
<b>Ortalama bilinen yöntem sayısı</b>	<b>5,5</b>	<b>5,8</b>	<b>5,1</b>
<b>Kadın sayısı</b>	<b>2.380</b>	<b>2.683</b>	<b>2.205</b>

**TABLO 2.A.5.** Modern yöntem bilen hiç evlenmemiş kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018

<b>DEĞİŞKENLER</b>	<b>1998</b>	<b>2013</b>	<b>2018</b>
<b>Yaş</b>			
15-19	95,9	93,8	88,0
20-24	97,7	98,8	97,1
25-29	96,3	99,1	98,4
30-34	97,8	99,0	94,7
35-39	91,6	100,0	100,0
40-44	100,0	100,0	88,1
45-49	100,0	93,4	92,8
<b>Yerleşim yeri</b>			
Kent	98,2	96,7	93,3
Kır	93,4	93,5	89,3
<b>Bölge</b>			
Batı	98,6	97,4	94,8
Güney	95,8	94,5	90,9
Orta	99,2	96,6	89,4
Kuzey	97,3	96,2	92,9
Doğu	90,4	93,9	91,3
<b>Eğitim</b>			
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	83,6	89,1	86,0
İlkokul	94,9	96,1	86,6
Ortaokul	99,2	94,7	88,5
Lise veya üzeri	99,8	99,5	99,5
<b>Refah seviyesi</b>			
En düşük	87,8	91,8	85,0
Düşük	97,0	95,0	90,2
Orta	97,9	96,3	96,4
Yüksek	98,7	97,6	94,1
En yüksek	99,7	98,1	94,2

**TABLO 2.A.5.** Modern yöntem bilen hiç evlenmemiş kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018 (DEVAM)

<b>DEĞİŞKENLER</b>	<b>1998</b>	<b>2013</b>	<b>2018</b>
<b>Ana dil</b>			
Türkçe	98,1	96,5	92,6
Kürtçe	88,5	94,4	91,4
Arapça	93,9	94,4	90,1
Diğer	92,6	100,0	95,6
<b>Çalışma durumu</b>			
Çalışmıyor	96,3	95,4	90,3
Sosyal güvenceli çalışıyor	98,3	99,8	100,0
Sosyal güvencesiz çalışıyor	96,0	95,2	96,8
<b>TOPLAM</b>	<b>96,5</b>	<b>96,1</b>	<b>92,4</b>

**TABLO 2.A.6.** Geleneksel yöntem bilen hiç evlenmemiş kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018

DEĞİŞKENLER	1998	2013	2018
<b>Yaş</b>			
15-19	52,6	43,1	26,1
20-24	69,1	65,7	52,0
25-29	68,8	72,8	57,2
30-34	69,6	80,1	63,9
35-39	80,6	69,6	41,7
40-44	91,8	73,4	52,3
45-49	73,0	55,6	48,8
<b>Yerleşim yeri</b>			
Kent	65,6	56,0	42,2
Kır	48,1	49,2	31,4
<b>Bölge</b>			
Batı	71,1	61,9	46,3
Güney	52,8	51,1	29,3
Orta	58,4	49,1	39,9
Kuzey	62,6	57,2	48,5
Doğu	44,3	47,4	30,3
<b>Eğitim</b>			
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	30,0	41,5	13,5
İlkokul	46,7	49,9	20,7
Ortaokul	69,0	47,0	27,4
Lise veya üzeri	87,9	72,7	62,4
<b>Refah seviyesi</b>			
En düşük	38,3	43,5	23,0
Düşük	50,1	49,2	32,0
Orta	61,0	54,4	39,5
Yüksek	67,0	59,6	45,6
En yüksek	79,0	62,1	53,9



**TABLO 2.A.6.** Geleneksel yöntem bilen hiç evlenmemiş kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018 (DEVAM)

DEĞİŞKENLER	1998	2013	2018
<b>Ana dil</b>			
Türkçe	63,8	56,6	42,9
Kürtçe	39,2	47,6	26,3
Arapça	39,0	51,8	15,8
Diğer	59,6	45,0	35,2
<b>Çalışma durumu</b>			
Çalışmıyor	58,9	50,8	34,7
Sosyal güvenceli çalışıyor	76,8	77,4	61,9
Sosyal güvencesiz çalışıyor	52,4	48,4	40,8
<b>TOPLAM</b>	<b>59,3</b>	<b>54,8</b>	<b>39,9</b>

**TABLO 2.A.7.** Gebeliği önleyici yöntem kullanan evli kadınların kullandıkları yöntemlere göre yüzdesi, 1993-2018

<b>GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEM</b>	<b>1993</b>	<b>1998</b>	<b>2003</b>	<b>2008</b>	<b>2013</b>	<b>2018</b>
<b>Herhangi bir yöntem</b>	62,6	63,9	71,0	73,0	73,5	69,8
<b>Herhangi bir modern yöntem</b>	34,5	37,7	42,5	46,0	47,4	48,9
Hap	4,9	4,4	4,7	5,3	4,6	4,8
RIA	18,8	19,8	20,2	16,9	16,8	13,7
Kondom	6,6	8,2	10,8	14,3	15,8	19,1
Tüplerin bağlanması	2,9	4,2	5,7	8,3	9,4	10,4
Diğer modern yöntemler	1,3	1,1	1,1	1,1	0,8	1,0
<b>Herhangi bir geleneksel yöntem</b>	28,1	26,1	28,5	27,0	26,0	20,9
Takvim	1,0	1,1	1,1	0,6	0,3	0,2
Geri çekme	26,2	24,4	26,4	26,2	25,5	20,4
Diğer geleneksel yöntem	0,9	0,6	1,0	0,2	0,2	0,2
<b>Yöntem kullanmıyor</b>	37,4	36,1	29,0	27,0	26,5	30,2
<b>Toplam</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Kadın sayısı</b>	<b>6.271</b>	<b>5.921</b>	<b>7.672</b>	<b>6.999</b>	<b>6.655</b>	<b>4.820</b>

**TABLO 2.A.8.** Herhangi bir yöntem kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Yaş</b>						
15-19	24,1	33,6	44,3	40,2	46,9	36,2
20-24	51,1	52,9	59,2	63,4	55,6	52,6
25-29	68,0	67,0	74,8	73,6	70,7	69,1
30-34	76,5	74,3	80,9	78,6	79,6	72,3
35-39	76,8	76,3	80,7	83,8	84,0	78,6
40-44	61,0	70,0	76,4	78,7	79,8	75,8
45-49	41,7	41,4	49,9	58,9	59,0	61,0
<b>Yerleşim yeri</b>						
Kent	66,2	66,7	73,6	74,3	74,7	69,4
Kır	56,1	58,1	64,5	68,9	68,5	71,4
<b>Bölge</b>						
Batı	71,5	70,5	74,2	76,3	75,7	70,0
Güney	62,8	60,3	70,8	70,4	70,8	64,7
Orta	62,7	68,3	74,2	75,5	78,8	74,8
Kuzey	64,2	67,0	71,9	75,6	75,4	72,3
Doğu	42,3	42,0	57,9	61,4	62,2	66,1
<b>Eğitim</b>						
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	48,2	47,9	55,9	60,4	61,4	59,0
İlkokul	66,4	66,0	72,9	75,8	75,7	72,3
Ortaokul	71,3	72,6	76,7	67,4	74,3	70,5
Lise veya üzeri	76,7	76,0	73,3	76,7	73,2	68,5
<b>Refah seviyesi</b>						
En düşük	47,9	46,7	58,4	63,3	64,1	63,1
Düşük	56,3	59,0	68,3	70,5	70,5	69,1
Orta	63,0	66,8	71,2	75,8	75,8	70,7
Yüksek	69,8	68,9	76,6	77,3	77,3	70,0
En yüksek	72,8	74,3	75,6	76,5	76,5	74,2

**TABLO 2.A.8.** Herhangi bir yöntem kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018 (DEVAM)

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Ana dil</b>						
Türkçe	66,9	68,5	74,3	75,8	75,9	71,9
Kürtçe	33,8	39,0	52,7	60,1	62,6	63,2
Arapça	41,8	41,5	57,3	51,4	63,5	53,7
Diğer	61,6	66,6	74,7	78,1	68,1	67,0
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>						
0	8,6	17,6	18,2	28,0	75,9	71,9
1-2	70,6	71,0	77,7	78,1	62,6	63,2
3-4	71,3	73,5	77,9	79,1	63,5	53,7
5 ve üzeri	54,7	51,7	62,4	68,7	68,1	67,0
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	61,3	61,8	70,0	71,1	72,7	69,0
Sosyal güvenceli çalışıyor	75,8	76,8	77,6	82,7	74,5	72,2
Sosyal güvencesiz çalışıyor	62,5	65,6	72,5	75,2	75,8	71,2
<b>TOPLAM</b>	<b>62,6</b>	<b>63,9</b>	<b>71,0</b>	<b>73,0</b>	<b>73,5</b>	<b>69,8</b>

**TABLO 2.A.9.** Herhangi bir modern yöntem kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Yaş</b>						
15-19	9,3	15,7	16,9	17,6	17,6	19,0
20-24	28,2	30,8	31,4	37,4	30,2	33,7
25-29	41,7	43,3	47,2	47,2	44,2	44,4
30-34	46,0	47,3	51,6	51,5	52,3	49,8
35-39	41,0	46,6	57,2	57,2	59,1	56,3
40-44	29,2	36,6	44,6	46,0	52,9	58,1
45-49	17,5	17,6	25,8	35,1	35,1	42,0
<b>Yerleşim yeri</b>						
Kent	38,9	40,8	45,8	47,8	49,3	49,9
Kır	26,8	31,4	34,4	40,4	40,0	45,2
<b>Bölge</b>						
Batı	37,3	40,5	45,7	48,2	47,0	49,7
Güney	36,7	35,1	44,8	45,8	47,8	47,0
Orta	36,6	42,8	46,6	48,8	56,3	53,5
Kuzey	29,8	35,2	32,5	41,4	42,3	47,0
Doğu	26,3	26,7	31,4	37,8	39,2	43,0
<b>Eğitim</b>						
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	24,0	26,3	29,5	34,6	37,1	37,3
İlkokul	35,4	37,3	41,9	46,0	47,3	50,6
Ortaokul	46,2	47,2	49,7	42,0	48,5	48,8
Lise veya üzeri	55,7	57,8	57,4	55,3	54,6	51,2
<b>Refah seviyesi</b>						
En düşük	21,6	25,2	30,0	38,0	38,2	39,2
Düşük	29,0	31,3	37,6	40,9	42,2	46,3
Orta	34,1	39,6	40,7	47,0	47,2	49,1
Yüksek	38,9	41,5	46,5	46,9	51,7	48,5
En yüksek	46,4	48,5	52,1	54,3	54,5	58,0

**TABLO 2.A.9.** Herhangi bir modern yöntem kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018 (DEVAM)

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Ana dil</b>						
Türkçe	36,8	40,7	45,1	48,4	50,2	51,3
Kürtçe	20,1	22,2	28,6	34,8	34,8	40,7
Arapça	33,9	25,8	30,8	30,0	41,2	38,2
Diğer	17,8	31,7	44,7	40,4	45,4	38,5
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>						
0	2,9	9,2	8,5	15,2	15,4	15,9
1-2	40,3	43,1	46,8	49,0	47,6	47,1
3-4	37,9	42,8	46,9	50,2	57,8	58,1
5 ve üzeri	30,2	28,3	36,8	45,8	51,5	57,4
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	34,5	37,2	41,0	45,0	46,0	47,7
Sosyal güvenceli çalışıyor	52,0	52,3	60,5	57,5	53,1	55,1
Sosyal güvencesiz çalışıyor	30,3	34,8	42,0	44,1	48,5	47,1
<b>TOPLAM</b>	<b>34,5</b>	<b>37,7</b>	<b>42,5</b>	<b>46,0</b>	<b>47,4</b>	<b>48,9</b>

**TABLO 2.A.10.** Herhangi bir geleneksel yöntem kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Yaş</b>						
15-19	14,8	17,8	27,5	22,6	29,2	17,2
20-24	22,9	22,1	27,9	26,0	25,4	18,9
25-29	26,2	23,7	27,6	26,3	26,5	24,7
30-34	30,5	27,1	29,3	27,1	27,3	22,5
35-39	35,8	29,7	29,4	26,6	24,9	22,4
40-44	31,8	33,4	31,8	32,6	26,9	17,7
45-49	24,2	23,8	24,2	23,8	23,9	18,9
<b>Yerleşim yeri</b>						
Kent	27,3	25,9	27,8	26,5	25,4	19,4
Kır	29,3	26,7	30,1	28,6	28,5	26,2
<b>Bölge</b>						
Batı	34,2	30,0	28,6	28,1	28,7	20,3
Güney	26,0	25,3	26,0	24,6	23,0	17,7
Orta	26,1	25,5	27,6	26,7	22,4	21,4
Kuzey	34,4	31,8	39,4	34,2	33,1	25,4
Doğu	16,0	15,3	26,5	23,5	23,0	23,1
<b>Eğitim</b>						
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	24,2	21,6	26,3	25,9	24,3	21,7
İlkokul	31,1	28,7	31,0	29,8	28,4	21,6
Ortaokul	25,1	25,3	27,1	25,4	25,8	21,7
Lise veya üzeri	20,9	18,2	15,9	21,4	18,6	17,3
<b>Refah seviyesi</b>						
En düşük	26,2	21,5	28,4	25,3	26,0	23,9
Düşük	27,3	27,7	30,7	29,6	28,4	22,8
Orta	28,9	27,2	30,5	28,3	28,6	21,6
Yüksek	30,9	27,4	30,1	27,0	25,7	21,4
En yüksek	26,5	25,9	23,5	24,8	22,0	16,3

**TABLO 2.A.10.** Herhangi bir geleneksel yöntem kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018 (DEVAM)

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Ana dil</b>						
Türkçe	30,2	27,8	29,3	27,4	25,8	20,6
Kürtçe	13,7	16,8	24,1	25,3	27,8	22,4
Arapça	8,0	15,7	26,6	21,3	22,3	15,5
Diğer	43,7	34,9	30,0	37,8	22,8	28,5
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>						
0	5,7	8,4	9,7	12,8	10,7	4,8
1-2	30,4	27,9	30,8	29,1	29,3	22,9
3-4	33,4	30,6	31,0	28,9	25,7	22,1
5 ve üzeri	24,5	23,4	25,6	22,9	21,6	16,6
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	26,8	24,6	28,9	26,0	26,7	21,3
Sosyal güvenceli çalışıyor	23,8	24,6	17,1	25,3	21,4	17,2
Sosyal güvencesiz çalışıyor	32,2	30,9	30,5	31,0	27,3	24,0
<b>TOPLAM</b>	<b>28,1</b>	<b>26,1</b>	<b>28,5</b>	<b>27,0</b>	<b>26,0</b>	<b>20,9</b>



**TABLO 2.A.11.** Herhangi bir yöntem kullanmayan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Yaş</b>						
15-19	75,9	66,4	55,7	59,8	53,1	63,8
20-24	48,9	47,1	40,8	36,6	44,4	47,4
25-29	32,0	33,0	25,2	26,4	29,3	30,9
30-34	23,5	25,7	19,1	21,4	20,4	27,7
35-39	23,2	23,7	19,3	16,2	16,0	21,4
40-44	39,0	30,0	23,6	21,3	20,2	24,2
45-49	58,3	58,6	50,1	41,1	41,0	39,0
<b>Yerleşim yeri</b>						
Kent	33,8	33,3	26,4	25,7	35,3	30,6
Kır	43,9	41,9	35,5	31,1	31,5	28,6
<b>Bölge</b>						
Batı	28,5	29,5	25,8	23,7	24,3	30,0
Güney	37,2	39,7	29,2	29,6	29,2	35,3
Orta	37,3	31,7	25,8	24,5	21,2	25,2
Kuzey	35,8	33,0	28,1	24,4	24,6	27,7
Doğu	57,7	58,0	42,1	38,6	37,8	33,9
<b>Eğitim</b>						
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	51,8	52,1	44,1	39,6	38,6	41,0
İlkokul	33,6	34,0	27,1	24,2	24,3	27,7
Ortaokul	28,7	27,4	23,3	32,6	25,7	29,5
Lise veya üzeri	23,3	24,0	26,7	23,3	26,8	31,5
<b>Refah seviyesi</b>						
En düşük	52,1	53,3	41,6	36,7	35,9	36,9
Düşük	43,7	41,0	31,7	29,5	29,5	30,9
Orta	37,0	33,2	28,8	24,7	24,2	29,3
Yüksek	30,2	31,1	23,4	26,2	22,7	30,0
En yüksek	27,2	25,7	24,4	20,9	23,5	25,8

**TABLO 2.A.11.** Herhangi bir yöntem kullanmayan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018 (DEVAM)

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Ana dil</b>						
Türkçe	33,1	31,5	25,7	24,2	24,1	28,1
Kürtçe	66,2	61,0	47,3	39,9	37,4	36,8
Arapça	58,2	58,5	42,7	48,6	36,5	46,3
Diğer	38,4	33,4	25,3	21,9	31,9	33,0
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>						
0	91,4	82,4	81,8	72,0	73,9	79,3
1-2	29,4	29,0	22,3	21,9	30,0	30,0
3-4	28,7	26,5	22,1	20,9	19,8	19,8
5 ve üzeri	45,3	48,3	37,6	31,3	26,0	26,0
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	38,7	38,2	30,0	28,9	27,3	31,0
Sosyal güvenceli çalışıyor	24,2	23,2	22,4	17,3	25,5	27,8
Sosyal güvencesiz çalışıyor	37,5	34,3	27,5	24,8	24,2	28,8
<b>TOPLAM</b>	<b>37,4</b>	<b>36,1</b>	<b>29,0</b>	<b>27,0</b>	<b>26,5</b>	<b>30,2</b>

**TABLO 2.A.12.** Tüplerin bağlanması yöntemini kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Yaş</b>						
15-19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
20-24	0,3	0,3	0,4	0,6	0,2	0,1
25-29	1,7	1,8	2,4	3,6	1,8	1,5
30-34	3,2	5,9	6,2	7,6	6,5	7,4
35-39	4,6	7,1	8,3	13,5	13,8	13,7
40-44	4,8	7,0	10,9	13,1	17,5	17,9
45-49	5,0	5,7	6,5	11,5	14,7	15,3
<b>Yerleşim yeri</b>						
Kent	3,3	4,7	5,9	8,3	9,1	9,2
Kır	2,2	3,3	5,1	8,5	10,7	14,5
<b>Bölge</b>						
Batı	2,7	4,2	6,1	8,4	8,9	9,5
Güney	3,3	4,5	6,1	10,0	10,9	13,2
Orta	3,1	3,4	5,0	6,4	8,3	9,8
Kuzey	4,3	8,4	9,4	12,9	14,2	16,8
Doğu	1,8	3,3	3,7	7,7	9,2	9,1
<b>Eğitim</b>						
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	3,7	5,3	6,8	12,3	13,1	14,4
İlkokul	2,6	4,0	5,9	9,7	12,0	15,7
Ortaokul	2,6	3,9	4,2	4,7	6,4	6,3
Lise veya üzeri	3,3	4,3	5,7	3,9	3,8	3,9
<b>Refah seviyesi</b>						
En düşük	1,6	3,7	3,4	9,5	10,9	11,3
Düşük	2,8	3,2	6,2	8,9	10,2	14,2
Orta	1,9	4,2	6,3	8,8	9,1	11,4
Yüksek	4,3	4,2	5,8	8,2	8,9	6,7
En yüksek	3,6	5,8	6,1	6,7	8,6	9,1

**TABLO 2.A.12.** Tüplerin bağlanması yöntemini kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018 (DEVAM)

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Ana dil</b>						
Türkçe	3,0	4,4	5,8	8,2	9,5	10,7
Kürtçe	2,2	3,6	4,6	9,1	8,8	9,6
Arapça	1,9	1,9	8,3	9,6	12,9	9,7
Diğer	2,5	5,5	6,0	7,0	7,4	6,6
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>						
0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,0	0,0
1-2	1,9	2,7	3,2	4,1	3,5	3,4
3-4	4,5	7,6	9,9	16,0	21,5	21,9
5 ve üzeri	4,4	6,5	11,5	19,5	25,3	27,3
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	3,1	4,5	5,9	8,6	9,0	10,3
Sosyal güvenceli çalışıyor	4,4	4,3	6,6	3,8	6,9	8,9
Sosyal güvencesiz çalışıyor	1,9	3,5	4,7	9,2	13,3	12,9
<b>TOPLAM</b>	<b>2,9</b>	<b>4,2</b>	<b>5,7</b>	<b>8,3</b>	<b>9,4</b>	<b>10,4</b>

**TABLO 2.A.13.** Hap yöntemini kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Yaş</b>						
15-19	0,6	1,9	4,0	4,0	1,7	0,0
20-24	5,1	4,8	5,0	5,8	3,4	4,8
25-29	9,0	6,1	7,4	7,3	5,4	5,2
30-34	6,2	5,2	5,9	8,4	7,0	7,9
35-39	3,9	3,9	4,3	5,1	4,8	4,9
40-44	2,1	3,4	3,3	2,4	4,3	4,1
45-49	1,8	2,1	1,3	2,1	1,3	1,5
<b>Yerleşim yeri</b>						
Kent	5,0	4,6	5,0	5,6	5,0	5,1
Kır	4,8	3,8	3,9	4,6	3,2	3,5
<b>Bölge</b>						
Batı	6,2	5,4	4,8	5,8	4,6	5,2
Güney	4,2	2,3	3,9	4,1	4,2	4,9
Orta	4,3	4,9	5,3	4,9	6,1	3,8
Kuzey	5,2	4,5	3,1	5,2	2,7	3,1
Doğu	3,6	2,9	4,9	5,6	3,9	5,2
<b>Eğitim</b>						
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	3,6	2,8	3,9	3,4	3,2	3,9
İlkokul	5,5	4,1	4,0	4,8	3,8	3,7
Ortaokul	4,7	6,0	6,8	6,8	5,4	5,5
Lise veya üzeri	6,5	8,0	6,5	7,3	7,2	6,1
<b>Refah seviyesi</b>						
En düşük	4,2	2,1	3,2	4,7	3,2	4,6
Düşük	5,2	3,5	3,3	5,6	3,2	3,7
Orta	5,4	6,0	4,5	4,3	4,4	5,3
Yüksek	5,0	4,5	6,2	6,1	5,2	3,7
En yüksek	4,6	5,3	5,5	5,8	6,6	6,3

**TABLO 2.A.13.** Hap yöntemini kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018 (DEVAM)

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Ana dil</b>						
Türkçe	5,1	4,7	4,8	5,5	4,8	4,6
Kürtçe	4,2	2,3	3,6	4,5	3,3	5,4
Arapça	4,3	3,0	5,3	2,8	5,0	4,2
Diğer	1,7	3,6	10,4	8,7	8,2	7,5
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>						
0	1,4	3,3	2,7	4,8	4,5	3,4
1-2	5,8	4,6	5,8	5,7	5,2	5,0
3-4	5,1	4,6	3,8	5,0	3,6	4,5
5 ve üzeri	4,2	3,4	3,6	4,9	4,3	5,9
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	4,7	4,3	4,5	5,1	4,4	4,5
Sosyal güvenceli çalışıyor	5,1	6,7	6,0	9,7	6,9	6,4
Sosyal güvencesiz çalışıyor	5,4	3,8	5,0	4,1	3,6	3,8
<b>TOPLAM</b>	<b>4,9</b>	<b>4,4</b>	<b>4,7</b>	<b>5,3</b>	<b>4,6</b>	<b>4,8</b>

**TABLO 2.A.14.** RİA yöntemini kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Yaş</b>						
15-19	6,2	7,4	6,2	3,8	4,2	1,2
20-24	16,4	16,3	15,8	11,7	9,7	10,1
25-29	23,3	22,9	23,1	15,9	16,0	11,7
30-34	26,3	25,6	25,6	18,8	17,6	12,2
35-39	22,2	27,4	25,1	23,0	21,3	17,4
40-44	13,4	16,6	19,2	18,8	19,1	16,7
45-49	6,9	6,4	11,1	12,4	13,1	12,0
<b>Yerleşim yeri</b>						
Kent	21,5	21,0	21,5	17,5	17,3	14,0
Kır	14,1	17,3	17,2	15,0	14,6	12,7
<b>Bölge</b>						
Batı	18,8	20,5	21,0	17,4	15,5	12,9
Güney	20,9	20,9	21,9	18,3	15,3	12,9
Orta	21,9	24,2	25,2	18,4	24,6	17,5
Kuzey	11,5	12,4	10,8	9,8	9,4	8,8
Doğu	16,5	14,0	14,3	15,1	14,2	13,1
<b>Eğitim</b>						
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	11,7	13,0	13,1	12,1	13,9	11,8
İlkokul	20,2	21,0	21,8	18,2	18,5	16,4
Ortaokul	24,9	22,6	22,5	14,8	17,2	14,0
Lise veya üzeri	26,5	24,9	17,2	17,4	11,2	7,7
<b>Refah seviyesi</b>						
En düşük	11,8	14,7	17,6	13,8	15,3	13,5
Düşük	15,6	18,2	19,9	17,4	17,4	14,7
Orta	19,9	19,9	18,6	19,0	19,0	11,9
Yüksek	21,0	22,3	21,4	15,7	15,7	15,2
En yüksek	24,2	22,8	22,5	17,7	17,7	13,2

**TABLO 2.A.14.** RİA yöntemini kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018 (DEVAM)

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Ana dil</b>						
Türkçe	20,2	21,3	21,6	17,7	17,5	13,9
Kürtçe	9,7	11,6	13,6	12,9	14,0	12,9
Arapça	20,0	17,2	12,0	12,0	11,7	15,1
Diğer	7,2	16,2	18,3	16,8	10,9	9,8
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>						
0	0,2	0,1	0,3	0,3	0,0	0,2
1-2	22,9	23,7	22,6	19,0	17,9	14,1
3-4	19,8	23,2	23,5	19,1	20,8	15,8
5 ve üzeri	16,1	12,8	15,8	13,6	15,5	15,5
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	18,5	18,9	19,5	16,1	17,0	13,8
Sosyal güvenceli çalışıyor	27,9	27,1	23,4	20,0	14,3	12,7
Sosyal güvencesiz çalışıyor	17,1	20,2	22,0	18,3	18,0	14,7
<b>TOPLAM</b>	<b>18,8</b>	<b>19,8</b>	<b>20,2</b>	<b>16,9</b>	<b>16,8</b>	<b>13,7</b>



**TABLO 2.A.15.** Kondom yöntemini kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Yaş</b>						
15-19	2,5	6,0	6,4	9,1	9,5	15,3
20-24	5,5	8,8	9,2	18,1	16,5	16,2
25-29	7,0	10,9	13,4	18,4	19,7	24,5
30-34	8,5	9,7	13,0	15,4	20,2	20,8
35-39	8,3	6,8	12,0	14,6	18,3	19,4
40-44	7,0	8,6	10,0	11,1	11,6	19,2
45-49	2,7	2,5	5,7	8,4	5,9	13,1
<b>Yerleşim yeri</b>						
Kent	7,8	9,3	12,1	15,4	17,2	20,6
Kır	4,6	6,0	7,4	11,0	10,2	13,7
<b>Bölge</b>						
Batı	8,4	9,4	12,7	15,5	17,4	21,0
Güney	6,1	6,2	11,3	12,9	15,9	14,6
Orta	6,1	9,2	10,2	17,8	16,7	21,9
Kuzey	7,1	9,2	8,3	12,0	15,6	17,2
Doğu	3,7	5,2	7,4	8,1	10,6	14,6
<b>Eğitim</b>						
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	3,5	4,1	4,2	5,8	5,4	6,8
İlkokul	6,0	7,1	9,1	12,1	12,3	13,9
Ortaokul	12,2	13,7	15,4	14,5	18,5	21,9
Lise veya üzeri	18,0	19,6	27,6	25,4	31,9	32,2
<b>Refah seviyesi</b>						
En düşük	3,3	4,2	4,9	8,0	7,0	9,1
Düşük	4,7	5,4	7,1	8,3	10,8	12,7
Orta	5,6	8,1	9,9	13,8	14,6	19,3
Yüksek	6,6	9,3	12,2	16,0	19,4	21,8
En yüksek	12,2	13,3	16,8	22,9	23,9	28,5

**TABLO 2.A.15.** Kondom yöntemini kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018 (DEVAM)

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Ana dil</b>						
Türkçe	7,1	9,2	11,8	16,0	17,6	21,1
Kürtçe	3,3	3,5	5,6	6,5	7,6	12,0
Arapça	3,4	2,6	5,2	5,7	9,7	9,3
Diğer	6,4	6,4	9,9	7,2	18,6	14,6
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>						
0	1,3	5,5	5,0	9,8	10,9	12,4
1-2	8,4	10,8	14,4	19,1	20,2	23,5
3-4	7,1	6,5	8,1	9,0	11,0	15,0
5 ve üzeri	3,7	3,8	4,7	5,8	4,9	7,2
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	6,7	8,3	10,0	14,2	14,8	18,2
Sosyal güvenceli çalışıyor	12,4	13,9	24,0	22,4	24,0	26,0
Sosyal güvencesiz çalışıyor	5,0	6,2	9,4	11,2	12,8	14,8
<b>TOPLAM</b>	<b>6,6</b>	<b>8,2</b>	<b>10,8</b>	<b>14,3</b>	<b>15,8</b>	<b>19,1</b>

**TABLO 2.A.16.** Geri çekme yöntemini kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Yaş</b>						
15-19	14,2	17,3	24,8	21,1	28,1	17,2
20-24	22,4	21,6	25,7	25,6	25,4	18,6
25-29	25,4	22,9	25,7	25,6	26,4	23,9
30-34	27,9	25,8	27,7	26,5	26,9	22,1
35-39	34,2	27,5	27,8	25,6	24,4	21,9
40-44	28,4	30,0	29,5	31,8	26,1	17,6
45-49	20,6	20,1	20,9	22,8	23,0	17,8
<b>Yerleşim yeri</b>						
Kent	24,9	23,8	25,7	25,6	24,9	18,8
Kır	28,5	25,5	28,1	28,0	28,2	25,9
<b>Bölge</b>						
Batı	31,5	27,6	26,6	27,1	28,0	19,6
Güney	24,7	24,2	23,6	24,1	23,0	17,7
Orta	23,7	23,7	25,7	25,7	22,0	20,9
Kuzey	33,6	30,9	37,5	33,6	32,8	25,0
Doğu	15,6	14,4	24,0	22,9	22,5	22,5
<b>Eğitim</b>						
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	23,1	20,6	24,1	25,0	24,2	21,5
İlkokul	29,6	27,2	29,2	29,3	28,0	21,5
Ortaokul	21,5	22,8	24,7	24,7	25,6	21,1
Lise veya üzeri	14,5	12,7	12,1	19,7	17,2	15,8
<b>Refah seviyesi</b>						
En düşük	25,1	20,7	26,1	24,8	25,8	23,4
Düşük	25,9	26,2	29,0	28,9	28,1	22,6
Orta	27,5	25,9	29,1	27,9	28,3	21,1
Yüksek	29,4	26,6	27,9	25,5	24,9	21,1
En yüksek	22,8	21,8	20,6	23,9	21,3	15,1

**TABLO 2.A.16.** Geri çekme yöntemini kullanan evli kadınların temel özelliklere göre yüzdesi, 1993-2018 (DEVAM)

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Ana dil</b>						
Türkçe	28,1	25,9	27,2	26,6	25,3	20,1
Kürtçe	13,2	16,2	21,5	24,1	27,3	22,0
Arapça	7,1	13,9	24,5	21,3	21,0	13,6
Diğer	43,7	31,7	27,5	37,8	22,8	27,6
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>						
0	4,6	8,0	8,9	12,0	10,4	4,8
1-2	28,5	26,1	28,6	28,1	28,8	22,1
3-4	31,2	28,6	28,7	28,2	25,1	21,9
5 ve üzeri	22,8	21,9	23,5	22,8	21,4	15,8
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	25,0	23,4	26,7	25,4	26,2	20,8
Sosyal güvenceli çalışıyor	18,9	17,4	14,5	23,5	20,7	16,0
Sosyal güvencesiz çalışıyor	30,8	29,4	29,1	30,1	26,9	23,9
<b>TOPLAM</b>	<b>26,2</b>	<b>24,4</b>	<b>26,4</b>	<b>26,2</b>	<b>25,5</b>	<b>20,4</b>

**TABLO 2.A.17.** Doğumu sonlandırmak için herhangi bir yöntem kullanan evli kadınların temel özelliklere yüzdesi, 1993-2018

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Yaş</b>						
15-19	4,1	3,2	7,5	2,2	2,1	3,1
20-24	18,0	19,0	20,1	17,6	9,8	14,5
25-29	49,0	42,6	43,1	39,1	26,9	28,0
30-34	68,5	63,0	65,0	59,9	47,2	47,5
35-39	74,8	73,7	73,4	76,9	70,5	66,9
40-44	60,6	68,8	69,5	76,2	76,5	72,3
45-49	41,7	41,4	47,4	58,7	58,1	60,1
<b>Yerleşim yeri</b>						
Kent	52,2	51,1	52,2	55,2	50,1	51,3
Kır	47,5	46,5	49,1	54,3	52,3	54,0
<b>Bölge</b>						
Batı	56,9	53,4	56,3	57,5	53,0	52,4
Güney	50,5	47,1	52,4	54,3	51,0	46,1
Orta	51,3	54,1	58,7	56,1	51,8	59,4
Kuzey	51,5	54,9	53,7	59,3	56,3	56,8
Doğu	35,3	32,9	39,1	45,3	39,8	44,3
<b>Eğitim</b>						
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	45,2	44,3	48,2	53,8	49,2	49,2
İlkokul	53,3	52,2	57,6	60,8	60,6	63,7
Ortaokul	49,1	47,6	50,0	40,4	42,6	45,4
Lise veya üzeri	53,7	49,1	39,6	47,7	33,8	39,1
<b>Refah seviyesi</b>						
En düşük	39,7	39,3	46,3	50,3	47,4	46,2
Düşük	47,3	46,9	49,5	54,6	49,9	52,1
Orta	49,4	51,8	53,5	56,7	51,1	51,8
Yüksek	55,4	51,0	56,0	53,9	52,6	53,9
En yüksek	58,7	57,0	58,8	58,1	50,9	54,0

**TABLO 2.A.17.** Doğumu sonlandırmak için herhangi bir yöntem kullanan evli kadınların temel özelliklere yüzdesi, 1993-2018 (DEVAM)

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Ana dil</b>						
Türkçe	53,8	53,0	56,1	57,2	52,5	54,4
Kürtçe	29,5	30,6	38,5	44,8	41,6	43,7
Arapça	30,7	33,7	46,3	38,0	45,0	35,1
Diğer	49,5	56,6	55,7	62,1	49,8	48,6
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>						
0	0,6	0,7	0,4	2,0	1,9	1,9
1-2	47,4	47,7	50,2	51,8	45,2	45,3
3-4	69,2	70,2	73,2	74,6	75,0	71,6
5 ve üzeri	54,1	51,4	60,7	69,6	69,6	72,6
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	48,5	47,6	54,0	52,9	49,3	50,7
Sosyal güvenceli çalışıyor	60,2	56,6	44,4	51,6	45,0	49,7
Sosyal güvencesiz çalışıyor	53,1	53,2	54,2	63,2	60,5	62,2
<b>TOPLAM</b>	<b>50,5</b>	<b>49,6</b>	<b>53,3</b>	<b>55,0</b>	<b>50,5</b>	<b>51,9</b>

**TABLO 2.A.18.** Doğumların arasını açmak için herhangi bir yöntem kullanan evli kadınların temel özelliklere yüzdesi, 1993-2018

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Yaş</b>						
15-19	20,0	30,3	40,5	38,1	44,8	33,1
20-24	33,1	33,9	39,0	45,8	45,8	38,1
25-29	19,0	24,4	30,1	34,5	43,8	41,0
30-34	8,0	11,3	12,5	18,7	32,4	24,7
35-39	2,0	2,6	5,2	6,9	13,6	11,7
40-44	0,4	1,2	0,7	2,4	3,3	3,5
45-49	0,0	0,0	1,1	0,2	0,9	0,9
<b>Yerleşim yeri</b>						
Kent	14,0	15,6	16,6	19,1	24,6	18,0
Kır	8,6	11,5	12,1	14,6	16,2	17,3
<b>Bölge</b>						
Batı	14,6	17,2	15,9	18,8	22,7	17,6
Güney	12,2	13,2	15,7	16,0	19,8	18,5
Orta	11,4	14,2	14,3	19,4	27,0	15,4
Kuzey	12,7	12,1	13,8	16,4	19,2	15,6
Doğu	6,9	9,1	15,4	16,1	22,3	21,8
<b>Eğitim</b>						
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	3,0	3,7	6,5	6,6	12,3	9,9
İlkokul	13,2	13,8	13,4	14,9	15,1	8,6
Ortaokul	22,2	24,9	24,2	27,0	31,7	25,1
Lise veya üzeri	23,0	26,9	26,6	28,9	39,4	29,4
<b>Refah seviyesi</b>						
En düşük	8,2	7,4	10,2	13,0	16,7	16,8
Düşük	9,0	12,1	17,5	16,0	20,7	17,0
Orta	13,7	15,0	15,0	18,6	24,8	18,9
Yüksek	14,4	18,0	18,0	19,9	24,7	16,0
En yüksek	14,1	17,3	14,4	21,0	25,6	20,2

**TABLO 2.A.18.** Doğumların arasını açmak için herhangi bir yöntem kullanan evli kadınların temel özelliklere yüzdesi, 1993-2018 (DEVAM)

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Ana dil</b>						
Türkçe	13,1	15,4	15,6	18,7	23,5	17,5
Kürtçe	4,3	8,4	13,9	15,2	21,1	19,5
Arapça	11,2	7,9	8,7	13,4	18,5	18,6
Diğer	12,1	10,0	20,5	16,0	18,4	18,4
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>						
0	8,0	16,9	16,2	26,0	24,2	18,9
1-2	23,2	23,3	24,2	26,2	31,7	24
3-4	2,1	3,3	3,6	4,5	8,5	8,5
5 ve üzeri	0,7	0,3	1,3	0,7	3,5	1,4
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	12,7	14,2	15,3	18,1	23,3	18,3
Sosyal güvenceli çalışıyor	15,7	20,2	22,5	31,2	29,5	22,5
Sosyal güvencesiz çalışıyor	9,4	12,5	12,9	11,9	15,3	8,9
<b>TOPLAM</b>	<b>12,0</b>	<b>14,3</b>	<b>15,3</b>	<b>18,0</b>	<b>22,9</b>	<b>17,9</b>



**TABLO 2.A.19.** Yöntem kullanmayan evli kadınların gelecekte yöntem kullanma isteğine göre yüzde dağılımı, 1993-2018

<b>GELECEKTE YÖNTEM KULLANMA İSTEĞİ</b>	<b>1993</b>	<b>1998</b>	<b>2003</b>	<b>2008</b>	<b>2013</b>	<b>2018</b>
Kullanmayı düşünüyor	44,7	50,1	47,1	48,2	47,4	38,1
Emin değil	7,5	5,0	4,2	4,1	6,6	4,3
Kullanmak istemiyor	47,8	44,9	48,7	47,7	46,0	57,6
<b>Toplam</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Kadın sayısı</b>	<b>2.347</b>	<b>2.139</b>	<b>2.228</b>	<b>1.889</b>	<b>1.767</b>	<b>1.454</b>

**TABLO 2.A.20.** Yöntem kullanmayan ancak gelecekte yöntem kullanmayı düşünen evli kadınların tercih ettikleri yöntemlere göre yüzdesi, 1993-2018

<b>GELECEKTE TERCİH EDİLEN YÖNTEM</b>	<b>1993</b>	<b>1998</b>	<b>2003</b>	<b>2008</b>	<b>2013</b>	<b>2018</b>
Hap	11,4	10,1	11,4	13,3	11,6	10,5
RİA	37,8	36,5	37,8	31,4	29,5	28,4
İğne	7,1	8,5	7,1	5,2	3,9	5,9
Kondom	7,1	5,7	7,1	10,2	17,1	20,7
Tüplerin bağlanması	9,9	6,4	9,9	10,0	7,6	8,2
Geri çekme	8,6	9,8	8,6	12,5	12,9	15,9
Diğer	3,2	7,4	3,2	5,4	2,9	3,9
Emin değil	14,9	15,6	14,9	12,0	14,5	6,5
<b>Toplam</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Kadın sayısı</b>	<b>1.082</b>	<b>1.101</b>	<b>1.080</b>	<b>932</b>	<b>874</b>	<b>555</b>

**TABLO 2.A.21.** Yöntem kullanmayan ve gelecekte de yöntem kullanmayı düşünmeyen evli kadınların temel özelliklere göre yüzde dağılımı, 1993-2018

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Yaş</b>						
15-19	16,8	11,8	7,1	17,7	8,0	30,3
20-24	14,5	10,2	8,1	11,5	13,6	31,1
25-29	25,2	18,8	17,3	14,3	14,9	31,7
30-34	39,3	36,6	30,9	25,3	21,5	31,6
35-39	62,1	61,2	53,9	54,6	45,6	63,1
40-44	88,5	84,8	89,6	87,0	85,7	83,5
45-49	98,4	97,8	98,9	99,7	98,4	96,1
<b>Yerleşim yeri</b>						
Kent	47,2	45,8	50,7	48,5	44,9	57,7
Kır	48,7	45,1	44,9	45,8	49,2	56,9
<b>Bölge</b>						
Batı	52,3	47,2	54,4	50,6	48,1	60,8
Güney	52,1	47,8	51,1	47,7	54,8	60,2
Orta	46,5	36,4	47,3	50,9	44,7	57,6
Kuzey	43,2	44,2	58,3	57,4	51,7	63,2
Doğu	43,5	47,8	36,8	37,6	36,4	46,7
<b>Eğitim</b>						
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	60,1	65,2	58,9	57,8	56,5	70,7
İlkokul	41,6	37,8	47,0	50,7	58,5	69,3
Ortaokul	35,2	33,6	40,1	33,0	30,6	48,1
Lise veya üzeri	42,8	23,5	34,6	38,9	26,3	41,8
<b>Ana dil</b>						
Türkçe	49,3	44,3	51,2	51,2	49,1	59,5
Kürtçe	42,5	45,8	39,4	35,0	34,5	50,9
Arapça	48,6	51,1	43,5	48,8	55,7	56,2

**TABLO 2.A.21.** Yöntem kullanmayan ve gelecekte de yöntem kullanmayı düşünmeyen evli kadınların temel özelliklere göre yüzde dağılımı, 1993-2018 (DEVAM)

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Refah seviyesi</b>						
En düşük	45,9	47,7	44,7	41,4	48,8	54,5
Düşük	45,7	42,6	48,8	42,8	45,2	59,5
Orta	40,6	41,1	49,0	45,5	41,4	57,6
Yüksek	54,0	43,6	47,0	52,0	47,0	57,9
En yüksek	57,4	50,8	54,1	58,8	46,8	58,2
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>						
0	34,5	24,3	31,2	28,6	32,1	52,4
1-2	38,3	36,4	43,3	45,1	44,2	56,3
3-4	61,5	63,9	67,0	66,4	62,4	62,0
5 ve üzeri	66,4	72,8	67,9	65,8	71,9	72,6
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	44,9	42,8	47,1	44,7	43,0	55,6
Sosyal güvenceli çalışıyor	46,6	31,5	46,4	46,3	41,3	57,0
Sosyal güvencesiz çalışıyor	55,5	54,4	55,8	59,4	64,2	70,8
<b>TOPLAM</b>	<b>47,8</b>	<b>44,9</b>	<b>48,7</b>	<b>47,7</b>	<b>46,0</b>	<b>57,6</b>

**TABLO 2.A.22.** Modern yöntem kullananların kullandıkları son yönteme ve kaynağına göre yüzde dağılımı, 1993-2018

KAYNAK	Tüplerin bağlanması	RIA	İğne	Hap	Kondom	TOPLAM	KADIN SAYISI
<b>Kamu sektörü</b>							
1993	83,4	70,9	25,1	24,1	28,7	54,8	1.189
1998	76,9	71,8	32,4	26,1	27,8	55,8	1.250
2003	82,0	71,3	39,7	30,6	34,1	57,7	1.887
2008	81,0	78,0	47,4	36,8	39,1	60,9	1.974
2013	69,8	79,0	69,1	29,7	30,1	55,9	1.803
2018	65,7	75,0	79,0	49,8	27,1	52,0	1.261
<b>Özel sektör</b>							
1993	15,5	28,1	74,1	75,3	66,2	43,3	940
1998	20,8	27,6	66,7	73,6	66,9	42,2	945
2003	17,1	27,6	59,2	68,3	59,8	39,7	1.299
2008	18,9	21,9	51,3	62,6	48,0	34,8	1.129
2013	29,7	20,7	30,9	69,8	49,1	37,0	1.193
2018	31,8	22,4	21,0	50,2	43,9	35,5	861
<b>Diğer kaynaklar</b>							
1993	1,1	1,0	0,8	0,6	5,1	1,9	41
1998	2,3	0,6	0,9	0,3	5,3	2,0	45
2003	0,9	1,1	1,1	1,1	6,1	2,6	85
2008	0,1	0,1	1,3	0,6	20,8	4,3	139
2013	0,5	0,3	0,0	0,5	20,8	7,1	230
2018	2,5	2,6	0,0	0,0	29,0	12,5	259

**TABLO 2.A.23.** On iki ay içinde yöntem bırakanların yöntem bırakma nedenlerine göre yüzdesi ve ortalama yöntem kullanma süresi, 1993-2018

YÖNTEM BIRAKMA NEDENLERİ	1993	1998	2003	2008	2013	2018
Kullanırken gebe kalmış	9,7	8,2	8,5	7,0	5,9	5,8
Gebe kalmak istemiş	5,0	5,8	7,1	7,8	8,9	8,4
Doğurganlıkla ilgili nedenler <sup>11</sup>	2,7	1,9	2,3	2,2	1,7	1,2
Yan etkiler/sağlık kaygısı	5,9	5,5	5,5	5,9	5,3	4,6
Daha etkili yöntem isteme	4,9	4,8	6,9	5,8	5,3	3,3
Yöntem ile ilgili diğer nedenler <sup>12</sup>	3,3	1,3	2,2	1,5	1,4	1,0
Diğer nedenler <sup>13</sup>	5,2	4,8	4,8	5,1	3,4	3,3
Herhangi bir neden <sup>14</sup>	36,7	32,6	37,3	35,3	31,8	27,6
Yöntem değiştirme <sup>15</sup>	22,4	20,8	19,4	15,3	12,9	7,0
Ortalama yöntem kullanma süresi (ay)	25,1	29,7	24,7	25,9	31,7	39,2
<b>Yöntem kullanan segmentlerin sayısı<sup>16</sup></b>	<b>5.171</b>	<b>4.348</b>	<b>6.522</b>	<b>5.610</b>	<b>5.597</b>	<b>3.469</b>

11 Cinsel ilişki az/eşi uzakta, gebe kalması zor/menopoz ve boşanma/ayrılık/eşin ölmesi nedenlerini kapsamaktadır.

12 Temin güçlüğü/uzakta, pahalı ve kullanımın kolay olmaması nedenlerini kapsamaktadır.

13 Eşi karşı çıkmış, kadercı yaklaşım ve diğer nedenleri kapsamaktadır.

14 Yöntem bırakma nedenleri birbirini dışlayan nedenlerdir ve sütunun sonunda verilen toplama eklenmiştir.

15 Bir kadının yöntem değiştirmiş olarak kabul edilebilmesi için yöntemi bıraktığı ayı takip eden ilk ayda başka bir yöntem kullanmaya başlamış olması ya da yöntem bırakma nedeni olarak "daha etkili yöntem istediğini" söylemiş ve yöntemi bıraktıktan sonraki iki ay içerisinde başka bir yöntem kullanmaya başlamış olması gerekir.

16 Araştırma tarihinden önceki 5 yıl içinde yöntem kullanımı olan tüm segmentler dahildir. Yöntem kullanımı olan segmentler, gözlemlenen süre boyunca yöntemin bırakıldığı segmentler ile gözlemlenen süre boyunca yöntemin bırakılmadığı segmentlerin hepsini kapsar.

**TABLO 2.A.24.** Temel özelliklere göre 12-aylık gebeliği önleyici yöntem başarısızlığı hızları, 1993-2018

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Yaş</b>						
15-19	14,5	12,2	13,0	10,7	9,0	9,1
20-24	13,1	10,8	11,2	9,4	8,1	7,8
25-29	10,9	9,6	10,7	8,9	8,0	6,9
30-34	10,2	8,5	9,1	7,7	6,5	6,0
35-39	8,6	7,1	7,2	6,6	6,1	5,8
40-44	6,8	6,6	6,4	5,9	5,7	5,5
45-49	6,5	5,7	6,2	5,0	4,2	4,2
<b>Yerleşim yeri</b>						
Kent	9,0	7,7	8,3	6,9	5,8	5,5
Kır	10,7	9,2	9,2	7,5	6,3	6,3
<b>Bölge</b>						
Batı	8,3	7,1	8,1	6,7	5,6	5,5
Güney	8,9	7,6	8,3	6,8	5,8	5,7
Orta	9,4	7,9	8,4	7,0	5,9	5,8
Kuzey	9,9	8,2	9,0	7,4	6,2	6,1
Doğu	13,3	11,2	9,6	7,9	6,7	6,6
<b>Eğitim</b>						
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	11,7	9,8	10,1	8,2	6,9	6,8
İlkokul	9,9	8,5	9,2	7,7	6,5	6,4
Ortaokul	8,5	7,1	9,0	7,4	6,2	6,1
Lise veya üzeri	7,0	6,0	7,1	5,9	5,0	4,9
<b>Ana dil</b>						
Türkçe	8,2	6,9	7,2	5,9	5,0	4,9
Kürtçe	11,0	9,4	11,0	9,1	7,6	7,5
Arapça ve diğer	9,4	7,9	8,2	6,8	5,7	5,6

**TABLO 2.A.24.** Temel özelliklere göre 12-aylık gebeliği önleyici yöntem başarısızlığı hızları, 1993-2018

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Refah seviyesi</b>						
En düşük	14,5	12,2	12,6	10,4	8,7	8,6
Düşük	12,4	10,5	9,2	7,6	6,4	6,3
Orta	9,7	8,1	8,7	7,2	6,0	5,9
Yüksek	8,4	7,2	7,2	5,9	5,0	4,9
En yüksek	7,5	6,4	6,9	5,7	4,8	4,7
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>						
0	9,4	7,9	7,7	6,3	5,3	5,3
1-2	9,6	8,0	8,5	7,0	5,9	5,8
3-4	10,3	9,0	9,1	7,5	6,3	6,2
5 ve üzeri	9,6	8,1	8,2	6,6	5,8	5,5
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	11,1	9,5	10,0	8,2	6,9	6,8
Sosyal güvenceli çalışıyor	8,6	7,2	7,5	6,2	5,2	5,1
Sosyal güvencesiz çalışıyor	9,2	7,8	8,9	7,3	6,2	6,1
<b>Niyet</b>						
Doğumların arasını açmak için	12,9	10,8	11,1	9,1	7,7	7,6
Doğumu sonlandırmak için	7,2	6,2	6,5	5,4	4,5	4,4
<b>TOPLAM</b>	<b>9,7</b>	<b>8,2</b>	<b>8,5</b>	<b>7,0</b>	<b>5,9</b>	<b>5,8</b>



**TABLO 2.A.25.** Adet döngüsü içinde gebe kalınabilecek döneme ilişkin doğru bilgisi olan evli kadınların yüzdesi, 1993-2018

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Halen kullanılan yöntem</b>						
Yöntem kullanmıyor	16,0	14,8	22,9	24,8	33,8	33,6
Geleneksel yöntem	22,3	19,4	23,9	23,0	29,6	25,0
Modern yöntem	29,3	24,0	30,7	27,4	32,1	28,6
<b>Yaş</b>						
15-19	11,4	8,9	15,1	11,1	16,6	22,6
20-24	23,3	18,7	22,1	20,0	24,7	29,3
25-29	26,4	22,8	29,9	28,9	35,6	31,7
30-34	24,1	21,4	28,1	30,1	35,2	33,1
35-39	23,6	22,8	28,3	25,3	33,6	25,9
40-44	19,0	17,1	26,4	25,2	31,1	29,5
45-49	17,3	13,4	24,0	22,9	27,3	27,5
<b>Yerleşim yeri</b>						
Kent	29,8	23,5	30,0	29,4	34,8	32,6
Kır	9,0	11,3	18,0	13,7	20,2	18,1
<b>Bölge</b>						
Batı	29,9	24,2	29,3	32,5	35,7	32,7
Güney	22,6	16,8	28,4	18,1	29,6	29,3
Orta	20,6	19,7	25,7	26,6	34,1	30,3
Kuzey	17,9	18,6	29,0	21,7	26,4	24,5
Doğu	11,0	10,6	17,7	12,3	23,2	21,4
<b>Eğitim</b>						
Eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş	5,1	4,5	6,9	4,5	10,1	8,2
İlkokul	18,8	15,9	21,8	17,4	23,2	21,2
Ortaokul	55,2	38,2	40,9	31,5	39,6	31,9
Lise veya üzeri	81,2	60,9	71,9	57,5	64,7	55,1

**TABLO 2.A.25.** Adet döngüsü içinde gebe kalınabilecek döneme ilişkin doğru bilgisi olan evli kadınların yüzdesi, 1993-2018 (DEVAM)

DEĞİŞKENLER	1993	1998	2003	2008	2013	2018
<b>Ana dil</b>						
Türkçe	24,9	22,0	29,6	29,0	35,1	31,3
Kürtçe	5,6	6,5	8,2	8,8	16,0	20,7
Arapça ve diğer	15,9	12,0	26,7	12,8	31,9	27,1
<b>Refah seviyesi</b>						
En düşük	5,9	6,3	8,0	6,1	12,7	15,6
Düşük	9,4	8,2	13,5	11,4	21,7	19,0
Orta	16,2	16,8	21,9	18,7	26,4	22,5
Yüksek	28,0	21,7	30,0	29,9	37,2	32,9
En yüksek	48,7	41,9	49,2	53,9	53,7	50,4
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>						
0	23,0	21,8	33,0	36,6	47,7	41,5
1-2	30,6	24,7	32,0	31,1	35,1	34,2
3-4	17,7	15,7	20,5	16,1	23,8	21,0
5 ve üzeri	6,2	5,0	8,8	8,5	14,5	13,8
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	23,3	19,0	24,8	24,4	29,7	26,7
Sosyal güvenceli çalışıyor	60,2	47,9	60,8	53,6	51,7	49,2
Sosyal güvencesiz çalışıyor	10,4	12,1	21,6	17,3	23,7	18,3
<b>Toplam</b>	<b>22,3</b>	<b>19,5</b>	<b>26,5</b>	<b>25,5</b>	<b>31,9</b>	<b>29,4</b>
<b>KADIN SAYISI</b>	<b>6.271</b>	<b>5.921</b>	<b>7.672</b>	<b>6.999</b>	<b>6.655</b>	<b>4.820</b>

# Bölüm 3

Gebeliği önleyici yöntemlere ilişkin farklı ihtiyaçların karşılanması:  
Türkiye’de karşılanmayan gebeliği önleyici yöntem ihtiyacının  
toplam pazar yaklaşımı ile analizi

Alanur Çavlin □ Pelin Çağatay □ Kardelen Güneş

## 3.1. Giriş

Aile Planlaması 2020 (AP2020) ve Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (SKA'lar), ülkelerin ve destek veren kuruluşların belirli öncelik alanlarına zaman ve fon ayırmasını gerektirmektedir. SKA'lar kadınların güçlendirilmesi ve cinsiyet eşitliğiyle ilgili olarak aile planlaması ve üreme sağlığı konularına açıkça atıfta bulunmaktadır (DSÖ, 2018). AP2020, gebeliği önleyici modern yöntemlere erişimin önündeki zorlu engeller konusunda 69 ülke için hedefler belirlemiştir. Ancak, çok az ülke belirlenen hedeflere ulaşabilmiştir. 2020 yılında üreme çağındaki 1,1 milyar kadın doğumların arasını açmak ya da doğumlarına son vermek istedi. Bu kadınların yaklaşık %84'ü, çoğunlukla modern bir yöntem olmak üzere doğum kontrol yöntemi kullanıyor. 172 milyon kadına tekabül eden geri kalan kısım ise, gebelikten kaçınmak istemelerine rağmen hiç yöntem kullanmıyor. Bu durum tüm bu kadınların karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olduğunu göstermektedir (UNDESA, 2020).

Karşılanmamış ihtiyaç kavramı örtük varsayımlara ve çıkarımlara dayanmaktadır. Kavram kadınların yöntem kullanımı davranışları ile doğurganlık niyetleri arasındaki tutarsızlığa dayanmaktadır. Ancak bu durum yıllar içinde aile planlaması programlarına yatırım yapmaları için uluslararası girişimleri teşvik etti ve karşılanmamış ihtiyaç ulusal aile planlaması programlarını değerlendirmek ve küresel kalkınma amaçlarını belirlemek için bir göstere olarak kullanıldı (SKA Hedef 5) (PFI, 2020). AP2020 girişimi, 2020 itibarıyla doğum kontrol yöntemi kullanıcılarının sayısını dünya genelinde 120 milyon daha arttırmayı amaçladı (UNFPA-PATH 2008; Hardee ve Jordan 2019; Hardee vd., 2014). Bununla birlikte, yöntemlerin üretim ve tedariginde azalma, kliniklerin kapatılması ve sokağa çıkma yasaklarıyla birlikte insanların hareketlerinin kısıtlanması gibi COVID-19 salgınına ilişkin önlemler ve durumlar, karşılanmamış gebeliği önleyici yöntem ihtiyacı olan kadınların sayısının hatırı

sayılır miktarda yükselmesine neden olmuştur (Riley vd., 2020).

1970'lerin ortalarında tanıtılan ilk aile planlaması programlarının "talep odaklı" olmaktan ziyade "arz odaklı" olduğu yönünde büyük ölçüde tartışmalar olmuştur (Mason, 1994). 1994 yılındaki Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'na kadar, bu programlar kadınların cinsel sağlık ve üreme haklarını tanımadıkları için katı bir şekilde eleştirildiler (Dixon-Mueller ve Germain, 1993; Sinding, 1993; Correa ve Petchesky, 1994; Cook, 1995; Costa, 2000). O günlerin aksine, günümüzde aile planlaması programlarında insan hakları temelli yaklaşımlar benimsenmiştir. Her kadının kendi doğurganlığı ve yöntem kullanımı için farklı ihtiyaçları, bireysel tercihleri ve seçenekleri olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir (PFI, 2020).

Bu çalışmanın, Türkiye'deki farklı ihtiyaç ve talep grupları arasındaki karşılanmamış gebeliği önleyici yöntem kullanımı ihtiyacını ele almak için birbiriyle ilişkili iki amacı vardır: karşılanmamış ihtiyacın zaman içerisinde değişimine ilişkin koşulları yansıtmak ve Türkiye'de kamu ve özel sektörden sağlanan yöntemler ile uzun süre etkili ve kısa süre etkili gebeliği önleyici yöntemlere ilişkin güncel ihtiyaçları tahmin etmek.

Çalışmanın ilk bölümü, yöntem kullananlar ve kullanmayanlar arasında yakın dönem yöntem ihtiyaç ve taleplerinin incelenmesiyle başlamaktadır. Ardından, 1993-2018 dönemlerindeki karşılanmamış yöntem ihtiyacındaki değişime ve özellikle kadınların yöntem bilgisi ve önceki yöntem uygulamalarına odaklanan bir trend analizi sunulmaktadır. Bu bölüm, karşılanmamış yöntem ihtiyacı olan kadınlar arasında yöntemlerle ilgili danışmanlığa duyulan ihtiyaç ile yöntem hizmetlerine yönelik değişen ihtiyaçları araştırmaktadır.

Çalışmanın ikinci bölümünde, karşılanmamış gebeliği önleyici yöntem ihtiyacı olan kadınlar, toplam pazar yaklaşımı ile farklı gruplara (segmentlere) ayrılacaktır. Oluşturulacak segmentler,

refah (hanehalkının refah düzeyi) ve gebeliği önleyici yöntem ihtiyacının türlerine (ara verme veya sonlandırma) dayalı olarak geliştirilecektir. Buna göre, segmentlerle, kamu ve özel sektör hizmetlerine ihtiyacın yanı sıra uzun süreli ve kısa süreli yöntemlere yönelik ihtiyaç da tahmin edilecektir. Toplam pazar yaklaşımı, aile planlamasıyla ilgili güncel çalışmalarda farklı ihtiyaç ve koşullara sahip kadınları hedef alan ve kamu ile özel sektörün hizmet potansiyellerini değerlendiren şekilde kullanılmaktadır (Armand ve Mitchell, 2014; Brunner vd., 2014; Cisek vd., 2019; Mozumdar vd., 2019; USAID, 2014).

## 3.2. Çalışmanın Temel Kavramları

### 3.2.1. Karşılanmamış Yöntem İhtiyacı

Gebeliği önleyici yöntem seçimi fikri esas olarak talebe dayanır. Ardından arz, talebe uyacak şekilde oluşturulur. Talep yönünden bakıldığında, kadınların yöntemler hakkındaki bilgileri ve daha önceki yöntem kullanma tecrübeleri hem şu anki hem de gelecekteki yöntem kullanımı davranışlarında çok önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca, çeşitli yöntemlerin denenmiş olması gelecekteki farklı yöntem seçeneklerine olan talebi de etkileyecektir. Diğer bir önemli konu ise doğum kontrol yöntemlerinin arz tarafıdır. Ancak ihtiyaçlarına uygun yöntemler arz edildiğinde insanların yöntem seçimi mümkün olacaktır. İnsanların yöntem kullanma konusundaki özgür iradelerini tahmin etmekte karşılanmamış aile planlaması kavramı çok güçlü bir dolaylı ölçüttür. Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olanlar potansiyel gebeliği önleyici yöntem kullanıcılarıdır. Diğer bir önemli nokta ise yöntem ihtiyacının türüdür (doğurganlığa ara verme ya da doğurganlığı sonlandırma).

Aile planlaması ihtiyacı ile gebeliği önleyici yöntem kullanımı arasındaki farkı inceleyen ilk çalışmalar 1960'lı yıllarda başlamıştır. Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı kavramı ise ilk olarak 70'lerin sonunda Westoff (1978) tarafından kullanılmıştır. Kavram, kadınların gebeliği önleyici yöntemlere ilişkin bilgileri, yöntemlere yönelik tutumları ve yöntem kullanımları ile doğurganlık tercihlerini inceleyen Bilgi-Tutum-Kullanım araştırmalarıyla (KAP) ortaya çıkmıştır. Kadınların doğurganlık tercihleri ile yöntem kullanımı arasındaki fark "Bilgi-Tutum-Kullanım açığı" (KAP-gap) veya "karşılanmamış ihtiyaç" olarak adlandırılmaktadır (Bongaarts, 1991). Aile planlamasında karşılanmamış ihtiyacın büyüklüğü bir dizi algoritma ile hesaplanmaktadır. Bu algoritma yıllar içinde yapılan bazı düzeltmelerle birlikte geliştirilmiş (Westoff ve Bankole, 1995) ve hesaplamaların güncel olarak kullanılan tanımı 2012

senesinde kabul edilmiştir (Bradley vd., 2012). Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının hesaplanmasındaki temel yaklaşım, öncelikle gebelik riski taşıyan (evli veya cinsel olarak aktif) kadınların ve daha sonra bu kadınların arasından herhangi bir gebeliği önleyici yöntemi kullanmayanları belirlemektir.

Söz konusu kadınlardan bazıları gebelik ya da doğum sonrası geçici kısırlık döneminde olabilir. Bu kadınların arasından gebe veya doğum sonrası geçici kısırlık döneminde olmayan kısırlı kadınlar karşılanmamış ihtiyacı olmayan grup olarak tanımlanmaktadır. Çocuk sahibi olmak isteyen doğurgan kadınların arasından 2 yıl içerisinde doğum yapmak isteyenler ile gebe veya doğum sonrası geçici kısırlık dönemindeki kadınlar arasında son gebeliğin planlı gebelik olup olmadığı kontrol edilmiştir.

Doğurgan olan ve bir daha gebe kalmak istemeyen ama aynı zamanda herhangi bir yöntem kullanmayan kadınlar, doğurganlığı sonlandırmak için karşılanmamış ihtiyacı olan kadınlar kategorisindedir. Doğurgan olan ve 2 yıldan fazla bir zaman sonra gebe kalmak isteyen ama bu dönemde herhangi bir yöntem kullanmayan kadınlar ise doğumların arasını açmak için karşılanmamış ihtiyacı olan kadınlar kategorisine girmektedir.

Gebe veya doğum sonrası geçici kısırlık döneminde olan kadınların ise mevcut gebelikleri ya da en son doğumlarının geçmişte istenmiş olup olmadığı incelenmektedir. Bunun sonucu olarak, (başka) çocuk sahibi olmak istememiş kadınlar doğurganlığı sonlandırmak için karşılanmamış ihtiyacı olan kadınlar olarak sınıflandırılırken mevcut gebeliklerinden iki veya daha fazla yıl sonra çocuk sahibi olmuş olmayı tercih eden kadınlar ise doğurganlıklarına ara vermek için karşılanmamış ihtiyacı olan kadınlar olarak sınıflandırılmıştır.

### 3.2.2. Yöntem İhtiyaçları ve Talepleri

Bir toplumda gebeliği önleyici yöntemlere dair bilgi, farkındalık ve tutumların varlığının o toplumda yöntem talebini oluşturduğuna inanılır. Bunun sonucu olarak da aile planlaması ihtiyacı olan herkes için hizmetlerin sağlanmasında arz yönlü faktörler devreye girer (Jabeen vd., 2020). Bu nedenle, hizmetleri farklı ihtiyaçları olan bireylere en iyi şekilde yönlendirebilmek için kadınların yöntem ihtiyaçlarını ve tutumlarını anlamak önemlidir. Kadınların doğum kontrolü konusunda ne istediklerine kendilerinin karar vererek, bu kararlarını uygulayabilmeleri anlayışına uygun tercihe dayalı yaklaşıma ihtiyaç vardır. Buna göre, bir toplumdaki yöntem açığı değerlendirilirken odak, yöntem kullanım hızından karşılanmamış ihtiyaca -doğurganlığına ara vermek ya da sonlandırmak istediği halde herhangi bir yöntem kullanmayanlara- çevrilmelidir. İhtiyacın ölçülmesindeki bir sonraki adım şu anda bir yöntem kullanmadığı halde yöntem kullanmak isteyen veya güncel olarak kullandığı yöntemin dışında başka bir yönteme geçmek isteyen kişilerin de dikkate alınmasıdır.

İhtiyaçların değerlendirilmesinde yukarıda bahsedilen değişime dayalı olarak Tablo 3.1 gebeliği önleyici yöntem kullananlar ve kullanmayanlar arasındaki çeşitli ihtiyaç ve talepleri ele almak için önerdiğimiz çerçeveyi göstermektedir. Tablonun her bir hücresi (A, B, ... H) farklı ihtiyaç ve talepleri olan kadın gruplarını ifade etmektedir. A, D ve F hücreleri ihtiyaçları karşılanmış kadınları, C ve E hücreleri ise karşılanmamış ihtiyacı olan kadınları göstermektedir. B hücresindeki kadınlar herhangi bir ihtiyaçları olmaksızın yöntem kullanan kadınlardır. G hücresindeki kadınlar gibi bazı kadınlar ise, şu anda herhangi bir yöntem kullanmalarına rağmen yöntem kullanmaya isteklidirler. Bir başka kadın grubu olan H hücresindeki kadınlar ise kullandıkları yöntemi değiştirmek istemektedirler. Farklı ihtiyaçları olan bu kadın gruplarının farklı türlerde aile planlaması danışmanlığına ve hizmetlerine ihtiyaçları bulunmaktadır.

TABLO 3.1. Değişen ihtiyaçlar ve taleplere göre yöntem kullanımı,

		Şu anda bir aile planlaması yöntemi kullanıyor	
		Hayır	Evet
Yöntem ihtiyaçları ve talepleri	Yönteme ihtiyacı yok	A	B
	Doğumlara ara vermek için ihtiyacı var	C	D
	Doğumları sonlandırmak için ihtiyacı var	E	F
	Yöntem kullanmak/ değiştirmek istiyor	G	H

### 3.3. Literatür İncelemesi

Ülke genelinde karşılanmayan aile planlaması ihtiyacını anlamak için farklı sosyo-demografik özelliklere sahip kadınların ihtiyaç düzeyini bilmek önemlidir. Karşılanmamış ihtiyaç düzeylerindeki farklılıkları anlamak için yaş, çocuk sayısı (parite), refah düzeyi ve eğitim gibi bazı temel özellikler dünya genelinde tartışılmaktadır. Etiyopya'daki karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının belirleyicilerini anlamak için doğurgan kadınlar ve karşılanmamış ihtiyaç hakkında gözlemsel çalışmaların çeşitli arama motorlarında taranması ve incelenmesi ile Getaneh ve diğerleri tarafından (2020) sistematik bir inceleme çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada erken yaşta evliliklerin (ilk evlenme yaşı <18), kadının ve partnerinin resmi bir eğitim almamış olmasının ve kadın ile partneri arasında aile planlaması hakkında konuşmuyor olmasının ana belirleyiciler olduğu gösterilmiştir (Getaneh vd., 2020). Ahinkorah ve arkadaşlarının (2020) Sahra altı Afrika'daki genç kadınlar arasında karşılanmamış gebeliği önleyici yöntem ihtiyacının sosyo-ekonomik ve demografik faktörlerle ilişkisini araştırdıkları bir diğer çalışmada ise kadınların karşılanmamış yöntem ihtiyacı olmasında örgün eğitim düzeyi ve refah durumunun baskın rol oynadığı görülmüştür. Aynı çalışmada karşılanmayan ihtiyaçla ilgili diğer belirleyiciler yaş, medeni durum, çocuk sayısı (parite), meslek, hanehalkı reisinin cinsiyeti ve kitle iletişim araçlarına (gazete) erişim olarak bulunmuştur. 2010-2018 yılları arasında 30 Sahra altı Afrika ülkesinde gerçekleştirilmiş Nüfus ve Sağlık Araştırmalarından elde edilen verilerle yapılan araştırmaya göre genç kadınlar arasında karşılanmamış yöntem ihtiyacının nispeten yüksek olduğu ve sosyo-ekonomik düzeyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Genç kadınlar arasındaki karşılanmamış ihtiyaç durumu ülkeler arasında geniş bir aralıkta değişmektedir; Zimbabwe'de %11 olan bu ihtiyaç Komorlar'da %47'ye kadar çıkmaktadır. Ortalama karşılanmamış ihtiyaç oranı ise

%27 olarak bulunmuştur (Ahinkorah vd., 2020). Bir başka çalışmada ise Asif ve Pervaiz (2019), 2012-13 Pakistan Nüfus ve Sağlık Araştırması'na dayanarak Pakistan'daki evli kadınlar arasında karşılanmayan aile planlaması ihtiyacının belirleyicilerini incelemiştir. Analizlerinin sonucunda karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının olma olasılığı ile yaş ve eğitim arasında ters bir ilişki bulmuşlardır. Ayrıca Asif ve Pervaiz (2019) kadınların hanelerinin refah düzeyinin artması durumunda karşılanmayan ihtiyaç olasılığının azaldığını bulduklarını da belirtmişlerdir. Karşılaştırmalı bir çalışmada ise, Ewerling ve diğerleri (2018) düşük ve orta gelirli 77 ülke için, bu ülkelerdeki cinsel açıdan aktif tüm kadınlar (15-49) arasında aile planlaması taleplerini modern yöntemlerle karşılamak isteyen kadınları ve bu talebin kapsamını belirlemiştir. En yoksul refah düzeyi diliminde olanlar, en genç yaş grubundakiler, kırsal kesimde yaşayanlar ve düşük eğitim düzeyi olan kadınların özel ilgiye ve daha fazla kapsanmaya ihtiyaç duyan kadın grupları olduğunu bulmuşlardır (Ewerling vd., 2018). Aile planlamasına ihtiyacı olan kadınların neredeyse yarısının modern bir doğum kontrol yöntemi kullanmıyor oluşu ise analizlerinin diğer bir çarpıcı sonucudur.

Karşılanmayan doğum kontrolü ihtiyacı, Türkiye'de üreme sağlığı ve hakları literatüründeki önemli kavramlardan biridir. Beş yılda bir yapılan demografik araştırmalar dizisinin bir parçası olarak gerçekleştirilen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA), karşılanmayan aile planlaması ihtiyacı, gebeliği önleyici yöntemlere dair bilgi ve kullanım durumunun yanı sıra karşılanmamış ihtiyacı olan kadınların sosyo-demografik özelliklerini de karşılaştırılabilir şekilde takip etmemizi sağlar. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın (2018 TNSA) bulguları Türkiye'de evli kadınların genel olarak yüzde 30'unun gebeliği önlemek için herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmadığını ortaya koymuştur (HÜNEE, 2019). Bu kadınlar



gebe veya gebelik sonrası geçici kısırlık döneminde, doğurgan veya kısır ve gebe kalmak isteyip istememe durumuna göre sınıflandırıldığında yüzde dördünün doğumların arasını açmak ve yüzde sekizinin doğumları sonlandırmak olmak üzere toplamda yüzde on ikisinin aile planlaması ihtiyacı içinde olduğu görülmüştür (Çavlin ve Çağatay, 2020).

Karşılanmamış ihtiyaç konusunda temsili olmayan ve çoğunlukla sağlık merkezi temelli olan bölgesel ve yerel çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışmalara güncel örnek olarak Özdemiş, Çevik ve Çiçeklioğlu'nun (2019) Karabük ilinde yaptığı çalışma gösterilebilir. Kesitsel araştırmaları kapsamında 298'i kırsaldan ve 296'sı kentten olmak üzere 594 kadın ile aile planlamasına yönelik karşılanmamış ihtiyaçlarının düzeyini ve ilişkili faktörleri incelemek üzere iletişime geçmişlerdir. Kırsal kesimde yaşayan kadınların kentte yaşayan kadınlara göre yaş, hane geliri ve eğitim düzeylerinin anlamlı şekilde daha düşük olduğu görülmüş, aile planlaması danışmanlığı almada ise herhangi bir farklılık olmadığı bulunmuştur (Özdemiş vd., 2019). Kırsalda yaşayan kadınların karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının düzeyi (%10), kenttekilerden (%5) neredeyse iki kat daha yüksektir. Ayrıca, yalnızca dini nikah kıymış olma durumunun karşılanmamış ihtiyacın en güçlü belirleyicisi olduğu tespit edilmiştir. Kadınların uyguladıkları doğum kontrol yöntemlerini ve uygulamayı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir başka çalışmada, Amasya ilindeki aile sağlığı merkezlerine üç ay süreyle başvuran 1061 kadın incelenmiştir (Aydoğdu ve Akça, 2018). Bu çalışma sonucunda kadınların yaşları, eğitim düzeyleri, son iki doğumları arasında geçen süre, eşlerinin yaşları ve yaşadıkları yer ile herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Aydoğdu ve Akça, 2018). Yücel ve diğerleri (2020) tarafından İzmir'in üç dezavantajlı mahallesinde yaşayan kadınlarla yapılan nitel bir araştırmada ise, çocuk sayısı, önceki yöntem kullanımı deneyimi

ve aile sağlığı merkezlerindeki aile planlaması hizmetlerinin kullanımının yöntem kullanımının belirleyicileri olduğu tespit edilmiştir.

Toplam pazar yaklaşımı (TPY), pazardaki hakim aktörleri belirleme ve aile planlaması bilgilerine, ürünlerine ve hizmetlerine erişimlerin artırılmasında nasıl katkıda bulunabileceklerini belirlemek için uygulanan kanıta dayalı bir yöntemdir (Health Policy Plus Project, 2017). Özellikle tüm sektörlerin piyasaya tam olarak dâhil olmadığı durumlarda, toplam pazar yaklaşımı kamu ve özel sektörden paydaşlarla koordinasyonu savunduğu için, aile planlaması pazarında dengeli ve sürdürülebilir büyümeye yardımcı olur.

Kâr amacı gütmeyen özel ve ticari aktörlerle kamu sektörünü bir araya getiren toplam pazar yaklaşımı savunuculuğunun çeşitli örnekleri bulunmaktadır. Örneğin, Zimbabwe'de yapılan araştırma, kondom pazarlamasında ticari aktörlerin eksikliğini ve TPY'nin hem talebi arttırmak hem de bu talebi karşılamak için sürdürülebilir bir pazar oluşturmadaki önemini vurgulamıştır (Tarubekera vd., 2019). Zimbabwe'deki aile planlaması pazarının ağırlıklı olarak kamu fonları, uluslararası bağışçılar ve kâr amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından domine edildiği ve bu nedenle özel sektörün pazara girmesi için çok az yer kaldığı belirtilmiştir. Başka bir örnek ise, Myanmar'da kısmen veya tamamı sübvans edilen kondomlardan, ihtiyacı olan ve hedeflenen grup olan nüfusun 'yoksul' kesimleri yerine, daha zengin kesimlerinin yararlanmasından dolayı Myanmar'da sürdürülebilir bir kondom pazarının teşvik edilmesi gerektiği ortaya çıkarılmıştır (Htat vd., 2015).

Drake, Vail ve Stewart (2014) tarafından beş farklı ülkedeki aile planlaması toplam pazarlarının güçlendirilmesine yönelik uygulamalara ilişkin geriye dönük yapılan analiz ise toplam pazar yaklaşımı uygulamalarının iyi örneklerini daha geniş anlamda

göstermektedir. Çalışmalarında, farklı bağlamlardaki beş ülkenin -Endonezya, Meksika, Romanya, Tayland ve Türkiye- 1987-2008 dönemindeki toplam pazar yaklaşımı uygulamalarının örnekleri vurgulanmıştır. 1980'lerin ortalarında Endonezya'da aile planlaması alanında çalışan bir devlet kurumu, kamu sektöründeki aile planlaması programlarının uzun vadede sürdürülebilir olduğunun farkına vardı, bu nedenle, genel olarak özel sektörün geliştirilmesi ve güçlendirilmesine odaklanan girişimler ve USAID desteğiyle kamu sektöründen yararlanan kullanıcılarının yüzde 50'sinin 1994 yılına kadar özel sektöre geçmesini hedefledi. 1992'de Meksika'da, USAID ve hükümet birlikte hareket ederek USAID'nin finansmanını azaltırken yerine hükümetten sağlanan fonun geçeceği şekilde aşamalı bir yürürlükten kaldırma planı uyguladılar. Bu esnada USAID, yetersiz hizmet alan ve kırılgan gruplara ulaşma hedefini desteklemek için iki özel sivil toplum kuruluşu (STK) ile kendilerini idame ettirebilecek şekilde devam edebilmeleri için iş birliği yaptı. Romanya'da ise, toplam pazar uygulaması kamudaki iyileştirme çalışmaları kapsamında Sağlık Bakanlığında bir birim ve aynı zamanda bir sivil toplum kuruluşu kurulması ile başlatılmıştır. Ayrıca, özel aile planlaması klinikleri gibi kuruluşları teşvik edip, birinci basamak sağlık hizmetlerindeki üreme sağlığı hizmetine ulaşan nüfusu artırmaya yönelik çabalar sürerken, hükümet ve STK'lar savunmasız gruplara ücretsiz ürünler sağlamayı hedeflemiştir. Tayland örneğinde ise hükümet, ticari şekilde tedarik edilen oral gebeliği önleyici yöntemlerin reçetesiz satın alınmasına izin vererek ve aile planlamasını toplum gelişimine entegre eden STK'larla birlikte özel sektörün büyümesine ve çeşitli yeniliklere yardımcı olmuştur. Türkiye örneğinde, USAID, 1992-1997 yılları arasında nüfusun yüzde 60'ını kapsayan sosyal sigortalar kurumunun (SSK) aile planlaması kapasitesini finanse ederek önce kamu kesimini desteklemiştir. 1994-2004 yılları arasındaki amaç ise doğum kontrol yöntemlerine yönelik bütçeyi ve aile planlaması

hizmetleri için bağış politikaları gibi diğer kamu tesislerini iyileştirmek olmuştur. Araştırmalarındaki analizler sonucunda Drake ve meslektaşları (2014), toplam pazar programlarıyla aile planlamasına erişim ve kullanımın arttırılabilmesi için kontrollü devlet planlaması ve eylemliliğinin çok önemli bir rolü olduğunu ortaya koymuşlardır.

### 3.4. Veri ve Yöntem

Beş yılda bir yapılan demografik araştırmalar dizisinin bir parçası olarak gerçekleştirilen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA), karşılanmayan aile planlaması ihtiyacı, gebeliği önleyici yöntem bilgisi ve kullanımının yanı sıra karşılanmamış ihtiyacı olan kadınların sosyo-demografik özelliklerini de takip etmemizi sağlamaktadır. Bu çalışma 1993 TNSA, 1998 TNSA, 2003 TNSA, 2008 TNSA, 2013 TNSA ve 2018 TNSA verilerine dayanmaktadır.

Karşılanmamış gebeliği önleyici yöntem ihtiyacı, gebelik riski taşıyan (evli veya cinsel açıdan aktif) kadınlardan doğumlarına son vermek veya doğumlarını (2 yıl veya daha fazla) ertelemek isteyen ancak herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmayan kadınların büyüklüğünü ortaya koymaktadır. Kavram ilk olarak Westoff (1978) tarafından kullanılmış ve sonrasında bazı düzeltmeler yapılarak geliştirilmiştir (Westoff ve Bankole, 1995; Bradley vd., 2012). Bu çalışmada Bradley ve diğerleri (2012) tarafından düzeltilmiş ve uluslararası olarak da kabul görmüş olan karşılanmamış ihtiyaç tanımı benimsenmiştir.

Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının göstergelerinin hesaplanması doğumların arasını açma ve doğumlara son verme ihtiyaçlarıyla ilgilidir. Bu göstergeye göre herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmayıp, gebelik riski altında olan ancak bir daha hiç gebe kalmak istemeyen kadınlar doğumları sonlandırmak için olan aile planlaması ihtiyacı içerisinde iken, yöntem kullanmayıp gebelik riski altında olan ancak gebe kalmayı iki yıldan fazla ertelemek isteyen kadınlar ise doğumların arasını açmak için olan karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı içerisinde iken. Ayrıca gebe veya gebelik sonrası geçici kısırlık döneminde olan kadınlar için ise mevcut gebeliklerine ya da en son doğumlarını istemiş olup olmamalarına göre incelenmişlerdir. Buna göre, başka çocuk sahibi olmak istemediği halde gebe kalmış kadınlar doğumları sonlandırmak için karşılanmamış

aile planlamasına ihtiyacı olan ve gebe kaldığı tarihten iki yıl ya da daha uzun bir süre sonra gebe kalmayı istemiş olan kadınlar ise doğumların arasını açmak için karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olan kadınlar olarak gruplandırılmıştır.

Çalışmanın ilk bölümü olan trend analizi kısmında, altı araştırmanın tamamı kullanılmıştır. Operasyonel olarak, bağımlı değişken karşılanmamış gebeliği önleyici yöntem ihtiyacının büyüklüğü iken, bağımsız değişkenler 1) sosyo-demografik ve ekonomik değişkenler ve 2) gebeliği önleyici yöntem bilgisi ve kullanımı olarak iki gruba ayrılmaktadır. İlk gruptaki değişkenlerin arasında yaş, çocuk sayısı (parite), eğitim ve refah düzeyi kullanılmıştır. İkinci grupta, geleneksel yöntemlere ilişkin bilgiler, modern yöntemlere ilişkin bilgiler, herhangi bir yöntem bilgisi, geleneksel yöntemlerin geçmişte kullanımı, modern yöntemlerin geçmişte kullanımı, herhangi bir yöntemin geçmişte kullanımı ve gelecekte yöntem tercihi analiz edilmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde ise 2018 TNSA veri seti kullanılmış ve aile planlaması pazarını refah düzeyi, eğitim, doğum kontrol davranışı, doğurganlık tercihleri ve yöntemin sağlandığı sektöre göre daha küçük gruplara bölmek için esas olarak demografik bölümlene diyebileceğimiz pazar oluşturacak segmentlere bölünmesi yaklaşımı benimsenmiştir. Pazar bölünmesi, toplam pazar yaklaşımındaki adımlardan biri olarak kabul edilebilir (Bradley vd., 2016). Genel fikir, yöntem sağlayıcılar ve aile planlaması paydaşlarını, aile planlaması ürün ve hizmetlerinin kullanımını en üst düzeye çıkarmak için stratejik bir çerçeve geliştirmeye teşvik etmektir (Barnes vd., 2012). Amaç, belirli ürün veya hizmetlerle hangi segmentleri hedeflemek istediklerine odaklanmak ve böylece kamu, özel ve ticari aktörlerin iş birliği yoluyla piyasa verimliliğini ve sürdürülebilirliğini optimize etmektir (Barnes vd., 2012; Brunner vd., 2014; USAID, 2014; Bradley vd., 2016). Bu yaklaşımın arkasındaki mantık, esas olarak arz tarafı ile ilişkili faktörlerle ilişkilidir. Öte yandan bu

çalışmada, “pazarı planlayanlar” için, değişen özelliklere sahip mevcut veya potansiyel “müşterilerin” farklı ihtiyaçlarını tarif ederek talep tarafının net bir resminin çizilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmayla ayrıca aşağıdaki sorulara cevap verebiliriz:

- Yöntem kullananların ve kullanmayanların sosyo-ekonomik ve demografik özellikleri nelerdir?
- Doğum kontrol yöntemleri nereden ve hangi sektörden karşılanmaktadır?
- Yöntemlerin sağlandığı sektörlerin nispi pazar payı nedir?
- Aile planlamasına en çok kimler ihtiyaç duymaktadır?
- Aile planlaması hizmetlerine/ürünlerine kimler erişebilmekte ve bunları karşılayabilmektedir?
- Doğum kontrol yöntemleri bundan sonra kamu sektöründe bulunmayacak olsaydı hangi nüfus profiline karşılanmamış ihtiyaçı en fazla olurdu?

## 3.5. Bulgular

Bölümün bu kısmında, bulgularımızı birbiriyle ilişkili üç alt başlık altında sunuyoruz. Öncelikle gebeliği önleyici yöntemlere yönelik güncel ihtiyaçlar ve taleplerle başlayıp ardından 1993-2018 dönemindeki doğum kontrolü yöntemleri ve karşılanmayan ihtiyaçlarının ele alındığı trend analizi sonuçlarını paylaşarak devam edip son olarak aile planlamasının pazar bölümlendirme analizi bulgularını sunuyoruz.

### 3.5.1. Değişen İhtiyaçlar ve Taleplere Göre Yöntem Kullanımı

Tablo 3.2’de önerdiğimiz çerçeveye dayanarak kadınların ihtiyaçlarına, taleplerine ve yöntem kullanımlarına göre yüzde dağılımlarını tahmin ettik. Tablo 3.2’de görüldüğü gibi, halen evli kadınların %19’u doğum kontrol yöntemine ihtiyaç duymamakta ve kullanmamaktadır. Doğumlara ara verme ihtiyacı olan kadınlara bakıldığında, halen evli kadınların %4’ünün bu ihtiyacı karşılanmamışken, %6’sı doğumlara ara verme ihtiyacını geleneksel yöntemlerle karşılamaktadır. Sonuçlara göre halen evli kadınların sadece %12’si modern yöntemlerle doğumlara ara verme ihtiyacını karşılamaktadır. Doğumlarını sonlandırma ihtiyacı olan kadınlar incelendiğinde ise halen evli kadınların %8’inin karşılanmamış ihtiyacının olduğu ve %15’inin ise doğumları sonlandırma ihtiyacını geleneksel yöntemlerle karşıladığı görülmektedir. Öte yandan, nispeten daha büyük bir grup olarak, halen evli kadınların %37’si ise doğumlarını sonlandırma ihtiyacını modern yöntemlerle karşılamaktadır. Tablo 3.2’nin son satırında kadınların mevcut yöntem kullanımlarına göre yöntem talepleri görülmektedir. Buna göre, halen evli kadınların %12’si herhangi bir yöntem kullanmamakla birlikte bir yöntem kullanmak istemektedir. Kadınların bir diğer talebi de kullandıkları yöntemden başka bir yönteme geçmektir. Kadınların %4’ünün kullandıkları geleneksel yöntemden başka bir yöntem kullanma talebi mevcutken, %8’i kullandıkları modern yöntemden başka bir yöntem kullanmak istemektedir.

TABLO 3.2. Değişen ihtiyaçlar ve taleplere göre yöntem kullanımı, 2018 Türkiye

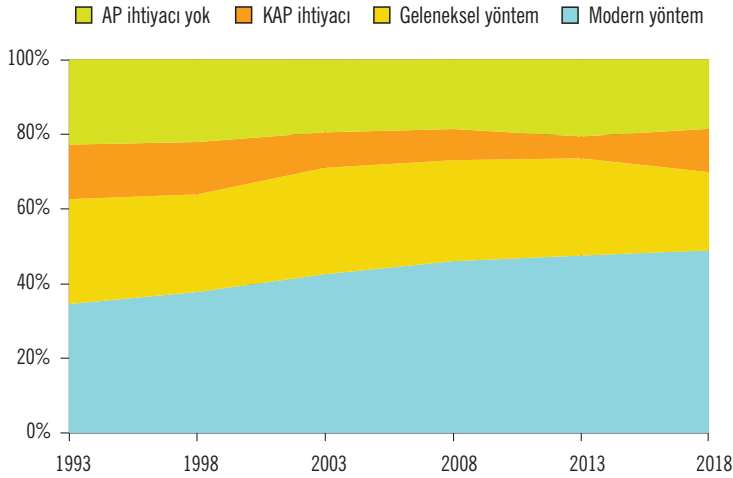
		Şu anda bir aile planlaması yöntemi kullanıyor		
		Yöntem kullanmıyor	Geleneksel yöntem kullanıyor	Modern yöntem kullanıyor
Yöntem ihtiyaçları ve talepleri	Yönteme ihtiyacı yok	%18,6	-	-
	Doğumlara ara vermek için ihtiyacı var	%4,0	%6,4	%11,5
	Doğumları sonlandırmak için ihtiyacı var	%7,6	%14,5	%37,4
	Yöntem kullanmak/değiştirmek istiyor	%11,5	%4,2	%7,8

### 3.5.2. Trend Analizi

#### Türkiye’de Yöntem Kullanımına İlişkin Eğilimler

Doğum kontrol yöntemlerinin kullanımı özellikle modern yöntemlerin kullanımındaki düzenli artışla birlikte zaman içerisinde artmıştır. Şekil 3.1’de gösterildiği gibi, 1993’te modern yöntem kullanan kadınların oranı %35 iken, 2018’de üreme çağındaki kadınların yaklaşık yarısı modern yöntem kullanmaktadır. Geleneksel yöntem kullanan kadınların oranında 1993 ile 2013 yılları arasında çok fazla değişiklik olmamıştır (her dört kadından biri), ancak son araştırma bulguları ilk kez geleneksel yöntem kullanımında bir düşüşü işaret etmiştir (her beş kadından biri). Geri çekme yöntemi Türkiye’deki en yaygın geleneksel yöntem olup aynı zamanda, özellikle son dönemde, kondomdan sonra en yaygın ikinci yöntemdir. 2013 yılına kadar karşılanmamış aile planlaması ihtiyacında istikrarlı bir düşüş yaşanmışken, 2018 yılında bir artış gözlemlenmiştir. Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olmayan kadınlarda çok büyük bir değişiklik olmamış, yıllar içinde %23’ten %19’a küçük bir düşüş olduğu görülmüştür.

**ŞEKİL 3.1.** Üreme çağındaki (15-49 yaş) halen evli kadınlarda yöntem kullananların, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olanların ve aile planlaması ihtiyacı olmayanların oranı



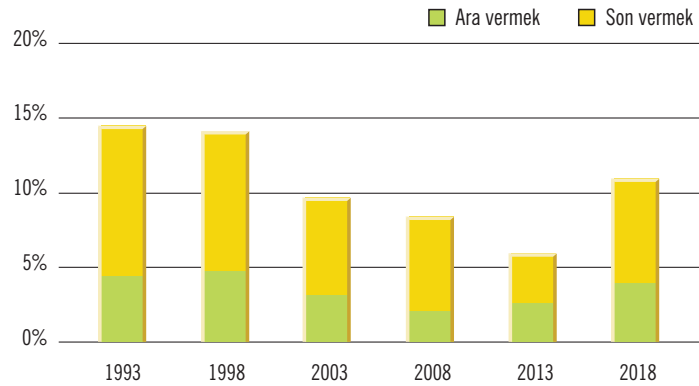
### Türkiye’de Karşılanmamış Yöntem İhtiyacındaki Değişimler

Türkiye’de yöntem kullanma ihtiyacı olan kadınların oranı, doğurganlığın yenilenme düzeyi civarında seyrettiği günümüzde artmaya devam etmektedir. Modern yöntem kullanımındaki düzenli artış ve geri çekme yöntemi kullanımının istikrarlı seyretmesi nedeniyle karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı düzeyi 1993-2013 arasındaki dönemde %15’ten %6’ya düşmüştür (HÜNEE, 2019). Şekil 3.2’de görüldüğü gibi, doğumların arasını açmak için karşılanmamış ihtiyaçtaki düşüş, bu düşüşte birincil paya sahiptir. Bu süre zarfında, doğumlara ara vermek ve doğumları sonlandırmak için karşılanmamış ihtiyaçların büyüklüğü azalmış ve birbirlerine yaklaşmıştır.

Ancak 2018 TNSA bulguları, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının son beş yılda beklenmedik bir şekilde ikiye katlanarak yüzde 12'lere ulaştığını ortaya koymaktadır. 2013-2018 döneminde hem doğumlara ara verme hem de doğumlar sonlandırma için karşılanmamış ihtiyaç artmıştır (Şekil 3.2). Bununla birlikte, doğumları sonlandırmak isteyen kadınların karşılanmamış ihtiyacı, doğumlarını ertelemek isteyen

kadınların ihtiyacına kıyasla daha fazladır. 2013’te kadınların %3’ü doğumlarını sonlandırmak için aile planlamasına ihtiyaç duyarken, 2018’de bu ihtiyacı duyan kadınların oranının %8’e yükseldiği Şekil 3.2’de görülmektedir. Eğilimler, güncel karşılanmamış doğumları sonlandırma ihtiyacı oranının 20 yıl önce olan 1998 oranıyla, karşılanmamış doğumları aralıklandırma ihtiyacının ise 25 yıl önceki 1993 oranıyla yakın seviyede olduğunu göstermektedir.

**ŞEKİL 3.2.** Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacındaki değişimler, 1993-2018 TNSA



### Sosyo-demografik ve Ekonomik Özelliklere Göre Karşılanmamış Yöntem İhtiyacındaki Değişimler

Aile planlaması programlarının başarılı olabilmesi için, programı planlayanların farklı özellikleri olan kullanıcı profillerini anlaması gerekmektedir. Karşılanmamış ihtiyaçta genel değişim eğilimleri önemlidir ancak kadınların aile planlaması ihtiyacı sadece zamanla değil sosyo-ekonomik ve demografik faktörlere göre de değişmektedir. Bu gerçekten yola çıkarak, çalışmamızın bu kısmında halen evli kadınların yaş, çocuk sayısı (parite), eğitim ve refah durumlarına göre karşılanmamış ihtiyaç eğilimleri sunulmaktadır.

**Yaş:** Kadınların aile planlaması ihtiyaçları, doğurganlık çağlarının hangi aşamasında olduklarına bağlı olarak değişmektedir. Daha genç ve daha yaşlı kadınlar için birbirinden farklı karşılanmamış

ihtiyaç örüntüleri beklenmektedir. Buna göre, 35 yaş ve üstü kadınlar için doğumları sonlandırma ihtiyacı önem kazanmaktadır (Şekil 3.3). Bu kadınların toplam karşılanmamış ihtiyacı, son araştırma dönemine kadar sürekli bir iyileşme göstermiştir. 2018 yılında toplam karşılanmamış ihtiyaçtaki düşüş eğilimi bozularak, 1998 senesindeki orana yakın olan %11,5 seviyesine yükselmiştir. Ayrıca, yaşça büyük kadınlar için (35 yaş ve üstü) doğumlara ara verme ihtiyacı önceki yıllardan daha belirgin hale gelmiştir. 2013-2018 yılları arasında karşılanmamış ihtiyaçtaki değişim yaşça büyük kadınlarda daha yoğun olurken, 2018 yılında aile planlaması ihtiyacı her iki yaş grubunda da aynı düzeye ulaşmıştır.

Öte yandan, karşılanmamış ihtiyacın örüntüsü ve karşılanmamış ihtiyaçtaki değişimin derecesi yaşça genç kadınlar (35 yaş altı) için farklıdır. Yaşça genç kadınlar için, doğumlara ara verme ihtiyacının, doğumları sonlandırma ihtiyacı kadar belirgin hale gelmesinden ötürü, doğumlara ara verme ihtiyacını doğumları sonlandırma ihtiyacından ayırt etmek zordur. Özellikle son iki araştırmada, çocuk sahibi olmayı erteleme isteği daha baskın olmuştur ve bundan dolayı bu yaş grubunun toplam karşılanmamış ihtiyacı esas olarak doğumlara ara vermeye bağlıdır.

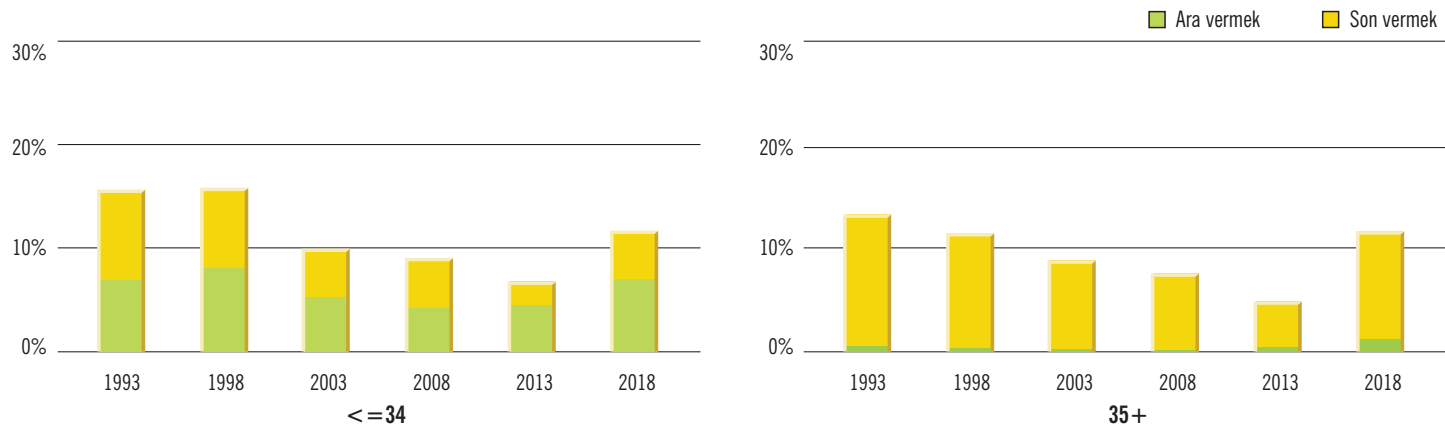
*Parite (çocuk sayısı):* Kadınların hedefledikleri çocuk sayısına ulaşip ulaşamadıkları, doğumlara ara verme ya da doğumları sonlandırma durumlarından hangisine ihtiyaç duyduklarının

belirleyicisi olacaktır. Bu çalışmada parite, araştırma sırasında mevcut gebelik dahil olmak üzere şimdiki kadar doğan çocuk sayısını ifade eder. Parite için doğurganlığın yenilenme düzeyine karşılık gelen 2 doğumun altı veya 2 doğumun üstü olmak üzere iki kategori oluşturulmuştur.

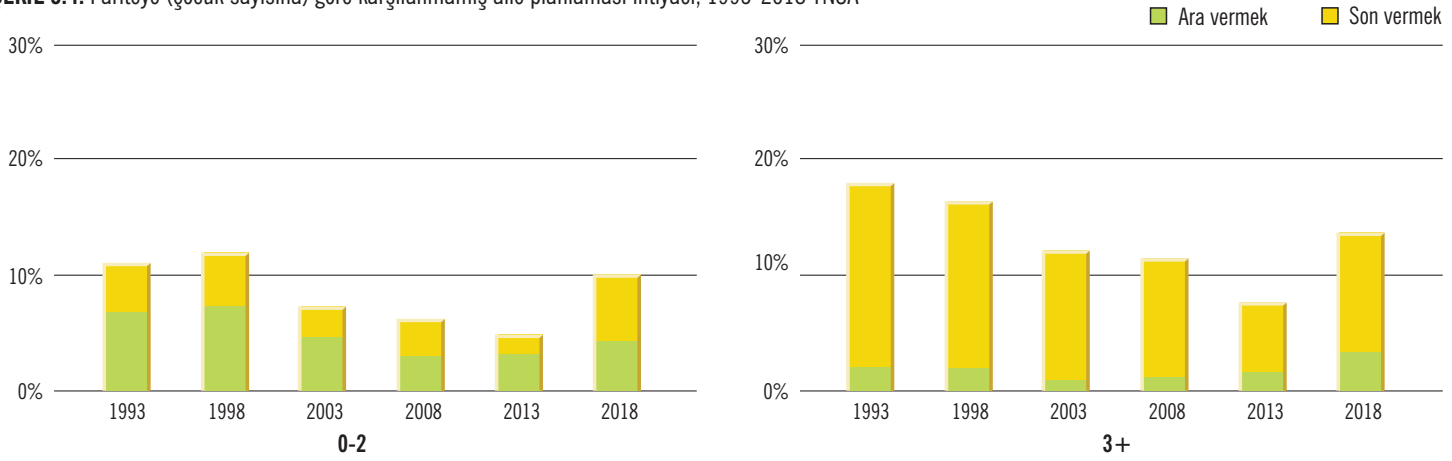
Üç ya da daha fazla çocuk sahibi olan kadınların toplam karşılanmamış ihtiyacı 2018'e kadar azalmaktayken, 2018'de neredeyse iki katına çıkmıştır (Şekil 3.4). Çok benzer bir eğilim, 1998'deki artış hariç tutulmak üzere, düşük pariteli kadınlar için de geçerlidir. Doğumları aralıklandırma ve sonlandırmaya yönelik karşılanmamış ihtiyaç, farklı yaş gruplarında olduğu gibi farklı pariteleri olan kadın gruplarında da belirgin şekilde farklılık göstermektedir. İstenen doğurganlığa henüz ulaşılmadığında, doğumlara ara verme ihtiyacı daha yüksektir. Bununla birlikte, en fazla iki çocuğu olan kadınlar arasında doğumları aralıklandırma ihtiyacının daha belirgin olması, bu kadınların hala doğurganlık hedeflerinin gerisinde kalmış olabileceklerini göstermektedir. Bu durum üç ve daha fazla çocuğu olan kadınlar için tam tersidir. Hedefledikleri ideal çocuk sayısına ulaşmış (veya aşmış) olabilecekleri için bu kadınların aile planlaması ihtiyaçları genel olarak doğumları sonlandırmaktır.

*Eğitim:* Farklı eğitim düzeylerindeki kadınların karşılanmamış aile planlaması ihtiyaçlarındaki zaman içerisindeki değişim belli

**ŞEKİL 3.3.** Yaş gruplarına göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, 1993-2018 TNSA



**ŞEKİL 3.4.** Pariteye (çocuk sayısına) göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, 1993-2018 TNSA

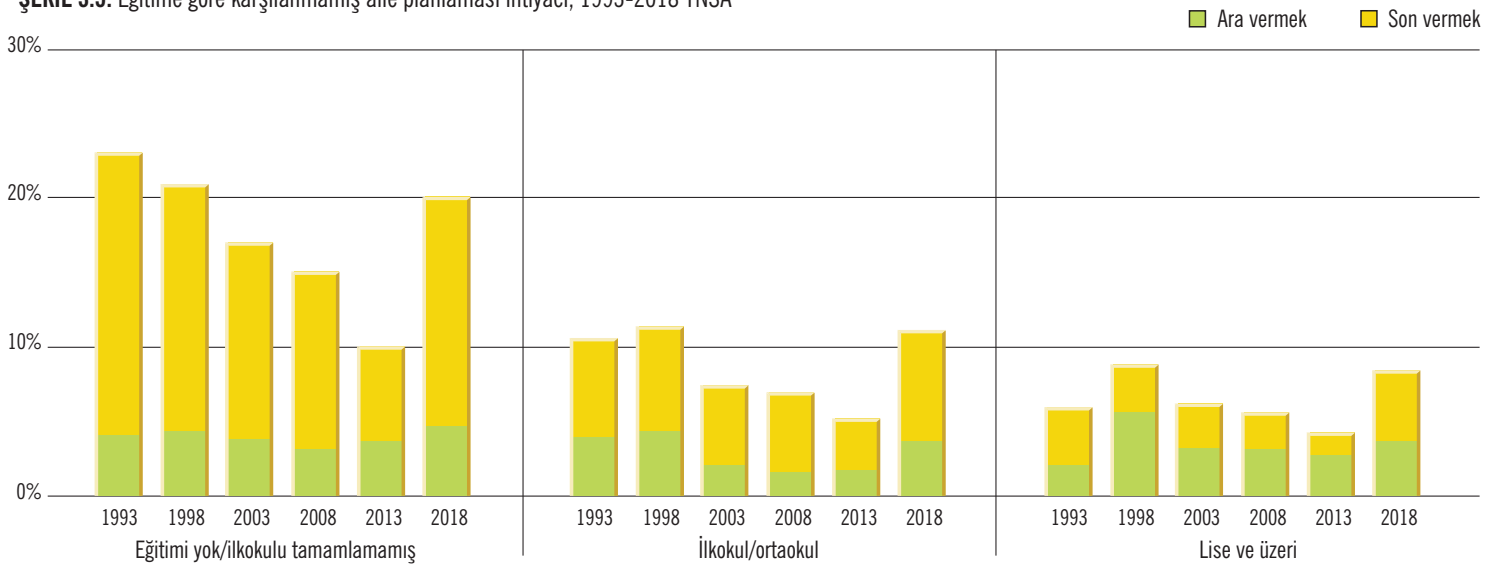


bir gruba özgü değildir ancak yine de belli farklılıklar mevcuttur (Şekil 3.5). En düşük eğitim düzeyindeki kadınların arasında karşılanmayan ihtiyaç oranlarının azalmasına yönelik istikrarlı iyileşme 2013'e kadar sürmüştür, 2018 senesinde on yıl öncesinin seviyesine gerilemiştir. Aynı dönemde benzer bir gerileme ne yazık ki tüm eğitim düzeylerinde gözlemlenmiştir. Öte yandan, daha eğitimli kadınlar arasında karşılanmamış ihtiyaç düzeyinde düzensiz bir değişim yaşanmış ve hizmetlere erişimde en avantajlı olması beklenen daha eğitimli kadınlar

grubunda dahi karşılanmamış ihtiyaç 2013'ten 2018'e iki kattan daha fazla artmıştır.

Eğitim düzeyine göre ihtiyacın türü de değişmektedir. Daha az eğitimli kadınlar arasında karşılanmamış ihtiyacın büyük kısmı doğurganlığına son vermek isteyen kadınların ihtiyacıdır. Buna karşılık, daha eğitimli kadınlarda doğumlara ara verme ihtiyacı daha belirgin durumdadır.

**ŞEKİL 3.5.** Eğitime göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, 1993-2018 TNSA





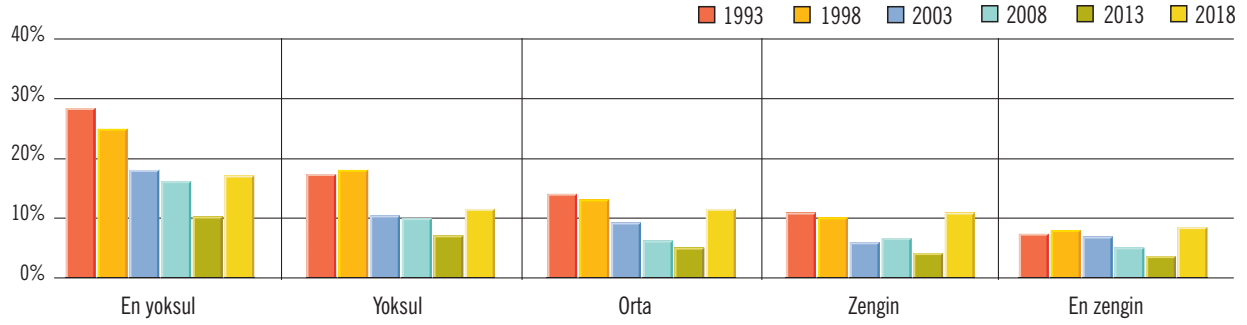
*Refah düzeyi:* Gelir düzeyi ya da mali yeterlilik, aile planlaması hizmetlerine erişimde ve ihtiyaçların karşılanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Araştırmalarda gelir düzeyi ile ilgili doğru bilgi toplamak kolay olmadığından kullandığımız veri setlerinin her birinde yer alan refah grupları değişkeni, gelir düzeyi yerine kullanılarak, en yoksul ile en zengin arasındaki farklılıkların gösterilmesinde yardımcı olmaktadır.

Refah düzeyi ile toplam karşılanmamış ihtiyaç arasında negatif bir ilişki vardır (Şekil 3.6). Diğer sosyo-demografik değişkenlerde olduğu gibi, değişimin büyüklüğü gruplar arasında değişmektedir.

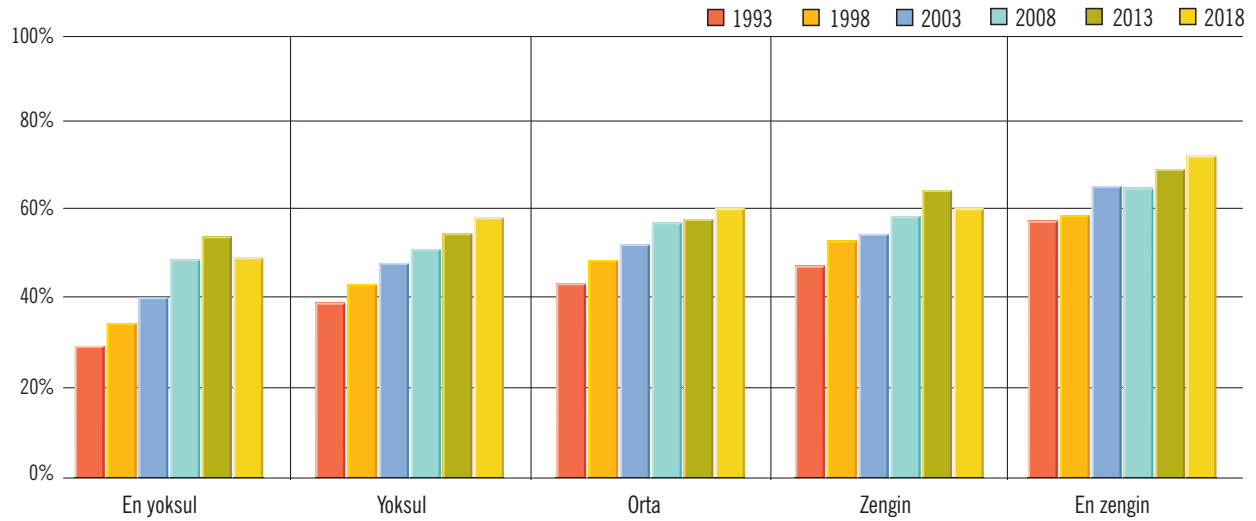
birlikte, 2018 yılında tüm refah gruplarında karşılanmamış ihtiyaçta belirgin bir artış olmuştur. Ayrıca, 2018 yılına kadar, araştırmalar arasındaki dönemlerde refah grupları arasındaki ve tüm refah gruplarındaki karşılanmamış ihtiyaç oranı azalırken belirgin değişiklik en yoksul kadınların olduğu grupta gözlemlenmiştir.

Geleneksel yöntemleri kullanan kadınların daha etkili -modern yöntemlere ihtiyaç duyduğu düşünüldüğünden modern yöntem kullanımına odaklanan bir gösterge olan modern yöntemlerle karşılanan talebin oranı<sup>17</sup> hesaplanmaktadır (Bradley vd.,2012).

**ŞEKİL 3.6.** Refah gruplarına göre toplam karşılanmamış ihtiyaç, 1993-2018 TNSA



**ŞEKİL 3.7.** Refah gruplarına göre modern yöntemlerle karşılanan talebin oranı, 1993-2018 TNSA



<sup>17</sup> Halen kullanılan herhangi bir modern yöntem / (Toplam karşılanmamış ihtiyaç + halen kullanılan herhangi bir modern yöntem)

2018 yılında ulaşılan karşılanmamış ihtiyaç düzeyi, yıllar içinde her refah diliminde gözlemlenmiş olan iyileşmeyi geriletmiş olsa da modern yöntemlerle karşılanan talebin oranındaki düzenli artış, aile planlaması ihtiyaçları için daha iyimser bir tablo oluşturmaktadır (Şekil 3.7). Refahla ilgili eşitsizlikler mevcuttur ancak karşılanmamış ihtiyaç göstergesi için nispeten daha yumuşaktır.

#### Yöntem bilgisi ve kullanımına göre karşılanmamış ihtiyaç eğilimleri

Bu bölüm, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacına sahip kadınların, gebeliği önleyici yöntem kullanımıyla ilgili geçmiş deneyimlerine ve gelecekte bir yöntem kullanma niyetlerine göre tanımlayıcı bulgular sunmaktadır. Kutu 3.1 temel bilgi olarak 1993-2018 dönemindeki karşılanmamış ihtiyaç ve yöntem kullanımı pratiklerine dair tüm temel göstergeleri içermektedir.

Kadınların karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının olması,

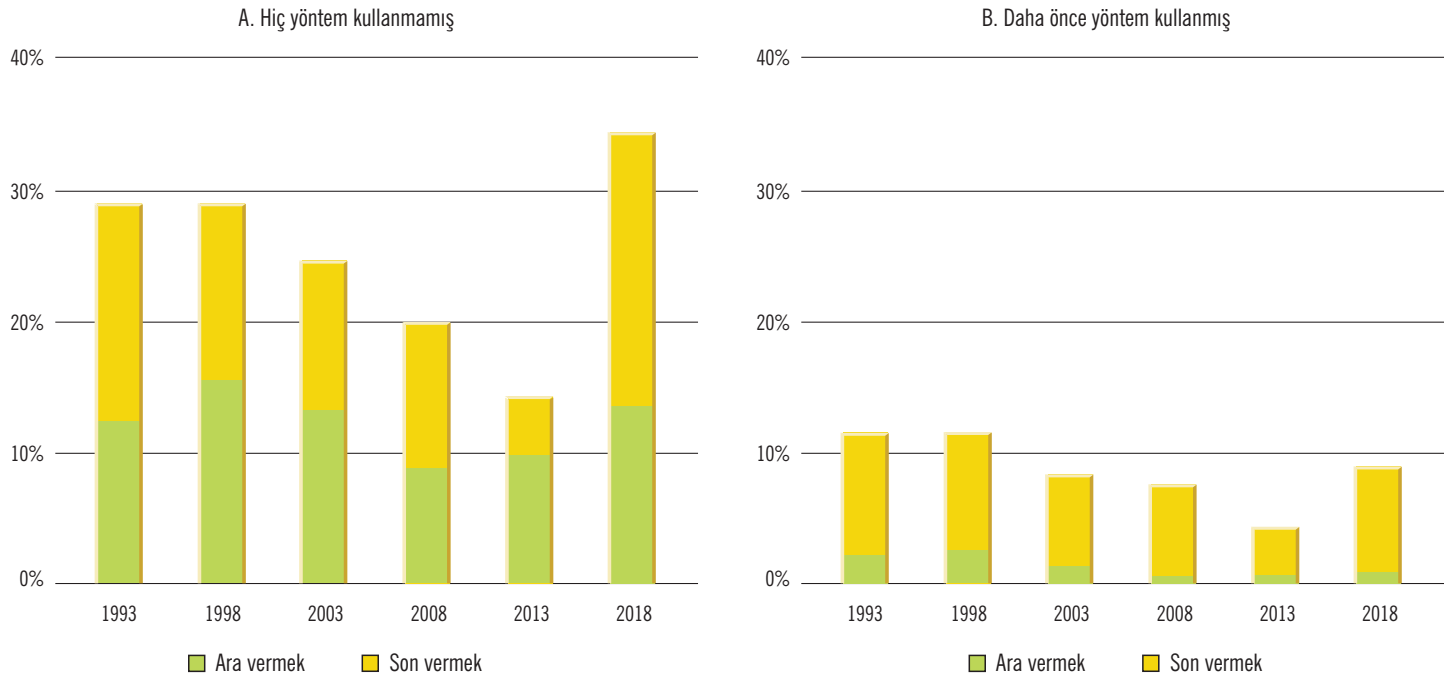
yaşamları boyunca hiç doğum kontrol yöntemi kullanmadıkları anlamına gelmez. Kadınlardan bazıları bir süre yöntem kullanmıştır. Bu tecrübe, karşılanmamış ihtiyaç düzeyinde (Şekil 3.8A ve 3.8B) ve muhtemelen gelecekteki yöntem kullanma niyetlerinde bir fark yaratmaktadır. Daha önce bir doğum kontrol yöntemi kullanmış olan kadınlar, hiç kullanmayanlara kıyasla daha düşük düzeyde karşılanmamış ihtiyaca sahiptir. Önceki yönteminin geleneksel veya modern olması da güncel ihtiyacı etkilemiştir (Şekil 3.9A ve 3.9B). Geçmişte kullanılan yöntem modern bir doğum kontrol yöntemi ise, kadınlar için doğumları sonlandırma ihtiyacı daha belirgin hale gelmiştir. 1993 ve 2018 yıllarındaki karşılanmamış doğumlara ara verme ihtiyacının doğumları sonlandırma ihtiyacının önüne geçtiği araştırmalar haricinde, daha önce geleneksel yöntemi kullanmış olan kadınların genellikle hem doğumları aralıklandırma hem de sonlandırma ihtiyaçlarının olduğu görülmektedir.

**KUTU 3.1.** Türkiye'deki Yöntem Kullanımına ve İhtiyacına Yönelik Temel Göstergelerdeki Eğilimler (%)

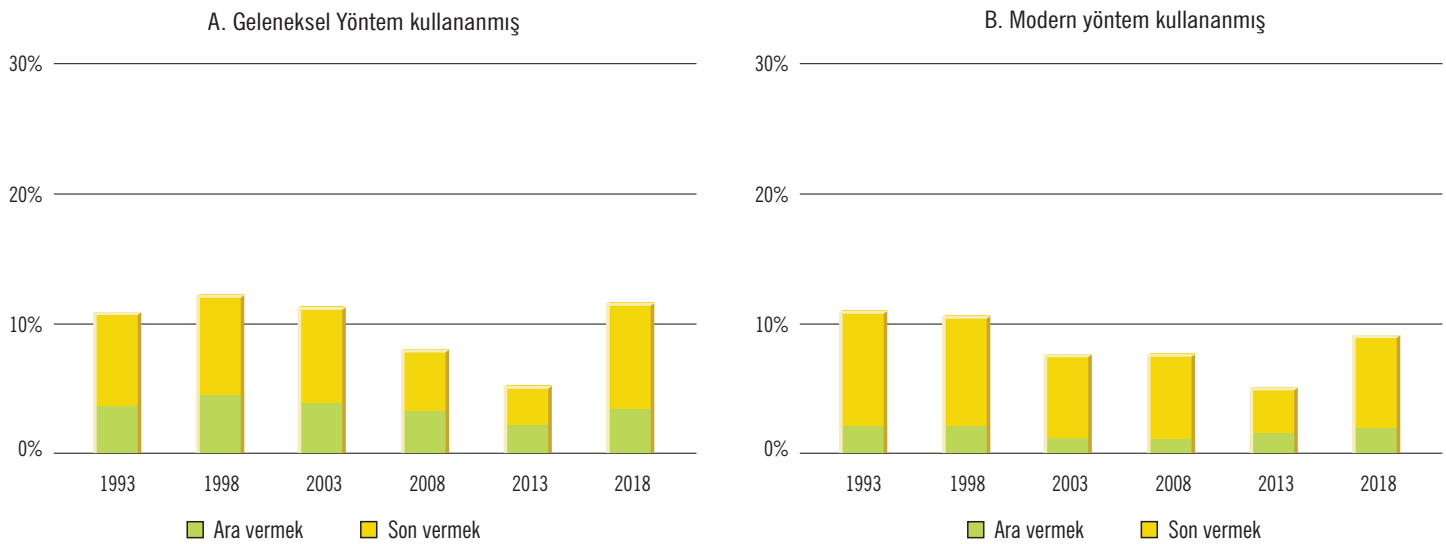
	1993	1998	2003	2008	2013	2018
Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı-ara vermek *	4,4	4,9	3,1	2,4	2,6	4,0
Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı-son vermek*	10,2	9,0	6,4	5,9	3,3	7,6
Toplam karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı*	14,6	14,0	9,5	8,3	5,9	11,6
Gebeliği önleyici yöntem kullanma hızı	62,6	63,9	71,0	73,0	73,5	69,8
Gebeliği önleyici yöntem kullanma hızı-modern tüm yöntemler	34,5	37,7	42,5	46,0	47,4	48,9
Gebeliği önleyici yöntem kullanma hızı-geleneksel tüm yöntemler	28,1	26,1	28,5	27,0	26,0	20,9
Herhangi bir yöntem kullanımı olma	80,1	82,1	90,0	91,3	91,7	89,6
Yöntem kullanmış olma-modern	61,8	67,5	73,2	77,6	76,7	77,3
Yöntem kullanmış olma-geleneksel	57,5	55,8	70,3	64,2	65,9	59,5

\* Yenilenmiş tanım, Bradley ve diğerleri., 2012

**ŞEKİL 3.8.** Yöntem kullanma tecrübesine göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, 1993-2018 TNSA



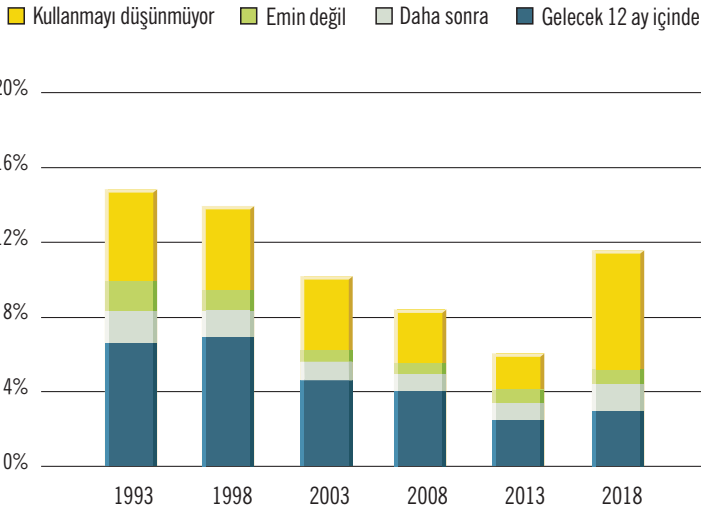
**ŞEKİL 3.9.** Daha önce kullanılmış yöntemin türüne göre karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, 1993-2018 TNSA



Gelecekte gebeliği önleyici yöntem kullanma niyeti her zaman davranışa dönüşmese ya da zamanla değişebilse de bu niyet yöntem talebinin önemli bir belirleyicisidir. Ayrıca, kadınların gelecek için istekleri, yöntem kullanımını teşvik eden programlar planlanırken hangi gruplara öncelik verilmesi gerektiği konusunda önemli ipuçları vermektedir.

Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının düzenli şekilde azaldığı 1993-2013 döneminde, karşılanmamış ihtiyacı olan kadınların geleceğe yönelik yöntem kullanma niyetlerinde fazla bir dalgalanma olmamıştır. Şekil 3.10'da görüldüğü gibi bu dönemde karşılanmamış ihtiyacı olan kadınların yarısından biraz fazlası kısa süre içinde yöntem kullanıcısı olma eğilimlerini belirtmişlerdir. Ancak 2018 yılında bu örüntü değişmiş ve yakın vadede (12 ay içinde) bir yöntem kullanmayı planlayan kadınların oranı son 25 yılın en düşük seviyesine ulaşmıştır. Karşılanmamış ihtiyacı olan her dört kadından sadece biri gelecekte doğum kontrol yöntemi kullanmayı düşünmektedir. Karşılanmamış ihtiyacı olan halen evli kadınlarda yöntem kullanmama niyeti 2018 yılına kadar yüzde 30-40 civarında sabitken, 2018 itibarıyla yüzde 60'a yaklaşmıştır.

**ŞEKİL 3.10.** Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olan halen evli kadınlar arasında gelecekte yöntem kullanma niyeti



### 3.5.3. Toplam Pazar Yaklaşımı Analizi

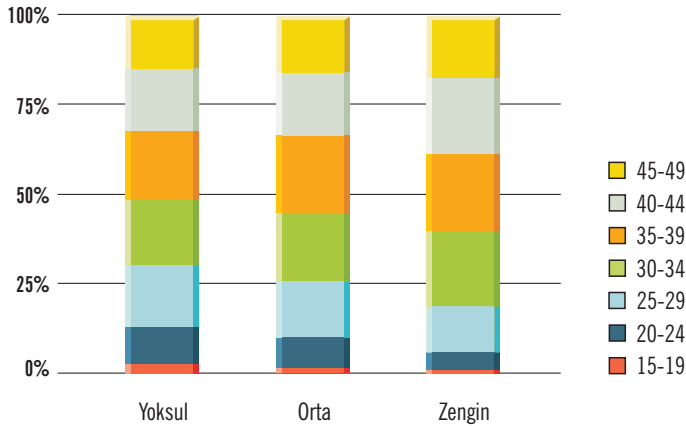
Bu bölüm, Türkiye'deki aile planlamasına dair pazar bölünmesi analizinden elde edilen bulguları sunmaktadır. Pazar bölünmesi, bir pazarın daha küçük alt gruplara, yani benzer özelliklere, davranışlara veya ihtiyaçlara sahip bölümlere/segmentlere bölünmesi sürecidir (Kotler ve Armstrong, 2001; Gunter ve Furnham, 1992). Bu pazar segmentleri farklı şekillerde oluşturulabilir. Hedef tüketicileri tanımlamanın bir yöntemi, benzer tercihlere sahip kullanıcıları ayırmak anlamına gelen homojen tercihler yöntemidir. İkinci yöntem ise, tüketicilerin değişen tercihleri olarak da tanımlanabilecek olan yaygın tercihler yöntemidir. Son yöntem ise, doğal pazar segmentlerinin benzer tercihlere sahip kullanıcı grupları aracılığıyla oluşturulması anlamına gelen kümelenmiş tercihler yöntemidir (Kotler ve Keller, 2009).

Bu çalışmada, üreme çağındaki kadınları segmentlere ayırmak için pazar segmentasyonunda yaygın olarak kullanılan demografik segmentasyon kullanılmıştır. Yaklaşımımız üç adımdan oluşmaktadır. İlk adımda, kadınların aile planlaması tercihlerinin hanehalkı refah durumlarına göre değişip değişmediğini ayırt etmek için araştırma nüfusunu beşte birlik dilimlere ayıran refah endeksinin kullanıldığı analizler yapılmıştır. İkinci olarak, her grubun özelliklerini daha iyi anlayabilmek için sosyo-demografik profiller tanımlanmıştır. Son adımda, bu gruplar kadınların kullandıkları yöntemi temin ettikleri sektörlerle göre tekrar bölünmüştür. Bu 3 aşamalı bölümlendirme (segmentasyon) yaklaşımı, farklı grupların aile planlaması hizmeti ihtiyaçlarının ve aile planlaması hizmetleri sunan kamu ve özel sektörün pazar payının anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

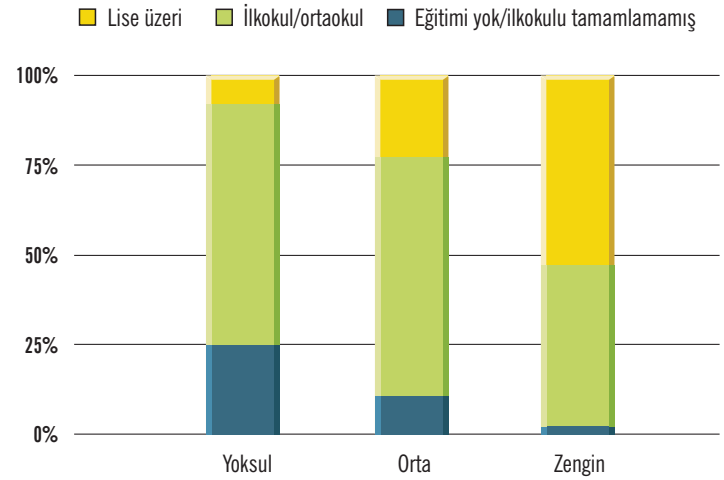
## Kullanıcı Özellikleri

Beşli refah dilimleri arasında sosyo-demografik farklılıklar mevcuttur. Zengin grup içerisinde ileri yaştaki kadınlar daha fazladır (Şekil 3.11). Daha genç kadınlar, yoksul kesimde nispeten daha belirgindir. Bu çalışma için halen evli kadınların seçilmesinin doğrudan bir sonucu olarak 15-19 yaş grubunun, kadınların sadece %1,2'sini oluşturduğunu belirtmek önemlidir. Ancak, yoksul evli kadınların yarısı 30 yaşının altındadır. 2018 TNSA'da üreme çağındaki kadınların %41'i lise ve üzerini tamamlamıştır. Neredeyse %10'u ise eğitimsiz durumdadır. Refah düzeyi çerçevesinde incelendiğinde, daha varlıklı kadınlar arasında yüksek bir eğitim düzeyi gözlemlenmektedir ve ortaöğretim düzeyinin ötesinde eğitim alma olasılıkları, yoksul kadınlardan önemli ölçüde daha fazladır (Şekil 3.12). Yoksul kadınlar daha az eğitilmiş olma eğilimindedir. Bu durum, özellikle eğitimsiz grup için geçerlidir; yoksul kadınların dörtte biri eğitimsizdir. İstatistiksel olarak test edilmemesine rağmen, kadınların eğitim düzeyi ile refah durumu arasında bir paralellik olduğu görülmektedir.

ŞEKİL 3.11. Yaş ve refaha göre halen evli kadınlar, 2018 TNSA



ŞEKİL 3.12. Eğitim ve refaha göre halen evli kadınlar, 2018 TNSA

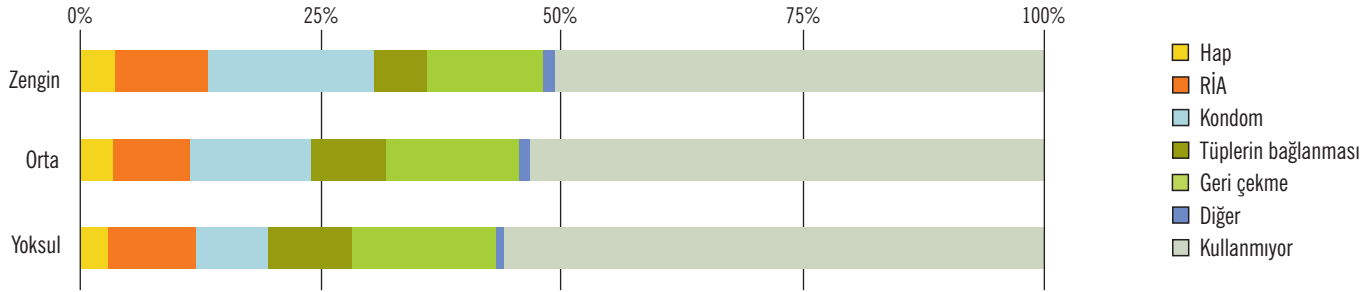


## Yöntem Kullanımı

Neredeyse tüm kadınlar modern yöntem bilgisine sahiptir; ancak modern yöntemlerin kullanımı %49'dur. Modern yöntemlerde bazıları için refah durumuna göre varyasyon varken bazıları için kullanım oranları yakındır. Kadınların refah durumu, hap ve RİA kullanımında önemli bir fark yaratmamıştır (Şekil 3.13). Kondom ve tüp ligasyon tercihi ise fark daha belirgindir. Zengin kadınların kondomu daha çok, tüplerin bağlanması yöntemini ise daha az tercih ettikleri görülmektedir. Yoksul kadınlarda bu tam tersidir. Refah arttıkça geri çekme yönteminin kullanımında hafif bir düşüş (%23'ten %18'e) mevcuttur. Yaklaşık 10 kadından (%34 ile %28 arasında değişmekle birlikte) üçü hiç yöntem kullanmamaktadır ve bu oran zengin ve orta refah gruplarında daha yakın, yoksul kadınlar arasında ise daha belirgin şekilde yüksektir.

Refah düzeyi "ödeyebilme kabiliyetini" tam olarak göstermese de aile planlaması yöntemlerinin finansal anlamda karşılanabilirliği hakkında ipuçları veren "dolaylı" bir ölçü olarak kullanılabilir. Buna paralel olarak modern yöntemler; yeniden tedarik edilmesi gerekenler ve uzun süre etkili olanlar olarak iki

**ŞEKİL 3.13.** Refah gruplarına göre halen evli kadınların kullandıkları yöntem, 2018 TNSA



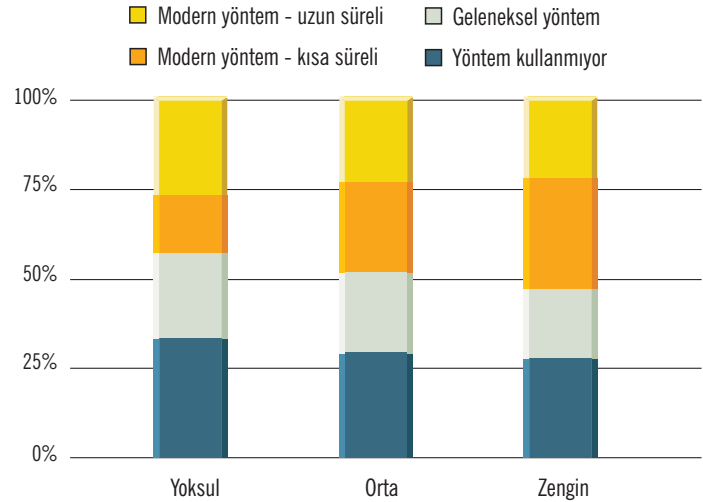
gruba bölünmüştür<sup>18</sup> çünkü bazı yöntemler tek kullanımlık olup tekrar tekrar alınıp ödenmesi gerekiyken, bazıları bir kez alınıp uzun süre etkili olarak kullanılabilirler. Kadının tüplerinin bağlanması, erkeğin kanallarının bağlanması, RİA ve implant uzun süreli etkiye sahip modern yöntemler olarak kabul edilirken, diğer modern yöntemler ise yeniden tedarik edilmesi gereken yöntemlerdir.

Refah arttıkça, yeniden tedarik gerektiren yöntemleri kullanma yaygınlığı da artmaktadır (Şekil 3.14). Zengin kadınlar, yoksul kadınlara kıyasla daha az uzun süre etkili yöntemler kullanmayı tercih etmektedir. Yoksul kadınlar tek kullanımlık yöntemler için tekrar tekrar ödeme yapmak istemedikleri için uzun süre etkili yöntemleri bir seçimden ziyade bir zorunluluk olarak tercih etmiş olabilirler.

Tamamına yakını geri çekme yöntemi olmak üzere geleneksel yöntemlerin kullanımının refah düzeyi ne olursa olsun hala yaygın tercih olduğu görülmektedir.

Şekil 3.15, eğitimin yöntem kullanımı davranışında bir fark yaratıp yaratmadığını görmek için eğitim düzeyinin dahil edildiği bir alt bölümdür. Yüksek eğitilmiş ve daha az eğitilmiş kadınların yöntem tercihleri, refah düzeyine ve diğer özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Yoksul ve orta sınıftaki eğitilmiş kadınlar, daha az eğitilmiş kadınlara göre daha fazla geri çekme yöntemini

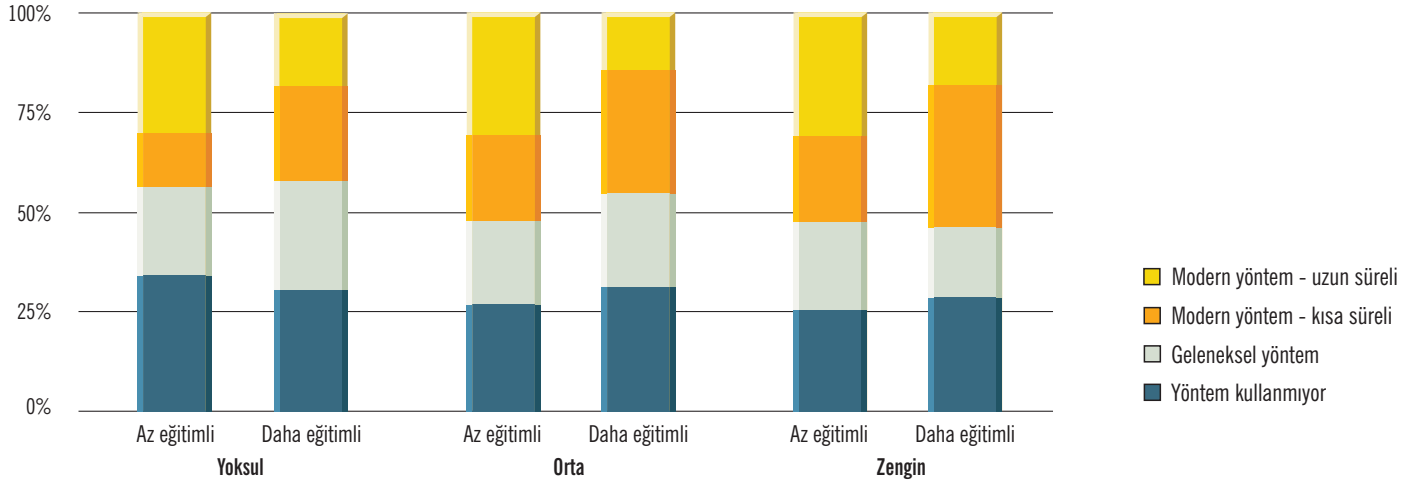
**ŞEKİL 3.14.** Yöntem türü ve refaha göre halen evli kadınlar, 2018 TNSA



ve yeniden tedarik edilmesi gereken modern yöntemleri kullanma eğilimindedirler. Eğitilmiş zengin kadınlar dışında, geri çekme yönteminin daha fazla geri çekme yöntemini ve yeniden tedarik edilmesi gereken modern yöntemleri kullanma eğilimindedirler. Eğitilmiş zengin kadınlar dışında, geri çekme yönteminin tercih edilme durumu tüm eğitim düzeylerinde hemen hemen aynıdır. Tüm refah düzeyleri arasında karşılaştırıldığında, uzun süre etkili modern yöntemler daha az eğitilmiş kadınlar arasında çarpıcı biçimde daha yaygındır.

<sup>18</sup> 2018 TNSA bulguları, evli kadınların tüplerinin bağlanması, hap, RİA, enjeksiyon ve erkek kondomu kullanmayı tercih ettiğini ortaya koymuştur. Diğer modern yöntemler için herhangi bir gözlem yoktur.

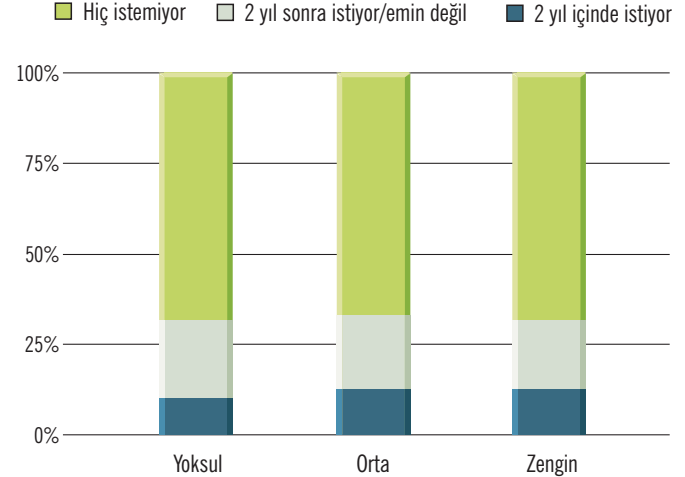
**ŞEKİL 3.15.** Eğitim ve refah gruplarına göre halen evli kadınların kullandığı yöntem türü, 2018 TNSA



### Doğurganlık İsteği ve Karşılanmamış İhtiyaç

Gebelikten kaçınma, bir sonraki doğumu erteleme veya doğumları sonlandırma arzusunun varlığı gebeliği önleyici yöntem kullanımını teşvik edebilir. 2018 TNSA verisine göre kadınların sadece %4'ü görüşme anında gebe olduğunu bildirmiştir. Bu gebeliklerin %30'u istenildiğinden erken veya istenmeyen gebeliklerdir. Tüm gelir gruplarında, başka bir çocuğa daha sahip olma arzusu çok az farklılık göstermektedir. Kadınların %32'si kadar başka bir çocuk istediğini bildirirken, daha fazla çocuk istemeyenlerin oranı<sup>19</sup> %68'dir (Şekil 3.16). Halen evli kadınların yaklaşık dörtte biri, doğumları ertelemek veya durdurmak istemesine rağmen herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmamaktadır (Şekil 3.17). Kadınlar, daha fazla çocuk sahibi olmak istemediklerinde uzun süre etkili modern yöntemleri daha çok tercih etmektedirler. Kısa süre etkili modern yöntemler, gebeliği geciktirmek isteyen yoksul ve orta sınıf kadınlar arasında daha fazla tercih edilmektedir. Kısa süreli modern yöntemlerin kullanımı, zengin kadınlar arasında doğurganlık arzularına göre çok fazla değişiklik göstermemektedir.

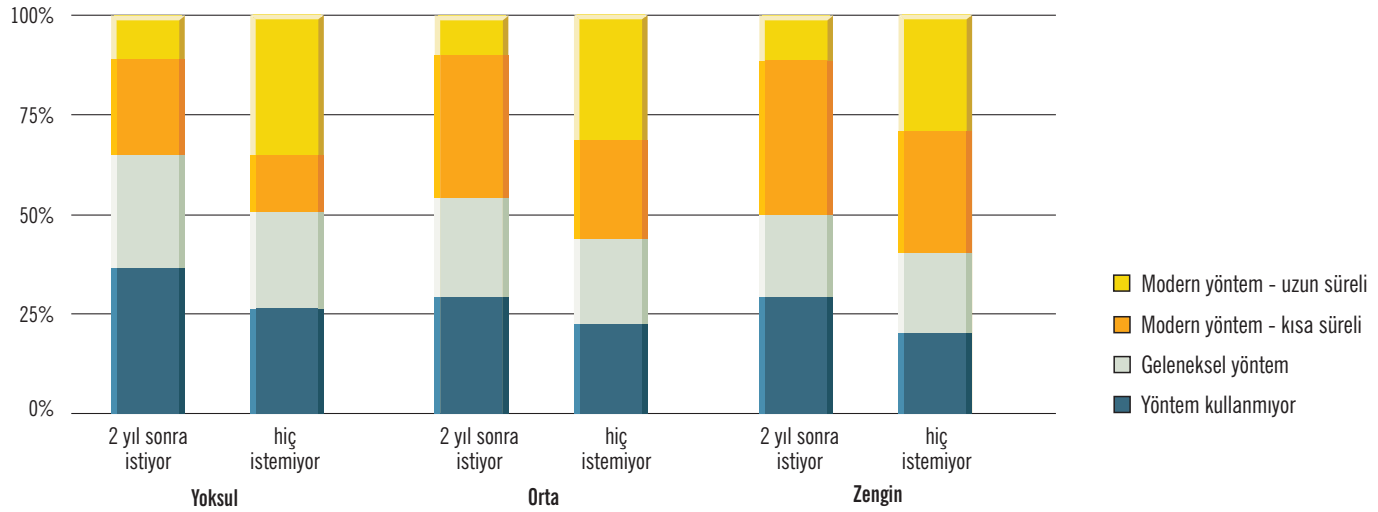
**ŞEKİL 3.16.** Refah gruplarına göre halen evli kadınların doğurganlık tercihleri, 2018 TNSA



Karşılanmamış ihtiyaç, doğurganlık isteği ile doğum kontrol yöntemi kullanımı arasındaki etkileşimi gösteren başka bir göstergedir ve istenmeyen gebelik riski altındaki kadınları işaret edebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Türkiye'de halen evli kadınlar arasında karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı,

<sup>19</sup> Kısır veya tüpleri bağlanmış kadınlar bu kategoriye dahil edilmiştir.

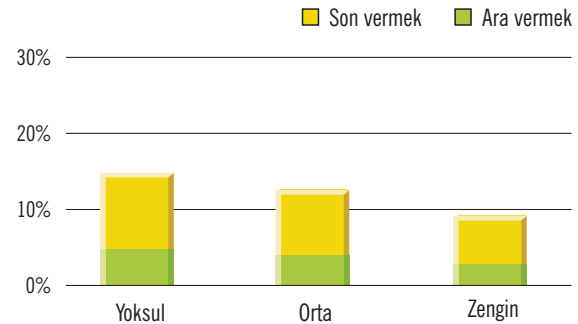
**ŞEKİL 3.17.** Doğurganlık tercihine ve refah gruplarına göre halen evli kadınların yöntem kullanımı, 2018 TNSA



öncelikle doğumları sonlandırmaya yöneliktir. Bu oran, zengin kadınlarda %9,4'ten en yoksullarda %14,3'e kadar değişmektedir (Şekil 3.18). Karşılanmamış ihtiyacın standart tanımı, geleneksel yöntem kullanıcılarını gözden kaçırmaktadır. Bununla birlikte, geleneksel yöntemlerin başarısızlık oranları yüksektir ve bu nedenle istenmeyen gebelik riski daha yüksektir. Kadınların %21'i, çoğunlukla geri çekme (%20) olmak üzere geleneksel yöntemlere güvenmektedir. Bu grubun ihtiyaçlarının da dikkate alınabilmesi için standart tanıma alternatif bir yol olarak, karşılanmamış ihtiyaç, doğumları geciktirmek veya durdurmak için daha etkili modern yöntemlere geçmek isteyen modern olmayan yöntem kullanıcıları da dâhil edilerek yeniden tanımlanmalıdır.

Modern yönteme geçmek isteyenler ile genişletilmiş tanımla bakıldığında aile planlaması ihtiyacı ile refah durumu arasındaki ters ilişki genel olarak geçerlidir (Şekil 3.19). Bu kapsamlı yaklaşımla Türkiye'de toplam karşılanmamış ihtiyaç %15'e yükselmiş olup, zengin kadınlarda %13 ve yoksullarda %19 arasında değişmektedir. Doğumları sonlandırma ihtiyacı hala

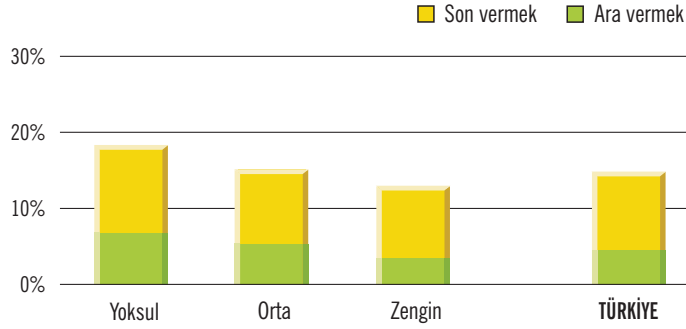
**ŞEKİL 3.18.** Refaha göre karşılanmamış ihtiyaç, 2018 TNSA



tüm refah gruplarında baskındır ve gruplar arasında çok az değişiklik göstermektedir. Orta ve zengin sınıftaki kadınların yaklaşık onda biri doğumları sonlandırmak için aile planlaması yöntemlerine ihtiyaç duymaktadır ve en yoksul kadınlar arasında doğumları sonlandırma ihtiyacı yüzde iki puan artmıştır.



**ŞEKİL 3.19.** Modern yönteme geçmek isteyenler ile genişletilmiş tanıma göre aile planlaması ihtiyacı, 2018 TNSA

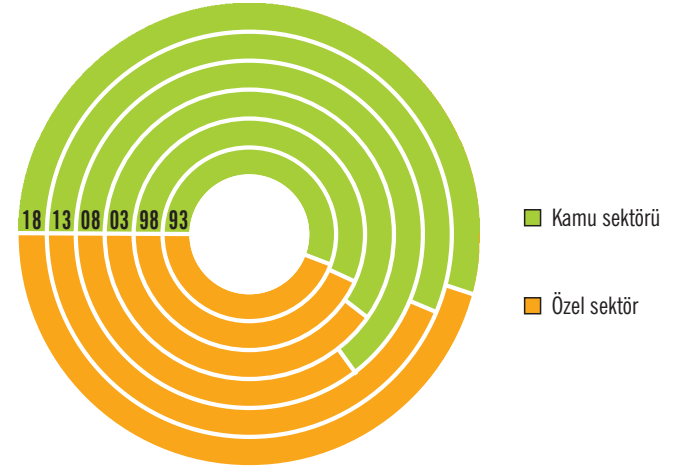


### Yöntemlerin Kaynağı<sup>20</sup>

Üreme çağındaki kadınların yaklaşık yarısı kullandıkları modern yöntemi başta kamu hastaneleri olmak üzere kamu sektöründen temin etmektedir (HÜNEE, 2019). Kamu sektörü, aile planlaması yöntem ve hizmetlerinin sunulmasında önemli bir rol oynamaktadır (Şekil 3.20). Büyük bir sağlayıcı olarak kamu sektörünün payı 2003 yılına kadar artmış ve 2008 yılında zirveye ulaşmış (%65), ancak daha sonra pazar payı düşmeye başlamış ve neredeyse 1993 düzeyine dönmüştür. Böyle bir değişiklik, özellikle kamu sektöründen ücretsiz yararlanan alt gelir grupları için önemlidir.

Refah düzeyleri arasında kamu kaynaklarına bağımlılık boyutunda belirgin bir farklılık vardır (Şekil 3.21). Yoksul kesimden en zengin kesime doğru kamu sektöründen özel sektöre geçiş belirginleşmektedir. Araştırmalarda kadınların (veya eşlerinin) kullandıkları yöntem için ödeme yapıp yapmadıkları sorulmamış olsa da özel sektörün yoksul kadınlar arasında daha az popüler olduğu görülmektedir. Kamu sektörüne yönelmiş olmaları, aile planlaması yöntemi almak için ödeme yapma ve özel sektörü seçme konusundaki isteksizliklerine işaret etmektedir. Bu durum, modern yöntemlerin türüne göre yöntemin sağlandığı sektör analiz edildiğinde daha belirgindir (Şekil 3.22). Kamu sektörü, uzun süre etkili yöntemleri tüm refah düzeyindeki kadınlara

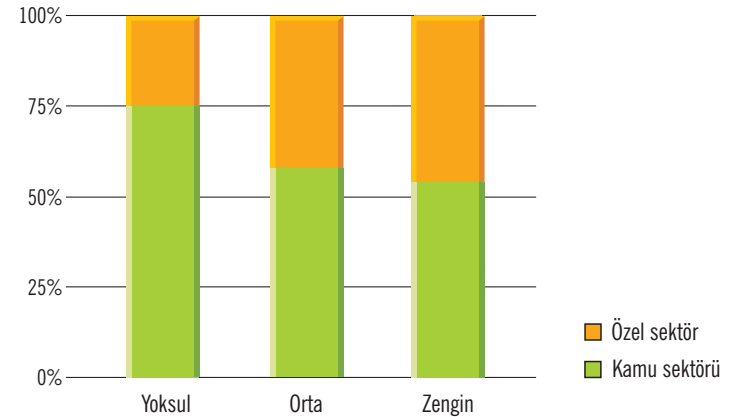
**ŞEKİL 3.20.** 1993 ve 2018 yılları arasında kamu ve özel sektörün pazar payı



**Not:** Bu şekil, 1993'ten 2018'e kadar olan çoklu veri serisini göstermektedir. İçten dışa 6 halka bulunmaktadır. Halka grafiğinin her halkası, her bir araştırma yılında aile planlaması sağlayıcılarının yüzde dağılımını temsil eder. En içteki halka 1993 ve dış halka 2018 verilerini gösterir.

tedarik etme noktasında önemli bir rol oynamaktadır. Özel sektör ise zengin gruptaki kadınlar için biraz daha öne çıkmaktadır.

**ŞEKİL 3.21.** Refaha göre modern yöntemlerin kaynağı, 2018 TNSA



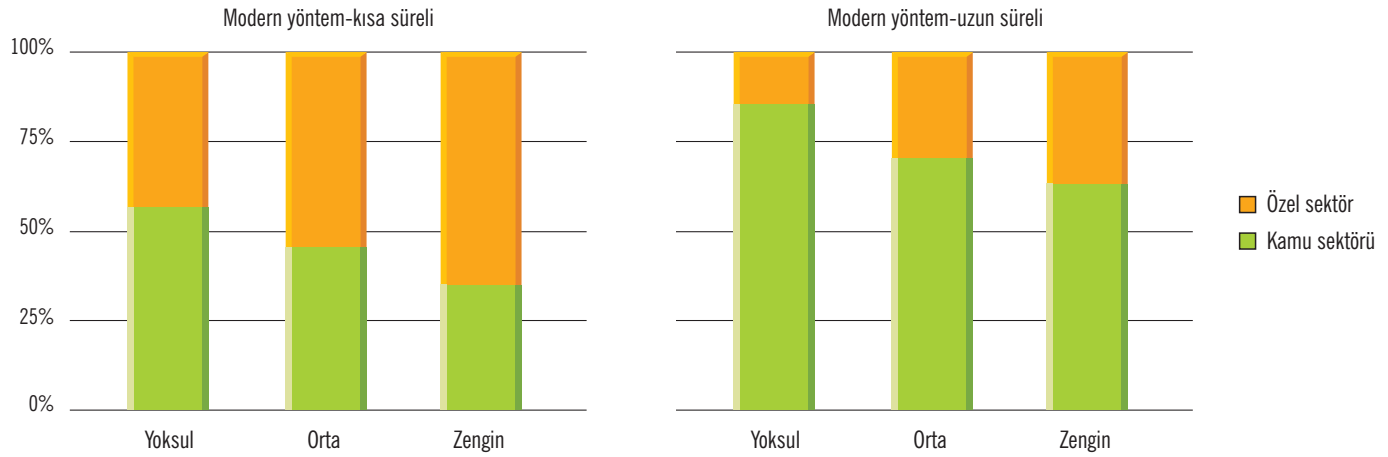
<sup>20</sup> Bu bölümdeki şekiller, medeni durumlarına bakılmaksızın kadınların kullandıkları yöntemleri elde ettikleri son kaynağa dayanmaktadır.

Kısa süreli yöntemler için kamu ve özel sektör payının dağılımı uzun süre etkili yöntemlere göre daha dengelidir. Özel sektörün payının, yoksullar arasında %43'ten en zengin kadınlar arasında %64'e kadar değişmekte olması, kısa süreli yöntemler için de kamu sektörünün yoksul grup için ana yöntem sağlayıcısı olduğunu göstermektedir.

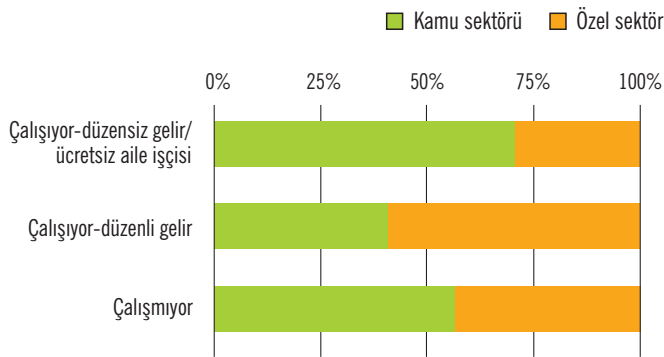
Kadın çalışıyorsa ve düzenli bir geliri varsa, aile planlaması

yöntemlerine erişimde daha bağımsız olabilir ve yöntemler için daha fazla ödeme yapabilir. Bu görüşü doğrular şekilde araştırma bulguları düzenli geliri olmayan veya ücretsiz çalışan kadınların, modern yöntemlerin sağlanması için kamu sektörünü tercih ederken, düzenli geliri olanlarda özel sektörün daha yaygın olduğunu göstermektedir (Şekil 3.23). Çalışmayan kadınlar kamu sektöründen yararlanma eğilimindedir.

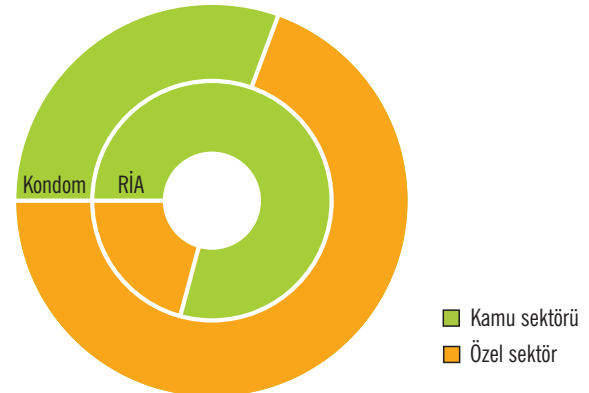
**ŞEKİL 3.22.** Yöntem türü ve refaha göre modern yöntemlerin kaynağı, 2018 TNSA



**ŞEKİL 3.23.** İstihdam durumuna göre modern yöntemlerin kaynağı, 2018 TNSA



**ŞEKİL 3.24.** Kondom ve RİA'nın kaynağı, 2018 TNSA



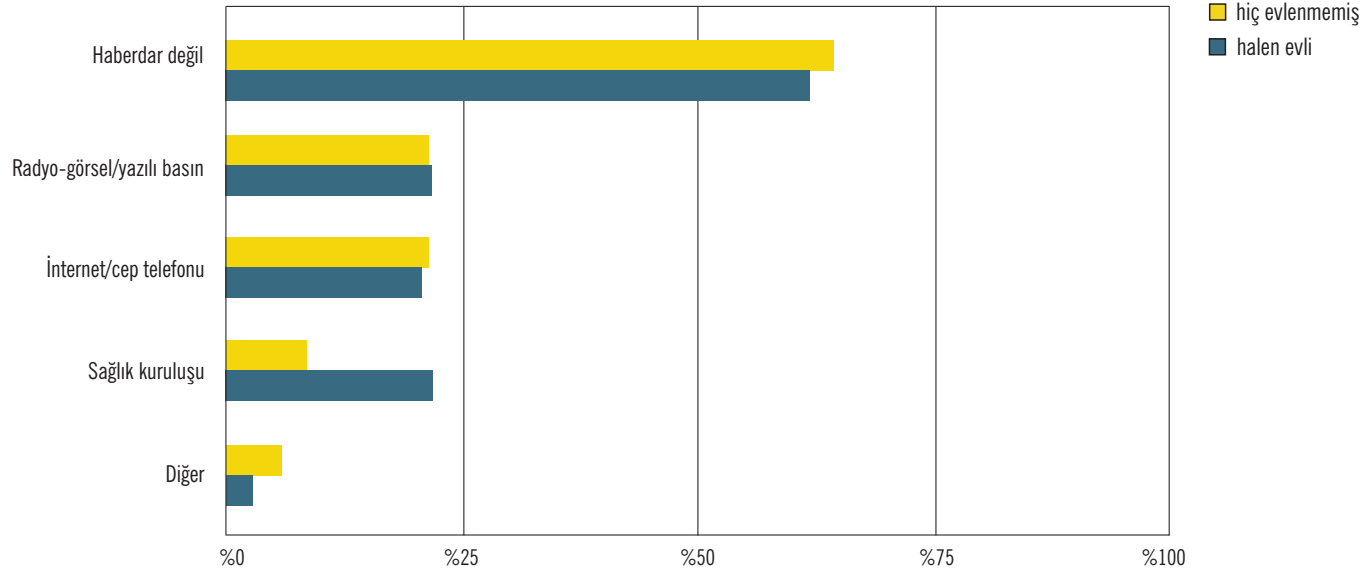
Yöntem kullanmayanlar arasında, kondom ve RİA gelecekte kullanmak üzere en çok tercih edilen yöntemlerdir (Çavlin ve Çağatay, 2020). Şekil 3.24'te pazar payının bu yöntemlerden kondom için özel sektör ve RİA için kamu sektörünün ön planda olduğu sunulmaktadır. Yüksek refah grubunun ödeme gücünün daha fazla olduğu varsayıldığında, kondom kullanmayı tercih eden zengin kesim için özel sektör önemli bir yere sahip olacaktır. Ancak yoksul kesimler eğer kondom kullanmayı planlıyorsa özel sektörü finanse etmekte zorlanabilirler.

### Aile Planlaması Farkındalığı

Doğum kontrol yöntemlerini kullanan kadınların bir şekilde aile planlaması konusunda bilinçli oldukları varsayılabilir. Aile planlaması pazarının potansiyel müşterisi olan hiç evlenmemiş kadınların

yarısından fazlası son birkaç ayda aile planlaması ile ilgili hiçbir kaynaktan haber almadıklarını belirtirken, evli kadınlar için de durum çok farklı değildir (Şekil 3.25). Evlenmemiş kadınlar haber kaynağı olarak interneti/cep telefonunu daha fazla ifade ederken, evli kadınlar arasında sağlık kuruluşları da aile planlaması için ana haber kaynağıdır. Çoğu kadının yakın dönemde aile planlaması konusunda çok az sayıda kaynaktan bilgisi ve haber duymuş olması veya hiçbir kaynaktan haber almamış olması dikkat çekicidir. Bu durum, tanıtım kampanyalarının eksikliğini ve istenmeyen gebeliklerden veya cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan kaçınmak için aile planlaması yöntemlerinin önemi hakkında farkındalığı artıracak önlemlere ihtiyacı düşündürmektedir.

**ŞEKİL 3.25.** Yöntem kullanmayan kadınlar arasında aile planlaması mesajlarına maruz kalma, 2018 TNSA



Not: Bu şekil, kadınların aile planlaması mesajlarına maruz kalabilecekleri çeşitli kaynaklara göre yüzdelerini göstermektedir

## 3.6. Son Sözler

1993-2013 döneminde karşılanmayan yöntem ihtiyacı %15'ten %6'ya gerilemiş, ancak 2013-2018 döneminde keskin bir şekilde %12'ye yükselmiştir. Analizler, toplam karşılanmamış ihtiyaçtaki bu son artışın belirlenmiş herhangi bir sosyo-demografik gruba özgü olmadığını göstermektedir. Diğer bir deyişle, farklı paritelere sahip, farklı eğitim düzeylerinde, farklı refah gruplarındaki hanelerde yaşayan kadınlar arasında ve tüm yaş gruplarında karşılanmamış ihtiyacın boyutu artmıştır. Öte yandan, bu özellikler kadınların doğumları sonlandırmak ya da doğumlara ara vermek ihtiyaçlarından hangisini duydukları noktasında farklılık yaratmıştır. Bu nedenle, kadınların sosyo-ekonomik ve demografik farklılıklarını dikkate almadan, karşılanmamış ihtiyaçların genel yaygınlığını azaltmayı amaçlayan çalışmaların başarılı olması olası görünmemektedir. Aslında bu farklılıklar, hizmet sağlayıcılarının, kadınların üreme ihtiyaçlarını karşılayacak hizmetleri planlarken resmi daha net görmelerine yardımcı olmaktadır.

Türkiye'deki temel paradoks, kadınların çocuk sahibi olmayı sınırlamak istediklerinde bir yöntem kullanmamalarıdır. Bu, doğumlara ara verme ihtiyaçlarından ziyade karşılanmayan doğumları sonlandırma ihtiyacının baskın olmasıyla sonuçlanır. Eğitim düzeyi ve refah durumu ne olursa olsun, kadınlar arasında doğurganlığı sonlandırmaya yönelik ihtiyaçlar daha yaygın hale gelmiştir. Sadece yöntem kullanmayanların değil, aynı zamanda doğum kontrol yöntemi kullananların da karşılanmamış aile planlaması ihtiyaçları olabilir. Geleneksel yöntemlerden modern bir yönetime geçme isteği, yerine getirilmesi gereken doğum kontrol talebi olarak kabul edilmelidir.

Kadınların refah durumu, kısa süre etkili (yeniden tedarik edilmesi gereken) veya uzun süre etkili modern yöntemler arasındaki tercihlerini belirlemektedir. Yeniden tedarik edilmesi gereken modern yöntemler, çoğunlukla zengin kadınlar ve bir sonraki doğumunu ertelemek isteyenler tarafından tercih edilmektedir. Öte yandan, yoksul kadınların uzun süre etkili yöntemleri tercih etmeleri, yeniden tedarik edilmesi gereken yöntemlerin maliyetlerini karşılayamadıklarını gösteriyor olabilir. Bunun yerine, uzun süre etkili yöntemler için tek seferlik ödeme daha uygun görünmekle birlikte, doğum kontrolünün sürekliliğine de yardımcı olabilir. Yeniden tedarik edilmesi gereken yöntemler için tekrar tekrar ödeme yapmaya olanaklarının olmayabileceği düşünüldüğünde, uzun süre etkili yöntemler yoksullar için bir seçimden ziyade bir zorunluluk olabilir. Doğum kontrol araçlarına ekonomik erişimin kolaylaştırılması, düşük gelirli kadınlara kullanacakları yöntemi seçme konusunda daha fazla özgürlük sağlayacaktır.

Kamu sektörünün payının, son araştırmadan önceki son 10 yılda azaldığı görülmüştür. Düzensiz geliri olan, işi olmayan ve daha yoksul kadınların kamu sektöründe tedarik edilen yöntemlerin daha ucuz ve karşılanabilir olmasından dolayı kamu tedarikçilerini tercih etme olasılıkları daha yüksektir. Sektörler arasındaki dengeyi sürdürmek için kamu sektörü bir aile planlaması sağlayıcısı olarak sübvansede edilmelidir. Örneğin, özel sektör kondomun birincil tedarikçisidir ve yüksek gelir grubu büyük oranda kondom kullanmayı tercih etmektedir. Kamu sektörünün payı, kondomun sadece farklı refah düzeyindeki kadınlar arasında kullanımını yaygınlaştırmak için değil, aynı zamanda cinsel sağlığı iyileştirmek için artırılabilir.

Türkiye'nin ICPD'nin 25. yıldönümünde Nairobi zirvesinde<sup>21</sup> belirlenen "Hedef 3 Sıfır"<sup>22</sup> dan biri olan karşılanmamış aile

<sup>21</sup> Aile planlaması için sıfır karşılanmayan ihtiyaç taahhüdü, kadınların doğurganlık niyetleri ile yöntem kullanma davranışları arasındaki boşluk olarak özetlenen standart karşılanmayan yöntem ihtiyacı kavramından farklıdır. Bunun yerine, aile planlaması bilgi ve hizmetlerine duyulan ihtiyacın yerine getirilmesini ve uygun fiyatlı ve güvenli kaliteli doğum kontrol yöntemlerine evrensel erişimin sağlanmasını ifade eder (<https://www.nairobisummiticpd.org/content/icpd25-commitments>).

<sup>22</sup> Sıfır karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, sıfır anne ölümü ve sıfır cinsel ve cinsiyete dayalı şiddet anlamına gelmektedir (<https://www.nairobisummiticpd.org/content/icpd25-commitments>).

planlaması ihtiyacında sıfıra ulaşabilmesi, hükümetin aile planlaması talebini karşılamaya yönelik programları önceliklendirmesine bağlıdır. 2030 gündemindeki taahhütlerin yerine getirilmesi için geri sayıma başlarken, Türkiye'de son on yılda karşılanmayan ihtiyaç oranındaki artış endişe vericidir. Son araştırmada gözlenen artışın nedeninin, aile planlaması yöntemlerinin erişilebilirliği, bulunabilirliği veya satın alınabilirliği gibi bireysel tercihler dışındaki faktörlerden kaynaklanıp kaynaklanmadığı çok açık değildir. Doğum kontrol yöntemi kullanmamanın aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi eksikliğinden kaynaklanmadığı kesindir çünkü Türkiye'de evli kadınlar arasında doğum kontrolü bilgisi neredeyse evrenseldir. Öte yandan, kadınların yarısından fazlası son birkaç ay içinde hiçbir kanaldan aile planlaması mesajlarına maruz kalmamıştır. Bu nedenle, aile planlaması konusunda farkındalığı artıracak ve davranış değişikliği oluşturmaya yardımcı olacak reklam, afiş, kamu spotu gibi mesajların görünürlüğü teşvik edilmelidir. Yöntem farkındalığının artırılmasında öncelik, gelecekte bir yöntem kullanmayı planlayan ve aile planlaması piyasasına dahil olacak olan evlenmemiş kadınlar başta olmak üzere, yöntem kullanmayanlara verilmelidir. Ayrıca aile planlaması konusunda talebe dayalı danışmanlık stratejilerinin uygulanması hem mevcut hem de potansiyel kullanıcıların zaman içinde kendilerine uygun ve sürekli olarak kullanabilecekleri bir doğum kontrol yöntemi seçmelerini sağlayacağı için büyük önem taşımaktadır.

2020 yılı itibari ile pandemi nedeniyle hizmet öncelikleri değişmiş ve sağlık hizmetleri tamamen pandemi odaklı hale gelmiştir. Aile planlaması da dahil olmak üzere birçok önleyici sağlık hizmeti ciddi şekilde kesintiye uğramıştır. Sokağa çıkma kısıtlamalarından dolayı sadece arz tarafı değil, talep tarafı da etkilenmiştir. Aile planlamasına yönelik karşılanmayan ihtiyaç muhtemelen 2018 TNSA'da olduğundan daha yüksek bir düzeye ulaşacaktır. Bu nedenle, özellikle ulaşılması zor ve yetersiz olan dezavantajlı nüfus gruplarının yöntem ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik programların hedeflenmesi, pandeminin aile planlaması hizmetleri üzerindeki olumsuz etkisini azaltmak açısından büyük önem taşımaktadır.

## Kaynaklar

Ahinkorah, B. O., Ameyaw, E. K., & Seidu, A. A. (2020). Socio-economic and demographic predictors of unmet need for contraception among young women in sub-Saharan Africa: evidence from cross-sectional surveys. *Reproductive Health*, 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01018-2>

Armand, F., Mitchell, S. (2014). Implementing total market approaches: family planning and beyond. *Cases in Public Health Communication & Marketing*, 8(1), 121-127.

Asif, M. F., & Pervaiz, Z. (2019). Socio-demographic determinants of unmet need for family planning among married women in Pakistan. *BMC Public Health*, 19(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7487-5>

Aydoğdu, S. G. M. (2018). Amasya İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanımı ve Etkileyen Faktörler. *STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(6), 384–392. <https://doi.org/10.17942/sted.513458>

Barnes, J., Vail, J., & Crosby, D. (2012). *Total Market Initiatives for Reproductive Health*. Bethesda, MD: Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates.

Bradley, S. E. K., Croft, T. N., & Fishel, J. D. (2012). *Revising Unmet Need for Family Planning: DHS Analytical Studies No. 25*. Calverton, Maryland, USA: ICF International.

Brady, C., Weeden, L., Hutchings, J., Parks, J. (2016). Planning Guide for a Total Market Approach to Increase Access to Family Planning. Module 1: Landscape Assessment. Seattle, WA: PATH and Washington, DC: The Population Council, Evidence Project.

Brunner, B., Merida, M., Crosby, D., & Miles, L. (2014). Revisiting a total market approach to contraceptive security in Honduras. *Cases in Public Health Communication & Marketing*, 8(1), 64–85.

Bongaarts, J. (1991). The KAP-gap and the unmet need for contraception. *Population and Development Review*, 17(2), 293-315.

Cisek, C.R., Klein, K., Koseki, S., Wood, R. (2019). Strengthening family planning stewardship with a total market approach: Mali, Uganda, and Kenya experiences. *Public Admin Dev*, 39(1), 47– 56. <https://doi.org/10.1002/pad.1840>

Cook, R. J. (1995). Human rights and reproductive self-determination Conference on the Interventional Protection of Reproductive Rights: Keynote Speakers. *The American University Law Review*, 44(4), 975-1016.

- Correa, S., & Petchesky, R. (1994). Reproductive and sexual rights. A feminist perspective. In G. Sen, A. Germain and L. C. Chen (eds.), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights* (pp. 107-123). Boston-New York: Harvard Center for Population and Development Studies and International Women's Health Coalition.
- Costa, A. M. (2000). On women's right to experience their sexuality free from illness. In Latin American and Caribbean Women's Health Network, *Women's Health Collection 5*, Santiago, Chile: Latin American and Caribbean Women's Health Network.
- Çavlin, A. ve Çağatay, P. (2020). The Unmet Need for Family Planning in Turkey. *Global Goals Local Conditions*. Policy Brief Hacettepe University Institute of Population Studies and UNFPA.
- Dixon-Mueller, R., & Germain, A. (1993). *Four Essays on Birth Control Needs and Risks. Reproductive Tracts: Issues and Innovations in Reproductive Health*. New York: International Women's Health Coalition.
- Drake, J.K., Vail, J.G., Stewart, J.R. (2014). Best practices for fostering family planning total markets in Indonesia, Mexico, Romania, Thailand, and Turkey: a retrospective analysis. *Cases in Public Health Communication & Marketing*, 8(1), 19-41.
- Ewerling, F., Victora, C. G., Raj, A., Coll, C. V. N., Hellwig, F., & Barros, A. J. D. (2018). Demand for family planning satisfied with modern methods among sexually active women in low- and middle-income countries: Who is lagging behind? *Reproductive Health*, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0483-x>
- Getaneh, T., Negesse, A., Dessie, G., Desta, M., & Moltot, T. (2020). Predictors of unmet need for family planning in Ethiopia 2019: a systematic review and meta analysis. *Archives of Public Health*, 78(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00483-2>
- Gunter, B., & Furnham, A. (1992). *Consumer profiles: An introduction to psychographics*. Routledge, London.
- Hardee, K., Kumar, J., Newman, K., Bakamjian, L., Harris, S., Rodríguez, M., & Brown, W. (2014). Voluntary, Human Rights-Based Family Planning: A Conceptual Framework. *Studies in Family Planning*, 45(1), 1–18. <http://www.jstor.org/stable/23654769>
- Hardee, K., ve Jordan, S. (2019). Contributions of FP2020 in Advancing Rights-Based Family Planning: Upholding and Advancing the Promises of Cairo. FP2020–Technical Report.
- Health Policy Plus Project. (2017). *Applying a Total Market Approach to DMPA-SC*. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.

Htat, H. W., Longfield, K., Mundy, G., Win, Z., & Montagu, D. (2015). A total market approach for condoms in Myanmar: The need for the private, public, and socially marketed sectors to work together for a sustainable condom market for HIV prevention. *Health Policy and Planning*, 30(1), 14–22. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu056>

HÜNEE (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü) (1994). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Ankara: HÜNEE, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ministry of Health and Macro International Inc.

— (1999). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Ankara: HÜNEE, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Anne ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Macro International Inc.

— (2004). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Ankara: HÜNEE, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Anne ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, T.C. Devlet Planlama Teşkilatı ve European Union.

— (2009). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ankara: HÜNEE, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Anne ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırmalar Kurumu.

— (2014). 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: HÜNEE, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırmalar Kurumu.

— (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırmalar Kurumu.

Jabeen, S., Rathor, A., Riaz, M., Zakar, R., & Fischer, F. (2020). Demand- and supply-side factors associated with the use of contraceptive methods in Pakistan: a comparative study of demographic and health surveys, 1990-2018. *BMC women's health*, 20(1), 265. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01112-4>

Kotler, P., & Armstrong, G. (2001). Principles of marketing. 9th edition. New Jersey: Prentice Hall Inc., 785 p.

Kotler, P. & Keller, K. L. (2009) Marketing Management Pearson Education International, 13th Edition. Pearson.

Mason, K. O. (1994). Do population programs violate women's rights? *Asia Pacific Issues*, 15, 1-8.

Mozumdar, A., Acharya, R., Mondal, S. K., Shah, A. A., & Saggurti, N. (2019). India's family planning market and opportunities for the private sector: An analysis using the total market approach. *The International journal of health planning and management*, 34(4), 1078–1096. <https://doi.org/10.1002/hpm.2753>



Ozdemir, R., Cevik, C., Ciceklioglu, M. (2019). Unmet needs for family planning among married women aged 15–49 years living in two settlements with different socioeconomic and cultural characteristics: a cross-sectional study from Karabuk Province in Turkey. *Rural and Remote Health*, 19(5125), 1-9. <https://doi.org/10.22605/RRH5125>

Population Foundation of India, 2020. Meeting the Unmet Need A Choice-Based Approach to Family Planning. Retrieved from <https://www.familyplanning2020.org/sites/default/files/resources/2020/Choice-Based-FP-White-Paper.pdf>

Riley, T., Sully, E., Ahmed, Z., & Biddlecom, A. (2020). Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health In Low- and Middle-Income Countries. *International perspectives on sexual and reproductive health*, 46, 73–76. <https://doi.org/10.1363/46e9020>

Sinding, S. W. (1993). Getting to Replacement: Bridging the Gap between Individual Rights and Demographic Goals. *Demography India*, 22(1), 1-10.

Taruberekera, N., Chatora, K., Leuschner, S., Munjoma, M., Sithole, H., Balasubramanian, S Park, F. J., Rego, R., Rowan, A., & Longfield, K. (2019). Strategic donor investments for strengthening condom markets: The case of Zimbabwe. *PLoS ONE* 14(9): e0221581.

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). *World Family Planning 2020 Highlights: Accelerating action to ensure universal access to family planning* (ST/ESA/SER.A/450).

UNFPA ve PATH. (2008). Reducing unmet need for family planning: evidence-based strategies and approaches. *Outlook*, 25(1), 1-8. [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2008/EOL\\_n\\_ov08.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2008/EOL_n_ov08.pdf)

U.S. Agency for International Development (n.d.). Total market approach. Retrieved October 15, 2021. Retrieved from <https://www.fpinancingroadmap.org/learning/specific-topics/total-market-approach>

USAID | DELIVER PROJECT, Task Order 4. 2014. A Participatory Approach: Using Evidence to Support a *Total Market Approach to Family Planning*. Arlington, Va.: USAID | DELIVER PROJECT, Task Order 4.

Westoff, C.F. (1978). The unmet need for birth control in five Asian countries. *International Family Planning Perspectives*, 10(3), 173-181.

Westoff, C.F. ve Bankole, A. (1995), Unmet Need: 1990-1994, *Demographic and Health Surveys Comparative Studies*. No.6. Macro International, Calverton, Maryland.

World Health Organization. (2017). Family planning evidence brief: accelerating uptake of voluntary, rights-based family planning in developing countries. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255859>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Yücel, U., Çiçeklioğlu, M., Öcek, Z. A., & Varol, Z. S. (2020). Access to primary health care family planning services and contraceptive use in disadvantaged women: a qualitative study. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 25(5), 327–333. <https://doi.org/10.1080/13625187.2020.1795119>

# Bölüm 4

Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları Açısından  
Hangi Kadınlar Geride Kalıyor?

İlknur Yüksel-Kaptanoğlu □ Yaser Koyuncu □ Emetullah Mümine Barkçin

## 4.1. Giriş

Üreme sağlığı, cinsel sağlık, üreme hakları ve cinsel haklar kavramları, ulusal nüfus politikalarını şekillendiren birçok sosyal, politik, kültürel ve ekonomik faktörler nedeniyle üzerinde küresel uzlaşma sağlanması zor kavramlardır. Buna rağmen, Kahire’de 1994 yılında düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda (ICPD), 179 ülke toplumsal cinsiyet perspektifinden cinsel sağlık ve üreme sağlığı ve haklarına evrensel erişim sağlanmasını taahhüt etmiştir. Küresel nüfus politikalarında bir paradigma değişimi ya da dönüm noktası olarak tanımlanan Kahire Konferansı kadınların güçlenmesi, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması ve yaşam döngüsü yaklaşımının benimsenmesi; cinsel sağlık ve cinsel haklar da dahil olmak üzere kapsamlı bir üreme sağlığı ve hakları tanımının ortaya konulması açısından uluslararası gündemi değiştiren bir konferanstır (UNFPA, 1994; Langer, 2006). Kahire Konferansı sonucunda hazırlanan Eylem Planı’nda sürdürülebilir kalkınmanın sağlanması hedefiyle ilgili olarak kadınların ve kız çocuklarının güçlenmesi, kadının statüsü, üreme sağlığı konusunda erkeklerin sorumlulukları ve katılımları; toplumsal cinsiyet eşitliği ve eşitlik başlıkları gündeme getirilmiştir. 1995 yılında Pekin’de gerçekleştirilen 4. Uluslararası Dünya Kadın Konferansı’nda hazırlanan Eylem Planı’nda da cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS) hizmetlerinde kadınlar ve erkekler için eşit hakların sağlanması, CSÜS eğitimlerine erişim; yasal mevzuata ilişkin ve sosyal engellerin kaldırılmasıyla beraber CSÜS ile ilgili karar alma konuları yer almıştır (BM, 1995).

ICPD ve Pekin konferanslarının üzerinden 25 yıl geçmesine rağmen, cinsel sağlık ve üreme sağlığı ve haklarına ilişkin kavram-sallaştırma, ölçüm ve veri erişimi halen tartışılan konulardır. Söz konusu iki önemli konferans ve bunların devamında gerçekleştirilen konferanslar/toplantılar ile CSÜS konusu uluslararası gündemde daha fazla yer bulsa da bu alandaki iyileşmenin aynı

doğrultuda olduğunu söyleyemeyiz. Öte yandan, insan sağlığını ve refahını iyileştirmeyi ve toplumsal cinsiyet eşitliğini küresel ölçekte sağlamayı amaçlayan Binyıl Kalkınma Hedefleri (BKH), bu alandaki tartışmaların hızını artırmıştır. Binyıl Kalkınma Hedeflerinde toplumsal cinsiyet eşitliğinin önemi ve üreme sağlığı ile toplumsal cinsiyet eşitliği arasındaki ilişkiye değinilmiş, ancak beklendiği kadar vurgulanmamıştır. Öyle ki CSÜS alanında çalışan akademisyenler, sivil toplum kuruluşlarının ve uluslararası kuruluşların temsilcileri, Binyıl Kalkınma Hedeflerini CSÜS’nin küresel düzeyde ihmal edilmesi ile ilişkilendirmektedir (Langer, 2006; Heidari, 2015; Adewole ve Gavira, 2018; Yamin, 2019).

Birleşmiş Milletler, 2030 yılına kadar yoksulluğu sona erdirmeye, gezegeni koruma ve tüm insanların barış içinde refahtan yararlanmasını amaçlarıyla Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarını (SKA) 2015 yılında hayata geçirmiştir. SKA’da, iş birliği çerçevesinde insan hakları temelli bütünlüklü, entegre, çok boyutlu bir planlama yaklaşımı vurgulanırken kalkınma, toplumsal cinsiyet eşitliği, kadınların güçlenmesi, psikolojik sağlık, sürdürülebilirlik ve hesap verebilirlik konularına odaklanan küresel düzeyde "kimseyi geride bırakmama" hedefi de ortaya konmuştur (UN, 2019). SKA’nın 17 hedefi arasında yer alan iki hedef (Hedef 3 ve 5) cinsel sağlık ve üreme sağlığıyla ilgilidir (UNDP, 2015). SKA’da "kimseyi geride bırakmama" ve "toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadınların güçlenmesi" ilkeleri CSÜS de dâhil olmak üzere tüm alanlardaki ayrımcılık ve eşitsizliklere odaklanmayı vurgulamaktadır (UN, 2015).

Bununla birlikte, cinsiyet eşitliğinin sağlanması, CSÜS'nin bileşenlerinin belirlenmesi ve bunlara bağlılık konusunda bir uzlaşma sağlanması; küresel gelişme ile birlikte politikaların ölçülmesi ve izlenmesi ve politikacıların bu konulardaki kararlı ve istikrarlı olmaları uluslararası gündemde önemini korumaktadır. Langer (2006)’ın ifade ettiği gibi Kahire

Konferans'ının hedeflerine ulaşamaması ve birçok gelişmekte olan ülkede çeşitli sorunların devam etmesi, giderek muhafaza-karlaşan bir ortamda CSÜS'ye kısıtlı finansman ayrılması ve bu konuya ideolojik bir direnç geliştirilmesi gibi iç içe geçmiş faktörlerden kaynaklandığı söylenebilir. Dolayısıyla herkes için CSÜS haklarının sağlanması hedefine ulaşılması için daha fazla çaba gerektiği ortadadır.

2018 yılında yayınlanan Guttmacher-Lancet Komisyonu Raporu'nda ise ülkeler arasında ve ülkeler içinde dengesizlikler/farklılaşmalar olmasına rağmen, CSÜS hakları ve bileşenlerinden gebelikten korunma, anne ve bebeklerin sağlığı ve HIV/AIDS konularında ilerleme kaydedildiği belirtilmektedir. Stars ve diğerleri (2018) ergen cinselliği, cinsiyete dayalı şiddet, kürtaj, cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği gibi konuların ihmal edildiğinin altını çizerek evrensel düzeyde CSÜS ve haklarını sağlamanın önündeki engeller olarak yasaları, politikaları ve özellikle cinsiyet eşitsizliğini vurgulayarak sosyal normları işaret etmektedirler. Ayrıca, aynı çalışmada bireylerin kendi cinsel yaşamları ve üremeleri hakkında karar verebilmesinin ve başkalarına saygı duymasının insanların refahı için temel bir konumda olduğu öne sürülmektedir (Starrs vd., 2018).

Bu çalışmada, cinsel sağlık ve üreme sağlığı ve haklarıyla ilgili sorun ve tartışmaları dikkate alarak Türkiye'de cinsel sağlık ve üreme sağlığı ve haklarında üreme çağındaki kadınların özerkliğini incelemeyi hedefliyoruz. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2018-TNSA) verisini kullandığımız çalışmada, SKA 5.6.1 göstergesi temelinde 15-49 yaş arası hangi kadınların "geride kaldığını" ve CSÜS hakları alanında özerkliklerini artıran risk ve koruyucu faktörleri ortaya koymayı amaçlamaktayız.

## 4.2. Küresel Hedeflerde CSÜS ve Hakları

Kahire Konferansı'ndan önce üreme sağlığı çalışmalarında aile planlaması ile anne ve çocuk bakımı ön plana çıkarken karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım, güvenli doğum ve emzirme, beslenme ve bağışıklık gibi konulara yoğunlaşmaktaydı. Ancak, ICPD Eylem Planı'nda üreme sağlığının "üreme sistemleri, işlevleri ve süreci ile ilgili tüm konularda sadece hastalık veya sakatlığın yokluğu değil, tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumu" şeklinde tanımlanmasıyla tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşam ve üreme ile ilgili konularda karar verme özgürlüğü de üreme sağlığının bileşenleri arasına girmiştir. Bu unsurların yanında daha kapsamlı bir yaklaşımla, sadece üreme ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili danışmanlık ve bakım değil insani ilişkilerin geliştirilmesi ve yaşamın daha kaliteli hale getirilmesi de üreme sağlığının boyutları olarak gündeme alınmıştır (UNFPA, 1994).

Üreme haklarının ayrıntılı bir şekilde açıklanarak insan hakları çerçevesinde ele alındığı Eylem Planı'nda çiftlerin üreme hakları gönüllülük esası, zorlama ve ayrımcılık yapılmaması ilkeleriyle vurgulanmıştır. Eylem Planı ile birlikte danışmanlığa, bilgiye, eğitime, iletişim kaynaklarına ve birinci basamak sağlık hizmetlerine herkesin erişebildiği bir ortam hedeflenmiş; kadınların, gençlerin ve çocukların istismara karşı korunmasının önemi vurgulanarak eğitim programlarında bu konuların daha fazla yer alması istenmiştir. Bu programlar yapılırken kadınların ve erkeklerin ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması, katılımlarının artırılması ve programlara erişilebilirliğinin sağlanması altı çizilen diğer noktalar. Adölesanların ise eğitime katılmalarının gerekliliğinin yanında gelişim döneminde olmalarından ötürü cinsiyet eşitliği, eşitlik ve

sorumlu cinsel davranış konularına odaklanılmasının önemi vurgulanmaktadır. Ayrıca savunmasız durumdaki göçmen kadınlara ve kız çocuklarına kendileri hakkında kararlar alırken yaşadıkları sorunlar nedeniyle özellikle değinilmektedir (UNFPA, 1994).

Çoğu platform ve program tarafından göz ardı edilen adölesanlar, cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularında onlara yardımcı olacak bilgi ve hizmetlere erişebilir durumda olmalıdır. Toplumsal cinsiyet eşitliğinin gerektirdiği şekilde, genç erkekler de kadınların CSÜS ve haklarında özerk karar almaları konusunda eğitilmeli ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı sorumluluğunu paylaşmalıdır. Üreme sağlığı ve hakları ile ilgili eğitim aileden başlamalı ve okullar, topluluklar, kitle iletişim araçları, dini kurumlar ve akran gruplarının da dâhil olduğu bir süreçte devam etmelidir (UNFPA, 1994). Cinsel sağlık da üreme sağlığının bir parçası olarak tanımlandığından aile planlaması, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, HIV'in önlenmesi, cinsellik, toplumsal cinsiyet ilişkileri ve adölesanlarla ilgili sorunlar da CSÜS'nin kapsamına girmiştir.

2000 yılında resmileşen Binyıl Kalkınma Hedefleri ile on beş yıllık dönem için küresel kalkınmayı izlemek amacıyla sekiz küresel hedef ve kırk sekiz gösterge sunuldu. Kadınların güçlenmesi ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin teşvik edilmesi (Hedef 3<sup>23</sup>), çocuk ölümlerinin azaltılması (Hedef 4<sup>24</sup>) ve anne sağlığının iyileştirilmesi (Hedef 5<sup>25</sup>) toplumsal cinsiyet eşitliği ve CSÜS ile ilgili olan hedeflerdi. Her ne kadar kendi içinde sorunlar taşısa da bu girişimin CSÜS hakları ve genel olarak kadın hakları için olumlu gelişmelerin önünü açtığı söylenebilir. Buna karşın BKH göstergelerinin derinlikli olmayan teknokratik yaklaşımları teşvik ettiği, farklı sektörleri ve kadın yaşamının tüm boyutlarını bu hedeflere entegre edemediği de görülmektedir. Dolayısıyla

<sup>23</sup> Kadınların güçlendirilmesi ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması (eğitim düzeylerinin cinsiyet oranı, kadın parlamenterlerin oranı)

<sup>24</sup> Çocuk ölümlerinin azaltılması (5 yaş altı ölüm oranı, bebek ölüm oranı ve bir yaşın altındaki aşılama oranı)

<sup>25</sup> Anne sağlığının iyileştirilmesi (anne ölüm oranı, kontraseptif kullanımı, ergen doğurganlık oranı, doğum öncesi bakım, karşılanmamış ihtiyaç)

sonuç odaklı yaklaşım, bireysel, kurumsal ve süreçle ilgili dinamiklerin göz ardı edilmesine sebep olarak kadınların CSÜS haklarını kullanmalarının önündeki asıl engellerin tartışılmasını engellemiştir (Aktaran: Yamin, 2019).

Ülkelerin siyasi, kültürel ve dini yaklaşımları ve tutumları da BKH'nin tamamıyla başarılı olamamasında etkili olmuştur. Örneğin, toplumsal cinsiyet ile ilgili hedef yalnızca eğitimde eşitlikle sınırlıdır. Bazı üye ülkeler ise kültürel veya dini nedenlerden dolayı üreme sağlığı hedeflerini reddetmiştir. BKH ayrıca yerel kapasiteyi göz ardı ettiği gerekçesiyle gerçekçilikten uzak görülürken gelişmiş ülkeler için yeteri kadar zorlayıcı olmadığı ve genel olarak karşılanmamış temel insan ihtiyaçlarını göz ardı ettiği yönünde eleştiriler almıştır. CSÜS ve hakları ile ilgili olarak; kürtaj, doğurganlık ve obstetrik hizmetler ile ilgili eksikleri de tartışma konusu olmuştur (Aktaran: Fehling vd., 2013).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO), 2002 yılından itibaren cinsel sağlık ve cinsel haklar için güncel tanımlar geliştirmeye çalışmaktadır (WHO, 2006; 2017). DSÖ'nün (2017) cinsel sağlık ile yaptığı kapsamlı tanımda cinsel haklar; kişinin yaşam, özgürlük, özerklik ve güvenlik haklarıyla beraber eşitlik; ayrımcılığa, işkenceye, zulme, insanlık dışı veya aşağılayıcı muameleye ve cezaya uğramama ve mahremiyet haklarını; ulaşılabilir en yüksek sağlık standardı (cinsel sağlık dahil) ve sosyal güvenlik ile ilgili hakları da içermektedir. Bunun yanında cinsel haklar; evlenme, aile kurma ve evlenme niyeti olan eşlerin özgür ve tam rızası ile evlilik yapması ve evliliğin sona ermesinde eşit haklara sahip olması; çocuk sayısına ve çocuk yapma aralığına karar verme; bilgiye ulaşma ve eğitim, düşünce ve ifade özgürlüğü ve temel hakların ihlalini önlemek için etkili çözüm yolları ile ilgili hakları da kapsamaktadır (WHO, 2017).

Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları sadece CSÜS ile ilgili hizmetleri değil, aynı zamanda CSÜS ve hakları önündeki engelleri ve konunun insan hakları ile ilgili boyutlarını ele almayı

hedeflemektedir. SKA içerisinde CSÜS ve hakları ile ilgili iki hedef mevcuttur. Bunlardan SKA Hedef 3.7, "2030'a kadar aile planlaması, bilgi ile eğitim ve üreme sağlığının ulusal strateji ve programlara dâhil edilmesi dâhil olmak üzere cinsel sağlık ve üreme sağlığı bakım hizmetlerine evrensel erişimin sağlanması" gerektiğini belirtmektedir. Bu hedefle ilgili ölçümler, toplam doğurganlık hızı (TDH), gebeliği önleyici yöntem yaygınlık oranı ve aile planlaması için karşılanmamış ihtiyaç olmak üzere üç göstergeyle yapılmaktadır. Söz konusu son iki gösterge aynı zamanda Binyıl Kalkınma Hedefleri için kullanılmıştır. CSÜS ve hakları ile ilgili olan diğer hedef 5.6'da ise "Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın Eylem Planı ve Pekin Eylem Platformu'yla ve bu konferansların sonuç dokümanları çerçevesinde mutabık kalınan şekilde cinsel sağlık ve üreme sağlığına ve üreme haklarına evrensel erişimin sağlanması" gerektiği ortaya konulurken ilgili ölçümler için "Cinsel ilişkiler, gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve üreme sağlığı bakımı ile ilgili kendi bilinçli kararlarını veren 15-49 yaş arası kadınların oranı" ve "CSÜS ve haklarına erişim ile ilgili yasaların varlığı" olmak üzere iki gösterge kullanılmaktadır (UNFPA, 2019a).

Çok yönlü bir konu olan üreme sağlığı BKH döneminde en tartışmalı alanlardan biri oldu (Aktaran: Fang vd., 2020). SKA'da başlangıçtan itibaren kadınların yaşamlarını iyileştirme hedeflenirken sağlık ve eğitim ile ilgili durumları özellikle gündeme alınmıştır. Kadınların yaşamları insan hakları, toplumsal cinsiyet eşitliği, adalet ve kültür ile ilgili sosyal yapılardan ve kurumlardan ciddi derecede etkilenmektedir. Buna paralel olarak SKA birbirleriyle ilişkili olduğundan, kadınlar da dâhil olmak üzere herkes için sağlıklı ve kaliteli yaşam sadece o ifadelerin yer aldığı hedefe değil aynı zamanda yoksulluğun sona erdirilmesi, kaliteli eğitim ve toplumsal cinsiyet eşitliği gibi hedeflere de bağlıdır (Aktaran: Örüklü & Çakmak, 2021).

Bu amaç ve hedeflerin CSÜS ve haklarıyla ilgili tartışmalı tutumlarına da değinmek gerekmektedir. Örneğin, hem BKH hem de SKA cinsel eğitim ve kürtaj da dahil olmak üzere cinsel haklar ve cinsel sağlık konularında kullandıkları nötr dilleri nedeniyle eleştirilmiştir (Aktaran: Heidari, 2015). Bu kayıtsızlığın nedeni, CSÜS ve insan haklarının unsurları olmasına rağmen cinsiyet ve cinsellik kavramlarının tartışmalı olmasıdır. BM kuruluşları bu hakların üye devletler tarafından tanınması için çalışsa da cinsel haklar konusunda tanımlanmış ve müşterek bir anlayıştan söz edemiyoruz. STK'lar ise cinsel hakların insan hakları kapsamında değerlendirilmesi konusunda çaba sarf etmeye devam etmektedir (Heidari, 2015).

Üreme sağlığı ile ilgili bir diğer önemli konu dini, siyasi ve sosyal boyutlarıyla kadınların özerkliğidir (Fang vd., 2020). Küresel ve yerel sorunlar ile dünya siyasetindeki gelişmeler kadınların cinsel sağlıkları, üreme sağlıkları ve bu haklarını gerçekleştirme imkânlarını önemli düzeyde etkilemektedir. Siyasi öncelikler, mülteciler ve göçmenler gibi marjinal gruplar da dahil olmak üzere kadınların güvenli kürtaj, gebeliği önleyici yöntem ile ilgili CSÜS hizmetlerine erişimini zorlaştırmaktadır. Kadınlar politikalardan ve önceliklerden en çok etkilenen taraf iken bu politikalarda çok az söz sahibidirler. Başka bir deyişle, kadınların karşı karşıya kaldıkları baskılar ve kısıtlamalar insan haklarına tehdit oluştururken ulusal veya uluslararası düzeyde alınan bu yöndeki kararlar, en çok kız çocuklarının ve kadınların bedenlerini ve yaşamlarını etkilemektedir (Pugh, 2019). Esas olarak geleneksel cinsiyet normlarının sonucu olan bu baskı ve kısıtlamalar sağlık sistemlerini etkilerken mevcut cinsiyet eşitsizlikleri genellikle göz ardı edilmekte ve kadınların sağlık hizmetlerine erişimi engellenmektedir.

Cinsiyete ilişkin yerleşik normların erkekler üzerinde de olumsuz etkileri vardır. Erkeklerin maskülinitesi ile ilgili normlar sağlık çalışanlarında ön yargıya neden olabilmekte ve erkekler

ihtiyaç duyduklarında sağlık hizmetlerine başvurmaktan kaçınabilmektedir. Kadınların karşılaştığı bir başka ayrımcılık türü ise sağlık kurumlarının belli hastalıklar söz konusu olduğunda onları göz ardı etmesidir (Hay vd., 2019). Bu konuların SKA'da ele alınması amaçlansa da BKH'nin "depolitize edilmiş" yaklaşımının SKA'nın CSÜS ve hakları ile ilgili hedefleri üzerinde etkisi devam etmektedir.

SKA, hakları genel olarak çatısı altına alsada yalnızca nicel verilerin baz alınması, herkes için adaleti sağlama adına ihtiyaç duyulan enerjinin politikalara aktarılması yolunda tehdit oluşturmaktadır (Yamin, 2019). Öte yandan, özellikle SKA 5.6.1 ve 5.6.2 göstergeleri için veriye ulaşma ile ilgili sorunlar kadınların durumunu izlemeyi zorlaştırmaktadır.



## 4.3. Küresel Düzeyde Kadınların Cinsel ve Üreme Sağlığındaki Özerklikleri

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı ve hakları ile kadınların bu konuda özerklikleri giderek artan bir düzeyde tartışılırken küresel düzeyde kadınların özerklik durumunun karşılaştırması için SKA 5.6.1 göstergesi kullanılmaya başlanmıştır. SKA 5.6.1 göstergesi için izleyici konumda olan Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA), 22 ülkede kadınların CSÜS ve hakları ile ilgili karar almasını etkileyen faktörlerin sistematik bir derlemesini ve bununla ilgili nitel görüşmeler içeren bir çalışmayı desteklemiştir. 2005-2019 yılları için göstergenin üç bileşeni hakkındaki veriyi de ortaya koyan bu sistematik derleme heterojen bir duruma işaret etmektedir. Buna göre, yirmi iki ülke arasından on üç ülke olumlu gelişme kaydederken dokuz ülkenin olumsuz bir eğilim içinde olduğu görülmektedir. Olumlu gelişmeler esasen sağlık hizmetleri ile ilgili karar alma kriterindeyken kadınların cinsel ilişkiler için karar vermeleri kriteri için yarıdan fazla ülkede geriye gidiş olduğu belirtilmektedir. Gebeliği önleyici yöntemler hakkında karar verme bileşeni için ise görece istikrarlı bir durum olduğu söylenebilir (UNFPA, 2019a). Araştırmada kentlerde yaşayan daha eğitilmiş kadınların CSÜS ve haklarında özerk olma olasılıklarının, genç ve daha az eğitilmiş kadınlardan daha yüksek olduğu gösteriliyor. Yine raporun sonuçlarına göre CSÜS ve hakları hakkında karar vermede Batı ve Orta Afrika'da yaşayanların Latin Amerika'da, Karayipler'de, Arap devletlerinde ve Asya'da yaşayan kadınlardan daha dezavantajlı konumda olduğu görülmektedir. Ayrıca, 18 yaşından sonra evlenmenin ve haftada en az bir kez medyaya erişmenin kadınların özerkliğini olumlu yönde etkilediği belirtilirken daha yüksek düzeyde cinsiyet eşitliğinin kadınların CSÜS ve haklarında daha özerk olmasını sağladığı vurgulanmaktadır. Araştırma bulguları ayrıca, cinsel ve üreme sağlıkları hakkında karar verebilen kadınların sağlık hizmetlerine ulaşma olasılıklarının daha yüksek olduğunu ve bu kararları vermede özerk

olmayanlara göre partner şiddetine maruz kalma ihtimalinin daha zayıf olduğunu göstermektedir.

Çalışmada, veri üçgenlemesiyle ulaşılan sonuçlara dayanılarak SKA 5.6.1 göstergesinin her üç bileşeni için de en önemli demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin kadınların eğitim düzeyi, kadınların partnerlerinin eğitim düzeyi, hanehalkı refah düzeyi, kentte ikamet ve medyaya erişim olduğu belirtilmektedir. CSÜS ve hakları hakkında yeterli bilgiye sahip olma, sağlıkla ilgili deneyimler ve kadının sağlık durumu ile beraber kadınların hanehalkıyla ilgili karar vermedeki özerkliği ve etkinliği, finansmanla ilgili özerklik ve hareketlilik bireysel düzeyde en etkili faktörler olarak sunulmaktadır. Kişilerarası düzeyde ise eşin konuyla ilgili tutumunun, eşler arasındaki iletişimin ve geniş ailenin dahlinin etkili olduğu ifade edilmektedir.

Kadınların özerkliği konusunu düşünürken erkek egemenliğini meşru kılan toplumsal cinsiyet normları, erkeklerin CSÜS ile ilgili karar almadaki rollerini, evlilik öncesi cinsel ilişkiyle ilgili damgalamaları ve dini inançları da dahil etmek gerekiyor. Kurumsal açıdan da sağlık hizmetlerinin ve gebeliği önleyici yöntemlerin erişilebilirliği, kullanılabilirliği ve satın alınabilirliği ile bakımın kalitesi öne çıkmaktadır (UNFPA, 2019a). UNFPA'nın çalışmasının bulguları, kadınların yaşamın her alanında kendi kararlarını verebilmelerinin üreme sağlığı ile ilgili kararlarını olumlu yönde etkilediğini ve kadınların ilgili program ve hizmetlere katılımının ve erişiminin önemini de göstermektedir. Cinsel ilişkiyle ilgili özerklik hakkında kadınların zaman zaman partnerlerinin cinsel ilişki taleplerine uyararak yaşamlarındaki diğer özerklikler hakkında müzakere ettiklerini ifade etmek gerekiyor.

SKA 5.6.1 ile ilgili verileri 15-49 yaş arası kadınlar için temsil

edilebilirliği olan Nüfus ve Sağlık Araştırmalarından elde edil-  
mektedir. Bu serinin çoğu araştırmasında hiç evlenmemiş  
kadınlar hakkında veri bulunmamaktadır. Ancak kırsal bölgelerde  
yaşayan düşük eğitim düzeyine sahip hiç evlenmemiş kadınlar,  
aile planlaması ve anne sağlığı ihtiyaçları konularında ayrımcılığa  
maruz kalmaktadır. Bunun yanında 10-14 yaş arasındaki  
adölesan kız çocuklarının genellikle ilgili program ve hizmetler-  
den dışlandıklarını özellikle ifade etmek gerekiyor. Bu durum  
bilgiye ve desteğe erişimlerini engellerken onları cinsel ve  
toplumsal cinsiyete dayalı şiddetle, istenmeyen ve yüksek riskli  
gebeliklerle ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla karşı karşıya  
bırakmaktadır. Ayrıca, engelliler, mülteciler ve ülke içinde  
yerinden edilmiş kadınlarla birlikte ana gruplardan farklı bir dil  
konuşanlar, okuma yazma bilmeyenler ve yerli gruplardan  
kadınlar da iletişim konusundaki sorunlar ve kültürel engeller  
nedeniyle ayrımcılığa uğramaktadırlar. Bu gruplardaki kız  
çocukları ve kadınlar, sağlık hizmeti sağlayanların bilgi eksikliği ve  
ön yargıları nedeniyle kaliteli hizmetlere erişimde daha da  
dezavantajlı durumdadır (UNFPA, 2019a).

## 4.4. Türkiye’de CSÜS ve Haklarında Kadınların Özerkliği ile İlgili Bazı Çalışmalar

Kahire Konferansı Eylem Programı’nı imzalayan bir ülke olan Türkiye’nin, özellikle aile planlaması hizmetlerinde olumlu gelişmeler kaydettiğini görüyoruz. Ülkede 1965 yılında başlayan pronatalist politikardan anti-natalist politikaya geçişle birlikte modern gebeliği önleyici yöntemler ücretsiz veya uygun bir ücret karşılığında verilmeye başlandı. 1983 yılında ise on haftaya kadar kürtaj yasallaştırıldı. Bu değişiklikler 1983-2000 yılları arasında gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımını artırmış, isteyerek düşükleri azaltmış ve sağlıklı koşullarda yapılan kürtajlara bağlı anne ölümlerini azaltarak kadın sağlığında olumlu gelişmelere yol açmıştır (Akın, 2007; Abbasoğlu Özgören, 2020). 2008 yılından sonraki süreçte ise kürtajla ilgili açıklamalar, "en az üç çocuk" söylemi ve gergin siyaset ortamında alevlenen toplumsal cinsiyet kavramı ile ilgili tartışmalar cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinin erişilebilirliğini ve kullanımını etkilemiştir. 2018-TNSA sonuçlarına göre 15-49 yaş arası kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımının 2013-TNSA sonuçlarına kıyasla %74’ten %70’e düştüğünü, modern yöntem kullanımının %47’den %49’a yükseldiğini ve dolayısıyla modern yöntemleri kullanmayan kadın sayısının daha fazla olduğunu görmekteyiz. Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı ise beş yıl içinde %6’dan %12’ye yükselmiştir (HÜNEE, 2019).

Türkiye’de CSÜS ve hakları ile ilgili çalışmalar ağırlıklı olarak kadın sağlığı alanında çalışan sivil toplum ve uluslararası kuruluşlar tarafından yürütülmektedir. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları Platformu (CİSÜ); cinsel sağlık ve üreme sağlığı, aile planlaması, kadın sağlığı, halk sağlığı, toplumsal cinsiyet eşitliği, cinsel yönelim ve toplumsal cinsiyet kimliği, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, engellilik, sığınmacı ve mülteciler, gençlik ve hukuk konularında birçok STK ve kişiyle çalışmalar yapmaktadır (CİSÜ, 2021a).

Çoğu gebeliği önleyici yöntem kadınlar için geliştirildiği için kullanımının da onların sorumluluğunda olması beklenmektedir. Ancak, Türkiye’de yapılan çalışmalar kadınların bu konuda karar almada çok az özerkliğe sahip olduklarını göstermektedir. İlgili araştırmalar ataerki zihniyetin aile planlamasında ve üreme sağlığı kararlarında baskın olduğunu da söylemektedir. Erkekler ve diğer aile üyeleri aile planlaması ve üreme sağlığı ile ilgili konularda genellikle karar verici konumdayken eşlerin ortak karar aldığı durumlara daha az rastlanmaktadır (CİSÜ, 2021b). Kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı, kendilerinin ve eşlerinin eğitim düzeyi ve yöntemlere yaklaşımıyla da ilişkilidir (CİSÜ, 2021b). Erkeklerin üreme sağlığı ile ilgili görüşleri ve davranışları üzerine yapılan bazı çalışmalar başta gebeliği önleyici yöntem için olmak üzere kadınlarla birlikte karar vermelerinin önemine işaret etmektedir. Gebeliği önleyici yöntemlere karşı erkeklerin olumlu tutumu ve sorumluluk alma istekleri, kadınların bu yöntemlerle ilgili hizmetlere ulaşmasını ve kullanmasını kolaylaştıran ve sürdürülebilir kılan en önemli faktörlerdir (Aktaran: CİSÜ, 2021b).

Resmi nikâhla evlenen kadınların çoğunluğu, kaç çocuk sahibi olacakları ve gelecekte hangi gebelikten koruyucu yöntemi kullanacakları hakkında eşleriyle birlikte karar aldıklarını belirtmişlerdir. Ancak, bu kadınların %30’u eşlerinin ailelerinin, aile planlaması ile ilgili konulara müdahale edebileceğini ifade etmiştir (Aktaran: CİSÜ, 2021b).

Türkiye’de cinsel olarak aktif olmak evlilik ile bağdaştırılmaktadır. Kültürel nedenlerle açıklanabilecek bu yaklaşım evli olmayan kadınlar için üreme sağlığı risklerine neden olmaktadır. Yüksek riskli cinsellik, bilgi eksikliği ve hizmetlere ulaşmanın önündeki engeller sebebiyle çoğunluğunu ergenlerin oluşturduğu kadınlar cinsel yolla bulaşan enfeksiyon, istenmeyen veya erken gebelik

ve sağlıksız düşük riskleriyle karşılaşmaktadır (Aktaran: şimşek, 2011).

Buna ek olarak, hizmet sağlayıcıların genç kadınlara yönelik davranışları onların ihtiyaç duydukları hizmetlerden yararlanmalarını engellemektedir. Genç ya da bekâr kadınlar acil durumlar dışında hastaneye gitmemekte ve toplumun baskısı nedeniyle eczanelere, özel kliniklerdeki doktorlara ve uzman olmayan kişilere danışarak sağlık sorunlarını ozmeye çalışmaktadır. Eğitimsiz kişiler tarafından yapılan veya kadınların kendileri tarafından yasa dışı veya sağlıksız koşullarda gerçekleştirilen krtajlar ciddi komplikasyonlara, hatta ölümlere neden olabilmektedir (şimşek, 2011).

Birinci basamak sağlık kuruluşları 1994 yılından bu yana 15-49 yaş arası evli kadınların yanı sıra evli olmayan kadınları da "kadın izleme" programı ile takip etmektedir. Ancak bu sistemde otomatik olarak herhangi bir izleme olmadan evli olmayan kadınların gebeliği onleyici yöntem kullanmadıklarının varsayıldığı kayıtlardan görülmektedir. Bu durum, evli olmayan kadınların kamusal üreme sağlığı hizmetlerinden dışlandığının kilit bir göstergesidir (Aktaran: şimşek, 2011).

Sağlık hizmetlerine ulaşamayan tek grubun evli olmayan kadınlar olduğunu söyleyemeyiz. Evli kadınların üreme sağlığı hizmetlerine ulaşmasında ve bunları kullanmasında kadınların eğitimi, eşlerine maddi bağımlılıkları, karar almada özerklik durumları, eşlerine veya ailelerindeki yaşlılar gibi diğer söz sahibi kişilere bağlılıkları ciddi derecede rol oynamaktadır. Ayrıca, kadın bedenine yönelik mahremiyet kaygıları ve erkek doktorlar tarafından muayene edilmekten utanma kadınların üreme sağlığı hizmetlerine erişimini engellemekte veya geciktirmektedir (Aktaran: şimşek, 2011).

Türkiye'de CSÜS ve hakları ile ilgili çalışmaların çoğu cinsellik bilgisi ve eğitimi üzerine yoğunlaşmaktadır. Örneğin, ağırlıklı olarak

cinsel sağlık üzerine çalışmalar yapan bir STK olan Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği'nin (CETAD) 2006 yılında yaptığı; CSÜS bilgi düzeyi, CSÜS'ye yönelik tutumlar, değerler ve davranışlar; cinsel sağlık sorunları ve yardım arama davranışı; CSÜS ile ilgili sağlık hizmetlerinin talebini etkileyen faktörler ve medyanın CSÜS'ye etkisi konularına odaklanan araştirmasında 1537 hanede 16-54 yaş arası kişilerle görüşülmüştür. Çalışma, her yaştan kadınlar için yakın arkadaşların ve tanıdıkların CSÜS hakkında bilgi edinmek için en önemli kaynak olduğunu göstermektedir. Ancak az eğitimi ya da hiç eğitimi olmayan kadınlar ile evli kadınlar bu konularda eşlerinin kendilerine yol gösterici olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, katılımcıların üçte ikisi okullarda cinsel eğitimi desteklemektedir. Destekleyen grupta cinselliği eşlerinden öğrenen kadınlar da dâhil olmak üzere çoğunlukla genç ve daha eğitimi kişilerin olduğu görülmüştür (CETAD, 2006).

Bu çalışmalara ek olarak, Pınar ve Taşkın (2011) CSÜS ile ilgili deneysel tasarıma sahip bir eğitim programı oluştururken, Aslan ve diğerleri (2014), Türkiye'nin farklı şehirlerinden 613 niversite öğrencisinin bilgi düzeyini ölçerek katılımcıların çoğunun CSÜS hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiş, ancak bununla ilgili herhangi bir hizmet alamadıklarını tespit etmişlerdir. Katılımcıların sadece %12'si CSÜS ile ilgili bir eğitim programına katıldığını belirtmiştir.

Bu konuyla ilgili diğer çalışmalarda, niversite ğrencilerinin CSÜS hakkında bilgi sahibi olmak için çoğunlukla medyaya, internete ve akranlarına gvendiklerine değinilmektedir (Aktaran: Aslan vd., 2014). Ayrıca, stndağ'ın (2017) 18-21 yaş arası gençlerin oluşturduğu gruba 10 haftalık cinsel sağlık eğitimi içeren deneysel çalışmasında eğitimden önce gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmaz iken eğitimden sonra deney ve kontrol grupları arasındaki farklılıklar anlamlı hale gelmiştir.

Özcan ve diğerlerinin (2013) yaptığı çalışma ise, gebeliği önleyici yöntem kullanımının kadınların sorumluluğunda olmasına rağmen ilgili kararları nadiren kendi başlarına alabildiklerini göstermektedir. Modern, geleneksel veya herhangi bir yöntem kullanımı ile ilgili çeşitli çalışmalarda, yöntem kullanımında veya yöntem kullanımının bırakılmasında öncelikle eşlerin kararlarının etkili olduğu ve eşlerin doğrudan karar verici olmadığı durumlarda ilgili kararların ortak alındığı belirtilmiştir (Aktaran: Özcan vd., 2013).

Kadınların özerkliğinin önemli bir unsuru da evlilik kararındaki rolleridir. Türkiye’de 1998 yılında yapılan bir araştırma, kadınların sadece %25’inin eşleriyle anlaşarak evlendiğini, yarısının ise rızasının olmadığını ortaya koymuştur. Ayrıca, evliliğe karar veren kişiler genellikle baba, dede, erkek kardeş gibi ailenin erkek üyeleridir (Aktaran: Özcan vd., 2013). Kadınların özerkliğini etkileyen bir faktör de evliliğin medeni veya dini nikâhla yapılmış olmasıdır. Çünkü resmi nikâh kadınlara boşanma, nafaka, miras ve vesayet gibi hukuki haklar vermektedir. Türkiye'nin Doğu bölgesinde yaşayan kadınların %20'sinin resmi evliliğinin olmadığı ve bunların %93'ünün resmi nikâh yapmak istedikleri gösterilmiştir. Bununla ilgili olarak kadınların ikinci eş olmaları, Topgül ve arkadaşlarının (2017) sağlık personeli ile gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelere dayanan araştırması, Türkiye’de CSÜS ve hakları ile ilgili duruma ışık tutmaktadır. Kadınların gebeliği önleyici yöntem kullanımındaki rolünün incelendiği çalışmada, erkeklerin sadece evlilik izni için başvuru yaptıkları dönemde aile planlaması hizmeti aldıkları ifade edilmektedir. Çalışmaya göre üreme sağlığı söz konusu olduğunda sağlık personelinin aklına gelen ilk hizmetler in-vitro fertilizasyon, kürtaj ve kısırlaştırma olurken gebeliği önleyici yöntemler veya diğer bileşenler ikinci planda kalmaktadır. Gebeliği önleyici yöntemler ile ilgili hizmetlerin standart olmaması ve bu hizmetlerin sunulmasının sağlık personelinin

inisiyatifine, ilgisine ve bilgisine bırakılması çalışmanın altını çizdiği bir başka sorundur. Ayrıca, bu çalışma politikaların CSÜS ve hakları üzerindeki etkisini açıkça göstermektedir. Özellikle deneyimli sağlık personeli, politika yapımcıların sağlık politikalarına ilişkin güncel düzenlemelerden sonra aile planlaması ile ilgili konuları göz ardı etmeye başladığını ifade etmektedirler. Sağlık sistemindeki değişiklikler karışıklığa neden olmakta ve sağlık hizmetlerinde kaliteyi düşürmektedir. Örneğin, rahim içi araç kullanmak isteyen bir kadın, bu imkâna birinci basamak sağlık hizmetinde erişemeyebilmekte ya da kadınlar aynı nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilebilmektedir. Gençlik odaklı CSÜS hizmetlerinin eksikliği talebe bağlı hizmeti doğurmakta ve sağlık personeli, sorulmadıkça üreme sağlığı hakkında bilgi vermekten kaçınmaktadır (Topgül vd., 2017). Bu sonuçlar, gençlerin, evli olmayan kişilerin ve göçmen gruplardan bireylerin CSÜS konularında geride kaldığına işaret etmektedir.

Türkiye ile ilgili yapılan çeşitli çalışmalarda hamile kalmak istemediği halde herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmayan kadınların oranının %10 ile %53 arasında olduğu görülmektedir. Bir çalışmada ise mevsimlik tarım işçilerinin %71’inin hiçbir zaman gebeliği önleyici yöntem kullanmadığı gösterilmiştir (Aktaran: CISÜ, 2021b). Kadın sağlığını etkileyen en stresli olaylardan biri olan istenmeyen gebelikler, kadınların zihinsel sağlığını da suçluluk, pişmanlık ve kayıp duygularıyla olumsuz etkilemektedir (Başar, 2017). Yaşanan bu olumsuz duyguların sebeplerinden biri de toplumun kürtaja karşı tutumudur. Ayrıca, gebeliklerin sağlıksız şekilde sonlandırılması, kadın sağlığı üzerinde kısa ve uzun vadeli etkileri olan farklı komplikasyonlara neden olabilmektedir (Aktaran: Başar, 2017).

Toplum tarafından kadınlara ve erkeklere atfedilen toplumsal cinsiyet rolleri kadınların çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Kadınlara yönelik ayrımcılık

özerkliklerini zayıflatmakta, onları baskılamakta ve insan haklarını ihlal etmektedir. Böylece farklı cinsiyetler ve cinsel yönelimler arasında eşitsizlik de artmaktadır. Ayrımcılığın en belirgin sonuçlarından biri de çocuk yaşta, erken ve zorla evliliklerdir. Eşleri ile birlikte gebeliği önleyici yöntemlerden haberdar olmayan veya seçim şansı olmayan çocuk yaşta evlenen kız çocukları istenmeyen gebelikler yaşayabilmektedirler (Aktaran: CISÜ, 2021b).

Sağlık hizmetlerinde ayrımcılık yapılması kuşkusuz ki olumsuz etkilere neden olmaktadır. Bunu değiştirmek için insan hakları temelli bir yaklaşım esas alınmalıdır (Aktaran: Hussein & Ferguson, 2019). Çeşitli gruplardan kişiler; cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, kürtaj ve gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımı ile ilgili nedenlerle cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmeti talep edebilir. Genellikle kadınların ayrımcılığa uğramaları hizmetlere ulaşmalarını zorlaştırmaktadır. Çeşitli çalışmalar, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine karşı ayrımcılığın sosyal olarak inşa edildiğini ve aslında kadınların cinselliğini ve üreme davranışlarını kontrol etmeye çalıştığını vurgulamaktadır (Hussein & Ferguson, 2019).

CİSÜ Platformu tarafından yapılan nitel araştırmada, CSÜS ve hakları ile ilgili bilgiye erişim konusunda karşılaşılan sorunlar ile ilgili benzer sonuçlar sunulmaktadır. Araştırmaya göre; kamusal eğitimdeki eksiklikler, gençlere yönelik kapsamlı bir cinsel eğitimin olmaması, internet sitelerinden yayılan bilimsel nitelikte olmayan bilgiler, Anne Çocuk Bakımı ve Aile Planlaması Merkezi ve Gençlik Danışma ve Sağlık Hizmetleri Merkezlerinin kapatılması ilgili sorunların sebeplerindedir. Katılımcılar, siyasetçilerin ve politika yapıcıların, CSÜS ve hakları ve aile planlaması hak temelli bir anlayışla ilgili mevzuatta değişiklik yapmaları gerektiğini belirtmektedirler. Bunun yanında, CSÜS ve hakları ile ilgili bilgiye ulaşmanın önündeki engeller arasında çeşitli platformlarda bu konudaki bilgilerin yeteri kadar yer

bulamaması, sağlık sisteminde danışma hizmetlerinin eksikliği ve sektörler arası iş birliğindeki zafiyetler gösterilmektedir (CISÜ, 2021b).

## 4.5. Veri ve Yöntem

### 4.5.1. Çalışmanın Veri Kaynağı

Çalışmamızın veri kaynağı Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından gerçekleştirilen 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'dır<sup>26</sup> (2018-TNSA). Çok aşamalı, tabakalı ve kümeli örnekleme yaklaşımı ile tasarlanan ve ulusal düzeyde temsiliyeti olan bu araştırma, temel demografik göstergeler ve sağlık göstergeleri ile ilgili veri sağlarken tüm ülke, kırsal, 5 bölge ve İBBS-1 düzeylerinde analiz yapmayı mümkün kılmaktadır. Araştırmanın başlıkları arasında üreme çağındaki kadınlar, gebeliği önleyici yöntem ile ilgili bilgi ve uygulama, evlilik, istihdam gibi alanlar yer almaktadır (HÜNEE, 2019).

### 4.5.2. CSÜS ve Haklarında Kadınların Özerkliğinin Ölçülmesi

Kadınların ve kız çocuklarının cinsel sağlık ve üreme sağlığı ve hakları konusundaki özerkliklerini ölçmek için kullanılan SKA 5.6.1 göstergesi ile ilgili veriler, Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, Çok Göstergeli Küme Araştırmaları, Toplumsal Cinsiyet ve Nesiller Araştırmaları gibi temsili hanehalkı araştırmalarından hesaplanmaktadır (BM, 2021). Bu gösterge ile üreme sağlığı bakımı konusunda kendi kararını verebilen, gebeliği önleyici yöntem kullanıp kullanmayacağına kendi başına veya partneri ile ortak karar verebilen ve cinsel ilişkiye girmek istemiyorsa partnerine hayır diyebilen 15-49 yaş arası kadınlar cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda özerk olarak kabul edilmektedir (UN, 2021; UNFPA, 2021). Dolayısıyla SKA 5.6.1'in üç bileşeni, kadınların sağlığı hakkında karar alabilmesi, gebeliği önleyici yöntem<sup>27</sup> kullanımında karar alabilmesi ve cinsel ilişkiye hayır diyebilmesi olarak belirlenmiştir. Bu gösterge evli olmayan kadınların sağlıkla ilgili kararları ortak almadıkları varsayımıyla yalnızca şu anda evli olan kadınları baz almaktadır. Bu çalışmada, kadınların cinsel ve üreme sağlığındaki özerklikleri, 2018-TNSA verisinden SKA 5.6.1 göstergesi temsili olarak kullanılarak hesaplanmıştır.

<sup>26</sup> 1968 yılından beri Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından yürütülen bu araştırma ilk olarak 1993 yılında, son olarak da 1998 yılında Nüfus ve Sağlık Araştırması (Demographic and Health Survey) serileri çerçevesi altında yapılmıştır. 2003 yılında beri ise DHS standartlarına uygun olarak ulusal finans kaynakları ile gerçekleştirilmektedir.

<sup>27</sup> Geri çekme, takvim, tüplerin bağlanması ve vazektomi yöntemleri dahil değildir.

#### 4.5.3. CSÜS ve Haklarında Kadınların Özerkliğini Etkileyen Faktörler

CSÜS ve haklarında iç içe geçmiş çeşitli faktörlerin kadınların özerkliğini etkilediğini göz önüne alan analizlerde demografik faktörler, bireysel faktörler, eşle ilgili faktörler, evlilikle ilgili faktörler, hanehalkı ve toplum düzeyindeki faktörler ve toplumsal cinsiyet normları olmak üzere altı grup oluşturulmuştur. **Demografik faktörler** yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve kadının ana dili ile ilgili iken kadının mal sahipliği, medyaya erişim ve doğurganlık dönemi ile ilgili bilgiler bireysel faktörleri oluşturmaktadır. Daha ayrıntılı bilgi vermek gerekirse **bireysel faktörler**; kadınların arsa, ev veya araba da dahil olmak üzere ortaklaşa veya kendilerinin mal sahipliği, gazete ve dergi okuma sıklığını baz alan medyaya erişimleri, internet kullanımı, televizyonda kadın programları izlemeleri ve doğurganlık dönemi ile ilgili veriyi içermektedir.<sup>28</sup> Eşin eğitim düzeyi, eşin son yedi gün içinde çalışıp çalışmaması, eşin ana dili, eş ile aile planlaması hakkında konuşma ve eşin kontrol edici davranışları<sup>29</sup> ile ilgili bilgiler ise **eş ile ilgili faktörleri** oluşturmaktadır. **Evlilik ile ilgili faktörler** 18 yaşından önce veya sonra olmak üzere sınıflandırılmış kadınların ilk evlilik yaşı; evliliğe çiftin veya ailelerin karar vermesi ve diğer<sup>30</sup> kategorilerini içeren evlilik kararı, evlilik süresi ve çocuk sayısı bileşenlerini kapsamaktadır. **Hanehalkı ve toplum düzeyindeki faktörler**, yerleşim yeri, geleneksel 5 bölge ve 12 bölge (İBSS-1) ile refah düzeyi için bir tahmin edici gösterge olarak kullanılan ve en düşükten en

yükseğe derecelendirilmiş refah düzeyi endeksidir<sup>31</sup>. Son olarak, **toplumsal cinsiyet normları ile ilgili faktörler** kadınların ve erkeklerin toplumdaki rolü hakkında verilen ifadelerle kadınların katılıp katılmadıklarıyla ve eşin fiziksel şiddetini meşru görüp görmedikleri ile ilgilidir.

Çalışmamız için betimsel analiz ve lojistik regresyon analizi<sup>32</sup> yöntemlerini kullanarak sonuçlarımızı ilerleyen bölümlerde şekil ve tablo biçiminde sunduk. Lojistik regresyon analizi öncesinde, açıklayıcı değişkenler arasındaki eş doğrusallığı analiz ederek 5 bölge ve 12 bölge değişkenleri arasındaki eş doğrusallık nedeniyle son lojistik regresyon modelimizde 5 bölgeli değişkeni çıkardık. Altı faktör grubu için ayrı analizler yapsak da nihai modelimiz için tüm faktörleri kullandık.

<sup>28</sup> 2018-TNSA kadın soru kağıdında bu konuyla ilgili olarak şu sorular mevcuttur: 1) Bir adet döneminin başlangıcı ile bir sonraki adet döneminin başlangıcı arasındaki süreyi düşünün. Bir kadının bu dönemde hamile kalma olasılığının daha yüksek olduğu belirli günler var mı? 2) Bu günler adet dönemi başlamadan hemen önce mi, adet dönemi boyunca mı, adet dönemi sona erdikten hemen sonra mı, yoksa iki dönemin ortasında mı?

<sup>29</sup> Bu ifadeler şunlardır: eğer eş sık sık, bazen veya asla kadının arkadaşlarını görmesini engelliyorsa, ailesiyle temasını sınırlandırıyor, her zaman nerede olduğunu bilmekte ısrar ediyorsa, para konularında ona güvenmiyorsa ve sadakatsiz olduğu için onu suçluyorsa. Kadınların sık sık veya bazen eşlerinin bu davranışlardan birine sahip olduğunu bildirmeleri durumunda eşin en az bir kontrol davranışı olduğunu belirledik.

<sup>30</sup> "Diğer" kaçma, kaçırılma ve belirtilen diğer durumları ifade etmektedir.

<sup>31</sup> Refah düzeyi endeksi, hanehalklarının sahip olduğu tüketim malları ve tuvalet olanakları, içme suyu kaynağı, döşeme malzemeleri gibi konut özellikleri dikkate alınarak temel bileşen analizi ile hesaplanmaktadır.

<sup>32</sup> Analiz için SPSS-23 programı kullanılmıştır.



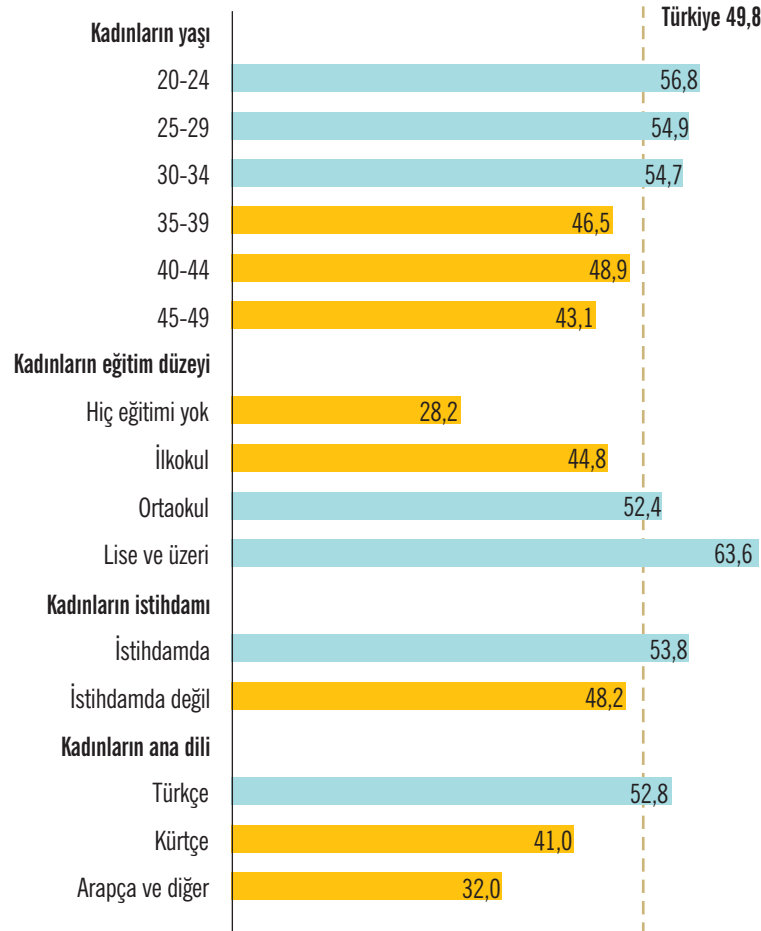
## 4.6. Kadınların CSÜS Özerkliği

15-49 yaşları arasındaki evli kadınların yüzde ellisi kendileriyle ilgili sağlık hizmetleri, gebeliği önleyici yöntem kullanımı kararlarını verdiklerini ve istemediklerinde cinsel ilişkiye hayır diyebildiklerini belirtmiştir. Sağlık hizmetleri ile ilgili kararlarda özerkliğe sahip olan kadınların oranı %96'dır. Her 100 kadından 84'ü cinsel ilişkiye hayır diyebildiğini belirtirken, gebeliği önleyici yöntem kullanıp kullanmama kararı bileşeni için oran yüzde 61'dir. Kadınların cinsel ve üreme sağlığı ile ilgili özerklikleri, UNFPA'nın 57 ülkeden gelen veri ile yaptığı çalışma ile karşılaştırıldığında

daha düşük bir orana karşılık gelmektedir (UNFPA, 2020).

Demografik faktörlerle ilgili olarak, 20-34 yaş arası kadınların cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda özerklik açısından ileri yaş gruplarına göre daha avantajlı oldukları, 45-49 yaş grubunun ise en dezavantajlı grup olduğu görülmektedir. Bu gruptaki kadınların yüzde 43,1'i CSÜS'de özerklik açısından Türkiye ortalamasına ve daha genç yaş gruplarına göre geride kalmaktadır (Şekil 4.1).

ŞEKİL 4.1. Demografik faktörlere göre kadınların cinsel ve üreme sağlığında özerkliği, TNSA-2018



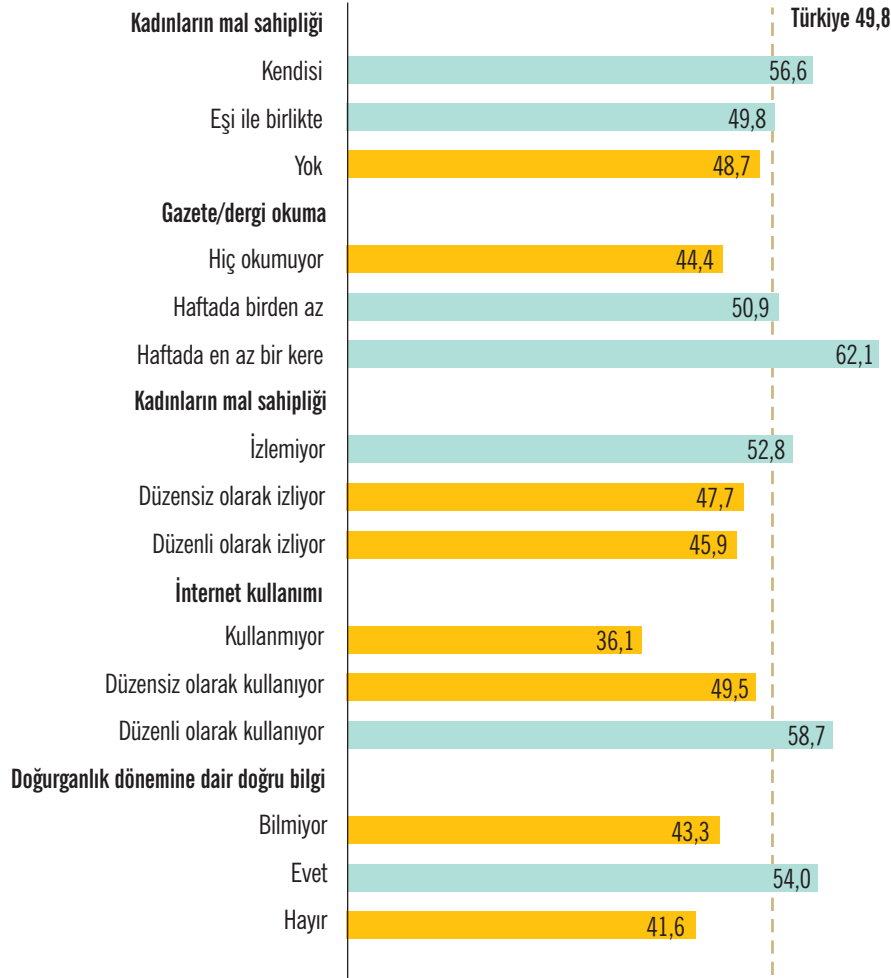
Kadınların CSÜS alanındaki özerklik yüzdeleri daha ileri yaş gruplarında düşmektedir ve benzer şekilde yöntem kullanımına karar vermede ve cinsel ilişkiyi reddetmede yaş arttıkça daha az kadın özerkliğe sahip olmaktadır. Bununla birlikte kendi sağlığına dair karar vermede yaş gruplarında kadınlar arasında anlamlı bir farklılık görülmemekte, oranlar her bir grup için %95'in üzerinde seyretmektedir (Tablo 4.A.1). Bir başka nokta ise eğitimin artmasıyla, kadınların CSÜS'de daha fazla özerkliklerinin olmasıdır. Lise ve üzeri eğitimi olan kadınların %64'ü CSÜS'de özerktir. Benzer şekilde, göstergenin her bir bileşeni için daha eğitilmiş kadınların özerkliği de artmaktadır. Geride kalan kadınlar ise Türkiye ortalamasının altında kalan (sırasıyla %28 ve %45) hiç eğitimi olmayan ya da ilkokul eğitimi olan kadınlardır. Halen evli olan ve gebe olmayan kadınların yalnızca %16'sının eğitim düzeyi yüksek iken aynı gruptaki kadınların yarısının hiç eğitiminin olmaması ya da ilkokul eğitiminin olması da bu açıdan anlamlıdır.

Buna ek olarak istihdamda olan grup CSÜS'de daha fazla özerk kadını barındırmaktadır. Ancak halen evli olan ve gebe olmayan kadınların %71'inin istihdam dışında olması bu oranlar yorumlanırken sayısal büyüklüğün dikkate alınmasını gerektirmektedir. Diğer ana dil gruplarıyla karşılaştırıldığında ana dili Türkçe olan kadınlar, CSÜS özerkliklerinde ve cinsel ilişkiye hayır diyebilme bileşeninde daha güçlü bir konumdadır. Bununla birlikte oranlar ana dilleri açısından bakıldığında diğer bileşenler için birbirine yakındır.

Bu çalışma örnekleminin %11,2'sini oluşturan, kadınların bilgi düzeyi ve mal-mülk sahipliği açısından bakıldığında kendi adlarına kayıtlı mal-mülk sahibi olan kadınlar, CSÜS'deki özerklikte avantajlı iken; eşi ile birlikte arsa, ev ya da araba sahibi olan kadınlar hiç mal-mülk sahibi olmayan kadınlardan biraz daha özerktir. Gebeliği önleyici yöntem kullanımında kendisi ya da eşi ile ortak mal-mülk sahibi olan kadınların avantajını belirlemek zordur.

Bunda, mal-mülk sahibi olmayan kadınların eşi ile birlikte mal-mülk sahibi olan gruptan daha büyük olması ve kendi adına mal-mülkü olan gruba oldukça yakın olması etkilidir. Gazete/dergi okumayan kadınlar, haftada en az bir kere okuyan ve cinsel ve üreme sağlığı açısından özerk olan kadınların oranından (%64) anlamlı bir şekilde geride kalmaktadır. Benzer bir örüntü diğer bileşenler için de görülmektedir; gazete/dergi okumak kendi sağlığı hakkında, gebeliği önleyici yöntem kullanımında ve cinsel ilişkide karar verebilen özerk kadın sayısını artırmaktadır. İnternet kullanan kadınlar da özerklik düzeyi dikkate değer şekilde düşük olan internet kullanmayan kadınlara (%36,1) göre daha ileridedirler.

ŞEKİL 4.2. Bireysel faktörlere göre kadınların cinsel ve üreme sağlığında özerkliği, TNSA-2018



Kadın programlarını takip eden kadınların özerklik düzeyi bu programları takip etmeyen kadınlardan daha azdır. Bu durumun, gün içerisinde bu programları izlemesi daha muhtemel olan çalışmayan kadınların sosyo-ekonomik düzeyi ve eğitim düzeyi ile ilişkisi olabilir. Buna ek olarak doğurganlık dönemine dair doğru bilgiye sahip olan kadınlar cinsel sağlık ve üreme sağlığı açısından Türkiye ortalamasının üzerindedir. Aksine, bu dönemi bilmeyen

ya da yanlış bilen kadınlar, CSÜS’de ve bileşenlerinde dezavantajlı gruplar olarak düşünülebilir (Şekil 4.2).

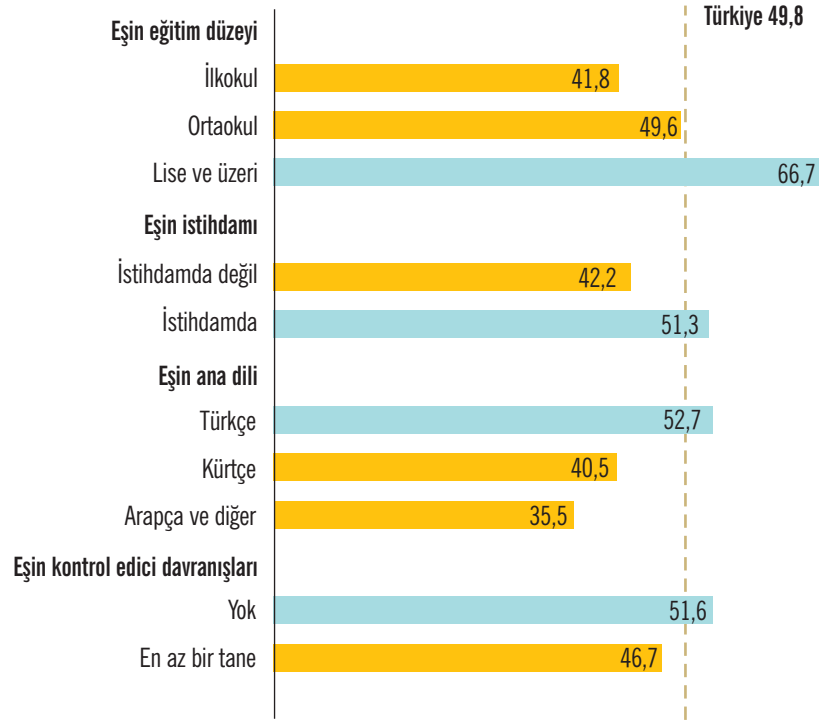
Genel olarak daha az eğitilmiş, daha ileri yaşta olan ve istihdamda olmayan kadınların CSÜS özerkliklerinde geride kaldığı söylenebilir. Dahası, ana dilinin Türkçe dışında bir dil olması da düşük özerklikle ilişkiliyken medyaya daha fazla erişim ve doğurganlık dönemini doğru bilme özerkliğe olumlu bir katkıda bulunmaktadır.

Kadınların eşlerinin eğitim düzeyi, istihdam durumu ve ana dili özerklikleri ile ilişkilidir. Eğitimi daha yüksek, özellikle lise ve üzeri eğitim grubunda olan, istihdamda yer alan ve ana dili Türkçe olan eşleri olan kadınlar bu kategorilerdeki diğer kadınlara göre daha fazla özerkliğe sahiptir (Şekil 4.3). Özerklik düzeyi, sağlık, gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve cinsel ilişkiye hayır diyebilme açısından da benzer düzeydedir. Daha az eğitilmiş, istihdam dışı, ana dili Kürtçe, Arapça ya da başka bir dil olan eşlere sahip kadınlar, göstergenin bileşenleri için dezavantajlı konumdadır.

Bunun tek istisnası gebeliği önleyici yöntem kullanımı kararında biraz daha fazla özerk kadının olduğu Arapça ve diğer ana dil grubudur (Tablo 4.A.2).

Dikkat çekici bir başka nokta ise eşlerin çoğunluğunun ilkökul ya da ortaokul düzeyinde eğitiminin olması, 10 eş içinde sekizinin ana dilinin Türkçe olması ve eşlerin çoğunluğunun son yedi günde çalışmış olmasıdır. Buna ek olarak, kontrol edici davranışı olan eşleri olan kadınların CSÜS'deki özerklikleri daha düşüktür.

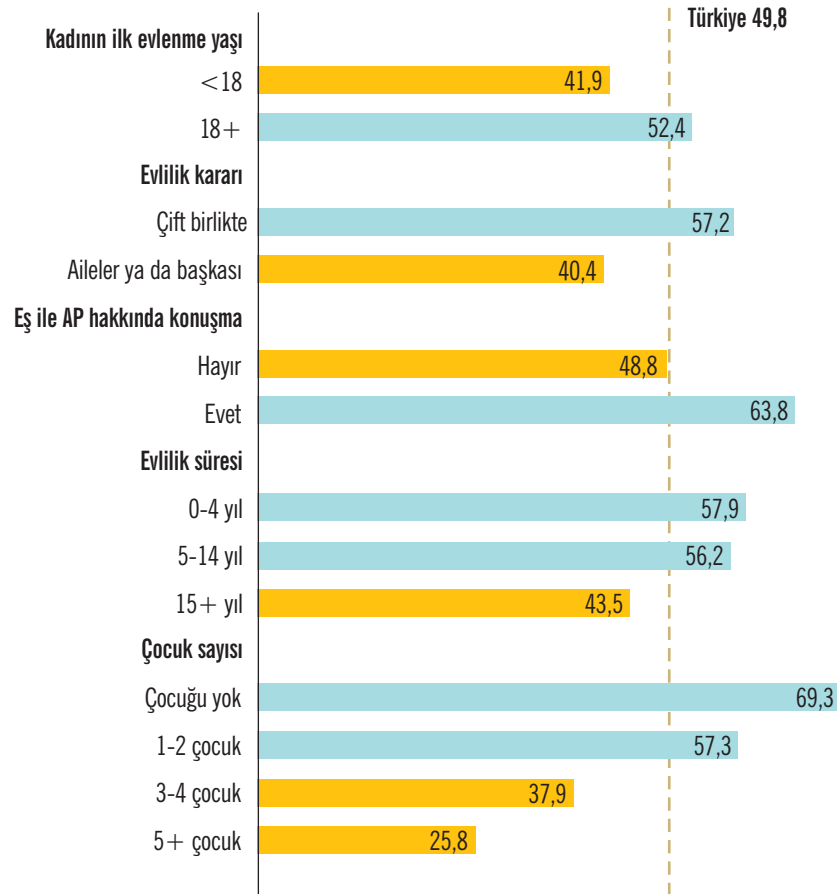
**ŞEKİL 4.3.** Eş ile ilgili faktörlere göre kadınların cinsel ve üreme sağlığında özerkliği, TNSA-2018



Halen evli olan ve gebe olmayan kadınların anlamlı bir kısmı (%25) 18 yaşından önce evlenmiştir. Bu kadınların CSÜS açısından özerklik oranları Türkiye ortalamasının ve 18 yaşından sonra evlenen kadınların düzeyinin oldukça altındadır (Şekil 4.4). Göstergenin yöntem kullanımı ve cinsel ilişki kararları bileşenlerinde, 18 yaşından önce evlenen kadınların özerkliği, 18 yaşından sonra evlenen kadınlara göre dikkate değer bir şekilde düşüktür (Tablo 4.A.3). Dikkat çekici biçimde, aileleri tarafından ya da çiftin ortak kararı dışında gelişen bir şekilde evlenen ve evliliği uzun süren,

özellikle halen evli ve gebe olmayan kadınların yarısını oluşturduğu 15 yıldan daha uzun süre evliliğe sahip kadınların özerklik düzeyi daha düşüktür. Oranlar, eşyle aile planlaması hakkında konuşan kadınların hiç konuşmayan kadınlara göre daha avantajlı olduğunu da göstermektedir. Hiç çocuğu olmayan 10 kadının 6'sı cinsel ve üreme sağlığı açısından özerk iken, çocuk sayısı arttıkça kadınlar CSÜS'de daha az özerk hale gelmektedir. Özellikle üçten fazla çocuk olduğunda bu oran %40'ın altına düşmektedir.

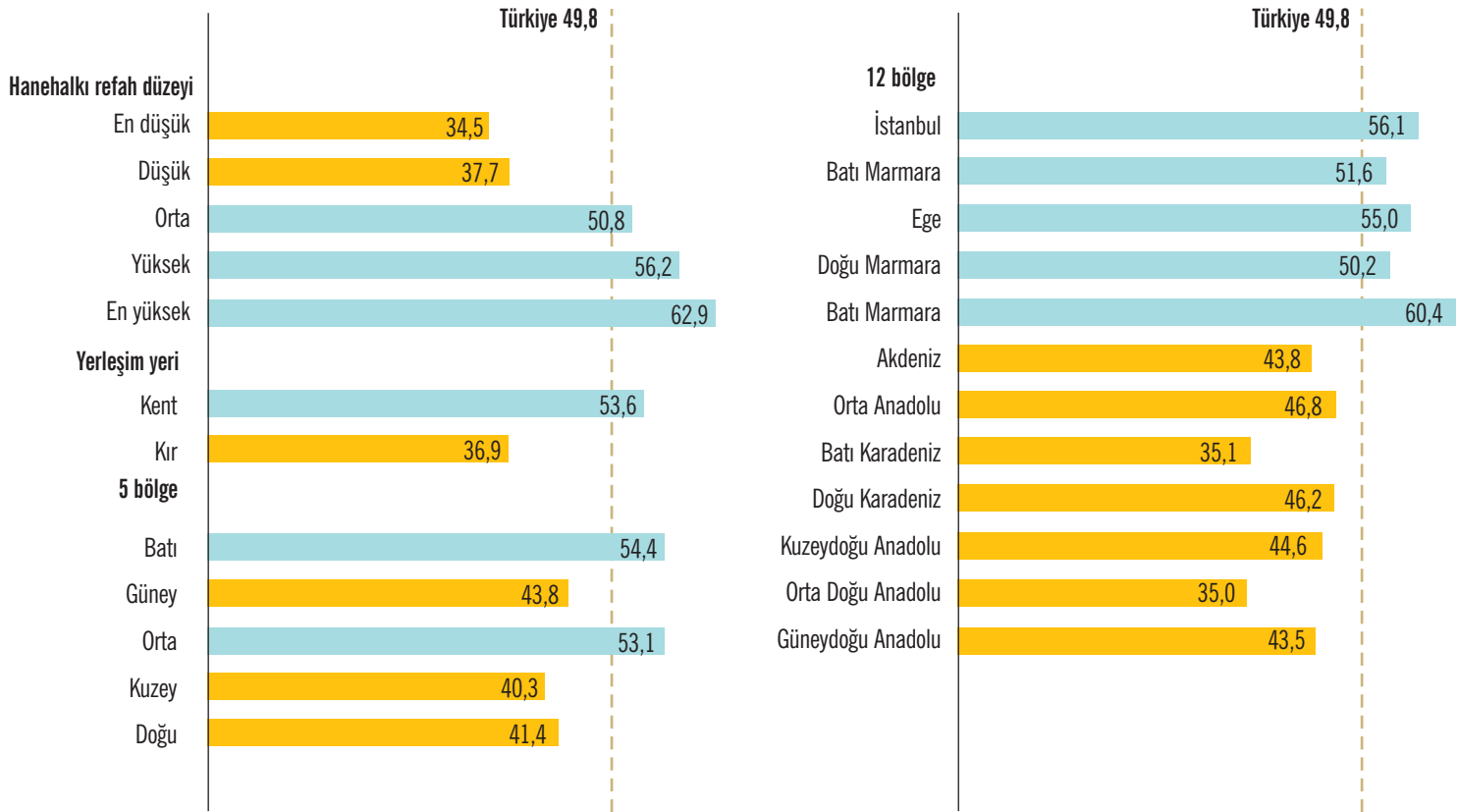
**ŞEKİL 4.4.** Evlilik ile ilgili faktörlere göre kadınların cinsel ve üreme sağlığında özerkliği, TNSA-2018



Refah düzeyi daha yüksek olan gruplardaki kadınların özerkliği daha fazladır. Refah düzeyi düşük ve en düşük olan hanelerde yaşayan kadınların ise CSÜS özerkliği %40'ın altına inmektedir. Oranlar refah düzeyi ile birlikte yükseldiğinden bu durum, üç bileşen için de geçerlidir (Şekil 4.5.). Diğer yandan bu çalışma örnekleminin %70'ini oluşturan kentlerdeki kadınlar, özerklik düzeylerinde anlamlı bir şekilde kırsal kesimdeki kadınlara göre

daha iyi bir konumdadır. Bölgesel düzeyde, Güney, Kuzey ve Doğu'daki kadınların özerklik yüzdeleri Türkiye ortalamasının oldukça altındadır. Daha fazla dikkati çeken ise Orta Doğu Anadolu ve Batı Karadeniz bölgelerindeki kadınların özerklik oranları en düşük iken, 12 bölgeden yalnızca beşinin ülke ortalamasının üzerinde olmasıdır (Şekil 4.5. ve Tablo 4.A.5).

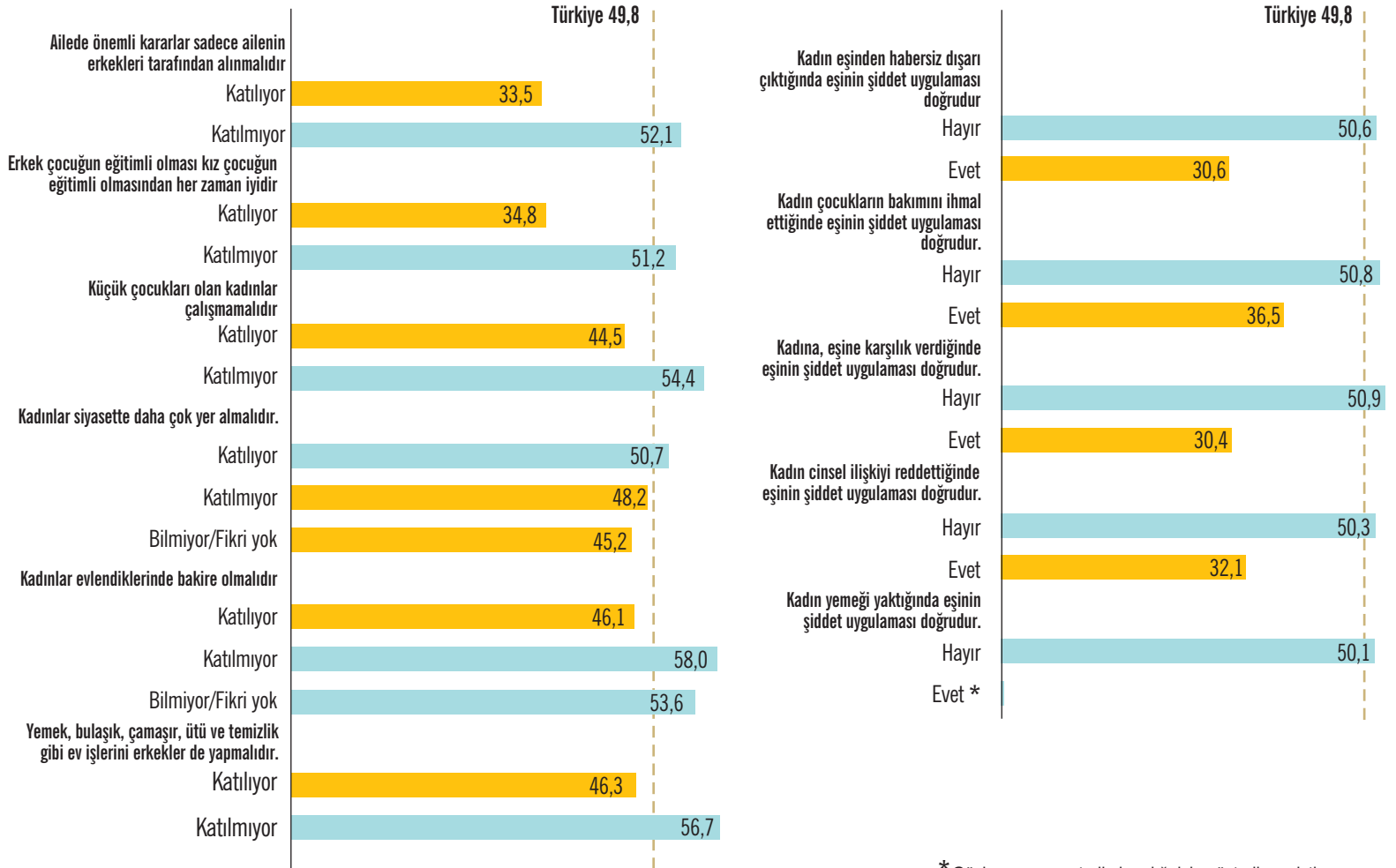
**ŞEKİL 4.5.** Hanehalkı/topluluk düzeyindeki faktörlere göre kadınların cinsel ve üreme sağlığında özerkliği, TNSA-2018



Toplumsal cinsiyet rolleri açısından bakıldığında özerk olan kadınların yüzdesi, eşitlikçi görüşlere sahip kadınlar için daha yüksektir. Bu da ailede önemli kararların erkekler tarafından alınması, erkek çocuğun eğitimi olmasının kız çocuğunun eğitimi olmasından daha iyi olması, küçük çocuğu olan kadınların çalışmaması gerektiği, kadınların evlendiklerinde bakire olması fikirlerine katılmayan ve kadınların siyasette daha çok yer alması fikrine katılan kadınların cinsellik ve üreme sağlığında özerklik düzeylerinin daha yüksek olduğu anlamına

gelmektedir. Bir istisna olarak ev işlerini erkeklerin de yapması fikrine katılmayanların özerklik düzeyi daha yüksektir. Kadınların, halen evli ve gebe olmayan ve bu fikre katılmayanların %65'ini oluşturduğu düşünülürse, evde bu alanı kontrol ettiklerinden erkeklerin ev işlerine karışmalarını istemedikleri biçiminde yorumlanabilir (Şekil 4.6 ve Tablo 4.A.6). Fiziksel şiddeti onaylamayanların olduğu grubun yüzdesi Türkiye ortalamasına yakındır ve hem gösterge hem de bileşenleri için diğer grupların oranlarının üzerindedir.

**ŞEKİL 4.6.** Toplumsal cinsiyet normlarına göre kadınların cinsel ve üreme sağlığında özerkliği, TNSA-2018



\* Gözlem sayısı yeterli olmadığı için gösterilmemiştir.

#### 4.6.1. Kadınların CSÜS ve Haklarındaki Özerkliğinin Risk ve Koruyucu Faktörleri

Lojistik regresyon analizinde, özerk olan kadınlar referans grubu olarak alınarak kadınların CSÜS özerkliklerinin risk faktörleri hesaplanmıştır. İlk olarak altı faktörün her biri için risk oranları ayrı olarak hesaplanmış, daha sonra tüm faktörler son modele dâhil edilmiştir. Ayrı modellere göre, Nagelkerke kareleri demografik faktörler için 0,084; bireysel faktörler için 0,065; eş ile ilgili faktörler için 0,058; evlilik ile ilgili faktörler için 0,085; hanehalkı ve topluluk faktörleri için 0,070 ve toplumsal cinsiyet normları için 0,045 olarak bulunmuştur. Her bir faktör için yapılan ayrı modellerde en büyük değişkenlik bireysel faktörler tarafından açıklanmakta, bunu evlilikle ilgili faktörler izlemektedir. Son lojistik regresyon modeline göre toplam açıklanan varyans %14,9'dur (Tablo 4.1).

Demografik faktör değişkenleri arasında kadının yaşı son modelde anlamlı değil iken, yaş, eğitim düzeyi ve ana dil hem ayrı modellerde hem de son modelde anlamlıdır. Kadının eğitim düzeyi ve ana dili kadınların CSÜS özerklikleriyle negatif olarak ilişkilidir. Hiç eğitimi olmayan kadınlar, lise ve üzeri eğitimi olan kadınlara göre %42 daha az özerk iken ana dilinin Arapça ya da başka bir dil olması da ana dili Türkçe olan kadınlara göre özerk olma ihtimalini azaltmaktadır (Tablo 4.6.1.). Medyaya erişim, internet kullanımı ve doğurganlık dönemine dair doğru bilgi ayrı modelde anlamliken son modelde yalnızca medyaya erişim anlamlıdır. Haftada birden az gazete/dergi okuma CSÜS'de kadınların özerkliğini haftada en az bir kere okuyanlara göre %21 düşürmektedir. Buna ek olarak eşin eğitim düzeyi hiç eğitimi olmayandan ortaokul düzeyine doğru kadınların CSÜS'deki özerkliği üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir; risk, eşin eğitim düzeyi azaldıkça artmaktadır. Lise ve üzeri eğitimi olan eşleri olan kadınlara göre en düşük eğitim grubunda yer alan eşleri olan kadınların %55, ilkokulu bitirmiş eşleri olan kadınların ise %27 daha düşük ihtimalle özerk olduğu görülmektedir. Ancak eşin ana dili son modelde anlamlı bulunmamıştır.



**TABLO 4.1.** Lojistik Regresyon Modeli Sonuçları: Kadınların CSÜS ve Haklarındaki Özerkliğinin Risk ve Koruyucu Faktörleri, TNSA-2018, Türkiye

			%95 C.I for EXP (B)	
	Sig.	Exp (B)	Lower	Upper
<b>Kadınların eğitim düzeyi</b>	<b>0,001</b>			
Hiç eğitimi yok	,001	,58	,412	,808
İlkokul	,893	1,02	,815	1,264
Ortaokul	,793	,97	,773	1,218
Lise ve üzeri	-	1,00	-	-
<b>Kadınların ana dili</b>	<b>0,04</b>			
Türkçe	-	1,00	-	-
Kürtçe	,59	1,10	,773	1,572
Arapça ve diğer	,021	,57	,358	,918
<b>Gazete/dergi okuma</b>	<b>0,07</b>			
Hiç okumuyor (0)	,081	,85	,702	1,021
Haftada birden az (1)	,023	,79	,642	,968
Hafatada en az bir kere (2)	-	1,00	-	-
<b>Eşin eğitim düzeyi</b>	<b>0,001</b>			
Hiç eğitimi yok	,018	,45	,233	,873
İlkokul	,009	,73	,571	,923
Ortaokul	0	,67	,550	,827
Lise ve üzeri	-	1,00	-	-
<b>Evlilik kararı</b>				
Çift birlikte (1)	-	1,00	-	-
Aileler ya da başkası (2)	,019	,83	,714	,970
<b>Evlilik süresi</b>	<b>0,01</b>			
0-4 yıl	-	1,00	-	-
5-14 yıl	,611	1,08	,777	1,535
15+ yıl	,018	1,38	1,056	1,804
<b>Çocuk sayısı</b>				
Çocuğu yok	-	1,00	-	-
1-2 çocuk	0,00	,51	,368	,707
3-4 çocuk	0,00	,31	,217	,442
5+ çocuk	0,00	,25	,157	,409

**TABLO 4.1.** Lojistik Regresyon Modeli Sonuçları: Kadınların CSÜS ve Haklarındaki Özerkliğinin Risk ve Koruyucu Faktörleri, TNSA-2018, Türkiye (DEVAM)

			%95 C.I for EXP (B)	
	Sig.	Exp (B)	Lower	Upper
<b>Yerleşim yeri</b>				
Kent	-	1,00	-	-
Kır	,003	,74	,603	,898
<b>12 Bölge</b>	<b>0,035</b>			
Batı Anadolu	-	1,00	-	-
İstanbul	,930	1,01	,783	1,306
Batı Marmara	,302	,82	,554	1,201
Ege	,258	,85	,635	1,130
Doğu Marmara	,082	,77	,577	1,033
Akdeniz	,272	,85	,631	1,139
Orta Anadolu	,248	,81	,564	1,160
Batı Karadeniz	,001	,54	,376	,777
Doğu Karadeniz	,270	,76	,469	1,236
Kuzeydoğu Anadolu	,733	1,1	,641	1,818
Orta Doğu Anadolu	,165	,75	,494	1,128
Güneydoğu Anadolu	,782	1,05	,752	1,449

Evlilik kararı, süresi ve çocuk sayısı hem ayrı evlilik faktörleri modelinde hem de son modelde anlamlıdır. Son modele göre evlilikleri aileleri tarafından karar verilen kadınlar, çiftlerin kendilerinin evlilik kararı verdiği kadınlara göre %17 daha düşük özerkliğe sahip olmaktadır. Kadınların daha fazla çocuğu oldukça özerklikleri de azalmaktadır: hiç çocuğu olmayan kadınlara göre CSÜS’de özerklik 1-2 çocuğu olanlarda %49, 3-4 çocukta %70 ve daha fazla çocuğu olanlarda ise %75 azalmaktadır.

Bu modelde, tek koruyucu değişken evlilik süresidir. Buna göre, çocuk sayısının artması riskleri artırsa da evliliği 15 yıl ve daha uzun süren kadınlar cinsellik ve üreme konularındaki

özerkliklerinde korunaklı bir durumdadır. On beş yıl ve daha uzun süredir evli olan kadınlar 4 yıldan daha kısa süre evli olanlara göre 1,4 kat daha fazla özerkliğe sahiptir.

Kadınların yaşadıkları yerleşim yeri CSÜS’de özerklikleri üzerinde etkilidir. Kırsal alanlarda ve Batı Karadeniz bölgesinde yaşayan kadınların özerkliği, kentlerde ve Batı Anadolu bölgesinde yaşayan kadınlara göre daha düşüktür. Ancak ayrı modellerde daha geleneksel rolleri benimseme ve fiziksel şiddeti meşrulaştırma kadınların özerkliğini azaltırken, son modelde toplumsal cinsiyet normları anlamlı bulunmamıştır.

## 4.7. Sonuç

Bu çalışma ile kadınların cinsel sağlık ve üreme sağlığı açısından özerkliklerini analiz ederek bu alandaki çalışmalara katkıda bulunmayı amaçladık. Çalışmanın odak noktası kadınların özerkliği olmakla birlikte kullanılan veri ve sürdürülebilir kalkınma göstergesinin tanımı nedeniyle bazı kadınların bu çalışmanın sonuçlarına göre geride kaldığı unutulmamalıdır. Öncelikle, tüm DHS çalışmalarına benzer şekilde, yalnızca evli/birlikte yaşayan ve üreme çağındaki kadınlar hakkında veri bulunmakta, hiç evlenmemiş kadınlar çalışmaya dâhil edilmemektedir. Dolayısıyla sonuçlar Türkiye'deki tüm kadınlar ve kız çocukları için temsil edici değildir. İkinci olarak bu göstergede yöntem kullanımı bileşeni için yalnızca evli, araştırma tarihlerinde gebe olmayan ve yöntem kullanan kadınlar dikkate alınmaktadır. Son olarak bu nicel gösterge kullanılarak kesişimsellik ve kadın çeşitliliği de yansıtılmamaktadır (UNFPA, 2019a). Bu çalışmada, SKA 5.6.1'i temel alarak belirli faktörlere göre CSÜS kararlarına ilişkin özerk kadınların yüzdeleri hesaplanmıştır. Türkiye ortalamasını ölçüt olarak geride kalan kadınların ilgili özellikleri gösterilmeye çalışılmıştır. Betimleyici analizlerin yanında kadınların CSÜS özerkliğiyle ilgili risk ve koruyucu faktörler de analiz edilmiştir.

On beş kırk dokuz yaş arasındaki evli her on kadından beşi CSÜS ve haklarına dair kendi kararlarını verebilmektedir. Oranlar kadınların özerkliğini belirleyen üç bileşen için de değişmektedir. Cinsel ilişkiye hayır diyebilen kadınların sayısı 10 kadın içinde 8 iken, neredeyse tüm kadınlar kendi sağlıkları hakkındaki kararları kendi almaktadır. Öte yandan 10 kadından 6'sı gebeliği önleyici yöntem kullanımı konusunda kendi başlarına ya da eşleriyle birlikte karar verdiğini belirtmiştir. Yöntem kullanımı kararlarına ilişkin sonuçlar iki şekilde yorumlanabilir. İlk olarak yöntem kullanma ya da kullanmamaya çiftlerin kendi aralarında konuşarak ve uyum içinde karar vermeleri önemlidir. Bu konuya Kahire Konferansı başta olmak üzere birçok konferans ve

belgede değinilmiş, erkeklerin üreme sağlığına aktif katılımlarının önemi vurgulanmıştır. İkincisi, erkeklerin kararlar üzerindeki rolünün daha belirleyici olmasıyla ilgilidir. Bu çalışmadaki oranlar Türkiye'de yöntem kullanımı kararlarında erkeklerin daha baskın olduğunu belirten diğer çalışmaları doğrulamaktadır (CİSÜ, 2021b). On kadından yalnızca birinin eşiyile aile planlaması hakkında konuşması ve yine 10 kadından yaklaşık 8'inin yöntem kullanıp kullanmama kararını beraber vermesi karar alma süreçlerinde eşlerin kararının daha baskın olduğunu düşündürmektedir. Kadınların cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularında, özellikle yöntem kullanımı ve üreme sağlığı hizmetlerinde, bağımsız ya da birlikte verdikleri kararlar eşler arasındaki iletişimden olumlu bir şekilde etkilenmektedir. Eşler daha fazla iletişim kurdukça kararları birlikte vermeleri de daha muhtemeldir. Buna rağmen eşler arasındaki iletişim her zaman CSÜS ile ilgili olmasa da yeterli olmayabilir. Özellikle CSÜS ile ilgili konularda, genellikle şiddet içeren tepkilerin gelme ihtimali kadınların korkmalarına ve bu iletişimi başlatmamalarına neden olabilmektedir. Bu durum, aynı zamanda kadınların cinsel ilişkiye hayır diyememesinin ve kondom kullanma isteklerinde ısrar etmemelerinin de sebeplerinden biri olarak gündeme gelmektedir (UNFPA, 2019a). "En az 3 çocuk" söylemleri, kürtaj ve toplumsal cinsiyet karşıtı kampanyalar düşünüldüğünde bu sonuçların Türkiye açısından da şaşırtıcı olmadığı söylenebilir.

Cinsellik, Türkiye'de kültürel olarak halen bir tabudur ve bu, cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusundaki eğitimlere yansımaktadır. Çoğu kadın cinselliği yakın ilişkileri aracılığıyla öğrenmektedir. Ayrıca, geniş aile üyeleri özellikle kırsal alanlarda genç çiftlerin cinsel hayatlarında oldukça etkilidir ve kadınlar cinsellikle ilgili yeterli bilgiye sahip değildir. Ayrıca kırsal alanlardaki eğitim düzeyi ve özerkliği düşük olan kadınların eşit olmayan güç ilişkilerine daha fazla maruz kaldıkları ve eşleriyle bu konular hakkında konuşmalarının daha az mümkün olduğunu düşünmek de

gerekmektedir. Dolayısıyla kadınlar tarafından birlikte alındığı belirtilen kararlar aslında erkekler tarafından bastırılmaktadır (UNFPA, 2019a).

CSÜS ve haklarında özerklik konusunda geride kalan kadınların kimler olduğuna cevabımız şu faktörleri içermektedir: kadınların ve eşlerinin eğitim düzeyi, ana dil, medyaya erişim, evlilik kararı, evlilik süresi, çocuk sayısı, kentte ya da kırdaki yaşama ve buldukları bölge. Eğitim; kadınların özerkliğini, bilgiye ve kadınların güçlenmesine erişimi artırarak anlamlı bir şekilde etkilemektedir. Benzer şekilde hem kadının hem de erkeğin eğitiminin yüksek olması eşler arasında daha iyi iletişim ve erkekler için daha eşitlikçi değerlere sahip olmaları ihtimalini artırmaktadır. Eğitim kategorileri arasında, hiç eğitimi olmayan ya da ilkokulu tamamlamamış kadınlar özerklik konusunda en büyük riske sahiptir. SKA 5.6.2 göstergesi de ülkeleri, kadınların özerkliğini ve toplumsal cinsiyet eşitliğini engelleyen yasaları ve politikaları düzenlemeye teşvik ederek herkesin eşit bir şekilde cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine, bilgiye ve eğitime erişimini garantilemeyi hedeflemektedir (UN, 2015; UNFPA, 2019a).

Kadınların güçlenmesi ve birçok alandaki özerkliği benzer şekilde kadınların CSÜS özerkliğini de artırmaktadır. Örneğin, kadınların eğitime ve istihdama artan şekilde katılımı kadınların üreme sağlığı hakları üzerinde kendi kararlarını verme becerilerini güçlendiren faktörler arasındadır. SKA ve en son 2019'da Nairobi Zirvesi'nde olmak üzere, eğitim ve sağlık hizmetlerine yapılacak yatırımların önemi birçok uluslararası sözleşmede de vurgulanmıştır (UN, 2019b; UNFPA, 2019b). Nairobi Zirvesi'nin ilk teması<sup>33</sup> olan CSÜS'ye evrensel erişim ve evrensel sağlık hizmetleri altında, hükümet partnerleri, akademisyenler ve STK üyeleri dönüştürücü bir değişimin temeli olarak temel CSÜS önlem paketi üzerinde anlaşmıştır. Bu temel paket, kapsamlı cinsellik eğitimini, modern yöntemler için danışmanlık hizmetlerini, cinsel

sağlık ve iyilik hali ve infertiliteyi, cinsel ve toplumsal cinsiyet temelli şiddeti belirleme ve önlemeyi, üreme sistemleri kanserlerini ve HIV, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, güvenli kürtaj hizmetlerini ve güvenli olmayan kürtajın iyileştirilmesini içermektedir. Buna ek olarak, toplumsal cinsiyet eşitliği, kadınların liderliği ve bu hizmetlerin herkese sağlanması da zirvede vurgulanan noktalardır.

Paketin Türkiye'deki uygulamasına bakıldığında okullarda kapsamlı cinsellik eğitiminin olmaması ve çoğu gencin cinsellikle ilgili uygun bilgiye sahip olmamasından dolayı daha fazlasının yapılması gerektiği belirtilmelidir (CİSÜ, 2021b). Çocuk, erken yaşta ve zorla evlilikler ve genç annelik hala önde gelen sosyal problemlerdendir (Ergöçmen vd., 2020). Pro-natalist politikaları destekleyen doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetleri olumlu bir şekilde gelişmiş olsa da kürtaj, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı ve kürtaj hizmetlerinde aynı gelişmeler görülmemektedir (HÜNEE, 2019; Abbasoğlu Özgören, 2020). CSÜS raporunun durum analizine göre, yıllar içerisinde gençler için verilen CSÜS hizmetlerinde düşüş olmuş, bunların çoğu Sağlık Bakanlığının temel sağlık hizmetlerine de dâhil edilmemiştir (CİSÜ, 2021b).

Bu çalışmanın analizleri CSÜS alanında kadınların özerkliğini geliştirmek için eğitimin önemini göstermektedir. Eğitim düzeyindeki artış kadınların genel özerklik düzeyiyle olumlu bir şekilde ilişkilidir (UNFPA, 2019a; Alemayehu & Meskele, 2017). CSÜS ve hakları bilgisi, doğru bilgi sağlamak adına resmi eğitim sistemine dâhil edilmelidir. Bunun yanında yalnızca kadınlar için tasarlanmamış yeni program ve stratejilerin de geliştirilmesi gerekmektedir. Herkes için eşitliği sağlamak adına erkekler, gençler, LGBTQI bireyler, göçmenler ve diğer marjinalize edilmiş gruplar da bu programların kapsamına alınmalıdır.

<sup>33</sup> Nairobi Zirvesi'nin odaklandığı beş tema şunlardır: CSÜS ve haklarına evrensel erişim, CSÜS ve hakları ajandasını finanse etmek, demografik çeşitlilik, toplumsal cinsiyet temelli şiddeti ve zararlı uygulamaları sonlandırmak ve insani ve hassas bağlamlarda CSÜS ve hakları (UN, 2019b).

Daha önce belirtildiği gibi kadınların CSÜS açısından özerklikleri hayatlarının başka alanlarında karar verme becerileriyle ilişkilidir. 2018-TNSA veri analizi kadınların CSÜS özerkliğinin doğrudan kadınların evlilikteki konumlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Evlilik kararı aileleri ya da başkaları tarafından verilen kadınların CSÜS özerkliği de daha düşüktür. Öte yandan, kadınların CSÜS özerkliği, evliliğin süresi uzadıkça artmakta, bu da kadınların yaşlandıkça daha fazla güç kazandığı klasik erkek egemen topluluklarda yaygın olarak görülmektedir. Daha fazla çocuk sahibi olmak da kadınların CSÜS konularında kendi kararlarını verebilme güçlerini azaltmaktadır. Çalışmanın sonuçlarına ve Nairobi Zirvesi'nde alınan kararlara göre genç kadınların CSÜS ve haklarında desteklenmesi olumlu gelişmeler için temel bir konumdur.

TNSA bulgularına göre cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri açısından bölgesel, kentsel/kırsal düzeylerde farklılıklar zaman içerisinde azalsa da halen mevcuttur (HÜNEE, 2019). Kırsal alanlarda ve bazı bölgelerde kadınların özerkliği düşüktür, bu da değişen ekonomik, sosyal ve kültürel özelliklerle açıklanabilir. Bu bulgular, özellikle genç kadınlar için, sosyo-kültürel normların kırsal alanlarda cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine erişilebilirliği etkilediğini gösteren UNFPA'nın çalışmasıyla uyum içindedir (UNFPA, 2019a).

CSÜS ve haklarında Türkiye'deki kadınların yalnızca yarısının özerk olduğu düşünülürken bu konuyu ele alan belirli programların tasarlanması gerekliliği artmaktadır. Bu programlar, hem yasaların ve politikaların düzenlenmesi hem de hayatın her alanında eşitsizliklere yol açan sosyal normların değiştirilmesi yoluyla toplumsal cinsiyet eşitliğine ulaşmayı hedeflemelidir. Kesişimsel eşitsizliklerle daha fazla karşı karşıya kalma ihtimali olan dezavantajlı grupların da değerlendirilmesi gerekmektedir.

Türkiye, insan hakları ve kadın hakları ile ilişkili birçok sözleşmeye taraf olmakla birlikte toplumsal cinsiyet karşıtı hareketler ve İstanbul Sözleşmesi olarak bilinen Avrupa sözleşmesinden çıkması, CSÜS de dâhil olmak üzere kadınların birçok alandaki özerkliklerini garantilemenin önündeki dikkate değer tehditlerdir. Kadınların özerkliğinin sürdürülebilir kalkınma ve kimsenin geride kalmamasının sağlanması adına hayati önemde olduğu unutulmamalıdır.

## Kaynaklar

- Abbasoğlu Özgören, A. (2020). Nairobi commitments: towards the three zeros in turkey: Policy brief. [http://fs.hacettepe.edu.tr/hips/slider/slider\\_dosya/three-zeros-icpd.pdf](http://fs.hacettepe.edu.tr/hips/slider/slider_dosya/three-zeros-icpd.pdf).
- Adewole, I., & Gavira, A. (2018). Sexual and reproductive health and rights for all: An urgent need to change the narrative. *The Lancet*, 391, 2585-2586. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30888-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30888-2)
- Akın, A. (2007). Emergence of the family planning program in Turkey. In W. Robinson & J. Ross (Eds.), *The global family planning revolution: Three decades of population policies and programs* (pp. 85–103). Washington: World Bank Publications.
- Alemayehu, M., & Meskele, M. (2017). Health care decision making from rural districts of Southern Ethiopia: A community based cross-sectional study. *International Journal of Women's Health*, 9, 213-221. doi: 10.2147/IJWH.S131139
- Aslan, E., Bektaş, H., Başgöl, Ş., Demir, S., & Vural, P. I. (2014). Üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık konusundaki bilgi düzeyleri ve davranışları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 23(5), 174-182.
- Başar, F. (2017). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği: Kadın sağlığına etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3, 131-137.
- Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). (2006). Cinsel sağlık ve üreme sağlığı araştırması 2006. [https://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/10/2692011154421-Arastirma\\_sonuc\\_lari\\_Dosyasi\\_1.pdf](https://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/10/2692011154421-Arastirma_sonuc_lari_Dosyasi_1.pdf)
- CİSÜ. (2021a, 15 Kasım). *Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları Platformu*. CİSÜ Platformu. <https://cisuplatform.org.tr/>
- CİSÜ. (2021b). *Türkiye'de cinsel sağlık ve üreme sağlığı durum analizi raporu*. [https://cisuplatform.org.tr/download/turkiyede-cinsel-saglik-ve-ureme-sagligi-durum-analizi-raporu/?wpdm\\_l=8196&masterkey=609a87f704430](https://cisuplatform.org.tr/download/turkiyede-cinsel-saglik-ve-ureme-sagligi-durum-analizi-raporu/?wpdm_l=8196&masterkey=609a87f704430)
- Ergöçmen, A. B., Yüksel-Kaptanoğlu, İ., & Keskin, F. (2020). Child, early and forced marriage in Turkey. [https://turkey.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ingilizce\\_web\\_son\\_pdf.pdf](https://turkey.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ingilizce_web_son_pdf.pdf)
- Fang, J., Tang, S., Tan, X., & Tolhurst, R. (2020). Achieving SDG related sexual and reproductive health targets in China: What are appropriate indicators and how we interpret them? *Reproductive Health*, 17(84). <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00924-9>
- Fehling, M., Nelson, B. D., & Venkatapuram, S. (2013). Limitations of the Millenium Development Goals: A literature review. *Global Public Health*, 8(10), 1109-1122. <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2013.845676>
- Hay, K., McDougal, L., Percival, V., Henry, S., Klugman, J., Wurie, H., Raven, J., Shabalala, F., Fielding-Miller, R., Dey, A., Dehingia, N., Morgan, R., Atmavilas, Y., Saggurti, N., Yore, J., Blokhina, E., Huque, R., Barasa, E., Bhan, N., ... Raj, A. (2019). Disrupting gender norms in health systems: making the case for change. *Lancet*, 393, 2535- 2549. <http://dx.doi.org/10.1016/>

Heidari, S. (2015). Sexual rights and bodily integrity as human rights. *Reproductive Health Matters*, 23(46), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2015.12.001>

Hussein, J., & Ferguson, L. (2019). Eliminating stigma and discrimination in sexual and reproductive health care: a public health imperative. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(3), 1-5. <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1697103>

HÜNEE [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.

Langer, A. (2006). Cairo after 12 years: Successes, setbacks, and challenges. *The Lancet*, 368, 1550-1554. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69486-5

Örüklü, C., & Çakmak, S. (2021). Sürdürülebilir kalkınma hedefleri çerçevesinde kadın sağlığı. *International Journal of Human Sciences*, 18(3), 364-373. doi:10.14687/jhs.v18i3.6118

Özcan, M., Berkiten Ergin, A., & Acar, Z. (2013). Sexual and reproductive rights in Turkey: An overview. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (26), 122-136.

Pinar, G., & Taşkın, L. (2011). The efficiency of sexual health and reproductive health training program developed for university youth. *Gülhane Tıp Dergisi*, (53), 1-8.

Pugh, S. (2019). Politics, power, and sexual and reproductive health and rights: Impacts and opportunities. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(2), 1-5. <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1662616>

Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., Coll-Seck, A. M., Grover, A., Laski, L., Roa, M., Sathar, Z. A., Say, L., Serour, G. I., Singh, S., Stenberg, K., Temmerman, M., Biddlecom, A., Popinchalk, A., Summers, C., & Ashford, L. S. (2006). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: Report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*, 391, 2642-2692.

Şimşek, H. (2011). Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın üreme sağlığına etkisi: Türkiye örneği. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(2), 119-126.

Topgül, C., Çavlin, A., Adalı, T., & Dayan, C. (2017). Sisteme değil isteğe bağlı hizmet: Sağlık çalışanları gözünden İstanbul'da kürtaj ve aile planlaması hizmetlerinin durumu. Nüfusbilim Derneği, Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, UNFPA Türkiye Ofisi. Ankara, Türkiye.

United Nations (UN). (1995). *Beijing Declaration and Platform for Action*. [https://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Beijing\\_Declaration\\_and\\_Platform\\_for\\_Action.pdf](https://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Beijing_Declaration_and_Platform_for_Action.pdf)

United Nations (UN). (2015). Leave no one behind. <https://unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/leave-no-one-behind>

United Nations (UN). (2019). United Nations sustainable development cooperation framework. [https://unsdg.un.org/sites/default/files/2019-10/UN-Cooperation-Framework-Internal-Guidance-Final-June-2019\\_1.pdf](https://unsdg.un.org/sites/default/files/2019-10/UN-Cooperation-Framework-Internal-Guidance-Final-June-2019_1.pdf)

United Nations (UN). (2021). *SDG indicator metadata*. <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-05-06-01.pdf>

UNFPA. (1994). Programme of Action: Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA\\_en.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf)

UNFPA. (2019a). *Research on factors that determine women's ability to make decisions about sexual and reproductive health and rights*. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA\\_HERA\\_5-6-1\\_CLEAN\\_02\\_March1.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA_HERA_5-6-1_CLEAN_02_March1.pdf)

UNFPA. (2019b). Accelerating the Promise: The Report on the Nairobi Summit on ICPD25. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Nairobi\\_Summit\\_Report\\_on\\_ICPD25.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Nairobi_Summit_Report_on_ICPD25.pdf).

UNFPA. (2020). Ensure universal Access to sexual and reproductive health and reproductive rights: Measuring SDG Target 5.6. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-SDG561562Combined-v4.15.pdf>

UNFPA. (2021, 15 Kasım). Guidelines on collecting data for SDG indicator 5.6.1 in national household surveys. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Guidelines\\_on\\_Collecting\\_Data\\_for\\_SDG.6.1.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Guidelines_on_Collecting_Data_for_SDG.6.1.pdf)

Üstündağ, A. (2017). Cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitiminin gençler üzerinde etkisinin değerlendirilmesi. *Başkent University Journal of Education*, 4(1), 1-10.

WHO (2006) Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva. Sexual Health Document Series, World Health Organization, Geneva.

WHO. (2017). Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258738/9789241512886-eng.pdf;jsessionid=945F597DDE5655A0F286CFB45A1DE3EB?sequence=1>

Yamin, A. E. (2019). Power, politics and knowledge claims: Sexual and reproductive health and rights in the sdg era. *Global Policy*, 10(1), 52-60. doi: 10.1111/1758-5899.12598



**TABLO 4.A.1.** Demografik faktörlere göre kadınların CSÜS özerkliği (TNSA-2018)

Demografik Faktörler	Halen evli olan ve gebe olmayan kadınlar		Kendi sağlığı hakkında karar verme		Yöntem kullanımı kararı		Cinsel ilişkiye hayır diyebilme		CSÜS özerkliği	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
<b>Kadınların yaşı</b>										
15-19	1,0	53	(99,5)	50	*	*	*	*	*	*
20-24	7,5	366	96,5	352	71,3	249	82,9	309	56,8	204
25-29	14,5	721	95,2	687	66,4	472	85,6	611	54,9	387
30-34	18,8	929	95,7	884	63,1	563	85,7	790	54,7	478
35-39	21,2	1.024	95,5	974	58,0	568	84,0	846	46,5	448
40-44	19,9	936	95,2	881	58,1	509	84,0	773	48,9	421
45-49	17,2	841	95,8	801	55,3	457	79,1	652	43,1	347
<b>Kadınların eğitim düzeyi</b>										
Hiç eğitimi yok	12,0	688	90,1	617	53,0	360	61,9	431	28,2	197
İlkokul	40,6	1.985	96,0	1.891	55,6	1.050	81,5	1.603	44,8	831
Ortaokul	16,5	817	96,6	788	63,5	500	85,2	689	52,4	410
Lise ve üzeri	30,8	1.380	96,6	1.333	69,5	946	93,3	1.291	63,6	637
<b>Kadınların istihdam durumu</b>										
İstihdamda	29,2	1.406	95,8	1.340	61,7	817	87,6	1.204	53,8	697
İstihdamda değil	70,8	3.462	95,5	3.288	60,5	2.038	81,7	2.809	48,2	1.607
<b>Kadınların ana dili</b>										
Türkçe	79,2	3.748	96,2	3.592	61,3	2.212	86,8	3.222	52,8	1.885
Kürtçe	15,4	872	93,2	804	59,1	499	72,9	628	41,0	338
Arapça ve diğer	2,9	122	93,8	233	60,2	145	63,8	164	32,0	82

**TABLO 4.A.2.** Bireysel faktörlere göre kadınların CSÜS özerkliği (TNSA-2018)

Bireysel faktörler	Hal en evli olan ve gebe olmayan kadınlar		Kendi sağlığı hakkında karar verme		Yöntem kullanımı kararı		Cinsel ilişkiye hayır diyebilme		CSÜS özerkliği	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
<b>Kadınların mal sahipliği (arsa, ev ya da araba)</b>										
Kendisi	11,2	489	96,6	471	62,4	297	90,3	439	56,6	270
Eşi ile birlikte	24,4	1.238	95,3	1.174	58,9	698	85,3	1.037	49,8	577
Yok	64,5	3.143	95,5	2.984	61,4	1.861	81,5	2.538	48,7	1.458
<b>Gazete/dergi okuma</b>										
Hiç okumuyor	55,7	2.820	94,3	2.648	59,4	1.610	77,4	2.167	44,4	1.188
Haftada birden az	21,0	1.058	96,4	1.014	57,6	586	88,4	929	50,9	515
Haftada en az bir kere	23,2	992	98,0	967	67,5	660	93,3	918	62,1	602
<b>Kadın programı izleme</b>										
İzlemiyor	47,8	2.234	95,1	2.124	63,6	1.371	85,1	1.884	52,8	1.134
Düzensiz olarak izliyor	18,6	911	96,5	1.720	59,2	1.038	81,0	1.452	47,7	824
Düzenli olarak izliyor	49,8	2.219	95,0	782	56,6	445	83,4	675	45,9	345
<b>İnternet kullanımı</b>										
Kullanmıyor	31,6	1.737	92,7	1.603	53,5	885	70,1	1.224	36,1	589
Düzensiz olarak kullanıyor	18,6	911	97,0	880	60,4	532	83,6	765	49,5	436
Düzenli olarak kullanıyor	49,8	2.219	96,8	2.143	65,7	1.437	91,7	2.022	58,7	1.278
<b>Doğurgan döneme dair doğru bilgi</b>										
Evet	64,4	3.012	96,1	2.879	63,2	1.809	87,4	2.605	54,0	11.523
Bilmiyor	16,3	886	95,2	838	58,4	515	76,9	672	43,3	384
Hayır	19,3	972	94,1	912	55,3	532	75,7	737	41,6	398
<b>Toplam</b>	<b>61,9</b>	<b>4.870</b>	<b>95,6</b>	<b>4.629</b>	<b>60,9</b>	<b>2.856</b>	<b>83,4</b>	<b>4.014</b>	<b>49,8</b>	<b>2.305</b>

**Not:** (\*) Ağırlıksız gözlem sayısının 25'in altında olduğunu ve çıkarıldığını göstermektedir. Parantez içerisinde gösterilen bulgular 25 ile 49 arasında ağırlıksız gözlem sayısına dayanmaktadır.

**TABLO 4.A.3.** Eş ile ilgili faktörlere göre kadınların CSÜS özerkliği (TNSA-2018)

Eşle ilişkili faktörler	Halén evli olan ve gebe olmayan kadınlar		Kendi sağlığı hakkında karar verme		Yöntem kullanımı kararı		Cinsel ilişkiye hayır diyebilme		CSÜS özerkliği	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
<b>Eşin eğitim düzeyi</b>										
Hiç eğitimi yok	1,8	104	90,3	95	54,6	56	65,4	66	*	*
İlkokul	34,8	1.734	94,9	1.634	55,7	914	77,0	1.319	41,8	675
Ortaokul	43,7	2.105	95,0	1.989	60,3	1.232	84,7	1.771	49,6	999
Lise ve üzeri	19,8	912	98,8	899	71,7	644	93,9	850	66,7	595
<b>Eşin istihdam durumu (son 7 günde)</b>										
Hayır	15,4	823	93,1	765	57,2	459	77,6	635	42,2	336
Evet	84,6	4.043	96,1	3.861	61,6	2.395	84,5	3.376	51,3	1.968
<b>Eşin ana dili</b>										
Türkçe	79,1	3.737	96,2	3.581	61,2	2.203	86,6	3.201	52,7	1.872
Kürtçe	15,9	897	93,2	831	59,0	513	73,5	658	40,5	353
Arapça ve diğer	5,0	225	93,8	209	62,2	134	65,0	148	35,5	77
<b>Eşin kontrol edici davranışları</b>										
Yok	64,5	3.091	96,1	2.960	61,8	1.834	85,6	2.616	51,6	1.514
En az bir kere	35,5	1.779	94,1	1.669	59,2	1.022	79,5	1.398	46,7	791
<b>Toplam</b>	<b>61,9</b>	<b>4.870</b>	<b>95,6</b>	<b>4.629</b>	<b>60,9</b>	<b>2.856</b>	<b>83,4</b>	<b>4.014</b>	<b>49,8</b>	<b>2.305</b>

Not: (\*) Ağırılıksız gözlem sayısının 25'in altında olduğunu ve çıkarıldığını göstermektedir.

**TABLO 4.A.4.** Evlilik ile ilgili faktörlere göre kadınların CSÜS özerkliği (TNSA-2018)

Evlilik faktörleri	Halen evli olan ve gebe olmayan kadınlar		Kendi sağlığı hakkında karar verme		Yöntem kullanımı kararı		Cinsel ilişkiye hayır diyebilme		CSÜS özerkliği	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
<b>Kadınların ilk evlenme yaşı</b>										
<18	24,4	1.241	95,1	1.172	54,9	655	78,0	971	41,9	502
18+	75,6	3.629	95,7	3.457	62,8	2.201	85,2	3.043	52,4	1.803
<b>Evlilik kararı</b>										
Çift birlikte	56,4	2.667	96,3	2.558	65,5	1.669	89,3	2.357	57,2	1.463
Aileler ya da başkası	43,6	2.200	94,7	2.070	54,8	1.155	75,8	1.656	40,4	841
<b>Eş ile AP hakkında konuşma</b>										
Hayır	93,0	4.546	95,5	4.315	59,8	2.629	83,1	3.740	48,8	3.740
Evet	7,0	324	97,1	314	74,4	227	87,5	274	63,8	274
<b>Evlilik süresi</b>										
0-4 yıl	12,7	541	95,9	518	70,5	375	84,5	458	57,9	308
5-14 yıl	35,8	1.562	96,4	1.503	66,5	1.005	86,9	1.336	56,2	837
15+ yıl	51,5	2.264	95,6	2.146	53,9	1.168	81,9	1.832	43,5	926
<b>Çocuk sayısı</b>										
Çocuğu yok	6,0	291	96,4	277	84,2	240	83,6	239	69,3	194
1-2 çocuk	55,8	2.587	96,6	2.493	66,3	1.656	88,1	2.261	57,3	1.419
3-4 çocuk	31,9	1.626	95,2	1.539	49,7	789	79,2	1.285	37,9	597
5+ çocuk	6,3	366	87,3	320	47,0	171	62,4	229	25,8	95
<b>Toplam</b>	<b>61,9</b>	<b>4.870</b>	<b>95,6</b>	<b>4.629</b>	<b>60,9</b>	<b>2.856</b>	<b>83,4</b>	<b>4.014</b>	<b>49,8</b>	<b>2.305</b>

**Not:** (\*) Ağırlıksız gözlem sayısının 25'in altında olduğunu ve çıkarıldığını göstermektedir. Parantez içerisinde gösterilen bulgular 25 ile 49 arasında ağırlıksız gözlem sayısına dayanmaktadır.

**TABLO 4.A.5.** Hanehalkı/topluluk ile ilgili faktörlere göre kadınların CSÜS özerkliği (TNSA-2018)

Hanehalkı refah düzeyi	Hal en evli olan ve gebe olmayan kadınlar		Kendi sağlığı hakkında karar verme		Yöntem kullanımı kararı		Cinsel ilişkiye hayır diyebilme		CSÜS özerkliği	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
<b>Hanehalkı refah düzeyi</b>										
En düşük	15,2	961	91,7	879	53,3	502	68,0	666	34,5	327
Düşük	18,9	1.035	94,4	975	54,7	549	74,0	778	37,7	389
Orta	20,9	981	95,5	938	60,7	582	85,6	841	50,8	490
Yüksek	22,0	954	97,5	926	64,3	584	88,7	860	56,2	511
En düşük	23,1	939	97,2	911	67,7	639	94,2	879	62,9	588
<b>Yerleşim yeri</b>										
Kent	77,6	3.447	96,4	3.309	63,7	2.136	85,7	2.935	53,6	1.783
Kır	22,4	1.423	92,8	1.320	50,9	720	75,4	1.079	36,9	522
<b>5 bölge</b>										
Batı	43,6	1.467	96,7	1.411	63,8	909	87,0	1.284	54,4	780
Güney	12,7	605	92,7	564	58,1	352	78,3	477	43,8	269
Orta	21,7	1.004	97,4	974	61,4	603	85,5	851	53,1	514
Kuzey	5,5	616	94,9	588	49,1	309	80,8	508	40,3	256
Doğu	16,6	1.178	92,7	1.092	58,4	683	75,9	894	41,4	486
<b>12 bölge</b>										
İstanbul	20,6	397	97,0	385	66,0	262	85,1	338	56,1	223
Batı Marmara	4,3	442	94,6	418	59,1	260	87,4	386	51,6	227
Ege	12,3	367	97,2	357	66,6	243	87,5	321	55,0	201
Doğu Marmara	10,1	410	97,1	398	56,7	233	89,6	367	50,2	206
Batı Anadolu	10,8	377	98,4	371	67,0	254	88,2	333	60,4	229
Akdeniz	12,7	605	92,7	564	58,1	352	78,3	477	43,8	269
Orta Anadolu	5,0	361	96,3	348	57,6	209	84,1	303	46,8	169
Batı Karadeniz	5,4	405	93,0	378	44,9	183	75,2	305	35,1	144
Doğu Karadeniz	2,2	328	96,7	318	54,4	177	88,2	290	46,2	151
Kuzeydoğu Anadolu	2,3	346	92,5	320	59,3	205	77,6	266	44,6	155
Orta Doğu Anadolu	4,4	353	92,5	326	53,0	187	76,3	269	35,0	124
Güneydoğu Anadolu	9,8	478	92,9	446	60,7	291	75,4	359	43,5	207
<b>Toplam</b>	<b>61,9</b>	<b>4.870</b>	<b>95,6</b>	<b>4.629</b>	<b>60,9</b>	<b>2.856</b>	<b>83,4</b>	<b>4.014</b>	<b>49,8</b>	<b>2.305</b>

**TABLO 4.A.6.** Toplumsal cinsiyet normlarına ilişkin faktörlere göre kadınların CSÜS özerkliği (TNSA-2018)

Toplumsal cinsiyet ve sosyal norm faktörleri	Hal en evli olan ve gebe olmayan kadınlar		Kendi sağlığı hakkında karar verme		Yöntem kullanımı kararı		Cinsel ilişkiye hayır diyebilme		CSÜS özerkliği	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
<b>Görüş</b>										
<b>“Ailede önemli kararlar sadece ailenin erkekleri tarafından alınmalıdır”</b>										
Katılıyor	11,7	636	90,6	572	57,9	349	63,9	403	33,5	198
Katılmıyor	87,8	4.208	96,3	4.035	61,3	2.493	86,2	3.595	52,1	2.097
Bilmiyor/Fikri yok	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
<b>“Erkek çocuğun eğitimi olması kız çocuğun eğitimi olmasından önemlidir”</b>										
Katılıyor	7,8	425	90,6	378	56,3	227	65,4	279	34,8	140
Katılmıyor	92,0	4.431	96,0	4.240	61,3	2.623	85,0	3.727	51,2	2.161
Bilmiyor/Fikri yok	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
<b>“Küçük çocukları olan kadınlar çalışmamalıdır”</b>										
Katılıyor	43,7	2.165	94,7	2.036	59,2	1.231	77,6	1.665	44,5	909
Katılmıyor	54,5	2.612	96,2	2.504	62,4	1.575	88,3	2.277	54,4	1.358
Bilmiyor/Fikri yok	1,8	90	95,8	86	(56,1)	48	75,1	69	(40,2)	36
<b>“Kadınlar siyasette daha çok yer almalıdır”</b>										
Katılıyor	73,4	3.576	95,8	3.410	60,2	2.085	86,0	3.037	50,7	1.730
Katılmıyor	19,2	930	95,0	876	64,0	563	76,8	706	48,2	418
Bilmiyor/Fikri yok	7,4	361	94,4	340	59,8	206	74,4	268	45,2	155
<b>“Kadınlar evlendiklerinde bakire olmalıdır”</b>										
Katılıyor	67,2	3.381	95,0	3.199	58,6	1.906	80,9	2.711	46,1	1.479
Katılmıyor	29,3	1.311	96,9	1.261	65,3	838	89,1	1.155	58,0	733
Bilmiyor/Fikri yok	3,4	175	94,5	166	66,7	110	83,5	145	53,6	91
<b>“Yemek, bulaşık, çamaşır, ütü ve temizlik gibi ev işlerini erkekler de yapmalıdır”</b>										
Katılıyor	65,0	3.304	95,0	3.126	59,4	1.880	79,9	2.633	46,3	1.446
Katılmıyor	34,2	1.521	96,7	1.461	63,9	952	89,9	1.353	56,7	837
Bilmiyor/Fikri yok	(0,8)	42	(94,1)	39	*	*	(85,4)	35	*	*

**TABLO 4.A.6.** Toplumsal cinsiyet normlarına ilişkin faktörlere göre kadınların CSÜS özerkliği (TNSA-2018)(Devam)

Toplumsal cinsiyet ve sosyal norm faktörleri	Halen evli olan ve gebe olmayan kadınlar		Kendi sağlığı hakkında karar verme		Yöntem kullanımı kararı		Cinsel ilişkiye hayır diyebilme		CSÜS özerkliği	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
<b>Görüş</b>										
<b>Kadın eşinden habersiz dışarı çıktığında eşinin şiddet uygulaması doğrudur</b>										
Hayır	96,2	4.644	96,0	4.433	61,1	2.729	84,3	3.876	50,6	2.233
Evet	3,5	209	85,0	182	55,6	118	61,9	128	30,6	65
Bilmiyor	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
<b>Kadın çocukların bakımını ihmal ettiğinde eşinin şiddet uygulaması doğrudur</b>										
Hayır	92,4	4.446	96,1	4.247	61,5	2.639	84,4	3.712	50,8	2.153
Evet	7,0	387	89,6	349	52,7	198	70,8	273	36,5	135
Bilmiyor	(0,7)	34	(89,6)	30	*	*	(77,4)	26	*	*
<b>Kadına eşine karşılık verdiği eşinin şiddet uygulaması doğrudur</b>										
Hayır	94,8	4.570	96,0	4.364	61,4	2.699	84,3	3.810	50,9	2.207
Evet	4,3	252	86,6	221	51,0	134	66,0	170	30,4	83
Bilmiyor	(0,9)	45	(91,5)	41	*	*	(68,3)	31	*	*
<b>Kadın cinsel ilişkide bulunmayı reddettiğinde eşinin şiddet uygulaması doğrudur</b>										
Hayır	97,7	4.734	95,9	4.517	61,0	2.782	84,0	3.934	50,3	2.264
Evet	1,7	98	80,4	81	58,3	56	59,9	58	(32,1)	31
Bilmiyor	(0,6)	35	(78,6)	28	*	*	*	*	*	*
<b>Kadın yemeği yaktığında eşinin şiddet uygulaması doğrudur</b>										
Hayır	98,8	4.801	95,7	4.572	61,0	2.820	83,6	3.967	50,1	2.283
Evet	0,9	56	(85,7)	47	(54,5)	30	(72,3)	40	*	*
Bilmiyor	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
<b>Toplam</b>	<b>61,9</b>	<b>4.870</b>	<b>95,6</b>	<b>4.629</b>	<b>60,9</b>	<b>2.856</b>	<b>83,4</b>	<b>4.014</b>	<b>49,8</b>	<b>2.305</b>

**TABLO 4.A.7.** Lojistik Regresyon Modelinin Sonuçları: Kadınların CSÜS ve Haklarındaki Özerkliğinin Risk ve Koruyucu Faktörleri, TNSA-2018, Türkiye

		%95 C.I for EXP (B)		
Demografik faktörler	Sig.	Exp (B)	Lower	Upper
<b>Kadınların yaşı</b>	,239			
20-24		1,00		
25-29	,319	,85	,615	1,172
30-34	,670	,94	,657	1,311
35-39	,236	,8	,548	1,160
40-44	,987	,1	,666	1,491
45-49	,489	,86	,566	1,313
<b>Kadınların eğitim düzeyi</b>	,001			
Hiç eğitimi yok	,001	,58	,412	,808
İlkokul	,893	1,02	,815	1,264
Ortaokul	,793	,97	,773	1,218
Lise ve üzeri		1,00		
<b>Kadınların istihdam durumu</b>				
İstihdamda		1,00		
İstihdamda değil	,661	,97	,829	1,137
<b>Kadınların ana dili</b>	0,04			
Türkçe		1,00	,773	
Kürtçe	,59	1,10	,358	1,572
Arapça ve diğer	,021	,57		,918
<b>Kadınların mal sahipliği (arsa, ev, ya da araba)</b>	,923			
Kendisi	,778	1,00	,754	
Eşiyle birlikte	,974	,97	,794	1,235
Yok		1,00		1,249



**TABLO 4.A.7.** Lojistik Regresyon Modelinin Sonuçları: Kadınların CSÜS ve Haklarındaki Özerkliğinin Risk ve Koruyucu Faktörleri, TNSA-2018, Türkiye (Devam)

			%95 C.I for EXP (B)	
Bireysel faktörler	Sig.	Exp (B)	Lower	Upper
<b>Gazete/dergi okuma</b>	,07			
Hiç okumuyor	,081	,85	,702	1,021
Haftada birden az	,023	,79	,642	,968
Haftada en az bir kere		1,00		
<b>Kadın programı izleme</b>	,743			
İzlemiyor		1,00		
Düzensiz olarak izliyor	,904	1	,850	1,154
Düzenli olarak izliyor	,451	,93	,765	1,126
<b>İnternet kullanımı</b>	,855			
Kullanmıyor	,609	,95	,766	1,169
Düzensiz olarak kullanıyor	,990	,99	,826	1,208
Düzenli olarak kullanıyor		1,00		
<b>Doğurgan döneme dair doğru bilgi</b>	,238			
Bilmiyor	,237	,89	,731	1,081
Evet		1,00		
Hayır	,139	,87	,724	1,046

**TABLO 4.A.7.** Lojistik Regresyon Modelinin Sonuçları: Kadınların CSÜS ve Haklarındaki Özerkliğinin Risk ve Koruyucu Faktörleri, TNSA-2018, Türkiye (Devam)

			%95 C.I for EXP (B)	
Eş ile ilişkili fatörler	Sig.	Exp (B)	Lower	Upper
<b>Eşin eğitim düzeyi</b>	,001			
Hiç eğitimi yok	,018	,45	,233	,873
İlkokul	,009	,73	,571	,923
Ortaokul	,0	,67	,550	,827
Lise ve üzeri		1,00		
<b>Eşin istihdam durumu (son 7 günde)</b>				
Evet		1,00		
Hayır	,991	1,00	0,822	1,215
<b>Eşin ana dili</b>	,961			
Türkçe		1,00		
Kürtçe	,915	,981	,686	1,403
Arapça ve diğer	,871	1,04	,643	1,683
<b>Eş ile AP hakkında konuşma</b>				
Hayır	,01	,7	,530	,919
Evet		1,00		
<b>Eşin kontrol edici davranışları</b>		,89		
Yok				
En az bir kere	,106		,772	1,025

**TABLO 4.A.7.** Lojistik Regresyon Modelinin Sonuçları: Kadınların CSÜS ve Haklarındaki Özerkliğinin Risk ve Koruyucu Faktörleri, TNSA-2018, Türkiye (Devam)

			%95 C.I for EXP (B)	
Evlilikle ilgili faktörler	Sig.	Exp (B)	Lower	Upper
<b>Kadınların ilk evlenme yaşı</b>				
<18		,100		
18+	,1	1,16	,974	1,383
<b>Evlilik kararı</b>				
Çift birlikte		1,00		
Aileler ya da başkası	,019	,83	,714	,970
<b>Evlilik süresi</b>	,01			
0-4 yıl		1,00		
5-14 yıl	,611	1,08	,777	1,535
15+ yıl	,018	1,38	1,056	1,804
<b>Çocuk sayısı</b>	0			
Çocuğu yok		1,00		
1-2 çocuk	0	,51	,368	,707
3-4 çocuk	0	,31	,217	,442
5+ çocuk	0	,25	,157	,409

**TABLO 4.A.7.** Lojistik Regresyon Modelinin Sonuçları: Kadınların CSÜS ve Haklarındaki Özerkliğinin Risk ve Koruyucu Faktörleri, TNSA-2018, Türkiye (Devam)

			%95 C.I for EXP (B)	
Hanehalkı/Topluluk Faktörleri	Sig.	Exp (B)	Lower	Upper
<b>Hanehalkı refah düzeyi</b>	,267			
En düşük	,679	,931	,663	1,307
Düşük	,152	,816	,618	1,078
Orta	,72	1,043	,827	1,317
Yüksek	,778	1,031	,836	1,27
En düşük		1,00		
<b>Yerleşim yeri</b>				
Kent		1,00		
Kır	,003	,74	,603	,898
<b>12 bölge</b>	,029			
İstanbul		1,00		
Batı Marmara	,930	1,01	,783	1,306
Ege	,302	,82	,554	1,201
Doğu Marmara	,258	,85	,635	1,130
Batı Anadolu	,082	,77	,577	1,033
Akdeniz	,272	,85	,631	1,139
Orta Anadolu	,248	,81	,564	1,160
Batı Karadeniz	,001	,54	,376	,777
Doğu Karadeniz	,270	,76	,469	1,236
Kuzeydoğu Anadolu	,773	1,1	,641	1,818
Orta Doğu Anadolu	,165	,75	,494	1,128
Güneydoğu Anadolu	,782	1,05	,752	1,449

**TABLO 4.A.7.** Lojistik Regresyon Modelinin Sonuçları: Kadınların CSÜS ve Haklarındaki Özerkliğinin Risk ve Koruyucu Faktörleri, TNSA-2018, Türkiye (Devam)

			%95 C.I for EXP (B)	
Toplumsal Cinsiyet Normları	Sig.	Exp (B)	Lower	Upper
<b>“Ailede önemli kararlar sadece ailenin erkekleri tarafından alınmalıdır”</b>				
Katılıyor	,071	,797	,623	1,020
Katılmıyor		1,00		
<b>“Erkek çocuğun eğitimi olması kız çocuğun eğitimi olmasından önemlidir”</b>				
Katılıyor	,389	,88	,665	1,172
Katılmıyor		1,00		
<b>“Küçük çocukları olan kadınlar çalışmamalıdır”</b>	,111			
Katılıyor	,811	1,07	,601	1,917
Katılmıyor		1,00		
<b>“Kadınlar siyasette daha çok yer almalıdır”</b>	,626			
Katılıyor	,824	1,02	,855	1,217
Katılmıyor		1,00		
Bilmiyor/Fikri yok	,335	1,14	,870	1,504
<b>“Kadınlar evlendiklerinde bakire olmalıdır”</b>	,236			
Katılıyor	,447	,86	,574	1,278
Katılmıyor		1,00		
Bilmiyor/Fikri yok	,192	,77	,524	1,139
<b>“Yemek, bulaşık, çamaşır, ütü ve temizlik gibi ev işlerini erkekler de yapmalıdır”</b>				
Katılıyor	,400	,935	,801	1,093
Katılmıyor		1,00		
<b>Kadın eşinden habersiz dışarı çıktığında eşinin şiddet uygulaması doğrudur</b>				
Hayır		1,00		
Evet	,798	,94	,589	1,503
<b>Kadın çocukların bakımını ihmal ettiğinde eşinin şiddet uygulaması doğrudur</b>				
Hayır		1,00		
Evet	,177	1,248	,905	1,722

**TABLO 4.A.7.** Lojistik Regresyon Modelinin Sonuçları: Kadınların CSÜS ve Haklarındaki Özerkliğinin Risk ve Koruyucu Faktörleri, TNSA-2018, Türkiye (Devam)

			%95 C.I for EXP (B)	
Toplumsal Cinsiyet Normları	Sig.	Exp (B)	Lower	Upper
<b>Kadına eşine karşılık verdiği eşinin şiddet uygulaması doğrudur</b>				
Hayır		1,00		
Evet	,400	,84	,562	1,259
<b>Kadın cinsel ilişkide bulunmayı reddettiğinde eşinin şiddet uygulaması doğrudur</b>				
Hayır		1,00		
Evet	,530	,95	,820	1,108
<b>Kadın yemeği yaktığında eşinin şiddet uygulaması doğrudur</b>				
Hayır		1,00		
Evet				

## Yazarlar

<b>A. Banu Ergöçmen</b>	Prof. Dr.	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
<b>Ahmet Sinan Türkyılmaz</b>	Prof. Dr.	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
<b>Alanur Çavlin</b>	Doç. Dr.	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
<b>Ayşe Abbasoğlu Özgören</b>	Dr. Öğr. Üyesi	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
<b>Emetullah Mümine Barkçin</b>	Arş. Gör.	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
<b>İlknur Yüksel-Kaptanoğlu</b>	Doç. Dr.	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
<b>İsmet Koç</b>	Prof. Dr.	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
<b>Kardelen Güneş</b>	Arş. Gör.	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
<b>Melike Saraç</b>	Dr. Öğr. Üyesi	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
<b>Pelin Çağatay</b>	Öğr. Gör. Dr.	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
<b>Yaser Koyuncu</b>	Arş. Gör.	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
<b>Zehra Yayla Enfiyeci</b>	Arş. Gör.	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 1993-2018

Üreme Sağlığı  
Konularında  
**Tematik  
Analizler**  
1993-2018

