

ÜREME SAĞLIĞINDA YAŞAMBOYU YAKLAŞIMI Dr. Şevkat Bahar Özvarış*, Dr.Ayşegül Esin Ertan**

Giriş

Son 30 yıllık dönemde, sağlık alanında önemli gelişmeler sonucunda; beklenen yaşam süresi artmış, anne ve çocuk ölümlerinde azalma kaydedilmiştir. Ancak, bu olumlu gelişmelerden tüm insanlar eşit şekilde yararlanamamıştır, halen de yararlanamamaktadır. Bölgelerarası ve kıır-kent farklılığının yanı sıra, özellikle gelişmekte olan ülkelerde yoksullar, sağlık riski en yüksek grubu oluşturmaktadır. Günümüzde global düzeyde yoksulluğun giderek yaygınlaşması ve süreklilik kazanması, sosyal ve ekonomik eşitsizlikler, aşırı nüfus artışı, çevresel kirlenme gibi temel sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunlar bütün ülkeleri ilgilendiren ortak sorunlar olarak ortaya çıkmakta ve nüfus konusuna yönelik uluslararası işbirliğinin artırılması konusunda ortak bir görüş giderek yaygınlık kazanmaktadır(Birleşmiş Milletler, 1994, s:1-12)

Başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere tüm dünya 1960'lı yıllarda, kontrolsüz nüfus artışının ekonomik ve sosyal kalkınma üzerindeki olumsuz etkileri konusuna odaklanmaya başlamıştır. 1970'lerde demografi ağırlıklı yaklaşım, 1980'lerde yerini sağlıkla ilgili kaygılara, 1990'larda ise, artık insanların hakları ve ihtiyaçları üzerine odaklanmaya bırakmıştır. Bu süreçte; Bükreş'te(1974), Mexico City'de(1984) ve Kahire'de(1994) yapılan üç büyük konferansta, nüfus ve aile planlamasının, genel kalkınma çabalarının ayrılmaz bir parçası olduğu ortaya konmuştur(Dünya Sağlık Raporu 1998, s:115).

1994'te Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (International Conference on Population and Development-ICPD), kalkınmanın temel ve vazgeçilmez bir insan hakkı olduğunu vurgulamıştır. Toplantıda nüfus politikalarının temelinde, bireylerin yaşam kalitesini yükseltme hedefinin yer alması gerektiği, nüfus, kaynaklar, çevre ve kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkilerinin bilincinde olunması gerektiği ilkeleri kabul edilmiştir. Yoksulluğun yokedilmesi için bütün ülkelerin işbirliği yapması zorunluluğu, kadınlarla kız çocuklarına özel olarak önem verecek şekilde eğitimin herkesin hakkı olduğu ve önceliğin çocuklara verilmesi gerektiği gibi ilkeler kabul edilmiştir(Birleşmiş Milletler, 1994, s:1-12)

Konferansın sonuçları daha sonra, 1995'de Pekin'de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansı'nda da bir kez daha vurgulanmış ve bu konferanslardan sonra eylem programları hazırlanmıştır. Eylem programlarının ana konularını; kalkınma ve nüfus ilişkisi, kadınların güçlendirilmesi, cinsiyetlerarası eşitliğin ve hakkaniyetin sağlanması, kadınlara yönelik şiddetin önlenmesi, üreme sağlığı ve aile planlaması, kız çocukları, gençler ve yaşlılar oluşturmuştur(Birleşmiş Milletler, 1994, s:1-12) Eylem Programı'nda ayrıca, aile planlaması çalışmalarının, daha geniş bir kavram olan "Üreme Sağlığı" içerisine dahil edilmesinin gereği vurgulanmıştır. Üreme sağlığı hizmetlerinin, temel sağlık hizmetleri aracılığı ile uygun yaştaki herkese sağlanması şart koşulmuştur.

Üreme Sağlığı; tanım olarak, "üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyiş süreciyle ilgili, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden bütünüyle iyi olma durumudur" (World Health Organization,1999,pp:12). Üreme Sağlığı aynı zamanda, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir(Akın, 1994, s:15-19; ICPD, 1994, pp:10).

Dünya Sağlık Örgütü'nün(DSÖ) bu tanımından anlaşılabilceği gibi, üreme sağlığı herkesi ilgilendirmektedir. Kadın ve erkek herkes, yaşamları boyunca, normal büyüme ve gelişme sürecinden kaynaklanan üreme ve cinsel sağlık ihtiyaçlarına sahiptir. Bu yaklaşımda, *doğumdan ölüme kadar kadın ve erkeğin yaşamının bir bütün olarak ele alınması gerektiği; yaşama sağlıklı başlamanın ilk adım olduğu, bireyin sağlık gelişiminin birçok faktörün kümülatif*

* Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

** Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

etkisiyle oluştuğu, bireylerin sağlıklarıyla ilgili şu andaki durumlarının bir önceki dönemin bir sonucu, bir sonraki dönemin ise bir nedeni olduğu bir kez daha önemle vurgulanmaktadır. DSÖ, bu bütüncül yaklaşımla, ailelerin, çocukların, adolesanların ve kadınların sağlığını geliştirici-destekleyici programları gündeme getirmektedir.

DSÖ üreme sağlığı programlarının hedefleri olarak; bireylerin, sağlıklı, eşit ve sorumlu ilişkiler ve cinsellik ve sağlıklı cinsel gelişme ve olgunlaşma için kapasitelerini geliştirebilmelerinin, bireylerin üreme ile ilgili kararlarını(çocuk sayısı ve çocuklarının zamanlamasına) güvenli ve sağlıklı bir şekilde uygulayabilmelerinin sağlanması belirtmektedir. Ayrıca; bireylerin, cinsellik ve üremeye bağlı hastalık ve sakatlıklardan korunma ve ihtiyaç duyduğuunda uygun danışmanlık, bakım ve rehabilitasyon alabilmelerinin sağlanması hedefleri içerisinde belirtmektedir.

Kahire konferansında ele alınan kavramlardan biri de “üreme hakları” olmuştur. Üreme hakları; insanların üreme yeteneğine ve bunu ne zaman ve nasıl gerçekleştireceklerine karar verme özgürlüğüne sahip oldukları anlamına gelmektedir. Bu kapsamda; bireylerin ve çiftlerin, çocuklarının sayısı ve aralığına özgür ve sorumlu bir şekilde karar vermeleri ve bunu sağlayabilmek için gerekli bilgiye sahip olabilmeleri, en yüksek üreme ve cinsel sağlık standardına ulaşabilmeleri, şiddet ve baskı ve ayrımcılık olmaksızın kararlarını verebilmeleri ve adolesan dönemden başlanarak, postmenopozal ve yaşlılık dönemi de dahil üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma haklarının insan hakları kapsamında ele alınması gereği vurgulanmıştır.

Kadınların gebelik dönemlerini ve doğumlarını güvenli koşullarda gerçekleştirmelerini sağlayacak uygun sağlık hizmetlerinden yararlanabilme hakkı da üreme hakları arasında yer almaktadır. Günümüzde üreme sağlığı alanında(cinsel sağlık ve aile planlamasını da içine alacak şekilde) hükümetlerin ve toplum katılımlı politika ve programların, “herkes için” bu haklar temelinde olması önerilmektedir(Akın, 2001, s:4-8; ICPD, 1994, pp10).

Kahire konferansında da ortaya konuğu gibi; temel sağlık hizmetleri kapsamında ele alınması gereken üreme sağlığı hizmetleri şunları içermelidir(Akın, 1994, s:15-19; Fathalla,1992, pp 3-32):

- Sorumlu üreme ve cinsel davranış, sorumlu ebeveynlik için bilgilendirme-eğitim-iletişim(BEI)
- Yaygın aile planlaması hizmetleri, aile planlamasında bilgilendirme-eğitim-iletişim(BEI) ve danışmanlık
- Etkin ana sağlığı hizmetleri ve güvenli annelik; doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım ve emzirme
- Genital yol enfeksiyonlarının (GYE) etkin kontrolü
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların(CYBE) önlenmesi ve AIDS ile mücadele
- İnfertilitenin önlenmesi ve tedavisi
- Güvenli olmayan düşüklere son verilmesi ve düşüğe bağlı sonuçlarda gerekenin yapılması
- Üreme organları malignensilerinin önlenmesi ve tedavisi
- Beslenme
- Bebek ve çocuk Sağlığı
- Adölesan sağlığı ve cinselliği
- Sağlıklı yaşam biçimi
- Çevresel faktörlerin düzenlenmesi
- Sosyal, kültürel ve davranışsal faktörlerin düzenlenmesi.

Bu hizmetleri kapsayan üreme sağlığı; bireylere ve çiftlere üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili ihtiyaçları karşılamada yardımcı olmayı, istenmeyen gebelikleri önlemeyi, yüksek riskli gebelik, hastalık ve ölümleri azaltmayı hedefler. Bunun yanısıra, erkeklerin katılımını artırmak, emzirmeyi teşvik etmek, kızları ve kadınları dikkate alarak, cinsel yolla bulaşan hastalıkları ve komplikasyonlarını önlemek, tedavi yöntemlerini bulmak, cinsiyetler arası eşitliğe dayanan cinselliğin yeterince gelişmesini sağlamak da üreme sağlığının amaçları arasındadır. Üreme sağlığı ayrıca; kadın ve erkeklerin cinsel sağlık, üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için

Dünyada 40-60 milyon; başka bir deyişle, her 1000 canlı doğuma karşı, 300-500 yasal ve yasal olmayan düşük yapıldığı tahmin edilmektedir ve çok sayıda gelişmekte olan ülkede yasa dışı düşük komplikasyonu olarak septik abortus ve buna bağlı anne ölümleri ciddi boyutlardadır. Anne ölümlerinin 1/4 - 1/3'ü güvenli olmayan düşük komplikasyonlarına bağlıdır. Dünya nüfusunun yüzde 25'i (52 ülke) oldukça katı düşük yasalarının bulunduğu ülkelerde yaşamaktadır. Bu da yasa dışı ve güvenli olmayan düşük işlemlerine başvuruyu artırmaktadır(Kontraseptif Yöntemler:Uluslararası Basım,1990, s:57-85; Berer, 1993, pp 5-10).

Bununla birlikte, sadece istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için değil, anne ve çocuk ölümlerinin en az üçte birini önleyebilen aile planlaması hizmetlerine bugün dünyada 300 milyon çift ulaşmamaktadır(Community Health Seventh Edition, 1994, pp 119-146).

Ayrıca, günümüzde cinsel yolla bulaşan bakteriyel ve viral enfeksiyonlar epidemi düzeyine ulaşmıştır. AIDS pandemisi yaş, cinsiyet, sosyal durum ve cinsel davranış özelliği gözetmeden milyonlarca insanı etkilemektedir. 1990 yılında DSÖ tahminlerine göre 100 milyon kişi HIV ile enfektir(Fathalla MF,1992,pp3-32/Kontraseptif Yöntemler:Uluslararası Basım, 1990, s:57-85)

Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan gonore, sifiliz ve şankroid gibi venerial hastalıklar sanayileşmiş ülkelerde azalırken, tespit ve tedavisi daha zor olan klamidya, herpes virus, papillomavirus ve HIV gibi yeni hastalıklar ortaya çıkmıştır(Rowe, 1994, pp 83-97).

Hızla artan adolesanların üreme sağlığı gereksinimleri de özel dikkat gerektirmektedir. Adolesan gebeliklerin insidansı çeşitli ülkelerde büyük farklılıklar göstermekle birlikte, genellikle gelişmekte olan ülkelerdeki adolesanlarda gebelik oranı daha yüksektir. Erken yaşta çocuk sahibi olmak kadınların eğitim, sosyal ve ekonomik durumlarındaki gelişmenin önünde bir engel olmaktadır. Ayrıca, erken yaşta annelik maternal ölüm riskini ve genç annelerin çocuklarında da morbidite ve mortalite riskini artırmaktadır(Fathalla, 1992, pp 3-32; Kontraseptif Yöntemler:Uluslararası Basım, 1990, s:57-85).

Son yirmi yılda infertilite bir üreme sağlığı sorunu olarak giderek daha fazla kabul görmeye başlamıştır. DSÖ dünyada 60-80 milyon infertil çift olduğunu tahmin etmektedir. İnfertilite prevalansının büyük kısmını sonradan gelişen(sekonder) infertilite oluşturmaktadır. Bunun en yaygın ve önemli nedeni; cinsel yolla bulaşan hastalıklara, güvenli olmayan düşüklere ve puerperal enfeksiyonlara bağlı pelvik enfeksiyonlardır. İnfertilite tedavisinde son yıllarda büyük gelişmeler olmasına rağmen, bunun etik, moral ve yasal yönü konusundaki tartışmalar halen devam etmektedir(Fathalla, 1992, pp 3-32).

Üreme sağlığı kavramı, hem kadının hem de erkeğin gereksinimlerini içermektedir. Kadınların olduğu kadar erkeklerin de toplumdaki statü ve rolleri üreme sağlığında önemlidir. Erkeklerin ideal aile büyüklüğü, cinsiyet tercihleri, ideal doğum aralıkları, aile planlaması yöntemlerini kullanma gibi konulardaki bilgi ve tutumları eşlerin doğurganlık davranışlarında belirleyici olmaktadır. Bu nedenle, şimdiye kadar ihmal edilen erkeklerin üreme sağlığı gereksinimleri de dikkate alınmalıdır. Bununla birlikte, üremeye ilişkin hastalıkların sonuçları iki cinsiyet arasında oldukça eşitsiz olarak dağılmaktadır. Gebelik ve doğuma bağlı sağlık sorunlarını sadece kadınlar yaşamaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların çoğu kadınlarda daha ciddi şekillere yol açmaktadır. İnfertilite her iki cinsiyet için de sorun olmasına rağmen, pek çok toplumda sosyal ve psikolojik sonuçlarını kadınlar yüklenmektedir.

Dünyada üreme sağlığı sorunları Tablo 1 'de özetlenmiştir:

Tablo 1. Dünyada Üreme Sağlığı Sorunları

Sorun	Boyutu
Aile planlamasında karşılanamayan gereksinimi olan çift	120 milyon
İnfertil çift	60-80 milyon
Anne ölümleri(yılda)	585 bin
Ciddi maternal hastalık(yılda)	20 milyon
Perinatal bebek ölümü(yılda)	7.2 milyon
HIV/AIDS'li yetişkin	40 milyon
Yeni HIV enfeksiyonu vakası(yılda)	2.75 milyon
Sağlıksız koşullarda düşük(yılda)	20 milyon
Tedavi edilebilir Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık vakası(yılda)	333 milyon
İnvaziv servikal kanserli kadın	2 milyon
Yeni servikal kanser vakası(yılda)	450 bin
Genital mutilasyonlu kadın	85-110 milyon

Kaynak: World Health Organization,1996

Kadınlarda kontraseptif kullanımı erkeklere göre üç kat daha fazladır ve kadınların kullandığı yöntemlerin sağlık riskleri daha fazladır. Genel olarak pekçok toplumda hala tabu sayılan cinsellik konusunda, dünyanın çoğu yöresinde kadın ve erkek arasında büyük

eşitsizlik hüküm sürmektedir. Kadının cinsellikten zevk almasını önlemeyi amaçlayan kadın sünneti (genital mutilasyon) bunun en çarpıcı örneğidir. Oldukça invaziv bir işlem olmasının yanısıra medikal sistemin dışında gerçekleşmesi tehlikelerini artırmaktadır(Akın, 1994, s:15-19; Fathalla, 1992, pp 3-32).

Kadının statüsü ve üreme sağlığı ilişkisi son yılların tartışma konularını oluşturmaktadır. Kadının kendi doğurganlığını kontrol edebilmesi statüsünü yükseltmektedir, ancak bunun tersi de doğrudur. Kadının değerinin doğurduğu çocuk sayısı ile ölçüldüğü toplumlarda, doğurganlığını kontrol etme ve sınırlama gücü olmamaktadır. Araştırmalar kadın eğitiminin ve kadının para getiren bir işte çalışmasının üreme sağlığını olumlu etkilediğini göstermektedir. Günümüzde kadınların sağlık gereksinimleri artık sadece "anne" olarak değil, "kadın" olarak yaşamın her alanında ele alınması gerekmektedir.

Bunların yanısıra, sosyo-ekonomik durum da üreme sağlığının belirleyicisi olmaktadır. Düşük sosyo-ekonomik koşullardan öncelikle gebeler ve çocuklar etkilenmektedir. Dünyada bugün bir milyanın üzerinde insan yoksulluk koşullarında yaşamaktadır. Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü 1990 yılında yeterli gıda üretiminin olduğunu bildirmiştir, ancak bunun dağılımı eşit değildir. Gıda eksikliğinden de yine ilk olarak kadın ve çocuklar etkilenmektedir.

Dünyada günümüze kadar kaydedilen gelişmelere rağmen, 1.5 milyar insan yeterli ve temiz suya, 2 milyar insan ise yeterli sanitasyona sahip değildir. Sağlıksız çevre koşullarından öncelikle yoksullar etkilenmektedir. Birçok toplumda kadınlar ve çocuklar yoksullar içinde en yoksul kesimi oluşturmaktadır. Üreme sistemi çevre koşullarının olumsuz etkisine son derece duyarlıdır. Bu durumda; düşük, doğumsal özürlü, intrauterin gelişme geriliği ve perinatal mortalite riski artmaktadır(Fathalla, 1992, pp 3-32).

Dünyada son 20 yıla kadar üremeye ilişkin sağlık sorunları, geleneksel olarak Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması(AÇSAP) kapsamında ele alınırken, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin tümünde yaşanan ve yukarıda belirtilen sorunların boyutu dikkate alındığında, artık mevcut AÇSAP yaklaşımı, üreme sağlığı konusunda yer alan tüm sağlık sorunlarını karşılamaya yetmemektedir. Bu nedenle 1994'ten itibaren, yeni bir kavram olarak "Üreme Sağlığı" dünya ülkelerinin gündemine girmiş ve kabul görmüştür.

Üreme sağlığında yaşamboyu yaklaşımı sadece annelikle sınırlı değildir.Bu yaklaşımın kapsamında adolesanlar ve genç kızların sağlığı ile ileri yaştaki postmenopozal kadınlar da girmektedir. Belirtilen bu dönemlerde bireylerin sağlığının geliştirilmesi koruyucu hekimlik uygulamaları konusunda etkili müdahaleler ile mümkündür(WHO, 2001, pp:10).

Üreme sağlığında yaşamboyu yaklaşımı intrauterin dönemden başlar. Doğumdan sonra neonatal ve postnatal dönemler, çocukluk, 10-19 yaşlar arası "adolesan dönemi", 15-24 yaşlar arası "gençlik dönemleri" kadın sağlığının temel taşlarıdır. 15-49 yaş "doğurganlık dönemi" ise gebelik ve doğumla ilgili olay ve komplikasyonların en fazla yaşandığı dönemdir. 50 yaş ve sonrasında ise "post menopozal dönem" ve "yaşlılık dönemi" gelir (Akın, 1998, s:33).

Kız Çocuklar

Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde, taraf devletlerin bu sözleşmede belirtilen hakları "hiçbir türden ayrımcılığa yer vermeden" her çocuğa garanti edecekleri belirtilmekteyse de, günümüzde pekçok ülkedeki göstergeler, kız çocuğunun hayatının ilk dönemlerinden itibaren ayrımcılığa maruz kaldığını göstermektedir. Kız çocuklarına çoğu kez ikinci sınıf muamelesi yapılmakta,

toplumsal cinsiyet konusunda önyargılı eğitim süreçleri, okullardaki tutum, cinsiyetler arasında varolan eşitsizlikleri pekiştirmektedir.

Kız çocukları, fiziksel ve zihinsel sağlık hizmetlerine ulaşmada ayrımcılıkla karşılaşmakta, sağlıklı beslenme nedeniyle hem bugünkü, hem de gelecekteki sağlıkları tehlikeye girmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık 450 milyon yetişkin kadının, çocukluk çağındaki kötü beslenme nedeniyle oluşan protein eksikliği sonucu yeterince gelişmediği belirtilmektedir.

Kız çocuklarına karşı uygulanan ayrımcılığın ve erkek çocuk tercihinin temeldeki nedenlerinin tanımlanıp, ortadan kaldırılması gereklidir. Doğmamış kız çocuklarının prenatal cinsiyet ayrımı, kız çocuklarının erkek çocuklar ile eşit aşılanması, evde eşit şekilde beslenmeleri gibi, her erkek çocuğunun doğduğu günden itibaren elde ettiği doğal yaşam haklarından kız çocuklarının da faydalanması gerekir. Ayrıca kız çocuklarını cinsel şiddetten, istenmeyen gebeliklerden, abortustan, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan, kadın sünneti(genital mutilasyon) gibi zararlı geleneksel uygulamalardan korumak gereklidir.

Kız çocuklarının hemcinsleri ile eşit statüde eğitim, öğrenim, beslenme, fiziksel ve zihinsel sağlık hizmetlerine ve bu konulara ilişkin bilgilere ulaşabilirliğini sağlayarak potansiyellerini ve becerilerini tam olarak geliştirilmelerini mümkün kılmak için bütün engellerin ortadan kaldırılması gerekmektedir(WHO, 2001,pp:10).

Adolesan Dönem

Günümüzde dünyada hızla artan adolesanların, üreme sağlığı gereksinimleri özel dikkat gerektirmektedir. Cinsel aktivite yaşının daha erkene kayması, cinsellik ve gebeliği önleyici yöntemler hakkında bilgi eksikliği nedeniyle adolesanlar, istenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalık riskine daha çok maruz kalmaktadırlar.

Adolesan gebeliklerin insidansı çeşitli ülkelerde büyük farklılıklar göstermekle birlikte, genellikle gelişmekte olan ülkelerdeki adolesanlarda gebelik oranı daha yüksektir. Adolesan gebelikleri, genç annelerin mortalite ve morbidite riskini artırmaktadır. Erken yaşta annelik hem bebek hem de anne için tehlikelidir. Her yıl 1000 adolesan genç kızdan 63'ü doğum yapmakta ve 17 milyon bebek dünyaya gelmektedir. Bu bebeklerin ilk yıl içerisinde ölme riski, yaşı daha büyük annelerden doğan bebeklere göre iki kat daha fazladır. 18 yaş altındaki gebelerin, 20-25 yaş arasındaki gebe kadınlara kıyasla ölme riski 2-5 kez daha fazladır(World Health Organization,1998,pp:7). Her yıl 70.000 adolesan genç anne gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlara bağlı ölmektedir. Doğan bebeklerde düşük doğum ağırlığı daha yaygındır, ilk yıl içerisinde enfeksiyonlar ve malnutrisiyondan ölme riskleri çok yüksektir(WHO, 1998, pp:1-6).

Ayrıca, erken yaşta çocuk sahibi olmak kadınların eğitim, sosyal ve ekonomik durumlarındaki gelişmenin önünde bir engel olmaktadır(Dünya Sağlık Raporu 1998, 1998, s:115). Adolesan gebeliklerinin büyük bir oranının istenmeyen gebelik olması, genç kadınları, yasal olsun veya olmasın isteyerek düşüğe yöneltmektedir. DSÖ tahminlerine göre bu düşüklerin yaklaşık yarısı sağlıklı koşullarda gerçekleşmektedir. Korunmasız cinsel ilişki yüzünden her yıl 2-4 milyon genç sağlıklı koşullarda düşük yapmaktadır (WHO, 1998, pp:1-6).

Genelde sağlıklı düşüklerin kadınlarda neden olduğu mortalite ve morbidite riski, adolesanlarda daha da yüksek olmaktadır. Bunun yanısıra, isteyerek düşüklerin yasal olduğu ülkelerde de evli olanlara göre, evli olmayan adolesanların, istenmeyen gebelikleri sağlıklı koşullarda sonlandırılması olanaklarına ulaşabilmeleri oldukça güç olmaktadır(Dünya Sağlık Raporu 1998, s:115).

Adolesanlarda cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki çalışmalar, bu hastalıkların görülme sıklığının artmakta olduğunu göstermektedir. Günümüzde dünyada her yıl 20 adolesandan biri HIV/AIDS dışındaki cinsel yolla bulaşan hastalıklardan birisine yakalanmaktadır. Yeni HIV vakalarının yaklaşık yarısı 15-24 yaşları arasında görülmektedir. Her gün de 6.500 genç HIV enfeksiyonuna yakalanmaktadır, bu da her beş dakikada bir gencin

HIV aldığını göstermektedir. Her yıl 2.4 milyon(tüm enfeksiyonların % 50'si) yeni enfeksiyon oluşmaktadır(World Health Organization,1998,pp:1-6). Bilgi yetersizliği, eş değişirme ya da çok eşlilik gibi etkenlerle birleştiğinde, adölesanların bu hastalıklara yakalanma riskini artırmaktadır(Dünya Sağlık Raporu 1998, s:115).

Sağlık hizmetlerini sunanların tutumlarının adolesanların uygun hizmetlere ve ihtiyaç duydukları bilgilere ulaşmalarını kısıtlayıcı şekilde olmamalıdır. Gençlere yönelik hizmetler, kültürel değerlerine, dini inançlarına, gizliliğe ve mahremiyete saygı gösterme, bilinçli bir şekilde karar verme gibi haklarına saygı duyacak şekilde düzenlenmelidir.

Doğurganlık Dönemi

Gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar, dünyanın gelişmekte olan pekçok ülkesinde halen doğurgan yaştaki kadınların en önemli hastalık ve ölüm nedenlerinden biridir. Her yıl, %99'u gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere, yarım milyondan fazla kadın bu türden komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Kadınların gebelikteki yaşı, doğumlar arasındaki süre, toplam gebelik sayısı ve içinde yaşanılan sosyo-kültürel ve ekonomik koşullar, annelerin hastalık ve ölüm oranlarını etkilemektedir.

15-44 yaş grubunda toplam hastalık yükü içerisinde, üremeye ilişkin hastalık yükü hesaplandığında bu yük, erkekler için % 12.3 iken kadınlar için % 36.6'dır. Kadınlarda %18 maternal nedenler, % 8.9 CYBH, % 6.6 HIV, % 2.5 anemi, % 0.6 servikal kanser nedenler arasındadır (World Health Organization,1994). Görüldüğü üzere, maternal nedenler, kadınlara doğurganlık dönemlerinde oldukça büyük bir hastalık yükü getirmektedir.

Kadın sağlığı açısından en önemli evre, hem kadını hem de bebeğin sağlığını doğrudan etkileyen gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdir. Bu nedenle bu devrede gebelik ve doğumun güvenli hale getirilmesinde, kadının yararlandığı sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi, hizmetlerin kalitesi ve hizmetleri kullanımı önem taşır(Biliker, 2001, s:18). Üreme çağındaki kadınların yeterli doğum öncesi bakım almaları, güvenli ve sağlıklı bir ortamda doğum yapmaları, doğum sonrası bakım ve aile planlaması hizmetlerinden en iyi bir şekilde yararlanmaları sağlanmalıdır. Çocukları ile oynayabilmeleri ve ailesine bakabilmeleri için ekonomik ve sosyal destek sağlanmalıdır(WHO, 2001, pp:10).

2000 yılına dek anne ölümlerini varolanın yarısına indirmek için, 1987 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün öncülüğünde sağlıkla ilgili diğer uluslararası kuruluşların da işbirliği ile Nairobi'de yapılan uluslararası bir toplantı ile, "**Güvenli Annelik**" programı başlatılmıştır. Güvenli annelik 1994 ICPD eylem planında da bir hak olarak yer almıştır. Bugüne kadar yüzden fazla ülkede uygulanan bu program Türkiye'de de 1994 yılında pilot uygulamalar şeklinde başlatılmıştır(Akın, 1998, s:33).

Güvenli annelik programı ile amaç; istenmeyen ve yüksek riskli gebelik sayısının azaltılması,obstetrik komplikasyonların azaltılması, komplikasyon gelişen kadınlarda ölüm riskinin azaltılmasıdır.

Güvenli annelik programında sunulması gereken hizmetler anne ve bebek paketi olarak belirtilmektedir. Anne ve bebek paketi; uygun yaşta ve aralıklarla gebelik için aile planlaması hizmetlerini, gebelik öncesi ve sırasında anneye verilmesi gereken hizmetleri, temiz ve güvenli doğumu ve doğum komplikasyonlarında acil bakımı, doğum sonrası anneye ve yenidoğana sunulması gereken hizmetleri içermektedir.

Anne ve yenidoğan bebek ölümlerinin önlenmesi pahalı ilaç ve araç gereç ya da ileri teknoloji gerektirmemektedir. Anne ölümlerini, hastalık ve sakatlıklarını azaltmak için oluşturulan Güvenli Annelik müdahaleleri, son derece maliye-etkindir. Anne-bebek paketi uygulandığında; kanamaya bağlı ölümlerde %55, sepsise bağlı olanlarda %75, eklampsiye bağlı olanlarda ise %80 azalma meydana geldiği, yenidoğanda ise doğum asfiksisine bağlı

ölümlerde %40-50, tetanoza bağlı ölümlerde %80, doğum travmasına bağlı olanlarda ise %40-60 azalma meydana geldiği araştırmalarla ortaya konmuştur. Ancak; temel sağlık hizmetleri kapsamında da yer almakta olan, anne-bebek paketi içerisindeki bu girişimlerin birbirinden bağımsız değil, entegre bir yaklaşımla kadınlara ulaştırılması ve hizmetlerin sürekliliğinin sağlanması önemlidir(Akın, 1998, s:33).

Gebelik ve doğum nedeniyle olan anne ölümlerinin temelinde, daha gebe kalmadan kadının sağlığını olumsuz yönde etkileyen, eğitimsizlik, ekonomik güçsüzlük, temel sağlık hizmetlerine ulaşmada eşitsizlikler yatmaktadır. Bu nedenle, anneliğin güvenli hale getirilmesi için, sorunu bu bütünlük içerisinde ele alarak, kadının güçlendirilmesi, eğitilmesi ve toplumdaki statüsünün yükseltilmesi gerekir.

Menopoz/Postmenopozal Dönem;

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, daha çok doğurganlık dönemine odaklanıldığı için, doğurganlığın sona erdiği menopoz ve menopoz sonrası dönemdeki kadınların üreme sağlığı sorunları şimdiye kadar ihmal edilmiştir. Menopoz sonrası dönemde, kadınları üreme sistemindeki çeşitli hastalıkların yanı sıra, psikolojik değişiklikler, iskelet, kalp-damar sistemlerinde ve diğer sistemlerde de çeşitli sorunlar beklemektedir. Gelişmekte olan ülkelere göre daha fazladır; 1990 yılında menopoz sonrası dönemde olan kadınların % 60'ı gelişmekte olan ülkelere yaşarken, 2030 yılında % 76 olması beklenmektedir (WHO Technical Report Series).

Kadın hayatının ortalama olarak üçte biri menopoz döneminde geçer. Menopoz genellikle hayatın doğal bir aşaması olarak kabul edilmektedir. Ancak menopozda oluşan bazı değişiklikler kadının hayatını önemli ölçüde etkiler ve kadının yaşam kalitesinin azalmasına neden olur. Ayrıca menopoz sonrası artma riski bulunan hastalıkların da erken tanı ve tedavisi için gereken düzenlemeler ve müdahaleler bu dönemin sağlık öncelikleri arasında olmalıdır.

Her ne kadar menopoz kadın hayatının doğal bir parçası ise de hiç bir şey yapmadan izlenmesi artık eskilerde kalmıştır. Menopozdaki temel değişiklik östrojenin azalmasıdır ve bu nedenle kadında, ateş basma, terleme, çarpıntı, uykusuzluk, sinirlilik, (ruhsal çöküntü) depresyon, unutkanlık, halsizlik, çabuk sinirlenme, bazen cinsel istekte (libido) azalma, kemik erimesi (osteoporoz), damar sertliği (ateroskleroz) gelişme eğilimi, cinsel organlarda çekilme(atrofi), kuruluk, ağırlı ilişki, idrar kaçırmaya kadar varan idrar yollarında atrofi ortaya çıkmaktadır. Menopozda azalan östrojen hormonlarının yerine konmasıyla menopoza ait tüm olumsuz değişiklikler ve hastalıklar kolaylıkla önlenilmekte veya en aza indirgenebilmektedir.

Menopozda östrojen hormonunun azalması ile kadınlarda bu hormonun kalp damar hastalıklarından koruyucu etkisi ortadan kalktığından damar sertliği ve kalp krizi riski % 60 artar. Yapılan çalışmalar sonucunda dışarıdan verilen östrojen hormonunun riski %25-50 oranında azalttığı bulunmuştur.

Menopoz sonrası ilk 5-8 yılda kemik kaybı ortalama yılda %4-8 iken daha sonra kısmen azalarak kadın her yıl kemik dokusunun yaklaşık %1'ini kaybeder ve 75 yaşına geldiğinde ortalama olarak 35 yaşındaki kemik dokusunun %30'unu kaybetmiş olur. Buna bağlı olarak menopozla beraber hızla artan kemik erimesi sonucu sessiz omurga kırıklarıyla bel ağrıları, boya kısalma ve kamburluk ortaya çıkar. Omurga kemiklerindeki çökme kırıklarına bağlı olarak ortaya çıkan kamburluk ve göğüs kafesinin kemik yapısının bozulması sonucu solunum sıkıntısı gelişebilir. Kadınlar menopozda çarpma düşme sonucu kalça, el bileği ve diğer kemik kırıklarına da daha kolay maruz kalabilirler. Bu kırıklardan en ciddi olanı kalça kırığıdır ve kalça kırığından sonra hastalardan %12-20'si 2 yıl içinde kaybedilmektedir. Kalça kırığı geçirmiş hastaların geriye kalanlarının bir kısmı sürekli bakıma ihtiyaç duymaktadırlar.

Kemik erimesine zemin hazırlayan risk faktörleri ise, aşırı doğurganlık, sigara, alkol kullanımı, beslenme bozuklukları (kalsiyumdan fakir diyet), güneş banyosu alışkanlığının olmaması, spor yapma alışkanlığının olmaması, uzun süre yatağa bağlı kalmaya neden olan hastalıklar, bazı endokrin (hormonal) bozukluklar (hiperparatiroidi, hipertiroidi (guatr), böbrek üstü bezinin aşırı çalışması veya steroid hormonlarının ilaç olarak uzun süreli alımı vb., bağ dokusu hastalıkları (romatoid artrit, sarkoidoz), siroz, böbrek hastalıkları, erken menopo ve genetik faktörlerdir.

Sonuç olarak, menopo ve menopo sonrası dönemde görülen sorunlar da kadın yaşamının daha önceki dönemlerindeki sorunlarla ilişkilidir. Bu dönemdeki kadınlara sunulacak erken tanı ve tedavi hizmetlerinin yanısıra asıl önemlisi, yaşamboyu yaklaşım ile üreme sağlığının bütünlüğü içerisinde ele alınarak, bu gruba verilecek hizmetleri temel sağlık hizmetleri kapsamında "herkese" sunabilecek plan ve programları hayata geçirmektir.

Yaşlılık Dönemi;

Beklenen yaşam süresinin uzaması ile birlikte yaşlı kadınların sayısının ve toplam nüfus içerisindeki payının artması, bu grubun sağlık sorunlarına özel bir önem verilmesini gerektirmektedir. Yaşlılıkta kadınların karşılaştıkları sorunlar arasında hareket güçlüğü, kronik hastalıklardan osteoporoz, kalp-damar hastalıkları, mental rahatsızlıklar, çeşitli kanserler de yer almaktadır (World Health Organization,2001,pp10). Yaşın ilerlemesi kanser gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. Bu dönemde kadın, hem jinekolojik kanserler(özellikle serviks kanseri), hem meme kanseri, hem de diğer kanserler açısından değerlendirilmelidir.

Postmenopozal dönemdeki yaşlı kadınların, karotis arter duvar kalınlığının azalmasına bağlı olarak inmeye ve koroner kalp hastalıklarına yaşlı erkeklerden daha fazla yatkın oldukları bilinmektedir. İnme; işgöremezlik ve ölüm nedeni olduğundan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Topluma ve aileye getirdiği ekonomik maliyet de göz önünde bulundurulmalıdır. Bunu önlemek için; hipertansiyonun zamanında tanı ve tedavisinin yapılması, yüksek kolesterol değerlerinin düşürülmesi, diyabetin kontrol altında tutulması, kilo verme, fizik aktivitenin artırılması, alkol alımının azaltılması, sigara içmenin durdurulması gerekmektedir (www.kadin sagligi.com.).

Bunların yanısıra, uluslararası toplantılarda da ortaya konan bir diğer konu; yaşlı kadınların, toplumun sosyal eğitsel ve kültürel kaynaklarını kullanabilmeleri, olabildiğince kendi ortamlarında yaşayabilmeleri, yeterli gelir ve sosyal desteğe sahip olabilmeleri, sağlık hizmetlerinden kolayca yararlanabilmeleri, bilgi ve deneyimlerini genç kuşaklara aktarabilmelidir.

Sonuç olarak yaşamboyu üreme sağlığı anlayışıyla doğumdan ölüme kadar bireyin yaşamının bir bütün olarak ele alınması gerekir. Bireyin sağlık gelişiminin sosyo-kültürel, ekonomik ve çevresel birçok faktörün kümülatif etkisiyle oluştuğu, bireylerin sağlıklarıyla ilgili şu andaki durumlarının bir önceki dönemin bir sonucu, bir sonraki dönemin ise bir nedeni olduğu unutulmamalıdır. Bu bütüncül yaklaşımla, ailelerin, çocukların, adolesanların ve kadınların sağlığını geliştirici-destekleyici programlar yapılmalıdır.

Bugün geline nokta; tüm ülkeler, uygun yaşta tüm bireylere en kısa sürede, temel sağlık hizmetleri (TSH) kapsamında ele alınmak koşuluyla, çok geniş bir hizmet alanı olarak "üreme sağlığı hizmetleri"ni ulaşılabılır kılmalıdır(Birleşmiş Milletler, 1994).

Ülkemizde, üreme sağlığı konusunda, 1994 Kahire Konferansı ve 1995 IV. Dünya Kadın Konferansı eylem programları paralelinde pek çok girişimlerde bulunulmuş ve programlar başlatılmıştır. Ancak, yukarıdaki bilgiler ışığında, üreme sağlığı kapsamına giren konularda mevcut durumu genel olarak değerlendirdiğimizde, yapılması gerekenlerin çok fazla olduğu açıktır.

Kaynaklar

- Akın, A. *Uluslararası Kararlar Paralelinde Üreme Sağlığı Konusunda Türkiye'deki Uygulamalar,-* Sağlık ve Toplum Dergisi, Kadın Sağlığı Özel Sayısı,yıl:8,Sayı:3-4,Temmuz- Aralık,1998,s:16-22.
- Akın, A. *Güvenli Annelik*, Sağlık ve Toplum Dergisi,Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayını, Yıl: 8, Sayı: 3-4,Ankara, Temmuz-Aralık,1998, s:33.
- Akın, A. *Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş*, Aktüel Tıp Dergisi, Kadın Sağlığı Özel Sayısı, Cilt:6, Sayı:1,Ocak-Şubat 2001,s:4-8.
- Akın, A. *Üremeye İlişkin Haklar ve Üreme Sağlığı*, Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu(Özet), Ankara, TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 1994; s.: 15-19.
- Akın, A. "Implementing the ICPD Programme of Action: Turkish Experience-Sexual and Reproductive Health-Recent Advances,Future Directions, C. Puri & P. Van Look (eds) WHO Publication, New Age International Limited, 2001.
- Berer, M. "Making Abortion Safe and Legal: The Ethics and Dynamics of Change", Reproductive Health Matters, November 1993; Number: 2, pp. 5-10.
- Biliker, M. *Türkiye'de Kadının Sağlık Durumu*,Aktüel Tıp Dergisi, Kadın Sağlığı Özel Sayısı, Cilt:6,Sayı:1,Ocak-Şubat 2001,s:18.
- Birleşmiş Milletler,*Nüfus ve Kalkınma*, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında Kabul Edilen Eylem Planı, Kahire, 5-13 Eylül 1994, , Ankara, 1994, s.:1,8-12.
- Community Health Seventh Edition, *Reproductive, Infant and Child Health*, Green LW, Ottoson JM (Eds), Vancouver, British Columbia, Mosby-Year Book, Inc., 1994; pp. 119-146.
- Dünya Sağlık Örgütü, *Dünya Sağlık Raporu 1998*, 21. Yüzyılda yaşam Herkes İçin bir Vizyon, B. Metin, A. Akın, İ. Güngör (Çev. Ed.), Sağlık Bakanlığı, Dış İlişkile Dairesi Başkanlığı, Ankara, 1998, s.: 115.
- Fathalla, MF. *Reproductive health in world: two decades of progress and the challenge ahead*, Khanna J, Van Look PFA, Griffin PD, (Eds), In: Reproductive health: a key to a brighter future Biennial Report 1990-1991 Special 20th anniversary issue, Geneva, World Health Organization, 1992; pp. 3-32.
- International Conference on Population and Development (ICPD) *Defining Reproductive Health & Reproductive Rights*, In: Action for the 21st Century: Reproductive Health & Rights for All Summary report of recommended actions on reproductive health, Cairo, Egypt, ICPD, September 1994; pp. 10.
- Dervişoğlu Akın, A. (Çev. Ed) *Kontaseptif Yöntemler: Uluslararası Basım,Üreme Sağlığı ile İlgili Politika ve Yasalar*, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayını, Yayın No:1, Ankara, Demircioğlu Matbaacılık, 1990; s.: 57-85.
- Rowe, PJ. *Sexually transmitted diseases: a challenge to reproductive health*, Khanna J, Van Look PFA, Griffin PD, (Eds), In: Challenges in reproductive health research Biennial Report 1992-1993, Geneva, World Health Organization, 1994; pp. 83-97.
- WHO , *Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in contries* FHE/MSM/ 94.11 Geneva.
- WHO Technical Report Series No: 866, Geneva.
- World Health Organization *Family & Reproductive Health*, , WHO/FRH/96.1, Geneva, 1996.
- World Health Organization , *Pregnancy is spesial ,Let's make it safe* , World Health Day, Safe Motherhood,7-April-1998, pp:7.
- World Health Organization, *Strategic Action Plan For The Health Of Women In Europe*, Copenhagen, 5-7 February 2001.pp.10.
- World Health Organization ,*Definitions and Indicators in Famiy Planning, Maternal & Child Health and Reproductive Health*, Family and Reproductive Health European Regional Office, 1999, pp: 12
- World Health Organization,*The Second Decade ,Improving Adolescent Health and Development*,WHO/FRH/ADH/98.18 Rev 1,pp:1-6
- www.kadinsagligi.com, Postmenopousal Women Are More Likely to Have Stiffer Arteries, Suffer From Stroke *Ultrasound Screening Promises to Identify Women at Risk In the Future*, "woman,menopause".
- www.kadinsagligi.com. "Kadın menopoz"