

CUMHURİYETİN 100. YILINDA KADIN SAĞLIĞINA BAKIŞ

Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ*

Öz: Kadın sağlığını belirleyen faktörler sadece biyolojik değil, fiziksel, kültürel ve toplumsal çevre koşullarına göre değişerek kadınların sağlık ve iyilik halini belirleyen geniş kapsamlı konular içerir. Kadınlar, patriyarkal yapı dolayısıyla geleneksel toplumsal cinsiyet normlarından temel alan rollerin ve sorumlulukların yükü nedeniyle ekonomik bağımsızlık, gelir düzeyi, istihdam, eğitim, çalışma yaşamına ve kararlara katılım gibi konularda, erkeklere göre daha büyük engellerle, dolayısıyla sağlıklarını olumsuz etkileyen sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu derlemede Cumhuriyet döneminde Türkiye’de kadın sağlığı konusu, bu bütünlük içerisinde ele alınarak kadının statüsünü, dolayısıyla sağlığını etkilediği düşünülen uluslararası ve ulusal önemli gelişmeleri de içerecek şekilde kronolojik olarak beş dönemde ele alınarak incelenmiş ve sağlık göstergelerinden yararlanılarak günümüzdeki durumu tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Cumhuriyet dönemi, Kadın sağlığı, Üreme ve Cinsel sağlık

A Perspective of Women’s Health in the 100th Anniversary of the Republic

Abstract: The factors that determine women’s health are not only biological, but also vary according to physical, cultural and social environmental conditions, and include comprehensive issues that determine the health and well-being of women. Due to the burden of roles and responsibilities based on traditional gender norms due to the patriarchal structure, women face greater obstacles than men in matters such as economic independence, income level, employment, education, participation in working life and decisions, and therefore problems that negatively affect their health. In this review, the issue of women’s health in Turkey during the Republican period was examined in its entirety, chronologically in five periods, including important international and national developments that were thought to affect women’s status and therefore their health, and its current situation was discussed using health indicators.

Key words: Republican period, Women’s health, Reproductive and Sexual health, Gender equality

Giriş

Sağlık, temel olarak üretim tarzı ve üretim ilişkilerinin oluşturduğu alt yapının yansıması olarak ve sosyal-politik mekanizmalar, hukuk sistemi ve yasalar, sosyal güvenlik sistemi, eğitim ve diğer kurumlar, kültürel değerler vb. gibi üst yapıya ait faktörler ve bunların karşılıklı etkileşimiyle şekillenmektedir. Bu genel yapı içerisinde kişinin üretim sürecindeki yeri, sosyo-ekonomik ve çevresel koşullarını, eğitim, gelir, iş/işsizlik, çalışma ve yaşam koşulları gibi temel belirleyicileri, yani kişinin sosyal konumunu ve yaşamdaki durumunu belirlemektedir. Bunlar da bireylerin doğduğu, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı toplumsal koşulları ve dolayısıyla sağlığını belirlemektedir. Bilindiği gibi, koşulları kötü olan yoksulların, koşulları daha iyi olanlara göre hastalık ve ölümleri daha fazla, sağlık hizmetlerine erişimleri daha kötü ve doğuşta beklenen yaşam süreleri daha kısadır (WHO, 2011; Wilkinson and Marmot, 2003). Bilindiği gibi toplumlar arasında ve aynı ülke içinde bölgeler arasında sağlık düzeyi açısından derin uçurumlar bulunmaktadır; kültür, normlar, toplumsal cinsiyet rolleri, cinsiyetler arası eşitlik ya da

ayrımcılığın olması gibi sağlığın sosyal belirleyicilerinin kadın sağlığı üzerinde etkileri önem taşımaktadır. Kadınlar, patriyarkal yapı dolayısıyla geleneksel toplumsal cinsiyet normlarından temel alan rollerin ve sorumlulukların yükü nedeniyle ekonomik bağımsızlık, gelir düzeyi, istihdam, eğitim, çalışma yaşamına ve kararlara katılım gibi konularda (çoğunlukla da bu koşullar “kesişimsellik” göstererek) erkeklere göre daha büyük engellerle, dolayısıyla sağlıklarını olumsuz etkileyen sorunlarla karşılaşmaktadır (WHO, 2023). Bu durum ayrıca, hastalıkların erken tanı ve tedavisinde, sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımında, sağlık hizmeti sunanların cinsiyetlere göre davranışlarında bile etkili olmaktadır (Akin ve Bahar Özvarış, 2012). Elbette kadın sağlığı ile ilgili ülkedeki düzenlemeler ve gelişmeler bir ülkenin kendi iç dinamiklerinin yanı sıra, uluslararası ve ulusal düzeyde toplumsal kesimler arasındaki güç dengeleri (bu yazının konusu nedeniyle kadın hareketi başta olmak üzere) geniş toplumsal kesimler tarafından yürütülen sosyal aktivizmden de etkilenmektedir.

*Prof. Dr. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara (ORCID No:0000-0003-0650-2952)

Geliş Tarihi / Received : 16.11. 2023

Kabul Tarihi / Accepted : 28.12. 2023

Bu bağlamda, “sağlık, sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak ele alındığında, kadın sağlığını belirleyen faktörler sadece biyolojik değil; fiziksel, kültürel ve toplumsal çevre koşullarına göre değişerek “kadınların sağlık ve iyilik halini” belirleyen çok daha geniş kapsamlı konuları içermektedir (**Carmel, 2019**). Bu derlemede, Türkiye’de Cumhuriyet döneminde kadın sağlığı konusu, bu bütünlük içerisinde ele alınarak kadının statüsünü, dolayısıyla sağlığını etkilediği düşünülen uluslararası ve ulusal önemli gelişmeleri de içerecek şekilde kronolojik olarak beş dönemde ele alınarak incelenmiştir.

Cumhuriyet Dönemi

Bilindiği gibi Cumhuriyet öncesi dönemde temel olarak vakıflar ve hayır dernekleri aracılığı ile geleneksel şifahaneler ve şifacılar tarafından sunulan sağlık hizmetleri sadece saray ve ordu merkezli olmuştur. Bunun dışında kalanlara, az sayıdaki büyük kentle sınırlı olacak şekilde, serbest çalışan hekimler tarafından ücret karşılığı sağlık hizmetleri sunulmuştur. Sağlık hizmetleri 1920’de TBMM’nin kurulmasıyla, Cumhuriyet’in ilanından da önce, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın sorumluluğuna verilmiş (ilk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar) ve sağlık, devletin temel görevi olarak tanımlanmıştır. İmparatorluktan ulus devlete geçiş, başta eğitim ve sağlık olmak üzere kamu hizmet anlayışlarında köklü değişimlere yol açmış, Cumhuriyet döneminde bilimsel tıp ve diplomalı hekimlerce verilen organize ve kamusal sağlık hizmetlerine geçiş söz konusu olmuştur (**Kasapoğlu, 2016**).

Cumhuriyetin yüzüncü yılında Türkiye’de kadın sağlığı konusu, kadının statüsünü, dolayısıyla sağlığını etkilediği düşünülen uluslararası ve ulusal önemli gelişmeleri de içerecek şekilde, kronolojik olarak beş dönem halinde aşağıda değerlendirilmiştir:

Birinci Dönem (1923-1938)

Cumhuriyetin ilanı ile birlikte, en önemli yasalardan (elbette kadın sağlığı ile ilişkili) ve özellikle kadınlar açısından devrim niteliğinde olan; medeni yasa, eğitim, kadınlara seçme seçilme haklarının verilmesi düzenlemeleri kadınların kamusal alana girmesini sağlayan yasal ve yapısal reformlar olmuştur.

Bu yasalardan ilki, 1924 yılında eğitimin temel kanunu olarak kabul edilen Tevhid-i Tedrisat Kanunu (**Öğretim Birliği Yasası**) ile eğitim sosyal hak olarak tanımlanması, kız-erkek bütün çocuklara tek bir eğitim sistemi altında eşit eğitim olanakları sağlanmasıdır. Cumhuriyetin ilk yıllarında nüfusun sadece

%10’unun, kadınların ise sadece %3’ünün okuryazar olduğu düşünülürse bu konunun önemi daha da iyi anlaşılabilir. Ancak, kadınlarda hem okuryazarlık hem de okullaşma oranları, daha sonraki yıllarda artmasına rağmen, toplumda hâkim olan ataerkil yapı nedeniyle yıllar itibarıyla her zaman erkeklerin gerisinde kalmıştır (**Aycan ve Aycan, 2018**). Bu konuda yıllar içerisinde uluslararası gelişmelere de paralel olarak kadın kuruluşları ve kamusal iş birliği ile kız çocuklarının eğitime katılımlarını artırmak amacıyla çaba gösterilmiştir.

Bu yasalardan diğeri, 1926 yılında kabul edilen, ne yazık ki yaşadığımız şu günlerde tehdit altında olan, Türk Medeni Yasası, tüm yurttaşları “kul olmaktan birey olmaya”, özellikle de kadınları “mal sayılmaktan insan olmaya” taşıyan ve doğumdan ölüme kadar hukukun güvencesiyle, tek eşliliği, resmi nikahı, miras ve boşanma durumunda eşit hakları getiren bir yasadır. Ancak, yasanın tüm bu olumlu özelliklerine rağmen, o yıllarda dünyada da toplumsal cinsiyet eşitliğine yönelik duyarlılığın yeterli olmaması nedeniyle, yasada evlilik yaşının tanımlanmasından, boşanma, mal paylaşımı vb. gibi durumlar açısından kadın-erkek için eşit olmayan düzenlemeler içermekteydi. Örneğin, evlenme yaşıyla ilgili cinsiyetler arasında eşit olmayan yaşların tanımlanması bir sorun iken, bu tanımlama kız çocuklarının erken yaşta evlendirilmesi ve adölesan (ergen) gebeliklerin olması sorununu beraberinde getirmiştir. Elbette bu durum sadece kadın sağlığı açısından değil, çocuk sağlığı açısından da önemli sorun alanlarından biri olmuştur. Bu süre içerisinde yeni gereksinimler ve yeni anlayışlar ile uluslararası gelişmelere de paralel olarak kadın kuruluşları ve kamusal iş birliği sağlanarak bu yasanın daha ileriye taşınması için çaba gösterilmiş 2002’de kabul edilen Yeni Medeni Yasa ile ilgili (ayrıntıya daha sonraki dönemlerde değinilecektir) eşitliği sağlayıcı düzenlemeler getirilmiştir (**Yüksel, 2014; Öner, 2018**).

Belediye Kanunu’nun 1930’da kabul edilmesiyle birlikte kadınların belediye seçimlerinde oy kullanması ve aday olması, 1933’de Köy Kanunu ile de kadınların muhtar ve ihtiyar heyetlerine seçilme hakkı tanınmıştır. 1934’de ise Anayasa ve Seçim Kanunu’nda yapılan değişiklik ile kadınlara genel seçimlerde seçme ve seçilme hakkı tanınmıştır. 1935 seçimlerinde 18 kadın milletvekili (%4.6) TBMM’ne girmiştir. Yıllar itibarıyla bu konuda ilerleme kaydedilse bile, toplumda var olan ataerkil yapı nedeniyle hala kadınların karar verici pozisyonlarda bulunmaları erkeklerin gerisinde kalmaktadır. (Şu anda TBMM’nin ancak %20’sini oluşturmaktadır).

Bu dönemde sağlık hizmetlerine bakıldığında (1923-1938) görev yapan Dr. Refik Saydam'ın hizmetlerin gelişmesine büyük katkısı olmuş; koruyucu sağlık hizmetlerini ön planda tutulmuş, tedavi edici hizmetleri devletin görevi olarak ele almayıp, mahalli idarelere yol gösterici olacak şekilde bazı büyük illerde Sağlık Bakanlığı'na bağlı, tüm uzmanlık alanlarını bünyesinde barındıran Numune Hastaneleri kurulmuştur. Hıfzıssıhha Enstitüsü ve buna bağlı Hıfzıssıhha Okulu, bulaşıcı hastalıklarla mücadelede araştırmaların yapılması ve gerekli aşılardan üretilmesinde öncü rolü oynamıştır. Bu dönem içerisinde, 1930 yılında kadın sağlığı ile de doğrudan ilişkili olan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) yapılmıştır (**UHK, 1930**). Bu kanunun çerçevesi, tüm kurumların sağlık konusundaki görevlerini ve sorumluluklarını tanımlamakta, özellikle o günlerde yaygın olan bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusunda risk gruplarına öncelik veren önemli düzenlemeleri içermektedir. Yasada anne ve çocuk sağlığının iyileştirilmesi kapsamında maddeler yer alırken, kadın sağlığı konusu doğurganlığı özendirici politika ile desteklenerek genel olarak kadının doğurganlığı açısından ele alınmıştır. Yasada; özellikle çalışan kadınların gebelik, doğum ve emzirme ile ilgili izinleri vb. düzenlemeler açısından daha çok "annelik" rolünün vurgulandığı, gebelikleri sırasında risk altında olduklarını ve kız çocuklarının gelecekte anneliğe hazırlanmaları için okullarda "çocuk bakımı dersleri" almaları belirtilmektedir. Ancak, Türkiye'deki üreme sağlığı konusundaki yasaların toplumsal cinsiyet perspektifiyle incelendiği bir çalışmada; UHK'nun bazı maddelerinin, kadınların geleneksel toplumsal cinsiyet rolünü daha da vurgulamakta olduğu, doğurganlığı özendirici politikanın etkisi nedeniyle, kadın bedenini ve doğurganlığını "bir araç" olarak gördüğü ortaya konmuştur (**Akın, 2006; Akın ve Bahar-Özvarış, 2005**).

Bu dönemde kadın sağlığını en olumsuz etkileyen durum pronatalist nüfus politikasının izlenmesi olmuştur; savaş sonrası nüfusun artırılmasına yönelik uygulanan nüfusu artırıcı bu politika kapsamında, kontraseptiflerin (doğum kontrol yöntemleri) ithalatı yasaklanmış, isteyerek düşükler (*kürtaç*) yasadışı olarak kabul edilmiş, isteyerek düşük yapan ve yaptıran ağır cezalar kapsamında değerlendirilmiş, kontraseptif yöntemlere ilişkin reklamlar ve halk eğitimi engellenmiştir. Bununla birlikte, altı ve daha fazla çocuğu olanları madalya ile ödüllendirme, "memurların çocuklarının ilki için yarı yarıya, diğer çocuklar içinse üçte bir oranında yatılı okullarda okuma desteği" verilmesi, "fakirler ve en az beş çocuğu bulunan ailelere yol vergisinde muafiyeti" verilmesi

gibi uygulamalar ile çok çocuklu aileler için bazı teşvikler getirilmiştir. Ayrıca, 1938 yılında evlilik yaşı erkeklerde 18'den 17'ye, kadınlarda 17'den 15'e indirilmiştir (**Coşan, 2022; Özdemir, 2017**). İzlenen pronatalist politikanın, çocuk yaşta evlendirilmek ve anne olmak da dahil, kadınların aşırı doğurganlığına neden olarak annenin (ve elbette çocuğun) sağlığını nasıl olumsuz etkilediği daha sonraki dönemlerde ele alınmıştır.

İkinci Dönem (1938-1960)

Bu dönemde yukarıda bahsedilen pronatalist nüfus politikası ve bunun kadın sağlığına olumsuz etkileri sürmüştür. Bu yıllar içerisinde nüfus hızla artarken doğurganlık hızında da önemli artışlar olmuştur. 1927'de 13 milyon olan nüfusumuz 1955'de 27 milyona çıkmış Cumhuriyet döneminde en yüksek yıllık nüfus artışı binde 28,5 ile 1955-1960 yılları arasında gerçekleşmiştir (**Gelekçi, 2016**). İzlenen bu pronatalist politika kapsamında, ülkede gebelikten korunma yöntemlerinin ve isteyerek düşüğün (*kürtaç*) yasak olması, aşırı doğurganlık, yasa dışı olmasına rağmen güvenli olmayan yöntemlerle yapılan isteyerek düşüklerin yaygınlığı ve bu düşüklere bağlı anne ölümlerinin (maternal mortalite) ve hastalıklarının (maternal morbidite) çok yüksek olması önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Cumhuriyet'in ilk yıllarında 5,6 olan Toplam Doğurganlık Hızı (TDH) (bir kadına düşen çocuk sayısı) yapılan teşvik ve uygulanan politikalarla 1933'de döneminde Türkiye tarihinin en yüksek noktasına (TDH=7,1) çıkmıştır (**Eryurt, 2018**).

Sağlık Bakanlığı (Sağlık Bakanı Behçet Uz) bu dönemde, daha önceki yıllarda yerel yönetimlere bıraktığı yataklı tedavi hizmetlerinin de sorumluluğunu üstlenmeye başlamıştır. Bu amaçla ülke yedi coğrafi bölge esasında sağlık hizmetleri açısından örgütlenirken, her ilçeye 10 yataklı "Sağlık Merkezi" açılması planlanmıştır (**Çavmak ve Çavmak, 2017**). Bununla birlikte 1950 yılındaki yönetim anlayışı değişikliği ile sağlık alanında özel sektörün gelişimi teşvik edilmiştir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde 1952 yılında Ana-Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü'nün kurulması kadın sağlığı açısından önemli ve olumlu bir gelişmedir. O dönemde çok ciddi boyutlarda olan anne ve çocuk sağlığı ile ilgili sorunlar dikey örgütlenme ile ele alınmış, UNICEF ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) destekleriyle il ve ilçe merkezlerinde çok sayıda anne ve çocuk sağlığı (AÇS) Merkezleri açılmıştır. AÇS Merkezleri'nin temel görevi hem anne hem de çocukların sağlıklı bir şekilde gelişmesini, bilinçlenmesini ve büyümesini sağlamak olarak tanımlanmış ve gebelere doğum öncesi bakım, 0-6 yaş çocukların izlenmesi gibi koruyucu hizmetleri sürdürmüşlerdir.

Bu dönemde kırsal bölgelerden gelen yoksul çocukları, uygulamalı bir şekilde "üretim için eğitim" anlayışıyla eğitip yetiştirerek yine kırsal bölgelere öğretmen olarak, donanımlı bir şekilde gönderen ve "iş içinde eğitim" ilkesiyle bir eğitim modeli olarak 1940-1954 yılları arasında "Köy Enstitüleri" önemli işlev üstlenmiştir. Köy Enstitüleri'nde öğrencilerin, daha sonra toplumda üstlenecekleri roller dikkate alınarak (kız öğrencilerin her ne kadar cinsiyetçi bir iş bölümü kapsamında eğitim almaları söz konusu olsa bile) bu dönemde aileleri tarafından köylerden okula gönderilmek istenmeyen kız çocuklarının Enstitüler'e gidebilmeleri için ilk kez eğitim politikasında toplumsal cinsiyete duyarlı bir yaklaşım ile bazı teşvikler verilmiş ve pozitif ayrımcılık ilkesi uygulanmıştır. (Örn: köyler dolaşarak kız öğrencilerin okula başvurusu için aileler ikna edilmeye çalışılmış, çok az sayıda başvuru olan kız öğrenciler sınavsız okula kabul edilmiş, bir köyden bir erkek öğrencinin okula kabul edilmesinin ön koşulu olarak aynı köyden bir kız öğrencinin de başvurması ilkesi uygulanmış veya bir erkek öğrenci kız öğrenci ile birlikte kayıt yaptırırsa okula sınavsız kabul edileceği duyurulmuştur). Elbette bu yaklaşım kadın eğitimi açısından çok önemli ve ilerici bir eğitim politikası örneğini oluşturmuştur (Tuna, 2009).

Üçüncü Dönem (1960-1980)

Bu dönemin en önemli özelliği Devlet Planlama Teşkilatı'nın kurulmasıyla birlikte ülkenin merkezi bir planlama kapsamında beşer yıllık kalkınma planları yapılarak yönetilmesidir. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı müsteşarı olan Dr. Nusret Fişek'in hazırladığı 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun"un 1961 yılında yürürlüğe girmesi de bu dönemin başında olmuştur. Bu yasa ile; sağlık hizmetlerinin halkın ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sürekli, yaygın ve entegre olarak sunulması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda; köylere kadar uzanan ilk basamak hizmet üniteleri olarak Sağlık evleri, Sağlık Ocakları, ikinci ve üçüncü basamak hizmet birimleri olarak da ilçe ve il hastaneleri açılarak sağlık hizmetlerinin sunumunda kademeli, il içerisinde bütünleşmiş bir yapılanma gerçekleştirilmiştir. Bu yasaya temel olan anlayışın başında, tüm vatandaşlara cinsiyet, yaş, din ve benzeri açılardan ayrımcılık yapmaksızın eşit haklar verilmesi, ücretsiz ve eşit sağlık hizmetlerinin sağlanması oluşturmaktadır, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici (sağaltıcı) hizmetlerin bütünsel bir biçimde birlikte sunulması, sağlık hizmetinin sadece hekimlik hizmeti değil, bir ekip işi olması, herkese sağlık hizmeti götürülmesi ve sağlığın sosyo-ekonomik kalkınmanın bir parçası olduğu gelmektedir (Kasapoğlu, 2016).

Bu yasanın DSÖ'nün 1978'de Alma-Ata'da dünyaya önerdiği *Temel Sağlık Hizmetleri* anlayışını 17 yıl öncesinden yakalamış olması, ülke için ne kadar ilerici bir yasa olduğunun da kanıtıdır. Yurt çapında uygulanması planlanan 224 sayılı yasaya dayalı sağlık örgütlenmesi ve sağlık anlayışı ile kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanması, gebelerin izlenmelerinin yapılması, düşük yapan kadınların izlenmesi, doğumların bir sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmesi gibi ana sağlığı hizmetleri dikkate alındığında kadın sağlığı açısından önemli bir gelişmedir. Ancak, yapılan bir araştırmada, o dönemde toplumsal cinsiyet bakış açısı olmadığı için yasanın genel olarak kadınların rolünü "çocukların bakımından" ve "ailenin sağlığından sorumlu annelik ve ev kadınlığı" ile sınırladığı ve doğurganlık ile ilgili sağlık sorunlarına önemli vurgular yaptığı belirtilmiştir (Akin 2006; Akin ve Bahar-Özvarış, 2005).

Bu döneme kadar izlenen pronatalist nüfus politikası nedeniyle, doğum kontrol yöntemlerinin ülkede olmaması ve isteyerek düşüklerin yasak olması sonucunda kadınlar, aşırı doğurganlıkla ya sağlıklarını ya da istemedikleri gebelikleri geleneksel yöntemlerle veya yasal olmadığı için güvenli olmayan ve sağlıksız koşullarda (sağlıksız koşullarda ve ehliyetsiz kişilerce yapılan *kürtaj*) sonlandırmaya çalışmaları sonucunda yaşamlarını kaybetmekteydi. İsteyerek düşükler anne ölüm nedenlerinin en başında geliyordu. Yasal olmadığı için ülke düzeyinde kesin sayısı bilinmemekle birlikte, o dönemde yaklaşık her beş gebelikten biri düşükle sonuçlanmakta ve isteyerek düşüklerin anne ölümleri içerisindeki payı oldukça yüksek düzeydeydi. Türkiye'de doğurganlık ve sağlık konusundaki ilk araştırma Dr. Nusret Fişek'in de içinde olduğu, 1963 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Population Council iş birliği ile yapılmıştır. Bu araştırmanın bulguları, aşırı doğurganlığın anne ve çocukların sağlık durumu üzerindeki olumsuz etkilerini açıkça göstermekteydi. 557 sayılı ilk Nüfus Planlaması yasasına yönelik hazırlıklar çerçevesinde bu araştırma sonuçları da dikkate alınmıştır (Akin, 2007; Akin 2012). Bu duruma dikkat çekmek üzere Dr. Nusret Fişek'in 1959 da Orta Anadolu'nun 137 köyünde yürüttüğü araştırma sonuçlarıyla aşırı doğurganlığın ve güvenli olmayan koşullarda gerçekleşen düşüklerin anne ölümleri üzerine etkilerini kanıta dayalı bir şekilde ortaya koymasının ve Dr. Z. T. Burak'ın ve Türkiye Aile Planlaması Derneği gibi gönüllü kuruluşların uzun dönemli ve güçlü savunuculuk çalışmalarının, politikanın değiştirilmesinde ve yasanın çıkmasında çok etkisi olmuştur. Kadın sağlığı açısından pro-

natalist nüfus politikasının yarattığı bu olumsuz sonuçlar göz önüne alınarak, dönemin karar vericileri açısından da daha çok demografik kaygılarla, 1965 yılında kadınlar için devrim niteliğinde olan 557 sayılı "Birinci Nüfus Planlaması Kanunu" kabul edilmiştir (Akın, 2007; Akın 2012).

Nüfus Planlaması Kanunu'nun kabulü ile, ülkemizde 40 yıldan uzun süren pronatalist nüfus politikasından antinatalist politikaya geçilmiştir. Yasa, nüfus planlamasının amacının kişilerin istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarının sağlanması olduğunu ve gebeliğin önlenmesi için gebelikten korunma önlemlerinin serbest bırakılacağını belirtmiştir. Gebelikten kaçınmak isteyen kadınlara ve eşlerine yardım etme görevinin devlete ait olduğu, bu amaçla doğum kontrol yöntemlerine ücretsiz erişimin sağlanması ve sağlık personelinin bu konuda eğitilmesi konuları yasada belirtilmiştir. Aynı zamanda yasa, sadece tıbbi nedenler ile isteyerek düşük (kürtaj) ve cerrahi sterilizasyona (kadında ve erkekte tüplerin bağlanması) izin verilen sınırlı durumları ve yasanın ihlal edildiği durumlarda uygulanacak cezaları da belirtmektedir. 1965 yılında aynı zamanda, Sağlık Bakanlığı bünyesinde *Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü* kurulmuştur. (1983 yılında yeni bir yapılanma ve organizasyon ile bu birimin adı, daha önce kurulan Ana-Çocuk Sağlığı birimini de kapsayacak şekilde, *Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü* olarak değiştirilmiştir). Bu gelişmelerin sonucunda, ülkede aile planlaması (doğum kontrolü) yöntemleri hakkında toplumun bilgisi, modern aile planlaması (AP) yöntemlerinin prevalansı (kullanım sıklığı) artmış, 15 yılda iki katına çıkmıştır. Bununla birlikte geleneksel AP yöntemleri hala yaygın olarak kullanılmaya devam etmiştir. Bu yasa sonucunda, eski adıyla Devlet İstatistik Enstitüsü (yeni adıyla TÜİK) verilerine göre, 1960'da binde 28,5 olan yıllık nüfus artış hızı 1980'de binde 20,7'e, toplam doğurganlık hızı (bir kadına düşen çocuk sayısı) ise 4.3'e düşmüştür. Bunun yanı sıra, toplumda okur yazar olmayan kadın nüfusu %75,2'den, %45,3'e düşmüştür (Geleçki, 2016). Ayrıca, anne ölüm oranı da 1974 yılında yüz bin canlı doğumda 208 iken, 1981 yılında bu sayı yüz bin canlı doğumda 132'ye düşmüştür. Bebek ölüm hızında da önemli bir düşüş kaydedilmiştir. İsteyerek düşükler konusundaki yasadaki kısıtlayıcı durumlar, isteyerek düşükleri ve buna bağlı olumsuz durumları önlememiş, yasadışı isteyerek düşük sorunu **ülkede** devam etmiştir (Akın, 2007; Akın 2012). Ancak, bu yasanın toplumsal cinsiyet perspektifiyle incelendiği bir çalışmada; yasa ile ilgili gerekçeli metinlerde nüfus artışının ülke ekonomisine getirdiği zararları

vurguladığı, demografik endişelerin ön planda olduğu, isteyerek düşük(kürtaj) konusunda muhafazakâr ve geleneksel yaklaşım nedeniyle sadece tıbbi nedenlerle izin verildiği, cerrahi yöntemle kontrasepsiyon ("*kadında ve erkekte tüplerin bağlanması*") konusunda ise bilgi eksikliği olduğu için yasada karşı çıktığı belirtilmektedir (Akın, 2006; Akın ve Bahar-Özvarış, 2005).

Bu dönemde uluslararası gelişmelere baktığımızda; 1946 yılında Birleşmiş Milletler (BM) bünyesinde "*Kadının Statüsü Komisyonu*"nun kurulmasıyla birlikte konuya dikkat çekilmesi ve BM'in 1975 yılını "*Uluslararası Kadın Yılı*" ilan etmesi, aynı yıl Meksika'nın başkentinde yapılan I. Dünya Kadın Konferansı ve BM'in 1976-85 yılları arasında "*eşitlik, kalkınma ve barış*" hedeflerine ulaşmada "*Kadın 10 yılı*" olarak ilan etmesi ve bu dönemin ana temasının da istihdam, sağlık ve eğitim olarak belirlenmesi ve buna yönelik etkinliklerin düzenlenmesi önemli bir gelişmedir.

Uluslararası alanda 1960'lardan itibaren artan kadın hareketi ve o güne kadar kadın hakları ile ilgili yüz yıllık mücadele sonucunda, "*cinsiyet eşitliği*" temel bir insan hakkı olarak kabul edilmiştir. Yaklaşık 30 yıla varan çabaların doruk noktası olarak 1979 yılında BM Genel Kurulu'nda kabul edilen ve 1981 yılında yürürlüğe giren "*Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi*" (CEDAW-Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women) dünyada önemli bir dönüm noktası ve uluslararası güçlü bir temel dayanak olmuştur (UN Women, 2010; Tarhanlı, 2022). CEDAW, diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da kadınlara yönelik ayrımcılığın görünür kılınmasında etkili olmuş, kadın ve erkeklerin sağlık hizmetlerinden eşit yararlanmaları için devletlerin gerekli sorumluluğu üstlenmeleri gerektiğini belirtmiştir (Akın ve Türkçelik, 2018). Dünyada kadın hareketinin uzun ve zorlu savaşımı sonucunda CEDAW ile uluslararası alanda ve Avrupa'da iyi bir yasal mevzuat yaratılmıştır. Elbette her zaman yasal eşitlik ile var olan eşitlik arasında ülkelerde var olan durum açısından farklılıklar bulunmaktadır. Bunun Türkiye'ye yansımaları daha sonraki bölümde ele alınmıştır.

Dördüncü Dönem (1980-2000)

Dünyada 1980 sonrasındaki dönemde "*sağlıkta reform ve yeniden yapılanma*" adıyla anılan neoliberal politikaların Türkiye'ye yansımaları olarak, aynı yıllarda sağlıkta dönüşüm için ön hazırlıklar yapılmış ve bu dönemde sağlık hizmetleri kamunun sorumluluğundan çıkarılarak piyasa koşullarına bırakılmıştır.

Bu kapsamda, Cumhuriyet döneminde daha önce devletin görevi olarak ifade edilen sağlık, 1982 Anayasası'nda "devletin sağlık hizmetlerini gözeticeği ve düzenleyeceği" şeklinde belirtilmiş, sağlıkta özel sektörün yer alması görüşü resmen yer almış ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği sağlamak görüşünden yola çıkılarak özel sağlık kuruluşlarının hizmet vermesi ve ilginç bir şekilde "kamu ile rekabet etmesi" hedeflenmiştir. Bu çalışmalar kapsamında 1987'de, daha sonradan pek çok maddesi Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilen ve uygulanamayan "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" çıkarılmıştır. 1989 yılında Cumhuriyet döneminden itibaren "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı" olarak adlandırılan bakanlığın adının, "Sağlık Bakanlığı" olarak değiştirilmesi bu dönemde gerçekleşmiştir (Kasapoğlu, 2016).

Türkiye'de 1982 Anayasası'nda; dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi görüş, felsefi inanç, din, mezhep ve bu tür farklılıklara bakmaksızın tüm insanları kapsayacak şekilde genel olarak eşitlikten bahsedilmektedir. Türkiye'de 1980 sonrası ivme kazanan kadın hareketinin, bu konuda çalışan kadın Sivil Toplum Örgütleri'nin (STÖ) çabalarıyla ve Avrupa Birliği uyum yasalarının ve uluslararası sözleşmelerin gereklilikleri gibi bazı olumlu gelişmelerin etkisiyle toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamaya yönelik pek çok program ve proje yürütülmüştür. Bunların etkisiyle Anayasa'ya daha sonradan eklenen hükümler ile (2001 ve 2004 yılında, Madde 41 ve Madde 10) toplumsal cinsiyete duyarlı mevzuatın oluşturulması açısından pozitif adımların atılmış olduğu ve bazı temel kanunlarda kadın-erkek eşitliğini sağlamaya yönelik bazı düzenlemelerin yapıldığı belirtilmektedir (Akin ve Türkçelik, 2018; Kuyaksil, 2009). Bu kapsamda, devlet kurumları ile idari otoritelerin kadın-erkek eşitliğini sağlaması konusunda sorumlu oldukları belirtilmiş, ayrımcılık yasaklanmıştır. Ancak, toplumsal cinsiyet perspektifiyle yasaları inceleyen bir çalışmada; Anayasa'da kadınların çalışma koşulları konusunda özel korumadan yararlanmaları gerektiği, özellikle de annelerin korunmasına değinildiği belirtilmiştir. Ancak, kadınların "Sosyal Güvenlik Bakımından Özel Olarak Korunması Gerekenler" başlığı altında belirtilen ve fiziksel ve zihinsel engelli bireyler hakkında olan düzenlemelerin yer aldığı tanımlamada ele alınmış olduğu saptanmış ve kadınlara özel bir toplumsal cinsiyet yaklaşımının belirtilmediği saptanmıştır (Akin, 2006; Akin ve Bahar-Özvarış, 2005).

Bir önceki dönemde ayrıntılı anlatılan ilk Nüfus Planlaması Kanunu'nun (557#), anne ölümlerine neden olan isteyerek düşüklerle ilgili ("kürtaç") so-

runa cevap verememiş olması nedeniyle, kadın sağlığı açısından yarattığı olumsuz durumu ortaya koymak üzere her beş yılda bir yapılan Hacettepe Üniversitesi (HÜ) Nüfus Etütleri Enstitü'nün yaptığı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'nın (TNSA) ve HÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın bu dönemde başkanı olan Prof. Dr. Nusret Fişek, Prof. Dr. Ayşe Akın ve çalışma arkadaşlarının Dünya Sağlık Örgütü-Üreme Sağlığı Araştırma Birimi iş birliğinde yürüttükleri bilimsel çalışmaların sonuçlarıyla kanıt dayalı bilgilerle savunuculuk yapmalarının sonucunda, 1983 yılında 2827 sayılı "İkinci Nüfus Planlaması Kanunu" kabul edilmiştir (T.C. Resmi Gazete, 1983). Bu yasa ile; on haftaya kadar olan gebeliklerde isteyerek düşükler ("kürtaç") yasal hale gelmiş, ek olarak sertifikalandırılan pratisyen hekimler gebelik sonlandırılması için yetkilendirilmiştir. Bu yeni yasa ile doktorların gözetiminde ve güvenli koşullarda istenmeyen gebeliklerin isteyerek sonlandırılmasına izin verilmiştir. Ayrıca, sertifikalandırılan ebe ve hemşireler RİA (Rahim İçi Araç) uygulaması için yetkilendirilmiştir. Bunlar, AP hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve bu hizmetlerden yararlanmayı artıracak düzenlemeler olmuştur. Sözü edilen yasa ile ayrıca, isteğe bağlı olarak 18 yaşın üzerinde kadın ve erkek için cerrahi sterilizasyon yaptırılması yasallaştırılmıştır. Bu yeni yasanın Türkiye'de düşüğe bağlı anne ölümleri büyük oranda önlenerek güvenli olmayan düşüklere bağlı anne ölümleri %53'ten %2'ye düşmüştür (Akin, 2012; Akin ve Terzi, 2020). İsteyerek düşüklerin sağlık hizmetleri üzerindeki yükü azalmış, düşük komplikasyonlarına bağlı hastane yataklarının işgal oranları giderek azalmıştır. Bu dönemde yıllar içerisinde kadınların doğum kontrol yöntemlerinden yararlanmaları artarak 1993 TNSA sonuçlarına göre, RİA kullanım sıklığının iki kat arttığı, ilk defa gebeliği önleyici modern yöntem kullanım sıklığının, o güne kadar yüksek olan geleneksel yöntemleri geçerek %34,5'e ulaştığı görülmüştür (MoH ve diğerleri, 1994). Halen günümüzde yürürlükte olan 2827 sayılı yasanın, daha önce de sözü edilen toplumsal cinsiyet perspektifiyle incelendiği bir çalışmada, yasanın toplumsal cinsiyet ve sağlık konusundaki hedefleri kısmen de olsa karşıladığı saptanmıştır. Daha önceki yıllarda yürütülen yasa ve politikalarda, kadınların daha çok biyolojik olarak üreme konusundaki rollerinin ön plana alındığı, ancak 2827 sayılı bu yeni yasa ile isteyerek düşük konusundaki kararı esas olarak kadına vermiş olduğu, yasanın gebeliklerin sona erdirilmesi konusunda bireyin evlilik durumu ile ilgili olarak herhangi bir ayrımcılığa izin vermediği belirtilmiştir. Ancak, uygulamada sağlık personeli tarafından medikal bariyerler oluşturduğu görülmüştür (Akin, 2006; Akin ve Bahar-Özvarış, 2005)

Bu dönem içerisinde ele alınması gereken diğer önemli bir konu; daha önceki dönemde bahsedilen BM tarafından dünyada 1979'da kabul edilen "Kadına Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi"nin (CEDAW), 1985 yılında Türkiye tarafından imzalanması ve TBMM'nde kabul edilerek sözleşmenin 1986'da yürürlüğe girmesi ve Türkiye'nin böylece sözleşmeye taraf ülke olması konusudur (**Tarhanlı, 2022**). Bu sözleşmenin, kadınlara karşı her türlü ayrımcılığın önlenmesi konusunda, ülkemizde hukuksal, eğitim, sağlık ve sosyal alandaki düzenlemelere önemli yansımaları ve olumlu etkileri olmuştur. Bu düzenlemelerden biri olarak 2001 yılında Yeni Medeni Kanun'un kabul edilmesiyle birlikte, aile içinde kadın-erkek eşitliği temel alınmış ve daha önceki düzenlemelerde kadınlar aleyhine olan ayrımcı maddeler eşitlikçi bir anlayışla değiştirilmiştir. Bu değişikliklerden kadın sağlığı açısından önemli olanlarından biri; evlilik yaşının bedensel ve zihinsel olgunluk gerektirdiğinden yola çıkılarak ve evlilik yaşı daha önceki kadın ve erkek için eşit olmayan yaş düzenlemesi yerine, kadın ve erkek için 17 yaşını tamamlamış olmak şeklinde eşitlenmesidir. Hala uygulamada bu konuda sorunlar yaşansa da çocuk yaşta evliliklerin ve adolesan (ergen) gebeliklerinin önlenmesi anlamında çok önemli bir düzenlemedir. Elbette, bu yazıda ayrıntısına girilmeyecek olan ve şu anda uygulamadaki pek çok soruna rağmen, Türk Ceza Kanunu'nda, çalışma yaşamında ve eğitim (kız çocuklarının pozitif ayrımcılıkla eğitime katılımlarını desteklemek ve artırmak üzere bir dizi düzenleme ve program yürütülmüştür) alanında yapılan düzenlemeler de kadın sağlığı açısından da son derece önemlidir. Türkiye'nin CEDAW'ı imzaladığı 1985'ten itibaren, sözleşmenin kadın sağlığıyla ilişkisine yönelik tahminlerde bulunmak amacıyla, cinsiyetler arası karşılaştırma için elde edilebilen somut verilerden ikisiyle; 1980-2019 yılları arasındaki cinsiyete özel ölüm hızları ile doğuştan beklenen yaşam süreleri verileri kullanılarak zaman serisi analizi uygulanarak yürütülen bir çalışmada; CEDAW öncesine göre, sonrasında kadınlara özel ölüm hızında azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sözleşmeye ülke olarak taraf olunan dönem içerisinde Türkiye'de kadınlara özel ölüm hızındaki değişimi sadece CEDAW'a bağlamak doğru olmasa bile (Örn: 1983 yılında kabul edilen 2827 sayılı yasa ile ülkede güvenli düşük hizmetlerinin ve AP hizmetlerinin yaygın bir şekilde sunulması, kadın ölümlerini azaltmada etkili olmuştur) aynı zaman dilimindeki erkeklere özel ölüm hızındaki değişimle karşılaştırıldığında, sözleşmenin kadın ölümlerinin azalmasıyla ilişkisinin yanı sıra, kadın sağlığının sosyal belirleyi-

lerini de etkileyerek dolaylı şekilde kadın sağlığını iyileştirmede önemli katkıları olduğu saptanmıştır (**Kara ve Bahar Özvarış, 2022**).

Türkiye'de bu dönemdeki önemli gelişmelerden biri de 1990'da şu anda Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı çalışmakta olan kadın hakları konusunda uygulayıcı ve sorumlu kuruluş olarak "Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü"nin (daha sonra adı *Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü* olarak değiştirilmiştir) kurulmasıdır. Daha önce sözü edilen uluslararası sözleşmeler ve kadın STÖ'nin çabaların etkisiyle, aile içi şiddetin göz yumulamayacak bir suç olduğu, bunu işleyenlerin cezalandırılması gerektiği konusunda kamuoyu yaratılmıştır. Bu gelişmelerin bir sonucu olarak ilk Kadın Danışma Merkezlerinin ve Sığınma Evleri'nin açılmasıyla ev içi şiddetle gerçek mücadele süreci başlamıştır. 1990'lı yılların sonunda bu süreç ivme kazanmış ve 1998 yılında kadına karşı şiddeti düzenleyen 4320 sayılı ilk kanun -*Ailenin Korunmasına Dair Kanun*- yürürlüğe girmiştir (2012 tarihinde 6284 sayılı Kanun ile yürürlükten kaldırılmıştır). Ancak kanun; kadını değil aileyi koruduğu, kadını birey olarak kabul etmediği, kadına karşı şiddeti önlemeye yönelik hükümler içermediği ve usule ilişkin hükümlerin net olmaması gibi pek çok sorunu içerdiği gerekçeleri ile kadın STÖ tarafından eleştirilmiştir (**Öztürk, 2017; Bozkurt, 2011**).

Bu dönem içerisinde uluslararası alanda kadın sağlığı, üreme ve cinsel sağlık konusunda önemli bir dönüm noktası; 1994 yılında Kahire'de yapılan "Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı"nın (ICPD) yapılması ve bunun çıktıları olmuştur. Bu konferansta nüfusun sadece sayılardan değil, insanlardan oluştuğu, sürdürülebilir kalkınmanın merkezine insanların sağlıklı olmasının, haklarının, kadınların güçlenmesinin yerleştirilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır. Cinsel ve Üreme Sağlığı (CSÜS) ve üremeye ilişkin hakların, sürdürülebilir kalkınma, ekonomik büyüme/gelişme ve tüm insan haklarına ulaşmada temel olduğu kabul edilmiştir. İlk kez Üreme sağlığı (ÜS) kavramı ve "Cinsel ve Üreme Hakları" tanımlanırken, CSÜS dahil sağlığa bütüncül bakan bir yaklaşım ortaya konmuştur. Bu kapsamda ÜS hizmetlerinin, cinsel sağlık, cinsellik konuları da dahil bütün yaş gruplarını hedefleyerek ve her iki cinsiyette ele alınması gerektiği belirtilmiştir. Bu dönemde kadın hakları konusunda ele alınması gereken uluslararası önemli gelişmelerden bir diğeri de; 1995'de Pekin'de yapılan *IV. Dünya Kadın Konferansı'dır*. Bu konferansta ICPD'de kabul edilen ilkeler doğrultusunda gelecek 20 yılın eylem

planları yapılmış ve ICPD’de alınan kararlar bir kez daha vurgulanmıştır. Pekin Konferansı’nda 12 kritik alan belirlenmiştir. Bunlardan birisi de Kadın ve Sağlık olmuştur. Ancak, kadın sağlığı ile çok yakından ilişkili olan, Kadın ve Yoksulluk, Kadın ve Eğitim, Kadına Yönelik Şiddet, Kadın ve Silahlı Çatışma, Kadın ve Ekonomi, Politika ve Karar Verme Mekanizmalarında Kadın, Kadının İlerlemesinde Mekanizmalar, Kadınların İnsan Hakları, Kadın ve Medya, Kadın ve Çevre, Kız Çocuk başlıklarında da önemli kararlar alınmıştır. **(Bahar-Özvarış ve Akın, 2020; Çiçeklioğlu, 2023).**

Bu zamana kadar dünyada olduğu gibi Türkiye’de de “Ana-Çocuk sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) hizmetleri” üzerine odaklanılmış, kadın sağlığının diğer boyutları ihmal edilmiştir. 1994 yılındaki ICPD sonrası, Prof. Dr. Ayşe Akın’ın AÇSAP Genel Müdürlüğü döneminde, CSÜS ve üreme ve cinsel sağlığa ilişkin hakların ve üreme sağlığına bütüncül bakan yaklaşımın ülke düzeyinde olumlu yansımaları olmuş, bu kapsamda ciddi değişiklikler yaratacak programlar yürütülmüştür. Türkiye’de 1965’ten 2000’li yıllara kadar Türkiye’nin antinatalist politikasında ve hizmet anlayışında ciddi bir sorun olmamış, yıllar boyunca benzer yaklaşımlar sürdürülmüştür. Yakın zamana kadar AP hizmetleri, “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Kanunu” çerçevesinde kırsal alanda da dâhil, başarılı bir şekilde sunulmuş, olumlu etkileri sağlık istatistiklerine yansımıştır. AP hizmetlerinde son 20 yıla kadar, riskli gebelikleri önleyerek anne ve çocuk sağlığını korumayı amaçlayan, kadınlara gerekli bilgi, danışmanlık ve hizmetleri sunarak AÇSAP hizmetleri kapsamında doğurganlıkları ile ilgili bilinçli seçim yapmalarını sağlayan politikalar izlenmiştir. Bu süreçte ayrıca, birinci basamakta Sağlık Ocakları ve Sağlık Evleri, özellikle kırsal alanda ebelerin yaptığı ev ziyaretleri ile yürütülen hizmetlerin sonucunda kadınların doğum öncesi bakım hizmeti almaları, doğumlarını bir sağlık kuruluşunda veya sağlık personeli yardımıyla gerçekleştirmeleri ile anne ölümlerinde ciddi bir azalma olmuştur **(Bahar-Özvarış ve Akın, 2020).**

Beşinci Dönem (2000’li yıllar)

Daha önceki dönemde bahsedildiği gibi, 1980’lerden itibaren ve 1990’lar boyunca Türkiye’de süren sağlıkta neoliberal politika kapsamında, sağlık sistemini serbest piyasa koşullarına adapte etmeyi amaçlayan birtakım düzenlemeler sonucunda, 2003 yılında sağlık hizmetlerinde politika değişikliği ile “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) uygulamaya başlanmıştır. Neoliberal ekonomik politika ile sağlık alanında kamusal finansmanın yerini ticari-

leşmiş ve bireyselleştirilmiş hizmet anlayışı almış ve bu gelişme sağlıkta eşitsizliklerin artmasına neden olmuştur **(Dayı, 2019)**. Kadın sağlığı hizmetlerinin ve göstergelerin şu andaki mevcut durumunu bir bütünlük halinde değerlendirebilmek için SDP yapısını iyi anlamak gerekir. Sağlıkta özelleştirme anlamına gelen bu politika kapsamında uygulamaya konulan SDP’nin üç temel ayağı mevcuttur; bunlardan birincisi Genel Sağlık Sigortası adı altında finansman düzenlemesi, ikinci temel ayağı *Aile Hekimliği* (AH) modelidir. Sağlık Ocağı-Sağlık Evi modelinde bir bütün halinde ve tek bir birimden sunulan birinci basamak sağlık hizmetleri, topluma ve kişiye yönelik olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Topluma yönelik sunulacak koruyucu sağlık hizmetleri toplum sağlığı merkezleri (TSM) tarafından, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) hizmetleri ve aile hekimleri tarafından sunulması planlanmış ve yürütülmektedir. Bu ayırım, birinci basamakta sunulması gereken kadın sağlığı hizmetlerini (Örn.; AP hizmet sunumunun bu iki yapı arasında bölünmesi) elbette olumsuz etkilemiştir ve etkilemektedir. Üçüncü temel ayağı ise, Sağlık Bakanlığı’na bağlı ikinci ve üçüncü basamak tedavi kurumlarının Kamu Hastane Birlikleri çatısı altında ‘özerk’ olarak yeniden örgütlenmesi olmuştur. Son yıllarda süreçte bu anlayış, kamu özel ortaklığı (Public Private Partnership-PPP) şeklindeki büyük şehir hastanelerinin açılması sürecine yönelmiştir **(Çavmak ve Çavmak, 2017)**.

Kadın sağlığı konusunda uluslararası gelişmelerden biri olarak bu dönemde, BM 2000 yılında Binyıl Kalkınma Hedefleri’ni tanımlamıştır. Küresel olarak 2015 yılına kadar ulaşılması istenen sekiz hedef (bu doğrultuda ülkeler planlar yapmıştır) tanımlanmıştır. Bunlardan kadın sağlığı konusuyla ilgili olanlar; cinsiyet eşitliği ve kadının güçlendirilmesi, kadının eğitim durumunun iyileştirilmesi, anne sağlığını iyileştirilmesi, HIV/AIDS, sıtma ve diğer bulaşıcı hastalıklarla mücadele başlıkları sayılabilir. Binyıl hedeflerinin süresi dolduğunda ve 2015 yılına gelindiğinde, BM 2030 yılına kadar ulaşmak üzere 17 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi (Sustainable Development Goals-SKH) (esasen hepsi kadın sağlığı ile ilişkili olan) tanımlamış ve Türkiye de dahil, üye ülkeler bu doğrultuda 2030 yılına kadar kendi hedef ve planlarını oluşturmuşlardır **(UNESCO, 2015; Çiçeklioğlu, 2023)**.

Bu dönemde cinsiyetler arası eşitliğin sağlanması ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği temelinde ortaya çıkan Kadına Yönelik Şiddet (KYŞ) ile mücadele konusunda da uluslararası gelişmelerden söz etmek gerekir.

BM'in 1993'de tanımladığı KYŞ konusunu, 2002 yılında DSÖ de şöyle tanımlamıştır; "özel bir ilişkide fiziksel saldırganlık, cinsel zorlama, psikolojik istismar ve kontrol etme davranışı şeklindeki eylemlere bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel, cinsel ve psikolojik zarara neden olan davranıştır". DSÖ, bu konuda yapılan çok merkezli ülke araştırmalarında prevalansın yüksek olduğunun (çok sık görüldüğünün) saptanması ve yarattığı sorunların da dikkate alınması gerektiğini belirterek KYŞ'i bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlamıştır (**Harcar ve ark., 2008**). Bu gelişmeler sürerken ulusal düzeyde, daha önceki bölümde bahsedilen 4320 sayılı yasanın KYŞ'i önlemedeki yetersizliği gidermek için 2007 yılından itibaren kanunda bazı değişiklikler yapılmış ve son olarak "Avrupa Konseyi Kadına Yönelik Şiddetin ve Ev İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Sözleşme"nin (İstanbul Sözleşmesi-İS) İstanbul'da imzaya açılması (2011 yılında Türkiye'nin Avrupa Konseyi Başkanlığı'nı yürüttüğü dönemde) önemli bir gelişme olmuştur. Daha sonraki yıllarda Türkiye'de İS 2014 yılında yürürlüğe girmiştir (Ancak, Türkiye 2021 yılında sözleşmeden çekilmiştir). İS'nin amacı; kadınları her türlü şiddete karşı korumak, şiddetin ortaya çıkmasını önlemek, kadına yönelik ve ev içi şiddeti ortadan kaldırmaktır. İS'nin kapsamı doğrultusunda kadın hukukçuların, bilim insanlarının ve üniversitelerin kadın araştırma ve uygulama merkezlerinin hazırlığında önemli görevler üstlenmesiyle, 2012 yılında 6284 sayılı "Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun" hazırlanmış ve kabul edilmiştir (**Öztürk, 2017; Tiryakioğlu ve Öztürk 2023**). Aynı yılda, şiddete maruz kalan kadın ve çocuklara destek sağlamak amacıyla Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı olarak illerde Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri (ŞÖNİM) kurulmuştur. Bunlar da kadın sağlığına bütüncül yaklaşımla bakıldığında önemli gelişmelerdir.

Türkiye'de neoliberal politikanın izlenmesiyle paralel süreçte "muhafazakârlaşma" olarak da ifade edilen, kültürel alana, eşitlikçi cinsiyet anlayışına ve kadın bedeni üzerinden üreme haklarına vb. saldırılar da beraberinde gelmiştir. Kadınların geleneksel rollerine vurgu yapan anlayış ve patriyarkal yapı, ülkede var olan toplumsal cinsiyet eşitsizliğini giderek derinleştirmiştir. Bunu uluslararası değerlendirmelerde de görmek mümkündür. Dünya Ekonomik Forum'unun, geliştirdiği bir kompozit indeks oluşturarak ülkelerdeki kadın-erkek eşitsizliğinin boyutunu değerlendirdiği Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurum Raporu'larında görmek mümkündür. Bu raporda, kadın-erkek eşitsizliği; "ekonomiye katılım ve fırsatlar", "eğitime erişim", "politik güçlenme" ve "sağlık

ve hayatta kalma" olmak üzere dört ayrı başlıkta ele alınmaktadır. "Sağlık ve hayatta kalma" alt başlığında; kadınlarda doğuştan beklenen yaşam süresi ve üreme sağlığına yönelik göstergeler yer almaktadır. Ülkelerden elde edilen resmi veriler ile yapılan bu değerlendirmede; kadın-erkek eşitsizliğinin düzeyi olarak bir indeks değeri hesaplanmakta, bu değer 0-1 puan arasında değişmekte, değer in bire yaklaşması eşitsizliğin azaldığı, değer in 0'a yaklaşması eşitsizliğin arttığı anlamına gelmektedir. Buna göre de ülkeleri en iyiden başlayarak sıralamaktadır. 2023 yılında yayınlanan rapora göre; Türkiye, 146 ülke içinde 129. sırada ve indeks değeri 0,638'dir. Rapordaki alt başlıklara göre ise, ekonomiye katılım ve fırsatlar alt başlığında Türkiye 133., politik güçlenme başlığında 118., eğitime erişim başlığında 99., sağlık ve hayatta kalma alt başlığında ise 100. sırada yer almıştır (**GGGR, 2023**). Bu değerlendirmeler kapsamında, özellikle 2016'dan sonra Türkiye'nin "sağlık ve hayatta kalma" alt başlığında sıralamadaki yerinde bir düşüş olduğu gözlenmektedir. Nitekim AB Komisyonu'nun Türkiye ile ilgili yakın bir tarihte yayınladığı raporda kadın ve kız çocuklarının hakları ve toplumsal cinsiyet eşitliği alanında gerilemenin devam etmekte olduğu belirtilmiştir (**AB Komisyonu, 2022**). Kadının statüsü, üreme hakları ve CSÜS hizmetlerine erişim açısından Türkiye'nin dünya sıralamasındaki yeri ve bu saptamalar kabul edilemez durumdadır.

Bu dönemde ele alınması gereken konulardan biri de 2011 yılında Sağlık Bakanlığı'nda (SB) yapılan re-organizasyon çalışmasıyla AÇSAP Genel Müdürlüğü'nün kapatılarak üreme sağlığı hizmetlerinin Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü altında Kadın Sağlığı Daire Başkanlığı'nın sorumluluğuna aktarılmış olmasıdır. Buna ek olarak kamu hastanelerinin içerisindeki AP klinikleri ile uç birimlerde hizmet sunan AÇSAP merkezlerinin sayısı azalmış veya başka birimlere dönüştürülmüştür. Bunların yanı sıra, 1994-ICPD süreci sonrasında ülkede uygulanmaya çalışılan programların birer birer yok olduğu görülmektedir. Kadın sağlığı hizmetleri açısından bu olumsuzlukları takip eden süreçte, karar vericilerin "en az üç çocuk" politikasıyla doğurganlığı teşvik eden söylemleri ile 2014 yılında yürürlüğe giren Onuncu Kalkınma Planı'nda (o güne kadar olanlardan farklı bir şekilde); 1965'ten beri süregelen antinatalist politikaların nüfus artış hızı, doğurganlık oranı ve genç nüfusun toplam nüfus içindeki payında azalmalara neden olduğu vurgulanmıştır. Onuncu Kalkınma Planı'nda 2012 itibarıyla nüfus artış hızının binde 12 seviyelerine düştüğü ve toplam doğurganlık hızının %2,08'e gerileyerek nüfusun

kendini yenileme hızı olan 2,1'in altında seyrettiği ifade edilmiş ve doğurganlığı teşvik eden hedefler yer almıştır. Böylece, Türkiye'de önemli bir değişim olarak yeniden pronatalist nüfus politikasına döndüğü belirtilmektedir (Özdemir, 2017). Bu değişimle, ailenin korunması adı altında kadını birey olarak gören anlayış yerine, aile içinde tanımlayan anlayış ve Türkiye'nin genç nüfus demografik yapısının korunması konusu öne çıkarılmıştır. Bu kapsamda "Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı" hedefleri arasında, kadınların üreme haklarına ve kararına müdahale anlamına gelen, çalışan kadınlarda toplam doğurganlık hızının düşüklüğü iddiasıyla bazı yasal teşvikler getirilmesi söz konusu olmuştur (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2013). Bu yaklaşımla kadına biçilen toplumsal cinsiyet rolü yine "annelik" olmuş, kadınların kendilerinin esnek çalışmayı istedikleri, çocuğuna uzun süre, evde kendisinin bakmak istediği, "iyi anne" veya "annelik görevlerini eksiksiz yerine getirmeleri" gibi kurgulara dayandırılarak "aile ve iş yaşamının uyumlaştırılması" adı altında bazı düzenlemeler gündeme getirilmiştir. Anne olduklarında yaşamın diğer alanlarından çekilmelerini doğallaştıran bu kurgu, kadınları çalışma yaşamından uzaklaştırırken bir yandan da kadınların esnek ve güvencesiz işlerde ucuz iş gücü olarak, sendikası, güvencesiz, örgütsüz çalışmasını beraberinde getirmiştir (KEİG, 2015).

Uzun yıllar uluslararası kuruluşlardan hibe şeklinde sağlanan AP lojistik desteği 1995'den itibaren aşamalı olarak azaltılmış, 2000 yılında ise tamamen kesilmiştir (Özvarış ve ark., 2004). SB daha sonraki yıllarda satın alma yoluyla AP malzemelerini temin ederken 2017 yılında bu görevi il sağlık müdürlüklerine devretmiştir. Bu süreçle birlikte, Covid19 pandemisi sonrası daha da belirgin hale gelen, birinci basamak sağlık kurumlarına AP malzeme lojistiğinde sorunlar yaşanmaya başlanmıştır (CİSU, 2021). Nitekim 2018 TNSA verilerine bakıldığında; AP yöntemlerinin %39'u kamudan, %38'i özel sektörden, %23'ü diğer yerlerden temin edilirken yıllar içerisinde birinci basamak kuruluşlardan temin edenlerin yüzdesinin %36'dan %24'e gerilediği görülmektedir (HÜNEE, 2019). Sonuçta, SDP sürecinde hizmet birimlerinin sayısı ve donanım ve malzeme eksikliği gibi sorunlar nedeniyle, özellikle de yoksul ve eğitimsiz kadınlar arasında kamusal alanda AP hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler derinleşerek devam etmiştir (Dayı, 2019).

Türkiye'de TÜİK tarafından yayınlanan son verilere göre; toplam nüfus 85.279.553, nüfus artış hızı binde 7.1, nüfusun ortanca yaşı 33.5 yaş, çocuk nüfus

%22, çalışma çağındaki nüfus %68,1, yaşlı nüfus %9,9'dur. Doğuşta beklenen yaşam süresi; erkeklerde 75 yıl, kadınlarda 80,5 yıldır. (TÜİKb 2023; TÜİKc, 2023) Daha önceki dönemlerde bahsedildiği gibi, Türkiye'de TDH 1950'lerin ilk yıllarına kadar çok yüksek olup kadın başına düşen çocuk sayısı 6-7 düzeyinde iken, 1978 ile 2008 yılları arasında yarı yarıya azalarak 4,33'ten 2,16'ya gerilemiştir. Şu anda ise TÜİK verilerine göre TDH 1.6 olarak belirtilmektedir (TÜİKc, 2023). Doğurganlıkla ilgili bu göstergeler bölgeler arasında, kent-kır arasında farklılık gösterdiği gibi kadınların eğitim durumuna göre de farklılaşmaktadır. 2022 ulusal eğitim verilerine göre, ülkemizde genel olarak kadınlarda okur yazar olmayanların yüzdesi (%4.1), bölgelere göre ciddi farklılık göstermekle birlikte, erkeklerdeki yüzdenin (%0.7) yaklaşık dört katıdır. Ortalama eğitim süresi kadınlarda 8,5 yıl, erkeklerde 10,0 yıl olarak belirtilmektedir (TÜİKd, 2023)

Türkiye'de CSÜS hizmetleri açısından ülke geneli ni yansıtan en son veri olarak 2018 TNSA sonuçlarına göre üreme sağlığı ile ilgili şu andaki durumu incelendiğinde çarpıcı veriler görülmektedir. Doğurganlık çağının sonuna geldiğinde kadın başına düşen çocuk sayısını veren TDH 2,3'tür. Annenin eğitimi ve ailenin refah düzeyi düşükse TDH yüksek olmakta, yükseldikçe TDH düşmektedir. Adölesan (15-19 yaş) kadınların neredeyse %4'ü çocuk sahibi ya da ilk çocuklarına gebedir. İlkokulu bitirmiş kadınların %20'si adölesan (ergenlik) dönemde çocuk sahibi olmaya başlarken, lise veya üzeri eğitim alan kadınlar arasında bu oran %1 düzeyindedir. En düşük refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan kadınlar arasında adölesan annelik daha yaygın iken (%9), refah düzeyi en yüksek olan hanelerde yaşayan kadınlar arasında daha düşüktür. Türkiye'de, 25-49 yaşlarındaki kadınların %21'i 18 yaşına kadar, %39'u 20 yaşına kadar ve %4'ü ise 15 yaşından önce evlenmektedir. Bununla birlikte, kadınların %53'ü şu anda sahip olduğundan daha fazla çocuk sahibi olmak istemediğini, %14'ü ise daha sonra istediklerini belirtmiştir. Yani kadınların yaklaşık üçte birinin gebelik istemediği görülmektedir. Anne-bebek ölümleri açısından çok önemli olan riskli gebeliklerin hala çok yüksek ve yaygın olduğu görülmektedir; bu açıdan kadınların %27'si tekli yüksek risk, %9'u ise çoklu yüksek risk kategorisindedir. Bununla birlikte, halen evli kadınların %49'u gebeliği önlemek amacıyla modern yöntem kullanmakta, %21'i geleneksel yöntem kullanmaktadır (HÜNEE, 2019). Modern yöntem kullanımı 2008'den bu yana çok az bir artış göstermiş, oldukça güvenilir ve etkili olan RİA yönteminin kullanımı (2003'de %20'lerde iken,

2018'de %14) giderek düşmüştür. Hizmete erişim sorunu yaşayan, kırsal alanda ve doğu-güneydoğu bölgesinde ve yoksul kadınlar arasında modern yöntem kullanımı açısından ciddi farklar mevcuttur (HÜNEE, 2019; Özdemir ve ark. 2019). TNSA 2018 verilerinde en göze çarpan diğer bir bulgu ise; yukarıda bahsedilen konuların göstergelere yansımaları olarak AP'nda hizmet açığını ortaya koyan "AP'nda karşılanamayan gereksinim" in son beş yılda %6'dan %12'ye, yani iki katına çıkmasıdır. Şu anda halen evli kadınların %4'ü bir sonraki doğuma ara vermek istemekte, %8'i ise artık daha fazla doğum yapmak istememektedir. Geleneksel yöntem kullananlar (%21) da bu gruba dâhil edildiğinde karşılanamayan ihtiyaç %33 olmaktadır. Yani, Türkiye'de üç kadından birinin, sosyal devletin herkese eşit bir şekilde vermekle yükümlü olduğu Temel Sağlık Hizmetleri'nden biri olan, AP ihtiyacı karşılanmamaktadır. Hizmet niteliğinin düzeyi bilinemese de gebelerin %96'sı doğum öncesi bakımı bir sağlık görevlisinden almış, %4'ü ise doğum öncesi bakım almamıştır. Eğitim düzeyi arttıkça doğum öncesi bakım alma sıklığı artmaktadır. Sevindirici bir şekilde ev doğumları azalmış, doğumların %99'u bir sağlık kuruluşunda ve bir sağlık personeli eşliğinde, %1'i ise evde gerçekleşmiştir (HÜNEE, 2019). Bu yüzden pandemi döneminde az da olsa düştüğü (%97,5) görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Tüm bu değerlerde hizmete erişimde sorun olduğunu işaret edecek şekilde kent-kır ve bölgeler arasında ve kadınların eğitim durumuna göre ciddi farklılıklar göstermektedir (HÜNEE, 2019).

Türkiye'de *anne ölümleri* incelendiğinde; 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri çalışmasında anne ölüm oranı (AÖO) yüz bin canlı doğumda 28,5 olarak hesaplanmış, bu ölümlerin %60'ının "önlenebilir nedenlerle" olduğu ortaya konmuştur (HÜNEE, 2005). Diğer yıllar için Sağlık İstatistikleri Yıllıkları incelendiğinde, 2018'de yüz bin canlı doğumda 13,6 olarak, 2019'da ise yüz bin canlı doğumda 13,1 olarak belirtilen anne ölümlerinin son on yılda plato çizdiği görülmektedir (Bahar-Özvarış ve Akın 2020; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020). SB'nin 2020 istatistiklerine göre ise; anne ölümleri yüz bin canlı doğumda yine aynı şekilde yüz bin canlı doğumda 13,1 olarak verilmiştir. Ancak, aynı raporda COVID-19 kaynaklı anne ölümleri bu orana dâhil edildiğinde, yüz bin canlı doğumda 19,9 olduğu görülmektedir. Pandemi döneminde anne ölümlerindeki %52 olan bu artış, incelenmesi gereken ciddi bir artıştır. Ayrıca, AÖO açısından bölge-

ler arasında önemli farklar bulunmaktadır, örneğin Güneydoğu Anadolu'da AÖO yüz bin canlı doğumda 19'a, Ortadoğu Anadolu'da 22'ye çıkmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Kadın sağlığını etkileyen ve bu dönemde bahsedilmesi gereken uluslararası gelişmelerden biri de 2019 yılında yapılan Nairobi Zirvesi'dir. ICPD-Kahire toplantısından 25 yıl sonra yapılan değerlendirmelerde kadın sağlığı konularında uluslararası ve ulusal düzeylerde "gündemin hala bitmediği" gerekçesi ve başarıda ülkeler düzeyinde verilen kararlar ve uygulamalarda yeterince ilerleme kaydedilememesindeki en önemli engelin politik faktörler olduğu belirtilerek Nairobi'de "ICPD 25 Nairobi Zirvesi" düzenlenmiştir (yazar bu toplantıya katılmıştır). Zirvede, BM'in Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine (SKH) ulaşabilmek için son 25 yıldaki ilerlemeler ve başarısızlıklar gözden geçirilerek "daha neler yapılmalıdır" sorusunun yanıtı aranmıştır. 2030 yılı SKH'ne ulaşabilmesi için gerçekleştirilmesi gereken "üç sıfır hedefi" belirlenmiştir (Nairobi Submit, 2019). Belirlenen bu hedefler; 1) Önlenebilir nedenlere bağlı anne ölümlerinin sıfıra indirilmesi, 2) AP'nda karşılanmayan gereksinimin sıfıra indirilmesi, 3) Toplumsal cinsiyete dayalı şiddet ve zararlı geleneksel uygulamaların (çocuk yaşta evlilikler dahil) sıfıra indirilmesidir. Ayrıca, Zirve'de gençlere haklar bağlamında öncelik ve önem verilmesi, özellikle CSÜS konularında hizmet sunulması konusu tartışılarak kararlaştırılmış ve bu hedefler için "Kimsenin geride bırakılmaması" sloganı kabul edilmiştir (Akın ve Bahar-Özvarış 2020). Türkiye'de dahil, Zirve'ye katılan ülkeler bu hedefler kapsamında toplantı sonunda tahahütlerde bulunmuştur.

BM'in 2030'a kadar ulaşılmasını hedeflediği "üç sıfır" hedefinden ikisi ile ilgili olan CSÜS hizmetlerinin Türkiye'de mevcut durumu yukarıda verilmiştir. Bu durumda, 2030'a altı yıl kala ilk iki hedef, ulaşılması zor hedefler olarak görülmektedir. Üçüncü hedef olan toplumsal cinsiyete dayalı şiddet ve zararlı geleneksel uygulamaların sıfıra indirilmesi (çocuk yaşta evlilikler dahil) konusunda da Türkiye'deki mevcut durum ne yazık ki olumlu değildir; ülkeyi temsil eden KYŞ araştırmalarının ilki 2008 yılında, ikincisi ise 2013 yılında yapılmıştır. 2013 KYŞ araştırmasının sonuçları özetle; fiziksel şiddet % 36, cinsel şiddet % 12, psikolojik şiddet % 44 ve ekonomik şiddet % 24 olarak tespit edilmiş olup KYŞ'in bütün türleri çok yaygın olarak görülmektedir. Temelinde toplumsal cinsiyet eşitsizliği yatan KYŞ açısından beş yıl arayla yapılan bu iki ulusal araştırma sonuçları arasında önemli bir farklılık da

görülmemektedir. Temelinde yine toplumsal cinsiyet eşitsizliği yatan diğer bir olay da çocuk yaşta evliliklerdir. Halen Türkiye’de yaklaşık her dört kadından biri 18 yaşından önce evlendiriliyor olması söz konusudur (TÜİK, 2021). Adölesan (ergen) doğurganlık hızı da binde 12’dir (TÜİK, 2023). Bu rakamlarla hala sorunların olduğu açıkça görülmektedir.

Türkiye’de kadınların CSÜS hizmetlerine erişimleri ve KYŞ açısından yukarıda göstergelerle ortaya konan durum, CEDAW-Kadınlara Karşı Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi’nin 2022 yılında yolladığı, Türkiye sekizinci periyodik geribildirim raporunda belirtilen dış değerlendirme ile de ne yazık ki örtüşmektedir. Komite raporunda, kadın ve kız çocuklarının CSÜS hizmetlerine ve haklarına erişimleriyle ilgili duyduğu endişeyi dile getirmekte, CEDAW’ın 1999’daki genel tavsiye kararını hatırlatarak kırsal kesimdeki kadınlar ve kız çocukları da dahil olmak üzere tüm kadınlar ve kız çocukları için, kadınların cinsel ve üreme tercihlerine, özerkliğine, mahremiyetine, gizliliğine ve bilgilendirilmiş onamlarına saygı göstermesi gerektiğini vurgulamaktadır (UN CEDAW, 2022). Ayrıca, raporda Türkiye’nin taraf devlet olarak modern ve acil doğum kontrol yöntemlerine erişim de dahil, uygun CSÜS hizmetlerine ve bilgilerine erişimi sağlamasını, kadınların güvenli düşük hizmetlerinin ve modern gebeliği önleyici yöntemler konusunda haklarını savunmak, hastaneleri denetlemek ve on haftaya kadar gebelikleri sonlandırmak yönündeki yasal yükümlülüklerine uyduklarından emin olunması gerektiğini belirtmektedir. Komite, ayrıca taraf devlet olarak Türkiye’ye bazı önerilerde bulunmaktadır. Bunlar; CEDAW’ın birinci maddesi uyarınca kadınlara karşı her türlü ayrımcılığı yasaklayan, kamusal ve özel alanda doğrudan ve dolaylı ayrımcılığın yanı sıra, kesişen ayrımcılık biçimlerini de kapsayan mevzuat hayata geçirilmesi ve toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılığa yönelik anayasal yasağın etkin bir şekilde uygulanmasını sağlamasıdır. Ayrıca, bu konularda ayrımcılıkla ilgili olarak ayrıştırılmış veri toplamak için kapsamlı bir sistem geliştirmesi, kız çocuklarının güçlenmesi açısından her düzeydeki eğitimin önemi teşvik edilmesi, tüm çocuklar için zorunlu eğitim yaşı 16’ya çıkarılması, kadın ve kız çocukları arasında temel eğitim, orta ve yükseköğretimde kayıt, devam ve tamamlama oranlarını artırmak için geçici özel önlemler alınması, kadınların ve kız çocuklarının toplumdaki rollerine ilişkin ayrımcı kalıp yargıları ortadan kaldırmak ve eğitim ortamlarında toplumsal cinsiyete dayalı kalıp yargıları pekiştirmemeleri için öğretmenler

duyarlı hale getirilmesi ve okul müfredatlarına, insani yardım ortamları da dahil olmak üzere CSÜS ve üreme haklarına ilişkin toplumsal cinsiyete duyarlı, yaşa uygun ve erişilebilir eğitim dahil edilmesi ve öğretmenlere, kadınların ve kız çocuklarının CSÜS ve üreme hakları konusunda sistematik eğitimler verilmesi şeklinde öneriler yer almaktadır. (UN CEDAW, 2022; Bahar Özvarış, 2023).

SDP ile son 20 yıllık süreçte izlenen neo-liberal sağlık politikası ve patriyarkal yapı, özellikle CSÜS hizmetlerinden yararlanmada eşitsizlik yaşayan toplumsal kesimlerin, bu hizmetlere erişimindeki sorunlarını giderek derinleştirmektedir. Türkiye’de CSÜS hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler arttıkça, koruyucu sağlık hizmeti ve aynı zamanda bir Temel Sağlık Hizmeti olan AP hizmetlerine erişim azaldıkça, kadın/anne-çocuk sağlığında riskler artacak ve olumsuz sonuçların ortaya çıkması kaçınılmaz olacaktır (Bahar Özvarış, 2023).

Sonuç ve Öneriler

Türkiye’de Cumhuriyetin yüzüncü yılında kadın sağlığının düzeyi bütüncül bakış açısıyla değerlendirildiğinde; kamusal anlayışın olduğu yıllarda kanıtla dayalı düzenlemeler ile ulusal düzeyde yıllar itibarıyla önemli gelişmeler olmuş ve başarılar gösterilmiştir. Ancak, 1980 sonrası dönemden başlayarak son yirmi yılda izlenen neo-liberal politikaların bir yansıması olarak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesiyle birlikte, kadın sağlığı hizmetlerinden yararlanmada bölgeler arasında ve kent-kır arasında giderek derinleşen eşitsizliklere neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde bir an önce yeniden kamusal anlayışa dönülerek sağlık organizasyonunun ve hizmet sunumunun buna uygun yapılandırılması gerekmektedir. Ülke olarak uluslararası platformlarda imzalanan ve taahhüt edilen sorumluluklar yerine getirilmeli ve bu konuda izleme mekanizmaları olmalıdır. Bu kapsamda, toplumsal cinsiyet eşitliği dahil, kadın sağlığını belirleyen tüm faktörlerin ve kadın yaşamının her dönemi için temel ihtiyaçların bütüncül olarak değerlendirilmesi gerekir. Kadın sağlığı konusunda koruyucu hizmetlere öncelik verilerek mevcut sorun alanlarına yönelik, kamusal anlayışla çözüm önerileri geliştirilmeli ve acilen uygulanmalıdır.

Son olarak, kadın sağlığı incelenirken kadın sağlığı hizmetleriyle ilgili politikaları bireyler düzeyinde ele alan ve hastalıkların nedenlerinin analiz eden biyomedikal modele dayalı analiz yerine, “nedenlerin nedeni”ni anlayarak ve bilerek kalıcı çözümler yaratmak için “kök neden”e yönelmek önemlidir.

Kaynaklar

- Avrupa Birliği (AB) Komisyonu** (2022). *Türkiye Raporu, AB Genişleme Politikasına İlişkin 2022 Bilgilendirme*. Erişim tarihi: 11.11.2023 https://www.ab.gov.tr/siteimages/birimler/kpb/2022_turkiye_report_tr_27.11.2022_22.05.pdf
- Akın A., Bahar-Özvarış Ş.** (2005). A case study on the integration of a gender perspective into reproductive health policy in Turkey. Towards a simple framework for monitoring the integration of gender concerns in public health policies: Case studies from seven European Member States of the World Health Organization: Croatia, Ireland, Kyrgyzstan, the Netherlands, the United Kingdom, Tajikistan and Turkey. (Ed.: JA Haafkens) Erişim tarihi: 7.11.2023 https://huksam.hacettepe.edu.tr/English/Files/WHO_RapportDEF.pdf
- Akın A.** (2006) Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi: Bir Vaka Çalışması. Erişim tarihi: 10.10.2023 <https://huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/WHO-Gender%20Mainstreaming-HUKSAMTurkce.pdf>
- Akın, A.** (2007). "Emergence of the Family Planning Program in Turkey", *The Global Family Planning Revolution, Three Decades of Population Policies and Programs* kitabı içerisinde, Ed. Robinson, W. C. Ross, J. A. The World Bank, Washington DC, 2007, s.85-102
- Akın A.** (2012). Türkiye'de Değişen Nüfus ve Sağlık Politikaları Doğrultusunda, İsteyerek Düşükler ve Üreme Sağlığı Hizmet Sunumunda Geleceğe Bakış. *Turkish Journal of Public Health*. 2012; 10 (Özel Sayı): 43-60.
- Akın A., Bahar-Özvarış Ş.** (2012). Kadın Sağlığı, Güler Ç, Akın, Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı (s: 220-224). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.
- Akın A., Bahar-Özvarış Ş.** (2020). Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın (ICPD) 25. Yılında Nairobi Zirvesi: Dünyada ve Türkiye'de Neler Değişti? (2020). In: *Türkiye Sağlık Raporu* (Eds: S. Üner, P. Okyay) Hipokrat Yayınevi, 1. Basım, s: 137-151
- Akın A., Türkçelilik E.** (2018). Sağlık Hizmetlerine Erişimde Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Haritalama ve İzleme Çalışması. I. Basım. 2018, CEİD Yayınları:9, Ankara s: 17
- Akın A., Terzi Ö.** (2020) İstenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Düşükler. (Eds: Üner S, Okyay P.) *Türkiye Sağlık Raporu-2020* içinde (151-163 ss) Ankara: Hipokrat Yayınevi. ISBN: 978-605-7874-83-2.
- Aycan N., Aycan Ş.** (2018). Türkiye'de Kadın Eğitimine Bir Bakış. *Akademia Sosyal Bilimler Dergisi -Özel Sayı-1*, 2018; 234-241
- Bahar-Özvarış Ş., Akın A.** (2020). Anne Ölümleri (Eds.: S. Üner, P. Okyay) *Türkiye Sağlık Raporu 2020* içinde (131-137 ss.) Ankara: Hipokrat Yayınevi. ISBN: 978-605-7874-83-2
- Bahar Özvarış Ş.** (2023) Türkiye'de Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Durumu: Son Yirmi Yılda Neler Değişti? (2002-2022). *Toplum ve Hekim*, Mart-Nisan 2023. Cilt: 38 Sayı: 2
- Bozkurt Şener E.** (2011). *Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Önlemede 4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun ve Değerlendirilmesi*. Uzmanlık tezi. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2011. Afşaroglu Matbaası, Ankara.
- Carmel S.** (2019). Health and Well-Being in Late Life: Gender Differences Worldwide, *Frontiers in Medicine*. 2019. Vol.6:218.)
- Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı/Hakları (CİSÜ) Platformu** (2021) Esin A., Mihçioğur S., Canan Demir C., Kanal G. *Türkiye'de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durum Analizi Raporu* (Eds: A. Akın, T. Türmen). Erişim Tarihi: 11.11.2023 <https://cisuplatform.org.tr/cisu-rapor-tasarimi-dijital-2021/>
- Coşan B.** (2022). Türkiye'de Doğurganlığın Değişimi: Sosyal Politika Açısından Riskler ve Fırsatlar, *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, Cilt: 22 Sayı: 56 Temmuz-Eylül 2022
- Çavmak Ş, Çavmak D.** (2017) *Türkiyede Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı*, 2017, Sağlık Yönetimi, Cilt: 1 Sayı: 1, 48 - 57
- Ççeklioğlu M.** (2023). Toplumsal Cinsiyet Açısından Cinsel Sağlık, Üreme Sağlığı ve Hakları. *Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı Kitabı* içinde. (Eds: A. Akın, S. Özpinar) 2. Basım. 2023, s:143-164
- Dayı A.** (2019) *Neoliberal Health Restructuring, Neoconservatism and the Limits of Law: Erosion of Reproductive Rights in Turkey*. *Health Hum Rights*. 2019 Dec;21(2):57-68.
- Eryurt MA.** (2018). Türkiye'de Doğurganlık Davranışları: Düzey, Belirleyiciler, Politikalar, *Türkiye Aile Yapısı İleri İstatistik Analizi 2018*, kitabı içinde. T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, s: 12-36
- Gelekeçi C.** (2016) 1960 Sonrası Dönemde Türkiye'de Nüfus Yapısı ve Bazı Temel Özellikleri Üzerine Tespitler, *Sosyoloji Konferansları*, *Istanbul Journal of Sociological Studies*, No: 52, s: 587-607
- Global Gender Gap Report-GGGR** (2023). Erişim tarihi: 10.11.2023 <https://www.weforum.org/publications/global-gender-gap-report-2023>.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE)** (2005). *Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-İNSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık (2006). Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara. Erişim tarihi: 11.11.2023 <https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/Di%C4%9Fer%20Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar/UAOC2005-AnaRapor.pdf>
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE)** (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. Erişim tarihi: 11.11.2023 http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
- Harcar, T., Çakır, Ö., Sürgevil, O. & Budak, G.** (2008). "Kadına Yönelik Şiddet ve Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddetin Durumu", *Toplum ve Demokrasi*, 2 (4), Eylül-Aralık, 2008, s. 51-70
- Kadın Emegi ve İstihdamı Girişimi (KEİG)** (2015). *Çalışma Yaşamında Eğretilik, Eğreti İstihdam ve Atipik İstihdam İlişkisi, KEİG Platformu*. Birinci Basım: Eylül 2015, Kayhan Matbaa, İstanbul. ISBN: 978-605-84504-1-7 Erişim Tarihi: 17.12.2022, <http://www.keig.org/wp-content/uploads/2016/03/egretweb.pdf>
- Kara ŞA., Bahar Özvarış Ş.** (2022). Kadına Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW) ve Türkiye'de Cinsiyete Göre Ölüm ve Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi İlişkisi. (2022) *Sağlık ve Toplum*, 32 (2) 95-105
- Kasapoğlu A.** (2016) Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü, *SAD/JSR Sosyoloji Araştırmaları Dergisi Cilt/Volume 19 Sayı/Number 2 (Ekim/October 2016, s: 131-174)*
- Kuyaksil A.** (2009). "Türk Anayasalarında Kadın Hakları ve Gelişimi", *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6 (11), s. 328-352
- Ministry of Health [Turkey], Hacettepe University Institute of Population Studies, and Macro International Inc.** (1994). *Turkish Demographic and Health Survey 1993*. Ankara, Turkey.
- Nairobi Summit on ICPD25.** (2019). *Nairobi Summit on ICPD25*. Erişim tarihi: 1.11.2023 <https://www.nairobisummit-cpd.org/content/about-nairobi-summit>
- Öner B.** (2018). Cinsiyetlendirilmiş Öznellik ve Meşruyetim "Çevirisi": 1926 Tarihli Eski Türk Medeni Kanunu Örneği, *RumeliDE Dil ve Edebiyat Araştırmaları Dergisi*, Yıl 2018, Sayı: 11, 152 - 160
- Özdemir A.** (2017). Doğum Kontrol Teşviklerinden En Az Üç Çocuğa: Tarihsel Süreçte Türkiye'de Antinatalist ve Pronatalist Politikaların Seyri, 2017, *Uluslararası Politik Araştırmalar Dergisi* 3 (3), 65-75
- Özdemir 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 Remote Health*. 2019 Aug;19(3):5125 <https://doi.org/10.22605/RRH5125>
- Öztürk N.** (2017) Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanununun Getirdiği Bazı Yenilikler Ve Öneriler. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi -İnÜHFD- Cilt:8 Sayı:1 Yıl 2017*

Özvarış, ŞB., Akin, L., Akin, A. (2004) *The role and influence of stakeholders and donors on reproductive health services in Turkey. Reprod. Health Matters*, 12, 116-127 [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(04\)24138-6](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(04)24138-6)

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2020) Erişim tarihi: 11.11.2023 <https://dosyash.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0>

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2021) Haber Bülteni, Erişim tarihi: 11.11.2023. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/44131/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2021-haber-bultenipdf.pdf>

Tarhanlı T. (2022). *Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi: Sonuç ve Süreç Geriliminde Antlaşmalar Hukuku, İnsan Hakları Hukuku ve Türkiye. Kadına Karşı Ayrımcılık Hukuk, Toplum Devlet ve CEDAW kitabı içinde, (Derleyenler: S. Eryılmaz, G. Ayata, P. Çağlı) I. Basım, İstanbul Bilgi Üniversitesi İnsan Hakları Hukuku Uygulama ve Araştırma Merkezi. Zoe Yayıncılık, 2022, s:11-89*

T.C. Resmi Gazete (1983) *Nüfus Planlaması Hakkında Kanun*. 24 Mayıs 1983. 18059, s:3, Erişim tarihi: 7.11. 2023. <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/18059.pdf>

T.C. Resmi Gazete (1985) *Kadınlara Karşı Her türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi*. Erişim tarihi: 17.12.2022, <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/18898.pdf>

T.C. Kalkınma Bakanlığı (2013). *Onuncu Kalkınma Planı, 2014-2018*. Ankara. Erişim tarihi: 11.11.2023. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Onuncu_Kalkinma_Plani-2014-2018.pdf

Tiryakioğlu B., Öztürk N. (2023). *Türkiye'nin Taraf Olduğu Bazı Uluslararası Sözleşmeler Çerçevesinde Kadın. Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı Kitabı içinde. (Eds: A. Akın, S. Özpinar) 2. Basım. 2023, s: 333-355*

Tuna S. (2009). *Köy Enstitüleri'nde Kadın Olmak, Fe Dergisi, 1/1 (2009): 20-29*

TÜİK (2021). *Türkiye Aile Yapısı Araştırması*. Erişim tarihi: 11.11.2023 https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/turkiye_aile_yapisi_ara%C5%9Ftirmasi_2021.pdf

TÜİKa (2023) *Doğum İstatistikleri 2022*. Erişim tarihi: 10.11.2023 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2022-49673>

TÜİKb (2023) *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları*. 2022. Erişim tarihi: 13.11.2023 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=49685>

TÜİKc (2023). *Dünya Nüfus Günü, 2023* (Erişim tarihi: 13.11.2023) <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2023-49688>

TÜİKd (2023) *Ulusal Eğitim İstatistikleri, 2022* Erişim tarihi: 15.11.2023 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=National-Education-Statistics-2022-49756>

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930) Erişim tarihi: 3.11.2023. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.1593.pdf>

United Nations Women (2010). *CEDAW Erişim tarihi: 16.10.2023* <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>

UN CEDAW (2022) *Committee on the Elimination of Discrimination against Women-CEDAW/C/TUR/CO/8, 2022*, Erişim tarihi: 11.11.2023 <https://www.ecoi.net/en/file/local/2075376/N2242093.pdf>

UNESCO (2015) *Türkiye Milli Komisyonu. Sürdürülebilir Kalkınma 2030 Hedefleri İhtisas Komitesi*. Erişim tarihi: 15.11.2023 <https://www.unesco.org.tr/Pages/108/219/S%C3%BCrd%C3%BCr%C3%BClebilir-Kalk%C4%B1nma-2030-Hedefleri-%C4%B0htisas-Komitesi>

Wilkinson R, Marmot M. (2003). *World Health Organization, Social Determinants of Health, The Solid Facts, Second Edition, 2003, ISBN 92 890 1371 0*

World Health Organization (2011). *World Conference on Social Determinants of Health, Rio Political Declaration on Social Determinants of Health, Rio De Janeiro, Brazil*

World Health Organization (2023). *Gender and Health*, Erişim Tarihi: 3.11.2023 <https://www.who.int/health-topics/gender>

Yüksel SR. (2014). *Türk Medeni Kanunu Bakımından Kadın-Erkek Eşitliği, Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi C. XVIII, Y. 2014, Sa. 2*