

# TÜRKİYE'DE KADIN SAĞLIĞINDAKİ EŞİTSİZLİKLER

Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ\*

**Özet:** Kadın ve erkeğin biyolojik cinsiyetinden farklı olarak, toplumda kadın ve erkeğe verilmiş roller bütünü olan ve sosyalleşme süreci içerisinde oluşan, bu nedenle de toplumdaki topluma, kültürden kültüre değişebilen ve değiştirilebilen toplumsal cinsiyet, hem kadınların, hem de erkeklerin yaşamını şekillendirmektedir. Sonuçta bu çeşitlilik iki cinsiyetin sadece farklı olmasından öte, kaynaklara ulaşma ve elde etmede cinsiyetler arasında eşitsizliklere neden olmaktadır. Cinsiyeti nedeni ile toplumun kadına biçtiği rol ve beklentiler, kadınların insan hakları kapsamındaki bazı haklarını elde edememesine, kullanamamasına yol açmaktadır. Bu durum, toplumlarda kadın sağlığı için bir kısır döngü oluşturmaktadır.

Bu makalede Türkiye'de kadın sağlığında var olan eşitsizlikler ve toplumsal cinsiyet ayrımcılığının Türkiye'de kadın sağlığını nasıl etkilediği ortaya konmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda kısa vadede politika, strateji ve uygulamalara "toplumsal cinsiyet eşitliğine" duyarlı bir bakış açısının getirilmesi önerilmektedir. Ayrıca, makalede son dönemde gündeme gelen isteyerek düşükler ile ilgili yasanın yeniden düzenlenmesine ilişkin söylemler değerlendirilmiş, kadının doğurganlığı konusunda kararını özgürce vermesinin bir hak olduğu ve bunu "güvenli" bir biçimde yapabilmesi için sağlık hizmeti sunmanın kadın sağlığı ve toplum sağlığı açısından bir gereklilik olduğu ortaya konmuştur.

**Anahtar sözcükler:** Toplumsal cinsiyet, kadın sağlığı, eşitsizlikler

## *Inequalities in Women's Health in Turkey*

**Abstract:** Apart from biological sexes of woman and man, gender that is set of roles given in the society and formed within socializing process; thus can change or can be changed from one society to another or culture to another, shape both women's and men's life. Ultimately, beyond the difference of two sexes, this diversity causes inequality in reaching or attaining the sources. Because of woman's roles that are given due to her sex, it leads to women not being able to attain or use some rights in scope of human rights. This situation results in vicious cycle for women's health.

In this article, inequalities in women's health in Turkey and how gender discrimination affects women's health in Turkey are being put forward. Bringing a sensitive view to gender equality in short time policy, strategy and practices in health services is proposed. Additionally, the recent statements on the regulation of law about induced abortion are being evaluated in the article and it is put forward that it is a right for women to make her own independent decisions about woman's fertility and in order to do this "safely", it is a necessity in terms of woman's health and community health to provide a health care.

**Key words:** Gender, women's health, inequalities

## Giriş

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1948 yılından itibaren sağlık; "yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlamıştır (**Fişek, 1985**). Bu tanıma göre, dil, din, etnik köken, cinsiyet vb. ayrımı olmadan her bireyin eşit olarak sağlıklı olma hakkı vardır. Dünya nüfusunun yarısını oluşturan kadınların sağlık durumunu incelerken, hastalık ve sakatlık yönünden olduğu kadar, ruhsal ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinin olup olmaması ve kadınların "tam iyilik durumlarını" etkileyen faktörler yönünden de sorunu irdelemek ve tanımlamak gerekmektedir. Bu nedenle kadınların sağlık

hizmetlerinden yararlanmasını etkileyen eğitim düzeyi veya sosyal olanakların kullanılmasında belirleyici olan "toplumsal cinsiyet ayrımcılığı" da sağlık kavramı içerisinde incelenmesi gereken konulardır.

Bilindiği gibi, bireyin kadın ya da erkek olarak gösterdiği genetik, fizyolojik ve biyolojik özelliklere "cinsiyet" (sex) denir. Bubağlamda iki cinsiyeti ayıran onların üreme sistemleridir. Anatomik ve hormonal değişimlere göre birey cinsiyetlerden birine ait olur. "Toplumsal cinsiyet" (gender) ise, kadın ve erkeğin biyolojik cinsiyetinden farklı olarak toplumda

\*Prof. Dr. Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM) Müdürü ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

kadın ve erkeğe verilmiş roller bütünü olarak ifade edilmektedir (WHO, 1998; Akın, 2012). Toplumsal cinsiyet; kadın ve erkek olarak toplumun bireyleri nasıl gördüğü, nasıl algıladığı, nasıl düşündüğü ve nasıl davranması gerektiği ile ilgili bir kavramdır. Bunun yanı sıra iki ayrı kavramın daha bilinmesinde yarar vardır. Bunlar; toplumsal cinsiyette eşitlik (gender equality); fırsatları kullanma, kaynakların ayrılması ve kullanımında, hizmetleri elde etmede bireyin cinsiyeti nedeniyle herhangi bir ayrımcılığa uğramaması demektir. Toplumsal cinsiyette hakkaniyet (gender equity) ise; kadın ve erkeğin farklı gereksinimi ve güçlerinin olduğu, bu farklılıkların belirlenerek iki cinsiyet arasındaki dengeyi düzelterek şekilde gerekenlerin yapılması anlamına gelmektedir (WHO, 1998; Akın, 2012).

Biyolojik cinsiyetin aksine, toplumsal cinsiyet farklılığı sosyalleşme süreci içerisinde oluşmaktadır. Bu nedenle de toplumdan topluma, kültürden kültüre değişebilir ve değiştirilebilir. Pek çok toplumda kadın ve erkek farklı bireyler olarak görülmektedir ve her birinin kendine ait rolleri, olanakları ve sorumlulukları vardır. Toplumsal cinsiyet hem kadınların, hem de erkeklerin yaşamını şekillendirir ve sonuçta bu çeşitlilik sadece farklı olmaktan öte, kaynaklara ulaşma ve elde etmede cinsiyetler arasında eşitsizlikleri de belirleyen bir anlam taşır. Bu eşitsizlikler en belirgin olarak gelir dağılımında kendini gösterir. Bugün dünyadaki yoksulların % 70'ini kadınlar oluşturmaktadır. Bu durum, hem zengin, hem de yoksul ülkelerde mevcuttur ve çalışma yaşamında kadınların eşit olmayan durumunu ve ev içindeki düşük statülerini yansıtan bir göstergedir (Akın, 2012; UN, 2010).

Bu tür ayrımcılığın yanı sıra, toplumsal cinsiyetle ilgili olarak kültürel yönden "kadın olmaya" daha az değer verilmesi söz konusu olabilir ki, bu kadının yaşamını ve sağlığını olumsuz etkiler. Kadın ve kız çocuklarına aile ve toplum tarafından verilen düşük değer, dünya istatistiklerinde "okur-yazarlık" durumunda belirgin olarak kendini göstermektedir.

### Toplumsal cinsiyet ve haklar

Cinsiyeti nedeni ile toplumun kadına biçtiği rol ve beklentileri, sonuçta kadınların insan hakları kapsamındaki bazı haklarını elde edememesine, kullanamamasına yol açmaktadır. Bu durum, toplumlarda kadın sağlığı için adeta kısır bir döngü oluşturmaktadır (Akın, 2012). Hakların kullanımında, kadın ve erkek arasında çok büyük farklılıklar mevcuttur.

Türkiye'de, her bir öğrenim düzeyinde okullaşma oranı kadınların aleyhine olacak şekilde oldukça farklıdır. Ülkemizde 1930'larda çok düşük olan toplumun okur-yazarlık oranı yıllar itibarıyla giderek artmıştır ve bu artış eğrisi her iki cinsiyet için de benzerdir. Ancak; son 70 yılda kadın ve erkek okur-yazarlığındaki fark hiçbir zaman kapanmamış, aynen devam etmiştir. Bu bulgu, Türkiye'de toplumsal cinsiyet eşitliğine duyarlı bir eğitim politikasının uygulanmadığının bir göstergesidir. Halen, Türkiye'de nüfusun yaklaşık olarak %7'si okuma yazma bilmemektedir. Bu oran içinde kadınların sayısı oldukça yüksektir. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt sistemi 2010 yılı sonuçlarına göre, 3.812.092 kişi okuma yazma bilmemekte olup, bunun 3.114.787'sini kadınlar oluşturmaktadır. Aradaki farkın çok yüksek olduğu bölge ve illerimiz mevcuttur (Akın, 2012; TÜİK, 2010). İlkokul sonrası eğitime devam oranlarında kız öğrenciler, erkek öğrencilerin gerisinde kalmaktadır ve bu fark orta öğretim ve yüksek öğretimde giderek büyümektedir (Akın, 2012; TÜİK, 2010). Okula devam etme nedenleri incelendiğinde; "toplumsal cinsiyet ayrımcılığının" belirleyici olduğu görülebilir (Akın, 2012; TÜİK, 2010).

Türkiye'de kamu kesiminde üst ve orta düzey yöneticilerin ve parlamentodaki üyelerin cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde, fırsatların kullanımında cinsiyetler arasında var olan eşitsizlik açıkça görülebilir. Kamusal kesimde üst düzey yöneticiliği yapan kadınların sayısı çok az iken, daha alt düzeylere inildikçe (özellikle "yardımcılık" düzeyinde) yöneticilik yapan kadınların sayısı artmaktadır (TÜİK, 2010). Türkiye'de parlamentodaki milletvekilleri içerisinde kadınların yüzdesi 2007 seçimlerinde %9, 2011'de ise %14 olmuştur. Siyasi partilerde ve yerel yönetimlerde de kadınların siyasete katılımı erkeklerle karşılaştırıldığında oldukça düşüktür.

Birleşmiş Milletler çatısı altındaki ülkelerin çoğu tarafından 1979'da imzalanan, Kadına Karşı Her türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi'ni (CEDAW) Türkiye 1985'de imzalamış ve 1986'da parlamentoda onaylamış olmasına rağmen, ülkemizde toplumsal cinsiyet göstergeleri açısından bakıldığında cinsiyetler arasındaki eşitsizliğin derinleşerek devam ettiği görülmektedir.

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile ilgili göstergelerden biri; Toplumsal cinsiyet eşitsizliği indeksi (Gender Inequality Index-GII)'dir. Anne ölüm oranı, adolesan yaş grubunda gebelik hızı, kadınların

parlamentodaki temsiliyeti, ortaöğrenime devamı, işgücüne katılımı, kontraseptif kullanım hızı, antenatal bakım alma, sağlık personeli yardımıyla doğum, toplam doğurganlık hızı temel alınarak hesaplanan bir indekstir. UNDP'nin 2013 Human Development Report sonuçlarına göre; 186 ülke içinde Danimarka birinci, İsveç ikinci, İsviçre üçüncü, komşumuz Yunanistan 23. sırada iken, Türkiye 68. sırada yer almaktadır (UNDP, 2013).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile ilgili göstergelerden bir diğeri; Dünya Ekonomik Forumu'nun toplumsal cinsiyet eşitsizliğini ölçmede, Birleşmiş Milletler Kadınlar İçin Kalkınma Fonu'nun (UNIFEM), kadınlarla erkekler arasındaki eşitsizliği ölçmek için benimsediği ve beş ölçütten yararlanarak yaptığı Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu (The Global Gender Gap Report) adı altındaki değerlendirmedir (World Economic Forum, 2012). Bu değerlendirmede kullanılan beş ölçüt aşağıda belirtilmiştir:

Ekonomiye katılım: Çalışma yaşamında kadınların erkeklere oranı ve eşit işe eşit ücret,

Ekonomik fırsatlar: Düşük ücretli, vasıfsız işlerle sınırlı olmayan emek piyasasına erişim,

Politik güçlenme: Kadınların karar verici yapılarda temsil edilmesi,

Eğitime erişim: Kadınların ilk, orta ve yüksek öğretimdeki oranları,

Sağlık ve refah: Üremeye yönelik sağlık hizmetlerine erişim ve doğumda beklenen yaşam umudu

Dünya Ekonomik Forumu'nun, 2012 Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Raporu'ndaki değerlendirmede Türkiye 135 ülke arasında ne yazık ki 124. sırada yer almaktadır. Aynı değerlendirmede beş alt bileşen ayrı ayrı incelendiğinde; "ekonomik katılım ve fırsatlar" açısından Türkiye'nin 129. sırada, "eğitime erişim" açısından 108. sırada, "sağlık ve refah" açısından 62. sırada, "politik güçlenme" açısından 98. sırada yer aldığı görülmektedir (World Economic Forum, 2012). Görüldüğü gibi, Türkiye'nin en geride kaldığı alan kadınların işgücüne katılımıdır. Çünkü kadınların işgücüne katılımı ülkemizde 2010 yılı itibariyle %27,6'a gerilemiştir (TÜİK, 2010).

Sosyal yaşamda yer almada, fırsatların kullanımındaki cinsiyetler arası eşitsizlik durumu, sadece

Türkiye için değil, bütün gelişmekte olan ülkeler için söz konusudur. Çünkü bu ülkelerin ana plan ve programlarına ve uygulamalara toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasını, ayrımcılığın olmamasını sağlayan politikalar yeterince entegre edilmemiştir.

### Toplumsal cinsiyet ve sağlık

Kadın ve erkeklerdeki sağlık ve hastalık örüntüleri belirgin farklılıklar gösterir. Bilindiği gibi, kadınların doğumda beklenen yaşam süresi daha uzundur. Ancak, pek çok toplumda kadınların erkeklere göre daha fazla hastalık ve stres yaşadıkları bilinmektedir. Kadınlar erkeklerden daha uzun yaşadıkça, daha uzun olan bu yaşamın niteliği önem kazanmaktadır. Daha "zayıf cinsiyet" olarak değerlendirilen kadınların aslında bütün yaş gruplarında biyolojik olarak erkeklerden daha güçlü olduğu görülür. Bütün toplumlarda, erkek fetüs, daha fazla kendiliğinden düşük ve ölü doğumla karşılaşır. Bu mortalite modeli yaşamın ilk 6 ayında da belirgin şekilde devam eder. Erişkin dönemde ise yine kadınlar menopoz dönemine kadar biyolojik bir avantaja sahiptir. Çünkü cinsiyet hormonları kadınları iskemik kalp hastalıklarından korumaktadır (Akin, 2012; Türmen, 2003).

Toplumsal cinsiyet rolündeki değişimler erkekler için ise; "ekmek parası kazanmak" amacıyla daha fazla risk almalarına ve mesleki nedenlere bağlı ölümlerden daha fazla etkilenmelerine neden olmuştur. Aynı zamanda erkeklerin kaynaklara ulaşma olanaklarının daha fazla olması, tehlikeli maddelerle karşılaşmaları/kullanmaları riskini arttırmıştır. Bu alışkanlıklar "erkeksi alışkanlıklar" olarak tanımlanmıştır. Dünyanın pek çok ülkesinde genç erkekler genç kadınlardan daha fazla trafik kazası (alkol bağlantılı) ve şiddetten dolayı ölüm riskiyle karşılaşmaktadır. Yaşamın ilerleyen evrelerinde erkekler arasında görülen "erken ölümler" (premature death) büyük bir kısmı, savaşlar ayrı tutulduğunda, kalp hastalıklarından kaynaklanmaktadır. Bu yalnızca biyolojik duyarlılıktan değil, aynı zamanda erkeklerin risk alma davranışlarının farklı olmasından da kaynaklanmaktadır. Örneğin; erkekler sigara içmeyle birlikte, mesleki karsinogenlere daha fazla maruz kaldıkları için akciğer kanserinden ölme riskleri de artmaktadır (Akin, 2012; Türmen, 2003).

Türkiye'de, kadınların beklenen yaşam süresi erkeklerden daha uzun olduğundan yaşlı kuşaktaki kadın sayısı daha fazladır. 2000 yılında beklenen yaşam süresi erkeklerde 66,9 yıl, kadınlarda 71,5 yıl

iken, nüfus projeksiyonunda 2009 yılı için beklenen yaşam süresi erkeklerde 71,5; kadınlarda 76,1 yıl olarak belirtilmektedir (TÜİK, 2009).

Yaşam boyunca hem kadınlar, hem de erkekler cinsiyete özel hastalıklar açısından riskler taşımaktadır. Ancak, kadın ve erkeğin üreme ile ilgili hastalık yükleri incelendiğinde; kadınların üreme sağlığı ile ilgili sorunları erkeklerden çok daha fazla yaşadıkları ve bu duyarlılığın üreme çağında (15-49 yaş) daha da arttığı bilinmektedir. Cinsiyete göre üremeye ilişkin hastalık yükü incelendiğinde, kadınların hastalık yükünün (%36,6), erkeklerin hastalık yükünün (%12,3) üç katı olduğu görüldü (WHO, 1998; Akın, 2012).

Kadın ve erkeğin biyolojik cinsiyeti ve üremeye ilişkin fizyolojik fonksiyonlarının farklılığı ve getirdiği yüklerin yanı sıra, toplumun kendilerine biçtiği "toplumsal cinsiyet" rolünden kaynaklanan ve sağlıklarını olumsuz etkileyen faktörler de mevcuttur. Bu olumsuzlukların boyutu toplumdan topluma değişmekle birlikte, özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadın yönünden olumsuzluklar daha fazladır (Akın, 2012; Türmen, 2003).

Örneğin, anne ölümlerini azaltmak ve önlemek artık günümüzde bir sosyal adalet ve insan hakları konusu olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF'in 1990 tahminlerine göre, gebelik, doğum ya da lohusalık döneminde yaşanan komplikasyonlara bağlı olarak her yıl 585.000 anne ölümü meydana gelmektedir. Bu ölümlerin %99'u gelişmekte olan ülkelerdedir. Ayrıca, dünyada her yıl 15 milyondan fazla kadın da yaşamlarının geri kalan kısmında doğum ve gebeliğe bağlı hastalık, yaralanma ve sakatlık sorunlarıyla karşılaşmaktadır (UN, 2010). Bir kadın, her gebelikte ölüm riski ile karşı karşıya gelmektedir. Gelişmiş ülkelerde anne ölüm oranları, 100.000 canlı doğumda ortalama olarak 50'nin çok altındadır (Doğu Avrupa için 8-50, Batı Avrupa ülkeleri için 8'in altındadır). Anne ölümü gelişmekte olan ülkelerde ise, 100.000 canlı doğum için 500-1000 olarak rapor edilmektedir (UN, 2010).

Türkiye'de 1998'de hastane verilerine dayalı (53 ilin, 615 hastanesinde) yapılan bir çalışmaya göre Anne Ölüm Hızı yüz bin canlı doğumda 49 bulunmuştur. Bu çalışmada en dikkat çekici nokta, her 5 anne ölümünden 4'ü "önlenebilir ölüm" olarak değerlendirilmiştir (Akın, 2000). Anne ölümleriyle ilgili daha sonra yapılan ulusal çalışmada ise, anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 28,5

olarak bulunmuştur ve bölgeler arasında çok ciddi farklar vardır (HÜNEE, 2006). Bu çalışmada da ölümlerin önlenebilirliği yüksek olup kanama, toksemi ve annenin sistemik hastalıkları en sık görülen anne ölüm nedenleri arasındadır.

Kadınları yaş dönemlerine göre incelediğimizde, kadın sağlığını etkileyen olumsuzluklar aşağıda örneklendirilmiştir (Akın, 2012).

**Çocukluk Dönemi:** Cinsiyeti nedeni ile kız çocuğunun yaşadığı ve sağlığını etkileyen olumsuzluklar şunlardır: anne karnındayken fetüsün cinsiyetinin belirlenmesi ve erkek fetüs lehine cinsiyet seçimi, gebeliğin istenmemesi, isteyerek düşükler, kadın sünneti, malnütrisyon, enfeksiyonlar, ihmal ve hizmetten yararlanamama, özellikle 2-5 yaşta hastalık ve ölüm hızlarının artması

**Ergenlik (Adolesan) Dönemi (10-19 yaş):** Bu dönemde kız adolesanlar için daha fazla riskler söz konusudur, önemli sorunları şunlardır: menarş, toplumsal baskı, cinsel taciz/istismar, istenmeyen gebelikler, isteyerek düşükler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, anemi, malnütrisyon, madde bağımlılığı (alkol, sigara, uyuşturucu), paralı seks, şiddet

**Erişkinlik Dönemi (15-49 yaş):** Üreme fonksiyonlarının en yoğun olarak yaşandığı bu dönemde kadınların karşılaştığı en önemli sağlık sorunları şunlardır: gebelik, doğum, doğum sonu komplikasyonlar, istenmeyen gebelikler/isteyerek düşükler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, anemi/malnütrisyon, paralı seks, cinsel taciz-istismar, şiddet, anne ölümleri

**Menopoz ve menopoz sonrası dönem (50+ yaş):** Kadının sağlık sorunlarının en ihmal edildiği dönemdir. Bu dönemde karşılaşılan sorunlar çoğu kez kadının cinsiyeti ya da üreme fonksiyonları ile ilişkilendirilmez bile. Kadınların bu dönemde yaşadığı üreme sağlığı ile bağlantılı sorunlar şunlardır: menopozal semptomlar, malignansiler, kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz, desensüs-prolapsus, şiddet.

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği sağlık alanında kadının en çok üreme sağlığını etkilemektedir. Bunların da sonucunda yukarıda da belirtildiği gibi kadınlar daha çok hastalık yüküne sahip olmaktadır.

Toplumsal cinsiyet ayrımcılığının en çarpıcı olumsuz sonucu, sağlık hizmetlerinden yararlanmada

**Tablo 1. Kadınların öğrenim düzeyine göre doğum öncesi ve doğum hizmetlerinden yararlanma durumu (Türkiye, 2008)**

Kadının Öğrenim Düzeyi	Doğum öncesi bakım (%)	Sağlıklı doğum (%)
Yok/İlkokulu bitirmemiş	78,3	71,2
İlkokul mezunu/Ortaokulu bitirmemiş	93,2	92,9
Ortaokul ve üzeri	97,3	97,6

Kaynak: TNSA, 2008

ortaya çıkmaktadır. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı sonucu özellikle kadınların düşük statüde olması en fazla kadınların "doğurganlık davranışı"nı etkilemektedir. Dünyada, gelişmekte olan 99 ülkede yapılan bir araştırmaya göre; kadının toplumsal statüsü ve doğurganlığı arasında doğrudan bir ilişki vardır ve kadının statüsü iyileştikçe sahip olduğu çocuk sayısı azalmaktadır. Aynı şekilde, kadının statüsü iyileştikçe doğum öncesi dönem ve doğum hizmetlerinden yararlanma yüzdesi de artmaktadır (**Özvarış, 2002**). 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre, kadının öğrenim düzeyi yükseldikçe doğum öncesi bakım alma ve sağlıklı koşullarda doğum yapma yüzdelerinin arttığı görülmektedir (**HÜNEE, 2009**) (Tablo 1).

Kadının öğrenim düzeyi aile planlaması hizmetlerine ulaşmasında da etkili olmaktadır. Örneğin; eğitimsiz grupta doğum kontrol yöntemi kullanma oranı %60,8 iken, ilkokul mezunu olanlarda bu oran %76,8'e ortaokul ve üzerinde %76,7'ye yükselmektedir. Modern doğum kontrol yöntemi kullanma yüzdesi de buna benzer olup aynı öğrenim düzeyi sırası ile, %35,3; %46,8 ve %55,3 tür (**HÜNEE, 2009**). Tablo 2'de 2008 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre bazı kadın sağlığı göstergeleri verilmiştir (**HÜNEE, 2009**). Burada ayrıntıları gösterilememiş olsa da, ülkemiz ile ilgili bu genel değerler, kent-kır ve batı-doğu bölgeleri arasında çok belirgin farklılıklar göstermektedir.

### İstenmeyen gebelikler ve isteyerek düşükler

İstenmeyen gebelikler ve isteyerek düşüklerin<sup>1</sup>, kontraseptif teknoloji ve aile planlaması hizmetlerindeki gelişmeler nedeniyle sorun olarak giderek boyutu azalma eğiliminde olsa da, kadın yaşamının bir gerçeği ve kadın sağlığının önemli bir sorunu olmaya devam etmektedir. Dünyada meydana gelen 46 milyon isteyerek düşüğün 20 milyonu güvenli olmayan koşullarda gerçekleşmektedir. Güvenli olmayan düşükler dünyadaki anne ölümlerinin %13'üne, gebelik ve doğuma bağlı toplam hastalık ve sakatlığın ise %20'sine neden olmaktadır. Diğer bir ifadeyle güvenli olmayan düşükler, her yıl 68 bin kadının ölümüne ve 5,3 milyon kadının hastalık ve sakatlığına yol açmaktadır. Bu ülkelerde yasalardan ya da sağlık hizmetleri ile ilgili olanaklar ve düzenlemelerden kaynaklanan engeller, gereksinimi olanların isteyerek düşük hizmetlerinden yararlanmalarını sınırlandırmaktadır.

Türkiye'de isteyerek düşüklerin yasallaşması ve güvenli hale getirilmesi uzun yılları almıştır. 1923'de Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşundan başlayarak 1960'lara kadar pronatalist (nüfusu artırıcı) bir politika izlenmiştir. Hızlı nüfus artışının toplum ve kadın sağlığı ile ilgili sakıncalarının görülmeyle, büyük çabalar sonucu 1965 yılında, 557 sayılı ilk Nüfus Planlaması Kanunu kabul edilmiş; bu kanunla o güne kadar yasak olan aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilendirme/ eğitim hizmetleri, geri dönüşümlü aile planlaması yöntemleri için klinik hizmet verilmesi sağlanmıştır. Bunun yanı sıra, tıbbi nedenler varsa gebeliğin sonlandırılması ve aynı şekilde tıbbi nedenlerle cerrahi sterilizasyon yöntemleri de serbest bırakılmıştır.

Ancak; bu yasa döneminde kontraseptif yöntem uygulamalarını sadece kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının yapabilmesi, bu uzmanların da

**Tablo 2. Türkiye'de seçilmiş bazı kadın sağlığı göstergeleri (Türkiye, 2008)**

Toplam doğurganlık hızı	2,16
Başka çocuk sahibi olmak istemeyen evli kadınların oranı (%)	67,0
Aile planlaması (AP) yöntemi kullanma (%)	73,0
Modern yöntem	46,0
Geleneksel yöntem	27,0
Aile planlamasında karşılanmamış gereksinim(%)	6,2
Doğum öncesi bakım alma durumu (%)	92,0
Sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğumlar (%)	89,7

Kaynak: TNSA, 2008

çoğunlukla kent merkezlerinde bulunmaları, buna karşın o dönemde nüfusun çoğunluğunun kırsal alanda yaşıyor olması nedeniyle aile planlaması hizmetlerinin kullanılmasında yeterli artış sağlanmadığı gibi, isteyerek düşüğün yasak olması nedeniyle, güvenli olmayan düşüklerdeki artış ve buna bağlı anne ölümleri de önlenememiştir.

Bu nedenle 1983 yılında kabul edilen 2827 sayılı ikinci Nüfus Planlaması Kanunu, kadın sağlığını olumlu etkileyebilecek çok önemli yenilikler getirmiştir. Bu yenilikler; rahim içi araç ve diğer geri dönüşlü aile planlaması yöntemlerinin uygulanması için eğitim görerek sertifika almış ebe ve hemşirelere yetki verilmesi, isteğe bağlı olarak cerrahi sterilizasyon hizmetlerinin serbest bırakılması, 10 haftaya kadar olan gebeliklerin isteğe bağlı olarak sonlandırılması hizmetlerinin serbest bırakılması, eğitim görerek sertifikalandırılmış pratisyen hekimlere gebeliğin sonlandırılmasında yetki verilmesidir.

Bu yenilikler aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaşmasını ve ulaşılabilirliğini artırmıştır. Böylece, Türkiye’de modern aile planlaması yöntemi kullanma hızı 1978’de %18 iken, 2008’de %46’ya ulaşmıştır. İsteyerek düşük hizmeti başvurularında yasanın kabulünden sonra bir miktar artış olmuşsa da kontraseptif kullanımının artmasına bağlı olarak giderek bir düşüş meydana gelmiştir. Diğer yandan güvenli düşük hizmetlerinin yaygınlaşmasıyla düşük komplikasyonları ve buna bağlı anne ölümleri büyük ölçüde azalmıştır. Türkiye’de isteyerek düşük yapma yüzdesi 1990’lı yıllardan itibaren sürekli düşüş eğilimindedir. Bu yasanın uygulanması, isteyerek düşüklerin anne ölümlerinin içindeki payının %2’lere kadar düşmesini sağlamıştır.

İsteyerek düşük konusu, uluslararası pek çok belgede ele alınmış olup (1994 Kahire, Nüfus ve Kalkınma Konferansı, 1995 Pekin IV. Dünya Kadın Konferansı vb.) Türkiye bu belgeleri çekincesiz imzalamıştır. Bu uluslararası belgelerde de vurgulandığı gibi, doğurganlığa karar verme hakkı, “bireylerin, ailelerin özellikle de kadınların özgürce kullanacakları bir insan hakkıdır, bu karara kimsenin müdahale etmemesi gerekir”.

Şimdiye kadar Dünya Sağlık Örgütü’nün de ortaya koyduğu mevcut bilimsel kanıtlar, dünya ve Türkiye istatistikleri; “güvenli koşullarda yapılmayan düşüğün” kadın sağlığı yönünden son derece tehlikeli ve de anne ölümlerinin en önemli nedenlerinden biri olduğunu ortaya koymuştur. Yasa

ile yasaklansa da yasaklanmasa da istenmeyen gebelikler ve isteyerek düşükler her zaman oluşmaktadır. Bu iki farklı koşulda da düşük hızları yaklaşık aynı düzeyde olmaktadır. Ancak, “güvenli düşüğün” yasak olduğu durumlarda veya niteliksiz, erişilemez olduğu durumlarda, kadınlar sağlıksız koşullarda, vasıfsız kişiler tarafından gizlice düşük yaptırarak hayatlarını ve kendi sağlıklarını tehlikeye sokmaktadırlar. Farklı ülke rakamları incelendiğinde, politikacılar tarafından ortaya atılan gerekçenin tersine, isteyerek düşüğün yasaklanmasıyla doğurganlık ve doğum hızları artmamakta, ancak özellikle yoksul kadınlar arasında sağlıksız ve güvenli olmayan düşüğe bağlı hastalıkların ve ölümlerin arttığı görülmektedir.

### Sonuç

Sağlık hizmeti sunanların ve karar vericilerin, politika, strateji ve uygulamalara “toplumsal cinsiyet eşitliği” perspektifinden bakabilmesi gerekmektedir. Çoğu kez bu bakış açısının gelişmemiş olması toplumsal olaylarda tanını ve korunma önlemlerini, çözümleri geciktirmektedir.

Geleneksel olarak kadın sağlığı hizmetleri, özellikle kadınların üreme çağında kontrasepsiyon ve güvenli-sağlıklı doğuma odaklanmıştır. Bu yaklaşım ana-çocuk sağlığı sorunlarının yoğun yaşandığı ve anne ve bebek ölümlerinin yüksek olduğu bölgelere uygun bir yaklaşımdır. Ancak, geleneksel bakışın tersine, kadın sağlığının yalnızca üremeye/doğurganlığa ilişkin sorunlardan ibaret olmayıp, bundan çok daha fazlası olduğunun kavranması önemlidir. Cinsellik ve üremeye ilişkin alanlar toplumsal cinsiyet ayrımcılığının en fazla olduğu alanlardır ve kadın-erkek ilişkisindeki eşitsizlik, kadının cinsel ve üreme sağlığı üzerinde en fazla etkiye sahiptir. Ekonomik, sosyal ve kültürel nedenler sıklıkla kadınları erkeklerle olan ilişkilerinde daha güçsüz yapmaktadır. Bu güçsüzlük, kadınları istenmeyen cinsel ilişki, istenmeyen gebelik, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve şiddete karşı kendilerini koruyamamalarına neden olmaktadır.

Kadın sağlığındaki çağdaş yaklaşım, yaşam boyu, bütün yaş gruplarını ve sağlığı etkileyen tüm faktörleri göz önüne alan kapsamlı bir yaklaşımdır. Türkiye’de kadın sağlığı sorunları incelendiğinde; daha doğumda erkek çocuğun tercih edilmesinin yaygınlığından başlayan, ergenlik döneminde, özellikle kırsal alanda ve doğuda erken evlilik ve adolesan gebeliği ve bunun yarattığı sorunlarla karşılaşmaktadır. Doğurganlık döneminde kadınlar arasında riskli gebeliklerin yaygın

olmasından, aşırı doğurganlık ve bunun yarattığı sağlık sorunlarına, menopoz-menopoz sonrası dönemde ve yaşlılık döneminde ise kadınların neredeyse “yok sayıldığı” bir sorunlar yumağı ile karşılaşmaktadır. Kadın sağlığı/üreme sağlığı konusunda hizmet sunumunda ülke düzeyinde “bütüncül” bir yaklaşım yerine, doğurganlık dönemine odaklanmış “gele- neksel” yaklaşım hakimiyetini sürdürmektedir.

Türkiye’de kadının toplumsal statüsü Cumhuriyet döneminde sağlanan tüm iyileşmelere rağmen, sağlığını ve sağlık hizmetlerden yararlanmasını önemli ölçüde etkileyecek kadar kötüdür. Eğitim, hukuk, sosyal ve siyasal alanda cinsiyetler arasındaki eşitsizlikler kadının toplumda, özel olarak da aile içinde sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Aile içinde bireyler arasındaki iletişim eksikliği, başlık parası ve zorla evlendirme konularındaki geleneksel uygulamalar ve kadına yönelik şiddet sorunları hala varlığını sürdürmektedir. Türkiye’de, kentsel alanda yaşayanlara göre kırsal alanda yaşayan, batı bölgesinde yaşayanlara göre doğu bölgesinde yaşayan kadınların daha olumsuz olan sosyal ve ekonomik statüsü, bu kadınların sağlığını daha da fazla olumsuz yönde etkilemektedir.

Tüm bunların yanı sıra, son yıllarda giderek artan bir yoğunlukla, kadını geleneksel rol kalıpları içerisine hapsetmeye çalışan “kadın” ifadesini, kadını “birey” olarak değil de, ailenin merkezine ve “anne” olarak koyan, bu bakış açısıyla ilgili bakanlığın adından bile “kadın” ifadesini çıkaran muhafazakâr bir politika izlenmektedir. Bu politikanın kadının statüsünü ve dolayısıyla da sağlığını olumsuz etkileyeceğini görmek gerekir.

Uzun yıllar içinde, önemli gelişmeler kaydedilmesine rağmen, doğum öncesi bakım ve sağlıklı koşullarda doğum ve aile planlaması konularında; kentte ve batıda yaşayan kadınlarla göre kırsal alanda ve doğuda yaşayan kadınların, eğitim düzeyi yüksek olan kadınlara göre eğitimsiz kadınların temel sağlık hizmetlerine bile erişebilirliğinde ciddi sorunlar mevcuttur. Topluma en yakın mesafede ve sürekli olarak verilmesi gereken birinci basamak sağlık hizmeti ünitelerinin sayısal yetersizliği, personel dağılımındaki dengesizlik ve var olan personelin de mesleki bilgi-beceri eksikliği, doğuda yaşayan eğitimsiz kadınlar için dil sorunu gibi faktörler hizmetlerden yararlanmayı olumsuz yönde etkilemektedir. Daha önceki bölümde ayrıntılı rakamlarla ortaya konduğu gibi; doğurganlık davranışları, sağlık hizmetlerinden yararlanma, özellikle doğum öncesi bakım alma ve doğumların sağlıklı koşullarda yapılması

konularında, kadının eğitim durumu ve yerleşim yeri özelliği (kent-kır, batı-doğu) belirleyici faktörler olmaktadır.

İsteyerek düşüklerin yasaklanması veya düşük yapmayı azaltmamakta, aksine sağlıksız koşullarda yapılan düşükleri arttırarak anne ölümlerinin artmasına yol açmaktadır. Bunun yaşandığı pek çok ülke örneği bulunmaktadır. İsteğe bağlı düşüğe olan ihtiyacı azaltmanın en etkili yolu, danışmanlık dahil, aile planlaması hizmetlerinin tümünün herkesçe erişilebilir şekilde genel sağlık sigortası kapsamı altına alınmasıdır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde, bölgelerarası ve cinsiyetler arası farklılığı giderici yaklaşımların uygulanması ve bu amaçla sağlık hizmet yatırımlarının yapılması gerekmektedir. 1994 Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda da önerildiği gibi; kadın sağlığına “bütüncül” yaklaşım ve üreme sağlığı hizmetlerinin Temel Sağlık Hizmetleri içerisine entegrasyonu gerekmektedir. Bunun için kadın sağlığında, kadın hayatının evreleri dikkate alınarak, intra-uterin dönemden başlayıp, çocukluk, doğurganlık dönemi, menopoz-menopoz sonrası dönem ve yaşlılık dönemine kadar uzanan bir bütünlük içerisinde, mevcut ve potansiyel sağlık sorunlarının ele alınması ve verilecek hizmetlerin de bu açıdan “süreklilik” göstermesi gerekir.

Türkiye’de son yıllarda sağlıkta uygulanan “aile hekimliği” politikası ile bu bütüncül yaklaşımdan uzak, daha çok tedavi edici hekimliğe odaklanan ve sağlığın özelleştirilmesine giden yolda kadın sağlığının durumunun daha da kötüleşeceği açıkça ortadadır. Bunun yerine; biran önce herkese eşit, ücretsiz, ulaşılabilir, kabul edilebilir, entegre, yaygın olarak bütüncül Temel Sağlık Hizmeti verilmelidir. Aile hekimliği yerine, kişinin yaşamını bir bütün olarak gören, sağlıklı kişiye hizmet götürmeyi (koruyucu sağlık hizmetleri vermeyi) önceleyen, kişiyi çevresiyle bir bütün olarak değerlendiren, ekip çalışmasını ve sektörler arası işbirliğinin gerekliliğini vurgulayan, 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”, aksayan yanları düzeltilerek derhal yeniden işler hale getirilmelidir.

### Dipnotlar

1. Medyada yaygın kullanılan “kürtaç” sözcüğü, gebeliklerin cerrahi yoldan sonlandırılmasında uygulanan çok sayıda yöntemden sadece birisidir. Bu nedenle bu yazıda bilimsel açıdan daha doğru bir kavram olması nedeniyle “isteğe bağlı düşük” ifadesi kullanılmıştır.

**Kaynaklar**

- Akın, A., Doğan, B., Mıhçıokur, S.** (2000) Türkiye'de Hastane Kayıtlarından Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması Raporu, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Akın A., Bahar Özvarış Ş.** (2012) Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması, Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı içinde (Editörler: Ç. Güler, L. Akın), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 1. Cilt, Bölüm 6, s: 210-367, Ankara.
- Bahar Özvarış Ş, Akın A.** (2002) Türkiye'de Doğum Öncesi Bakım. Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 İleri Analiz Sonuçları (Editör: A. Akın), Hacettepe Üniversitesi, TAP Vakfı ve UNFPA, Ankara.
- Fişek N.H.** (1985) Halk Sağlığına Giriş. Ankara.
- HÜNEE (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-Institute Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık)** (2006) Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005, S.B. AÇSAP Genel Md. ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara.
- HÜNEE (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK.)** (2009), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ankara.

- TÜİK** (2009) Doğumda beklenen yaşam süresi, TÜİK 2009 <http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?id=3712&sayfa=giris&meto d=IlgiliGosterge> (Erişim tarihi: 02.07.2012)
- TÜİK** (2010) Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) sonuçları 2010, [www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab\\_id=139](http://www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=139) (Erişim tarihi: 10.11.2013)
- Türmen T.** (2003) Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın (Editör: A. Akın), Hacettepe Üniv. Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), HÜ yayınları, 2003.
- UN** (2010), *The World's Women 2010 Trends and Statistics*, United Nations Social Statistics and Indicators Series K 16.
- UNDP** (2013) *Summary Human Development Report – 2013. The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World* [http://hdr.undp.org/en/media/HDR2013\\_EN\\_Summary.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/HDR2013_EN_Summary.pdf) (Erişim tarihi: 10.11.2013)
- WHO** (1998) *Gender and Health, Technical Paper*, World Health Organization publication-Geneva, Switzerland.
- World Economic Forum** (2012) *The Global Gender Gap Report 2012* [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GenderGap\\_Report\\_2012.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GenderGap_Report_2012.pdf) (Erişim tarihi: 10.11.2013)