

KADIN SAĞLIĞINDA EŞİTSİZLİKLER VE TOPLUMSAL CİNSİYET

Prof. Dr. Ayşe AKIN (*)

(*) Başkent Üniversitesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi ve Kadın – Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürü, 2010 Ankara

NOT: Bu makale 18-22 Ekim 2010 tarihinde İzmir’de Dokuz Eylül Üniversitesi, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği ve Dokuz Eylül Halk Sağlığı AD tarafından düzenlenen 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde sunulmuş olup Kongre kitabında yayınlanmıştır ss:73-82

Giriş

Kadın sağlığının özellikli olmasında 2 önemli konu söz konusudur. Bunlardan birincisi kadın cinsiyetinin biyolojik özelliği ve fizyolojik “görevi” olan üremeye ilişkin olaylar ve bunların yol açtığı morbidite ve mortalite yükü; İkincisi ise kadınlara cinsiyetleri nedeni ile yapılan

1994 Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda, **Üreme Sağlığı**, sağlığın tanımında olduğu gibi, üreme sağlığını(ÜS); “Üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır” olarak tanımlanmıştır. Bu tanım, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)nün 1948’de yaptığı “sağlık” tanımı ile benzerdir.

Üreme Sağlığı aynı zamanda, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir. Bu yaklaşımda, doğumdan ölüme kadar kadın ve erkeğin yaşamının bir bütün olarak ele alınması gerektiği; yaşama sağlıklı başlamanın ilk adım olduğu, bireyin sağlık gelişiminin birçok faktörün kümülatif etkisiyle oluştuğunun bir kez daha önemle vurgulanması söz konusudur.

Artan nüfusla birlikte gelecek kuşakların yaşayabilmek için ihtiyaç duyabilecekleri temel kaynaklar hızla tüketilmektedir. 1960’lı yıllarda, başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere tüm dünyada, kontrolsüz nüfus artışının ekonomik ve sosyal kalkınma üzerindeki olumsuz etkileri konusunda artan bir duyarlılık gelişmeye başlamıştır. 1970’lerde demografi ağırlıklı yaklaşım, 1980’lerde yerini sağlıkla ilgili kaygılara, 1990’larda ise, artık insanların hakları ve ihtiyaçları üzerine odaklanmaya bırakmıştır.

Üreme sağlığını ilgilendiren konular, uzun yıllar geleneksel olarak doğurganlıkla ilişkilendirilmiş ve bu fonksiyonda, rolü daha fazla olan kadına odaklanılarak genellikle “Anne ve Çocuk Sağlığı”ndan söz edilmiştir. Oysa 1990’lardan sonra bu bakış açısı değişmeye başlamış ve nihayet 1994 yılında Kahire’de yapılan “Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı- International Conference on Population and Development-ICPD, “**Üreme Sağlığı**” kavramı ilk kez dile getirilmiş ve tüm dünyada kabul görmüştür. Konferansta, devletlerin, kadın erkek eşitliğini temel alarak, aile planlaması ve cinsel sağlığı da içeren üreme sağlığı hizmetleri dahil, tüm sağlık hizmetlerine evrensel ulaşılabilirliğini sağlamak için gereken bütün önlemleri alması gerektiği ilkesi kabul edilmiştir. Konferansta kabul edilen ilkeler doğrultusunda eylem planları yapılmıştır. Bu konferansın sonuçları daha sonra, 1995’te Pekin’de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansı’nda da bir kez daha vurgulanmış ve eylem planında yer almıştır.

Kahire Konferansı’ndan (1994) sonra ülkeler, eski “Ana Çocuk Sağlığı-Aile Planlaması” (AÇS-AP) geleneksel yaklaşımlarını değiştirerek, “Üreme Sağlığı” üzerine odaklanmaya başlamış, her iki cinsiyet için, yaşam boyu yaklaşımı ile; zararlı geleneksel uygulamalar (genital mutilasyon gibi) adölesan cinselliği, istenmeyen gebelikler, sağlıksız düşükler, maternal morbidite ve mortalite, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar-CYBE, HIV/AIDS, Genital Yol Enfeksiyonları (GYE), üreme organları malignansileri, prolapsuslar, cinsiyet temelli şiddetin de ÜS kapsamında ele alınması gerektiğini vurgulamışlardır.

Ülkemizde de, üreme sağlığı konusunda, 1994 Kahire Konferansı ve 1995 IV. Dünya Kadın Konferansı eylem programları paralelinde pekçok girişimlerde bulunulmuş ve programlar başlatılmıştır.

Tanımında da vurgulandığı gibi “üreme sağlığı” (ÜS), bireylerin doğuştan sahip olduğu sağlık haklarından. Dolayısıyla bu konudaki her türlü eşitsizlik kabul edilemezdir ve önlenmelidir.

Üreme Sağlığı ile ilgili Eşitsizliklerin Hazırlayıcı Faktörleri

Üreme Sağlığı ile ilgili ortaya çıkabilecek eşitsizliklerin hazırlayıcı faktörleri: biyolojik, fizyolojik, politik, sağlık politikaları, sağlık sistemi, sağlık hizmetlerinin kullanımı, ekonomik, sosyo-kültürel olarak kısaca özetlenebilir. Bu yazı kapsamında özellikle ÜS ile ilgili ciddi etkileri olan hususlara değinilecektir.

Üreme Sağlığındaki eşitsizliklerin hazırlayıcı faktörlerinin başında, **politik nedenler** altında değerlendirebileceğimiz **küreselleşme** gelir. Küreselleşme;“Bilginin, malların, sermayenin ve insanların hiçbir politik ve ekonomik sınır tanımaksızın dolaşması, yayılması” anlamına gelmektedir. Küreselleşmede, sermayenin UA platforma akışkanlığının sağlanması,“kamu yararı” ilkesinin ortadan kaldırılması, özelleştirme uygulamaları ile gerek sanayileşmiş ülkelerde, gerekse AGÜ’de sosyal devletin hedef seçilmesine bağlı olarak kamu ekonomisinin tasfiye edilmesidir.

Yani, kamu ekonomisinin UA platformda özelleştirmeye, ticarileştirmeye, yeniden şekillenmeye ve serbestleşmeye açılması söz konusudur. Ülke ekonomilerini koruyan engellerin kalkması, daha çok ekonomileri güçlü olan ülkelere yaramaktadır, çünkü gelişmekte olan/az gelişmiş ülkelerin gücü bu süreçte/rekabette öne çıkmaya, baskın olmaya yetmemektedir. Küreselleşmenin çeşitli alanlarda olduğu gibi, sağlıkta da etkileri olmaktadır. Olumsuzlukları daha fazla olan bu etkiler DSÖ başta olmak üzere çeşitli kesimler tarafından da vurgulanmaktadır. Küreselleşmenin sağlığa yansımaları, bireysel ve toplumsal sağlık ölçütlerinde derin eşitsizliklerin ortaya çıkması ve bunun daha da kötüleşmesi şeklinde olmaktadır.

Küreselleşmeden her ülke aynı ölçüde etkilenmemektedir;

ülkenin gelişmişlik düzeyi, gelir dağılımındaki uçurumlar, kaynak yaratma olanaklarının kısıtlı olması gibi faktörler küreselleşme sürecinden etkilenmede önemli faktörlerdir. Sağlıkta eşitsizlikler açısından dezavantajlı gruplar vardır. Bunlar işsizler, göçmenler, kadınlar, etnik azınlıklardır. Sağlıkta eşitsizlikleri doğuran koşulların başında ise yoksulluk, sömürü ve savaşlar gelmektedir. Demokratikleşme kadını güçlendirmekte, savaşlardan ise en çok kadınlar ve çocuklar etkilenmektedir. Dünyadaki 18 milyon sığınmacının %75'i kadındır. Küreselleşmenin öngördüğü sağlık sektörü reformunda sağlık alanı kar amaçlı kılınmakta, ticarileşmekte, dolayısı ile toplumun güvenlik şemsiyesi daralmaktadır. Devletin sağlık hizmetindeki rolünün azalması, koruyucu hizmetlerin sahipsiz kalması, özel sektöre bırakılan tedavi hizmetlerinin bedelinin artması sonucu en çok yoksul kesim, kadınlar ve çocuklar etkilenecektir, zarar görecektir.

Yapılan çalışmalar göstermektedir ki global hastalık yükü kadınlarda erkeklere oranla fazladır. Küreselleşme kadın için iş imkanı yaratmakla birlikte sağlığı için de riskler yaratmaktadır. Küreselleşme, kadının paralı iş bulma imkanlarını arttırmış, ancak uygulamalarda kadının statüsü ile ilgili önündeki engelleri kaldıramamış, ayrımcılığı önleyememiştir (aynı işe düşük ücret ödenmesi, emeğin ucuza mal edilmesi gibi). Rekabet, olumsuz, zayıf konumda olan kadınları etkilemiş, ekonomik büyüme durduğunda veya küreselleşme sürecinde yaşanan ekonomik kriz dönemlerinde yine ilk ve en olumsuz etkilenen kadınlar olmuştur. Bu süreçte sağlık ve sağlık hizmetleri önceliğini yitirmekte, küreselleşme sonucunda artan göçle birlikte kadın ticareti yaygınlaşmakta, kadınlar böylece daha sık şiddete uğramaktadır. İnternet ortamında iletişim kurma kolaylıkları da siber alanın cinsel istismar alanı olarak kullanılmasını beraberinde getirmektedir. Yine ulaşımın da kolaylaşmasının etkisiyle turizm artmakta bu da cinsel yolla bulaşan hastalıkların daha sık görülmesine neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre güvenli olmayan seks sağlık için ikinci en önemli risktir ve kadınlar bu koşullarda en çok risk altında kalan kesimdir. Kadın sağlığına nüfus ve göç çerçevesinden baktığımızda; her yıl 700 milyon insan uluslararası göç etmektedir ve göçmenlerin %50'si kadındır. Yoksulluğun feminizasyonunun yanında göçün de feminizasyonu sözkonusudur. Göç olgusu kadın ve çocuklara, cinsel taciz-tecavüz, insan ticareti, toplumsal cinsiyet temelli şiddet, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon olgularında artış, hizmetlerden yararlanamama gibi ek riskler yüklemektedir.

Türkiye'nin nüfus politikaları, ülkenin, toplumun ihtiyaçlarına göre yapılandırılmış ve uygulanmıştır. İzlenen bu politikalarla sağlık alanında yıllar içinde, tam olarak yeterli olmasa da olumlu gelişmeler meydana gelmiştir.

1950'lilerde nüfus artış hızlarının çok yüksek düzeylere ulaşması, istenmeyen gebeliklerin artmasına, artan sayıda yasal olmayan yollarla yapılan gebelik sonlandırmalarının, yasa dışı düşüklerin anne ölümlerine yol açmasına neden olmuş, sonuçta nüfus konusu politik gündem içinde yer alarak antinatalist politikanın yaşama geçirilmesinde etkili olmuştur. Türkiye Aile Planlaması Derneği, Devlet Planlama Teşkilatı ve dönemin Sağlık Bakanlığı müsteşarı Prof.Dr. Nusret Fişek öncülüğünde ilk “Nüfus Planlaması Hakkında 557 sayılı Kanun” 1965 yılında kabul edilmiştir. Sözkonusu yasa ile ülkede, özellikle kadın sağlığı yönünden son derece olumlu gelişmeler yaşanmış, yüksek riskli gebeliklerin görülme sıklığı azalmıştır. Ancak, bu yasadaki isteyerek düşüğe

sadece tıbbi nedenlerle izin verildiğinden, “düşüğün yasa ile yasaklanması onun yasa dışı sağlıksız koşullarda yapılmasını engelleyememiş ve düşüğe bağlı anne ölümleri devam etmiştir”. Yine bu dönemde toplum aile planlamasına motive olduğu halde hizmete ulaşmadaki sorunlar nedeni ile kontraseptif kullanımı istenen düzeyde artamamış, artış daha çok geleneksel yöntemlerde olmuştur. Dolayısıyla, 1983 yılında daha geniş kapsamlı ve yeni bir “ Nüfus Planlaması Kanunu” çıkarılmıştır. Türkiye’de Aile Planlaması ile ilgili kabul edilen 2827 sayılı bu yeni yasa; Rahim içi araç uygulaması gibi etkili aile planlaması yöntemlerinin uygulanmasında eğitim sonu sertifikalandırılmış ebe ve hemşirelerden de yararlanılmasını, aile planlaması yöntemi olarak kadında ve erkekte istek üzerine cerrahi sterilizasyon uygulanmasını, gebeliklerin 10 haftaya kadar istek üzerine sonlandırılmasını, erken dönemde gebeliğin sonlandırılmasında uzman hekim desteğinde eğitim sonu sertifikalandırılmış pratisyen hekimlerden de yararlanılmasını ve aile planlaması hizmetleri için sektörler arası işbirliğinin artırılmasını içermektedir.. Bu yasa, 1961 yılında kabul edilen ve sağlıktaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmayı hedefleyen 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” hakkındaki kanundan sonra ülkemizde üreme sağlığı konusunda yeni bir dönemi başlatmıştır.

Üreme Sağlığı ile ilgili eşitsizliklerde bir diğer faktör **ekonomidir**. Ekonomik iyileşme etkisini eğitim ve sağlıkta da göstermektedir. Düşük ekonomik koşullardan öncelikle gebeler ve çocuklar etkilenmektedir. Dünyada bugün bir milyardan üzerinde insan yoksulluk koşullarında yaşamaktadır. Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü yeterli gıda üretiminin olduğunu bildirmektedir. Ancak bunun dağılımının eşit olmamasından yine ilk olarak kadın ve çocuklar etkilenmektedir.

Üreme sağlığındaki eşitsizlikleri yaş, cinsiyet, parite gibi **fizyolojik etkenler** de tetiklemektedir.

İnsan sağlığının ya da hastalık durumunun belirlenmesinde biyolojik ve sosyal ilişkilerin kompleks ilişkisi etkili olmaktadır. Kadın ve erkeklerdeki sağlık ve hastalık örüntüleri belirgin farklılıklar gösterir. Kadınların beklenen yaşam umudu daha fazladır. Ancak pek çok toplumda, kadınların erkeklere göre daha fazla hastalık ve stres yaşadıkları bildirilmektedir. Kadınlar çoğunlukla daha sağlıksız koşullarda yaşarlar ve bazı hastalıklara karşı daha duyarlıdır.

Kadınlar erkeklerden daha uzun yaşadıkça, bu daha uzun yaşamın niteliği önem kazanmaktadır. Yaşam beklentisiyle ilgili kadınların avantajının bir kısmı biyolojik kökenlidir. Daha zayıf cinsiyet olarak değerlendirilen kadınların aslında bütün yaşlarda erkeklerden biyolojik olarak daha güçlü olduğu görülür. Tüm toplumlarda, erkek fetüs daha fazla spontan düşük ve ölü doğumla karşılaşır. Bu mortalite modeli yaşamın ilk 6 ayında da belirgin şekilde devam eder. Kız bebeklerin daha güçlü olmalarının nedenlerinin belirlenebilmesi için ileri düzeyde araştırmaların yapılması gerekmektedir. Ancak bunun kromozomal yapıda değişikliklerden ve erkeklerin akciğerlerinin testosteronun etkisiyle daha geç olgunlaşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Erişkin dönemde ise yine kadınlar menopoz dönemine kadar biyolojik bir avantaja sahiptir. Çünkü cinsiyet hormonları onları iskemik kalp hastalıklarından korumaktadır. Yine belirli patojenlere karşı duyarlılığı ve bağışıklığın gelişmesinde cinsiyet ile ilgili farklılıklar da yeni yeni açıklanmaya başlanmıştır. Örneğin; osteoporoz, diyabet, hipertansiyon, artrit ve çoğu immün bozuklukları kadınların erkeklerden daha fazla yaşaması olasıdır. Ancak doğuştan var olan biyolojik yapı kadınlara yaşam beklentisiyle ilgili erkeklerden daha fazla bir avantaj sağlamaktadır. Yaşam beklentisiyle ilgili kadınların avantajı ilk olarak Avrupa’da 19.yüzyılın sonlarında belirgin olarak görülmeye başlanmıştır ve o zamandan beri de bu fark artmaya başlamıştır. Avrupa–Latin Amerika–Karayipler’de kadın ve erkek arasındaki yaşam beklentisindeki fark 5 yıl, Sahraaltı Afrika’da 3 yıl, Güneydoğu Asya’da 4 yıl olup, Güney Asya’da (Hindistan–Pakistan) erkek ve kadın arasındaki yaşam beklentisi farkı kaybolmuş olup birbirine eşittir. Kadınların yaşam sürelerinin erkeklerden uzun olması, giderek yaşlı grubu kadınların oluşturmasını beraberinde getirmiştir. Bu da yaşanan kadınların hem cinsiyetleri hem de yaşları dolayısı ile iki çeşit ayrımcılığa maruz kalmalarına neden olmaktadır.

Üremeye ilişkin hastalıkların sonuçları iki cinsiyet arasında oldukça eşitsiz olarak dağılmaktadır. Gebelik ve doğuma bağlı sağlık sorunlarını sadece kadınlar yaşamaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların çoğu kadınlarda daha ciddi sekelere yol açmaktadır. Örneğin, infertilite her iki cinsiyet için de sorun olmasına rağmen, pek çok toplumda sosyal ve psikolojik sonuçlarını kadınlar yüklenmektedir.

Yine **sosyal-kültürel** etkenler (düşük toplumsal statü ve bunu belirleyen en önemli faktör olan toplumsal cinsiyet eşitsizliği gibi) üreme sağlığı eşitsizliklerinde etkili olan faktörlerdendir. Araştırmalar göstermektedir ki, kadınlar maruz kaldıkları toplumsal cinsiyet ayrımcılığı sonucu düşük toplumsal statüde olmakta, bu da en fazla doğurganlık davranışını etkilemektedir.

Tablo 1: Kadının statüsüne göre Toplam Doğurganlık Hızı'nın dağılımı

Kadının Satüsü	Bu gruptaki nüfus oranı (%)	Toplam Doğurganlık Hızı
Çok çok düşük	10.6	5.9
Çok düşük	21.8	4.0
Düşük	28.4	3.9
Orta	9.7	2.9
İyi	15.3	2.1
Çok iyi	6.3	1.9
Bilgi yok	8.9	-

Bireyin bir enfeksiyona yakalanması kadar, onun sağlık hizmetlerinden yararlanmasını etkileyen eğitim düzeyi veya sosyal bazı imkanların kullanılmasında etkili olan “**toplumsal cinsiyet ayrımcılığı**” da “sağlık” kavramı ve tanımı içerisinde incelenmesi gereken konulardır. Toplumsal cinsiyet rolleri ile ilgili kalıplar, hem kadınların hem de erkeklerin yaşamını şekillendirir ve sonuçta bu çeşitlilik sadece farklılıktan daha fazla anlam taşır. Öyle ki; kadın kategorisinde olmak, erkek kategorisinde olmaya göre kadınların kaynaklara daha az ulaşmasını ve elde etmesi sonucunu hazırlar. Bu eşitsizlik en belirgin olarak gelir ve servet dağılımında kendini gösterir. Bugün dünyadaki yoksulların % 70’ini kadınlar oluşturmaktadır. “Yoksulluğun feminizasyonu” olarak tanımlanan bu durum, hem zengin hem de yoksul ülkelerde mevcuttur ve çalışma yaşamında kadınların eşit olmayan durumunu ve ev içindeki düşük statülerini yansıtan bir göstergedir. Bir çok kadın çalışma imkanı bulamazken, çalışan kadınlar ise ancak erkek kazancının ortalama 3/4’ü kadar ücret kazanmaktadırlar.

Bu tür ayrımcılığın yanı sıra toplumsal cinsiyetle çok yakından ilgili olarak kadının yaşamına, “kadın olmaya” kültürel yönden daha az değer verilmesi söz konusudur ki bu da, kadının sağlığını olumsuz etkiler. Örneğin; evde yapılan iş ücretli olarak yapılan işten daha az değerli sayılır.

Aileler ve toplum tarafından kadın ve kız çocuklarına verilen düşük değer, dünya istatistiklerinde “okur–yazarlık durumunda” belirgin olarak kendini göstermektedir. Geçen yirmi yılda önemli atılımlar yapılmasına rağmen, dünyada hala ilkökula başlamayan 130 milyon çocuğun çoğunluğunu (2/3’ünü) kızlar oluşturmaktadır. Ayrıca hala 1 erkeğe karşı 2 kadın okuma–yazma bilmemektedir. Yine kadınlar kullanılan oyların yarısına sahip oldukları halde, tüm dünyada parlamentoda % 14.2, kabinede bakan olarak sadece % 6 koltuğa sahiptirler.

Yine cinsiyet ayrımcılığı dolayısı ile ayrımcı beslenme biçimi sonucu protein/enerji malnutrisyonu, anemi ve diğer mikronutrient yetersizlikleri kız çocuklarda daha fazla görülür. Yetersiz/dengesiz beslenme, antioksidanların az alınması ileride kardiyovasküler sorunlara ve kansere yol açar. Adolesan kızların az kalsiyum alması ileride osteoporozu yol açar. Gelişmekte olan ülkelerde kız çocuklarının daha fazla ev içerisinde tutulması, az güneş almalarına, bu da D vitamini eksikliklerine neden olur ki bu etken kemik deformitelerinin önemli bir nedenidir. İyot yetersizliği, ki gelişmekte olan ülkelerdeki kızların yaklaşık %25’inde iyot yetersizliği vardır, mental retardasyonla sonuçlanır. Tüm bunlar göz önüne alındığında gebelik döneminde kadınların beslenmesine özel bir önem verilmesi gerekmektedir ve Kadına Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesinin maddeleri kesin bir biçimde uygulanmalı, yaşama geçirilmelidir.

Bu örnekler iki cinsiyet arasındaki karmaşık ilişkiyi ve çok güçlü eşitsizlik modelinin varlığını ortaya koymaktadır. Bu nedenle “otorite ve güç”ün anlaşılmasında, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin görülmesi/fark edilmesi ve eşitsizliğin çözümü için stratejilerin aranması ve uygulanması gerekmektedir.

Hizmet biçimi (altyapı, hizmetin varlığı, ulaşılabilirliği, kabul edilebilirliği (niteliği)) ve **hizmetin kullanımı** üreme sağlığındaki eşitsizliklerin belirleyicilerindendir.

Dünyanın değişik yerlerinde durum farklı olmasına rağmen sağlık hizmeti elde etmede cinsiyet farklılığının olduğuna dair önemli kanıtlar vardır. Sağlık bakımına girişte global bir bakış açısından en acil ele alınması gereken konu yeterince parası olmayanların tıbbi yardım almadığıdır. Örneğin; ABD gibi zengin ülkelerde bile fakir kadınlar aynı sosyal gruptaki erkeklerden daha az sağlık bakımına ulaşmaktadırlar. Sağlık bakımında kişi başına düşen harcama Yılda UK'da 1039 \$ iken Bangladeş'te 7\$ dır. Bu durum her iki cinsiyeti de olumsuz olarak etkilemektedir. Ancak yinede aynı yoksulluk seviyesinde olan kişiler arasında bile kadınlar sağlık bakımından daha az faydalanmaktadırlar.

Dünyanın belirli bölgelerinde kadın ve kızlar için aile üyelerinin daha az sağlık harcaması yaptığı bilinen bir gerçektir. Bu sonuçta onların hem düşük sosyal statülerini hem de karar verme güçlerinin yetersizliğini yansıtır. Parayı genellikle erkekler kontrol eder. Bu sağlık bakımına ulaşmada ve harcama yapmada kadınları engeller. Sağlık bakımına ulaşmada finansal zorlukların yanında gelenek ve kültürel değerlerin de etkisi vardır. Örneğin; kadının yalnız dışarı çıkmasının engellenmesi ve erkek hekim muayenesinin kabul edilmediği durumlarda kadın sağlık hizmetine ulaşamaz. Bu ekonomik, sosyal ve kültürel engellerin yanı sıra kadınların kendilerinin duygusal ve kognitif kapasiteleri de onların sağlık bakımına ulaşmasını engeller. Bir çok kültürde kadınlar acı çekmenin bir kader olduğuna inanmışlardır. Örneğin; baş ağrısı ya da vajinal akıntı gibi problemlerin normal olduğunu düşünmektedirler. Düşük özgüven kadınların talep etme yeteneklerini kısıtlar ve bu eğer toplumun uygun görmediği bir problemse mahcubiyet ile pekiştirilebilir. Eğitim eksikliği özgüveni olumsuz olarak etkilediği gibi aynı zamanda kadının kendisine olan saygısını da azaltarak kadının kendi vücudunu tanıyarak sağlık bakımı ihtiyaçlarını doğru bir şekilde saptamasını engeller.

Mevcut hizmetler ve hizmete ulaşılabilirlik konusunda değinilmesi gereken diğer bir konu doğum öncesi bakım konusudur. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçları, Türkiye'de bütün gebelerin % 82'sinin gebeliği süresince en az bir ya da daha fazla DÖB aldığını göstermektedir. Bütün doğumların %83'ünün sağlık personeli yardımı ile yapılmaktadır. Diğer bir ifade ile Türkiye'de her 5 gebeden biri DÖB alamamakta, her 6 doğumdan biri sağlık personeli olmadan doğum yapmaktadır.

Doğum Öncesi Bakım Alma, Türkiye (1998-2003) %67.5/ 81.4

Ege ve Marmara Bölgeleri: 85.5/91.5

Karadeniz Bölgesi: 66.7/85.2

İç anadolu Bölgesi: 72.2/85.4

Akdeniz Bölgesi: 73.3/83.4

Doğuve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri: 38.3/61.2

Türkiye'de Doğum Öncesi Bakım alma yıllara göre giderek artmıştır ancak, 1993 ve 1998 yıllarında yapılan TNSA'ların benzer kıyaslamasında dikkat çeken husus, bu göstergelerde bölgeler arası farklılıkların ve eğitilmiş ve eğitimsiz gruplar arasındaki farkın belirgin olarak devam etmesidir (Harita 1). Benzer durum doğum hizmetleri ve aile planlaması hizmetleri için de sözkonusudur.

Üreme sağlığı ile ilgili hizmetlere ulaşmadaki sorunların en önemli olumsuz sonucu "anne ölümleri"dir. 1997-1998 yılları arasında, Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın, DSÖ, UNFPA ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD işbirliği ile seçilmiş 53 ilin doğum yapılan bütün hastanelerinde "Anne Ölüm Nedenleri Araştırması" yapılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre; anne ölümlerinin kadın ölümleri içindeki payı %5.1 olarak bulunmuştur. Bu oranın gelişmiş ülkelerde %1'den daha az olduğu düşünüldüğünde, ülkemizdeki anne ölümlerinin yüksekliği kolayca görülebilir. Araştırmada her 5 anne ölümünden 4'ünün önlenabilir nedenlere bağlı meydana geldiği saptanmıştır.

Yine bu araştırma sonuçlarına göre, anne ölümlerinin %58'i mevcut koşullarda, %23'ü ise daha ileri koşullarda önlenabilir olarak değerlendirilmiştir. Aynı araştırmanın bir diğer önemli sonucu; anne ölümlerinin %25'inin temelinde, aile planlaması hizmetleri ile önlenilecek riskli gebeliklerin yer aldığı, %18'inde ise Temel Sağlık Hizmetlerinin ülke gerçeklerine göre düzenlenmesi ile kolayca önlenilecek hizmet eksikliğinin neden olduğudur. Tüm bu bulgular, hizmete ulaşmanın önemine işaret etmektedir. Araştırmanın bulguları gelişmiş ülkelerde elde edilen bulgularla karşılaştırıldığında üreme sağlığındaki eşitsizlik çok net bir biçimde ortaya çıkmaktadır.

Tablo 2: Öğrenim durumuna göre annelerin son ölüm nedenlerinin dağılımı (Haziran 1997-Mayıs 1998)

Öğrenim Durumu	Doğrudan obstetrik nedenler	Dolaylı obstetrik nedenler	Diğer nedenler	Toplam	
	%*	%*	%*	Sayı	%**
Eğitim almamış	92.3	7.7	-	13	7
İlkokul mezunu	77.5	19.7	2.8	71	69.
Ortaokul, +	77.8	-	22.2	18	6
					17.
					6
Toplam	79.4 (81)	14.7 (15)	5.9 (6)	10	100
				2	.0

* Satır yüzdesi alınmıştır.

** Kolon yüzdesi alınmıştır.

Üreme sağlığı konusunda bazı kesimlerin öncelikli olduğu ve bu kesimlere özenle yaklaşılması gerektiği yadsınamaz bir gerçektir. Örneğin, üreme sağlığı ve cinsel sağlık yönünden risklere açık bir grup olan adolesanların üreme sağlığı gereksinimleri özel dikkat gerektirmektedir. Adolesan gebeliklerin insidansı çeşitli ülkelerde büyük farklılıklar göstermekle birlikte, genellikle gelişmekte olan ülkelerdeki adolesanlarda gebelik oranı daha yüksektir. Erken yaşta çocuk sahibi olmak kadınların eğitim, sosyal ve ekonomik durumlarındaki gelişmenin önünde bir engel olmaktadır. Ayrıca, erken yaşta annelik maternal ölüm riskini ve genç annelerin çocuklarında da morbidite ve mortalite riskini artırmaktadır. Üreme sağlığı yönünden belki de en ihmal edilen grup ise menopoza sonrası dönemindeki kadınlardır. Bu grup gerek sosyal yönden ayrımcılığa maruz kalmaları, gerekse kanserler ve diğer bazı hastalıklara yakalanma risklerinin fazla olması nedeni ile özel muamele görmelidirler.

Sonuç ve Öneriler:

Her ne kadar üreme sağlığında eşitsizliklere neden olan faktörler arasında biyolojik, fizyolojik etkenler sayılsa da, buradaki eşitlik terimi fizyolojik farklılıklara değil; önlenemez, haksız olan, temelinde adaletsizliklerin yattığı, kabul edilmeyecek olan farklılıklara işaret etmektedir. Eşitsizlik kadınların, yoksulların, işsizlerin, özürülülerin, eğitim almamış olanların ve diğer dezavantajlı grupların genele göre daha olumsuz yaşam standartlarına sahip olmaları, hastalıklara açık olmaları ve dolayısıyla hizmet gereksinimlerinin görece çok olması ve yaşam sürelerinin daha kısa olması ile ortaya çıkar, ki kabul edilmesi güç olan da budur. Bu haksız-adaletsiz durum yalnızca ulusal alanda değil, uluslar arası alanda da karşımıza çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nin 1984 yılında kabul ettiği ve uygulamaya koyduğu "Herkesin Sağlık Stratejisi ve Hedefleri" bu anlamda önem taşımakla beraber pratikte herkesin eşit eğitim olanaklarından, eşit iş olanaklarından vs. yararlanmasının sağlanmaması durumunda tam olarak amacına ulaşamayacaktır.

Eşitsizliklerin nedeni toplumsal cinsiyete bağlı olduğu kadar yoksul-varsıl kesim ayrımı, din, eğitim, etnik farklılıklardan kaynaklı sosyal eşitsizlikler, yaşanan yere bağlı olarak bölgesel eşitsizlikler de mevcuttur ve yaklaşımlarda göz ardı edilmemelidir. Türkiye'de değişen ekonomik, sosyal, coğrafi gruplar arasındaki eşitsizliklerin açığa çıkarılmasının büyük önemi vardır. Çünkü ancak bu yolla eşitsizliklerin giderilmesi için ilk adım atılmış, çözüm önerileri oluşturmak ve bu önerileri yaşama geçirmek için çıkış noktası sağlanmış olacaktır.

Geleneksel olarak kadın sağlığı hizmetleri özellikle kadınların üreme çağlarında özellikle kontrasepsiyon ve güvenli/sağlıklı doğuma odaklanmıştır. Bu yaklaşım ana-çocuk sağlığı sorunlarının yoğun, ölüm oranlarının yüksek olduğu bölgelere uygun bir yaklaşımdır. Ancak bu milyonlarca genç kadının ve erkeğin postmenopozal dönemdeki kadınların sağlık ihtiyaçlarının gözardı edildiği anlamına gelmemelidir. Üreme sağlığındaki çağdaş yaklaşım, yaşam boyu, bütün yaş gruplarını ve etkileyici bütün faktörleri göz önüne alan kapsamlı bir yaklaşımdır.

Üreme Sağlığı hizmetleri ile ilgili yeni yaklaşımda; hizmetlerin tüm yaşam boyu, herkesi hedefleyerek, birey ve toplumun gereksinimlerine uygun kontraseptif seçenekler sunarak, insanların bilinçli-özgür seçim yapmalarını sağlayan, hizmet veren ve alan arasında etkileşimi olası kılan, üreme hedeflerinin gerçekleştirilmesine yardımcı ve üreme organları ve işlevleri ile ilgili hastalık ve yaralanmaları önleyici nitelikte olması gerekmektedir.

Küreselleşmenin olumlu yönlerinden yararlanmak, olumsuz yönlerinden etkilenmemek için güçlü ulusal sağlık politikalarının oluşturulup uygulanması gerekmektedir.

Her düzeyde, sağlığı bir insan hakkı, sağlık hizmetlerini özellikle de "Temel Sağlık Hizmetleri"ni, kamunun anayasal görevi olarak gören güçlü bir liderlik ve politik kararlılığa ihtiyaç vardır. Ayrıca yeterli insan ve parasal kaynakların sağlanması, etkili kamusal destek, sektörler arası işbirliği, izleme ve değerlendirme sistemi ile ilerlemelerin ölçülmesi gereklidir.

Tüm bunlara ek olarak, kamunun ağırlıklı olduğu, altyapısı güçlü olan bir sağlık sistemi, güçlü bir sağlık politikasının varlığı ve uygulanması, kadın sağlığında bütüncül yaklaşım, kanıta dayalı iyi-doğru uygulamaların bütün ülkeye genellenmesi, sonuçların izlenme ve değerlendirilmesi için mevcut mekanizmaların işletilmesi, konu ile ilgili savunuculuğun yapılarak duyarlılığın artırılması diğer bazı çözüm önerileri olarak söylenebilir.

Kaynaklar:

1. Akın A, Üremeye İlişkin Haklar ve Üreme Sağlığı, Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu (Özet), Ankara, TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 1994; s.: 15-19.
2. Benagiano G, From fertility regulation to reproductive health, Khanna J, Van Look PFA, Griffin PD, (Eds), In: Challenges in reproductive health research Biennial Report 1992-1993, Geneva, World Health Organization, 1994; pp. 31-33.
3. Akın A. Uluslararası Kararlar Paralelinde Üreme Sağlığı Konusunda Türkiye'deki Uygulamalar, Sağlık ve Toplum Dergisi, Kadın Sağlığı Özel Sayısı, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayını, Yıl: 8, Sayı: 3-4, Ankara, Temmuz-Aralık, 1998, s: 16-22.
4. "Population and Development", Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994. United Nations.
5. "Kadın Sağlığı" Editör: Akın,A., Sağlık ve Toplum, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayını. Yıl 8, Sayı: 3-4, 1998 Ankara.
- 6."Türkiye'de Hastane Kayıtlarından Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması" Rapor, (Akın, A., Doğan, B., Mihçioğur, S.,) Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Dünya Sağlık Örgütü. Ankara, 2000.
- 7."Eylem Platformu ve Pekin Deklerasyonu", TC. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayını- Ankara 1996.
8. "Health 21-Health for all in the 21 St Century" WHO/EURO's Publication European Health for All series No. 5 and 6 1999.
9. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı AÇS AP Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara , 2004.
10. Maternal Mortality in 2000- Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. World Health Organization, Geneva, 2004.
11. Akın, A., Mihçioğur, S., Kadının Statüsü ve Anne Ölümleri, Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın kitabı içinde, s. 127-141, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi (HÜKSAM), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2003.
12. Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık. Editör: Akın A. TC. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA). Ankara, 2004.
13. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın. Ed. Akın, A., Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi (HÜKSAM), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2003.
14. Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler" Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-1998 İleri Analiz Sonuçları. Ed. Akın, A., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.,TAP Vakfı ve UNFPA yayını. Ankara, 2002.
15. Akın, A., "Reproductive Health Programmes in Turkey" in the report of international seminar on managing quality RH programmes after Cairo and beyond Publication of the ICOMP, pp., 43-44 Dec., 1996.
16. Akın, A. "Implementing the ICPD Programme of Action:The Turkish Experience" in Sexual and Reproductive Health;Recent Advances,Future Directions Edited by Chander P.Puri and Paul F. A. Van Look. Vol II. New Age International (p) Limited , Publishers, 2001