

SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLUMSAL CİNSİYET TEMELLİ YAKLAŞIM

Dr. Sare MIHÇIÖKUR*

Dr. Nihal BİLGİLİ AYKUT*

GİRİŞ

Dünya Sağlık örgütü (DSÖ) anayasasında “Sağlık yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönde tam bir iyilik halidir” diye tanımlanmıştır. Yani, kişi yalnızca biyolojik olarak sağlam olduğunda değil, psikolojik olarak da mutlu, huzurlu ve toplum içinde saygın bir konumda olduğunda sağlıklı kabul edilmelidir (1, 2).

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla yapılan planlı çalışmaların tümüne de “sağlık hizmetleri” denmektedir. 1978, Alma-Ata Bildirisi’ne göre sağlık hizmetleri doğuştan kazanılmış bir insan hakkı olarak toplumdaki herkese sosyal adalet anlayışı içinde, eşit olarak götürülmelidir (3).

Genelde sağlık hizmeti politikaları ve programları, tanı, tedavi ve korunma açısından kadın ve erkeklerin biyolojik yapısına odaklanmıştır. Biyolojik açıdan kadın ve erkeği ayıran üreme sistemleri arasındaki farklılıktır. Kadınların üreme kapasiteleri doğurganlığının kontrolü, gebelik ve doğum ile ilgili “özel gereksinim”lerinin olmasına neden olmaktadır. Üreme sistemleri dışında genetik, hormonal ve metabolik değişiklikler de kadın ve erkeklerde kalp hastalıkları, enfeksiyonlar ve bir çok oto-immün sistem sorunlarının görülme sıklığında farklılıklara neden olmaktadır. Biyolojik cinsiyet farklılıkları kadınların ve erkeklerin sağlık hizmeti gereksinimlerini de etkilemektedir. Ancak, kadın ve erkeği tanımlamada önemli olan diğer bir faktör de değişik kültürlerde kadın ve erkeğin sosyal olarak belirlenen rol ve sorumluluklarını ifade eden toplumsal cinsiyetidir. Yaşam ve çalışma koşulları, kaynaklara ulaşım arasındaki farklılıklar da kadın ve erkeklerde farklı sağlık sorunlarının gelişmesine neden olduğu gibi bazı hastalıklardan da korunmasına neden olabilmektedir. Toplumsal cinsiyet farklılıkları, kadın ve erkeklerin sağlık hizmetlerini kullanımlarını da etkilemektedir. (1, 2, 4, 5).

Son yıllarda, iyilik hali ve hastalığı tanımlayıcı faktörler olarak biyolojik ve toplumsal cinsiyet farklılıkları vurgulanmaktadır. Ulusal ve uluslararası sağlık politikalarının gündeminde toplumsal cinsiyet kavramına artarak ilgi gösterilmektedir. Bu yeni yaklaşımın iki önemli gerekçesi vardır. Birincisi, hakkaniyet ilkeleri gereği kadınların ve erkeklerin sağlıklı yaşam sürdürebilmeleri için sağlık hizmetlerine ulaşım açısından eşit fırsatların tanınmasının gerekliliğidir. Kadına Karşı Her Türü Ayrımcılığın Eliminasyonu Sözleşmesi (CEDAW) madde 12, paragraf 1’de ülkelerin bu hususta gereğini yerine getirmelerinin vurgulanmaktadır. İkincisi de, kadınlar ve erkekler arasındaki farklılıklar ciddiye alınmadan sağlık hizmetlerinin verimliliğinin ve etkililiğinin arttırılamayacağıdır. Her iki gerekçe uluslararası sağlık alanında gitgide daha çok kabul görmektedir. 1995, Pekin Dördüncü Dünya Kadın Konferansı’nda toplumsal cinsiyet bakış açısının önemi açık bir şekilde ifade edilmiştir (2, 4, 5).

BİYOLOJİK CİNSİYET, TOPLUMSAL CİNSİYET ve SAĞLIK

Sağlık hizmetlerinde toplumsal cinsiyet temelli yaklaşımın uygulanabilmesi için kadın ve erkeklerde görülen sağlık sorunları ve sağlık hizmeti gereksinimleri arasında ne tür farklılıkların bulunduğu ve bunların sağlık hizmetlerinin sunumunda nasıl karşılanabileceğinin belirlenmesi gerekmektedir (2, 4, 5, 6).

Kadın ve erkeklerdeki hastalık ve ölüm örüntüleri belirgin farklılıklar göstermektedir. Pek çok toplumda, özellikle az gelişmiş ülkelerde kadınlar erkeklere göre daha fazla hastalık ve sakatlık yaşamaktadırlar. Özellikle gelişmiş ülkelerde olmak üzere dünyada bir çok ülkede kadınların yaşam beklentisi erkeklere göre daha yüksektir. Bu da kadınlarda morbidite oranlarının yüksek olmasının bir nedenidir. Kadınlar hemen hemen bütün ülkelerde yaşlı

nüfusun çoğunluğunu oluşturmaktadır. Türkiye'de de, kadınların beklenen yaşam süresi erkeklerden daha uzun olduğundan yaşlı kuşakta kadın sayısı daha fazladır (1, 2, 5).

Biyolojik cinsiyetin sağlık ve hastalık üzerine etkileri

Yaşam süreci boyunca hem kadın hem de erkekler cinsiyete özel hastalıklar açısından risk taşımaktadırlar.

Örneğin; yalnızca kadınlar serviks ve meme kanseri için taramaya ihtiyaç duyarlar. Oysa prostat ve testis kanseri ise sadece erkeklerde gelişebilir. Ancak kadın ve erkeğin üreme ile ilgili hastalık yükleri incelendiğinde, kadınlar üreme sağlığı sorunlarını erkeklerden çok daha fazla yaşarlar ve bu duyarlılık üreme çağıında (15-49 yaş) daha da artar.

Tablo 1: Kadın ve erkekte üreme sistemi hastalıklarına bağlı yük (yüzde)

	KADIN %	ERKEK %
Anemi	2.5	1.5
CYBE	8.9	1.5
HIV	6.6	9.3
Serviks kanseri	0.6	-
Maternal	18.0	-
Toplam yük	36.6	12.3

Görüldüğü gibi kadındaki Üreme Sağlığı (ÜS) yükü erkeğin 3 mislidir. Esasen ÜS ile ilgili her iki cinsiyetin yaşa göre ÜS – hizmet gereksinimi de farklılık göstermektedir: 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 etkileyen olumsuzluklar mevcuttur. Bu olumsuzlukların boyutu toplumdan topluma değişmekle birlikte özellikle gelişmekte olan ülkelerde “Kadın” cinsiyeti yönünden olumsuzlukların boyutu daha da büyüktür. Toplumun cinsiyeti nedeni ile “kadın cinsiyetine” biçtiği rol ve beklentileri sonuçta daha da önemli olarak, onun insan haklarından sayılan bazı haklarını elde edememesine, kullanamamasına yol açmaktadır. Bu durum ise toplumlarda kadın için adeta kısır bir döngü oluşturmaktadır (1).

Ancak, kadınlar ve erkekler arasındaki biyolojik farklılıkların üreme sistemlerinin de ötesinde olduğu bilinmektedir. Bir çok hastalığın görülme sıklığı, bulguları, prognozu açısından da kadın ve erkekler arasında farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Bu farklılık özellikle koroner arter hastalıklarında belirgindir. Erkekler kadınlara kıyasla daha genç yaşlarda kalp hastalıklarına yakalanmaktadır. Aynı şekilde bazı enfeksiyon hastalıklarının epidemiyolojisinde de örneğin tüberkülozda erkeklerin daha çok risk altında oldukları saptanmıştır. Son zamanlarda yapılan araştırmalarda kadınlar ve erkekler arasında daha önceden bilinmeyen genetik, hormonal ve metabolik farklılıkların buna neden olduklarını ortaya koymaktadır (5).

Her iki cinsiyet arasındaki biyolojik farklılıklar ve hastalıklar ile ilgili bazı örnekler:

- Kalp hastalıkları, erkeklerde kadınlara kıyasla on yıl daha erken ortaya çıkmaktadır.
- Bağışıklık sistemi, erkeklere kıyasla kadınların tüberküloz gibi enfeksiyonlara karşı daha dirençli olmalarını sağlamaktadır.
- Diyabet gibi oto-immün hastalıklar erkeklere kıyasla kadınlarda yaklaşık 2.7 kat daha fazla görülmektedir.
- Erkeklerden kadınlara HIV bulaşma riski iki kat daha fazladır.

Kaynak: Promoting gender equality in health Lesley Doyal, Sarah Payne and Ailsa Cameron School for Policy Studies University of Bristol, Equal Opportunities Commission 2003.

Toplumsal cinsiyetin sağlık ve hastalık üzerine etkileri

Aynı toplumda yaşayan kadınlar ve erkeklerin yaşam ortamındaki benzerliklere rağmen toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle sağlık durumları farklı etkilenmektedir. Yaşam ve çalışma koşullarındaki toplumsal cinsiyet farklılıkları kadınlar ve erkeklerde değişik sağlık sorunlarının gelişmesine neden olmaktadır. Birçok araştırmada, kadınların ev içi sorumluluklarının fiziksel ve mental sağlıklarını olumsuz etkilediği ortaya konmuştur. Kadınlarda depresyon ve anksiyetenin yüksek düzeylerde görülmesinin, ağır ev işleri, kısıtlı zaman ve maddi kaynaklar içinde

çocuklarının yetiştirilmesi ve diğer aile fertlerinin sorumluluklarının yükünden kaynaklandığı saptanmıştır. Özellikle yoksulluk içinde yaşayan kadınlar daha fazla etkilenmektedir (1, 5, 7).

İlk bakışta her toplumda erkekler daha avantajlı ve ayrıcalıklı konumda görülseler de ailenin geçimini sağlamakla yükümlü olmaları kadınlara göre daha ağır işlerde çalışmalarına neden olmaktadır. Gelir getiren işlerde çalışan kadınlar ve erkeklerde, iş yeri koşulları ve yaptıkları işler arasındaki farklılıklardan dolayı da değişik sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Erkeklerde mesleki hastalıklara ve kazalara bağlı erken ölümler daha sık görülmektedir. Örneğin, daha çok erkekler maden işçisi olarak çalıştıklarından dolayı erkeklerde silikozis, tekstil sektöründe de daha çok kadınlar çalıştıklarından dolayı kadınlarda pamuk tozuna bağlı akciğer hastalıkları yaygındır (1, 4, 5, 7).

Tüm toplumlarda, kasıtlı ve kasıtsız kazalar her yaş grubunda erkeklerde kadınlara kıyasla morbidite ve erken mortalite nedenleri arasında daha sık görülmektedir. Geleneksel toplumsal rolleri erkekleri “erkeksi” davranışlar sergilemeye teşvik etmektedir. Bu nedenle de, şiddet uygulamak, risk almak, alkol ve diğer madde kullanımı gibi davranışlar erkekler arasında daha yaygındır. Bu tür davranışlar sadece kendi sağlıklarını değil aynı zamanda kadınlara uyguladıkları ev içi şiddet sonucu kadın sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Özellikle fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalmak kadınlarda yaşam boyu psikolojik ve travmatik sorunlara neden olabilmektedir. Yapılan araştırmalara göre, kadınlar genellikle biyolojik cinsiyetinden dolayı erkeklere kıyasla daha uzun süre yaşasalar da sağlık ve hastalık açısından daha çok dezavantajlı durumdadırlar (4).

Toplumsal cinsiyet ve hastalıklar arasındaki farklılıklar ile ilgili bazı örnekler:

- Kadınlara kıyasla erkekler arasında intihar girişimleri daha fazla görülmektedir.
- Erkekler kıyasla kadınlar 2-3 kat daha fazla depresyon ve anksiyeteden etkilenmektedir.
- Erkekler sigara içmeyle birlikte mesleki karsinojenlere de daha fazla maruz kaldıklarından dolayı akciğer kanserinden ölme riskleri de artmaktadır.
- Kadınlara kıyasla erkekler daha çok trafik kazaları (alkol bağlantılı) ve iş kazaları sonucu yaşamını yitirken kadınlar daha çok ev içi kazalar nedeniyle ölmektedir.

Kaynak: Doyal, L., Payne, S., and Cameron, A., “Promoting gender equality in health”, School for Policy Studies University of Bristol, Equal Opportunities Commission 2003.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLUMSAL CİNSİYET TEMELLİ YAKLAŞIM

Cinsiyet duyarlı olmayan geleneksel sağlık politikaları kadınlar ve erkeklerin eşit veya benzer biçimde hastalıklara yakalandıklarını farz etmektedirler. Toplumsal ve biyolojik farklılıklarından dolayı kadınlar ve erkeklerin değişik sağlık sorunları ile karşı karşıya kaldıklarını, sağlık hizmeti gereksinimlerinin ve hizmet arayışı davranışlarının farklı olduğunu dikkate almamaktadırlar. Eşitlik, kadınlara ve erkeklere aynı sağlık hizmetlerinin sunulmasından ziyade sunulan hizmetin biyolojik ve toplumsal cinsiyet gereksinimlerine ve hakkaniyet ilkelerine uygun olmasını ifade etmektedir (7).

Geleneksel olarak kadın sağlığı hizmetleri özellikle kadınların üreme çağlarında özellikle kontrasepsiyon ve doğuma (güvenli) odaklanmıştır. Bu ana-çocuk sağlığı problemlerinin yoğun olduğu, ölüm oranlarının yüksek olduğu bölgelere uygun bir mantıktır. Ancak milyonlarca genç kadının ve postmenopozal dönemdeki kadınların sağlık ihtiyaçlarının göz ardı edildiği anlamına da gelmektedir. Ayrıca üreme çağındaki kadınlar üreme problemleri için kolay kolay sağlık bakımından faydalanamamaktadırlar (1, 4).

Biyolojik açıdan, genetik, hormonal ve metabolik değişiklikler de kadın ve erkeklerde kalp hastalıkları, enfeksiyonlar ve bir çok oto-immün sistem sorunlarının görülme sıklığında farklılıklara neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda kadınlar ve erkekler arasında bir çok hastalığın görülme ve mortalite sıklığı dikkate alınmamaktadır. Bundan dolayı, geç tanı konmakta ve tedavi gecikmektedir. Örneğin, kolorektal kanser her iki

cinsiyette de aynı sıklıkta görülmesine rağmen erkeklerde daha fazla risk oluşturmaktadır. Hastalığın etyolojisinde hem biyolojik hem de toplumsal cinsiyet farklılığı önemli rol oynamakla birlikte tanı amaçlı girişimlerin erkeklerde atlanması sonucu kadınlara kıyasla erkeklerde kolorektal kanser ölümleri daha sık görülmektedir (8).

Sağlık hizmetlerine ulaşımında toplumsal cinsiyet farklılıkları

Sağlığın temel belirleyicisi olarak toplumsal cinsiyet, kadınların ve erkeklerin sağlık hizmetlerini kullanımını da farklı etkilemektedir. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığının en çarpıcı olumsuz etkisi kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmasında ortaya çıkmaktadır. Özellikle kadınlar sağlık hizmetlerine ulaşımında büyük sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Diğer taraftan erkekler genellikle hasta olduklarını kabullenmekte zorlandıklarından sağlık hizmeti almaktan çekinmektedirler ya da sağlık kuruluşuna gitmekte gecikmektedirler (5).

Dünyanın değişik yerlerinde durum farklı olmasına rağmen sağlık hizmetine ulaşımında cinsiyet farklılığının olduğuna dair önemli kanıtlar vardır. Gelişmiş ülkelerde yapılan bir çok araştırmada kadınların sağlık hizmetlerini erkeklere göre daha çok kullandıkları saptanmıştır. Ancak özellikle de gelişmekte olan ülkelerde ve gelişmiş ülkelerin yoksul bölgelerinde yaşayan kadınlar sağlık hizmetlerine ulaşmamaktadırlar. Parayı genellikle erkekler kontrol eder. Bu sağlık hizmetine ulaşmada ve harcama yapmada kadınları engeller. Parasal zorlukların yanında gelenek ve kültürel değerler de kadınların sağlık hizmetlerini kullanımını olumsuz etkilemektedir. Örneğin; kadının yalnız dışarı çıkmasının engellenmesi ve kadın sağlık çalışanlarının olmadığı durumlarda da erkeklerin tedavi yapmasının kadın ve ailesi için bir şerefsizlik olarak algılanabileceği için kadın bakım almaktan kaçabilir (1, 4). Kuşkusuz sağlık hizmetlerinin kullanımı azaldıkça kadın sağlığının morbidite ve mortalite yönünde ne ölçüde olumsuz etkileneceği de ortadadır. Özetle, kadın cinsiyetinin "toplumsal cinsiyet" bağlamında yaşadığı eşitsizlikler, ayrımcı uygulamalar onun yaşama hakkını bile kullanamaması ortamını hazırlamaktadır. Sağlık hizmeti verenlerin ve toplumun bizzat kendisinin, politika, strateji ve uygulamalara "toplumsal cinsiyet eşitliği" perspektifinden bakabilmesi gerekmektedir. Çoğu kez bu bakış açısının gelişmemiş olması toplumsal olaylarda tanıyı ve korunma önlemlerini, çözümleri geciktirmektedir (1).

Sonuç olarak;

Sağlık hizmetlerinde toplumsal cinsiyet yaklaşımının sağlanması iki boyutta geliştirilmelidir;

- Birincisi, kadınların erkeklere kıyasla biyolojik gereksinimleri yanında sosyo – kültürel koşullarından kaynaklanan toplumsal cinsiyet gereksinimleri de dikkate alınmalıdır.
- İkincisi, kadınlar ve erkekler arasındaki sağlık ve hastalık durumu, sağlık davranışları ve sağlık arayışlarındaki farklılıklar dikkate alınmalıdır.

Ulusal ve bölgesel düzeyde sağlık politikaları planlayıcılarda, sağlık hizmetlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi esnasında toplumsal cinsiyet duyarlı yaklaşım konusunda farkındalık yaratmaya yönelik eğitim programları geliştirilmelidir.

Sağlık personelinin hizmet sunumunda toplumsal cinsiyet duyarlı yaklaşım konusunda eğitilmelidir. Meslek eğitimi ve hizmet içi eğitimlerde toplumsal cinsiyet yaklaşımı konuları müfredata dahil edilmelidir.

Sağlık enformasyon sistemlerinde, sağlık, hastalıklar ve sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ilgili verilerin toplanmasında toplumsal cinsiyet faktörü de dahil edilmelidir. Verilerin toplumsal cinsiyet bakışıyla analiz edilerek değerlendirilmesi konusunda personel eğitimleri gerçekleştirilmelidir.

Sağlık hizmet sunumu standartlarının oluşturulmasında kadınların ve kız çocuklarının sağlık hizmetlerine ulaşımını etkileyen faktörler dikkate alınmalıdır.

* Bařkent Üniversitesi, Kadın-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması, Araştırma ve Uygulama Merkezi (BÜKÇAM)

Kaynaklar

1. Akın, A., Demirel, S., "Toplumsal Cinsiyet Kavramı Ve Sağlığa Etkileri", C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4), 2003 Özel Eki.
2. Jimenez, C., Poniowski, B., "Workshop on Gender and Health 27 and 28 October 2004, United Nations University.
3. Öztekin, Z., Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleřtirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi, s., 55, 56, 63, Palme Yayıncılık, Ankara, 2004.
4. Gender and Health", Technical Paper, World Health Organization publication - Geneva, Switzerland, 1998.
5. Doyal, L., Payne, S., and Cameron, A., "Promoting gender equality in health", School for Policy Studies University of Bristol, Equal Opportunities Commission 2003.
6. Doyal, L. "Sex, gender and health: the need for a new approach", British Medical Journal, 323: 1061-63, 2001.
7. "A Guide to Creating Gender-Sensitive Health Services", The Women's Health Council, 2nd Edition, January 2007.
8. Payne, S., Not an equal opportunity disease – a sex and gender-based review of colorectal cancer in men and women: Part II1, www.emhdf.org.