



Yerel Yönetimler, Kamu Kurumları
ve Sivil Toplum Örgütleri İçin
KADIN DOSTU KENTLER EĞİTİCİ KİTİ

Sağlık

Prof. Dr. Ayşe Akın



www.kadindostukentler.org

Yerel Yönetimler, Kamu Kurumları
ve Sivil Toplum Örgütleri İçin
KADIN DOSTU KENTLER EĞİTİCİ KİTİ

SAĞLIK

Prof. Dr. Ayşe Akın

.....
Yerel Yönetimler, Kamu Kurumları
ve Sivil Toplum Örgütleri İçin

KADIN DOSTU KENTLER EĞİTİCİ KİTİ

Sağlık / Prof. Dr. Ayşe Akın

.....

Yayıma Hazırlayan

Gamze Göker, Ege Tekinbaş

Grafik Tasarım

Gülru Höyük, Cem Kocataş

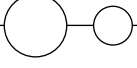
Basım Tarihi

Mayıs 2015

Basım Yeri

Berk Matbaacılık
Kazım Karabekir Cad.
Özer Han No: 31/25-26
İskitler ANKARA
Tel: (0312) 342 19 13
Faks: (0312) 342 19 14

ÖNSÖZ



Birleşmiş Milletler Kadın Dostu Kentler Ortak Programı 2006 yılında toplumsal cinsiyet eşitliği prensiplerinin yerel yönetimlerin planlama ve programlama süreçlerine dahil edilmesi ve bu sürece paralel olarak yerel yönetimler ile kadın örgütlerinin güçlendirilmesi ve aralarındaki işbirliği fırsatlarının artırılması amacıyla başlatılmıştır. İçişleri Bakanlığı'nın ana paydaşı olduğu Ortak Programın ilk aşamasına Birleşmiş Milletler kuruluşlarının yanı sıra, Sabancı Vakfı, 10 ülke ve çok sayıda kadın sivil toplum kuruluşu destek vermiştir. Programın ilk aşaması 2006-2010 yılları arasında Türkiye'de 6 kentte; İzmir, Kars, Nevşehir, Şanlıurfa, Trabzon ve Van'da uygulanmıştır. Kadın Dostu Kentler Programı, sürdürülebilir ve insan hakları temelli yaklaşımıyla BM Nüfus Fonu-UNFPA tarafından İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin (1948) kabul edilmesinin 60. yılı vesilesiyle yapılan değerlendirmede tüm dünyada 'insan hakları alanında yürütülen' en iyi altı program arasına girmeyi başarmış ve Türkiye'de toplumsal cinsiyet eşitliği çalışmalarını yerel yönetimlere taşıyan ilk program olmuştur.

Programın uygulandığı 6 kentte kaydedilen ilerlemenin ardından, birçok yerel yönetim kendi illerinde de "Kadın Dostu Kent" modelini uygulama isteği ile UNFPA'ya başvurmuştur. Bu olumlu gelişmelerden hareketle, Kadın Dostu Kentler-2 Ortak Programı, birinci aşamanın bıraktığı noktadan, toplumsal cinsiyeti yerel yönetişime dahil etmek amacıyla 2011 yılında başlatılmıştır. Programa dahil olma isteği ile başvuran aday iller 'kapasite' ve 'ihtiyaç' esasına göre sıralanmış ve yeni program illerinin seçimi için bu kriterler üzerinden ağırlıklı bir değerlendirme yapılmıştır. Yapılan haritalama çalışmasının sonunda 7 yeni il (Adıyaman, Antalya, Bursa, Gaziantep, Malatya, Mardin, Samsun) Ortak Program'a dahil olmuştur.

İçişleri Bakanlığı Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü, Kadın Dostu Kentler Birleşmiş Milletler Ortak Programının ulusal ortağı ve temel paydaşdır. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu- UNFPA ve (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı-UNDP'nin ortaklaşa yürüttükleri Kadın Dostu Kentler Programı'nın 2. aşaması, İsveç Uluslararası İşbirliği ve Kalkınma Ajansı-SIDA tarafından finanse edilmektedir.

Birleşmiş Milletler Kadın Dostu Kentler Ortak Programı'nın 2006 yılından bu yana devam eden uygulama sürecinde de ortaya konduğu şekliyle, "Kadın Dostu Kentler", en temel tanımıyla "kadınların kentsel yaşamın tüm alanlarında eşit bir biçimde yer almasını destekleyen" kentlerdir. Bu tanımdan hareketle düşünüldüğünde, gerçek anlamda kadın dostu bir kent, kadınların, kent hayatına rahat katılabildiği, istihdam olanaklarından erkeklerle eşit yararlanabildiği, kız çocuklarının örgün eğitime devam sıkıntısı yaşamadığı, sağlık hizmetlerinin ve özellikle kadını doğrudan ilgilendiren üreme sağlığı hizmetlerinin kolay ve ulaşılabilir olduğu, kadına yönelik şiddeti önlemeye yönelik mekanizmaların ve şiddete maruz kalmış ya da kalma riski bulunan kadınların destek alabileceği yapıların etkili ve erişilebilir olduğu, fiziksel

mekânların kadınlar ve kız çocukları açısından rahat, güvenli ve eşitlikçi olduğu, sosyal yaşantı, ulaşım, toplu konut ve altyapı hizmetlerinin planlama süreçlerinin toplumsal cinsiyet eşitliği prensibinin dikkate alınarak yapıldığı bir kenttir. Böyle bir kentin var olabilmemesinin en önemli koşulu ise kadınların karar alma mekanizmalarında ve planlama süreçlerinde yer almaları ve kendilerini doğrudan etkileyen yerel politikalar üzerinde söz sahibi olmalarıdır. Yine bir o kadar önemli olan diğer bir ihtiyaç ise, yerelde hizmet sağlamakla yükümlü kurum ve kuruluşların toplumsal cinsiyet eşitliği ve bu eşitlik politikalarının ana plan ve programlara yansımaları kapsayan “toplumsal cinsiyetin anaakımlaştırılması” konularında bilgi, kapasite ve istek sahibi olmasıdır.

Bu ihtiyaçtan hareketle, Kadın Dostu Kentler program illerinde yerleşik, yetkin ve yüksek kapasiteli eğiticilerin yetişmesi önemli bir hedef olarak tanımlanmıştır. Bu hedef doğrultusunda, Kadın Dostu Kentler Birleşmiş Milletler Ortak Programı kapsamında 2013 yılının Nisan ayında, İzmir’de kapsamlı bir “Eğitici Eğitimi” düzenlenmiştir. Eğitimin ardından taslak bir eğitim kiti hazırlanmış ve bu taslak kit program illerinde deneme eğitimleri ile test edilmiş ve raporlanmıştır. Elde edilen geri dönüşler ve deneme eğitimlerinin çıktıları ile deneme kiti Türkiye’nin alanında önde gelen isimleri tarafından tekrar düzenlenmiş ve elinizdeki kapsamlı çalışma ortaya çıkmıştır.

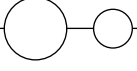
Bu eğitici kiti ile amaçlanan, yerelde birikecek bilgi, deneyim ve kapasitenin kurum içi ve kurumlar arası aktarımını ve sürekliliğini sağlamak, eşitlik bakışını kurumsal bir prensibe dönüştürmek ve Kadın Dostu Kentler modelini uygulamak isteyen diğer iller için kolaylaştırıcı bir araç sunmaktır. Kadın Dostu Kentler Programı kapsamında program ortağı tüm illerde katılımcı süreçler yardımıyla hazırlanan Yerel Eşitlik Eylem Planlarının ana başlıklarında düzenlenen ve bu planların hayata geçmesinde ihtiyaç duyulan kurumsal teknik kapasiteye katkı sunması amaçlanan bu eğitim kiti, hem yerel hem de merkezi düzeyde çalışma yapan kişi ve kurumlar tarafından rahatlıkla kullanılacak pratik bilgileri, eğitim egzersizlerini ve sunumları içermektedir. Yerel Eşitlik Eylem Planı alanlarından eğitim, istihdam, kadına yönelik şiddet, kentsel hizmetler ve sağlık dışında toplumsal cinsiyet anaakımlaştırma ve yetişkin eğitimi konuları da eğitici kitinin kapsamına alınmıştır. Kadın Dostu Kentler Programı süresince tanımdan gurur duyduğumuz kendini işine ve yaşadığı topluma fayda sağlamaya adanmış çok sayıda kamu, yerel yönetim ve sivil toplum örgütü temsilcisi için bu yayının önemli bir fayda sağlayacağına yürekten inanıyor ve onlara çalışmalarında destek olabildiğimiz için kendimizi şanslı sayıyoruz.

Yayında emeği geçen değerli uzmanlarımıza ve akademisyenlerimize, 2006 yılından bu yana Kadın Dostu Kentler Programı’nı uygulamakta olan ve bu sayede yerelde düzeyde toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasını amaç edinen İçişleri Bakanlığı’na, Program ortağı valilik ve belediyelere, Programın uygulanmasına çok önemli katkı sağlayan kadın sivil toplum örgütlerine ve 2011 yılından bu yana programa finansal destek sağlayan İsveç Kalkınma ve İşbirliği Ajansı’na (SIDA) teşekkür ediyor, elinizdeki bu Eğitici Kitinin yerel düzeyde toplumsal cinsiyete duyarlı politika ve programların hayata geçmesinde kilit rol oynayan kurum ve kuruluşların çalışmalarına ışık tutmasını diliyoruz.

Zahidul Huque

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu Türkiye Temsilcisi

İÇİNDEKİLER



Giriş **7**

Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı ve Sağlık **8**

Uluslararası Alanda ve Türkiye’de Kadın Sağlığı
ve Haklar İle İlgili Mevcut Durum **13**

Sorun ve İhtiyaç Alanları **14**

Sonuç ve Öneriler **16**

SAĞLIK / EGZERSİZLER 19

Dipnotlar **28**

Kaynakça **29**



Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına göre "sağlık; yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir." Yani tam sağlıklı olmak için sağlığın her üç bileşeninin de dikkate alınması gerekir. Bu açıdan bakıldığında, sosyal yönden sağlıklı olmak; eğitim ve istihdam olanaklarına kolay ve eşit erişim çalışma ve ücretlerde eşitlik, karar verme ve seçmede özgürlük ve aynı zamanda sağlık hizmetlerinden tam anlamıyla yararlanma anlamına gelmektedir. **Sağlığın diğer önemli özelliği ise "bireylerin doğuştan sahip oldukları bir insan hakkı" olmasıdır.**

İnsan sağlığının çok çeşitli belirleyicileri vardır. Biyolojik ve fiziki çevre, toplumsal yapı, gelenekler, kültürel yapı, sosyal çevre, bireyin genetik biyolojik özellikleri, toplumun bireye cinsiyeti nedeniyle biçtiği rolden kaynaklanan beklentileri (toplumsal cinsiyeti), aile yapısı, ekonomik durum, sağlık hizmetlerinin varlığı, ulaşılabilirliği ve niteliği gibi sağlığın belirleyicileri olan bu faktörler çoğu kez sağlığı doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir. **Toplumsal cinsiyet (gender) fak-**

törü, yaşam ve çalışma koşulları, kaynaklara, haklara, hizmetlere ulaşımında eşit olmayan ayrımcı uygulamalara bağlı olarak, kadın ve erkeklerde çok farklı tür ve şiddette sağlık sorunlarının gelişmesine neden olduğu gibi bazı hastalıklarda koruyucu da olabilmektedir.

Hem kadınların hem de erkeklerin yaşamını şekillendiren, fırsatlara ve temel insan haklarına erişimlerini engelleyen **toplumsal cinsiyet rolleri ve sorumlulukları** kültürler arasında farklılıklar gösterir ve zaman içinde değişir. Toplumsal cinsiyet rolleri, bireyin, eğitim ve istihdam olanaklarından yararlanmasını, karar alma mekanizmalarında yer almasını, statüsünü, hizmetlere ulaşımını da belirleyerek sağlığını hem doğrudan hem de dolaylı etkilemektedir.

Toplumsal cinsiyete bağlı kalıp yargılar, her iki cinsiyeti de etkilemekle birlikte sağlığın bu faktör aracılığı ile olumsuz etkilenmesinin boyutu daima kadınlarda daha fazladır. Özetle, toplumun oluşturduğu/şekillendirdiği "toplumsal cinsiyet faktörünün" sağlık alanında yol açtığı sonuçlar yönünden dikkate alınması çok önemli bir gerekliliktir.

Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı ve Sağlık

Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, kadının yaşam döngüsünün her döneminde farklı ve ciddi olumsuzluklara yol açmaktadır. Örneğin gebelikte cinsiyet seçimi ve ailelerin mutlaka "erkek çocuk olmasını istemeleri" ciddi bir ayrımcılık olup sonuçta dışı cinsiyetteki gebelik bir hastalık nedeni ile değil sadece "cinsiyete" bağlı olarak sonlandırılabilir.



tedir. Bunun anlamı kız bebeğin yaşam hakkının, daha doğmadan elinden alınmasıdır. Yine bazı ülkelerde kız çocuklarına hiçbir sağlık gerekçesi olmadan uygulanan, aksine "kadın cinsiyetinin – cinselliğinin yok edilmesi" amacı taşıyan "kadın sünneti" örnek verilebilir. Büyürken sürekli "sen erkeksin, erkekler ağlamaz, güçlü olur" telkinleri ile egosu ve yaşamı biçimlenen erkek çocukla-

rın ne çocukluğunda ne de erişkinliğinde "zayıf-güçsüz" olma ya da görünme hakkı yoktur. "Erkek olduğu için", evini geçindirmesi, her zorluğun üstesinden tek başına gelmesi beklenir ve biçilen bu toplumsal cinsiyet rolü nedeni ile evini geçindiremeyen, ekonomik kriz yaşayan erkeklerin psikolojik sorunlar yaşaması ve hatta intiharları ender değildir.

Yukarıda bahsedildiği üzere, kadınlar neredeyse toplumsal yaşamın her alanında yoğun bir ayrımcılığa maruz kalmaktadırlar. Bu ayrımcılığın her iki cinsteki bireylerin sağlığı üzerindeki etkilerini örneklemek gerekirse; ergen dönemde kız çocuğuna özellikle cinsel davranışları yönünden (bekaret denetimi vb.) büyük bir baskı uygulanırken erkek ergen aksine cinsel davranışları yönünden daha dışa dönük, daha serbest olmaya teşvik edilmektedir. Bu ayrımcı beklenti kız çocuklarında gereksiz ruhsal sorunlara, kısıtlamalara yol açarken ergen erkekleri cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (CYBE) riskine sokmaktadır. Her iki durumun da sağlık yönünden olumsuz sonuçları kaçınılmazdır.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak en temel insan haklarından biridir. Ancak unutulmamalıdır ki bu tür hizmetlerden yararlanmak kişinin toplumsal hayatın çeşitli alanlarında da var olması ile de çok yakından ilişkilidir. Örneğin, eğitim hakkından yararlanıp okuma yazma öğrenmek ile sağlık hizmetlerinden yararlanmak doğru orantılıdır. Ya da aktif çalışma hayatında olmak yine sağlık hizmetlerinden yararlanmayı kolaylaştırıcı unsurlardandır. Toplumda sağlık, istihdam gibi temel hizmet fırsatlarından daha az yararlananlar çoğunlukla diğer alanlarda da ayrımcılığa uğrayan gruplardır; yoksullar, kadınlar, azınlıklar gibi... Bu sebeple de, dünyanın farklı coğrafyalarında değişmekle birlikte özellikle gelişmekte olan ülkelerde toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklanan olumsuzluklar sonucu kadınlar

daha sağlıksız koşullarda yaşamakta, sağlık hizmetlerinden daha az yararlanabilmektedirler. Adolesan (ergen) çağından başlayarak her dönemde daha fazla sağlık hizmetine gereksinim duyan kadın için hizmet açığı erkeklere göre daha fazladır. Daha fazla örnek verilecek olursa:

- Kadınlara kıyasla erkekler arasında intihar girişimleri iki kat daha fazla görülmektedir;
- Kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme riski erkeklerden 2-3 kat daha fazladır;
- Menopoz sonrası kadınların kalp damar hastalıklarına yakalanma riski erkeklerle yakın düzeye gelmektedir;
- Kadınlara oranla erkekler daha çok trafik ve iş kazaları sonucu yaşamlarını yitirirken kadınlar daha çok ev içi kazalar nedeni ile ölmektedirler;
- Ev içi şiddet kadınların karşılaştığı en önemli sağlık sorunlarından biridir;
- Dünyada doğumda beklenen yaşam süresi kadınlarda erkeklerden 4,5 yıl fazladır ki bu da kadınlara yönelik yaşlı bakım hizmetlerini daha büyük bir ihtiyaç olarak karşımıza çıkartmaktadır.

Bütün bu belirtilenler, yaşam dönemleri de göz önüne alınarak özetlenecek olursa kadın ve kız çocuklarının hayatlarının farklı dönemlerinde karşılaştıkları en temel bazı sağlık temelli ayrımcı uygulama ve davranışlar aşağıda özetlenmiştir;

Bebeklik ve Çocukluk Döneminde:

- Gebelik süresince cinsiyet tartışmaları, erkek çocuk tercihinin ön plana çıkması
- Erkek çocuk için yeni bir gebeliğin dayatılması
- Gebeliğin bebeğin cinsiyeti kız olduğu için sonlandırılması
- Daha çok Afrika ülkelerinde uygulanan ağır bir şiddet türü olan kadın sünneti
- Beslenme bozukluğu
- Bakıma yönelik ihmaller
- Sağlık hizmetlerine erişim kısıtlılığı, erişimin önündeki engeller
- Çocukluk döneminde bebek ve çocuk bakımı sorumluluğu verilmesi
- Cinsel istismara daha açık olma

Ergenlik Döneminde:

- Toplumsal baskı
- Bekâret denetimi
- Cinsiyet temelli şiddet
- Cinsel taciz / istismar
- Erken yaşta ve zorla evlendirmeler
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar / hastalıklar
- İstenmeyen gebelikler
- İsteyerek düşükler, sağlıksız düşükler
- Paralı seks
- Kansızlık / beslenme bozukluğu
- Madde bağımlılığı (alkol, sigara, uyuşturucu)
- Sosyal yaşamdan kısıtlama ve baskıya dayalı ruhsal sorunlar
- Sözde namus adına işlenen cinayetler

Erişkin dönem: Doğurganlıkla ilgili olayların en yoğun yaşandığı dönemdir.

- Gebelik, doğum, doğum sonrası komplikasyonlar
- İstenmeyen gebelikler
- İsteyerek düşükler, sağlıksız düşükler
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar/hastalıklar
- Kansızlık / beslenme bozukluğu
- Paralı seks
- Cinsel taciz / istismar
- Cinsiyet temelli şiddet
- Hizmetlerden mahrum bırakılma
- Anne ölümü

Yaşlılık dönemi:

- Kadın olduğu için cinsiyet ayrımcılığı
- Yaşlı olduğu için yaş ayrımcılığı ile karşı karşıyadır. Genellikle ikisinin etkisi birbirine eklendiği için iki negatif kalıp-yargı bir araya gelmektedir. Ayrıca yaşlanan kadın, bir yandan yaşına bağlı sağlık sorunları artarken geçmişten getirdiği kadına karşı yaşadığı ayrımcılığın sonuçlarını da bu dönemde daha da ağır yaşamaktadır.

Kadın ve sağlıkla ilgili yapılan çalışmalar, kadının eğitim seviyesi ve refah düzeyi ile doğurganlığı arasında bir paralellik olduğunu ortaya koymaktadır. Kadının eğitim seviyesi düştükçe doğurganlığı artmaktadır, buna

karşılık sağlık hizmetlerinden faydalanması ise azalmaktadır. Bu bağlamda, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı eğitim ve refah düzeyi en düşük hanelerde yaşayan kadınlar arasında en yüksek düzeydedir. Örneğin, Türkiye’de bölgelere ve eğitime göre doğurganlık hızları incelendiğinde; okur yazar olmayan kadınların istedikleri çocuk sayısından çok fazlasına sahip olduklarını ortaya koymaktadır. Benzer şekilde kadınların eğitim ve refah düzeyi arttıkça sağlık hizmetine ulaşmaları da ona paralel olarak artmaktadır¹.

Türkiye’de yıllar içinde kadınların üreme sağlığı hizmetlerine ilişkin ciddi gelişmeler olmasına rağmen bölgeler arası ve kadının statüsüne göre olan farklılıklar ciddiyetini korumaktadır. Bu dinamiklerin iyi anlaşılması yönünden GAP Bölgesinde 2013 yılında yapılan bir çalışmada, Z. Ünal’dın yaptığı görüşmede KY’nin aşağıda belirttikleri konunun pek çok boyutunu ortaya koymaktadır:

“Geçen sene evde düşük yaptım. Kanamam durmadı. Kocam dışarda çalışır. Onun kente dönmesini bekledim. Onsuz doktora gidecek olsam kanama değil, adam beni öldürür biliyorum. Neyse işte, döndüğü akşam şehirde hastane hastane gezdik. Kocam kadın doktor bulana kadar muayene olmama izin vermedi. Gittiğimiz beşinci yerde ancak kadın doktor bulduk da muayene olabildim. Parça mı kalmış ne...Sonra iyi oldum. Kızlarımdan biri okumak istiyor. Kocam izin vermiyor. Dedim senin gibi herkes kızları okutmazsa kadın doktoru nasıl bulacağız.” (KY, 12.12.2013)

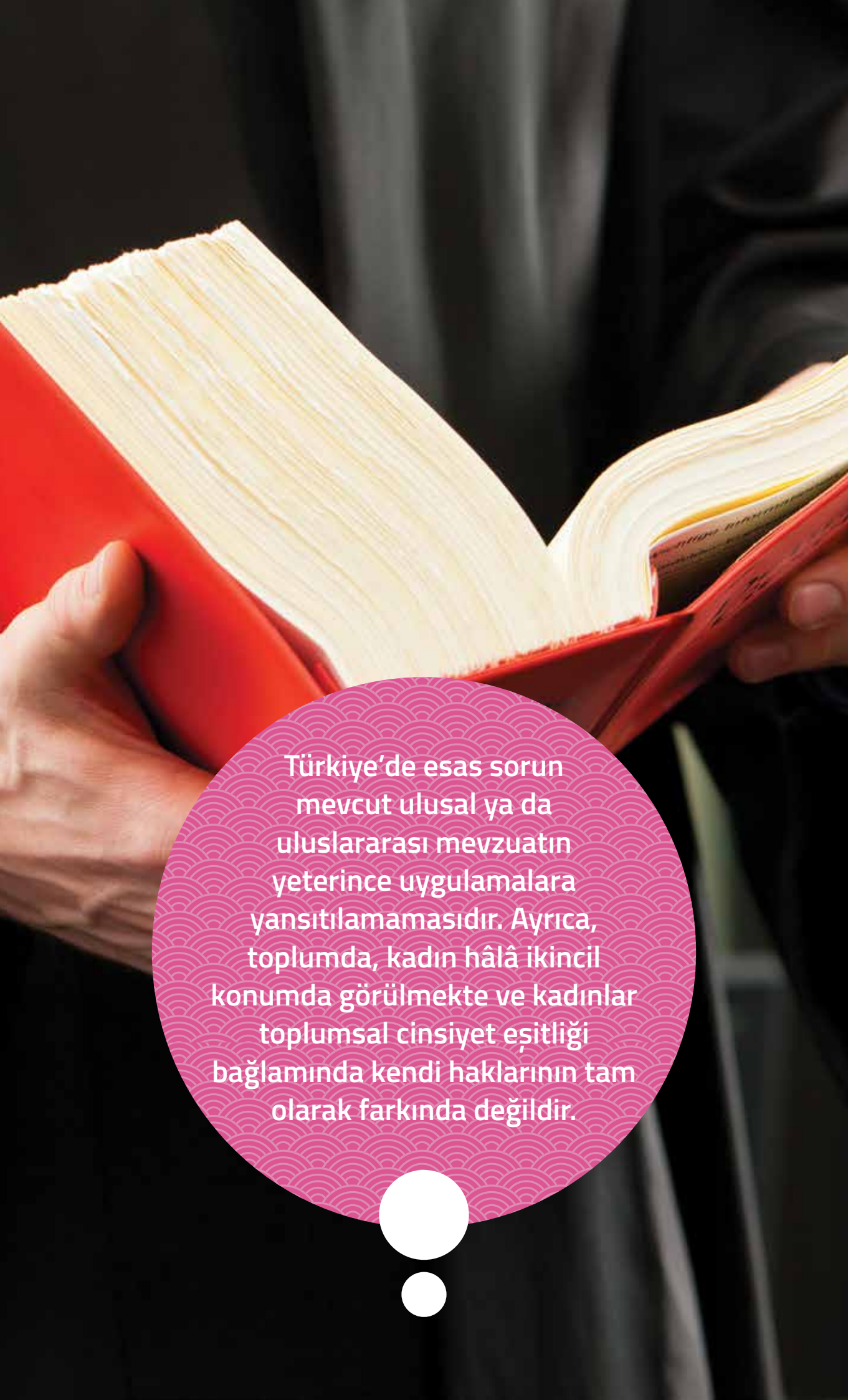
Ulusal ve Uluslararası Mevzuatta Konuya İlişkin Düzenlemeler ve Yükümlülükler

Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ciddi bir insan hakkı ihlali olup bu konuda gerek ulusal gerekse uluslararası bağlamda yıllar içinde konuyu ele alan, ulusal ve uluslararası düzeyde bağlayıcılığı olan mevzuat mevcuttur. Bilindiği gibi uluslararası yasa hükmündeki

mevzuat eğer o ülke tarafından imzalanarak parlamento tarafından onaylanmış ise artık o yasa, ulusal yasaların üzerinde bir güce sahiptir ve o ülkede izlenmesi ve uygulanması gerekir. Türkiye taraf olduğu uluslararası sözleşmeler ve çekincesiz kabul ettiği uluslararası belgelerde, ülkemizde kadınlara ve kız çocuklarına verilecek sağlık hizmetlerinin nicelik ve niteliğini kabul görmüş uluslararası standartlara yükselteceği sözünü vermiştir. Kadın ve erkeklerin eşit fırsatlara ulaşmasını sağlamak amacıyla düzenlenmiş en önemli uluslararası insan hakları belgelerinden biri olan Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesinin (CEDAW) 12’inci maddesinde aile planlaması dahil sağlık hizmetlerinden kadın ve erkeğin eşit olarak yararlanması hususu da ele alınmakta, bu görevin hükümetler tarafından yerine getirilmesi vurgulanmaktadır.

Türkiye’nin mevzuat kapsamında yıllar içinde kabul ettiği yasa ve imzaladığı belgeler (ulusal ve uluslararası) başlıklar halinde belirtilecek olursa:

- 1934- Kadınlara seçme seçilme hakkını veren yasa,
- 1961-Sağlık hizmetlerini temel sağlık hizmetleri yaklaşımına göre düzenleyen, kadın ve çocukların sağlık hizmetlerine daha fazla ulaşabilmelerini olanaklı kılan 224 sayılı yasa,
- Kadınlara üreme sağlığında, doğurganlığın düzenlenmesinde hizmete ulaşmalarını destekleyen, kendilerine üreme sağlığı ile ilgili haklarını veren ve daha eşitlikçi kullanmalarını sağlayan 1965 ve 1983 Nüfus Planlama Yasaları,
- 1985-Türkiye, 1979 yılında oluşturulan “Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesinin – CEDAW” imzalanması (Sözleşme 1986 yılında TBMM tarafından onaylandı),
- 1990-Türkiye 1989 yılında oluşturulan “Çocuk Hakları Sözleşmesinin” imzalanması (Sözleşme 1994 yılında TBMM tarafından onaylandı),
- 1990-Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü kurulması (Bu genel müdürlüğün kadın hakları, toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadına yönelik şiddetle mücadele konusunda hazırladığı Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planları ve



Türkiye'de esas sorun mevcut ulusal ya da uluslararası mevzuatın yeterince uygulamalara yansıtılmamasıdır. Ayrıca, toplumda, kadın hâlâ ikincil konumda görülmekte ve kadınlar toplumsal cinsiyet eşitliği bağlamında kendi haklarının tam olarak farkında değildir.

Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planları yapılacaktır. İlişkin ulusal rehberlerdir,

- 1994-Türkiye'nin toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadın sağlığı konularını, insan hakları bağlamında vurgulayan, Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın (ICPD) sonuç belgesini imzalaması,
- 1995-Türkiye'nin toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadın sağlığı konularını, insan hakları, barış ve eşitlik bağlamında vurgulayan "Dünya IV. Kadın Konferansı (Pekin) Eylem Planını" imzalaması,
- 1998-toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadına yönelik şiddetle mücadele konusunda "Ailenin Korunmasına Dair Kanun",
- 2002-ilki 1926 yılında çıkarılmış olan Medeni Kanunun, ayrımcı maddelerinin ayıklanarak revize edilmesi,
- 2004-ilki 1926 yılında çıkarılmış olan 7655 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK), ayrımcı maddelerinin ayıklanarak 5237 sayılı yeni bir yasa olarak kabul edilmesi,
- 2009-TBMM-Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonunun yasa ile kurulması,
- 2011-Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair

Avrupa Konseyi Sözleşmesinin (İstanbul Sözleşmesi) imzalanması (Söz konusu sözleşme 1 Ağustos 2014 tarihinden itibaren uluslararası yasa gücü kazandı),

- 2012 - 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun'un yürürlüğe girmesi.

Yukarıda başlıklar halinde verilen bütün bu düzenlenmiş ve yürürlüğe girmiş olan mevzuat, kadınların insan haklarını eşit ve tam olarak kullanabilmelerini ve sağlık hizmetlerinden daha hakkaniyetli ve eşit yararlanmalarını sağlayacak niteliktedir. **Genel olarak mevzuat bağlamında fazla eksiği olmayan Türkiye'de esas sorun mevcut ulusal ya da uluslararası mevzuatın/yasaların yeterince uygulamalara yansıtılmaması, yaşama geçirilmemesidir. Diğer önemli faktörler ise toplumun, kadını sosyal yönden hâlâ ikincil konumda görmesi ve kadınların haklar ve toplumsal cinsiyet eşitliği bağlamında kendi haklarının tam olarak farkında olmamalarıdır.**



Uluslararası Alanda ve Türkiye’de Kadın Sağlığı ve Haklar İle İlgili Mevcut Durum

Uluslararası belgelerde tanımlanan üreme hakları ve cinsel haklar şu başlıklar altında belirtilmektedir:

Yaşama Hakkı; Evlenme ve Aile Kurmada Seçim Yapma Hakkı; Çocuk Sahibi Olup Olmamaya Karar Verme Hakkı; Sağlık Bakımı Alma ve Sağlığın Korunması Hakkı; İşkence ve Kötü Muameleden Özgür Olma Hakkı; Eşitlik Hakkı; Özgürlük Hakkı; Mahremiyet Hakkı; Düşünce Özgürlüğü Hakkı; Bilgilenme ve Eğitim Hakkı; Bilimsel Gelişmelerden Yararlanma Hakkı; Toplanma Özgürlüğü ve Siyasete Katılma Hakkı.

Özellikle de kadın sağlığı ile son derece bağlantılı olan, üreme sağlığı ve bu hakların kullanımı bağlamında dünya ve Türkiye’deki durum ile ilgili bazı örnekler verilecek olursa:

▪ Yaşam Hakkı

Yaşam hakkı en temel insan hakkıdır. Bu bağlamda, gebelik ve doğum süreçlerindeki önenebilir nedenlerden kaynaklanan anne ölümleri cinsel haklar ve üreme haklarının yanı sıra yaşam hakkının da ihlali olarak ele alınmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, dünyada her gün 800 kadın gebelik ve doğum sırasında önenebilir sebeplerle ölmektedir². Gelişmiş ve gelişmekte olan bölgeler arasında anne ölüm oranlarındaki farklılık ciddiyetini korumaktadır. Gelişmiş ülkelerde, gebelik ve doğuma bağlı, yaşam boyu ölüm riski 1/3800 iken, gelişmekte olan bölgelerde 1/150, Sahraaltı Afrika’da ise 1/39’dur. Bu ölümlerde hizmete ulaşamama nedeni ile “sağlıksız düşük” yapanların payı çok yüksektir. Şöyle ki; Afrika ve Asya’da düşü-

ğe bağlı ölüm oranları dünya ortalamasının çok üstündedir. Örneğin; Afrika’daki düşük fatalitesi (ölümü) ABD’dekinin 800 katıdır. **Anne ölümlerinin yüzde 99’u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir ki bu veriler, anne ölüm riskinin, kadının eğitim ve refah düzeyinin düşük olduğu, diğer bir deyişle kadın erkek eşitsizliğinin fazla olduğu bölgelerde daha yüksek olduğuna işaret etmektedir.**

▪ Evlenme ve Aile Kurma Konularında Seçim Yapma Hakkı

Her insan, kadın ya da erkek, kiminle ne zaman evleneceğine ya da evlenmeyeceğine karar verme, seçme hakkına sahiptir. Hiç kimse hiç bir nedenle evlenmeye zorlanamaz. Hiç kimse istemediği bir kişi ile istemediği bir evliliği sürdürmeye zorlanamaz. Gerek dünya genelinde gerekse Türkiye’de yapılan bütün araştırma ve değerlendirmeler göstermektedir ki ülkelerin ve bölgelerin gelişmişlik düzeyi düştükçe, halk arasında “çocuk gelinler” diye adlandırılan erken yaşta ve zorla evlendirilen kız çocuklarının oranı artmaktadır. Halen dünyada bu tür evliliklerin sayısı 62 milyon civarındadır. Yine Türkiye’de halen evli olanlar arasında çocuk yaşta evlilik yapmış kadınlar yüzde 30 civarındadır. Yani 3 kız çocuğundan biri, sözü edilen seçme/karar hakkını kullanamamıştır. 2013 - Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre 18 yaş ve öncesinde evlenme oranı Türkiye genelinde yüzde 26’dır.

▪ Çocuk Sahibi Olup Olmama veya Ne Zaman Olacağına Karar Verme Hakkı

Her insan güvenilir ve etkili/modern aile planlaması yöntemlerine ulaşma hakkına sahiptir; kadın ya da erkek her birey istediği çocuk sayısını belirleme ve hangi aralıklarla çocuk sahibi olacağına karar verme hakkına sahiptir.

Konu haklar bağlamında incelendiğinde, dünyada 1 yılda yaklaşık 210 milyon gebelik meydana gelmektedir. Bu gebeliklerin yüzde 25’i planlanmamış, yüzde 25’i ise istenmeyen gebeliklerdir³. Bir diğer deyişle, meydana gelen gebeliklerin yüzde 50’sinde,

kadınlar aile planlaması (AP) hizmetlerine ulaşamama ya da başka bazı engellerin olması gibi çeşitli nedenlerle bu hakkı kullanamamaktadır. Bu bağlamda 2013-TNSA sonuçları incelendiğinde görülmektedir ki evli ve artık çocuk istemeyip korunmayanlar ve halen gebelik istemediği halde etkili koruma yöntemlerine ulaşamayanların toplamı, bütün evli çiftlerin yüzde 32'sidir. Yani 3 aileden en az biri bu hakkını kullanamamaktadır. Bu oran global düzeyde de yüzde 36 olarak karşımıza çıkmaktadır⁴.

▪ Sağlık Bakımı Alma ve Sağlığın Koruması Hakkı

Her insan üreme ve cinsel sağlık hizmetlerini en iyi düzeyde alma hakkına sahiptir; toplumda her bireyin tatmin edici ve risksiz bir cinsel hayat sürme ve ilişkilerini iyi koşullarda devam ettirme hakkı vardır.

Dünyada bugüne dek 130 milyondan fazla kadın ve kız çocuğu, temel amacı kadın cinselliğini yok etmek olan kadın sünnetine maruz kalmıştır⁵. Bu kadınların tüm yaşamları boyunca yapılan bu işleme bağlı yaşayacakları sorunlar düşünüldüğünde, söz konusu kadın ve kız çocuklarının, kendi iradeleri dışında ve cinsiyetleri nedeni ile uğradıkları bu ayrımcı uygulamadan kaynaklı olarak, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklı olması beklenemez. Nitekim, başlangıçta işleme bağlı kanama, enfeksiyon, şok, ölüm gibi komplikasyonların dışında ileriki yaşamlarında fistüller, doğumda vajinal yırtıklar, ciddi kanamalar sık beklenen olaylardır.

Yine konu sağlık bakımı alma ve sağlığın korunması bağlamında düşünüldüğünde görülmektedir ki, gelişmekte olan ülkelerde doğum öncesi bakım (DÖB) ve sağlıklı doğum hizmetlerine ulaşma oranları son derece düşük iken, toplumsal cinsiyet ayrımcılığının en az düzeyde olduğu ya da olmadığı gelişmiş ülkelerde bu oranlar çok artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Dünya genelinde, 206-2013 yılları arasında, hamilelik süresince en az 4 kez doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanan kadınların oranı yüzde 56'dır. Gelişmiş ülkelerde bu

oran 1990 yılında yüzde 37 iken 2012 yılına gelindiğinde yüzde 52 olmuştur. Düşük gelir düzeyine sahip ülkelere bakıldığında ise 2006 – 2012 yılları arasında en az 4 kez doğum öncesi bakım hizmeti almış kadınların oranı sadece yüzde 38'dir⁶.

▪ İşkence ve Kötü Muamele Yasağı

Her insan şiddete maruz kalmadan yaşama hakkına sahiptir; hiç kimse cinsel ilişkiye girmeye zorlanamaz; her insan sözlü ya da fiziksel cinsel tacize uğramadan yaşama hakkına sahiptir; çiftler arasındaki ilişkide eşitlik, özgürlük ve karşılıklı saygı esas olmalıdır.

Bu haklar bağlamında gerek dünya, gerekse Türkiye ile ilgili olarak verilebilecek en tipik örnek kadına yönelik cinsiyet temelli uygulanan şiddettir (KYŞ). Kadına yönelik şiddet en yaygın insan hakkı ihlalidir. Dünya genelinde her 3 kadından biri, benzer şekilde Türkiye genelinde de her 10 kadından dördü eş veya birlikte olduğu erkekler tarafından fiziksel şiddet görmektedir⁷. Kadınların sağlıklı yaşam hakkının ihlali anlamına da gelen KYŞ, temel olarak kadınlara karşı yapılan toplumsal cinsiyet ayrımcılığının bir sonucudur ve Dünya Sağlık Örgütünün yayınlarında "ülkelerin kalkınmalarının önündeki en önemli engel" olarak nitelendirilmektedir. Temel hazırlayıcı nedeni toplumsal cinsiyet ayrımcılığı olan KYŞ, bilindiği gibi sadece fiziksel şiddetle sınırlı değildir; cinsel, psikolojik ve ekonomik şiddet gibi türleri de vardır. Bütün bu şiddet türlerinin kırık, yaralanma, depresyon, özgüvenin yok olması, sosyal dışlanma, madde bağımlılığı, intihar, ölüm gibi son derece ciddi sonuçları olabilmektedir⁸.

Sorun ve İhtiyaç Alanları

Kadın-erkek arasındaki eşitsizlik boyutunun hak temelli göstergelerle değerlendirildiği Dünya Ekonomik Forumu 2013 Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Uçurumu Raporuna göre değerlendirilmesi yapılan 136 ülke arasında Türkiye 120'inci sıradadır. Daha sonra

Umman, Mısır, İran, Mali, Fas, Fildişi Sahili, Suudi Arabistan, Çad, Pakistan, Yemen gelmektedir. Raporun diğer bulgularına göre; toplam 136 ülke arasında Türkiye, eğitimde 104'üncü, siyasal katılımı 103'üncü, sağlıkta 59'uncu, ekonomik katılımı ise 127'inci sırada bulunmaktadır. Sadece bu sonuçlar bile bireylerin insan haklarına erişiminde toplumsal cinsiyet ayrımcılığının yapılmamasının önemini, diğer bir ifade ile insan haklarına erişimde cinsiyet eşitliğinin mutlaka sağlanma gereğini vurgulamaktadır.

Bu veriler ışığında, toplumsal cinsiyet ve sağlık bağlantılı sorun ve ihtiyaç alanları şu şekilde özetlenebilir:

Sağlık Hizmetine Erişimde Engeller ve Gecikme

- Sosyo - kültürel engeller ve kısıtlamalar
- Sosyal güvenlik kapsamında sınırlılıklar
- Sosyal şiddet nedeni ile hizmete erişeme (Sosyal hayata katılamama ve toplumsal baskılar sebebi ile hizmete erişememe)

Topluma ve Bireye Yönelik Sağlık Eğitimi ve Sağlık Bilgisi Eksikliği

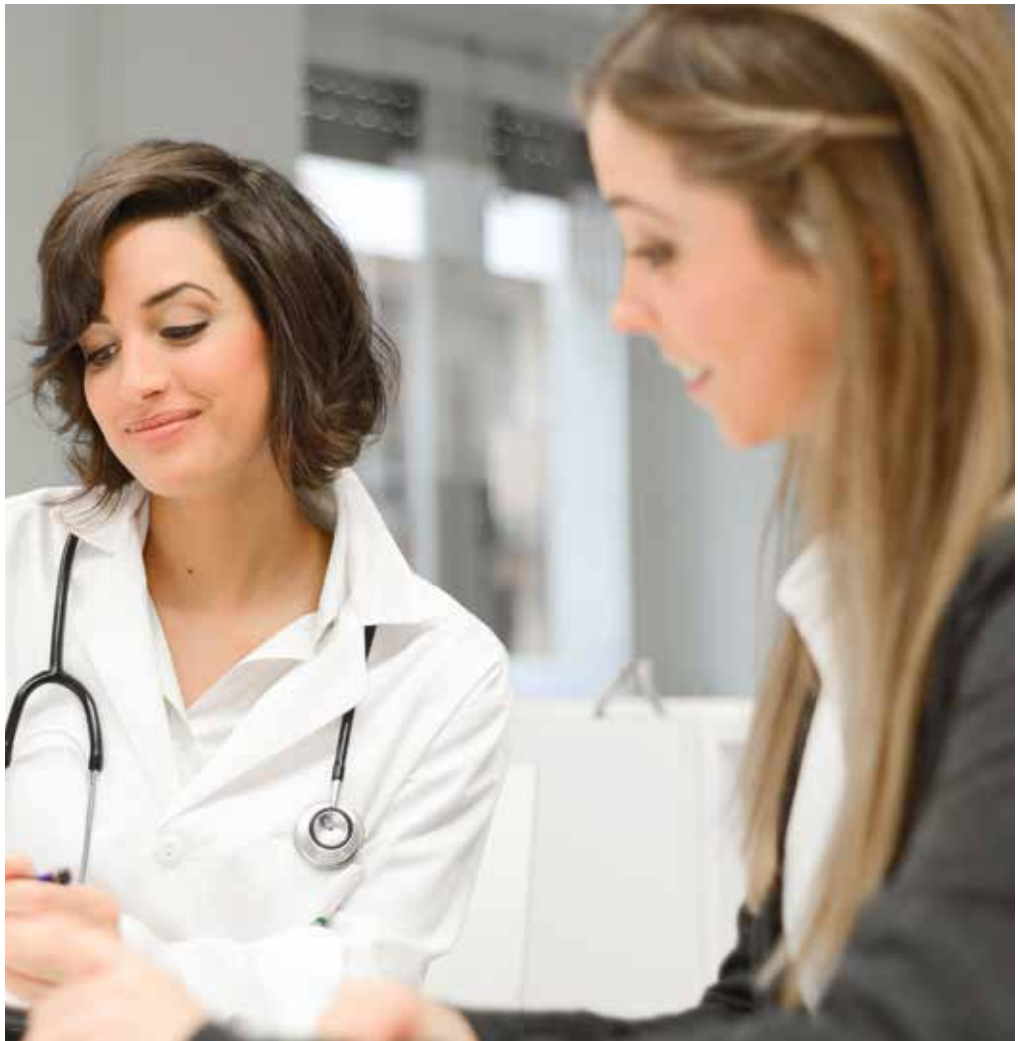
- Sağlık eğitim hizmetleri ve sağlık bilgisi eksikliği nedeni ile sağlık hizmeti kullanımında kısıtlılıklar
- Sağlık hizmeti tür ve yerine erişimde danışmanlık ve yönlendirme eksikliği

Sağlık Hizmet Sunumunda Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği

- Kadın dostu sağlık hizmeti sunum anlayışının yerleşik olmaması
- Sağlık hizmet sunucularında toplumsal cinsiyet eşitliği algısının düşüklüğü
- Sağlık hizmet sunumunda hizmet odaklı olmayan ve önyargılı yaklaşımlar

Erken Evlilikler

- Erken gebelik, doğum ve düşüklerle bağlı sağlık sorunları
- Erken ve zorla evlilik ve şiddet



Gençlere Yönelik Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Hizmetleri

- Genç dostu sağlık hizmet sunumu modelinin işler olmaması
- Gençlere yönelik ergen sağlığı, cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgi sunumu ve eğitiminin yetersizliği
- Sağlık hizmet sunumunda gençlere yönelik yargılayıcı yaklaşımlar

Sağlık Sisteminde Yeni Düzenlemeler ve Üreme Sağlığı Hizmetleri Entegrasyonu

- Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin aile sağlığı hizmetlerine çeşitlilik, danışmanlık ve lojistik entegrasyonuna yönelik eksiklikler

Hareketli Gruplara Yönelik Sağlık Hizmetleri

- Mevsimlik tarım işçilerine yönelik sabit ve gezici sağlık hizmet sunumundaki yetersizlikler ve olumsuz sağlık göstergeleri

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE)

- CYBE'lere yönelik kadınların taşıdığı yüksek biyolojik ve sosyal riskler
- CYBE'lerden korunma konusunda erkek katılımının yetersiz oluşu
- CYBE'lere yönelik savaşımında kadının sosyal statüsünden kaynaklanan dezavantajlar
- Başta HPV aşısı olmak CYBE'lere yönelik ulusal bağışıklama programının olmaması
- Kadın kondomu ve erkek kondomuna CYBE önleme amaçlı yaygın ve ücretsiz erişimin olmaması

Kadına Yönelik Şiddet ve Sağlık Hizmetleri

- Sağlık hizmetleri sunumunda kadına yönelik şiddet algısının zayıflığı
- Kadına yönelik şiddet açısından güçlü, yaygın ve aynı zamanda sağlık hizmet sunucusunda da koruyan etkin uygulamaların eksikliği

Kanser Tarama Hizmetlerinin rutin hizmetlere tam olarak entegre edilmemiş olması

- Kanser tarama hizmetlerine yönelik özellikle kırsal alanda bilgilendirme ve talep yaratma çalışmalarının sınırlılığı

- Cezaevi, sığınma evlerinde ve yetiştirme yurtlarında yaşayan kadınlara yönelik sağlık hizmetlerinin yetersizliği
- Bu gibi yerlerde yaşayanlara sunulan kapsamlı sağlık hizmetine erişimdeki güçlük ve sınırlılıklar

Daha önce de değinildiği gibi, eşitliği sağlamada kuşkusuz "eşitliği garantileyen yasaların varlığı" son derece önemlidir; ancak mevcut yasaların herkes tarafından bilinmesi ve uygulamalara yansıtılması daha da önemlidir. Diğer taraftan aşılması gereken sorun alanlarından bir diğeri de karar vericilerin toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda bilgi ve duyarlılık eksikliğidir. **Toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasında belki de belirlenen faktörler arasında daha da önemli olanı, toplumun, yani her iki cinsiyetin de haklar bağlamında farkındalığının yeterli olması ve haklarını kullanamadığı durumda bunu "talep etmesidir".**


Sonuç ve Öneriler

Bu yazı kapsamında belirtilenler, dünyada ve Türkiye'de toplumsal cinsiyet ayrımcılığının pek çok alanda her iki cinsiyet için de olumsuz etkilerinin olduğunu ortaya koymaktadır. Söz konusu olumsuzluk, sağlık alanından bakıldığında, özellikle üreme sağlığı yüküne bağlı olarak kadınları çok daha fazla etkilemektedir.

Hem sağlık hizmet sunumunda eşitliğin tescisi hem de toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması, pek çok disiplin ve sektörün işbirliği ile gerçekleştirilebilecek bir sonuçtur.

- Bu konularda uluslararası kuruluşlar, ilgili kamu kuruluşları, merkezi ve yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları, mevcut yasalar, ulusal stratejik planlar ve diğer mevzuat çerçevesinde kendilerinden beklenen görevlerini disiplinler ve sektörler arası işbirliği ile yapmalıdır.

- Toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması, toplumda kadının güçlendirilmesi ile mümkündür. Bunun için de uluslararası belgelerde de öngörüldüğü gibi kız çocuklarından başlanarak her yaşta ve her konumdaki kadının insan haklarını eşit kullanabilecek donanım-



Temel sağlık hizmetlerinin herkesin eşit ulaşimini sağlayacak bir şekilde verilmesi gerekmektedir. Doğum ncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonu bakım, erken tanı, taramalar ve erken tedavi hizmetlerinin ulusal üreme sağlığı hizmetlerinin "rutin" bir parçası olarak verilmesi sağlanmalıdır.

da (eğitim, ekonomik özgürlük vb.) olması sağlanmalıdır.

- Kız çocuklarının ilköğretimden sonra ileri eğitime devamlarının halen düşük olduğu Türkiye’de, kız çocuklarını, ileri eğitimden alıko-yabilecek sistemler uygulanmamalı, mevcut eğitim sistem bu amaçla gözden geçirilip, izlenerek değerlendirilmelidir.

- Toplumsal cinsiyet eşitliğindeki ilerlemeler, başarı ve başarısızlıklar ve etkilediği konuları hedef alan (eğitim, istihdam, sağlık vb. gibi) göstergelerle izlenerek değerlendirilen dinamik bir süreç olmalıdır. Objektif değerlendirme sonuçları toplumla şeffaf ve ulaşılabilir olarak paylaşılmalıdır.

- Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden **“kadın sağlığın olumsuz etkilenmemesi için”** yapılması gerekenler ise:

- Özellikle temel sağlık hizmetlerinin bütünsel bir yaklaşımla herkesin eşit ulaşımını sağlayacak bir şekilde verilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonu bakım, erken tanı, taramalar ve erken tedavi hizmetlerinin ulusal üreme sağlığı hizmetlerinin “rutin” bir parçası olarak verilmesi sağlanmalıdır.

- Kadın, erkek, aile ve toplumun “sağlık bilincinin” artırılması temel strateji olarak izlenmelidir. Bu bağlamda örgün ve yaygın eğitim sistemi içerisinde mutlaka sağlık konuları toplumsal cinsiyet eşitliği bakışı ile düzenlenerek sistematik bir biçimde yer almalıdır. Bu stratejinin hayata geçmesinde Milli Eğitim Bakanlığı (MEB), Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK), yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşlarının (STK) işbirliği yaşamsal önem arz etmektedir.

- Özellikle örgün eğitimin ilk yıllarında yani kız ya da erkek çocuğun henüz “erişkin” olmadığı dönemlerde, kız çocuğunun “erkek çocuğundan farklı olduğu ve cinsel bir obje” olduğu algısını yaratacak her türlü uygulamadan kaçınılmalıdır.

- Kadın sağlığındaki toplumsal cinsiyet temelli eşitsizlikleri önlemede, erken ve zorla evliliklerin önlenmesi gerekmektedir.

- Doğurganlığın düzenlenmesi yani aile planlaması ve isteyerek düşük hizmetlerinin ihtiyacı olan, talep eden her bireye nitelikli olarak verilmesi ulaşımlarının önündeki engellerin kaldırılması gerekmektedir.

- Sağlık görevlilerinin cinsiyet eşitliğine ilişkin farkındalık artırıcı çalışmalar yapılmalıdır.

- Engelli kadınların sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırılmalıdır.

- Sağlık sektöründe cinsiyete dayalı yatay ve dikey ayrışmaların önüne geçilmelidir.

- Sağlık personeli yetiştiren kurumların müfredatına toplumsal cinsiyet dersleri eklenmelidir.

- Kadın sağlığına yönelik özel çalışmalar yapılmalıdır.

- Kadınların maruz kaldığı çevresel ve mesleki sağlık riskleri azaltılmalıdır.

- Kadınların yoğun olarak karşılaştığı hastalıklara yönelik araştırmalar desteklenmeli, teşhis ve tedavi yöntemleri yaygınlaştırılmalıdır.

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve olumsuz sonuçları çoğu kez farkında olunmadan, yıllar içinde toplumda oluşturulan, benimsenen uygulamalardır. Değiştirilmek istenildiğinde ise kuşkusuz toplumun gelecekteki yapısından kaynaklanan tepkiler, itirazlar, eşitsizlikleri haklı gösterme çabaları sık gözlenir. Bu konu ile uğraşanlara düşen ise toplumsal cinsiyet ayrımcılığının yol açtığı olumsuz sonuçları “kanıta dayalı olarak” bilmeleri ve savunuculuk çalışmalarında da bunları kullanmalarıdır. Örnek vermek gerekirse; toplumun genellikle kabul ettiği bir uygulama olan “erken ve zorla evlendirmelerin” bir hak ihlali olduğu, böyle durumlarda bu evliliklerin henüz çocuk yaşta olan, gelişmesini tamamlamamış kız çocuğunun eğitim ve ilerideki istihdam haklarını engellediği, yaşayacağı gebelik ve doğumlara bağlı “ölüm riskinin”, 20 yaşından sonra evlenenlere kıyasla 2-5 misli fazla olacağı gerçeği gibi somut örnekler verilerek açıklamalar yapılarak açıklanmalıdır.



SAĞLIK /
EGZERSİZLER



Uygulama 1

Uygulama Yönergesi:

- Katılımcıları 3'lü gruplara ayırın.
- Her gruba Materyal 1'in sorular bölümünü dağıtın.
- Grupların kendi içlerinde tartışarak Materyal 1'i doldurmalarını isteyin.
- Açıklama yaparken doğru ya da yanlış yanıtın önemli olmadığını; sadece yaklaşık olarak tahmin etmeleri gerektiğini belirtin.
- Gruplar çalışmayı tamamlayınca Materyal 1'in doğru yanıtlar bölümünü dağıtın ve bu bölümde yer alan soruları tartışmalarını isteyin.
- Sonuçları katılımcılarla tartışın.

Gerekli Malzemeler: Materyal 1

Süre: 45 dk.



Uygulama 2

Uygulama Yönergesi:

- Katılımcıları 6 gruba ayırın.
- Materyal 2'yi dağıtın.
- Her grubun sonuçlarını büyük gruba paylaşmasını isteyin.
- Sonuçları tartışın.

Gerekli malzemeler: Materyal 2

Süre: 30 dk.



Uygulama 3

Uygulama Yönergesi:

- Katılımcıları 3'er kişilik gruplara ayırın.
- Her gruba materyal 3'ü verin.
- Sonuçları büyük gruba paylaşmalarını isteyin.

Gerekli malzemeler: Materyal 3

Süre: 45 dk.



Uygulama 4

Uygulama Yönergesi:

- Katılımcıları dörde ayırın.
- Her gruba materyal 5'i verin.
- Kendi aralarında öyküyü ve soruları tartışmalarını isteyin, daha sonra da yanıtlarını büyük grupta tartışmalarını isteyin

Gerekli Malzemeler: Materyal 4

Süre: 45 dk.

Materyal 1

TAHMİN EDELİM

1. Dünya Ekonomik Forumu Cinsiyet Uçurumu Raporu'na göre Türkiye değerlendirilmesi yapılan 136 ülke arasında sıradadır.
2. Dünya Ekonomik Forumu Cinsiyet Uçurumu Raporu'na göre Türkiye kadınların sağlığa erişiminde 136 ülke arasında sıradadır.
3. Dünyada her günkadın gebeliğe ve doğuma bağlı çoğu önlenebilir nedenlerle yaşamını kaybetmektedir.
4. Türkiye'de doğuştan beklenen yaşam süresi 2012 yılı için kadınlarda; erkeklerdedir.
5. Kadının yaşam döngüsünde en uzun dönemi oluşturan doğurganlık çağı (15-49 yaş grubu) 15 ve yukarı yaşta bulunan kadınların % oluşturmaktadır.
6. Sağlık Bakanlığı ulusal verisine göre 2010 yılı anne ölüm oranı ise yüz bin canlı doğumda
7. Anne ölümlerinin % önlenebilir nedenlerden meydana gelmektedir.
8. Dünyada her yıl, milyon istenmeyen gebelik meydana gelmektedir
9. Dünyada meydana gelen gebeliklerin yaklaşık milyonu isteyerek düşükle sonlanmaktadır.
10. Düşüklerin yaklaşık milyonu güvenli olmayan koşullarda gerçekleşmektedir.
11. Güvenli olmayan düşüklere bağlı olarak dünyada herdakikada bir kadın ölmektedir.

SAĞLIK/YANITLAR

1. Dünya Ekonomik Forumu Cinsiyet Uçurumu Raporu'na göre Türkiye, değerlendirilmesi yapılan 136 ülke arasında 120. sıradadır.
2. Dünya Ekonomik Forumu Cinsiyet Uçurumu Raporu'na göre Türkiye kadınların sağlığa erişiminde 136 ülke arasında 59. sıradadır.
3. Dünyada her gün 800 kadın gebeliğe ve doğuma bağlı çoğu önlenbilir nedenlerle yaşamını kaybetmektedir.
4. Türkiye'de doğuştan beklenen yaşam süresi 2012 yılı için kadınlarda 76,8; erkeklerde 71,9'dur.
5. Kadının yaşam döngüsünde en uzun dönemi oluşturan doğurganlık çağı (15-49 yaş grubu) 15 ve yukarı yaşta bulunan kadınların % 71'ini oluşturmaktadır.
6. Sağlık Bakanlığı ulusal verisine göre 2010 yılı anne ölüm oranı ise yüz bin canlı doğumda 16,4'dür.
7. Anne ölümlerinin % 62'si önlenbilir nedenlerden meydana gelmektedir.
8. Dünyada her yıl, 80 milyon istenmeyen gebelik meydana gelmektedir.
9. Dünyada meydana gelen gebeliklerin yaklaşık 40 milyonu isteyerek düşükle sonlanmaktadır.
10. Düşüklerin yaklaşık 20 milyonu güvenli olmayan koşullarda gerçekleşmektedir.
11. Güvenli olmayan düşüklere bağlı olarak dünyada her sekiz dakikada bir kadın ölmektedir.

SORULAR

1. Tahminleriniz ve gerçek oranlar birbirine yakın mı?
2. Bu sonuçlara bakarak sağlık alanında cinsiyet eşitliğine dair neler söyleyebiliriz?

Materyal 2

Kadınların cinsiyetleri sebebiyle daha fazla risk altında oldukları sağlık sorunlarının neler olabileceğini tartışınız ve aşağıdaki tabloda belirtiniz.

BEBELİK VE ÇOCUKLUK	ERGENLİK DÖNEMİ	ERİŐKİNLİK DÖNEMİ

Materyal 3

Sağlık alanında cinsiyet eşitliğini sağlamak için neler yapılmalı?

BİREYSEL OLARAK YAPABİLECEKLERİM	EĞİTİM KURUMUNUN YAPABİLECEKLERİ	BAKANLIĞIN YAPABİLECEKLERİ

Materyal 4

BU ANNE NEDEN ÖLDÜ?

Fatma Hanım, 14 yaşında okuldan alınarak yüklü bir başlık parası ile çiftçi olan kendisinden 15 yaş büyük eşi ile imam nikahı ile evlendirilmişti, eşinin de eğitimi yoktu, köyde yaşıyorlardı.

Giderek, bıraktığı eğitimi, kendisinden beklenen "eş rolü" , anne olmasının beklenmesi, doyamadığı çocukluğu....aile içinde gördüğü şiddet....her şey acı vermeye başlamıştı.... yaşamı hiç de eğlenceli gelmiyordu.... Yıllar geçti....

Halen 39 yaşında, daha önce 7 doğum yapmış, iki kendiliğinden düşüğü olmuş, 3 kız, 2 erkek yaşayan çocuğu mevcuttu. Bir erkek çocuk daha istemişlerdi. Hamile kaldı.....

Daha önceki doğumlarını evde kendi kendine yapmış. Bu gebeliğinde hiç doğum öncesi bakım (DÖB) almamış, iki kez kendiliğinden duran vajinal kanaması olmuş, kansız ve daha önce hiç gebeliği önleme yöntemi kullanmamıştı. Sosyal güvencesi yoktu.

Günü geldi, ağrıları başladı, hemen köydeki doğumları yaptıran Fadime Ana'ya haber saldılar, köyün neredeyse bütün bebeklerini o doğurtmuştu...

Fadime Ana da doğum yaptırmayı büyük annesinden öğrenmişti...Fatma Hanım'ı muayene etti. Aileye her şeyin normal olduğunu söyledi... doğum bu, saatler sürerdi

Ağrılar başlayalı saatler geçmişti, karnından bastırmasına rağmen bebeğin hiç ilerleyeceği yoktu, Fatma Hanım ağlıyor, dili damağı kurumuştu...ne yapacağını bilemiyordu, artık takati de kalmamıştı, başında çok şiddetli bir ağrı vardı, vajinal kanaması da başlamıştı kanama giderek daha da şiddetleniyordu....

Birkaç saat daha bekledikten sonra mecburen "hükümet ebesine" haber saldılar ve ebe hanım gelip, Fatma Hanım'ın tansiyonunu ölçüp, hastayı muayene ettiğinde, çok telaşlandı. Aileye hemen bir araçla, hastaneye yetiştirilemez ise hem anne hem de bebeğin kaybedebileceğini belirtmesi üzerine, Fatma Hanım, ebe hanımla birlikte 30 km ötedeki devlet hastanesine acilen götürüldü.

Miadında - zamanında, aşırı vajinal kanama ve yüksek tansiyon (pre-eklamsi) tanısı ile acilen hastaneye kabul edilen hastanın geldiğinde tansiyonu alınamıyor, şokta, bebeğin eşinin önde gelmesi olan "plasenta previa" tanısı ile hemen 500 cc damardan sıvı verilerek, nöbetçi asistan tarafından sezaryen yapılırken **ameliyat masasında kaldı - kurtarılamadı, Ex oldu.**

Sorular:

1. Fatma Hanımın sağlığını etkileyen ve ölümüne neden olan bütün faktörleri belirleyiniz.
2. Belirlediğiniz faktörlerin, Fatma Hanım'ın sağlığını neden "nelere yol açarak" etkilediğini açıklayınız
3. Fatma Hanım'ın sağlığında meydana gelen olumsuzluklar ve ölümü nasıl önlenebilirdi?

Yanıtlar:

Fatma Hanımın ölümünde rolü olan faktörler:

- Toplumun-ailenin sosyo ekonomik durumu/özelliği (yoksul, eğitimsiz, çiftçi)
- Çocuk gelin
- Eğitim ve çalışma hakkını kullanamaması
- Kuma, başlık parası, imam nikahı
- Aile içi şiddet
- Yanlış inanışlar, geleneksel uygulamalar, doğum için ebe – ninenin tercih edilmesi
- Kadından olan beklenti: çocuk doğurması, erkek çocuk tercihi
- Tıbbi hizmete ulaşılmaması, hizmetin kullanılamaması (daha önceki gebeliklerinde de ulaşılmamış)
- Gebelikte yüksek tansiyon (Preeklamsi)
- Kansızlık-Anemi
- Bebeğin eşinin önde gelmesi- normal doğum olamaz (Plasenta previa)
- Mevcut sağlık sistemi- Fatma Hanım hizmete kendi ulaşamayınca sağlık personelinin ona ulaşması beklenirdi (Temel Sağlık Hizmeti Yaklaşımı)
- Geciken tanı, geciken tedavi ve yetersiz tıbbi müdahale (nitelik)

Sonuç:

Fatma Hanım, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı nedeni ile, daha önce de pek çok insan hakkını kullanamadığı gibi bu kez de "yaşam hakkını kullanamadı"

DİPNOTLAR

¹ 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2013) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, s.121-122.

² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>

³⁻⁴ Dünya Nüfus Durumu Raporu (State of World Population Report), UNFPA, 2012, <http://www.unfpa.org/publications/state-world-population-2012>

⁵ *Female Genital Mutilation/Cutting: What Might the Future Hold?*, New York: UNICEF, 22 Temmuz 2014 s. 3, 6.

⁶ http://www.who.int/gho/maternal_health/reproductive_health/antenatal_care_text/en/

⁷ Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet Araştırması Özet Raporu, Aralık 2014, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü

⁸ Kadına Yönelik Şiddet konusunda daha detaylı bilgiye Kadın Dostu Kentler Eğitici Kiti’nin Kadına Yönelik Şiddet kitapçığından ulaşabilirsiniz.

YARARLANILAN KAYNAKLAR VE OKUMA ÖNERİLERİ

1. Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı, Sorunlar, Gelişmeler, Psk. Ezgi Türkçelik
(HASUDER 2014 Türkiye Sağlık Raporu içinde)
2. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi: Türkiye Örneği,
Hatice Şimşek 2011 DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi Cilt 25, Sayı 2, (Mayıs) 2011, S: 119 - 126
3. 1. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Sempozyumu (Sağlıkta Kadın Emegi)
Sempozyum Kitabı Pamukkale Üniversitesi, 14 Mayıs 2011, Denizli
4. Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri: Prof. Dr Ayşe Akın, Simge Demirel
(C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4), 2003 Özel Eki)
5. Sağlık Sektöründe Kadın: Nur Bekata Mardin: T.C. Başbakanlık KSGM yayını, 2000
6. Toplumsal Cinsiyet (Gender) Ayrımcılığı ve Sağlık: Ayşe AKIN Toplum Hekimliği Bülteni, Cilt
26, Sayı 2, Mayıs-Ağustos 2007.
7. Kadınların İnsan Hakları ve Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Prof. Dr. Feride Acar,
Hakkı Onur Arıner, İçişleri Bakanlığı Genel Yayın No: 656, 2009
8. Onuncu Kalkınma Planı-Toplumsal Cinsiyet Çalışma Grubu Raporu Ankara, 2013
9. Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Görüşleri,
Duygu Vefikuluçay Yılmaz ve ark. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, Cilt: 6 Sayı:1 Yıl: 2009
10. Ergenlik Döneminde Üreme Sağlığı Riskleri, Ayşe Akın, Ankara, 2012.
11. Sağlık Sektöründe Kadın Emeginin Toplumsal Cinsiyet Açısından Analizi Betül URHAN,
Nilay ETİLER, Çalışma ve Toplum, 2011/2, ss.191-215
12. HASUDER - Türkiye Salık Profili Raporu - (Kadın Sağlığı / Üreme Sağlığı Bölümü - Giriş);
Prof. Dr. Ayşe Akın (Bu yazı Halk Sağlığı Uzmanları Derneği 2014 Türkiye Sağlık Raporunda
yayınlanmıştır) (www.hasuder.org.tr)
13. İstenmeyen Gebelikler ve Düşükler: Prof.Dr. Ayşe Akın, Dr. M.Ali Biliker
(Bu yazı Halk Sağlığı Uzmanları Derneği **2014 Türkiye Sağlık Raporunda** yayınlanmıştır)
(www.hasuder.org.tr)

14. Anne Ölümleri, Uzm.Dr. M.Ali BİLİKER, Prof.Dr. Ayşe AKIN *(Bu yazı Halk Sağlığı Uzmanları Derneği 2014 Türkiye Sağlık Raporunda yayınlanmıştır) (www.hasuder.org.tr)*

15. Aile Planlaması: Dr. Nihal Bilgili Aykut *(Bu yazı Halk Sağlığı Uzmanları Derneği 2014 Türkiye Sağlık Raporunda yayınlanmıştır) (www.hasuder.org.tr)*

16. Erken Evlilikler – Çocuk Gelinler ve Beklenen Olumsuz Sonuçları: Dr. Sare Mihçioğur (1) , Dr. Feryal Erbaş (2), Prof. Dr. Ayşe Akın (1)
(Bu makale SSYV yayını olan "Sağlık ve Toplum – Health and Society, Ocak-Mart 2010 Sayı 1,s: 3-12 Dergisinde yayınlanmıştır)

