

Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi: Türkiye Örneği*

EFFECTS OF GENDER INEQUALITIES ON WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH:
THE CASE OF TURKEY

Hatice ŞİMŞEK

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Küresel kapitalizme özgü neoliberal politikalar ulusal ve uluslar arası düzeyde pek çok eşitsizliğe neden olmaktadır. Oluşan eşitsizlik alanlarında kadınlar daha da eşitsiz konumdadırlar. Pek çok alanda yaşanan güç ilişkileri toplumsal cinsiyet eşitsizliği unsurunu yaratmaktadır. Türkiye'de de toplumsal cinsiyet eşitsizliği nedeniyle kadınlar daha düşük öğrenime sahip olmakta, daha az işgücüne katılmakta, daha az gelir elde etmektedir. Bunlara toplumsal baskının da eklenmesiyle yaşanan cinsiyet eşitsizliği doğrudan ya da dolaylı etki ile sağlıksızlığa neden olmaktadır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği sağlık alanında kadının en çok üreme sağlığını etkilemektedir. Türkiye'de toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın üreme sağlığına ilişkin başlıca etkileri kadına yönelik şiddet, namus cinayetleri, kızlık zarı kontrolü, cinsiyet seçimi ya da ihmal, istenmeyen ya da ergen gebelikler, sağlıksız koşullarda düşüklükler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, hastalıkların tanısında gecikme, üreme sağlığı hizmetlerine ulaşamamadır. Bunların da sonucunda kadınlar daha çok hastalık yüküne sahip olmakta, engelliliğe maruz kalmakta ya da ölmektedir.

Anahtar sözcükler: Toplumsal cinsiyet, eşitsizlik, üreme sağlığı

SUMMARY

The neoliberal policies of the global capitalism cause many inequalities in national and international level. Within these inequalities, women are in more unfavorable situation. Power relationships that can be seen in many areas create gender inequalities. In Turkey, with the effect of gender inequalities, women are less educated, participated less in labor force and earned less. With the addition of social pressure, gender inequalities cause directly or indirectly ill health. Gender inequalities affect mostly reproductive health in health sector. In Turkey, main influences of gender inequalities on reproductive health are violence against women, honor murders, physical control of the hymen, gender selection, unwanted pregnancies or pregnancy in adolescence, abortion in unhealthy circumstances, sexually transmitted diseases, late diagnosis of the diseases, difficulty in accessing reproductive health service. As a conclusion, women face with higher burden of the diseases, disability or death.

Key words: Gender, inequality, reproductive health

Hatice ŞİMŞEK

Dokuz Eylül Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Halk Sağlığı AD

35340, Inciraltı, İZMİR

Tel: (232) 412 4010

e-posta: hatice.simsek@deu.edu.tr

*Makalenin bir kısmı İMECE Dergisi'nde yayımlanmıştır.

TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTSİZLİĞİ

Eşitlik bireyin bütün yeteneklerini tam ve özgürce geliştirebilecekleri toplumsal ortamın yaratılması, en azından bu ortamın önündeki bütün toplumsal, siyasal engellerin ortadan kaldırılması olarak tanımlanmaktadır (1). Eşitsizlik yazınında eşitlik (*equality*) ve hakkaniyet (*equity*) kavramlarının farkı tartışılmakta, eşitlik kavramının matematiksel bir anlam taşıdığı, hakkaniyet kavramının etik ve ahlaki boyutu da içermesi anlamında daha doğru bir tanım olduğu düşünülmektedir. Ancak yayınlarda kullanılan eşitlik kavramı hakkaniyet tanımını da içeren bir özellik taşımaktadır. Bu çalışmada da kullanılan eşitlik ya da eşitsizlik sözcüğü etik ve ahlaki boyutu da içeren anlamda kullanılmıştır.

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği kavramının ortaya çıkış nedeni kadın ve erkeğin genetik, fizyolojik, biyolojik özellikleri değildir. Bu özelliklerden kaynaklanan farklılıklar da eşitsizlik kavramı içinde ele alınmamaktadır. Çünkü eşitsizlik önenebilir, önenebilir olması nedeniyle gereksiz ve aynı zamanda adil olmayan farklılıklar anlamına gelmektedir. Bir durumun eşitsizlik olarak tanımlanabilmesi için; toplumun bir kısmının koşulları göz önüne alındığında nedenin ve ortaya çıkan sonucun "haksız" olması gerekir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği farklı boyutlardaki iktidar ilişkilerinin sonucu olarak toplumun kadın ve erkeğe ilişkin algısından kaynağını almaktadır (2). Biyolojik cinsiyetin toplumsal cinsiyete dönüşmesinde dönüm noktası, toplumsal yaşamın ortak alan ve mahrem alan biçiminde ayrılması ve mahrem alanın kadın merkezli olarak tanımlanmasıdır. Bu dönüşüm sonucunda kadının yaşamı hane içi ile sınırlanmakla kalmamış, kadın sınırları tanımlanmamış olan "aile namusu" nu korumakla da yükümlü kılınmıştır (3). Bu noktada esas olan bireyin cinsiyeti nedeniyle fırsatlardan, kaynaklardan ve hizmetlerden herhangi bir ayrımcılık olmaksızın eşit olarak yararlanabilmesidir.

Küresel kapitalizme özgü neoliberal politikalar pazar içinde oluşturduğu değişimlerle ve refah devletine saldırılarıyla ulusal ve uluslar arası düzeyde pek çok eşitsizliğe neden olmaktadır. Oluşan eşitsizlik alanlarında kadınlar daha da eşitsiz konumdadırlar. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin etkisiyle kadınlar daha az öğrenim görmekte,

daha az işgücüne katılmakta ve daha az gelir elde etmektedir. Eşitsizliklerin ölçümünde kullanılan üç temel değişken olan öğrenim, gelir, meslek ya da yapılan iş toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin neden olduğu eşitsizliğin de en temel belirleyicileridir.

Öğrenim: Öğrenim bireylerin gelecekteki iş ve gelir olanakları için belirleyici olması ve kişinin bilgiye erişimini kolaylaştırması açısından önemlidir. Refah devleti koşullarından uzaklaşan kapitalist toplumlarda ekonomik ve kültürel nedenler her yurttaşın eşit koşullarda öğrenim hakkından yararlanabilmesini engellemektedir. Bu ekonomik ve kültürel nedenler erkeklere göre kadınları daha olumsuz etkilemekte ve öğrenimde cinsel eşitsizliğe neden olmaktadır. Türkiye’de son yıllarda zorunlu eğitimin sekiz yıla çıkarılmasından sonra kadın erkek okullaşma oranları arasındaki fark azalıyor olsa da kadınlar erkeklere göre dezavantajlı durumunu sürdürmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) verisine göre okuma yazma bilmeyen oranı erkeklerde %3,4, kadınlarda %12,9’dur (4). Bu oran Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’nın (TNSA) 1993 yılı sonuçlarında erkeklerde %13,0, kadınlarda %29,1; 1998 yılında erkeklerde %10,7, kadınlarda %25,4’tür. Aynı çalışmanın sonuçlarına göre diplomasızlık oranı 2003 yılında erkeklerde %23,2, kadınlarda %38,6; 2008 yılında erkeklerde %19,8, kadınlarda %33,4’tür. Lise ve üzeri öğrenime sahip olma oranı ise 2003 yılında erkeklerde %22,5, kadınlarda %14,2; 2008 yılında erkeklerde %25,9, kadınlarda %18,2’dir (5-8). Ayrıca ailedeki çocuk sayısı arttıkça üniversite öğrenimini sürdürmeye ilişkin ailenin tercihi erkek çocuklardan yana olmaktadır (3).

Meslek/ yapılan iş: İşgücüne katılım ve yapılan işin niteliği gelir düzeyini, sosyal çevreyi ve desteği, sosyal güvence varlığını, yapılan işten kaynaklanan risklere maruziyeti etkilemektedir. Cinsiyete dayalı işbölümü kadının sıklıkla ücretsiz aile işçisi olmasına, emeğinin karşılığını bulamamasına, yüksek toplumsal artı değer taşıyan işlerin daha çok erkekler tarafından yapılmasına neden olmaktadır. TÜİK’in verisine göre işgücüne katılım oranı 2008 yılında erkeklerde %71,6, kadınlarda %32,9’dur. Bu oran yükseköğrenime sahip olan erkeklerde %85,6, kadınlarda %72,1’dir. Bu sonuçlara da bakıldığında kadınlarda öğrenim arttıkça işgücüne katılım da artmakta, kadın

erkek arasındaki fark azalmaktadır. TNSA 2008'e göre de kadınların %31'inin araştırmanın yapıldığı anda çalıştığı belirlenmiştir. Her iki çalışmada da kadınlar sıklıkla ücretsiz aile işçisi olarak çalışmaktadır (TÜİK'e göre %34,4, TNSA'ya göre %32,4) (4,8). Bu sıklık erkeklerde yalnızca %4,9'dur (4). Üretim araçlarına sahip olma (işveren ya da kendi hesabına çalışma) sıklığı erkeklerde %23,8 (4), kadınlarda %12,4-13,5'tir (4,8). Kadınların %69'u çalıştığı halde sosyal güvenlik kapsamında değildir (8). Öğrenim kadının işgücüne katılımını artıran bir etmenken, evli ya da çocuk sahibi olma da kadınların çalışma yaşamına katılımını azaltmaktadır (8,9). Cinsiyete dayalı işbölümü ile kadının yerinin "ev içi" olarak belirlenmesinin önemli bir sonucu da siyasal yaşam içinde kadının sorumluluğunun salt "oy verme" işiyle sınırlanmasıdır. Türkiye'de 1935 yılından 2007 yılına kadar geçen süreçte kadın milletvekili oranı ancak %0,6-9,1 arasındadır (10).

Gelir: Gelir boyutunda kadınlar adına üç noktada eşitsizlik yaşanmaktadır. Bunlardan birincisi kadınların öğrenim ve çalışma yaşamından dışlanmış olmaları nedeniyle gelire ulaşamamaları ve gelir dağılımı açısından kadınların erkeklere göre daha yoksul olmalarıdır. İkinci eşitsizlik noktası aynı sektörde çalışan kadınlar ve erkekler arasında elde edilen gelir arasında da kadınlar aleyhine anlamlı fark bulunmasıdır (9,11). Türkiye'de gelir getiren bireylerin %36'sı kadın, %64'ü erkekken, oluşturulan gelirin yalnızca %12'si kadınlara aittir. Kişi başına düşen ortalama gelir erkeklerde kadınlardan 4,2 kat fazladır. Gerek kadınlarda gerekse erkeklerde ortalama geliri en düşük olan grup, okuryazar olup bir okul bitirmeyenlerdir. Bu grupta bile erkeklerin elde ettiği gelir kadınların neredeyse 10 katıdır. En yüksek gelirli grup olan lisansüstü dereceli kadınlar ve erkekler grubunda dahi, kadınlar erkeklerin ancak yarısı kadar gelir elde etmektedir (12). Yapılan bir çalışmada kadınlarda üniversite mezunlarının lise mezunlarından %77,6 fazla kazanç elde ettikleri belirlenmiştir (9). Üçüncü nokta ise kadınların elde ettikleri geliri harcama kararını kendilerinin verememesidir. TNSA'nın 2003 yılı sonuçlarına göre çalışan evli kadınların ancak %32'si kazancının kullanımına bağımsız olarak karar verebilmektedir. Kadının kazancının hanehalkı harcamalarına katkısı %50'den fazla ise bu oran %22,1'e düşmektedir (7).

TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTSİZLİĞİNİN KADIN ÜREME SAĞLIĞINA ETKİSİ

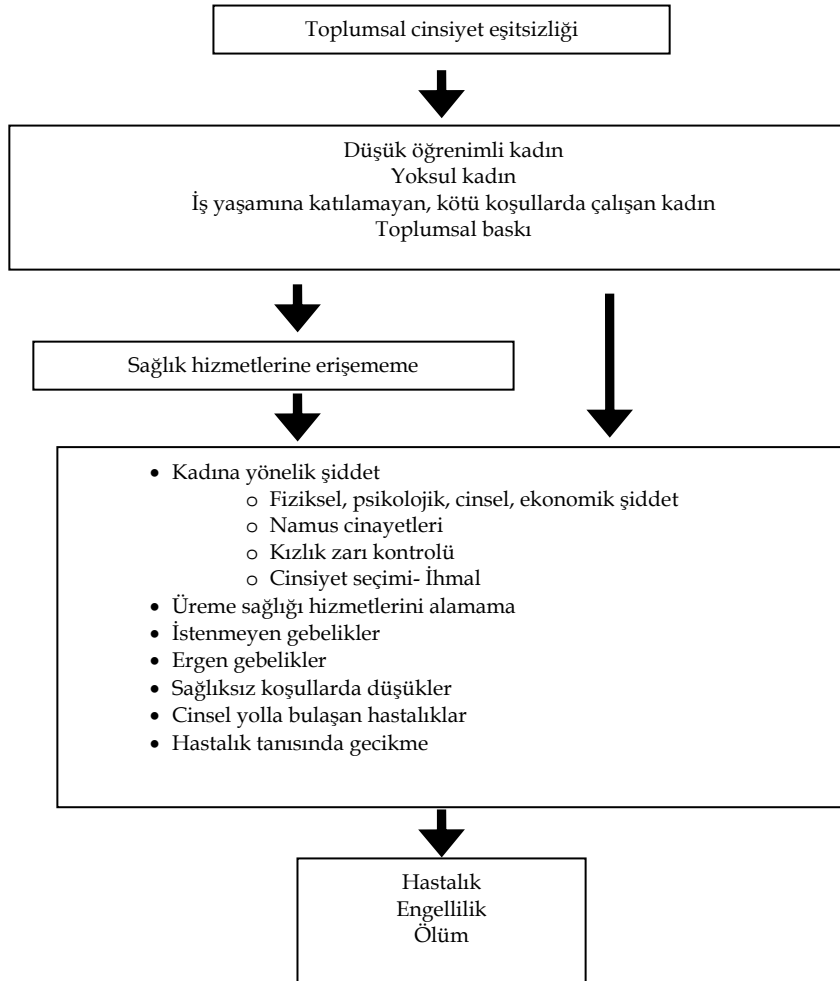
Toplumsal cinsiyet eşitsizliği daha önceki bölümde de belirtildiği gibi kadının öğrenimi, iş yaşamına katılımı ve gelirini olumsuz olarak etkileyerek ve toplumsal baskı oluşturarak kadının sağlığına ilişkin pek çok soruna neden olmaktadır (Şekil 1). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği sağlık alanında kadının en çok üreme sağlığını etkilemektedir (13).

Türkiye'de toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin neden olduğu başlıca olgulardan biri kadına yönelik şiddettir. Kadına yönelik şiddet aile içinde fiziksel, psikolojik, ekonomik, cinsel şiddet biçiminde görülebileceği gibi silahlı çatışma durumlarında sistematik tecavüz, cinsel kölelik, gebeliğe zorlama, gözü altında taciz ve tecavüz, kadınların siyasal yaşama katılmalarının önlenmesi, töre cinayetleri, kızlık zarı muayenesi, zorla evlendirme, kadın intiharları, işyeri-sokakta cinsel taciz, kız gebeliklerin sonlandırılması, kız çocukların ihmali biçiminde de görülebilir. Birçok toplum gibi bizim toplumumuzda da erkeklerin lider, kahraman, savaşçı; kadınların mal, köle gibi algılanması erkeklerin kadınlardan daha güçlü ve saygın olarak kabul edilmesine neden olmuştur. Bu algı ile oluşturulan eşitsiz güç erkeklerin saldırgan davranışlarına ve kadına yönelik şiddetine gerekçe oluşturmuştur. Kadınlar savaşlar dışında çoğunlukla en yakınlarındaki erkeklerden şiddet görmektedir. Bu da şiddetin yarattığı bedensel, ruhsal ve sosyal etkileri daha da artırmaktadır. Ayrıca erkeğe ve kadına yüklenen toplumsal rolleri kadının da kabullenmesi kadının maruz kaldığı şiddeti haklı gerekçelendirilmesine ve şiddete karşı sessiz kalmasına neden olmaktadır. Yapılan bir çalışmada kadınların yaklaşık üçte biri şiddetin nedeninin kendi davranışları olduğunu belirtmiş, dörtte üçü şiddete karşı sessiz kalmış, yalnızca %1,6'sı resmi makamlara başvuru yapmıştır (14). Benzer bulgular başka çalışmalarda da elde edilmiştir (7,8,15,16). Şiddet bireyi fiziksel, duygusal ve sosyal yönden etkileyerek yetersiz beslenmeye, depresyona, travma sonrası stres bozukluğuna, sosyal izolasyona, madde bağımlılığına, beden travmalarına, geçici ve kalıcı engellilik ve hastalıklara, kronik ağrıya, güvenli olmayan cinselliğe, pelvik enflamatuvar hastalıklara, intiharlara, ölüme neden olmaktadır. Bunlara ek olarak gebelikte uygulanan şiddet,

kadında erken doğum, düşük, plasentanın erken ayrılması, doğum öncesi kanama ve erken membran rüptürü gibi pek çok soruna yol açarken bebekte de düşük doğum ağırlığı, kemik kırıkları ve yumuşak doku hasarları, akciğer ya da dalak rüptürü ve fetal asfiksi gibi yaşama şansını azaltabilecek sorunlara neden olmaktadır (14-17). Varsıfı olmayan, deneyimsiz, ikinci bir iş bulma şansı zayıf

olan özellikle boşanmış ve/veya işyerinde hiyerarşik olarak bir erkeğe bağı çalışan kadınların risk grubunu oluşturduğu işyerinde cinsel taciz de, şiddetin yukarıda belirtilen sağlık sonuçlarına ek olarak mesleki yükselme, ekonomik yaşama katılım gibi alanlarda olumsuz etkilere neden olmaktadır (18).

Şekil 1. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın üreme sağlığına etkisi



Hindistan gibi pek çok ülkede günümüz teknolojisinin etik dışı kullanımı ile gebelikte cinsiyetin belirlenmesi ve kız gebeliklerin sonlandırılması sık karşılaşılan kadına yönelik şiddet biçimidir (19). Türkiye’de ise bu durum daha çok kız çocuğun doğumundan sonra istenmemesine, ihmaline ve bu ihmale bağlı beslenme bozuklukları, malnütrisyon, büyüme gelişme geriliği gibi hastalıkların, kazaların ya da ölümlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

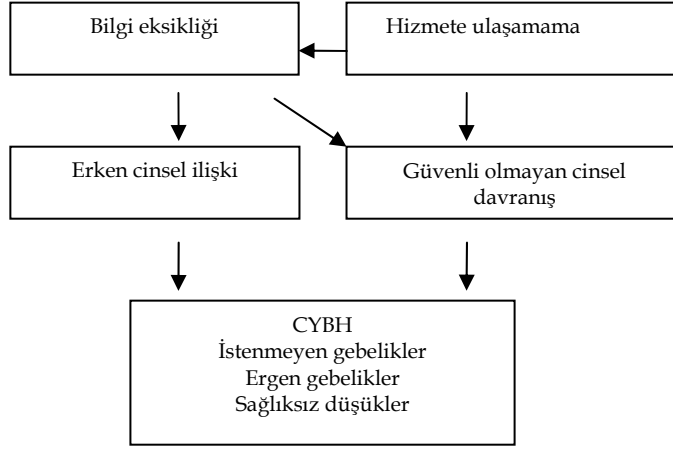
Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin etkisiyle cinsellik Türkiye gibi toplumlarda kadın için evlilikle bağdaştırılırken, erkek için beklenen ve alkışlanan bir etkinlik haline gelmektedir. Ayrıca kadına yüklenen “aile namusu” nu koruma rolü her türlü cinsel ilişkide de kadının suçlanmasına neden olmaktadır. Yaratılan baskı namus cinayetleri, kızlık zarı kontrolü, ergen ya da istenmeyen gebelikler, sağlıksız koşullarda düşük, sağlık hizmetlerinden yararlanamama olgularını yaratmaktadır. Sözde namus gerekçesi ile işlenen namus cinayetleri kadının namus kavramıyla tanımlanan cinselliğe ilişkin kendisinden beklenen rollere aykırı davranması üzerinden gerekçelendirilmektedir. Türkiye’de namus cinayetleri bekar kadının evlilik öncesi cinsel ilişkiye girmesi, evli kadının eşi dışında biriyle birlikte olmasından tecavüze uğrayan kadının öldürülmesine kadar pek çok biçimde karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’de 2003-2007 yıllarında gerçekleşen toplam 1148 töre ve namus cinayeti olgusunun 378’i namus cinayeti olarak tanımlanmaktadır. Yasak ilişki, cinsel taciz ve tecavüz nedenli ölümler de dikkate alındığında 1148 olgunun en az yarısının namus cinayeti olduğu düşünülmektedir (20). Bu istatistiklerin buzdağının yalnızca su yüzündeki görünüşü olduğu da gözden kaçırılmaması gereken bir konudur.

Kadınların cinselliğinin denetlenmesinin aracı haline getirilen kızlık zarı muayenesi kadının kendi bedeni üzerindeki söz hakkını ortadan kaldırmakta, kadında fiziksel ve ruhsal sorunlara yol açmakta, intiharlara ve namus cinayetlerine yol açmaktadır. Yapılan çalışmalarda üniversite öğrencilerinin dahi %54,5-85’inin evlenirken bekaletin önemli olduğunu belirtmesi, bekaletin toplumsal

yaşamdaki belirleyiciliğinin ne denli yaygın olduğunun göstergesidir (21-23). Yapılan bir çalışmada kızlık zarına ilişkin kadınların “kaybedilirse yaşanmayacak kadar” önemli olduğunu vurgulamış olmaları da yaratılan baskının kadınlar üzerinde oluşturduğu yıkımı göstermektedir (24).

Kadınlarda cinsel yaşamın evlilikle bağdaştırılmasının önemli bir sonucu da bekar kadınların üreme sağlığına ilişkin risklerin ortaya çıkmasıdır. Bekar kadınların büyük bir kısmını cinsel sorunları en yoğun yaşayan ergen yaş grubu oluşturmaktadır. Ergen ya da bekar kadınlar için üreme sağlığına ilişkin riskler yüksek riskli cinsel davranış ve bilgi eksikliği yanında, hizmete ulaşmada karşılaşılan engellerdir. Bunların sonucunda da, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), istenmeyen gebelikler, ergen gebelikler, sağlıksız düşükler ortaya çıkmaktadır (Şekil 2) (25). Hizmet programlarında en önemli nokta, hizmet verenlerin kendi kişisel eğilimleri nedeniyle kadınların bu programlardan yararlanmalarına engel oluşturmalarıdır. Ergenler ya da bekar kadınlar sağlık kurumlarına acil sorunlar dışında başvurmamakta ve özellikle toplum tarafından onaylanmayan durumların sonucunda ortaya çıkan sağlık sorunlarını eczane, özel hekim ve uygun olmayan kaynaklara başvurarak çözmeye çalışmaktadırlar. Yasadışı ya da sağlıksız koşullarda, eğitimsiz kişilerce ya da kadının kendisinin girişimi ile yapılan isteyerek düşükler ölüme bile yol açan ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Düşüğün, tam olarak gerçekleşememe, sepsis, kanama, uterus yırtılması, diğer genital organların ve bazen iç organların yaralanması biçimindeki akut komplikasyonlarının yanında, süregen pelvik ağrı, pelvik enfeksiyonlar, tüplerde yapışıklıklar, ikincil infertilite, dış gebelikler, yineleyen düşük, sonraki doğumlarda erken doğum riski ve ruhsal sorunlar gibi komplikasyonları da bulmaktadır. Evlilik dışı oluşan istenmeyen gebeliklerin ve isteyerek düşüklerin olumsuz sonuçları daha ağır olmaktadır. Evli olmayan kadınlarda bilgi eksikliği, utanma, yasalar, sağlık çalışanının tutum ve uygulamaları gibi nedenlerle, etkili aile planlaması yöntemi kullanma oranları oldukça düşüktür (25).

Şekil 2. Ergen/ Bekar kadınlar için risk oluşturan durumlar ve sonuçları



Toplumun kadına biçtiği eş ve anne olma rolünün etkisiyle eğitimden mahrum bırakılmış kadın erken yaşta evlendirilmekte ve çocuk sahibi olması beklenmektedir. Erken yaşta evliliklerin bir nedeni de bazı toplumlarda aileler tarafından kızlarının evlilik dışı cinsel ilişkisini engellemektir. Erken yaşta çocuk sahibi olmak hem anne, hem de bebek için yüksek risk taşımaktadır. Ergen kadınlar fiziksel olarak çocuk doğurmaya hazırlıklı olmayıp, yirmili yaşlardaki kadınlardan daha fazla anne ölümü riski, gebelik ve doğum komplikasyonları taşımaktadırlar. Ergen gebelikler; preeklamsi, anemi, enfeksiyon, yetersiz kilo alımı, erken membran yırtılması gibi sorunların yanı sıra, kadınların eğitimi, sosyal ve ekonomik gelişimlerinin önünde bir engel oluşturmaktadır. Bebekler açısından da doğumsal malformasyon, erken doğum, düşük doğum ağırlığına neden olmaktadır (25).

Türkiye’de bekar kadınlar 1994 yılından itibaren evli kadınlarla birlikte 15-49 yaş kadın izlemi adı altında birinci basamak sağlık kurumları tarafından izlenmeye başlanmıştır. Ancak kayıtlara bakıldığında bekar kadınlar hiçbir izlem yapılmaksızın doğrudan korunmayan kadın olarak kabul edilmektedir. Bu durum özellikle bekar kadınların devlet tarafından verilen üreme sağlığı hizmetlerinden dışlandığının en önemli göstergesidir (25). Sağlık hizmetlerine ulaşamama yalnızca evli olmayan kadınların sorunu değildir. Evli kadınlar için de üreme sağlığı hiz-

metlerinin erişiminde ve kullanımında kadının öğreniminin, ekonomik olarak eşe bağımlı olmasının, sağlık hizmetlerinden yararlanma kararını tek başına veremeyip ailede otorite olarak kabul edilen eş ya da diğer aile büyüklerinden izin almadan hizmet alamamasının önemi vardır. Ayrıca kadın bedeninin mahrem sayılması, erkek hekime muayene olmaktan utanılması da kadının üreme sağlığı hizmetlerini alamamasına ya da hizmeti almada gecikmesine neden olmaktadır (26). Bu durum kanser gibi erken tanı ile önlenebilecek pek çok hastalığın ortaya çıkmasına ve kadın sağlığının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Türkiye’de kadının öğrenim durumunun üreme sağlığına ve hizmet almasına etkisini gösteren en önemli çalışmalar TNSA’lardır. Bu araştırmalarda en yüksek öğrenim grubu 1993 ve 1998 yıllarında ortaokul ve üzeri, 2003 ve 2008 yıllarında lise ve üzeri öğrenime sahip olanlardan oluşmaktadır. Bu çalışmalarda anne ve bebekte pek çok sağlık sorununa neden olan ergen gebeliklerin görülme sıklığı okuryazar olmayanlarda en yüksek öğrenim grubunda olanlara göre 2-11 kat fazladır. TNSA’larda 1993 yılında okuryazar olmayanların %62,1’i, en yüksek öğrenime sahip olanların %7,4’ü; 1998 yılında okuryazar olmayanların %61,4’ü, en yüksek öğrenime sahip olanların %3,9’u; 2003 yılında okuryazar olmayanların %45,7’si, en yüksek öğrenime sahip olanların %1,1’i; 2008 yılında okuryazar olmayanların %21,5’i, en yüksek öğrenime sahip olanların %0,5’i doğum öncesi bakım alamamışlardır.

Aynı fark etkili aile planlaması yöntemi kullanımı, karşılanmamış aile planlaması gereksinimi, doğumu sağlık kurumunda ya da bir sağlık çalışanı yardımıyla yapma gibi çok temel üreme sağlığı hizmetlerinde de elde edilmiştir (5-8). Anne ölümlerine ilişkin olarak da öğrenimin etkisi benzerdir. Yapılan iki çalışmanın sonuçlarına göre anne ölümlerinin dörtte üçünden fazlası ilkökul ve altı öğrenime sahip olan kadınlarda görülmektedir (7,27). Ayrıca ailenin sahip olduğu dayanıklı tüketim malları ve konutun özelliklerine göre belirlenen hanenin refah düzeyi yükseldikçe toplam istenen doğurganlık hızı ve toplam doğurganlık hızı düşmektedir (8).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin CYBH üzerinde de olumsuz etkisi bulunmaktadır. Seks işçiliği yapan kadınlar ve bekar kadınlar CYBH açısından öncelikli risk grubu olsa da evli kadınlar da risk altındadır. Örneğin AIDS'e yol açan İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virusu'nun (HIV) yayılmasında ve epidemisinde toplumsal cinsiyet eşitsizliği önemli bir etmenddir. Heteroseksüel cinsel ilişki sırasında HIV enfeksiyonuna yakalanma riski kadınlarda erkeklere göre daha fazladır (13). Bunun bir nedeni erkeklerin menisinde kadının vajinal sekresyonuna göre daha fazla HIV bulunması ve kadının virusa maruz kalan vajinal mukoza alanının daha geniş olmasıdır. Bu durum biyolojik farklılıktan kaynaklanıyor gibi kabul edilebilir. Ancak Türkiye'de CYBH ve HIV'in öncelikli bulaşma biçimi korunmasız heteroseksüel ilişkidir ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği açısından düşünüldüğünde özellikle kayıt dışı çalışan seks işçileri hem zorunlu sağlık izleminden yoksun olduğu hem de kondom kullanımına ilişkin ısrarcı olamayacağından en riskli grubu oluşturmaktadır. Aynı zamanda seks işçileri ile birlikte olan evli erkeğin eşi de bu bulaş açısından risk altındadır. Risk altında olan bir diğer grup da zorla cinsel ilişkiye girilen kadınlardır ki bunun da nedeni zorla girilen cinsel ilişkinin mikrolezyon riskini ve dolayısıyla HIV bulaşma riskini artırmasıdır (13). CYBH'ye karşı önlem almama ya da ihmalin sağlık açısından yol açtığı önemli sonuçlar ektopik gebelik, servikal kanser, kronik pelvik ağrı, pelvik yapışıklıklar, kısırlık, enfekte annenin bebeğinde yenidoğan pnömonisi, göz ve merkezi sinir sistemi enfeksiyonu ve yenidoğan ölümüdür (25).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin engellenmesinde ve var olan etkilerinin ortadan kaldırılmasında temel hedef hiç kimsenin dezavantajlı olmadığı, herkesin eşit olduğu toplum yapısına ulaşmak olmalıdır. Ancak kapitalist toplum yapısı içinde refah devleti özelliklerinin korunması yani tüm yurttaşların ücretsiz öğrenim, sağlık ve sosyal güvenlik hakkına erişiminin sağlanması yanında kadınların toplumsal statüsünü artırıcı girişimlerde bulunulması ve kadın haklarının "sözde" kalmayan yasalarla güvence altına alınması ve korunması önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Belek İ. Eşitsizlik. Sağlık, Toplum, Siyaset Dergisi 2001; 5:5-9.
2. Akın A, Demirel S. Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25:73-82.
3. Erol M. Toplumsal cinsiyetin tutumlar üzerindeki etkisi. C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi 2008;32:199-219.
4. Türkiye İstatistik Kurumu. Toplumsal cinsiyet, aile ve yaşam istatistikleri. Erişim adresi: http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=41&ust_id=11, erişim tarihi: 20.05.2009.
5. Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Ankara 1994.
6. Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Ankara 1999.
7. Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Ankara 2004.
8. Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ankara 2009.
9. Gürler KE, Üçdoğruk Ş. Türkiye'de cinsiyete göre gelir farklılığının araştırma yöntemiyle uygulanması. Journal of Yasar University 2007;2:571-589.
10. Akın A. Toplumsal cinsiyet (gender) ayrımcılığı ve sağlık. Toplum Hekimliği Bülteni 2007;26:1-9.
11. Tansel A. Public-private employment choice, wage differentials and gender in Turkey. Erişim adresi: http://www.econ.yale.edu/growth_pdf/cdp797.pdf, erişim tarihi: 25.07.2010.
12. Ecevit Y. Toplumsal eşitlikle yoksulluk ilişkisi nasıl kurulabilir? Bu ilişki nasıl çalışılabilir? 8. Halk Sağlığı Günleri. Sivas 2003.

13. Türmen T. Toplumsal cinsiyet ve kadın sağlığı. Toplum-
sal Cinsiyet, Kadın ve Sağlık kitabı içinde Ed: A Akın,
Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2003; 3-16.
14. Günay T, Giray H, Harç B, Köksal B, Sarı S. İzmir’de
bir gecekondu bölgesinde kadına yönelik aile içi şiddet.
Sağlık ve Toplum 2006;16:31-37.
15. Giray H, Keskinöğlü P, Sönmez Y, ve ark. Gebelikte aile
içi fiziksel şiddet ve etkileyen etmenler. Sürekli Tıp Eği-
timi Dergisi 2005;14:217-220.
16. Vatandaş C. Aile ve Şiddet: Türkiye’de eşler arası şiddet.
Uyum Ajans. Ankara 2003.
17. Güler N. Gebelikte eşi tarafından kadına uygulanan
fiziksel, duygusal, cinsel ve ekonomik şiddet ve ilişkili
faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek-
kokulu Elektronik Dergisi 2010;3:72-77.
18. Çiçeklioğlu M, Saçakhoğlu F. Kadına yönelik şiddet ve
çözüm yolları. Toplum ve Hekim 1996;11:97-103.
19. Yanıkerem E. 15-49 yaş kadınların aile içi şiddete iliş-
kin görüşlerinin ve şiddete maruz kalma durumlarının
incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir 2002.
20. T.C. Başbakanlık İnsan Hakları Başkanlığı. Töre ve na-
mus cinayetleri raporu. Erişim adresi:
[http://www.kamer.org.tr/eng/content_images/tore_na-
mus_cinayetleri_raporu_02_07_2008.pdf](http://www.kamer.org.tr/eng/content_images/tore_na-
mus_cinayetleri_raporu_02_07_2008.pdf), erişim tarihi:
24.08.2010.
21. Dilbaz N, Erkmen H, Seber G, Kaptanoğlu C, Baysal B,
Tekin D. Üniversite öğrencilerinin cinsellikle ilgili tu-
tumları. Ankara Tıp Dergisi 1992; 14: 17-24.
22. Öztürk E. Üniversite öğrencilerinde aşk ve cinsellik. 7.
Anadolu Psikiyatri Günleri. Malatya 1998.
23. Özan S, Aras Ş, Şemin S, Orçın E. Dokuz Eylül Üversi-
tesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin cinsel tutum ve davranış
özellikleri. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2004;18:27-39.
24. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı AD. Adolesanların /
Gençlerin cinsel ve üreme sağlığını etkileyen faktörler
projesi (Özet rapor). Ankara 2004.
25. Giray H. Bekar kadınların aile planlaması bilgilerinin
etkileyen etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakül-
tesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek
Lisans Tezi. İzmir 2004.
26. Şahiner G, Akyüz A. Toplumsal cinsiyet ve kadının
üreme sağlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin 2010;
9:333-342.
27. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ulusal
anne ölümleri çalışması, 2005. Ankara 2006.