

KADININ STATÜSÜ VE ANNE ÖLÜMLERİ

Prof.Dr. Ayşe AKIN* Dr. Sare MIHÇIOKUR**

Giriş

Kadının genel sağlık durumu toplum içindeki statüsü ile yakından ilgilidir. Kadının sağlık düzeyini iyileştirmeye yönelik müdahale programlarında, kadının toplumsal cinsiyeti nedeni ile sağlığını olumsuz etkileyen toplumsal alışkanlıklar, davranışlar ve tüm bunların temelini oluşturan sosyo-kültürel geleneklerle de mücadele etmek gerekir.

Gelişmekte olan herhangi bir ülkede doğum esnasında ölen kadının ölüm nedeni genellikle kanama, toksemi veya sepsis olarak kayıtlara geçmektedir. Bu tür kayıtlar kadının ölümünü hazırlayan temel ve ara nedeni ortaya koymamakta ve yanıltıcı olmaktadır. Oysa bir gebeliğin sonucu ve buna bağlı oluşabilecek anne ölümü, çevresel faktörler, kadının ekonomik durumu, toplumdaki yeri ve rolü gibi koşulların doğrudan etkisi altındadır.

Kadının statüsü yaşama dayalı, psiko-sosyal ve birbiriyle içiçe geçmiş etmenlerin etkisinde kaldığından bir anda düzeltmek çok zordur. Kadının statüsü genelde kadının gelir düzeyi, ekonomik bağımsızlığı, istihdamı, eğitimi, sağlığı ve doğurganlığı, aile ve toplum içindeki rolü, değeri gibi faktörlerle tanımlanmaktadır. Ayrıca, toplumun kadının rollerini algılayış biçimi ve bu rollere verdiği değerden de etkilenmektedir. Kadının statüsü erkeğin statüsü ile karşılaştırıldığında toplumun sosyal adalet düzeyini dolaylı olarak belirgin bir biçimde yansıtmaktadır (1).

Anne ölümlerinin yüksek olduğu yerlerde kadınların sosyal statüsü düşük; gereksinimleri tamamen gözardı edilmiş veya çocukluktan beri erkeklerin gereksinimlerinden sonra gelmiş, yani ikinci planda kalmıştır. Bu ilişki tesadüfi değildir. Cinsiyet ayrımcılığının anne ölümlerine katkıda bulunan bir faktör olması hala büyük ölçüde bilmezlikten gelinmektedir. Daha çok sağlık açısından kadınları, erkekleri, çocukları yani herkesi etkileyen yoksulluk ve az gelişmişlik gibi konuların içinde gizli kalmıştır. Ayrıca, anne ölümleri ve nedenleri ile ilgili kaynaklar daha çok hastane kayıtlarından elde edildiğinden sadece biyomedikal ve klinik nedenler üzerinde durulmakta ve sosyo-kültürel nedenler dikkate alınmamaktadır.

Statüsü düşük bir kadın örneği, kucağında halen emmekte olan bebeği, karnında ve etrafında eteğinden çektiiren diğer küçük çocukları olan bir annedir. Evlenip çocuk sahibi olmak genelde sadece kadının daha doğuştan itibaren belirlenmiş olan kaderidir; bunu gerçekleştirememesi ise kadına ağır bir yük getirmektedir. Gebeliğin, anneliğin ve ev işlerinin oluşturduğu yükten dolayı sağlığı sürekli olumsuz etkilenen, yaşından büyük gösteren hep kadındır. Büyük ihtimalle, ailenin beslenmesi için gıda maddelerinin sağlanması ve hazırlanmasından sorumlu hatta aile ekonomisine katkıda bulunabilmek için ev dışında ek işler yapmak zorunda kalan da yine kadındır. Genellikle böyle bir kadının eğitim düzeyi de düşüktür, hiçbir unvanı yoktur, hatta üzerinde çalıştığı toprak ve içinde yaşadığı evin varisi de değildir. Mevcut tablo milyonlarca ince ipliklerden girift bir biçimde düğümlenmiş bir halıya benzemekte ve bu nedenle de sebep sonuç ilişkisini saptamak çok güçleşmektedir.

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, öğretim üyesi.

**Hacettepe Üniversitesi, Beytepe Kampusu, Mediko-Sosyal Sağlık Merkezi.

Yine de, bir çok majör faktörü belirleyerek anne ölümlerine olan katkılarını saptamak mümkündür. Bunlar, aşırı doğurganlık, kadının statüsünü etkileyen düşük eğitim düzeyi ve kadının genel sağlık durumunu etkileyen faktörleri kapsamaktadır ve son nedenlerin arkasında gizlenen temel nedenler olarak tanımlanabilirler (1).

Kadının Statüsünü Etkileyen Faktörler

Eğitim

Gelişmekte olan ülkelerde sosyal yapıyı niteleyen az gelişmişlik fenomeni kendini cinsiyetler arasındaki eğitim eşitsizliğinde göstermektedir. Bu eşitsizliğin temel nedeni ataerkil aile düzeninin sürdürülmesi amacıyla kısıtlı ekonomik kaynakların erkekler lehine kullanılmasıdır. Kadın erkek arasındaki okur yazarlık oranlarındaki fark, cinsiyet eşitsizliğinin en belirgin göstergesidir. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde örneğin, Bangladeş'te yetişkinlerde okur yazarlık oranı erkekler için %52 iken kadınlarda %29, Nijer'de %23'e karşın %8, Mısır'da %67'e karşın %44, Pakistan'da erkeklerde %58, kadınlarda %28'dir (2). Türkiye'de, 2000 yılında bu oran erkeklerde %93.9 kadınlarda ise %80.6 olup aradaki belirgin fark hala devam etmektedir (3). Gelişmiş ülkelerde ise okur yazarlık oranı kadın ve erkekler arasında eşit olup %100'dür (2).

Bangladeş'te uygulanan bir projede, çiftçi kızlarına okula gitme olanağı tanınmış ve bu kızların yaşam biçimi çarpıcı bir biçimde değişmiştir. Kızların %95'i ilkokulu bitirmeye karar vermişler, hiçbiri küçük yaşta ve tanımadıkları bir adamla evlenmek istemediklerini hatta evlendikten sonra da ilk bir kaç yıl içinde çocuk sahibi olmak istemediklerini ifade etmişlerdir (1).

Türkiye'de ise yıllara göre kadınlar arasında okuma yazma oranları artmasına rağmen halen üreme çağındaki kadınların 1/3'ü okur yazar değildir. 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (1998 TNSA) sonuçları erkeklerin kadınlardan daha eğitilmiş ve daha yaşlı olan kadın ve erkeklerin daha genç olanlardan genellikle daha az eğitilmiş olduklarını göstermektedir. Eğitimsiz olan kadınların yüzdesi yaşla birlikte hızla artmaktadır. Hiç eğitimi olmayan kadınların oranı 15-19 yaş grubunda %6 iken, 45-49 yaş grubunda %40'a yükselmektedir. Ayrıca, kentsel alanda yaşayan kadınlar ve erkekler kırsal alanda yaşayanlara göre daha eğitilimler. Kırsal kesimde yaşayan kadınların %22'si eğitimsiz iken, kentsel alanda yaşayan kadınlar arasında bu oran %14'dür. Bölgeler arasında yapılan karşılaştırmada eğitimi olmayan kadınların en yüksek oranda Doğu Anadolu'da (%40), en düşük oranda da Batı'da (%10) olduğu belirlenmiştir (4).

Eğitim aynı zamanda "kaderciliğe karşı bir iyileştirici" olarak da tanımlanabilir. Kuşkusuz, okur-yazar olmayan kadınlar genelde üreme fizyolojisini veya bunun nasıl değiştirilebileceğini anlayamamakta ve gebeliği kendisinin temel görevi ve kaderi olarak kabul etmektedir. Bu da gebelikte veya doğum esnasında anne ölümlerini beraberinde getirecek riskli uygulamalara maruz kalmalarına neden olmaktadır. Örneğin, Afrika ülkelerinde ebe nineler tarafından yaptırılan doğumlarda eğitilmiş bir kadın hiçbir zaman vajinanın steril olmayan bir aletle kesilmesine izin vermemektedir. Hatta eğitim düzeyi yüksek olan kadınlar kadın sünneti geleneğine karşı çıkabilmektedir. Eğitim düzeyi düşük olan kadınlar diğerlerine göre sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmaktadırlar. Çünkü ya sağlık hizmetlerinin yararını, kendilerine neler kazandırabileceğinin farkında değildirler ya korkuyorlardır veya karar verme özgürlükleri kısıtlıdır (1).

Ekonomi, (İstihdam)

Eğitim düzeyi yükseldikçe kadının ev dışında - daha iyi ücretlendirilmiş, sosyal güvenceli ve daimi - iş bulma olanakları da artmaktadır. Kadınların iş piyasasında genel ekonomik etkinliği 1950'li yıllarda %54 iken 1990'lı yıllarda bu oran %66'ya yükselmiştir. Bu oranın 2010 yılına kadar %70'lere ulaşması beklenmektedir (2). 1950'li yıllarda 20-24 yaş arasında çalışan kadın oranı %59 iken bu oran 25-34 yaşlarda kadınlar arasında %54'e düşmüştür (5).

Gelişmiş ülkelerde kadınlar, erkeklerden haftada en az 2 saat, genellikle 5-10 saat daha fazla çalışmaktadırlar. Gelişmekte olan ülkelerde ise kadınlar haftada 31-42 saat ücretsiz işlerde çalışmaktadırlar (6).

Afrika ve Asya ülkelerinde kadınlar yaşamları boyunca ücretsiz aile işlerinde daha aktif olduklarından bu ülkelerde doğurganlık döneminde de kadınların çalışma oranları yüksektir (%60-66). Asyalı kadınlarda 20-24 yaş grubunda çalışma oranı %67 iken bu oran 35-39 yaş grubunda %75'e yükselmektedir. Asya'da özellikle Hindistan'da aile reisi olan kadınların oranı çok yüksektir. 60 milyon kadın gelir getirici işlerde çalışarak yaşamını sürdürmektedir (60 milyon hane halkının aile reisi kadındır) (6). Aşağı Sahra Afrika ülkelerinde tarım sektöründe çalışan kadınların oranı %80, Asya'da bu oran en az %50'dir (5). Tüm dünya'da yönetim kademelerinin %14'ünde ve üst düzey yönetim kademelerinin %6'sında kadınlar çalışmaktadır (5). Sanayileşmiş ülkelerde yarım-zamanlı işgücünde çalışanların %65-90'ını kadınlar oluşturmaktadır. Yeryüzünde üretilen işin 2/3-3/4 arasındaki bölümü kadınlar tarafından yapılmakta; dünyadaki gıda üretiminin %45'i kadınlar tarafından gerçekleştirilmektedir (5).

Türkiye'de de kadın iş gücünün hala geleneksel bakış tarzından kurtulamamış olması kadının "ucuz emek", "aile ekonomisine yardımcı" olan kişi olarak görülmesinin değişmemesi de kadınların daha düşük statüsü, düşük ücretli, süresiz ve geçici, hatta sosyal güvenceden yoksun olarak çalışmaya razı olmalarına neden olmaktadır. Erkeklerin yarısı ücretli ve yevmiyeli, üçte biri kendi hesabına ve işveren olarak çalışırken, kadınlar arasında çalışan her on kadından altısı ücretsiz aile işçisi, üçü ücretli ve yevmiyeli, sadece biri işveren olarak veya kendi hesabına çalışmaktadır (7,13,14).

Türkiye'de, 1997 yılında 12 ve daha yukarı yaştaki erkeklerde işgücüne katılım %69.9 iken kadın nüfusun ancak %25.2'si işgücüne katılmaktadır. Kadınların işgücüne katılımında yıllara göre sürekli bir azalma söz konusudur. 1990'da 12 ve yukarı yaştaki kadın nüfusun %34'ü işgücüne dahil iken bu oran 1997'de %25.2 olmuştur. Kadınların işgücüne katılımı açısından kırsal ve kentsel alanlar arasında ciddi farklılıklar vardır. 1997 itibarıyla kırsal alanlarda kadınların işgücüne katılım oranı %36.9 iken kentsel alanlarda bu oran %16.1'e düşmüştür. Kadınlar hala okuma yazma bilmeyen işgücünün yarısından fazlasını oluşturmaktadır (%57.1). Kentlerde ise aktif kadın işgücünün %61.2'si ilköğretim sonrası eğitim görmüştür. İşgücüne katılan kadınların %11.4'ü 12-14 yaşlarda ve %39.9'u 20-24 yaş grubundadır. Evlendikten sonra çalışmayı bırakmaktadırlar ve 25-29 yaş grubunda bu oran %28.5'e düşmektedir. Kadının işgücünün iktisadi faaliyet kollarına dağılımında tarım %65.3, sanayi %13.3, hizmet sektörü %12.4'dür. Kadın işgücünün halen en yoğun olduğu sektör tarım sektörüdür. Bu sektörde ücretli çalışan kadınların oranı (%0.25) çok düşüktür (7,13,14). Çalışmayan kadınlar daha ileri yaşta olup eğitim düzeyleri de düşüktür. Bu durum kırsal kesimde yaşayanlar arasında daha da yüksektir. Kadının statüsünü belirleyen faktörlerden biri de çalışan kadının kazancının kullanılmasında bağımsız karar verebilmesidir. 1998 TNSA'ya göre kadınların yaklaşık yarısı harcama kararını kendileri verirken, %29'u bu kararı kocasıyla birlikte almakta, kadınların sadece %15'i karar verme sürecinde yer almamaktadır (4,8).

Toplumsal Cinsiyet Rolü

Anne ölümünün sosyal nedenlerini sorgularken sorulması gereken en önemli soru kadınların neden çok çocuk ve sık aralıklarla doğurduğudur. Sağlıklarını olumsuz etkilemesine rağmen çocuk doğurmada etkili olan faktörler;

Bir çok ataerkil toplumda kadının sosyal bir statü kazanmasının ve kişisel başarıya ulaşmasının tek yolu anneliktir. Kadına tek uygun görülen bu rol daha doğumundan itibaren kız çocuğunun tüm sosyal imkanlarının önünü kesmektedir. Kız çocuklarından beklenen babasına bağımlı bir yaşamdan kocasına bağımlı bir yaşam biçimine geçmesidir (1).

Gelişmekte olan birçok ülkede yapılan çalışmalarda araştırmacıların dikkatini çeken önemli bir faktör de otoritenin sadece ev ortamında ve ev işlerinde kadına ait olduğu ve çocukların da kadının otorite alanını genişlettiği ve hatta kadının otoritesini artırdığıdır. Ayrıca, kendi

çocukları evlendiğinde kadın en yüksek statüye erişmekte ve kayıvalide olarak ev işlerinden elini eteğini çekmekte ve sadece kendilerini ilgilendiren konulara kendilerini adanmaktadır. Böyle bir sistemde çok çocuğu olan kadının statüsü de artmaktadır. Örneğin, çocuksuz kadınlar bu tür sistemlerde toplumda hiçbir role ve otoriteye sahip değildirler ve diğerleri ona sürekli acırlar. Doğurganlığın yüksek olması kadına önemli bir prestij ve otorite sağlarken diğer taraftan da kadının sosyal, mesleki alınlarda ilerlemesini engelleyerek ikinci sınıf insan statüsünde kalmasına neden olmaktadır (1).

Toplumsal Cinsiyet Rolü İle İlgili Hususlar:

Erkeklik, Cinsel Güç ve İktidar veya Maço Erkek:

Çoğu toplumlarda, kadının çok çocuk doğurması kocasının cinsel gücünü ispatlayarak toplum içindeki statüsünü artırmaktadır. Bazı toplumlarda bu duruma o kadar çok değer verilmekte, istenen aile büyüklüğünü genel anlamından saptırarak kadınları sürekli gebeliğe mahkum etmektedir. Örneğin, özellikle Güney Amerika'da kadınlar "eğer ben her yıl gebe kalmazsam tüm köy halkı kocamla alay eder" gibi sözlerle kendilerini haklı çıkarmaya çalışmaktadır. Toplumun değer yargıları kadının kendi sağlığının ve gerçek isteklerinin önüne geçmektedir (1).

Erkek çocuk tercihi:

Kadının çok doğurmasının bir diğer nedeni de toplum içinde kadının statüsü ile doğrudan ilişkili olan kız çocuğuna kıyasla erkek çocuğa verilen yüksek değer, kadının istenen sayıda erkek çocuğu oluncaya kadar doğurmaya devam etmesini sağlamaktadır. Asya'da uluslararası yapılan bir araştırmada Filipinler'de kırsal alanda yaşayan ailelerin 1/3'ü, Tayland'da 1/2'si ve Kore Cumhuriyeti'nde 2/5'i erkek çocuk doğuncaya kadar çocuk yapmayı sürdürmekte, diğerleri ise 3-4 kız çocuk sahibi olduktan sonra denemekten vazgeçmektedir (Bkz. Tablo 1) (1).

Tablo 1. Ülkelerde Kadınların Erkek Çocuk Tercihi

Ülke	Erkek çocuk tercih indeksi*	Ülke	Erkek çocuk tercih indeksi*
Çok güçlü		Tercih yok	
Pakistan	4.9	Guyana	1.1
Nepal	4.0	Endonezya	1.1
Bangladeş	3.3	Kenya	1.1
Kore Cumh.	3.3	Peru	1.1
Suriye	2.3	Kolombiya	1.0
Ürdün	1.9	Kosta Rika	1.0
Orta derecede		Kız çocuk tercihi	
Mısır	1.5	Ghana	1.0
Lesotho	1.5	Panama	1.0
Senegal	1.5	Paraguay	1.0
Sri Lanka	1.5	Portekiz	1.0
Sudan	1.5	Haiti	0.9
Tayland	1.4	Filipinler	0.9
Türkiye	1.4		
Fiji	1.3		
Nijerya	1.3	Venezuela	0.8
Tunus	1.3	Jamayka	0.7
Yemen	1.3		
Cumh.	1.2		
Kamerun	1.2		
Dominik Cumh.	1.2		
Malezya	1.2		
Meksiko	1.2		
Fas			

* Erkek çocuk tercih indeksi: bir sonraki çocuğunun erkek olmasını tercih eden annelerin, bir sonraki çocuğunun kız olmasını tercih eden annelere oranı.

Kaynak: Çocuklukta cinsiyet ayrımcılığının sağlık üzerine etkileri. Yayınlanmamış doküman WHO/UNICEF/FHE/86.2

Atasözleri ve deyimler, çoğu ülkelerde erkek çocuk tercihinin ne kadar yaygın ve özlenen bir durum olduğunu göstermektedir. Örneğin, Çin'de bir atasözü "18 tanrıça gibi kız çocuğu kambur bir oğlan çocuğunun yerini tutamaz". Uganda'da yenidoğan bir oğlan çocuğu "evin direği" olarak tanımlanırken kız çocuğundan "satılık" olarak bahsedilir. Çünkü kız çocuğunun

kaderi evlendirilmek yani satılmak ya da bir sığırla değiştirilmiştir (1). Türkiye'de de "oğlan olsun da çamurdan olsun" deyimi çok yaygındır. Hatta bazı ülkelerde, Türkiye'de de bazı yörelerde ailenin çocuk sayısı sorulduğunda kız çocukları dahil edilmez, sadece erkek çocuk sayısı söylenir. Erkek çocuk tercihi aslında bir düşünce biçimidir ve toplumdaki düzen tarafından desteklenmekte ve pekiştirilmektedir. Çünkü, gelişmekte olan ülkelerin çoğunda ailenin soyunun erkek evlat tarafından sürdürüldüğü kabul edilmektedir.

Kadının Statüsü Ve Doğurganlık İlişkisi

Kadınların düşük statüsünün önemli bir yansıması olan adolesan evliliği, yüksek doğurganlığa neden olan bir diğer sosyal gelenektir. İlk evlenme yaşının küçük olduğu toplumlar, erken çocuk sahibi olan ve doğurganlığı yüksek toplumlardır. Gelişmekte olan ülkelerde adolesan evliliği oldukça yaygındır. Bağlades'te 15-19 yaşlardaki kadınların %72'si, Güney Asya'nın tamamında %54'ü, Afrika'da %44'ü ve Latin Amerika'da %16'sı evlidir (1).

Evlenmenin yaygın olduğu ve doğumların neredeyse hepsinin evlilik içinde meydana geldiği Türkiye'de, 1998 TNSA sonuçlarına göre ortanca ilk evlenme yaşı 19.5'dir. 15-19 yaş grubunda kadınların %15.2'si evlidir. Bölgeler arasındaki en büyük farklılık, Doğu Anadolu bölgesi ile diğer bölgeler arasındadır. En düşük ortanca evlenme yaşı Doğu Anadolu'da 18.1 iken Batı'da 19.9'dur. Doğu bölgesinde yaşayan kadınlar Batı'dakilerden 2 yıl önce evlenmektedir. Ortanca ilk evlilik yaşı ile eğitim düzeyi arasında doğru orantı vardır. En az ortaokul mezunu olan kadınlarda ortanca ilk evlilik yaşı 23.5 iken eğitimi olmayan kadınların ortanca ilk evlilik yaşı bundan 6 yıl daha düşüktür (4).

Çok Çocuk, Çok Erken Veya İleri Yaşlarda Ve Sık Aralıklarla Doğum

Kenya'da toplam doğurganlık hızı (TDH) (doğurganlık yaşamları boyunca kadınların doğuracakları çocuk sayısı) ortalama 8'dir. Dünya'daki en yüksek doğurganlık hızıdır: Afrika'nın tamamı için ortalama 6.5, Asya'da 4.1, Latin Amerika 4.3'dür (1). Türkiye'de TDH, 1998 yılı için kadın başına 2.6'dır. Eğitimi olmayan kadınlarda TDH ortalama 3.9 iken ortaokul ve üzeri olanlarda 1.6'dır (4). Oysa gelişmiş ülkelerde toplam doğurganlık hızı 1.9'dur (1).

Kadının yaşamında 20-30 yaş arası dönem doğum yapmak için en sağlıklı dönem olmasına rağmen gelişmekte olan ülkelerde doğumların %10-20'si 20 yaşından küçük adolesan kadınlar tarafından yapılmaktadır. Vücut yapıları daha henüz gebeliğin gereksinimlerini karşılayabilecek düzeyde gelişmemiş olduğundan 20-24 yaş arası kadınlara göre daha çok risk altındadırlar. Nijerya'da yapılan bir çalışmada, 15 yaşındaki kadınların anne ölümü riski 20-24 yaşlardakilere göre 7 kat daha fazla bulunmuştur. Çocuk doğurmak ileri yaşlardaki kadınlar için de çok fazla risk taşımaktadır. Örneğin: Jamaica'da 30-34 yaşlardaki kadınların anne ölümü riski iki katına çıkmakta, 40 yaşın üzerinde ise bu risk 20-24 yaşlardakilere göre 5 katına çıkmaktadır. Anne ölümü risk derecesi kadının sosyo-ekonomik koşulları, genel sağlık durumu ve sağlık hizmetlerine ulaşabilirliğinden çok etkilenmektedir. Şöyle ki, 42 yaşında doğum yapan bir İsveçli kadın, Nijerya'nın uzak bir köyünde 20 yaşında doğum yapan kadına göre daha az riskli doğum yapma olasılığına sahiptir (1).

1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz sonuçlarına göre doğumların 1/5'inde (%22) anneler "riskli yaş grubunda"dır (20 yaş altı, 35 yaş ve üzeri). Bunun %15'i 15-19 yaş grubundaki kadınlara ait "adolesan gebeliği", %51'i ise 15-24 yaş grubundaki kadınlara ait "genç gebeliği"dir. Anne ölümleri açısından çok büyük risk taşıyan adolesan doğumların %15.9'u Doğu Anadolu'da, %10'u Kuzey bölgesinde ve %17.2'si kırsal alanlardadır. Doğumların %7.4'ü 35 yaş ve üzeri kadınlara aittir. %11.1'i Doğu Anadolu'da, %4.5'i Orta Anadolu'da ve %9.2'si kırsal alandadır (9). Kadınların %27'sinin eğitimi yok veya ilkokulu bitirmemiş, sadece %12'si ortaokul ve üzeri okullardan mezundur. Annenin eğitim düzeyi yükseldikçe adolesan ve ileri yaşlarda doğumlar azalmaktadır; ortaokul ve üzeri eğitimi olan kadınlarda adolesan doğumlar %5.7, 35 yaş ve üzeri doğumlar %5.4'dür. İlkokul mezunu olan kadınlarda adolesan

doğumları %18.1, ileri yaşlarda %3.5 ve eğitimi olmayan kadınlarda bu %10.5'e karşın %17.12'dir (9).

Türkiye'de bölgelere göre kadının eğitim durumu ve istediği çocuk sayısına göre sahip olduğu çocuk sayısı incelendiğinde; okur yazar olan kadınlar yaşadığı bölge neresi olursa olsun istediği sayıda çocuğa sahip olurken okur yazar olmayanlar tüm bölgelerde istedikleri sayının iki misli çocuğa sahip olmaktadır (4).

Bir çok gelişmekte olan ülkede yapılan çalışmalarda da, kadının eğitim düzeyi yükseldikçe toplam çocuk sayısının düştüğü gözlenmektedir. Örneğin, Kolombiya ve Sudan'da yapılan bir çalışmada sadece 7 yıllık bir eğitim görmüş olan kadınların çocuk sayısı hiç eğitim görmemiş kadınlara göre yarı yarıya daha azdır (1).

Türkiye'de, 1993 TNSA sonuçlarına göre eğitimi olmayan kadınların ortalama 5.6, ilköğretim mezunu olanların 3, ortaokul mezunu kadınların 1.9 ve üniversite mezunlarının 1.3 çocuğu vardır (10).

Sosyo-ekonomik koşulların kötü olduğu yerlerde çok sık aralıklarla çocuk doğurmak kadının genel sağlığını olumsuz etkilemektedir. Gebelik ve emzirme kadının beslenme gereksinimini önemli derecede artırmaktadır. Ancak, yoksulluk içinde olan kadının bunu yerine getirebilmesi mümkün değildir. Sağlıklı gebe bir kadının günlük ek kalori ihtiyacı ortalama 300 kcal.'dir. Ayrıca, vitaminler, folik asit, demir ve diğer mineral gereksinimi de artmaktadır. Gebeliğinde iyi beslenmiş bir kadın, bebeğini emzirdiği ilk altı ayda günlük yaklaşık 550kcal. ek enerji ihtiyacı vardır. Ancak, gelişmekte olan ülkelerde milyonlarca kadın yeterince beslenememekte ayrıca, gebelik ve emzirme vücutlarına büyük zarar vermektedir (1).

Doğurganlık döneminde bir kadının günlük demir gereksinimi yetişkin bir erkeğin gereksiniminden 3 kat daha fazladır. Gelişmekte olan ülkelerde gebe olmayan kadınların yarısı, gebe olan kadınların da 2/3'ü klinik olarak anemiktir. Kadının vücudunun oksijenlenmesi azaldığından anemi kadını halsiz ve işstahsız kılmakta, aynı zamanda doğum esnasında kanama ve diğer komplikasyonların riskini artırmaktadır (1).

Doğurganlığın Düzenlenmesi

Doğurganlığın düzenlenmesi anne ölümlerinin önlenmesinde çok büyük rol oynamaktadır. Çünkü ölümlerin çoğu aşırı doğurganlık ve istenmeyen gebelikler sonucu meydana gelmektedir. Kontraseptif yöntem kullanma oranı eğitim düzeyi ile doğrusal bir ilişki göstermektedir. Bangladeş, Kenya ve Meksika'da orta öğrenim görmüş kadınlar arasında kontraseptif kullanımı hiç eğitim görmemiş kadınlara göre 4 kat daha fazladır. Ürdün'de yapılan bir çalışmada aile planlamasına karşı olan kadınların %80'i okuma yazma bilmezken %16'sı sadece ilköğretim ve %0.6'sı ise ortaöğretim eğitimi almışlardır. Üniversite eğitimi almış olan kadınların hiçbiri aile planlamasına karşı değildi. Burada bilgiye ulaşabilme ve konunun anlaşılabilmesinin doğrudan etkisi açık olarak görülmektedir. Eğitim düzeyi yükselen kadının sosyal statüsü yükselmekte ve beklentileri değişmekte, kendi yaşamı ile ilgili kararları kendisi alabilmektedir (1).

Kontraseptif yöntem kullanımının düşük olması eğitim düzeyinin dışında ulaşılabilirlik ve yöntem çeşidinin sınırlı olması ile de ilgili olabilir. Eğer başka çocuk istemediğini belirten kadınların hepsi herhangi bir aile planlaması yöntemi uyguluyor olsaydı, Latin Amerika'daki doğumlar %35, Asya'daki doğumlar %33, Afrika'daki doğumların da %17 azalacağı tahmin edilmektedir. Bunun sonucu olarak anne ölümünü artıran istenmeyen gebeliklere bağlı düşüklerin, yüksek riskli gebeliklerin önlenmesine bağlı olarak anne ölümleri de daha yüksek oranlarda ve hızla azalır (11).

1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre ülkemizde herhangi bir kontraseptif yöntem kullanma prevalansı %63.9, herhangi bir modern yöntem kullanma prevalansı ise %37.7'dir. eğitimi olmayan kadınların %50.4'ü herhangi bir yöntem kullanırken, %27.9'u etkili

modern yöntem kullanmaktadır. Eğitim düzeyi yükseldikçe bu oranlar da yükselmektedir. Ortaokul ve üzeri eğitim almış olan kadınlarda etkili kontraseptif yöntem kullanım oranı %52.7'ye yükselmektedir. Bölgelere göre incelendiğinde; Batı'da herhangi bir modern yöntem kullanım prevalansı %40 civarında iken bu oran Doğu Anadolu'da %26.7'e düşmektedir (4,9). Aile planlaması ile ilgili yazılı medyada çıkan mesajların okunması yönünden de kadınların eğitim düzeyleri arttıkça farklılık görülmektedir. Eğitimi olmayan kadınlar arasında medyada herhangi bir kaynaktan yararlanma oranı %7.2 iken ortaokul ve üzeri eğitim almış kadınlarda bu oran %54.1'dir (4).

Kadının Statüsü Ve Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı

Gelişmekte olan ülkelerde milyonlarca kadın gebelik süresince sağlık hizmetlerine ulaşamamaktadır. Sağlık hizmetlerinin varlığı statüsü düşük olan kadınlar için sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği garantilememektedir. Annenin eğitim düzeyi ana sağlığı hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen en önemli öge olduğu söylenebilir. Eğitim düzeyi düşük olan kadınların sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmalarının bir nedeni de modern sağlık kuruluşlarının onlar için bilinmeyen, yabancı yerler olması ve aynı zamanda da geleneklerden dolayı ailelerin ve eşlerinin izni olmadan gidememelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri (DÖB), Doğum, Doğum Sonrası Bakım Hizmetleri

Gelişmekte olan ülkelerde kadınların sadece %65'i DÖB hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Afrika'da gebe kadınların %63'ü, Asya'da %65'i, Latin Amerika'da ve Karaib Adaları'nda %73'ü DÖB hizmeti almaktadır. Gelişmiş ülkelerde ise kadınların %97'si bu hizmetlerden yararlanmaktadır (11).

Her yıl 60 milyon kadın kendi kendine veya akraba/komşu yardımıyla doğum yapmaktadır. Az gelişmiş ülkelerde doğumların %29'u, gelişmekte olan ülkelerde %53'ü Güney Asya'da ise sadece %35'i bir sağlık personeli yardımıyla gerçekleşirken, gelişmiş ülkelerde bu oran %99'dur (2). Gelişmekte olan ülkelerde kadınların sadece %30'u doğum sonrası bakım hizmetlerinden yararlanabilirken, az gelişmiş ülkelerde bu %5'e düşmektedir (2).

1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre kadınların %67.5'i en az bir kez sağlık personelinin DÖB hizmeti almıştır. DÖB hizmetlerinden yararlanma oranı kadının eğitim durumu, yerleşim yeri ve bölgeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Eğitimi olmayan kadınlarda DÖB alma oranı %37.8 iken, ilkökul mezunu olanlarda %76, ortaokul ve üzeri eğitim almış kadınlarda ise %96.1'e yükselmektedir. Aynı şekilde, eğitimsiz kadınların %45'inin ebe nine veya kendi kendine doğum yapmasına karşılık ortaokul ve üzerinde eğitim almış kadınların hemen hemen tamamı (%98.6) sağlık personeli yardımı ile doğumu tercih etmektedirler. Kırsal alanda yaşayan kadınların %51.9'u DÖB almışken kentsel alanda bu oran %78.3'e çıkmaktadır. Aynı şekilde, bölgeler arasında da büyük farklılıklar bulunmaktadır. Doğu Anadolu'da kadınların sadece %39.4'ü, Batı'da ise %86'sı DÖB almıştır (4,8,9).

1998 TNSA'ya göre doğumların %73'ü bir sağlık kuruluşunda, %68'i hastanede, %5.5'i birinci basamak sağlık kuruluşunda, %8'i evde bir sağlık personeli yardımıyla gerçekleşmiştir. Ancak doğumların %18.5'i ise sağlıklı olmayan koşullarda gerçekleştiği saptanmıştır. Eğitimi olmayan kadınların %45.2'si, ilkökul mezunu olanların %10.2'si doğumu sağlıksız koşullarda gerçekleşirken, eğitim almamış kadınlarda sağlık kuruluşunda veya sağlık personeli yardımıyla gerçekleşen doğumların oranı %54.8, ortaokul ve üzeri eğitim almış kadınlarda ise bu oran %99.6'dır. Yerleşim yeri ve bölgeler arasında da doğumun yapıldığı yere göre farklılıklar mevcuttur. Kırsal alanda yaşayan kadınların %32'si sağlıksız koşullarda gerçekleşirken kentsel alanda yaşayan kadınların %76'ı hastane koşullarında doğum yapmıştır. Batı'da hastane doğumlarının sıklığı %85, Doğu Anadolu'da %41 iken Doğu Anadolu'da sağlıksız koşullarda yapılan doğumların sıklığı %47'dir (4,9).

Kadının Statüsü Ve Anne Ölümleri

Tüm dünyada yılda 200 milyon kadın gebe kalmakta, 128 milyon doğum olmakta, gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar sonucu yaklaşık 600 bin kadın hayatını kaybetmektedir (15,16). Bu ölümlerin %1'i gelişmiş ülkelerde, %99'u ise gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir (11,16).

Kadının yaşamı boyunca anne ölümü riski kaç kez gebe kaldığına bağlıdır. Yaşam boyu en yüksek anne ölümü riskine sahip olanlar Afrika'da yaşayan kadınlardır. Çünkü yüksek anne ölüm hızı (AÖH) doğurganlığın yüksek olması ile bağlantılıdır. Ortalama anne ölüm hızı yüzbin canlı doğumda 640 olan Afrika'da ortalama yaşam boyu anne ölüm riski 15'te 1 olarak tahmin edilmektedir. Buna karşın endüstrileşmiş ülkelerde bu, ortalama 1000-1750'de 1'dir (1,11).

Ölüm riski her gebelikte eşit dağılım göstermemektedir. Kadının yaşı ve daha önceki gebeliklerinin sayısı sonuçları etkilemektedir. Gelişmekte olan ülkelerde evlenme yaşı erken olduğu için 20 yaşın altındaki gebelikler oldukça sık görülmektedir. Menarş döneminde vücut gelişimi hormonal gelişimden daha yavaş olduğundan, 20 yaşından önce gebe kalan kadınlar zor doğum ve ölüm gibi riskler ile daha çok karşı karşıyadırlar (11). Nijerya'da yapılan bir çalışmada 15 yaşın altında doğum yapan kadınların ölme riski, 20-24 yaşlardaki kadınlara oranla 7 kat, 16 yaşındakiler için 2.5 kat daha fazladır (1,15).

İleri yaşlardaki kadınlar da gebe kaldıklarında yüksek düzeyde ölme riski taşımaktadırlar. Çeşitli araştırmalar 30 yaşın üstünde bu riskin arttığını göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde gebeliğe bağlı ölme riski 35-39 yaşlardaki kadınlarda 20-23 yaşlardaki kadınlara oranla %85-460 daha fazla olduğu saptanmıştır. Jamaika'da 30-34 yaşlarda anne ölümü riski 20-24 yaşlardakine göre 2 kat daha fazla iken, 40 yaşlardaki kadınlarda bu oran 5 kat artmaktadır (11).

Birçok ülkede yapılan araştırmalarda annenin yaşı kaç olursa olsun ikinci ve üçüncü doğumlarda anne ölüm riski yok denecek kadar azken, daha sonraki doğumlarda komplikasyon ve ölüm riskinin hızla artmakta olduğu gösterilmiştir. Jamaika'da 5'inci veya daha sonraki doğumunu yapan bir kadının 2'inci doğumunu yapan bir kadına göre 5 kat daha fazla ölüm riskine sahip olduğu saptanmıştır (11).

Türkiye'de 53 ilin 615 hastanesinde 1 Haziran 1997 – 31 Mayıs 1998 tarihleri arasında anne ölüm nedenleri ile ilgili yapılan bir çalışmada AÖH yüzbin canlı doğumda 49.2, orantılı anne ölüm hızı ise %5.1 olarak belirlenmiştir. Araştırma kapsamına giren hastanelerde 1 yıl içinde ölen annelerin %5.6'sının 19 yaşından küçük, %28.4'ü 35 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Annelerin %10.8'i okur yazar değil, %66.7'si ilkokul mezunu ve %18'i ortaokul ve üzeri eğitim almışlardır. Ölen annelerin %62.5'inin kırsal veya yarı kırsal kesimde ikamet eden kadınlar olduğu belirlenmiştir. Annelerin %30'unun ilk gebeliği, %31.2'sinin 5 ve daha fazla gebeliği olduğu yani, her üç ölümden birinin ilk gebeliği bir diğeri de 5. veya daha sonraki gebeliği olduğu saptanmıştır (17).

Annelerin %21.4'ünün DÖB hizmetlerinden yararlandığı ancak bunların da %60.7'sinin 3 ya da daha az sayıda DÖB hizmeti aldıkları, %10'unun gebeliği esnasında anemik olduğu belirlenmiştir. Araştırma, hastanelerde yapılmış olmasına rağmen ölen kadınların %82.1'inin hastanede, %14.2'sinin evde doğum yaptığı saptanmıştır. Ölen kadınların %14.8'inin doğumuna komşu veya akrabalar yardım etmiştir. Bu çalışmada tespit edilen anne ölümlerinin %62.3'ü mevcut koşullarda, %24.2'si ileri koşullarda önlenabilir bulunmuştur (17).

Sonuç Ve Öneriler

Yapılan bütün araştırmalarda anne ölümlerinin boyutu, kadının o toplumdaki statüsü ile paralellik göstermektedir. Bunun nedeni ise yazının daha önceki bölümlerinde açıklandığı gibi statüsü düşük olan kadın, doğurganlığı ile ilgili kendisi karar verememekte, ailesinin ve kocasının istekleri doğrultusunda hareket etmektedir. Varolan sağlık hizmetlerine ulaşamamakta, doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamamaktadır. Ayrıca, doğurganlığın düzenlenmesi ile ilgili etkili kontraseptif yöntem kullanma, istenmeyen gebeliklerin sağlıklı koşullarda sonlandırılması gibi hizmetleri de gereği kadar alamamaktadır. Sonuçta, statüsü düşük kadınlarda aşırı doğurganlık, riskli gebeliklerin fazlalığı ve hizmetlerden yararlanamama anne ölümlerine temel oluşturmaktadır. Bu durumda, anne ölümlerinin önlenmesinde temel strateji bu ölümlere zemin hazırlayan faktörlerle mücadele olmalıdır.

Özetle; tüm dünyada cinsiyet ayrımcılığı, yoksullukla mücadele ve kadının statüsünün iyileştirilmesine yönelik çalışmalara ağırlık ve hız verilmelidir. Toplum ve aile içinde kadının kendi yaşamı, doğurganlığı ve genel sağlığı ile ilgili kararlar almasını, sağlık hizmetlerinden yeterli düzeyde yararlanmasını engelleyen geleneklerin değişmesine, yönelik çalışmalar eğitim, istihdam, sağlık, medya vb. gibi sektörlerin işbirliği ile yapılmalıdır. Özellikle, eğitimin kadının statüsü, istihdamı, doğurganlığı üzerine olan etkileri göz önüne alınarak kadınların ve kız çocuklarının eğitim düzeyinin yükseltilmesine özel önem verilmelidir. Konu ile ilgili durum analizi, izleme, değerlendirme çalışmaları toplumsal cinsiyet bakış açısı ile sürekliliği sağlanarak gerçekleştirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Roysten, E., Armstrong, S., Preventing Maternal Deaths, WHO, Geneva, 1989.
2. Dünya Çocuklarının Durumu 2003, UNICEF, Ankara, 2002 .
3. 2000, Genel Nüfus Sayımı, Türkiye, T.C., Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara, Mart 2003.
4. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Measures DHS+ Macro International, Ekim 1999.
5. Lin Lean Lim, More & Better Jobs For Women An Action Guide, ILO, Geneva, 1996.
6. Maternity protection at work, International Labour Conference 87th Session 1999, ILO, Geneva.
7. Cumhuriyet'in 75. Yılında Türkiye'de Kadının Durumu, T.C. Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Ankara, Kasım 1998.
8. BİLİKER, M. Ali, Türkiye'de Kadının Sağlık Durumu, Aktüel Tıp Dergisi, Kadın Sağlığı Özel Sayısı, Cilt 6, Sayı 1, Sayfa 18-23, Ocak-Şubat 2001.
9. Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 İleri Analiz Sonuçları, Ed., Akin, A., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, UNFPA, Ocak 2002.
10. Population Issues Health, Development And Environmental Perspectives In The World And In Turkey, Ministry Of Health General Directorate Of MCH/FP, UNFPA, Ankara, 1997.
11. AbouZahr, C., Roysten, E., Maternal Mortality A Global Factbook, WHO, Geneva, 1991.
12. The Status of Woman In Turkey, Turkish Republic State Ministry for Women's Affairs and Social Services, Directorate General on The Status and Problems of Women, The Turkish National Report to The Fourth World Conference on Women, May 1994.
13. TBMM, Kadının Statüsünü Araştırma Komisyonu Raporu, T.C. Başbakanlık, Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Ankara, Kasım 2003.
14. Türkiye'de Kadın 2001, T.C. Başbakanlık, Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Ankara, Ağustos 2001.
15. Mother-Baby Package, "Safe Motherhood Programme", Division of Family Health, WHO, 1993.
16. UNICEF Health Section, Dying in Childbirth: UNICEF Programming for Reduction of Maternal Mortality, UNICEF, New York, 1996.

17. Türkiye'de Hastane Kayıtlarından Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması, T.C. Sağlık Bakanlığı, AÇSAP Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, DSÖ, UNFPA, Ankara, 2000.