

Türkiye’de
Toplumsal Cinsiyet
Perspektifinin
Sağlık Politikasına
Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI



Hacettepe Üniversitesi
Kadın Sorunları
Araştırma ve Uygulama Merkezi
(HÜKSAM)



Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi: Bir Vaka Çalışması

Editör : Prof. Dr. Ayşe AKIN

Araştırma Ekibi :

Prof. Dr. Ayşe Akın

(MD, Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Halk Sağlığı Uzmanı)

Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ

(MD, MA, Halk Sağlığı Uzmanı)

Kezban Çelik (PhD, MS, Sosyolog)

Doç.Dr. Nalan Şahin Hodoğlugil (MD, MS, Halk Sağlığı Uzmanı)

Dr. Aslıhan Coşkun (MD, Halk Sağlığı Uzmanı)

Dr.Sarp Üner (MD. PhD, MS)

Türküler Erdost (MS, Sosyal psikolog)

Bu araştırmanın **birinci aşaması**, mali ve teknik açıdan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölge Ofisi *Gender Mainstreaming* (Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Politikalara Entegre Edilmesi) Programı tarafından desteklenmiş, **ikinci aşaması** ise UNFPA’dan mali destek almıştır.

Çalışmanın birinci aşamasının özet bilgileri DSÖ tarafından diğer ülke özetleri ile birlikte basılarak dağıtılmıştır.

**Hacettepe Üniversitesi
Kadın Sorunları
Araştırma ve Uygulama Merkezi
(HÜKSAM) Ankara - 2006**

Önsöz

Toplumsal cinsiyet perspektifinin politikalara entegre edilmesi (*gender mainstreaming*) için yapılan çalışmaların temel amacı, cinsiyetler arasında eşit olmayan güç ilişkilerinden kaynaklanan eşitsizlikleri saptamak, analiz etmek, ve bu eşitsizlikleri giderebilmek için ülkelerin politikalarına etkide bulunmaktır.

“Toplumsal cinsiyet rolleri ile ilgili analizler” , kadın ve erkeklerle ilgili eşitsizlikleri ortaya koyması bakımından doğru bir başlangıç noktası olup sistematik olarak yapılması uygun olan bir yaklaşımdır.

Üreme sağlığı dahil olmak üzere sağlık alanında, kadınların ve erkeklerin farklı sağlık deneyimlerini ve sağlık bakım ihtiyaçlarını gözeten kapsamlı bir toplumsal cinsiyet perspektifine duyulan gereksinim giderek daha çok farkedilmektedir. Bu özellik, başta Kahire (1994) ve Pekin (1995) olmak üzere çeşitli dünya konferanslarında temel vurgu noktası olmuştur.

Her ne kadar toplumsal cinsiyet perspektifinin politikalara entegre edilmesi konusu, Türkiye’de toplumsal cinsiyet eşitliğinin teşvik edilmesi hususunda kuramsal olarak kabul edilmiş bir strateji olsa da, şimdye dek bu konu özellikle gelişmekte olan sağlık politikası alanında ayrıntıları ile araştırılmamıştır.

Bu “Rapor” içerisinde sunulan araştırma, toplam 7 ülkede, İrlanda, İngiltere, Hollanda, Tacikistan, Kırgızistan, Hırvatistan ve Türkiye’de uygulanan DSÖ/EURO Avrupa Bölge Ofisi araştırma faaliyetlerinin bir parçası olarak başlatılmış olup iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın ilk aşamasında, toplumsal cinsiyet perspektifinin Türkiye’deki üreme sağlığı politikasına hangi bağlamda ve ne düzeyde entegre olduğunu saptamak için Türkiye’deki 5 temel mevzuatın incelenmesi amaçlanmıştır. İkinci aşamada ise, araştırma, sağlık politikasının uygulamaya yansıtılması açısından, kanunlar ile bunların uygulanışı arasındaki ilişkiyi kurmak için, aile planlaması ve istenmeyen gebelikler alanında gerçek uygulamayı ve gereksinimleri saptamak üzere konu toplum düzeyinde incelenmiştir.

Bizler, “çalışma ekibi” olarak, bu uygulamanın sonuçlarının incelenen konularda çok değerli bilgileri görünür hale getirdiğine inanıyor, bu bilgilerin Türkiye’de ÜS’nin geliştirilmesi ile ilgili tüm tarafların dikkatine sunuyoruz.

Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), araştırmanın birinci aşamasındaki teknik ve mali desteği için DSÖ Avrupa Bölge Ofisi’ne, ikinci aşamaya mali desteğinden dolayı da UNFPA Ankara Ofisi’ne ve bu Raporun basımına verdikleri destek için de Avrupa Birliği Türkiye Dlegasyonuna teşekkür eder. Ayrıca gönülden katkıları ile yoğun cabalarından ötürü çalışma ekibinin her bir üyesine ve Sn. Sevinç Uruş’a teşekkür ederim.

Benzer çalışmaların devam edeceğini umuyor, elde edilen sonuçların karar vericiler tarafından Türkiye’de kadın ve erkeklerin üreme sağlığının geliştirilmesi amacıyla dikkate alınacağını ümit ediyorum.

Saygılarımla.

Prof. Dr. Ayşe Akın

Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürü

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Giriş	1-5
ÇALIŞMANIN BİRİNCİ AŞAMASI	
Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Üreme Sağlığı Politikasına Entegre Edilmesi İle İlgili Bir Vaka Çalışması	6-20
Çalışmanın Amacı	7
Methodoloji	6-8
Ana Bulgular	9-11
Sonuçlar ve Tartışma	12-13
Öneriler	13-15
Matris 1. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası	16
Matris 2. Hıfz-ı Sıhha Kanunu	17
Matris 3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun	18
Matris 4. 557 Sayılı Nüfus Planlaması Kanunu	19
Matris 5. 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Kanunu	20
ÇALIŞMANIN İKİNCİ AŞAMASI	
Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Türkiye’de Üreme Sağlığı Politikasına Entegre Edilmesine İlişkin Konular Ve Perspektifler	21-59
Ön Bilgi	21-23
Yöntemler	23-25
Bulgular ve Tartışma	26
Türkiye’de Üreme Hakları Kavramı	27
Kontraseptif Hizmetleri Buna İhtiyaç Duyanlar için Gerçekçi Biçimde Sunulabilir Düzeyde mi?	30
Kamu Sağlık Kuruluşlarında Bulunmayan Kontraseptifler	31
Sağlık Personelinin Önyargılı Tutumu	32
Evli Kadınlar Dışındaki Gruplara Hizmet Sunulmakta mıdır?	34
Acil Kontrasepsiyon Sunulabilirliği	36
Cerrahi Sterilizasyonun Sunulabilirliği	38
Kamu Sektörünün Bakış Açısı	39
İhtiyacı Olanlar için Güvenli Düşük Hizmetleri Gerçekten de Sunulabilmekte midir?	41
Türkiye’de Aile Planlamasında Karşılanamayan Gereksinimlerin Şekli	46
Hükümetin Kadın Sağlığını Geliştirmeye Yönelik Bağlılığı	49
Üreme Sağlığı Konusunda STK Programları	51
Sonuç	54-59

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

KAYNAKLAR	60-63
EKLER	64-146
Ek I. DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde Toplumsal Cinsiyet Konularının Sağlık Politikası Geliştirilmesine Dahil Edilmesi Üzerine Vaka Çalışmaları Yürütülmesine İlişkin Rehber	64-66
Ek II. “Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Dahil Edilmesi Hususundaki Vaka Çalışması”nın Sonuçlarına Ait Detaylı Bilgiler	67-93
Türkiye Cumhuriyeti Anayasası	
Umumi Hıfz-ı Sıhha Kanunu	
Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun	
557 Sayılı Nüfus Planlaması Kanunu	
2827 Sayılı Nüfus Planlaması Kanunu	
Ek III. Üye Devletteki Kaynak Kişiler için Anket	93-101
Ek IV. Üreme Sağlığı Çalışmasında Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Politikalara Dahil Edilmesinde İkinci Aşamadaki Katılımcılar Listesi	102
Ek V. Kadın Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet Araştırması Mülakat Formu	103-106
Ek VI. AP Hizmetleri Konusunda Fikir Anketi ve Sonuçları	107-116
Ek VII. Diyarbakır’da Çamaşırhane ve Tandirevindeki Kadınlarla Yapılan Bir Mülakat	117-128
Ek VIII. Türkiye’de Aile Planlamasına İlişkin Tablolar ve Şekiller	129-131

GİRİŞ

Toplumsal cinsiyet perspektifinin tüm müdahale programlarına entegre edilmesi, toplumsal cinsiyet eşitliğinin teşvik edilmesi için küresel düzeyde kabul görmüş bir stratejidir. Bu kavram kendi başına bir amaç değil, toplumsal cinsiyet eşitliği hedefine hizmet eden bir araçtır. Toplumsal cinsiyet perspektiflerinin ve toplumsal cinsiyet eşitliği hedefinin bütün müdahalelerin, yani politika geliştirme, araştırma, savunuculuk/iletişim, mevzuat, kaynak tahsisi, kaynakların kullanımı ve temel program ve projelerin planlanması, uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesinin ekseninde yer almasının sağlanmasını içerir.

Toplumsal cinsiyet perspektifinin tüm müdahale şekillerine entegre edilmesi, 1995'de gerçekleştirilen Birleşmiş Milletler Dördüncü Dünya Kadın Konferansı Eylem Platformu'nda toplumsal cinsiyet eşitliğinin teşvik edilmesi konusunda küresel bir strateji olarak açıkça ortaya konulmuştur. Sağlık konusundaki potansiyellerini gerçekleştirmeleri için kadın ve erkeklerin eşit imkanlara sahip olmalarının sağlanması, BM'nin temel hedeflerinden biridir. Bu hedefe ulaşmak yaşamsal önem taşıyan strateji ise, toplumsal cinsiyet perspektifinin ulusal sağlık politikalarına entegre edilmesidir. Bu, politika geliştirmenin tüm aşamalarında,

yani sorun tanımlama ve gündem oluşturma, politika tasarımı, karar verme, politika uygulama ve izleme safhalarında cinsiyet ve toplumsal cinsiyet farklılıklarına bütüncül bir yaklaşımla dikkat edilmesini gerektirir.

Üreme sağlığı konusuna olması gereken kapsamlı bir yaklaşım, cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularında kadınların ve erkeklerin gereksinimlerini analiz etmeyi ve bu gereksinimlere cevap vermeyi gerekli kılar. Sonuç olarak da böyle bir yaklaşım için kadınların yaşamlarının ve ihtiyaçlarının bütüncül bir şekilde görülmesi çok önemlidir. Bu da, üreme sağlığı hizmeti politikasının sadece, bireyler bağlamında ele alan ve olumsuz sonuçların, hastalıkların nedenlerinin analiz edilmesinde genellikle yetersiz kalan biyomedikal modele dayalı olmamasını gerektirir ve bunun da ötesinde, kadınların ve erkeklerin çok yönlü yaşam döngülerini dikkate almayı ve buna cevap vermeyi gerekli kılar (DSÖ, 1998; DSÖ, 1999).

DSÖ'nün Avrupa Bölgesi'ndeki bir üye devleti olarak Türkiye, BM Kahire Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD), ve Pekin Eylem Platformu'nun tüm tavsiye kararlarına katılmış ve bunları imzalamıştır (Akin 1994). ICPD ve Pekin'in ardından, toplumsal cinsiyet perspektifi ile kadın sağlığı ve ÜS konusunda bir ulusal strateji planı, ve

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi: BİR VAKA ÇALIŞMASI

aynı konuda UNFPA 3. Ülke Programı hazırlanmıştır. Her ne kadar toplumsal cinsiyet perspektifinin politikalara entegre edilmesi konusu, Türkiye’de toplumsal cinsiyet eşitliğinin teşvik edilmesi hususunda kuramsal olarak kabul edilmiş bir strateji olsa da, şimdiye dek bu konu özellikle gelişmekte olan sağlık politikası alanında ayrıntıları ile araştırılmamış, tartışılmamıştır.

Türkiye’de üreme sağlığı ve cinsel sağlığın en önemli belirleyicisi olan “kadının statüsünün geliştirilmesi” amacıyla çeşitli programlar başlatılmıştır.

Bu bağlamda Türkiye’de 1990 yılında kurulan Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM), savunuculuk faaliyetleri yürütmek ve kadınlara karşı ayrımcı uygulamalara yol açan mevcut mevzuatı değiştirmek amacıyla ilgili hükümet kuruluşları ve Sivil Toplum Kuruluşları (STK’lar) ile beraber çalışmaktadır. Benzer şekilde, 1993 yılında kurulan Devlet İstatistik Enstitüsü Sosyal Yapı ve Kadın İstatistikleri Şube Müdürlüğü, ülkede toplumsal cinsiyete özgü istatistiklerin erişilebilir olmasını sağlamaktadır. Sağlık Bakanlığı’na bağlı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlama (AÇSAP) Genel Müdürlüğü, 1996 yılında “Kadın Sağlığı Ulusal Strateji Planı” hazırlamış, daha sonra 2005 yılında bu planın güncelleme ve çalışmalarını da tamamlamıştır. Ancak, toplumsal cinsiyet

rollerindeki ve uygulamalardaki eşitsizlikleri Türk toplumunda pek çok konuda olduğu gibi üreme sağlığı ve cinsel sağlıkla ilgili alanlarda da görünür olmaya devam etmektedir.

Türkiye’de Üreme Sağlığı’na ilişkin bazı istatistiksel bilgiler özetlenecek olursa :

Türkiye bir Orta Doğu ülkesidir; oldukça büyük bir alanda 70 milyonun üzerinde bir nüfusa sahiptir ve dünyanın en büyük nüfusa sahip 20 ülkesinden biri, bölgenin ise en büyüklü nüfuslu ülkesidir. Genç bir nüfusu vardır, nüfusun %50’si 20 yaşın altındadır (DİE, 2000).

Ülkenin genelinde ve kadın anne çocuk sağlığında kaydedilen tüm ilerlemelere karşın, Aile Planlaması dahil olmak üzere, Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı ile ilgili konularda hala ciddi sorunlar devam etmektedir. Toplam doğurganlık hızı (TDH) kadın başına 2.2’dir, nüfusun yıllık artış hızı binde 14’tür, kaba doğum hızı binde 19.7, kaba ölüm hızı ise binde 6.7’dir. (HÜNEE, 1999, 2004). **Doğuştaki beklenen yaşam süresi erkeklerde 66.9, kadınlarda 71.5 yıldır (DİE, 2000).**

2003 yılı için bebek ölüm hızı (BÖH) bin canlı doğumda 29.0dur. Ne yazık ki, ülkede perinatal bebek ölümleri hala çok yaygındır ve perinatal ölüm hızı toplam doğumlarda bin toplam doğumda 24’tür; bu da, annelerin üreme sağlığı ile ilgili geliştirilmesi gerekenlerin duyulan önemine işaret etmektedir (HÜNEE,

2004). 1997-98 yıllarında anne ölümlerinin sebeplerini araştırmak üzere Türkiye’nin 53 ilindeki 615 hastanede yürütülen bir araştırmaya göre; 12-55 yaş arası toplam kadın ölümlerinin %5’i anne ölümlerini teşkil etmektedir. Hastane tabanlı bu araştırmada, Türkiye’nin 53 ilinde gerçekleşen anne ölümü oranının, 100.000 canlı doğumda 49.2 olarak saptanılmıştır. Anne ölümlerinin ilk sebebi kanama, ikinci en yaygın sebebi ise toksemidir. Bu araştırmaya göre, her 5 anne ölümünden 4’ü önlenebilir nedenlerle meydana gelmektedir. (Akın vd., 2000; Akın vd., 2001).

Yıllar içerisinde doğum öncesi bakım (DÖB) alanların oranı artmış, bu oran, 2003 yılında tüm gebe kadınların %81’ine erişmiştir (HÜNEE, 2004). Bir annenin DÖB alması olasılığı, annenin eğitimi ile önemli ölçüde artmaktadır (Akın ve Bertan, 1996; Akın ve Özvarış, 2002). Türkiye’de sağlıklı doğum oranı 2003 yılında %83 olarak gerçekleşmiştir ve bu da Türkiye’de yaklaşık her altı kadından birinin tıbbi yardım olmaksızın (evde ara ebesi yardımıyla) doğum yaptığı anlamına gelmektedir (HUNEE, 2004). Sağlıklı doğum prevalansı kadınların ve eşlerinin eğitim düzeyi yükseldikçe artmaktadır (Akın ve Bertan, 1996; Akın ve Özvarış, 2002).

İlk evlilik yaşı kadınlarda 20.0, erkeklerde 23.6’dır. Erken evlilik yaşı, Türkiye’deki

yaygın sorunlardan biridir. Türkiye’de istenmeyen ve yüksek riskli gebelikler de yaygın olarak görülmektedir (Halen evli olan kadınların %63.4’ü başka çocuk sahibi olmak istememektedir; son beş yıl içerisinde gerçekleşen doğumların %20.1’i istenmeyen gebeliklerdir; doğumların %13.9’u yanlış zamanlanmış gebeliklerdir; son beş yılda gerçekleşen doğumların %39.0’ı yüksek risk kategorisindedir.) (HÜNEE, 1999, 2004). Kontraseptif prevalansı %71’dir, modern kontraseptif prevalansı %42.5 iken geleneksel kontraseptif prevalansı %28.5’dir. Ülkede karşılanmamış aile planlaması gereksinimi hala çok yüksektir (HÜNEE, 2004). 1983 yılında yasal hale getirilmesinin ardından, daha ziyade daha bildirim nedeniyle isteyerek düşük oranları önce artmış, ancak 1990’lardan sonra düşmeye başlamıştır, bu düşme eğilimi hala devam etmektedir (Akın And Enünlü, 2002; Akın, 1999). Halen Türkiye’de isteyerek düşük oranı 100 gebelikte 11.3tür (HÜNEE-2004).

Üreme sağlığı ile ilgili tüm göstergeler, Türkiye’de Üreme Sağlığı’nın bölgesel, kırsal/ kentsel açıdan belirgin farklılıklar gösterdiğine işaret etmektedir. Ayrıca bu göstergedeki kadının eğitim düzeyi arttıkça iyileşmektedir. Sonuç olarak Türkiye’de CS/ÜS sorunlu önemini korumaktadır. (HÜNEE, 1999, 2003; SB, 1997; SB 1997; Akın ve Özvarış 1999, Akın 2001).

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyete Göre Bazı Sağlık Göstergeleri

Türkiye’de 1927 yılından beri Devlet İstatistik Enstitüsü yeni adı ile Türkiye İstatistik Kurumu tarafından cinsiyet ayrışımı veriler toplanmaktadır. 1998 TNSA’na göre post neonatal ölüm hızı erkek bebeklerde binde 19.1 iken kızlarda 21.9’dur. Çocuk ölüm hızı kızlarda 13.4, erkeklerde ise 10.4’tür (HÜNEE, 1999). Oysa aynı araştırmada neonatal mortalite erkeklerde kızlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur (sırası ile binde 32.0 ve 23.6). Bunun anlamı yeni doğan dönemi geçtikten sonra çocukların cinsiyeti ile ilgili toplumdaki diğer psikososyal faktörlerin etkisi olabileceği düşünülebilir, nitekim Türkiye dahil pek çok ülkede 2-5 yaşındaki çocuklarda kızlardaki ölüm hızı erkeklerden daha yüksektir.

Kadına karşı şiddet Türkiye’de ciddi bir sorundur. Kadınların %30’u eşleri tarafından şiddete maruz kalmaktadır. Eşlerin kadınlara uyguladığı fiziksel şiddet oranı %22’dir (1992). Hanelerin %86’sında şiddet mevcuttur (KSGM, 1999). Malesef, kadınların %70’i eşlerinin kendilerini dövebileceğine, %50’si kadınların eşleri ile tartışmaması gerektiğine, %80’i ise şiddete maruz kalan insanların yapabilecekleri hiçbir şey olmadığına inanmaktadır. (TNSA, 1993).

Kardiyo-vasküler hastalıklar, Türkiye’de her iki cinsiyet için de en sık görülen sekiz ölüm sebebinden ilkinin teşkil etmektedir (Kadınlarda %38.5, erkeklerde %35.8). Ölüm sebebi olarak kanser yüzdesi erkeklerde kadınlara kıyasla daha yüksektir. Ancak, ölüm sebebi olarak serebra vasküler hastalıklar kadınlarda (%10.1) erkeklere (%7.3) kıyasla daha yüksektir (KSGM, 1999).

Kronik hastalıklar yüzdesi her iki cinsiyet için de hemen hemen aynıdır (%6.8; %6.1). Son altı ay içerisinde yatakta kalan kadın oranı %20, erkek oranı ise %14.3 olmuştur. Engellilik oranı da kadınlarda (%21.0) erkeklere (%14.6) kıyasla daha yüksektir. Kadınların %6.4’ü, erkeklerinse %4.2’si sağlık durumlarını “zayıf” görmekte, kadınların %17.8’i ve erkeklerin %14.9’u ise sağlık durumlarını “orta” diye değerlendirmektedir (KSSGM, 1999).

Türkiye’de sigara kullanımı erkeklerde %63, kadınlarda %24 ile ciddi bir sağlık sorunudur. Aslında sigara kullanım yüzdesi kadınlarda giderek artmaktadır. Pulmoner sistem malignansileri erkeklerde en sık rastlanan sağlık sorunudur (tüm erkeklerin %89’u), bu oran kadınlarda %11’dir.

Kadınlarda en sık görülen sorun ise meme tümörleridir (Tüm kadınların

%95’i.). Bu oran erkeklerde sadece %5.0’dır (KSGM, 1999).

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Eşitsizlikleri Konusunda Bazı Örnekler

Kadınlar, 1923 yılında Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluşunun ardından eğitim, hukuk, politika ve diğer sosyal alanlarda birçok hak elde etmiştir. Bu dönemde elde edilen hakların kadın sağlığı üzerinde de olumlu etkileri olmuştur. Ancak, yaşamın birçok alanında hala toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri mevcuttur.

Yıllara göre okur-yazarlık oranı 1935 yılından beri hala kadınlarda erkeklere kıyasla düşüktür. İlk okul mezunu nüfusun oranı erkeklerde %43.6, kadınlarda %26.6’dır. Orta okul mezunu erkeklerin sayısı kadınlarınkinin 2.1 katı daha fazla iken, lise mezunu erkeklerin sayısı kadınlarınkinden 1.8 kat daha fazladır. Üniversite mezunlarının oranı erkeklerde %10.2, kadınlarda ise %5.4’tür. Bu farklılıklar toplumsal cinsiyet ayrımcılığını çarpıcı olarak göstermekte ve sonuç olarak da kadınların sağlık hizmetleri kullanımını da olumsuz yönde etkilemektedir (KSGM, 1999; DİE, 2000).

Türkiye’de kadınların siyasi düzeyde yeterince temsil edilmemesi, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin temel gerçeklerinden biridir. Diğer ülkelerin parlamentolarında kadınların temsil

düzeyine dair rakamlar dikkate alındığında, Türkiye %4.2 ile 174 ülke içerisinde 101. sırada yer almaktadır.

Dolayısıyla, ülkede kadın katılımının en düşük olduğu alan, siyasi karar verme alanıdır (Parlamentolararası Birlik Veritabanı, 2000).

Türkiye’de en yüksek kadın katılımının profesyonel mesleklerde olduğu gözlenmekte, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin ise en fazla siyasi karar alma sürecindeki yetersiz temsil oranı ile kendini gösterdiği açıktır (BM, 2000).

İnsani gelişme endeksi (İGE/HDI) ve Toplumsal Cinsiyete Bağlı İnsani Gelişme Endeksi (TCBİGE/GDI) açısından, Türkiye global düzeyde %48 oranında kalmaktadır, fakat Toplumsal Cinsiyet Güçlendirme Ölçüsü (TCGÖ) kapsamında değerlendirildiğinde %91’dir (UNDP, 2000).

Kadının statüsü ve kadın sağlığı hakkında yukarıda bahsedilen tüm mevcut verilerde görüldüğü gibi, Üreme Sağlığı (ÜS) Türkiye için sorunlu bir alandır. Dolayısıyla, bizler de Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM) olarak ÜS alanında “Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık Politikası Geliştirme” konusu üzerinde çalışmak istedik. Ancak, zamanın kısıtlı olması nedeniyle ÜS konuları içinden

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

“Aile Planlaması” ve “İstenmeyen Gebelikler” konuları seçildi. Bundan dolayı, DSÖ ve UNFPA ile işbirliği çerçevesinde, toplumsal cinsiyet perspektifinin Türkiye’de aile planlaması ve istenmeyen gebelikler konusunda politika geliştirmeye entegre edilmesi alanının incelenmesi ve alanında çalışmanın iki aşamada yürütülmesi planlandı: Birinci aşamada toplumsal cinsiyet perspektifinin yukarıda bahsi

geçen konulara entegre edilmesi için kanun koyucuların gerekçelerinin de ele alınarak ilgili olabilecek yasaların incelenmesi ve analiz edilmesi planlandı. Çalışmanın ikinci aşamasında ise, AP ve istenmeyen gebelikler konusundaki politikaların ne ölçüde uygulandığını ve iller düzeyindeki uygulamaların önündeki engellerin ve kolaylaştırıcı faktörlerin neler olduğunu bulmak için sahadan veri toplanması düşünüldü.

ÇALIŞMANIN BİRİNCİ AŞAMASI

TÜRKİYE’DE TOPLUMSAL CİNSİYET PERSPEKTİFİNİN ÜREME SAĞLIĞI POLİTİKASINA ENTEGRE EDİLMESİ HUSUSU İLE İLGİLİ BİR VAKA ÇALIŞMASI

ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı Türkiye’de istenmeyen gebelikler ve aile planlaması konusunda izlenen ulusal politikanın toplumsal cinsiyete duyarlılığı açısından incelenmesidir.

Bu amacın gerçekleştirilmesi için sağlık politikası ile ilgili temel dokümanlar listelenmiş ve beş adet mevzuat toplumsal cinsiyet perspektifi içerip içermedikleri konusunda incelenmiştir.

Bu Vaka Çalışmasının Hedefleri;

- Toplumsal cinsiyete duyarlı ulusal bir politikanın resmi olarak benimsenmesi için temel bilgileri sağlamak,
- Spesifik sağlık politikalarında toplumsal cinsiyete özgü konuların ne düzeyde dikkate alındığını değerlendirmek.
- ÜS (Aile Planlaması ve İstenmeyen Gebelikler) ile ilgili sağlık politikalarını toplumsal cinsiyete duyarlılık açısından incelemek.
- Türkiye ve DSÖ’na gelecekteki çalışmaları ve politika seçenekleri konusunda tavsiyelerde bulunmak.
- Bu çalışmada kullanılan DSÖ tarafından geliştirilmiş olan yöntemi değerlendirmek.

YÖNTEM

Bu çalışmanın birinci aşamasında gerçekleştirilen incelemeler için sorulan temel sorular şunlardır:

- Aile planlaması ve istenmeyen gebelikler konusu ile ilgili politikaların geliştirilmesi, uygulanması ve izlenmesinde erkeklerin ve kadınların ihtiyaçları ne ölçüde göz önünde bulunduruldu?
 - Kadın ve erkeklerin ihtiyaçlarına dikkat ederken karşılaşılan engeller nelerdir?
 - Kadın ve erkeklerin ihtiyaçlarına dikkat etmede ortaya çıkan olasılıklar nelerdir?
- Çalışmanın hedefleri doğrultusunda, aile planlaması ve istenmeyen gebelikler konularında toplumsal cinsiyete duyarlı bakış açısının ana politikalara dahil edilip edilmediği konusunu ortaya koymak için, ÜS ile ilgili ana dokümanlar incelenmiş ve analiz edilmiştir. Bu dokümanlar;
- Anayasa,
 - Umumi Hıfz-ı Sıhha Kanunu (# 1593). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (# 224),
 - Nüfus Planlaması Hakkında 557 Sayılı Kanun,
 - Nüfus Planlaması Hakkında 2827 Sayılı Kanun (# 2827).

Çalışmada 5’i sağlık/halk sağlığı alanından, 2’si sosyal bilimler

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

alanından gelen ve 7 kişiden oluşan bir çalışma ekibi oluşturulmuştur.

Konunun kapsamının çok geniş ve bu tür incelemenin bir ilk olması nedeni ile sağlık politikasına toplumsal bakış açısının dahil edilmesi konusunda incelenmek üzere sadece aşağıdaki iki konu seçilmiştir; bunlar;

- (1) İstenmeyen gebelikler
- (2) Aile planlaması

Yukarıda sözü edilen 5 doküman ekip üyeleri arasında paylaşılmıştır ve DSÖ/EURO tarafından hazırlanmış olan anket, üzerinde küçük değişiklikler yapılarak uygulanmış, ayrıca her ekip üyesinin benzer yöntem kullanarak inceleme yapması sağlanarak çalışma sürdürülmüştür **(Bakınız Ek I)**.

Toplanan verileri ve bu verilerin yorumlanışını, prosedürleri ve bütün aşamaları görüşmek için ekip üyeleriyle beraber haftalık toplantılar düzenlenmiştir. Elde edilen tüm sonuçlar ekip üyeleri arasında ayrıntılı olarak tartışılmış ve önce Türkçe olarak bir ön rapor hazırlanmış ve bu rapor daha sonra İngilizceye çevrilerek DSÖ/EURO’ya gönderilmiş, ayrıca DSÖ-Avrupa bölgesi de yapılan bir toplantıda araştırma sonuçları tartışılmıştır.

Daha önce belirtildiği gibi bu çalışma “gender mainstreaming” ile ilgili DSÖ-Avrupa bölgesinin 7 ülkede yürüttüğü ve

her ülkenin konuyu kendi ülkesi için “en önemli” bulunduğu alanda seçtiği bir çalışmanın bir parçasıdır ve DSÖ tarafından oluşturulan bir rehber uyarınca yazılmıştır. DSÖ’ne gönderilen İngilizce son raporda yer alan bilgiler özet olarak, DSÖ tarafından “Towards a simple framework for monitoring the integration of gender concerns in public health policies” ismi ile kitap olarak basılmış, ayrıca bu doküman www.zonmw.nl web sayfasında da yayınlanmıştır.

Yapılan bu çalışmada her bir mevzuat, DSÖ tarafından hazırlanan rehberin ana konu başlıkları (sorun analizi, politika oluşturma, uygulama, izleme ve değerlendirme) altında yer alan sorulara göre incelenmiştir. **(Bu analize ilişkin ayrıntılı bilgiler EK II’de verilmiştir)**.

Çalışmada son olarak, vaka çalışmalarına esas olan, DSÖ Rehberinde önerildiği gibi, incelenen dokümanların genel analizine dair özet bilgi sunmak için bir matris oluşturulmuştur.

Matrisdeki konu başlıkları :

- Bu politikada toplumsal cinsiyete ait hangi konular yer almaktadır?
- Bunu sağlayacak faktörler nelerdir?
- Toplumsal cinsiyete dair mevcut hangi bilgilere bu politikada yer verilmemiştir?
- Bu bilgilere yer verilmesinin önündeki engeller nelerdir?

Bu çalışmada “anahtar bilgi kaynakları” ile görüşmelerde planlanmış ancak zaman kısıtlamasından dolayı, sadece 2 mülakatta anahtar bilgi kaynakları ile görüşülmüştür (**Bakınız Ek III**). Her iki mülakat da, ekibin derin mülakat prosedürleri konusunda yetenekli olan bir üyesi tarafından gerçekleştirilmiştir.

Bu raporda kullanılan Epidemiyolojik Verilerin kaynakları:

1. Bu politika belgelerinde kullanılan veriler

* Seçilen politikalar incelenirken Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarına (TNSA) ait bazı veriler, Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) ve Sağlık Bakanlığının (SB) sunduğu veriler ve üniversitelerde gerçekleştirilen araştırmaların bulguları kullanılmıştır.

2. Bu raporda kullanılan veriler

• Türkiye’deki evli çiftlerde isteyerek düşük ve kontraseptif yöntemlerin kullanımını konularındaki dağılım yüzdeleri.

• Anne Ölüm Hızları.

• Kaba doğum hızları.

• İstenmeyen gebelik oranları ve isteyerek düşük oranları.

• Bebek ölüm hızları .

(1963, 1968, 1973, 1978, 1983, 1988, 1993, 1998, 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları).

3. Diğer mevcut veriler

• DİE 1927 yılından bu yana yaş ayrışımı verileri toplamakta ve bunları yayımlamaktadır

• Üniversiteler tarafından gerçekleştirilen bir çok nicel ve nitel araştırmalar önemli veri kaynaklarıdır.

• Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan ilgili veriler.

• Nüfus Sayımı Verileri.

• Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından hazırlanan 5 yıllık kalkınma planları.

Bu çalışma, sorun analizi, politika oluşturulması, uygulanması, izlenmesi ve değerlendirmesi gibi tüm politika geliştirme aşamalarında toplumsal cinsiyete duyarlı bir politikanın olup olmadığını ortaya koymak amacıyla, bilgi/veri toplamak üzere gerçekleştirilmiştir. Toplanması

amaçlanan bilgiler/veriler oluşturulan bir anket kullanmak suretiyle, seçilen politika dokümanlarının incelenmesi sonucu “bir belge inceleme analizinden” oluşmaktadır. Anketin hazırlanmasında toplumsal cinsiyete duyarlı bir politikanın geliştirilmesi sürecinin incelenmesi amacıyla, politika oluşturmanın her aşamasında toplumsal cinsiyet eşitliği ve toplumsal cinsiyet hakkaniyetinin göz önünde tutulması konuları dikkate alınmıştır.

Belge analizinin tamamlanmasının ardından, cevaplanmayan sorular ve bazı diğer ayrıntılar için bilgi kaynakları ile mülakatlar yapılmıştır. Anahtar bilgi

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

kaynakları ile mülakat yapmak için ayrı, kapsamlı bir anket hazırlanmıştır.

Aile planlaması ve istenmeyen gebelikler alanında toplumsal cinsiyete duyarlı politika geliştirme konusunda merkez düzeyinde yapılan araştırmanın ilk aşamasında toplanan verilere ek olarak, ÜS konusunda toplumsal cinsiyete

duyarlı mevcut politikaların uygulanışı ile ilgili konuları daha iyi vurgulayan gerçek uygulamalarla ilgili periferal düzeyde veri de toplanmıştır. İkinci Aşamaya dair oluşturulan rapor, bu raporun ayrı bir bölümü olarak verilmiştir.

**Çalışmanın İlk Aşamasında Elde Edilen Temel Bulgular
(Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Üreme Sağlığı Politikasına Entegre
Edilmesi İle İlgili Bir Vaka Çalışması)**

Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının (1982) toplumsal cinsiyet eşitliği ve toplumsal cinsiyet hakkaniyeti konusunda toplumsal cinsiyete ait bazı göndermeler yaptığı görülmüştür. Her ne kadar “hepsi” ya da “hiçbiri” gibi terimlerin sık kullanılışı bahsedilen bu eşitliğin bir göstergesi olabilse de, bu eşitlik ile spesifik olarak toplumsal cinsiyet eşitliği vurgulanmamakta, bütün vatandaşlar kastedilmektedir. Sosyo-ekonomik durum, yaş, toplumsal cinsiyet vs.’ye karşı ayrımcılık yoktur. Ancak, terim itibarıyla spesifik olarak toplumsal cinsiyet, hem toplumsal cinsiyet eşitliği hem de toplumsal cinsiyet hakkaniyeti konusuna gönderme yapan bazı maddelerde yer almaktadır. Daha sonra yapılan Anayasa değişikliklerinde toplumsal cinsiyete duyarlı mevzuatın gerçekleştirilmesi açısından pozitif adımlar atılmıştır. Sonuç olarak, Anayasa genel yaklaşımı da dahil olmak üzere genel olarak toplumsal cinsiyet eşitliği ve toplumsal cinsiyet hakkaniyeti konusuna değinmekte ve kadınlar için pozitif ayrımcılık konusuna da yer vermektedir (**Bakınız Matris I ve Ek II**).

İncelenen ikinci yasa ise **Umumi Hıfz-ı Sıhha Kanunudur** (1930). Bu kanun

genelde sağlık konularına yoğunlaşmaktadır ve bazı maddeleri toplumsal cinsiyete duyarlı iken bazılarında ise toplumsal cinsiyet konusunda ayrımcı bir profil çizilmektedir. Bu kanunun bazı maddeleri kadınların toplum içerisindeki geleneksel toplumsal cinsiyet rolünü daha da vurgulamakta ve sağlamlaştırıyor gibi görünse de, kanunun yürürlüğe girdiği tarih göz önünde tutulduğunda bu durumun arkasında doğurganlığı özendirici politikaların etkisi olduğu da söylenebilir. Bu politikanın genel sağlık ve ÜS ile ilgili özelliği, insanların sağlık konusunda eğitilmesini ve okullarda sağlık dersleri verilmesini zorunlu hale getirmiş olmasıdır. (**Bakınız Matris II ve Ek II**).

İncelenen diğer bir kanun ise **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında 224 Sayılı Kanundur** (1961). Bu kanunun gerekçesi, sağlık hizmetlerine erişimde ve bu hizmetlerin dağılımında sosyal adaletin sağlanmasıdır. Bu açıdan bu kanunun temel ilkesi, kadınlar ile erkekler arasındaki ayrımcılığa son verilerek toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasını vurgular. Bu kanun tüm

vatandaşlara cinsiyet, yaş, din ve benzeri açılardan ayrımcılık yapmaksızın eşit haklar vermektedir. Bu kanunda toplumsal cinsiyet eşitliği ile de ilgili bazı maddeler vardır. Ancak, öte yandan, bu maddelerin aynı zamanda özellikle üremeye ilgili rolü olmak üzere kadınların geleneksel cinsiyet rollerine vurgu yapan ataerkil normları hatırlattığı da söylenebilir.

Bu yazıyı temel alan yeni bir yönetmelik ile, eşitlik yerine hakkaniyet kavramı öne çıkmış ve bu kavram hizmetlerin insanların ihtiyaçlarına göre sunulmasının önemine işaret ederek eşitlik kavramının yerini almıştır.

Yapılan sonraki değişiklikler ise sadece anneleri değil tüm kadınları hedeflemiştir ve bununla beraber kadınlar sağlıklı nesilleri yetiştiren bir araçtan ziyade doğurganlıklarından dolayı özel bir risk grubu olarak görülmeye başlanmıştır. Eşitlik ve hakkaniyet konusunda bu yeni perspektifin sunulmasına karşın, genel itibarıyla hala bu yasanın kadınların rolünü çocukların bakımından ve ailenin sağlığından sorumlu annelik ve ev kadınlığı ile sınırladığı ve doğurganlık ile ilgili sağlık sorunlarına önemli vurgular yaptığı söylenebilir. **(Bakınız Matris III ve Ek II).**

İncelenen dördüncü mevzuat ise ulusal düzeyde uygulanan **Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanundur** (1965). Bu kanun, nüfus artışının ülke ekonomisine getirdiği zararları vurgulayarak özellikle istenmeyen gebelikler ve isteyerek düşüklerin anne ölümlerine olan etkisini azaltmak amacı ile çıkarılmıştır. Her ne kadar bu kanunla cerrahi sterilizasyon hariç kontrasepsiyon uygulanması ilk defa ele alınmış olsa da, bu yasa gebeliğin sona erdirilmesi tıbbi nedenler dışında yasaktı. Bu kanun toplumsal cinsiyet eşitliği hedeflerini karşılaması açısından yetersiz olup, bu politika hazırlanırken 1963 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen doğurganlık ve sağlık konularındaki araştırmaların bulguları göz önünde tutulmuştur. Bu politika kontrasepsiyon hakkındaki bilgileri arttırmayı, insanlara kontraseptifler sunmayı ve sağlık hizmeti sunucularını bu konuda eğitmeyi amaçlamaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın bildirim sistemi, DPT’nin 5 yıllık kalkınma planı ve DİE tarafından periyodik olarak yayımlanan istatistikler ile bu kanunun toplumdaki sonuçlarının izleme mekanizması oluşturulmuştur. Bu yasa sayesinde kaba doğum hızı 1960 ile 1978 yılları arasında **yüzde 12 oranında düşmüştür**. Ayrıca anne ölüm oranı da 1974 yılında 100.000 canlı doğumda 208 iken 1981 yılında bu sayı 132’ye düşmüştür. Cinsiyete özel bilgiler Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının yanı sıra

Nüfus Sayımları ve Sağlık Bakanlığı kayıtlarından da cinsiyet ayrışımı verilerden de edinilebilir. Bu verilerin bazı otoriteler ve karar vericiler için bir rehber görevi gördüğü müdahale programlarında esas alındığı söylenebilir (**Bakınız Matris IV ve Ek II**).

İncelenen beşinci mevzuat ise yine ulusal düzeyde uygulanan **İkinci Nüfus Planlaması Kanunuydu** (1983). Bu yasanın uygulanmasından Sağlık Bakanlığı sorumludur, ancak yasada sektörlerarası işbirliğine özel bir vurgu yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı üniversiteler, sosyal sigorta kurumları, Radyo ve Televizyon Kurumu ile diğer hükümet birimleri, mesleki örgütler ve sivil toplum kuruluşları ile işbirliği yapar denilmektedir. Bu kanun doğurganlığın düzenlenmesi, kontraseptiflerin üretilmesi ve sunulması, gebeliklerin sona erdirilmesi ve cerrahi sterilizasyon da dahil nüfus planlanması konusunu çok kapsamlı olarak ele almaktadır. Bu kanun incelendiğinde toplumsal cinsiyet ve sağlık konusundaki hedefleri kısmen de olsa karşıladığı görülmüştür. Her ne kadar önceki politikalar kadınları biyolojik üreme konusundaki rolleri ile ilişkilendirmiş olsa da bu yeni kanun, isteyerek düşük konusundaki kararı esas olarak kadına vermiştir. Bu kanun, gebeliklerin sona erdirilmesi konusunda bireyin evlilik durumu ile ilgili olarak herhangi bir ayrımcılığa müsaade

etmemektedir. Bu yeni politika ile beraber doktorların nezaretinde ve güvenli koşullarda gebeliklerin sona erdirilmesine müsaade edilmiştir. Ayrıca cerrahi sterilizasyon da 18 yaşın üstündeki kadınlar ve erkekler için sınırlandırılmamıştır. Bu politika yüksek risk taşıyan gebelik oranlarını ve anne ölümlerini azaltmayı ve etkili kontraseptif yöntemleri için her yıl çiftlerin en az % 5'ine ulaşmayı hedeflemektedir.

Bu politikanın takip edilmesinden sorumlu olan mekanizmalar Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Danışma Kurulları, Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, Nüfus Sayımları ile Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanan Beş Yıllık Kalkınma Planlarıdır. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Türkiye Büyük Millet Meclisinde oluşturulmuş olan komisyon, Devlet Planlama Teşkilatı, Kadın Sağlığı Komisyonu (KASAKOM) ve 14 üniversitedeki Kadın Araştırma ve Uygulama Merkezleri (Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunların Araştırma ve Uygulama Merkezi bunlardan biridir. Toplumsal cinsiyete duyarlı bakış açılarının sağlık politikalarına dahil edilmesini güvence altına alması beklenen mekanizmalardır. Seçilen politika bağlamında, toplumsal cinsiyet konusundaki veriler Devlet İstatistik Enstitüsü'nden, bu konuda araştırma

yapan üniversitelerden ve Sağlık Bakanlığı’ndan edinilebilir. Bu konuda politika oluştururken 1978 Yılındaki Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasından, Devlet İstatistik Enstitüsü ile Sağlık Bakanlığı’ndan ve özellikle de üniversiteler tarafından gerçekleştirilen araştırmalardan çok önemli veriler esas alınmıştır. Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü ile Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı (bu bölüm aynı zamanda 1978 yılından bu yana ve halen Aile Planlaması konusunda DSÖ işbirliği merkezidir) tarafından ortaklaşa gerçekleştirilen araştırma bulguları, 2827 Sayılı Yasanın isteyerek düşük, eğitilmiş ebe-hemşirelere rahim içi araç uygulaması (RIA) hizmetleri konusunda yetki verilmesi ve eğitilmiş pratisyen doktorlara gebeliklerin sonlandırılması konusunda yetki verilmesi konularında 3 önemli maddenin gerekçesini düzenlemede bilimsel temel olarak kullanılmıştır. **(Bakınız Matris V ve Ek II).**

SONUÇLAR VE TARTIŞMA

Üreme sağlığı ve “istenmeyen / planlanmamış gebelikler ve aile planlaması” konusunda toplumsal cinsiyet perspektifinin sağlık politikasına ne düzeyde entegre edilmiş olduğunu belirlemek için beş büyük kanunun incelendiği bu Türkiye çalışması, genel olarak sorun tanımlamada, gündem belirlemede ve politika oluşturmada cinsiyet farklılığına dikkat edilmesi gerektiğini göstermiştir. Ancak, mevcut mevzuatlara bağlı olarak hangi aşamada kararların verildiği, politikaların uygulandığı ve izlendiğini açıklayacak başka araştırmalara da ihtiyaç duyulmaktadır. Sadece mevzuatların incelenmesi toplumsal cinsiyet perspektifinin gerçek hayata dahil edilip edilmediğine karar vermek için yeterli değildir. Bu konu yasanın oluşturulmasına dek geçen, toplumdaki mevcut gerçekler dahil her aşamayı o dönemin bakış açısı ile incelenmelidir. Ancak o zaman toplumsal cinsiyet eşitliğine duyarlı politikaların yaşama geçirilmesinde nelerin, nerelerde ve nasıl etkileneceği ve değiştirilmesi ile ilgili daha doğru bilgiler/veriler elde edilecektir. Ayrıca Üreme Sağlığı konusunda toplumsal cinsiyete duyarlı politikaların gerçekten de uygulanıp uygulanmadığını görmek için daha da bilgilendirici olan periferik düzeylerden bilgi toplanması önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın ilk aşamasından itibaren yapılan genel gözlemler şunlardır;

- Toplumsal cinsiyet eşitliği ve hakkaniyeti kavramı geçmişte tanımlanmamıştır, bu yüzden bu konu vurgulanmamış ve genel olarak toplumsal cinsiyet perspektifi (toplumsal cinsiyete özgü, duyarlı görüşler) eski tarihli mevzuatlarda yer almamıştır.
- Cinsiyetler arasındaki farklılıklar ve bir cinsiyetin dezavantajları vurgulanmış ve incelenen kanunlarda bazı önleyici tedbirler öngörülmüştür.
- Üreme sağlığı ile ilgili olarak; bu konu genelde kadınlar için öngörülen bir konu olmuştur; önceki mevzuatlarda kadınların üreme konusundaki rolleri aşırı vurgulanırken yeni yasalarda bu durum değişmiştir. Örneğin önceleri kadınlar demografik amaçlı bir araç olarak görülürken kendi rızası olmadan doğurganlığa zorlanmıştır. Ancak son yasalarda kadınlara kendi doğurganlığı hakkında karar verme hakkı tanınmıştır. Bu çok önemli bir husustur.
- Yasalarda her zaman kadınlar hedeflenmiştir. Her ne kadar ülkedeki üreme sağlığı erkeklerin aile planlamasına daha fazla katılımı ile ve kadınlar ile erkeklerin üreme sağlığı konusundaki gereksinimlerinin eşit ve adil olarak karşılanmasıyla mümkün olsa da, üreme sağlığı konusunda erkeklerin katılımı tüm politika oluşturma aşamalarında göz ardı edilmiştir.

Bu Çalışmadaki Temel Kısıtlılıklar Şunlardır;

- Eski/yeni mevzuatların dilini, hatta Türkçesini bile, anlamak ve yorumlamak çok zor olmuştur (1930). Ayrıca bazı mevzuatlara ilişkin yasa gerekçesi olan açıklayıcı bilgiler mevcut değildir, bazen de bu bilgilere ulaşmakta zorlanılmıştır.
- Bu çalışmada ele alınan konularda yasaların haricinde de pek çok politika dokümanı vardır, ancak zaman kısıtlaması yüzünden çalışma ekibi sadece 5 mevzuatı inceleyebilmiştir.
 - Bu çalışmaya ayrılan süre epey kısa olmuştur; bu nedenle ileride benzer çalışmalar sürdürülmelidir. Esasen yapılan çalışma çerçevesinde, UNFPA'nın desteğiyle, toplumsal cinsiyet eşitliği ve hakkaniyeti mevzuatta bulunsa da uygulamalarda ne ölçüde yer aldığını incelemek için, mevcut çalışmanın ikinci aşamasının da gerçekleştirilmesi planlanmıştır. Bu çalışmada önce Türkçe olarak planlanmış ve daha sonra da benzer şekilde İngilizceye çevrilmiştir. Aynı anda iki dilde yapılmak zorunda olunması kuşkusuz daha çok zaman almıştır.
 - Zaman kısıtlamasından dolayı araştırmanın birinci aşamasında sadece iki kilit uzman ile görüşme yapılmıştır.

ÖNERİLER

Araştırma bulguları ışığında Türkiye için önerilen:

- Politika yapıcıları, üreme sağlığı ile ilgili politika oluşturan ve bu politikayı geliştiren ilgili sektörler ve özellikle de hukukçular için toplumsal cinsiyet eşitliğinin dikkate alınması konusunda savunuculuk faaliyetleri devam etmelidir.
- Demokratik parlamenter sistemde mevzuatları milletvekilleri hazırlamaktadırlar, bu nedenle bu kişilerin tamamı toplumsal cinsiyet perspektifi konusunda eğitilmeli ve duyarlı hale getirilmelidir. Ayrıca toplumsal cinsiyet perspektifleri konusunda yeterli bilgiye sahip kadın milletvekillerinin de meclisteki oranı arttırılmalıdır.
- Toplumsal cinsiyet perspektifinin sağlık politikasının gelişimine dahil edilebilmesi için toplumsal cinsiyet konularında doğru bilgilere gerek duyulmaktadır.
- Cinsiyet ayrışıklı veriler bazen toplumsal cinsiyet konusundaki bilgiler ile karıştırılabilir. Bu nedenle cinsiyet ile toplumsal cinsiyet konusundaki karışıklık da dikkate alınmalıdır.
- Toplumsal cinsiyet eşitliği perspektifinin sağlık politikalarına dahil

edilmesi bir anlamda teorik bir konudur, bunun uygulamalara yansımada durumu incelenmelidir, bu nedenle bu araştırmamızın 2. aşamasına da ihtiyaç duyulmaktadır.

- Toplumsal cinsiyet eşitliği ile ilgili bilgilerin politika yapıcılar (milletvekilleri dahil), STK’lar, sağlık personeli, toplumdaki kadın/ erkekler ve medya gibi ilgili kurumlara dağıtılması, onlarla iletişimin sürdürülmesi çok önemlidir, bu yüzden çeşitli politika görüşmeleri gerçekleştirilmelidir.
- Analizde ve politika oluşturmada sadece toplumsal cinsiyet eşitliği değil aynı zamanda toplumsal cinsiyet hakkaniyeti konusunun da dikkate alınması gerekir.
- Mevcut yasalar, toplumsal cinsiyet konusunu ihmal eden noktalar ve toplumsal cinsiyet duyarlılığı açısından taranmalıdır. Yeni mevzuatlar geliştirilirken toplumsal cinsiyet konularının izlenecek politikayla birleştirilmesi ve politikaya dahil edilmesi de sağlanmalı ve dikkate alınmalıdır.
- Üreme sağlığı politikalarının her aşamasında erkeklerin katılımı da sağlanmalıdır.
- Üreme sağlığı ve “istenmeyen / planlanmamış gebelikler ve aile planlaması” konusunda toplumsal cinsiyet perspektifinin sağlık politikasına ne düzeyde entegre edilmiş olduğunu belirlemek için beş büyük kanunun

incelendiği bu Türkiye çalışması, genel olarak sorun tanımlamada, gündem belirlemede ve politika oluşturmada cinsiyet farklılıklarına dikkat edilmesi gerektiğini göstermiştir. Ancak, mevcut mevzuatlara göre ne ölçüde kararların verildiği, politikaların uygulandığı ve izlendiğini ortaya koyacak başka araştırmalara da ihtiyaç duyulmaktadır.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ için öneriler:

- Bu çalışmaya ayrılan süre kısa olmuştur ve bu nedenle ek çalışmalarla konuya katkı yapılmasının uygun olacağı düşünülmüştür. Türkiye, çalışma ile ilgili olarak UNFPA’nın de desteğiyle mevcut çalışmanın ikinci aşamasının da gerçekleştirilmesi planlanmıştır.
- Üye devletlere, uluslararası örgütlere ve STK’lar da dahil bu konuyla ilgilene diğer kuruluşlara bu bilgilerin gönderilmesi çok önemlidir. Bu yüzden DSÖ tarafından, bu bilgilerin dağıtılacağı buralara iletilebileceği bir mekanizma oluşturulmalıdır.
- Toplumsal cinsiyet meselelerine dair standart tanımlamalar açık değildir. Öncelikle standart bir terminoloji kabul edilmelidir, daha sonra da bu yerel, ulusal ya da bölgeye özel bir terminolojiye uyarlanmalıdır. Kesinlikle Toplumsal Cinsiyet Tanımlamaları & Göstergeleri

oluşturulmalı ve test edilmelidir (Bu, DSÖ için başka bir çalışma alanıdır). Spesifik bir sağlık politikasının toplumsal cinsiyet duyarlılığı gösterip göstermediğine karar vermede kullanılacak ölçütler açıkça ifade edilmelidir.

- DSÖ, bu çalışmanın sonuçlarını Dünya Bankası ve Avrupa Birliği de dahil olmak üzere diğer BM Sağlık kuruluşlarına iletmelidir.
- Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikalarına Dahil Edilmesi konusunda sağlık politikalarının ne şekilde inceleneceği, henüz iyi anlaşılmiş bir konu değildir; bu yüzden bu konuda uygulanmış olan yöntem açık göstergelerle basitleştirilmeli/ standart hale getirilmelidir.
- Bu rapor resmi yollardan DSÖ’ye üye ülkelere gönderilmelidir.
- DSÖ tarafından uygulanan politika ve ve programların da toplumsal cinsiyet konusunda duyarlı olup olmadığı bir vaka çalışması olarak incelenmelidir.
- “Toplumsal cinsiyet konularının” tüm küresel ve bölgesel DSÖ programlarına dahil edilmesi için her türü çaba gösterilmelidir.
- DSÖ, 7 ülkede gerçekleştirilen bu vaka çalışmalarının sonuçlarını topluma duyurmak için ülke içinde en az 2 tanıtım toplantısı düzenlemelidir.
- DSÖ, toplumsal cinsiyet konusundaki çalışmalar için belirli bir bütçe tahsis etmelidir.

• “Tek bir DSÖ” hatta “Tek bir BM” ilkesi kabul edildiği için bölgesel faaliyetler DSÖ Merkezine iletmeli ve işbirliği yapılmalıdır .

• Bu çalışma dahilinde, toplumsal cinsiyet konusunun incelenmesi gereken daha birçok mevzuat ve düzenleme vardır, bu nedenle isteyen ülkeler maliyeti fazla olmayan bu uygulamaya devam etmelidir.

DSÖ – REHBERLERİ KONUSUNDA YORUMLAR

- Bu rehberler iyi geliştirilmiş / iyi hazırlanmıştır ve yararlı olmuştur, yapılacak incelemeleri büyük ölçüde kolaylaştırmaktadır. Bu rehberlerin benzer çalışmalarda kullanılması uygun olacaktır.
- Matrisler bulguları özetlemeye yardımcı olmuştur, ancak mevcut hali ile doldurulmalarında sorunlar yaşanabilmektedir bu nedenle bazı konularda/başlıklarda değişiklik yapılması gerekir, ayrıca rehberlerin ek açıklamaları da yapılmalıdır.

Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

MARTİS 1. Politikanın Adı: 1982Türkiye Cumhuriyeti Anayasası				
	Dahil edilen toplumsal cinsiyet konuları	Kolaylaştırıcı faktörler	Dahil edilmeyen toplumsal cinsiyet noktaları	Engeller
Hedefler	1980 Anayasası bireylerin hak ve özgürlüklerinin sağlanmasını dikkate almaktadır. Temel toplumsal cinsiyet konuları maddelerinde spesifik olarak görülebilmektedir.	Devletin/ülkenin gelişmişlik düzeyi.	Spesifik bir toplumsal cinsiyet yaklaşımı görülmemektedir	Toplumsal cinsiyet kavramı o zamanlar pek dikkate alınmamıştır.
Politika Geliştirme Aşamaları	Sorun şu şekilde açıklanmaktadır: “1961 Anayasasının bireylerin hak ve özgürlükleri konusundaki maddelerinde bazı boşluklar vardı. Ayrıca, parlamenter rejimin yasama ve yürütme ile ilgili getirdiği tüm şartların gerçekleştirilmesi ve uygulanması da gerekmektedir. Yürütme güçlendirilmeli ve adaletin kontrolü yasalara uygun olarak yapılmalıdır. Burada da kadın ve erkeklerin de dahil edildiği genel bir yaklaşım vardır.	Yukarıdaki ile aynıdır.	--	--
• Sorun Tanımı				
• Planlama	Dilleri, ırkları, renkleri, cinsiyetleri, siyasi görüşleri, felsefi inançları, dinleri, mezhepleri ve bu tür farklılıklara bakmaksızın tüm insanları kapsayacak şekilde genel olarak eşitlikten bahsedilmektedir (Madde 10). Bazı maddelerde ise eşitlik ve hakkaniyet konularında toplumsal cinsiyete de özel olarak vurgu yapılmaktadır. Eşitlik konusuna değinen bir diğer madde ise 42. Maddedir ve bu kız ve erkek öğrencilere eğitim konusunda eşit davranılması gerektiğinin önemini vurgulamaktadır. Hakkaniyet de göz önünde tutulan başka bir faktördür. Kadınların çalışma koşulları konusunda özel bir korumadan yararlanmaları gerektiği ifade edilmiştir. Özellikle de annelerin korunmasına değinilmiştir. Türk anne ve yabancı bir babadan olan çocuklar ile siyasi partilerin kadın kolları kurma hakları konuları ile ilgili konularda toplumsal cinsiyet ayrımcılığına yol açan maddeler ve hükümler kaldırılmıştır.	Eşitlik demokrasinin vazgeçilmez üç ilkesinden birisi olarak tanımlanmıştır. Ayrımcılık kesinlikle yasaklanmıştır ve devlet kurumları ile idari otoritelerin bu eşitliğin sağlanması konusunda sorumlu oldukları belirtilmiştir. Anayasaya sonradan eklenen hükümlerde ise CEDAW'ın (Kadınlara Karşı Tüm Ayrımcılığın Kaldırılması Sözleşmesi) Kabul edilmesi ve 4. Kadın Konferansından etkilenilmiştir.	Kadınlar, fiziksel ve zihinsel engelli insanlar hakkındaki aynı başlık altında, “Sosyal Güvenlik Bakımından Özel Olarak Korunması Gerekenler” adı altında sınıflandırılmaktadır. Bunun kadınlara daha düşük bir statü verdiği de tartışılabilir. Ayrıca yasanın tüm kadınlar yerine sadece şehit eşlerini, evli kadınları ve anneleri hedef alması adil değildir.	Toplumsal cinsiyet 1980'lerin Türkiye'sinde fazla kullanılan ve vurgulanan bir kavram/deyim değildi.
• Uygulama	Bu konu araştırmanın ikinci aşamasında daha ayrıntılı olarak araştırılacak ve incelenecektir.	--	--	--
• İzleme	Bu konu araştırmanın ikinci aşamasında daha ayrıntılı olarak araştırılacak ve incelenecektir.	--	--	--
Sürecin özellikleri Politika geliştirmede yer alan toplumsal cinsiyet uzmanları	Mevcut değil	-	-	-

Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

MARTİS 2. Politikanın Adı: 1593 Sayılı Umumi Hıfz-ı Sıhha Kanunu, 1930				
	Dahil edilen toplumsal cinsiyet konuları	Kolaylaştırıcı faktörler	Dahil edilmeyen toplumsal cinsiyet noktaları	Engeller
Hedefler	Kısmen mevcuttur.	Genel olarak olumsuz sağlık koşulları ve nüfusun ihtiyaçları	Bu yasa çerçevesi tüm kurumların sağlık konusundaki görevlerini ve sorumluluklarını tanımlamakta ve ülkede mevcut sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak yeni hükümler ve düzenlemeler getirmektedir.	O zamanlar toplumsal cinsiyet anlayışı yoktu
Politika geliştirme aşamaları	Kadınların sağlığı genelde doğurganlığı özendirici politika ile desteklenerek doğurganlık açısından ele alınmaktadır. Özellikle de 169. madde kadınlar gebelikleri sırasında risk altında olduklarını ve kız çocuklarının gelecekte anneliğe hazırlanmaları için çocuk bakımı dersleri almalarını vurgulayan özel bir koruma olarak da kabul edilebilir. Başka bir açıdan bakılacak olursa da, Madde 169'un kız çocuklarının onları gelecekte anneliğe hazırlanmaları için çocuk bakımı dersleri almalarını vurguladığı için toplumsal cinsiyet konusunda negatif bir tutum sergilediği de söylenebilir.	"Umumi Hıfz-ı Sıhha Kanunu" özellikle de sağlık konularına odaklanan bir araçtır. Kadın ve erkek sağlığı ile ilgili bir çok madde içerir. Bu kanundaki bazı maddeler toplumsal cinsiyet eşitliğini vurgularken bazıları da toplumsal cinsiyet ayrımcılığını yansıtmaktadır.	Bu kanunda toplumsal cinsiyet ayrımcılığını yansıtan kadın ile erkek sağlığına ilişkin bazı maddeler vardır. Bu maddelerden bazıları genel olarak kadınları desteklemek yerine anneliği desteklemektedir. Bazı maddelerde ise kadın vücudunu ve doğurganlığı bir araç olarak göstermektedir.	Bu dönemde toplumsal cinsiyet anlayışı yoktu; kültürel ve geleneksel toplumsal cinsiyet rollerinin engel teşkil ettiği söylenebilir
• Sorun tanımı				
• Planlama	Bilgi elde edilememiştir.	Bilgi yok	Bilgi yok	Bilgi yok
• Uygulama	Risk gruplarına öncelik veren eşitlikçi bir yaklaşım; ancak yasada vurgulanan pozitif ayrımcılık kadınları değil anneliği desteklemektedir ve bu da kadınların toplumdaki geleneksel rollerini daha da güçlendirmektedir.	Politika yapıcılarının genel tutumları	-	-
• İzleme	Umumi Hıfz-ı Sıhha Kanunu sağlık kurumları ile sağlık kurumlarında çalışanların belirli konularda rapor vermek zorunda oldukları bir bildirim sistemi oluşturmaktadır. Bu kanun aynı zamanda okul müfredatlarında sağlık derslerinin ve sağlık konularında halkın eğitilmesi için programların başlatılmasını zorunlu kılmaktadır. Bu kanun ihlaller durumunda hapis ve para cezalarını da öngörmektedir. Aşırı doğurganlığı teşvik eden maddeler sonradan değiştirilmiştir.	Yeni mevzuat yürürlüğe girmiştir (224, 557)	-	O sıralar toplumsal cinsiyet anlayışı yoktu
Sürecin özellikleri Politika geliştirmede yer alan toplumsal cinsiyet uzmanları	Yok	Mevcut değil	Böyle bir uzman yoktur	Bu dönemde toplumsal cinsiyet anlayışı yoktu

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

MARTİS 3. Politikanın Adı: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında 224 Sayılı Kanun, 1961				
	Dahil edilen toplumsal cinsiyet konuları	Kolaylaştırıcı faktörler	Dahil edilmeyen toplumsal cinsiyet noktaları	Engeller
Hedefler	Bu kanunun hedeflerinin bir kısmını, tüm vatandaşlara ücretsiz ve eşit sağlık hizmetlerinin sağlanması oluşturmaktadır. Kadın ve erkekler devlet tarafından eşit vatandaşlar olarak kabul edilmektedir.	Ülkenin sağlık göstergeleri bu kanuna neden olmuştur. Kadın ve erkeklerin sağlık koşullarının iyileştirilmesi için yeni, kapsamlı ve çok amaçlı sağlık hizmetlerine gerek vardı.	O sıralar toplumsal cinsiyet kavramı konusunda mevcut bir anlayış olmadığı için sadece biyolojik cinsiyetler dikkate alınmıştır.	<ul style="list-style-type: none"> • Toplumsal cinsiyet konularında anlayış eksikliği • Eğitim, çalışma statüsü ve kadınların toplum ile ailede toplumsal cinsiyet konusundaki rolleri gibi kültürel engeller
Politika geliştirme aşamaları				
• Sorun tanımı	Bölgesel farklılıklar devlet tarafından önemli bir öncelik olarak kabul görmüştür. Kadınlar aile sağlığının, özellikle de çocuk sağlığının geliştirilmesinde birincil olarak kabul edilmiştir. Bu aşamada kadınlar genelde “anne”, “eş” ve “ev kadını” olarak kabul edilmekte ve onlara bu şekilde davranılmaktadır.	Kadınların sosyal statü seviyelerinin ve üreme sağlığı koşullarının yetersiz olduğu tanınmıştır.	Politika yapıcılar geleneksel kadın rolünü korumuşlardır. Ancak öte yandan bu politikanın hedefi çok çocuklu kadınlar ile eğitimsiz kadınlardır. Kadınların sağlık bilgilerinin artması ile, sağlıklı ve mutlu aile yaşamının oluşturulması amaçlanmıştır.	Yukarıdakiler ile aynı.
• Planlama	Kadınlar, aile sağlık sorunlarının çözümünde (eşlerinin, çocukların ve ailenin) sağlık bakımını sunan kişiler olarak kabul edilmiştir.	Kadınların çoğu evlerde, ev kadınıdır. Kadınların hedef grup olarak seçilmesi ile kadınların üreme sağlıklarının yanı sıra ailenin sağlık durumunu da iyileştirebilir.	Kadınlar “anne”, “eş” ve “evin kahyası” olarak görülmüştür. Bu çerçevede onların temel rolü geleneksel / ataerkil değerlerle tanımlanmıştır.	Yukarıdakiler ile aynı.
• Uygulama	Kadınlar aile sağlık sorunlarının çözümünde (eşlerinin, çocukların ve ailenin) sağlık bakımını sunan kişiler olarak kabul edilmiştir.	Yukarıdaki ile aynı.	Yukarıdaki ile aynı.	Yukarıdakiler ile aynı.
• İzleme	Ülkenin az gelişmiş bölgeleri uygulama alanı olarak seçilmiştir. Sağlık Bakanlığı anne ve çocuk sağlığını düzenli olarak izlemiştir.	Kadınların eğitim düzeyi ve AÇS konularında veri toplama mekanizması oluşturulmuştur.	Yer almamıştır.	Altyapı, ataerkil değerler ve yasanın kısmen uygulanması
Sürecin özellikleri				
• Politika geliştirmede yer alan toplumsal cinsiyet uzmanları	O sıralar herhangi bir toplumsal cinsiyet algılayışı yoktu. Ancak sağlık uzmanları kadınların sorunlarını ve üreme sağlığı ile ilgili olumsuzlukları vurgulamışlardır.	-	Politika yapıcılar tarafından sadece engelli kadınlar ve kadınların doğurganlık konusundaki rolleri sağlık konusunda önemli kabul edilmiştir.	Bu tür uzmanların olmaması

Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

MATRİS 4. Politikanın Adı: Nüfus Planlaması Kanunu 557 Sayılı Kanun, 1965				
	Dahil edilen toplumsal cinsiyet konuları	Kolaylaştırıcı faktörler	Dahil edilmeyen toplumsal cinsiyet noktaları	Engeller
Hedefler	<ul style="list-style-type: none"> • Kısmen (+). Ancak doğurganlığı özendirici kanundan sonra devlet doğurganlığı teşvik etmeyen bir nüfus politikası izlemeye başlamıştır ve ilk nüfus planlaması kanununu yürürlüğe koymuştur 	<ul style="list-style-type: none"> • Kadın sağlığı üzerine aşırı doğurganlığın etkileri ile ilgili mevcut olumsuz tablo 	<ul style="list-style-type: none"> • Kısmen (+). 	<ul style="list-style-type: none"> • O sıralar ülkede toplumsal cinsiyet konusunda herhangi bir anlayış yoktu.
Politika geliştirme aşamaları <ul style="list-style-type: none"> • Sorun tanımı 	<ul style="list-style-type: none"> • Kısmen (+) - Kanunun gerekçesinde istenmeyen gebeliklerin kötü sonuçlarına değinilmiştir - kadın ve erkeklerin farklı ihtiyaçları göz önünde tutulmuştur 	<ul style="list-style-type: none"> • İsteyerek düşük yüzünden artan anne ölümleri • İstenmeyen gebelik vakalarındaki yüksek artış • STKlar ve çeşitli sektörler tarafından yürütülen savunuculuk faaliyetleri 	<ul style="list-style-type: none"> • Kısmen (+). 	<ul style="list-style-type: none"> • Düşük konusunda muhafazakar ve geleneksel yaklaşım • Cerrahi kontrasepsiyon konusunda bilgi eksikliği • Demografik endişeler daha etkiliydi
<ul style="list-style-type: none"> • Planlama 	<ul style="list-style-type: none"> • Kaynak tahsisi • Hükümet desteği 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazla nüfusun negatif ekonomik etkileri 	-	-
<ul style="list-style-type: none"> • Uygulama 	<ul style="list-style-type: none"> • Kaynak tahsisi • Hükümet desteği 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontraseptiflerin ithali ve satışı yasal hale gelmiştir • Hükümet tüm kontraseptifleri ücretsiz sağlamaktadır 	<ul style="list-style-type: none"> • Toplumsal cinsiyet görüşünün uygulanmasında karşılaşılan zorluklar 	<ul style="list-style-type: none"> • Kişisel kabul • Kontraseptifler konusunda yetersiz sağlık eğitimi • Eğitimli personel eksikliği • Sosyal sınırlamalar
<ul style="list-style-type: none"> • İzleme 	<ul style="list-style-type: none"> • Kısmen (+); cinsiyete özel nitel veriler toplanmıştır, ancak toplumsal cinsiyete özgü konular belirtilmemiştir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının Sonuçları • SB araştırmalarının sonuçları • Devlet Planlama Teşkilatı Raporları 	<ul style="list-style-type: none"> • İzlemede karşılaşılan zorluklar 	<ul style="list-style-type: none"> • O sıralar ülkede toplumsal cinsiyet konusunda herhangi bir anlayış olmadığından periyodik ve toplumsal cinsiyete özgü verilerin eksikliği • Yetersiz kayıt ve rapor tutma sistemi
Sürecin özellikleri <ul style="list-style-type: none"> • Politika geliştirmede yer alan toplumsal cinsiyet uzmanları 	Yok	-	-	<ul style="list-style-type: none"> • Kadınların politika oluşturmaya katılımları konusunda muhafazakar ve geleneksel yaklaşım

Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

MARTİS 5. Politika'nın Adı : 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Kanunu, 1983				
	Dahil edilen toplumsal cinsiyet konuları	Kolaylaştırıcı faktörler	Dahil edilmeyen toplumsal cinsiyet noktaları	Engeller
Hedefler	<ul style="list-style-type: none"> • Kısmen (+) İsteyerek düşük ve AP yöntemi tercihi kadının kararına bağlıdır 	<ul style="list-style-type: none"> • Bilimsel çalışmanın sonuçları, bunlar kanunun hedeflerine rehberlik etmiştir 	Kısmen (+)	<ul style="list-style-type: none"> • Bu dönemde ülkede toplumsal cinsiyet konusu yeterince farkedilmemektedir.
Politika geliştirme aşamaları				
<ul style="list-style-type: none"> • Sorun Tanımı 	<ul style="list-style-type: none"> • Anne ölümleri hala fazladır • İstenmeyen gebelikler sorun olmaya devam etmiştir 	<ul style="list-style-type: none"> • Güvenli olmayan düşüğe bağlı anne ölümleri konusunda bilimsel araştırma sonuçları • Üniversiteler tarafından gerçekleştirilen savunuculuk faaliyetleri 	-	-
<ul style="list-style-type: none"> • Planlama 	<ul style="list-style-type: none"> • Kısmen (+). Kontraseptif yöntemler için özel bir bütçe ayrılmıştır 	<ul style="list-style-type: none"> • Kaynak tahsisi • Hükümet desteği 	-	-
<ul style="list-style-type: none"> • Uygulama 	<ul style="list-style-type: none"> • Kısmen (+) İsteyerek düşük ve AP yöntemi tercihi kadının kararına kalmıştır. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kaynak tahsisi • Hükümet desteği 	Uygulamada sorunlarla karşılaşmıştır	<ul style="list-style-type: none"> • Kişisel kabul • Kontraseptifler konusunda sağlık eğitimi yetersizdir
<ul style="list-style-type: none"> • İzleme 	<ul style="list-style-type: none"> • Kısmen (+); Cinsiyete özel nitel veriler toplanmış fakat toplumsal cinsiyete ilişkin konular belirtilmemiştir 	<ul style="list-style-type: none"> • Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları sonuçları • SB araştırmaları sonuçları • Devlet Planlama Teşkilatı Raporları 	<ul style="list-style-type: none"> • Kısmen (+); son iki- TNSA toplumsal cinsiyet konusunu göz önünde tutmaktadır (evlenmemiş kadınlar & erkekler de araştırmaya dahil edilmiştir) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemik ve toplumsal cinsiyete özel veri eksikliği • Kadın sağlığı konusunda muhafazakar ve geleneksel yaklaşım
Sürecin özellikleri				
<ul style="list-style-type: none"> • Politika geliştirmede yer alan toplumsal cinsiyet uzmanları 	<ul style="list-style-type: none"> • Kısmen (+); Sadece toplumsal cinsiyete duyarlı bilim adamları bu gelişim aşamasında yer almıştır 	<ul style="list-style-type: none"> • Ana Çocuk Sağlığı ve AP Genel Müdürlüğü • Kadın sağlığı komisyonu ve araştırma grupları • CEDAW • Kadın sorunları konusunda Üniversite Araştırma Merkezleri 	-	-

Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

(ÇALIŞMANIN İKİNCİ AŞAMASI)
TOPLUMSAL CİNSİYET PERSPEKTİFİNİN
TÜRKİYE’DE ÜREME SAĞLIĞI POLİTİKASINA ENTEGRE EDİLMESİNE İLİŞKİN
KONULAR VE PERSPEKTİFLER

Genel Bilgiler

Bu çalışma, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM) tarafından DSÖ/EURO (Avrupa Bölge Ofisi) ile işbirliği içerisinde yürütülen vaka çalışmasının izlemi olarak gerçekleştirilmiştir. Bu vaka çalışması Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi rehberleri doğrultusunda Türkiye’de Üreme Sağlığı politikasındaki toplumsal cinsiyet perspektifinin içeriğini ve boyutunu ortaya koymuştur. İki üreme sağlığı konusu yani istenmeyen gebelikler ve aile planlaması konuları Türkiye’deki üreme sağlığı politikası açısından incelenmiştir. Bu amaçla Türkiye Cumhuriyetinin beş önemli mevzuatı, toplumsal cinsiyet konularını dikkate almaları çerçevesinde içerikleri açısından ayrıntılı olarak incelenmiştir. Bu beş mevzuat şunlardır: 1) Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1980); 2) “Umumi Hıfz-ı Sıhha Kanunu” (1930, #1593); 3) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (1961, #224); 4) 1965 yılındaki İlk Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (#557) ve 5) 1983 yılındaki Nüfus Planlaması

Hakkındaki yeni kanundur (1983, #2827). Bu Vaka Çalışmalarının sonuçları 2004 yılındaki DSÖ Avrupa Bölgesi Toplantısında sunulmuş ve bu raporun önceki bölümüne dahil edilmiştir. Ayrıca bu çalışma özet bulguları DSÖ/Avrupa Bölgesi tarafından da diğer ülkelerle birlikte basılmıştır. (Akın ve Bahar-Özvarış 2004).

Kısaca değinilecek olursa, bu Vaka Çalışması anayasadaki yeni değişiklikler ile beraber Türkiye’de genel anlamda kadınlar ve erkekler için sağlık koşullarını koruyacak ve geliştirecek daha adil yasaların yürürlüğe girdiğini göstermektedir. Bu yasaların bazen kadınlar için pozitif ayrımcılığı öngörmesine karşın bu yasalarda satır aralarında yer alan kadın tanımlamaları, evli kadınlar üzerine vurgu yaptığı ve kadınların toplumdaki rollerini genelde annelik ve ev kadınlığına indirgediği için toplumsal cinsiyet bakış açısından duyarlı olmayıp sorunlu bulunmuştur. Ayrıca kadın sağlığı konusundaki yasaların genelde doğurganlık ile ilgili sorunları öne çıkardığını ve sadece birkaçında doğurganlık dışındaki konulara değinildiğini de belirtmekte

fayda vardır. (Akin ve Bahar-Özvarış 2004).

Bu konuda vaka çalışmalarının yapılması, uygulamada, sağlık politikalarının yasalaşması ile ilgili diğer bir önemli sorunu gündeme getirmiştir. İyi bir mevzuat her zaman iyi uygulamaların garantisi olmayabilir ve kanunlar bir taraftan üreme sağlığı konusunda fırsatlar ve özgürlükler getirirken öte yandan kadınların gerçek hayatta karşılaştıkları sorunlar ve engeller daha farklı olabilir, ya da tam tersi bir durum da gerçekleşebilir. Bunun çok kapsamlı ve zor bir sorun olmasına karşın, sağlık politikasının uygulamaya geçilmesi hususunda önemli konuları ortaya koymak ve yasalar ile bunların uygulamaları arasındaki bağlantıları oluşturabilmek amacıyla HÜKSAM ekibi UNFPA Türkiye Ofisinin de desteği ile Türkiye’de farklı kesimler ile görüşmeler yapmıştır. Bu rapor, politika yapıcılar ve sağlık hizmeti sunucuları ile yapılan görüşmeler doğrultusunda hazırlanmıştır. Bu çalışma aile planlaması ve gebeliğin sona erdirilmesine ilişkin uygulamalar ve hizmetler konusuna odaklanmıştır. Ancak yarı planlanmış görüşmeler sırasında üreme sağlığı konusunda diğer konular da gündeme getirilmiş ve bu önemli konulardan bazıları araştırmanın tamamı ile ilişkili olduğu için bu raporda bahsedilmiştir.

Kilit bilgi kaynakları ile yapılan görüşmelerde ele almaya çalışılan başlıca araştırma sorunları şunlardır:

1. Üreme sağlığı konusunda toplumsal cinsiyet perspektifinin sağlık politikasına entegre edilmesi bağlamında, Türkiye’de “üreme hakları” konusundaki düşünceler nelerdir? Türkiyedeki kadınlar için üreme hakları bağlamı nedir ve kadınların bu konudaki deneyimleri nelerdir?
2. Nüfus Planlaması ile ilgili yeni revize edilmiş yasaya göre tüm kontraseptif yöntemlerden ve güvenli düşük hizmetlerinden bu hizmetleri kullanmak isteyen herkes yararlanabilmelidir. Bu konuda Türkiye’deki mevcut durum nedir? Bu yasadaki taahhütler tam olarak gerçekleşmekte midir? Bu hizmetlerden yararlanmak isteyen kadın ve erkekler gerçekten de AP’ye ve isteyerek düşük hizmetlerine erişebiliyorlar mı? Eğer erişemiyorlarsa bu konudaki engeller nelerdir?
3. Sağlık politikası aile planlaması ve isteyerek düşük hizmetlerinin erişilebilirliğinde nasıl bir rol üstlenmektedir? Bu konuda sağlık politikasının gerçek hayatta getirdiği engeller nasıl bir etkiye sahiptir? Sağlık politikası veya yasası ile açıklanamayan ancak kurumlar ya da sağlık çalışanları tarafından ortaya konan, prosedür

açısından başka ayrımcı ya da yanlı uygulamalar var mıdır?

4. Politika ve yasalara bakmaksızın, üreme sağlığı alanında engel teşkil edebilecek toplumsal cinsiyet konularının kültürel bağlamı nedir?

Birkaç faktör bir araya gelerek bir etki yarattığı için yukarıda belirtilen konulara verilen tepkilerin net bir sınırı yoktur. Bu raporda, araştırma sorularını özellikle vurgulayarak Türkiye’deki kontraseptif ortama dair genel bir görünüş sunmak için aşağıdaki bölümler hazırlanıldı. Bu araştırmanın temel içeriği, görüşleri ve geleceğe dair bakış açısı ise sonuç bölümünde yer almaktadır.

YÖNTEMLER

İstanbul, Ankara, Diyarbakır ve Mardin’den kilit bilgi kaynakları ile otuz adet yarı yapılandırılmış kapsamlı görüşme yapılmıştır (Bakınız Ek IV). Kilit bilgi kaynakları çeşitli farklı kurumlardan seçilmiştir ve bunlar arasında aşağıdakiler vardır: Kadın Sivil Toplum Kuruluşlarından temsilciler, aile planlaması konusunda çalışan sivil toplum kuruluşlarından temsilciler, üniversitelerin halk sağlığı bölümlerinden aile planlaması programı sorumluları, üniversitelerin Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümlerinden aile planlaması ve düşük klinikleri sorumluları; Sağlık Bakanlığına ait kliniklerin hizmet

sunucuları ve klinik sorumluları, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması şube müdürleri ve kadın sağlığı konusuyla ilgilenen iki mecl (TBMM) üyesi katılmıştır. Bu araştırmaya katılan STK’lardan üçü özellikle aile planlaması, üreme sağlığı ve üreme hakları konularında çalışan kişilerdir, diğer dört STK ise kadın sağlığı konusunu gündemlerine alan fakat genelde kadın hakları konusuyla ilgilenen kuruluşlardır. Aile planlaması ile ilgilenen STK’lardan ikisi Türkiye coğrafyasında geniş bir alanda faaliyetlerini sürdürmektedirler ve Doğu ile Güneydoğu Anadolu Bölgeleri de dahil Türkiye’nin her bölgesinde çalışmalarını devam ettirmektedirler. Aile planlaması konusunda çalışan diğer STK ise yerel bir şubedir ve Diyarbakır ilinde hizmetlerini sürdürmektedirler. Kadın Sivil Toplum Kuruluşlarından üçünün merkezi İstanbul’dadır. Bunlardan birisi Doğu Anadolu Bölgesi de dahil Türkiye’nin farklı bölgelerinde de hizmet etmektedir, diğer ikisi ise daha çok İstanbul’da yaşayan kadınlara odaklanmıştır. Kadın Hakları ile ilgilenen STK’lardan birisi de Diyarbakır’da yerleşik bir kuruluştur. STK’ların temsilcileri çoğunlukla müdürler yada bu STK’ların program yöneticileridir. Ancak sahada, bunların gözetmenleri ve yerel düzeyde hizmet sunucuları ile de görüşmeler yapılmıştır.

Türkiye’nin Doğu bölgelerinde bulunan Diyarbakır ve Mardin şehirleri doğudaki durumu yansıtmaları için seçilmişlerdir. Bu illerden her ikisi de, özellikle de Diyarbakır Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinin kırsal alanlarından önemli ölçüde göç almışlardır ve çok az gelişme göstermiş illerdir. Aynı zamanda bu bölgelerde Kürtçe, Zazaca, Arapça ve diğer dilleri de ana dil olarak kullanan etnik gruplar vardır. İstanbul ve Ankara’da gecekondü bölgelerine hizmet veren kişilerle de görüşülmüştür. Bu büyük şehirlerin her ikisi de yoğun nüfuslu, kozmopolit şehirlerdir ve hatta aynı şehir içerisinde bile yerel farklılıklar mevcuttur. Ayrıca sivil toplum kuruluşlarının çoğunun merkezi ya İstanbul ya da Ankara’dadır. Bu dört şehir ve kilit bilgi kaynakları bu konuda farklı özellikleri ve coğrafyaları yansıtmaları şeklinde seçilmişlerdir. Tüm görüşmeler mülakata katılan kişilerin mekanlarında gerçekleştirilmiştir, ayrıca uygun görülen alanlara saha ziyaretleri de yapılmıştır (Kliniklere, hizmet alanlarına, halkın toplanma yerlerine, okuma yazma kurslarına vs.). Bu çalışmada temsili bir nitelik ortaya koymak yerine Doğu Anadolu’daki, Türkiye’nin kırsal kesimlerindeki, şehirlerdeki ve Büyükşehirlerin gecekondü mahallelerindeki sorunlara ilişkin çeşitli bakış açıları toplanmaya çalışılmıştır. Tüm mülakatlar arasından 23 tanesi banda kaydedilmiştir. 7

mülakatta ise görüşme yapılan kişi banda kaydı istememiştir (Bu kişilerden ikisi meclis üyesidir, 3’ü Mardin’li, 2’si ise Diyarbakırlı’dır). Ayrıca görüşmeler sırasında notlar alınmıştır. Banda kaydedilen tüm görüşmelerin banda çözümleri de yapılmıştır. Görüşmelerin çoğunda bilgi kaynağı olarak birey hedef alınmış olmasına rağmen bazı görüşmeler, örneğin Ankara, Diyarbakır ve Mardin’deki hizmet sunucuları ile yapılan görüşmeler ile Diyarbakır ve İstanbul’daki STK temsilcileri ile yapılan görüşmeler, grup halinde yapılmıştır. Bu tür grup görüşmeleri için uygun ortamlar hazırlandı ve bu sayede görüşme yapılan kişilerin birbirlerine zıt görüşler belirtebildiler. Bu görüşmelerde HÜKSAM ekibi tarafından bu çalışma için özel olarak hazırlanmış yarı yapılandırılmış görüşme rehberi kullanılmıştır (**Bakınız Ek V**).

HÜKSAM, ayrıca, bu çalışmanın sonuçlarına bağlı olarak daha da geliştirilecek olan bir pilot test aracı teşkil etmek üzere aile planlaması hizmetleri ile ilgili ifadeler listesi hazırlamıştır. Bu ifade listesinde üreme sağlığı konusunda toplumsal cinsiyet perspektifleri hakkında 27 madde vardır ve bu test aracı kapsamlı görüşmeler yapıldıktan sonra bilgi kaynaklarına uygulanmıştır. Bu araştırmanın sonucu bu rapora entegre edilmemiştir, fakat hem bu madde listesi hem de bilgi kaynaklarının tepkileri bu

raporda sunulmaktadır (**Bakınız Ek VI**).

Diyarbakır’da bir kadın grubu ile görüşme yapılabilmiş ve bu kadınlardan üreme konusunda başlarından geçen olayları anlatmaları istenmiştir.

Bu görüşme, kadınların hayatları ve çocuk sahibi olma (ya da olamama) konusunda karar verme süreçleri ile ilgili değerli bilgiler vermiştir.

Bu görüşmelerden alınan pasajlar bu çalışmada yer alan bazı konuları vurgulamak ya da desteklemek için kullanılmıştır. Görüşmelerde ortaya çıkan konulara bağlı olarak tüm veriler incelenmiş ve bu verilerin sunumu sırasında doğrudan alıntılar (kaydın deşifresi) yapılmıştır. Ayrıca, en son Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçları da bazı konulara açıklık getirmek ve bu konuları tartışmak için kullanılmıştır. (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2004).

BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu çalışma ile ilgili bulgulara geçmeden önce Türkiye’deki doğurganlık ve kontraseptif kullanım düzeyi ile ilgili son durumunu gözden geçirmekte yarar vardır. Kontraseptif kullanımı 1965 yılındaki ilk nüfus planlaması kanunu ve 1983 yılında isteyerek düşüğün yasalaşması ile beraber Türkiye’de her zaman destek görmüştür. Türkiye neredeyse 40 yıldır başarılı bir şekilde doğurganlığı azaltıcı bir program uygulamaktadır ve toplam doğurganlık hızı (TDH) 1978 yılında 4.3 iken bu 2003 yılında 2.2’ye düşmüştür (Şekil 1). Ancak hala önemli coğrafi farklılıklar vardır.

Batı, Kuzey ve Orta Bölgelerde TDH 2003 yılında 1.9 iken Akdeniz Bölgesinde bu 2.3’tür, Güney ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde ise 3.7’dir. 2003 yılı TNSA’ya göre 15 ile 49 yaş arası tüm evli kadınların toplam % 42.5’si modern (etkilil) kontraseptif yöntemi kullanmaktadır. Yine Güney ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri kontraseptif kullanım oranları bakımından daha geridedir. Belki de Türkiye’de kontraseptif kullanımı ile ilgili en çarpıcı özellik geri çekme yönteminin çok yüksek oranda kullanımıdır. Şekil 2’de de gösterildiği gibi, geri çekme yöntemi, 2003 yılı itibarıyla % 26.4 ile evli çiftlerde en çok tercih edilen yöntemdir, bunu % 20.2 ile rahim için araç uygulaması (RIA),

% 10.8 ile kondom, % 5.7 ile tüp ligasyonu ve % 4.7 ile doğum kontrol hapları takip etmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü 2004). Diğer önemli bir özellik ise aile planlamasında isteyerek düşüğün sık kullanımıdır. 1998 yılı TNSA sonuçlarına göre her yüz gebelikte isteyerek düşük oranı tüm Türkiye’de % 15.3 olarak hesaplanmıştır, kentsel alanlarda yaşayan eğitimli kadınlarda oran nispeten daha yüksektir (Akın ve Enünlü, 2002).

Bazı uzmanlar Türkiye’nin doğurganlık konusundaki geçiş dönemini tamamladığını belirtmektedirler (Behar 1995). Bölgelerde TDH’nın yenilenme düzeyinin altında olması bu geçişin bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Ancak Türkiye’de karşılanamayan gereksinim oranı (çocuk sahibi olmak istemeyen ancak etkili bir kontrasepsiyon yöntemi de kullanmayan kadın oranı) İstanbul gibi büyük şehirlerin gecekondu mahallelerinde bile hala çok yüksektir. Türkiye’nin üreme sağlığı ile ilgili konulardaki durumu farklı sektörlerden ve çevrelerden hizmet sunucuların bir araya gelerek etkili / en uygun bir çözümü ortaya koymalarını gerektirmektedir. Türkiye’de böyle bir uygulamaya temel teşkil etmesi için aşağıdaki konular dikkate alınmalıdır.

Türkiye’de “Üreme Hakları” Kavramı

Üreme sağlığında toplumsal cinsiyet perspektifinin sağlık politikasına entegre edilmesine ilişkin konulara bakıldığında, “üreme hakları” kavramı, sağlık mevzuatındaki yaklaşımda ve gerçek hayatta kadınların deneyimlerinde farklı olarak ortaya çıkmaktadır. Görüşme yapılan kişilerden bazıları, özellikle de kadın STK’larına üye olanlar ile Türkiye’de kadın hakları konularında çalışanlar, kadının bir birey olarak kabul edilmediği müddetçe “üreme hakları”ndan bahsedilemeyeceğini vurgulamışlardır. Kırsal alanlarda, özellikle de Doğu ve Güneydoğu Bölgelerinde hala yaygın olan genç yaşta ve zorla gerçekleştirilen evlilikler, kadınlara adına karar verilmesi onların kimlik sahibi olmalarına izin verilmediğini gösteren önemli örneklerdir. Diyarbakır ve Mardin’den gelen hem hizmet sunucular hem de STK temsilcileri bölgedeki çoğu kadının “üreme haklarına” sahip olan ve bu hakları kullanan kişiler değil de üremeden “sorumlu” kişiler olarak görüldüklerini vurgulamışlardır.

Bu nedenle eğer bir kadın çocuk doğurma (bazı durumlarda erkek çocuk doğurma) konusunda ailesinin ve toplumun beklentilerini karşılamadıysa, bu durum kadının başarısızlığı olarak kabul edilmektedir. Kadınların vücutlarını

nasıl algıladıkları bir STK temsilcisi tarafından şöyle ifade edilmektedir:

“Burada kadınlar vücutlarının kendilerine ait olduğunu düşünmez... ..Vücutları kocalarına ve ailesine aittir. Kadınları eğiteceğimiz zaman bu eğitime kadınların vücudu ve temel fizyolojik fonksiyonları ile başlarız. ...Daha sonra kadınlar yavaşça vücutlarının kendilerine ait olduğunu anlamaya başlarlar ve bu konuda kararlarını verebilirler ... Bu, zaman alır ...” (AP STK Gönüllüsü, Diyarbakır)

Bu yüzden “üreme hakları” kavramı bazı kadınlar için konu dışıdır. Kadın konusunda çalışan STK’ların ve aile planlaması alanındaki STK’ların uyguladıkları program dahilinde sürekli olarak “üreme hakları”nı vurgulamaları önemlidir. Kadın STK’larındaki genel eğilim, sağlığın bir görev için olmasa bile kadınları bir araya getiren önemli bir konu olduğudur. Görüşme yapılan kişiler arasında kadın STK’larından gelen kilit bilgi kaynakları, faaliyetlerini, kadınların belirttikleri gereksinimlere, doğurganlığın kontrolü ile ilgili konulara ve bir grup kadınla çalıştıktan sonra ortaya çıkan aile içi şiddete bağlı olarak düzenlemek ve yeniden organize etmek zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Bu gereksinim Diyarbakır örneğinde olduğu gibi Aile Planlaması STK’ları ile diğer kadın STK’ları arasında başarılı bir işbirliğine yol açmıştır. Bu durumda yerel belediye tarafından desteklenen ancak buna rağmen bağımsız bir tutum sergileyen

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi: BİR VAKA ÇALIŞMASI

kadın STK’larında üreme sağlığı gereksinimlerini aktaracak ve çözecek bir uzman raporu olmamasına rağmen üyeleri bu konuların ne şekilde ele alınacağına dair Aile Planlaması STK’sından eğitim almışlardı. Eğitimin ikinci aşaması bu araştırmanın mülakat aşaması sürerken hala devam etmekteydi. Öte yandan Aile Planlaması STK’ları kadınlarla çalışırken yada eğiticileri eğitirken “haklar” konusunu her zaman için vurgulamışlardır. Daha büyük AP STK’larından ikisi ise halk eğitimi programlarına kadın hakları ve üreme hakları konularını dahil etmişlerdir. Bu çalışma STK’ların talebi karşılamasından ziyade “farkındalık arttırma” çabası olarak görülmüştür. Etkili kontraseptifler için talebi arttırma ve ailelerin kontraseptifleri kullanmalarına yardımcı olma çabaları, kadınların güçlendirilmesi sürecinin bir parçası olarak kabul edilmiştir. İstanbul ve Diyarbakır’dan gelen STK temsilcileri de “en eğitilmiş insanların bile üreme hakları konusunu bilmeyebileceklerine” işaret etmişlerdir. STK temsilcilerinden birisi şöyle demiştir:

“Belki bazı kadınlar CEDAW’ı (Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi) duymuştur... Fakat genelde çok az kadın grupları bunu biliyor ve bu konuda programlar gerçekleştiriyor. ... “Anneler Derneğine ” gidin ve sorun, bunu bilmezler. “Beyaz Menekşeler veya “Papatyalar” ” da bunu bilmezler. ...Hatta yasalar bile

uluslararası sözleşmelerin anayasanın üstünde olduğunu bilmez”. (AP STK Direktörü, İstanbul).

“Üreme hakları” ve “doğurganlığın kadınlar tarafından kontrolü” konusunda Türk kültüründe kadınların doğurganlığına verilen değer hala büyüktür ve bu da kadınların doğurganlık düzeylerinde etkilidir. Kamu çalışanları, hizmet sunucular ve STK grubu bazı kadınların çok çocuk doğurmayı kendilerini ifade etmenin bir yolu olarak gördüklerinden ve aslında kendilerini güçlü hissettikleri için çok çocuk sahibi olabileceklerine değinmişlerdir. Çoğu kadın çocuk sahibi olmak isterken ve “normal” olan bu iken, kadınların “daha fazla güçlü olmak” için çocuk doğurmalarının bunda ne kadar etkili olduğu açık değildir.

“8-10 çocuk doğuran bir kadın “Bakın hala gencim ve çocuk doğurabilirim. Benim cinselliğim önemlidir... Ben yaşlı değilim.... Kocam başka bir kadınla evlenmeyecek, çünkü ben hala gencim ve çocuk doğurabiliyorum...” şeklinde düşünebilir. Bu bir kadının düşüncesi olabilir, belki de o kadının eşine kendisini ifade etmesinin tek yoludur. Ben böyle düşünüyorum” (Ebe, Sağlık ocağı, Diyarbakır)

Hem erkekler hem de kadınlar için toplum içinde “güç” olarak algılanan erkek çocuk tercihi de bazı kadınların istememelerine rağmen daha fazla çocuk doğurmalarına neden olabilir. Bir kadın

ile yapılan görüşme örneğinde, bu kadın kocası erkek çocuk istediği için 3 kız çocuğundan sonra da çocuk yapmaya devam etmiştir. Sonunda bu kadın aslında ideali “2 erkek, 2 de kız çocuğu” olmak üzere 4 çocukken on bir çocuk doğurmuştur. Ek VII’de bu kadının hikayesinin tamamını bulabilirsiniz (**Ek VII**).

Yapılan görüşmeler sırasında üreme sağlığının uygulanmasında “toplumsal cinsiyete duyarlı” yaklaşım ve “Toplumsal cinsiyet perspektifinin sağlık politikasına entegre edilmesi” sorun teşkil etmeye devam etmiştir. Öncelikle çoğu Aile Planlaması ve düşük hizmeti sunucuları mevcut yasanın (1983 yılında kabul edilen 2827 sayılı nüfus planlaması yasası) özelliklerini bilmemektedir ve sağlık personeli dışındakilerin doğum kontrol hapi dağıtmalarının yasalara uygun olup olmadığı, düşükte “kocanın imzasının” şart olup olmadığı veya evlenmemiş bir kadının yada bir dini topluluktan gelen kadının düşük için başvurması durumunda ne yapılacağı gibi konularda tartışmalar devam etmektedir.

Kamu kurumlarında düşük ve acil kontrasepsiyon konularında çok az farklılık gösteren standart bir Aile Planlaması prosedürü vardır. Çoğu zaman kamu sağlık kuruluşları kendilerine gelen hizmet alıcılara hizmet

vermektedir ve Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunda “sağlık kuruluşlarına gelemeyenlere ulaştırılması” ve “talebin artırılması” şeklinde ifadeler yer almasına rağmen bu uygulamalar yapılmamaktadır. Tam tersine, aşırı iş yükü ve personel yetersizliği konusunda şikayetlerde bulunulmuştur. Bu yüzden, üreme sağlığı mevzuatının uygulanması hakkında doğrudan sorular sorulduğunda bu uygun cevaplar da verilmemiştir. “Toplumsal cinsiyete duyarlı” yaklaşımın spesifik göstergeleri olmadan yapılan işlemlerde kadınların özel gereksinimlerinin göz önünde tutulup tutulmadığını sormak güç olmuştur. İngilizcesi “Gender” olan toplumsal cinsiyet kelimesinin Türkçeye çevirisi de çok sorunludur ve bu kelime “sosyal cinsiyete” yakın anlamdadır; toplumsal cinsiyet perspektifinin sağlık politikasına entegre edilmesine ilişkin doğrudan sorular ebeler, hemşireler, doktorlar ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanları gibi her düzeydeki sağlık personeli için çok anlamlı olmamıştır. Bu durum, kadın Aile Planlaması STK temsilcilerinin ve Üniversitelerin Halk Sağlığı Bölümlerinden yanıtlayıcılar söz konusu olduğunda farklı olmuştur Çünkü bu ortamlarda “Kadın Erkek Eşitliği politikalarının ana plan ve politikalara entegre edilmesi” ile ilgili sorunlar ve konular tanımlanmakta ve tartışılmaktadır. En az iki ortamda, sağlık çalışanları “üreme sağlığı” veya “toplumsal cinsiyet”

konusunda herhangi bir eğitim almadıklarını, ama almak istediklerini söylemişlerdir.

Aşağıdaki bölümlerde anahtar bilgi kaynaklarının perspektiflerine dayalı olarak Aile Planlaması ve düşük hizmetleri ile ilgili spesifik konulara yer verilmektedir. Öncelikle, kadınlar için istedikleri zaman kontraseptif yöntemlere erişme ve kullanma olanağına sahip olup olmadıklarına dair Aile Planlaması ile ilgili temel “toplumsal cinsiyet” konusu tanımlanacaktır. Aynı durum erkekler için de geçerlidir. Yapılan analizlerdeki anahtar nokta politikaların ve mevzuatın kadın ve erkeklerin ihtiyaçları olduğunda kontraseptiflere erişebilmelerine yardımcı olup olmadığı ve veya engel teşkil edip etmediğidir. Benzer bir yaklaşım düşük hizmetleri için de kullanılmıştır ve varsayımsal hizmet alan – sunan, işlemi kadınların düşük isteyip istemediğine yada bu düşüğü fazla olumsuzluk yaşamadan ve ertelemeden yapmaya karar vermelerini sağlamışsa başarılı sayılmıştır. Elde edilen veriler Türkiye’deki üreme sağlığı ortamının kültürel bağlamını da göstermektedir.

Kontraseptif hizmetler buna ihtiyaç duyanlar için gerçekçi biçimde sunulabilir düzeyde mi?

Yapılan görüşmelere ve karşılanamayan gereksinimler konusundaki yüksek rakamlara bakarak bu soruya kısaca verilen cevap “hayır” idi. Ancak, hem

kamu sektörü hem de STK’lardan gelen temsilciler genellikle kadınların, gerçekten de bu konuda kararlarsa Türkiye’nin neredeyse her yerinde bir kontraseptif yöntemi kullanabilecekleri konusunda fikirbirliğine sahiptiler. Bu şu şekilde anlatılmaktadır:

“Bir kontraseptif bulmak gerçekten de zor değildir. Eğer bir kadın gerçekten de bir kontraseptif yöntemini isterse, bunu Türkiye’de bulabilir.” (AP STK gönüllüsü, İstanbul)

Esasında bu açıklama çoğu hizmet sunan tarafından da ifade edildiği gibi Türkiye’deki kontraseptif hizmetlerinin özeti gibi görünmektedir. Bu görüş aslında Türkiye şartlarında bir kadın RİA uygulanması için 2-3 kez gitmişse veya sağlık kuruluşlarından ücretsiz olarak hap alamadığında bunu eczaneden satın alabilmişse bir şekilde kabul edilebilir görünmektedir. Bu çalışmada “Gerçekçi erişimi” kontraseptifleri makul bir ücret karşılığı fazla zorlanmadan alabilme olarak tanımladık. “Makul bir ücret karşılığı fazla zorlanmadan alabilme” tanımının kişiden kişiye değişeceği kesindir, ve literatürde “erişim” sağlık kliniğine fiziksel uzaklık anlamında da tanımlanmaktadır; bazen de bu hizmetin yada ürünün olup olmadığı anlamında da kullanılabilir (Ross, 1995). Bu araştırmada görüşmeye katılan kişilerden erişim konusunda karşılaştıkları zorluk düzeyi hakkında öznel değerlendirmeler

yapmaları istenmiştir. Fiziksel erişim ve maliyet konuları kontrasepsiyon için en büyük sorun olarak gösterilemezken (isteyerek düşük konusunda maliyet önemli bir sorundur) hizmetin sunulması ile ilgili sorunlar ve hizmet alandan gelen talepler bu konudaki temel sorunlar olarak ortaya çıkmıştır. Farklı erişim sorunları aşağıda alt başlıklarla açıklanmaktadır.

Kamu Sağlık Kuruluşlarında Bulunmayan Kontraseptifler

Farklı sektörlerden yanıtlayıcılardan bazıları “bu malzemelerdeki sorunun” bazı dönemlerde kontraseptiflerin bulunamayışı ve hizmetlerin kesintiye uğraması olduğunu vurgulamışlardır. Bu özellikle de kondom ve hap için geçerlidir.

“AP kliniğindeyken bazen her şey yolunda gözükürken elimizdeki malzeme bitiyor... ve yeni malzemelerin gelmezi iki-üç ay sürüyor. ...” (Doktor, AP Kliniği, Diyarbakır)

“Örneğin, 3-4 ay yetecek hap getiriyoruz, insanlar buna alıyor. Onlar alışınca ve biz de onlara 'Bakın hapları ücretsiz dağıtıyoruz, bir kart sistemimiz var (kayıt tutmak için) vesaire ...' Daha sonra 3-4 ay boyunca elimizde hap olmuyor ...Feci!... Yine başladığımız yere dönüyoruz”. (Ebe, Devlet Hastanesi, Diyarbakır).

“Bir kadının en az 3-4 ay hapa devam etmesi lazım ...Kadın bu hapları unutabilir yada doğru kullanmayabilir...”

İlk aylarda hapları kullanırken hata yapabilir, yanlış anlayabilir... fakat bunu kadına üçüncü kez anlattığınızda kadın anlar ve hatasını düzeltir. ... Fakat daha sonra kadına bir ay boyunca yada 2 ay boyunca hap veremeyebiliyoruz (tam da kadın buna alıştıktan sonra). Daha sonra kadın yine 2 ay kullanır, sonraki iki ay ise haplar yine yoktur ...Kadının tek derdi de haplar değildir zaten ... (Yani bu onun öncelik verdiği konu değildir)...Daha sonra her şey karışık bir hal alır ...” (Hemşire, Devlet Hastanesi, Diyarbakır)

Belirtilenlerden de anlaşılacağı gibi, hizmet sunucular malzemelerin tedarik edilmesinde yaşanan kesintilerden düş kırıklığına uğramış görünmekteydiler. Bu durum özellikle hap konusunda sıklıkla yaşanmaktaydı. Kaliteli hizmet sunmak isterlerken ve hizmet ettikleri halkla iyi anlaşırken, kayıtları iyi tutarken, hizmetlerin ellerinde olmadan kesintiye uğramasıyla tüm emeklerinin boşa gittiğini düşünmekteydiler. Hizmet sunucular, hizmet ettikleri halk tarafından kontraseptif malzeme bulunamaması ile ilgili neredeyse tüm sorunlardan kendilerinin sorumlu tutulduklarını, bununla birlikte hapların ne zaman geleceğini bilemediklerini ve, bunun kendilerinden kaynaklanmadığını halka anlatamadıklarını belirtmişlerdir. Bu durum hizmet sunucular ile hizmet

alanlar arasındaki anlaşmazlıkları artıran bir neden olmaktadır.

Diyarbakır ve Mardin’e yapılan saha gezilerinde de hap ve kondom bulunmadığı görülmüştür. Diyarbakır gibi büyük bir şehirde bile hap sadece bir devlet/STK kuruluşunda bulunabilmiştir, o da AP STK’nın yerel bir şubesidir. İki doğumevi ve bir ana çocuk sağlığı kliniği dahil olmak üzere ziyaret edilen diğer hiçbir sağlık kuruluşunda dağıtmak üzere hap mevcut değildi. Bunun nedeni Sağlık Bakanlığı’nın hap satın alımını sona erdirmek zorunda kalmış olmasıdır, ancak bürokrasideki bazı gecikmeler yüzünden de devlet kuruluşlarında iki ay daha hap bulunmayacaktı. Ancak eczanelerde bu haplardan vardı ve 4-12 Dolar arası bir fiyattan satılmaktaydı. Ne varki hap kullananlardan çoğu bunları devlet kuruluşlarından ücretsiz almaya alıştığı için farklı sektörlerden bazı hizmet sunucular, devlet kuruluşlarında hap bulunmamasının bazı kadınlarda düzenli hap kullanımında soruna neden olabileceği konusunda hemfikirler

Sağlık personelinin önyargılı tutumu

Özellikle AP STK’ların bahsettiği ve sunulacak iyi bir hizmetin önünde engel teşkil eden bir başka konu ise, sağlık personelinin hormonal kontraseptiflere özellikle de doğum kontrol haplarına karşı olan önyargılı tutumlarıdır. Bir AP

STK temsilcisi, Türkiye’de doğum kontrol haplarının yetersiz düzeyde kullanılmasının arkasındaki en büyük sebeplerden biri olarak sağlık personelinin ön yargılı tutumunu işaret etmiştir. Yanıtlayıcılardan biri de bu görüşü aşağıdaki şekilde desteklemiştir:

“Kadınlarla çalışırken onları her açıdan tarıyoruz. Kadın hap kullanmak istiyorsa ve buna uygunsa, kendisini bir sağlık evine sevk ediyoruz. Ama bu defa da sağlık evindeki bir ebe “Hap sana iyi gelmez, içinde hormone var, kısırlığa sebep olabilir” diyor. Aynı şey enjeksiyonlar için de geçerli. [Diyorlar ki] amenoreye sebep olur, şunu yapar, bunu yapar...Bu konuda çok fazla baskı ile karşı karşıyayız...” (AP STK gönüllüsü, İstanbul)

Ayrıca, sağlık personelinin kontraseptif yöntemler hakkındaki yanlış bilgisi veya inancı da Türkiye’de yöntem bırakma oranlarının yüksek olmasının bir sebebi olarak görülmektedir. Yanıtlayıcılardan biri, Türkiye’de herhangi bir yöntemi terk etmede “sağlık personelinin tavsiyesi”nin önemli bir neden teşkil ettiğini düşündüğünü ifade etmiştir. Bir başka önyargı ise, sosyo-ekonomik statüsü düşük olan kadınların hapi doğru şekilde kullanamayacağı şeklindedir:

“Doktorlar herşeyi biliyorlar ve kadınlar yerine karar veriyorlar... Bu çok ilginç... Kadının ilacı yanlış kullanacağına, hap kullanamayacağına dair onun adına karar vermek...” (AP STK Program Direktörü, İstanbul).

“Kadını evine geri yolladıktan sonra, (Doğu’daki) bu genç doktor dedi ki: ‘Haptan bahsetmedim... Hapları kullanamaz... Genç bir doktor, iyi niyetli bir doktor. Düşünebiliyor musunuz? (AP STK Program Direktörü, İstanbul).

STK yanıtlayıcılarının hizmet sunucuların yanlı tutumları ve hizmet sunumundaki başarısızlıklarla ilgili işaret ettiği konular, sonraki bölümlerde görüleceği gibi, devlet sektöründeki hizmet sunucular ve yanıtlayıcılar ile yapılan mülakatlarda söz konusu edilmiştir. Öte yandan, AP STK’larının olmasa da Türkiye’de kadın hakları konusunda çalışan STK’ların da kontraseptiflerin “zararlı etkileri” olduğu yönünde yanlış inanışları mevcuttur. “Ağrı’da uygulanan spiral iyisi mi? Ya da sağlıklı bir şekilde uygulanıyor mu?” şeklinde soru soran bir yanıtlayıcı olmuştur. Bu hanım aynı zamanda Avrupa’da yaşayan bir arkadaşının kendisine Avrupa’da piyasadan toplanan hapların Türkiye’de kullanıldığını söylediğini belirtmiştir. Bu, Türkiye’de kullanılan diğer ilaçlar için doğru olabilir ya da olmayabilir, ancak hemen hemen tüm markaların bulunduğu özel sektörde hap piyasası her zaman için “disiplinli bir piyasa” olmuştur. Devlet kliniklerinde dağıtılan haplar düşük dozludur ve yüksek kalitelidir; bunlar ABD ve FDA tarafından onaylanmış olan haplardır.

Bir AP STK yanıtlayıcısının belirttiği gibi, geçmişte kondom pazarı iyi durumda değildi ve daha ucuz ve daha düşük kaliteli kondomlar epeyce yoğun şekilde satılmaktaydı. Ancak, doğum kontrol haplarında durum epeyce farklıydı ve “düşük kaliteli hap” diye bir durum hiçbir zaman gerçekleşmedi. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı (TAPV) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada hap kullananlarla ilgili olarak saptanan bir sorun, kadınların yüksek dozda haplar satın aldıkları ve kullandıkları ve hap kullananların neredeyse %60’ının bu yüksek dozları kullandığı şeklinde ortaya çıkmıştır. Kadınlar genellikle kullanacakları markayı etraflarındaki diğer kadınlara sorarak seçmektedirler; piyasaya yüksek doz geldiğinde çoğu kadın onu seçmektedir, çünkü diğer kadınlar da böyle yapmaktadır. TAPV’nin yürüttüğü bir sosyal pazarlama kampanyası yoluyla yüksek ve düşük doz haplar konusundaki trend tersine çevrilmiştir. Yani, Türkiye’deki hapların Avrupa veya Amerika pazarlarındaki haplardan daha zararlı olduğu söylentisinin sağlam bir zemini yoktur. Kontraseptif yöntemlere duyulan bu güvensizlik temellerini, kadınların bedenlerini ve gereksinimlerini görmezden gelen “maskulin tıp sistemi”ni eleştiren Batı feminist modelinden alıyor gibi görünmektedir.

“Evli kadınlar” dışındaki gruplara hizmet sunulmakta mıdır?

Üreme sağlığının toplumsal cinsiyet yönüyle ilgili anahtar noktalarından biri de erkekler ve kadınlar için hizmetler tasarlanması olmuştur. Tüm görüşmelerde ve bölge ziyaretlerinde doğum kontrol ve düşük hizmetlerinin tamamıyla evli olan kadın hizmet alıcılarına yönelik tasarlanmış olduğu açıkça görülebilmekteydi. Buna iki istisna, Diyarbakır ve Ankara’daki üniversite sağlık sistemi içerisindeki adolesan üreme sağlığı birimleri olmuştur. Kamu hizmet sektöründe çalışanlara toplumsal cinsiyete duyarlı hizmet sunum sistemleri veya tasarımlarıyla ilgili ayrıntılar sorulduğunda, bu kişiler neredeyse sadece kadınlarla çalıştıklarını ve bunun onları toplumsal cinsiyete karşı duyarlı yaptığını belirtmişlerdir. Dolayısıyla, yalnızca kadınlara hizmet sunmanın, toplumsal cinsiyete duyarlı bir yaklaşım olarak algılandığı görülmüştür. Hizmetlerin kadınların ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tasarlandığı ve çok sayıda kadının bundan yararlanmış olduğu doğrudur.

Ancak toplumsal cinsiyet açısından, uygulamada hizmet sunum sisteminin dışında kalan, özellikle de erkekler, evlenmemiş kadınlar ve adolesanlar gibi diğer gruplar, hizmetleri kimin kullanıp kimin kullanamayacağı konusunda hiçbir

bir sınırlama içermeyen üreme sağlığı politikasıyla çelişmektedirler. Aile planlaması hizmetleriyle ilgili sağlık mevzuatıyla ilgili genel anlayış; yaş, cinsiyet ve medeni durum gözetmeksizin ihtiyacı olan herkesin hizmetleri kullanabilmesidir.

Hizmetlerin evli kadınlar için tasarlanmış olmasına rağmen, hizmet verenlerin genelde doğum kontrol konusunda yardım isteyen kişiye medeni halini sormadıkları ve erkekleri veya evli olmayan insanları geri çevirmedikleri unutulmamalıdır. Tüm gruplardan ve coğrafi bölgelerden hizmet verenler, erkeklerin ve evli olmayan kadınların çoğunlukla sosyal ve kültürel sebeplerden ötürü kamu hizmetlerini kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Pek çok katılımcının, erkeklerin kondom almak amacı ile bir devlet hastanesine gitmekten utandıkları için özel hizmetleri veya eczaneleri kullanmayı tercih ettiklerini düşündüğü görülmüştür. Evli olmayan kadınların ise devlet kuruluşlarına çok nadiren uğradığı, onun da evlenmeden önce korunma yöntemleriyle ilgili bilgi almak için olduğu görülmüştür. Bugün Türkiye’nin büyük bir kısmında toplumsal normlara göre seks evlilikle beraber başlamak zorundadır. Dolayısıyla, evlilik öncesi seksin iması bile kadınlar için oldukça lekeleyici bir durumdur. Bu şartlar altında, evli olmayan insanların, özellikle de

kadınların neden mahremiyet düzeyi daha az olan kamu kuruluşlarını bilgi almak için bile tercih etmedikleri anlaşılabilir bir durumdur.

Erkeklerin kullanabilecekleri yöntemler sınırlıdır. Fakat Türkiye’de geri çekme yönteminin çok yüksek oranlarda kullanımı, erkeklerin doğurganlığı sınırlamak arzusundaki kaydadeğer katkısı olarak yorumlanabilir. İstanbul’da yapılan nitel bir çalışmaya göre hem erkekler hem de kadınlar geri çekmeyi, “yapay” tıbbi yöntemlere kıyasla , “doğal” ve “zararsız” bir yöntem olarak görmektedirler (Cebeci-Save, Erbaydar vd. 2004). Fakat geri çekmedeki başarısızlık oranının yüksek olduğu tahmin edilmektedir ve modern yöntemlerin kullanımında erkek katılımının giderek arttığı her kategoriden yanıtlayıcılar tarafından kuvvetle desteklenmiştir. Ayrıca erkeklere hizmet sunma konusunda herhangi bir yasal veya prosedür ile ilgili engelin olmadığı belirtilmiştir. Gerçekte, devletin hiçbir aile planlaması kliniği vazektomi önermemektedir. Bu aile planlaması kliniklerinin bir kısmı tüp ligasyonu ameliyatları gerçekleştirmekteydi, dolayısıyla daha basit olan vazektomi işleminin uygulanması için gerekli lojistik zaten mevcuttu. Vazektominin sunulmamasındaki temel sebebin eğitimli personel eksikliği olduğu belirtilmiştir.

Erkeklerin modern korunma yöntemlerini kullanmaktaki isteksizlikleri aynı zamanda kültürel engellerle de açıklanmıştır. Özellikle Türkiye’nin doğusundan, eşlerinin sağlık sorunları ve tıbbi kontrendikasyonlar nedeniyle yöntemleri kullanamadıkları durumlarda bile erkeklerin kontraseptif kullanımını nasıl da şiddetle reddettiklerini gösteren birkaç örnek verilmiştir:

“Çamaşırhanemizi düzenli olarak kullanan bir kadın var. Çok ciddi sağlık sorunları var. Oturamıyor, oturduğunda bacakları uyuşuyor... Kocası kontraseptif kullanmak zorunda. Bunu ona doktor söylemiş. Önceden hap kullanıyormuş, iğneler ona iyi gelmemiş, rahim içi araç ve benzeri şeyleri de kullanamıyordu. Kocası bir yöntem kullanmak zorunda. Bunu kocasına söylediğinde kocası “Seni de sana bunu söyleyen hemşireyi de öldürürüm” demiş. Yani bazı erkekler bunu onur meselesi haline getiriyorlar ve eşlerini tehdit ediyorlar. Kesinlikle hiçbir yöntem kullanmıyorlar. Çocuğu doğuran kadın, öyleyse o bir yöntem kullanabilir. Mantık bu, düz bir mantık...”
(Aile Planlaması, STK çalışanı, Diyarbakır)

“Bu ilçedeki erkeklerin hiçbiri kontraseptif kullanmıyor. Örneğin hap kullanamayan bir kadın var, kalp hastalığı ve yüksek tansiyonu var... Ona defalarca söyledim [kocasının bir yöntem kullanması gerektiğini]... Ve her defasında bana, “Hayır, asla [hiçbir yöntemi]” kullanmaz dedi. Kocasıyla konuşmak istedim. Ama bana “Seninle konuşmayı asla kabul etmez” dedi. Erkekler eşlerine şiddet de

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi: BİR VAKA ÇALIŞMASI

uyguluyorlar. Günde gözleri morarmış en az 4-5 tane kadın görebilirsiniz...” (Aile planlaması STK gönüllüsü, Diyarbakır)

Diğer katılımcıların, özellikle de Sivil Toplum Kuruluşlarında çalışan ve toplulukla doğrudan iletişimi olanların, özellikle Doğu Anadolu’nun bazı bölgelerinin sosyal bir değişimin gerçekleşmesine henüz hazır olmadığını hissettikleri görülmüştür.

“Bence bu bölge için hala çok erken [erkeklerle program uygulamak için]. Çok katı bir feodal yapı var. Son bir yılda kendimizi oraya kabul ettirmekte çok zorlandık. Çünkü onlara göre biz Türkçesi iyi, kıyafetleri düzgün olan yabancılardık. Birçok erkek arkamızdan “Bu kızlar orada ne yapıyorlar?” diye soruyordu. Şüpheleniyorlardı. Kötü veya zararlı bir şeyler yapmadığımızı daha yeni anlamaya başladılar. Daha yeni saygı göstermeye başladılar. Şimdi, bu seviyede, kendi alanımızı ve onlarla olan ilişkilerimizi korumaya çalışıyoruz, vazektomiden ve diğer şeylerden bahsedecek olursak bu bölgede kalmak için gerekli koşulları koruyamayabiliriz. Belki daha sonra... Bu bölge çok karmaşık ve kozmopolit. Bu noktada erkekleri de dahil edersek dengeyi koruyabileceğimizden emin değilim.” (Kadın STK Direktörü, Diyarbakır)

Türkiye’de genel kabul gören ortama bakılacak olursa, pek çok erkek eşinin kontraseptif kullanımını desteklemekte ve bunu kadınların sorumluluğu olarak görmektedir. Ve geri çekme yöntemi ve

kondom kullanımı oranının yüksek olmasına rağmen, erkekler cerrahi yöntemler tercih etmemektedir. Bu araştırmadaki yanıtlayıcıların hepsi, artan erkek katılımını desteklemekte ve erkeklerle yürütülecek program düzenleme planları yapmaktadırlar.

Acil Kontrasepsiyonun Sunulabilirliği

Acil kontrasepsiyonun (AK) sunulabilirliği de sağlık politikası ve prosedürlerinin arasında farklılıkların devam ettiği başka bir konudur. Son zamanlarda piyasaya çıkan iki preparata kadar AK halka geniş ölçüde açıklanmamıştır. Kamuya ait AP klinikleri bu yöntemi daha çok kondomun işe yaramaması durumunda kullanılacak bir yöntem olarak ele almışlardır. Genel uygulama, kadınlara AK amaçlı kullanabilecekleri yeterli sayıda oral kontraseptiflerin verilmesi ve aldıkları bu tabletlerin düzenli kullanılan kontraseptif hapları olduğunun onlara söylenmemesiydi. Buradaki düşünce kadınların eldeki AK kontraseptif haplarını kolaylıkla ve bedava sunulduğunu bilmemelerinin sağlanmasıydı. Bunun gerekçesi ise kadınların bunu istismar edebileceği, AK’ı sık sık kullanabilecekleri ve sağlıklarını tehlikeye atabilecek olmalarıydı.

Yapılan görüşmelerde kamu sektöründen ve STK’lardan gelen temsilcilerin AK kullanımı ve bu konuda bilgilerin yayılması ile ilgili farklı bakış açılarının

olduğu ortaya çıktı. İstisnalar olsa da kamu sektörünün genel perspektifi AK ve bilgilerinin özel durumlara saklanması yönündeydi. Eğitimli kadınların AK’yı bilinçli kullanacağı sık sık dile getirildi, ancak özellikle de eğitimsiz kadınlar için bu bilginin hizmet sunucularda kalmasının daha iyi olacağına inanılıyordu. AK ile ilgili olarak kadının bilmesi gereken tek şey korumasız ilişki durumunda 72 saat içerisinde kliniğe gelmesi gerektiğidir.

“Eğer bunu (acil kontrasepsiyonu) bir aile planlaması yöntemi olarak açıklayacak olursak kadın her zaman bunu kullanacaktır. Yani bunu doğru kullanmayacaktır, örneğin bir defa kullan diyeceğiz fakat kadın bunu her zaman kullanacaktır ...” (Doktor, Devlet Hastanesi, Diyarbakır)

“Evet, kadının bunu doğru kullanamayacağına dair ciddi endişelerim var. Gebelik testini bile bir aile planlaması yöntemi olarak kullanan kadınlar var... Örneğin her ay gelip gebelik testi yaptırıyor ...” (Hemşire, AP Kliniği, Diyarbakır)

“Kondom kullanan kadınlara, kondoma ara verilmesi halinde anlatıyoruz... Kondomla beraber acil kontraseptifleri vermiyoruz. ... Bu kadınlara derhal sonraki gün bize gelmelerini söylüyoruz. ...Bence bu bilgiyi kondom kullananlar dışında hiç kimseye vermemek lazım...” (Ebe, Devlet Hastanesi, Diyarbakır).

Kamu sektörü hizmet sunucuları da acil kontrasepsiyon preparatlarının sanki cinsel ilişkiden sonra her zaman kullanılabilirmiş gibi Türkiye’de reklamının yanlış yapıldığına inanıyorlardı.

Reklamlar yüzünden kadınlar her gün hap almak yerine her cinsel ilişkiye girdikten sonra kolaylıkla acil kontrasepsiyon kullanabilecekleri izlenimine kapıldılar.

AP STK’sından bir bilgi kaynağı da acil kontraseptifler konusundaki bu yanlış anlamayı teyit etmiştir.

Öte yandan, STK’ların bu konudaki perspektifleri daha liberaldi ve bunlar AK bilgilerinin halkın tümüne verilmesinin gerekli olduğuna inanmaktaydılar. AP STK’larından gelen temsilciler de kamu hizmet sunucularının AK’ın bilinmesine karşı gösterdikleri “direnci” eleştirmişlerdir.

“Bu kavramı (AK) Türkiye’ye ilk getiren bizim kuruluşumuz. Programlarımızdaki her bir kadını ve bekar kadınları bu konuda bilgilendirmeye başladık. Doktorlarla AK konusunda ciddi sorunlar yaşamaya başladık. “Bu konuda bilgi vermeye nasıl cesaret edersiniz? Daha sonra kadınlar bunu bir yöntem olarak kullanmaya başlayacaklar. Kadınlar bunu anlamayacaklar” dediler. Ve bu hapları gizlice veriyorlardı. “Bu hapların ne olduğunu söylemeyin, sakın söylemeyin!”... Çok şükür, şu anda AK preparatları var ve

artık bu işten kurtulduk... Gerçekten de bunu bir görev olarak üstlenmiştik. Bunun için çok çalıştık.... .500-600 bin kadına bunu anlattık. Bu kadınlara tamamen yeni bir konsept sunduk. Ziyaret ettiğimiz her kadına bunu anlattık. Kız kardeşi için, komşusu için, risk grubunda olmasa bile, menopozda olsa bile. ...” (AP STK Program Direktörü, İstanbul)

AK için özel preparatlar sunulmadan ve yanlış bilgilendirici reklamlar olmadan önce bile sağlık çalışanlarının AK’nın herkesçe bilinmesi konusunda bazı endişeleri vardı. Kamu hizmet sunucularının kadınların bu yöntemi istismar edebileceği konusundaki endişeleri bulunmaktaydı; bu yöntemin sağlığı tehlikeye atıp atmayacağına incelenmesi gerekmektedir. AK preparatları piyasada çok yeni olduğu ve AK 2003 TNSA’ya göre geçmişte evli kadınlar arasında kullanılmadığı için bunun Türkiye’de kullanımı ile ilgili çok dikkatli gözlemler ve çalışmalar yapılmalıdır.

AK, düzenli cinsel hayatları olmayan genç ve evlenmemiş kadınlar tarafından tercih edilen bir yöntem olabilir ve bu yüzden bunun kullanımı ve yan etkileri ile ilgili yansız bilgiler çok önemli olacaktır.

Cerrahi Sterilizasyonun Sunulabilirliği

Türkiye’deki mevcut tüzüğe göre tüp ligasyonu ve vazektomi için onayın verilmesinde de aynı şartlar geçerlidir,

yani her iki cinsiyetin de birbirlerine onam vermesi gereklidir. Bu tüzük aile birliğine dayandırılmış ve sterilizasyon ile ilgili kararı aynı anda her iki tarafa bırakmıştır. Ancak, uygulamada erkekler ve kadınlar iki nedenle bu şartın karşılanmasında farklı etkiler altındadırlar. İlk neden, kadın ve erkeğin aile içinde eşit güce sahip olmamasıdır. Her ne kadar AP kadınların işi ve sorumluluğu olarak görülse de sterilizasyon kararlarında kadınların cerrahi sterilizasyon için kocalarını ikna etmeleri pek de mümkün görünmemektedir ve pek muhtemel bir durum olmasa da erkeğin sterilizasyon istemesi durumunda da kadının bunu reddetmesi düşük bir ihtimaldir. İkinci nokta ise tüp ligasyonu ile karşılaştırıldığında vazektominin çok nadir uygulandığıdır. Tüp ligasyonu oranları kadınlar arasında artmaktadır ve eğer hizmete ulaşma ile ilgili engeller kaldırılırsa bu oran daha fazla artacaktır.

Tüp ligasyonu ile ilgili diğer bir engel ise medikal bir engel olarak sağlık personelinin kaynaklanmaktadır. Kadınlarla yapılan görüşmelerdeki bir örnekte de anlatıldığı gibi, eşlerinin izin vermelerine rağmen bu prosedür için çok genç oldukları ya da henüz az çocuk sahibi oldukları gerekçesiyle kadınların tüp ligasyonu istekleri reddedilebilmektedir. Diyarbakır Devlet Hastanesinde verilen genel bilgilere göre tüp ligasyonu 25 yaşın altındaki kadınlara

uygulanmamaktadır. Bu tamamen keyfi bir uygulamadır ve mevzuatta böyle bir yaş sınırı yoktur.

Erkekler için vazetomiye uygun görmeyen kültürel bağlam ve buna paralel olarak vazetomi konusunda neredeyse hiçbir bilginin ve hizmetin olmaması kadınlara karşı bunun uygulanmasını da olumsuz etkilemektedir. Mevzuata göre ailenin korunmasına ve hem erkeğe hem de kadına eşit haklar verilmesine rağmen gerçekte kadınlar cerrahi yöntemler konusunda dezavantajlıdır.

Kamu Sektörünün Bakış Açısı

Bu araştırmaya katılan kamu sektöründen gelen bilgi kaynakları ya doğrudan kadınlar için üreme sağlığı hizmetleri sunuyorlardı ya da Sağlık Bakanlığı veya üniversitelerin halk sağlığı bölümleri aracılığıyla bu konuda programlar gerçekleştiriyorlardı. Zaman zaman üniversiteler SB ile işbirliği yapmışlardır, bazen de İstanbul ve Diyarbakır’da belediyeler de bu hizmetleri sunmuşlardır.

Genel olarak üniversitelerdeki idari düzeylerdeki program planlayıcılarının ve SB’nin Türkiye’de kadın hakları, kadın sağlığı ve kontraseptif erişim konularında daha geniş bir anlayışa sahiptirler. Hizmet sunucuları çoğunlukla günlük uygulamalarla, diğer insanlarla etkileşimlerle ve daha yerel açıklamalarla

bilgilendirilmişlerdir. Doğrudan sunucular ve dolaylı sunucuların, “Türkiye’de karşılanamayan ihtiyaçların” devam etmesi konusunda iki farklı genel nedenleri vardır. Doğrudan hizmet sunan ifadesi AP kliniklerinde ve hastanelerde çalışan ve hizmet alanlarla doğrudan temas kuran personel için kullanılmaktadır (örn. doktorlar, hemşireler, ebeler ve benzeri kişiler). Bu doğrudan hizmet sunanlar kadınların modern kontrasepsiyon yöntemlerini düzgün bir şekilde kullanmamalarının nedeninin kadınlardaki “eğitim eksikliği” ve “mevcut hizmetleri kullanamamaları” olduğunu düşünmekteydiler.

“Eğer bir kadının eğitim seviyesi yüksekse o kadın hizmet isteyecektir. Eğitimsiz olduğunda ise hizmet istemeyecektir. İnsanlar eldeki mevcut hizmetleri bile etkili bir şekilde kullanamamaktadırlar. Hizmet mevcut, fakat insanlar bu konu tamamen bilgilendirilmiyorlar. İnsanlar mevcut hizmetleri bile kullanamıyorlar”. (Kamu ve özel sektörde çalışan bir Kadın Doğum Uzmanı, Diyarbakır)

Kadınlardaki eğitim eksikliği kadınların AP kliniklerine gelmelerini engelleyen birinci engellerden biri olarak görülmektedir:

“Bence eğitim çok önemli bir konudur ... [eğitimsiz bir kadın] kendi endişelerini, sorunlarını anlatamaz ...Bundan utanır ... “Eğer azarlanırsam ne yapacağım”,

“Sorunumu anlamazsam ne yapacağım” diye düşünür.”. Daha sonra da bizi ziyarete gelemeyen, çok utangaç ve çekinden hisseder”. (Hemşire, Sağlık Ocağı, Diyarbakır)

Belirtilenler nedeni ile, çok fazla çalıştıklarını ve ellerinden gelenin hepsini yaptıklarını düşünen doğrudan hizmet sunanlara göre hizmetler ya da hizmetlere olan talep yetersizdir. Neden kliniklere yakın semtlerde oturan kadınlar olmasına rağmen bunların kontraseptif hizmetlerinden yararlanmadıkları sorulduğunda, hizmet sunanlar, hizmet alanlar hakkında iki farklı görüş dile getirmişlerdir. İlki Mardin’deki hemşire ve ebelerin tabiriyle “tembel ve bugünün işini yarına bırakan kadınlardır”. Bu tür kadınlar asla zamanında harekete geçerek kliniklere gidebilmiş ve yöntem alabilmiş değillerdir. Bu hizmetlerden yararlanamayan diğer kadın grubu ise evinde bütün bakımı üstlenen ve eve ekmek getiren, ama aynı zamanda da eşine ve kaynanasına bakmak zorunda kalan çok çocuklu çok meşgul kadınlardır. Bu ikinci gruptaki kadınlar çok stresli bir görüntü çizmekte ve ihtiyaç duydukları bu hizmetten yararlanabilmek için yeterli zaman bulamamaktadırlar.

Doğrudan hizmet sunucuları tarafından AP hizmetlerine müdahale olarak vurgulanan diğer bir konu ise SB tarafından daha yeni uygulamaya

konulan performans sistemiydi. Hizmet sunanlar AP gibi koruyucu hizmetler konusunda bunun hiç de doğru bir sistem olmadığını düşünmekteydiler. Verimliliğin artması için düşünülen yeni performans sistemi ile her bir işleme belirli bir puan verilmektedir. Örneğin, enjeksiyon ve pelvik muayenenin puanı yüksek, fakat ilk aile planlaması danışmanlığı veya diğer sağlık danışmanlığı uygulamalarının puanı yoktu. Bu performans puanları ise çalışanların maaşlarına yansımaktaydı ve puanı daha yüksek olan daha yüksek maaş almaktaydı. Aile planlaması hizmet sunucuları zamanlarının çoğunu danışmanlık ve sağlık eğitimi hizmeti vererek geçiriyorlardı, ancak yaptıkları bu iş için herhangi bir performans puanı almıyorlardı. Bazı hizmet sunanların kapsamlı danışmanlık veya sağlık eğitimi vermeyi bırakarak daha yüksek puanlı diğer işlemleri tercih ettikleri konusunda bazı endişeler vardı. Her ne kadar son zamanlarda bir düzeltme olarak “danışmanlık” hizmetine performans puanı verilse de hizmet sunucular bunun düşük olduğunu ve emeklerinin karşılığını vermediğini düşünmekteydiler.

“Oturup ve kadına saatler boyunca anne sütü danışmanlığı veriyoruz ... Bu çok önemli. ancak enjeksiyonlar ile anlatacak bir şey yok...” (Doktor, AP kliniği, Ankara)

İhtiyacı olanlar için güvenli düşük hizmetleri gerçekten de sunulabilmekte midir?

Düşük hizmetinin sunulması dini açıdan ve daha da çok maddi ve yasal açıdan çok hassas bir konudur. Türkiye’de 1983 yılından bu yana 10 haftaya kadar düşük yasaldır ve bu aile planlaması aracı olarak sık sık uygulanan bir yöntemdir. Evlilik öncesi çocuk sahibi olmak Türkiye’de sosyal olarak kabul edilmediği için evlenmemiş kadınlar arasında gebeliklerin büyük bir bölümünün düşük ile sonlandığı tahmin edilmektedir. Özellikle de Batı’da yaşayan ve yüksek sosyo-ekonomik düzeyli istedikleri sayıda çocuk sahibi olmuş ileri yaşlardaki kadınlar gebeliklerini düşük ile sona erdirilebilirler. Daha geleneksel ve kırsal bölgelerde bazı kadınlar asla düşük yapmayı düşünmemekte ve “Çocuğu veren Allah rızkını da verir” düşüncesiyle tüm gebeliklerinde doğum yapmaktadırlar, bazı kadınlar ise “dünyaya bir bebek getirmek fakat onu besleyememek daha günah olduğu için” düşüğü tercih etmekte, ancak doktora ya da kliniğe ulaşamamakta ya da masrafı yüzünden düşük yapamamaktadır. Düşük konusundaki bu farklı düşünce ve bakış açıları nedeni ile, Türkiye’de hiçbir hizmet sunan suçlanmamıştır; ya da devletin, dini kesimin ya da insanların düşüğe karşı güçlü bir muhalefeti olmamıştır. Düşük konusu çoğu kişi tarafından ailenin bir iç meselesi olarak

kabul edilmiş ve bu yüzden erişim konusundaki sorunlar genelde 3 büyük nedene bağlanmıştır. İlk iki faktör birbirleriyle ilişkilidir: 1) düşüğün özel doktorlarca oldukça karlı bir iş olarak kabul edilmesi, ve 2) kamu sağlık kuruluşlarında düşük hizmetleri için ücretsiz yada düşük maliyetli hizmetlerin öngörülmesine karşın sunulamaması.

Üçüncü faktör ise 3) düşüğün gerçekleştirilmesinde mevzuatdaki “kocanın imzası gereklidir” şartının yorumu ve uygulanmasıdır.

Diyarbakır gibi, kamu, özel ve STK sektörlerinin küçük olduğu ve genelde insanların birbirlerini tanıdıkları, sık sık birbirleriyle etkileşim içinde oldukları bir ilde bile kocanın imzası şartı konusundaki uygulamalarda farklılıklar olduğu görüldü. Düşük randevularını ayarlayan STK kliniğindeki bir ebe bu tüzüğü oldukça liberal bir şekilde algılayarak eşin imza için klinikte bulunmasına gerek duymadan imzalı bir form getiren kadınlar için bu işlemleri kolaylıkla yapmaktadır. Bir kadın düşük için kliniği normalde üç kez ziyaret etmektedir. Birincisi randevu için, ikincisi düşük için, üçüncüsü ise düşük sonrası işlemler içindir. Uygulamada kadın ilk ziyarette formu alır ve imzalı formu işlemler için geri geldiğinde teslim eder. Aynı ebe ayrıca gebeliği istemeyen ancak kocasından imza alamayan ya da resmi nikahı olmayan ancak dini nikahlı “gerçekten de zor koşullar altındaki

kadınlara” da randevu vermektedir. Bu ebe “sadece kadınlara yardım etmek istiyorum, bazen kadının eşi uzakta oluyor, bazen ise içkili oluyorlar ve eşlerinin gebe olup olmadıklarına hiç bakmıyorlar, bazen de kadınlar yalvarıyor... Aman alın bunu, bu çocuğa bakamam diyorlar” demiştir.

Öte yandan, Diyarbakır’da bir AP kliniğinde staj yapan bir ebelik bölümü öğrencisi işlemler sırasında kocanın ya da ailesinden birisinin imza için kesinlikle orada bulunması gerektiğini düşünüyordu.

“Eğer kadın evliyse, evlilik belgesini görmek zorundayız ... Kocanın imzasını görmeden düşük yapmıyoruz. Kadın eşi ile beraber gelir. Eşi imzayı atar.... Eşi boş olduğu bir günde gelebilir ve beş dakikada imzasını atar... Eğer eşi yoksa o zaman kayın biraderi ya da kayınvalidesi gelmelidir... Yani kocasının ailesinden birileri.” (Ebelik öğrencisi 1, Kamuya ait AP kliniği, Diyarbakır)

Başka bir ebelik öğrencisi ise görüşme sırasında görüşlerini paylaşmış ve bu tüzüğü desteklemiştir.

“Bence bu [kocanın imza atmak üzere orada bulunması iyi bir uygulama]. Bence kadın kocasının rızası olmadan düşük yapılamamalı. Bu tüzüğün değiştirilmesi gerektiğine inanmıyorum. ...Evlilik öncesi ilişkilere de karşıyım. Bence bunlar

olmamalıdır ...” (Ebelik Öğrencisi 2, Kamuya ait AP Kliniği, Diyarbakır)

“(İmza alma işlemi) olduğu gibi devam etmelidir ...Kocanın evlilikte sorumlulukları vardır. Kocanın gelmesi ve imza atması sadece 5 dakikalık bir işlemdir. Ondan gelip saatler boyunca orada kalmasını istemiyoruz, ya da şunu yap bunu yap demiyoruz ... Onu görmek zorundayız. ...Hepsi o kadar ...İmza atmanın o kadar da zor bir şey olduğunu sanmıyorum... ..Bu sadece 5 dakikasını alır ...” (Ebelik Öğrencisi 1, Kamuya ait AP Kliniği, Diyarbakır)

Kocanın kliniğe gelip kendini göstermesi ve belgeleri imzalamasının sadece “5 dakika alacağı” şeklindeki düşünce ilginçti. Araştırmalar göre bir erkeğin kliniğe kadar eşine eşlik etmek için ayarlamaları yapması “5” dakikalık bir olaydan daha fazla bir yükür. Hizmet sunucuları, bu kuralı bu şekilde yorumlayarak kadınlar için daha fazla engel oluşturmaktadırlar.

Bazı diğer hizmet sunucular da kocanın imzası olmadan düşük yapmaya şiddetle karşı çıkmışlardır ve kocanın imzası ile ilgi kurula uymadıklarında başlarının derde girmesinden korkmaktadırlar:

“Kocanın imzası olmadan prosedürleri asla yerine getirmiyoruz. Ayrıca dini nikahlı kadınlara da düşük yapmıyoruz. Bence bu prosedür şimdiki gibi devam etmelidir, çünkü bu hem kadın hem de erkeğin sorumluluğudur. Yedi yıldan bu yana düşük

yaptırıyorum ve “çocuğun alınmamasını istiyorum” diyen bir babayla karşılaşmadım. Düşük istemeyen genelde kadındır. Bu tercihi genelde kadın yapar. Bu bölgede karmakarışık ilişkiler çok yaygındır. Örneğin bir kadın (sevgilisinden) gebe kalır, düşük yapar ve sonra da kocası bu durumu öğrenerek kliniğe gelir. Daha sonra ne olur tahmin edin? Özel kliniklerde bu tür olaylar yaşanmıştır. Biz de benzeri durumlarla karşılaştık. Sadece kadınlara yardım etmek gibi iyi bir niyetle kocası uzakta olan kadınlara da düşük yaptırdık. Daha sonra çocuğun başka bir adamdan olduğunu öğrendik. Böyle bir durumda beni destekleyecek bir kanun ya da müdür yoktur. Burada böyle yapmam ve zaten böyle bir şey yapmanız da gerekmiyor” (Kadın Hastalıkları Doğum Uzmanı, Devlet Hastanesi, Diyarbakır)

Diğer hizmet sunucuları da çiftler arasında kararların paylaşımı ve karşılıklı sorumluluğa dayalı olarak kocanın imzasının alınması fikrini desteklemişlerdir:

“Aslında eğer baba düşüğe karşı çıkıyorsa çıkabilir, sperm ondan geliyor. Doğmamış çocuk üzerinde herhangi bir hakkı yok mu? Bence bu karşılıklı bir karar olmalıdır. Bu belki gelecekte değişebilir. Her iki taraf da ortak karar vermelidir.” (Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Üniversite Hastanesi, Diyarbakır)

Eşin imzası ile ilgili şartın yorumuna ilişkin diğer bir ilginç yaklaşım ise bir

Kadın Hastalıkları Doğum Uzmanı’ndan gelmiştir:

“Gebeliğin sona erdirilmesi ile ilgili kararı verirken kişinin sosyal durumuna bakmalısınız. Örneğin, kadının 10 çocuğu varsa ve on birinci çocuğu için düşük yapmak istiyorsa babanın bu konuda söyleyecek fazla bir şeyi yoktur, bu daha çok annenin vereceği karardır. Hatta baba onay vermese de bu tür durumlarda annenin rızası yeterli görülmelidir. Ancak diğer yandan çiftin hiç çocuğu yoksa ve çocukta da hiçbir sorun gözüküyorsa, fakat anne gebeliği istemiyorsa o zaman babanın kararına öncelik verilerek bir hayat kurtarılabilir. Bence genellemeler yanlıştır. ...Bence kocanın rızası zorunlu olmamalıdır” (Kadın Hastalıkları Doğum Uzmanı, Devlet Hastanesi, Diyarbakır)

Ancak öte yandan ebelerden birisine Diyarbakır Devlet Hastanesinde neden düşük hizmeti sunulmadığı sorulduğunda 10 haftalık gebelik evresine kadar herhangi bir sınırlama olmadan düşük yapmanın kadının hakkı olduğunu söyleyerek önemli bir konuyu vurgulamıştır:

“Bunun kliniklerde verilmemesinin nedeni MR’nin aile planlaması hizmeti olarak görülmemesidir. Bu bir AP yöntemi olarak görülmez ya da bazı hizmet sunanların buna kolaylıkla erişebilmeleri gerekir. Aslında bu kadının hakkıdır. 10 haftaya kadar gebeliğin sona erdirilmesi gebeliği istemeyen kadının hakkıdır. Nasıl kondom ya da RİA kadının hakkıysa bu da anne sütü gibi kadının hakkıdır. Ancak insanlar bu hakka müsaade

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

etmemektedir. *Maalesef burada da durum böyledir*” (Ebe, Devlet Hastanesi, Diyarbakır) Çoğu evlenmemiş kadının düşük için devlet hastanesine gitmesi pek mümkün görünmemektedir. Kadın Hastalıkları Doğum Uzmanları tarafından işletilen özel klinikler imza istemeden düşük yaptırabilmektedir, çünkü özel kayıtlar izlenmemektedir ya da yasal bir zorlama yoktur. Ancak Diyarbakır’da bir özel klinikteki düşük hizmetinin masrafı genellikle devlet hastanesine nazaran on kat daha fazladır. Evlenmemiş kadınlardan imza istenmesi konusu sorulduğunda şöyle cevap verilmiştir:

“Onlar (evlenmemiş kadınlar) özele gidiyorlar. Çoğu özele gidiyor. Çünkü biz (evlenmemiş kadınlara) (düşük) yaptırmıyoruz. Bu bizim uğraşabileceğimiz bir konu değildir ...” (Ebe, Devlet Hastanesi, Diyarbakır)

“Eğer bir kadın evli değilse, o kadın için düşük ya da diğer kontraseptif yöntemlerine karşıyım. Özellikle de düşüğe karşıyım. Bu hizmetlerin devlet adına yapılmasından sorumluyum, ancak başkalarının pisliğini temizlemeye pek de niyetim yok. Bence biz aile planlaması hakkında bilgi vermeliyiz ve eğer evlenmemiş kızlar seks yapıyorsa gebe kalmamak için bir yöntem biliyor olmalıdır” (Kadın Hastalıkları Doğum Uzmanı, Devlet Hastanesi, Diyarbakır)

Kocanın imzasının istenmesinde bu kadar ısrarcı olunmasının nedeni kocanın kendi rızası olmadan eşinin düşük yaptığını öğrenmesi halinde kadının kocasıyla yaşanabilecek sorunlar olduğu

açıklanmıştır. Bazı hizmet sunucuları babanın, eşinin çocuk doğurmasını istediği için kliniğe baskın düzenleyerek düşük yaptırdıkları nedeniyle hizmet sunucuları suçlamalarından korkmaktaydılar. Baba ile gelecekte sorun yaşama korkusu hizmet sunucuların bu uygulamaları üzerinde önemli bir etkiye sahip gibi görünüyordu. Ancak, bu korkunun gerçekten de başlarına gelen bir olaydan mı yoksa başkalarının başına geldiği için mi olduğu açık değildi. Hizmet sunucularının hiç birisinin ya da aynı klinikte çalışanların hiçbirinin böyle bir olayı tam olarak hatırlayamamaları ise bunun daha çok lafta kaldığını göstermiştir.

Düşük hizmetleri ile ilgili uygulamada olan bir başka yasa ise, kamu klinikleri ve STK kliniklerinden gelen bilgi kaynaklarının de işaret ettiği gibi, düşüklerin gebeliğin 8. haftasına kadar yapılmasıydı. Düşük hakkında yasa bu sınırı 10 hafta olarak belirlemekteydi, ancak hizmet sunucular kadınların son adet dönemlerine ait yanlış bilgiler vermesinden korkmaktaydılar. Bu yüzden hizmet sunucuları ceninin kadının söylediğinden daha da büyük olabileceği durumlarda, iki haftanın bir güvenlik aralığı oluşturacağına inanmaktaydılar. Bir hizmet sunucusu şöyle demiştir:

“Bunun iki nedeni var. Öncelikle komplikasyonlar artmıştır ve ikinci olarak da

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi: BİR VAKA ÇALIŞMASI

hizmet alıcınızı rahatsız etmeden bunu yapmanız gerekir. 8 haftaya kadar düşükler kolaylıkla ve pratik olarak gerçekleştirilebilir”. (Kadın Hastalıkları Doğum Uzmanı, Devlet Hastanesi , Diyarbakır)

Düşük zamanlaması ve komplikasyonlar ile ilgili elimizde yeterli bilgi mevcut değildir; düşük hizmetlerinin büyük bir kısmının sunulduğu özel sektördeki uygulamalar hakkında ise neredeyse hiçbir bilginiz yoktur. Ancak diğer yandan 8-10 hafta arasındaki düşüklerde komplikasyon riskinin arttığına dair de hiçbir kanıt yoktur. Bu yüzden bu noktada düşük hizmetlerinin azaltılması için uygulanan 8 hafta sınırının bu hizmetleri ne kadar etkilediği ve sonuçların ne olduğu kesin değildir. Bu uygulama kesinlikle Türkiye’deki kanunla çelişmektedir ve bu konu ile ilgili daha ayrıntılı araştırmalar yapılmalıdır.

Düşük hizmetlerinin sunulmasına ilişkin bir başka sorun da Üniversitelerin Kadın Hastalıkları Doğum Ana Bilim Dalı, Diyarbakır’daki AÇSAP Merkezi ve Mardin’deki Doğumevi gibi bazı büyük kamu kurumlarında isteğe bağlı düşük hizmetlerinin sıradan hizmetler olarak verilmemesiydi. Tamamı Kadın Hastalıkları Doğum Uzmanı olan hizmet sunucuları düşüğün kolaylıkla yararlanılan bir hizmet haline gelmesi durumunda bazı kadınların bunu bir aile planlama aracı olarak kullanacağına inanmaktaydılar. Bu görüşleri kamu

klินิกlerinde kolaylıkla erişilebilir düşük hizmetlerinin verilmemesinde bir gerekçe olarak kullanılmıştır.

“Eğer kamu kurumları düzenli düşük hizmetleri sunarlarsa kadınlar bunu istismar edebilir. Yani bunun paralı olması insanları caydırıcı bir yöntemdir, çünkü çok fazla para ödemek zorundalar. Fakat eğer hasta herhangi bir ücret ödemediği takdirde bu hizmetten yararlanabilirse özellikle de daha düşük eğitim statüsündeki hastalar bunu bir kontrasepsiyon yöntemi olarak kullanabilirler... Bu düzenli olarak ve kolay bir şekilde yapılmamalıdır. İnsanlar bunu istismar edeceklerdir. Kendi kendilerine şöyle diyeceklerdir: Gebe kalsam bile sorun değil. Bu, kadın sağlığı yönünden sizce ne kadar iyi?” (Kadın Hastalıkları Doğum Uzmanı, Üniversite Hastanesi, Diyarbakır)

“Hayır, ben düşüğün kolaylıkla erişilebilir bir hizmet olmasına karşıyım. Buna olduğu gibi devam etmeliyiz. Bu sadece uzmanların (Kadın Hastalıkları Doğum Uzmanları) olduğu hastane ortamlarında yapılmalıdır. Ayrıca hazır bir ameliyat odası da olmalıdır” (Kadın Hastalıkları Doğum Uzmanı, Devlet Hastanesi, Diyarbakır)

Görüşme yapılan kişiler arasında kamu kliniklerinde düşük hizmetlerine kolaylıkla erişebilmenin, kadınların düşüğü aile planlaması yöntemi olarak kullanmalarına sebep olacağı fikrini paylaşmayan sadece bir Kadın Hastalıkları Doğum Uzmanı vardı. Ancak diğer yandan kamu kliniklerinde “kolay” düşük hizmetleri sağlanmasına karşı olan Kadın Hastalıkları Doğum Uzmanları

kendi özel kliniklerinde düşük hizmetlerini sunmaktaydılar.

“Kadın Hastalıkları Doğum Uzmanları düşükü aile planlaması yöntemi olarak görmemektedirler. Halkın buna rahat ortamlarla kolaylıkla ulaşabilmelerine izin vermezler. 6-8 hafta arası bir sınır koyarlar. Bunu bir AP yöntemi olarak sunmamalarının nedeni ise özel kliniklerinde bundan para kazanıyor olmalarıdır, evet söylentiler doğrudur. Düşük bir aile planlaması değildir, hepimiz bu konuda hemfikiriz. Okulda bize hayat kurtarmamız öğretildi. Kendi özel kliniğimde de düşük hizmeti sunuyorum, ancak etik olarak bazı endişelerim var. Dini nedenlerden ziyade etik nedenlerden dolayı kendimi rahat hissetmiyorum” (Özel ve devlet hastanesinde çalışan bir Kadın Hastalıkları Doğum Uzmanı, Mardin)

Görüşme yapılan bazı kişiler de Kadın Hastalıkları Doğum Uzmanlarının özel muayenehanelerde düşükten daha fazla para kazanmak için daha kolay erişilebilir devlet hastanelerinde ve kliniklerde bu hizmetlerin daha düşük bir ücret karşılığı verilmesini engellediği yönündeki söylentiye işaret etmişlerdir.

“Maalesef şu anda buna (düşüğe) gücümüz yetmiyor. Aslında (düşük konusunda sertifikalı) bir doktorumuz (pratisyen) yok. Aslında bunu yapabiliydik... Açıklayabilir miyim? Fakat uzmanlar [Kadın Hastalıkları Doğum Uzmanları] bu konuya iyi bakmıyorlar. Çünkü burada MR yapılması bu bazıların dışarıdaki işlerinin (özel sektörün)

sonunu getirecektir” (Ebe, Halk Hastanesi, Diyarbakır)

Genel olarak, bu konudaki mevzuata rağmen düşük ücreti ve güvenli düşük hizmetinin sunulması konusunda bazı önemli sorunlar vardır. Türkiye’de düşük hizmetlerinin sunulması konusundaki engeller önemli farklı konulardan kaynaklanmaktadır ve bunların ayrıntılarının araştırılması gerekmektedir.

Türkiye’de Aile Planlamasında Karşılanamayan Gereksinimlerin Şekli

Yukarıda açıklanan konularla ilgili olarak kontrasepsiyona erişimdeki sorunlar Türkiye’de “karşılanamayan gereksinimler”in uzantısıdır ve bu bağlamdadır. Özellikle de bu grubun, yani daha fazla çocuk sahibi olmak ya da gebe kalmak istememelerine rağmen erişim sorunu ya da diğer engeller yüzünden etkili kontraseptifleri kullanamayanların özelliklerini belirlemek önemlidir. 1998 yılında yapılan TNSA verilerine göre, tüm evli kadınların % 62’si daha fazla çocuk sahibi olmak istememektedir, kadınların % 13’ü ise ara vermek ve daha sonra çocuk sahibi olmak istemektedirler (Ünalan ve Kurtuluş 1999). 15-49 yaş arası evli kadınlarda karşılanamayan gereksinimlerin (artık ya da halen çocuk istemedikleri halde hiçbir yöntem kullanmayan ile etkisiz yöntemlerle korunanların toplamı) % 37 olduğu hesaplanmıştır, modern kontraseptif

kullanımı ise bu kadınlarda % 37.7’dir. Geri çekme yöntemini kullanan kadınların % 24.1’ünün de karşılanamayan gereksinim grubunda yer aldıklarını belirtmek gerekir.

Her ne kadar “karşılanamayan gereksinimin” standart bir tanımı olsa da dünyanın farklı yörelerinde bu konuya farklı bakılmaktadır. Dixon-Mueller ve Germain, “karşılanamayan gereksinimler” şeklindeki standart terimi, etkisiz olan ya da kendisine uygun olmayan bir kontraseptif yöntem kullanan bir kadını saymadığı için yetersiz olduğu şeklinde eleştirmiştir. (Dixon-Mueller ve Germain 1992). Uluslararası sağlık camiasında “karşılanamayan gereksinimler” terimi genellikle çeşitli nedenlerden dolayı kontraseptiflere erişemeyen kadınları sınıflandırmak için kullanılır. Bu terim daha çok kadınların kontraseptifleri bulamadıkları ya da bunları almaya güçleri yetmediği için “karşılanamayan gereksinimlerin” olması anlamında kullanılır. Ancak, Türkiye’de bu durum biraz daha farklıdır. Türkiye’de “karşılanamayan gereksinimli” kadınların önemli bir bölümü genellikle farklı yöntemlere erişen ve bunları deneyen, ancak bunları sevmeyen ya da yan etkilerinden dolayı bunları kullanmayan kadınlardır. Türkiye’de karşılanamayan gereksinim iki türlü hesaplanmaktadır: (1) Artık çocuk istemediği hilde hiçbir yöntem kullanmayanlar (Demograflar); (2) Artık

ya da halen çocuk istemediği halde herhangi bir yöntem kullanmayanlarla etkisiz yöntem kullananların toplamı (Sağlıkçılar) Görüşme yapılan bilgi kaynaklarının hepsi de kontraseptif yöntemlere ve yan etkilerine karşı duyulan korkunun, özellikle de hormonal yöntemlerin medikal risklerinin oldukça fazla olduğu konusunda hemfikirdir. Geri çekme yöntemi, Türkiye’de kullandıkları yöntemi sık sık değiştiren çiftlerin çoğunlukla başvurduğu bir yöntemdir. Evli çiftlerin % 63’ü kontraseptif olarak geri çekme yöntemini kullanmışlardır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü 2004). İstanbul’da kontraseptif kullanım kalıpları ile ilgili yapılan son araştırma da bu gözlemi desteklemektedir.

Yapılan bir çalışmayı rapor eden yazarlar, “çoğu ailenin kullandıkları yöntemi birkaç kez değiştirdiğini ve bu çiftlerden bazılarının da özellikle de geri çekme gibi doğal yöntemlere döndüklerini” bildirmişlerdir (Cebeci-Save, Erbaydar ve çalışma arkadaşları, 2004). Aynı araştırma, kontrasepsiyon konusunda bir direncin olmadığını fakat kontraseptif yöntemlere karşı insanların direnç gösterdiği sonucunu vermiştir. Çoğu kişinin bu konuda yanlış bilgi ve yanlış düşünceleri vardır. Bu da halkın karşılanamayan bu gereksiniminin başka bir boyutunu göstermektedir.

“Karşılanamayan gereksinimleri” olan ve yardıma gerek duyan en tipik ve yaygın kadın grubu, STK temsilcileri tarafından “kararsızlar” olarak tanımlanan kadınlardır. Bu kadınlar genelde istedikleri kadar çocuk sahibi olmuşlardır (genellikle istediklerinden de fazla) ve artık daha fazla çocuk sahibi olmak istemediklerinden emindirler. Ayrıca kontrasepsiyon kullanımı konusunda çok kararlıdır ve az ya da çok bu kontraseptiflere ulaşmışlardır. Birkaç nedenden dolayı bu kadınlar neredeyse tüm mevcut yöntemleri denemektedirler ve bu yüzden “kontraseptifler” konusunda uzman hale gelmişlerdir. Ancak bu kadınların önemli bir bölümü farkında olmadan gebe kalmaktadır, bu gebelikler bazen doğumla sonuçlanmakta, bazen ise düşükle sonlandırılmaktadır. Dinlenen hikayelere dayanan kaynaklara göre, kontraseptif başarısızlığı yaşanabilmektedir, özellikle de doğum kontrol haplarında bu risk yüksek olmaktadır. Bu kadınlardan başarılı olanlar yeni gebelikleri engelleyebilir, ancak bazılarının kullandıkları yöntemle araları iyi değildir. Bu durumdaki kadınlara “Kararsızlar” denir, çünkü kendileri için doğru kontraseptifi bulamamışlardır. Ya da bazı yan etkileri nedeni ile kullandıkları yöntemde kendilerini rahat hissetmemektedirler. Bu nedenle menopoza girene kadar yöntem değiştirip

dururlar. Başka bir çocuk sahibi olmamakta o kadar kararlıdır ki bunun için tüm yöntemleri deneyebilirler. Diyarbakır’da bir grup kadınla yapılan görüşmenin çevirisi, 4 çocuk sahibi olmak isterken 11 defa gebe kalan kadın örneğinde olduğu gibi, işlerin bazen nasıl kötüye gidebileceğini, hatta kadınların doktorları ve ebeleri nasıl gördükleri, neden birçok farklı yöntem kullandıklarını ortaya koymaktadır.

“Karşılanamayan gereksinim” grubunun özelliklerini anlatan yukarıdaki açıklamalar iki nedenden dolayı önemlidir. Birincisi, hizmet sunucuların Türkiye’de kontraseptif alımı ve kullanımının “o kadar da zor olmadığı” şeklindeki genel düşüncelerini açıklamaktadır. Tanım itibarıyla “Kararsızlar”, farklı yöntemler alıp kullanabilmişlerdir, ancak yöntem bırakma ve değiştirme oranları (önceden geri çekme yöntemini kullananlardan yüzde kaç modern bir yöntem kullanmıştır) başarısızlık oranının yüksek olmasında oldukça önemlidir. İkinci olarak, kontraseptif kullanan nüfusun özelliği, özellikle de bu kişiler kamu ve STK hizmet sunucularında oluşan izlenim; bu kadınlara kontraseptif imkanlar verilse bile bunu yanlış kullanacakları şeklindedir. Kamu hizmet sunucuları ve STK’ların doğum kontrol haplarının medikal personel dışındakiler tarafından dağıtılması ve bu kişilerin acil

kontrasepsiyonunun nasıl kullanılacağına dair bilgilerin verilmesi konusundaki perspektifleri bu raporun diğer bölümlerinde anlatılmaktadır. Kontraseptifleri ve bu konudaki bilgileri kontrol etme isteği sadece bir yöntemle bağlı kalmak istemeyen ve hizmet sunucuların gözünde birçok yanlış yapan “Kararsızlar” grubuyla (hapları almayı unutan, hapları doğru almalarına rağmen gebe kaldıklarında ısrar eden; RİA uygulamasında kocalarının bunu hissettiğini ya da canlarının acıdığına inanan vs.) açıklanabilir. Burada takip edilecek diğer sorular 1) “Kararsızların” Türkiye’de toplam karşılanamayan gereksinim oranının yüzde kaçını oluşturduğu 2) Hizmet sunucularının kadınları algılayış şekilleri ile kadınların gerçek uygulamaları ve deneyimleri arasındaki korelasyon, ve 3) Hizmet sunucuların ön yargılı ve yanlış bilgi ve uygulamalarla “Kararsızlar” kalıbına ve karşılanamayan gereksinimlere ne ölçüde katkı sağladıklarıdır. Bu son nokta ise özellikle önemlidir. Anlatılanlardan, hizmet sunucuların yanlış bilgilerle kadınların belli bir yöntemi bırakmalarına sebep oldukları anlaşılmaktadır. Görüşme yapılan kişilerin verdiği iki belirgin örnek ise şu şekildedir: a) Bir Kadın Hastalıkları Doğum Uzmanı “uterusun dinlenmesi lazım” diyerek bir kadının RİA uygulamasına son vermiştir (ve kadın bu arada gebe kalmıştır), ve b) Ebeler tifo olduğu için bir kadına

kontraseptif enjeksiyon vermemiş ve doktor “çok kaygılı birisi, enjeksiyonlar sağlığı için iyi değil” demiştir.

Hükümetin Kadın Sağlığını Geliştirmeye Yönelik Kararlılığı

Kilit bilgi kaynakları Türk Hükümetinin kadın sağlığının geliştirilmesine yönelik kararlılık konusundaki değerlendirmeleri ile ilgili birçok bilgi vermişlerdir. Görüşme yapılan üst düzey bir siyasetçi, şu anda Türkiye’de iktidarda olan siyasi partiden bir milletvekili, kadın sağlığı konusunun önemli olduğunu ve mevcut hükümetin tüm kadınların yöntemlere erişimlerinin artmasına yönelik aktif çalışmalar içerisinde olduğunu belirtmiştir. 1983 yılına ait düşük kanunu, Türk Ceza Kanununda değişiklikler yapılırken uzun tartışmalar sonunda değiştirilmeden bırakılmıştır. Asıl mesleği hekimlik olan bu milletvekili Türkiye’de aile planlamasının geliştiğine dair göstergelerin hükümetin bu konudaki kararlılığının bir göstergesi olduğunu ifade etmiştir. Düşük ve bunun kamu sağlık kuruluşlarında daha da kolay erişilebilir hale gelmesi konusunda bu milletvekili, hekimlerin düşüğü, kendi özel muayenelerinde yaptırarak para kazanmak istediklerini ve bu konuda etik davranmadıklarını söylemiştir. Öte yandan, ana muhalefet partisinden bir kadın milletvekili ise mevcut hükümetin kadın sağlığı ve kadın hakları sorununu çözme konusunda gerçekten de kararlı

olmadığını ifade etmiştir. Bu milletvekili kendisini aynı zamanda, örneğin üniversiteler gibi diğer kurumlarla işbirliği içerisinde Türk Parlamentosunda kadının statüsünü yükseltmeye çalışan birisi olarak kendini bu konuya adanmış bir kadın hakları sözcüsü olarak tanıtmıştır. Ona göre, hükümet bu sorunlara yeterince önem vermemiş ve mevcut hükümetin İslami eğilimleri kadın hakları konusunu gündeme getirmelerini zorlaştırmıştır. Bu konuda kendinden bir örnek vererek mecliste erken evliliklerin engellenmesi konusunda konuşma yaparken engellendiğini ve buna gerekçe olarak konuşmasında çok fazla gündem dışı konu olduğunu ve bunun için de yeterli sürenin olmadığını söylediğini ifade etmiştir. Başbakanın oğlunun daha yakın zamanda 17 yaşında bir kızla evlenmesinin Türk basınında geniş yer bulunduğunu ve bunun da iktidar partisinin eğilimlerini gösteren önemli bir örnek olduğunu açıklamıştır. Ayrıca, meclisten canlı ve tam gün yayın yapan TV kanalının (Meclis TV) görüntülerine dayanarak konuşmalarında kadın sorunları konusuna değinen milletvekillerinin tamamının da kadınlar olduğunu belirtmiştir. Bu görüşmelerin yapıldığı sıralarda mecliste kadın memurların annelik izni konusu tartışılmaktaydı. İktidar partisinden kadın milletvekillerinden birisinin yaptığı konuşma ise kadın memurların ücretli izin sürelerinin 16 haftaya çıkartılması (8

hafta doğumdan önce, 8 haftası da doğumdan sonra olmak üzere) hayli ilginçti. Bu kadın vekil, konuşmasına diğer vekillere Türkiye’nin sağlıklı yeni bir nesil üretmekte başarısız olduğunu anlatarak başlamıştı. Çünkü, ona göre, Türkiye zengin bir gelecek için genç insanların sayısını arttırmalıydı ve annelere çocuklarına bakmaları için daha fazla süre verilmeliydi. Ancak, bu ifade AP veya düşük kanununa bir tehditten ziyade bir istisna ve oy kullanacak azınlık bir gruba mesaj olarak görülmelidir. Görüşme yapılan kişiler arasında kadın hakları STK’larından temsilciler hala Türk hükümetlerinin hiçbir zaman kadın sorunlarına yeteri kadar önem vermediğini düşünmekteydiler. Temsilcilerden birisi şöyle demiştir:

“Hükümetlerden hiçbirisi kadın hakları konusuyla ilgilenmemiştir. Örneğin kadına uygulanan şiddet konusunda hiçbir istatistik tutulmamıştır, Türkiye’deki durumu bilmiyoruz. ... Hiçbir başbakan, hiçbir içişleri bakanı veya hiçbir adalet bakanı şimdiye kadar Türkiye’deki namus cinayetlerini kınamamıştır ... Fakat Ecevit de dahil neredeyse herkes başörtüsü hakkında bir şey demiştir ...Kadın ile ilgili tek sorun başörtüsü müdür? Bu o kadar önemli midir?” (bir kadın STK direktörü, İstanbul)

Hükümetin kararlılığı ile ilgili bu iki bakış açısını birleştirdiğimizde hükümetin üreme sağlığı ve kadın hakları konusundaki mevcut çerçeve dahilinde

belirli seviyede bu konu ile ilgilendiğini söyleyebiliriz. Ancak, yeni perspektifler getirmek ve bu hizmetleri yaygınlaştırmak, tüm ilgili birimlerin ve her kesimden kadının katılımını sağlamak toplumsal cinsiyete duyarlı politikalar oluşturmak için hala yapılacak çok şey vardır.

Üreme Sağlığı konusunda STK Programları

Yapılan görüşmelerden ortaya çıktığı kadarıyla bir STK temsilcisinin kullanmış olduğu bir tanım (“biz artık aile planlaması yöntemlerinin tarihi / sözlüğü olduk”) diğer bazı STK’lar için de geçerlidir; STK’lar kuruldukları zamandan bu yana uygulamış ve denemiş oldukları birçok yaklaşım ve program sonucunda ‘AP Programlarının’ tarihi / sözlüğü haline gelmişlerdir.

Çoğu uluslar arası yardımlarla desteklenmiş olan (bu donörlerin en büyüğü USAID’dir) AP STK’ları, genellikle süresi belirli programlar sürdürmüşlerdir. Finansman süreleri sonrasında, en başarılı programlar bile sonunda devamlılık gösterememiştir. Bunlara ilaveten, her bir fon kaynağı ile birlikte yeni bir model ya da yaklaşım denenmiştir. Önceki yaklaşımlar ister başarılı olsun ister olmasın zaten denendiği için bu yeni yaklaşımın, çoğu zaman da yeni bir yerde, denenmesi gerektiği yönünde bir eğilim olmuştur. Bu yüzden STK’lar genellikle Sağlık

Bakanlığı ile işbirliği içerisinde sosyal pazarlama, topluma dayalı hizmet dağılımı ve akran eğitimi gibi çok farklı modellerle bazı farklı programlar yürütmüşlerdir.

Bu programların sürdürülebilirliği sorun olduğu için 1997 yılında İstanbul’da kurulan bir üreme sağlığı STK’sı toplumdaki gönüllüleri kullanarak kadınların üreme davranışını değiştirmeyi hedefleyen bir program yürütmekteydi. Bu programda toplumdaki kadınlar seçilmiş ve iki haftalık bir süre boyunca ulaşım ve öğlen yemekleri gereksinimleri giderilerek saha eğiticisi olarak eğitilmişlerdir. Daha sonra bu eğitilen kadınlar, 2 yıl boyunca yemek ve ulaşım giderleri karşılanmak suretiyle kadınların evine düzenli gerçekleştirmişler (genellikle eğitmen başına 1000 kadın) ve gereksinimlerine göre bu kadınlara sağlıklı gebelik, aile planlaması, sağlıklı doğum ve diğer üreme sağlığı konuları ile üreme sağlığı ve toplumsal cinsiyet konularında bilgi vermişlerdir. Program koordinatörünün ifade ettiği üzere “gönüllülerin hormonal yöntemleri dağıtmaları yasaya aykırı olduğu için” gönüllüler hap kullanmak isteyen kadınları sağlık kuruluşlarına yönlendirmişlerdir. Sıklıkla bu kuruluşlarda malzeme bulunmaması nedeniyle gönüllüler isteyen kadınlara verilmek üzere o klinikte çalışan uzmana ilk hap paketini vermiştir. Bu STK programı aynı zamanda aile planlaması

yöntemi kullanımının bir lüks olmadığını ve yöntemler artık hükümetçe ücretsiz dağıtılmadığı için bunları bir şekilde satın alarak bulmaları gerektiğini anlatarak kadınları bu konuda bilinçlendirmeye çalışmıştır (Malzemeler 2000 yılında USAID Türkiye’ye kontraseptif yardımını kesmeye karar verinceye kadar 40 yıl boyunca ücretsiz olarak dağıtılmıştır). Görüşme yapılan 3 AP STK temsilcisi de kontraseptiflerin ücretinin (özellikle de doğum kontrol haplarının) kullanıcılar için önemli bir sorun olmadığını belirtmişlerdir, bu yüzden bu yaklaşım Türkiye’de işe yaramış gibi görünmektedir. (Bu görüşün tersine, görüşme yapılan kamu sektörü temsilcileri ise maliyet konusunun çoğu kadın için önemli bir sorun olduğunu vurgulamıştır. Gönüllüler aynı zamanda “kadınlar ile sağlık kurumları arasında bir köprü vazifesi görmüş” ve bazen kadınlardan gelen talep üzerine kliniğe kadar onlarla beraber gitmişler, işlemler sırasında onların yanında kalmışlardır. Bu programın modern kontraseptif kullanımını uygulandığı illerde % 100 arttırdığı ve genellikle % 65-70 arasında modern kontraseptif kullanımını hedef aldığı belirtilmektedir.

Kırsal alanlarda uygulanması zor olan bu programın önemli özelliklerinden birisi de aile planlaması ve üreme sağlığı hizmetlerinin bir şekilde (kamu ve özel) mevcut olduğu şehir ve ilçe

merkezlerinde gerçekleştirilmesidir. Bu programın halen değerlendirilmesi yapılmaktadır ve tüm Türkiye genelinde şehir ve ilçe merkezlerinde toplam 3 milyon kadına (15-49 yaş arası kadınlar ile eşlerine ve 14 yaş üstü bulunan hane halkına) ulaşması planlanmaktadır.

Hem AP hem de kadın hakları STK’ları, kadınların tercih edeceği yöntem hakkında bilgilendirilmiş olarak seçim yapamamasının nedenini sağlık sisteminin hatalarına bağlamışlardır. Bu konu yapılan görüşmeler sırasında çok defa gündeme gelmiştir. STK gruplarının dile getirdiği sorunlardan birisi de beraber çalıştıkları kadınlara kaliteli ve uygun maliyetli hizmetler sunan iyi bir sevk merkezi bulmalarının çok zor olduğuydu. Sağlık kuruluşlarının ciddi düzeyde etkisiz olmaları, çoğu kez ellerinde malzeme olmaması ve hizmet alanlarındaki insanlarla iyi ilişkiler kuramamaları nedeniyle eleştirilmekteydi. Bazı yanıtlayıcılar sağlık kuruluşlarında, örneğin, hasta haklarına saygı göstermeyerek ve hastalara yeterli bilgi vermeyerek kadınlara kötü muamelelerde bulunulduğunu dile getirmişlerdir. Görüşme yapılan bilgi kaynaklarından birisi “herhangi bir istekte bulunmak bile zordu, çünkü bunu yerine getirmeyeceklerdi. Sonra da insanlara ve programa güvenimizi kaybediyoruz tabii” demiştir.

Değerlendirme, yakın zamanlara kadar Türkiye’de yürütülen AP programlarında yer almıyordu. Fon ve programların devam etmesine ilişkin çoğu kararlar değerlendirme raporlarına veya meydana gelen etkiye dayalı kanıtlardan ziyade lojistik, kişisel fikirler veya sübjektif değerlendirmelere dayanıyordu. Bu yüzden, geçmişte uygulanmış ve devam eden programların etkisini veya modellerin Türkiye’nin yapısına ve şartlarına ne kadar uyduğunu değerlendirmek çok zordur.

Ancak değerlendirme, programlarda gittikçe daha da önemli bir konu haline gelmektedir ve şu anda bu araştırma kapsamında bulunan ve ulusal düzeyde faaliyet gösteren AP STK’larından birisi değerlendirme sürecindedir. Üniversitelerdeki ve SB’deki AP programı planlayıcılarının izlenimi ise STK’ların yan yana çalıştıkları, ancak birbirleriyle işbirliği içine girmedikleridir. Bu eğilim değişiyor gibi gözükmemektedir ve özellikle de Diyarbakır ve Mardin gibi daha küçük şehirlerde STK’lar arasında bazı bilgi paylaşımı ve işbirliği örnekleri görülmüştür.

SONUÇ

Çalışmanın bu ikinci aşamasında Türkiye’de üreme sağlığı politikasının ve mevzuatının uygulanmasına ilişkin bazı önemli bulgular tespit edilmiştir. Bu çalışmanın birinci aşaması Türkiye’deki 5 önemli yasayı üreme sağlığı içeriği ve politikaları konusunda değerlendirirken ikinci aşaması ise bu alanda gerçek uygulamalarda nelerin olduğunu anlamak için hazırlanmıştır.

Bu araştırmanın birinci aşamasında elde edilen bulgulardan birisi de yasaların toplumun sosyal gereksinimlerine ve toplumdaki değişimlere göre hazırlanıp kabul edildiğidir. Örneğin, 1930’ların doğurganlığı özendirici politikalarından vazgeçilerek 1960’larda “nüfus planlaması” perspektifine, 1980’lerden sonra da “aile planlaması” ve “üreme sağlığı” konusuna geçiş yapılmıştır. Türkiye yaklaşık 40 yıldır aile planlaması programları gerçekleştirmektedir ve genel olarak doğurganlığın kontrolünde oldukça başarılı olmuştur. Bu çalışmadan elde edilen başka bir bulgu ise, yasaların satır araları okunduğunda kadınlara genelde annelik rolü atfedildiği görülmektedir. Kadınların üreme konusundaki rolleri ve sorumlulukları kadınların “üreme sağlığının” önüne geçmiştir.

Kadınların doğurganlıklarına atfedilen değer ve özellikle Türkiye’nin Doğu Bölgelerinde kadınların düşük sosyal statüleri, kontraseptif yöntemlerin kullanılmasını etkileyen bazı kültürel faktörler olarak ortaya çıkmaktadır. Ayrıca dil de yerel bir faktördür ve Kürtçe ya da yerel diğer lehçeleri konuşan hizmet sunucuları hizmet ettikleri o toplumda işbirliği ve çalışma açısından daha şanslılardır.

Yapılan görüşmelerde toplumsal cinsiyetin ne şekilde üreme sağlığı hizmetlerine entegre edilebileceği ve toplumsal cinsiyete duyarlı bir yaklaşımın nasıl uygulama normu haline getirilebileceği açıklık kazanmamıştır. Özellikle de kamu sektöründe çalışan hizmet sunucuları toplumsal cinsiyet konusunu ve kaliteli hizmet sunumunda nasıl engel teşkil edebildiklerini tam olarak anlayamamışlardır. Sağlık personelinin (ister kadın olsun, ister erkek) kadınların cinselliğine karşı yanlı olmalarından hizmetlerin sadece evli kadınlara sunulmasına kadar farklı biçimlerde toplumsal cinsiyet ayrımcılığının görülmesi, bu konuda daha fazla araştırma yapılması gerektiğini göstermektedir. Spesifik olarak cinsiyet ayrımcılığına yönelik tutumlar, uygulamalar ve prosedürler konusunda sorunun boyutunu nicel olarak ortaya koymak gereklidir. Bunların üreme

sağlığına etkileri de ayrıntılı olarak araştırılarak dokümanite edilmelidir.

Hizmet sunumunda birçok faktör aile planlaması hizmetlerinin hedef kitleye ulaşmasını engellemektedir.

Yöntemlerin (malzemelerin) sağlanmasında devamlılık sorunu en önemli sorunlardan birisi olup, Doğu Anadolu’daki çoğu sağlık kuruluşu bir kutu hap bulma konusunda bile güçlüklerle karşılaşmaktaydı. Ayrıca, yapılan görüşmelerde Türkiye’nin kentsel ve kırsal kesimlerinin farklı erişim sorunları yaşadığı ortaya çıkmıştır. Kamu hizmetleri modellerine göre Türkiye’de kırsal alanlardaki sağlık personelinin bölge halkına erişimleri beklenmektedir. Ancak, topluma erişim konusunda sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin kentsel modeli tamamen işlevsel hale gelmemiştir ve sağlık kuruluşları genellikle kendilerine gelen kişilere hizmet verebilmektedir. İstanbul’da görüşülen kilit bilgi kaynakları, özellikle de gecekondu mahallelerinde yaşayanların düşük hizmetlerine erişimde Türkiye’nin kırsal kesimlerinde bulunanlar kadar sorun yaşadıklarını belirtmeleri de çok ilginçtir. Öte yandan, ikisi Ankara biri de İstanbul’da olmak üzere üç büyük aile planlaması merkezinin personeli kendi bölgelerinde yaşayan tüm kadınların, hatta bu klinikleri duyan kadınların bile düşük gelir bölgelerinde kolaylıkla tüm bu

üreme sağlığı hizmetinden ücretsiz ya da çok düşük bir ücret karşılığı yararlanabileceklerini bildirmişlerdir.

Bu araştırmaya katılan iki büyük AP STK’sı genel olarak şehirlerde faaliyet göstermekteydiler. Öncelik şehirdeki fakir ve gelişmemiş bölgelere verilmişti, Diyarbakır ve Mardin ile ilgili olarak da bu bölgelerde yeni göç etmiş büyük bir nüfus vardı. Bu yüzden, iki STK modeli şehirlerdeki nüfuslarda çok iyi çalışırken daha ciddi erişim sorunları yaşayan kırsal alanlara ise fazla önem verilmemiştir. Dolayısıyla, özellikle de Doğu ve Güneydoğu Anadolu’da kırsal alanlarda yaşayan kadınlara yönelik hem kamu hem de STKlar sektörleri tarafından çok az dış ulaşım aktivitesi düzenlenebilmiştir.

Bu araştırmada sağlık personelinin ön yargıları hizmet alanlar adına karar vermeleri biçiminde, örneğin kimin hapları kullanabileceği kimin kullanamayacağı şeklinde ortaya çıkmıştır. İşin başka bir boyutu ise belirli yöntemler hakkında yanlış bilgilerin ve fikirlerin olmasıydı. Bu araştırmanın yöntemi hizmet sunucuları hedef aldığı için sadece kadınlarla yapılan görüşmelerde bu son konulara değinilebilmiştir. Hormonal yöntemler sağlık personeli tarafından “üvey evlat” muamelesi görmekteydi; bu konudaki genel inanış, şans verilmesi halinde

kadınların da büyük bir olasılıkla bunları sağlıklarını riske atacak şekilde yanlış kullanacaklarıydı. Hizmet sunucularının önyargılı olması Shelton ve çalışma arkadaşları tarafından altı tıbbi engelden birisi olarak tanımlanmaktadır (Shelton, Angle vd 1992); dünya çapında yapılan bazı araştırmalar da özellikle hap konusunda bazı önyargıların olduğunu göstermiştir (Bossyns, Miye vd. 2002; Stanback ve Janowitz 2003). Sağlık personelinin eğitilmesi, hizmetlerin sunuculara göre değişmeyecek şekilde standart hale getirilmesi ve sağlık personelinin tavırlarını değiştirme konusunda kendilerini güvende hissedecekleri bir ortamın oluşturulması bu engelleri kaldıracak yaklaşımlardan bazılarıdır.

Mevzuattaki temel sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan “herkesin” (aile planlaması ve düşük hizmetleri de dahil olmak üzere) bu hizmetleri kamu sektöründen ücretsiz olarak alabilecekleri şeklindeki ifadeye rağmen yapılan görüşmeler STK’lar ya da kamu sektörü veya üniversiteler tarafından yürütülen programların öncelikle evli kadınları hedef aldığını göstermiştir. Ankara ve Diyarbakır’da üniversite sağlık sistemi dahilinde çalışan Ergen Üreme Sağlığı Klinikleri bu konudaki iki istisnadır. Bazı STK programları kadınlarla beraber kocalarını da dahil etmeyi denemişlerdir, fakat üreme sağlığı programlarına

erkeklerin genel katılımı çok düşük bir düzeyde kalmıştır. Türkiye’deki geri çekme yüzdesi çok yüksek olmasına rağmen erkekler modern kontrasepsiyon yöntemlerini kullanma konusunda fazla katkıda bulunmamaktadır.

Türkiye’deki doğurganlık düzenleme hizmetlerindeki planlamaların genel kültürel yapıyı yansıttığı söylenebilir. Kadınların evlilik öncesi ve evlilik dışı cinsel ilişkiye girmesi hala çok güçlü bir tabudur. Üniversite öğrencileri arasında 1992 yılında yapılan bir araştırmaya göre erkek öğrencilerin yüzde 85’i bakirelik durumunun evlenecekleri kızlarda aradıkları şeylerden birisi olduğunu söylemişlerdir. Yapılan son çalışmalar da, gerçi daha düşük oranda olsa da, kızların bakirelik durumuna atfedilen değeri teyit etmektedir [(Akın ve Bahar Özvarış 2004) ve (Gürsoy 2004)]. Bu bağlamda, hizmetlerin en duyarlı ve bunu en çok talep eden gruba (yani evli kadınlara) göre hazırlanması atılacak ilk mantıklı adım olarak düşünülebilir. Ancak, üreme sağlığı alanında genç ve evlenmemiş insanların da önemli gereksinimlerinin olduğunu ortaya koyan çalışmalarında değişen normlar yansıtılmaktadır (Akın ve Bahar Özvarış 2004). Üreme sağlığı hizmetleri ne kadar fazla kadınlara yönelik sunulursa, daha fazla erkek bunu kadınların sorumluluğu olarak görecektir ve daha çok evlenmemiş insan hariç tutulacak, bu arada

geleneksel kültürel normlar daha da güçlenecektir. Bu araştırmadaki ergenlerin hepsi erkeklerin ve farklı sektörlerden program tasarımcılarının daha fazla katılımını destekleyici bir tutum sergilemişlerdir (SB, üniversiteler ve STK’lar) ve yakın gelecekte erkeklerin de katılımlarının sağlanması planlanmaktadır.

Adolesanlar ve evli olmayan kişiler kamu sektörü tarafından sunulan üreme sağlığı hizmetlerine dahil edilmeyen diğer gruplardır. Yaşlarına bakılmaksızın evli olmayan kadınlar “eş imzası” şartı yüzünden bazı kamu sağlık kuruluşlarındaki düşük hizmetlerinden yararlanamamaktadırlar.

Bazı hizmet sunuculara evlenmemiş kadınların cinsel ilişkiye girmesi hakkında fikirleri sorulmuştur; bu kişiler evlilik öncesi cinsel ilişkiyi hiçbir şekilde onaylamamıştır. Doğum kontrol hapları ve kondomlar eczanelerden reçetesiz rahatlıkla alınabildiği için, maliyeti bazen mesele olsa da, gençler bunlara ulaşmakta sorun yaşamamaktadır. Düşükler özel sektörde “eşin imzası” olmadan da gerçekleştirilebilmektedir. Bu durumda gençler durumlarını gizli tutmaya itilmekte ve yeterli bilgi sunmayı ve maliyet etkin hizmet sağlamayı kural haline getirmemiş özel sektöre yönlendirilmiş olmaktadır. Ancak adolesanlar için bilgi ve hizmet

sunumundaki gelişmeler ve değişen perspektifler umut vericidir; Ankara ve Diyarbakır’da üniversite öğrencileri için kurulan ve diğer STK’lar tarafından yürütülen Üreme Sağlığı Klinikleri, bu hizmetlerin daha fazla sayıda gence erişimi yolunda model teşkil edebilecektir.

Acil kontrasepsiyonun (AK) sunulabilirliğine ilişkin soruya verilen tepkiler, Türkiye’deki AP hizmetlerinin büyük oranda medikal hale geldiğini göstermektedir. Başka bir açıdan bakılacak olursa özellikle de kamu hizmeti sunucularının AK malzemelerinin dağıtımını üzerinde sahip olmak istedikleri kontrolü anlamak zordur. Kadınların kendi kendilerine hareket etmelerine imkan vermeye yeterli miktarda bir AK bilgisinin verilmesi fikri, kadınlar AK’ye ihtiyaç duysalar bile, STK’ların görüşünün tersine birçok hizmet sunucu tarafından desteklenmemektedir. Ancak diğer bir bakışla hizmet sunucuların karşılaştığı sorunlar, onlara, yöntem ve kullanıcılar üzerinde kontrol sahibi olmak konusunda belirli bir gerekçe vermektedir. Daha liberal ve daha az medikal olan bir kontraseptif ortamına geçmeden önce AP sunucularının kadınların bunları etkili bir şekilde kullanamayacakları şeklindeki endişeleri tamamen yabana atılmamalıdır. Türkiye’deki “karşılanamayan gereksinimlerin” bu farklı yapısı, politika

yapıcıları, bu durumun çok benzersiz yaklaşımlar ve çözümler gerektirebileceği şeklinde uyarmalıdır. Eğer konu ile ilgili bir şeylerin değiştirilmesi gerekiyorsa bu, tüm ilgili tarafların ortak çalışması ve katılımıyla yapılmalıdır.

Düşük hizmetlerinin sunulmasında bazı nedenlerden dolayı sorunlarla karşılaşmaktadır. Düşük hakkındaki yasanın yaş ya da medeni durumu sınırlaması olmadan 10 haftalık gebeliğe kadar herkese düşük için müsaade etmesine rağmen, evli kadınlar için tüzükle belirtilen “eşlerinin” imzası şartı bazı engeller getirmektedir. Bazı kliniklerde, özellikle Diyarbakır ve Mardin’de eşin imzası olmadan düşüğe izin vermeyen hizmet sunucuları vardır. Büyük devlet hastanelerinde ve AP kliniklerinde düşük hizmetlerinin olmayışı hiçbir mantıkla açıklanamamaktadır. Bu konudaki tek gerekçe, kadınların ücretsiz düşük olanaklarından yararlanmaları durumunda çok fazla düşük yapacaklarını ifade eden Kadın Doğum Uzmanlarından gelmiştir. Düşük sayısı ile ilgili nicel sayılar, Kadın Doğum Uzmanlarının özel uygulamayla düşükten elde ettikleri maddi kazançlar ve kadınların doğurganlıkları konusundaki hizmetlerin sunulabilirliğinde yaşanan zorluklara ait faktörler ayrıntılı olarak araştırılmalıdır.

Ayrıca çoğu sunucunun düşükte sınırı 8 hafta olarak belirlemesi başka bir engel olarak görülmeli ve hem erkekler hem de kadınlar yasal sınırın 10 hafta olduğu konusunda bilgilendirilmelidirler.

Bu araştırma Türkiye’deki kontraseptif ortamı, üreme sağlığı konusunda sağlık politikası ve daha spesifik olarak doğurganlığın düzenlemesi ile bunun sahadaki uygulamasında karşılaşılan sorunlar konusunda genel bilgiler vermeye çalışmıştır. Bu raporda belirtilen spesifik konuların çoğu ayrıntılı olarak incelenmemiştir; hizmet sunucular bir şekilde rutin ve gerçek yaşamları içinde hizmet sürerken program planlayıcılar ve politika yapıcılar, genellikle spesifik verilerin ve rakamların olmadığı bulanık ve belirsiz bir ortamda çalışmak zorunda kalmaktadırlar. Türkiye şimdiye kadar uyguladığı P ile ilgili yaklaşımlarda başarılı olmuştur, ancak yeni milenyum toplumsal cinsiyet perspektifinin politikalara dahil edilmesi konusu yeni zorlukları ve daha büyük beklentileri beraberinde getirmiştir. Ayrıntılı analizler yapılması ve farklı perspektiflerin anlaşılması yolu ile mevcut durumun iyileştirilmesi ve başarıya ulaşılması mümkün gözükmemektedir. Türkiye’deki kontrasepsiyon kullanımı ve AP yöntemleri ile ilgili bilgiler **(Ek VIII’de)** verilmektedir.

Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

KAYNAKLAR

Akın, A. (1994) Summary Report on the ICPD, Ministry of Health General Directorate of MCH/FP, Ankara, 1994

Akın, A. (1999) “Cultural and Psychosocial Factors Affecting Contraceptive Use and Abortion in Two Provinces in Turkey”, A. Mundigo and C. Indriso (eds.), Abortion in Developing World, World Health Organization, Vistaar Publications.

Akın, A., et all. (2001) Maternal Mortalities and Their Causes in Turkey, A. Akin (ed.), Aktüel Tıp, A Special Issue on Women’s Health, 6(1), 24-29.

Akın A., Bertan M. Contraception, Abortion and Maternal Health Services in Turkey: Results of Further Analysis of the 1993 Turkish DHS. Calverton, Maryland: MoH (Turkey) and Macro International Inc., Ankara, 1996.

Akın A. Implementing the ICPD Program of Action Turkish Experience in Sexual and Reproductive Health Recent Advances, Future Directions, Ed. by Chander P. Puri, Paul F.A. Van Look, Indian Society for the Study of Reproduction and Fertility, World Health Organization, Vol. I, pp. 57-69, New Age

International (P) Limited Publishers, 2001

Akın, A., Dogan, B. and Mihciokur, S. (2000) Survey on Causes of Maternal Mortalities from the Hospital Records in Turkey, Report submitted to the MoH-MCH/FP General Directorate, Ankara

Akın, A. and S. Bahar-Özvarış (1999) “Integrating an Expanded Range of Reproductive Health Services in Primary Health Care: Turkey’s Experience”, Satia, J. et all.(eds.) Innovations, Institutionalizing Reproductive Health Programs, ICOMP, vol 7-8, 115-135.

Akın, A. and S. Bahar-Özvarış (2002) “Utilization of Natal and Postnatal Services in Turkey”, Akın A. (ed.), Contraception, Abortion and Maternal Health Services in Turkey: Results of Further Analysis of the 1998 Turkish Demographic and Health Survey, Ankara. Hacettepe University, TFHP Foundation and UNFPA, 239-289.

Akın, A. and Bahar-Özvarış S. (2004). Study on the Influential Factors of Sexual and Reproductive Health of Adolescents/Young People in Turkey (Executive Summary). Ankara, Hacettepe University, WHO, UNFPA

Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

- Akın, A. and S. Bahar-Özvarış (2004). Case Study on Integration of Gender Perspective in Health Policy in Turkey. Ankara, HUWRIC.
- Akın, A. and Enunlu T. (2002). Induced Abortions in Turkey. Contraception, Abortion and Maternal Health Services in Turkey, Ankara, Hacettepe University Medical Faculty Department of Public Health, Turkish Family Health and Planning Foundation, United Nations Population Fund.
- Behar, C. (1995). The Fertility Transition in Turkey: Reforms, Policies and Household Structure. Family, Gender, and Population in the Middle East: Policies and Context. C. Obermeyer. Cairo, American University in Cairo Press: 36-56.
- Bossyns, P., H. Miye, et al. (2002). "Supply-level measures to increase uptake of family planning services in Niger: The effectiveness of improving responsiveness." *Tropical Medicine and International Health* 7(4): 383-390.
- Cebeci-Save, D., T. Erbaydar, et al. (2004). "Resistance against contraception or medical contraceptive methods: A qualitative study on women and men in Istanbul." *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 9: 94-101.
- Constitution of the Republic of Turkey, # 2709, Published in the Official Journal, Assign. No: 17844, dated 20.10.1982, Turkey.
- Dixon-Mueller, R. and A. Germain (1992). "Stalking the elusive "unmet need" for family planning." *Studies in Family Planning* 23(5): 330-335.
- Gender and Health in Turkey (2004) Ed. by Akın A. Published by GD of the Status and Problems of Women and HUWRIC and UNFPA, Ankara, Turkey.
- General Directorate on the Status and Problems of Women (GDSPW) (1999), *Women in Turkey 1999*, Publication of the General Directorate on the Status and Problems of Women, Ankara.
- Gursoy, E. A. (2004). Kizlik zari muayenesi/Bekaret Denetimi (Examination of Hymen/Virginity Exam). <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/mua yene.htm> Accessed: 2004.
- Hacettepe University Institute of Population Studies (1999). *Turkish Demographic and Health Survey, 1998*, Hacettepe University Institute of Population Studies and Macro International Inc., Ankara.

Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

HUWRIC (2003) Gender and Health and Women. Ed. by Akın A. Hacettepe University, Ankara, Turkey.

Inter Parliamentary Union database:
<http://www.ipu.org/wmn-e/classif.htm>,
"Women in National Parliaments"
15.04.2000.

Law no. 557 on Population Planning,
Published in the Official Journal, Assign.
No: 11976, dated 10. 04.1965, Turkey.

Law no. 2827 on Population Planning,
Published in the Official Journal, Assign.
No: 18059, dated 27. 05. 1983, Turkey.

Law on General Hygiene, # 1593,
Published in the Official Journal, Assign.
No: 1489, dated 06.05.1930, Turkey.

Law on the Socialization of Health
Services, # 224, Published in the Official
Journal, Assign. No: 10705, dated
12.01.1961, Turkey.

Ministry of Health (Turkey), Hacettepe
University Institute of Population Studies
and Macro International Inc. (1994)
Turkish Demographic and Health Survey
1993, Ankara, Turkey.

Ross, J. (1995). "The question of
access." Studies in Family Planning
26(4): 241-242.

Shelton, J., M. Angle, et al. (1992).
"Medical barriers to access to family
planning." The Lancet 340(Nov 28):
1334-1335.

Stanback, J. and B. Janowitz (2003).
"Provider resistance to advanced
prevision of oral contraceptives in Africa."
Journal of Family Planning and
Reproductive Health Care 29(1): 35-36.

State Institute of Statistics (1997)
Statistical Yearbook of Turkey-1997,
Ankara.

State Institute of Statistics (2000) Census
of Population, Social and Economic
Characteristics of Population, State
Institute of Statistics, Prime Ministry
Republic of Turkey, Ankara.

Turkey Demographic and Health Survey
(2003) Hacettepe University Institute of
Population Studies, Turkish Ministry of
Health General Directorate of MCH/FP,
State Planning Organization and
European Union, Ankara.

Unalan, T. and E. Kurtulus (1999).
Fertility Preferences. Turkish
Demographic and Health Survey 1998.
Ankara, Hacettepe University Institute of
Population Studies and Measure DHS+
Macro International Inc.

Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

United Nations (2000), World's Women, Trends and Statistics. New York. Pp. 171-5.

UNDP (2000), Human Development Report 2000. New York. Pp. 161-68. Data is based on information gathered in 1998.

WHO (1998) Gender and Health: Technical Paper-Women's Health and Development, Geneva: World Health Organization.

WHO (1999) Interpreting Reproductive Health, Geneva: World Health Organization.

Ek I.

**DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde Toplumsal Cinsiyet Konularının Sağlık Politikası
Geliştirilmesine Dahil Edilmesi Üzerine
Vaka Çalışmaları Yürütülmesine İlişkin Rehber
(Türk Ekibi tarafından üzerinde bazı değişiklikler yapılmıştır)**

Hedef 1: Genel politikaların global değerlendirmesi

Genel politika dokümanlarının global değerlendirmesine ilişkin konu listesi.

A. Genel ulusal politikalar konusundaki dokümanlara ilişkin sorular (Anayasa)

1. Politikanın adı nedir?
2. Uygulama tarihi nedir (eğer bahsedilmişse, başlangıç ve bitiş tarihi nedir)?
3. Politikayı oluşturan ve yasalaştıran hükümetin siyasi yönelimi nedir?
4. Politikanın yasalaştığı devlet düzeyi ile ilgili olarak: politikanın yasalaştığı sırada kadın bakanlar kabine üyelerinin yüzde kaçını oluşturmaktaydı?
5. Politikanın genel amacı nedir?
6. Bu politika kadın sağlığı, erkek sağlığı veya toplumsal cinsiyet ve sağlık konularına yönelik atıflar içermekte midir?
7. İçeriyorsa bu atıfları özetleyiniz.

- Eşitlik açısından herhangi bir toplumsal cinsiyet konusu göz önünde tutulmuş mudur?
- Hakkaniyet açısından herhangi bir toplumsal cinsiyet konusu göz önünde tutulmuş mudur?

B. Ulusal genel (toplumsal cinsiyet ve) sağlık politikalarına ilişkin sorular 1593 Sayılı Umumi Hıfz-ı Sıhha Kanunu (Genel olarak Sağlığın Korunması Hakkında Kanun) ve 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun.

1. Politikanın adı nedir?
2. Uygulama tarihi nedir (eğer bahsedilmişse, başlangıç ve bitiş tarihi nedir)?
3. Politikanın genel amacı nedir?
4. Bu politika kadın sağlığı, erkek sağlığı veya toplumsal cinsiyet ve sağlık konularına yönelik atıflar içermekte midir?
5. İçeriyorsa bu atıfları özetleyiniz.
6. Bu politikanın uygulanması için önerilen önlemler (faaliyetler) nelerdir?

7. Bu politikanın uygulanmasında kilit aktörler kimlerdir? (Sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler, eğitim, diğer)

Hedef 2: Bir ya da daha fazla spesifik sağlık politikalarının ayrıntılı değerlendirilmesi

(557 Sayılı Birinci ve 2827 Sayılı İkinci Nüfus Planlaması Kanunu)

Seçilen sağlık politikalarına ilişkin politika belgelerinin değerlendirilmesi için konu listesi.

Her bir politikanın değerlendirilmesinde toplumsal cinsiyet eşitliği ve hakkaniyeti (AP/ İstenmeyen gebelikler ve düşük) konusundaki tüm kanıtlar dikkate alınmıştır.

1. Seçilen politikanın adı.
2. Uygulama tarihi (eğer bahsedilmişse başlangıcı ve bitişi nedir)?
3. Politikanın ele aldığı ana meseleler nelerdir?
4. Politikanın amaçları nelerdir?
5. Politikanın amaçları içerisinde erkek sağlığı, kadın sağlığı veya toplumsal hakkaniyet ile ilgili olarak politikanın neleri başarmak istediği belirtilmekte midir?

Sonraki sorular politika oluşturmanın farklı safhalarına odaklanmaktadır.

Sorun tanımı (ilgili yasalardan ifadeler incelenerek)

6. Bu politikanın sorun analizinde sağlık durumu, risk profilleri, sağlık sorunları
Sağlık davranışı, sağlık ihtiyaçları veya sağlık hizmetlerinin kullanımı toplumsal

cinsiyet, yaş veya sosyal gruplar açısından değerlendirilmiş midir?

7. Bu politikanın sorun analizinde bu politikadaki cinsiyet ve toplumsal cinsiyet konularına ilişkin başka nitel ve nicel kanıtlar değerlendirilmiş midir?

Politika oluşturma:

8. Bu politikanın hedef grupları kimlerdir?
9. Bu hedef grupların tanımlanmasında olası cinsiyet veya toplumsal cinsiyet farklılıkları göz önünde tutulmuş mudur?
10. Bu politikanın uygulanması için önerilen önlemler (faaliyetler) nelerdir?
11. Bu önlemlerden (faaliyetlerden) kadın ve erkeklerin farklı gereksinimlerini dikkate alan var mıdır? Cevabınız Evet ise, açıklayınız.
12. Bu politikanın uygulanması için eldeki mevcut kaynaklar nelerdir?
13. Erkek ve/veya kadınların hedef alınması için herhangi bir mali hüküm var mıdır? Cevabınız evet ise, açıklayınız.

Uygulama

14. Bu politika hangi düzeyde uygulanmaktadır: ulusal, bölgesel, yerel?
15. Bu politikanın uygulanmasında kilit aktörler kimlerdir? (sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler, eğitim, diğerleri)
16. Bu politikanın (hedeflerin) başarılı olmasındaki kilit kriterler nelerdir?
17. Burada toplumsal cinsiyet ne ölçüde göz önünde tutulmuştur?

İzleme

18. Politikanın ilerleyişine dair düzenli bir izleme mekanizması mevcut mudur?

19. Cevabınız evet ise, sonuçlar eylemlerin üzerinde değişiklikler yapılmasına olanak sağlamakta mıdır?

20. Raporların izlenmesi toplumsal cinsiyete özel nitel ve /veya nicel bilgileri içermekte midir? Cevabınız evet ise açıklayınız.

Değerlendirme

21. Politikanın başarı kriterlerinin ne düzeyde karşılandığını biliyor musunuz? (Başarıları ve karşılaşılan sorunları açıklayınız.)

22. Kadın ve erkekler üzerindeki politika etkilerine ilişkin verileriniz var mı?

Son sorular politika oluşturma süreçlerine odaklanmaktadır; cevaplar dokümanlarda bulunabilir. Eğer burada cevapları bulamazsanız, kilit bilgi kaynakları ile görüşerek cevaba ulaşabilirsiniz.

23. Toplumsal cinsiyet sorunlarının bu politikaya dahil edilmesini sağlayacak bir bölüm, komite ya da odak kişi var mı?

Gözden geçirilecek diğer veriler (Cinsiyete göre ayrımı yapılmış veriler)

24. Seçilen politika ile ilgili cinsiyete göre ayrımı yapılmış nitel ya da nicel veriler var mı? Cevabınız evet ise, açıklayınız. (Ulusal sağlık veri tabanlarında bu sorulara verilen cevapları bulabilirsiniz)

25. Bu veriler politika taslağı hazırlamada kullanılmış mıdır?

Ek II.

“Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Dahil Edilmesi Hususundaki Vaka Çalışması”na

Ait Ayrıntılı Bilgiler (BİRİNCİ AŞAMA)

Bu bölümde beş mevzuatın her biri DSÖ rehberine uygun olarak sunulmaktadır. Her bir mevzuat ayrıca "spesifik sağlık politikasının geliştirilmesinde toplumsal cinsiyet meselelerinin ne düzeyde dikkate alındığına dair değerlendirme sonuçları matrisinde" de özetlenmektedir.

1. Politikanın adı nedir?

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ ANAYASASI,
1982**

2. Uygulama tarihi nedir?

Kurucu meclis tarafından kabul tarihi:
18.10.1982;

Halk referandumu için Resmi Gazetede
Yayımlanma Tarihi: 20.10.1982-17844;

Referandumla kabul edilme tarihi:
7.11.1982;

Anayasanın Referandumla Kabul
Edildiğini belirten Resmi Gazete:
9.11.1982, no: 17863, 2709 Sayılı Yasa

3. Bu politikayı oluşturan ve yasalaştıran o zamanki hükümetin siyasi yönelimi neydi?

1980 Eylülünde Türkiye’de askeri hükümet yönetime el koydu ve mevcut Anayasayı askıya aldı. Bu askeri hükümet “Anayasa Düzeni Kanunu” yayımladı ve bir “Kurucu Meclis” oluşturdu. Bu “Kurucu Meclis”, tüm üyeleri asker olan 5 Ulusal Güvenlik Konseyi (UGK) üyesinden ve 160 üyeli “Danışma Meclisinden” oluşmaktaydı. Danışma Meclisinden yeni bir Anayasa oluşturmak üzere 15 üye seçildi ve atandı. Bu komisyon yeni anayasa taslağını hazırladı ve bu taslak da Danışma Meclisi tarafından kabul edildi. Daha sonra bu taslağa, Ulusal Güvenlik Konseyi tarafından bazı küçük değişiklikler yapılarak son şekli verildi. Yapılan referandumda halkın % 91.4’ünün katıldığı kamuoyu yoklaması ile yeni Anayasa kabul edildi (katılım % 91’di) ve 9.11.1982 tarih ve 17863 Sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak resmen Türkiye Cumhuriyeti’nin Anayasası haline geldi. Hala yürürlükte olan bu anayasa 7 Kısımdan, 117 Maddeden ve 16 Geçici Maddeden oluşmaktadır.

4. Bu politikanın yasalaştığı devlet düzeyiyle ilgili olarak, politikanın

yasalaştığı sırada kabinedeki kadın bakanların oranını verebilir misiniz?

Yeni bir anayasa taslağı hazırlamak üzere toplanan bu Komisyonda 15 üyenin hiç biri kadın değildi. Bu anayasa taslağına Ulusal Güvenlik Konseyi tarafından son şekli verilmiştir, Ancak bu konseyde de hiçbir kadın üye yoktur.

5. Bu politikanın genel amacı nedir?

Önsöz: 1982 Anayasası Komisyon tarafından “haklar ve özgürlükler konusunda 1961 Anayasasının boşluklarını doldurma; yasama ve yürütme güçleri arasındaki ilişkileri geliştirmek amacıyla parlamenter rejimin tüm mekanizmalarını kullanma, ve yargı denetiminin yasal sistemin sınırları içerisinde gerçekleşmesini sağlama” fikrine dayanarak hazırlanmıştır.

6. Bu politikada kadın ve erkek sağlığı veya toplumsal cinsiyet ve sağlık konularına atıfta bulunulmakta mıdır?

Evet.

7. Eğer öyleyse, bu yapılan bu atıfları özetleyiniz.

- Eşitlik açısından herhangi bir toplumsal cinsiyet konusu göz önünde tutulmuş mudur?
- Hakkaniyet açısından herhangi bir toplumsal cinsiyet konusu göz önünde tutulmuş mudur?

Toplumsal cinsiyet açısından incelendiğinde 1982 Anayasasının genel olarak pozitif bir görünüm sergilediğini söyleyebiliriz. Bununla birlikte, “tümü” ve “hiçbiri” gibi kelimelerin sık sık yer almasından, eşitliğin herhangi bir spesifik toplumsal cinsiyete atıfta bulunulmadan herkesi kapsayacak şekilde algılandığı anlaşılmaktadır. Toplumsal cinsiyet ifadesi ilk olarak “Genel Esaslar” (Bölüm I) Madde 10’da “Kanun Önünde Eşitlik” bölümünde “*Herkes, dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasî düşünce, felsefî inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir.*” ifadesinde yer almaktadır. Bu maddenin gerekçesinde eşitlik demokrasinin vazgeçilmez üç ilkesinden birisi olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca herhangi bir kritere ya da niteliğe bağlı olarak ayrımcılığın yapılması da kesinlikle yasaklanmıştır. Yasaların uygulanması da dahil adli süreçlerin hiçbirisinde ayrımcılık yapılmayacaktır, devlet kurumları ve idari makamlar bu eşitlik ve ayrımcılık yapmama esasını gözetlemekle yükümlüdür. Toplumsal cinsiyet eşitliği ile ilgili diğer bir atıf da “Eğitim ve Öğrenim Hakkı (Bölüm 2, Kişinin Hakları ve Ödevleri)” (Kısım 3, “Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler) şeklinde ortaya çıkmaktadır. (Madde 42’ *“İlköğretim, kız ve erkek bütün vatandaşlar için zorunludur ve Devlet okullarında parasızdır.”* (Bakınız, Madde

42). Bu maddenin içeriği 1924 tarihli Tevhid-i Tedrisat Kanunu’na dayanmaktadır ve eğitim bir sosyal hak olarak belirtilmiştir. Özellikle de öğrenme ve öğretme konusunda erkek ve kızlara eşit olarak yaklaşma konusunda bir vurgu vardır. Anayasanın aynı maddesinde “Çalışma Şartları ve Dinlenme Hakkı” başlıklı bir madde vardır, buna göre “Küçükler ve kadınlar ile bedenî ve ruhî yetersizliği olanlar çalışma şartları bakımından özel olarak korunurlar.” (Bakınız Madde 50). Bu bir ölçüye kadar pozitif ayrımcılık olarak kabul edilebilir. Ancak bu konu başka şekilde de yorumlanabilir. Bunun aslı olan “küçükler ile bedenî ve ruhî yetersizliği olanlar” şeklindeki ifadeye “kadın” ibaresinin Ulusal Güvenlik Konseyinin yaptığı son değişiklikle konulmuş olduğu söylenebilir. Yapılan bu müdahale “kadının statüsünün düşürülmesi” olarak da yorumlanabilir.

“Devlet, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleriyle, malûl ve gazileri korur ve toplumda kendilerine yaraşır bir hayat seviyesi sağlar.” şeklindeki ifadenin geçtiği “Sosyal güvenlik bakımından özel olarak korunması Gerekenler” başlığında da benzeri bir ikilem görülür (Bakınız Madde 61). Anayasa Komisyonu ilk taslaktaki şehitlerin dul ve yetimleriyle sosyal korumaya muhtaç malul, yaşlı ve çocuklar hakkındaki maddeleri birbirinden ayrı tutmuştu. Ancak daha

sonra Ulusal Güvenlik Konseyi, tüm bu insanların, özel bir sosyal korumaya muhtaç oldukları gerekçesiyle bunları aynı madde altında bir araya getirdi. Buradaki ikilem, kadınlara özel koruma için eşit bir yaklaşım kabul etmek istenirken kadınların engelli ve yaşlılarla aynı kategoriye konmasıdır. Ancak öte yandan bu maddenin tüm kadınlara değil de sadece şehit dullarına özel koruma sağladığı için pek adil olmadığı da söylenebilir..

“Türk Vatandaşlığı” başlığı ile 66. maddede (2. Bölüm, “Kişinin Hak ve Ödevleri”; 4 Kısım, “Siyasi Hak ve Ödevler”) “*Türk Devletine vatandaşlık bağı ile bağlı olan herkes Türktür. Türk babanın veya Türk ananın çocuğu Türktür. Türk anneden ve yabancı babadan doğan çocuğun vatandaşlık durumu kanunla düzenlenir.*” denmektedir (Bakınız Madde 66). Bu madde toplumsal cinsiyet ayrımcılığını açıkça ortaya koymaktadır. Ancak 2001 yılında yapılan değişiklikle bu ifade Anayasa metninden çıkartılmış ve eşitlik konusunda olumlu bir adım atılmıştır.

Madde 41’de (Bölüm 2, “Kişinin Hak ve Ödevleri”; Kısım 3, “Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler”) toplumsal cinsiyet eşitliğini gözeten ve kadınlara karşı koruma öngören hükümler vardır. “*Aile Türk toplumunun temelidir*” ifadesi “*eşler arasında eşitliğe dayanır*” ifadesiyle tamamlanmıştır. Koruyucu ve eşit

yaklaşım açısından yine aynı maddede (Madde 41) *“Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle annenin ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilâtı kurar”* denmektedir. Bu madde, aile toplumun temelini teşkil ettiği için Devletin aileyi ve ailenin iyilik halini koruması gerektiği gerekçesine dayanır. Aile Planlaması ile ilgili kısımları ekleyen ise Ulusal Güvenlik Konseyinin Anayasa Komisyonu olmuştur. Ancak bir maddenin toplumsal cinsiyete tamamen duyarlı olması için sosyal ve ekonomik durumuna, etnik kökenine, dinine vs. bakmaksızın tüm kadınları kapsayan bir yaklaşıma sahip olması gerekir. Bu yüzden bu koruyucu ifadelerle rağmen bu madde "evli ve anne" olan kadınları dikkate aldığı için bir çeşit toplumsal cinsiyet ayrımcılığı içerdiği söylenebilir.

1982 Anayasasının ilk taslağında, "Siyasi Partiler ile ilgili Hükümler" başlıklı Madde 68’de (Bölüm 2, "Temel Hak ve Özgürlükler"; Kısım 4, "Siyasi Haklar ve Ödevler") şöyle denmektedir: "Siyasi partiler yurt dışında örgütlenemez, gençlik kolları ya da kadın kolları gibi yan kuruluşlar ve dernekler kuramaz." Komisyondan gelen asıl taslağı gözden geçirdikten sonra bu hükmü ekleyen UGK olmuştur. Kadınların mevcut gelenekler ve normların baskısı altında siyasi ortamlardan ve kamu ortamından

dışlandığı dikkate alındığında, bu hükmün kadınların dayanışma içerisinde örgütlenerek siyasi bir hareket oluşturmaya engel konduğu ve durumun daha da kötüleştirildiği görülür. 1995 yılında yapılan bir değişiklikle bu hüküm Anayasadan çıkartılmıştır.

"Sağlık, Çevre ve Konut" başlıklı Madde 56’da (Bölüm 2, "Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler" Temel Haklar ve Ödevler"; Kısım 3, "Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler") sağlık hizmetleri ve çevrenin korunmasına atıfta bulunulmuştur.

halen Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin (TBMM) anayasa düzenlemeleri ve değişiklikleri üzerinde çalıştığını belirtmekte fayda vardır. Bu bağlamda en çok tartışılan konu toplumsal cinsiyet eşitliğini geliştirecek pozitif ayrımcılığa izin veren yeni Anayasa maddesidir. TBMM’deki iki siyasi parti "Kadınlar ve erkekler eşit haklara sahiptirler. Devlet bu eşitliğin uygulamaya geçirilmesiyle yükümlüdür" şeklinde önerilen metin üzerinde tartışmaktadırlar. Muhalefette olan Cumhuriyet Halk Partisi (CHP) Türkiye’nin de devlet olarak taraf olduğu CEDAW’ın (Kadınlara Karşı Her Çeşit Ayrımcılığın Kaldırılması Sözleşmesi) ilgili hükümlerinin kabul edilmesi konusunda ısrar ederken diğer yandan iktidardaki AKP bu teklife karşı gelmektedir.

Özetleyecek olursak, 1982 Anayasası genel yaklaşımı dikkate alındığında toplumsal cinsiyete duyarlı bir araç olarak sınıflandırılabilir. Pozitif ayrımcılığı ima edebilecek ve toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılığı çağrıştıracak bazı ifadeler sonradan kaldırılmıştır. Burada, Anayasadaki olumlu değişikliklerde ve düzenlemelerde, 1995 yılında Pekin’de Türkiye de dahil 189 ülkeden katılımın olduğu ve Türkiye’nin kabul ettiği IV. Dünya Kadın Konferansı’nın yanı sıra, 1979 yılında BM tarafından, 1985 yılında ise Türkiye tarafından kabul edilen CEDAW’dan etkilenildiğini vurgulamak gerekir. Ancak anayasa gibi temel belgelerde toplumsal cinsiyet eşitliğinin korunması, gerçek sosyal hayatta bunun otomatik olarak gerçekleştirilmesi anlamına gelmemektedir. Bu yüzden eşitliğin esas olarak gerçek hayatta nasıl sağlanacağı konusundaki araştırma ve incelemeler ile ilerleme konusundaki insiyatifler bu alanda başarı sağlanması açısından yaşamsal öneme sahiptir.

1) Politikanın tam adı nedir?

UMUMİ HIFZ-I SIHHA KANUNU

2) Yürürlüğe Giriş Tarihi

Kabul Ediliş Tarihi: 24. 04.1930

Kanun No: 1593

Yayımlandığı Resmi Gazete no 1489,

Yayımlanma Tarihi 06.05.1930.

Halen yürürlükte olan bir yasadır.

3) Temel amaçları ve gerekçesi nedir?

Sağlık hizmetlerinin sunulması ve kamu sağlığı alanındaki sorunların çözümü konusunda mevcut Türk Ceza Kanununun bazı genel ve spesifik hükümleri ile Osmanlı Döneminden kalma bazı düzenlemeler yetersiz kalmaktaydı. Bu yüzden sağlık alanındaki tüm kurumların görev ve sorumluluklarını tanımlayacak ve mevcut ihtiyaçlara cevap verecek güncel hüküm ve düzenlemeler getirecek bir yasal çerçeveye ihtiyaç duyuldu.

4) Bu politikada kadın ve erkek sağlığı veya toplumsal cinsiyet ve sağlık konularına atıfta bulunulmakta mıdır?

"Umumi Hifz-ı Sıhha Kanunu " özellikle de sağlık konularına" odaklanan bir araç olduğu için içerisinde kadın ve erkek sağlığı konusuna ilişkin bir çok maddesi vardır. Ancak, bu kanundaki bazı maddeler toplumsal cinsiyet eşitliğine işaret ederken bazı maddeler ise toplumsal cinsiyet ayrımcılığını yansıtmaktadır.

5) Bu politikada kadın ve erkek sağlığı veya toplumsal cinsiyet ve sağlık konularına atıfta bulunuluyorsa, lütfen bunları kısaca açıklayınız (Bakınız Soru 4).

Aşağıda 15 Kısım ve 309 Maddeden oluşan "UmumiHifz-ı Sıhha Kanunu"ndan bazı bölümler verilmektedir:

Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

Bölüm 1; Sağlık Hizmetlerinin Teşkilatlanması

Bölüm 2; Enfeksiyon hastalıkları ve epidemilerin kontrolü (sıtma, trahom, zührevi hastalıklar, verem)

Bölüm 3; Seks işçilerine ilişkin düzenlemeler

Bölüm 4; Göçe ilişkin sıhhi meseleler

Bölüm 5; Gemiler, Demiryolları ve diğer ulaşım yollarına ilişkin sıhhi meseleler

Bölüm 6; Çocuk sağlığı

Bölüm 7; Çalışanların sağlığı

Bölüm 8; Yenilecek, içilecek ve kullanılacak bazı maddeler

Bölüm 9; Maden suları ve kaplıcalar

Bölüm 10; Mezarlıklar, ölülerin defni, mezardan çıkartılması ve nakli.

Bölüm 11; İçilecek ve kullanılacak su, Su kaynakları, atıkların kaldırılması, meskenler, hanlar ve oteller, kasaba ve şehirler.

Bölüm 12; Gayrisıhhi müesseseler

Bölüm 13; Sıhhi istatistikler

Bölüm 14; Ceza hükümleri

Bölüm 15; Umumi hükümler

1930'larda yayımlanan bu "Umumi Hıfz-ı Sıhha Kanunu" zamanının önde gelen sağlık sorunları olan sıtma, trahom, verem ve zührevi hastalıklara özel vurgu yapmaktadır. Zührevi hastalıklarla ilgili olarak, bu hastalıklardan herhangi birisine yakalanan kişi tedavi yolları aramak zorundadır (Madde 103) ve her bir sağlık çalışanı bu durumu bildirmekle yükümlüdür (Madde 103). Hastalar,

devletin sağlık kuruluşlarında ücretsiz tedavi edilmektedirler (Madde 105). Bu uygulama, toplumsal cinsiyet ve sağlık meselelerinde eşitlikçi bir yaklaşım olarak kabul edilebilir

Umumi Hıfz-ı Sıhha Kanununun cinsel yolla bulaşan hastalıklarla mücadelede öngördüğü diğer bir yol da evlilik öncesi sağlık muayenesidir. Evlilikten önce tüm çiftlerin sağlık muayenesi olmaları zorunludur (Madde 122) ve hasta(lar) tam olarak tedavi edilmeden evlenemez (Madde 123). Bu da toplumsal cinsiyet ve sağlık konularında eşitlikçi bir yaklaşım olarak kabul edilebilir.

Herhangi bir bulaşıcı hastalığa yakalanmaları halinde hayat kadınlarının çalışması yasaklanacak (Madde 129) ve tüm bu kadınlara cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı ücretsiz tıbbi tedavi sağlanacaktır (Madde 131).

Bu yasa Birinci Dünya Savaşını ve Kurtuluş Savaşını müteakip nüfus artışını teşvik etmek amacıyla doğurganlığı özendirici politikanın etkisini yansıtmaktadır. Esasen çocuk doğurmaya teşvik eden özel hükümler vardır: "Sağlık personeli nezaretinde sıhhi koşullarda doğum" (Madde 153-154), "doğumdan önce ve sonra ücretli izin" (Madde 155), "daha fazla çocuk sahibi olmanın teşvik edilmesi (Madde 156)" ve "düşük ile ilgili yasaklar" (Madde 152) buna örnek olarak

verilebilir. Bunlar risk gruplarına öncelik veren tarafsız maddelermiş gibi gözükabilir; ancak buradaki pozitif ayrımcılık aslında kadınların değil annelerin lehinedir ve bu da kadınların geleneksel toplumsal cinsiyet rollerini daha da pekiştirmektedir. Bazı maddelerin kadın vücudunu ve doğurganlığı "bir araç" olarak gördüğünü söylemek de mümkündür. Ancak kadınların toplumda tanınması ve doğum öncesi ve sonrası kadına ücretli izin verilmesi bu konuda atılmış ileri adımlar olarak da görülebilir. İşlerin geleneksel toplumsal cinsiyete dayalı olarak kadın-erkek işi şeklinde bölündüğü ve kadınların iş gücüne katılımının aşırı derecede sınırlandırıldığı 1930'lar düşünüldüğünde bu adımların önemi daha da iyi anlaşılabilir.

Madde 169, toplumsal cinsiyete karşı oldukça yanlı bir yaklaşım olması açısından benzersizdir. Bu madde, kız çocuklarının gelecekte anneliğe hazırlanmaları için okul müfredatına çocuk bakımı derslerinin konulması ile ilgilidir ve burada kadının temel görevi annelik olarak görülmektedir. Bu yüzden Madde 169, toplumdaki toplumsal cinsiyete dayalı rolleri güçlendirdiği için toplumsal cinsiyet eşitliği açısından olumsuzdur.

Umumi Hıfz-ı Sıhha Kanunu 12 yaş altındaki çocukların çalıştırılmayacağını

ve 12-16 yaş grubundaki kız ve erkek çocuklarının günde 8 saatten fazla çalıştırılmayacağını belirtmektedir (Madde 173). Bu şekilde bu madde de toplumsal cinsiyet eşitliği ilkesine uymaktadır. Madde 177 gebe kadınların ve emziren annelerin genel ve emzirme izinleri ile birlikte çalışma şartları ile ilgili uygulamalara ilişkindir. Bu risk gruplarına yönelik pozitif bir tutum olarak kabul edilebilir. Kadınların ve 12-16 yaş grubundaki çocukların çalıştırılmayacağı alanlar Çalışma Yasasında tanımlanacaktır (Madde 179). Bu iki şekilde yorumlanabilir: Bir açıdan toplumsal cinsiyet ayrımcılığı noktaları içerirken diğer yandan gebelik ve doğum sırasında durumu daha da riskli olan kadınlar için özel bir koruma sağlanması şeklinde de yorumlanabilir.

6) Bu amaçların başarılı olması için hangi kriterler/ önlemler önerilir?

Umumi Hıfz-ı Sıhha Kanunu, sağlık kuruluşlarının ve sağlık çalışanlarının belirli konularda (Madde 279) bildirimde bulunmalarını zorunlu kılan bir bildirim sistemi (Madde 276) oluşturmuştur. Bu yasa aynı zamanda okul müfredatlarına sağlık derslerinin dahil edilmesini zorunlu hale getirmiş (Madde 281) ve sağlık meseleleri hakkında halka genel eğitim verilmesi için programlar başlatmıştır (Madde 280). Bu yasa aynı zamanda ihlal durumunda para ve hapis cezası öngörmektedir (Bölüm 14)

7) Bu yasanın uygulanmasından sorumlu hükümet birimleri, kurumları veya çalışanları nelerdir?

Umumi Hıfz-ı Sıhha Kanununda belirtilen görevler Sağlık Bakanlığı ve belediyelerde çalışan sağlık personeli tarafından uygulamaya sokulacaktır (Madde 305). Uygulama konusunda tam yetki ise Bakanlar Kuruluna aittir (Madde 309).

1. Politikanın tam adı: TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ HAKKINDA KANUN.

224 Sayılı Kanun

Kabul ediliş tarihi: 05.01.1961; **Resmi Gazetede Yayımlanış:** no. 10705, 12.01.1961 tarihli

2. Yürürlüğe girme: 224 sayılı kanun 27 Mayıs 1960 askeri müdahalesinin şekillendirdiği bir ortamda kabul edilmiş ve yürürlüğe konulmuştur. O sırada başta olan Milli Birlik Komitesi tasarımı yetki süresinin son günü olan 5 Ocak 1961’de onaylamıştır ve yasa metni 12 Ocak 1961’de resmi gazetede yayınlanmıştır.

3. Politika yürürlüğe girdiğinde görevde bulunan hükümet:

Askeri Hükümet

4. Politika yasa statüsü kazandığı zaman meclisteki kadın üyelerin oranı:

5. Politikanın amacı/gerekçesi:

Madde 1- “Tıbbi hizmetler, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak kabul edilen sağlık hizmetlerine erişim ve hizmetlerin sunumunda toplumsal adaletin sağlanması amacıyla mevcut yasa çerçevesinde oluşturulacak bir program altında sosyalleştirilecektir.”

6. Politika kadın ve erkek sağlığına veya toplumsal cinsiyete ve sağlık konularına atıfta bulunuyor mu?

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun; kanunun amacı, kullanılan terimler ve kabul edilen temel ilkelerle ilgili genel hükümler, hizmet sunumu birimlerinin kuruluşu ve görevleri, sosyalleştirmenin uygulanışı ve kapsamı, ilgili kuruluşların belirli görevleri, yerel sağlık konseyleri ve sağlık çalışanları ve sosyalleştirmenin mali yönlerine ilişkin 35 maddeden oluşur. 224 sayılı kanunu, daha sonra temel kanunda öngörülen sistemi ve uygulamaları ayrıntılı anlatan ve açıklayan bir dizi yönetmelik ve diğer genelgeler takip etmiştir. Hem temel kanunun kendisi, hem de onu destekleyen diğer belgeler toplumsal cinsiyet eşitliği ve hakkaniyetine ilişkin ifadeler içermektedir.

7. Politikanın kadın ve erkek sağlığına veya cinsiyet ve sağlık konularına ilişkin göndermeler içerip içermediğini lütfen kısaca açıklayınız

a) “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”da toplumsal cinsiyet eşitliği ve hakkaniyetine ilişkin maddeler.

2. Maddede sosyalleştirmenin anlamı açıklanırken şu ifade yer almaktadır:

“Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, tüm vatandaşların mevcut sağlık hizmetlerine eşit erişimini ve bu hizmetleri tamamen ücretsiz veya maliyetin bir kısmının paylaşılması suretiyle kullanımını öngörür.” Bu nedenle, temel ilke ilgili hizmetlere eşit erişim ve hizmetlerin eşit kullanımıdır.

Madde 28, “Sosyalleştirilmiş hizmetlerde çalışan evli çiftleri aynı yerde bulunan iki farklı kuruluştaki görevlendirmenin imkânsız olduğu durumlarda, çiftler aynı kuruluştaki görevlendirilebilirler” der. Bu hüküm, toplumsal cinsiyet ayrımcılığına mahal vermemektedir, çünkü erkeğin statüsüne ya da görevlendirilişine herhangi bir öncelik vermemektedir.

b) “Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hizmetin yürütülmesi hakkında yönetmelik”, Bakanlar Kurulu’nun 17.08.1964 tarihli ve 6/3470 sayılı kararıyla kabul edilmiştir. Yönetmelik, sağlık çalışanlarına bu önemli görevde karşılaşılabilecekleri çeşitli zorlukların üstesinden gelme konusunda

yardımcı olmayı, yol göstermeyi ve sosyalleştirilmiş alanlarda bu hizmetleri bütünlük içinde sunmanın yollarını anlatmayı amaçlamaktadır.

Bu düzenlemede toplumsal cinsiyet eşitliğine ve hakkaniyetine ilişkin bazı noktalar vardır. 224 sayılı kanunun 2. maddesinin temel noktası bu yönetmelikte bir kez daha görülmektedir. Burada sosyalleştirme kavramı daha ayrıntılı anlatılmakta ve eşitliğe vurgu devam etmektedir. Sosyalleştirme konusu üzerinde durulurken, sağlık hizmetleri “eşit imkânlar ve çok çeşitli kuruluşlar sağlayarak, doğuştan olan veya sonra oluşan maluliyetleri ortadan kaldırarak veya tedavi ederek ve vatandaşların iyilik halini ve iyi sağlık koşullarını koruyarak tüm vatandaşların sağlığını korumayı amaçlayan” hizmetler olarak tarif edilmektedir. Burada, cinsiyet, yaş, sağlık durumu, din, dil, ırk veya etnik köken gözetmeksizin tüm vatandaşların eşit olduğu öngörülmektedir.

Yönetmelik, aynı zamanda hakkaniyete de gönderme yapmaktadır. Madde 3 sağlık hizmetlerinde sosyalleşmenin faydalarını açıklarken, (d) fıkrası şöyle demektedir: “Özellikle kentsel ve kırsal alanlardaki eğitimsiz kadınlar, daha iyi bakılmış ve daha sağlıklı nesillerin yetiştirilmesi için, çocuk bakımı, ev işleri, kişisel hijyen ve çocuk ve yetişkinlerin beslenmesi konularında eğitileceklerdir.

Sosyalleşmeden beklenen yararları anlatan bu cümle, toplumsal cinsiyet durumu açısından olumlu veya olumsuz yorumlanabilir. Olumlu taraf, eğitimsiz kadınların sağlık, beslenme ve hijyen konularında eğitilmelerinin öngörülmesidir. Ne varki bu faydalar kadınların kendilerinden ziyade, “gelecek nesiller” için sağlanmış olacaktır. Diğer bir deyişle, kadınların eğitim ve bilgi durumları amacın kendisi olarak değil de, bir “araç” olarak görülmektedir. Ayrıca, kadınların vatandaş olarak sahip oldukları haklar üzerindeki vurgu onların annelik rolü tarafından gölgelenmektedir. Sonuç olarak, “annelik”, “anne sütü”, “çocuk sağlığı” ve “aile sağlığı” üzerindeki vurgular, kadının üremedeki rolü üzerindeki ataerkil vurguyu hatırlatacak şekilde yapılmaktadır. Yönetmeliğin ikinci kısmı sağlık kurumlarına ve görevlerine ayrılmıştır. Bu bölüm ayrıca Ana Çocuk Sağlığı Dairesi’nin rolü ve görevleri konusunda da açıklamalar içermektedir. Bu bölüm şöyle devam etmektedir: “AÇS kuruluşlarının görev ve hizmetleri şunları içerir: Sistemik olarak farkındalık oluşturmak, anne ve çocuk sağlığı konusunda insanlara yol göstermek ve bilgi vermek; gebe, loğusa ve emziren kadınları tıbbi kontrol altında tutmak; anneleri uygun çocuk bakımı konusunda bilgilendirmek ve özetle annelerin sağlık durumlarını korumak ve onlara sağlıklı çocuklar yetiştirmelerinde yardımcı olmak

suretiyle, anne ve bebek/çocuk ölümlerini mümkün olduğunca azaltmak.”

Bu kısım için de iki taraflı yorum yapmak mümkündür. Hamile veya yeni doğum yapmış olan kadınların özel sağlık korumasının sağlanacağı özel bir risk grubuna alınması mantıklı ve oldukça adildir. Öte yandan, sağlıklı çocuklar ve nesiller yetiştirme görevinin sadece annelere yüklenmesi, kadınlığı annelikle sınırlamak suretiyle geleneksel toplumsal cinsiyet rolünün daha da vurgulanması olarak yorumlanabilir.

Metinde yer alan (g) fıkrası dispanserlerin görevlerini şu şekilde tanımlamaktadır: Hamile, loğusa ve emziren annelerin belirlenmesi (a); doğum için en uygun koşulların sağlanması (b); loğusa izlemi (c) ve periyodik kontroller (f). Bu noktada yukarıdakine benzer bir analiz yapılabilir. Kadınların üreme rolünün ciddiye alınması; ilgili risklerle mücadele etme, bu amaç için özel dispanserler kurma ve bu tür kuruluşların hizmetlerinin geliştirilmesi şeklindeki ifadeler önemlidir. Öte yandan, bu kuruluşların isminden, anne sağlığının çocuk sağlığını sağlamak için bir araç olarak kabul edildiği ve annenin çocuğun sağlık durumundan sorumlu tek kişi olarak görüldüğü anlaşılmaktadır.

Aynı yönetmeliğin (k) fıkrası, sağlık ocakları tarafından sunulan hizmetlerle

ilgilidir. Burada, sağlık eğitimi sağlık ocaklarının görevleri arasındadır. Kırsal bölgelerde yaşayan kadınlara özel atıflar mevcuttur: “(...) kırsal kesimdeki yaşam koşulları hijyen kurallarına uygun değildir. Fakat, bu bölgelerde yaşayan kadınları ev idaresi, beslenme ve hijyen gibi konularda eğiterek hijyenik olmayan koşulları ve uygulamaları ortadan kaldırmak mümkündür. Sağlık ve hijyen koşullarını iyileştirmede kadınların oynadıkları role ve eğitilmelerine verilen önem düşünülürse bu kısmı da yine olumlu yorumlamak mümkündür.

Ancak, kamu alanı ve özel alan arasında net bir sınır çizildiği için ve kadınlar yalnızca özel alana yerleştirildikleri için bu durum geleneksel toplumsal cinsiyet rolünün, yani üremenin pekiştirilmesi olarak yorumlanabilir.

Yönetmelik, ayrıca sağlık evlerine ve bunların işlevlerine ayrılmış bir bölüm de içermektedir. Bu bölümde, sağlık evlerinin başlıca işlevleri, ana çocuk sağlığı hizmetlerinin sunumu ve insanların hijyen, beslenme, ev işi ve çocuk bakımı alanlarında eğitilmesi olarak ele alınmaktadır. Buradaki yaklaşım gayet nettir; kadınlardan genellikle “ev kadını” ve “anne” rolleri bağlamında bahsedilmektedir ki bu da yine geleneksel toplumsal cinsiyet rollerine yapılan bir vurgu olarak kabul edilebilir.

224 sayılı kanunun uygulanış şekli hakkında bilgi vermek için kabul edilen 154 sayılı yönergenin temel esasını özetleyecek olursak, burada kadınların rolünün annelik ve ev kadınlığına indirgenmesi şeklinde bir yaklaşımın bulunduğunu söyleyebiliriz.

c) Sağlık Hizmetlerinin yürütülmesi hakkında yönetmelik (2002)

Bu yönetmelik 2002 yılında, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında 224 sayılı kanuna, Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında 181 sayılı Kanununun 43. maddesine ve Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkındaki yönergenin hükümlerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Bu yönetmeliğin amacı Bakanlık çevresindeki kuruluşların çeşitli seviyelerde hizmetlerini nasıl sunacakları konusuna netlik kazandırmak, sağlık hizmetlerinin ahenkli ve bütünleştirilmiş bir şekilde yürütülmesini sağlamak ve sağlık personeline bu konuda yol gösterip yardımcı olmaktır. Burada, yukarıda bahsettiğimiz 224 sayılı kanunda ve 154 sayılı yönergede yapılan değişikliklere yer vermek uygun olacaktır.

Yönetmeliğin 5. bölümü yataklı sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlere ayrılmıştır. Madde 194’ün (a) fıkrasında

genel bir hastane; “tüm acil durumların ve yaş, cinsiyet gözetmeksizin, kurumun mevcut uzmanlık alanlarıyla ilgili sağlık sorunları olan tüm hastaların tıbbi muayene ve yataklı hizmet için kabul edildikleri yataklı sağlık kuruluşları” olarak tanımlanır. “Yaş ve cinsiyet gözetmeksizin” ifadesi eşitlik açısından değerlendirilebilir.

Hakkaniyetle ilgili noktalar incelenildiğinde ise: Tanımların verildiği 4. maddede sosyalleşmenin tanımı yinelenmektedir. Tanımın yapıldığı (c) fıkrasında şu ifade yer almaktadır: “Sağlık hizmetlerinin sağlanmasının devletin görevi olduğunu belirten maddeye dayalı olarak, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri, bu tür hizmetlerin **hakkaniyetle** faydalanılması sağlanacak şekilde en ücra yerlerde yaşayan vatandaşlara kadar ulaştırılması; koruyucu hizmetlerin, rehabilitasyon ve tedavi hizmetlerinin ve halk sağlığındaki gelişmelerin insanların sağlık hizmetlerine katılımını sağlayarak ortak bir şekilde tedarik edilmesi olarak tanımlanabilir.” Daha önce, 224 sayılı kanunun 2. maddesinin ve 154 sayılı yönergenin ‘tüm vatandaşlar tarafından eşit olarak’ ifadesini içerdiği ve bunun da eşitlik ilkesinin temelini oluşturduğu belirtilmişti. Şimdiki metinde ise “hakkaniyet gözetin” ifadesi “eşit” ifadesinin yerine konmuştur. Bunun basit ve rastgele bir ifade seçimi olmadığını

düşünüyoruz. Bu seçimin arkasında yatan sebepleri anlatabilecek pek çok ayrıntılı, sosyal, ekonomik ve ideolojik içerikli yorum yapılabilir. Ancak bu araştırmadaki hedefimiz belli bir başlıkla sınırlı olduğu için, genel bir yorumla yetineceğiz.

224 sayılı kanunun çıkartıldığı dönemde “eşitlik” ilkesi baskın olarak geniş bir çevre tarafından kabul görünürken, “ihtiyaç olduğu ölçüde hizmet sağlanmalı” önermesiyle “hakkaniyet” kavramı ön plana geçmiştir. Dolayısıyla yeni yönetmeliğin sosyalleşmeyi eşitlikten çok hakkaniyet üzerine dayandırdığı sonucuna varılabilir. Önceki şeklinin bir derece eşitsizlik içerdiği bile söylenebilir.

Yukarıda, 154 sayılı yönergeyi irdelerken de belirtildiği gibi, ana çocuk sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi aynı zamanda yerel sağlık ocaklarının da görevleri arasındadır. Eskiden, hizmet kapsamındaki kadınlar “evli ve aile sahibi olanlar” idi, 2002’de kabul edilen yönetmelik ise daha geniş bir hizmet kapsamı getirmiştir. Nitekim, hizmetlerin sağlık ocakları tarafından yürütülmesiyle ilgili olan yeni yönetmeliğin 62. maddesi ana çocuk sağlığı hizmetlerine şu şekilde değinmektedir: “Ana sağlığı hizmetleri, medeni durum dikkate alınmaksızın 15-49 yaş grubundaki bütün kadınları ve yaşa bakmaksızın gebe olan ve yeni doğum yapmış olan tüm kadınları

kapsar.” Yani medeni durum ile ilgili eski ifadenin kaldırılmış olmasının ileriye doğru atılmış olumlu bir adım olduğu sonucuna varılabilir. Ayrıca, kadınların artık sadece sağlıklı nesiller yetiştirmede bir “araç” olarak değil de, doğurganlıklarından ötürü özel bir risk grubu olarak kabul edilmesi de dikkat edilmesi gereken önemli bir gelişmedir.

64. madde üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini tanımlar. Maddede şu ifade yer almaktadır: “Aile planlaması hizmetlerinde düşük sosyo-ekonomik koşullara sahip insanlara öncelik verilir (c fıkrası)”; “Aile planlaması eğitimi sadece kadınları değil, aynı zamanda kadınların eşlerini ve doğurganlık davranışlarında etkili olabilecek eşlerin akrabaları ve yakın akrabalar gibi evin diğer üyelerini de kapsar (d fıkrası)” ve “Aile planlaması eğitiminde öncelik doğum kontrol yöntemleri konusunda bilgi sahibi olmayanlara ve geleneksel korunma yöntemleri kullananlara verilmelidir” (f fıkrası). Bu hükümler, konuya, hizmetlere ihtiyacı olan grupları önceliklendirerek ve de doğurganlık davranışında etkili olabilecek tüm kişileri kapsayarak daha eşitlikçi ve hakkaniyetli bir şekilde yaklaşmaktadırlar.

2. bölümde, Madde 109’da “Sağlık Evlerinde Hizmetlerin Uygulanışı” başlığı altında ana çocuk sağlığı hizmetlerine

değinilmektedir. Bu maddeye göre, “gebe kadınları izlemek, doğumun sağlık personeli nezaretinde gerçekleşmesini sağlamak ve doğum sonrası dönemi izlemek”, sağlık evlerinin hizmet alanındadır. Burada, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası süreçlerinde bulunan kadınlar diğerlerinden ayrı özel bir risk grubu olarak kabul edilir. Aynı maddenin (j) fıkrası düşük yapmış olan kadınları, aile planlaması konusunda özel bir bakım, izleme, sevk ve aile planlaması eğitimine ihtiyaç duyan ayrı bir grup olarak ele alır. Bu da medeni durum üzerindeki “sağlıklı nesiller yetiştirme” veya “anneliğin eşsizliği” gibi geleneksel vurgudan kurtulmuş bir yaklaşım olarak düşünülebilir.

Madde 129’da hemşirelerin statüsü ve görevleri düzenlenmiştir. Bu görevler “hem evlilik öncesi, hem de evlilik sonrası dönem için aile planlaması konusundaki danışmanlık hizmetlerininin devamını ve, eğer sertifika sahibi iseler RİA dahil olmak üzere, ilgili uygulamaları” içermektedir. Madde 130’un (d) fıkrası ebelerin görevini şu şekilde tanımlamaktadır: “15 ila 49 yaş arası gebe kadınların tesbiti ve önceden belirlenen aralıklarla durumlarının izlenmesi.”

Hemşirelerin ve ebelerin görevleri belirlenirken, hedef gurubun medeni durum gözetmeksizin doğurganlık yaşındaki bütün kadınlar olarak

görülmesi ve gebeliğin yakın izleme ve bakım gerektiren kritik bir dönem olarak düşünülmesi önemlidir.

Sağlık Hizmetlerinin Uygulanması Hakkında yeni Yönetmelik (2002) ve temeli 224 sayılı kanuna dayalı olan daha önceki 154 sayılı yönerge ile ilgili şöyle bir genel değerlendirme yapılabilir:

- Kadınların konumunu sadece annelik ve ev kadınlığı rollerine indirgeyen bir yaklaşımın varlığı,
- İlerleme ve modernleşmenin sağlık standartlarının geliştirilmesinde önemli birer araç olarak görülmesi,
- Üretim ve üreme arasında bir ayırım yapılması; kadınların rolü, ev kadını ve çocuk bakımı ile aile sağlığından sorumlu kişi olarak sadece üreme ile bağdaştırılmaktadır,
- Doğurganlıkla ilgili olanlar hariç, sağlık sorunları üzerine daha az vurgu yapılması,
- Kamu alanı ve özel alan arasında ayırım yapılması; kadınlar özel alanın sınırları içerisine yerleştirilmektedir,
- Kamu alanının kadınları da kapsayacak şekilde tanımlanamaması,
- Geleneksel toplumsal cinsiyet rollerini pekiştirebilecek bir takım uygulamaların varlığı.

8. Bu hedeflere ulaşılması için hangi kriterler / önlemler önerilmektedir?

Madde 17'de "Bir bölgede sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde yürütülmesi için gereken tesisler, lojmanlar, malzeme, araçlar ve personel temin edilmedikçe o bölgede sosyalleştirme uygulanamaz." denmektedir. Madde 20'de, ise "Sağlık hizmetlerinin bütün yurt sathında sosyalleştirilmesi en geç bu kanun yürürlüğe girdikten 15 yıl sonra tamamlanacaktır. Madde 19'da belirtilen kuruluşlarda istihdam edilen sağlık çalışanları yukarıda belirtilen sürenin sona ermesinden önce mevcut kanununun hükümlerine tabi olacaklardır." Bakanlar Kurulu kararıyla ilk sosyalleştirme uygulaması 1963 yılında Muş'ta uygulanmıştır. Yukarıda değinilen madde uyarınca sosyalleştirmenin coğrafi kapsam olarak 1976'da tamamlanmış olması gerekirdi (1961'den itibaren 15 yıl). Bu hedefe ulaşmanın imkansız olduğu fark edildikten sonra, sosyalleştirme kapsamı için tarih önce 1969 yılındaki mevzuat değişikliğiyle 1982 yılına, daha sonra ise 1992 yılına ertelenmiştir.

Hedeflere göre hangi noktada bulunulduğunu takip etmek amacıyla düzenli biçimde doldurulup Bakanlığa gönderilmek üzere çok sayıda form geliştirilerek İl Sağlık Müdürlüklerine

gönderilmiştir. İlgili mevzuat gereği hangi formların kim tarafından ne şekilde doldurulacağı konusunda oldukça ayrıntılı açıklamalar bulunmaktaydı. Bu formlar şunları içermekteydi: hane halkı kayıt formu, kişisel sağlık fişi, gebelik kontrol ve izlem kartı, çocuk izlem kartı; hekimler, hemşireler, ebeler ve sağlık teknisyenleri için için günlük çalışma cetveli, hasta sevk formu, sağlık ocakları aylık raporları, bulaşıcı hastalıklar haftalık bildirim formu vb.

Bu formlar aracılığı ile toplanan bilgilerin Sağlık Müdürlüğü aracılığı ile Sağlık Bakanlığına gönderilmesi sağlanarak izleme ve değerlendirmeler yapılmıştır.

9. Uygulamadan sorumlu devlet birimi, kurum veya kişi(ler):

224 sayılı kanununun 35. Maddesinde Bakanlar Kurulunun bu kanunu uygulamaktan sorumlu olduğu belirtilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi işlerini planlamak ve Bakanlığın diğer daireleri ile işbirliği yaparak yürütmek üzere Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığında özel bir daire oluşturulması öngörülmüştür (Madde 21). Buna göre, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi faaliyetlerinin yürütülmesi ve değerlendirilmesi konusunda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığında görüşlerini bildirecek, tavsiyelerde bulunacak ve bu

konuda halk ve çeşitli kurumlar arasında işbirliği sağlayacak bir Genel Kurul teşkil edilecektir. Bu Kurul Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığından tayin edilecek veya vazifelendirilecek yeter sayıda uzman ile Üniversitelerin, Bakanlıkların, Devlet Planlama Teşkilatının, İşçi Sigortaları Kurumunun, Türk Tabipleri Birliğinin, Türk Eczacılar Birliğinin, Türk Veteriner Hekimleri Odaları Birliğinin göndereceği yetkili temsilcilerle il sağlık kurullarının göndereceği birer temsilciden teşekkül etmektedir. Genel kurul yıldan bir kez toplanır ve çeşitli konularda istişare kurullarını toplantıya çağırma yetkilidir (Madde 22).

557 SAYILI KANUNLA VE İLGİLİ YÖNETMELİKLERLE İLGİLİ DEĞERLENDİRME

(Yürürlükteki mevzuatı incelerken aile planlaması, istenmeyen gebelikler ve düşük gibi konularda toplumsal cinsiyet konusunda farkındalık olup olmadığı konusuna özel önem verilecektir.)

Sorular:

1. Tam politika adı nedir?

557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun

2. Yürürlüğe girdiği tarih? (Eğer sonradan yürürlükten kalktı ise kaldırıldığı tarih)

Kabul edilme tarihi: 1 Nisan 1965. 10 Nisan 1965 tarihinde Resmi Gazetede yayımlandıktan sonra yürürlüğe girmiştir.

2827 sayılı Aile Planlaması Kanunu yürürlüğe girmesinden 18 yıl sonra 27 Mayıs 1983 tarihinde yürürlükten kaldırılmıştır.

3. Politikanın ele aldığı ana sorunlar nelerdir?

Üreme sağlığı yönünden bu kanun son derece önemlidir. Giriş bölümünde hızlı nüfus artışının ulusal ekonomi üzerindeki olumsuz etkileri vurgulanmakta ve büyük ölçüde istenmeyen gebelikler sonucunda başvuru alan düşüklerin yol açtığı kabul edilemez düzeylerdeki anne ölümlerini önleme gereksinimine dikkat çekilmektedir.

4. Ana hedefler ve mantıksal temeli nedir?

Kanunda nüfus planlaması tanımı verilmekte ve önemi vurgulanmaktadır. Aile planlaması / kontrasepsiyon uygulaması cerrahi sterilizasyon dışında kabul edilmektedir. Tıbbi endikasyonlar dışında gebeliğin sonlandırılması yasaklanmaktadır.

5. Spesifik politika hedefleri kadın-erkek sağlığıyla, toplumsal cinsiyetle ve genel olarak sağlıkla ilgili genel politika hedefleriyle örtüşmekte midir?

Hayır. Kanun nüfus planlaması tanımıyla ve önemine dikkat çekmekle yetinmektedir. Kontrasepsiyona cerrahi sterilizasyon dışında izin verilmektedir. Cerrahi sterilizasyon ise yalnızca tıbbi endikasyonlar halinde mümkündür.

Böylelikle, yukarıda ifade edilen hedeflere ulaşmaktan uzaktır.

(Aşağıdaki sorular politika geliştirmeye ilişkin çeşitli adımlar üzerine yoğunlaşmaktadır).

Sorunun tanımı (Bu değerlendirme sırasında ilgili kanunların giriş bölümlerine bakılacaktır):

6. Bu politikada ima edilen sorunlar analiz edildiğinde sağlık durumu, risk profili, sağlık sorunları, sağlık davranışı, sağlık gereksinimleri ve sağlık hizmetlerinin kullanımı gibi başlıkların cinsiyete, yaşa, dine veya bölgeye dayalı değerlendirmesi var mıydı?

Giriş kısmında genel bir değerlendirme yapılmaktadır. 1. Dünya Savaşının ve Kurtuluş Savaşının yıkıcı etkilerinden sonra doğumu teşvik eden politikalar yoluyla nüfus artışı desteklenmiştir. Ancak, teknolojik gelişmelerin insan gücüne duyulan ihtiyacı azaltmasıyla birlikte nüfus artışı bazı sorunlara yol açmaya başlamıştır. Giriş kısmında, kontrasepsiyonla ilgili önceki yasağın bazı sağlık sorunlarının da beraberinde getirdiği belirtilmektedir. Kadınlar bakamayacaklarını düşündükleri bir çocuğa gebe kaldıklarında düşüğe başvurmaktadır ve ilgili yaptırımlar bu fiil için yeterince caydırıcı değildir. Kadın gebe kaldıktan sonra düşüğün yasadışı olduğu vurgulanmakla birlikte, gebelikten

kaçınmak isteyen kadınlara ve eşlerinin yardım etme görevinin de Devlete ait olduğu ifade edilmektedir. Metinde ayrıca ülkenin çocuk ölüm hızlarının oldukça yüksek olduğu ve bunun kısmen de olsa ailelerin bakabileceklerinden daha fazla sayıda çocuk sahibi olmalarından kaynaklandığı belirtilmektedir.

7. Bu politika ile ilgili sorunlar ima edildiğinde cinsiyet ve toplumsal cinsiyetle ilgili diğer nitel ve nicel veriler göz önünde tutuldu mu?

Türkiye'de doğurganlık ve sağlık konusundaki ilk araştırma 1963 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Population Council işbirliği ile yapılmıştır. Bu araştırmanın bulguları, aşırı doğurganlığın anne ve çocukların sağlık durumu üzerindeki olumsuz etkilerini açıkça göstermekteydi. Mevcut kanuna yönelik hazırlıklar çerçevesinde bu araştırma sonuçları dikkate alınmıştır. Bu yeni politika, hastaneler tarafından bildirilen "suç teşkil eden düşüklerin" sıklaşmasından / artmasından da etkilenmiştir.

Politikanın Düzenlenmesi:

8. Bu politikanın hedef grupları kimlerdir? 15-49 yaş grubundaki erkek ve kadınlar.

9. Bu hedef grupları belirlenirken cinsiyet ve toplumsal cinsiyetle ilgili farklılar göz önünde tutulmuş mu?

Giriş kısmında düşüğün yasadışı olduğu vurgulanmakla birlikte, gebelikten

kaçınmak isteyen kadınlara ve eşlerine yardım etme görevinin de Devlete ait olduğu ifade edilmektedir.

10. Bu hedeflere ulaşılması için hangi kriterler / önlemler önerilmektedir?

Kontrasepsiyon konusunda bilgilendirme ile kontraseptif malzemelerin ve ilaçların ithali serbest bırakılmıştır. Ayrıca, hedef Devletin gerektiğinde bu malzemeleri vatandaşlarına ücretsiz olarak sağlamasıdır. Diğer bir hedef de sağlık personelinin bu konularla ilgili eğitilmesidir.

11. Bu kriterlerin / önlemlerin herhangi biri erkek ve kadınların farklı gereksinimlerini dikkate almakta mıdır? Almakta ise, lütfen açıklayınız.

Giriş kısmında düşüğün yasadışı olduğu belirtilmekle birlikte, gebelikten kaçınmak isteyen kadınlara ve eşlerinin gebe kalmasını istemeyen erkeklere yardım etme görevinin de Devlete ait olduğu ifade edilmektedir. Bu nedenle, hem kadınların hem de erkeklerin gereksinimlerinin dikkate alındığı sonucuna varmak mümkündür.

12. Bu politikayı etkili kılmak için kaynak tahsisi yapılmış mı?

Kaynaklar Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nün bütçesi ile uluslararası donörler (US-AID, UNFPA vb.) ve

STK'lar tarafından yapılan katkıları içermektedir.

13. Şu anda spesifik olarak kadınlara ve/ya da erkeklere yönelik mali kaynak var mıdır?

Bu konuda Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğünün bütçesi ile uluslararası donörler (US-AID, UNFPA vb.) ve STK'lar tarafından yapılan katkılardan söz edilebilir.

Uygulama:

14. Politika hangi düzeyde uygulanmaktadır: ulusal, bölgesel, yerel?

Politika ulusal düzeyde uygulanmıştır.

15. Politikanın uygulanmasında önemli rolü kim üstlenmektedir? (sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler, diğerleri)

Madde 2'de Sağlık Bakanlığı eğitim ve uygulamadan sorumlu merci olarak belirlenmiş ve askeri kuruluşlarla ve bu alandaki kamu kuruluşlarıyla gönüllü kuruluşlarla işbirliği yapması öngörülmüştür.

16. Politikanın (hedeflerinin) başarı kriterleri belirlenmiş mi? Bunlar nelerdir?

Aile planlamasıyla ilgili bilgilendirme ile kontraseptif ithalatı ve pazarlaması yapmak serbesttir. Hedef, Devletin gerek duyulduğunda bu tür kontraseptiflere

ücretsiz erişim sağlamasıdır. Diğer bir hedef de sağlık personelinin bu konuda eğitmesidir.

17. Bu kriterler ne ölçüde yerine getirilmiştir?

Yetişkinlerce kullanılan kontraseptif yöntemler, isteyerek düşükler, kaba doğum hızları ve bebek ölüm hızları ile ilgili yıllık istatistikler bu konuyla ilgili bir fikir vermektedir. (Tablo 1 ve 2).

Tablo 1: Doğurgan Yaşlardaki Evli Kadınlarda Kontraseptif Yöntemler ve İsteyerek Düşük, Türkiye, Yüzde Dağılımı.

Yöntem	1963	1968	1973	1978
RİA	0	1.6	2.3	3.5
OK	1.0	2.2	4.8	4.9
Kondom	4.3	4.4	4.7	3.6
Geri Çekme	10.4	18.0	23.6	19.4
Diğer	12.0	12.9	10.1	12.7
Toplam korunma	22.0	32.0	38.0	44.1
Korunmuyor	78.0	68.0	62.0	55.9
İsteyerek düşük	8.0	11.0	12.0	17.0

1960'ta binde 44 olan kaba doğum hızı 1978'de 32'ye düşmüştür.

Anne ölüm hızı 1974'te 100.000 canlı doğumda 208'den 1981'de 100.000 canlı doğumda 132'ye düşmüştür.

Tablo 2. Türkiye'de Bebek Ölüm Hızları (BÖH)

Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

Yıllar	BÖH (1000 canlı doğumda)
1945-50	270
1950-55	235
1955-60	212
1960-65	178
1965-70	156
1970-75	130
1975-80	102

İzleme:

18. Politika için düzenli işleyen bir izleme mekanizması var mıdır?

Bunlar Sağlık Bakanlığının kayıtları, DPT'nin 5 yıllık kalkınma planları ve periyodik olarak DİE tarafından yayımlanan istatistiklerdir.

19. Böyle bir mekanizma varsa, bu izleme sistemi politika uygulamasında değişikliklere olanak tanımakta mıdır?

Tüm bunları dikkate alan karar vericiler makamlarında kaldıkları takdirde evet.

20. İzleme raporları toplumsal cinsiyetle ilgili nitel ve/ya da nicel bilgiler içermekte midir? İçeriyorsa açıklayınız.

İzleme raporları cinsiyetle ilgili bilgiler içermektedir. Toplumsal cinsiyetle ilgili nicel bilgilere oldukça nadir rastlanmaktadır.

Değerlendirme:

21. Politikanın başarısını ölçmeyi amaçlayan kriterlere ne ölçüde ulaşılmaktadır? (Sorunları ve başarıları açıklayınız)

Tablo 1'de yıllara göre verilen kontraseptif oranlarına bakıldığında özellikle ilk 5 yılda kaydadeğer bir artış olduğu ve kontraseptif yöntem kullanan kadınların oranının 15 yılda ikiye katlandığı görülür. Aynı dönem içerisinde

anne ve bebek ölüm oranlarında da ciddi ölçüde düşüşler yaşanmıştır. Ülkede gebelik sonlandırma yasadışı olmakla birlikte aynı dönem içinde isteğe bağlı düşüklerin sayısı da iki katına çıkmıştır.

22. Elinizde politikanın erkekler ve kadınlar üzerindeki etkisi ile ilgili veri var mı?

Evet. Özellikle doğurganlık düzenlemeleri (kontrasepsiyon ve düşükler), kaba doğum hızı, bebek ölüm hızı ve anne ölüm hızı ile ilgili veri bulunmaktadır.

23. Toplumsal cinsiyet konularının politikaya dahil edilmesini sağlayabilecek sorumlu bir komisyon veya odak grup var mıdır?

Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü ile Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü vardır. Ancak, bunlar toplumsal cinsiyetle ilgili konularla doğrudan uğraşmamaktadırlar.

Diğer verilerin gözden geçirilmesi:

Toplumsal cinsiyete dayalı veriler:

24. Seçilen politika bağlamında, cinsiyet dağılımını gösteren nitel veya nicel veri var mıdır? Varsa lütfen açıklayınız.

Sağlık Bakanlığı verileri ile nüfus sayımları bu konuda bir fikir verebilir. Öte yandan, Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

yalnızca evli kadınlarla ilgili veri sağlamaktadır.

(Bu sorulara ilişkin yanıtlar ulusal sağlık veritabanından toplanabilir).

25. Politika hazırlanırken bu veriler kullanılmış mı?

Evet. Özellikle Nüfus ve Sağlık araştırmaları ve nüfus sayımları karar vericilere yol gösterici olmuştur.

2827 SAYILI KANUNA VE İLGİLİ YÖNETMELİKLERE İLİŞKİN DEĞERLENDİRME

(Yürürlükteki mevzuatı incelerken aile planlaması, istenmeyen gebelikler ve düşük gibi konularda toplumsal cinsiyet konusunda farkındalığının olup olmadığına özellikle dikkat edilecektir)

Sorular:

1. Politikanın tam adı nedir?

NÜFUS PLANLAMASI HAKKINDA 2827 SAYILI KANUN

2. Ne zaman yürürlüğe girdi?

(feshedilmişse, feshediliş tarihi)

27 Mayıs 1983 tarihli Resmi Gazetede yayımlanmasını müteakip yürürlüğe girmiştir ve hala yürürlükte dir.

3. Bu politikanın vurgulamak istediği temel sorunlar nelerdir?

Bu kanun aile planlaması hizmetlerinin sunulmasına, kontraseptif malzemenin satın alınmasına ve üretilmesine ilişkin prensipler ile ilgili hükümleri ve doğurganlık davranışını ve ilgili yaptırımları düzenleyen önlemleri içermektedir.

4. Temel amaçları ve gerekçesi nedir?

Madde 1: “Bu Kanunun amacı, nüfus planlaması esaslarını, gebeliğin sona erdirilmesi ve sterilizasyon işlemlerini, acil müdahale halleri ile gebeliği önleyici ilaç ve araçların temin, imal ve belirlenmesine ilişkin hususları düzenlemektir.”

5. Spesifik politika amaçları, kadın-erkek sağlığı, toplumsal cinsiyet ve genel sağlık konularındaki genel politika amaçları ile tamamen örtüşmekte midir?

Kısmen; önceki mevzuatlarda, kadınlar nüfusu arttıracak bir doğum aracı olarak görülmekteydiler. Bu yeni mevzuatta ise gebeliğin sonlandırılması konusundaki karar öncelikle kadına aittir.

(Politika geliştirmede çeşitli aşamalara odaklanan sorular).

Sorunun tanımı (bu değerlendirme sırasında ilgili kanunların ön sözüne bakılacaktır):

6. Bu politikada belirtilen sorunlar incelendiğinde, sağlık durumu, risk profili, sağlık sorunları, sağlık gereksinimleri, sağlık davranışı ve sağlık hizmetlerinden yararlanma gibi başlıklar altında toplumsal cinsiyet, yaş veya dine dayalı değerlendirmeler var mıydı?

Evet.

Bu yasanın Önsözünde, Nüfus Planlamasına ilişkin 557 Sayılı Kanunun kabul edilmesinden bu yana 15 yıl geçmesine rağmen nüfus büyüme hızında istenilen bir düşüşün sağlanamadığına değinilmektedir. İsteyerek düşüklerin ve bebek ölümlerinin sayısı artmış ve sırf bu yasadışı düşükler sonucunda her yıl bir çok kadın/anne ölmüş, veya hasta ya da sakat kalmıştır. Ayrıca yasal düşüğün mümkün olmadığı durumlarda çoğu kadının oldukça tehlikeli yöntemlere başvurdukları yada düşük için denetim mekanizmasının dışındaki eğitimsiz kişilere başvurdukları, bunun sonucunda da anne ölüm oranlarının yüksek olduğu vurgulanmıştır.

7. Bu politikada belirtilen sorunlar incelendiğinde, cinsiyet ve toplumsal cinsiyete ilişkin diğer nitel ve nicel veriler dikkate alınmış mıdır?

Öncelikle her beş yılda bir yapılan nüfus ve sağlık araştırmalarının sonuçlarına atıfta bulunulmuştur. Bu araştırmalardan elde edilen bilgilere göre araştırma

yapıldığı sırada gebe olan kadınların yarısı istemeden gebe kaldıklarını söylemişlerdir. Bir kadının istediği kadar çocuğu varsa yeni bir gebelik istemeyecektir.

Politika oluşturma:

8. Bu politikanın hedef grupları kimlerdir? 15-49 yaş grubundaki kadınlar ve eşleri.

9. Hedef grupları saptarken cinsiyet ve toplumsal cinsiyete ilişkin farklılıklar konusunda herhangi bir değerlendirme yapılmış mıdır?

Genel olarak, gebeliklerin sonlandırılması ve kadın sağlığı konusundaki uygulamalarda medeni durum ile ilgili herhangi bir ayrımcılık yapılmamıştır.

10. Bu hedeflerin başarıya ulaşması için hangi kriterler/ önlemler önerilmektedir?

Madde 3

Bu maddede sektörler arasında şöyle bir işbirliğine değinilmektedir: "Nüfus planlaması zaruretinin halka duyurulması ve bu hususlarla ilgili eğitim, öğretim ve uygulama hizmetleri Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının koordinatörlüğünde, Milli Savunma, Milli Eğitim ve Sosyal Güvenlik Bakanlıklarınca birlikte hazırlanarak Bakanlar Kurulu kararı ile yürürlüğe konulacak yönetmelik esaslarına göre, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca; üniversiteler, Türkiye

Radyo - Televizyon Kurumu ile sosyal güvenlik kurumları, tüm kamu kurum ve kuruluşları, kamu kurumu niteliğindeki ilgili meslek kuruluşları ve gönüllü kuruluşlarla işbirliği yapılarak yerine getirilir”

“Bu maksatla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, özel teşkilat kurmaya, gebeliği önleyici ilaç ve araçları temin veya imal etmeye veya ettirmeye, muhtaç olanlara bu ilaç ve araçları parasız veya maliyetinden ucuz fiyatla vermeye veya verdimeye veya sattırmak için tedbir almaya yetkilidir. İlaç ve araçların imal veya Türkiye'ye İthalat Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının iznine tabidir.”

“Nüfus planlamasında kullanılacak ilaç ve araçların niteliği, aralarında tıp fakülteleri öğretim üyelerinin de bulunduğu bir komisyonun yazılı görüşü alınmak suretiyle Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca saptanır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca bu şekilde saptanmamış ilaç ve araçlar üniversitelerin tıp fakülteleri de dahil olmak üzere hiçbir birim, kurum ve kuruluşça insanlar üzerinde kullanılamaz.”

“Komisyonun kuruluş ve işleyişi, gebeliğin önlenmesine ilişkin yöntemler ve uygulama açısından hekim, hemşire ve ebelerin eğitim ve görevlendirilme esas ve usulleri ile uygulamada yetkilerini

belirleyen hususlar Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından çıkarılacak bir yönetmelikle düzenlenir.”

“Hekim, hemşire ve ebeler özel kanunlardaki şartlara bağlı olmaksızın bu yönetmelikle belirtilen şartlara uygun olarak gebeliği önleyici yöntemleri uygularlar.”

11. Bu kriterler/ önlemlerden herhangi birisi kadın ve erkeklerin farklı gereksinimlerini dikkate almış mıdır?

Cevabınız evet ise, lütfen açıklayınız.

Önceleri istenmeyen gebelikler, güvenli olmayan düşük yöntemleri ile yasa dışı olarak sona erdirilirdi. Bu yasaya bağlı güvenli koşullarda yasal olarak yapılabilmektedir. Ayrıca 18 yaş üstü her iki cinsiyete de istek üzerine cerrahi sterilizasyon yönteminin uygulanabileceği yasada yer almaktadır.

12. Bu politikanın etkili olması için kaynak tahsis edilmiş midir?

Uluslararası yardım kuruluşlarının (USAID, UNFPA vs.) ve STK'ların yanı sıra Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü bütçesi de kaynaklara dahildir.

13. Şu anda özellikle kadın ve/veya erkeklere yönelik maddi bir kaynak var mıdır?

Uluslararası yardım kuruluşlarının (US-AID, UNFPA vs.) ve STK’ların yanı sıra Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü bütçesi de kaynaklara dahildir.

Uygulama:

14. Politika hangi aşamada uygulanmaktadır: ulusal, bölgesel veya yerel?

Bu politika ulusal düzeyde uygulanmaktadır.

15. Bu politikanın gerçekleştirilmesinde kilit rolü kim oynamaktadır? (Sağlık hizmetleri sosyal hizmetler ve diğerleri)

Madde 3’te bu konuya değinilmektedir: bu maddeye göre: “Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, sosyal güvenlik kurumları, Radyo ve Televizyon Kurumu, diğer ilgili hükümet birimleri, meslek kuruluşları ve gönüllü kuruluşlar ile işbirliği içerisinde bu alandaki görevlerini yerine getirecektir.”

16. Bu politikanın (amaçlarının) başarıya ulaşması için gerekli kriterler belirlenmiş midir? Bunlar nelerdir?

Evet. Bu kriterler şunlardır: Her yıl çiftlerden en az % 5’ine ulaşılarak bunların etkili kontraseptif yöntemleri kullanmalarının sağlanması; riskli

gebeliklerinin oranının azaltılması ve anne ölüm oranlarının azaltılması.

17. Bu hedefler ne ölçüde başarıya ulaşmıştır?

Tablo 1: Türkiye’de Doğurganlık Çağındaki Evli Kadınlarda Kontraseptif Yöntemleri ve İsteyerek Düşük Yüzdesinin Dağılımı.

Yöntem	1983	1988	1993	1998
RİA	8.9	14.0	18.8	19.8
OK	9.0	6.2	4.9	4.4
Kondom	4.9	7.2	6.6	8.2
Tüp ligasyonu	1.3	1.7	2.9	4.2
Geri çekme	30.1	25.7	26.7	24.4
Diğer	4.4	2.0	1.3	1.1
Toplam koruma	61.5	63.4	62.6	63.9
Korunmuyor	38.5	36.6	37.4	36.1
İsteyerek düşük 100 gebelikte	12.1	23.6	18.0	15.7

İzlem:

18. Bu politika için düzenli bir izlem mekanizması var mı? Evet var. Bu mekanizmanın öğeleri arasında SB AÇSAP Genel Müdürlüğü Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Danışma Kurulu, 1963 yılından bu yana Türkiye’de her 5 yılda bir yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanan Beş Yıllık Kalkınma Planları ve Nüfus Sayımları bu bağlamda sayılabilir.

19. Bu izlem sistemi politika uygulamada değişikliklere izin vermekte midir?

Evet. Bu özellikle de beş yıllık kalkınma planları ve Sağlık Bakanlığının strateji planları ile mümkündür.

20. İzleme raporları toplumsal cinsiyete ait nitel ve/veya nicel bilgiler içeriyor mu? Eğer içeriyorsa lütfen açıklayınız.

“Toplumsal cinsiyet” kavramı gittikçe daha fazla ele alınmakta ve incelenmektedir. Ancak şu anki raporlar daha çok biyolojik cinsiyet konusuyla ilgili bilgiler içermektedir.

Değerlendirme:

21. Politikanın başarısını ölçmek için oluşturulan kriterler ne ölçüde tatmin edicidir? (Lütfen karşılaşılan sorunları ve elde edilen başarıları açıklayınız). 1983, 1988, 1993 ve 1998 TNSA’larından elde edilen bilgiler karşılaştırılmıştır (Bakınız Tablo 1).

22. Erkek ve kadınlar konusunda politikanın etkisine ilişkin herhangi bir veri var mıdır? 1993 ve 1998 yıllarında toplanan TNSA’lar sadece kadınlar değil eşleriyle de ilgili veriler içermekteydi. Ayrıca 1993 ve 1998 yıllarındaki TNSA’ların ileri analizleri de yapılmıştır.

23. Toplumsal cinsiyet meselelerini bu politikaya dahil edebilecek herhangi bir birim, komisyon ya da odak grubu var mıdır?

Evet. Türkiye 1985 yılında CEDAW’ı imzalamıştır; bu sözleşme TBMM tarafından onaylanmış ve 1986 yılında yürürlüğe girmiştir.

1990 yılında şimdiki adı Kadının Statüsü olan Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü (KSSGM) kurulmuştur ve bu kurum CEDAW bağlamında yeni gelişmelerin izlenmesinden sorumludur. Ayrıca, TBMM’de bu bağlamdaki gelişmeleri takip edecek bir komisyon da mevcuttur.

KSSGM aynı zamanda Pekin’de düzenlenen 4. Dünya Kadın Konferansı’nda Türkiye’nin verdiği taahhütleri izlemekten de sorumludur.

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) Kahire/ICPD (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı) tavsiye kararlarını takipten sorumlu odak mekanizmadır.

17 sivil toplum kuruluşunun bir araya gelmesi ile oluşturulan komisyon (KASAKOM) ve 14 üniversitenin Kadın Araştırmaları ve Uygulama Merkezleri (HÜKSAM da bunlardan birisidir) bu alandaki çalışmaların desteklenmesi ve izlenmesi-değerlendirilmesinde yer alan diğer mekanizmalardır.

Diğer Verilerin Gözden Geçirilmesi:

Cinsiyete Dayalı Veriler:

24. Seçilen politika bağlamında toplumsal cinsiyet dağılımını gösteren herhangi bir nitel yada nicel veri var mı? Eğer varsa lütfen açıklayınız.

- Devlet İstatistik Enstitüsü 1927 yılından bu yana cinsiyete özel veriler toplamakta ve bunları yayımlamaktadır.
- Ayrıca üniversiteler tarafından toplumsal cinsiyet bağlamında yürütülen nitel ve nicel araştırmalar da vardır.
- Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen çalışmalara dayalı.
- Nüfus Sayım Sonuçları.

25. Bu veriler bu politika taslağı oluşturulurken kullanılmış mıdır?

1978 yılında yapılan TNSA'nın bazı verileri, DİE ve SB'ye ait istatistikler ve üniversitelerin yaptığı araştırmalardan elde edilen bulgular (*) bu kanunun gerekçesi oluşturulurken kullanılmıştır.

* 2827 Sayılı Kanunun 3 önemli maddesinin gerekçesi oluşturulurken DSÖ ile Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı tarafından ortaklaşa yürütülen “3 Hizmet Araştırması”nın bulguları yasa maddelerine temel olarak kullanılmıştır. Bu araştırmalar:

1. Yasadışı isteyerek düşük

2. RİA uygulama hizmetlerinin sunulmasında eğitimli hemşire/ ebelere yetki verilmesi

3. Gebeliklerin sonlandırılmasında eğitimli hekimlere yetki verilmesi ile ilgilidir.

Ek III.

Toplumsal Cinsiyet Konusuna Duyarlı Sağlık Politikalarının Başarılı Bir Şekilde Planlanması Ve Uygulanması İçin Gerekli Kriterler

Kaynak Kişiler İçin Anket

Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Politikalara Dahil Edilmesi ve Kadın Sağlığı Programı,
GEM
Aile ve Toplum Sağlığı Bölümü
DSÖ Avrupa Bölge Ofisi
Odak kişi:
Dr. Joke Haafkens Email: JHA@who.dk;
Tel: 45 3917 1253

Bu anketi cevaplamadan önce lütfen şu sorulara cevap vermeye çalışınız:

- Ülkede toplumsal cinsiyete duyarlı kaç tane sağlık politikası vardır?
- Bu politikalar hangi gelişim aşamasındadır: planlama, uygulama, güçlendirme?
- Eğer toplumsal cinsiyete duyarlı politikalar yoksa, bu ülkede böyle bir politikanın geliştirilmesi ve uygulanması denendi mi ya da bu konuda başarısız mı olundu?
- Aşağıdaki soruları cevaplamak için lütfen bir kilit politika seçin ve tercihlerinizi buna göre yapınız.

1. Politikanın Özellikleri

1.1 Lütfen sorulara cevap verirken atıfta bulunduğunuz politika adını da belirtiniz. Eğer mümkünse resmi İngilizce çevirisindeki yanısıra ulusal dilinizdeki başlığı da belirtiniz.

Ulusal Dildeki Başlık:

.....
.....

İngilizce Çevirisinin Başlığı:

.....
.....

1.2 Politikanın yasal statüsü nedir (Aşağıdaki sınıflandırma AB sistemine uymaktadır, lütfen Üye Devletlerin yasal sistemine bakınız)

1. Kanun
2. Direktif
3. Tavsiye Kararı
4. Rehber
5. Diğer.....
6. Bilmiyorum

1.3 Politikanın hitap ettiği kamu politikasının alanını belirtiniz. Olası cevapları işaretleyiniz.

1. Halk sağlığı/ sağlığın geliştirilmesi
2. İstihdam ve mesleki geliştirme
3. Kamu güvenliği ve kişisel güvenlik (aile içi şiddet de dahil)
4. Eğitim ve araştırma
5. Sosyal güvenlik
6. Çevresel konular
7. Beslenme
8. Sağlık hizmetleri
9. Başka bir alan (Lütfen kendi ifadelerinizle açıklayınız):.....

1.4 Lütfen bu politikanın misyonunu, amacını ve hedeflerini belirtiniz:

.....
.....

1.5 Bu politikada nitel ve nicel hedefler tanımlanmakta mıdır?

1. Hayır
2. Evet, nitel hedefler
3. Evet, nicel hedefler
4. Evet, her ikisi de
5. Bilmiyorum

Cevabınız Evet ise, lütfen bunu Ek'teki ilgili başlığa ilave ediniz.

1.6 Seçilen politika ülkede toplumsal cinsiyete duyarlı, sağlık ile ilgili tek kamu politikası mıdır?

Hayır

Evet

Bilmiyorum

1.7 Eğer bu politika ülkede toplumsal cinsiyete duyarlı tek kamu sağlığı politikası değilse, anket için neden bu politika seçilmiştir?

1.8 Politika hangi düzeyde yasalaştı?

1. Ulusal düzeyde
2. Bölgesel düzeyde
3. Belediye düzeyinde

1.9 Soru 9: Bu politika karar veren kurum tarafından hangi yılda yasalaştı?

Yıl:

1.10 Soru 10: Lütfen bu politikayı kabul eden karar verici kurumunu belirtin?

1. Yürütme mercii / hükümet
2. Yasama gücü / parlamento
3. Bakanlık/ idare
4. Özel kuruluşlar arasındaki gönüllü anlaşma
5. Diğer.....
6. Bilmiyorum

1.11 Soru 11: Politikanın uygulama süreci hangi yıl başladı?

1. Yıl:
2. Uygulamaya başladığı süre yıl ile ifade edilemez
3. Henüz uygulamaya geçmedi

1.12 Soru: Aşamalı bir uygulama süreci mi vardı? Evet/Hayır

2. Politikaya İlişkin Bilgiler

Soru 12: Toplumsal cinsiyet eşitliği ve/veya hakkaniyeti Üye Devletin ulusal anayasası dahilinde bir esas olarak tanımlanmış mıdır?

Evet Hayır Bilmiyorum

Soru 13: Bu politika, global (örn Pekin, ECOSOC) ya da bölgesel (örn. AB, DSÖ/EURO) stratejileri veya tavsiyeleri takip etmekte midir?

Evet Hayır Bilmiyorum

Soru 14: Politikanın yasalaştığı sırada üye devlette toplumsal cinsiyet ve/veya hakkaniyet konusunda bir bakanlık var mıydı?

Evet Hayır Bilmiyorum

Soru 15: Bu politika konusu nasıl siyasi gündeme taşınmıştır, bu politikanın yasalaşmasında/uygulanmasında hükümetin konuyla ilgilenmesini ne sağlamıştır? (Birden fazla cevap olabilir)

1. Lobi grupları
2. Bütçe açıklarını ortaya koyan resmi bir rapor
3. Medya
4. Adli bir kural
5. Politika uzmanlarının önerileri
6. Hükümet deki yöneticiler tarafından başlatılması
7. Diğer.....
8. Bilmiyorum

Soru 16: Bu politikayı oluşturan ve yasalaştıran hükümetin siyasi yönelimi neydi?

1. Solcu

2. Sağcı
3. Merkez
4. Diğer
5. Bilmiyorum

Soru 17: Politikanın yasalaştığı devlete atıfta bulunarak: Politikanın yasalaştığı sırada kabine üyeleri arasında kadın bakanların oranını verebilir misiniz?

Kadın kabine üyesi oranı:

Soru 18: Politikanın yasalaştığı sırada meclisteki kadın milletvekillerinin oranını verebilir misiniz?

Meclisteki kadın milletvekillerinin oranı: % :.....

3. Politika Planlama Aşaması

Soru 19: İlk siyasi girişimden politikanın son resmi yasalaşmasına kadar planlama aşaması ne kadar sürdü?

1. 6 aydan az
2. 6 ay ile 1 yıl arası
3. 1 - 2 yıl arası
4. 2-4 yıl arası
5. 4 yıldan fazla
6. Bilmiyorum

Soru 20: Aşağıdaki aktörlerden hangisi planlama sürecine aktif olarak katılmıştır?

1. Kadın Bakanlığı / Toplumsal Cinsiyet perspektifinin politikalara dahil edilmesi
2. Sağlık Bakanlığı
3. Sosyal İşler Bakanlığı
4. Adalet Bakanlığı
5. Diğer Bakanlıklar:
6. Sağlık Çalışanları
7. Kadın hakları grupları
8. Hasta hakları grupları
9. Diğer sosyal hak grupları:
10. Hibe Kuruluşları
11. Ticaret odaları
12. İşveren kurumları
13. Diğerleri:
14. Bilmiyorum

Soru 21: Politikanın planlama aşamasında genel sorumluluğu hangi bakanlık üstlenmiştir?
..... Bakanlığı

Soru 22: Hükümet dışı aktörler de bu politika teklifi üzerine konuşma yapmak üzere davet edilmişler midir?

1. Hiç bir zaman
2. Bir defa
3. Sık sık
4. Bilmiyorum

Soru 23: Politika planlama için oluşturulan özel bir kurumsal yapı var mıdır (örn. Komisyon, bölüm, çalışma grubu vs).?

Evet

Hayır

Bilmiyorum

Soru 24: Cevabınız Evet ise, lütfen açıklayınız:

.....
.....

Soru 25: Planlama süreci için özel olarak kaynak tahsis edilmiş midir?

Evet

Hayır

Bilmiyorum

Soru 26: Eğer planlama faaliyetleri için özel olarak kaynak tahsisi gerekseydi, bu konudaki maddi kaynaklar neler olabilirdi? (Olası cevapları işaretleyin)

1. Ulusal hükümet
2. Bölgesel hükümet
3. Yerel hükümet
4. Hedef kurumların/ kuruluşların bütçeleri
5. Özel fonlar /bağışlar
6. Diğerleri
7. Bilmiyorum

Eğer mümkünse insan kaynaklarını ve maddi kaynakları ekte belirtiniz.

5. Politika Uygulaması Aşaması

Soru 27: Politika uygulanmaya başladığında hükümetin siyasi yönelimi neydi?

1. Sağcı
2. Solcu
3. Merkez parti
4. Diğer
5. Bilmiyorum

Soru 28: Uygulama süreci için özel olarak kaynak tahsisi oldu mu?

Evet

Hayır

Bilmiyorum

Soru 29: Eğer uygulama aşamasında özel kaynak tahsisi gerekli olsaydı, bu konudaki maddi kaynaklar neler olurdu? (Olası göstergeleri işaretleyin?)

1. Ulusal hükümet
2. Yerel hükümet
3. Hedeflenen kurumların/kuruluşların bütçeleri
4. Özel fonlar/ yardımlar
5. Diğerleri
6. Bilmiyorum

Eğer mümkünse insan kaynaklarını ve maddi kaynakları ekte belirtin.

Soru 30: Politika devletin hangi düzeyinde uygulamaya konuldu?

1. Ulusal düzeyde
2. Bölgesel düzeyde
3. Belediye düzeyinde

Soru 31: Politika uygulamasından kim sorumludur? (olası seçenekleri işaretleyin)

1. Ulusal Bakanlık: Bakanlığı
2. Bölgesel İdare

Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

3. Belediye
4. Özel bir birim
5. Sağlık kurumu /hastaneler
6. İşverenler
7. Sendikalar
8. Diğerleri.....
9. Bilmiyorum

Soru 32: Bu spesifik araçlar politika uygulamasını takip etmede kullanılmakta mıdır?

1. Evet,
2. Hayır
3. Bilmiyorum

Soru 33: Politikanın uygulanmasını takipten sorumlu kurum bunlardan hangisidir?

.....

Soru 34: Eğer bir komisyon/ çalışma grubu oluşturulmuş olsaydı, lütfen bunun hangi mesleki geçmişli olan kişilerden oluşacağını ve ne sıklıkla toplanacağını belirtiniz.

.....
.....

Soru 35: Politikanın tamamlanması için yeniden düzenlenen herhangi bir kurumsal yapı olmuş mudur ya da uygulama aşmasında herhangi bir kurumsal değişiklik meydana gelmiş midir? (Örn. yeni bir bölüm, birim, odak kişi, çalışma grubu, bakanlar arası komisyon vs.)

- 1 Evet, (Lütfen meydana gelen yapısal değişiklikleri belirtiniz):
- 2 Hayır
- 3 Bilmiyorum

Soru 36: Lütfen bakanlıkta ya da uygulama birimlerinde sağlık ve toplumsal cinsiyet konusunda tam zamanlı çalışan personelin sayısını belirtiniz..

Çalışan sayısı:

Soru 37: Uygulama sürecine aşağıdaki aktörlerin hangisi aktif olarak katılmaktadır?

1. Ulusal hükümet birimi
2. Bölgesel yönetim
3. Yerel Yönetimler/belediyeler
4. Sağlık uzmanları/hastaneler
5. Kadın hakları grupları
6. Hasta hakları grupları
7. Diğer sosyal hak grupları
8. Ticaret odaları
9. İşveren dernekleri
10. Diğerleri.....
11. Bilmiyorum

5. Politikanın Başarısı ve Kurumsal Değişim

Soru 38: Bu politika, politika sonuçlarını değerlendirecek herhangi bir araç ve/veya göstergesi tanımlamakta mıdır?

Evet

Hayır

Bilmiyorum

Soru 39: Araçlar ve/ veya göstergeler nelerdir?

.....
.....
Soru 40: Son olarak bu politikanın uygulanmasından sonra durumun nasıl değiştiğini açıklayabilir misiniz?

.....
.....
6. Anketin Eki

Lütfen ankette verilen aynı soruların altındaki bilgiler konusunda düşüncelerinizi belirtmek için her bir sorunun altında bırakılan boşluğu kullanın.

Soru 1

.....
Soru 2

.....
Soru....

.....
Soru

.....
Soru

.....
Soru 40

Ek IV.

Üreme Sağlığı Çalışmasında Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Politikalara Dahil Edilmesi Çalışmasının İkinci Aşamasında **Görüşülenler** Listesi

İl	Bağlı Olduğu Kuruluş	Görüşme Yapılan Kişi Sayısı
1. Ankara	Türkiye Büyük Millet Meclisi	2
2. Ankara	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı	1
3. Ankara	Gülveren AÇSAP Kliniği	3
4. Ankara	9 Nolu AÇSAP Kliniği	6
5. Ankara	Türkiye Aile Planlaması Derneği Genel Merkezi	1
6. Ankara	İstanbul Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi	1
7. Ankara	Willows Vakfı Genel Merkezi	2
8. Ankara	Kadın Hakları için Kadınlar Projesi– Yeni Yollar	2
9. Ankara	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı	1
10. İstanbul	İstanbul Barosu Kadın Hakları Komisyonu	1
11. Diyarbakır	Diyarbakır Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi ve Diyarbakır Belediyesi	1
12. Diyarbakır	SB Sağıkevi Ebese	1
13. Diyarbakır	Diyarbakır Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin Genel Merkezi	1
14. Diyarbakır	SB AÇSAP Merkezindeki Ebeler	7
15. Diyarbakır	Willows Vakfı Yerel Şubese	1
16. Diyarbakır	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı	1
17. Diyarbakır	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı	1
18. Diyarbakır	Türkiye Aile Planlaması Derneği, Yerel Şube	1
19. Diyarbakır	Sağık Müdürlüğü, AÇSAP Şubese	1
20. Diyarbakır	SSK Hastanesi , Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Özel Çalışan	1
21. Diyarbakır	SSK Hastanesi Üreme Sağlığı Ünitesi	1
22. Diyarbakır	SB Sağık Grup Başkanı	1
23. Diyarbakır	Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Doğumevi Hastanesi, Özel Çalışan	1
24. Diyarbakır	Ebe, Doğumevi	1
25. Diyarbakır	Ebelik Öğrencileri, Doğumevi	5
26. Diyarbakır	Kadınlar (Çamaşırhane ve Tandır Evinin Sahipleri)	7
27. Mardin	SB Sağık Müdürlüğü, AÇSAP Şubese	1
28. Mardin	SB Merkez AÇSAP Kliniği	6
29. Mardin	Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Özel Çalışan	1
30. Mardin	Willows Vakfı Yerel Şubese	1

EK V.

Kadın Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet Araştırması Mülakat Formu (Çalışmanın 2. aşamasında kullanılmıştır.)

Giriş: Bizler Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Bölümü’nden geliyoruz. Türkiye’deki üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetleri ile ilgili düşünceleriniz konusunda sizinle görüşme yapmak istiyoruz. Bu hizmetler hakkında genel bir görüş almak için bize verdiğiniz bilgileri ve fikirleri kullanacağız. Bu görüşme için bize zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz. Görüşmemiz banda kaydedilecektir. Söylediğiniz her şey bizim için çok önemlidir ve bu görüşmenin herhangi bir kısmını ya da ayrıntılarını kaçırmak istemiyoruz. Eğer siz de kabul ediyorsanız teybi açacağız.

Kişisel Bilgiler:

1. Kişinin Adı:
2. Bağlı Kurumu/ Kuruluşu ve ünvanları:
3. Ne kadar süredir bu kurumdasınız?
4. Daha önce nerede çalıştınız (çalıştığınız kurumlar ve bulunduğu iller).....
5. Ne kadar süredir bu ilde çalışıyorsunuz?
6. Üreme sağlığı ile ilgili konularda çalıştığınız toplam süre ne kadardır (yıl olarak)?

Hizmetlere İlişkin Bilgiler:

7. Gebelikler ve düşük ile ilgili olarak 2004 yılında Türkiye’nin sağlık gündemindeki sağlık sorunlarının önceliği hakkında ne düşünüyorsunuz?
8. Bölgenizde kontraseptif kullanım oranları ile ilgili görüşleriniz nelerdir (Bu soru Türkiye’nin farklı bölgelerinde çalışmış kişiler için “Türkiye’deki” şeklinde sorulacaktır)? Çalıştığınız bölgeleri ve illeri düşündüğünüzde kontraseptif kullanım oranlarını etkileyen faktörler nelerdir?
 - Kültürel faktörler ne kadar etkilidir (dil, kadınların statüsü vs.)?
 - Ekonomik nedenler
 - Eğitim durumu
 - Sağlık güvencesi türü
9. Bölgenizde (Türkiye’de) kontraseptif hapı kullanım oranları ile ilgili görüşleriniz nedir?
10. Bölgenizdeki (Türkiye’deki) vazektomi/ tüp ligasyonu oranları ile ilgili görüşleriniz nelerdir? Eşin imzasını almak için gerekli prosedür nedir?

11. Bölgenizde (Türkiye’de) geri çekme oranları konusundaki değerlendirmeleriniz nelerdir?

12. Türkiye’deki aile planlaması ve düşük hizmetlerini düzenleyen 2827 Sayılı Sağlık Yasası konusundaki değerlendirmeleriniz nelerdir?

Hatırlatma:

- Bu yasanın sunduğu avantajlar ve olanaklar nelerdir?
- Bu yasada hangi konularda değişiklik yapılabilir/ ya da hangi konular geliştirilebilir?

13. Hizmet sunumu ile ilgili olarak aile planlaması hizmetleri ile ilgili mevcut prosedürler hakkındaki görüşleriniz nelerdir? Etkili uygulama alanları ve geliştirilmesi gereken alanlar nelerdir?

Hatırlatma:

- Hizmetlerin boyutu
- Sağlık personeli
- Kuruluşların alt yapısı
- Hizmetlerin yönetimi

14. Üreme sağlığı konusunda erkeklerin ve kadınların farklı gereksinimleri neler olabilir? Sağlık mevzuatında yer alan erkek ve kadınların farklı ihtiyaçları ifadesi ile ilgili görüşünüz nedir? Bunu örneklerle açıklayabilir misiniz?

15. Erkeklerin ve kadınların farklı gereksinimlerini karşılamak için hizmet sunma sisteminde yaptığınız düzenlemeler nelerdir?

16. Yaşadığınız ildeki kurumlarda (kamu, özel ve STK) çalışan personeli göz önünde tuttuğunuzda sizce bu kişilerin toplumsal cinsiyet konularına verdiği önem düzeyi nedir? Bu kişiler toplumsal cinsiyete duyarlı mıdır? Farklı üreme sağlığı ihtiyaçlarına duyarlı ve sorumluluk duyarak yaklaşıyorlar mı?

17. Kurumunuzun sunduğu istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve düşük hizmetleri hakkında bilgi verebilir misiniz? Hatırlatma: Düşükde kocanın imzasını istiyor musunuz? Cevabınız evet ise, düşük için gelen kadına bunun nasıl bir etkisi olacağını düşünüyorsunuz?

18. Bu konuya bir hizmet alıcı perspektifinden baktığınızda sizce bölgenizde (Türkiye’de) bu hizmetlere ihtiyacı olan kişiler uygun fiyatla ve fazla zorlanmadan bu kontraseptiflere erişebiliyorlar mı? Açıklayabilir misiniz?

19. Yine bir hizmet alıcı perspektifinden bakacak olursanız; gebeliği sona erdirmek isteyen bir kadın ya da bir çift bölgenizde (Türkiye’de) makul bir fiyat karşılığı ve fazla zorlanmadan bu hizmetlerden faydalanabilmekte midir? Açıklayabilir misiniz?

20. Kontraseptif hizmetlerinin artmasına yardımcı olacak ve daha fazla insanın bunları kullanmasını sağlayacak fırsat alanlarından bazıları nelerdir?

Hatırlatma:

- Kadınların önemli bir kısmı daha fazla çocuk sahibi olmak istemeseler de kontraseptifleri kullanmamaktadırlar. Bu sorunu çözmeye yardımcı olacak olanaklar nelerdir?
- Yetişkinler ve gençler arasında kontrasepsiyon kullanımı hakkındaki görüşleriniz nelerdir?
- Erkekler arasında kontraseptif kullanımını arttıracak görüşleriniz nelerdir?
- Evli olmayan insanların kontraseptiflere daha fazla erişmesi ve bunları kullanımına ilişkin görüşleriniz nelerdir?

21. Türkiye’de hem evli olan hem de evlenmemiş kadınlar düşük konusunda bazı sorunlarla karşılaşabilmektedir. Bu konu hakkındaki görüşleriniz nelerdir? Bu engeller nasıl aşılabılır?

22. Kurumunuzun geleceğe dönük planlarından bazıları nelerdir? Gelecekte ne çeşit üreme sağlığı programlarına ağırlık vereceksiniz?

23. Kontraseptiflere erişim ile ilgili bazı kişisel görüşlerinizi sormak istiyorum:

a) Kontraseptif hapları dağıtan toplum gönüllüleri hakkında ne

düşünüyorsunuz? (Sağlık çalışanlarının yerine) Eğitimli gönüllülerin bunu yapmasını istiyor musunuz? Bu konuda ortaya çıkabilecek sorunlar nelerdir?

(Bunun yasal olmadığını söyleyen kişiler için: “Biliyorsunuz, oral kontraseptif almak isteyenler bunu eczanelerden satın alabiliyorlar. Bu nedenle bunu eczaneden almak ile gönüllülerden almak arasında ne fark olabilir ki?)

b) Sağlık kuruluşları dışındaki ünitelerde, özellikle de kırsal kesimlerde kontraseptif satışı ile ilgili olarak ne düşünüyorsunuz? Türkiye’de kondom, doğum kontrol hapları ya da enjeksiyonların pazarda, markette ya da dükkanlarda satışı sizce ne kadar yararlı ve gerçekçidir?

c) Son olarak acil kontrasepsiyon ya da “ertesi gün hapları” ile ilgili görüşlerinizi almak istiyorum. Acil kontrasepsiyon ile ilgili bilgilerin artırılması konusunda ne düşünüyorsunuz? Örneğin internet ya da diğer medya araçları ile?

24. Toplumsal cinsiyet ile ilgili olarak:

a) Toplumsal cinsiyet konularındaki sağlık mevzuatının uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz? Sizce sağlık mevzuatı günlük hayattaki uygulamalara ve üreme sağlığı hizmetlerindeki prosedürlere neler katmaktadır? Açıklayabilir misiniz?

b) “Toplumsal cinsiyet” ve “üreme sağlığı” kavramlarını, kendi işinize ve çalıştığınız projelere/ hizmetlere nasıl dahil ettiniz? Toplumsal cinsiyete duyarlı bir yaklaşım sergilediniz mi? Açıklayabilir misiniz?

c) Bölgenizde / kurumunuzda sunulan üreme sağlığı hizmetleri konusunda erkek ve kadınların rolleri ve sorumlulukları konusundaki görüşünüz nedir? Açıklayabilir misiniz?

25. Bu bilgileri ve görüşlerinizi bizimle paylaştığınız için çok teşekkür ederim. Henüz bahsetmediğimiz ancak bize söylemek istediğiniz başka konular da var mı?

26. Bu konular hakkında görüşebileceğimiz diğer insanlar var mı, kimlerdir? Bu görüşmeyi yapabileceğimiz başka isimler önerebilir misiniz?

ÇOK TEŞEKKÜR EDERİM.

Görüşmemiz burada sona ermiştir.

Bandı kapatınız.

Hizmet sunuculara tutum ölçeğini dağıtın ve onlara kendi rızalarıyla bunu doldurmalarını söyleyiniz.

Dikkat: Bandı kapattıktan sonra da not almaya devam ediniz. Resmi görüşme bittikten sonra da söylenebilecek önemli noktaları yakalamak çok önemlidir.

Ek VI. AP Hizmetleri Konusunda Görüş Anketi ve Sonuçları
(Araştırmanın 2. Aşamasında Kullanıldı)

Aşağıda, aile planlaması hizmetleri ile ilgili bazı ifadeler yer almaktadır. Lütfen bu ifadelerle ilgili görüşünüzü belirtiniz.

Teşekkürler.

1. Katılıyorum
2. Emin değilim
3. Katılmıyorum

	%		
	1	2	3
1. Aile planlaması hizmetleri 18 yaşın altındakilere sunulmalıdır.	97,1	2,9	-
2. Vazektomi talep eden hiçbir erkeğe, kadın partnerinin onayı alınmaksızın vazektomi yapılmamalıdır.	74,3	14,3	11,4
3. İstenmeyen gebelik durumunda kadına kocasının onayı alınmaksızın kürtaj yapılabilir.	42,9	11,4	45,7
4. Evli olmayan kişilerin de aile planlaması hizmetlerinden yararlanabilmesi gerekir.	94,3	2,9	2,9
5. Tüm aile planlaması hizmetleri ücretsiz olmalıdır.	77,1	14,3	8,6
6. Acil kontraseptifler, ertesi sabah hapları ve bunların nasıl kullanıldığına ilişkin bilgi geniş ölçüde yayılmalıdır.	82,9	5,7	11,4
7. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar aile planlaması hizmetlerinin önemli bir kısmını teşkil etmelidir.	97,1	2,9	-
8. Aile planlaması konusundaki bilginin yaygın hale getirilmesi sürecine, Milli Eğitim Bakanlığı da en az Sağlık Bakanlığı kadar dahil olmalıdır.	82,9	5,7	11,4
9. Endikasyonu olsa da, evli olmayan kadınlar için RİA’lar bir aile planlaması yöntemi olarak görülmemelidir.	29,4	35,3	35,3
10. Eğitim düzeyi düşük kadınlara aile planlaması yöntemleri sunulurken kullanılacak en uygun yöntemin ne olduğuna sağlık hizmeti sunucuları karar vermelidir.	54,3	5,7	40,0
11. Düşük eğitim düzeyi, aile planlaması hizmetlerinin yetersiz kullanımını açıklayan en önemli etkidir.	77,1	14,3	8,6
12. Geliştirilecek yeni aile planlaması yöntemleri erkek odaklı olmalıdır.	65,7	25,7	8,6
13. Sunulan aile planlaması hizmetleri evli olmayan erkekler ve kadınlar tarafından yetersiz kullanılıyor ise, bu durum hizmet sunucuların sorumluluğudur.	28,6	17,1	54,3
14. Siyasi irade, aile planlaması hizmetlerinin daha etkin hale gelmesinde belirleyici bir unsurdur.	42,9	25,7	31,4
15. Kürtaj, aile planlaması yöntemi olarak düşünülmelidir.	14,3	8,6	77,1
16. Kesin olarak doğumsal kusurların bulunduğu gebelikler, gebelik süresi dikkate alınmaksızın sonlandırılmalıdır.	68,6	17,1	14,3
17. Aile planlaması hizmetlerinin kadınlar tarafından daha fazla kullanılıyor olması, kadınların kendi bedenleri üzerinde kontrole sahip olduklarının göstergesidir.	17,1	22,9	60,0
18. Geleneksel AP yöntemlerinin hala kullanılıyor olmasının sebebi, hizmet sunucuların sorumluluklarını yerine getirememelerine bağlıdır.	22,9	28,6	48,6
19. Aile planlaması dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinin sunulması, devletin en önemli görevlerinden biridir.	94,3	2,9	2,9
20. Dini liderler, aile planlamasının etkin bir şekilde uygulanması yönündeki savunuculukta aktif rol almalıdır.	68,6	20,0	11,4
21. Tüp ligasyonu isteyen bir kadına kocasının rızası alınmaksızın hiçbir müdahale yapılmamalıdır.	74,3	8,6	17,1
22. Evli olmayan bir kadın kürtaj istediğinde erkek partnerinin rızası alınmalıdır.	14,3	17,1	68,6
23. Hizmet kalitesinin düşük olması, Türkiye’de aile planlaması hizmetlerinin neden yeterli düzeyde olmadığını açıklayan önemli bir etkidir.	48,6	25,7	25,7
24. “Aile planlaması hizmetlerinin daha çok kadınlar tarafından kullanılması, üreme sağlığı konusundaki sorumluluğu daha ziyade kadınların üstlendiğinin bir göstergesidir.”	85,7	5,7	8,6
25. Birinci basamak sağlık kuruluşları aile planlaması konusundaki görevlerini tam olarak yerine getirmektedir.	51,4	20,0	28,6
26. Aile planlaması hizmetleri, bireylerin/ çiftlerin özel konularıdır.	82,9	2,9	14,3
27. Aile planlaması hizmetleri temel olarak özel sektör tarafından sunulmalıdır.	20,0	8,6	71,4

Lütfen isminizi yazmayınız. sadece yaşınızı, cinsiyetinizi ve mesleğinizi belirtiniz.

Yaş:

Cinsiyet:

Meslek:.....

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

Tablo. İfade 1 “Aile planlaması hizmetleri 18 yaşın altındakilere sunulmalıdır.”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=33)								
29 veya altı	10	90,9	1	9,1	-	-	11	33,3
30-39	16	100,0	-	-	-	-	16	48,5
40 veya üstü	6	100,0	-	-	-	-	6	18,2
Cinsiyet (n=34)								
Erkek	5	83,3	1	16,7	-	-	6	17,6
Kadın	28	100,0	-	-	-	-	28	82,4
Meslek (n=33)								
Hemşire-Ebe	21	100,0	-	-	-	-	21	61,8
Doktor	8	88,9	1	11,1	-	-	9	26,5
Sağlık Teknisyeni	2	100,0	-	-	-	-	2	5,8
STK	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
İşçi	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
Toplam	33	97,1	1	2,9			34	100,0

Tablo. İfade 2 “Vazektomi talep eden hiçbir erkeğe, kadın partnerinin onayı alınmaksızın vazektomi yapılmamalıdır.”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	10	90,9	-	-	1	9,1	11	32,4
30-39	11	68,8	4	25,0	1	6,3	16	47,0
40 veya üstü	4	57,1	1	14,3	2	28,6	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	7	100,0	-	-	-	-	7	20,0
Kadın	19	67,9	5	17,9	4	14,3	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	14	66,7	3	14,3	4	19,0	21	60,0
Doktor	8	80,0	2	20,0	-	-	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	2	100,0	-	-	-	-	2	5,8
STK	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
İşçi	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
Toplam	26	74,3	5	14,3	4	11,4	35	100,0

Tablo. İfade 3 “İstenmeyen gebelik durumunda kadına kocasının onayı alınmaksızın kürtaj yapılabilmelidir.”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	5	45,5	-	-	6	54,5	11	32,4
30-39	6	37,5	3	18,8	7	43,8	16	47,0
40 veya üstü	3	42,9	1	14,3	3	42,9	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	1	14,3	-	-	6	85,7	7	20,0
Kadın	14	50,0	4	14,3	10	35,7	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	11	52,4	-	-	10	47,6	21	60,0
Doktor	1	10,0	4	40,0	5	50,0	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	1	50,0	-	-	1	50,0	2	5,8
STK	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
İşçi	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
Toplam	15	42,9	4	11,4	16	45,7	35	100,0

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

Tablo. İfade 4 “Evli olmayan kişilerin de aile planlaması hizmetlerinden yararlanabilmesi gerekir.”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	10	90,9	-	-	1	9,1	11	32,4
30-39	15	93,8	1	6,3	-	-	16	47,0
40 veya üstü	7	100,0	-	-	-	-	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	6	85,7	1	14,3	-	-	7	20,0
Kadın	27	96,4	-	-	1	3,6	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	20	95,2	-	-	1	4,8	21	60,0
Doktor	10	100,0	-	-	-	-	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	1	50,0	1	50,0	-	-	2	5,8
STK	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
İşçi	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
Toplam	33	94,3	1	2,9	1	2,9	35	100,0

Tablo. İfade 5 “Tüm aile planlaması hizmetleri ücretsiz olmalıdır.”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	10	90,9	1	9,1	-	-	11	32,4
30-39	11	68,8	2	12,5	3	18,8	16	47,0
40 veya üstü	5	71,4	2	28,6	-	-	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	7	100,0	-	-	-	-	7	20,0
Kadın	20	71,4	5	17,9	3	10,7	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	18	85,7	2	9,5	1	4,8	21	60,0
Doktor	7	70,0	2	20,0	1	10,0	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	2	100,0	-	-	-	-	2	5,8
STK	-	-	-	-	1	100,0	1	2,9
İşçi	-	-	1	100,0	-	-	1	2,9
Toplam	27	77,1	5	14,3	3	8,6	35	100,0

Tablo. İfade 6 “Acil kontraseptifler, ertesi sabah hapları ve bunların nasıl kullanıldığına ilişkin bilgi, geniş ölçüde yayılmalıdır”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	10	90,9	1	9,1	-	-	11	32,4
30-39	12	75,0	1	6,3	3	18,8	16	47,0
40 veya üstü	6	85,7	-	-	1	14,3	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	6	85,7	-	-	1	14,3	7	20,0
Kadın	23	82,1	2	7,1	3	10,7	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	18	85,7	2	9,5	1	4,8	21	60,0
Doktor	8	80,0	-	-	2	20,0	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	2	100,0	-	-	-	-	2	5,8
STK	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
İşçi	-	-	-	-	1	100,0	1	2,9
Toplam	29	82,9	2	5,7	4	11,4	35	100,0

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

Tablo. İfade 7 “Cinsel yolla bulaşan hastalıklar aile planlaması hizmetlerinin önemli bir kısmını teşkil etmelidir.”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	10	90,9	1	9,1	-	-	11	32,4
30-39	16	100,0	-	-	-	-	16	47,0
40 veya üstü	7	21,2	-	-	-	-	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	7	100,0	-	-	-	-	7	20,0
Kadın	27	96,4	1	3,6	-	-	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	20	95,2	1	4,8	-	-	21	60,0
Doktor	10	100,0	-	-	-	-	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	2	100,0	-	-	-	-	2	5,8
STK	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
İşçi	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
Toplam	34	97,1	1	2,9	-	-	35	100,0

Tablo. İfade 8 “Aile planlaması konusundaki bilginin yaygın hale getirilmesi sürecine, Milli Eğitim Bakanlığı da en az Sağlık Bakanlığı kadar dahil olmalıdır.”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	8	72,7	2	18,2	1	9,1	11	32,4
30-39	14	87,5	-	-	2	12,5	16	47,0
40 veya üstü	6	85,7	-	-	1	14,3	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	7	100,0	-	-	-	-	7	20,0
Kadın	22	78,6	2	7,1	4	14,3	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	17	81,0	2	9,5	2	9,5	21	60,0
Doktor	10	100,0	-	-	-	-	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	1	50,0	-	-	1	50,0	2	5,8
STK	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
İşçi	-	-	-	-	1	100,0	1	2,9
Toplam	29	82,9	2	5,7	4	11,4	35	100,0

Tablo. İfade 9 “Endikasyonu olsa da, evli olmayan kadınlar için RİA’lar bir aile planlaması yöntemi olarak görülmemelidir.”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=33)								
29 veya altı	5	45,5	2	18,2	4	36,4	11	33,3
30-39	3	18,8	7	43,8	6	37,5	16	48,5
40 veya üstü	2	33,3	2	33,3	2	33,3	7	18,2
Cinsiyet (n=34)								
Erkek	3	42,9	1	14,3	3	42,9	7	20,6
Kadın	7	25,9	11	40,7	9	33,3	27	79,4
Meslek (n=34)								
Hemşire-Ebe	7	33,3	6	28,6	8	38,1	21	61,8
Doktor	3	30,0	5	50,0	2	20,0	10	29,4
Sağlık Teknisyeni	-	-	-	-	2	100,0	2	5,8
STK	-	-	1	100,0	-	-	1	2,9
İşçi	-	-	-	-	1	100,0	1	2,9
Toplam	10	29,4	12	35,3	12	35,3	34	100,0

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

Tablo. İfade 10 “Eğitim düzeyi düşük kadınlara aile planlaması yöntemleri sunulurken kullanılacak en uygun yöntemin ne olduğuna sağlık hizmeti sunucuları karar vermelidir.”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	10	90,9	-	-	1	9,1	11	32,4
30-39	6	37,5	2	15,5	8	50,0	16	47,0
40 veya üstü	2	28,6	-	-	5	71,4	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	4	57,1	-	-	3	42,9	7	20,0
Kadın	15	53,6	2	7,1	11	39,3	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	12	57,1	2	9,5	7	33,3	21	60,0
Doktor	4	40,0	-	-	6	60,0	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	2	100,0	-	-	-	-	2	5,8
STK	-	-	-	-	1	100,0	1	2,9
İşçi	1	100,0-	-	-	-	-	1	2,9
Toplam	19	54,3	2	5,7	14	40,0	35	100,0

Tablo. İfade 11 “Düşük eğitim düzeyi, aile planlaması hizmetlerinin yetersiz kullanımını açıklayan en önemli etkidir.”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	10	90,9	1	9,1	-	-	11	32,4
30-39	12	75,0	2	12,5	2	12,5	16	47,0
40 veya üstü	4	57,1	2	28,6	1	14,3	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	7	100,0	-	-	-	-	7	20,0
Kadın	20	71,4	5	17,9	3	10,7	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	17	81,0	3	14,3	1	4,8	21	60,0
Doktor	7	70,0	1	10,0	2	20,0	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	2	100,0	-	-	-	-	2	5,8
STK	-	-	1	100,0	-	-	1	2,9
İşçi	1	100,0-	-	-	-	-	1	2,9
Toplam	27	77,1	5	14,3	3	8,6	35	100,0

Tablo. İfade 12 “Geliştirilecek yeni aile planlaması yöntemleri erkek odaklı olmalıdır.”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	5	45,5	3	27,3	3	27,3	11	32,4
30-39	12	75,0	4	25,0	-	-	16	47,0
40 veya üstü	5	71,4	2	28,6	-	-	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	4	57,1	3	42,9	-	-	7	20,0
Kadın	19	67,9	6	21,4	3	10,7	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	15	71,4	4	19,0	2	9,5	21	60,0
Doktor	6	60,0	4	40,0	-	-	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	-	-	1	50,0	1	50,0	2	5,8
STK	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
İşçi	1	100,0-	-	-	-	-	1	2,9
Toplam	23	65,7	9	25,7	3	8,6	35	100,0

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

Tablo. İfade 13 “Sunulan aile planlaması hizmetleri evli olmayan erkekler ve kadınlar tarafından yetersiz kullanılıyor ise, bu durum hizmet sunucuların sorumluluğudur.”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	3	27,3	2	18,2	6	54,5	11	32,4
30-39	4	25,0	4	25,0	8	50,0	16	47,0
40 veya üstü	2	28,6	-	-	5	71,4	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	4	57,1	1	14,3	2	28,6	7	20,0
Kadın	6	21,4	5	17,9	17	60,7	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	4	19,0	4	19,0	13	62,0	21	60,0
Doktor	5	50,0	1	10,0	4	40,0	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	-	-	1	50,0	1	50	2	5,8
STK	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
İşçi	-	-	-	-	1	100,0	1	2,9
Toplam	10	28,6	6	17,1	19	54,3	35	100,0

Tablo. İfade 14 “Siyasi irade, aile planlaması hizmetlerinin daha etkin hale gelmesinde belirleyici bir unsurdur.”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	3	27,3	5	45,5	3	27,3	11	32,4
30-39	7	43,8	2	12,5	7	43,8	16	47,0
40 veya üstü	4	57,1	2	28,6	1	14,3	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	6	85,7	1	14,3	-	-	7	20,0
Kadın	9	32,1	8	28,6	11	39,3	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	8	38,1	6	28,6	7	33,3	21	60,0
Doktor	7	70,0	1	10,0	2	20,0	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	-	-	1	50,0	1	50,0	2	5,8
STK	-	-	-	-	1	100,0	1	2,9
İşçi	-	-	1	100,0	-	-	1	2,9
Toplam	15	42,9	9	25,7	11	31,4	35	100,0

Tablo. İfade 15 “Kürtaj, aile planlaması yöntemi olarak düşünülmelidir.”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	3	27,3	1	9,1	7	63,6	11	32,4
30-39	1	6,3	1	6,3	14	87,5	16	47,0
40 veya üstü	-	-	1	14,3	6	85,7	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	-	-	1	14,3	6	85,7	7	20,0
Kadın	5	17,9	2	7,1	21	75,0	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	5	23,8	2	9,5	14	66,7	21	60,0
Doktor	-	-	-	-	10	100,0	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	-	-	1	50,0	1	50,0	2	5,8
STK	-	-	-	-	1	100,0	1	2,9
İşçi	-	-	-	-	1	100,0	1	2,9
Toplam	5	14,3	3	8,6	27	77,1	35	100,0

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

Tablo. İfade 16 “Kesin olarak doğumsal kusurların bulunduğu gebelikler, gebelik süresi dikkate alınmaksızın sonlandırılmalıdır.”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	6	54,5	3	27,3	2	18,2	11	32,4
30-39	11	68,8	2	12,5	3	18,8	16	47,0
40 veya üstü	6	85,7	1	14,3	-	-	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	3	42,9	2	28,6	2	28,6	7	20,0
Kadın	21	75,0	4	14,3	3	10,7	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	15	71,4	4	19,0	2	9,5	21	60,0
Doktor	6	60,0	2	20,0	2	20,0	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	1	50,0	-	-	1	50,0	2	5,8
STK	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
İşçi	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
Toplam	24	68,6	6	17,1	5	14,3	35	100,0

Tablo. İfade 17 “Aile planlaması hizmetlerinin kadınlar tarafından daha fazla kullanılıyor olması, kadınların kendi bedenleri üzerinde kontrole sahip olduklarının göstergesidir.”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	2	18,2	3	27,3	6	54,5	11	32,4
30-39	2	12,5	3	18,8	11	68,8	16	47,0
40 veya üstü	1	14,3	2	28,6	4	57,1	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	1	14,3	2	28,6	4	57,1	7	20,0
Kadın	5	17,9	6	21,4	17	60,7	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	5	23,8	4	19,0	12	57,1	21	60,0
Doktor	1	10,0	2	20,0	7	70,0	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	-	-	1	50,0	1	50,0	2	5,8
STK	-	-	1	100,0	-	-	1	2,9
İşçi	-	-	-	-	1	100,0	1	2,9
Toplam	6	17,1	8	22,9	21	60,0	35	100,0

Tablo. İfade 18 “Geleneksel AP yöntemlerinin hala kullanılıyor olmasının sebebi, hizmet sunucuların sorumluluklarını yerine getirememeleridir.”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	3	27,3	4	36,4	4	36,4	11	32,4
30-39	2	12,5	4	25,0	10	62,5	16	47,0
40 veya üstü	2	28,6	2	28,6	3	42,9	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	5	71,4	-	-	2	28,6	7	20,0
Kadın	3	10,7	10	35,7	15	53,6	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	3	14,3	6	28,6	12	57,1	21	60,0
Doktor	5	50,0	2	20,0	3	30,0	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	-	-	1	50,0	1	50,0	2	5,8
STK	-	-	1	100,0	-	-	1	2,9
İşçi	-	-	-	-	1	100,0	1	2,9
Toplam	8	22,9	10	28,6	17	48,6	35	100,0

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

Tablo. İfade 19 “Aile planlaması dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinin sunulması, devletin en önemli görevlerinden biridir.”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	11	100,0	-	-	-	-	11	32,4
30-39	14	87,5	1	6,3	1	6,3	16	47,0
40 veya üstü	7	100,0	-	-	-	-	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	7	100,0	-	-	-	-	7	20,0
Kadın	26	92,9	1	3,6	1	3,6	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	20	95,2	-	-	1	4,8	21	60,0
Doktor	9	90,0	1	10,0	-	-	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	2	100,0	-	-	-	-	2	5,8
STK	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
İşçi	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
Toplam	33	94,3	1	2,9	1	2,9	35	100,0

Tablo. İfade 20 “Dini liderler, aile planlamasının etkin bir şekilde uygulanması yönündeki savunuculukta aktif rol almalıdır.”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	4	36,4	4	36,4	3	27,3	11	32,4
30-39	12	75,0	3	18,8	1	6,3	16	47,0
40 veya üstü	7	100,0	-	-	-	-	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	6	85,7	1	14,3	-	-	7	20,0
Kadın	18	64,3	6	21,4	4	14,3	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	12	57,1	6	28,6	3	14,3	21	60,0
Doktor	10	100,0	-	-	-	-	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	-	-	1	50,0	1	50,0	2	5,8
STK	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
İşçi	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
Toplam	24	68,6	7	20,0	4	11,4	35	100,0

Tablo. İfade 21 “Tüp ligasyonu isteyen bir kadına kocasının rızası alınmaksızın hiçbir müdahale yapılmamalıdır.”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	10	90,9	-	-	1	9,1	11	32,4
30-39	13	81,3	2	12,3	1	6,3	16	47,0
40 veya üstü	3	42,9	1	14,3	3	42,9	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	6	85,7	-	-	1	14,3	7	20,0
Kadın	20	71,4	3	10,7	5	17,9	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	15	71,4	1	4,8	5	23,8	21	60,0
Doktor	7	70,0	2	20,0	1	10,0	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	2	100,0	-	-	-	-	2	5,8
STK	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
İşçi	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
Toplam	26	74,3	3	8,6	6	17,1	35	100,0

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

Tablo. İfade 22 “Evli olmayan bir kadın kürtaj istediğinde erkek partnerinin rızası alınmalıdır.”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	3	27,3	4	36,4	4	36,4	11	32,4
30-39	1	6,3	2	12,5	13	81,3	16	47,0
40 veya üstü	-	-	-	-	7	100,0	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	-	-	2	28,6	5	71,4	7	20,0
Kadın	5	17,9	4	14,3	19	67,9	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	5	23,8	3	14,3	13	61,9	21	60,0
Doktor	-	-	2	20,0	8	80,0	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	-	-	1	50,0	1	50,0	2	5,8
STK	-	-	-	-	1	100,0	1	2,9
İşçi	-	-	-	-	1	100,0	1	2,9
Toplam	5	14,3	6	17,1	24	68,6	35	100,0

Tablo. İfade 23 “Hizmet kalitesinin düşük olması, Türkiye’de aile planlaması hizmetlerinin neden yeterli düzeyde olmadığını açıklayan önemli bir etkidir.”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	6	54,5	2	18,2	3	27,3	11	32,4
30-39	8	50,0	4	25,0	4	25,0	16	47,0
40 veya üstü	2	28,6	3	42,9	2	28,6	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	4	57,1	1	14,3	2	28,6	7	20,0
Kadın	13	46,4	8	28,6	7	25,0	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	10	47,6	6	28,6	5	23,8	21	60,0
Doktor	3	30,0	3	30,0	4	40,0	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	2	100,0	-	-	-	-	2	5,8
STK	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
İşçi	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
Toplam	17	48,6	9	25,7	9	25,7	35	100,0

Tablo. İfade 24 “Aile planlaması hizmetlerinin daha çok kadınlar tarafından kullanılması, üreme sağlığı konusundaki sorumluluğu daha ziyade kadınların üstlendiğinin bir göstergesidir.”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	9	81,8	2	18,2	-	-	11	32,4
30-39	15	93,8	-	-	1	6,3	16	47,0
40 veya üstü	5	71,4	-	-	2	28,6	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	5	71,4	-	-	2	28,6	7	20,0
Kadın	25	89,3	2	7,1	1	3,6	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	18	85,7	2	9,5	1	4,8	21	60,0
Doktor	8	80,0	-	-	2	20,0	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	2	100,0	-	-	-	-	2	5,8
STK	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
İşçi	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
Toplam	30	85,7	2	5,7	3	8,6	35	100,0

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

Tablo. İfade 25 “Birinci basamak sağlık kuruluşları aile planlaması konusundaki görevlerini tam olarak yerine getirmektedir”.

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	8	72,7	1	9,1	2	18,2	11	32,4
30-39	7	43,8	4	25,0	5	31,3	16	47,0
40 veya üstü	3	42,9	2	28,6	2	28,6	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	3	42,9	-	-	4	57,1	7	20,0
Kadın	15	53,6	7	25,0	6	21,4	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	12	57,1	5	23,8	4	19,0	21	60,0
Doktor	3	30,0	2	20,0	5	50,0	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	2	100,0	-	-	-	-	2	5,8
STK	-	-	-	-	1	100,0	1	2,9
İşçi	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
Toplam	18	51,4	7	20,0	10	28,6	35	100,0

Tablo. İfade 26 “Aile planlaması hizmetleri, bireylerin/ çiftlerin özel konularıdır”.

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	9	81,8	-	-	2	18,2	11	32,4
30-39	14	87,5	-	-	2	12,5	16	47,0
40 veya üstü	6	85,7	1	14,3	-	-	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	7	100,0	-	-	-	-	7	20,0
Kadın	22	78,6	1	3,6	5	17,9	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	17	81,0	-	-	4	19,0	21	60,0
Doktor	8	80,0	1	10,0	1	10,0	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	2	100,0	-	-	-	-	2	5,8
STK	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
İşçi	1	100,0	-	-	-	-	1	2,9
Toplam	29	82,9	1	2,9	5	14,3	35	100,0

Tablo. İfade 27 “Aile planlaması hizmetleri temel olarak özel sektör tarafından sunulmalıdır.”

	Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş (n=34)								
29 veya altı	5	45,5	-	-	6	54,5	11	32,4
30-39	1	6,3	3	18,8	12	75,0	16	47,0
40 veya üstü	-	-	-	-	7	100,0	7	20,6
Cinsiyet (n=35)								
Erkek	-	-	1	14,3	6	85,7	7	20,0
Kadın	7	25,0	2	7,1	19	67,9	28	80,0
Meslek (n=35)								
Hemşire-Ebe	7	33,3	2	9,5	12	57,1	21	60,0
Doktor	-	-	-	-	10	100,0	10	28,6
Sağlık Teknisyeni	-	-	1	50,0	1	50,0	2	5,8
STK	-	-	-	-	1	100,0	1	2,9
İşçi	-	-	-	-	1	100,0	1	2,9
Toplam	7	20,0	3	8,6	25	71,4	35	100,0

Ek VII.

(Araştırmanın İkinci Aşamasında)

Diyarbakır’da Çamaşırhane ve Tandirevindeki Kadınlarla Yapılan Bir Mülakat

Mülakatı yapan ve çeviren: Nuriye Nalan Sahin-Hodoglugil

Ön Bilgi: Bu mülakatlar, 2004 yılının Haziran ayında, Türkiye’nin Diyarbakır ilinde yörelerindeki okuma yazma kursuna katılan kadınlarla yapılmıştır. Düşük bir sosyo-ekonomik sınıfta yer alan bu yörede erkeklerin büyük bir kısmının düzenli işleri yokken kadınların çoğu ev kadınıdır. Bölge yakın zamana kadar uyuşturucu ticareti merkezi olarak biliniyordu. Diyarbakır belediyesi yeni girişimler başlatarak 2003’te Diyarbakır’da (belki de tüm Türkiye’de) bir ilk gerçekleştirerek çamaşırhane ve tandirevi açtı. Belediyeye ait bu tek katlı binada 10 adet çamaşır makinesi vardı. Yörenin kadınları haftanın kendilerine ayrılan zamanlarında bu makineleri ücretsiz kullanabiliyorlardı. Deterjan da ücretsiz olarak temin ediliyordu. Bina aynı zamanda çocuklar için de bir oyun odası içeriyordu. Çamaşır odasının hemen yanında 6 fırına sahip tandirevi vardı. Türkiye’nin bu bölgesindeki geleneksel ekmekler tandirlerde pişirilir; yöre kadınları bu fırınları ekmek ve yemek yapmak için ücretsiz kullanabiliyorlardı. Çamaşırhanedeki odalardan biri okuma yazma kursuna

ayrılmıştı. Belediye çalışanları kadınlara okuma yazma öğretiyorlardı. Mülakat, 5-6 kadın ve başlangıçta bulunan 3 belediye çalışanı ile yapıldı. Mülakatlar sürdürükçe başka kadınlar da geldi, bir kısmı yan odada çamaşırını yıkadı, diğer bir kısmı mülakata katıldı, bazıları ise oradan ayrıldı. Bazı kadınların çocukları da yanlarındaydı. Tüm mülakat iki saatten fazla sürdü ve çamaşırhanenin girişindeki bir masanın etrafında Türkçe olarak yapıldı. Kadınlar mülakatın kaydı için rızalarının olduğunu sözlü olarak belirttiler. Mülakatı yapan kişi (NH) zaman zaman kadınların soruları üzerine bilgi vererek mülakata ara verdi. Doğal bir hava hakimdi ve mülakat daha çok bir sohbet benziyordu. Aşağıda röportajın bir transliterasyonu bulunmaktadır. Bazı bölümler ve diğer kadınların da söze katıldığı kısımlar, transliterasyonu daha anlaşılır hale getirmek için çıkarılmıştır. Çevirmenin bağlama ilişkin notları parantez içinde verilmiştir.

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

N: Bana buradaki kadınların hayatından bahsetsenize... Özellikle çocuk sahibi olma konusunda... Nasıl karar verdiniz? Kaç çocuk istiyordunuz? Hikayeniz ne?

W1: Dört-beş çocuk istiyordum.

N: Bana hayatınızdan bahsedin, hatırladığınız kadarıyla. Mesela evliliğinizden başlayabilirsiniz... Kocanızı siz mi seçtiniz?

W1: Teyzemin oğluydu.

N: Teyzenizin oğlu?

W1: Evet, evlendiğimde 14 yaşındaydım.

N: Onunla evlenmeyi istiyor muydunuz?

W1: Hayır, bilmiyordum.

N: Bilmiyor muydunuz?

W1: Hayır, ben evde değildim. Kız kardeşim o gece doğum yapmıştı, ben de onunla kalıyordum. O gece eve (ailemin evine) gelip beni istemişler (damadın ailesi).

N: Yani evinize siz kız kardeşinizin yanındayken gelmişler. Sonra ne oldu peki, size “Tamam, artık evleniyorsun” mu dediler?

K1: Hayır bana hiçbir şey söylemediler.

N: Evleneceğinizi ne zaman öğrendiniz peki?

K1: Eve geldim. Küçük kız kardeşim söyledi bana. Teyzemin geldiğini söylediler... Sonra anladım benim için geldiklerini...

N: Ne zaman evlendiniz? 14 yaşındayken mi?

K1: (Başını sallıyor) 14 yaşındayken, 15 yaşında da bir kızım oldu.

N: 15 yaşındayken bir bebeğinizin olmasını istiyor muydunuz?

Korunabileceğinizi (gebeliği önleyebileceğinizi) biliyor muydunuz?

K1: Hayır, hiçbir şey bilmiyordum. [...] Çok erken evlenmişim ve o zaman bu şeylerden (kontraseptif) şimdi olduğu kadar çok yoktu.

N: Sonra ne oldu?

K1: Kızımı doğurdum. 2 ay sonra kocam askere gitti. Kızım 5 aylıkken öldü.

N: 5 aylıkken mi öldü? Allah rahmet eylesin... Neden öldü?

K1: Bilmiyorum. Ateşi vardı, hastaneye götürdük, ertesi gün öldü.

N: Sonra ne oldu? Başka çocuk doğurdunuz mu?

K1: Sonra kocam askerden döndü. Bir kızım daha oldu, şimdi 18 yaşında, sonra bir kızım daha oldu, o da 17 yaşında.

[...]

N: İkinci kızınız doğduğunda kaç yaşındaydınız?

K1: Bilmiyorum, kocam askere gitti döndü ve sonra doğurdum.

N: Öyleyse ilk kızınızın ölümünden 2-3 yıl sonra doğmuş olmalı.

K1: Evet, 3 yıl olabilir.

N: Demek ki ikincisini doğurduğunuz sırada 18 yaşlarındaydınız.

K1: (Evet anlamında başını sallıyor)

N: Eee... Üçüncü kızınızı doğurdunuz. İkinci ve üçüncü kızınızın arasında kaç yaş fark var?

K1: İki kızın arasında 1 yıl 2 ay var.

N: Öyleyse üçüncü kızınızı doğurduğunuzda 19 yaşındaydınız.

K1: Evet.

N: Üçüncü kızınızdan sonra neler oldu peki?

K1: Dördüncü kızımı doğurdum.

N: Ne zaman?

K1: 2 yıl sonra, 20 yaşındayken.

N: Bu kadar kısa sürede bu kadar fazla çocuk sahibi olmayı istiyor muydunuz peki?

K1: Hayır... Ama bir erkek bekliyorduk. Çok fazla kızımız vardı. Sonra bir oğlum oldu, ama 3 ay emzirdikten sonra o da öldü.

[...]

N: Kızınızdan kaç yıl sonra?

K1: 2 yıl.

N: Dördüncü kızınızdan 2 yıl sonra bir oğlunuz oldu ve onu kaybettiniz? Allah rahmet eylesin...

K1: Evet, sağ olun.

N: Daha sonra da gebe kaldınız mı?

K1: Sonra bir kızım daha oldu, Serap. Şimdi engelli. 4 yaşından sonra şikayetleri başladı, “Gözlerim ağrıyor” diyordu. Hastaneye götürdük, sonra eve geldik. Sürekli “Gözlerim, gözlerim, gözlerim...” diyordu. Hastanede bir göz doktoru vardı. O doktora birkaç kez götürdük. “Gözü çıkıntı yapıyor, yerinden çıkıyor, almalıyız” dedi. Anlamadı. Sonra nedeninin göz tansiyonu (glokom) olduğu anlaşıldı. Sonra diğer gözde de tansiyon çıktı. Şimdi çok az görebiliyor.

N: Göz tansiyonu vardı ve bir gözünü alındı, sonra diğerinde de tansiyon çıktı, öyle mi?

K1: Evet. Göz tansiyonuydu.

N: Şu anda kaç yaşında?

K1: 14.

N: Başka çocuklarınız var mı?

K1: Evet, oğlum var, Bayram.

N: Yani yedinci çocuğunuz. Serap ve Bayram arasında kaç yıl var?

K1: 2 yıl.

N: Kaç yaşında?

K1: 13... Hayır 12...

N: Ondan sonra başka çocuğunuz oldu mu?

K1: Evet, Şeyhmus var. O da engelli. Serap’ın gözünde sorun çıktığında hastaneye gittim ve makineye girdim (ultrasondan, röntgene kadar her türlü tetkik yapıldı). O sırada hamileydim, fakat bunu bilmiyordum. Sonra oğlum özürlü doğdu.

N: Ona ne oldu? Özü nedir?

K1: Felç geçirdi.

N: Şimdi kaç yaşında?

K1: 10 yaşında.

N: Felç nasıldı? Özü ne? Zekası mı geri?

K1: Hayır, engelli fakat zekası iyi. Her şeyi biliyor ama yürüyemiyor. Bir şeye tutunarak ayağa kalkabiliyor ama yürüyemiyor.

N: Çocuk felci mi geçirdi (polio)?

K1: Olabilir, çocuk felcine benziyordu ama tam bir felç değildi, bacakları tutmuyordu.

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

N: Hastanede ne dediler, hastalığı neymiş?

K1: Felç olduğunu söylediler... Doktor sürekli gidip geliyordu ve “Bu çocuktan hiçbir şey anlamıyorum” diyordu. Durumu iyi gidiyordu, nasıl bu hale geldi bilmiyorum.

N: Ya sonra ne oldu? Başka çocuklarınız var mı?

K1: (Yanında duran küçük çocuğu işaret ederek) Evet, bu var, Davut.

N: Sizin oğlunuz mu?

K1: (Başını sallıyor)

N: Merhaba Davut. Kaç yaşındasın?

K1: Sekizine girecek.

N: Öyleyse dokuzuncu çocuğunuz.

K1: (Başını sallıyor)

N: Allah başışlasın... Daha küçükler var mı?

K1: Evet, Helin var. (Yüzünde utangaç bir ifadeyle güldü)

[...]

N: Peki, Selin kaç yaşında?

K1: Hayır Helin. 3 yaşında.

N: Helin mi, tamam... Başka var mı?

K1: Azat, bir yaşında.

N: Maşallah.

K1: (Özür diler gibi) Ben doğuruyordum onlar ölüyordu, ben doğuruyordum onlar yine ölüyordu, hem de hepsi kızdı, öyle değil mi?

N: Hmm, bir bakalım. Helin’den önce 3 oğlunuz var. Allah başışlasın.

K1: Hı?

N: Dokuzuncuyla beraber zaten 3 oğlunuz vardı.

K1: Evet. Fabrika sonradan değişti.

N: Ve o zamana kadar dört kızınız vardı, değil mi?... Pardon, fabrika meselesi nedir?

K1: Fabrikamız değişti. Başta sadece kız üretiyordu, sonra da sadece erkek üretmeye başladı (Kıkırdıyor).

N: Tamam şimdi anladım... (Gülüyor) Peki başka var mı? Bir dakika, Azat bir yaşında, öyleyse daha küçüğü yok, değil mi?

K1: Hayır yok, o sonuncu.

N: Peki artık korunuyor musunuz (kontraseptif kullanıyor musunuz)?

K1: Evet.

N: Ne kullanıyorsunuz?

K1: Kocam korunuyor.

N: Kondom mu kullanıyor?

K1: Evet.

N: Daha önce korundun mu?

K1: Elbette. Ondan sonra (Davut’u işaret ediyor) 6 yıl boyunca hap aldım.

N: Helin’e kadar 6 yıl hap mı kullandınız?

K1: Evet. Hap alıyordum. Sonra adet olmamaya başladım. Doktora gittim. Doktor “Haplara biraz ara ver” dedi, ben de kestim... Ve Helin doğdu.

N: Doktor size hap almayı kesmenizi söyledi, öyle mi?

K1: Evet, neredeyse hiç kanamam olmuyordu. Doktor “bir süre ara verin, eşiniz korunsun” dedi. Sonra kocam korundu ama yine de hamile kaldım, nasıl oldu bilmiyorum.

N: O sırada kocanız kondom mu kullanıyordu?

K1: Hayır, kendi kendine korunuyordu (geri çekme yöntemini kullanıyordu).

N: Yani kondom kullanmıyordu?

K1: Hayır, o sırada kullanmıyordu. Ama şimdi kondom kullanıyor.

N: Evet, Davut 8, Helin 3 yaşında olduğuna göre 5 yıl korunabildiniz. [...]

N: Kocanız kondom kullanmaktan memnun mu?

K1: Kullanmak zorunda, kullanmazsa bir çocuk daha olur.

N: Hiç diğer yöntemleri denediniz mi, mesela spiral (rahim içi araç) ?

K1: Evet denedim. Spiral taktırmak için (sağlık ocağına) gittim fakat bana rahimde (serviks) bir yara (servikal erozyon) olduğunu söylediler ve spiral takmadılar.

N: Ama biliyorsunuz, rahminizdeki yarayı tedavi ettirseniz spiral kullanabilirsiniz. Size bundan bahsettiler mi, tedavi olmaktan?

K1: Şu anda kondomla rahatım.

N: Acaba hiç spiral takmayacaklar diye mi düşündün?

K1: Asla başka çocuk sahibi olmak istemiyorum... Keşke hamile kalmayı durduracak bir şey olsaydı. Bir hap veya iğne verip "bir daha asla çocuğun olmayacak" deselerdi keşke.

N: Bunun için tüpleri bağlıyorlar. Hiç duydun mu?

K1: Evet ama ondan korkuyorum.

N: Neden?

K1: Görümcem gidip tüplerini bağlattı, fakat daha sonra çok hastalandı.

N: Ne oldu, nesi vardı?

K1: Tansiyonu çok fazla yükseldi. Bilmiyorum ama çok hastalandı. Beş çocuklu bir uzak akrabamız ise öldü.

N: Kim? Tüp ligasyonu ameliyatı sırasında ölen Diyarbakırlı kadından mı bahsediyorsunuz? O sizin akrabanız mıydı?

K1: Evet, uzak akraba, 5 çocuğu vardı.

N: Ana Çocuk Sağlığı Merkezinde ölen kadından bahsediyorsunuz, değil mi?

K1: Evet.

N: Sizinle mülakat için görüşüyorum, fakat sizi bilgilendirmem de gerekiyor. Tüplerin bağlanmasının tansiyonla bir alakası yok, yani hiç bir şekilde kan basıncının artmasına veya azalmasına sebep olmuyor.

K1: Kadın yanlış iğneden öldü, ona yanlış iğnenin yapıldığını duyduk.

N: Yok, sorun yanlış iğne değildi. Bu çok ender rastlanan bir durumdur ve adına alerji denir. [Tüp ligasyonu sırasında ölen kadının lokal anesteziye alerjisi vardı.] Bu ölüme sebep olabilen bir alerji. Çok enderdir. Örneğin bazı insanların arı sokmasına karşı bile alerjisi olabilir, bu da ölüme sebep olabiliyor. Benzer bir durum.

K1: (...)

N: Ameliyat sırasında acıya karşı uyuşmasını sağlamak için yaptılar o iğneyi, alerjiye bu sebep oldu. Eğer iki bin kadını toplayıp, hepsine bu iğneden yaparsanız içlerinden sadece birinde bu alerji görülür, diğerlerine birşey olmaz.

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

Yani sorun yanlış iğne değil, fakat kimse bu iğneye alerjisi olduğunu bilmiyordu ve kadın öldü.

K1: Ben de iğneye (Depoprovera) gittim, hani şu üç ayda bir yapıldı... Bana “Guatrın var, sana bu iğneyi yapamayız” dediler.

N: Kim söyledi bunu?

K1: Sağlık ocağındakiler... Belediyenin yanındaki.

N: Bu tam olarak doğru değil. Guatrın olsa bile bu iğneden yaptırabilirsiniz. Her neyse...

K1: Hangisi daha iyi bilmiyorum. İğneyi vermediler işte.

N: Peki. Spiral kullanmayı bir kez daha düşündünüz mü?

K1: Evet düşündüm. Ama sonra günah olduğunu söylediler. Sonra “Oruç tutuyorum, günde beş vakit namaz kılıyorum, eğer bu günahsa spiral kullanmamalıyım” dedim.

N: Bunun günah olduğunu kim söyledi?

K1: Kocam, herkes...

N: Kadınlar da mı?

K1: Evet.

N: Hadi ama, bu günah değil ki... Herkes kullanıyor... Bende de var... Onları dinlemeyin.

K1: Eğer günahsa, istemiyorum. 37 yaşındayım. Oruç tutuyorum, namaz kılıyorum, bu yaşta günah olan bir şey yapmak istemiyorum.

[...]

K2: Bu günah değil. Hatice (dindar bir kadın) bile kullanıyor...

K3: Evet, elbette...

K4: Hocam size bir şey soracağım... Annemin 22 çocuğu ve 3 düşüğü vardı...

N: Kimin? 22 çocuk mu? Bu doğru mu? Gerçekten mi? 22 çocuğu mu vardı?

K4: Evet, 22 tane vardı.

N: Kaç yılda oldu?

K4: Her yıl bir tane.

K1: Yılda bir, benim gibi. Devam etseydim benim de o kadar olabilirdi...

N: Yani 22 kardeş misiniz?

K4: Hayır, 11 tanesi öldü. Ayrıca 3 tane de düşüğü vardı.

(...)

N: Kaç yaşındasınız?

K4: 36 yaşındayım.

N: Benim yaşımdasınız. Ben de 36'yım.

K4: Ben daha yaşlı görünüyorum, siz genç kız gibisiniz maşallah (Kadınlar gülüyorlar)

N: Evet, ben de daha yaşlı olduğunuzu düşünmüştüm. Ama ben geç evlendim, 30 yaşındayken. Bir tane kızım var.

K1: Ben 14 yaşında evlendim.

K4: Hocam ben 11 yaşındayken evlendim.

N: 11 yaşında mıydınız? Evlendiğinizde adet görüyor muydunuz (menstruasyon)?

K4: Hayır.

K3: (Evlenmeden önce) Bir kere adet görmüştüm. İkinci kez olduğunda ise evliydim ve kayın validemin evindeydim. Kanı görünce çok korkmuştum...

K4: İlk hamile kaldığımda bilmiyordum. Babamın evine gittim ve onlara “Karnımda bir şey var... Buradan, şuraya

gidiyor” (karnının iki tarafını işaret ediyor) dedim. Ağladım. Annem evde değildi. Babam “Nasıl?” diye sordu, ben de “Buradan şuraya gidiyor” dedim. Hamile olduğumu bilmiyordum, sonra dışarı oyun oynamaya çıktım... Sonra anneme karnımda bir şey olduğunu söyledim. Fare gibi... Babam karnıma bastırdı, kan geldi. Ayaklarım kan içinde kalmıştı. Bana “Sanki göbeğin düşmüş gibi” dedi...

N: Kaç yaşındaydınız?

K4: 12 yaşındaydım... Sonra babam bastırdı fakat kanama durmadı... Büyük kızım şimdi 16-17 yaşında.

N: Peki, şimdi kaç yaşındasınız?

K4: 32

[...]

N: Şimdi siz kadınlara bir soru soracağım. Beni yanlış anlamayın. Eğer ben burada aynı koşullar içinde yetiştirilmiş olsaydım, ben de pek çok çocuk sahibi olabilirdim. Fakat dışarıdan baktığımız zaman gerçekten bilmiyoruz ve anlamıyoruz. “Madem bu kadar fazla çocuk sahibi olmayı istemiyordu, neden bunu önleyecek bir şeyler yapmadı?” diyoruz. Bunu anlamak bizim için kolay değil. Ne düşünüyorsunuz mesela? Koşullar neydi, bu kadar fazla çocuk yaparken aklınızdan neler geçiyordu? Hepsini istemiş miydiniz?

K1: Hayır, vallahi istememiştim. Buna hamile kaldığımda neredeyse çıldırıyordum (Davut’u gösteriyor)... Azat’ta da aynı... Adet görmüyordum,

sonra telefon ettim. Kızkardeşim de bizdeydi. (...) Buna (Davut) hamileyken iki kez kanamam oldu... Sonra belediyeye (sağlık ocağına) gittim... Bir test yaptılar. “Bebek var” dediler. “Adet görüyorum, nasıl bebeğim olabilir?” dedim. (Bebek) 4 aylıktı.

N: 4 aylık hamileydiniz, öyle mi?

K1: Evet, 4 buçuk aylık. Doktor “Bebek 4 buçuk aylık” dedi ve sonra da “Doğumevine gidin” dedi. Beni İsrailköy’e sevk etti. Bana “Bir doktor var, Sağlık Müdürü var (İsrailköy’de) dediler. “Çocuğum özürlü olduğu için mi beni oraya yolluyorsunuz?” diye sordum. “Bebek 5 aylık ve sağlıklı” dedi. O sırada 8 haftam kalmıştı... 8 haftam daha vardı. Bunu sonra öğrendim... “Oğlunuzun 8 haftası daha var” dedi.

(...)

N: Önceki tüm gebeliklerinizden sonra bunun gebelik olduğunu anlamamıştınız yani?

K: Kan pıhtıları geliyormuş.

K1: Karnımda bir yerden bir yere hareket eden kan pıhtıları olduğunu düşünmüştüm, ama bebekmiş...

(...)

N: Peki, hiç “Keşke daha az çocuk sahibi olsaydım” diyor musunuz?

K1: İki oğlum, iki de kızım olsun istiyordum. Bu yeterdi. Allah “Büyük konuşuyorsun, 4 kızın olmalı” dedi. 4 kız, 5 kız doğurdum sonra bir erkek, o oğlum kaybettim. Ondan sonra bir kızım daha oldu. Sonra bir oğlum oldu ve

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

“Daha fazla istemiyorum” dedim ama kocam, çocuklarımın babası başka da istiyordu...

(...)

N: Daha fazla çocuk istemediğinizi söylediniz, öyle mi?

K1: Seyhmus’u doğurdum. Ondan sonra ... oldu (sorunlar yaşadım). Doktora gittik, “Artık çocuk sahibi olman yasak, bir daha hamile kalmayacaksın...” dedi. Sonra Daggul doğdu. O sırada Azat yeni doğmuştu. Doktor “Daha fazla çocuk doğurmak yok, yoksa özürlü olurlar” demişti. Allah’a şükür sonrakiler (Seyhmus’dan sonra) özürlü değildi.

N: Seyhmus’dan sonra 3 tane daha çocuğunuz var, değil mi? Onları kocanız istediği için mi yaptınız?

K1: Evet, o istedi. Ama şimdi o da başka istemiyor. Bana “Korunmak için ne yapıyorsan yap” diyor, daha başka istemiyor.

N: Allah başılsın. Elbette herkes çocuk ister ama önemli olan onlara bakabilmek...

K1: Bizim maaşımız yok. Kocam inşaatta çalışıyor, iş sigortası yok...

N: (Davut’a) Sıkıldın gibi, ne oldu? Eve mi gitmek istiyorsun? (Davut evet anlamında başını sallıyor)

N: (20’li yaşlarında gösteren K2’ye dönerek) Siz kardeş misiniz? (K1 ile)

K2: Evet.

N: Kaç yaşındasınız?

K2: 25

N: Peki, bana hikayenizi anlatabilir misiniz?

K2: İki oğlum ve bir kızım var.

N: Allah başılsın. Evlendiğinizde kaç yaşındaydınız?

K2: 15

N: Yani siz de erken evlendiniz, öyle mi?

K2: Bizim köyümüzde ve bu yörede hep böyle, herkes 15 yaşında evleniyor... Eğer kız 18 yaşındaysa ve hala evlenmemişse ona kız kurusu (evde kalmaya mahkum, evlenmek için hiçbir şansı kalmamış kız) derler. (Kadınlar gülüyor)

K2: Ama kızımın 20 yaşından önce evlenmesine izin vermeyeceğim.

K3: Ben de kızımı vermeyeceğim. 20 yaşına gelmesini bekliyorum. Kaç kişi istedi, hepsini geri çevirdim, onu erken evlendirmeyeceğim.

N: Şu anda 25 yaşında olduğunuza göre 10 yıldır evlisiniz, doğru mu?

K2: Evet.

N: Kocanızı kendiniz mi seçtiniz?

K2: Severeğim.

K3: Kocasını seviyordu.

N: Mutlu musunuz?

K2: Allah’a şükür iyiyiz.

N: Peki başka çocuk yapmayı planlıyor musunuz?

K2: Başka istemiyorum.

K1: Kendisini ameliyat ettirecekti, izin vermedim.

K2: Bana “Yaşın genç” dediler. Ameliyat (tüp ligasyonu) yapmadılar. “30 yaşına

gelene kadar ameliyat yapmayız” dediler.

(...)

K2: Bana “Sezaryen ol, sonra tüplerini bağlattır” dediler. Doktorlara söyledim. (Doktorlar) “Hayır, olmaz” dediler.

(...)

N: Korunmak için başka birşey kullanıyor musunuz?

K2: Kocam korunuyor.

N: Kontrasepsiyon mu kullanıyor?

K2: Hayır, korunuyor.

N: Daha önce hiç başka yöntemler kullandınız mı?

K1: Hap kullanıyordu...

K2: Hap kullanıyordum sonra bu kızımı doğurdum...

N: Hap kullandığınız sırada mı?

K2: Evet, vallahi hap alıyordum.

N: Günde bir tane mi alıyordunuz?

K2: Evet, her gün bir tane içiyordum. Sonra doktora gittim...

N: Hiç içmeyi unuttuğunuz oldu mu?

K2: Hayır. Doktora gittim. “Hamilesiniz, hap kullanmayın bundan sonra” dedi.

N: Kızınız bu mu? En küçüğü mü?

K2: Evet. 7 aylık.

N: Allah bağışlasın...

K2: Sağ olun.

(...)

N: Bana kocanızın korunduğunu söylediniz, ama bu çok güvenli bir yöntem değil.

K2: Doktora gittim. Kondomdan daha güvenli...

K3: Kondomda delikler olabileceğini söylüyorlar...

K2: Kocam da istemiyor başka çocuğumuzun olmasını...

N: İstemiyor mu?

K2: Kocama kalsa kızı da istemiyordu...

Bana “Ya hap al, ya başka birşey yap... Ameliyat mı yaptırırsak? Bir sürü çocukla ne yapacağım ben?” dedi.

K1: Doktora gitti, doktor da beklemesini söyledi. Çocuklarınız çok küçük diyorum, Allah bilir...

(...)

N: Kullanabileceğiniz başka yöntemler de var. Mesela, iğne var, spiral var...

K2: Onlara (doktorlara) söyledim ama bana iğne vermediler.

N: Neden?

K2: Bana “Sende ... var”, “Kalbin sağlam değil” dediler. Sonra sağlık ocağına gittim. Tetkikler yaptılar. Bana “Çok fazla üzüntü çekiyorsun, bu kalbine zarar verecek” dediler. Sonra “Bir şey olabilir...” dediler.

N: Sana çok fazla üzüntün olduğunu mu söylediler?

K2: Evet.

N: Üzüntü için nasıl test yapabilirler ki?

K2: Bilmiyorum. Birkaç kan testi yaptılar, sonra doktor muayene etti. Sonra “Bu kadına iğne vermeyin” dedi.

N: Başka sağlık sorunların var mı?

K2: Ne gibi?

N: Her hangi bir şikayetin veya hastalığın var mı?

K2: Evet, var. Hep hastayım. Tifo var. Her yıl serum almak ve iğne vurulmak

zorundayım, kardeşim şahit... Yani, daha fazla çocuk sahibi olmak istemiyorum...

N: Fakat bu şikayetlerinize rağmen yine de iğne kullanabilirsiniz. Tifo olması iğne vurulmasına engel değil.

K2: Vallahi bilmiyorum. “Bu sefer adet görmeme izin verin, sonra tekrar giderim” dedim, onlar da “İğneleri eczaneden al, dördünü orada vuruyorlar” dediler.

N: Evet, eskiden sağlık ocaklarında ücretsiz yapılıyordu ama şimdi devletin elinde yok, yeterli paraları yok. Yani eczaneden satın almak zorunda kalacaksınız...

K2: Evet bana eczaneden satın alabileceğimi söylediler... Eczaneden satın alabileceğim, iyi dedim... Kocam da hemşirelerin kendisinden beni oraya götürmesini istediklerini söyledi. Hemşireler eşime “Eşini buraya getirirsen ona gümüş spiral takabiliriz ne de olsa burada bizim için çalışıyorsun...” demişler.

N: Eşiniz hastanede mi çalışıyor?

K2: Evet, orada işçi (temizlik).

N: Ne takacaklarını söylemişler?

K2: Spiral demişler...

N: Spiral mi?

K2: Evet, gümüş bir spiral...

N: Biliyorsunuz ben de spiraller konusunda eğitim veriyorum ve bütün çeşitlerini biliyorum. Gümüş spiral yoktur, hepsi bakır...

K2: Vallahi bilmiyorum. Bana böyle söylediler...

N: Fakat spiralin bakır olması kötü olduğu anlamına gelmiyor. Bakır olmak zorunda, yoksa vücut kabul etmez. Benim de bir spiralim var, o da bakır, en iyisi...

K2: Kocam bana bir gün bir kadını hastaneye getirdiklerini söyledi, doğum yapmış ve spiral bebeğin kafasının tepesine takılmış...

N: Hayır, bu doğru olamaz...

K3: Hayır, hayır...

K2: Eğer spiral bana uygunsa kullanmak isterim, taksalar isterim... (...)

K1: Kolay aslında (spiral). Bana takacaklardı ama sonra baktılar ve “Sende yara var” dediler...

N: Ama yarayı tedavi ettirip takabilirsin spirali...

(...)

K3: (RIA taktirmek için) doğumevine gitmiştim... Bana “Yeşil kartın var mı?” diye sordular. Onlara “Başvurdum ama henüz almadım” dedim. “Gidip bir spiral satın al, takalım” dediler. Ben de dedim ki “Neden satın alıyor muşum? Ya takın ya da...”

N: Ne zaman gittin hastaneye?

K3: Üç, dört ay önce...

N: Bazen ellerinde spiral olmuyor, devlet onlara ücretsiz takmaları için yollamayabiliyor. O yüzden size eczaneden satın almanızı söylemişlerdir...

(...)

K3: Onlara yeşil kart için başvurduğumu söylemiştim... Şimdi yeşil kartım var...

N: Şimdi tekrar gidebilirsin. Şu anda spiralleri olduğunu biliyorum. Fakat hapları yok, oradaki doktorlarla ve hemşirelerle konuştum. Devletin hap göndermesini bekliyorlar.

K1: Ben haplara güveniyorum vallahi. Altı yıl boyunca yuttum, hiçbir şey olmadı...

K2: Ben de yuttum ama sonra hamile kaldım... Ben güvenmiyorum... Hapları yuttum, adet görmedim. Başka kadınlar bana “Haplar yüzünden adet olmuyorsun” dediler. Sonra mide bulantısı ve baş dönmesi başladı. “Ne bu?” dedim ve gidip gebelik testi yaptırdım, bana bebeğin 2 aylık olduğunu söylediler. Her gece alıyordum hapları...

N: Orada bir hata var, çünkü normalde haplar oldukça güvenlidir... Biliyorsunuz bazılarının renkleri farklı, beyaz ve kahverengi olanları var... Belki de...

K2: Vallahi bilmiyorum... Her gece kendime “Hap almayı unutma” derdim ve her gece, aynı zamanda bir tane yutardım...

[... haplar ve yan etkileri, adet kanamasının azalması, bunun vücuda zararının olmaması konularında bilgilendirici konuşma, anemi konusunda birkaç soru ve bilgilendirme... İstediklerinde nerede spiral taktırabilecekleri konusunda bilgi... geri çekme yönteminin pek güvenli bir yöntem olmadığı konusunda bilgi...]

(...)

N: Bir sorum daha var. Siz kadınların, burada kürtaj konusundaki fikriniz ne?

Mesela bir kadın aslında çocuk sahibi olmayı istemediği halde hamile kalıyor. Kürtaj yaptırmayı kabul edilebilir bir şey mi?

K1: Günah.

K3: Günah veya değil, ne olmuş? Allah’a kurban oluyum... Allah durumumuzu biliyor...

K1: 10 tane daha çocuğum olsa bile yemin ederim kürtaj yaptırmam... Günah. Günah olan bir şeyi yapmaktan korkuyorum...

K4: Bunun 3 tane var, daha ne?

K3: Onları dünyaya getirdikten sonra bakmamak da günah...

(...)

N: Peki, hanımlar, siz okula gittiniz mi?

K1-K4: (Hayır anlamında kafalarını sallıyorlar)

K1: Fatoş’a geldik. Burada okuma yazma öğreniyoruz.

N: Sen de mi okuma yazma kursuna geldin?

K3: Evet.

N: Kaç kardeşiniz var?

K3: Yedi tane. Dördü kız, üçü erkek.

N: Kardeşlerinizin kaç çocukları var?

K3: Birinin iki oğlu ve bir kızı var, ağabeyimin iki oğlu ve bir kızı var ve en büyük olanın da üç oğlu, iki kızı var.

K1: Onları gerçekten kıskanıyoruz...

K3: Kız kardeşlerimden birinin henüz çocuğu yok. Küçük erkek kardeşimin de çocuğu yok... Karısı hamile değil...

K2: 10 yılda üç tane normal...

Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi:
BİR VAKA ÇALIŞMASI

K3: Görümcem 4 çocuk doğurdu, benimse 3 çocuğum var... Her yıl bir tane oldu.

N: Dört tane, öyle mi?

K3: Evet, her sene bir tane...

N: Daha istiyorlar mı?

K3: Evet, vallahi istiyorlar. Gözleri kara... (...)

N: (1. kadına) Siz istemediğiniz halde kocanızın daha fazla çocuk yapmak istediğini söylediniz. Fakat sizin durumunda (3.kadına), görümceniz daha çocuk istiyor. Sizce bir kadın neden dörtten fazla çocuk sahibi olmayı isteyebilir? Çocuk yetiştirmek zordur, çok yorulacak ve daha yaşlı görünecek...

K3: Sanırım çocukları seviyorlar... İstiyorlar...

K1: Evet, ben de çocukları seviyorum, ama dört tane yeter. Dört çocuğumu sevebilirim, değil mi?

K5: Küçük kızım 10 yıldır evli. Sadece bir çocuğu var. Tüplerini bağladılar. Kocası iş buluncaya kadar öyle kalacak. Sonra açtıracaklar. Kocası iş bulana kadar ve bir evleri olana kadar başka çocuk istemiyorlar.

K6: Haklılar. Benim bir kızım, bir de oğlum var...

K7: Benim de iki kızım bir oğlum var...

N: (5.kadına dönerek) Kızınız kaç yaşında?

K5: 25

N: Tüplerini bu yaşta mı bağladılar?

K5: Evet, tüpleri bağlı...

K2: Neden hastanede bağlatmadılar?

N: Tüplerini bağlattığından emin misiniz?

K5: Evet, televizyonlarını satıp yaptırdılar.

K3: Bakın, bu kadın da (içeriye yeni giren bir kadını göstererek) çok çocuk yapmak istiyor. Her yıl bir tane doğuruyor...

K8: (İçeri yeni giren) Koskoca yılda bir tane...

K3: Geçen yıl bir tane doğurmamış mıydın?

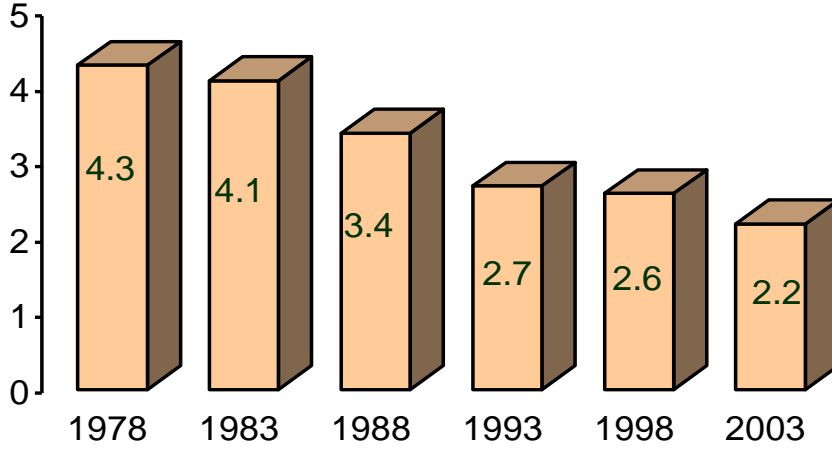
K4: Geçen sene ve ondan önceki sene de doğurdu. Şimdi tüpleri bağlı.

K8: Bir yıl, sekiz ay oldu.

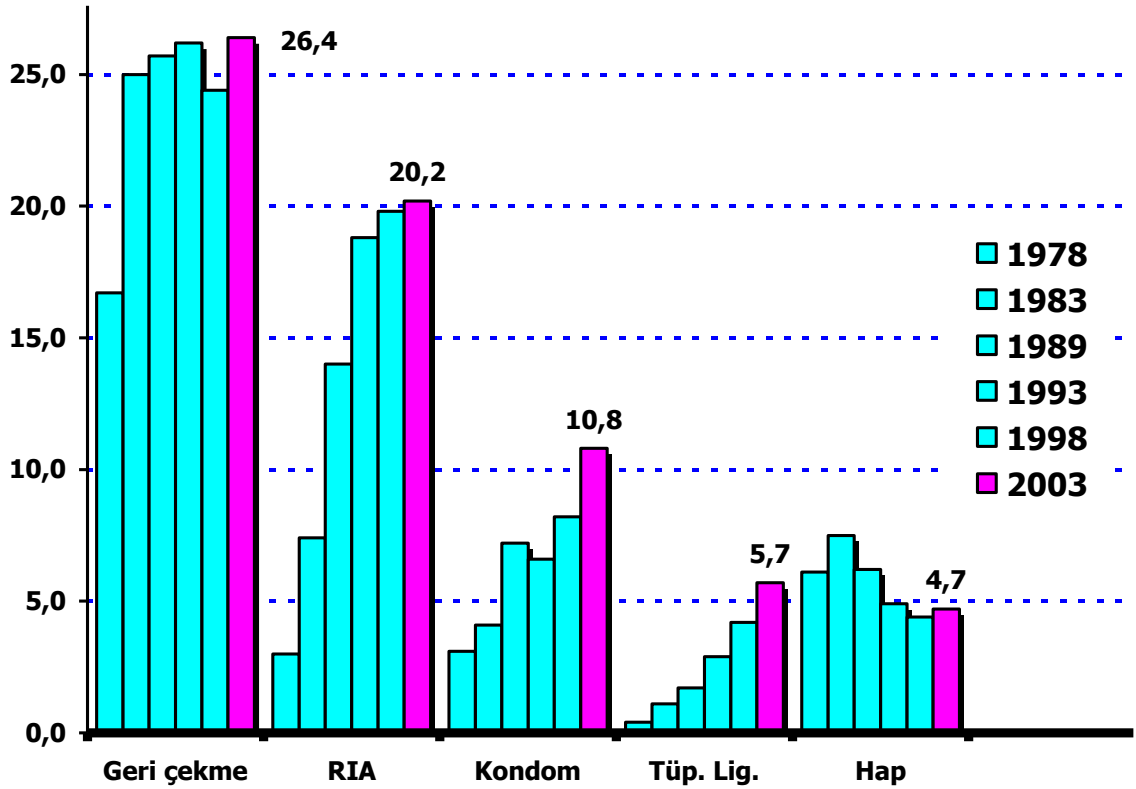
K1: (N'ye) Bize hamileliği nasıl önleyeceğimizi anlatın... Ne yapabiliriz? (...)

Ek VIII. Türkiye’de Aile Planlamasına İlişkin Tablolar ve Şekiller

Şekil 1. Nüfus Sağlık Araştırması Sonuçlarına Göre 1978 – 2003 arasında Türkiye’deki Toplam Doğurganlık Hızları



Şekil 2. 1973 – 2003 arasında Türkiye’de 15-49 Yaş Arasındaki Evli Kadınlarda Kontraseptif Yöntem Kullanımı

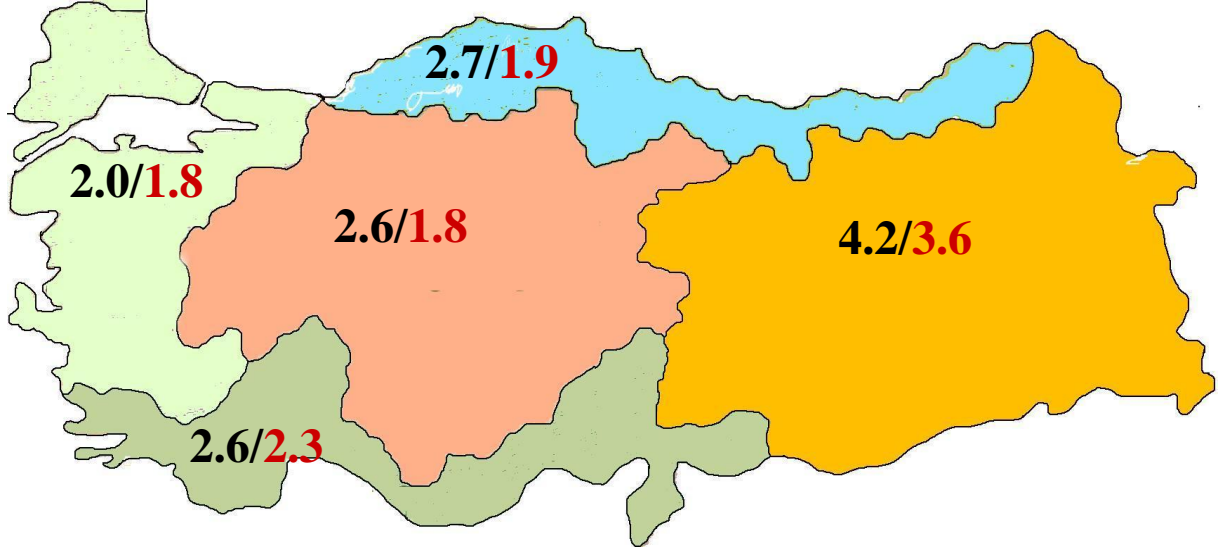


Şekil 3. 1998 – 2003 Yıllarında Türkiye'de Bölgelere Göre Toplam Doğurganlık Hızları.

(1998 ve 2003'te Türkiye'de Toplam Doğurganlık Hızları sırasıyla: 2.6 ve 2.2).

İlk rakamlar: 1998

İkinci rakamlar: 2003



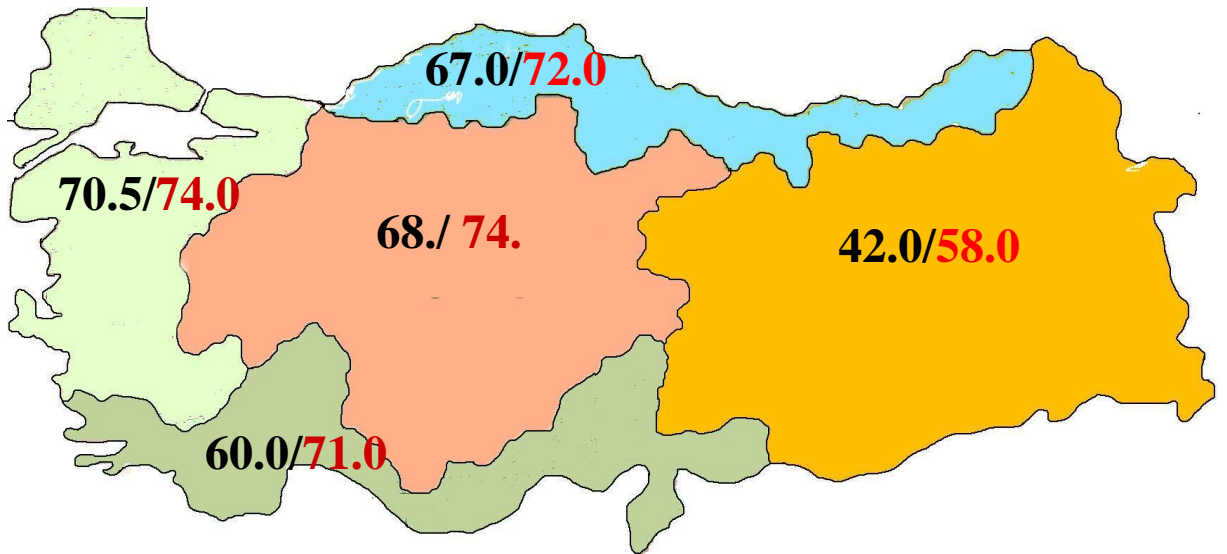
Şekil 4. 1998 – 2003 Yıllarında Türkiye'de Bölgelere Göre AP Yöntemi Uygulaması

(Yüzde olarak).

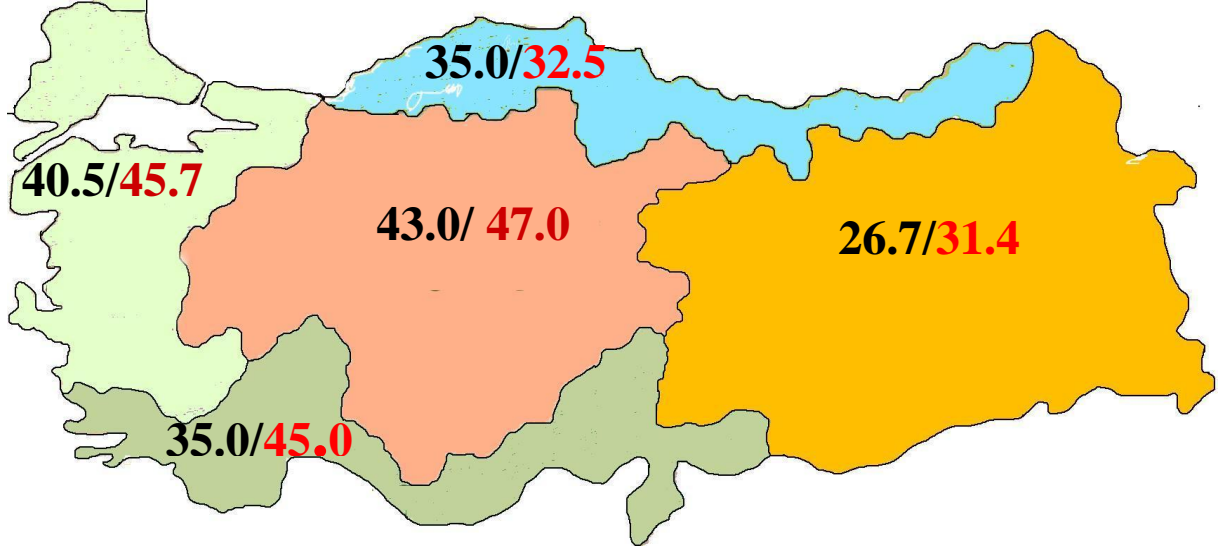
(1998 ve 2003'te Türkiye'de Toplam AP Yöntemi Kullanımı: Sırasıyla %64 ve %71).

İlk rakamlar: 1998

İkinci rakamlar: 2003



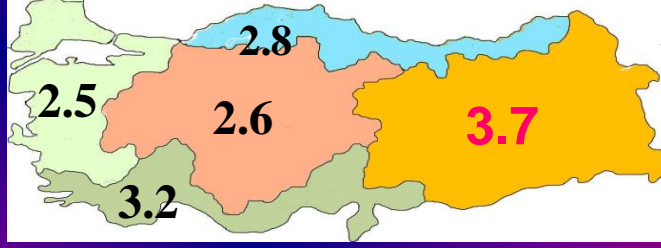
Şekil 5. 1998 – 2003 Yıllarında Türkiye’de Bölgelere Göre Modern AP Yöntemi Uygulaması (Yüzde olarak)
(1998 ve 2003’te Türkiye’de Modern AP Yöntemi Uygulaması: Sırasıyla %64 ve %71).
İlk rakamlar: 1998 İkinci rakamlar: 2003



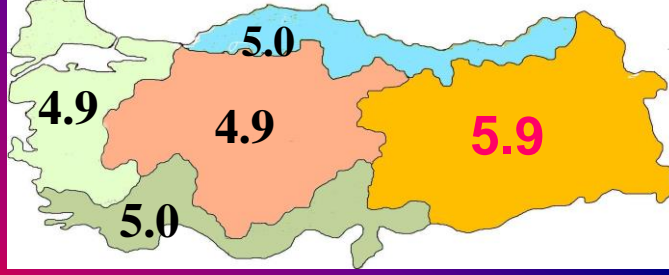
Şekil 6. Türkiye’de kadınların Eğitim Durumuna Göre İstenilen ve Sahip Olunan Çocuk Sayıları (1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerinin İleri Analizi İle Elde Edilmiştir.)

Okuma Yazma Bilmeyen Kadınlar

Sahip Olmak
İstedikleri
Ortalama
Çocuk Sayısı

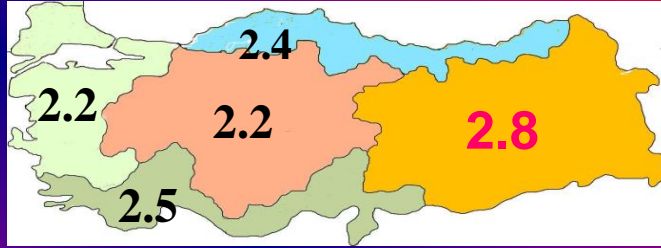


Sahip Oldukları
Ortalama
Çocuk Sayısı



Okuma Yazma Bilen Kadınlar

Sahip Olmak
İstedikleri
Ortalama
Çocuk Sayısı



Sahip Oldukları
Ortalama
Çocuk Sayısı

