

Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Kadın Sağlığına Etkisi

Fatma Başar¹

¹Dumlupınar Üniversitesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Kütahya, Türkiye

Fatma Başar, Yrd.Doç.Dr.

İletişim:

Fatma Başar
Dumlupınar Üniversitesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Kütahya, Türkiye
Tel: +90 274 265 20 31
E-Posta: fkkaradag@yahoo.com

Gönderilme Tarihi : 09 Haziran 2015
Revizyon Tarihi : 15 Şubat 2016
Kabul Tarihi : 02 Nisan 2016

ÖZET

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği kadının öğrenimi, iş yaşamına katılımı ve gelirini olumsuz yönde etkileyerek ve toplumsal baskı oluşturarak kadın sağlığı başta olmak üzere pek çok soruna neden olmaktadır. Özellikle kadın sağlığında toplumsal cinsiyet ayrımcılığının görüldüğü en önemli alan üreme sağlığı hizmetleridir. Kadınlar yaşam süreci boyunca, intrauterin yaşamdan başlayarak, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılık dönemlerinde, erkeklere göre daha fazla risk faktörlerine maruz kalmaktadırlar. Doğumdan önce başlayan cinsiyet ayrımcılığının göstergesi olan gebelik süresince kız çocuk istenmemesi ve gebelik sonucunun kız cinsiyeti olması halinde gebeliğin sonlandırılması, daha çok Afrika ve Arap kültüründe görülen genital mutilasyon, bekâret denetimi, adolesan evlilikler ve bu evliliklerin sonucu olan adolesan gebelikler, gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar, ataerkil toplumun dayattığı gelenekler, töreler, toplumsal baskı, kadınların yaşamlarının hemen her döneminde maruz kaldıkları şiddet ve günümüzde oldukça görünür olan kadın cinayetleri, kadınların en çok ihmal edildiği dönemlerden olan menopoz ve sonrası dönem hastalıkları, kadının statüsünün düşük olması gibi sorunlar, kadın cinsiyetinin yaşadığı olumsuz durumların en önemli göstergelerindedir. Bu bağlamda bu derlemede, zaman içinde ve toplumdan topluma değişen toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın sağlığı ve üreme sağlığına etkisinin yaşam evrelerine göre incelenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: toplumsal cinsiyet eşitsizliği; kadın sağlığı; üreme sağlığı

SOCIAL GENDER INEQUALITY: ITS EFFECT ON WOMEN'S HEALTH

ABSTRACT

Social gender inequality affects the education of women, their participation in the workplace, their income, and thus creates social pressure, all of which cause various problems, mainly in women's health. The major area where women are faced with social gender inequality in women's health, is reproduction health services. Throughout their lives, from intrauterine to childhood, adolescence, maturity and old age, women are exposed to more risk factors than men. Some of the most significant indicators of negative experiences of women are: not wishing a daughter throughout their pregnancy, which indicates prenatal gender inequality, pregnancy termination if a daughter is expected, genital mutilation, mostly seen in African and Arab cultures, virginity control, adolescent marriages and resulting adolescent pregnancies, complications with pregnancy and delivery, traditions, customs and social pressure imposed by paternalistic societies, the violence women are subject to in almost every period of their life, femicide that is currently prevalent, menopause, one of the periods during which women are neglected mostly post-menopause disorders, and the lower status of women. In this context, the aim of this study is to analyze the effect of social gender inequality that changes over time and from one society to another, on women's health and their reproductive health, in accordance with their life cycle.

Key words: social gender inequality, women health, reproduction health

“Toplumsal cinsiyet” bireyin kendini kadın ya da erkek olarak nasıl algıladığını ifade eden bir kavramdır. Cinsiyeti belirleyen biyolojik yapı da olsa, kendini algılama, güdüler, davranışlar ve roller açısından kadın ve erkek arasındaki farklılıkları yaratan sosyal normlardır (1). Bireyin içinde yaşadığı toplumun kültürü; bir kadın ve erkeğin nasıl davranacağını, nasıl düşünceğini ve nasıl hareket edeceğine ilişkin beklentileri ortaya koymaktadır. Bu açıdan “Toplumsal cinsiyet” herhangi bir zamanda herhangi bir kültürde kadın ve erkeğe biyolojik cinsiyeti nedeniyle uygun görülen toplumsal ve kültürel davranış biçimleri, beklentiler, sorumluluklar ve roller bütünü olarak da tanımlanmaktadır (2). Toplumsal cinsiyet, toplumlar arasında ve zaman içinde farklılık gösterir. Bireyin toplumsal cinsiyeti birçok etken tarafından belirlenmekte, toplumsal cinsiyet de bireyleri yaşamının her döneminde farklı şekillerde de olsa etkilemektedir. Fırsatları kullanmada, kaynakların ayrılmasında ve kullanımında, hizmetlere erişimde bireyin cinsiyeti nedeniyle ayrımcılık yapılabilmektedir. Söz konusu ayrımcılıklardan, erkeğe oranla daha dezavantajlı ve daha düşük toplumsal statüye sahip olan kadınlar daha olumsuz etkilenmektedirler (3).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği kadının öğrenimi, iş yaşamına katılımı ve gelirini olumsuz olarak etkileyerek ve toplumsal baskı oluşturarak kadın sağlığı başta olmak üzere pek çok soruna neden olmaktadır (4–5). Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin en belirgin yansımalarından biri sağlık alanıdır (3). Özellikle kadın sağlığında toplumsal cinsiyet ayrımcılığının görüldüğü en önemli alan üreme sağlığı hizmetleridir. Dünya genelinde kadınlar, hala şiddete uğramakta doğurganlıkları nedeniyle sakat kalabilmekte ya da ölebilmektedir. Kadınlar, çeşitli toplumsal ve ailevi baskılar nedeniyle sağlık hizmeti almaya bağımsız karar verememekte, sağlık kuruluşuna gitmede ve sağlık hizmetlerinden yararlanmada engellerle karşılaşmaktadırlar (6). Yapılan araştırmalar kadınların erkeklere göre daha uzun yaşadıklarını ancak yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu, daha fazla hastalık yaşadıklarını göstermektedir. Kadınlar yaşam süreci boyunca, intrauterin yaşamdan başlayarak, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılık dönemlerinde, erkeklere göre daha fazla risk faktörlerine maruz kalmaktadır. ABD’de yapılan bir araştırmaya göre kadınlar, erkeklerden %25 daha fazla sağlık sorunları nedeniyle aktivitelerini kısıtlamakta ve akut durumlar sonucu erkeklerden %35 gün daha fazla yatakta kalmaktadırlar (3,5). Bütün dünyada da anneliğe bağlı sağlık sorunları 15–44 yaş grubu kadınlarda hastalık yükünün ilk on nedeninden üçünü kapsamaktadır (7–8). Kadınlar ve erkeklerin üreme ile ilgili hastalık yükleri incelendiğinde, kadınların üreme sağlığı sorunlarının erkeklerden çok daha fazla yaşadıkları ve bu durumun özellikle üreme çağında

(15–49 yaş arası) daha da arttığı belirlenmiştir. Ülkemizde cinsiyete göre üremeye yönelik hastalık yükü oranı, kadınlarda %36,6 iken, erkeklerde %12,3’tür (4–5)

Bu bağlamda bu çalışmada, zaman içinde ve toplumdan topluma değişen toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın sağlığı ve üreme sağlığına etkisinin yaşam evrelerine göre incelenmesi amaçlanmıştır.

Dönemlere göre kadın sağlığı ve üreme sağlığı sorunları

Yaşam evrelerine göre kadın sağlığını etkileyen üreme sağlığı sorunları şu şekilde özetlenebilir;

Çocukluk dönemi

İki cinsiyet arasındaki eşitsizliğin sağlık üzerine etkileri bireyler henüz bebeklik ve çocukluk çağında iken başlamaktadır (9). Cinsiyeti nedeni ile kızlar çocukluk döneminde cinsiyet seçimi, gebeliğin istenmemesi (kız çocuklarının istenmemesi), genital mutilasyon gibi sorunlara maruz kalmaktadır (10).

Bu dönemde yaşanan kadına karşı cinsiyet temelli eşitsizliğin sağlığa önemli etkilerinden birisi implantasyon öncesi fetal cinsiyetin belirlenmesidir. Bu tanılama yöntemi fetüsün yapısal, kromozomal ve genetik anormallikler açısından değerlendirilmesine olanak sağlayan bir dizi teknik işlemi kapsamaktadır. Prenatal tanı tekniklerinin kullanılmasının asıl amacı; fetüsün uğrayabileceği hastalıkların, sakatlıkların önlenmesine, en azından göreceği zararın şiddetinin hafifletilmesine, dolayısıyla bebek, aile ve toplumun katlanmak durumunda olacağı yükün azaltılmasına yardımcı olmaktır. Ancak soyun devamı gibi gerekçelerle erkek çocuk tercihinin yapıldığı ülkelerde, günümüz teknolojisinin etik olmayan bir şekilde kullanılması ile dişi fetüsün yaşamına son verilmektedir. Cinsiyet seçimi uygulaması Amerika’da yasal iken, Kanada, Almanya ve İngiltere’de yasaklanmıştır. Ülkemizde cinsiyet seçimi yasal olmamakla beraber, sadece cinsiyetle taşınan hemofili ya da bazı kas hastalıkları söz konusu olduğunda cinsiyet seçimine izin verilmektedir (5,11).

Medikal olmayan nedenlerle yapılan cinsiyet seçimi kadınlar aleyhine ayrımcılığı güçlendirmektedir. Sahip oluncak çocukların cinsiyetinin seçilmesinin istenmesi, erkek lehinde kız çocuklarının değerini kaybetmesini, kadının aile ve toplum içindeki statüsünün azalmasını gündeme getirmiştir. Her bir cinsiyete yüklenmiş değer farklılıklarının öne sürülmesi veya cinsiyet ayrımının yapılması etik yönden endişe yaratmaktadır (11).

Cinsiyet seçimi nedeniyle kadın nüfusunun azalması, özellikle bazı ülkelerde cinsiyet oranlarında dengesizliklere de yol açmıştır (12). Hindistan ve Çin gibi ülkelerde cinsiyet seçimi amacıyla prenatal tanı yapılmakta olup bu da cinsiyet oranlarında dengesizlik yaratmaktadır (13). Hindistan ve Çin'den gelen ve Amerika'da yaşayan göçmen aileler üzerinde yapılan bir çalışmaya göre bu ailelerde de erkek lehine cinsiyet seçimi yapıldığı saptanmıştır (14).

Doğumdan önce başlayan cinsiyet ayrımcılığının diğer göstergesi gebelik süresince kız çocuk istenmemesi ve gebelik sonucunun kız cinsiyeti olması halinde gebeliğin sonlandırılmasıdır. (15–16).

Yine kadına yönelik cinsiyet temelli eşitsizliğin bir başka çeşidi de kadın sünneti olgusudur. Kadın sünneti; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler (BM) tarafından "tıbbi olmayan nedenlerden dolayı kadın genital organlarının kısmen veya tamamen çıkarılması" olarak tanımlanmıştır. Terapötik olmayan nedenlerle yapılan ve tıbben gereksiz olan kadın sünneti, son derece acı verici ve ciddi sağlık sonuçlarına neden olan bir problemdir. Kadın sünneti kadın ve kızların insan hakları ihlali olarak kabul edilmektedir. Hiçbir sağlık yararı olmayan bu uygulama dini gereklilik, eşini daha fazla cinsel açıdan tatmin edebilme, bekaretin korunması, daha iyi evlilik bağı kurulacağı inancı, sosyal kabulün sağlanması ve temizlik amacıyla yapılmaktadır. Kadın sünneti; Afrika, Ortadoğu ve Asya'nın bazı ülkeleri dâhil toplam 28 ülkede ve birçok toplumda köklü bir gelenek olarak uygulanmaktadır. Orta ve Güney Amerika'daki bazı etnik gruplar arasında ise kadın sünnetinin bazı formlarını görmek mümkündür. Ayrıca dünyada bu uygulamaya maruz kalmış tahminen 130–140 milyon kişi bulunmakta ve her yıl 3 milyon kız bu uygulamanın tehdidi altında yaşamaktadır. Kadın sünneti prevalansı geniş katımlı çalışmalarda ise %38–63 gibi yüksek oranlarda belirlenmiştir (17,18). Yaklaşık Somali'de kadınların %99'una, Etyopya'da %90'una, Sudan'da ise %85'ine bu operasyonlar uygulanmaktadır. Değişik kaynaklara göre 80 ila 132 milyon yaşayan, çoğunluğu Afrikalı kadının bu uygulamaya maruz kaldığı bilinmektedir (19). Ayrıca dünyada bu uygulamaya maruz kalmış tahminen 130–140 milyon kişi bulunmakta ve her yıl 3 milyon kız bu uygulamanın tehdidi altında yaşamaktadır (20). Kadın sünneti prevalansı geniş katımlı çalışmalarda ise %38–63 gibi yüksek oranlarda belirlenmiştir (18).

Bu uygulama sonucu erken dönemde şiddetli ağrı, hemoraji, şok ve ölüm gibi ciddi sorunlara; geç dönemde ise kronik genital ya da üriner enfeksiyonlar, infertilite ve doğum problemleri gibi sağlık sorunlarına yol açmaktadır (5). Genital mutilasyonun yok edilmesi için ulusal ve

uluslararası düzeyde işbirliği kurulması gerekmektedir. Halkın ve toplum liderlerinin eğitimi ile dini liderlerle işbirliği yapılması bu uygulamayı yok etmenin en iyi yoludur. Kadın genitalmutilasyonunun, kadın ve çocuk sağlığı üzerine yarattığı olumsuz etkileri konusunda insanlarda farkındalığın artırılması, devletlerin genitalmutilasyona karşı olan politikaları benimsemesi ve yasal önlemler alması ile kadın genitalmutilasyonu tümüyle önenebilir (11).

Ergenlik (Adolesan) dönemi (10–19 yaş)

Bu dönemdeki en önemli üreme sağlığı sorunları, ergenlik dönemindeki evliliklere bağlı erken gebelikler, istenmeyen gebelikler, yasal olmayan düşükler, düşüğe bağlı olarak gelişen komplikasyonlar, bekaret denetimi ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) şeklindedir (21).

Ülkemizde 4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu'na göre 17 yaşını dolduran herkes evlenebilmekte, ancak taraf olduğumuz "Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne" göre de insanların 18 yaşını dolduruncaya kadar "çocuk" sayılacağını belirtmektedir. Dolayısıyla daha anatomik ve psikolojik gelişimini tam olarak tamamlanmadan ortaya çıkan ergen evlilikleri/ gebelikleri, sağlık ve sosyal sonuçları açısından önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Adolesan annelerin ve bebeklerinin morbidite ve mortalite hızları yükselmekte ve adolesan annelerde, düşük ve ölü doğum riskleri de artmaktadır. Ayrıca, kadınların ergenlik döneminde anne olması kadının eğitimine devam edememesi ve iş imkanlarından faydalanamaması gibi başka olumsuz sonuçları da doğurmaktadır. (11). Erken yaşta çocuk sahibi olmak hem anne, hem de bebek için yüksek risk taşımaktadır. Ergen gebelikler; preeklamsi, anemi, enfeksiyon, yetersiz kilo alımı, erken membran yırtılması gibi sorunların yanı sıra, kadınların eğitimi, sosyal ve ekonomik gelişimlerinin önünde bir engel oluşturmaktadır. Bebekler açısından da doğumsal malformasyon, erken doğum, düşük doğum ağırlığına neden olmaktadır (4).

TNSA 2008 sonuçlarına göre, adolesan dönemde olan kadınların yüzde 6'sının çocuk doğurmaya başladığı görülmektedir (22). Bu kadınların yüzde 4'ü çocuk sahibi olmuştur; yüzde 2'si ise araştırma tarihinde ilk çocuklarına gebedir. TNSA 2013 sonuçlarına göre 15–19 yaş grubunda kadınların %7'si evli, %4,6'ı annedir (23). Dünya'da adolesan doğum oranlarına baktığımızda Çin'de %2, Latin Amerika'da ve Karayip'lerde %18 ve Güney Afrika'da %50'lere ulaşmaktadır. Ancak adolesan doğurganlığı gelişmekte olan ülkelerle sınırlı değildir. İngiltere'de %26, İrlanda'da %17 ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ise bu oran %63'tür (24,25).

Bu dönemde yaşanan diğer bir sorun istenmeyen gebeliklerdir. İstenmeyen gebelikler, kadın sağlığını etkileyen en stresli olaylardan biridir. Bir gebeliği sonlandırma kararı kadının suçluluk, pişmanlık ya da kayıp duygularını yaşamasına neden olmakta ve ruh sağlığını etkilemektedir. Bunun yanı sıra özellikle sağlıklı düşük yapan kadınlarda tamamlanmamış düşük, sepsis, kanama, uterin perforasyon gibi komplikasyonlar gelişmektedir. Uzun dönemde ise, kronik pelvik ağrı, pelvik inflamatuvar hastalık, infertilite, ektopik gebelik ve prematür doğum gibi komplikasyonlara neden olmakta ve kadın sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (11). Erken yaşta gebeliklerin genelde istenmeyen gebelik olması, genç kadınları isteyerek düşüğe yönlendirmektedir. DSÖ tahminlerine göre bu düşüklerin yaklaşık yarısı sağlıklı koşullarda gerçekleşmektedir. Korunmasız cinsel ilişki yüzünden her yıl 2-4 milyon genç sağlıklı koşullarda düşük yapmaktadır. Anne ölümlerinin 1/3-1/4'ü güvenli olmayan düşük komplikasyonlarına bağlıdır (26,27). TNSA 2008'e göre, 15-19 yaş grubunda kadınların %3'ü isteyerek düşük yapmıştır (22). TNSA-2013'te kentsel ve kırsal yerleşim yerlerinde isteyerek düşük düzeyleri sırasıyla 100 gebelikte yüzde 5 ve yüzde 3'tür (23).

Bu dönemde karşılaşılan diğer ayırıcı bir uygulama bekalet denetimi olup, pek çok geleneksel toplumda mevcuttur. Evlilik öncesi cinsel ilişkinin gebelik ve CYBE gibi olası riskleri nedeni ile koruyucu bir önlem olarak ele alındığı varsayılabilir, bu durumda düşünülen riskler her iki cinsiyet için de söz konusudur ve eşit yaklaşımla uygulanması beklenir. Oysa, kadının evlilik öncesi cinsel ilişkisi tümü ile yasaklanırken, aynı toplumlarda diğer cinsiyetinki ise aksine teşvik edilmektedir (3). Kadınların cinselliğinin denetlenmesinin aracı haline getirilen kızlık zarı muayenesi kadının kendi bedeni üzerindeki söz hakkını ortadan kaldırmakta, kadında fiziksel ve ruhsal sorunlara yol açmakta, intiharlara ve namus cinayetlerine yol açmaktadır (4).

Erişkinlik dönemi (15-49 yaş)

Üreme fonksiyonlarının en yoğun olarak yaşandığı bu dönemde kadınların karşılaştığı en önemli sağlık sorunları şunlardır (10);

- Anne ölümleri (Gebelik, doğum, doğum sonu komplikasyonlar)
- İstenmeyen gebelikler/isteyerek düşükler
- Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE)
- Paralı seks/cinsel taciz-istismar
- Şiddet
- Üreme sağlığı hizmetleri alamama (3,7).

İnsan hakları açısından sağlık konusunda kadınların dezavantajlı olduğu durumların en uç ve somut örneği anne ölümleridir. Kadının en sağlıklı olması gereken yaş döneminde, fizyolojik bir olay nedeniyle meydana gelen anne ölümleri de toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sonuçlarından biridir. Türkiye Üreme Sağlığı Programı kapsamında yapılan Sağlık Arama Davranışı Araştırmasında anne ölüm nedenleri, en sık görülen ilk 5 kadın ölüm nedeni arasında yer almaktadır. Ayrıca, anne ölümleri de dahil, malignensiler dışındaki tüm ölüm nedenlerinin çoğu önlenilebilir niteliktedir (5).

Ülkemizde TNSA 2008 verilerine göre anne ölüm oranı 19,4'dür. Bu ölümlerin ilk üç önemli nedeni; kanamalar (%25), preeklampsi (%18), enfeksiyonlar (%5) olarak bulunmuştur (22). Ülkemiz 2012 verilerine göre anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 15,4 olarak saptanmış olup, gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında bu oran oldukça yüksektir. Anne ölümleri kadının statüsünün düşük olduğu ülke ve yörelerde daha da artmaktadır. Örneğin, ülkemizde bu oran Kuzeydoğu Anadolu Bölgesinde 32,2 iken, Doğu Marmara Bölgesinde 7,7'dir (100 bin canlı doğumda). Tüm dünya ülkelerinde bu oran 210,0 iken kadının statüsünün yüksek olduğu Norveç, Danimarka gibi üst gelir grubu ülkelerde 14,0'dır (28).

Bu dönemde görülen diğer bir sorun cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH)'dir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin cinsel CYBH üzerinde de olumsuz etkisi bulunmaktadır. Seks işçiliği yapan kadınlar ve bekar kadınlar CYBH açısından öncelikli risk grubu olsa da evli kadınlar da risk altındadır. Örneğin AIDS'e yol açan İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virusu'nun (HIV) yayılmasında ve epidemisinde toplumsal cinsiyet eşitsizliği önemli bir etmendir. Heteroseksüel cinsel ilişki sırasında HIV enfeksiyonuna yakalanma riski kadınlarda erkeklere göre daha fazladır. Bunun bir nedeni erkeklerin penisinde kadının vajinal sekresyonuna göre daha fazla HIV bulunması ve kadının virusa maruz kalan vajinal mukoza alanının daha geniş olmasıdır. Bu durum biyolojik farklılıktan kaynaklanıyor gibi kabul edilebilir. Ancak Türkiye'de CYBH ve HIV'in öncelikli bulaşma biçimi korunmasız heteroseksüel ilişkidir ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği açısından düşünüldüğünde özellikle kayıt dışı çalışan seks işçileri hem zorunlu sağlık izleminden yoksun olduğu hem de kondom kullanımına ilişkin ısrarcı olamayacağından en riskli grubu oluşturmaktadır. Aynı zamanda seks işçileri ile birlikte olan evli erkeğin eşi de bu bulaş açısından risk altındadır. Risk altında olan bir diğer grup da zorla cinsel ilişkiye girilen kadınlardır ki bunun da nedeni zorla girilen cinsel ilişkinin mikrolezyon riskini ve dolayısıyla HIV bulaşma riskini artırmasıdır. CYBH'ye karşı önlem

almama ya da ihmalin sağlık açısından yol açtığı önemli sonuçlar ektopik gebelik, servikal kanser, kronik pelvik ağrı, pelvik yapışıklıklar, kısırlık, enfekte annenin bebeğinde yenidoğanpnömonisi, göz ve merkezi sinir sistemi enfeksiyonu ve yenidoğan ölümüdür (4). Kadınlar HIV tedavisine ulaşamamakta ve çok genç yaşlarda hayatlarını kaybetmektedirler (29,30).

Dünya Sağlık Örgütü 2012 Aralık verilerine göre 35,3 milyon kişi HIV ile enfekte olup, hemen hemen yarısını (17,7 milyon) kadınlar ve genç kızlar oluşturmaktadır (WHO, 2012). Salgının bu anlamda 'feminizasyonu'Sahra Güneyi Afrika'da çok belirgindir. Bu bölgede HIV pozitif kişilerin %60'ı kadın ya da kızdır; bölgede 15–24 yaş grubundaki nüfusun %75'ini HIV'li kadınlar ve kızlar oluşturmaktadır. Ülkemizde ise toplam 6802 vakanın 1/3'ünü kadınlar (1869 kişi) oluşturmaktadır (5).

Bu dönemde toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin yol açtığı diğer sorun cinsel taciz-tecavüz olaylarıdır. Tecavüz ve cinsel istismar sonrası en sık görülen ruhsal hastalıklar olarak travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, aşırı kaygı, panik, organik bir temeli olmayan dirençli ağrılar, bayılma, ve madde-alkol kullanmaya başlama veya miktarını arttırması sayılabilir (31).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin neden olduğu başlıca olgulardan biri kadına yönelik şiddettir. Kadınlara yönelik toplumsal cinsiyete dayalı şiddet, "bir kadına sırf kadın olduğu için yöneltilen ya da oransız bir şekilde kadınları etkileyen" cinsiyet temelli şiddet olarak tanımlanmaktadır (5). Kadına yönelik şiddetin ortaya çıkmasını, tekrarlanmasını, türü ve ağırlığını etkileyen birçok faktör bulunmakla birlikte, şiddetin temel kaynağı asıl olarak toplumsal cinsiyet eşitsizliği, kadın ve erkek arasında, ataerkil toplum yapısından kaynaklanan asimetrik güç ilişkisidir (32). Kadına yönelik şiddet, kültürel, coğrafi, dini, ekonomik ve toplumsal sınır tanımayan bir insan hakkı ihlali olarak geçmişten bugüne varlığını sürdürmektedir. Önemli bir toplumsal sorun olan kadına yönelik şiddet sadece kadına fiziksel ve ruhsal anlamda zarar vermekle kalmayıp aynı zamanda sosyal açıdan kendilerini geliştirmelerini de engellemektedir. Giderek artan çizgide seyreden bu hak ihlalinin devam ediyor olması yeni ve acil önlemlerin alınmasını gerekli kılmaktadır (33). Kadına yönelik şiddet coğrafi sınırlar, ekonomik gelişmişlik ve eğitim düzeyine bakılmaksızın tüm dünyada ve pek çok kültürde son derece yaygın görülen bir olaydır. Dünya çapında erkeklerden fiziksel şiddet gören kadınların tahmini oranının %25–50 olduğu rapor edilmiştir. Türkiye Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet

Araştırması (2009) sonuçlarına göre, ülkemizde kadınların %39'u fiziksel, %15'i cinsel ve %44'ü duygusal şiddete maruz kalmaktadır (34).

Ayrıca günümüzde oldukça görünür olan kadın cinayetleri de toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin yol açtığı diğer bir sorundur. Ülkemizde ve dünyanın genelinde reklamlarda, dizilerde kadınlar ya arzu uyandıran, şehvet veren ve kursesiz vücuduyla cinselliği çağrıştıran ve erkeği motive eden bir seks objesi ya da eşi ve çocukları için her şeyin en iyisini yapan "evinin hanımı", eşinin ve çocuklarının "bakıcısı" konumunda yer almaktadır. Toplumun kadınlardan beklediği kalıp roller çoğu kez kadının doğuştan sahip olduğu insan haklarını kullanmasını bile engellemekte hatta zaman zaman temel yaşam hakkı bile elinden alınmaktadır (3).

Bu durumun en somut örneği namus cinayetleridir. Namusu kirlenen kadın kocası, eski eşi, erkek arkadaşı, birlikte yaşadığı erkek, babası, erkek kardeşi ya da diğer yakın erkek akrabaları gibi yakından tanıdıkları insanlar tarafından infaz edilmektedirler. BM Nüfus Fonu verilerine göre her yıl yaklaşık 5000 kadın namus nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Namus cinayetleri Uganda, Brezilya, Ekvator, Türkiye gibi ülkelerde daha çok işleniyor gibi görünse de daha geniş bir coğrafyayı kapsadığı bilinmektedir. Çünkü Ortadoğu, Kuzey Afrika ve Asya'da kadınların namus adına öldürülmesi cinayet olarak görülmemekte ve haber niteliği taşımamaktadır. Daha da ötesi Ürdün, Fas ve Suriye gibi ülkelerde aile namusunu korumaya yönelik işlenen cinayetlerde cezai indirime gidilmektedir. Ayrıca bu konuya ilişkin istatistiksel veriler oldukça sınırlıdır (35). Başbakanlık İnsan Hakları Başkanlığının 2007 Türkiye İnsan Hakları Raporuna göre, her yıl yaklaşık 200'ü aşkın kişi, töre ve namus cinayetleriyle hayatını kaybetmektedir. Yine aynı rapora göre, Türkiye'de 2003–2007 yılları arasında töre ve namus cinayetinden ölenlerin sayısı 1100'ü aşmış durumdadır (36).

Ayrıca Türkiye'de geleneksel ataerkil yaşam biçimi bölgesel olarak ve kısmen çözülmeye başlamış olsa da halen toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin yaratılmasına katkıda bulunmakta, kadınların erkeklere oranla düşük olan toplumsal statülerini yeniden üretmekte ve sağlık hizmetlerine erişimini engellemektedir (29).

Menopoz ve yaşlılık dönemi

Kadının sağlık sorunlarının en ihmal edildiği dönemdir. Bu dönemde karşılaşılan sorunlar çoğu kez kadının cinsiyeti ya da üreme fonksiyonları ile ilişkilendirilmez. Kadınların

bu dönemde yaşadığı başlıca üreme sağlığı ile bağlantılı sorunlar, menopozal semptomlar, malignansiler, kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz ve prolapsus şeklindedir (10). Kadınların beklenen yaşam sürelerinin uzaması menopozal dönemde geçirdikleri süreyi de artırmıştır. Bu artış depresyon, osteoporoz, diyabet, hipertansiyon, immün bozukluklar, romatoid artrit, Alzheimer, malignansiler gibi sağlık sorunlarını da beraberinde getirmiştir. Bu sorunlar her iki insan cinsi tarafından yaşansa da sıklığı ve komplikasyonları kadınlarda psikolojik, sosyolojik ve ekonomik açıdan daha fazla sorun yaratmaktadır. Kadınların doğumdan beklenen yaşam ömrünün daha uzun olması ve dolayısıyla erkekten daha uzun yaşaması, fakat sosyo-ekonomik imkansızlıklar nedeniyle yoksullaşması ve sağlık hizmetlerinden yararlanamaması söz konusudur (5).

Sonuç

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği doğrudan veya dolaylı olarak kadında birçok sağlık sorununa yol açmaktadır. Bu sorun Türkiye dahil Dünya'nın bütün ülkelerinde, farklı boyutlarda da olsa mevcut olan bir gerçektir. Bu olgunun varlığının kabul edilmesi ve konu ile ilgili toplum dahil bütün tarafların duyarlı hale getirilmesi gerekmektedir. Özellikle kadının cinsiyeti nedeniyle yaşadığı bu

sorunlarının azaltılmasında ve önlenmesinde sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşirelerin kadınların sağlığını korumak, yükseltmek ve hastalıkları önlemek için kadının yaşam dönemleri boyunca kapsamlı bir sağlık hizmeti sunmaları gerekmektedir. Kadına yönelik pozitif ayrımcılık bakış açısıyla, sunulan bakım hizmetlerinde kadınların sağlık bakım gereksinimlerine öncelik tanımları gerekmektedir. Bu nedenle hemşirelerin ve sağlık profesyonellerin politika, strateji ve uygulamalarına "insan hakları" ve "toplumsal cinsiyet eşitliği" perspektifinden bakabilmesi önem taşımaktadır. Bu bakış açısının gelişmemiş olması, çoğu kez toplumsal olaylarda tanıyı, korunma önlemlerini ve çözümleri geciktirebilmektedir. Kadın sağlığındaki çağdaş yaklaşım, intrauterin dönemden başlayarak yaşam boyu, tüm yaş gruplarını ve etkileyici bütün faktörleri göz önüne alan kapsamlı hizmet sunulmasıdır (9).

Bu nedenle hemşireler toplumsal cinsiyet ayrımcılığının ve temel nedenlerinin farkında olmalıdır. Ayrıca geleneksel uygulamalar, kültürel faktörler, hangi cinsiyetin hangi konularda dezavantajlı olduğu konularının bilincinde olmalıdır.

Kaynaklar

- Yaşar B. Öğretmen Adaylarının Toplumsal Cinsiyet Rollerinin Kadın Sağlığı Hemşireliği Açısından Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin; 2011. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nazife Akan).
- Zeyneloğlu S. Ankara'da Hemşirelik Öğrenimi Gören Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara; 2008. (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Füsün Terzioğlu).
- Akın A. Toplumsal Cinsiyet (Gender) Ayrımcılığı ve Sağlık. Toplum Hekimliği Bülteni 2007;26:1-9.
- Şimşek H. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın üreme sağlığına etkisi: Türkiye örneği. DEU Tıp Fakültesi Dergisi 2011;25:119-26.
- Demirgöz Bal M. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğine Genel Bakış. KASHED, 2014;1:15-28.
- Coşkun A, Özdilek R. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Sağlığa Yansımaları ve Kadın Sağlığı Hemşiresinin Rolü. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2012;9:30-9.
- Neumayer E, Plümper T. The gendered nature of natural disasters: the impact of catastrophic events on the gender gap in life expectancy 1981-2002. Annals of the Association of American Geographers 2007;97:551-66. doi: 10.1111/j.1467-8306.2007.00563.x
- Üner S. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü; Ekim 2008.
- Akın A. Toplumsal Cinsiyet Kadın ve Sağlık. Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi. Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2003.
- Akın A, Demirel S. Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi Halk Sağlığı Özel Eki 2003;25:73-82.
- Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011;3:67-99.
- FIGO komitesi. Obstetrik ve Jinekolojide Etik Konular. Çeviri editörü: Dölen İ. Ankara: Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Yayını; 2008. s.8-13.
- Center for Genetics and Society. Sex selection. <http://www.geneticsandsociety.org/article.php?list=type29> Erişim Tarihi: 02.02.2010.
- Lhila A, Simon KI. Prenatal health investment decisions: does the child's sex matter. Demography 2008;45:885-905.
- Özvarış ŞB. Toplumsal cinsiyet, kadın ve sağlık. Hacettepe Tıp Dergisi 2008;39:168-74.
- Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Aile İçi Şiddetle Mücadele El Kitabı; 2008.
- UNICEF. Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change; 2013. http://www.unicef.org/media/files/FGCM_Lo_res.pdf Erişim Tarihi: 13.10.2014.
- Günaydın S, Dinç H. Bir kadın sağlığı sorunu: genital mutilasyon. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2015;2:363-71. doi: 10.17681/hsp.32625
- American Medical Association, Council on Scientific Affairs. Female genital mutilation. JAMA 1995;274:1714-6.
- Krick D. Female genital mutilation -an update. Obstetrics & Gynaecology Forum 2015;25:40-4.

21. Gölbaşı Z. Adölesan dönem üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;8:100-8.
22. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-2008. Ankara; 2009. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf Erişim Tarihi: 11.5.2010.
23. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-2013. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
24. Aydın D. Adölesan gebelik ve adölesan annelik. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;16:4.
25. Şolt A, Yazıcı S. Adölesan gebelikler. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2015;2:241-8. doi: 10.17681/hsp.36633
26. Kara Uzun A. Şimşek Orhon F. Adölesan gebeliklerin anne ve bebek sağlığına olan etkileri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2013;66:19-24.
27. Hillis SD, Anda RF, Dube SR, et al. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. Pediatrics 2004;113:320-7.
28. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı; 2012. http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/saglik_istatistikleri_2012.pdf Erişim Tarihi: 13.10.2014.
29. Uddin SM, Hossain MG, Islam MA, Islam MN, Aik S, Kamarul T. High-risk behavior of HIV/AIDS among females sex workers in Bangladesh: survey in Rajshahi City. Jpn J Infect Dis 2014;67:191-6.
30. Burgos-Soto J, Orne-Gliemann J, Encrenaz G, Patassi A, Woronowski A, Kariyare B, et al. Intimate partner sexual and physical violence among women in Togo, West Africa: prevalence, associated factors, and the specific role of HIV infection. Glob Health Action 2014;7:23456. doi: 10.3402/gha.v7.23456
31. Yüksel Ş. Cindoğlu D. Kadın cinselliği. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında ulusal ve yerel medya yoluyla savunuculuk projesi. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/26/269201116550-bilgilendirme_dosyasi_5.pdf
32. Şener EB. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Önlemede 4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun ve Değerlendirilmesi. Ankara: KSGM Yayınları; 2011. s.16-52.
33. WHO; World health statistics 2013. http://www.int/iris/bitstream/10665/81965/1/9789241564588_eng.pdf Erişim: 10 Mart 2014.
34. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaası; 2015.
35. WHO; 2002. Intimate partner violence and alcohol. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_intimate.pdf Erişim Tarihi: 13.10.2014
36. İnsan Hakları Derneği. Türkiye İnsan Hakları İhlalleri Raporu. Ankara; 2008. s.20.