

T.C.
BAŞBAKANLIK
KADININ STATÜSÜ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

POLİTİKA DOKÜMANI
KADIN ve SAĞLIK

2008, ANKARA

Bu politika dokümanı, Türkiye'de kadınların sağlık alanındaki durumunu analiz etmektedir. Doküman, KSGM tarafından diğer 6 politika dokümanı ile birlikte hazırlanmıştır. Söz konusu politika dokümanları eğitim, ekonomi, yoksulluk, yetki ve karar alma, sağlık, medya ve çevre alanlarını kapsamaktadır. Bu yedi politika dokümanı, Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı 2008-2013 için girdi olarak kullanılmıştır.

Yedi politika dokümanının tamamı şu bölümlerden oluşmaktadır: söz konusu alanda kadınların rollerinin önemini belirten giriş bölümü; ilgili alanda toplumsal cinsiyet eşitliğine ilişkin geçmiş ve mevcut yasal çerçevenin özeti; ilgili ulusal ve yerel istatistikler temelinde erkeklere kıyasla kadınların mevcut durumunun kapsamlı analizi; toplumsal cinsiyet eşitliğine ulaşılmasının önündeki engellerin sıralanması; uygulanan politikaların genel özeti; 2008-2013 yılları arasında uygulanacak eylem hedef ve stratejilerinin listesi.

Politika dokümanlarının içeriği, ilgili paydaşlarla yapılan bilgi ve görüş alış veriş sonucunda ortaya çıkmıştır. Öncelikle ilgili paydaşları, bu paydaşların rol ve sorumluluklarını belirlemek ve Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı 2008-2013'te ele alınması gereken konuları değerlendirmek amacıyla Mart-Haziran 2007 arasında Haritalama Çalışması yapılmıştır. Bu çalışmanın ardından her bir alan için taslak politika dokümanları hazırlanmış ve bu dokümanlar çalışma gruplarında ilgili paydaşlarla tartışılmıştır. Ekim 2007'de gerçekleştirilen ilk çalışma grubu toplantısında katılımcılar, kadınların söz konusu alandaki mevcut durumu, mevcut hükümet politikaları ve kadınların durumunu iyileştirmek için gerçekleştirilen diğer faaliyetlerin genel bir özetini sunan taslak metne ilişkin görüşlerini dile getirme şansına sahip olmuştur. Şubat 2008'de gerçekleştirilen ikinci toplantıda aynı gruplar uygulanacak hedef ve stratejilerin ilk taslağını tartışmıştır. Dokümanlara son şekli verilirken katılımcıların yorumları dikkate alınmıştır.

Politika dokümanlarında sunulan gösterge ve istatistikler, toplumsal cinsiyet konusunda kaydedilen gelişmeyi izlemede referans noktası olarak kullanılacaktır. İlgili istatistikler iki yılda bir güncellenecek ve KSGM'nin web sitesinde (www.ksgm.gov.tr) yayımlanacaktır.

ISBN 978-975-19-4361-3

Eylül 2008 - Ankara

Grafik Tasarım: Erdener Esen - www.3etanitim.com

Baskı: Fersa Ofset - www.fersaofset.com

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ	5
2. YASAL ÇERÇEVE.....	6
3. MEVCUT DURUM	9
4. ÖNCEKİ VE MEVCUT POLİTİKALAR, PROGRAM VE PROJELER	20
KAYNAKÇA	28
TABLO LİSTESİ	29
ŞEKİL LİSTESİ.....	29

AB Eşleştirme Projesi: Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin Geliştirilmesi

4. Bileşen

POLİTİKA DOKÜMANI

KADIN VE SAĞLIK

1. GİRİŞ

Kadınların sağlık hizmetlerinden tam, eşit ve en yüksek standartlarda faydalanmalarını sağlamak, kadının insan haklarının tam olarak sağlanmasının temel koşullarından biridir. Çeşitli uluslararası ve ulusal mevzuat hükümlerinde de tarif edildiği üzere, sağlıklı olmak yalnızca hasta olmamayı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumunu ifade etmektedir. Kadın sağlığı; ruhsal, sosyal ve fiziksel iyiliği içermekte ve fiziksel olduğu kadar, hayatın sosyal, politik ve ekonomik boyutu tarafından da belirlenmektedir.¹

Kadınların sağlık haklarının insan hakları içinde değerlendirilmesiyle birlikte, kadının insan haklarının, sağlık bilgisine erişim, yeterli beslenme ve sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkını da kapsadığı kabul edilmiştir. İnsan hakları açısından bakıldığında sağlık konusunda kadınların dezavantajlı olduğu durumlar hak ihlali olarak düşünülmektedir. Bunun en uç örneği ise anne ölümleridir.²

Kadın sağlığı; aile ve toplumdan kaynaklanan psiko-sosyal faktörler, kadının bireysel sağlık durumu, doğurganlık davranışı, sağlık hizmetlerinin kalitesi gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Kadın sağlığı denildiğinde, ilk olarak üreme sağlığı ve aile planlaması akla gelmektedir. Ancak, kadınların üreme sağlığı ile ilgili sorunlarının yanı sıra, diğer sağlık sorunları da vardır. Bu nedenle kadın sağlığının yalnızca üreme sağlığı ve aile planlaması olarak ele alınmaması gerekmektedir.

Kadın ve sağlık alanındaki toplumsal cinsiyet konularını iki ana kategoride toplamak mümkündür. Bu kategorilerden birincisi, kadınların sağlık sorunları ve hastalık riskleri; ikincisi ise, kadınların sağlık hizmetlerine erişimi ve mevcut hizmetlerin kadınlar tarafından gerçek anlamda kullanılmasıyla ilgili sorunlardır.

¹ UN Department of Public Information, 1996, Platform for Action and the Beijing Declaration, New York, paragraf 89.

² Ayşe AKIN, Çiğdem ESİN, Kezban ÇELİK, 2004, Kadının Sağlık Hakkı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa'da Kadın Sağlığının İyileştirilmesine Yönelik Stratejik Eylem Planı, s. 2.

Kadınların sağlık sorunları ve hastalık riskleri kadın ve sağlık alanında ele alınması gereken konuların başında gelmektedir. Kadınların beklenen yaşam süresi erkeklere kıyasla daha fazladır; ancak hemen hemen tüm toplumlarda kadınların erkeklere göre daha fazla hastalık ve stres yaşadıkları bildirilmektedir.³ Kadınların daha uzun yaşamaları, onların ileri yaşlardaki daha yüksek hastalık oranlarının bir nedenidir.⁴ İkincisi, kadınlar ve erkeklerin üreme ile ilgili hastalık yükleri incelendiğinde, kadınların üreme sağlığı sorunlarını erkeklerden çok daha fazla yaşadıkları ve bu durum özellikle üreme çağında (15-49 yaş arası) daha da arttığı görülmektedir.⁵ Ayrıca menopoza ile bağlantılı hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Sağlıksız koşullarda çalışma ve şiddete maruz kalma gibi toplumda kadınların daha yüksek oranda maruz kaldıkları durumların yanı sıra sağlıksız yaşam biçimi de belirli sağlık sorunlarını beraberinde getirmektedir.

Kadın ve sağlık alanında belirtilmesi gereken bir diğer önemli faktör toplumsal yapının kendisidir. Ülkemizde giderek çözülmeye birlikte kent merkezlerinden kırsal alanlara, batıdan doğuya gidildikçe varlığını koruyan geleneksel yaşam biçimi ve toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, kadınların sağlık hizmetlerine erişiminin önünde bir engel teşkil etmeye devam etmektedir. Toplumun algılamalarından kaynaklanan toplumsal cinsiyet rolleri kadınlar ve erkekler için farklıdır ve kadınlar aleyhine daha fazla olumsuzluklar getirmektedir. Bu durum, kadınların sağlık hizmetlerine erişimi açısından bir engel olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık sisteminden kaynaklanan sorunlar ise, hizmet sunumunda yaşanan yetersizlikler, sağlık personelinin toplumsal cinsiyet eşitliği bakış açısına sahip olmaması gibi durumlardan kaynaklanmaktadır.

Bu politika dokümanı, kadın ve sağlık alanındaki önemli toplumsal cinsiyet meselelerini ele almak amacıyla hazırlanmış olup, dokümanın ilerleyen bölümlerinde kadın ve sağlık alanındaki yasal çerçeve ile mevcut durum belirlenmekte, önceki ve mevcut politikalar ile program ve projeler kısaca açıklanmakta, son olarak ortaya çıkan tablodan hareketle politika önerileri, hedef ve stratejilere yer verilerek doküman tamamlanmaktadır.

2. YASAL ÇERÇEVE

Anayasa

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'na göre devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenleyecektir.⁶ Devlet, bu görevini Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ve Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, Sosyal Güvenlik Kanunu başta olmak üzere ilgili mevzuat ve Türkiye'nin taraf olduğu uluslararası sözleşme hükümleri çerçevesinde yerine getirmektedir.

Uluslararası Sözleşmelerden Kaynaklan Yükümlülükler

Türkiye'nin 1985 yılında onaylayarak taraf olduğu Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW) "Sağlık Hizmetlerine Erişim"i de düzenlemektedir. CEDAW Sözleşmesinin sağlık ile ilgili maddeleri şu şekildedir:

3 T.C. Sağlık Bakanlığı Anne Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2006, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Üreme Sağlığına Giriş, Ankara, Buluş Tasarım, s. 17.

4 A.k., s. 18.

5 A.k.

6 Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982, Madde 56.

- Taraf devletler, aile planlaması dahil sağlık hizmetlerinden kadın ve erkeğin eşit olarak yararlanması için, sağlık bakımından kadınlara karşı ayrımı ortadan kaldıran bütün önlemleri alacaklardır,
- Bu maddenin 1. paragrafında öngörülen hükümler saklı kalmak kaydıyla taraf devletler kadına gebelik, loğusalık ve doğum sonrası dönemde gerekli hizmetleri sağlayacaklar, gebelik ve emzirme sırasında yeterli beslenme ile birlikte, gerektiğinde ücretsiz hizmet vereceklerdir.
- Aile planlaması konusunda bilgi, danışma ve hizmetler de dahil olmak üzere yeterli sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkını sağlayacaklardır,
- Çocuklarının sayısına ve ne zaman dünyaya geleceklerine serbestçe ve sorumlulukla karar vermede ve bu hakları kullanabilmeleri için bilgi, eğitim ve diğer araçlardan yararlanmada eşit haklar sağlayacaklardır,

CEDAW, Türkiye için bağlayıcı bir sözleşme olup, Türkiye'nin bu konuda yerine getirmesi gereken yükümlülükler dört yılda bir Komiteye sunulan Ülke Raporları ile değerlendirilmekte ve sunulan ülke raporlarını değerlendiren Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi, Türkiye'deki duruma bağlı olarak tavsiye kararları vermektedir.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 sayılı)

Türkiye'de 1961 yılında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun kabul edilerek, sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde gerçekleşmesini sağlamak amacıyla ilgili hizmetlerin bu kanun çerçevesinde herkese eşit biçimde ve koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilerek, hizmetlerin "Temel Sağlık Hizmetleri" yaklaşımı ile verileceği hususu vurgulanmış ve sağlığın bir insan hakkı olduğu ilkesi kabul edilmiştir. Bu yasaya göre sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi, toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, toplumun sağlık eğitiminin sağlanması, bedeni ve zihinsel kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların rehabilitasyonu için yapılan tıbbi faaliyetler olarak tanımlanmaktadır. Bu hizmetlerin sunulmasında kadınlar ve erkekler arasında bir ayrımcılık söz konusu değildir. Yasa ile sağlık hizmetleri, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ilkesini benimseyerek toplumun erişebileceği en yakın yörelerde kurulmuş olan birinci basamak sağlık kuruluşları aracılığı ile, önemli sağlık konularına ve sağlıkta özelliği olan gruplara (anneler ve çocuklar gibi) ağırlık ve öncelik verilerek sunulmaktadır. Sayıları on bini aşan sağlık evleri, altı binin üzerindeki sağlık ocakları ve sayıları 200 civarında olan Anne Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri ile ülke geneline yaygınlaşmış olan birinci basamak sağlık kuruluşları aracılığı ile her yaş ve cinsiyetteki nüfusa kapsamlı temel sağlık hizmetleri verilmektedir.

Kadınlar, toplumsal statülerinin düşük, ekonomik bağımsızlıklarının yeterli olmaması nedeni ile, özellikle de kırsal kesimler ve gecekondu bölgelerinde sağlık hizmetlerinden yararlanmada karar verici konumda değildirler ve sağlık kuruluşuna gidebilmeleri için eşlerinin ya da aileden birinin yardımı ve/veya izni gerekmektedir. Bu durumun üstesinden gelebilmek amacıyla yasada özellikle doğum ile ilgili (obstetrik) hizmetlerde ve çocuk sağlığı hizmetlerinde ev ziyaretleri öngörülmüştür.

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

Sağlık hizmetleri ile ilgili temel esasları düzenlemek üzere 1987 yılında kabul edilen “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” ile, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verileceği, vatandaşların hastalıklardan korunma, sağlıklı çevre, beslenme, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması ve benzeri konularda eğitilmeleri ve takiplerinin bütün kamu kuruluşlarının sorumluluğu ile, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları, özel ve gönüllü kuruluşların işbirliği içerisinde gerçekleştirileceği hükme bağlanmaktadır.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun

2004 yılında yürürlüğe giren Kanunun amacı, Sağlık Bakanlığı'nın pilot olarak belirleyeceği illerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülmesinin esaslarını düzenlemektir.

Nüfus Planlaması Kanunu

Nüfus Planlaması hakkında ilk kanun 1965 yılında kabul edilmiş, bu kanun ile modern gebeliği önleyici yöntemlerin ithaline, devletin sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak hizmet sunmasına ve çiftlerin aile planlaması ile ilgili eğitimlerinin desteklenmesine izin verilmiştir.⁷ 1983 yılında daha liberal ve geniş kapsamlı bir yasa çıkarılmıştır. Yeni yasa ile, doğumun düzenlenmesi bir insan hakkı olarak görülmekte olup, 10 haftaya kadar olan gebeliklerin istek üzerine sonlandırılması, yine istek üzerine kadın ve erkekte gönüllü cerrahi kontraseptif yöntemler (kadında tüp ligasyonu, erkekte vazektomi) yasallaştırılmaktadır.⁸ Bu yasa ile ayrıca eğitilerek sertifikalandırılmış ebe ve hemşirelere rahim içi araç (RİA) uygulama yetkisi, sertifikalandırılmış pratisyenlere de gebeliği sonlandırma yetkisi verilmektedir.

Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun

Herhangi bir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında bulunmaması nedeniyle sağlık sisteminin dışında kalan ve aynı zamanda ödeme gücünden yoksun bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaları, 1992 yılında yürürlüğe giren bu kanun kapsamında Yeşil Kart uygulaması yoluyla sağlanmaktadır. Bu durumda olan vatandaşlar, İl merkezinde Valiliklere, ilçe merkezlerinde ise Kaymakamlıklara başvurumaktadırlar. Yapılan değerlendirme sonucunda Yeşil Kart hizmetinden yararlanması uygun görülen kişilerin sağlık giderleri devlet tarafından karşılanmaktadır.

⁷ Sabahat TEZCAN, Giriş, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ekim, 2004, Ankara, Türkiye, s. 9.

⁸ A.k.

3. MEVCUT DURUM

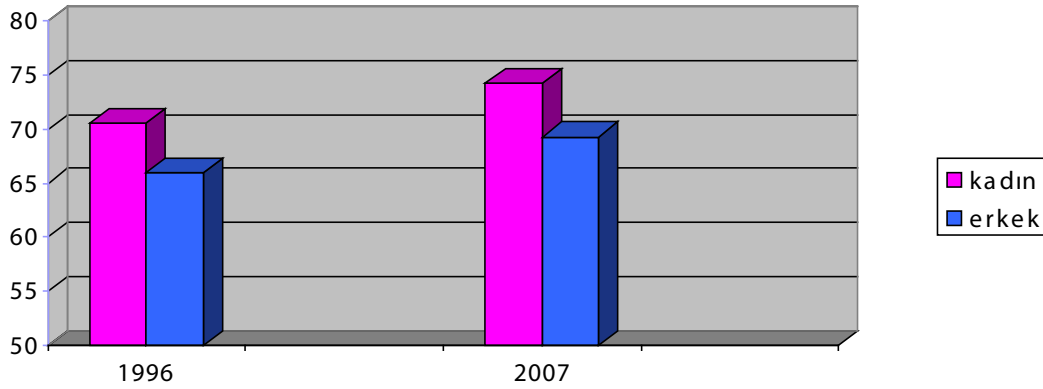
Kadınların kendi sağlıklarını koruma ve sürdürme olanakları mevcut koşullarda hâlâ tam ve eşit değildir ve yapılacak çalışmalar kadınların kendi sağlıklarının bütün yönleri üzerinde denetim kurmalarını kolaylaştırmaya yönelik olmalıdır. Son yıllarda Türkiye’de sağlık alanında görülen olumlu gelişmeler bu anlayışın bir yansıması olarak görülebilir; ancak bir takım sorunlar halen varlığını korumaktadır. Bununla birlikte, temel sağlık göstergeleri bakımından Türkiye’de giderek daha olumlu tablolar karşımıza çıkmaktadır.

Nüfus Yapısı ve Doğuşta Beklenen Yaşam

1927–2000 yılları arasında nüfusu sürekli artan Türkiye, en son 2000 yılında yapılan Nüfus Sayımı verilerine göre 67.803.927 nüfusa sahiptir; toplam nüfusun 34.346.735’i erkeklerden, 33.457.192’si kadınlardan oluşmaktadır.

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre ise, 31 Aralık 2007 tarihi itibarıyla Türkiye’nin nüfusu 70.586.256 olup, bunun 35.376.533’ü erkek, 35.209.723’ü kadındır. Doğumda beklenen yaşam süresinin kadınlar için daha uzun olmasına rağmen veriler erkek nüfusunun biraz daha fazla olduğunu göstermektedir. Kız çocuklarının daha fazla oranda nüfusa kaydedilmediği şeklinde yorumlanması mümkün olan bu durumun, nüfusa gerektiği biçimde kaydedilmeyen çocuklar açısından çeşitli hak kayıplarını ve sunulan hizmetlerden yeterince yararlanamamayı beraberinde getireceği açıktır. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre 2007 yılında Türkiye’nin ortalama yaşı 28,3 olup, ortalama yaş kadınlarda 28,8, erkeklerde 27,7 olarak gerçekleşmektedir.

Şekil 1 Türkiye’de Doğuşta Beklenen Yaşam



TÜİK-Nüfus ve Kalkınma Göstergeleri.

KSSGM 1996 yılında hazırladığı Ulusal Eylem Planı’nda doğuşta beklenen yaşam süresi kadınlar için 70,5, erkekler için 65,9 olarak tespit edilmiştir. 2007 TÜİK verilerine göre ise, doğuşta beklenen yaşam süresi kadınlar için 74,2; erkekler için 69,3 olarak gerçekleşmiştir.⁹ Doğuşta beklenen yaşam süresinin artması, kısmen sosyo-ekonomik koşulların iyileşmesi ile açıklanabilse de sağlık sistemindeki iyileşmenin de bu artış üzerinde mutlak bir payı olduğuna dikkat çekmek gerekmektedir.

9 Türkiye İstatistik Kurumu, Nüfus ve Kalkınma Göstergeleri, Nüfus ve Demografi, Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi Grafiği, 2007, <http://nkg.tuik.gov.tr/goster.asp?aiile=1>.

Kadınların doğuştan beklenen yaşam sürelerinin uzun olması ileri yaşa özel hastalık nedenlerinin ortaya çıkması bakımından kadınlar için dezavantajlı bir durumu beraberinde getirmektedir.

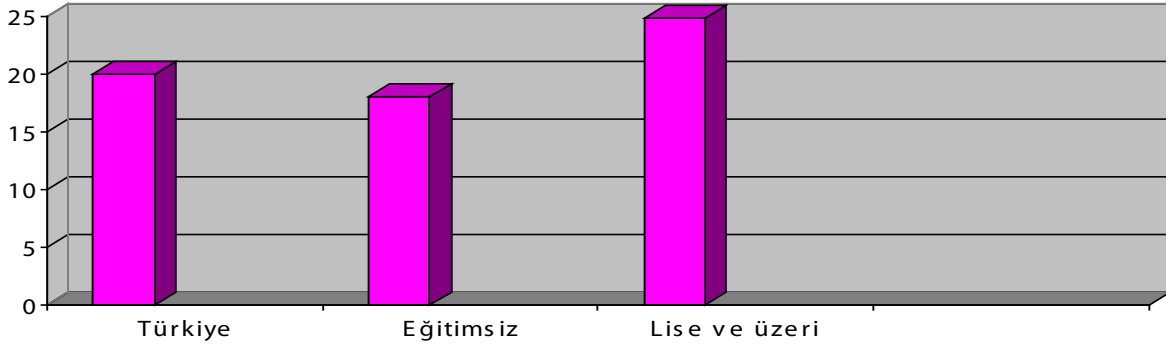
Yakın geçmişteki yüksek doğurganlık hızının bir sonucu olarak Türkiye'nin nüfusu oldukça gençtir, 2000 verilerine göre nüfusun %29'u 15 yaş ve altındadır, yaşı 65 ve üzerinde olan nüfusun oranı ise %7'dir. Bu durum kadın sağlığı açısından değerlendirildiğinde kız çocuklarının ve doğurganlık dönemindeki kadınların sağlık sorunlarının Türkiye'de kadın sağlığı alanında öncelikli alanlar olması gerektiği sonucuna varılmaktadır.

Ayrıca, Türkiye'de yaşam süresi beklentisinin artması ve bunun bir sonucu olarak ileri yaştaki kadın sayısının artması menopoz ve yaşlanmaya bağlı olarak kadın sağlığında meydana gelen sorunlara sağlık politikalarında daha fazla yer verilmesi gerekliliğini de beraberinde getirecektir.

Türkiye'de 1963 yılından bu yana ülkeyi temsil eden örneklem üzerinde, her 5 yılda bir "Nüfus ve Sağlık Araştırmaları" (TNSA) yapılmaktadır. Bu araştırmaların sonuncusu 2003 yılında yapılmış olup, gebelik, doğum, doğum sonrası dönemlerde kadınlara verilen hizmetler, aile planlaması hizmetleri, bebek ve çocuk sağlığı hizmetlerindeki durum hakkında veriler elde edilmekte, eksiklikler ve alınan mesafeler bu yolla görülebilmektedir. Aşağıda kadın sağlığı konusundaki veriler, temel olarak TNSA verilerine, kimi zaman da diğer araştırmaların bulgularına dayanılarak sunulacaktır.

İlk Evlenme Yaşı

Şekil 2 Türkiye Geneli ve Eğitim Durumuna Göre İlk Evlenme Yaşı

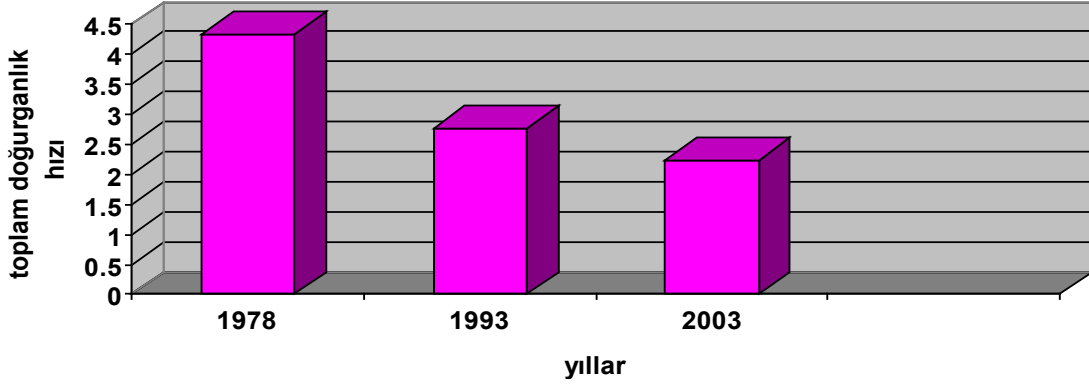


Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003.

TNSA 2003 verilerine göre ortalama ilk evlenme yaşı, 25–49 yaş grubu kadınlar arasında 20'dir. İlk evlenme yaşı, yerleşim yeri, bölge ve eğitim düzeyine göre farklılık göstermekte; ancak ülke genelinde giderek yükselmektedir. İlk evlenme yaşının yükselmesi, doğurganlığın düşüşüne etki edilecek faktörlerden biri olacaktır. İlk evlenme yaşının yükselmesinde en temel etkileyici faktör ise kadının öğrenim düzeyidir, kadının öğrenim düzeyi arttıkça ilk evlenme yaşı da yükselmektedir. 25-49 yaş grubunda bulunan eğitimli kadınların ilk evlenme yaşı 18 iken, lise ve üzeri eğitim alan kadınlarda ilk evlenme yaşı 24,8'e kadar çıkmaktadır.

Toplam Doğurganlık Hızı

Şekil 3 Türkiye’de Yıllara Göre Toplam Doğurganlık Hızı (1978-1993-2003)



Kaynak: TNSA verileri

Aile planlaması hizmetlerinde görülen iyileşme ile birlikte Türkiye’de toplam doğurganlık hızında, yani bir kadının üreme dönemi sonunda sahip olacağı çocuk sayısında, önemli ölçüde azalma meydana gelmiştir. Toplam Doğurganlık Hızı, 1978’de 4,33, 1993’te 2,65, 2003’te ise 2,23 olarak gerçekleşmiştir. Toplam doğurganlık hızındaki düşüş, ilerleyen yıllarda kadın sağlığı göstergelerinde bir iyileşmeyi de beraberinde getirecektir. Uzun vadeli sağlık politikaları açısından düşünüldüğünde, anne çocuk sağlığına aktarılan kaynak ve hizmetlerin bir bölümünün uzun dönemde farklı kadın sağlığı sorunlarına transfer edilebilmesinin de mümkün olabileceği söylenebilir.

Tablo 1 Türkiye’de Kır, Kent Ayrımı, Bölgeler ve Eğitim Durumuna Göre Toplam Doğurganlık Hızı (2003)

Bölge	
Batı	1.88
Güney	2.30
Orta	1.86
Kuzey	1.94
Doğu	3.65
Eğitim	
Eğitimi yok/ilköğretim bitirmemiş	3.65
İlköğretim birinci kademe	2.39
İlköğretim ikinci kademe	1.77
Lise ve üzeri	1.39
Türkiye	2,23
Kent	2.06
Kır	2.65

Kaynak: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2003.

Doğurganlık düzeyi eğitim, yerleşim yeri ve coğrafi bölgelere göre ciddi farklılıklar göstermektedir. En yüksek sayı 4 çocuk ile Doğu Anadolu’da görülmekte olup, Kuzey, Orta ve Güney Anadolu’da 2’ye, Batı Anadolu’da ise 2’nin altına düşmektedir. Hiç eğitimi olmayan kadınlar, lise veya üzeri eğitim almış kadınlardan ortalama olarak iki fazla çocuğa sahip olmaktadır. Bir başka değişim de Türkiye’de ilk anne olma yaşındaki sürekli artış eğilimidir.

Bölgelere göre toplam doğurganlık hızı dağılımı incelendiğinde Doğu Bölgesi'nin toplam doğurganlık hızının ortalamasının oldukça üzerinde olduğu görülmektedir. Bu durum, bölgede kadınlar arasında eğitim seviyesinin ve ilk evlenme yaşının düşüklüğü, aile planlaması hizmetlerinden tam olarak yararlanamama, erkek çocuk tercihiyle çok sayıda doğum yapma, bebek ölüm hızının bu bölgelerde yüksek olması gibi nedenler ile açıklanabilir. Oranın yüksekliği, kadın sağlığı açısından ciddi bir sorundur, bölgede kadının statüsünü yükseltici girişimlere ağırlık verilmeli, aile planlaması açığı kapatılmalı, eğitim ve bilinçlendirme faaliyetleri daha fazla yürütülmelidir.

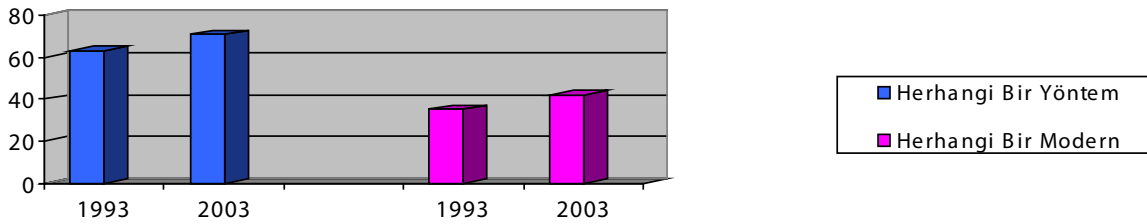
Aile Planlaması

Aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak, hem gebeliği önleyici bir yöntem kullanıp kullanmama kararı, hem de hangi yöntemin kullanılacağı kararı açısından oldukça önemlidir. 2003 TNSA'ya göre evlenmiş ve evli kadınların neredeyse tamamı en az bir aile planlaması yöntemini bilmektedir. Aynı zamanda, kadınların neredeyse tamamı en az bir modern yöntem hakkında bilgi sahibidir.

Ortalama bilinen yöntem sayısı, kadınların aile planlaması yöntemlerinden ne kadar haberdar olduklarının başka bir göstergesidir, buna göre kadınların bildikleri ortalama yöntem sayısı 8,5'tir. Rahim İçi Araç (RİA) ve hap kadınlar arasında en çok bilinen iki yöntemdir, bunları erkek kondomu, kadın sterilizasyonu ve gebeliği önleyici iğne takip etmektedir.

Ailelerin %71'i halen gebeliği önleyici yöntem kullanmakta olup %43'ü etkili modern yöntem, %28'i ise geleneksel yöntem kullanmaktadır. Kullanılan modern yöntemler arasında RİA' lar en yaygın olarak kullanılanı (%20.2) olup, geleneksel yöntemlerden de geri çekme en yaygın olanıdır (%26.4). Yöntem kullanımı, kentsel ve kırsal yerleşimlere, bölgelere, eğitim düzeyine ve yaşayan çocuk sayısına göre farklılık göstermektedir. Özellikle kadının öğrenim düzeyinin yükselmesi ile etkili yöntem kullanımı her bölgede anlamlı olarak artmaktadır.

Şekil 4 Türkiye'de Yıllara Göre Gebeliği Önleyici Yöntemlerin Halen Kullanımı (1993-2003)



Kaynak: TNSA verileri

Gebeliği önleyici yöntem kullanımının dünyadaki durumu incelendiğinde, 2003 verilerine göre dünyada halen gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanma oranının %60 olduğu görülmektedir.¹⁰ Türkiye, %71'lik yöntem kullanma oranı ile dünya ortalamasının bir hayli üzerindedir; ancak modern yöntem kullanımında dünya ortalaması %54¹¹ iken, Türkiye ortalaması %43'tür. Mevcut farkı kapatmak için modern gebeliği önleyici yöntem kullanımı konusunda toplumun bilinçlendirilmesinin yanı sıra, bu hizmetlerin yaygın, ulaşılabilir ve karşılanabilir olarak verilmesine de ağırlık verilmesi gerekmektedir.

¹⁰ Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Ankara, Türkiye Ekim 2004, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/ismet_turgay_sunus_tnsa-2003_02.pdf, s. 35.

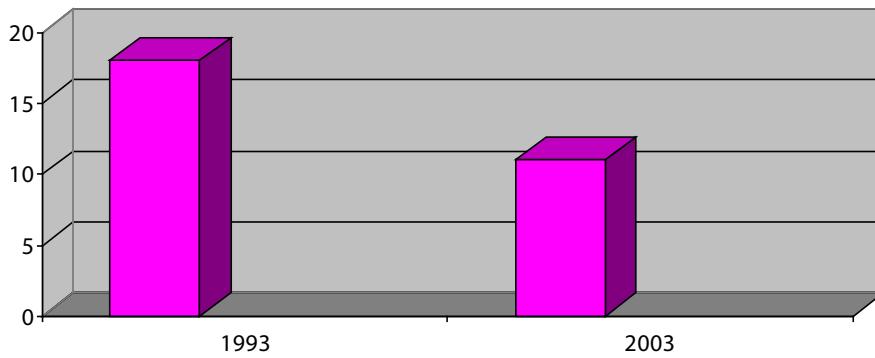
¹¹ A.k.

Gebeliği önleyici yöntem kullananların %58'i hizmeti başta AÇSAP Merkezleri olmak üzere kamu kuruluşlarından almaktadırlar. İkinci en büyük kaynak ise eczanelerdir.

2003 TNSA verilerine göre toplam aile planlaması ihtiyacının %76 olduğu, bunun da %92'sinin karşılandığı görülmektedir. Evli kadınlar arasında karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı %6'dır. Ne var ki bu sayıya %28 olan geleneksel yöntem kullanımı da eklendiğinde, bu yüzde 34'e yükselmektedir, bu da Türkiye'de kadın sağlığı yönünden aile planlaması hizmetlerinde karşılanamayan gereksinimin çok yüksek olduğuna ve hala önemini koruduğuna işaret etmektedir.

Burada vurgulanması gereken bir diğer husus Türkiye'de isteyerek düşük yapma hakkının yasalar ile tanınmış olmasıdır. Ancak kadının gebeliğini sonlandırması için mevcut mevzuata göre kocasının rızası gerekmektedir.

Şekil 5 Türkiye'de Yıllara Göre İsteyerek Düşük Oranları (1993-2003) (yüz gebelikte)



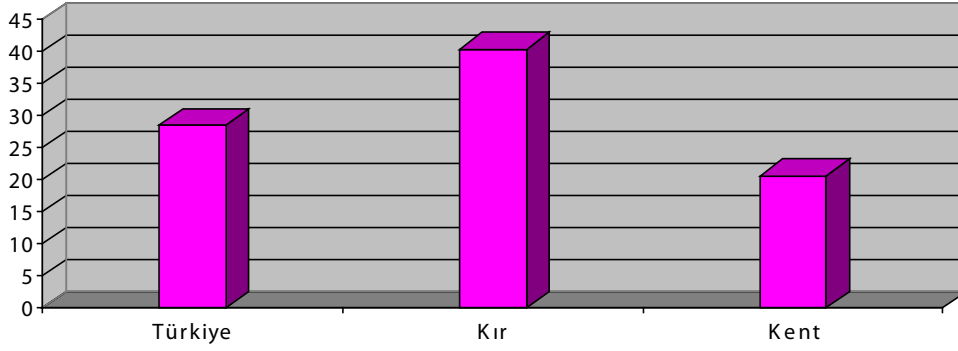
Kaynak: TNSA verileri.

Türkiye'de isteyerek düşük oranları incelendiğinde, 2003 TNSA verilerine göre 100 gebelikten 21'i canlı doğumla sonuçlanmamaktadır, bunun da 11'i isteyerek düşüktür. 1993 TNSA verilerine göre isteyerek düşük oranı yüz gebelikte 18 olarak gerçekleşmekteydi. 1993'ten bu yana meydana gelen düşüş, aile planlaması hizmetlerinde görülen iyileşme ile açıklanabilir.

Anne Sağlığı

Dünya Sağlık Örgütü tanımına göre, "Anne Ölümü", bir kadının gebelik süresince, doğumda veya gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın gebelik durumunun ya da gebelik sürecini şiddetlendirdiği bir nedenden kaynaklanan ölümü olarak tanımlanmaktadır.

2005 yılında yapılan "Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması" anne ölüm oranının yüz bin canlı doğumda 28,5 olduğunu ortaya koymuştur.

Şekil 6 Türkiye’de Anne Ölüm Oranı (yüz bin canlı doğumda, 2005)

Kaynak: Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005

Anne ölüm oranı kırsal alanda yüz bin canlı doğumda 40,3 iken, kentsel alanlarda yüz bin canlı doğumda 20,7'dir. Tüm olumlu gelişmelere karşın, Türkiye’de anne ölüm oranı gelişmiş ülkelere kıyasla yüksektir. Anne ölüm oranı kentlere kıyasla kırsal alanlarda daha da yüksektir. Bu durumun nedenleri doğum öncesi bakım, sağlıklı koşullarda doğum, doğumda anne yaşı ve doğum sırası ile kadının statüsü ile ilgili göstergelerin kırsalda kentsel alanlara göre daha olumsuz durumda olmasıdır. Politika belirleme süreçleri, kırsalda anne ölüm oranını düşürmeye odaklanmalıdır.

Tablo 2 Türkiye’de NUTS 1 Bölgelerine Göre Anne Ölüm Hızları (2005)

(Nuts 1 bölgeleri)	Anne ölüm oranı (yüz bin canlı doğumda)
İstanbul	11
Batı Marmara	42,1
Ege	31,5
Doğu Marmara	21,7
Batı Anadolu	7,4
Akdeniz	25,1
Orta Anadolu	11,9
Batı Karadeniz	26,8
Doğu Karadeniz	68,3
Kuzey Doğu Anadolu	68,3
Ortadoğu Anadolu	36,9
Güneydoğu Anadolu	38,9

Kaynak: Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005.

Anne ölüm oranlarının bölgesel dağılımı (nuts 1) Doğu Karadeniz ve Kuzey Doğu Anadolu bölgelerinde anne ölümünün Türkiye ortalamasının çok fazla üzerinde olduğunu ve bu bölgelerin öncelikli olarak ele alınması gereken bölgeler olduğunu göstermektedir.

2005 Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasına göre, anne ölümlerine neden olan önlenebilir faktörler 3 kategoride toplanabilmektedir: sağlık hizmeti verenlerle ilişkili faktörler, sağlık hizmetindeki malzeme/donanım ile ilgili faktörler ve hanehalkı ve toplumsal faktörler.

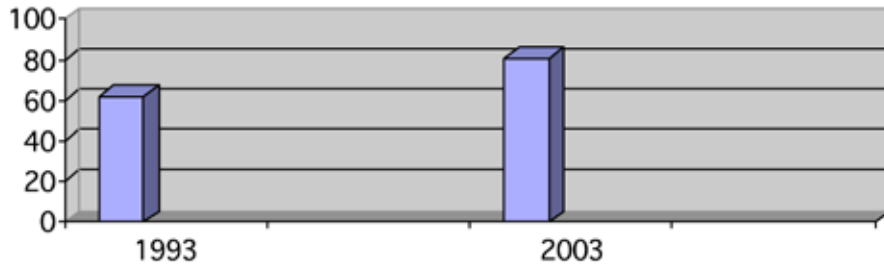
Tablo 3 Anne Ölümleri İçin Önlenebilir Nedenlerin Yüzde Dağılımı (2005)

Toplam	%61,2
Hane Halkı /Toplumsal Faktörler	%36,2
Sağlık Hizmeti verenlerle ilgili faktörler	%13,7
Sağlık hizmetindeki donanımla ilgili faktörler	%2,1
Diğer risk faktörleri	%9,6

Kaynak: Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005.

Hane halkı faktörleri ve toplumsal faktörler, hem kentsel hem de kırsal alanlarda en sık karşılaşılan önlenebilir faktörlerdir. Gebenin ya da ailesinin sorunu fark etmemesi, doğum öncesi bakım alınmaması, tedavi için başvuruda gecikme anne ölümlerine neden olan toplumsal faktörler arasındadır. Önlenebilir anne ölümü nedenleri arasında %36,2 ile en yüksek oranı oluşturan bu nedenlerin ortadan kaldırılması için bilinçlendirme ve farkındalık artırma çalışmalarına ağırlık verilmesini gerektirmektedir.

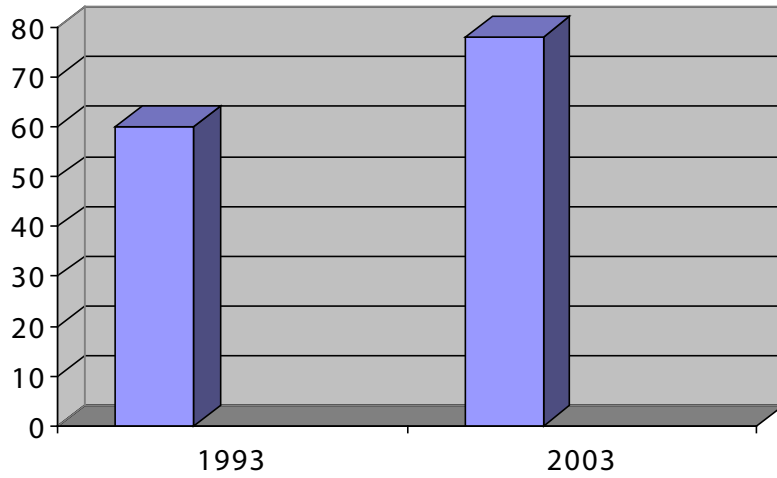
Şekil 7 Doğum Öncesi Bakımın Sağlık Personelinden Alınması (1993-2003)



Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Verileri (1993-2003).

Türkiye Üreme Sağlığı Programı çerçevesinde seçilmiş kırsal ve kentsel bölgelerde doğum öncesi bakım ve doğum hizmetlerinden yararlanmaya ilişkin sağlık algılama ve davranışlarını araştırmak amacıyla yürütülen "Sağlık Arama Davranışı Araştırması"nın (2007) temel bulgularına göre, gebelikte genel eğilim ciddi bir rahatsızlık olmadıkça herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmamaktır. Gebelerin doğum öncesi bakım almasını engelleyen başlıca etkenler; sağlık güvencesinin olmaması ve ekonomik nedenler, sağlık kuruluşunun uzak oluşu ve ulaşım zorluğu, eş ve eşin annesinden izin alma zorunluluğu, verilmekte olan doğum öncesi bakım hizmetlerinin yetersizliği, sağlık personelinin olumsuz davranışları, kadının okuma yazma bilmemesi gibi etkenlerdir. Araştırmanın diğer dikkat çekici bulguları ise, katılımcıların ev ziyaretlerinden memnun kaldıklarını belirtmeleri ve doğum öncesi bakım hizmetlerinin ücretsiz olmasını önemsedikleri; ancak sağlık ocaklarında sunulan doğum öncesi bakım hizmetlerinin ücretsiz olduğu hakkında bilgi sahibi olmadıklarıdır.

Şekil 8 Doğumun Sağlık Kuruluşunda Yapılması



Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Verileri (1993-2003)

Doğum öncesi bakım alma ve sağlıklı koşullarda doğum yapma oranlarında 1993 TNSA verilerine göre iyileşme görülmele birlikte, hala 5 gebeden birinin doğum öncesi bakım almadığı ve 6 doğumdan birinin kendi kendine, tıbbi hiçbir yardım olmaksızın gerçekleştiği gözden kaçmamalıdır. Tüm kadınların sağlıklı koşullarda doğum yapmasını ve doğum öncesi bakım almasını sağlayacak önlemlerin alınması bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır.

Gerek doğum öncesi bakım alma gerekse sağlıklı koşullarda doğum yapma, ortaokul ve üzeri öğrenimi olanlarda %99'a yükselmektedir. Benzer sonuçları aile planlaması hizmetlerinden yararlanmada da görmekteyiz; bu da bize, kadın ve anne sağlığını etkileyen faktörlerin en başında kadının toplumsal statüsünün geldiğine ve eğitimin bunu etkileyen en temel faktör olduğuna işaret etmektedir. Kadın sağlığı politikaları oluşturulurken konunun bu yönüne ağırlık verilmeli, sağlık sektörü de bu konuda savunuculuk görevini yerine getirmelidir.

2005 yılında Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesine sunularak savunulan Türkiye'nin Birleştirilmiş 4. ve 5. Ülke Raporu'na Komitenin verdiği tavsiye kararları ile, yüksek orandaki anne ve çocuk ölümlerine dikkat çekilmiş ve anne ve çocuk ölümleri konusunda kadın sağlığı hususundaki durumu geliştirmek için yeterli kaynak tahsis edilmesi ve özellikle kırsal alanlarda ve özellikle doğum sonrası bakım konusunda sağlık olanaklarına ve eğitilmiş personel tarafından sağlanan tıbbi yardımlara erişimi arttırmak için gereken çabanın gösterilmesi gerektiği ifade edilmiştir.

Bebek ve Çocuk Ölümleri

Bebek (0-1 yaş) ve çocuk (0-5 yaş) ölüm hızlarında çarpıcı düşüşler görülmele birlikte, bu hız hala yüksektir. Bebek ölüm hızı 1993 TNSA verilerine göre binde 53 iken, 2003 TNSA'ya göre binde 29'a düşmüştür. Sosyo-ekonomik nedenler, annenin doğumdaki yaşının genç olması, çocuğun doğum sırasının yüksek olması, kısa doğum aralığı ve doğumda düşük ağırlığa sahip olma bebek ölümlerinin temel nedenleri arasındadır. 5 yaş altı çocuk ölüm hızı ise 1993'te binde 61'den binde 37'ye düşmüştür. Türkiye'de bebek ve çocuk sağlığında görülen ilerlemeler dikkat çekici olmakla birlikte,

ölü doğumlar ve neonatal ölümlerindeki (doğumdan sonraki ilk 28 günde meydana gelen ölümler) azalmaların, bebek ve çocuk ölümlerindeki kadar olmaması, kadın ve anne sağlığına gebelik boyunca ve doğumun hemen ardından daha fazla önem verilmesi gerektiğinin bir göstergesidir. Yeterli aşılanma bebek ve çocuk ölümlerini azaltan en temel programlardan biridir. Aşılanma oranları, bölgelere, annenin eğitim durumuna, çocuğun cinsiyeti ve doğum sırasına göre farklılık göstermektedir.

Tablo 4 Türkiye’de Erken Çocukluk Dönemi Ölüm Hızları

	Bebek Ölüm Hızı (binde)	Çocuk Ölüm Hızı (binde)
YERLEŞİM YERİ		
Türkiye	29	37
Kentsel	23	30
Kırsal	39	50
BÖLGE		
Batı	22	30
Güney	29	30
Orta	21	33
Kuzey	34	48
Doğu	41	49

Kaynak: TNSA 2003

Tablo 4’ten anlaşılacağı üzere, kırsal alanlarda ve özellikle Doğu ve Kuzey bölgelerde bebek ve çocuk ölüm hızları Türkiye geneline göre kısmen yüksektir.

Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

Türkiye’de kadınların cinsel yolla bulaşan hastalıklar içinde en çok AIDS’ten haberdar oldukları görülmektedir. AIDS dışında bir cinsel yolla bulaşan hastalık bilen kadın oranı 2003 TNSA’ya göre %31,4’tür.

Türkiye’de kadınların AIDS’ten haberdar olma oranı %90’dır, ancak en az bir kez evlenmiş kadınların %31 gibi büyük bir yüzdesi AIDS’ten korunma yollarını bilmemektedir. Resmi kayıtlara göre Türkiye’de bilinen ilk HIV/AIDS vakasının tespit edildiği 1985 yılından 2006 yılına kadar toplam HIV/AIDS vakası ve taşıyıcı sayısı 2544’tür. Yıllar içinde HIV/AIDS görülme sıklığının giderek arttığı görülmektedir. Bulaşma nedenlerinden en sık görüleni heteroseksüel cinsel ilişkidir. 15–49 yaşlar arasında bir yığılma vardır ve erkekler kadınlara kıyasla daha fazla HIV/AIDS hastalığına yakalanmaktadır.

Tablo 5 Türkiye’de HIV/AIDS Vakalarının Sayısı (1985-2006)

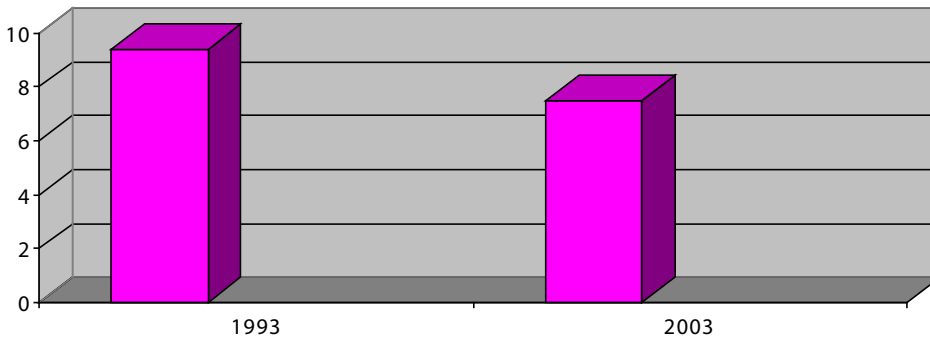
Erkek	Kadın	Toplam
1755	789	2544

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, 2006

Bu konu ile ilgili esas çelişki ise, Türkiye’de HIV/AIDS’e kıyasla çok daha yaygın olan diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ile ilgili olarak gerek kadınların gerekse erkeklerin sahip oldukları bilgilerin HIV/AIDS’e kıyasla daha az olmasıdır. Bu nedenle, bu konunun önümüzdeki dönemde uygulanacak proje ve programlarda ele alınması yerinde olacaktır.

Kız Çocukları

Türkiye’de Medeni Kanun ile getirilen düzenlemeye göre, kadın ve erkekler 17 yaşını doldurmadan evlenemez. Ancak, hâkim olağanüstü durumlarda 16 yaşını doldurmuş olan erkek veya kadının evlenmelerine ana babaları ya da yasal vasilerinin rızası ile izin verebilmektedir. TÜİK 2006 verilerine göre kadınların %31,7’si 18 yaşın altında evlenmektedir. Erken yaşta evlenmenin kaçınılmaz bir sonucu da erken yaşta doğumdur. Türkiye’de resmi nikâhla evlilik yasaya göre zorunlu olmakla birlikte, özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu’da küçük yaşta evlenme vakalarına rastlanmaktadır. Kız çocuklarının erken yaşta evlendirilmeleri sonucunda en önemli sorun üreme sağlığı konularında ortaya çıkmaktadır. Türkiye’de yasalar ile yasaklanmış olmasına ve insan hakkı ihlali olduğu genel olarak kabul edilmiş olmasına¹² karşın erken yaşta evlendirme, kuma, berdel, gibi uygulamalar ile karşılaşılabilen, bu tür durumlara maruz kalan kız çocukları fiziksel ve psikolojik sağlık riskleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu gibi uygulamalar Ceza Yasası ile açık biçimde suç sayılmakta ve cezalandırılmaktadır; ancak sorunu tam olarak ortadan kaldırmak eğitim ve bilinçlendirme ile mümkündür.

Şekil 9 Türkiye’de Adolesan Doğurganlık Oranları (1993-2003)

Kaynak: TNSA verileri

¹² Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu’nun yanı sıra pek çok uluslararası belge, kız çocuklarının maruz kaldığı ayrımcılık içeren bu ve benzeri uygulamaların ortadan kaldırılması gereğine vurgu yapmaktadır.

Tablo 6 Türkiye’de Adolesan Kadınlarda (15-19 yaş) Doğurganlık Oranları ve Annelik (2003)

Temel Özellik	Yüzdeler	
	Anne olmuş (çocuk sahibi)	İlk çocuğuna gebe (henüz çocuk sahibi değil)
TÜRKİYE	5,7	1,8
Kent	5,6	2
Kır	5,9	1,3
EĞİTİM		
Eğitimi yok/ ilköğretim bitirmemiş	10,6	3,9
İlköğretim birinci kademe	11,4	2,5
İlköğretim ikinci kademe	1,6	0,7
Lise ve üzeri	1,6	1,4

Kaynak: TNSA 2003

TNSA 2003 verileri, Türkiye’de adolesan (10-19 yaş) doğurganlık oranının %7,5 olduğunu ortaya koymaktadır. 1993 TNSA verilerine göre aynı oran %9,4’tür, dolayısıyla adolesan doğurganlığını düşürme konusunda ilerleme kaydedilmiş olduğu söylenebilir. 2003 TNSA verileri kız çocuklarının sağlığı ile eğitimin ilişkisini ortaya koymaktadır; eğitimsiz ve ilköğretim birinci kademe mezunu adolesanlarda gebelik yüzdesi oldukça fazladır. Yapılan araştırmalar, adolesan gebeliklerde anne ölüm riskinin daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Türkiye’de adolesan gebeliklerde yaşanan sağlık sorunlarını önlemek amacıyla uygulanan program ve projeler bu dokümanın “Önceki Ve Mevcut Politikalar, Program Ve Projeler” bölümünde sunulmaktadır.

Kız çocuklarının yaşadıkları sağlık sorunları hakkında yapılan değerlendirmeler, geleneksel değerler nedeniyle kız çocuklarının beslenme ve aşılama oranlarının erkek çocuklara göre bölgesel anlamda farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu durum, erkek çocuklarının ülkenin genelinde daha yüksek oranda okullulaşmış olması ile de açıklanabilir. İlköğretimde okullulaşma oranı Milli Eğitim Bakanlığı 2006 verilerine göre kız çocuklarında %92,24, erkek çocuklarında %98,83’tür. Okula devam, çocuğun beslenme ve aşılama hizmetlerine ulaşma şansını ve aynı zamanda bu konuda yaşayabileceği sorunların fark edilme ihtimalini artırmaktadır. Bu anlamda, zorunlu temel eğitimin 8 yıla çıkarılmasını teminen 1997 yılında yapılan yasa değişikliği, kız çocuklarının erken yaşta evlendirilmelerini engelleyici olması, ilk gebelik yaşını giderek daha ileri yaşlara taşıyacak olması ve kız çocuklarının sağlık hizmetlerine okul yoluyla ulaşmalarını sağlaması nedenleriyle kız çocuklarının sağlık hizmetlerine erişimi bakımından da önemli bir gelişmedir.

Engelli Kadınların Durumu:

Engelli kadınların sağlık durumlarını etkileyen faktörler, genel olarak engellilerin toplumsal hayata katılmalarını engelleyen fiziksel sınırlılıklar, eğitim yetersizliği ve psikolojik etkenler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık hizmeti sunan kurumların ulaşılabilirliğinde sorunlar olması, ulaşılabilen sağlık kuruluşlarında ihtiyaç duyulan tüm hizmetlerin sunulmaması, kadınların genel olarak sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamasına neden olmaktadır. Engelli kadınlar daha savunmasız olduklarından, hastalık riskleri artabilmektedir.

Engelli kadınlar eğitim imkanlarından yeterince yararlanamadıklarından sağlıkları hakkında da yeterli bilince sahip olmamaktadırlar. Engelli kadınların sağlık eğitimi alması ve sağlık bilinci kazanması sağlık politikalarında bir öncelik haline getirilmelidir.

Engelli kadınlarda stres ve psikolojik sağlık sorunlarının fiziksel sağlık sorunlarından daha fazla görüldüğü bilinmektedir. Engelli kadınların bu sağlık sorunlarına bilgisizce ve uygun olmayan davranış ile yaklaşan sağlık personelinin tutumu da eklenince engelli kadın ile sağlık personeli arasında iletişimsizlik meydana gelebilmektedir. Bu da engelli kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmaları önünde bir engel oluşturabilmektedir.

Aile Hekimliği Pilot Uygulamasında Mevcut Durum

İlgili yasa hükümleri uyarınca 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde uygulanmaya başlanan Aile Hekimliği uygulaması 1 Şubat 2008 tarihi itibarıyla 20 ilde, 238 Toplum Sağlığı Merkezi ve 3708 Aile Hekimliği biriminde toplam olarak 12 milyon nüfusu kapsayacak biçimde uygulanmaktadır. 2008 yılı sonunda 59 ilde toplam 10375 Aile Hekimi ile 36 milyon kişiye ulaşılması planlanmaktadır.

4. ÖNCEKİ VE MEVCUT POLİTİKALAR, PROGRAM VE PROJELER

Türkiye’de çocukların ve doğurgan çağıdaki kadınların nüfus içinde geniş yer tutması, bebek, çocuk ve anne ölüm hızlarının yüksek olması, aile planlaması hizmetlerine olan talebin yaygınlığı, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin istenen düzeyde olmaması gibi nedenlerle anne-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri, hükümetlerin politikalarında öncelikli olarak yer almış, kalkınmada öncelikli olarak belirlenen iller başta olmak üzere metropollerdeki gecekondu mahallelerinin, kırsal yerleşim yerlerinin ve özel risk gruplarının öncelikli olarak ele alındığı çeşitli programlar yürütülmüştür ve yürütülmeye devam edilmektedir. Bu dokümanda bu program ve projelerden bir seçme yapılarak, konu ile en yakından bağlantılı ve uygulama alanı en geniş olanlar sunulmaya çalışılmıştır.

Kahire Konferansı

Türkiye 1994’te Kahire’de gerçekleştirilen “Uluslararası Kalkınma ve Nüfus Konferansı”nın (ICPD) bütün önerilerini çekincesiz imzalamış ve bu tarihten sonra, ülkedeki geleneksel “Ana Çocuk Sağlığı” yaklaşımını daha kapsamlı bir hale getirerek kadın ve erkeği, yaşam döngüsü yaklaşımı ile bütüncül olarak ele alan, hizmet tür ve kapsamını gereksinimlere göre düzenleyen programlar geliştirmeye başlamıştır.

4. Dünya Kadın Konferansı

1995 yılında Pekin’de gerçekleştirilen 4. Dünya Kadın Konferansına katılan Türkiye, Konferans sonunda yayınlanan Pekin Deklarasyonu ve Pekin Eylem Platformu’nu imzalamıştır. Pekin Eylem Platformunda belirlenen 12 kritik alandan biri olan sağlık konusunda, bu belgeye taraf olan devletler, kadının hayatının bütün dönemlerinde uygun maliyetli ve kaliteli sağlık bakımına, bilgiye ve ilgili hizmetlere ulaşılabilirliğini arttırmayı; kadın sağlığını geliştiren önleyici programları güçlendirmeyi; üreme sağlığını geliştirmeyi; kadın sağlığına ilişkin kaynak ve incelemeleri arttırmayı taahhüt etmişlerdir.

Kalkınma Planları

Türkiye’de 5 yıllık dönemler halinde uygulanan ve devletin faaliyet gösterdiği alanların tümünü kapsayan 5 yıllık kalkınma planları da sağlık alanında pek çok düzenleme getirmektedir. 2001–2005 dönemini kapsayan 8 inci Kalkınma Planı döneminde sağlık alanında sağlık personeli sayısı, bebek ölüm hızı, aşılama gibi göstergelerde iyileşmeler kaydedilmiştir. Ancak, göstergeler halen istenen düzeyde değildir ve sağlık hizmetlerinin sunumunda bölgesel bazda ve kır-kent arasında farklılıklar devam etmektedir. 8 inci plan döneminde aile hekimliği pilot uygulamaları sürdürülmüştür. Toplam sağlık harcamaları 2000 yılında GSYİH’nin %6,6’sından, 2005 yılında %7,6’sına yükseltilmiştir. 2000 yılında sağlık hizmetleri bakımından sosyal güvenlik kapsamındaki nüfus oranı %80,9 iken, 2005 yılında bu oran %91’e yükselmiştir.¹³

2007–2013 yıllarını kapsayan ve uygulanmasına başlanan 9 uncu Kalkınma Planı döneminde ise, sağlık hizmetlerine erişimin önemli göstergeleri olan yatak ve hekim sayısı ile bunların nüfusa oranlarında iyileşmeler kaydedilmesi hedeflenmektedir. Sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının iyileştirilmesi için altyapı ve sağlık personeli ihtiyacının karşılanacağı ve ülke genelindeki dağılımlarının dengeleneceği; erişimi kolaylaştıracak genel sağlık sigortası sisteminin hayata geçirileceği; başta birinci basamak sağlık hizmetleri olmak üzere sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılacağı; 2008 yılı sonu itibarıyla aile hekimliği hizmet modelinin tüm illerde yaygınlaştırılacağı belirtilmektedir. Anne-çocuk sağlığı başta olmak üzere, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verileceği; başta özürülüler, yaşlılar, kadınlar, çocuklar ve göç edenler olmak üzere, yoksulluk ve sosyal dışlanmaya maruz kalmış kesimlerin, sağlık hizmetlerine erişimlerinin önündeki engellerin kaldırılmasının hedeflendiği belirtilmektedir.¹⁴

Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı (1996)

1996 yılında Türkiye’nin 4. Dünya Kadın Konferansı (Pekin) Eylem Planı doğrultusunda geliştirdiği bu Eylem Planında sağlık kritik alanlardan biri olarak ele alınmış, kadınların yaşadıkları sorunlara ilişkin durum saptaması yapıldıktan sonra, hedefler ve gerçekleştirilecek eylemler belirlenmiştir. Eylem Planı ile kadınların nitelikli sağlık bakımına ulaşılabilirliğini arttırmak, kadın sağlığının iyileştirilmesine yönelik önleyici programlar oluşturmak, cinsel sağlık konusunda toplumsal cinsiyete duyarlı girişimlerin başlatılması, kadın sağlığı araştırmalarının yaygınlaştırılması, kadın sağlığına ilişkin kaynakların artırılması ve kadın sağlığını olumsuz etkileyen tüm uygulamaların kaldırılması hedefleri ortaya koyulmuştur.¹⁵

Sorumlu kuruluşların açık olarak belirtilmemiş olması ve izleme-değerlendirme süreçlerinin belirlenmemiş olması nedeniyle başarılı bir uygulaması olamayan bu Ulusal Eylem Planı, Türkiye’nin toplumsal cinsiyet alanındaki ilk Ulusal Eylem Planı denemesi olması ve sağlık alanında hedefler koymuş olması bakımından değinilmesi gereken önemli bir politikadır.

Sağlık Sektörü İçin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik Eylem Planı

İlk kez 1996 yılında ICPD paralelinde hazırlanmış olan ve kadının statüsü ve üreme sağlığı konularının öncelikli olarak ele alınması ile oluşturulan “Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması - Ulusal Stratejik Eylem Planı”, belirlenen hedefler doğrultusunda 2000 yılına kadar uygulanmıştır. Söz konusu Plan, ortaya çıkan gelişmeler ve gereksinimler doğrultusunda 2005

13 Uzun Vadeli Strateji ve 8 inci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005, (<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan8.pdf>)

14 A.k.

15 KSSGM, 1996 Ulusal Eylem Planı , Ankara , Ağustos, 1998, s. 13-22.

yılında “Sağlık Sektörü İçin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik Eylem Planı” şeklinde güncellenmiş olup, plan Türkiye'nin 2005- 2015 yılları arasındaki hedeflerini, önceliklerini ve yapılması gerekenleri ortaya koymaktadır. Bu stratejik plan ile Türkiye'nin öncelikleri, anne ölümlerinin azaltılması, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, gençlerin sağlığının iyileştirilmesi, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi ve sağlıkta bölgelerarası eşitsizliklerin azaltılması olarak belirlenmiştir.

1. Anne ölümlerinin azaltılması için belirlenen başlıca iki hedeften biri, 2015 yılına kadar anne ölümlerinin, tüm Türkiye'de ve coğrafi bölgeler ve yerleşim birimleri bazında 2005 yılında tespit edilecek düzeyinden %50 oranında azaltılmasıdır ve bu çerçevede her bir coğrafi bölge ve yerleşim biriminin hedefi ayrı ayrı belirlenecektir. İkinci hedef ise, bölge ve yerleşim birimleri arasındaki farklılıkların 2015 yılına kadar %50 oranında azaltılmasıdır. Bu hedeflere ulaşmak için doğum öncesi bakım alan kadınların sayısı, sağlıklı koşullarda yapılan doğumların sayısı artırılacak, perinatal ölüm hızı, neonatal ölüm hızı, anne ölüm oranı ve 20 yaş altı doğum oranı azaltılacaktır.
2. Diğer bir öncelik alanı olan istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için belirlenen hedefler, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının tüm Türkiye'de ve coğrafi birimler ve yerleşim birimleri bazında 2013 yılına kadar %100 oranında kapatılması, bölge ve yerleşim birimleri arasındaki farklılıkların da 2008 yılına kadar %50 oranında azaltılmasıdır.
3. Üçüncü kritik alan cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve HIV/AIDS sıklığının artmasının engellenmesi ve azaltılması olarak belirlenmiştir. Bu amaca ulaşmak için belirlenen hedefler, cinsel yolla bulaşan hastalıkların tüm Türkiye'de ve coğrafi bölgeler bazında azaltılması ve bölgeler arası farklılıkların en aza indirilmesidir.
4. Dördüncü kritik alan ise, gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı düzeylerinin yükseltilmesidir. Adolesan gebeliklerin azaltılması, tüm Türkiye'de ve coğrafi birimler bazında genç dostu cinsel sağlık/üreme sağlığı hizmetlerinin artırılması ve bu hizmetlerin sunumunda bölge ve yerleşim birimleri arasındaki farklılıkların azaltılması hedeflenmektedir.

Türkiye Üreme Sağlığı Programı

Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Avrupa Komisyonu arasında yapılan anlaşmalar gereğince 2003 yılında uygulamasına başlanan “Türkiye Üreme Sağlığı Programı”nın temel amacı, ülkemizde üreme sağlığı alanında hizmetlerin kullanılabilirliğinin ve erişilebilirliğinin artırılması ve hizmet kalitesinin yükseltilmesi yoluyla Sağlık Bakanlığı'nın çalışmalarına doğrudan destek sağlamaktır.

Program, aynı zamanda hizmetlere olan talebin artırılması amacıyla sivil toplum kuruluşlarının çeşitli aktiviteleri yürütmesine imkân verecek hibeler aracılığı ile sivil toplum kuruluşlarına destek verilmesini de amaçlamaktadır.

Programın genel hedefi, Türkiye'de başta kadın ve gençler olmak üzere nüfusun cinsel sağlık üreme sağlığı durumunun iyileştirilmesidir. Programın özel hedefleri ise cinsel sağlık üreme sağlığı hizmetlerinin kullanımının artırılması ve bu konulara ilişkin politika ortamının iyileştirilmesidir. Program sonunda;

- Üreme sağlığı hizmet sunumunun kapsamı ve ulaştığı alanın genişletilmiş olması,
- Hizmetlere erişimin artmış olması,
- Cinsel sağlık üreme sağlığı hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmiş olması gençlerin cinsel sağlık üreme sağlığına ilişkin ihtiyaçları konusunda bilincin arttırılmış olması ve bu ihtiyaçlara daha fazla cevap verilebiliyor olması,
- Milletvekilleri, politika yapıcılar ve karar vericilerin cinsel sağlık üreme sağlığına ilişkin haklar ve seçimler konusunda daha fazla bilgi ve anlayış sahibi olmalarının sağlanması,
- Kırsal ve kentsel alanlar ile Doğu ve Batı arasındaki farklılıkların azaltılması hedeflenmiştir.

Türkiye Üreme Sağlığı Programı'nın birinci bileşeni, hizmet sunma kalitesinin iyileştirilmesi ve kurumsal kapasitenin güçlendirilmesinde Sağlık Bakanlığına destek sağlamak amacıyla yürütülen çalışmalardan oluşurken, ikinci bileşen ise, cinsel sağlık üreme sağlığı hizmetlerine talebi arttırma ve toplumsal grupların güçlendirilmesi konusunda STK'lar ile işbirliği sağlanması ve STK'ların güçlendirilmesidir.

Programın birinci bileşeni kapsamında yapılan eğitim faaliyetleri ile, 12'si bölgesel olmak üzere 75 Üreme Sağlığı Eğitim Merkezi kurulmuş, Sağlık Bakanlığı tarafından önceden faaliyete geçirilmiş olan 18 Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi'ne ek olarak 20 Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi faaliyete geçmiş, eğitim materyalleri geliştirilerek mezuniyet öncesi ve hizmet içi eğitimler verilmiştir. Bunun yanı sıra hizmet sunum birimlerinin desteklenmesi, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ile ilgili eylemlerin desteklenmesi ve bilgi ihtiyacının karşılanması faaliyetleri gerçekleştirilmiştir.

2003-2007 yılları arasında yürütülen Türkiye Üreme Sağlığı Programı'na toplam olarak 55 milyon Euro finansal destek sağlanmış, bu kaynağın 20 milyon Euro'luk bölümü STK'lar tarafından yürütülen toplam 88 proje için kullanılmıştır.

Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı

Kadına yönelik aile içi şiddetle mücadele için hazırlanan Ulusal Eylem Planı, kısa, orta ve uzun vade olmak üzere 3 uygulama dönemini kapsamaktadır. Tüm tarafların işbirliği ile hazırlanan Planın amacı, ülkemizde aile içinde kadına yönelik her tür şiddetin ortadan kaldırılması için gerekli önlemlerin uygulamaya konulmasıdır.¹⁶ 2007 yılı içerisinde ilgili tüm paydaşların katkıları ve işbirliği ile hazırlanan Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı, Kadın ve Aileden Sorumlu Devlet Bakanı'nın onayı ile yürürlüğe girmiştir.

Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı'nın altı hedefinden biri, "aile içinde şiddet gören kadına ve şiddet failine yönelik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini düzenlemek ve uygulanmasını sağlamak"¹⁷ olarak belirlenmiştir. Buna göre, kadına yönelik aile içi şiddet, gerek şiddet mağduru olarak kadınları gerekse şiddetin faillerini etkileyen ve tedavi ve rehabilite edici geniş çaplı sağlık hizmetlerini gerektiren bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmakta; bu sorunun çözümü için yapılması gereken aktiviteler ve sorumlu kuruluşlar belirlenmektedir.

¹⁶ KSGM, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2007-2010, s. 13

¹⁷ A.k., s. 24.

Kriz Müdahale Merkezleri

Ruhsal bozukluklara bağlı olarak ortaya çıkan ve kadınlar arasında da görülen intihar vakalarını önlemeye ilişkin ülkemizde çeşitli tedbirler alınmaktadır. Bu doğrultuda, Sağlık Bakanlığı tarafından 2004 yılından itibaren başlatılan çalışmalar kapsamında, illerde oluşturulan Eğitim Kurullarınca 16.056 sağlık çalışanı eğitilmiştir. Önleme çalışmalarının bir diğer ayağında ise, "Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı" çerçevesinde 32 ilde belirlenen pilot hastanelerin gerekli fiziki alt yapısının tamamlanması ve 9463 personelin eğitilmesi sonucu hastanelerin acil servislerinde oluşturulan "Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimleri" Şubat 2006'da faaliyete geçmiştir. 2008 yılı Temmuz ayı itibarıyla 49 il 97 hastanede "Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimi" faaliyet göstermektedir.

Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Personelinin Rolü ve Uygulanacak Prosedürler Eğitimi

Şiddet mağduru ve risk altındaki kadınlara sunulan sağlık hizmetleri prosedürlerinin belirlenmesi ve buna uygun olarak eğitim programlarının düzenlenmesi amacıyla Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ile Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü işbirliği ile hazırlanan "Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Personelinin Rolü ve Uygulanacak Prosedürler Eğitimi Protokolü", 3 Ocak 2008 tarihinde Kadın ve Aileden Sorumlu Devlet Bakanı ile Sağlık Bakanı tarafından imzalanmıştır. Protokol kapsamında gerçekleştirilecek eğitimler ile öncelikle 500 eğitici yetiştirilmesi, ardından da sahada çalışan 75.000 sağlık personeline ulaşılması hedeflenmektedir.

Türk Silahlı Kuvvetleri Üreme Sağlığı Programı

Erken evliliklerin getirdiği obstetrik problemler ve CS/ÜS konusunda erkeklerin de bilinçlendirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı ile Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Komutanlığı işbirliği ile, 2002 yılında UNFPA işbirliği ile "Türk Silahlı Kuvvetleri Üreme Sağlığı Programı" başlatılmış, söz konusu program 2005 yılından itibaren Türkiye Üreme Sağlığı alt programı haline gelmiştir. Ülke genelinde tüm askeri birliklerde açılan üreme sağlığı dersanelerinde, erbaş ve erlere yönelik eğitimler sürdürülmektedir. Temmuz 2007 itibarıyla 2.000.000 erbaş ve er eğitilmiştir. Bu eğitim modülünde üreme organları, cinsel sağlık, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, HIV/AIDS ve sosyal sonuçları, gebeliğin oluşumu, aile planlaması, güvenli annelik, toplumsal cinsiyet ve aile içi şiddet konuları yer almaktadır.

Şartlı Nakit Transferi Uygulaması-Sağlık Yardımları

Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü tarafından nüfusun en muhtaç kesimine dahil olan ailelerin çocuklarının temel sağlık hizmetlerine tam olarak erişimini sağlamak amacıyla, ülke genelinde Şartlı Nakit Transferi Sağlık Yardımları uygulanmaktadır. Bu yardımların amacı, sağlık muayenelerinin yaptırılması şartı ile yoksul ailelere düzenli nakdi para transferi yapılmasıdır. Yapılan yardımlarla, çocuk ölümleri ile çocukların hastalanma oranlarını azaltmak amacıyla, erken çocuklukta bakım, temel sağlık ve bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamayan 0-6 yaş grubu çocukların sunulan hizmetlerden faydalanmaları sağlanmaktadır.

2003 yılında başlayan Şartlı Nakit Transferi Sağlık Yardımlarından 30 Eylül 2007 tarihi itibarıyla yararlanan anne ve çocuk sayısı ile toplam yardım miktarı tablo 7'de sunulmaktadır:

Tablo 7 Şartlı Nakit Transferi Sağlık Yardımları (30.09.2007 itibariyle)

Bölge	SAĞLIK		GEBELİK	
	ÇOCUK SAYISI	TUTAR YTL	ÇOCUK SAYISI	TUTAR YTL
AKDENİZ	75.087	19.222.692	2.776	204.122
DOĞU ANADOLU	353.575	81.086.036	12.036	802.433
EGE	23.091	7.096.773	552	38.332
G.DOĞU ANADOLU	382.160	105.616.747	9.661	681.571
İÇ ANADOLU	61.696	17.571.601	1.797	140.055
KARADENİZ	66.349	19.950.640	1.796	136.515
MARMARA	29.185	8.002.615	1.018	91.315
TÜRKİYE	991.143	258.547.104	29.636	2.094.343

Kaynak: Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü.

Diğer Program ve Projeler

Yukarıda belirtilen çalışmalara ilaveten Türkiye’de “Güvenli Annelik Programı, Uluslararası Üreme Sağlığı Eğitim Merkezi Projesi, T.C. Hükümeti Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu Üçüncü ve Dördüncü Ülke Programları ve “Anne Çocuk Ölümünü Önleme Projesi”, Küresel Fon Destekli Türkiye HIV/AIDS Önleme ve Destek Programı yürütülmüştür. Gençlerin üreme sağlığı konularında bilinçlendirilmeleri amacıyla pilot illerde 2001–2005 yılları arasında “Adolesanların Üreme Sağlığı Bilgi ve Hizmet Gereksinimlerinin Karşıllanması İçin Strateji Geliştirilmesi Projesi” ve “Adolesan Sağlığı ve Gelişimi UNICEF Projesi” gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, evlilik öncesi danışmanlık ve cinsel sağlık programları, akraba evliliklerinin engellenmesi, perinatal ve neonatal taramaları gibi çalışmalar yürütülmektedir. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü’ne bağlı Toplum Merkezlerinde yürütülmekte olan Kadının İnsan Hakları Eğitim Programı, Anne Çocuk Eğitim Programı, Benim Ailem gibi programların alt başlıklarında da kadın ve sağlık konusuna yer verilmektedir.

Eylem Hedef ve Stratejileri

Hedef 1 : Kadınların sağlık hizmetlerine erişim koşulları ve verilen hizmetlerin kalitesinin iyileştirilmesi için politika geliştirme dahil gereken tüm önlemler alınacaktır.

STRATEJİLER	SORUMLU KURUM KURULUŞLAR	İŞBİRLİĞİ KURUM – KURULUŞLARI
1.1.Kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırmak üzere politikalar geliştirilmesi, mevzuat ve idari düzenlemelerin gözden geçirilmesi	Sağlık Bakanlığı	KSGM, Üniversiteler, STK'lar
1.2.Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamasına başlanan Aile Hekimliği sisteminde kadın sağlığına ağırlıklı olarak yer verilmesi	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler
1.3.Engelli kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırıcı politikalar geliştirilmesi	Sağlık Bakanlığı Özürlüler İdaresi Başkanlığı	KSGM, SHÇEK, STK'lar
1.4.Gebe ve emziren kadınlar başta olmak üzere tüm kadınların maruz kaldıkları çevresel ve mesleki sağlık risklerinin ortadan kaldırılması için politikalar geliştirilmesi	Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Çevre ve Orman Bakanlığı	KSGM, Üniversiteler, Meslek Kuruluşları, İşçi-İşveren Sendika ve Konfederasyonları, STK'lar
1.5.Kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını desteklemek üzere Aile Danışma Merkezi, Toplum Merkezleri, ÇATOM ve Halk Eğitim Merkezleri gibi ağırlıklı olarak kadınlara hizmet sunan kuruluşların sayıca artırılması, bu kuruluşlarda görev yapan personelin toplumsal cinsiyet duyarlılığına sahip olması amacıyla bilinç artırıcı programlar geliştirilmesi	Sağlık Bakanlığı, SHÇEK, GAP İdaresi Başkanlığı, MEB	KSGM, Üniversiteler, Yerel Yönetimler, STK'lar
1.6.Sağlık kuruluşlarında kadınların yoğun olarak karşılaştıkları hastalıklara (menopoz sonrası kemik erimesi, üreme sistemi kanserleri gibi) özel teşhis ve tedavi birimlerinin yaygınlaştırılması	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, Meslek Kuruluşları
1.7. Kadın sağlığına yönelik erken tanı ve tarama programları geliştirilmesi	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler
1.8.Genç, erişkin ve ileri yaşta kadın gruplarına yönelik sağlık politikaları ve destek programları geliştirilmesi	Sağlık Bakanlığı	SHÇEK, Üniversiteler
1.9. İleri yaşta kadınlara yönelik kurumsal ve hizmet amaçlı destek mekanizmalarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması	Sağlık Bakanlığı, SHÇEK	Üniversiteler, Yerel Yönetimler, STK'lar
1.10.Sağlık personeli yetiştiren fakülte ve yüksekokulların müfredatlarında toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadına yönelik şiddet konularının yer alması	YÖK	Sağlık Bakanlığı, KSGM, TTB, Üniversiteler, Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezleri, STK'lar
1.11.Sağlık Bakanlığı personeli arasından oluşturulacak eğitici havuzu ile tüm illerde sağlık personeline toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadına yönelik şiddet konularında duyarlılık eğitimi verilmesi	Sağlık Bakanlığı, KSGM	Üniversiteler, STK'lar
1.12. Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı (2005-2015) hedefleri doğrultusunda kırsal alanlar öncelikli olmak üzere tüm Türkiye'de anne ölümlerinin azaltılması	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, STK'lar

Hedef 2 : Sağlık konusunda doğru davranış ve tutum geliştirilecektir.

STRATEJİLER	SORUMLU KURUM KURULUŞLAR	İŞBİRLİĞİ KURUM – KURULUŞLARI
2.1.Kadınların sağlık hizmetlerine erişiminin önemini vurgulayan bilinçlendirme çalışmaları yapılması	Sağlık Bakanlığı, KSGM	Diyanet İşleri Başkanlığı, Medya Kuruluşları, İşçi-İşveren Sendika ve Konfederasyonları, STK'lar
2.2.Kadınların üreme sağlığı başta olmak üzere genel sağlık konuları hakkında bilinçlendirilmesi	Sağlık Bakanlığı, SHÇEK, GAP İdaresi Başkanlığı	KSGM, TTB, İşçi-İşveren Sendika ve Konfederasyonları, STK'lar
2.3.Erkeklerin aile planlaması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve üreme sağlığı başta olmak üzere kadın sağlığı konusunda bilinçlendirilmesi	Sağlık Bakanlığı	KSGM, Genel Kurmay Başkanlığı, Medya Kuruluşları, İşçi-İşveren Sendika ve Konfederasyonları, STK'lar
2.4.Kadın sağlığı konusunda eğitim ve bilinçlendirme etkinliklerinde uzmanlaşmış STK'ların yer alması	Sağlık Bakanlığı, SHÇEK, KSGM, GAP İdaresi Başkanlığı, Yerel Yönetimler	STK'lar
2.5.Engelli kadınlara sağlık eğitimi verilmesine ilişkin çalışmalar yapılması	Sağlık Bakanlığı, Özürlüler İdaresi Başkanlığı, SHÇEK	STK'lar
2.6.Erken evliliklerin ve akraba evliliklerinin kadın ve çocuk sağlığına olumsuz etkileri hakkında toplumun bilinçlendirilmesi	Sağlık Bakanlığı, KSGM, Valilikler, Diyanet İşleri Başkanlığı, Aile ve Sosyal Araştırmalar Gen. Müd.	Medya Kuruluşları, Üniversiteler, İşçi-İşveren Sendika ve Konfederasyonları, STK'lar

Hedef 3 : Kadın sağlığına ilişkin araştırmalar, bilimsel çalışmalar ve bilgiler yaygınlaştırılacaktır.

STRATEJİLER	SORUMLU KURUM KURULUŞLAR	İŞBİRLİĞİ KURUM – KURULUŞLARI
3.1.Kadın sağlığı araştırmalarının yaygınlaştırılması ve desteklenmesi	Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler	TÜİK, TÜBİTAK
3.2.Tüm sağlık istatistiklerinin cinsiyet temelli olarak tutulmasının sağlanması	Sağlık Bakanlığı, TÜİK	KSGM, HÜNEE

KAYNAKÇA

1. AKIN Ayşe, ESİN Çiğdem, ÇELİK Kezban, "Kadının Sağlık Hakkı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa'da Kadın Sağlığı'nın İyileştirilmesine Yönelik Stratejik Eylem Planı", Ankara, 2004.
2. DPT, 8. Kalkınma Planı.
3. DPT, 9. Kalkınma Planı.
4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Ankara, Türkiye. Ekim, 2004.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005, Ankara, Türkiye.
6. KSSGM, 1996 Ulusal Eylem Planı, Ankara, Ağustos, 1998.
7. KSGM, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2007-2010, Ankara, 2007.
8. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Conseil SANTE, SOFRECO, EDUSER Sağlık Arama Davranışı Araştırması, Ankara, 2007.
9. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015, Ankara, 2005.
10. Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıkları.
11. T.C. Anayasası, 1982.
12. Türkiye Üreme Sağlığı Programı kapsamında hazırlanan "Üreme Sağlığına Giriş" Eğitim Modülü.
13. TÜİK Sağlık İstatistikleri.
14. TÜİK, Nüfus ve Kalkınma Göstergeleri.
15. TÜİK, Nüfus, Konut ve Demografi İstatistikleri.
16. UN Department of Public Information, 1996, Platform for Action and the Beijing Declaration, New York.
17. United Nations, 1979, Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination, Article 12.

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 Türkiye’de Kırsal, Kent Ayrımı, Bölgeler ve Eğitim Durumuna Göre Toplam Doğurganlık Hızı (2003).....	11
Tablo 2 Türkiye’de NUTS 1 Bölgelerine Göre Anne Ölüm Hızları–2005.....	14
Tablo 3 Anne Ölümleri İçin Önlenebilir Nedenlerin Yüzde Dağılımı (2005).....	15
Tablo 4 Türkiye’de Erken Çocukluk Dönemi Ölüm Hızları.....	17
Tablo 5 Türkiye’de HIV/AIDS Vakalarının Sayısı (1985-2006).....	18
Tablo 6 Türkiye’de Adolesan Kadınlarda (15-19 yaş) Doğurganlık ve Annelik (2003).....	19
Tablo 7 Şartlı Nakit Transferi Sağlık Yardımları (30.09.2007 itibarıyla).....	25

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1 Türkiye’de Doğuştan Beklenen Yaşam	9
Şekil 2 Türkiye Geneli ve Eğitim Durumuna Göre İlk Evlenme Yaşı.....	10
Şekil 3 Türkiye’de Yıllara Göre Toplam Doğurganlık Hızı (1978-1993-2003).....	11
Şekil 4 Türkiye’de Yıllara Göre Gebeliği Önleyici Yöntemlerin Halen Kullanımı (1993-2003).....	12
Şekil 5 Türkiye’de Yıllara Göre İsteyerek Düşük Oranları (1993-2003) (yüz gebelikte).....	13
Şekil 6 Türkiye’de Anne Ölüm Oranı (yüz bin canlı doğumda-2005).....	14
Şekil 7 Doğum Öncesi Bakımın Sağlık Personelinden Alınması (1993- 2003).....	15
Şekil 8 Doğumun Sağlık Kuruluşunda Yapılması.....	16
Şekil 9 Türkiye’de Adolesan Doğurganlık (1993-2003).....	18

