



T.C.
BAŞBAKANLIK
Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü

Uluslararası Nüfus ve Kalkınma
Konferansı (ICPD, 1994)
Eylem Programı'nın
Türkiye'de Uygulanan Sağlık
Politikalarına Yansımalarının
Toplumsal Cinsiyet
Perspektifinden İncelenmesi

Özgü KARACA BOZKURT

Ankara 2011

Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD, 1994) Eylem Programı'nın
Türkiye'de Uygulanan Sağlık Politikalarına Yansımalarının Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden İncelenmesi

Para ile satılmaz.

T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
Ziya Gökalp Cad. No: 40 Kızılay Ankara
Tel: 0312 430 45 77 Faks: 0312 430 76 70
www.ksgm.gov.tr

T.C.
BAŞBAKANLIK
Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü

ULUSLARARASI NÜFUS VE KALKINMA KONFERANSI
(ICPD, 1994) EYLEM PROGRAMI'NIN
TÜRKİYE'DE UYGULANAN SAĞLIK POLİTİKALARINA
YANSIMALARININ TOPLUMSAL CİNSİYET
PERSPEKTİFİNDEN İNCELENMESİ

UZMANLIK TEZİ

Özgü KARACA BOZKURT

DANIŐMAN
Prof. Dr. Ayőe AKIN

ISBN: 978-975-19-5029-1

Basım Yeri: Afşaroğlu Matbaası
0 312 384 54 88 - Ankara

TEŞEKKÜR

Hayatımın her anında beni destekleyen ve tez çalışması süresince beni her konuda teşvik eden anneme ve babama çok teşekkür ederim. Tez danışmanım Prof. Dr. Ayőe AKIN'a değerli zamanını bana ayırdığı ve engin tecrübelerinden yararlanma fırsatı sunarak tezime yön verdiği için teşekkürlerimi sunarım. Son olarak, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü yöneticilerine ve mesai arkadaşlarıma teşekkür ederim.

ÖZET

Hızlı nüfus artışının kalkınmanın önünde bir engel olduğunu savunan Malthus'un nüfus yaklaşımının yeniden şekillendirilmesi sonucu oluşan Neo-Malthuscu yaklaşım, özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrasında az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşanan hızlı nüfus artışını kontrol altına almak amacıyla kullanılmıştır. Bu yaklaşım, uluslararası örgütlerin faaliyetlerine de yansımış, 1960'lı yıllarda uluslararası örgütlerin, Neo-Malthuscu yaklaşımı benimseyen çeşitli vakıf ve derneklerin etkisiyle dünyanın az gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülkesinde nüfus kontrolü ve aile planlaması programları uygulanmıştır. Bu nüfus politikaları, kadınların ve erkeklerin bireysel ihtiyaçlarını ve gereksinimlerini, içinde yaşadıkları koşulları göz ardı eden politikalar olmuştur. Nüfusun kontrol altına alınması için özellikle kadınların üreme kapasitelerinin kontrol altında tutulmaya çalışıldığı uygulamalarla karşılaşmış, kadınların üreme hakları ihlal edilmiştir. Ancak, uluslararası örgütlerin konuya yaklaşımında zaman içinde olumlu yönde bir değişim ve dönüşüm yaşandığı anlaşılmaktadır. Bu tez çalışması, Birleşmiş Milletler bünyesinde düzenlenen nüfus konferanslarının sonuncusu ve kadın hakları ve toplumsal cinsiyet eşitliği bakımından en önemlisi olarak kabul edilen 1994 Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) sonunda kabul edilen Eylem Programı'nı incelemektedir. ICPD sonunda, özellikle kadın hakları ve kadın sağlığı savunucularının etkisiyle, önceki dönemlerde hakim olan nüfus politikası anlayışının yerine yaşam döngüsü boyunca hem kadınların hem de erkeklerin üreme haklarını önceleyen, toplumsal cinsiyet eşitliğini ilkelerden biri olarak benimseyen bir Eylem Programı kabul edilmiştir.

Tez çalışmasında Türkiye'nin de imzalayarak uygulamaya geçirme taahhüdü verdiği ICPD Eylem Programı'nın 5 bölümünde yer alan toplam 20 öneri incelenmektedir. Sonuçta, Türkiye'nin ICPD Eylem Programı'nın uygulamaya geçirilmesi konusunda orta derecede ilerleme kaydettiği; ancak bu ilerlemenin toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması ve kadınların güçlendirilmesi açısından yetersiz kaldığı anlaşılmıştır.

ABSTRACT

Neo-Malthusian population approach, formed by reshaping Malthusian population approach which argues that rapid population growth is an impediment to development, was used with the aim of controlling rapid population growth rates of developing and least developed countries especially after the Second World War. This approach had also impact on the activities of international organizations; population control and family planning programs were implemented in many developing and least developed countries around the world in 1960's with the influence of these international organizations and Neo-Malthusian foundations and associations. These population policies neglected the individual needs and demands of women and men and their living conditions. There were practices which aimed to control women's reproductive capacity in order to control population growth rates and these practices violated women's reproductive rights. However, it was understood that the approach of international organizations to the population issues have changed positively in the course of time. This thesis analyzes the Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development in 1994, which was the last population conference under the United Nations and has been regarded as the most important one in terms of women's reproductive rights and gender equality. At the end of the Conference, especially with the driving force of women's human rights and women's health activists, a Programme of Action was adopted. This Programme of Action prioritized women's and men's reproductive rights during their life cycles and assumed gender equality one of its principles.

20 actions under 5 sections of the Programme of Action of ICPD, by signing of which Turkey has committed to implement, was analyzed in this thesis. It was concluded that Turkey has made intermediate level progress regarding the implementation of ICPD Actions, but this progress was found insufficient in terms of achieving gender equality and women's empowerment.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	X
ŞEKİLLER	XI
TABLolar	XII
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	7
1. NÜFUS VE ÜREME SAĞLIĞI POLİTİKALARINA GENEL BAKIŞ ..	9
1.1. Nüfus Politikaları	10
1.1.1. Malthus Öncesi Nüfus Yaklaşımları.....	12
1.1.2. Malthuscu Nüfus Yaklaşımı	14
1.1.3. Neo-Malthuscuların Nüfus Yaklaşımı ve İkinci Dünya Savaşı Sonrası Dönemde Nüfus Politikaları	16
1.2. Uluslararası Kuruluşların Etkisi	20
1.3. Üreme Hakları ve Üreme Sağlığı	26
1.3.1. Üreme Davranışının Şekillenmesi.....	26
1.3.1.1. Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelerde Çiftlerin Üreme Davranışları Üzerinde Etkili Olan Faktörler ...	27
1.3.1.2. Kadınların Üreme Davranışlarının Şekillenmesi	29
1.3.2. Üreme Hakları ve Üreme Sağlığının Tanımlanması	32
1.3.3. Üreme Hakları, Üreme Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet	36

1.3.4. Feminist Akım ve Üreme Hakları.....	40
1.3.5. Üreme Hakkı Olarak İsteyerek Düşük Hakkı.....	47
İKİNCİ BÖLÜM.....	53
2. ULUSLARARASI NÜFUS VE KALKINMA KONFERANSI	
(ICPD-KAHİRE-1994) VE EYLEM PROGRAMI.....	55
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	63
3. ICPD BAĞLAMINDA TÜRKİYE'DE NÜFUS VE	
ÜREME SAĞLIĞI POLİTİKALARI.....	65
3.1. Türkiye'de Uygulanan Nüfus Politikalarının Genel	
Değerlendirmesi.....	65
3.1.1. Pronatalist Politikalar.....	65
3.1.2. Antinatalist Politikalar.....	69
3.1.3. Uluslararası Kuruluşların Etkisi ve Üreme Sağlığında	
Yaşam Boyu Yaklaşımı.....	77
3.2. ICPD Eylem Programı'nın Türkiye'de Uygulanan Sağlık	
Politikaları ve İlgili Diğer Politikalara Yansımaları.....	82
3.2.1. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Hakkaniyet ve Kadınların	
Güçlendirilmesi.....	82
3.2.1.1. Politikaların Oluşturulmasına Kadınların Katılımı....	82
3.2.1.2. İşgücü Piyasası Düzenlemeleri.....	86
3.2.1.3. Evlilik.....	92
3.2.1.4. Aile Yaşamına ve Toplumsal Yaşama Katılım.....	96
3.2.1.5. Kadına Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılması.....	98
3.2.2. Nüfus Artışı ve Yapısı.....	101
3.2.2.1. Doğurganlık ve Ölüm Hızları İlişkisi.....	101

3.2.2.2. Nüfusun Yaşlanması	103
3.2.2.3. Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri.....	105
3.2.3. Üreme Hakları ve Üreme Sağlığı	108
3.2.3.1. Üreme Sağlığı Hizmetleri	108
3.2.3.2. Erkeklerin Katılımı	112
3.2.3.3. Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı	113
3.2.3.4. İsteyerek Düşük Hizmetleri	115
3.2.3.5. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlarla Mücadele ...	117
3.2.4. Sağlık, Hastalık ve Ölüm.....	119
3.2.4.1. Doğuşta Beklenen Yaşam.....	119
3.2.4.2. Bebek ve 5 Yaş Altı Çocuk Ölümleri.....	120
3.2.4.3. Anne Ölümleri	122
3.2.4.4. Anne Sağlığı Hizmetleri	124
3.2.5. Nüfus, Kalkınma ve Eğitim	126
3.2.5.1. İlköğretimde Okullulaşma.....	126
3.2.5.2. Nüfus ve Üreme Sağlığı Eğitimi	128
3.2.5.3. Halk Eğitimi ve Bilinçlendirme	130
SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	133
KAYNAKÇA	143
EKLER	155
EK 1	157

SİMGELER VE KISALTMALAR

Kısaltmalar	Açıklaması
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü
BM / UN	Birleşmiş Milletler / United Nations
CEDAW	Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı
DSÖ / WHO	Dünya Sağlık Örgütü / World Health Organization
HÜKSAM	Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi
HÜNEE	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
ICPD	Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı
IMF	Uluslararası Para Fonu
IPPF	Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu
KEFEK	Türkiye Büyük Millet Meclisi Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu
KSGM	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
OECD	Avrupa Ekonomik İşbirliği Örgütü
RIA	Rahim İçi Araç
SIDA	İsveç Uluslararası Kalkınma İşbirliği Ajansı
TAPV	Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TNSA	Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
UNFPA	Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
USAID	Birleşik Devletler Uluslararası Kalkınma Ajansı

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
Şekil 3.1. Temel Sağlık Hizmetlerinde Güvenli Annelik Yaklaşımı	80
Şekil 3.2. Kadın Sağlığını İyileştirmede Müdahale Piramidi.....	81
Şekil 3.3. Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı (yüzde)	114
Şekil 3.4. Gebeliği Önleyici Yöntemlerin Halen Kullanımı.....	115
Şekil 3.5. TNSA Verilerine Göre İsteyerek Düşükler (100 gebelikte) ...	116
Şekil 3.6. Bebek ve 5 Yaş Altı Çocuk Ölümlülüğünde Eğilimler: Araştırma Tarihinden Önceki 5 Yıllık Dönemler İçin Tahminler (1000 canlı doğuma düşen ölüm sayısı).....	121
Şekil 3.7. Anne Ölüm Hızları (yüz bin canlı doğumda)	123
Şekil 3.8. TNSA Verilerine Göre Doğum Öncesi Bakım (yüzde).....	125
Şekil 3.9. TNSA Verilerine Göre Doğumun Sağlık Kuruluşunda Yapılması (yüzde).....	126

TABLolar

Tablo	Sayfa
Tablo 3.1. 15-19 Yaş Arası Evlilikler	94
Tablo 3.2. Nüfusun Yaş Grubuna Göre Dağılımı (cinsiyete göre ayrıştırılmış)	104
Tablo 3.3. Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (yıl).....	120
Tablo 3.4. İlk ve Orta Öğretimde Okullulaşma Oranları	128

GİRİŞ

GİRİŞ

1950'li yıllardan itibaren ortaya çıkan ve 1960'larda etkisini daha fazla göstermeye başlayan kalkınma yaklaşımı, kişi başına düşen milli gelirin artırılmasını hedeflemiş ve bu anlayış, gelişmekte olan ülkelerde görülen yüksek nüfus artış hızlarını kalkınmanın önünde bir engel olarak değerlendirmiştir. Nüfus ve kalkınma ilişkisinin bu biçimde kurulması, doğurganlığın sınırlandırılmasını ve nüfus artış hızının azaltılmasını hedefleyen nüfus politikalarını, 1960'lerden başlayarak gerek uluslararası kuruluşların gerekse ülkelerin gündeminde üst sıralara taşımıştır. Bu politikalar, kadınların yaşamlarında çoğu zaman olumsuz etkilere yol açmıştır.

Nüfusa ilişkin konular, 1954 yılından başlayarak Birleşmiş Milletler (BM) çerçevesinde düzenlenen Nüfus Konferansları ile ele alınmıştır. Başlangıçta nüfus konusuna teknik boyutuyla yaklaşan bu konferanslar, 1960'larla birlikte etkisini göstermeye başlayan kalkınma yaklaşımının da etkisi ile 1974 Bükreş Konferansı'ndan başlayarak konuyu "nüfus politikaları" bağlamında ele almaya başlamışlardır. Bu dönemde, nüfus politikaları, kalkınma politikalarının bir parçası haline gelmiştir.

1994 yılında Kahire'de düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD)¹ ise, nüfus konusuna yaklaşımı bakımından önceki konferanslardan ayrılmaktadır. Bu konferans ile geleneksel nüfus politikası yaklaşımı terk edilerek; kalkınmanın temeline insanı yerleştiren, bireylerin üreme haklarını ve üreme sağlığını öncelikle ele alan, kadınların güçlendirilmesi ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasına özel olarak vurgu yapan bir yaklaşım geliştirilmiştir. Konferans sonunda 179 ülkenin kabul ettiği Eylem Programı, 2015 yılına dek uygulanmak üzere bir takım Eylem Önerilerini içermektedir. Eylem Programı'nı kabul eden ülkeler arasında Türkiye de yer almaktadır.

Bu tez çalışmasında, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Programı'nın çizdiği çerçeveye temelinde, Türkiye'de sağlık alanında gerçekleştirilen mevzuat ve politika geliştirme, uygulama çalışmaları ile bu

1 International Conference on Population and Development.

çalışmaların kadının statüsü ve sağlığı üzerindeki etkileri incelenmektedir. Öncelikle nüfus politikaları, üreme hakları ve toplumsal cinsiyet arasındaki ilişkinin inceleneceği çalışmada, esas olarak Türkiye'de uygulanan sağlık politikaları ICPD Eylem Programı bağlamında toplumsal cinsiyet eşitliği perspektifinden incelenmektedir. Bu inceleme yapılırken, sağlık politikalarının yanı sıra kadınların güçlendirilmesi ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin gerçekleştirilmesi bakımından önem arz eden diğer politika alanları da incelenmektedir.

Bu çerçevede, tezin ilk bölümünde nüfus politikalarının ortaya çıkışı tarihsel çerçeve içinde incelenmekte, uluslararası kuruluşların bu politikalar üzerindeki etkilerinin tartışılmasının ardından, üreme hakları ve üreme sağlığının ele alındığı bir bölüme yer verilmektedir. Bu süreçte, feminist akım temsilcileri ve kadın hakları savunucularının nüfus politikalarının oluşturulması ve uygulanmasına ilişkin eleştirileri ile üreme haklarına ilişkin görüşleri de tartışılmaktadır. Bu incelemeler ve tartışmalar, toplumsal cinsiyet eşitliği perspektifi ile yapılmakta ve kadınların statüsü üzerindeki etkileri de ele alınmaktadır.

Tezin ikinci bölümünde ICPD Eylem Programı üreme hakları ve üreme sağlığı konuları çerçevesinde toplumsal cinsiyet eşitliği bakış açısı ile incelenmektedir. ICPD Eylem Programı 16 bölümden² oluşmaktadır. Eylem Programı'nın bu tez çalışması kapsamında sağlık politikaları ve toplumsal cinsiyet eşitliği bağlamında esas olarak 5 bölümü incelenmiştir. İncelenen bölümler şunlardır: "Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Hakkaniyet, Kadınların Güçlendirilmesi (4. Bölüm)"; "Nüfus Artışı ve Yapısı (6. Bölüm)"; "Üreme Hakları ve Üreme Sağlığı (7. Bölüm)"; "Sağlık, Hastalık ve Ölüm (8. Bölüm)"; "Nüfus, Kalkınma ve Eğitim (11. Bölüm)".

İncelemeye dahil edilen söz konusu bölümlerde yer alan Eylem Önerileri arasından bir seçim yapılmıştır. Bu seçim, tez kapsamı dahilinde

2 Bu bölümler şu şekildedir: 1.Giriş; 2.İlkeler; 3.Nüfus, Sürekli Ekonomik Büyüme ve Sürdürülebilir Kalkınma Arasındaki Karşılıklı İlişkiler; 4.Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Hakkaniyet ve Kadınların Güçlendirilmesi; 5.Aile, Roller, Hakları, Oluşumu ve Yapısı; 6.Nüfus Artışı ve Yapısı; 7.Üreme Hakları ve Üreme Sağlığı; 8.Sağlık, Hastalık ve Ölüm; 9.Nüfus Dağılımı, Kentleşme ve İç Göç; 10.Uluslararası Göç; 11.Nüfus, Kalkınma ve Eğitim; 12.Teknoloji, Araştırma ve Kalkınma; 13.Ulusal Eylem; 14.Uluslararası İşbirliği; 15.Hükümet Dışı Sektörle Ortaklık; 16.Konferans Sonrası Takip.

Türkiye'deki durumu ortaya koymak amacıyla Eylem Önerilerinin bir kısmı incelemeye alınacak, bir kısmı ise kapsam dışında bırakılacak şekilde yapılmıştır³.

ICPD Eylem Programı incelenen bölümlerde yer alan Eylem Önerilerinin yanı sıra, nüfus ve kalkınma arasındaki ilişki, nüfus dağılımı, kentleşme, iç göç, uluslararası göç konularıyla ilgili pek çok düzenlemeye sahiptir ve Eylem Programı'nı kabul eden ülkelere yönelik çok sayıda öneri içermektedir. Ancak bir tez çalışmasının sınırlılıkları dikkate alındığında, bu konuların farklı incelemelere kaynak teşkil edebileceği düşünülerek söz konusu bölümler bu tez çalışmasının kapsamı dışında bırakılmıştır.

Tezin üçüncü bölümünde Türkiye'de uygulanan sağlık politikaları ICPD Eylem Programı çerçevesinde incelenmektedir. Bu bölümde ilk olarak Türkiye'de tarihsel süreç içinde uygulanan pronatalist ve antinatalist nüfus politikaları tartışılmakta, uluslararası kuruluşların Türkiye'de uygulanan nüfus ve üreme sağlığı politikalarına etkileri incelenmektedir. Ardından, göstergelerin incelenmesi ve politikaların tartışılması yoluyla ICPD Eylem Programının uygulanmasına ilişkin değerlendirme yapılmaktadır. Doğrudan sağlık alanındaki göstergeler ve politikaların yanı sıra, konuyla ilgili olduğu ölçüde kadınların güçlendirilmesi ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması konusunda etkisi olan sağlık dışındaki politika alanları da incelemeye dahil edilmiştir.

Sonuç ve öneriler bölümünde, tez çalışması sonucunda Türkiye'nin ICPD Eylem Programının uygulanması konusunda bulunduğu nokta toplumsal cinsiyet eşitliği perspektifi ile değerlendirilmektedir.

3 Seçim yapılırken, bir yandan ICPD Eylem Programı Eylem Önerilerinin kapsadığı alanların genişliği, bir yandan da tezin yansıtmak istediği alan dikkate alınarak karar verilmiştir. Tez yazarı, Eylem Önerilerinin seçiminde Tez Danışmanının yönlendirmeleri ile Türkiye açısından belirleyici olduğu düşünülen Eylem Önerileri çerçevesinde karara varmıştır. Seçilen Eylem Önerileri metin içinde özetlenerek sunulmaktadır, bu önerilerin tam metni ise Ek-1'de yer almaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. NÜFUS VE ÜREME SAĞLIĞI POLİTİKALARINA GENEL BAKIŞ

20. yüzyılda dünya nüfusunda daha önce görülmemiş bir artış yaşanmıştır. 1900'lerde küresel nüfus 1.7 milyar iken, 1950'de dünyada 5.7 milyar kişi yaşamakta idi. BM dünya nüfusunun 2150-2200 yılları arasında 11.6 milyar kişi civarında sabitleneceğini tahmin etmektedir, ancak bu gibi uzun dönemli demografik tahminlerin kesinleşmeme ihtimalini de dikkate almak gerekmektedir (Hartmann, 1995).

Aslında nüfustaki bu artış, kısmen bazı olumlu faktörlerin etkisiyle ortaya çıkmaktadır. Tıp alanındaki ilerlemeler, antibiyotiklerin keşfi, halk sağlığının iyileştirilmesi için alınan önlemler ve daha iyi beslenme olanakları ölümleri azaltarak insanların daha uzun yaşamasına neden olmaktadır⁴.

Sanayileşmiş ülkelerin çoğunda ölüm oranlarındaki bu düşüş tarihsel süreç içinde doğum oranlarında yaşanan düşüşle dengelenmiş, böylece nüfus artışı "demografik dönüşüm" adı verilen bir süreçte sabit hale gelmiştir. Sanayileşmiş ülkelerin çoğunluğu, nüfusun sürdürülmesine eşit doğurganlık hızına⁵ ulaşmıştır ve hatta bazılarında nüfus düşmektedir (Hartmann, 1995).

Klasik nüfus teorisi doğurganlıktaki düşüşü "demografik dönüşüm" kavramı ile açıklar. Buna göre, toplumların gelişmişlik düzeyleri ile doğurganlık düzeyleri arasındaki bağ üç aşamalı bir şekilde kurulur:

1. Yüksek ölüm ve yüksek doğum hızları: Sanayi öncesi toplumlarda insanların gerek duyduğu sağlık hizmetleri ve beslenme düzeyi yeterli olmadığından ölüm hızları yüksektir. Her iki hız da yüksek olduğunda nüfus artışı yaşanmaz.

4 20. yüzyılın başında 31 olan doğuşta beklenen yaşam süresi, yüzyılın ortalarına gelindiğinde 48'e yükselmisti (Prentice, 2006). 2008 yılı BM verilerine göre, doğuşta beklenen yaşam süresinde dünya ortalaması erkeklerde 65,1; kadınlarda ise 69,6'dır (United Nations Population Fund [UNFPA], 2008).

5 "Nüfusun sürdürülmesine eşit doğurganlık hızı" ya da "doğurganlık yenilenme düzeyi" (replacement level of fertility) kavramı, doğurganlık hızlarında yaşanan düşüşle birlikte ortaya çıkan bir kavramdır. Bir toplumdaki kadınların yalnızca popülasyonun kendisini yenilemeye yetecek toplam doğurganlık hızına sahip olması durumudur. Bu durumda, eğer ölüm hızlarının değişmediği ve göçün nüfus üzerinde etkisinin olmadığı varsayılırsa, nüfusun yenilenmesine eşit doğurganlık düzeyine ulaşan topluluklarda nüfus artış hızı sıfıra yaklaşacaktır. Nüfusun sürdürülmesine eşit toplam doğurganlık hızı, ülke koşulları, bebek ve çocuk ölüm hızları, ortalama yaşam beklentisi gibi faktörlerin etkisiyle her insan topluluğunda farklı bir hıza işaret eder; ancak genel kanı bebek ve çocuk ölüm hızlarının çok yüksek olmadığı ülkelerde bu hızın 2,1 civarında olduğu, bebek ve çocuk ölümlülüğünün yüksek olduğu ülkelere ise biraz daha yüksek olabileceği yönündedir (Craig, 1994).

2. Düşük ölüm ve yüksek doğum hızları: Toplumların kalkınmasına paralel olarak ölüm hızları düşmeye başlar; ancak doğurganlık davranışının buna cevap vermesi zaman alır, bu nedenle bu süreçte doğum hızları yüksek seyretmeye devam eder; sonuçta hızlı nüfus artışı yaşanır.
3. Düşük doğum ve düşük ölüm hızları: Sanayileşme ile birlikte yeni değer sistemlerinin ve buna bağlı olarak kadınlar için yeni fırsatların ortaya çıkmaya başlaması, çocuk bakmanın artan maliyeti ve küçük aile normunun yerleşmeye başlaması sonucu doğum hızları düşer (Hartmann 1995, Özberk 2006).

Günümüzde doğurganlık, gelişmekte olan ülkelerin hemen hepsinde düşmektedir. Birleşmiş Milletler, 2045 yılı itibariyle ülkelerin çoğunluğunda nüfusun sürdürülmesine eşit doğurganlık düzeyine ulaşılacağını tahmin etmektedir. Nüfus artışının hala bir patlama şeklinde görülmesinin ardında yatan neden mevcut nüfusun büyük ölçüde üreme çağındaki kadın ve erkeklerden oluşuyor olmasıdır (Hartmann, 1995). BM verilerine göre 2005 yılında dünya nüfusunun yaklaşık olarak yarısı üreme çağı yaş grubu olarak adlandırılan 15-49 yaş grubunda yer almaktadır (United Nations Population Division, 2008).

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) tarafından yayımlanan "State of World Population 2008"⁶ verilerine göre dünya nüfusu 2008 yılında 6.749.700.000 kişiden oluşmaktadır. Bunun 1.226.300.000'i gelişmiş bölgelerde, 5.523.400.000'i az gelişmiş bölgelerde, 823.800.000'i ise en az gelişmiş bölgelerde yaşamaktadır (UNFPA, 2008).

1.1. Nüfus Politikaları

Dixon-Mueller'e göre (1993), nüfus politikaları, nüfusun büyüklüğü, artışı, hızı, dağılımı ve nitelikleri gibi demografik değişkenleri belirlemek amacıyla oluşturulmaktadır. Nüfus politikaları bu amaçlarını gerçekleştirmek için genel olarak şu alanlarda etki göstermektedir: Birincisi, dünyadaki ya da dünyanın belli bir yerindeki nüfusun büyüklüğünü etkilemek amacıyla uygulanan üreme politikalarıdır. İkincisi ölümlülük ve hastalıklılık oranlarını etkilemek amacıyla uygulanan sağlık politikalarıdır. Üçüncüsü ise, göç ve kentleşme politikalarıdır (Özberk, 2006).

6 "Dünya Nüfusunun Durumu, 2008".

Nüfus politikalarını uygulamak için kullanılan araçlar, kontraseptif yöntemler, doğum kontrolü ve aile planlaması uygulamalarıdır. Bunların anlamları birbirine yakın gözükmeyle beraber aralarında bazı farklar bulunmaktadır. Kontraseptif yöntemler kadının gebe kalmasını engelleyen yöntem ve araçları kapsamaktadır. Doğum kontrolü, kontraseptif yöntemlerden daha geniş bir anlamda kullanılmakta ve gebeliğin öncesinde ve sonrasında doğumu önlemek için yapılanların tümünü kapsamaktadır. Bu çerçevede, düşük ve kısırlaştırma doğum kontrolü kapsamına girmektedir. Aile planlaması ise doğum kontrolünün aileye uygulanması anlamına gelmektedir. Bu yolla, ailelerin istedikleri zamanda ve sayıda çocuk sahibi olmaları aile planlaması ile sağlanmaktadır (Özberk, 2006).

Nüfus politikalarına ilişkin böyle genel bir tarif yapılmasına rağmen, nüfus politikalarının sınırları katı bir biçimde çizilemez; çünkü daha geniş sosyal ekonomik politikalarla iç içedir. Nüfus politikalarının amacı, nüfusun düzenlenmesini sağlamak olsa da uygulamada istihdam, eğitim, sağlık, barınma, şehir planlaması, tarım ve endüstrideki gelişmelerle etkileşim içindedir. Nüfus politikalarının oluşturulmasında ve uygulanmasında bu sektörlerdeki gelişmeler, nüfus politikalarının amaçları doğrultusunda ya da aksi yönde etkili olur (Özberk, 2006).

Nüfus politikalarının genel tanımı yukarıdaki gibi yapılabilir; ancak bu politikaların genellikle belli bir insan topluluğunun ihtiyaç ve gereksinimleri doğrultusunda nüfusun artırılıp azaltılması biçiminde yani “nüfusun kontrol edilmesi” şeklinde uygulamaya yansıdığını söylemek gerekir. Nüfus politikalarının tarihsel gelişimine ilişkin arka planın aktarıldığı bölümde dünya tarihinin hangi dönemlerinde hangi politikaların ağırlıkla uygulandığı; ya da belli insan topluluklarının hangi ekonomik, siyasal ve sosyal süreçlerde nüfusun artırılması ya da azaltılmasına ihtiyaç duyduklarına değinilecektir.

Sonraki bölümlerde ayrıntıları açıklanacak olan Neo-Malthuscu nüfus yaklaşımı çerçevesinde nüfus kontrolüne ilişkin düşünceler genellikle üç temel varsayıma dayanmaktadır: Birinci varsayıma göre, yüksek nüfus artışı; açlık, çevre kirliliği, ekonomik durgunluk ve siyasi istikrarsızlık gibi dünyanın az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerinde görülen kalkınma problemlerinin temel nedenidir. İkincisi, nüfus artışı sorununun ortadan kaldırılması için, insanların yaşadıkları yoksullaştırılmış koşullar iyileştirilmeksizin daha az çocuk sahibi olmaya ikna edilmeleri ya da gere-

kiyorsa buna zorlanmaları gerekmektedir. Üçüncü varsayıma göre ise, doğru finansman, personel, teknoloji ve Batılı yönetim teknikleri dikkate alındığında, doğum kontrolü hizmetleri, temel sağlık bakım hizmetlerinin eksikliğinde ya da yokluğunda, tepeden inme bir yaklaşımla az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşayan halka ulaştırılmalıdır. Kontraseptiflerin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasında sağlık ve güvenliğe ilişkin endişelerin yerine, bu yöntemlerin gebeliğin önlenmesinde sağladığı etki dikkate alınmalıdır (Hartmann, 1995).

Ancak bu konuda karşıt görüşleri savunanların argümanları bunun tersi bir duruma işaret etmektedir. Örneğin, Hartmann'a göre, hızlı nüfus artışı, gelişmekte olan ülkelerdeki kalkınma sorunlarının bir nedeni değil, daha çok kalkınma sorunlarının bir sonucudur. Hartmann, sosyal ve ekonomik kalkınmanın adil bir şekilde sağlanması yoluyla kadınların yaşam standartlarının ve statülerinin geliştirilmesinin, insanların daha az çocuk istemelerini sağlamanın en iyi yolu olacağını savunmaktadır. Ayrıca güvenli, etkili ve gönüllü doğum kontrol hizmetleri, tepeden inme ve teknokratik bir düzende verilmemeli, bunun yerine geniş kapsamlı temel sağlık sistemi geliştirilmelidir. Kontraseptif teknolojilerinin geliştirilmesinde ve yaygınlaştırılmasında sağlık, güvenlik ve kullanılacak yöntem üzerinde bireyin karar ve kontrolü temel endişeler olmalıdır (Hartmann, 1995).

Genellikle nüfus artışını kontrol altına almak amacıyla uygulanan aile planlaması programlarının öne çıkan amacı bireylerin çocuk sahibi olup olmayacaklarına ve eğer çocuk sahibi olacaklarsa bunun zamanına ve aralığına karar verme özgürlüklerini geliştirmek yerine, nüfus artış hızını azaltmak ise, sonuçlar çoğu zaman kadınların sağlık ve refahına olumsuz etki etmekte ve hatta kimi durumlarda doğum sayısını azaltmak biçiminde ifade edilen amacın da etkisiz hale gelmesine neden olmaktadır (Hartmann, 1995).

1.1.1. Malthus Öncesi Nüfus Yaklaşımları

Nüfusa ilişkin söylemlerin ve uygulamaların insanlık tarihi ile başladığını söylemek mümkündür. Ancak, bu söylemlerin modern devlet anlayışı ile sistematik bir yapılanma kazandığını söylemek daha doğrudur. Nüfus artışının ve bu artışın dünyayı etkileyecek biçiminin nüfus bilimciler, ekonomistler, sosyologlar ve kalkınma plancıları tarafından yapılan farklı açıklamaları bulunmaktadır.

Dünya tarihinde nüfusla ilgili olarak ulaşılan ilk metinler Eski Mısırlılar tarafından hazırlanan, nüfus dengesinin sağlanması için doğum kontrolünün uygulanması gerektiğine ilişkin belgelerdir (Saraç, 1992).

Konfüçyüs (M.Ö. 551-479), hızlı nüfus artışının işgücü verimliliğini olumsuz etkileyerek, hayat standardını düşüreceğini iddia etmiştir (Güneş, 2009: 126-138).

İlk çağlarda Eski Yunan ve Romalılarda savaş halinde olan toplumlarda asker ihtiyacı süreklilik arz eden bir durum olduğundan, nüfus politikaları genellikle ordunun asker ihtiyacı çerçevesinde belirlenmekte, barış zamanında ise fazla nüfusun kolonilere aktararak ekonomik dengenin sağlanması gerektiği şeklinde görüşler ileri sürülmekte idi. Bu süreçte nüfusun gereken düzeyde tutulması için teşvik ve cezalandırma yöntemlerine de sıkça başvurulmaktaydı (Güneş, 2009: 126-138).

Bu dönemde teşvik ve cezalandırma amacıyla başvuru yöntemlerinin pek çoğunda kadınların bir araç olarak kullanıldığı görülmektedir. Evlenmeyen kadınların bazı özel giysileri giymelerinin yasaklanması (Güneş, 2009: 126-138), kadınların doğurganlıkları ve üreme kapasitelerinin yanı sıra medeni durumlarına ilişkin olarak da devlet kurumlarının belirleyici olduğunu, kadınların ayrımcı uygulamalara maruz kaldıklarını göstermektedir.

15. yüzyıl ortalarından sanayileşmenin etkili olmaya başladığı 18. yüzyılın ortalarına kadar Avrupa ekonomik sisteminin temel belirleyicisi olan “Merkantilizm”, ülkeye değerli maden girişini sürekli hale getirmek, eğer ülke içinde maden yoksa ticaret fazlası yaratmak amacıyla hareket eden bir ekonomik sistemdir. Bu da, ucuz işgücü ile yapılacak üretimle sağlanır, nüfus artışı işgücü arzını artırıp ücretleri düşüreceğinden Merkantilizmde hızlı nüfus artışı istenen bir durumdur. Ancak Merkantilizmin ülkeden ülkeye değişen uygulamaları olduğunu da hesaba katmak gerekir (Güneş, 2009: 126-138).

Bir sonraki bölümde aktarılabilecek olan Malthuscu nüfus yaklaşımının temel görüşlerine kaynak teşkil etmesi nedeniyle, Merkantilizmin bu farklı görüş ve yaklaşımlarından sadece Cantillon’un yaklaşımını aktarmak yeterli olacaktır. Cantillon, nüfusun toprağın geçindirebileceği sayıya kadar artacağı görüşünü ileri sürmüş ve onun bu görüşü Malthus'a temel oluşturmuştur (Güneş, 2009: 126-138).

Zenginliğin kaynağının yalnızca toprakta yani tarımda olduğunu ileri süren ve 18. yüzyılın ikinci yarısında Fransa'da ortaya çıkan Fizyokra-si akımına göre, üretken olan emek çiftçinin emeğidir, ticaret yapanlar mümkün olduğunca az tutulmalıdır, çünkü bunlar üretken nüfus değildir; buna karşın tarımda çalışacak yeterli emek arzı için nüfus artışı des-teklenmelidir. Öte yandan toprak ve gıda yeterli olduğu sürece nüfus artmalıdır, yani toprak gıda dengesi bozulmamalıdır. Fizyokratlara göre, nüfus artışı ile artan beşeri sermaye farklı üretim yöntemleri geliştirecek ve böylece daha çok sayıda insanın ihtiyaçları karşılanabilecektir (Gü-neş, 2009: 126-138).

Fizyokratlardan pek çoğu Malthus'un tersine dünyada insanlar için sınırsız kaynakların mevcut olduğunu savunmaktadırlar.

Görüldüğü gibi nüfusa ilişkin söylemlerin oluşmaya başladığı bu ilk dönem-lerde kadınların durumu ya tümüyle göz ardı edilmiş ya da kadınlara yönelik zorlama ve baskı gibi yöntemlere başvurulmuştur. Bunun yanı sıra, nüfus politikalarına ilişkin oldukça kapsamlı bir çalışma yapan ve kendi döneminden sonra da etkili olmaya devam eden Malthus'un nüfus yaklaşımının ka-dınları ele alış biçimi de önceki dönemlerden pek farklı değildir.

1.1.2. Malthuscu Nüfus Yaklaşımı

Malthus'un görüşlerini ortaya koyduğu dönemde sanayileşmenin etkisiyle emeğe olan talep azalmış, ücretler düşme eğilimine girmişti. Thomas Malt-hus, "Nüfus İlkeleri Üzerine Bir Deneme" adlı makalesini 1798'de yayımla-mış, bu eserde insan nüfusunun geometrik hızla (1, 2, 4, 8, 16, 32, 64, 128 gibi) artmasına karşın, gıda ürünlerinin aritmetik hızla (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 gibi) arttığı görüşünü ileri sürmüştür. Bu durum nüfusla gıda ürünleri arasında dengesiz bir ilişki olduğunu göstermektedir. Malthus, eserin ikinci baskı-sında söylemine eklemeler yapmış; nüfus artışı ile gıda ürünlerinin artışı arasındaki dengenin sağlanması için nüfus artışının kontrol altına alınması gerektiği görüşünü ileri sürmüştür. Malthus'a göre çeşitli kontrol mekaniz-maları olmazsa insan nüfusu her 25 yılda ikiye katlanacaktır; yalnızca açlık, salgın hastalıklar, savaşlar ve katliamlar nedeniyle nüfus azalacaktır (Hart-mann 1995, Özberk 2006, Abramitzky and Baraggion 2009).

Nüfusun artışını engelleyen bu mekanizmaları Malthus önleyici kontrol ve pozitif kontrol olmak üzere ikiye ayırır. Önleyici kontrol, nüfus artışını

sınırlamaya yönelik gönüllü uygulamalardır. Bireyler, çocuk sahibi olma kararı vermeden önce gelirleri ve bu gelir ile sürdürebilecekleri hayat kalitesine ilişkin olarak rasyonel bir karar verir ve sahip olacakları çocuk sayısını bu doğrultuda belirlerler. Pozitif kontrol ise, önleyici kontrolün olmaması durumunda ortaya çıkan savaş, açlık gibi nüfusun azalmasına neden olan olaylardır (Abramitzky and Braggion, 2009).

Malthuscu nüfus yaklaşımı bunun yanı sıra çevre kirliliğinin nedeni olarak da hızlı nüfus artışına işaret etmektedir. Afrika ile Orta ve Latin Amerika'da yaşanan çevre kirliliğinin ve iklim değişikliklerinin nedeni olarak bu bölgelerdeki az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin yüksek doğurganlık hızları ve hızlı nüfus artışı gösterilmektedir (Hartmann, 1995).

Hartmann'a göre, Malthus görüşlerini ortaya koyarken iki açıdan yanılıya düşmüştür. Birincisi, nüfusun yalnızca açlık ya da savaşlar nedeniyle değil, insanların yaşam koşullarında meydana gelen iyileşme sonucunda çok sayıda çocuk sahibi olma ihtiyacının ortadan kalkması ile düşmesi de mümkündür. İkinci yanılığı ise, Malthus'un, dünyanın artan insan nüfusunun yiyecek ve diğer ihtiyaçlarını karşılama kapasitesini yeterince ölçememiş olmasıdır. 18. yüzyılı izleyen dönemde sanayileşmenin ardından yaşanan teknolojik gelişme süreci, sanayi üretiminin yanı sıra tarımsal üretimde de daha önce görülmemiş gelişmelerin ortaya çıkmasını sağlamıştır (Hartmann, 1995).

Bu açıdan Malthus'un nüfus yaklaşımı Abramitzky ve Braggion'a göre, tarım toplumlarını açıklamak için kullanılabilir. Ancak Sanayi Devrimi'nin ardından bu tezin geçerliliği sorgulanmalıdır. Çünkü Sanayi Devrimi ile birlikte, doğum hızlarında yaşanan belirgin düşüşe rağmen beklenen yaşam süresinin artmaya başlaması sonucu ortaya çıkan nüfus artışının, bu dönemde tarımsal ve endüstriyel üretimde görülen gelişmeyle dengelendiği görülmektedir. Nüfus artışı ile eş zamanlı yaşanan yaşam koşullarındaki iyileşme Malthus'un kendi dönemi için geçerli sayılabilecek tezini bu dönemi izleyen ekonomik ve tarihsel koşullar için geçersiz hale getirmektedir (Abramitzky and Braggion, 2009).

Malthus'un nüfus teorisi İkinci Dünya Savaşı'nı izleyen on yıllarda az gelişmiş ve gelişmekte olan bölgeler ile gelişmiş ülkelerde yaşayan göçmen toplulukların nüfuslarında yaşanan artışı açıklamak için kullanılmaya baş-

lanmıştır. Neo-Malthusçular, gelişmekte olan ülkelerdeki düşük yaşam standartları ile yüksek doğurganlık hızlarının ilişki içinde olduğunu savunmaya başladılar. Bu konu bir sonraki bölümde incelenmektedir.

Dünyanın az gelişmiş bölgelerinde yaşanan açlık ve yoksulluk sorununu yalnızca hızlı nüfus artışına bağlayanlara Hartmann, şu karşılığı vermektedir:

“Açlık sıkıntısı çekiyorlar; çünkü pek çok ailenin gıda üretmeye uygun toprağı, ya da yiyecek satın almaya yetecek parası yok. Asıl sorun, dünyada çok fazla insanın yaşaması ve kaynakların az olması değil; fakat dünyada yaşayan az sayıda insanın kaynakların çok büyük bir bölümünü elinde tutuyor olmasıdır. Sorun bir açlık sorunu değil, bir dağılım sorunudur” (Hartmann, 1995).

Nüfus sorununa ilişkin hatalı öngörülerini nedeniyle Malthus durumun daha da kötüye gitmesine neden olmuştur. Sosyal politika bağlamında düşünüldüğünde, zenginlik ve gücün adaletsiz dağılımı, kültür bağlamında düşünüldüğünde Malthusçu düşünce yapısı, Batı merkezli bir düşünceyi yansıtmaktadır. Bireysel olarak değerlendirildiğinde ise, nüfus kontrolü ile paralel giden aile planlaması, kadın sağlığı ve bireysel üreme haklarından uzaklaşarak, önceden belirlenmiş hedeflerin tutturulması çerçevesinde gelişmeye başladı. Danışmanlık, izleme, birden çok aile planlaması yönteminin sunulması, riskler ve faydalar hakkında bilgi verilmesi gibi durumlar ikinci planda kaldı. Bunun sonucu olarak yan etkileri hakkında tam olarak bilgilendirilmedikleri yöntemleri kullanan ve yan etkilerden olumsuz etkilenen kadınlar kullandıkları aile planlaması yöntemini terk ederek yüksek doğurganlığın sürmesine neden oldular. Malthus ve onu destekleyenler, şunu öngörememişlerdi: Nüfus sorunu yalnızca insanların sayılarının artışından kaynaklanan bir sorun değildi, temel hakların var olmasından ve kullanılmamasından kaynaklanan bir sorundu. Hakların sınırlandırılması yerine bu hakların genişletilmesine ihtiyaç duyulmaktaydı (Hartmann, 1995).

1.1.3. Neo-Malthuscuların Nüfus Yaklaşımı ve İkinci Dünya Savaşı Sonrası Dönemde Nüfus Politikaları

1877'de İngiltere'de Malthus'un nüfus yaklaşımını benimseyen bir birliğin kurulması ile Neo-Malthuscu nüfus yaklaşımı şekillenmeye baş-

lar. Doğum kontrolünün ilk büyük savunucuları, İngiliz radikal Neo-Malthusçulardır. Malthus'un ilkesel olarak kontraseptiflere karşı olmasına rağmen, İngiltere'de bu ilk dönem Neo-Malthusçular aşırı nüfusun, yoksulluğun bir nedeni olduğunu düşündüler ve yoksulların daha az sayıda çocuk sahibi olmasını sağlayarak yoksulluğu azaltacağı ve çalışan kesimin yaşam koşullarını iyileştireceği düşüncesiyle kontraseptifleri desteklediler (Hartmann, 1995).

Robert Dale Owen, 19. yüzyılda Neo-Malthusçu düşüncüyü Amerika Birleşik Devletlerine (ABD) taşımıştır. Ancak Owen, İngiliz Neo-Malthusçulardan farklı olarak yoksulluğun nedeninin aşırı nüfus artışı değil, zenginliğin adaletsiz dağılımı olduğunu düşünmüş ve doğum kontrolünü kadınların kendi bedenlerini kontrol etme hakkının bir parçası olarak desteklemiştir. Kadınların üreme haklarına vurgu yapan bu görüş, 19. yüzyılın ortalarında ABD'de feminist bir hareketin ortaya çıkmasını kolaylaştıran nedenlerden biri olmuştur (Hartmann, 1995).

Neo-Malthuscu nüfus yaklaşımının bazı temel savları bulunmaktadır. Bunlardan biri, hızlı nüfus artışının gelişmekte olan ülkelerde kişi başına düşen milli gelirin artışı engellediği savıdır. Bu sava göre, bir ülkede ne kadar çok insan yaşarsa ve bu sayı ne kadar artarsa kişi başına düşen milli gelir azalacaktır⁷. Ancak, göz ardı edilmemesi gereken nokta şudur ki, insanlar milli geliri sadece tüketmezler; aynı zamanda üretime katılarak milli gelirin oluşmasına neden olurlar. Örneğin 1960'lar ve 1970'ler boyunca Sahraaltı Afrika'nın milli geliri en çok ve en az artan ülkelerinin nüfus artış hızları hemen hemen aynı düzeylerde seyretmiştir (Hartmann, 1995). Yani bu ülkelerin milli gelirlerinde yaşanan artış aynı dönemde yaşanan nüfus artışı ile eş zamanlı olarak gelişmiştir. Bu demek değildir ki, bu ülkelerde yaşanan milli gelir artışının nedeni hızlı nüfus artışıdır; ancak nüfus artışı milli gelirden yaşanan artış engellememiştir.

Bir diğer sav, hızlı nüfus artışının hükümet yatırımlarını olumsuz etkilediği ve nüfusun hızla arttığı ülkelerde hükümetlerin temel sağlık hizmetle-

7 Ansley Coale ve Edgar M. Hoover'ın (1958) 1950'lerde geliştirdikleri makroekonomik modele göre hızlı nüfus artışı, sermaye yatırımlarını ve kişi başına düşen milli gelirden artırımın önündeki en önemli engellerden biridir. Coale-Hoover modeli, o dönemde pek çok ülkede ekonomi alanında politika geliştiren uzmanlar tarafından kabul görmüş ve buna paralel olarak anti-natalist politikalar geliştirilmeye başlanmıştır. Coale-Hoover modelinin ayrıntıları için bakınız: Coale, A. J., Hoover, E. M. (1958). *Population Growth and Economic Development in Low Income Countries: A Case Study of India's Prospects*. Princeton: Princeton University Press (Ross and Robinson, 2007).

rini bile sağlamakta zorluk çektiği savıdır. Ancak, hükümet yatırımlarının nüfus artışından ziyade politik öncelikler tarafından belirlendiğini akılda tutmak gerekir (Hartmann, 1995).

Neo-Malthuscu yaklaşım ayrıca, gelişmekte olan ülkelerdeki yüksek nüfus artışı sonucu artan işgücü arzını karşılayacak istihdam artışının gerçekleşmemesi nedeniyle, hızlı nüfus artışının işsizliğe neden olduğunu da ileri sürmektedir. Az gelişmiş ülkelerdeki işsizlik oranlarının gelişmiş ülkelerdeki işsizlik oranlarından yüksek seyrettiği genel olarak doğrudur. Ancak az gelişmiş ülkelerde yaşanan işsizlik sorununun, istihdam olanaklarının yetersiz oluşundan kaynaklandığını belirtmek gerekmektedir (Özberk, 2006).

Neo-Malthuscu yaklaşımın temel endişelerinden bir diğeri, yoksul ülkelerde hızlı nüfus artışının yol açtığı yoksulluk ve yoksunluk koşullarının sonuçta siyasi istikrarsızlığı beraberinde getirme riski olduğudur (Ross and Robinson, 2007).

İkinci Dünya Savaşı'nın sona ermesiyle bir yandan savaş koşullarının ortadan kalkması, diğer yandan dünyada refahın artmaya başlaması sonucu, az gelişmiş ülkelerde de ölüm hızlarında düşme ve doğuşta beklenen yaşam süresinde yükselme yaşanmış ve nüfus patlaması şeklinde adlandırılan bir süreç ortaya çıkmıştır. Az gelişmiş ülkelerin nüfuslarında yaşanan artışı bir tehdit olarak gören ve dünya genelinde yaşanacak bir siyasi istikrarsızlık riskini almak istemeyen ABD'nin başını çektiği gelişmiş ülkeler, "yeni dünya düzeni"nin şekillenmesi sürecinde bu tehdidin bertaraf edilmesi gerektiği görüşü üzerinde uzlaşmışlardır.

Neo-Malthuscu yaklaşımın temel argümanları çerçevesinde konuyu değerlendiren gelişmiş ülkelerin vardıkları sonuç, "Nüfus ve Üreme Sağlığı Politikalarına Genel Bakış" bölümünün başında sözü edilen demografik dönüşüm sürecinin⁸, nüfus artış hızı yüksek olan ve Neo-Malthuscu yaklaşıma göre kalkınmanın önünde bir engel oluşturan az gelişmiş ülkelere farklı bir biçimde ithal edilmesi olmuştur. Demografik dönüşümün üçüncü aşaması olan "düşük ölüm ve düşük doğum hızlarına" sanayileşme süreci ile birlikte ulaşıldığı kabul edilmektedir. Ancak, az gelişmiş ülkelerde sanayileşme ve buna bağlı olarak yaşam standartlarının değişmesi ile ortaya çıkan düşük doğum hızlarına ulaşılması beklenmeksizin, bu ülkelere ithal edilecek nüfus kontrolü programları ile doğum hızlarının düşü-

8 Bakınız sayfa 5.

rülmesi gelişmiş ülkelere cazip gelmiş ve bunun sonucunda aile planlaması ve nüfus kontrolü programları dünya genelinde yaygınlaştırılmıştır (Hartmann 1995, Özberk 2006, Abramitzky and Braggion, 2009).

Aile planlaması hareketinin az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde 1960'lı yıllardan itibaren başlamak üzere yükselen değerler arasında yer alması uluslararası kalkınma kuruluşlarının büyük finans kaynaklarını bu alanda kullanıma açmasıyla ortaya çıkmıştır. Bu finans kaynaklarının ardında ise gelişmiş ülkelerin yukarıda açıklanan nedenlerle gelişmekte olan ülkelerdeki nüfusu kontrol altında tutmak amacıyla bu kuruluşlara aktardıkları kaynaklar yatmaktadır. Gelişmiş ülkelerin aile planlaması politikalarına duydukları bu ilgi kamu sağlığı önceliklerinden ya da bireylerin üreme hakkının gerçekleştirilmesi gereğinden kaynaklanmamıştır. Kalkınma ekonomistlerinin az gelişmiş ülkelerde yaşanan hızlı nüfus artışının dünyanın büyümesinin önünde bir engel olduğu yolundaki görüşleri, bu düşüncelerin itici gücünü oluşturur.

Bu dönemde nüfus artış hızı çok yüksek olan Çin ve Hindistan gibi ülkeler, dünya nüfusunun mevcut hızla artması durumunda doğal kaynakların insanlığa yetmeyeceği tezini destekleyen örnekler olarak kullanıldı. Kontraseptif yöntemler olarak hapların ve rahim içi araçların (RİA) kullanımının dünya genelinde çarpıcı şekilde artmaya başladığı yıllar da aynı döneme denk gelir (Özberk, 2006). Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde 1960'lı yıllarda % 10'un altında olan kontraseptif kullanımı, 1960'ların ortalarında yaklaşık % 45'e yükselmiştir. 1987 yılında yapılan bir BM çalışması verilerine göre, dünyada çiftlerin % 51'i kontraseptif yöntem kullanmaktaydı. Ayrıca kadın sterilizasyonu, 1970'lerden başlayarak az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde artmaya başlamıştır. Dünyada erkek sterilizasyonunun iki üç katı oranda kadın sterilizasyonu yapılmaktadır (Entre Nous, 1989).

Bu sürecin bir başka boyutu da, aktarılan bu kaynakların yararlanıcı ülkeler tarafından kullanılmasına ilişkin gelişmiş ülkelerden gelen müdahalelerdir. Az gelişmiş ülkelerde sömürge döneminin ardından ulusal hükümetler kendi egemenliklerini sağlamlaştırmak için ekonomik kalkınmanın yanı sıra sosyal refahın sağlanmasını bir gereklilik olarak gördüler. Böylece sosyal politika, temel hakların düzenlenmesini ve yoksullukla mücadele programlarının uygulanmasını gerektiren bir politika alanı haline geldi. Bu süreçte, az gelişmiş ülke hükümetlerinin kendi

egemenliklerini güçlendirmek için başvurdukları bu yöntemin finansal olarak uygulanabilirliğinin ancak uluslararası kalkınma örgütlerinin ve dış yardım yapan donör devletlerin desteği ile mümkün olabildiği anlaşıldı. Bu nedenle sömürge döneminin ardından bağımsızlığını kazanan ülkeler ile bağımsız olmalarına rağmen ekonomik kalkınma sürecini tamamlayamamış ülkelerde devletin fonksiyonlarının tanımlanmasında özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrasında Bretton Woods kuruluşları olarak adlandırılan Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi kuruluşların ve bu kuruluşlarda etkin olan gelişmiş ülkelerin belirleyici bir etkisi oldu. Ancak bu kuruluşlar tarafından uygulanan “yapısal uyum programları” çerçevesinde ülke içinde bütçe dengesinin sağlanması birincil hedef olduğundan, bütçe dengesinin sağlanmasında herhangi bir sıkıntı yaşandığında başvuru en kısa yol sosyal devlet harcamalarına ayrılan ödeneklerin kısılması olmaktadır (Sen and Snow, 1994).

Öte yandan, dünya ekonomisinde ve buna paralel olarak ulusal ekonomilerde yaşanan durgunluk dönemlerinde de ülke içindeki sosyal refahın iyileştirilmesine yönelik politikalara ayrılan kaynakların acilen kısılması yöntemine sıkça başvurulmaktadır (Sen and Snow, 1994).

Tam da bu noktada, feministler ve kadın sağlığı savunucuları, uluslararası kuruluşlar ve donör ülkelerin güdümünde uygulanan politikalarda yalnızca ekonomik gerekçelerle yapılan ani değişikliklerin, zaten cinsiyete duyarlı olmayan ve bu yönüyle kadınların üremeye ilişkin ihtiyaç ve beklentilerini karşılamaktan çoğu zaman uzak olan bu politikaların uygulanması sürecinde, kadınların daha da olumsuz etkilenmesi sonucunu doğurduğu eleştirisini getirmektedirler. Feministlere göre sosyal devlet harcamalarında yapılan kısıntılar, kadınların üremeye ilişkin yüklerini daha da artırmaktadır (Sen and Snow, 1994).

1.2. Uluslararası Kuruluşların Etkisi

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşların yanı sıra ABD, Japonya, Almanya, Hollanda, Norveç, İsveç gibi donör ülkelerin küresel nüfus politikalarının oluşturulmasında ve az gelişmiş ülkelere ithal edilmesinde özellikle 1960'lardan bu yana belirleyici bir etkisi vardır. Bu kuruluşların yanı sıra Birleşik Devletler Uluslararası Kalkınma Ajansı (USAID)⁹, Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu

9 The US Agency for International Development.

(IPPF)¹⁰, Nüfus Konseyi¹¹ gibi özel kuruluşların da bu süreçte rol oynadıkları görülmektedir (Hartmann 1995, Özberk 2006).

Örneğin UNFPA'in kaynak aktardığı faaliyetler incelendiğinde 1969-1991 arası süreçte finansal kaynaklarının % 45'ini aile planlaması programlarına ayırdığı; buna karşın nüfus konusunun daha geniş ölçekli ele alındığı örneğin kadınların güçlendirilmesini hedef alan aktivitelere ise sadece % 1,5 oranında kaynak aktardığı görülmektedir. Bu durum Hartmann'a göre UNFPA'i Neo-Malthuscu yaklaşımın bir parçası haline getirmektedir. Ancak UNFPA tarafından uygulanan programların kadın sağlığını iyileştirmeyi amaçlayan girişimleri de içinde barındırdığı bilinmektedir (Hartmann, 1995).

Bir diğer kuruluş olan Dünya Bankası'na 1960'lar sonunda başkanlık eden Robert McNamara, uluslararası alanda nüfus kontrolünün önde gelen savunucularından biri olmuştur. Dünya Bankası uzmanları hızlı nüfus artışının olumsuz bir etkisi olduğu yolundaki görüşlerini az gelişmiş ülke hükümetlerinin üst düzey yetkilileri ile paylaşarak bu ülkelerde nüfus politikalarının geliştirilmesi konusunda hükümetleri yönlendirmişlerdir. Dünya Bankası'nın "nüfus politikası" odaklı bu yaklaşımı zamanla şekil değiştirmiş ve 1990'lı yıllarda Dünya Bankası demografik hedefleri temel alan ve teşvik-ceza gibi yöntemlere başvuran hükümetlere tepki göstermeye başlamıştır (Hartmann, 1995).

Uluslararası kuruluşlar tarafından geliştirilen bazı temel insan hakları belgelerinde nüfusa ilişkin konuların ele alınış biçimi ve üreme hakları ile üreme sağlığının konuya dahil edilmiş şeklinin de dünyanın dönemsel koşullarına göre değişikliklere uğradığı görülmektedir.

İkinci Dünya Savaşı sonrası süreçte insan hakları konusundaki temel uluslararası doküman olan 1948 İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde üreme haklarının açık olarak yer almadığı genel olarak kabul edilmekle birlikte; Bildirge'de yer alan bazı hakların üreme haklarına temel teşkil ettiği yorumunu yapanlar bulunmaktadır. Bu haklar, Bildirge'de ve diğer bazı BM sözleşmelerinde yer alan özel yaşamın dokunulmazlığı, vicdan özgürlüğü, sağlık ve refaha ilişkin haklardır (Türkiye Aile Planlaması Derneği, 1997).

¹⁰ International Planned Parenthood Federation.

¹¹ Population Council.

1967 yılında nüfus hakkında yaptığı bir konuşmada dönemin BM Genel Sekreteri U Thant şunları söylemektedir:

“İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, aileyi toplumun doğal ve temel birimi olarak tanımlamaktadır. Ailenin büyüklüğüne ilişkin tercih ve kararlara kuşkusuz aile üyeleri karar vermeli, aile dışından bir müdahale olmamalıdır. Ancak ebeveynlerin özgürce tercih yapmaya ilişkin bu hakları, kendilerine açık olan imkanlar hakkında bilgi sahibi olmamaları halinde bir anlam ifade etmeyecektir. Bu nedenle, her ailenin bu alanda bilgiye ulaşma hakkı ve sunulan hizmetlerin varlığı, giderek temel insan hakları arasında yerini almakta ve insan onurunun ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmeye başlanmaktadır” (United Nations Population Division, 2003).

BM Genel Sekreterinin konuşması olumlu ve olumsuz mesajları bir arada barındırmaktadır. Olumlu mesaj, üreme haklarının temel insan hakları içinde değerlendirilmeye başladığının BM Genel Sekreteri düzeyinde dünyaya duyuruluyor olmasında yatmaktadır. Olumlu olarak değerlendirilebilecek bu durum bile içinde ikili bir mesaj barındırmaktadır. Üremeye ilişkin bilgi ve araçlara ulaşma, üreme sağlığı hizmetlerinin varlığı, bireylerin üreme haklarının soyut düzlemde kalmaktan öteye geçerek bir gerçeklik haline gelmesinin olmazsa olmaz koşuludur. Ancak, bu konuşmanın yapıldığı 1960'lı yıllara denk gelen; az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde uygulanmaya başlayan aile planlaması programlarının meşru bir zemin kazanması yoluyla gelişmiş ülkelerin dünyanın geri kalanındaki “nüfus artışına ilişkin endişelerinin” ortadan kaldırılması şeklindeki ülküye hizmet etmek amacıyla, yani Neo-Malthuscu bir yaklaşımla yapılmış bir beyanat olduğu düşünüldüğünde, bu beyanın olumlu bir özelliği olduğunu söylemek zorlaşmaktadır. Öte yandan, olumsuz diğer husus üreme haklarının bireysel haklar olmasına karşın, BM Genel Sekreterinin aileye ve ebeveynlere yaptığı vurguda yatmaktadır. Ebeveynlere, aileye yapılan vurgu, üreme haklarını çocuk sahibi olma ya da olmama kararı ile sınırlamakta ve bu kararı da aileye bırakmaktadır. Oysaki üreme haklarının kapsamı bundan çok daha geniştir. Ayrıca, ebeveynlere ve aileye yapılan vurgu bireylerin kadın ve erkek olarak değerlendirilmesini engelleyerek, hak ve fırsatlara erişimde erkeklere kıyasla eşitsiz

konumda olan kadınların özel durumlarının, farklı ihtiyaç ve gereksinimlerinin farkına varılmasını ve ele alınmasını olanaksız kılmaktadır.

1948 İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin kabul edilmesinden 20 yıl sonra 1968 Tahran İnsan Hakları Konferansı'nda üreme hakları ilk kez açıkça dile getirilmiş ve şu şekilde tanımlanmıştır:

“Ebeveynlerin dünyaya getirecekleri çocuk sayısı ve aralığı hakkında özgür ve sorumlu karar verme hakkı ve bu çerçevede yeterli bilgi ve eğitim alma hakları vardır” (United Nations [UN], 1968).

Tahran Konferansı'nda üreme hakları, yine ebeveynler üzerinden tanımlanmaktadır. Burada da kadın ya da erkek olarak bireylerin üreme haklarının savunulduğunu söylemek iyimser bir yaklaşım olur.

Tahran Konferansı ile yapılan, Ronald Freedman ve Stephen Isaacs'a göre (1993), gelişmiş ülkelerin az gelişmiş ve kontraseptif kullanımını reddeden ülkelere uluslararası düzeyde kontraseptif kullanımının yaygınlaştırılması için baskı yapabilmek amacıyla bir zemin oluşturma çabası biçiminde yorumlanabilir. Asıl amaç, kadınların ve erkeklerin üreme haklarını savunmak değildir (Özberk, 2006).

Tahran'da düzenlenen İnsan Hakları Konferansı'nın yanı sıra, dünyada nüfusa ilişkin politikalar ve bunların kalkınma ile ilişkisi şimdیه kadar beş kez düzenlenen dünya konferansları ile ele alınmıştır. İlki 1954 yılında Roma'da, ikincisi 1964 yılında Belgrad'da düzenlenen bu konferanslar, aşağıda daha ayrıntılı biçimde açıklanan 1974 Bükreş, 1984 Mexico City Nüfus Konferansları ile sürmüş ve son olarak 1994 yılında Kahire'de bu tezin inceleme alanını oluşturan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı düzenlenmiştir.

1974'te Bükreş'te düzenlenen Dünya Nüfus Konferansı, o zamana kadar geliştirilmiş olan Batı merkezli nüfus hareketine az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin gösterdikleri direnç ile şekillenmiş, dünya nüfusunun sabitlenmesi için spesifik göstergeler belirleyen ve sosyal ve ekonomik kalkınmanın önündeki temel engel olarak nüfus artışını gösteren Dünya Nüfus Eylem Planı Taslağı pek çok tartışma ve anlaşmazlığa neden olmuştur (Robinson and Ross, 2007).

Konferans sırasında Batı merkezli nüfus kontrolü savunuculuğuna az gelişmiş ülkelerin getirdiği eleştiriler, kalkınmada geri kalmışlığın asıl nedenlerine değinmekten kaçınmak amacıyla hızlı nüfus artışına aşırı vurgu yapılması üzerinde yoğunlaşmıştır. Hindistan Delegasyonu tarafından dile getirilen “kalkınma, en iyi kontraseptiftir (Robinson and Ross, 2007)” sözü Konferans sırasında büyük destek görerek bir slogan haline gelmiştir.

Eleştiriler yalnızca az gelişmiş ülkelere değil, feministlerden, nüfus bilimcilerden ve gönüllü kuruluşların temsilcilerinden de gelmiştir. Sonuçta, Dünya Nüfus Eylem Planı Taslağı, pek çok değişikliğe uğramıştır. Eylem Planı'nda yer aldığı şekliyle üreme hakları şu şekilde tanımlanmıştır:

“Tüm çiftlerin ve bireylerin dünyaya getirecekleri çocuk sayısı ve aralığına özgür ve sorumlulukla karar verme ve bunun için gerekli bilgi, eğitim ve araçlara ulaşma hakkı vardır, bu bağlamda çiftlerin ve bireylerin sorumluluğu kendi yaşamları ve çocuklarının geleceği ile ilgili ihtiyaçları ve toplumlarına karşı sorumluluklarını göz önüne alır” (United Nations Population Information Network, 2009).

Hartmann'a göre, “sorumlulukla karar verme hakkı”, oldukça tartışmalı bir haktır ve hükümetlerin nüfus politikaları çerçevesinde belirlenen hedeflere uygun davranmak biçiminde algılandığında, bir başka deyişle toplumun çıkarlarını dikkate aldığında bu defa “özgürce karar verme hakkı”nın içi boşalmaktadır (Hartmann, 1995).

1974'te düzenlenen Bükreş Konferansı'nda alınan kararlar eleştirilse de yine de kalkınma-nüfus ilişkisine bakış açısı 1980'ler ve 1990'larda olduğundan daha olumlu olarak değerlendirilmektedir. 1980'lerin “serbest piyasa ekonomisi”, 1990'larla birlikte etkisini hissettirmeye başlayan küreselleşme ve bununla birlikte ortaya çıkan sosyal ve ekonomik değişim ve dönüşümler şu andan geriye bakıldığında Bükreş'te yapılan Konferansı tüm tarafların seslerini duyurabilme fırsatı bulmaları ve nüfus politikalarına ilişkin eleştirilerini ortaya koyabilmeleri bakımından anlamlı kılmaktadır. Ayrıca, eleştirilebilir yanları olsa da Dünya Nüfus Eylem Planı, “yeterli bilgi ve eğitime” ulaşmanın yanı sıra çiftlerin ve bireylerin “araçlara” ulaşma hakkını da kapsam içine alarak üreme haklarını bir adım ileriye taşımıştır (Robinson and Ross 2007, Hardon 1997).

Öte yandan üreme haklarına ilişkin tanımlamanın yapıldığı paragrafta yer alan “araçlara ulaşma hakkı” Hardon’a göre pek çok hükümet tarafından özgür ve bilgilendirilmiş tercih imkânlarını genişletmek yerine, doğurganlığı azaltarak nüfusu azaltmak biçiminde algılanmıştır. Bunun sonucu olarak da, kontraseptif kullanımını artırarak doğumları azaltmak ve bunun için de gerekirse teşvik ve ceza yöntemlerini kullanmak biçiminde uygulamaya yansımıştır (Hardon, 1997).

Bükreş Konferansı'nı izleyen yıllarda pek çok ülke nüfus ya da aile planlaması programları uygulamışlar ve 1980'lerde de bu programları sürdürmüşlerdir. Bu faaliyetlerin sonucunda doğurganlıkta dünya çapında daha önce görülmemiş ve Bükreş Konferansı öncesinde tahmin edilemeyen bir düşüş yaşanmaya başlamıştır (Robinson and Ross, 2007). Ancak aynı süreçte kadınların statüsünde belirgin bir iyileşme görülmemiş olması manidardır.

Kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerinin önündeki engellerin ve kadınların sağlık alanında karşılaştıkları ayrımcılıkların ortadan kaldırılması, 1979 yılında yürürlüğe giren Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi'nde (CEDAW) de düzenlenmektedir. 2009 yılı itibarıyla 185 ülkenin taraf olduğu¹² CEDAW Sözleşmesi'nin 16'ncı maddesi, kadın erkek eşitliği temelinde çocuk sayısına ve aralığına özgürce ve sorumlulukla karar verme konusunda aynı haklara, bu hakların kullanılabilmesi için gerekli bilgiye, eğitime ve araçlara sahip olma haklarını içermektedir.

Bükreş Konferansı'nın 10. yıl dönümünde 1984 yılında Mexico City'de düzenlenen Dünya Nüfus Konferansı ile, 1974 Dünya Nüfus Eylem Planı'ndaki taahhütlerin yenilenmesi amaçlanmıştır. Ancak Konferans sırasında önceden beklenmeyen bir yaklaşım geliştiren ABD, daha önce nüfusun istikrarlı hale getirilmesine verdiği önemin tam tersi bir politika benimseyerek, nüfus artışının doğal bir süreç olduğu ve nüfus artışının durdurulması eğilimi karşısında tarafsız bir politika izleyeceğini, bunun yanı sıra düşüğe karşı olduğunu açıklamıştır. ABD'nin “Mexico City Politikası” olarak adlandırılan bu politikayı benimsemesinin ardında yatan nedenlerden biri, ABD'nin pazar ekonomisinden beklentileri, diğeri ise yaşam hakkı savunucularının ABD'de oluşturdukları baskı gücüdür (Özberk, 2006).

12 Bakınız www.un.org.

Mexico City'de düzenlenen Dünya Nüfus Konferansı'nda "sorumlulukla karar verme" kavramı tanımlanmıştır. Buna göre:

"Hakların tanınması aynı zamanda sorumlulukları da içinde barındırır: Bu durumda, çiftler ve bireyler (üreme) haklarını, kendi kişisel durumlarının yanı sıra, aldıkları kararların çocuklarının ve içinde yaşadıkları topluluk ve toplumun dengeli gelişimi üzerindeki etkilerini dikkate alarak kullanmalıdırlar" (UN, 1984).

Uluslararası kuruluşlar tarafından yapılan bu çalışmaların öznesinin ebeveynlerden bireylere doğru bir geçiş göstermesi olumlu olmakla birlikte, üreme hakları kapsamına giren yeni kavramların tanımlanmasında zaman zaman belirsizlikler yaşandığı dikkati çekmektedir. 1994 Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın üreme hakları ve üreme sağlığı alanında uluslararası gelişmelere katkısı tezin üçüncü bölümünü oluşturmaktadır olduğundan, bu bölümde uluslararası kuruluşlarla ilgili olarak yapılan açıklamalara son verilmektedir.

1.3. Üreme Hakları ve Üreme Sağlığı

1.3.1. Üreme Davranışının Şekillenmesi

Üreme hakları ve üreme sağlığının incelenmesine geçmeden önce bu bölümde öncelikle, bireylerin ve çiftlerin üreme davranışını etkileyen ekonomik ve sosyal değişkenler ile kadınların üreme davranışının şekillenmesi üzerinde durulacaktır.

Bunun bir nedeni, üreme haklarının kapsamı ile üreme sağlığı hizmetlerine ilişkin gereksinimlerin, bireylerin ve çiftlerin içinde buldukları ekonomik ve sosyal koşullar dikkate alınmaksızın belirlenemeyecek olmasıdır. Bir diğer nedeni ise bu ekonomik ve sosyal değişkenlerin, çocuk sahibi olma ya da olmama kararının yanı sıra, bireylerin ve çiftlerin sahip olmak istedikleri çocuk sayısını da etkileyerek nüfus artış hızını belirlemede oluşudur.

Konunun kadınlar bakımından ayrıca ele alınması ise bir zorunluluktur. Biyolojik cinsiyetten kaynaklanan fizyolojik özelliklerin yalnızca kadınların doğurganlık özelliğine sahip olmaları sonucunu doğurması, üreme yükünün büyük bir bölümünü değiştirilemez biçimde kadınların üzerine yüklemektedir. Ancak bundan daha önemlisi, toplumsal cinsiyet rolleri-

nin oluşmasına neden olan toplumsal ilişki biçimleri ve cinsiyete dayalı işbölümü, üreme davranışına ve cinsel yaşama ilişkin biyolojik özelliklerden kaynaklanmayan pek çok yükü de kadınların üzerine yüklemektedir. Bu nedenle kadınların üreme davranışının şekillenmesi ayrı bir bölümde incelenmektedir.

1.3.1.1. Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelerde Çiftlerin Üreme Davranışları Üzerinde Etkili Olan Faktörler

Gelişmekte olan ülkelerin pek çoğunda geniş bir aileye sahip olmak hayatta kalmak için son derece akılcı bir stratejidir. Çocuk emeği, Asya, Afrika ve Latin Amerika'nın rençber topluluklarında aile ekonomisinin hayati bir parçasını oluşturmaktadır. Çocuklar tarlada çalışma, hayvanlara bakma, su ve diğer kaynaklara ulaşma, kardeşleriyle ilgilenme gibi pek çok aktivitede bulunmaktadır. Çocukların emeği, aile için önemli bir ekonomik değer haline gelmekte ve hatta bazı ülkelerde çocuklar hayatlarının çok erken döneminde kümülatif olarak tükettiklerinden fazlasını üretmeye başlamaktadırlar. Hatta şehirde yaşayan ailelerde eğitim görererek istihdama katılma fırsatı bulan ve gelir elde etmeye başlayan çocukların, kardeşlerinin eğitimine destek olması yoluyla bir çeşit destek zinciri oluşturulduğu ve çiftlerin sahip oldukları çocukların emeklerinden bu şekilde de yarar sağlama yoluna gittikleri görülmektedir (Hartmann, 1995).

Dünyanın yoksul ve gelişmekte olan bölgelerinde yaşayan insanlar için çocuk sahibi olmak, ekonomik bir değere sahip olmak anlamına gelirken, kişilerin ve ailelerin gelir düzeyi yükseldikçe durum değişmekte; çocuk bakmanın maliyeti artmaktadır. Kırsalda yaşayan aileler ve dünyanın yoksul bölgelerinde yaşayan insanlar için çocuk sahibi olmak ailenin sahip olduğu ekonomik değerlerin artması anlamına gelmektedir. Çocuklar tarlada çalışarak ailenin gelirini artırmaktadırlar. Ayrıca çocuklar, ebeveynlerinin yaşlılık günleri için temel bir güvenlik ve destek kaynağıdır. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde çiftler sadece ailenin ihtiyaçlarının karşılanması için yeterli sayıda çocuğa sahip olduklarında çocuk sayısını sınırlamaya ihtiyaç duymaktadırlar (Hartmann 1995, Özbek 2006, Hardon 1997).

Gelişmiş ülkelerde ise çocuk sahibi olmak, çocuğun bakımı ve eğitimi için masraf yapmak anlamına gelmektedir. Süresi ülkeden ülkeye de-

ğişken olmakla birlikte uzun yıllar boyunca eğitimde kalan çocukların bu süre boyunca aileleri tarafından istihdam edilmeleri ya da ebeveynlerin çocukların emeklerinden yararlanmak istemeleri istisnalar olsa da pek karşılaşılan bir durum değildir. Ayrıca, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde çoğunlukla bir sorun olan sosyal güvenlik sistemleri gelişmiş ülkelerde o kadar iyi işlemektedir ki, çiftler, yaşlandıklarında kendilerine bakmaları beklentisiyle çocuk yapma kararı vermemektedir. Gelişmiş ülkelerde iyi işleyen emeklilik sistemleri, sosyal koruma mekanizmaları ve refah devleti uygulamaları az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ebeveynlerin çocuklardan bekledikleri bakım hizmetlerini üstlenmektedir. Bu nedenle çiftlerin çocuk yapma kararına etkili olan ekonomik ve sosyal değişkenler gelişmiş ülkelerde az gelişmiş ülkelere göre oldukça farklıdır (Hartmann, 1995).

Gelişmişlik düzeyi dışında bazı kültürel davranış kalıpları da doğurganlık üzerinde etkili olmaktadır. Erkek çocuk tercihi, bazı kültürlerde çok çocuk sahibi olmakla sonuçlanan bir etkidir. Güney Asya, Çin ve Orta Doğu'nun kimi bölgelerinde kız çocuk emeği, erkek çocuklarınkine eşdeğer görülmediğinden ve yine bazı kültürlerde kız çocukları erken yaşta evlenmek/evlendirilmek suretiyle doğdukları evden ayrıldıklarından, daha çok sayıda erkek çocuğuna sahip olmak pek çok çift için bir öncelik haline gelebilmektedir (Hartmann, 1995). Ayrıca, kimi kültürlerde erkek çocuk sahibi olmak yalnızca işgücü anlamında değil, sadece geleneksel değerler nedeniyle de tercih edilen bir durum haline gelebilmektedir. Dünyanın farklı kültür ve topluluklarında farklı şekillerde süregelen toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin bir yansıması olan bu durum, sonuçta çiftlerin aslında arzu ettiklerinden ya da bakabileceklerinden daha fazla sayıda çocuk sahibi olmalarına yol açabilmektedir.

Bebek ve çocuk ölüm hızlarının yüksekliği, çiftlerin çok sayıda çocuk sahibi olmalarına neden olan bir diğer etkidir. Bebek ölümlülüğünün fazla olması, ebeveynlerin sahip oldukları çocukların aile ekonomisine katkı sağlayacak ve yaşlandıklarında kendileriyle ilgilenecek kadar yaşayıp yaşamayacaklarından emin olamamaları sonucunu doğurmakta, bu nedenle çiftler en azından birkaç çocuğun yaşayacağından emin olabilmek için çok sayıda çocuk sahibi olma kararını daha kolaylıkla verebilmektedirler. Düşük doğurganlığa sahip pek çok ülke, bu düzeye ancak bebek ve çocuk ölüm hızlarının düşmesinin ardından ulaşabilmiştir (Hartmann, 1995).

Yüksek doğurganlığın bir diğer nedeni de kadınların toplumdaki ikincileştirilmiş konumudur. Ailenin ve toplumun erkek egemen yapısı, kadınların kalkınma sürecinin neredeyse tamamından dışlanmaları, kadınların çoğunlukla istediklerinden daha fazla sayıda çocuk sahibi olmalarına neden olmaktadır (Hartmann, 1995). Bu durum işgücü piyasasına girmekte zaten zorluk çeken, emekleri çoğu zaman erkek emeğine eşdeğer görünmeyen ve işgücü piyasasında pek çok başka ayrımcılık türleriyle karşılaşan kadınların önünde bir engel olmaktadır.

Tüm bu nedenleri dikkate almadan yapılan nüfus kontrolü savunuculuğu sorunun bütüncül olarak değerlendirilmesini engellemekte; çok sayıda çocuk sahibi olan çiftlerin kendi hayatlarını ve gelecek nesillerin hayatını tehlikeye attığı gerekçesi ile “nüfus kontrolü”nü zorunlu bir sonuç gibi algılanmasına neden olmaktadır. Bu da, bireylerin içinde buldukları koşullar çerçevesinde seçim hakkına sahip olduklarının göz ardı edilmesi sonucunu doğurmaktadır.

Bir sonraki bölümde doğurganlık özelliğine sahip olmaları ve bu tezin asıl inceleme alanını oluşturmaları nedeniyle kadınların üreme tercihlerinin nasıl şekillendiği üzerinde ayrıca durulacaktır. Bu bölümü kapatırken şu sonuca varılmaktadır: Üreme tercihleri üzerinde etkili olan ve bu bölümde sözü edilen nedenlerin her zaman tek başına belirleyici olmayabileceği ve kimi durumlarda birden çok nedenin hatta birbiriyle çelişebilen etkenlerin bir araya gelmesi sonucu çiftlerin çocuk sahibi olma tercihlerinin belirlendiği akılda tutulmalıdır. Ayrıca, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşayan insanlar arasında yapılan bu gibi ayrımların keskin çizgileri olmadığı da yapılan değerlendirmelerde gözden kaçırılmamalıdır. Bireylerin, çiftlerin ya da belli bir insan topluluğuna mensup kişilerin üreme tercihlerini belirleyen farklı ve kendilerine özgü ihtiyaçları ve beklentileri olabileceği akılda tutularak, tüm bu beklentileri karşılayacak ve böylece bireylerin ve çiftlerin üreme hakkından eşit şekilde ve tam olarak yararlanmasını sağlayacak politikalar oluşturulmalıdır.

1.3.1.2. Kadınların Üreme Davranışlarının Şekillenmesi

Doğurganlığın fizyolojik olarak kadın bedenine özgü bir özellik olması ve dünyanın hemen her yerinde süregelen toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin bir sonucu olarak üremeye ilişkin yüklerin büyük bir bölümünün kadınlar tarafından üstleniliyor olması nedeniyle, doğurganlık tercihleri üzerinde

söz söylerken kadınların karar vermelerinde etkili olan faktörler üzerinde ayrıca durmak gerekmektedir. Bu faktörler, yalnızca kadın bedeninin üreme sürecindeki rolüne ilişkin faktörler olmayıp; sosyal, ekonomik, dini, siyasi pek çok boyutu bir arada barındırmaktadır.

Gebelik ve annelik, kadın vücudunun yeni bir form kazanması; yaşamının farklı bir biçimde yeniden şekillenmesi anlamına gelmektedir. Gebe kaldığı andan başlayarak doğum anına kadar kadın vücudunda fizyolojik ve psikolojik pek çok değişiklik olmakta; beslenme alışkanlıklarından, fiziksel aktivitelere, işgücü piyasasında yer alma biçiminden, kariyer planlamasına kadar pek çok konuda gebe kadının gebelik öncesi hayatta yaşadığı deneyimlerden farklı deneyimler yaşamasına neden olmaktadır. Bu nedenle üreme kararı alma aşamasında kadının özgür karar verme hakkı son derece önemli olmaktadır.

Ancak, kadınlar ve erkekler arasında biyolojik özelliklerden kaynaklanmayan farklılıklar oluşmasına neden olan ve bu farklılıklar nedeniyle hemen hemen tüm toplumlarda kadınların ikincil konumda, erkeklere bağımlı şekilde tanımlanmalarına neden olan toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri kadınların üreme kararını özgürce vermelerini engellemektedir.

Kadının kararı, eşinin/partnerinin yanı sıra, aile, büyük aile, sosyal çevre, toplum, devlet tarafından uygulanan resmi nüfus politikası çerçevesinde belirlenmektedir.

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde çocuk bakımı konusunda ihtiyaç duyulan hizmetler ile gerçekte var olan hizmetler arasındaki uçurum, kadınların iş yaşamı ve üreme yaşamı, çocukların yaşamı üzerine olumsuz etkiler bırakmakta; yoksulluğun ve toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin sürmesine neden olmaktadır (Sen and Snow, 1994).

Dolayısıyla üremeye ve doğum kontrolüne ilişkin politikalar geliştirilirken yalnızca gebeliğin önlenmesi ve sonlandırılması konularının değil, bunun yanı sıra kadınların çocuk doğurmak ve çocuk yetiştirmek konusunda karşılaştıkları kısıtlamaların; teknolojik kısıtların yanı sıra sosyal kısıtlamaların da göz önüne alınması yerinde olacaktır (Sen and Snow, 1994).

Kadınların işgücü piyasasında yer almaları ile birlikte, erkeklerin aile sorumluluklarını paylaşmaları sağlanmadan; kadınların ve erkeklerin ebeveynlik sorumlulukları ile iş sorumlulukları arasında yaşanan çatış-

maların çözümü için önlemler alınmadan kadınların kararlarını özgür olarak alabileceklerini söylemek mümkün olmayacaktır (Sen and Snow, 1994).

Kadın hakları savunucularının çoğunluğu, nüfus kontrolü ve aile planlaması politikalarına ayrılan kaynakların harcanma şeklini eleştirmekte ve uygulanan politikaların demografik gerekçelerle haklı gösterilmesini reddetmektedirler. Demografik hedeflerle doğum hızının kontrol edilmesi, uygulamada çoğu zaman kadınların doğurganlıklarının kontrol altına alınması ile sonuçlanmaktadır. Kadınlar, bedenlerinin ve duygusal davranışlarının pronatalist ya da antinatalist demografik amaçlara alet edilmesini istememektedirler (Jiggins, 1994).

Öte yandan kontraseptif teknolojileri genellikle doğumları önlemek şeklinde ifade edilen amaca uygun olarak nüfus kontrolü politikalarına hizmet etmek üzere geliştirilmekte, bu süreçte dikkate alınan husus çoğu zaman kontraseptiflerin etkililiği olmakta, kadınların sağlığı ya da kullanılacak yöntemde erkeklerin işbirliğinin ne ölçüde ve nasıl sağlanacağı konuları ikinci planda kalmaktadır.

Kadınlar kontraseptiflerin fizyolojik etkilerine katlanmaya itilmekte; ancak bunu çoğu zaman karmaşık duygusal davranış şekilleri ile dışa vurmaktadırlar. Modern kontraseptiflerin kadın sağlığına olumlu etkisi olduğu bilimsel bir gerçektir ve kadınlar da modern kontraseptifler yoluyla gebelikten ve dolayısıyla gebelik ya da doğuma ilişkin nedenlerle meydana gelen hastalık ve ölümlerden kurtulacaklarına inanmaktadırlar. Ancak şu da bir gerçektir ki, kadınların büyük bir çoğunluğu modern kontraseptifler nedeniyle hayatlarının bir döneminde bile olsa olumsuz yan etkilerle mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar (Jiggins, 1994).

Belirtilmesi gereken bir diğer nokta kontraseptiflerin güvenilirliğinin yalnızca bilimsel alanda tanımlanıp inceleniyor oluşudur (Jiggins, 1994). Oysaki her kadının kullanmakta olduğu kontraseptife ilişkin gözlem ve deneyimleri ile belli toplumlara özgü durumların da dikkate alınması gerekmektedir. Belli bölgelerde yaşayan kadınlarda ortaya çıkan yan etkilerin tüm dünyaya genellenebilir olup olmadığı ya da belli bir insan topluluğunda yaşayan kadınlar için özel yan etkiler tanımlanıp tanımlanamayacağına ortaya koyulması ve kadınların kararlarını tüm bu bilgilere sahip olarak vermelerinin sağlanması kadınların üreme haklarını

kullanabilmeleri için gereklidir. Kadın sağlığı savunucuları da bu konuları dile getirmekte; kullanıcıların hangi yan etkilerin kabul edilebilir olup hangilerinin olmadığına karar verme özgürlüklerinin olması gerektiğini savunmaktadırlar.

“Kısacası, kadın sağlığı savunucuları, kontraseptiflerin güvenilirliğinin; kadınların bireysel ve içinde yaşadıkları topluma ilişkin koşulları; aile planlaması dahil temel sağlık hizmetlerinin mevcudiyeti; sağlık bakımının kalitesi; kadınların temel sağlık hizmetlerine erişimleri; mevcut durumda kullanılmakta olan kontraseptifler arası geçişler ve kontraseptifin başarısız olması ya da kullanıcıdan kaynaklanan nedenlerle istenmeyen bir gebelik gerçekleştiğinde güvenli (isteyerek) düşük hizmetlerinin varlığı gibi kadına özel kaygı noktalarının ışığında değerlendirilmesi gereken bir durum olduğuna vurgu yapmaktadırlar” (Jiggins, 1994).

1.3.2. Üreme Hakları ve Üreme Sağlığının Tanımlanması

Geçmişte sadece doğurgan dönem düşünülerek “ana-çocuk sağlığı” bağlamında vurgu yapılan ve 15-49 yaş arası kadınları hedefleyen “üreme sağlığı ve üreme hakları” konusu, 1994 yılında Kahire’de gerçekleştirilen ICPD’de “üreme sağlığı ve üreme hakları” kavramı kapsamında tanımlanmış ve içeriği şu şekilde belirlenmiştir:

“Üreme sağlığı, üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyişine ilişkin bütün alanlarda sadece bir hastalık ya da sakatlık olması değil; fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumudur. Bu nedenle üreme sağlığı, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşama, üreme yeteneğine ve bunun ne zaman ve nasıl olması gerektiğine karar verme özgürlüğüne sahip oldukları anlamına gelir. Bu son koşul kadınların ve erkeklerin kendi seçecekleri yasalara aykırı olmayan doğurganlığı düzenleme yöntemleri kadar yine kendi seçecekleri güvenli, etkili, maliyeti uygun ve kabul edilebilir aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma ve bunlara ulaşabilme hakkını ve kadının gebelik ve doğumu güvenli koşullarda geçirmesini ve çiftlerin sağlıklı bir bebeğe sahip olabilecekleri en iyi koşulları sağlayacak uygun sağlık bakım hizmetlerinden yararlanabilme hakkını içerir. Üreme sağlığının yukarıdaki tanımına uygun olarak üreme

sağlığı hizmetleri üreme sağlığı sorunlarını engelleyerek ve çözümlenerek üreme sağlığına katkıda bulunacak yöntemler, teknikler ve hizmetler bütünü olarak tanımlanmıştır. Üreme sağlığı hizmetleri aynı zamanda amacı sadece üreme ve cinsel ilişkiyle geçen hastalıklarda bakım ve danışma değil; hayatı ve kişisel ilişkileri zenginleştirmek olan cinsel sağlığı da kapsar¹³ (UN, 1994).

ICPD Eylem Programı üreme sağlığını bu şekilde tanımladıktan sonra izleyen paragrafta üreme haklarına ilişkin bir açıklama yapmaktadır:

“Yukarıdaki tanımları akılda tutarsak üreme hakları ulusal yasalar da, uluslararası insan hakları bildirgelerinde ve diğer oybirliğiyle kabul edilmiş belgelerde benimsenmiş belirli insan haklarını içermektedir. Bunlar, bütün çiftlerin ve bireylerin çocuklarının sayısına, doğum aralığına ve zamanlamasına özgürce ve sorumlulukla karar verme temel hakkı, bunu yapacak bilgiye ve araçlara sahip olma hakkı, cinsel sağlık ve üreme sağlığında en yüksek standarda ulaşma hakkıdır. İnsan Hakları Bildirgesinde ifade edildiği gibi ayrımcılık, baskı ve şiddete maruz kalmadan üreme ile ilgili konularda karar verme hakkı da bu haklara dahildir. İnsanlar bu hakkı kullanırken halen hayatta olan ve gelecekte sahip olacakları çocuklarının ihtiyaçlarını, kendilerinin topluma karşı sorumluluklarını göz önüne almalıdırlar. Bütün insanların bu hakları sorumlu bir biçimde kullanmalarını sağlamak, aile planlamasının dahil olduğu üreme sağlığı alanıyla ilgili hükümet ve toplum destekli politikalarla programların temel amacı olmalıdır. Bu politika ve programların üstlendiği yükümlülüklerin bir parçası olarak, cinsiyetler arası ilişkilerde karşılıklı saygı ve hakkaniyetin sağlanmasına, özellikle kendi cinselliklerini olumlu ve sorumlu bir şekilde kullanabilmeleri için ergenlik çağındakilere gereken eğitim ve hizmetlerin verilmesine dikkat edilmelidir. Üreme sağlığı dünyadaki insanların çoğunun gözünden kaçmaktadır. Bunun nedenleri ise insan cinselliği konusunda bilgi düzeylerinin yetersiz olması, üreme sağlığı bilgi ve hizmetlerinin uygun olmayışı ya da düşük kaliteli olması; yüksek riskli cinsel davranışın yaygınlığı; ayrımcı sosyal uygulamalar; kadınlara ve kız çocuklarına yönelik olumsuz tutumlar; pek çok kadının ve

13 ICPD Eylem Programı, paragraf 7.2.

kız çocuğunun kendi cinsel yaşamları ve üreme yetenekleri üzerinde sınırlı bir güce sahip olmasıdır. Pek çok ülkede özellikle ergenlik çağındakiler bilgi eksikliği ve bu konuyla ilgili hizmetlerden yararlanamama nedeniyle korunmasız durumdadırlar. Yaşlı kadın ve erkeklerin ise genellikle yeterince ele alınmayan farklı üreme ve cinsel sağlık sorunları vardır¹⁴ (UN, 1994).

ICPD'de yapılan tanıma göre, üreme sağlığı ve üreme hakları yaşam döngüsü süresince her iki cinsiyet için de söz konusudur.

Üreme haklarını farklı şekilde tanımlayanlar da bulunmaktadır. Örneğin, Lynn Freedman (1999) üreme haklarını şu şekilde tanımlamaktadır:

“Üreme hakları, kadının üreme yaşamı ve cinsel yaşamı konusunda karar verme ve bu kararları uygulama kabiliyetini koruyarak ve buna saygı duyarak, kadının bedeninde ve kişiliğinde meydana gelen değişiklikleri kontrol etme kabiliyetine ilişkin yasal ve etik ilkeler bütünüdür” (Dejong, 2006).

Freedman bu tanıma yapar ancak şunu da belirtir, bu haklar çoğunlukla güç ilişkilerinin mevcut yapılmasını yani kurulu düzeni korumak amacıyla belirlenir ve kullanılırlar. Uluslararası alanda kabul edilmiş üreme haklarına ilişkin genel tanımlar kadın sağlığı savunucuları ve feminist akım temsilcileri tarafından çoğunlukla eleştirilmektedir. Bu gruplar üreme haklarının Batı değerleri çerçevesinde, genellikle sivil ve siyasi haklar çerçevesinde tanımlandığını; oysaki üreme hakları söz konusu olduğunda ekonomik ve sosyal hakların vazgeçilmez belirleyiciler olduğuna dikkat çekmektedirler. Feministler ayrıca üreme haklarının belirlenmesinin, Batı medeniyetlerinde yaşanan tarihsel deneyimlerin tüm dünya ve tüm zamanlar için geçerli evrensel deneyimler olduğu anlayışı üzerine şekillendiğini belirtmektedirler, oysaki üreme hakları kültürel ve yerel deneyimlerden ayrı tutulamaz (Dejong, 2006).

Bu nedenle, üreme haklarının ICPD ya da benzeri uluslararası konferanslarda ele alınması ya da çeşitli sözleşmeler ve anlaşmaların bu hakları içermesi önemli olmakla birlikte, bu hakların tanımlanması ve farklı kültürlerde uygulamaya geçirilmesi kaotik bir sorun haline gelebilmektedir. Örneğin, ICPD; Müslüman ve Katolik ülkelerle üreme hakları

14 ICPD Eylem Programı, paragraf 7.3.

savunucularının isteyerek düşük, evli olmayanlar ve gençler için üreme sağlığı hizmetleri ve cinsel aktivite gibi konularda görüş ayrılığı yaşamalarına neden olmuştur (Dejong, 2006).

Bu tanımları da akılda tutarak bireylerin üreme haklarının sağlanması için üreme sağlığı hizmetlerinin şunları kapsamaları gerekmektedir:

- Gerçek ve kapsamlı bilginin, aile planlaması dahil her türlü üreme sağlığı cinsel sağlık hizmetlerinin gereksinimi olan herkese ulaşılabilir, uygun maliyetli, kabul edilebilir ve kolay kullanılabilir olarak sunulmasının sağlanması,
- Gebelik ve aile planlaması yöntemleri ile ilgili sorumlu ve gönüllü seçimin desteklenmesi; ayrıca doğurganlığın düzenlenmesinde yasalara aykırı olmayan yöntemlerle ilgili bilgilendirme ve eğitim yapılması ve bunların uygulanmasının sağlanması,
- Yaşam döngüsünde değişen üreme sağlığı gereksinimlerinin toplumun farklı koşullarına duyarlı bir şekilde karşılanması,
- İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi, gerektiğinde sonlandırılması, riskli gebeliklerin, morbidite ve mortalitelerin azaltılması,
- Aile planlaması uygulamalarında erkeklerin katılımının sağlanması,
- Gebelik aralıklarını uzatmak için emzirmenin teşvik edilmesi,
- İnfertilite (kısırlık) vakalarında gereken hizmetin verilmesi,
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve HIV/AIDS'ten korunma, erken tanı ve tedavi hizmetlerinin sunulması,
- Ergenlere üreme sağlığı, cinsel sağlık eğitimi ve hizmetlerinin verilmesi,
- Güvenli annelik hizmetleri,
- İleri yaş grubundakilere yönelik cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri (osteoporoz ve malignansiler¹⁵ gibi) (Akın 1998, UN 1994).

15 Üreme organlarının kanser ve benzeri habis hastalıkları.

1.3.3. Üreme Hakları, Üreme Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet

Hemen hemen tüm toplumlarda kadınların ve erkeklerin birbirinden farklı davranış kalıpları geliştirmeleri beklenir. Kız ve erkek çocuklar doğuştan itibaren “kadınsı” ve “erkeksi” olarak nitelendirilen roller ve normlar çerçevesinde sosyalleşirler. Farklı şekilde giyinip, farklı oyuncaklarla oynamaları, başlarına gelen olaylar karşısında farklı duygusal tepkiler vermeleri beklenir. Yine hemen hemen tüm toplumlarda, bu farklılıklarla şekillenen cinsiyet kalıplarından erkeklere özgü olduğu düşünülenlerin kadınlara özgü cinsiyet kalıplarından daha değerli olduğu düşünülür; bu da gücün cinsiyetler arasında dengesiz dağılımını ve kadınların ikincileştirilmesini beraberinde getirir.

Toplumsal cinsiyet rolleri, buna bağlı yapılan ayrımcılık ve bütün bunların sonuçları ile sağlık yakından ilişkilidir. Sağlık genel olarak sosyal boyutları içinde barındıran bir kavramdır. 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanımda sağlık “sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmıştır (Akın, 1998: 16-22). Bu tanım bağlamında kişinin eğitim durumu, nerede ve nasıl yaşadığı, ne iş yaptığı, kimlerle ilişki içinde olduğu, bireysel ve toplumsal ekonomik koşulları ve bu ilişkilerin kendine özgü nitelikleri ve bağlantıları, sağlığı etkiler. Sağlığın sosyal boyutları içinde barındırması, bu sosyal ilişkilerden biri olan toplumsal cinsiyet ilişkilerinin dikkate alınmasını zorunlu hale getirmektedir. Sağlık hizmeti alma ve sağlığın korunması haklarının ilkesel olarak cinsiyet ayrımı içermeyen haklar olmasına karşın, kadınların ve erkeklerin sağlık deneyimleri birbirinden farklıdır. Bu farkın altında da biyolojik nedenlerin yanı sıra, hatta bunlardan daha fazla toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini de içeren bu sosyal ve ekonomik farklılıklar yatmaktadır.

DSÖ'ye göre, kültürden kültüre, zamana ve mekana göre farklılık gösteren toplumsal cinsiyet, sağlık hakkını da içine alan “kadının insan hakları” üzerinde her kadın için farklı olmakla birlikte genel olarak belirleyici bir etkiye sahiptir. Üreme hakları ile cinsel sağlık ve üreme sağlığı söz konusu olduğunda toplumsal cinsiyete dayalı güç ilişkileri ve toplumsal cinsiyet rolleri daha da fazla önem kazanmaktadır. Çünkü cinsellik ve üremeye ilişkin alanlar, gücü, geliri, mülkiyeti, hak, fırsat ve sorumlulukları eşit şekilde paylaşmayan kadınlar ve erkekler arasındaki ilişkilerden doğmaktadır ve kadınlar aleyhine eşitsizliğin en yoğun olduğu

alanlardandır (Türmen, 2003). Bu ilişkilerin kimilerince “özel alan” olarak adlandırılan bireysel ilişkiler çerçevesinde ortaya çıkması, hak ihlallerini ve eşitsizlikleri daha olası ve kamunun bilgisine ve ilgisine kapalı hale getirmektedir.

Üreme haklarının sadece bir seçme hakkından ibaret olmayıp, temel hakların kullanımına ilişkin bir sorun olması gibi, üreme sağlığı da sadece doğal ve biyolojik faktörler ve medikal gerekçelerle açıklanabilecek bir kavram değildir. Biyolojik nedenlerden kaynaklanan cinsiyet farklılıkları üzerine odaklanmak, kadınların biyolojilerine bağlı olan özel sağlık ihtiyaçlarını belirlemede yol gösterici olacaktır (Türmen, 2003). Ancak, hem üreme haklarını hem de üreme sağlığını analiz ederken ve bu alanda politika geliştirirken toplumsal cinsiyet boyutunun sürece dahil edilmesi gerekmektedir. Diğer bir deyişle, biyolojiden kaynaklanmayan farklılıkların ortaya koyulması, bu farklılıklar neticesinde kadınların ve erkeklerin üremeye ilişkin farklı ihtiyaç ve beklentilerinin tespit edilmesi ve bu tespitlerden yola çıkarak politikalar geliştirilmesi gerekmektedir. Türmen bu durumu şöyle açıklamaktadır:

“Ekonomik, sosyal ve kültürel nedenler sıklıkla kadınları erkeklerle olan ilişkilerinde daha güçsüz yapmaktadır. Bu güçsüzlük, kadınların istenmeyen cinsel ilişki, gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve şiddete karşı kendilerini koruyamamalarına neden olabilir. Cinsel ve üreme sağlığı problemlerine yönelik politika ve programlar şayet etkili olmak istiyorlarsa, risk ve sonuçlarını belirleyen biyolojik ve toplumsal cinsiyete dayalı faktörlerin rolünü anlamak zorundadırlar”(Türmen, 2003).

Cinsel haklar ve üreme hakları bağlamında yukarıda belirtilen tespitlere ilave edilebilecek pek çok kadın hakları ihlali vardır. İstenmeyen cinsel ilişki ve tecavüz sonucunda meydana gelen gebelikler, kadınların isteyerek düşük hizmetlerine erişimde karşılaştıkları baskılar ve kısıtlamalar, özellikle çatışma sürecindeki ve çatışma sonrasındaki toplumlarda yaşanan üreme hakları ihlalleri, kimi kültürlere özgü bir uygulama olan kız çocuk sünneti¹⁶, gebelikte cinsiyet seçimi, embriyo dişi ise gebeliğin sonlandırılması, baskın kontrolü, kontraseptiflerin bir kaç hariç geri kalanlarının kadınların kullanması gereken yöntemler olması ve bunların büyük bölü-

16 Female genital mutilation.

münün de hormonal içerik taşıması nedeniyle kadınların üremeye ilişkin üstlenmek zorunda kaldıkları ilave yükler, kontraseptif kullanımında bile kadının karar verici konumda olamaması, anne ölümlerinin pek çoğunda temel faktör olan hizmete ulaşamama sorunu bunlardan bazılarıdır.

Türmen, "Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı" başlıklı makalesinde konuyu açıklamaya şöyle devam etmektedir:

"Örneğin anne ölümlerini azaltmak ve önlemek artık günümüzde bir sosyal adalet ve insan hakları konusu olarak kabul edilmektedir...Doğurganlığa bağlı (hastalıklar ve) ölümler, sağlık sisteminin kadınların gereksinimlerini ne ölçüde karşılayabildiğinin bir göstergesi olarak görülebilir. Kadınları ve çocukları destekleyecek yapısal değişiklikleri içeren "güvenli annelik" konusu, politika oluşturanların, ihtiyaçlara göre kapsamlı (toplumsal cinsiyete duyarlı) sosyal politikalar üretmesini gerektiren bir konudur" (Türmen, 2003).

Bu tespit kadınların üreme haklarının ve üreme sağlığı politikalarının toplumsal cinsiyetle bağlantısını çok net biçimde ortaya koymaktadır. Görüldüğü gibi, biyolojik cinsiyet gereği yalnızca kadınların gebe kalabiliyor olması, anne ölümlerinin yalnızca biyolojik ve medikal gerekçelerle açıklanabilecek bir üreme sağlığı sorunu olması sonucunu doğurmamaktadır. Anne ölümleri üreme sağlığı hizmetlerinin varlığı ve kaliteli olup olmasının yanı sıra, kadınların eğitim düzeyi, kadınların sunulan hizmetlere erişip erişememesi, hizmetlerin kadınların sosyal gerçekliklerini dikkate alıp almaması gibi değişkenler tarafından da belirlenmektedir. Anne ölümlerinin nedenleri arasında önlenemez nedenlerin belirgin bir yer tutması, dünya ölçeğinde anne ölümlerinin yaklaşık % 90'ının (Akın ve Sevencan, 2006: 1-14) önlenemez nedenlere bağlı olması yukarıda belirtilenlerin çok açık bir kanıtıdır.

Daha önce de belirtildiği gibi, DSÖ'nün tanımına göre sağlık; "fiziksel, zihinsel ve sosyal yönlerden bütünüyle iyi olma hali"dir. 1994 Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, DSÖ'nün bu tanımlamasını temel alarak, üreme sağlığını; "üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyişine ilişkin bütün alanlarda sadece bir hastalık ya da sakatlık olmaması değil; fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumu" olarak tanımlamıştır (UN, 1994). Bu tanımlamada kastedilen sosyal yönden sağlıklı olma hali:

“Eğitim, çalışma, fırsat eşitliği, karar verme, seçme ve seçilme, sağlık hizmetlerinden yararlanma gibi hakların kullanılması ile mümkündür” (Akın, 2008).

Bu tespitten yola çıkarak kadınların üreme haklarından tam olarak yararlanabilmeleri ve tanıtımda yer aldığı şekliyle bir üreme sağlığı durumuna sahip olabilmeleri için diğer sosyal, siyasi ve ekonomik haklardan eşit şekilde yararlanmaları gerektiği sonucuna kolaylıkla ulaşılmaktadır. Dünya genelinde süregelen toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin ve ayrımcılığın bir sonucu olarak tüm bu haklara erişimde kadınlar erkeklerin gerisindedir.

Dünyada okuma yazma bilen her 100 erkeğe karşılık yalnızca 88 kadın okuma yazma bilmektedir. En az gelişmiş ülkelerde bu sayı kadınlarda 72'ye düşmektedir (United Nations Children Fund [UNICEF], 2009). Gelişmişlik düzeyi bakımından ilk sıralarda yer alan az sayıda ülke dışında hemen her ülkede ilköğretimden başlayarak eğitimin her kademesinde okullulaşma oranları erkek çocuklarına kıyasla kız çocuklarında daha az olmaktadır. Dünya genelinde kadınların parlamentoda temsil oranı düşük düzeylerde seyretmektedir. Bu örnekleri çoğaltmak mümkündür. Bu tespitler göstermektedir ki, kadınların üreme haklarından ve üreme sağlığı hizmetlerinden tam olarak yararlanmalarını hedefleyen her politika, toplumsal cinsiyet duyarlılığı ile oluşturulmalı, kadınlar ve erkekler arasında toplumsal yapıdan kaynaklanan farklılıkları dikkate alınmalıdır.

Öte yandan, üreme hakları ve toplumsal cinsiyet yaklaşımı kadınlar arasındaki farklılıkları da hesaba katmalıdır. Toplumsal cinsiyet çalışmaları, toplumsal yapının dinamikleri çerçevesinde kadınların erkeklerden nasıl farklılaştığına ve bu farklılaşmanın kadınların ve erkeklerin yaşamlarında ne gibi sonuçlara yol açtığına odaklanır. Ancak bunu yaparken kadınları homojen bir grup olarak ele alma yanılığısına düşmemek gerekir.

Hem gelişmiş ülkelerde yaşayan kadınlar ile gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde yaşayan kadınların üremeye ilişkin deneyimleri birbirinden farklıdır; hem de kadınların yaşadıkları gerçeklik yalnızca devlet politikaları ve içinde yaşadıkları ülkenin ya da topluluğun gelişmişlik düzeyi bağlamında şekillenmez; bunun yerine hatta bundan daha güçlü biçimde içinde yaşadıkları kültür, aynı kökenden geldikleri ırk, dahil oldukları yaş grubu, etnik kökenleri ve toplumsal cinsiyet rollerinin yaşadıkları toplum-

daki şekilleniş biçiminin yanı sıra kadının cinsel eşi/partneri ile ilişkisinin dinamikleri kadınların günlük yaşam deneyimleri ve dolayısıyla üremeye ilişkin tercihleri ve davranışları üzerinde etkili olmaktadır. Bugün dünyada pek çok kadının sahip olacağı çocuk sayısı ve aralığı, cinsel ilişkinin sıklığı ya da kullanılacak kontraseptif yöntem konusunda karar verme hakkı bulunmamaktadır.

Toplumsal cinsiyet ve üreme sağlığına ilişkin bir diğer konu ise, yaş dönemleri itibarıyla ortaya çıkan farklılıklardır. Toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, yaşamın her döneminde kadınları ve erkekleri farklı şekilde etkilemekle beraber, kadınların karşı karşıya kaldıkları etki ve risklerin her yaş döneminde daha fazla olduğu bir gerçektir. Kadınlar, bebeklik ve çocukluk dönemi, adolesan dönem, yetişkinlik (doğurganlık) ve menopoza sonrası dönemde erkeklere kıyasla daha fazla üreme sağlığı sorunu ile karşılaşmaktadır (Akın, 2008).

Toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılıkların daha doğmadan kadınların üreme sağlığını etkilemeye başladığı söylenebilir. Gebelik süresince kız çocuk istememekten kaynaklanan ayrımcılık, gebeliğin sonlandırılması ile sonuçlanabilmektedir. Daha çok Afrika kültüründe görülen kız çocuk sünneti kız çocuklarının üreme sağlığı ve cinsel yaşamları üzerinde hayat boyu olumsuz etkiye sahip olan bir uygulamadır. Adolesanlık döneminde, gereken cinsellik eğitimine ulaşamayan kız çocukları, erken yaşta, riskli ve istenmeyen gebeliklerle mücadele etmek durumunda kalabilmekte; kız çocukları bu dönemde pek çok toplumsal baskı ve cinsel şiddete maruz kalabilmektedir. Doğurganlık döneminde gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar, cinsel şiddetin yol açtığı sağlık sorunları, anne ölümleri, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar kadınları en çok tehdit eden üreme sağlığı sorunlarındandır. Menopoz ve sonrası dönem ise, kadınların osteoporoz, malignansiler gibi üreme sağlığı sorunlarının en çok ihmal edildiği dönem olup, bu dönemde kadınlar hem yaşları hem de cinsiyetleri nedeniyle çifte ayrımcılığa maruz kalmaktadır. Görüldüğü gibi, üreme sağlığı açısından sorunlar ve hizmet gereksinimleri her yaş grubunda kadınlarda erkeklere göre daha fazladır (Akın 2008, Aslan 2001: 1-3).

1.3.4. Feminist Akım ve Üreme Hakları

19. yüzyılda ABD ve İngiltere'de liberal feministler, kontraseptiflere ve düşüğün yasal hale getirilmesine karşı çıktılar. Çünkü kontraseptiflerin

ve düşüğün, kadının seçme hakkına katkıda bulunmaktan çok, erkeklerin çıkarlarına hizmet edeceğini, kadınların erkeklerin cinsel sömürü aracı haline getirilmesi sonucunu doğuracağını düşünüyorlardı. Liberal feministlerin 19. yüzyıldaki bu görüşleri, sadece üst sınıf kadınların cinsel yaşama ilişkin endişelerini yansıttığı; buna karşın farklı koşullardaki kadınların, örneğin işçi sınıfına mensup kadınların gerçeklerini yansıtmadığı gerekçesiyle eleştirilmiştir (Özberk, 2006).

Ancak, 20. yüzyılın başında cinsellik, üreme hakları ve doğum kontrolüne ilişkin görüşler değişmeye başlamıştır. ABD’de dönemin aydınları ve sosyal reformcular arasında cinselliğin üremeden ayrı bir biçimde değerlendirilmeye başladığını; aynı dönemde işçi sınıfının hak arama mücadelesinin yükselişe geçtiğini görüyoruz (Hartmann, 1995). Bu iki görüşün bir araya gelmesi sonucu feminist akım, üreme haklarına ilişkin taleplerini gözden geçirmeye başlamıştır.

Kadınların işgücüne giderek artan oranlarda katılmaya başlamaları ile birlikte feminist hareketin işçi sınıfı kadınlarının sorunlarına daha duyarlı hale gelmeye başladığı görülmektedir. Feminist hareketin üreme hakları ve doğum kontrolüne ilişkin talepleri değişmeye başlamış; sosyalist ve anarşist feministler kontraseptif yöntemlere ve doğum kontrolü yöntemlerine erişimin, kadının cinsel özgürlüğünün sağlanmasında önemli bir rolü olduğu görüşünü desteklemeye başlamışlardır.

20. yüzyılın başında artık ABD’de feministler arasında cinselliğin üremeden ayrı bir biçimde değerlendirildiğini, işçilerin sosyal ve ekonomik haklarını aramaya başlamaları ile birlikte kadınların bu faaliyetlere aktif biçimde katılım sağladıklarını ve sosyal hakların aranması sürecinde cinsel hakların da bahis konusu edilmeye başladığını görüyoruz. Bu süreçte, Margaret Sanger, ABD’de doğum kontrolü savunucularının başını çekmiştir. Sanger, kadınların istenmeyen gebelikleri sonlandırma hakkının olması gerektiğine inanıyordu ve bu amaçla 1916 yılında ABD’de ilk doğum kontrolü kliniğini açtı (Hartmann, 1995). Aynı dönemde İngiltere’de feminist yazar Marie Stopes ve doğum kontrolü savunucusu Humprey Verdon Roe 1921 yılında doğum kontrolü kliniği açtılar (Özberk, 2006).

ABD ve İngiltere’de feminist hareket içinde doğum kontrolü savunuculuğunun başını çeken Sanger ve Stopes baskı ve cezalandırmalara maruz

kaldılar. Baskılar özellikle kilisenin başını çektiği muhafazakar gruplardan gelmekteydi. Ancak hareket son bulmadı ve Malthuscuların da farklı gerekçelerle doğum kontrolünü desteklemeleri sonucunda 1920'lerin sonunda ABD ve İngiltere'de açılan doğum kontrolü merkezlerinin sayısı 300'ü buldu (Özberk, 2006).

20. yüzyılın başında ortaya çıkan bu feminist girişimler, en başta kadının insan haklarının gerçekleştirilmesi ve kadınların güçlendirilmesi hedeflerine odaklanmıştır. Kadınların istenmeyen gebeliklerden korunma hakkına sahip olması gerektiği görüşü, hareketin çıkış noktasını oluşturur. Temel odak noktası bir birey olarak kadın ve kadının bireysel iyiliği, refahıdır (Robinson and Ross, 2007).

1960'larda radikal feministler, kadın ve erkek arasındaki farkları biyolojik özelliklerden kaynaklanan nedenlerle açıklamaya çalıştılar. Shulamith Firestone, "Cinselliğin Diyalektiği" adlı kitabında kadınların özgürleştirilmesi ve cinsel eşitliğin sağlanması için etkili kontraseptif ve doğum teknolojilerinin geliştirilmesi gerektiğini savunur. Bu yöntemlerle biyolojik annelik sonlandırılabilir; bu da kadınların cinsel özgürlüğe ulaşmalarını sağlayabilir. Firestone'un bu bakış açısı, kadınlarla erkekler arasındaki eşitsizliklerin biyolojik nedenlere, yani kadının üreme işlevine bağlı olduğunu yansıtmaktadır (Sen and Snow, 1994).

Feminist akımın üreme haklarına ilişkin olarak tartıştığı bir diğer konu, üreme alanındaki teknolojik gelişmelerin kadınların yaşamlarına etkisidir. Üreme sağlığı ile ilgili teknolojik gelişmelerin kadınların hayatlarında çok olumlu değişikliklere neden olduğu savunulur; özellikle de 20. yüzyılın ikinci yarısında yaşanan teknolojik gelişmelerin etkisine vurgu yapılır; ancak feministler, teknolojik gelişmelerin kadınların ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla değil, özel siyasi çıkarların etkisiyle şekillendiğini savunurlar. Teknolojik gelişmelerin sosyolojik çözümlenmelerinin yapıldığı çalışmalarda, teknolojinin yalnızca rasyonel teknik belirlenimlerin sonucu olduğu fikri eleştirilmekte; bunun yerine siyasi çıkarların teknolojinin ortaya çıkması ve seçimi aşamalarında etkili olduğu savunulmaktadır. Eğer teknolojik yenilikler toplumların ürünüyse, bu durumda bir toplum tarafından üretilen teknolojik ürünler, toplumsal yapının belirlenmesinde etkili olan cinsiyet ilişkilerini de yansıtacaktır. Bu durumda da toplumsal cinsiyet olgusunun etkisine vurgu yapmadan teknolojik gelişmelerin etkisini tam anlamıyla tahlil etmek mümkün olmayacaktır (Sen and Snow, 1994).

Gena Corea, Jalna Hanmer, Renate D. Klein, Maria Mies, Robyn Rowland gibi radikal feministler, genetik mühendisliği ve üreme mühendisliğinin gelişimini ataerkil sömürünün yeni bir formu olduğunu düşündükleri için kaygıyla izlemektedirler. Diğer obstetrik uygulamalarda olduğu gibi başlangıçta yalnızca riskli vakalarda kullanılmak üzere uygulamaya geçirilecek yenilikler, zamanla rutin olarak tüm kadınlara uygulanır hale gelecek (Sen and Snow, 1994), bu da kadınların kendi bedenlerinden uzaklaşmaları ve bedenlerinin teknolojik gelişmelerin etkisine açık hale gelmesine neden olacaktır.

Michelle Stanworth, Rosalind Petchesky, Lynda Birke, Susan Himmelweit, Gail Vines'i içeren bir başka grup feminist ise, teknolojik yeniliklerin önemini toptan reddetmek yerine, bu gibi gelişmelerin kadınları güçlendirme ve yetkinleştirme potansiyeline sahip oldukları gibi, tam tersi bir sonuçla kadınların bedenlerinin kontrol altına alınması potansiyelini de taşıdıklarını savunmaktadırlar. Stanworth, bu ikili durumu şöyle açıklar:

“(Bu yenilikler) bir yandan kadınlara çocuk sahibi olup olmama, bunun zamanına ve hangi koşullar altında olacağına karar vermek için geniş teknolojik imkanlar sunarken, diğer yandan medikal sektör ve devletin üreme teknolojileri üzerindeki hakimiyeti, bu güçlerin kadınların yaşamlarını kontrol etme kapasitelerini büyük ölçüde artırmaktadır” (Sen and Snow, 1994).

Bu görüşler çerçevesinde feministlerin gelişen üreme teknolojilerinden beklentileri kadınların gerekli bilgi ve kaynaklara erişimlerinin sağlanmasından öteye geçmemektedir. Böylece kadınlar, kendi tanımlamaları ve kararları doğrultusunda üreme deneyimlerini şekillendirebileceklerdir. Feminist akım temsilcilerinin bu beklentileri, devletin ve medikal endüstrinin baskı ve yönlendirmelerinin kadının kararı üzerinde belirleyici olmaması için gereken önlemlerin alınmasını zorunlu kılar. Ancak bu önlemleri alacak olan da uluslararası düzeyde uluslararası örgütler, ulusal düzeyde ise yine devletlerdir.

Bu tespit, üreme haklarına ilişkin feminist düşüncenin çok önemli bir diğer tartışma noktası ile yakından ilişkilidir. Bu tartışma, feminist akımın, nüfus politikalarını oluşturan kuruluşlarla işbirliği yaparak ya da bu kuruluşların çizdiği çerçeve içinde kalarak üreme haklarına ilişkin tartışmalarını gerçekleştirmesinin kadın hareketi için kabul edilebilir olup olmadığı sorusudur.

Feministlerin yerel düzeyde başlattıkları girişimler, nüfus politikalarını oluşturan kuruluşlardan daha farklı şekilde konuya yaklaşıyorlardı. Kadınların üreme haklarının gerçekleştirilmesi için daha kapsamlı üreme sağlığı hizmetleri ve cinsellik eğitiminin tek başına yeterli olmayacağını, bunun yanında tabandan gelen faaliyetler olması gerektiğini düşünüyorlardı (Hartmann, 1995).

Ulusal düzeyde ise, örneğin Brezilya'da kadın grupları ulusal sağlık politikasının üreme sağlığını içerecek şekilde dönüştürülmesi için Hükümete baskı yapıyorlardı. Bu girişimler, feministlerin üreme haklarına yaklaşımında coğrafi olarak daha geniş kapsamlı ve daha demokratik açılımları da beraberinde getirdi; feminizmin üreme haklarına ilişkin görüşlerini Batı merkezli olmaktan çıkardı (Hartmann, 1995).

Nüfus politikası oluşturan kuruluşlarla birlikte faaliyet gösteren feminist gruplar 1980'lerin ortalarından başlayarak "sağlık bakımının kalitesi" konusunu gündeme taşıdılar (Hartmann, 1995). Bu dönemde ABD'den yayılmaya başlayan düşük karşıtı politikalar nedeniyle nüfus kuruluşlarının da kadın hareketi ile işbirliği yapmayı stratejik olarak gerekli buldukları söylenebilir. Kadın sağlığı savunuculuğu ile nüfus politikası savunuculuğunu bir araya getiren işte bu ihtiyaçlar olmuştur.

Bu işbirliğinin feminizme katkısı ise şüphelidir ve hareket içinde hala tartışılmaktadır. Feminist akım temsilcilerinin ve kadın sağlığı savunucularının katılımı olmasaydı, ICPD Eylem Programı şu anda olduğu kadar kadın hakları odaklı olmazdı. Ancak feminizmin kendi içinde cevap bulmaya çalıştığı başka sorular mevcuttur: Feministler ve kadın sağlığı savunucuları, ekonomik ve çevresel sorunların temelinde nüfus artışının yattığını savunan, bunu ortadan kaldırmak için gelir dağılımındaki adaletsizlikler, yapısal uyum politikalarından kaynaklanan problemler, silahlanma gibi sorunlara odaklanmak yerine, hızlı nüfus artışını temel suçlu gibi gösterip, bu sözde sorunu ortadan kaldırmak için bireyleri, ama en başta kadınları araç olarak kullanan bir çerçevede yer almak zorunda mıdır?

Bu soruya cevap ararken, nüfus kuruluşları ile çalışmayı tercih eden feministlerin gerekçelerine göz atmak gerekir, feministler ve kadın sağlığı savunucuları temelde iki nedenle bu tercihi yapmaktadırlar: Birincisi, kimi üreme sağlığı aktivistleri gerçekten de nüfus artışının kontrol altına alın-

ması gerektiğini düşünmektedirler. İkinci neden ise, bu mekanizmalara katılarak kadınların karar alma süreçlerine katılım sağladıkları; hatta biz-zat karar alıcı pozisyonlarda yer aldıkları görülmektedir. Bu durum, femi-nist hareketin profesyonelleşmesi ile açıklanmaktadır (Hartmann, 1995).

Bangladeş'te 1993 yılında 23 ülkeden kadın hareketi temsilcilerinin ka-tılımı ile düzenlenen toplantı sonunda yayımlanan Deklarasyon, nüfus kuruluşlarının belirleyici rol oynamasına kesinlikle karşı çıkmaktadır:

“Yiyecek, eğitim, sağlık, iş yaşamına, sosyal ve siyasal yaşama katılım, şiddetten ve baskıdan uzak bir yaşam gibi temel kadın ihtiyaçları kendi başına birer konu olarak ele alınmalıdır. Kadın-ların ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması, nüfus politikaların-dan ayrıştırılmalıdır” (Hartmann, 1995).

Kadın hareketi, tüm bu tartışmalar arasında demokratik katılıma, farklı görüşlerin varlığına saygı duyarak üreme haklarının ve üreme sağlığının tüm kadınların ihtiyaç ve beklentilerini karşılamasını sağlama yolunda görüşlerini sunmaya devam etmiştir.

1970'lerle birlikte kadın hareketi dünya kadın konferansları ile bir araya gelerek farklı kadınların kendilerini algılayış ve ifade ediş biçimlerinin yanı sıra farklı taleplerin de dile getirildiği yıllar olmuştur. İki 1975 yı-lında Mexico City'de düzenlenen Dünya Kadın Konferanslarının ikincisi 1980 yılında Kopenhag'da, üçüncüsü 1985'te Nairobi'de, dördüncüsü ise 1995 yılında Pekin'de gerçekleştirilmiştir.

Bu Konferanslar kadın hareketinin yalnızca Kuzey Amerika-Avrupa'da şekillenen bir hareket olmadığını ortaya koymuş, dünyanın farklı kültür ve coğrafyalarında yaşayan ve Avrupa-Kuzey Amerika'da yaşayan ka-dınların deneyimlerinden oldukça farklı deneyimlere sahip kadınlar bu Konferanslar ile seslerini duyurma fırsatı bulmuşlardır. Üreme sağlığı ve üreme haklarına gelince, bu dönemde feministlerin talep ettikleri doğum kontrolünün serbestleşmesi ve düşüğün yasal hale gelmesi taleplerin-den çok daha farklı taleplerin olabileceği bu Konferanslar ile dile getirildi. Batılı, üst-orta sınıf, eğitilmiş, beyaz kadının önceliği olan bu durum, bir Afrikalı'nın önceliği olmayabilirdi.

Feminizmin diğer bir kaygısı ise, yukarıda söz edilen BM Konferansları gibi resmi mekanizmalara katılmanın kadın hareketini sahada sürdürü-

len eylemlerden uzaklaştırıp uzaklaştırmadığı, yani hareketin kendisine yabancılaşmakta olup olmadığıdır. Feminist akım temsilcileri arasındaki bu düşünce farklılıkları özellikle BM bünyesinde yapılan toplantılar söz konusu olduğunda önem kazanmaktadır; çünkü BM müzakereleri, sonuçta tüm ülkeleri ve tüm insanları etkileyecek kararlar almak amacıyla gerçekleştirilmektedir (Harcourt, 1997).

Kadınlara ilişkin soruların diğer konulardan ayrıştırılması bir tercihtir; ancak bu tercih kadın sorunlarının izole edilmesi sonucunu doğurabilir. Toplumsal cinsiyet eşitliğinin tüm ana plan ve politikalara yerleştirilmesi sürecinde, kadınların ihtiyaç ve beklentilerinin devletin faaliyet gösterdiği tüm politikaların oluşturulması ve uygulanması aşamalarında göz önüne alınması gereklidir, bunu yapacak olan da temelde devlet kurumları olmakla birlikte, feminist hareketin süreçten kendini tümüyle koparması, bu stratejiyi sadece devletin insafına bırakarak, gerçekleşmesini daha baştan zora sokacaktır. Sağlık politikalarına toplumsal cinsiyet eşitliğinin yerleştirilmesi ve bunun sonucunda hem kadınların hem de erkeklerin ihtiyaç duydukları tüm üreme sağlığı hizmetlerine erişebilmelerinin sağlanması için bir yandan kadın hareketinin tabandan gelen talepleri siyasal mekanizmalara aktarması, bir yandan da yerleştirmeyi gerçekleştirecek devlet kurumlarına baskı yapması, gerektiğinde uzmanlık desteği sağlaması gereklidir.

Tüm bu tartışmalar ışığında, feministler bugün üreme haklarını, kendi içlerinde de değişmekle birlikte, oldukça geniş biçimde tanımlamaktadırlar. Onların talepleri şunları içermektedir:

- Eşit işe eşit ücret kazanma fırsatı yoluyla ekonomik güvenlik hakkı, böylece kadınlar kendileri ve aileleri ile daha iyi bir şekilde ilgilenebileceklerdir;
- Herkes için güvenli işyeri ve çevre hakkı, böylece kadınlar sağlıklı çocuklar büyütmelerine engel olacak tehlikelerle karşı karşıya kalmayacak; ya da sterilizasyon ve iş piyasasına girmek arasında seçim yapmak zorunda kalmayacaklardır;
- Kaliteli çocuk bakım hizmetlerine erişim hakkı; böylece kadınlar çocuklarının iyi bir şekilde bakılacağından emin olarak işgücü piyasasına girebileceklerdir;

- Düşüğe, ücretsiz ve bilgilendirilmiş kontraseptif seçimine ve diğer üreme sağlığı yöntemlerine erişim hakkı;
- Cinsellik eğitimine ulaşma hakkı; böylece her yaştaki erkekler ve kadınlar bedenlerini daha iyi anlayıp kontrol edebileceklerdir;
- Sadece kontraseptiflerin güvenliğini sağlamak için değil, temel bir insan hakkı olarak nitelikli sağlık bakımına ulaşma hakkı;
- Nasıl doğum yapacağını seçme hakkı;
- Lezbiyen kadınların ve engelli kadınların anne olma hakkına sahip olması;
- Şiddetin her türüsünden uzak olma hakkı;
- Kadınlara yönelik ayrımcılığın her biçiminin ortadan kaldırılarak kadınların doğurganlıkları üzerinde hakimiyet kurmalarının sağlanması;
- Erkeklerin çocuk bakımı, ev işleri ve doğum kontrolünde eşit şekilde katılım sağlaması, diğer bir ifade ile sorumlulukların eşit paylaşımı, böylece kadınların çifte yük altında kalmasının önlenmesi (Hartmann, 1995).

1.3.5. Üreme Hakkı Olarak İsteyerek Düşük Hakkı

İsteyerek düşük, insan neslinin varlığı ve devamına ilişkin tartışmaların yanı sıra üreme hakları bağlamındaki tartışmalara temel teşkil eden konulardan biridir. Hayatın ne zaman başladığı sorusu üzerinde yapılan bu tartışmalarda kadınların kendi bedenlerini kontrol hakkına sahip olmaları için istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması hakkına sahip olmaları gerektiği tezi üzerinde sıklıkla tartışılan konular arasındadır. Ancak konunun birden fazla boyutu olduğu kuşkusuzdur. Devletin henüz doğmamış olanları koruma sorumluluğu, insan hayatı üzerine dini görüşlerin ortaya koyduğu argümanlar, çiftlerin veya gebenin küçük yaşta olması durumunda ebeveynlerinin düşük kararı verme hakkına katılımı, annenin ve fetüsün hakları arasında var olduğu savunulan çatışma gibi konular, isteyerek düşükten söz edildiğinde karşımıza çıkan sorun alanlarıdır (UN, 2002). Bu tez çalışması, isteyerek düşük hakkını kadının üreme hakkı ve bununla bağlantılı olarak kendi bedenini kontrol etme hakkı çerçevesinde tartışmaktadır. Bu nedenle, diğer sorun alanları varlıklarının önemi dikkate alınarak kısaca sıralanmaktadır.

İsteyerek düşük hakkı, üreme hakları bağlamında kadının kendi bedenini kontrol etme hakkı çerçevesinde feminist akım temsilcileri, insan hakları ve kadın sağlığı savunucuları tarafından üzerinde en çok tartışılan ve karşıt görüşlerin çok çeşitli olduğu konulardandır.

İsteyerek düşük hakkına karşı çıkanlardan bir bölümüne göre, isteyerek düşük hakkı savunuculuğu, fetüsün yaşam hakkının reddi temeline dayanır. Ancak Judith Jarvis Thomson'a göre (1971), isteyerek düşük hakkını savunanların tamamı fetüsün haklarını reddetmez. Fetüs yaşam hakkına sahip bir canlı olarak değerlendirilebilse bile, fetüsü bedeninde taşıyan kadınlara devlet tarafından yapılacak müdahalenin bir sınırı olmalıdır. Kadınlar kendi bedenlerini yönetme hakkına sahiplerse, kendi iradeleri dışında başka canlıların bedenlerini kullanmalarına izin vermemeye hakkına da sahiptirler. Devlet, bir kadının bedeninin kendi rızası dışında başka bir canlı tarafından kullanılması için kadınları zorlayamaz (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2004).

Bazı feministlere göre ise Thomson'un fetüs ve anneyi birbirinden ayrı ve bağımsız varlıklar olarak gören bu anlayışı pek de uygun değildir. Bu düşünceyi savunan feministler anne ve fetüs arasındaki ayrılmaz ilişkiye vurgu yaparlar (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2004).

İsteyerek düşük hakkını bir de kontraseptif kullanımı bağlamında değerlendirmek gerekir. Kontraseptif teknolojilerinin mükemmel olmadığı bilinen bir gerçektir ve güvenli, yasal düşük hizmetleri kadınların bireysel ihtiyaçlarını daha iyi karşılayacak kontraseptif yöntemleri tercih etmelerini sağlayarak üreme haklarını tam olarak kullanmalarının önünü açacaktır. Kadınlar kimi durumlarda yan etkilerinden olumsuz etkilenmelerine rağmen gebe kalmalarını daha kesin şekilde engelleyen, yani başarısızlık oranı daha düşük olan yöntemleri kullanmak zorunda kalmaktadırlar (Jiggins, 1994).

Güvenli ve yasalarla izin verilen isteyerek düşük hakkını kullanabilen kadınlar ise yöntem seçme konusunda daha fazla özgürlüğe sahip olarak yan etkilere de kendi belirledikleri ve karar verdikleri ölçüde maruz kalmaktadırlar. Bu durum, kadınların kendi bedenleri ve üreme kapasitelerini kontrol etmelerine olumlu katkı yapmaktadır.

Güvenli koşullarda isteyerek düşük hakkının yasalarla kadınlara tanınmadığı toplumlarda ise isteyerek düşüğün sağlıklı koşullarda gerçekleştirildiği bugün tüm dünyada bilinen bir gerçek olup, güvenli olmayan koşullarda gerçekleşen düşüklerin anne ölümlerinin temel nedenlerinden biri olduğu da dikkate alınmalıdır.

İsteyerek düşüğün yasaklanması ve cezalandırılması bir yandan kadınların üreme haklarını sorumlu ve özgür biçimde kullanmalarını engellemekte; bir yandan da kadınları güvenli olmayan koşullarda yapılan düşüğün sağlık riskleri ile karşı karşıya bırakmaktadır. Bu durum kadınların vücut bütünlüğünün bozulması ve hatta kimi durumlarda yaşam hakkının ihlali gibi vahim sonuçlara kadar gidebilmektedir (Puri and Van Look, 2001).

Güvenli koşullarda düşük hakkının yasal düzenlemeler çerçevesinde mümkün olmadığı durumlarda kadınların üreme seçeneklerini kullanma hakkını temin etmek amacıyla devletin aile planlaması hizmetlerini sağlaması gerektiği de öne sürülen görüşler arasındadır (Puri and Van Look, 2001). Ancak az önce de belirtildiği üzere, bir ülkede aile planlaması hizmetleri mükemmel sayılabilecek ölçülerde sağlanmış olsa bile, kontraseptif teknolojileri bu mükemmelliğe sahip olmadıklarından, istenmeyen gebeliklerin gerçekleşmesi kaçınılmazdır ve bu durum kadınların isteyerek düşük hakkına sahip olmalarının kaçınılmazlığını da beraberinde getirmektedir.

İsteyerek düşüğü yalnızca kadının seçim hakkı çerçevesinde tartışmak, konunun toplumsal cinsiyet eşitsizliğine ilişkin boyutlarını görmemizi engeller:

“Sadece kadınlar hamile kalabilirler ve çocuk doğurabilirler; kadınlar erkeklerden daha az kazanırlar; cinsel şiddete maruz kalırlar; kamunun sağladığı günlük bakım hizmetlerine hiç erişemezler ya da erişimleri çok sınırlıdır; aile içi ve siyasi karar mekanizmalarına katılımları erkeklere kıyasla yetersizdir. İsteyerek düşük, özellikle istenmeyen gebeliklerin kadınlar ve çocuklar üzerindeki etkileri başta olmak üzere ilgili diğer konularla bağlantılıdır” (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2004).

İsteyerek düşüğü tek yanlı bir değer sistemiyle değerlendirmek yerine birden fazla nedenle savunan feministler ise, uzlaşmacı bir yaklaşım ge-

liştirerek, isteyerek düşüğe erişimin, belli koşullar altında (örneğin gebeliğin ilk döneminde) sağlanmasını ve düşüğe ihtiyacın minimum düzeye inmesini sağlayacak üreme sağlığı politikaları geliştirilmesini savunmaktadır (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2004).

ICPD Eylem Programı, düşük konusunu "Sağlık, Hastalıklılık ve Ölüm-lülük" bölümünde incelemiştir. Konferans süresince en tartışmalı üreme sağlığı konusu, "isteyerek düşüklükler" olmuş, bazı ülkeler böyle bir seçeneğin olması fikrine bile karşı çıkmışlardır. Oysa pek çok ülkede isteyerek düşüğe yasalarla izin verilmektedir. İsteyerek düşüğün yasal olmadığı ülkelerde ise, yasak ve cezalandırmanın isteyerek düşüğü engelleyemediği, aksine anne ölümlerine yol açan nedenlerin en başında güvenli olmayan koşullarda gerçekleştirilen düşüklüklerin geldiği bilinen bir gerçektir. Düşüğün yasalar çerçevesinde yasak olduğu ülkelerde binlerce kadın "self-induced" denilen, kendi müdahaleleri ya da uzman olmayan kişilerce yapılan müdahaleler sonucu sağlık kuruluşlarına ciddi komplikasyonlarla başvurmaya durumunda kalmaktadırlar. Dolayısıyla düşüğün yasak olduğu ülkelerde bile düşük sonrası hizmetlere gereksinim vardır. Her durumda kadınların isteyerek düşük hizmetlerine erişimleri kadınların üreme hakları ve sağlık haklarının önemli bir parçasıdır.

Konferans'ta bütün yönleri ile tartışılan isteyerek düşük konusu Eylem Programı'nın ilgili maddesinde şu şekilde eyleme dökülmüştür:

"Düşük hiçbir koşulda bir aile planlaması yöntemi olarak teşvik edilmemelidir. Bütün hükümetler ile ilgili hükümetler arası ve hükümet dışı kuruluşlar kadın sağlığı konusundaki taahhütlerini yerine getirmeye, önemli bir halk sağlığı sorunu olan güvenli olmayan düşüğün sağlık üzerindeki etkileriyle başa çıkmaya ve genişletilmiş ve geliştirilmiş aile planlaması hizmetleriyle düşüğe başvurmayı azaltmaya teşvik edilmelidirler. İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi her zaman için öncelik taşımalı ve düşüğe ihtiyaç duymayı ortadan kaldırmak için her türlü girişim yapılmalıdır. İstemediği gebe kalmış kadınların güvenilir bilgiye ve şefkatli danışmanlığa hemen ulaşmaları sağlanmalıdır. Sağlık sistemi içinde düşükle ilgili herhangi bir önlem ya da değişiklik, ulusal yasama sürecine uygun olarak ancak ulusal ya da yerel düzeyde

belirlenebilir. Düşüğün yasalara aykırı olmadığı koşullarda öyle bir düşük güvenli şartlarda yapılmalıdır. Her durumda kadınlar düşükten kaynaklanan komplikasyonların idaresi için kaliteli hizmetlere ulaşabilmelidirler. Tekrarlayan düşüklere kaçınmaya yardımcı olmak için, düşük sonrasında hemen danışmanlık, eğitim ve aile planlaması hizmetleri sunulmalıdır¹⁷ (UN, 1994).

İsteyerek düşüğün hiçbir durumda bir aile planlaması yöntemi olarak teşvik edilmemesi gerektiğini belirten ICPD Eylem Programı'nın bu yaklaşımı, Leila Hessini'ye göre belirsiz bir yaklaşımdır; çünkü neyin teşvik olup neyin olmadığı açık değildir. Örneğin ABD'de ortaya atılan bir görüşe göre, isteyerek düşük hizmetlerinin var olması bile, isteyerek düşüğün teşvik edilmesi anlamına gelebilmektedir (Hessini, 2005: 88-100). Buna karşın kadın sağlığı savunucuları, isteyerek düşük hizmetlerinin varlığının, kadınların üreme haklarını tam olarak kullanabilmelerine katkı yaptığı görüşündedirler. Bu bakış açısına göre, bir hizmetin varlığı onun teşvik edilmesi anlamına gelmemekte; kadınların gerekli bilgiye ulaşmış ve gerekli araçlara erişmiş olarak özgür biçimde karar vermelerine katkıda bulunmuş olmaktadır ki üreme haklarının tanımı gereği yapılması gereken de budur.

İsteyerek düşüğün yasal olduğu ülkelerde bile kadınlar düşükle ilgili olarak medikal, siyasi, sosyal ve kurumsal engellerle karşılaşmaktadırlar. İsteyerek düşüğe yasalarla izin verilen pek çok ülkede kamunun bu alanda yaptığı yatırımlar genellikle çok sınırlı kalmaktadır. Örneğin Hindistan'da yapılan bir araştırma, düşük hizmetlerinin % 75'inin özel sektör tarafından verildiğini göstermektedir (Hessini, 2005: 88-100). Türkiye'de de özel sektörün isteyerek düşük hizmetlerinde belirgin bir üstünlüğü olduğu görülmektedir, 2008 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre, Türkiye'de isteyerek düşüklerin % 70'i özel sağlık kuruluşları tarafından gerçekleştirilmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü [HÜ-NEE], 2009 b). Bu noktada, kamu kuruluşları tarafından sunulan isteyerek düşük hizmetlerine olan talebi dikkate almak gerekecektir, ancak kadınların isteyerek düşük hizmetini kamu kurumundan almak istemelerinin de paragrafın başında gönderme yapılan medikal, siyasi, sosyal ya da kurumsal engellerle ilişkisi olduğu düşünülmektedir.

17 ICPD Eylem Programı paragraf 8.25.

Yine hizmet sunumunun yalnızca belli bölgelerle sınırlanması durumunda, kırsal alan kadınlarının ve yoksul kadınların isteyerek düşük hizmetlerine erişimde engeller ve sorunlarla karşılaştıkları bilinmektedir.

Öte yandan, ICPD sonrasında uluslararası alanda, isteyerek düşük hizmetlerinin yasalarla sınırlandırıldığı ülkelerde bile hükümetlerin isteyerek düşük konusunda sorumlulukları olduğunu kabul etmeleri gerektiği yolunda bir eğilim ortaya çıkmıştır. CEDAW Komitesi, yalnızca kadınların ihtiyaç duyduğu bir sağlık hizmetinin sunulmamasının kadınlara yönelik bir ayrımcılık olduğu görüşündedir. Bu konuda Şili Hükümeti tarafından Komiteye sunulan Ülke Raporu'na ilişkin nihai değerlendirmesinde Komite, Şili Hükümeti'nin düşüğe ilişkin mevzuatı gözden geçirmesi gerektiği görüşüne varmıştır (Hessini, 2005: 88-100).

İKİNCİ BÖLÜM

2. ULUSLARARASI NÜFUS VE KALKINMA KONFERANSI (ICPD-KAHİRE-1994) VE EYLEM PROGRAMI

Kahire Konferansı'na geldiğinde dünya, İkinci Dünya Savaşı sonrasında olduğundan oldukça farklı bir yapıdaydı. İlk olarak, nüfusun küresel yapısı, farklı bir hale gelmişti. Nüfus sorununun hemen hemen “çözül­düğü” izlenimini uyandıracak şekilde, Asya ve Latin Amerika ile geri ka­lan gelişmekte olan ülkelerin pek çoğunda doğum oranlarında hızlı ve kitlesel bir düşüş yaşandı¹⁸. Aynı zamanda, nüfus bilimcilerin nüfusun kendini yenileme oranı civarında sabitleneceğini tahmin ettikleri gelişmiş ülkelerdeki doğum oranları, kimi ülkelerde nüfusun kendini yenileme oranının altına inmiş ve Avrupa ve Doğu Asya’da yaşayan yerli nüfusun sürdürülebilirliği sorununu gündeme getiren bu düşük seviyelerde sabitlenmeye başlamıştır. Başka bir deyişle, küresel nüfus patlaması korkusu neredeyse tamamen ortadan kalkmıştır (Hartmann, 1995).

İkincisi, güçlü ve kararlı uluslararası kadın hareketi uluslararası kalkınma ajanslarının desteği ile pek çok ülkede uygulanan nüfus hareketinin, kadınların sağlığına ve kadın haklarına ciddi bir tehdit oluşturduğu yolundaki görüş üzerinde uzlaşmaktaydı. Bu kadın grupları, “nüfus ve aile planlaması” hareketini, “üreme sağlığı ve hakları” hareketine dönüştürmek için kararlı bir şekilde hareket ettiler ki bu hareket demografik hedefleri reddeden ve bunun yerine üreme özgürlüklerine saygı duyarak bireylerin haklarını ve sağlık durumlarını iyileştirmeye odaklanmış bir hareketti (Hartmann, 1995).

1970-1990 yılları arasındaki süreçte dünya genelinde toplam doğurganlık hızı, yani doğurganlık dönemi sonunda bir kadının sahip olduğu çocuk sayısı yaklaşık 5’ten 2,5’e düştü (UNICEF, 2009). Oldukça kısa bir zaman diliminde gerçekleşen bu keskin düşüş, farklı sosyo ekonomik koşullara sahip ülkelerde farklı biçimlerde ortaya çıktı. Sosyo-ekonomik koşulların doğurganlığın düşmesini engellediği az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin bazılarında uygulanan aile planlaması politikalarının gönüllülükle zorlama arasında gidip geldiğine ilişkin görüşler ortaya atıldı. Nüfusun kontrol altına alınmasında zorlama yöntemler bahis konu-

¹⁸ Güney Asya’da 1970’lerde 5,7 olan toplam doğurganlık hızı, 2000’li yıllarda 3’e; Doğu Asya ve Pasifik’te 5,6’dan 1,9’a; Latin Amerika ve Karayipler’de ise ise 5,3’ten 2,4’e gerilemiştir (UNICEF, 2009).

su olduğunda mutlaka akılda tutulması gereken nokta, kadınların insan haklarının ihlal edildiği gerçeğidir ve dünyanın farklı yerlerinde nüfus kontrolü politikalarından olumsuz etkilenen kadınlar bulunmaktadır.

Örneğin, çok yaygın biçimde eleştirilen ve tartışılan politikalar Hindistan'da uygulanan kontraseptif hedef sistemi; Çin'de uygulanan doğum kontrol yöntemi ve Güney Afrika'da uygulanan apartheid¹⁹ uygulamaları olmuştur. ICPD'yi izleyen yıllarda bu ülkelerin politikalarında bazı değişiklikler yaşanmıştır. Hindistan kontraseptif kullanımına ilişkin uyguladığı kota sistemini terk etmiş, Çin hem kontraseptiflerde tercih imkanını genişleten hem de hizmetin kalitesine önem veren bir uygulama başlatmış, Güney Afrika ise apartheid'i sonlandırarak ırkçılığa son vermiş ve üreme sağlığı da dahil olmak üzere temel sağlık hizmetlerine ilişkin olarak o ana kadar göz ardı edilen alanlara yoğunlaşmıştır (Haberland and Measham, 2002).

Hindistan tarafından uygulanan kontraseptif hedef sisteminde ülkenin her bölgesinde yıllık olarak önceden belirlenen bir kontraseptif kullanımı hedefinin tutturulması gerekmektedir. Özellikle sterilizasyon hedeflerine ulaşılması için kadınlara baskı yapmanın yanı sıra, kadınların ve erkeklerin sterilizasyona ikna edilmesi için kullanılan teşvik ve ödül mekanizmaları da vardı. 1996 yılında bu politikanın terk edilmesi ile birlikte toplumun ihtiyaçlarının analiz edilmesi ve bu doğrultuda politikalar geliştirilmesi gündeme geldi; ancak uygulamada bölgeden bölgeye farklılıklarla karşılaşılmaması da kaçınılmazdı (Haberland and Measham, 2002).

Çin'de ise 1979'da başlatılan "tek çocuk politikası" üreme haklarını kısıtlayıcı bir uygulamaydı ve bu politika sınırlı kontraseptif tercihi, düşük yapılmasına ikna, gebelikte cinsiyet seçimi ile eş zamanlı olarak sürdürülmekteydi. İlk doğumdan sonra kadınlardan rahim içi araç kullanmaları beklenmekteydi. Ayrıca eğer ilk çocuğun cinsiyeti kız ise çiftlerin ikinci çocuğa sahip olmalarına izin veriliyor ve bu ikinci doğumun ardından sterilizasyon yöntemine başvurmaları bekleniyordu (Haberland and Measham, 2002).

Çin örneği toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadınların üreme davranışları üzerine yansımalarını birden çok boyutu ile ortaya koymaktadır. Kadınların kaç çocuğa sahip olacakları siyasi otorite tarafından belirlenerek ve

19 Irk ayrımcılığı.

doğum sonrasında kullanılacak kontraseptif yöntemler konusunda baskıcı bir tutum takınılarak kadınların üreme hakları ihlal edilmekte; diğer yandan gebelikte cinsiyet seçimi ve erkek çocuk tercihi ikinci çocuk yapmaya imkan verecek bir istisna olarak kabul edilmek suretiyle çocuklar arasında daha doğmadan başlayan bir cinsiyet ayrımına gidilmektedir. Öte yandan, kontraseptif kullanımının kadınlar üzerinden sürdürülen bir siyaset haline gelmesi de toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin bir başka boyutunu oluşturmaktadır.

Bu örneklerin ve ülkelerin çoğaltılması mümkündür. Dünyanın farklı ülkelerinde farklı zamanlarda uygulanan bu ve benzeri politikalar sonucunda, feminist akım temsilcileri ve kadın sağlığı savunucuları nüfus politikaları konusunda üreme haklarını ve üreme sağlığını öne çıkaran farklı bir yaklaşım belirlemeye başladılar. ICPD’de konunun bireysel hakları öne çıkaran, üreme sağlığında yaşam boyu yaklaşımını benimseyen, kadın sağlığını odak noktası olarak kabul eden bir şekilde ele alınması bu sürecin sonunda yaşanan bir gelişmedir.

ICPD Eylem Programı, 1994 yılı Eylül ayında 179 ülkenin oybirliği ile kabul edilmiştir. Eylem Programı ile nüfus ve kalkınma literatüründe yeni bir dönemin başladığı kabul edilmektedir.

Eylem Programı, kadınların güçlendirilmesini ve kadınların siyasi, sosyal, ekonomik ve sağlık alanındaki statülerinin geliştirilmesini kendi başına önemli bir amaç ve sürdürülebilir kalkınma için gerekli koşullardan biri olarak kabul etmektedir. Tüm bireylerin; ama özellikle kadınların sağlık ve eğitim hizmetlerine erişebilmeleri için daha fazla yatırım yapılması gerektiğini vurgulamakta, Eylem Programı’nın amaç ve hedeflerinin gerçekleştirilebilmesi için kadınların sivil, kültürel, ekonomik, siyasi ve sosyal hayata eşit şekilde katılım sağlamaları gerektiğinin altını çizmektedir (United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, 1999).

ICPD, cinsel sağlık ve üreme sağlığında bireysel hakları ön plana çıkaran; kadınların güçlendirilmesini temel bir gündem maddesi olarak benimseyen ve insan hakları ile sağlık arasında ayrılmaz bir bağ olduğu anlayışı üzerine şekillenecek yeni bir yapının oluşturulması yoluyla sosyal hakkaniyet ve insanın saygınlığına katkıda bulunmayı amaçlayan bir

Konferans olmuştur. Önceki dönemlerde nüfus politikalarını uygulamak suretiyle demografik amaç ve hedeflere ulaşmak için bir araç olarak ele alınan kadınlar; bu Konferans ile birlikte bireylerin ön plana çıkarılması anlayışının bir sonucu olarak meselenin özünde yer almaya başlamışlardır (Puri and Van Look, 2001).

Eski yaklaşımlar, kadının üreme kapasitesini nüfus kontrolü için gerekli bir varlık olarak anlamlandırırken, bu yeni yaklaşım ile kendi sosyal, ekonomik ve siyasi yaşam çerçeveleri temelinde kadınların cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili olarak bireysel özerklik sahibi olmaları için güçlendirilmeleri gerektiği anlayışı hakim olmaya başlamıştır. Bu durum yalnızca kadınların üreme sağlığı ve cinsel sağlık ile ilgili hizmetlere erişebilmeleri ile değil, aynı zamanda ve belki de daha önemlisi kadınların toplumdaki statüsünün geliştirilmesi ve toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılıkların ortadan kaldırılması ile mümkün olabilecektir. Bu bağlamda, ICPD Eylem Programı, kadınların insan haklarını, özellikle üreme konusunda özerk karar verme hakkı ile toplumsal cinsiyet eşitliğinin gerçekleştirilmesi haklarını, üreme sağlığı ve nüfusa ilişkin programların oluşturulmasında temel ilke olarak kabul etmektedir (Puri and Van Look, 2001).

Belirli hedefler çerçevesinde şekillenen, sadece nüfus bilimciler tarafından belirlenen nüfus politikaları kadınların ve erkeklerin bilgilendirilmiş, gönüllü ve sorumlu şekilde çocuk sayısı ve aralığına karar verdikleri bir yapıya doğru yön değiştirdi. ICPD'deki üreme sağlığı yaklaşımı aynı zamanda üremeye ilişkin konuların yalnızca medikal bir bakış açısıyla ele alınması yaklaşımının terk edilerek, üreme davranışının sosyal, ekonomik ve psikolojik boyutlarının varlığına da dikkat çeken bir içeriktedir.

Ancak, bu konuda tam bir fikir birliği elbette ki yoktur. Örneğin Makhlof Obermeyer, ICPD'nin hem demografik hedefleri gerçekleştirmeyi hem de bireylerin refahını sağlamayı amaçlayan bir doküman olduğunu ileri sürer (Makhlof Obermeyer, 1999).

Kahire Konferansı'nın üreme haklarına ilişkin tanımının dar olduğu şeklinde görüşler de bulunmaktadır (Özberk, 2006). Ancak, ICPD'nin yaptığı tanımı ele alarak bunu daha da ileriye taşımak ve belki de yakın bir gelecekte üreme haklarına ilişkin yeni bir tanımlama yapmak da

mümkün olabilecektir. Bu gibi tanımlamaların zaman içinde geçerliliğini yitirdiği ve ihtiyaç ve beklentiler doğrultusunda değişikliklere uğradığı bilinmektedir. ICPD Eylem Programı, bu görüşü destekler şekilde belli bir zaman dönemini kapsayan eylem önerilerinde bulunmuştur. Program'da yer alan eylemlerin kabul eden ülkelerce en geç 2015'e dek uygulamaya geçirilmesi önerilmektedir. 2015'e gelindiğinde dünya ülkelerinin yeni ve gözden geçirilmiş bir tanımlamaya ve kapsama ulaşmak üzere çalışmalar başlatmaları olasıdır.

Program'ın "Giriş" bölümü, ICPD'nin, soyutlanmış bir etkinlik olmadığını, nüfus konusunda 1974 Bükreş Konferansı ile, 1984 Mexico City Konferansı'nın ardından uluslararası alanda oluşan görüşler üzerine inşa edildiğini ifade etmektedir. Ayrıca, ICPD'nin nüfusla doğrudan bağlantılı olmayan diğer Birleşmiş Milletler Konferansları ve çalışmalarını da temel aldığı belirtilmektedir²⁰ (UN, 1994).

"Giriş" bölümünde ifade edildiği üzere eylemler, sürdürülebilir kalkınma, sürekli ekonomik büyüme ve nüfus arasındaki ilişkileri dikkate almaktadır. Eylem Programı'nda yer alan eylem önerilerinin hayata geçirilmesi için ulusal ve uluslararası kaynakların seferber edilmesi ve ayrıca ihtiyaç duyulan yeni kaynakların da bu alana kaydırılması gerekmektedir. Ancak yine "Giriş" bölümünde bu Eylem Programı'nda yer alan hiçbir eylem önerisinin dünyanın kalkınma ve askeri harcamalarından daha fazla kaynak gerektirmediğine vurgu yapılmış; önceliklerin yeniden şekillendirilmesi ile kaynak sorununun aşılabileceğine dikkat çekilmiştir. Bu noktada Hükümetlerin politikalarda yapacakları değişikliklerin önemli olduğu; bunun da toplum hareketleri ve siyasi liderlikle başarılmasının mümkün olduğu belirtilmiştir. Ancak, yine de gelişmekte olan ve en az gelişmiş ülkeler için kaynak sıkıntısı olacağı muhakkaktır (UN, 1994).

Eylem önerilerinin Konferans sırasında uluslararası görüş birliği çerçevesinde inşa edildiği belirtilmektedir. Bu noktada her ülkenin Eylem Programı'nı uygulamaya geçirirken, kendi ekonomik, sosyal, çevresel

²⁰ Bu çalışmalar Eylem Programı'nda; Nairobi'de düzenlenen III. Dünya Kadın Konferansı (1985), Dünya Çocuk Zirvesi (New York-1990), Birleşmiş Milletler Çevre ve Kalkınma Konferansı (Rio de Janeiro-1992), Uluslararası Beslenme Konferansı (Roma-1992), Dünya İnsan Hakları Konferansı (Viyan-1993), Uluslararası Dünya Yerli Halklar Yılı (1993), Gelişmekte Olan Küçük Ada Devletleri Sürdürülebilir Kalkınma Küresel Konferansı (Barbados-1994), Uluslararası Aile Yılı (1994) olarak sayılmıştır (UN, 1994).

koşullarını; ulusal yasalarını ve kalkınma önceliklerini; kültürel, dini, ahlaki değerlerini ve bunların yanı sıra uluslararası alanda kabul edilmiş genel insan hakları ilkelerini dikkate alması gerektiği ifade edilmiştir (UN, 1994). Bu konudaki ikili yaklaşım olumlu olarak değerlendirilebilir. Bir yandan evrensel insan hakları ilkelerine, bir yandan da ülkelere özgü kültürel, dini, yasal vb. koşullara saygı gösterilmesi gerektiğinin altı çizilmektedir. Ancak evrensel çıkarlar ile ülkesel ve toplumsal koşullar arasında yaşanması muhtemel çatışmaların bireysel hak ihlalleri ile sonuçlanma potansiyeline sahip olduğunu belirtmek gerekir.

“Giriş” bölümünde son olarak ICPD Eylem Programı'nın hiçbir yeni uluslararası insan hakkı yaratmadığı; uluslararası alanda kabul edilmiş insan haklarının nüfus programlarına uygulanması amacını taşıdığı belirtilmiştir (UN, 1994).

Eylem Programı'nın “İlkeler” bölümü, “toplumsal cinsiyet eşitliğini” temel ilkeler arasında kabul ederek, kadınların güçlendirilmesi, toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılığın ortadan kaldırılması konularının metnin geneline yansıtılmış olduğunu göstermektedir. ICPD Eylem Programı'nın 4'üncü ilkesi toplumsal cinsiyet eşitliğine ilişkindir ve şu hususları içermektedir:

“Toplumsal cinsiyet eşitliğinin ve cinsiyetler arasında hakkaniyetin sağlanması ve kadınların güçlendirilmesi, kadınlara yönelik her türlü şiddetin ortadan kaldırılması, kadınların kendi doğurganlıklarını kontrol edebilmelerinin sağlanması nüfus ve kalkınmaya ilişkin programların temel taşlarıdır. Kadınların ve kız çocuklarının hakları, evrensel insan haklarının devredilmez, ayrılmaz ve bölünmez bir parçasıdır. Kadınların ulusal, bölgesel ve uluslararası düzeylerde sivil, kültürel, ekonomik, politik ve sosyal yaşama tam ve eşit katılımıyla cinsiyete dayalı her türlü ayrımcılığın ortadan kaldırılması uluslararası toplumun öncelikli amaçlarıdır” (UN, 1994).

İlkelerden birinin toplumsal cinsiyet eşitliğine atfedilmesi ve kadınların kendi doğurganlıkları üzerinde söz söyleme hakkının bu ilkeyle belirtiliyor olması, ICPD'nin nüfus politikalarında bir dönüm noktasına işaret ettiğini destekleyen nitelikte bir ifadedir. Daha önceki nüfus konferans-

larında kadınların durumlarına çeşitli vesilelerle özel vurgular yapılmış olsa da, toplumsal cinsiyet eşitliğine bu kadar açık bir gönderme olmamıştır. Bunun yanı sıra ilkelerin tümü incelendiğinde kadın erkek eşitliğine ilişkin başka unsurları da içerdikleri görülmektedir.

Eşitlik ve özgürlüğe ilişkin 1'inci ilke, cinsiyet nedeniyle ayırım yapılmaksızın tüm insanların İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde tanımlanan tüm hak ve özgürlüklere sahip olduklarını ifade etmektedir. Sağlığa ilişkin 8'inci ilke, aile planlaması ve cinsel sağlığı içeren üreme sağlığı hizmetleri dahil temel sağlık hizmetlerinden yararlanmada gereken bütün önlemlerin alınması sürecinde kadın erkek eşitliğinin dikkate alınması gerektiğini ifade etmektedir. Evlilik ve aile hayatını konu alan 9'uncu ilke evlilikte kadın ve erkeğin eşit olmaları gerektiği ilkesini oluşturmaktadır. Eğitim hakkını inceleyen 10'uncu ilke ise, eğitim hakkının sağlanmasında kadınlara ve kız çocuklarına özel bir önem verilmesi gerektiğini ifade etmektedir (UN, 1994).

“İlkeler” bölümünde eğitim, sağlık ve aile planlamasına ilişkin konularda toplumsal cinsiyet eşitliğine vurgu yapılırken, sürdürülebilir sosyal ve ekonomik kalkınma, kalkınma hakkı, nüfus politikaları, yoksulluğun ortadan kaldırılması konularına atıfta bulunan ilkelere toplumsal cinsiyet eşitliğine ayrı bir vurgu yapılmadığı dikkati çekmektedir. Bu durum, nüfus ve kalkınma arasındaki ilişkinin yeniden şekillendirilmesini amaçlayan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın kalkınmaya kadınların katılımı ve kalkınma sürecinin toplumsal cinsiyet eşitliğini gözetmesi noktalarında yetersiz kalmasına neden olmaktadır.

Ayrıca açıklanan bu durum kimi kadın hakları savunucularının ICPD'ye ilişkin eleştirilerinin bir nedenini de oluşturmaktadır. ICPD'ye ilişkin görüşlerin bir bölümü, ICPD'nin üreme haklarına odaklanarak kadınların kalkınmaya ilişkin başka sorunlarının göz ardı edilmesi sonucunu doğurduğu şeklindedir. Böylece Kuzey-Güney arası gelişmişlik farkları ve kaynakların adaletsiz dağılımı gibi sorunların kadınları etkileyiş biçiminin ele alınmasından kaçınılmaktadır. Ayrıca, kadınların kalkınma ile ilişkisi yalnızca üreme hakları bağlamında kurularak, çocuk doğurmak ve çocuk bakmak şeklinde ifade edilen ve cinsiyetçi işbölümü çerçevesinde belirlenen rollerinin de yeniden üretilmesi ve kadınların kalkınma süreci-

nin diğer alanlarından dışlanması sonucunu doğurmaktadır (Balakrishnan, 2009).

Öte yandan, Eylem Programı'nda yer alan bazı eylem önerilerinin “toplumsal cinsiyet eşitliği ilkesi” ile paralellik göstermediği görülmektedir. Örneğin, bir yandan aile sorumluluklarının ve çocuk bakımı sorumluluklarının paylaşımında eşler arası eşitliğin sağlanması için çeşitli eylem önerileri sunulurken, bir yandan buna karşıt olarak kadınların çocuk bakımı konusundaki rollerine ve erkeklerin çocuklarına ve ailelerine yönelik maddi destek sorumluluklarına vurgu yapılmakta; böylece cinsiyete dayalı işbölümünün mevcut yapısının sürdürülmesine neden olacak eylem önerileri de diğerleri arasında yer almaktadır. Ancak, Eylem Programı'nın genel olarak toplumsal cinsiyet eşitliği bakış açısı ile oluşturulmuş olduğu düşünülmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. ICPD BAĞLAMINDA TÜRKİYE'DE NÜFUS VE ÜREME SAĞLIĞI POLİTİKALARI

Bu bölümde öncelikle Türkiye'de uygulanan nüfus politikalarının genel özellikleri tarihsel çerçeve içinde incelenmekte; uluslararası kuruluşların nüfus ve sağlık politikaları üzerindeki etkisinin incelenmesinin ardından Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Programı'nda yer alan öneriler arasından seçilen eylem önerileri çerçevesinde Türkiye'deki sağlık politikaları ve ilgili diğer politikaların ICPD ile uyumu incelenmektedir.

Türkiye'de uygulanan nüfus politikaları, temel olarak pronatalist politikalar ve antinatalist politikalar olmak üzere iki dönemde ele alınmaktadır; 1994 Nüfus ve Kalkınma Konferansı sonrası süreç, tezin inceleme alanını oluşturduğundan ayrı bir bölümde daha ayrıntılı biçimde ve ICPD paralelinde tartışılmaktadır.

3.1. Türkiye'de Uygulanan Nüfus Politikalarının Genel Değerlendirmesi

Türkiye'de uygulanan nüfus politikalarını iki dönemde incelemek mümkündür. Birinci dönem Cumhuriyet'in kuruluşundan başlayarak 1960'lı yıllara kadar süren ve nüfus artışını özendirici politikaların uygulandığı; yani pronatalist politikaların hakim olduğu dönemdir. İkinci dönem ise pronatalist politikanın etkisini yitirip, antinatalist nüfus politikasının hakim olmaya başladığı 1960'lı yıllarda başlayan ve içinde bulunduğumuz döneme kadar devam eden süreçtir. Son yıllarda bu politikada bir takım değişiklikler olduğu izlenimini uyandıracak gelişmeler olmakla birlikte, bunu yeni bir dönem ya da bir politika değişikliği olarak adlandırmanın mümkün olup olmadığının ilerleyen yıllarda açıklık kazanacağı düşünülmektedir.

Her iki dönemin de uluslararası gelişmelerden; dünyanın çeşitli ülkelerinde uygulanan politika ve programlardan; ayrıca uluslararası kuruluşlarca gerçekleştirilen çeşitli yönlendirmelerden etkilendiği söylenebilir.

3.1.1. Pronatalist Politikalar

1911-1923 yılları arasında yaşadığı büyük savaşlar nedeniyle geniş topraklar kaybeden ve hem savaşta kaybedilen nüfusun hem de sıtma ve diğer bulaşıcı hastalıkların etkisiyle nüfusu oldukça azalmış olan Türkiye

Cumhuriyeti'nin, kuruluşun hemen ardından diğer alanlarda olduğu gibi nüfus alanında da acilen ulusal bir politika oluşturması gereği ortaya çıkmıştır. İnsan kaynaklarındaki eksilmenin yanı sıra bebek ve çocuk ölümlerinin oldukça yüksek oluşu da bu dönemde nüfusun artırılmasına olan ihtiyacı pekiştirmekteydi (Akın ve Sevencan, 2006: 1-14).

Mustafa Kemal Atatürk'ün daha Cumhuriyet ilan edilmeden önce yaptığı konuşmalarda ülkede uygulanacak nüfus politikasına ilişkin görüşlerin şekillenmiş olduğu görülmektedir. 1922 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin (TBMM) 3'üncü açılış konuşmasını gerçekleştirirken söylediği şu sözler, Cumhuriyetin ilanı ile birlikte uygulanmaya başlayacak pronatalist politikaların ilk işaretlerini vermektedir:

“Ulusal sağlık (politikası) ve sosyal yardım alanlarındaki amacımız, genel sağlık koşullarının korunması ve güçlendirilmesi, ölüm oranlarının azaltılması, bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılması, nüfusun artırılması ve dolayısıyla dinamik bir neslin yetiştirilmesidir” (Altrok, 1978).

Cumhuriyet'in ilanını izleyen yıllarda pronatalist nüfus politikasının izlerini taşıyan yasal düzenlemelerin teker teker kabul edilmeye başladığı görülmektedir. Bu politika, kontraseptiflerin ithalini, aile planlamasına ilişkin reklam yapılmasını yasaklayan, düşüğü yasa dışı ilan eden, geniş aileleri özendirici teşvik mekanizmalarını devreye sokan özelliklere sahiptir; bu nedenle yapılan yasal düzenlemelerin de bununla uyumlu olduğu görülmektedir.

1926 yılında asgari evlilik yaşını erkekler için 18, kadınlar için 17'ye çeken bir düzenleme yapılmış, 1938 yılında yapılan yeni düzenleme ile evlilik yaşı yeniden indirilerek erkekler için 17, kadınlar için 15 olarak belirlenmiştir. 1926 yılında kabul edilen ve İtalyan Ceza Yasası'ndan esinlenerek hazırlanan Türk Ceza Kanunu'nda isteyerek düşük suç olarak düzenlenmiştir. Üstelik bu suç için öngörülen cezalar 1936 ve 1953 yıllarında yapılan değişikliklerle daha da artırılmıştır. Ayrıca bu suçu düzenleyen madde 1926 tarihli Kanun'da “Kasten Çocuk Düşürmek ve Düşürtmek” başlığı altında iken 1936 yılında yapılan düzenleme ile “İrkin Tümlüğü ve Sağlığı Aleyhine Suçlar” başlığı altına alınmak suretiyle ço-

cuk düşürmenin toplumun tümüne karşı işlenmiş bir suç olduğu anlayışı Kanun metnine yansıtılmıştır (Özberk 2006, Akın 2007).

1929 ve 1930 yıllarında kabul edilen Yerel Yönetimler ve Belediyeler Kanunları ile yerel yönetimlere halk sağlığının iyileştirilmesi için önlemler alınması, ana çocuk sağlığı konusunda hizmet verecek ve ücretsiz çalışacak hastaneler kurulması ve özellikle yoksullara ücretsiz ilaç dağıtılması gibi sorumluklar verilmiştir (Akın, 2007).

1929 yılında kabul edilen Şose ve Köprüler Kanunu ile beşten fazla çocuğu olan ailelerin yol vergisinden muaf tutulmaları düzenlemesine gidildi (Özberk, 2006). 1930 yılında kabul edilen Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ise pronatalist politikanın en açık izlerini taşır. Bu Kanun ile Sağlık Bakanlığı'na doğumları özendirme sorumluluğu verilmiş; altı ve daha fazla sayıda çocuk sahibi olan kadınlara madalya ya da para ödülü verilmesi gibi uygulamalar kabul edilmiştir ve yine bu kanunla konrtaseptiflerin ithali ve satışı yasaklanmıştır (Akın 2007, Özberk 2006). Görüldüğü gibi, nüfus politikaları aslında sağlık politikaları aracılığıyla sürdürülmektedir.

Öte yandan 1938 yılında bazı kanunlarda yapılan değişikliklerle, çocuklar için vergi muafiyeti, sahip olunan çocuk sayısına göre kaynak aktarımı, çok sayıda çocuğa sahip olan ailelere toprak tahsisatında öncelik verilmesi düzenlemeleri getirilmiştir. 1944 yılında kamu çalışanlarına bir miktar çocuk yardımı ödeneği verilmesine ilişkin düzenlemeye gidilmiş ve 1949 yılında çocuk sayısı ile orantılı şekilde gelir vergisi muafiyeti getirilmiştir. Ayrıca yurtdışından göç edeceklere de çeşitli teşvikler sunulmuştur (Akın, 2007).

Nüfusu artırmaya yönelik politikalar bu dönemde yalnızca yasal değişiklikler yoluyla düzenlenmemektedir. Parti programları ve hükümet programlarının yanı sıra, nüfus hakkında yapılan yayınlarda da nüfusun artırılması yönünde beyanlar bulunmaktadır (Özberk, 2006). Ayrıca, pronatalist politikalar yalnızca yönetimi elinde tutan siyasi gruplarca değil, dönemin iç ve dış koşulları gerekçe gösterilerek siyaset içinden ve dışından tüm toplum kesimlerince desteklenmekteydi (Akın, 2007).

Görüldüğü gibi nüfus politikalarında başvurulmaması gereken teşvik ve ödül uygulamaları o dönemde pek çok kanun ile yasal hale getirilmiş ve

uygulanmıştır. Kadınların üreme kararını sorumlu ve bilgili tercih ilkesi çerçevesinde veremedikleri görülmektedir. Bu dönemde dünyanın geri kalanında da iki savaştan çıkmış ve nüfusun artırılmasını ulusal güvenliğin sürdürülmesi için tek çıkar yol olarak kabul eden hükümet politikaları hakimdi ve kadınların çok sayıda çocuk doğurmaya teşvik edilmeleri ve hatta gerekiyorsa buna zorlanmaları bu politikaların başarıya ulaşması için vazgeçilmez bir gereklilikti. Ulusal çıkarlar söz konusu olduğunda kadınların bedenlerini kontrol etme hakkının sekteye uğradığı görülebilmektedir. Hem Türkiye'de hem de dönemin savaş mağduru diğer ülkelelerinde uygulanan nüfus politikaları, tarihin bu döneminde kadınların üreme özellikleri nedeniyle resmi nüfus politikasından olumsuz etkilenmeye maruz bırakıldıkları bir süreci gözler önüne sermektedir.

Çok sayıda doğum yapmak, sık aralıklarla ve uygun olmayan yaşlarda oluşan gebelikler ve gebeliği önleyici yöntemlere başvurmaktan kaçınmak hem anne ölümlerinin hem de bebek ölümlerinin temel nedenlerini oluşturmaktadır. Kadınlar nüfusun artması için daha çok doğum yapmaya teşvik edilmiş, çok sayıda doğum ise anne ve bebek ölümlerinin artmasına yol açmıştır. Ayrıca çok sayıda çocuk doğurmanın kadınların toplumsal hayattaki konumuna etkileri ve bunların uzun vadedeki sonuçları düşünülmemiştir. Evlilik yaşının kadınlar için 15'e kadar düşürülmesi, erken yaşta evliliklerin artmasına; bu durum da hem kız çocuklarının ve kadınların eğitim imkanlarından yararlanamamalarına hem de erken yaşta gebelikten kaynaklanan sağlık sorunlarına maruz kalmalarına yol açmıştır. Bu dönemde uygulanan nüfus politikasında toplumsal cinsiyet duyarlılığı yoktur ve bu eksiklik kadınların ihtiyaçlarının göz ardı edilmesine neden olmuştur. Ancak unutmamak gerekir ki bu dönemde dünyanın geri kalanında da kadınların üreme haklarının ihlal edilmesine ve bu ihlallerin sosyal ve ekonomik etki ve sonuçlarına ilişkin farkındalık henüz gelişmemiştir. Ayrıca şunu da belirtmek gerekir ki, bu dönemde yalnızca nüfus politikasında değil, hiçbir politika alanında toplumsal cinsiyet eşitliği gözözetilmemektedir.

Pronatalist nüfus politikası etkisini İkinci Dünya Savaşı yıllarında tam olarak gösterememiştir. Ülkenin savaşın dışında kalmasına karşın silah altına alınan erkek sayısının fazla oluşu, doğurganlıkta beklenen artışın gerçekleşmesini geciktirmiş; ancak İkinci Dünya Savaşı'nı izleyen

yıllarda erkeklerin terhis olmaya ve bulaşıcı hastalıklarla mücadelenin başarı kazanmaya başlaması ile birlikte nüfus artmaya başlamıştır (Çoruh, 1983). Kadınların da sayıldığı ilk nüfus sayımının yapıldığı 1927 yılında 13.648.270 olarak tespit edilen ülke nüfusu pronatalist politikalara rağmen 1935'te sadece 16.158.018'e yükselbilmişti. Nüfustaki asıl artış 1945-1960 arası dönemde meydana gelmiş, 1960'ta Türkiye Cumhuriyeti'nin nüfusu 27.754.820'ye yükselmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2009).

Pronatalist nüfus politikaları, savaştan çıkan ülkelerin yeterli nüfus büyüklüğüne ulaştıklarına inanmaya başladıkları, nüfus artışının kalkınmanın önünde bir engel olduğunun iddia edilmeye başladığı; ayrıca bu durumun kadın sağlığı için tehlike oluşturduğu yıllara kadar sürmüştür. Türkiye için bu dönem 1960'lı yıllara denk gelir. Ancak değişim birdenbire olmamıştır. Türkiye'de uygulanan nüfus politikasında pronatalist politikalarından antinatalist politikalara doğru yaşanan değişimin iki farklı çıkış noktası olmuştur. Birincisi kadın sağlığı savunucularının anne ölümlerinden duydukları kaygı; ikincisi ise nüfus artış hızının kalkınmanın önünde bir engel olduğuna dair dünyada yükselmeye başlayan görüşlerin Türkiye'deki nüfus bilimciler ve kalkınma plancılarına olan etkisidir. İzleyen bölümde bu gelişmeler üzerinde durulmaktadır.

3.1.2. Antinatalist Politikalar

1958 yılında bir grup bilim insanı nüfus politikasında değişiklik yapılması ve kontraseptiflere izin verilmesi gerektiğini savunan bir girişim başlattı. Bu bilim insanlarından biri ve Başkent Ankara'nın önemli jinekologlarından olan Dr. Zekai Tahir BURAK, Sağlık Bakanlığı'na gönderdiği mektupta, düşüğün yasalarca suç sayılmasına ve cezalandırılmasına karşın, pek çok kadının bu yöntemle başvurduğunu, kendi kendine ya da güvenli olmayan kişilerce sağlıksız koşullarda gerçekleştirilen düşüğün anne ölümlerinin en önemli nedenini oluşturduğunu vurgulamış; bu ölümleri ortadan kaldırmanın devletin sorumluluğunda olduğunu ve gereken mevzuat değişikliğinin yapılması talebini de mektupta belirtmiştir. (Akın, 2007).

Bu mektubu takiben, Sağlık Bakanlığı konuyu araştırmak üzere bir Komisyonu görevlendirmiştir ve bu Komisyonun çalışmaları sonucunda

hazırlanan raporda belirtilenler, kadın sağlığı uzmanlarının belirttiği hususlar ile aynı doğrultudadır. Türk Ceza Kanunu'nda suç sayılmasına rağmen düşük yaptırmanın yaygın olduğu, bazı kimselerin bu işten çıkar sağladıkları, uzman olmayan kişilerce sağlıksız koşullarda yaptırılan düşükler sonucu çok sayıda kadının komplikasyonlarla hastanelere başvurduğu, bazılarının ise hayatını kaybettiği belirtilmektedir. Raporun asıl önemli bölümü ise tavsiyeler bölümüdür: Raporunda düşüğün yasadışı olmaya devam etmesi; ancak belli koşullarda düşüğe izin verilecek bir düzenlemeye gidilmesi önerilmektedir. Ayrıca, istenmeyen gebeliklerin ortadan kaldırılması için kontraseptiflerin yasal olması ve kadınların bu yöntemlerden yararlanmasının sağlanması için gerekli yasal değişikliklerin yapılması da önerilmektedir (Özberk 2006, Akın 2007).

1958 yılında Sağlık Bakanlığı bir adım daha atmış ve konuyla ilgili uzmanları bir araya getiren bir panel düzenlemiştir. Panelin sonucu da benzer şekildedir: Kontraseptiflerin serbest bırakılması gerektiği dile getirilmiş; ancak düşüğe medikal gerekçeler dışında izin verilmesine karşı çıkmıştır. 1959 yılında Prof. Dr. Nusret FİŞEK öncülüğünde ülke genelinde 137 köyü kapsayan bir araştırma yürütülmüş, bu araştırma sonunda anne ölümleri ile aşırı doğurganlık arasında ilk kez bağ kurulmuştur. Araştırma kapsamında elde edilen veriler anne ölümlerinin yaklaşık yarısının nedeninin düşük komplikasyonları olduğunu saptamıştır (Akın, 2007).

1960 yılında ülkede başa geçen askeri yönetimin ve sonrasında kurulan Devlet Planlama Teşkilatı'nın çalışmaları, antinatalist nüfus politikasının ikinci çıkış noktasını oluşturacaktır. Planlama dönemi, aşırı nüfusun kalkınmanın önünde engel olarak görülmeye başladığı yıllardır. Sağlık Bakanlığı ile Devlet Planlama Teşkilatı yetkilileri nüfus politikasında değişiklik yapılması fikri üzerinde uzlaşmaktadırlar.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967), nüfus artış hızını ülkenin kalkınmasının ve kişi başı gelirden yeterli artışın sağlanmasının önünde engel olarak göstermektedir. Plan metni incelendiğinde antinatalist politikanın meşruiyet zemininin her fırsatta dile getirildiği görülmektedir (DPT 1963, Özberk 2006, Akın 2007):

“Gelişmiş ülkeler hayat seviyelerini hızla yükseltmek yarışı içinde-dirler. OECD ülkeleri önümüzdeki 10 yıl içinde gelirlerinde

yüzde elli artışı hedef tutmaktadırlar. Bütün az gelişmiş ülkeler halklarının hayat seviyesini yükseltmek uğrunda büyük hamleler peşindedirler. Böyle bir görünüm içinde nüfusu hızla artan Türkiye'nin iktisadi kalkınmasını gerçekleştirememesi, ileride çözümü çok güç olacak birçok karışık meselenin doğmasına neden olacaktır” (DPT, 1963).

“...Sadece daha yüksek bir refah seviyesini değil, aynı zamanda daha hızlı bir gelişmeyi sağlamamız da nüfus artış hızının yavaşlamasına bağlıdır” (DPT, 1963).

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Türkiye'de nüfusun büyük bir hızla artmakta olduğu; artışın sebebinin, ölümlerin azalması ve doğurganlığın artması olduğu belirtilmektedir. Nüfusun hızla artması iktisadi gelişmenin önünde bir engel olarak gösterilmekte, ayrıca düşükle ilgili yasaklar nedeniyle yılda 10.000'in üzerinde kadının hayatını kaybettiğine dikkat çekilmektedir. Plan'da ayrıca nüfus meselesinin uzun dönemde istihdam açısından da sorun yaratacağı belirtilerek; yüksek nüfus artışından doğacak emek arzının istihdamında önemli bir sorun olacağı, bu nedenle nüfus artış hızını azaltıcı önlemlerin alınması gerektiği ifade edilmektedir. Plan'da nüfus, tüm toplumsal ve ekonomik koşulların belirlenmesinde temel belirleyici unsur olarak kabul edilmektedir (DPT, 1963).

“Bir zamanlar çok haklı sebeplerle kabul edilmiş olan, nüfusu mümkün olduğu kadar hızlı artırma politikası bugünün şartlarına uygun değildir. Bu nedenle bugünkü politikanın nüfus planlamasını yasaklayan yönü hemen değiştirilecektir” (DPT, 1963).

Nüfus yaklaşımındaki değişimin nüfus politikası odaklı mı, birey ve aile odaklı mı olacağı konusu dönemin kalkınma plancılarının da üzerinde düştüğü bir sorun olmuş, bu konuda Plan'da şu açıklama yer almıştır:

“...Nüfus planlaması bazı çevrelerde bir yanlış anlama sonucu olarak çocuk sahibi olmada bir Devlet müdahalesi ile karıştırılmaktadır. Oysa nüfus planlaması ailelerin istedikleri sayıda ve istedikleri zamanda çocuk sahibi olmalarını kolaylaştıran demokratik bir usuldür” (DPT, 1963).

Ancak, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın bu konuda tek ve kesin bir görüşü yansıttığını söylemek zordur, çünkü Plan'ın kimi bölümlerinde "aile planlaması" kimi bölümlerinde "nüfus planlaması" kavramları kullanılmıştır. Ayrıca, nüfus artış hızının ekonomik kalkınmanın önündeki en büyük engel olduğunu savunan bir yaklaşımın, "ailelerin istedikleri sayıda ve istedikleri zamanda çocuk sahibi olmalarını" amaçladığı yorumunu yapmak pek de olası değildir.

Plan'da, yapılması öngörülen politika değişikliği ile uyumlu şekilde yasaklayıcı hükümlerin derhal kaldırılacağı, sağlık personeline nüfus planlamasıyla ilgili gereken eğitimlerin verileceği, bu kişilerin bilgi ve araçları sunmakla yükümlü olacakları ve araçların ücretsiz dağıtımı için imkanların zorlanacağı belirtilerek, izleyen yıllarda uygulanacak antinatalist politikaların çerçevesi de çizilmektedir (DPT, 1963).

Ayrıca, nüfus politikalarının sağlık politikaları aracılığıyla yürütüleceği de Plan'da yer almaktadır. Aile planlaması konusu koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında genel sağlık hizmetlerine dahil edilmekte; ana çocuk sağlığı da bu kapsam içine alınmaktadır. Sağlık personelinin sayıca yetersiz oluşu nedeniyle sağlık hedeflerine ulaşmanın uzun zaman alacağı belirtilmektedir (DPT, 1963).

Plan'da, isteyerek düşük nedeniyle meydana gelen anne ölümlerine dikkat çekmenin dışında, kadınların doğurganlıkları ile sosyal konumları arasında hiç bağ kurulmamaktadır. Doğurganlığın azalmasının çalışma çağındaki nüfus için sorun yaratmayacağı belirtilmiş, buna gerekçe olarak da doğurganlığın azalması sonucu kadınların işgücü piyasasına girişinin kolaylaşacağı, böylece, düşük doğurganlık yıllarındaki işgücü arzının yüksek doğurganlıktaki işgücü arzına eşitlenebileceği belirtilmiştir. Bunun toplumsal cinsiyet eşitliği duyarlılığı ile kadınların işgücü piyasasına girişini sağlamak üzere yapılan bir değerlendirme olmadığı açıktır, burada asıl olan ekonomik hedeflerin tutturulmasıdır. Kadınların durumu, bu hedeflerin gerçekleşme durumuna göre belirlenmektedir.

Cumhuriyet'in kuruluşunda nüfusu artırmak amacıyla kadınlar için evlenme yaşının 15 yaşa kadar indirilmesi, kadınların okumaz yazmazlık ve eğitimsizlik sorunlarının temel nedenlerindedir. O dönemde 15 yaş ve daha yukarı yaş grubunu oluşturan kadınların 1960'lara geldiğinin-

de işgücü piyasasına girmelerinden söz etmek pek de gerçekçi değildir. Çünkü bu kadınların gereken mesleki vasıflara sahip olmalarının neredeyse imkansız olduğu çok açıktır.

Oluşturulma aşamasında kadınların sorunlarını dikkate alan bir politika olma özelliği taşımayan antinatalist nüfus politikası, kadınların istenmeyen gebeliklerden korunma hakkına kavuşmaları bakımından tabii ki önemi çok büyük olan bir uygulamadır. Kadının üreme hakkı, istenmeyen gebeliklerden korunma hakkını mutlaka kapsar; dolayısıyla yapılan bu politika değişikliğinin aşağıda açıklanan Kanun ile uygulamaya geçirilmesi sonucu kadınlar istedikleri zaman ve sayıda çocuk sahibi olma hakkına ulaşmışlardır.

Bu süreçte uluslararası kuruluşlardan da destek alınmıştır. 1963 yılında Nüfus Konseyi'nden bir grup araştırmacı hükümetin daveti üzerine Türkiye'de aile planlaması programının uygulanabilirliğini araştırmak ve önerilerde bulunmak üzere Türkiye'de bir ön araştırma yürütmüştür. Araştırmanın sonuçları özellikle kırsalda yaşayan kadınların büyük kısmının hükümet tarafından yürütülecek bir aile planlaması politikasına gereksinim duyduğunu, ailelerin büyük bir kısmının ise kontraseptifler hakkında daha fazla bilgi edinmeyi istediklerini göstermektedir (Akın, 2007).

Bu çalışmaların sonunda, 1965 yılında yürürlüğe giren "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun²¹", Türkiye'de nüfus politikasında daha önce uygulanan engelleri kısmen kaldırmaktadır. Yasa ile kontraseptiflerle ilgili bilgi ve eğitim hizmetleri serbest bırakılmakta; geriye dönüşü olan kontraseptiflerin (RİA, hap, kondom vs.) dağıtımı, satışı ve uygulamasına izin verilmekte ve cerrahi sterilizasyona hangi koşullar altında izin verildiği belirtilerek bu koşulları ihlal edenler için uygulanacak cezalar belirtilmektedir. Kanun kapsamında aile planlamasını uygulama görevi Sağlık Bakanlığı'na verilmektedir (Özberk 2006, Akın 2007).

1965 yılında kabul edilen Kanun, kadınların istenmeyen gebeliklerden korunma hakkını elde etmelerini sağlamış; ancak istenmeyen gebeliğin herhangi bir nedenle gerçekleşmesi durumunda gebeliğin sonlandırılması hakkını tanımaması nedeniyle kadınların kendi bedenleri üzerin-

21 557 sayılı Kanun, 10 Haziran 1965 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.

de tam bir kontrol hakkını elde etmelerini sağlayamamıştır. Dolayısıyla nüfus politikasının değiştirilmesinin iki temel çıkış noktasından biri olan kadın sağlığının korunması amacına bu Kanun ile tam olarak ulaşıldığı söylenemez. İsteyerek düşük, yasadışı olmaya devam etmiş; sağlıklı koşullarda gerçekleşen düşükler, anne ölümleri içinde önemli bir yer tutmaya devam etmiştir (Akın ve Sevcencan, 2006: 1-14). Bu dönemde yasadışı bir uygulama olması nedeniyle isteyerek düşük verilerine ulaşmak mümkün değildir; ancak anne sağlığını tehdit eden yönü, hastanelere komplikasyonla başvuran çok sayıda kadın üzerinden tahmin edilebilmektedir.

1952 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü, 1965 yılında kabul edilen Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'un uygulanması ile görevlendirilmiştir. Ayrıca Kanunun kabul edildiği 1965 yılında Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü kurulmuştur (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü [AÇSAP], 2009).

Kurumsallaşması bu şekilde belirlenen Kanun uygulamaya geçirilmiş; böylece Türkiye'nin ilk ulusal "aile planlaması" ya da "nüfus planlaması" programı uygulamaya geçmiştir. Bu programda RİA'ların ücretsiz olarak verilmesine karşın, diğer kontraseptifler ücret karşılığında kullanıcılara sunulmaktaydı. Programda hedef her yıl doğurganlık çağındaki tüm kadınların %5'ine ulaşmaktı. Bu hedef, antinatalist politikanın sürdürüleceğini açıkça ifade eden İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda yer almaktadır (DPT 1968, Akın 2007). Bu uygulama ile belli bir yöntemle ilişkinin kotası ya da hedef sistemi doğrudan uygulanmamakla birlikte, RİA'ların ücretsiz, buna karşın diğer yöntemlerin ücret karşılığı sağlanması nedeniyle kadınların RİA kullanmaya yönlendirilmesi sonucu doğmaktadır. Açık bir zorlama ya da yönlendirme olmamakla birlikte, bunu dolaylı bir hedef tutturma sistemi gibi değerlendirmek mümkündür. Kadınlar tüm yöntemler hakkında tamamıyla bilgilendirilmiş olsalar bile, ücretli yöntemle ücretsiz yöntem arasında seçim yaparken tam bir özgürlük içinde karar verebilmeleri mümkün değildir. Buradaki ücretsiz yöntem sunumu, kadınlara yönelik adı konulmamış bir teşviiktir. Öte yandan RİA yalnızca kadınların kullanabildiği bir yöntem olduğundan kontraseptif yöntem kullanma sorumluluğu kadınlara yüklenmiş olmaktadır.

İlerleyen yıllarda program çerçevesinde RİA'ların yanı sıra hap ve kondom da kamu hizmet kuruluşlarında talep edenlere ücretsiz olarak sağlanmıştır. Programın uygulanması sürecinde daha ileriki yıllarda çeşitli Bakanlıklar tarafından bazı adımlar atılmıştır. Ortaöğretim müfredatı biyoloji dersine üreme konusu dahil edilmiş; erlere ve silahlı kuvvetler personeline yönelik üreme sağlığı eğitimleri verilmiş; çok çocuklu ailelere, evli olmayanlara, üniversite öğrencilerine yönelik eğitim programları düzenlenmiştir (Akın, 2007).

Türkiye'nin bu ilk aile planlaması programının finansmanı ise Sağlık Bakanlığı bütçesinden ayrılan ulusal kaynakların yanı sıra, uluslararası örgütler ve donör kuruluşlardan sağlanan kaynaklarla gerçekleştirilmiştir. Bu konuya, uluslararası kuruluşların etkisinin incelendiği bölümde değinilmektedir.

Geri dönüşü olan kontraseptiflerin serbest bırakılmasının ardından Türkiye'de herhangi bir kontraseptif yöntemi kullanan kadınların oranı 1978 tarihli Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre % 50'dir. Ancak, ülkede uygulanan aile planlaması programına karşın etkili yöntem kullanma oranı yalnızca % 18'de kalmıştır. (Akın, 2007). Buna, Cumhuriyet'in ilanını izleyen yıllarda uygulanan pronatalist politikanın halk tarafından bir alışkanlık şeklinde benimsenmiş olmasının ve aile planlaması programının ilk kez uygulanması nedeniyle doğan aksaklıkların neden olduğu söylenebilir.

1970'li yılların sonuna doğru Türkiye'deki genel uygulamalar ve karşılanamayan hizmet gereksinimi dikkate alınarak, aile planlaması programında değişiklik yapılması gereği ortaya çıkmıştır. Yapılan tahminlere göre, 1981 yılında 300.000 isteyerek düşük, 50.000 kendi kendine düşük vakası gerçekleşmiştir. Bu göstermektedir ki uygulanmakta olan nüfus planlaması kanununa karşın, çok ciddi bir hizmet açığı bulunmaktadır (Akın 1992, 2007).

Bu aşamada isteyerek düşük ve aile planlaması hizmetlerine talep eden herkesin ulaşabilmesi ile ilgili teknik bilgileri içeren bazı bilimsel araştırmaların sonuçları savunuculuk faaliyetleri çerçevesinde Kanun'da yeni düzenlemelerin gerçekleştirilmesi amacıyla, karar vericiler, sağlık personeli gibi toplumun ilgili kesimlerine duyurulmuş ve çeşitli toplantılarda tartışılmıştır (Akın, 2007).

Bu çalışmalar sonunda, 2827 sayılı “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun²²” 1983 yılında kabul edilmiştir. Bu Kanun ile:

- Hekim dışı eğitilmiş sağlık personeline RİA takma yetkisinin verilmesi,
- 10 hafta dahil gebeliklerin istek üzerine sonlandırılması,
- Eğitilmiş pratisyen hekimlere gebeliğin sonlandırılması için yetki verilmesi,
- Gönüllü cerrahi sterilizasyonun gebeliği önleyici yöntem olarak istek üzerine sunulması,
- Aile planlaması hizmetlerinin güçlendirilmesi için sektörler arası işbirliğine önem verilmesi düzenlemelerine gidilmiştir.

Bu Kanun ile kadınlar üreme hakkının önemli bir bileşenini oluşturan isteyerek düşük hakkını elde etmişlerdir. Kanun'u izleyen yıllarda güvenli olmayan koşullarda gerçekleşen düşükler nedeniyle meydana gelen anne ölümleri önemli ölçüde azalmış ve bu düşüklerin sağlık sistemi üzerindeki yükü ortadan kalkmıştır. Ayrıca isteyerek düşük oranları Kanun'un kabulünden sonra bir dönem artış trendine girmiş; ancak 1990 sonrasında oran düşmeye başlamıştır. Bunun nedeni kontraseptiflere erişimin ve kontraseptif kullanma talebinin giderek artmasıdır. 1983-1988 yılları arasında RİA kullanımı ikiye katlanmış; 1993 yılındaki göstergelere göre, kontraseptif yöntem kullanımında modern yöntem kullanımı geleneksel yöntem kullanımını ilk kez aşmıştır (Akın, 2007).

Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM) tarafından 2006 yılında yapılan “Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi: Bir Vaka Çalışması” adlı çalışmada, Türkiye’de nüfus ve sağlık politikalarını etkileyen 5 yasal düzenleme²³ toplumsal cinsiyet duyarlılığı açısından incelenmiştir. Bu çalışma sonucunda, 1965 yılında kabul edilen “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun”, toplumsal cinsiyet eşitliği hedeflerini yakalamak açısından yetersiz olarak nitelendirilirken, buna gerekçe olarak söz konusu Kanun'un

22 27.05.1983 tarih 18059 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır.

23 1982 Anayasası, 1930 Umumi Hıfz-ı Sıhha Kanunu, 1961 Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1965 Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (557 sayılı), 1983 Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (2827 sayılı).

kadınları üreme konusundaki rollerine indirgemiş olması gösterilmektedir. 1983 yılında kabul edilen “2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” ise kadınların isteyerek düşük hakkını elde etmelerini sağlaması ve isteyerek düşük konusundaki kararı sonuçta kadına bırakması nedeniyle toplumsal cinsiyet eşitliğine ilişkin koşulları sağlamada önceki Kanun'a göre daha duyarlı olarak nitelendirilmektedir (HÜKSAM, 2006).

3.1.3. Uluslararası Kuruluşların Etkisi ve Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşımı

Türkiye’de uygulanan nüfus politikaları ve bu politikaların toplumsal cinsiyete duyarlılığı aslında dünyadaki gelişimle paralel şekildedir. Dünyanın büyük bir bölümünü etkileyen iki büyük savaştan çıkan ülkeler, bu savaşların ardından ekonomik ve siyasi güçlerini yeniden elde etme sürecinde nüfusu önemli bir ulusal kaynak olarak görmüş, bu dönemde pek çok ülkede uygulanan nüfusun artırılmasına yönelik politikalarda kadınların ya da erkeklerin özel ihtiyaç ve gereksinimleri değerlendirilmemiştir. Zaten bu yıllarda sadece nüfus alanında değil, diğer politika alanlarında da toplumsal cinsiyet eşitliği yaklaşımından söz etmek mümkün değildir. İkinci Dünya Savaşı’nın etkilerinin ortadan kalktığı 1960’lı yıllarda ise nüfus artışı kalkınmanın önündeki en büyük engel olarak görülmüş ve uluslararası örgütlerden başlayarak pek çok ülkeye yayılan nüfus artış hızını azaltıcı politikalarda kadınların ihtiyaç ve gereksinimleri yine göz ardı edilmiştir. Geçtiğimiz bölümlerde aktarıldığı gibi Türkiye’de de durum benzer şekilde gelişmiştir. 1960’lardaki kalkınma yaklaşımı Türkiye’de 1970’li yıllarda da etkisini sürdürmüştür. Ancak isteyerek düşüğün yasaklamalara rağmen uygulanmaya devam etmesi ve kadın sağlığını son derece olumsuz etkilemesi nedeniyle, 1970’ler uygulanmakta olan nüfus ve üreme sağlığı politikalarının sorgulandığı yıllar olmuştur.

1990’lı yıllarda ise insan hakları odaklı yaklaşımlar dünyada ağırlık kazanmaya başlamıştır. Bunun esas nedeni Soğuk Savaş’ın sona ermesi ve ülkeler arası güç ve iktidar mücadelesinin askeri alandan çıkarak, ekonomik ve siyasi alanlarda yaşanmaya başlamasıdır. Gelişmiş ülkelerin az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler üzerinde nüfuz kurma mücadelesi 1980’li yıllardan başlayarak, ama en çok 1990’lı yıllarda hissedilecek bi-

çimde insan hakları konusu çerçevesinde şekillenmeye başlamıştır. Bu değişimden nüfus ve üreme sağlığı politikaları da etkilenmiştir. “Üreme hakkı” kavramı 1990’lı yıllarda daha öncekinden farklı ve yeni bir yaklaşımla ele alınmaya başlanmış, bu yeniden şekillenme sürecinde kadın hakları savunucularının da çabaları ile kadınların üreme haklarına ilişkin ihtiyaç ve gereksinimleri daha fazla dikkate alınmaya başlanmıştır. Kahire Konferansı'na gelindiğinde konunun kadın hakları odaklı bir şekilde ele alınmasının nedenlerinden biri de budur.

Uluslararası örgütlerin üreme sağlığı ve üreme haklarının gelişiminde oynadıkları role ilgili bölümde değinilmiştir. Türkiye'deki duruma bakıldığında ise, uluslararası kuruluşların üreme haklarının gelişiminde ve üreme sağlığı politikalarının uygulanmasında belirleyici bir etkisi olduğu söylenebilir.

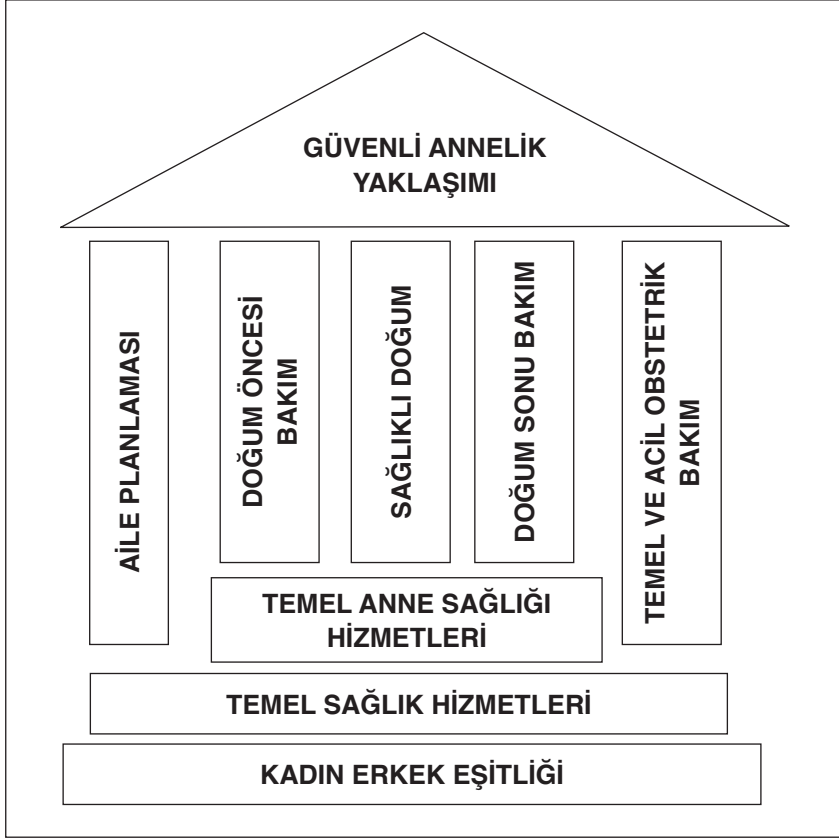
Türkiye'nin 1965 yılında kabul edilen “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun”la birlikte uygulamaya başladığı ilk aile planlaması programının finansmanı üçlü bir yapı üzerine oturmaktaydı. Kaynakların bir bölümü Sağlık Bakanlığı bütçesi içinde yer alan ulusal kaynaklardan karşılanmaktaydı. Bir bölümü, Maliye Bakanlığı ile USAID arasında yapılan anlaşma çerçevesinde alınan hibelerden oluşurken, son bölüm ise yine dış kaynaklardan sağlanan hibeler ve teknik desteklerden oluşmaktaydı. Bu dış kaynaklar, İsveç Uluslararası Kalkınma İşbirliği Ajansı (SIDA), Nüfus Konseyi, Ford Vakfı ve DSÖ gibi nüfus alanında faaliyet gösteren kuruluşlardan gelmiştir (Akin, 2007). Bu tezin, nüfus ve üreme sağlığı politikalarında uluslararası kuruluşların etkisinin incelendiği 1.2. “Uluslararası Kuruluşların Etkisi” başlıklı bölümünde de aktarıldığı üzere, bu kuruluşlar dünya nüfus politikalarının belirlenmesinde ve dünya ülkelerinde uygulamaya geçirilmesinde başı çeken kuruluşlardır. Bu bilgi göstermektedir ki, nüfus ve üreme sağlığına ilişkin politikaların yalnızca oluşturulması ve uygulanması değil, finansmanının sağlanmasında da uluslararası kuruluşların etkisi oldukça fazladır. Bu nedenle Türkiye'nin nüfus ve üreme sağlığına ilişkin politikalarının oluşturulma ve uygulanma biçimi dünyadaki gelişimle benzer şekilde olmuştur.

1987 yılında DSÖ tarafından uygulanmaya başlanan “Güvenli Annelik Yaklaşımı”, Türkiye dahil 100'den fazla ülkede uygulanmış ve bu yaklaşım 1994 Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı sırasında da

üzerinde durulan önemli konular arasında yer almıştır. DSÖ'nün bu yaklaşımı gelişmekte olan ve anne ölümlerinin azaltılmasına gereksinimi olan ülkelerde uygulanmak üzere "Güvenli Annelik Yaklaşımı-Anne Bebek Paketi"ni içermektedir. Bu yaklaşım, kadın erkek eşitliği temelinde, temel anne sağlığı hizmetleri dahil temel sağlık hizmetlerinin sağlanmasını, istenmeyen riskli gebeliklerin, obstetrik komplikasyonların ve anne ve yenidoğanlarda ölüm riskinin azaltılmasını hedeflemektedir (Biliker 2001: 37-41, Akın 2008). Bunu yaparken Şekil 3.1.'de de görüldüğü gibi, birbiriyle bağlantılı ve aynı anda uygulanması gereken çeşitli müdahale alanları ortaya koyulmaktadır.

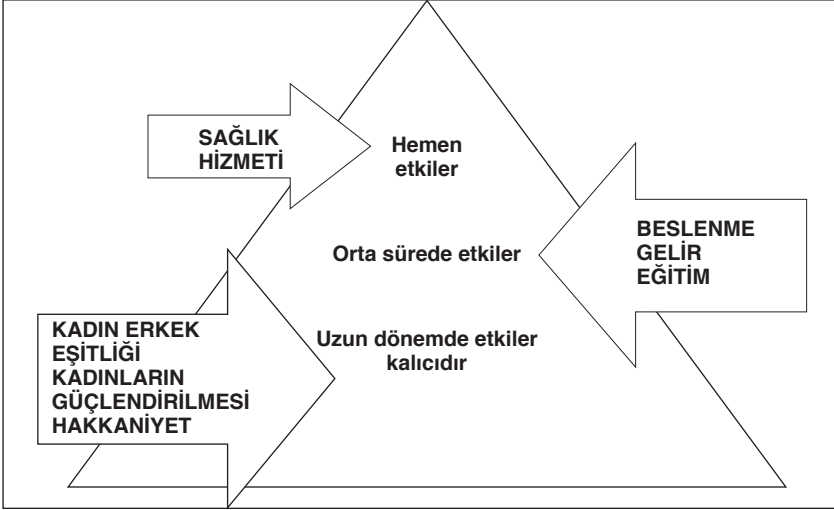
Güvenli anneliğin bir ülkede yerleştirilmesi için kadın sağlığını gebelikle doğrudan ilgisi olmasa da etkileyen eğitimsizlik, yoksulluk, temel sağlık hizmetlerine erişimde kadınların karşılaştıkları sorunların ortadan kaldırılması, kadının güçlendirilmesi, toplumda kadın erkek eşitliğinin sağlanması gerekmektedir (Biliker, 2001: 37-41). Bir sonraki bölümde ICPD'nin Türkiye uygulamaları incelenirken DSÖ'nün bu yaklaşımı da dikkate alınarak yalnızca tıbbi ya da medikal anlamda sağlık bakım hizmetleri ve üreme sağlığı hizmetlerinin durumu değil, bunun yanı sıra kadınların güçlendirilmesi ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin gerçekleştirilmesi için yapılan çalışmalardan da söz edilecektir.

Bunun da ötesinde, daha önce de belirtildiği üzere, "sağlık", 1948 yılında DSÖ tarafından "sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali" olarak tanımlanmış, bu tanım ile bireylerin ve toplumların sağlık durumunun düzeltilmesi için yapılacak her çalışmaya sağlık politikalarının yanı sıra sosyal politikalar da dahil edilmiştir. İzleyen bölümde yapılan değerlendirmeler, bu çerçevede ele alınmaktadır.



Şekil 3.1. Temel Sağlık Hizmetlerinde Güvenli Annelik Yaklaşımı (World Health Organization [WHO], 1994)

Öte yandan yine DSÖ tarafından açıklanan “Kadın Sağlığını İyileştirmede Müdahale Piramidi” Türkiye açısından önemle dikkate alınması gereken bir başka yaklaşımdır. Buna göre, Şekil 3.2.’de de görüldüğü gibi, sağlık hizmeti sunumu ve temel sağlık hizmetlerindeki iyileşme kısa dönemde kadın sağlığını iyileştirici etki yaparken, kadın erkek eşitliğinin sağlanması ve kadınların güçlendirilmesine ilişkin faaliyetler uzun dönemde kadın sağlığını iyileştirici etki göstermekte ve daha da önemlisi kalıcı bir etki yaratmaktadır.



Şekil 3.2. Kadın Sağlığını İyileştirmede Müdahale Piramidi (WHO, 1994)

Türkiye'nin üreme sağlığı ve nüfusa ilişkin politikalarının belirlenmesinde son dönemlerde teknik olarak UNFPA'in, mali olarak ise Avrupa Komisyonu'nun etkili olmaya başladığı görülmektedir.

2005 yılında Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı (TAPV) tarafından düzenlenen "Türkiye'de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı: Dünü, Bugünü, Geleceği Konferansı"nda UNFPA'in Türkiye'de üreme sağlığı konusunda yaptığı çalışmaları aktaran UNFPA temsilcisi, UNFPA'in önceliklerinin; 2015 yılına kadar herkesin üreme sağlığı hizmetlerine erişiminin sağlanması, kadının statüsünün güçlendirilmesi, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ile mücadele ve gençlere yönelik hizmetler olduğunu belirtmiştir. 1971-1988 yılları arasında proje bazında Türkiye'ye destek veren UNFPA, 1988 yılından bu yana ise belli zaman dönemleri için uygulanan daha sistematik ve teknik destek ile kurumların kapasitelerinin artırılmasına öncelik veren ülke programları aracılığıyla faaliyetlerini sürdürmektedir (TAPV, 2005). UNFPA'in önceliklerinin Sağlık Bakanlığı'nın öncelikleri ile büyük benzerlik gösterdiği ve aynı zamanda ICPD'nin önerilerinden pek çoğunu da içinde barındırdığı görülmektedir.

Aynı Konferans'ta Avrupa Komisyonu'nun Türkiye'de üreme sağlığı alanında yaptığı çalışmaları aktaran Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu yetkilisi, Avrupa Komisyonu'nun aile planlamasını destekleme kararını Kahire Konferansı'ndan önce 1992 yılında aldığını belirtmiştir (TAPV, 2005). Avrupa Komisyonu "Katılım Öncesi Mali İşbirliği" olarak adlandırılan çerçeve içerisinde kamu kurumları, yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları tarafından önerilen projelere mali kaynak aktarmaktadır. Bu alanda uygulanan en büyük program ise 2004-2007 yılları arasında uygulanmış olan "Türkiye Üreme Sağlığı Programı"dır. Bu Program, Türkiye'deki üreme sağlığı hizmetlerinin ele alındığı bölümde incelenmektedir.

3.2. ICPD Eylem Programı'nın Türkiye'de Uygulanan Sağlık Politikaları ve İlgili Diğer Politikalara Yansımaları

Bu bölümde ICPD Eylem Programı'nın tez çalışması kapsamında incelenen bölümlerinden²⁴ seçilen eylem önerileri çerçevesinde, ICPD'nin önerileri paralelinde Türkiye'de gerçekleştirilen uygulamalar değerlendirilmektedir.

3.2.1. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Hakkaniyet ve Kadınların Güçlendirilmesi

3.2.1.1. Politikaların Oluşturulmasına Kadınların Katılımı

Nüfus ve üreme sağlığı politikalarına ilişkin kararların alınması ve uygulanması aşamalarına kadınların katılımı, bu politikaların kadınların ihtiyaç ve beklentilerine cevap verebilmesi için gereken ön koşullardan biridir. Kadınların siyasal ve kamusal karar mekanizmalarına katılımı, bu tezin kapsamı dahilinde olmayan bir konudur. Ancak, nüfus ve üreme sağlığı politikalarını toplumsal cinsiyet eşitliği perspektifinden incelemeyi amaçlayan bu tez, kadınların bu alanlarda ne düzeyde temsil edildiğini değerlendirmek durumundadır.

Politika alanlarının tamamına kadınların ve erkeklerin eşit katılımı, toplumsal cinsiyet eşitliğinin bir gereğidir. ICPD Eylem Programı da bu ge-

²⁴ İncelenen bölümler, "Giriş" bölümünde de aktarıldığı gibi, 4. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Hakkaniyet ve Kadınların Güçlendirilmesi; 6. Nüfus Artışı ve Yapısı; 7. Üreme Hakları ve Üreme Sağlığı; 8. Sağlık, Hastalık ve Ölüm; 11. Nüfus Kalkınma ve Eğitim bölümlerinden oluşmaktadır.

reklilikle paralel şekilde, kadınların politik sürecin ve toplumsal hayatın tüm düzeylerinde hakkaniyetli biçimde temsil edilmeleri için gerekenlerin yapılmasını; üreme sağlığı programlarının oluşturulması ve uygulanması süreçlerine kadınların katılımının sağlanmasını ve kalkınma plan ve politikalarında cinsiyete dayanan değerlendirmeler yapılmasını öneriler arasında sunmaktadır.

Türkiye’de kadınların karar mekanizmalarında temsili her zaman için sorunlu bir alan olmuştur. Uluslararası örgütler tarafından kadınların karar alma mekanizmalarına katılımında kritik eşik olarak kabul edilen % 30 oranına Parlamento düzeyinde ya da yerel düzeyde ulaşamamıştır. TBMM düzeyinde Cumhuriyet’in kuruluşundan bu yana kadınların en yüksek oranda temsil edildikleri Meclis, % 9,1’lik kadın vekil oranı ile 2007 Milletvekili Genel Seçimleri sonrasında oluşturulan Meclis olmuştur. Kadın milletvekili sayısının azlığı, TBMM bünyesinde görev yapan, nüfus ve üreme sağlığına ilişkin yasal düzenlemelerin ilk inceleme yeri olan İhtisas Komisyonlarında da kadınların düşük düzeyde temsil edilmelerine yol açmaktadır. Cinsiyetlerden birinin eksik temsilinin bir sonucu olarak bu Komisyonların çalışmalarına kadınların talepleri, ihtiyaç ve beklentileri tam olarak yansıtılmamaktadır.

TBMM “Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu”nun 25 üyesinden yalnızca 2’si kadındır. 2009 yılı içinde çalışmalarına başlayan “Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu”nun (KEFEK) üyelerinin çoğunluğu kadın olmakla birlikte, henüz çok yeni bir oluşumdur. Bu Komisyon’un, göreve başladığı ilk yıl “Erken Yaşta Evlilikler Hakkında İnceleme Yapılmasına Dair Alt Komisyon”u görevlendirmiş olması, KEFEK’i nüfus ve üreme sağlığı alanında gelecek için umut vaat edici bir mekanizma haline getirmektedir. Çünkü, bu alanda Türkiye’de önemli sorun alanlarından birini oluşturan adolesan gebelikler, alt komisyonun çalışma konularına dahildir.

Diğer yandan, yalnızca ülkede uygulanacak politikaların, kabul edilecek yasal düzenlemelerin oluşturulması ve uygulanması aşamalarına kadınların eşit katılımlarını sağlamak, üreme haklarının gereklerini yerine getirmeye yetmeyecektir. Kontraseptif kullanma kararı, kullanılacak yöntemin belirlenmesi, cinsel ilişkinin sıklığı, sahip olunacak çocuk sayısına ve aralığına karar verme konularında kadının söz hakkı olması, yani

cinsel eşi ya da partneri ile ilişkisinde eşit muamele görmesi, kadınların katılımının diğer bir boyutunu oluşturmaktadır.

5 yıllık aralarla yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) sonucunda elde edilen veriler, Türkiye'de kadınların üreme kararı ve doğurganlık konularında söz sahibi olma noktasında da sorun yaşadıklarını göstermektedir. Kadınların istenen doğurganlıkları ile gerçekleşen toplam doğurganlık hızı arasında, daima belirgin bir fark bulunmaktadır²⁵. Bu farkın, varlığını sürdürmekle birlikte yıllar itibarıyla azalması, kadınların statüsünde yaşanan iyileşme ile açıklanabilir.

1993 ve 1998 TNSA sonuçları, "kadınların yaşamlarına yeniden başlama ve tam olarak istedikleri sayıda çocuğa sahip olma şansları ellerinde olsa", gerçekte sahip olduklarından farklı sayıda çocuğa sahip olacaklarını göstermektedir (HÜNEE 1994, 1999). Bu ifadede yer alan "tam olarak istedikleri sayıda çocuğa sahip olma şansı" ibaresi, kadınların eğitim düzeyinden etkilenmelerinin yanı sıra, karar alma aşamasında söz hakkına sahip olmadıklarını da ifade etmektedir (Akın ve Sevencan, 2006: 1-14).

Bu başlık altında tartışılan ikinci konu, kalkınma programlarında toplumsal cinsiyetin göz önüne alınmasıdır. Günümüzde, sağlık politikalarının kalkınma plan ve politikalarının bir parçası haline geldiği bilinmektedir. 1986 yılında Kanada'nın Ottawa kentinde düzenlenen "Sağlığın Geliştirilmesi 1. Uluslararası Konferansı"nda, sağlık için gereken başlıca faaliyet alanları; sağlıklı kamu politikalarının oluşturulması, toplumun katılımının sağlanması, destekleyici çevre koşullarının oluşturulması, bireylerin sağlık konusundaki becerilerinin geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması olarak belirlenmiştir (Doğan, 2006). Bu süreçte kalkınma plan ve politikaları büyük öneme sahiptir. Kalkınma planları ve politikalarının oluşturulmasında ise farklı cinsiyetlerin ihtiyaç ve gereksinimlerinin dikkate alınması bir zorunluluktur.

Türkiye'de planlı dönemin başlaması ile birlikte 1963 yılından bu yana sağlık politikaları kalkınma politikaları kapsamında belirlenmekte ve her

25 Kadınların istenen doğurganlıkları ile gerçek doğurganlık arasında Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993 verilerine göre 0,9; 1998 verilerine göre 0,7; 2003 verilerine göre 0,6 ve 2008 verilerine göre 0,4 fark bulunmaktadır (HÜNEE 1994, 1999, 2004, 2009).

bir Plan döneminde sağlık alanında daha önceki dönemde alınan mesafeler ve yapılması gerekenler belirlenmektedir (Doğan, 2006). Bu planlara kadınların ihtiyaç ve gereksinimlerinin dahil edilmesi ise daha çok kadınların doğurganlıkları ve annelik rolleri üzerinden yapılmaktadır.

Türkiye’de kadın konusu ilk kez 1985-1989 yılları arasında uygulanan Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda ayrı bir sektör olarak ele alınmıştır. Kadın konusunun ayrı bir sektör olarak ele alınması bir tercih olmakla birlikte, her bir politika alanında ele alınan konuların cinsiyetler bazında ayrı ayrı değerlendirilmesi de bir başka tercihtir ve aslında toplumsal cinsiyet eşitliğinin ana plan ve politikalara yerleştirilmesi stratejisi olarak adlandırılan, toplumsal cinsiyet eşitliğinin gerçekleştirilmesinde ana yol olarak kabul edilen strateji de bu ikincisinin yapılmasını gerektirmektedir.

Öte yandan, kalkınma planlarının hazırlanması süreçlerinde oluşturulan Özel İhtisas Komisyonları incelendiğinde, dönem dönem farklı uygulamalara gidildiği görülmektedir. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı hazırlıkları sırasında “Kadın” ve “Nüfus ve Nüfusun Yapısı” konularında özel ihtisas komisyonları oluşturulmuşken, “sağlık hizmetleri” konusunda ayrı bir Özel İhtisas Komisyonu oluşturulmamıştır. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı hazırlık sürecinde ise, “kadın” konusunda Özel İhtisas Komisyonu oluşturulmamışken, “Nüfus, Demografi Yapısı ve Göç” ve “Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik” konularında Özel İhtisas Komisyonları oluşturulduğu görülmektedir. Halen uygulama döneminde olduğumuz Dokuzuncu Kalkınma Planı hazırlık döneminde ise bu üç alandan sadece “Sağlık” konusu Özel İhtisas Komisyonu tarafından değerlendirmeye alınmıştır.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı “Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu”nda sağlık politikalarının oluşturulmasında iktidar değişikliklerinin olumsuz etkisine değinilmekte, sağlık politikalarının dönemsel olmasından ve tedavi edici hizmetlerin ön plana çıkmasından söz edilmektedir. Önceliklerin bir sistematiğe bağlı olmaksızın ekonomik ve siyasi koşullara bağlı olarak belirlendiği ifade edilmekte ve bu husus eleştirilmektedir (DPT, 2001). Bu eleştiri, kalkınma politikalarında uzun dönemli stratejilerin belirlenmesinin ülke içindeki siyasi koşullar nedeniyle zaman zaman aksayabildiğini ifade etmektedir. Bu aksamadan sağlık hizmetlerinin sunulmasında kadın erkek eşitliğini sağlamayı

hedefleyen politikaların da etkileneceği açıktır. Toplumsal cinsiyet eşitliği ilkesi, iktidarda olan siyasi görüşün bu ilkeyi sahiplenme derecesine göre sağlık politikalarına yansıtılabilecektir.

Kalkınma Planları ve nüfus arasındaki ilişki de kaçınılmaz bir ilişkidir; ülke içinde ekonomik ve sosyal kalkınmayı sağlamayı amaçlayan politikaların ülkedeki nüfus dinamikleri çerçevesinde geliştirildiği bilinmektedir. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı "Nüfus, Demografi Yapısı ve Göç Özel İhtisas Komisyonu Raporu"nda nüfus politika ve programlarının kalkınma stratejileri ile bütünleşmesinin ancak nüfusun planlama süreci içinde ayrı bir sektör olarak ele alınması ile mümkün olabileceği belirtilmektedir (DPT, 2001 b). Nüfus-sağlık-kalkınma ilişkisi ise Özel İhtisas Komisyonu Raporu'nda ayrı bir bölümde ele alınmaktadır. Bu bölümde çok çocuk doğurmanın kadınlar ve aileler üzerindeki olumsuz etkisine değinilmektedir. Ayrıca, cinsiyetler arasında ayrımın çok küçük yaşlarda başlaması nedeniyle, kız çocuklarının doğumundan başlayarak eğitim, sağlık, beslenmelerine yapılacak yatırımın önemine dikkat çekilmektedir. Nüfus politikalarının kadınların güçlendirilmesini hedefleyen politikalarla iç içe uygulanması gerektiği belirtilmektedir (DPT, 2001 b). Bu yaklaşım toplumsal cinsiyet eşitsizliklerine dikkat çeken bir duyarlılığa sahip gibi görünmektedir. Ancak, bu duyarlılık esas olarak kadınların güçlendirilmelerini hedeflemekten ziyade, çok sayıda çocuk doğurmamaları için eğitilmelerini amaçlamaktadır.

Sonuç olarak Türkiye'de kalkınma planlarında sağlık-nüfus-kalkınma ilişkisi kurulurken, toplumsal cinsiyet eşitliği boyutu bütüncül çerçevede ele alınmamakta, kadınların durumuna daha çok ana-çocuk sağlığı perspektifinden yaklaşmakta, nüfus artışını azaltıcı önlemler çerçevesinde kadınların bilgi ve bilinç düzeylerinin artırılmasından söz edilmektedir. Bu durum, ICPD'de önerildiği şekilde kalkınma planlarında toplumsal cinsiyete ilişkin göstergeler oluşturulup bunların izlendiği anlamına gelmemektedir.

3.2.1.2. İşgücü Piyasası Düzenlemeleri

ICPD'nin eylem önerilerinden bir bölümü de bireylerin üreme haklarının işverenlerce ihlal edilmemesi için gerekli önlemlerin alınması ve işgücü piyasasında yer alan kadınların gebelik ve doğum nedeniyle ihtiyaç duyacakları hizmetlere erişimlerinin sağlanmasına yönelik önerilerdir. Bu öneriler ile, işverenlerin doğum kontrolü yöntemlerinin kullanımı, gebelik

durumunu araştırmaları gibi ayrımcı uygulamaların ortadan kaldırılması; çocuk yapma, emzirme konularında kadınlara destek olmak için kadınların annelik sorumlulukları ile işgücü sorumluluklarını uzlaştırmayı amaçlayan kanun/yönetmelik vb. çıkarılması; her iki cinsiyetten çalışanlara esnek çalışma saatleri, ana babalara izin olanakları, gündüz bakım hizmetleri gibi uygulamaların özel sektörü de kapsayacak şekilde geliştirilmesi önerilmektedir.

Toplumda yerleşik cinsiyetçi işbölümünün bir sonucu olarak kadınların ev işleri ve çocuk bakımı ile ilgilenmeleri, erkeklerin ise ev dışında gelir getirici bir işte çalışmaları Türkiye’de çok yaygın olarak karşılaşılan bir durumdur²⁶. Bu genel durumun aksine işgücü piyasasında yer alan kadınlar için ise, gebelik ve doğum işsiz kalma riskini beraberinde getirebilmektedir. Bu durumun nedenleri arasında, yeterli çocuk bakım hizmetlerinin mevcut olmayışından dolayı kadınların çocuklarına bakmak nedeniyle işgücüne katılmamaları ya da işgücü piyasasından çıkmak zorunda kalmaları; ayrıca işverenlerin gebe ve yeni doğum yapmış kadınları işe almak ya da çalıştırmaya devam etmek konusunda isteksiz olmaları yer almaktadır.

Bu sorunların aşılması için bir yandan aile ve çocuk bakım sorumluluklarının kadınlar ve erkekler arasında eşit biçimde paylaşılması, bir yandan da bu sorumlulukların bir kısmının devlet tarafından sağlanan hizmetler yoluyla yerine getirilmesi için gerekli yasal ve idari düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Bu bölümde genel olarak devletin yükümlülüğünde olan yasal ve idari düzenlemeler ele alınmaktadır.

Türkiye’de 2004 yılından önce yürürlükte olan 1457 sayılı İş Kanunu’nda iş sözleşmesinin feshinde geçerli sebep oluşturmayacak nedenler arasında “hamilelik” de sayılmıştır.

2004 yılında yürürlüğe giren 4857 sayılı İş Kanunu²⁷ ise daha kapsamlı ve üreme hakları bakımından somut sonuçlar doğurabilecek düzenlemeler getirmektedir. Bu Kanun’un “eşit davranma” başlıklı maddesi çerçevesinde işçiler arasında cinsiyet ve gebelik nedeniyle doğrudan ya

26 TÜİK 2008 yılı Hanehalkı İşgücü Anketi Sonuçlarına göre, işgücüne dahil olmama nedeni olarak “ev işleriyle meşgul olma” nedenini belirten 12.186.000 kişinin tamamı kadındır (TÜİK, 2009 b).

27 10.06.2003 tarih 25134 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır.

da dolaylı farklı işlem yapılamayacağı düzenlemesine gidilmiştir. Ayrıca Kanun'da "işçinin cinsiyeti nedeniyle özel koruyucu hükümler uygulanmasının daha düşük bir ücret için haklı sebep oluşturmayacağı" belirtilmektedir. Bu maddenin -açık olarak belirtmemekle birlikte- gebelik durumunu da içine alan bir düzenleme olduğu söylenebilir; çünkü cinsiyet nedeniyle alınacak koruyucu hükümlerin gebelik sırasında uygulandığı görülmektedir²⁸. Bu hükümlere aykırı işlem yapılması durumunda çeşitli yaptırımlar uygulanmaktadır. Ayrıca iş sözleşmesinin feshinde geçerli sebep oluşturmayan koşullar arasında cinsiyet ve gebeliğin yanı sıra "doğum" da sayılarak, eski Kanun'a göre daha kapsamlı bir uygulamaya gidilmektedir.

Çocuk bakım sorumlulukları ile işgücü sorumluluklarının uzlaştırılması toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması için gereken koşullar arasındadır. Çocuk bakım hizmetlerinde görülen yetersizlikler, cinsiyete dayalı işbölümünün ve dolayısıyla toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin yeniden üretimine neden olmaktadır. Türkiye'de cinsiyetçi işbölümünün bir sonucu olarak bakım işleri kadınların sorumluluğunda görülmektedir. Uygun çocuk bakım hizmetleri Türkiye'de, üreme sorumluluğunun yanı sıra bakım sorumluluğunun da kadınlarca üstlenilme zorunluluğunu hafifletecek, kadınların çocuk sahibi olma kararı nedeniyle işgücü piyasasından dışlanmaları gibi bir durum ortaya çıkmayacak, iş ve aile yaşamının uyumlaştırılması sonucu kadınlar için işgücü piyasasına girişte teşvik edici bir durum ortaya çıkacaktır (Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu, 2009).

Çocuk bakım hizmetlerinin yeterince gelişmiş olduğu ülkelerde, kadınların istihdama katılımında olumlu yönde değişimler olduğu, bu hizmetlerin yeterli olmadığı Türkiye gibi ülkelerde ise kadınların istihdama katılım oranlarında olumsuz bir tablo ile karşı karşıya kalındığı görülmektedir (Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu, 2009).

Boğaziçi Üniversitesi tarafından yapılan bir araştırmaya göre, bu hizmetlerin çocuk sahibi bireylere sunulması için Avrupa Birliği ülkelerinde temel olarak üç kategori altında sayılabilecek politikalar izlenmektedir.

²⁸ Ayrıntılı bilgi için bakınız 14 Temmuz 2004 tarih ve 25522 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Gebe ve Emziren Kadınların Çalışma Şartları ile Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik".

Birincisi, ücretli/ücretsiz doğum izni, ebeveyn izni, çalışma saatlerinin azaltılması, esnek çalışma, ev eksenli çalışma gibi “istihdam temelli araçlardır”. İkincisi, çocuk yardımı, bakım sübvansiyonları, vergi kolaylıkları, bakım hizmeti sunan kurumlara yönelik hibeler gibi “finansal araçlardır”. Üçüncüsü ise, kreş, bakımevi, emzirme odası gibi bakım hizmet ve olanaklarının sunulması şeklinde uygulanan “hizmet temelli araçlardır” (Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu, 2009).

Ancak, bu noktada doğurganlık hızlarındaki düşme sonucu Avrupa Birliği ülkelerinde nüfus yapısında meydana gelen değişimleri ve bu değişimler nedeniyle hükümetlerin çocuk sayısını artırıcı yönde teşvik mekanizmalarını devreye sokmak amacıyla tüm bu araçları bir arada uygulamaya çalıştıkları da belirtilebilir (Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu, 2009). Türkiye’de çocuk sahibi olanlara sunulan hizmetleri bu kategoriler çerçevesinde kısaca değerlendirdiğimizde, bu üç kategoride yer alan araçlardan bazılarının uygulanmakta olduğu görülmektedir.

“İstihdam temelli araçlar”dan, ücretli ve ücretsiz doğum izinleri 4857 sayılı İş Kanunu ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile düzenlenmiş, gebe kadınların doğumdan önce ve doğumdan sonra kullanacakları izin süreleri, süt izni süreleri ve ücretsiz izinler belirlenmiştir²⁹. Ayrıntıları dipnotta verilen bu izin sürelerinden aylıksız izinlerin memurlar ve işçiler arasında farklılık arzemesi ve erkek memurların aksine işçilere eşlerinin doğum yapması halinde izin verilmemesi, çalışanlar arasında ayrıma neden olmaktadır. Çocuk sahibi olan kadın ve/veya erkeklerin çalışma saatlerinin azaltılması veya bu kişilerin esnek çalışma saatlerine tabi olması ise Türkiye’de henüz uygulanmayan istihdam temelli araçlardandır.

²⁹ 4857 sayılı İş Kanunu'nun ilgili maddeleri gereğince, gebe işçinin doğumdan önce 8 ve doğumdan sonra 8 hafta olmak üzere toplam 16 haftalık süre için çalıştırılmaması esastır. Çoğul gebelik halinde doğumdan önce çalıştırılmayacak 8 haftalık süreye 2 hafta süre eklenir. İsteği halinde kadın işçiye, bu sürelerin tamamlanmasından sonra 6 aya kadar ücretsiz izin verilir. Kadın işçilere bir yaşından küçük çocuklarını emzirmeleri için günde toplam birbuçuk saat süt izni verilir. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun ilgili maddeleri gereğince, memura doğum yapmasından önce 8 hafta ve doğum yaptığı tarihten itibaren 8 hafta olmak üzere toplam 16 hafta süre ile aylıklı izin verilir. Çoğul gebelik halinde, doğumdan önceki 8 haftalık süreye 2 hafta süre eklenir. Doğum yapan memurlara, bu sürelerin bitiminden itibaren, istekleri halinde 12 aya kadar aylıksız izin verilir. Memurlara, bir yaşından küçük çocuklarını emzirmeleri için günde toplam bir buçuk saat süt izni verilir. Süt izninin kullanımında annenin saat seçimi hakkı vardır. Ayrıca, erkek memura, karısının doğum yapması sebebiyle isteği üzerine 3 gün izin verilir.

Çocuk bakımı ve aile sorumluluklarının kadınlar ve erkekler arasında eşit paylaşımının araçlarından biri olan ve bu yönüyle toplumsal cinsiyet eşitliğinin gerçekleştirilmesine hizmet eden “ebeveyn izni” de Türkiye’de henüz uygulanmamaktadır, 2004 yılında TBMM’ye sunulan ve 2007 Milletvekili Genel Seçimleri nedeniyle kadük olan ebeveyn iznine ilişkin yasa tasarısı yeni yasama döneminde tekrar TBMM’ye sunulmuş, ancak Parlamentonun gündeminde yer almasına rağmen henüz yasalaşmamıştır.

İkinci grup araçlar olan “finansal araçlar”dan Türkiye’de yalnızca memurlara yönelik olarak doğum yardımı ödeneği uygulanmaktadır. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na göre devlet memurlarından çocuğu dünyaya gelenlere doğum yardımı ödeneği verilmektedir. Anne ve babanın her ikisi de devlet memuru ise bu ödeme yalnızca babaya yapılmaktadır. Doğum yardımı ödeneği, bu haliyle yalnızca kamu görevlilerine yönelik bir uygulama olması nedeniyle bir yandan çalışanlar arasında ayrıma neden olmakta, diğer yandan anne ve babanın her ikisinin de memur olması halinde ödemenin yalnızca babaya yapılıyor olması, kadın erkek eşitliğini zedeleyici bir hüküm olarak Kanun’da yer almaktadır.

Finansal araçlarla ilgili olarak belirtilmesi gereken bir başka husus, bu araçların teşvik ve cezalandırma diye adlandırılan ve üreme haklarını ihlal eden uygulamalarla çok kolaylıkla karışabilecek olması nedeniyle devlet tarafından dikkatle uygulanması gerektiğidir.

Son kategori olan “hizmet temelli araçlar” konusunda da Türkiye’de ciddi sorunlar mevcuttur. Bu konu, Boğaziçi Üniversitesi tarafından yapılan araştırmada da ele alınmış ve araştırma sonunda yayımlanan metinde şu ifade yer almıştır:

“Türkiye’de erken çocukluk bakım ve eğitim hizmetlerinin yeterince yaygınlaştırılmaması ve sistemde yaygın olan hizmetlerin de ücretli olması, çocukların eğitim olanaklarına eşit bir şekilde erişmeleri ve kadınların yaşamlarının onları güçlendirecek şekilde dönüştürülmesi açısından olumsuz etkiler yaratmaktadır... Ayrıca, çocuk bakımının büyük ölçüde kadınların sorumluluğunda olduğu düşünüldüğünde, yaygın ve ücretsiz çocuk bakımı hizmetlerinin sunulmaması özellikle yoksul kadınların cinsiyetçi

işbölümü içinde yaptıkları işleri ve sosyal ve ekonomik hayata katılımlarını zorlaştırmakta, böylece yaşam seçeneklerini daraltmaktadır” (Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu, 2009).

Türkiye’de kamu kuruluşlarının ve özel sektör işverenlerinin çocuk bakım hizmetleri vermelerine ilişkin düzenlemeler, İş Kanunu’nun 88’inci maddesi gereğince çıkarılan “Gebe veya Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik” ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 191’inci maddesine göre açılan kurumlar tarafından yerine getirilmektedir. Ancak, hem kreş ve gündüz bakım evleri sayıca azdır, hem de bu merkezlerden yararlanan çocuk sayıları sınırlıdır³⁰. Ayrıca, emzirme odası ve çocuk bakım yurdu açılmasını yalnızca işyerinde çalışan kadın sayısına bağlı olarak düzenleyen ilgili Yönetmelik, başta sivil toplum kuruluşları ve işçi sendikaları olmak üzere toplumun tüm kesimlerinden eleştirilmektedir³¹.

İlgili Kanunlar ve Yönetmeliklerde yer alan hükümlere ve istihdam alanındaki diğer düzenlemelere rağmen, çalışma yaşamı, kadınları, üreme haklarını ilgilendiren kimi konularda reddetmekte ya da karşı çıkmakta zorlanacakları pek çok baskı ve ayrımcılıkla karşı karşıya bırakılmaktadır. Antalya Serbest Ticaret Bölgesi’nde faaliyet gösteren bir firmada çalışan 81 işçinin 2006 yılında başlattıkları grev, üreme haklarının işverence ihlal edilmesine örnek gösterilebilecek bir olaydır. 81 grevciden 79’unu kadınların oluşturduğu bu işyerinde greve neden olan çalışma koşulları arasında çeşitli sebepler bulunmakla birlikte, üreme hakkı ihlalini içeren temel neden işçi kadınların gebe kalmak için önceden belirlenmiş bir takvime uymaya zorlanmalarıdır. İşçilerin iddialarına göre, aynı üretim hattında çalışan kadınlara gebe kalmaları için sırayla ikişer aylık süre verilmekteydi. 448 gün süren grev, 2007 yılında toplu iş sözleşmesinin

30 Millî Eğitim Bakanlığı tarafından hazırlanan 2008-2009 Örgün Eğitim İstatistiklerine göre Türkiye’de hizmet veren 23653 okul öncesi eğitim kurumunda okul öncesi eğitime devam eden öğrenci sayısı 804765’dir (422033 erkek, 383732 kız) (Millî Eğitim Bakanlığı, 2009).

31 İlgili Yönetmelik’in 15’inci maddesi gereğince, yaşları ve medeni halleri ne olursa olsun 100-150 kadın işçi çalıştırılan işyerlerinde 1 yaşından küçük çocukların bırakılması ve bakılması ve emziren işçilerin çocuklarını emzirmeleri için, işveren tarafından çalışma yerlerinden ayrı ve işyerine en çok 250 metre uzaklıkta bir emzirme odasının kurulması zorunludur. Yaşları ve medeni halleri ne olursa olsun, 150’den çok kadın işçi çalıştırılan işyerlerinde, 0-6 yaşındaki çocukların bırakılması ve bakılması, emziren işçilerin çocuklarını emzirmeleri için, işveren tarafından çalışma yerlerinden ayrı ve işyerine yakın bir yurdun kurulması zorunludur.

yapılması ile sonuçlanmış, sıralı doğum uygulamasına son verilmiştir (Türkiye Makine Mühendisleri Odası Ankara Şubesi, 2008).

Öte yandan, kadınları korumak üzere yapılmış gibi görünen bazı düzenlemelerin kadınların zaten son derece düşük oranlarda yer aldığı istihdam alanından dışlanması sonucunu doğurmaması çok önemlidir. Bu tezin hazırlanmakta olduğu günlerde kamuoyunda tartışma alanı bulan "Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliği" bu duruma örnek gösterilebilir³².

Buna benzer durumların önüne geçmek için gebe ve yeni doğum yapmış kadınlar başta olmak üzere, kadın çalışanların üreme haklarını ve üreme sağlığı koşullarını daha iyi koruyan, bunun yanında üreme haklarının ve cinsel hakların her iki cinsiyetten çalışanların hakları olduğu gerçeğini göz önüne alarak düzenlemelere gidilmesi gerekmektedir. Yapılacak düzenlemeler, kadınların ya da erkeklerin işgücü piyasasından uzaklaşmaları ya da dışlanmalarına neden olmamalıdır.

3.2.1.3. Evlilik

ICPD Eylem Programı, evliliğin tarafların tam ve hür rızası ile olması için çaba gösterilmesi, asgari evlilik yaşının gerekiyorsa yükseltilmesi ve erken evliliklerin engellenmesi önerilerinde bulunmaktadır.

Türkiye'de evlilik, çocuk doğurmak için toplumsal olarak kabul gören dönemin başlangıcıdır. İlk evlilik yaşının doğumlar üzerinde önemli bir etkisi vardır; daha erken yaşlarda evlenen kadınlar ortalama olarak daha uzun süre gebelik riski altına girmekte, bu da genellikle yaşam boyunca daha fazla sayıda doğuma yol açabilmektedir (HÜNEE, 2009 b). Türkiye'de ilk evlenme yaşı giderek yükselmektedir. 1993 TNSA sonuçlarına göre 25-49 yaş grubu kadınlar arasında 19 olan "ortanca ilk evlenme yaşı", 2008 TNSA sonuçlarına göre 20,8'e yükselmiştir (HÜNEE 1994, 2009).

32 16 Haziran 2004 tarih 25494 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliği kadınların hangi ağır ve tehlikeli işlerde çalışabileceğine ilişkin düzenlemeleri içermektedir. Bu Yönetmelik'in ilgili maddesine göre, kadınların, ay hali günlerinde 5 gün süre ile ağır ve tehlikeli işlerde çalıştırılmayacağı düzenlenmektedir. Bu durum, deri hazırlama işleri, kürk işleme işleri, plastik eşya imalatı, ipek imali, mensucat işleri vb. (tam liste için Yönetmelik metnini inceleyiniz) gibi sektörlerde çalışan kadınların her ay belli günlerde işgücüne dahil olamamaları sonucunu doğurmaktadır. Ancak, kadınların mensturasyon dönemleri, hastalık olarak nitelendirilemeyeceği için, bu düzenlemenin kadınların üreme hakları ile çalışma hakkı arasında bir çelişki yarattığı düşünülmektedir.

Evlilik konusu bu başlık altında, özellikle erken evlilikler ve adolesan³³ gebelikler açısından ele alınmaktadır. Erken yaşta evlenen adolesanların gebeliklerinin riskli gebelikler grubuna girmesi ve bu yaş grubunun kendine özgü üreme sağlığı sorunlarına sahip olmasının yanı sıra, 18 yaşın altındaki adolesanların bir bölümü dini tören ile evlenmekte/evlendirilmekte, bu nedenle de aynı zamanda sosyal risk altına girmektedirler. Sonuçta, bu konu hem “nüfus artışı ve yapısı”, hem “toplumsal cinsiyet eşitliği, hakkaniyet ve kadınların güçlendirilmesi” hem de “sağlık, hastalık ve ölüm” konularını ilgilendiren kesit bir konudur. Ancak, erken yaşta evliliklerin Türkiye’de toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin bir yansıması olarak özellikle kız çocuklarının karşı karşıya kaldıkları ayrımcılıklardan birini oluşturması nedeniyle konu bu bölümde ele alınmaktadır.

2002 yılında kabul edilen Medeni Kanun’dan³⁴ önceki Medeni Kanun’da, evlenme yaşına ilişkin madde, erkekler için 17, kadınlar için 15 yaşın doldurulmasını zorunlu kılmaktaydı, belli şartlar altında hâkim kararı ile olağanüstü hallerde gerçekleştirilen evlenme ise erkekler için 15, kadınlar için 14 yaşın doldurulması ile mümkün olmaktadır. Türkiye’nin nüfus politikalarının incelendiği bölümde aktarıldığı üzere, evlilik yaşının bu denli küçük yaşları kapsayacak şekilde düzenlenmesi, 1920’li yıllardan başlayan ülkedeki nüfusu artırıcı politikaların bir uzantısı idi ve bu durum özellikle kadınlara ve kız çocuklarına yönelik ayrımcılık ve baskı çerçevesinde şekillenen geleneksel erkek egemen toplumsal yapı ile birleştiğinde, kız çocuklarının oldukça erken yaşta evlendirilmeleri ve bunun sonucu olarak adolesan gebeliklerin ve doğumların ülkede gerçekleşen gebelikler ve doğumlar içinde önemli bir yer tutmasına, anne ve bebek ölümlerinin de adolesan annelerin gebeliklerinde daha sık meydana gelmesine yol açıyordu.

2002 yılında yürürlüğe giren Türk Medeni Kanunu ile, evlilik yaşı her iki cins için eşitlenerek, 17 yaş olarak belirlenmiş, olağanüstü hallerde evlilik yaşı ise 16 yaş olarak tespit edilmiştir. Bu düzenleme ile, ICPD’nin “evlilik yaşı gerekiyorsa yükseltilmelidir” önerisine paralel bir düzenleme yapılmıştır.

Medeni Kanun’da evliliğin tarafların tam ve hür rızası ile yapılmış olması ilkesini koruyucu yönde de hükümler bulunmaktadır. Ayırt etme gücüne

³³ Adolesanlar 10-19 yaş grubundaki kişilerden oluşmaktadır.

³⁴ 08.12.2001 tarih 162 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır.

sahip olmayanların, akıl hastalarının, küçüklerin kanunda belirtilen özel şartlar dışında evlenmeleri mümkün değildir. Ayrıca, kendisinin veya yakınlarından birinin hayatı, sağlığı veya namus ve onuruna yönelik pek yakın ve ağır bir tehlike ile korkutularak evlenmeye razı edilmiş eş, kanundaki koşulların yerine getirilmesi kaydıyla evlenmenin iptalini dava edebilmektedir.

Ancak, 2002 yılında yürürlüğe giren Türk Medeni Kanunu ile getirilen bu düzenlemelerin, Türkiye'de erken yaşta ve zorla evliliklerin ortadan kalkması için yeterli olduğu söylenemez. Ülkemizde erken yaşta evlilikler, özellikle kız çocuklarına yönelik bir ayrımcılık olarak varlığını sürdürmektedir.

Erken yaşta evlilikler, üreme hakları ve üreme sağlığı bakımından değerlendirildiğinde, en çok adolesan gebelikler açısından sağlık riski teşkil etmektedir. Adolesan dönemde yapılan evlilikler, Türkiye'de yüksek doğurganlığa neden olan bir sosyal gelenek olup bu durum kadının eğitim ve istihdamının önünde bir engel olabilmektedir. Adolesan dönemde yaşanan gebeliklerde, annelerin ve bebeklerin yaşadıkları gebelik, doğum ve yeni doğan sorunları erişkin gebeliklerine göre daha fazla olabilmektedir. Tablo 3.1.'de de görüldüğü gibi adolesan dönemde evli olan kız çocuklarının oranı yıllar itibarıyla giderek azalmakla birlikte, 2008 TNSA sonuçlarına göre bu dönemde evli olan kız çocuklarının oranı olan % 9,6 bile oldukça yüksek bir orana işaret etmektedir (HÜNEE, 1999, 2004, 2009).

Tablo 3.1. 15-19 Yaş Arası Evlilikler (HÜNEE, 1999, 2004, 2009)

	Evli Değil	Evli
1998	84,8	15,2
2003	88,1	11,9
2008	90,4	9,6

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, erken yaşta evlenme konusunu değerlendirmiş ve 1998 TNSA sonuçlarında Türkiye’de erken evlenmenin ender karşılaşılan bir durum olmadığı; 15-19 yaş grubundaki kadınların % 2’sinin 15 yaşından önce evlendiği belirtilmiştir (HÜNEE, 1999). Ancak 2003 ve 2008 TNSA sonuçlarında farklı bir yaklaşım geliştirildiği görülmektedir. Bu araştırmalarda Türkiye’de erken evlenmenin yaygın olmadığı, çünkü 15-19 yaş grubundaki kadınların 2003 TNSA’ya göre % 2’sinden azının, 2008 TNSA’ya göre ise %1’inden azının 15 yaşından önce evlenmiş olduğu belirtilmiştir (HÜNEE 2004, 2009). Kaldı ki, medikal yönden 20 yaşından önce olabilecek gebeliklerin “riskli” olacağı düşünülürse, % 9,6’lık adolesan evlilik oranı bile, Türkiye’de riskli gebeliklere yol açacak olan erken evliliklerin yaygınlığını göstermektedir.

Ayrıca, TNSA’ların bu açıklamalarının, resmi evlenme yaşı çerçevesinde yapılan değerlendirmeleri yansıttığı düşünülmektedir. 15-19 yaş grubu, Türkiye’nin resmi evlenme yaşı olan 17 yaşı kapsayan bir aralıktır. Dolayısıyla bu yaş grubundan daha önceki yaşlarda evlenen kadınlar “erken yaşta evlenmiş” olarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte, TNSA’ların adolesan dönem doğurganlıklarını yüksek riskli doğurganlık grubunda değerlendirmesi olumlu bir gelişmedir.

Adolesan dönemde çocuk doğuran kadınların oranında da azalma söz konusudur. 2003 TNSA sonuçlarına göre 15-19 yaş grubunda çocuk doğuran adolesanların oranı % 7,5 iken (HÜNEE, 2004), 2008 TNSA sonuçlarına göre bu oran % 5,9’a düşmüştür (HÜNEE, 2009). Türkiye’nin üreme sağlığı alanındaki temel veri kaynağı olarak değerlendirilebilecek olan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının bu konudaki yaklaşımının yıllar içinde değişmeye başlaması ise olumlu bir gelişmedir. Daha önceki araştırmalarda böyle bir değerlendirme olmamasına karşın, 2003 ve 2008 TNSA’larda “15-19 yaş grubunda çocuk doğuran adolesanlar”, yüksek riskli gebelikler grubunda değerlendirilmiştir (HÜNEE 2004, 2009). Bu durum, konuya ilişkin politikaların geliştirilmesi aşamasında geleceğe dönük olarak yararlanılabilecek verilerin oluşmasını sağlayacaktır.

Türkiye’nin üreme sağlığı alanındaki stratejik belgesi olan “Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı: Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015”te de adolesan gebeliklerin azaltılması bir hedef olarak be-

lirlenmiş, 2003 yılında % 7,5 olarak tespit edilen oranın 2013 yılında % 3,8'e düşürüleceği belirtilmiştir (AÇSAP, 2005). ICPD'nin önerilerinin Sağlık Bakanlığı'nın Eylem Planı'nda yer alması yine olumlu bir gelişmedir.

Ayrıca Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM) tarafından hazırlanan "2008-2013 Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı"nın "Sağlık" bölümünde erken yaşta evliliklerin ve akraba evliliklerinin kadın ve çocuk sağlığına olumsuz etkileri konusunda toplumun bilinçlendirilmesine ilişkin bir strateji benimsenmiştir. Bu stratejinin sorumlu kuruluşları arasında KSGM'nin yanı sıra Sağlık Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü'nün de yer alması yine olumlu gelişmeler olarak değerlendirilebilir (KSGM, 2008).

Erken yaşta evliliklerin ve bu dönemdeki riskli gebeliklerin önlenmesi; adolesan dönemdeki bireylerin eğitim imkanlarından yararlanmaya teşvik edilmeleri, ilk evlilik yaşının ötelenmesi, adolesan dönemdekilere sunulan cinsel sağlık/üreme sağlığı hizmetlerinin çeşitlendirilmesi, bu hizmetlerin daha kaliteli hale getirilmesi ve özellikle kız çocuklarını erken yaşta evlendirme şeklinde ortaya çıkan toplumsal geleneklerin ortadan kaldırılması ile mümkün olabilecek gibi görünmektedir. Bu konulardan bazıları ilgili bölümlerde tartışılmaktadır. Türkiye'de erken yaşta evlilikler ve gebelikler göstergeler bazında değerlendirildiğinde azalma eğiliminde olsa da, Türkiye'nin ICPD'nin hedeflerine tam olarak ulaştığını söylemek mümkün değildir.

3.2.1.4. Aile Yaşamına ve Toplumsal Yaşama Katılım

Türkiye'de erkekler ev içi sorumlulukların paylaşımı ve aile yaşamına katkı konularında sorumluluk almaktan kaçınmaktadırlar. Bunun en önemli nedeni cinsiyet rollerinin şekillenmesine neden olan toplumsal alışkanlıklar ve geleneklerdir. Daha önce de belirtildiği gibi ev dışında gelir getirici bir işte çalışma erkekler arasında çok yaygındır, kadınların büyük bir kısmı ev dışında ücret karşılığı çalışmamaktadır. Kadının ücret karşılığı ev dışında çalışması durumunda da ev içi sorumlulukların erkek tarafından paylaşılmadığı görülmektedir.

Ayrıca kadın erkek eşitliğinin sağlanmasında erkeklerin rolleri ve sorumlulukları konusunda Devletin politika geliştirme ve uygulama gele-

neğinin Türkiye’de oluşmuş olduğunu söylemek için henüz erkendir. Yakın zamana kadar birkaç proje ve toplantıdan öteye geçemeyen bu çalışmalarda, son birkaç yılda olumlu gelişmeler yaşanmaya başlamıştır. “2007-2010 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı” ve “2008-2013 Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı”nda toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasında erkeklerin rolleri ve sorumlulukları konusunda çeşitli stratejiler belirlenmiştir (KSGM 2008, 2008 b). Bu Eylem Planlarının, önümüzdeki süreçte gözden geçirilerek ve güncellenerek uygulanmaya devam edeceği varsayılarak, ilerleyen yıllarda erkek katılımı konusunun Türkiye’de toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasında politika geliştirilen alanlardan biri haline geleceği öngörüsünde bulunulabilmektedir.

Türkiye’de erkeklerin aile yaşamına ve çocuk bakım sorumluluklarına katılımı konusunda Milli Eğitim Bakanlığı Çıracılık ve Yaygın Eğitim Genel Müdürlüğü ve Anne Çocuk Eğitim Vakfı işbirliği ile uygulanan “Baba Destek Programı”, bu konudaki az sayıda programdan birini oluşturmaktadır. Babaların çocuk bakımı ve çocuk gelişimi konusundaki sorumluluklarına dikkat çekmek ve bu yolla evlilik ve aile içi iletişimi geliştirmelerini sağlamak amacıyla Türkiye’nin 18 ilinde³⁵ uygulanan bu program (Milli Eğitim Bakanlığı [MEB], 2009 b), sınırlı sayıda ili kapsamı, katılımcı sayılarının sınırlı olması nedeniyle pilot bir çalışma olmaktan öteye geçmemektedir. Buna benzer bir program olan ve erkeklerin üreme hakları konusunda bilinçlendirilmelerini amaçlayan er ve erbaşlara yönelik üreme sağlığı eğitimleri “3.2.3.2. Erkeklerin Katılımı” bölümünde incelenmektedir.

Diğer yandan, eğitim, istihdam ve karar mekanizmalarına katılım konuları, toplumsal hayata katılımın kabaca üç ana unsuru olarak değerlendirilirse, Türkiye’de her üç alanda da cinsiyetler arasında kadınlar aleyhine uçurumların söz konusu olduğu görülmektedir. Son yıllarda kız çocuklarının ilköğretim seviyesinde okullulaşma oranlarında yaşanan olumlu gelişmeler dışında, kadınların istihdama katılımları, genel ve yerel siyasette ve karar mekanizmalarında temsilinde son derece olumsuz tablolar karşımıza çıkmaktadır.

35 İstanbul, Kocaeli, Edirne, Çanakkale, Bursa, Manisa, İzmir, Aydın, Muğla, Mersin, Antalya, Ankara, Adana, Gaziantep, Samsun, Giresun, Diyarbakır ve Kayseri.

3.2.1.5. Kadına Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılması

BM tarafından 1993 yılında yapılan tanıma göre, kadına yönelik şiddet; cinsiyete dayanan, kadını inciten, ona zarar veren, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içerisinde ya da özel yaşamında kadına baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranışı içermektedir (Akın, 2008).

Üreme hakları ve cinsel haklar bakımından değerlendirildiğinde dikkati en çok çeken şiddet türü kadına yönelik cinsel şiddet olmakla birlikte, şiddetin her biçimi kadınların üreme haklarını ihlal etmektedir. Çünkü bu tezin önceki bölümlerinde de belirtildiği gibi, kadınların üreme haklarından tam olarak yararlanmaları, diğer tüm haklarından da yararlanmaları ile mümkün olabilmektedir. Kadına yönelik şiddet ise, yaşam hakkı başta olmak üzere kadınların sosyal, ekonomik, siyasi haklarından yararlanmalarının önünde bir engel teşkil etmektedir.

DSÖ tarafından yapılan değerlendirmelere göre, kadına yönelik şiddet, kadının ölmesi, sakat kalması, yaralanması, hastalanması, yaşam kalitesinin bozulması gibi sağlık sonuçlarına neden olmaktadır. Fiziksel sağlık üzerindeki etkileri çeşitli yaralanmalar ve ağrı yakınmaları ile ortaya çıkarken; ruh sağlığı üzerindeki etkileri depresyon, panik bozukluklar, alkol ve madde kullanımı, utanç ve suçluluk duygusu, azalmış benlik duygusu, güvenli olmayan cinsel davranışlar, intihar eğilimi gibi biçimlerde ortaya çıkmaktadır. Öte yandan kadına yönelik şiddetin cinsel sağlık ve üreme sağlığı üzerindeki etkileri ise kısırlık, gebelik komplikasyonları/düşükler, cinsel işlevlerde bozukluk, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, HIV/AIDS ve istenmeyen gebeliklerin ortaya çıkması şeklinde özetlenebilir (Subaşı 2001: 83-87, Akın 2008).

Türkiye'de 1980'li yıllardan başlayarak kadına yönelik şiddetin ortadan kaldırılması ve şiddet mağduru kadınlara hizmet sunulmasına ilişkin talepler daha fazla dile getirilmeye başlanmıştır. Kadın erkek eşitliğinin sağlanması ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin gerçekleştirilmesinde ulusal mekanizma olarak görev yapmak üzere 1990 yılında kurulan Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü tarafından 1990'lı yıllarda yapılan çalışmalarda kadına yönelik şiddetle mücadele önemli bir yer tut-

muştur. 1998 yılında yürürlüğe giren Ailenin Korunmasına Dair Kanun³⁶ bu çalışmaların çıktılarında biri olarak düşünülebilir.

Kadına yönelik şiddetle mücadele çalışmaları, söz konusu Genel Müdürlüğün 2004 yılında yeniden yapılandırılması ile kurulan Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü'nün³⁷ koordinasyonunda, ilgili kurumlar ile işbirliği içerisinde sürdürülmektedir.

Yasal düzenlemeler ve uygulamaya yönelik faaliyetler biçiminde özetlenebilecek bu çalışmalardan³⁸ bazıları üreme hakları ve cinsel haklar bakımından daha fazla önem taşımaktadır. Daha çok kadınlara karşı işlenen cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar, 2005 yılında Türk Ceza Kanunu'nda³⁹ yapılan değişiklikle "Kişilere Karşı Suçlar" başlığı altında ele alınmıştır (KSGM, 2008 c). Önceki Ceza Kanunu'nda "Topluma Karşı Suçlar" başlığı altında ele alınan cinsel dokunulmazlığa karşı suçların bu başlık altında değerlendirilmesi, kadınların kendi bedenleri ve cinsel yaşamları üzerinde söz hakkına sahip olduklarının yasa metninde ifadesini bulması anlamına gelmektedir.

Kadına yönelik şiddetle mücadelede sonuçları bakımından önem arz eden bir diğer önemli gelişme, 2005 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde Töre ve Namus Cinayetleri ile Kadınlara ve Çocuklara Yönelik Şiddetin Sebeplerinin Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Araştırma Komisyonu oluşturulmasıdır. Komisyon çalışmaları sonucunda bir rapor hazırlanarak, bu konuda alınacak önlemlere ilişkin öneriler ve bundan sorumlu kuruluşlar "Çocuk ve Kadına Yönelik Şiddet Hareketleri ile Töre ve Namus Cinayetlerinin Önlenmesi için Alınacak Tedbirler" konulu Başbakanlık Genelgesi ile belirlenmiştir. Genelge, kadına yönelik şiddetle mücadele konusunda önemli bir belge olmanın yanı sıra, Türkiye'de toplumsal cinsiyet eşitliğinin gerçekleştirilmesi için ihtiyaç duyulan politikalara da zemin oluşturmaktadır.

36 17/1/1998 tarih ve 23233 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun ile aile ortamını şiddetin etkilerinden korumak amaçlanmıştır. Toplumda meydana gelen yeni ihtiyaçlar doğrultusunda 2007 yılında söz konusu Kanun'da bazı değişiklikler yapılmış, 2008 yılında ise Uygulama Yönetmeliği çıkarılmıştır.

37 Genel Müdürlük 27.10.2004 tarihinde kabul edilen 5251 sayılı "Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Teşkilat ve Görevleri hakkında Kanun" ile kurulmuştur.

38 Ayrıntılı bilgi için bakınız Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü resmi web sitesi, www.ksgm.gov.tr, "Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Bölümü".

39 12.10.2004 tarih ve 25611 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.

KSGM tarafından hazırlanarak uygulamaya konulan Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2007-2010, şiddetle mücadele alanında kamu politikalarının oluşturulması bakımından bir diğer önemli politika belgesidir.

KSGM koordinasyonunda gerçekleştirilen ve Türkiye'nin bu alandaki ilk resmi verilerini oluşturan "Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2008" sonuçlarına göre Türkiye'de kadınların % 41,9'u, yaşamları boyunca en az bir kez eşleri veya birlikte olduğu kişilerden fiziksel veya cinsel şiddet⁴⁰ görmüştür. Yaşamı boyunca en az bir kez eşi veya birlikte olduğu kişilerden cinsel şiddet gören kadınların oranı ise % 15,3'tür. Bir diğer önemli sonuç ise gebelikte fiziksel şiddete ilişkin sonuçlardır. Türkiye genelinde en az bir kez gebe kalmış kadınların % 10'u gebeliği sırasında eşi veya birlikte olduğu kişiler tarafından fiziksel şiddete maruz kalmıştır (KSGM, 2009).

Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2008'in ülkeyi temsil eden örneklem üzerinde yapılan ilk araştırma olması nedeniyle kadına yönelik şiddet verilerinde geçmişe yönelik bir değerlendirme yapmaya henüz imkan bulunmamaktadır. Ayrıca, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2007-2010, Türkiye'de bu konuya özel olarak hazırlanan ve uygulamaya geçirilen ilk eylem planıdır. Bu nedenle, kadına yönelik şiddetle mücadele alanında son yıllarda atılan adımların olumlu gelişmelere yol açıp açmadığı, ancak ilerleyen yıllarda yapılacak yeni ve karşılaştırmalı değerlendirmelerle ortaya çıkabilecektir.

Mevcut veriler ve çalışmalar ışığında halihazırda yapılabilecek değerlendirme, kadına yönelik şiddetin, diğer hakların yanı sıra kadınların üreme haklarını ve cinsel haklarını ihlal eden bir sorun olarak Türkiye'de varlığını sürdürdüğü; ancak hem Devlet ve kamu kuruluşları düzeyinde, hem de sivil toplum düzeyinde bu sorunla mücadele edilmesi konusunda bir bilincin ve farkındalığın oluşmuş olduğudur.

40 Söz konusu araştırmada cinsel şiddete maruz kalmış kadınlar, istemediği halde fiziksel güç kullanılarak zorla cinsel ilişkiye girilmiş; istemediği halde olacaklardan korktuğu için cinsel ilişkiye girmek zorunda kalmış; cinsel olarak aşağılayıcı veya küçük düşürücü bulunduğu bir şey yaptırılmış kişiler olarak tanımlanmıştır (KSGM, 2009).

3.2.2. Nüfus Artışı ve Yapısı

3.2.2.1. Doğurganlık ve Ölüm Hızları İlişkisi

Nüfus artışının izlenmesi ve değerlendirilmesinde doğurganlık ve ölüm oranları ilişkisinin dikkate alınması; yüksek doğurganlık gereksinimini azaltmak için bebek/çocuk/anne ölümlerinin azaltılması ICPD Eylem Programı'nın önerileri arasında yer almaktadır.

Nüfusta meydana gelen değişimlerin izlenmesi için öncelikle güvenli bir veri toplama sisteminin mevcut olması ve verilerin cinsiyete göre ayrıştırılmış şekilde toplanması gerekmektedir. Türkiye'de nüfusa ilişkin veri kaynakları genel olarak nüfus sayımları, nüfus kayıtları ve nüfus araştırmalarıdır. Nüfus sayımları, idari birim bazında nüfus büyüklüğünün tespiti, nüfusun sosyal ve ekonomik niteliklerinin belirlenmesi amacıyla Türkiye İstatistik Kurumu tarafından dönemsel olarak gerçekleştirilmekte ve bu sayımlar yoluyla cinsiyet temelli veriler toplanmaktadır⁴¹. Nüfus kayıtları, kişinin kimliğine, aile ve vatandaşlık durumuna ilişkin bilgilerin saptanması ve kaydedilmesi sonucu ulaşılan kayıtlardır. Araştırmalar ise, nüfus kayıtları ve nüfus sayımları ile elde edilemeyen yaş, cinsiyet, etnik durum ve farklı coğrafi bölgelere göre sınıflandırılmış demografik bilgilerin toplanması açısından önemli veri kaynaklarını oluşturmaktadır (DPT, 2001 b).

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı "Nüfus, Demografi ve Göç Özel İhtisas Komisyonu Raporu"nda, Türkiye'de doğumlar ve ölümlerle ilgili temel bilgilerin niteliği, kapsamı ve sürekliliği konusunda eksiklikler olduğu; kalkınma plan ve politikalarının duyarlılığını artırmak ve izlemek için gerekli olan bilgilerin özellikle cinsiyet ve sosyo-ekonomik özelliklere göre ayrıştırılarak toplanmasının önemli olduğu belirtilmiştir (DPT, 2001 b). Özel İhtisas Komisyonu'nun bu tespiti, Türkiye'de nüfusa ilişkin tüm verilerin cinsiyet bazında toplanması konusunda bir bilincin oluşmuş olduğu şeklinde değerlendirilebilir.

Nüfus büyüklüğünün, cinsiyete göre nüfusun belirlenmesi; toplam doğurganlık hızındaki değişmelerin izlenmesi; nüfus artış hızının tespit

41 2007 yılından itibaren Türkiye'de nüfus sayımında Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi uygulamasına geçilmiştir. Bu sistem, kişilerin yerleşim yerlerine göre nüfus bilgilerinin güncel olarak tutulduğu, nüfus hareketlerinin her an izlenebildiği bir kayıt sistemidir ve nüfus sayımı ile değil, devamlı yapılacak güncellemeler ile sürdürülecek bir veri tabanıdır (TÜİK, 2009 c).

edilmesi konularında Türkiye'de veri eksikliği bulunmamaktadır. Bebek ve çocuk ölümleri, TNSA'lar temel alınarak projeksiyonlarla hesaplanmaktadır. Anne ölümleri ise en son 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri Çalışması Sonuçları ile açıklanmıştır.

Nüfusun üreme sağlığı ve cinsel sağlık alanındaki durumunu ortaya koyan temel veri kaynağı olarak kullanılan ve Türkiye'yi temsil eden örneklem üzerinde gerçekleştirilen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, 1963 yılından bu yana her 5 yılda bir yapılmaktadır. Bu araştırmaların örneklemine belirlenmesinde, her dönemde farklı uygulamalara gidildiği görülmektedir.

1993, 2003 ve 2008 TNSA'ları, başından en az bir evlilik geçmiş kadınları kapsamaktadır. 1998 TNSA ise, bu konuda diğerlerinden farklı bir yöntem benimsemiş ve evlenmiş kadınlar ile kocalar araştırma kapsamına dahil edilmiştir (HÜNEE 1994, 1999, 2004, 2009). Bu durum, TNSA'ların örneklem bakımından Türkiye'yi temsil etmekle birlikte, elde ettikleri sonuçlar bakımından üreme sağlığı ve cinsel sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan tüm nüfus kesimlerini ve her iki cinsiyeti eşit şekilde kapsamaması sonucunu doğurmaktadır. Erkeklerin araştırma kapsamına alınmaması nedeni ile erkekleri de ilgilendiren üreme sağlığı politikalarının oluşturulması aşamasında başvurulacak verilere ulaşılammaktadır. Ayrıca, araştırma örnekleminde "başından en az bir evlilik geçmiş kadınlar" cevaplayıcı olarak kabul edilerek, kadınlar arasında evli olan/olmayan ayrımı yapılmaktadır. 1998 araştırmasında da evlenmiş kadınların kocalarının araştırma kapsamına alınması, evli olmayan erkekler hakkında veri toplanmasını olanaksız hale getirmiştir.

Üreme hakları ve cinsel haklar yalnızca kadınların değil, insan haklarının ayrılmaz bir parçası olarak yaşam döngüsü boyunca kadın ve erkek herkesin hakkıdır ve ayrıca bu haklar evlilikle ilişkilendirilemez. Türkiye'de evliliğin çocuk doğurmak için toplumsal olarak kabul gören dönemin başlangıcını oluşturması nedeniyle, evli/evlenmiş kadınların ve erkeklerin üreme sağlığı göstergelerinin incelenmesi elbette önemlidir. Ancak, nüfus ve sağlık araştırmalarının yaş gruplarını çeşitlendirerek ve evli olan/olmayan şeklinde ayrımlardan uzak durarak her iki cinsiyet için de verileri ortaya koyması gerekmektedir.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Nüfus, Demografi ve Göç Özel İhtisas Komisyonu Raporu'nda bu konuya ilişkin olarak yapılan yorum, aynı düşüncüyü yansıtmaktadır:

“Üreme sağlığı cinsiyet ayrımı yapılmaksızın herkes için bir sağlık hakkıdır. Aile planlaması da fırsat ve sorumluluklar temelinde çiftlere ve bireylere en iyi sağlığı, sorumluluğu ve aile refahını sağlayan, değerlere saygılı ve ailelerin çocuk sayısına, aralığına ve zamanlamasına karar verme hakkına saygı duyan bir çerçeve içinde üremeye yönelik amaçlarını gerçekleştirmeleri için bir araç olarak görülmektedir” (DPT, 2001 b).

3.2.2.2. Nüfusun Yaşlanması

ICPD'nin bu başlığa ilişkin olarak ülkelere önerisi, toplam doğurganlık hızında yaşanan düşüş ve doğuştan beklenen yaşam süresinin artmaya başlaması ile birlikte sayıları ve toplam nüfus içindeki payları artan yaşlıların sosyo-ekonomik planlamada dikkate alınması ve bu kişilerin ihtiyaçlarının gözetilmesidir.

Nüfusun yaşlanması, bir nüfusun yaş yapısının değişerek, o nüfustaki çocukların ve gençlerin payının azalması ve 65 yaş üstü insanların payının göreceli olarak artmasıdır. Yaşlı nüfusta dünya genelindeki artış, dünyanın birçok bölgesinde doğum hızlarında kayda değer düşüşlerin gözlemlenmesi, beslenme ve temel sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan gelişmeler sonucu ortalama yaşam süresinin uzaması ve bebek ve çocuk ölümlülüğünün gerilemesi ile gerçekleşmiştir. İnsanların yaşlarının artması ya da yaş almaları fizyolojik bir süreçtir, bu sürecin sosyal, kültürel, ekonomik ve sağlığa ilişkin boyutları vardır (DPT, 2007).

Mevcut demografik eğilimlerin devam edeceği varsayımından hareketle, 21. yüzyılın tüm dünyadaki beklentilere paralel olarak Türkiye'de de yaşlı yüzyılı olacağı beklenmektedir. Değişen yaş yapısı ile birlikte, özellikle yüzyılın ikinci yarısında, yaşlı nüfusun, sosyal, demografik ve ekonomik açıdan Türkiye'de de önem kazanacağı tahminleri yapılmaktadır (DPT, 2007).

Türkiye'de nüfusun yaş gruplarına göre dağılımını gösteren Tablo 3.2. incelendiğinde, 1990 nüfus sayımından bu yana yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının düzenli olarak arttığı, diğer yandan erkek nüfusu içindeki yaşlı erkeklere kıyasla, kadın nüfusu içindeki yaşlı kadınların oranının daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 3.2. Nüfusun Yaş Grubuna Göre Dağılımı (Cinsiyete Göre Ayırıştırılmış) (TÜİK, 2009)

CİNSİYET	SAYIM YILI	YAŞ GRUBU (YÜZDE OLARAK)		
		0-14	15-64	65+
ERKEK	1990	35	61	4
	2000	30	64	5
	2007*	27	67	6
KADIN	1990	34	61	5
	2000	29	64	6
	2007*	26	66	8

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu
*Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi verileri

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı “Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu”nda yaşlılar ele alınmakta ve yaşlılara yönelik üreme sağlığı hizmetlerinin temel sağlık sistemi içine entegre edilmiş olması eleştirilmektedir. Birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında yaşlıların üreme sağlığı gereksinimlerine uygun şekilde koruyucu ve erken tanı hizmetlerinin (kansere, osteoporoz gibi) mevcut olmayışı bir eksiklik olarak belirtilmektedir (DPT, 2001).

Türkiye’de yaşlıların mevcut durumunu analiz etmek ve yaşlanma ile ilgili eylemleri belirlemek üzere DPT tarafından 2007 yılında “Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı” hazırlanmıştır. Bu Eylem Planı, nüfusta meydana gelen değişimlere cevap verecek nitelikte politikalar geliştirmenin önemli bir örneğini oluşturmaktadır.

Eylem Planı’nda, yaşlı nüfusa ilişkin genel tespitler yapılmaktadır. Buna göre, kadınların ortalama yaşam süresinin erkeklerden fazla olması nedeniyle yaşlı nüfus içinde kadınların payı daha fazladır. Eğitim durumu, medeni halleri, ekonomik durumları bakımından kadınlar ve erkekler arasındaki farklılıkların bir sonucu olarak yaşlı kadınlar yaşlı erkeklere göre daha bağımlı bir yaşam sürmektedirler⁴² (DPT, 2007).

42 Yaşlanma Ulusal Eylem Planı kapsamında yapılan araştırma, yaşlı nüfusun % 56’sının bir gelire sahip olduğunu göstermektedir. Bu veri cinsiyetler bazında incelendiğinde, erkeklerin % 75’i herhangi bir gelire sahipken, kadınlarda bu oran % 38’e düşmektedir (DPT, 2007).

İlgili Eylem Planı'nın "Giriş" bölümünde Türkiye'de sağlıklı yaşlanma konusunun ele alınmaya başlanmasının sevindirici bir gelişme olduğundan söz edilmektedir. Genel sağlık politikalarının yanında yaşlılara yönelik özel sağlık politikaları geliştirilmesinin bir gereklilik olduğu görüşüyle, Eylem Planı'nda "Yaşlılıkta Sağlık ve Refahın Artırılması" ayrı bir bölüm olarak yer almıştır. Bu başlık altında yer alan eylem önerilerinden biri, "toplumsal cinsiyet eşitliği bakış açısı ile hazırlanmış sağlık hizmetlerinin, tarama programlarının hazırlanması ve ulaşılabilirliğinin sağlanması"dır. "Yaşlıların yaş grubu ve cinsiyet ayrımcılığı başta olmak üzere hiçbir ayrımcılıkla karşı karşıya kalmadan temel sağlık hizmetlerine ulaşımının sağlanması ve gerekirse hükümet, yerel yönetimler ve gönüllü kuruluşlar aracılığıyla danışmanlık ve ulaşılabilirlik hizmetlerinin sağlanması için politikalar geliştirilmesi, kırsal alanlar için ek tedbirler alınmasının sağlanması" Plan'da yer alan bir başka eylemdir (DPT, 2007).

Ayrıca, KSGM tarafından hazırlanan "2008-2013 Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı"nda da sağlık hizmetlerinin yaşam döngüsü içinde her yaş grubuna göre verilmesi gerektiği stratejiler arasında yer almıştır.

3.2.2.3. Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri

15-24 yaş grubunu oluşturan gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetlerinin bu yaş grubunun gereksinimleri dikkate alınarak sunulması; özellikle üreme ve cinsel sağlıkla ilgili programlar, erken yaşta gebeliğin önlenmesi, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla mücadele programlarına ve gençliğin kendilerini ilgilendiren kararların alınması aşamalarına katılım sağlaması ICPD'nin önerilerindedir.

Türkiye'de 15-24 yaş grubuna dahil genç nüfus, yıllar içinde azalma eğilimi göstermekle birlikte, 2007 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre toplam nüfusun % 17'lik büyük bir bölümünü oluşturmaktadır (TÜİK, 2009). Gençlerin cinsel sağlık/üreme sağlığı düzeylerinin yükseltilmesi, "Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı: Sağlık Sektörü için Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015"nin dört öncelik alanından biridir. Bu Eylem Planı'nda, gençlerin üreme sağlığı sorunları açısından daha savunmasız oldukları ve hizmet ihtiyaçlarının erişkinlerden farklı olduğu belirtilmektedir (AÇSAP, 2005).

Adolesan dönemde daha çok cinsellik ve üremeye ilişkin bilgilendirmeye ihtiyaç duyan gençler, 19-24 yaş döneminde ise bilgilendirme ve eğitimin

yanı sıra cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine de ihtiyaç duymaya başlamaktadır. Gelişmiş ülkelerde bu hizmetler daha çok gençlerin güvenli ve sorumlu cinsel yaşam deneyimi kazanmalarına yönelik olarak şekillenirken, gelişmekte olan ülkelerde erken yaşta evlilikler ve doğumlar bakımından önem taşımaktadır. Türkiye'de bölgeler ve yerleşim yerleri itibarıyla değişmekle birlikte, iki açıdan da hizmete ihtiyaç duyulmaktadır (AÇSAP, 2009). Adolesan gebelikler açısından Doğu Anadolu Bölgesi ile kırsal ve gecekondulu yerleşim yerleri; gençlerde güvenli cinsellik açısından ise Batı Anadolu Bölgesi ile gecekondulu ve kentsel yerleşim yerleri öncelikli alanlar olarak kabul edilmektedir (AÇSAP, 2005). Erken yaşta evlilikler ve doğumlar, ilgili bölümde tartışıldığından, bu bölümde gençlere yönelik güvenli cinsel yaşam hizmetleri ele alınacaktır.

Türkiye'yi temsil edici veri bulunmamakla birlikte, yapılan çalışmalar gençlerde cinselliğe başlama yaşında sürekli bir düşüş olduğunu göstermektedir (AÇSAP, 2005). 15-24 yaş grubu gençlerin üreme sağlığı ve cinsel sağlık konularında bilgi, tutum ve davranış düzeylerini ölçmek üzere cinsiyet temelinde yapılan "2007 Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması" Türkiye'nin bu alandaki veri eksikliğini ortadan kaldıran önemli bir çalışmadır ve Araştırma'nın bulguları, Türkiye'de gençlerin üreme sağlığı/cinsel sağlığı ilgilendiren pek çok konuda bilgi eksikliğine sahip olduklarını ortaya koymuştur.

Genç erkeklerin % 21,1'i, genç kadınların % 27,7'si kadın üreme organlarının adını bilmemektedir. Yine erkeklerin % 15,7'si, kadınların % 39,5'i erkek üreme organlarını bilmediklerini ifade etmişlerdir. Gençlerin gebelik oluşma dönemine ilişkin bilgileri, acil kontrasepsiyonu⁴³ duyma düzeyleri, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar hakkındaki bilgileri yeterli görülecek düzeyde değildir ve cinsiyetler bazında incelendiğinde genç kadınların bilgi düzeyi neredeyse tüm sorularda genç erkeklerle kıyasla daha düşüktür (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Nüfus Bilim Derneği, 2007). Bu bulgu, Türkiye Üreme Sağlığı Programı kapsamında Türkiye'nin 5 üniversitesinde gerçekleştirilen araştırma sonuçlarında da ortaya çıkmıştır (Türkiye Üreme Sağlığı Programı, 2006).

43 Acil kontrasepsiyon: Herhangi bir etkili kontraseptif yöntem kullanmadan yaşanan korunmasız cinsel ilişki sonrasında gebeliğin oluşumunu önleyen yöntemler için kullanılan genel tanım.

Üreme hakları ve cinsel hakların bir gereği olarak, gençlerin kendi kararını verme, kendini ifade etme, güvenli ve doyurucu bir cinsel yaşama sahip olma, evlenmeyi ya da evlenmemeyi seçme ve istenmeyen gebelikleri önleme konularında özgürlükleri vardır. Buna paralel sonuçlar Araştırma sonuçlarında da yer almaktadır. Genç kadınların ve genç erkeklerin cinselliklerini yaşamaya kendilerinin karar vermeleri gerektiğini, kendi aralarında cinsel konuları rahatlıkla konuşabilmeleri ve kız/erkek arkadaşlarının cinsel isteklerine hayır diyebilmeleri gerektiğini düşünen genç kadınların ve erkeklerin oranı oldukça yüksektir (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Nüfus Bilim Derneği, 2007). Ancak, gerekli bilgiye sahip olmadan sorumlu ve güvenli bir cinsel yaşama sahip olmaları mümkün değildir ve bu durumda gençlerin ihtiyaç duyduğu hizmetlerin sunulması bir ihtiyaç olarak ortaya çıkmaktadır.

Araştırma bulgularında bu görüşü destekleyici şekilde, gençlerin üreme sağlığı ve cinsel sağlık alanında sunulmasını istedikleri hizmetler arasında bilgilendirme (% 76) ve danışmanlık hizmeti (% 22,7) ilk iki sırada yer almaktadır (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Nüfus Bilim Derneği, 2007).

Ayrıca, Hacettepe Üniversitesi öğrencileri arasında yapılan bir araştırmanın bulgularında, gençlerin cinselliğe ilişkin konularda toplumsal cinsiyet ayrımcılığını yansıtan görüşlerinin bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır (Akın, 2006).

Türkiye’de gençlere yönelik cinsel sağlık/üreme sağlığı hizmeti sunan kurumlar 2000’li yıllardan bu yana açılmaya başlamıştır. 2009 yılı itibarıyla Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri’nin sayısı 41’e ulaşmıştır. Bu birimler ayrı kuruluşlar olmayıp, birinci basamak sağlık kuruluşları bünyesinde hizmet vermektedirler (AÇSAP, 2009). Bu durum, üreme sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesini öneren ICPD’ye uyumlu bir düzenlemedir. Ayrıca 13 üniversitede⁴⁴ gençlik danışmanlık birimleri bulunmaktadır (Türkiye Üreme Sağlığı Programı 2006, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

44 Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Adana Çukurova Üniversitesi, Ankara Gazi Üniversitesi, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi, Kayseri Erciyes Üniversitesi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Şanlıurfa Harran Üniversitesi, Kırıkkale Üniversitesi, Kocaeli Üniversitesi, Mersin Üniversitesi, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Van Yüzüncüyıl Üniversitesi.

ve International Children Center, 2007). Hizmetlerin birinci basamak kapsamında sunulması ve üniversiteler bünyesinde hizmet sunan merkezlerin bulunması önemli olmakla birlikte, genç nüfusun yüksek oranı düşünüldüğünde, sayıların yetersiz olduğu görülmektedir.

3.2.3. Üreme Hakları ve Üreme Sağlığı

3.2.3.1. Üreme Sağlığı Hizmetleri

ICPD Eylem Programı'nın bu başlık altında ülkelere önerisi, 2015 yılından önce tüm nüfusun birinci basamak sağlık hizmetleri yoluyla üreme sağlığı hizmetlerine erişiminin sağlanması yolundadır.

Türkiye'de sağlık hizmetleri, 1982 Anayasası'nın "Sağlık ve Çevrenin Korunması" başlıklı 56'ncı maddesi çerçevesinde Devlet tarafından yerine getirilmektedir. Sağlık politikalarının geliştirilmesi ve temel sağlık hizmetleri doğrultusunda önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunulmasından sorumlu kuruluş Sağlık Bakanlığı'dır. İl düzeyinde ise, İl Sağlık Müdürlükleri sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludurlar. Halen birinci basamak temel sağlık hizmetleri sunan Sağlık Ocakları ve Sağlık Evleri Ağı⁴⁵, hizmetlerin köy seviyesine kadar ulaştırılması amacıyla 1961 yılında kabul edilen ve 1963 yılından bu yana uygulanmakta olan "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" çerçevesinde yürütülmektedir (HÜNEE, 2009 b).

2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" uygulamaya konulmuş, 2004 yılında "Aile Hekimliği Yasası" TBMM'den geçmiştir. Ardından, 2006 yılında kabul edilen "Genel Sağlık Sigortası Yasası"na göre 18 yaşın altındaki kişiler ailelerinin sosyal güvenliği olup olmadığına bakılmaksızın Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmıştır (HÜNEE 2009 b, Akın 2009).

2004 yılında kabul edilen "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun"⁴⁶ çerçevesinde 2006 yılında Düzce'de pilot çalışma olarak başlatı-

45 Sağlık hizmetlerinin en uç birimi, 2.500-3.000 kişilik nüfusa hizmet veren ve bir ebenin bulunduğu Sağlık Evi'dir. Sağlık Ocakları, 5.000-10.000 kişilik bir nüfusa hizmet verir, tam teşekküllü ve çok yönlü sağlık hizmeti sunar. Bunlara ek olarak yine koruyucu sağlık hizmeti sunan Anne Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri ve Verem Savaş Dispanserleri vardır (HÜNEE, 2009 b).

46 24.11.2004 tarih 5258 sayılı Kanun.

lan aile hekimliği uygulaması⁴⁷, 2009 yılına gelindiğinde 35 ilde uygulamaya geçirilmiştir (Akın, 2009).

Bu şekilde özetlenebilecek bir sistemde sunulan sağlık hizmetleri içerisinde üreme sağlığı ve cinsel sağlık hizmetlerinin, özellikle Kahire Konferansı'nın ardından farklı bir perspektifle sunulmaya çalışıldığı görülmektedir. Bu hizmetler, Bakanlık bünyesinde faaliyet gösteren Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından planlanarak koordine edilmektedir.

Kahire Konferansı'nın ardından üreme sağlığı politikalarını belirlemek amacıyla 1997 yılında hazırlanan "Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Faaliyet Planı" ile 6 temel alana ilişkin stratejiler belirlenmiştir. Hizmet Sunumu, Kadının Statüsü, Halk Eğitimi, Altyapı ve Yönetim, Personel Eğitimi, Lojistik ve Finans konularında amaçlar ve stratejiler belirlenmiştir. Belirlenen amaç ve stratejiler ICPD'nin önerileri ile paralellik taşımaktadır (AÇSAP, 1998). Faaliyet Planı, Türkiye'nin üreme sağlığı politikalarının ICPD'ye uyum sağlaması amacıyla yapılmış ilk çalışma olması bakımından önemlidir. Böylece, "Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Faaliyet Planı", 1994 Kahire Konferansı sonrasında ilgili tüm sektör, kuruluş ve kişilerin katılımı ile 2 yıllık bir süreçte hazırlanmıştır. Plan hazırlama sürecinde "ana sağlığı" söyleminden "kadın sağlığı" söylemine geçilmiş, stratejiler ICPD'ye göre belirlenmiş ve aktivite planları hazırlanmıştır (AÇSAP, 2005).

Bütün bunlar, Sağlık Bakanlığı'nın üreme sağlığı/cinsel sağlık alanında dünyada meydana gelen değişim ve dönüşümleri takip ettiğini ve politikalarda gerekli değişiklikleri yapma isteğine sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca, 1994 yılında Kahire'de toplanan ve bu tezin inceleme alanını oluşturan ICPD Eylem Programı'nın Türkiye'deki politikalara etki ettiğinin bir göstergesidir.

47 Bu sisteme göre, her aile hekimi yaklaşık 2.500-3.000 bireyden sorumlu olup, bu kişilere yönelik önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Aile hekiminin görevleri; bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri vermek, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini sunmak (aile planlaması hizmetleri daha sonradan 200.000 nüfus için tanımlanan Toplum Sağlığı Merkezleri'ne verilmiştir), periyodik muayeneler (meme, serviks vb), ruh sağlığı ve yaşlı sağlığı hizmetleri, özürülere, yaşlılara, yatalaklara evde bakım hizmeti götürmektir. Aile hekimi kırsal kesimde yaşayanlara gezici hizmet sunar. Aşılama hizmetleri ve gebe aşıları aile hekimince yürütülür. Her aile hekiminin yanında en az bir aile sağlığı elemanı (ebe, hemşire veya sağlık memuru) çalışır (HÜNEE, 2009 b).

1997 Ulusal Faaliyet Planı'nın üreme sağlığı ve cinsel sağlık alanında ortaya çıkan yeni ihtiyaçlar doğrultusunda 2005 yılında güncelleştirilmesi ile hazırlanan "Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı: Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015", uygulamaya geçtiği yıldan bu yana üreme sağlığı/cinsel sağlık alanında Türkiye'nin temel politika belgesini oluşturmaktadır. Bu Eylem Planı'nda "anne ölümlerinin azaltılması", "istenmeyen gebeliklerin önlenmesi", "cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların artmasının engellenmesi ve azaltılması" ve "gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı düzeylerinin yükseltilmesi" dört temel öncelik alanı olarak belirlenmiştir (AÇSAP, 2005).

Bunun yanı sıra, Türkiye Üreme Sağlığı Programı 2003-2007, Türkiye'de üreme sağlığı hizmetlerinin kullanılabilirliğinin ve erişebilirliğin artırılması, hizmet kalitesinin yükseltilmesi için Avrupa Birliği mali kaynağı ile Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmüştür. Program, Türkiye'nin üreme sağlığı ve cinsel sağlık alanında belirlediği (Eylem Planı'nda belirlenen) dört ana müdahale alanına yönelik olarak uygulanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2005).

Türkiye'de üreme sağlığı hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri içindeki yeri bu şekilde özetlenebilir. Türkiye'nin öncelikli olarak kabul edilen alanlarda göstergeler itibarıyla hangi düzeyde olduğu ve bu düzeylerin ICPD hedeflerini yakalayıp yakalamadığı ilgili bölümlerde tartışılmaktadır. Bu bölüme son vermeden önce, genel hatları açıklanan üreme sağlığı hizmetlerinin toplumsal cinsiyet eşitliği açısından değerlendirilmesi yerinde olacaktır.

Üreme sağlığı ve cinsel sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunan "Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü" tarafından koordine ediliyor olması, toplumsal cinsiyet eşitliği ilkesi açısından bir soruna işaret etmektedir. Her ne kadar ilgili Genel Müdürlük tarafından yürütülen çalışmalarda ve sunulan hizmetlerde erkek katılımı konusu önemli bir yer tutsa da ve kadınların üreme sağlığı/cinsel sağlık konularında hizmete ve danışmanlığa olan gereksinimlerinin erkeklerle kıyasla daha fazla olduğu görüşü kabul edilebilir olsa da, Genel Müdürlüğün adı, örgütlenme şekli ve amaçları, hem erkeklerin dışarıda bırakıldığı, hem de kadınların bile tamamının kapsama dahil olmadığı

izlenimini uyandırmaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi, ICPD’de tanımlanan “üreme sağlığı”, her iki cinsiyeti yaşam döngüsü boyunca ilgilendiren bir konudur. Üreme sağlığını gebelik ve doğumla; bu süreçleri de yalnızca kadınlarla özdeşleştiren bu yaklaşım, Türkiye’de kadın ve erkek cinsiyetine ilişkin rol ve sorumluluk algılarının Sağlık Bakanlığı’nın örgütlenmesine de yansıdığını göstermektedir. Bir kez daha ifade etmek gerekirse, üreme sağlığı ve cinsel sağlık hizmetleri sadece kadınların ve kadınlar arasında da sadece çocuk doğurmuş olanların ve bu kadınların çocuklarının yararlanabilecekleri hizmetler olarak algılanmamalıdır. Üreme sağlığı ve cinsel sağlık, gebelik ve doğumdan çok daha geniş bir alanı kapsamaktadır ve Devletin hizmet örgütlenmesi de bu geniş kapsama hitap edecek şekilde oluşturulmalıdır.

Diğer yandan, Türkiye’de üreme sağlığı/cinsel sağlık/kadın sağlığı alanındaki uzmanların bir kısmı, sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması sürecinde uygulamaya geçirilen Aile Hekimliği sisteminin üreme sağlığı hizmetlerini olumsuz etkileyeceği görüşündedir. Sağlık Bakanlığı’nın Aile Hekimliği Sistemi’ni ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nı uygulamaya geçirme amacı, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli, hakkaniyete uygun şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve hizmetlerin sunulmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2004). Ancak, Aile Hekimliği Sistemi Özvarış’a göre, ağırlıklı olarak tedavi hizmetlerine odaklanan bir sistem olup, koruyucu hizmetler yalnızca talep edenlere sunulması planlanan hizmetlerdir. Koruyucu hizmetlere en çok gereksinimi olan dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlük çektikleri dikkate alındığında, bu toplum kesimlerinin tedavi ağırlıklı bir sağlık hizmetine ulaşabilmelerinin, özellikle de koruyucu hizmetleri elde etmelerinin daha da güç olacağını düşündürmektedir. Bu dezavantajlı kesimler arasında kadınlar önemli bir yer tutacaktır (Özvarış, 2009). Akın ise, küreselleşme akımının sağlık sistemine etkileri sonucu ortaya çıktığını düşündüğü Aile Hekimliği Sistemi’nin, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerini ayırması nedeniyle, üreme sağlığının gerektirdiği bütüncül sağlık hizmeti yaklaşımına zarar vereceği görüşündedir. Akın’a göre ayrıca bu sistemde hastalıklılık ve ölüm hızlarının toplum tabanlı ve bölgeler itibarıyla ortaya çıkması da zorlaşacaktır (Akın, 2009).

3.2.3.2. Erkeklerin Katılımı

Bu başlık altında ele alınacak öneri, üreme sağlığı bilgi, hizmet, danışmanlığının erkeklere ulaşabilmesi için programlar geliştirilmesi, bu programların erkeklere işyerlerinde, evlerde ve dinlenme amacıyla toplandıkları yerlerde ulaşmasının sağlanması şeklindedir.

Daha önce de belirtildiği gibi, erkek katılımı Türkiye'de üzerinde yeterince durulan ve politika geliştirilen bir alan değildir. "3.2.2.1. Doğurganlık ve Ölüm Hızları İlişkisi" başlığında da tartışıldığı gibi, herhangi bir konuda politika geliştirmek için, öncelikle o alanda analiz etmek üzere başvurulabilecek verilere ulaşılması gerekmektedir. Oysaki Türkiye'nin üreme sağlığı alanındaki temel verilerini ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, erkeklere ilişkin verileri ortaya koymamaktadır.

Ayrıca, Türkiye'de üreme sağlığı hizmetleri, bir önceki alt başlıkta da tartışıldığı üzere, daha çok ana çocuk sağlığı yaklaşımıyla doğurgan dönemdeki kadınlara yönelik olarak sunulmaktadır. Erkeklere yönelik çalışmalar, birkaç program ve projeden öteye geçememektedir. Aile planlaması ya da cinsel sağlık hizmeti almak üzere sağlık kuruluşlarına başvuran erkeklere yönelik herhangi bir ayrımcılık söz konusu değildir. Ancak, erkeklerin kontraseptif kullanma ya da cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları önleme sorumluluğunu eşleri/cinsel partnerleri ile paylaşmaları, cinsel sağlık/üreme sağlığı konularında danışmanlık hizmetlerine başvurmaları için onları yönlendirecek, üreme sorumluluğunun kadın ve erkek arasında paylaşılmasını destekleyecek politikalara ihtiyaç vardır.

Yürütülen çalışmalardan en kapsamlısı, 2004 yılında Genel Kurmay Başkanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında yapılan işbirliği ile başlatılan, askerlik görevini yapan er ve erbaşlara terhislerinden önce üreme sağlığı ve aile planlaması eğitimi verilmesi amacıyla uygulanan programdır. Her gün 20'şer kişilik gruplar yoluyla ayda yaklaşık 40 bin er ve erbaşın eğitiminin gerçekleştirildiği bu program kapsamında, Türk Silahlı Kuvvetleri bünyesinde 500'ü aşkın üreme sağlığı dershanesi kurulmuş durumdadır (TAPV, 2005). Söz konusu programın eğitim materyallerinin hazırlanmasında KSGM'nin de katkıları olmuştur.

Söz konusu eğitim materyali (Gülhane Askeri Tıp Akademisi, AÇSAP, bt) üreme sağlığı bilgileri yönünden zengin olmakla birlikte, toplumsal cinsiyet eşitliği konusunun metinde kısa bir yer tuttuğu görülmektedir.

3.2.3.3. Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı

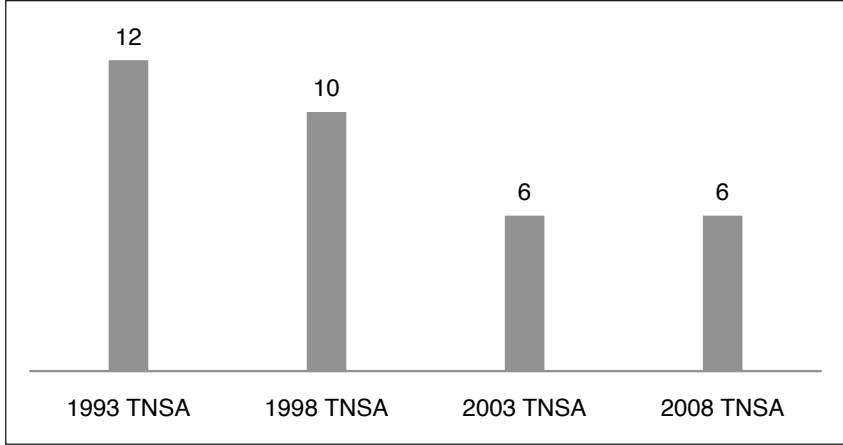
ICPD Eylem Programı, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının 2015'e dek ortadan kaldırılmasını, bu çerçevede aile planlaması hizmetlerinden yararlanmanın önündeki yasal, tıbbi, klinik, bürokratik, hizmetin kalitesi, yetersizliği, maliyetiyle ilgili engellerin 2005 yılına dek ortadan kaldırılmasını önermektedir.

Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında gebeliği önleyici yöntem kullanmayan, ancak doğurganlığı sonlandırmak veya bir sonraki doğumunu en az iki yıl sonra yapmak isteyen kadınlar üzerinden hesaplanmaktadır (HÜNEE, 2009).

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı "Nüfus, Demografi Yapısı ve Göç Özel İhtisas Komisyonu Raporu"nda, nüfus politikalarında amacın istenen çocuğun istenen zamanda dünyaya gelmesini sağlamak olduğu belirtilmektedir (DPT, 2001 b). Bu amaç, üreme hakları kapsamında, "bireylerin ve çiftlerin çocuk sayısına ve aralığına özgür ve bilgilendirilmiş bir şekilde karar verme" hakkına ilişkin duyarlı bir yaklaşımı ortaya koymaktadır. Ayrıca, Rapor'da doğurganlığın planlanmasının ve kontrol edilmesinin, kadının sosyal konumunun geliştirilmesinde en önemli adımlardan biri olduğu belirtilmektedir (DPT, 2001 b).

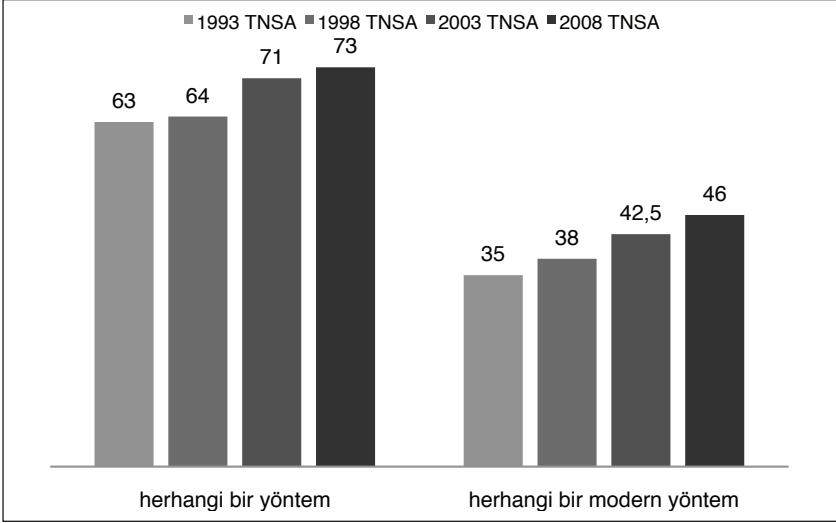
Her gebeliğin istenen gebelik olmasının sağlanması, bir başka anlatımla istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, Sağlık Bakanlığı Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı: Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı'nın dört öncelik alanından birini oluşturmaktadır ve Plan'da 2003 yılında % 6 olarak tespit edilen karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının 2008'e dek % 3'e düşürülmesi hedeflenmektedir (AÇSAP, 2005).

Ancak, bu hedefin gerçekleşmediği 2008 TNSA sonuçlarından anlaşılmaktadır. Şekil 3.3.'te görüldüğü gibi, Türkiye'de karşılanmamış aile planlaması ihtiyacında 2003 yılından bu yana herhangi bir azalma yaşanmadığı görülmektedir. Diğer yandan karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, 15-29 yaş arasında ve kırsalda yaşayan kadınlarda daha yüksektir (HÜNEE, 1994, 1999, 2004, 2009).



Şekil 3.3. Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı (yüzde)

Aslında, karşılanamayan aile planlaması ihtiyacının belirtilen orandan daha fazla olduğu yorumunu yapmak mümkündür. 2005 yılında düzenlenen “Türkiye’de Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık: Dünü, Bugünü, Yarını Konferansı”nda Sağlık Bakanlığı’nın hedeflerini sayan Bakanlık yetkilisi, aile planlaması yöntemi kullanma oranları için Bakanlığın herhangi bir hedefi olmadığını, üreme haklarının gereği olarak Bakanlığın bu konuda oransal hedefler belirlemediğini belirtmiştir. Ancak, çocuk sahibi olmak istemeyen bireyler ve çiftler için aile planlaması hizmetlerine erişimin sağlanması, bu anlamda karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının ortadan kaldırılması gerektiğine dikkati çekmiştir. Bakanlık yetkilisinin dikkat çektiği bir başka husus, kullanılan yöntemin niteliği nedeniyle ortaya çıkan sorundur. Yetkili, herhangi bir kontraseptif yöntem kullananların oranı ile modern-etkili yöntem kullananlar arasındaki farkı, Bakanlık açısından arz edilmemiş aile planlaması hizmeti olarak yorumlamıştır. Yöntemlerin ücretsiz olmasına ve birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sunulmasına rağmen aradaki farkın dikkat çekici boyutlarda oluşunu ise, topluma ulaşmada ya da toplumun sağlık hizmetlerine ulaşmasında sorunlar olduğu şeklinde yorumlamıştır (TAPV, 2005).



Şekil 3.4. Gebeliği Önleyici Yöntemlerin Halen Kullanımı (HÜNEE 1994, 1999, 2004, 2009)

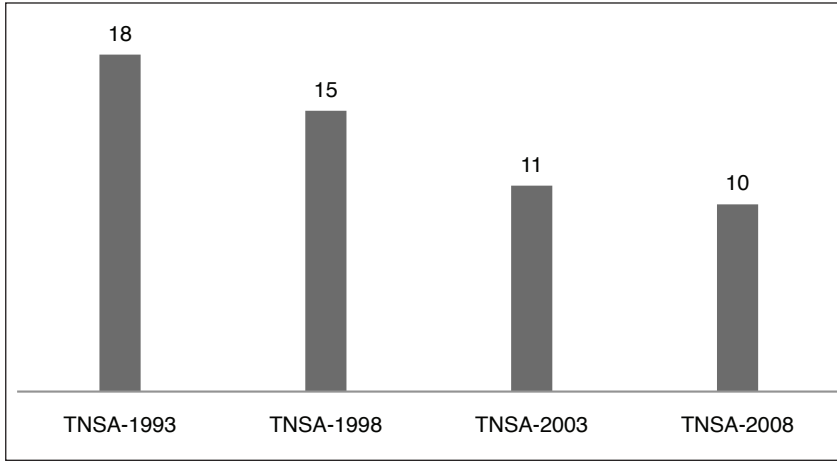
Türkiye’de yıllara göre gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımını gösteren Şekil 3.4. incelendiğinde, Sağlık Bakanlığı yetkilisi tarafından dile getirilen hususun aile planlaması ihtiyacında büyük bir açığa işaret ettiği anlaşılmaktadır. En son yapılan 2008 TNSA sonuçlarına göre, herhangi bir yöntem kullananlarla modern yöntem kullananlar arasında % 27’lik fark bulunmaktadır. Bu oran, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının oranı olan % 6’ya eklendiğinde, hizmet açığının oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

3.2.3.4. İsteyerek Düşük Hizmetleri

Düşükle ilgili düzenlemeler, Kahire Konferansı sırasında uzun süre tartışılan konular arasında yer almış, sonunda eylem önerileri arasında, düşüğün bir aile planlaması yöntemi olarak kullanılmaması, istenmeyen gebeliklerin önlenmesinin her zaman için öncelik taşıması, yasal olan yerlerde düşüğün güvenli koşullarda gerçekleşmesi ve düşük sonrası aile planlaması danışmanlığının mevcut olması yer almıştır.

İsteyerek düşük, Türkiye’de 1983 yılından bu yana 10 haftaya kadar olan gebeliklerde 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun çerçevesin-

de istek üzerine yasal olarak uygulanmaktadır⁴⁸. İsteyerek düşük hizmetleri, kadınların istenmeyen doğumlardan korunma hakkının önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Şekil 3.5.'te görüldüğü gibi, Türkiye'de 100 gebelikte isteyerek düşük oranları azalma eğilimindedir. 1983 yılında yasanın kabul edilmesini izleyen ilk yıllarda düşüğün bir aile planlaması yöntemi olarak kullanıldığı şüphesini uyandıracak yüksek oranlarla karşılaşmış olsa da, yıllar itibariyle 100 gebelikte isteyerek düşük oranlarında görülen azalma, Türkiye'de aile planlaması hizmetlerinin başarısını, isteyerek düşüğün ise amacına uygun şekilde kullanılmaya başladığını düşündürmektedir.



Şekil 3.5. TNSA Verilerine Göre İsteyerek Düşükler (100 gebelikte) (HÜNEE, 1994, 1999, 2004, 2009)

TNSA verileri incelendiğinde isteyerek düşüklerin önemli bir bölümünün yasal süresi içinde ve güvenli koşullarda gerçekleşmiş olduğu görülmektedir. İsteyerek düşük hizmetlerinin sunulmasında kamu sağlık kuruluşlarından çok, özel doktor muayenehanelerinin ve özel hastanelerin ön planda olduğu görülmektedir. TNSA verileri, Türkiye'de kamu sağlık kuruluşları bakımından, isteyerek düşükle ilgili olarak bir hizmet açığının bulunduğunu göstermektedir (Akın, 2008). Kadınların daha kolay ulaşabileceği öngörülerek, düşük hizmetlerinin sunumunda kamunun payının artması yolunda düzenlemelere gidilmesi düşünülebilir.

48 Ayrıntılar için bakınız sayfa 76.

Kadınların isteyerek düşüğe başvurmasının nedenlerinin başında ekonomik nedenler ve çok sayıda çocuk sahibi olmaları gelmektedir. Üreme hakları çerçevesinde, her gebeliğin istenen gebelik olmasının sağlanması ve bunun yanında istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması için gereken hizmetlerin sunulması gerekmektedir. Bu nedenle, hem her gebeliğin istenen gebelik olmasının sağlanması hem de tekrarlayan düşüklere kaçınılması için, düşük sonrası gebe kalmak istemeyen ya da doğurganlığa ara vermek isteyen kadınlara ve bu kadınların cinsel eşleri/partnerlerine yönelik gebeliği önleyici yöntem kullanma danışmanlığının ihtiyacı karşılayacak biçimde düzenlenmiş olması, düşük hizmetlerinin sunulması kadar önemlidir.

1993 TNSA sonuçlarına göre düşük sonrası ilk bir ayda gebeliği önleyici modern yöntem kullanan kadınların oranı % 29 iken, 1998 yılında bu oran % 37'ye, 2003 yılında % 40'a ve 2008 yılında da %43'e yükselmiştir (HÜNEE 1994, 1999, 2004, 2009). Ancak, bu oranların yeterli olduğunu söylemek güçtür. İsteyerek düşük hizmetlerine başvuracak kadar motive olan kadınların düşük sonrası kontraseptif yöntem kullanımlarının az olması da bu konudaki hizmet açığına işaret etmektedir.

Bu noktada toplumsal cinsiyet eşitliği açısından dikkat çekilmesi gereken husus, Türkiye'nin üreme sağlığına ilişkin temel veri kaynağı olarak kullanılan TNSA'da düşük sonrası yöntem kullanımının sadece kadınlar üzerinden değerlendirilmesidir. Aile planlamasına erkeklerin katılımı, tez çalışması kapsamında incelenen alanlar arasındadır. Bu konuda veri oluşmasını sağlamak üzere, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının yöntem kullanımına ilişkin verileri cinsiyetler bazında ayrı ayrı toplamasının, hem toplumsal cinsiyet eşitliği anlayışının bir gereği olduğu, hem de erkek katılımı politikalarının geliştirilmesine temel oluşturacağı düşünülmektedir.

3.2.3.5. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlarla Mücadele

ICPD eylem önerilerinin farklı bölümlerinde HIV/AIDS başta olmak üzere, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi ve bu enfeksiyonların yol açtığı hastalıklarla mücadele yöntemlerinin yaygınlaştırılmasına yönelik öneriler yer almaktadır.

Toplumsal cinsiyet faktörü göz önüne alındığında, erkekler kadınlara kıyasla çok eşli bir cinsel yaşama daha yatkın olduklarından ve kadınların çok eşli cinsel yaşam sürmeleri toplumsal olarak desteklenmezken, erkekler için daha az baskıcı bir tutum söz konusu olduğundan, erkekler cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yakalanma konusunda daha fazla risk altındadırlar. Kadınlar ise, sosyal ve kültürel olarak daha güçsüz bir konumda olmaları, cinsel şiddete daha fazla maruz kalmaları, cinsel eşleri/partnerleri nedeniyle (bu kişi genellikle evli oldukları erkektir) cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara daha açık olmaları nedeniyle bu enfeksiyonlara karşı daha savunmasız konumdadırlar. Ayrıca kadınların biyolojik bir dezavantajları da vardır, üreme sistemlerinin yapısı nedeniyle kadınlar cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yakalanma konusunda daha fazla risk altındadırlar (AÇSAP 2005, Yakut 2006: 45-50). Bunlara ek olarak, Türk toplumunda diğer tüm koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmada olduğu gibi, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunma konusunda bir tutum yerleşmemiştir. Bunda, cinsellikle ilgili konuların toplumda halen bir tabu olarak görülmesinin de payı bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre, Türkiye'de 1 Ekim 1985-31 Aralık 2008 tarihleri arasında bildirilen AIDS vaka ve taşıyıcı sayısı toplam 3370 kişidir, bunun 2348'i erkeklerden, 1022'si ise kadınlardan oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2009). Vakaların yaklaşık üçte biri kadındır.

Halkın AIDS konusunda bilgi düzeyi oldukça yüksektir. 1998 TNSA'da kadınların % 84'ü, kocalarının ise % 93'ü AIDS konusunda bilgi sahibi olduğunu beyan etmiştir. 2003 TNSA'da evlenmiş kadınların % 88'i AIDS'i duymuştur. Kadınların hemen hemen tüm üreme sağlığı konularında olduğu gibi AIDS konusunda da bilgi düzeyleri erkeklere kıyasla düşüktür (HÜNEE, 1994, 1999).

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla mücadele, "Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı: Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015" in dört öncelikli alanından birini oluşturmaktadır (AÇSAP, 2005).

Kadınlar cinsiyetlerinden ötürü sağlık hizmetlerine ulaşmada çeşitli engellerle karşılaşabilmektedirler. Buna bir de HIV virüsü taşıyıcılığı ya da AIDS hastalığı eklendiğinde, kadınlar için çifte ayrımcılık riski ortaya

çıkabilmektedir. Herkesin sağlık hakkından yararlanma hakkı çerçevesinde bu kişilerin mahremiyetine saygı gösterilmesi ve gerekli hizmetleri almaları sağlanmalıdır. Ayrıca, örneğin AIDS verilerinde olduğu gibi, bildirilen vakalarda kadınların sayıca az olmaları nedeniyle cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla mücadele politikalarında yeteri kadar dikkate alınmaması da kadınlar için daha riskli bir durum ortaya çıkarabilir.

3.2.4. Sağlık, Hastalık ve Ölüm

3.2.4.1. Doğuşta Beklenen Yaşam

ICPD Eylem Programı, her ülkenin doğuşta beklenen yaşam süresini⁴⁹ 2005 yılına kadar 70'ten yukarı, 2015 yılına kadar ise 75'ten yukarı çıkarma hedefi doğrultusunda çaba göstermesi önerisinde bulunmaktadır. Eylem Programı, ülkelerin bu hedefe ulaşma sürecinde kadınlar ve erkekler arasındaki farkı kapatmalarını da önermektedir.

Türkiye'de doğuşta yaşam süresi beklentisi, yıllar itibarıyla giderek yükselmektedir. Tablo 3.3'te görüldüğü gibi, Kahire Konferansı'nın gerçekleştirildiği 1994 yılında 68,8 olan doğuşta beklenen yaşam süresi, 2005 yılında Eylem Programı'nın hedefi olan 70'i aşarak 72,9'a ulaşmıştır. Yapılan projeksiyonlara göre, 2015 yılı doğuşta beklenen yaşam süresi, ICPD'nin hedefi olan 75'e ulaşmasa bile oldukça yaklaşacak gibi görünmektedir. Türkiye'de doğuşta beklenen yaşam süresinin artmasında, genel olarak medikal alanda ve halk sağlığı koşullarında ortaya çıkan olumlu gelişmeler, yine bunların etkisiyle bebek ölüm hızlarında görülen düşüşler, beslenme olanaklarındaki iyileşmeler etkili olmaktadır. Doğuşta beklenen yaşam süresinin yıllar itibarıyla yükselmeye devam etmesi beklenmektedir.

49 Doğuşta beklenen yaşam: Yeni doğmuş bir bireyin yaşamı boyunca belirli bir dönemdeki yaşa özel ölümlülük hızlarına maruz kalması durumunda yaşaması beklenen ortalama yıl sayısı (TÜİK Ulusal Nüfus Projeksiyonu; 2010).

Tablo 3.3. Doğuştaki Beklenen Yaşam Süresi (Yıl) (TÜİK, 2009 d, e)

Yıl	Toplam	Erkek	Kadın
1994	68,8	66,8	71,0
2005	72,9	70,9	75,0
2015*	74,7	72,1	77,4

*2015 yılı verileri Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemine göre yapılan nüfus projeksiyonları verileridir.

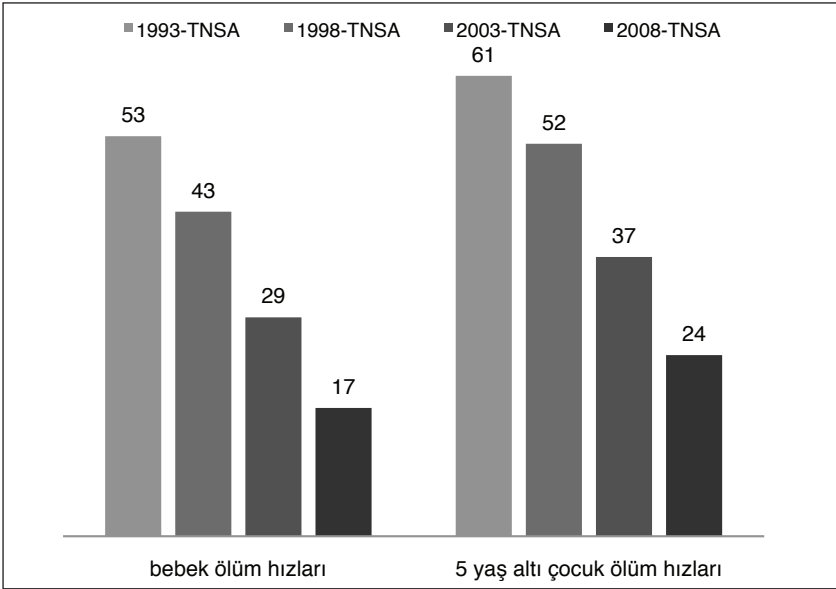
Doğuştaki beklenen yaşam süresinde kadınlar ve erkekler arasındaki farkın kapanması ise, çok mümkün görünmemektedir; dünyanın hemen her yerinde kadınların doğuştaki beklenen yaşam süresi, erkeklerinkinden yüksek seyretmektedir. Yapılan araştırmalar, gelişmiş ülkelerde kadınların erkeklerden ortalama 6-8 yıl fazla yaşadığını göstermektedir; ancak kadınların yaşam kalitesi hemen hemen tüm ülkelerde erkeklere kıyasla düşüktür. Dolayısıyla kadınların erkeklerden uzun yaşaması, daha iyi bir yaşam sürdürdükleri anlamına gelmemektedir. Hatta, beklenen yaşam süresinin uzaması, kadınların ileri yaş grubunda görülen hastalıklara maruz kalma risklerini artırmaktadır (Akın, 2008). Bu nedenle, sağlık politikaları oluşturulurken, ileri yaş grubunda daha çok kadının yer aldığı gerçeğinden hareketle, bu yaş grubunun üreme sağlığı sorunlarına yönelen politikalar oluşturma gerekliliği de dikkate alınmalıdır.

3.2.4.2. Bebek ve 5 Yaş Altı Çocuk Ölümleri

Bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması, yüksek doğurganlık ihtiyacını ortadan kaldıran, bir ülkenin doğuştaki beklenen yaşam süresini artıran sonuçları hazırlamaktadır. Her bebeğin sağlıklı doğması ve sağlıklı bir çocukluk yaşaması, devletin sorumluluk alanları arasındadır ve sağlık politikaları bu hedefe hizmet edecek şekilde belirlenmeli ve uygulanmalıdır. Öte yandan, kadınların ve erkeklerin üreme hakları, sahip olacakları bebeklerin doğum sonu bakıma ulaşmaları ve bebek ölümlerinin azaltılmasını da içermektedir.

ICPD'nin bu konuda ülkelere önerisi, 2000 yılına kadar bebek ve 5 yaş altı çocuk ölüm hızlarının 1000 canlı doğumda 50-70 arasına indirilmesi; ölüm oranı orta düzeyde olan ülkeler için 2005 yılına kadar bebek ölüm

hızlarının 50'nin altına, 5 yaş altı çocuk ölüm hızlarının ise 70'in altına düşürülmesi; 2015 yılına kadar ise bebek ölüm hızlarının 35'in altına, 5 yaş altı çocuk ölüm hızlarının ise 45'in altına indirilmesi şeklindedir. Ayrıca, bu hedefleri gerçekleştiren ülkelerin, ölümleri daha da azaltmak amacıyla çabalarını sürdürmeleri ve ülke içindeki coğrafi farklılıkların da ortadan kaldırılması önerilmektedir.



Şekil 3.6. Bebek ve 5 yaş altı çocuk ölümlülüğünde eğilimler: araştırma tarihinden önceki 5 yıllık dönemler için tahminler (1000 canlı doğuma düşen ölüm sayısı) (HÜNEE, 1994, 1999, 2004, 2009)

Türkiye’de bebek ve 5 yaş altı çocuk ölüm hızlarının yıllara göre değişimini gösteren Şekil 3.6. incelendiğinde, Türkiye’nin bu iki alanda ICPD hedeflerine ulaştığı; hatta 2015 yılı hedeflerinin daha 2003 yılına ait göstergelerde başarılmış olduğu görülmektedir.

Çocuğun hayatta kalma şansı annenin eğitim durumu ve doğurganlık davranışı ile negatif ilişkili görünmektedir. Bebek ölümlülüğünde annenin eğitim durumu incelendiğinde, eğitimi olmayan kadınlarla en az ilköğretim düzeyinde eğitim görmüş kadınlar arasında bazı yıllarda değişiklik

göstermekle birlikte, yaklaşık olarak 2 kat fark bulunmaktadır (HÜNEE, 1994, 1999, 2004, 2009).

Bu durum, eğitimle birlikte annenin beslenme, doğurganlığa ara vermek ya da sonlandırmak için kontraseptif kullanımı, doğum öncesi bakım, çocuk hastalıkları, aşılanma ve tedavi konularında daha çok bilgi sahibi olması ile ilişkili görünmektedir.

Bu durum, kadınların güçlendirilmesi ve kadın erkek eşitliğinin sağlanmasına ilişkin ICPD eylem önerilerinin ne denli önemli olduğunu ve sağlığa ilişkin göstergelerde nasıl olumlu değişikliklere neden olabildiğini de göstermektedir.

Ancak, yukarıda açıklanan veriler, bebek ve 5 yaş altı çocuk ölümlülüğünde Türkiye'nin başarılı bir noktada durduğunu ifade etmeye yetmemektedir. Bu hızların bölgelere göre dağılımı incelendiğinde, veriler arasında önemli farklar bulunmaktadır⁵⁰.

3.2.4.3. Anne Ölümleri

ICPD'nin anne ölümlerinin azaltılması konusunda ülkelere önerisi, anne ölüm hızları⁵¹ orta düzeyde olan ülkelerin 2000 yılına kadar anne ölümlerini 100.000 canlı doğumda 100'ün altına, 2015 yılına kadar ise 60'ın altına indirmeleri şeklindedir. Bu süreçte ayrıca coğrafi bölgeler ve sosyo-ekonomik gruplar arasındaki farkın kapatılması da önerilmektedir.

1997-1998 yıllarında seçilmiş 53 ilin doğum yapılan bütün hastanelerinde yapılan araştırmanın sonuçları, Türkiye'de anne ölüm hızının 100.000 canlı doğumda 49,3 olduğunu göstermiştir. Bu çalışma ayrıca 5 anne ölümünden 4'ünün önlenabilir nedenlere bağlı olduğunu göstermiştir (Akın, 2008).

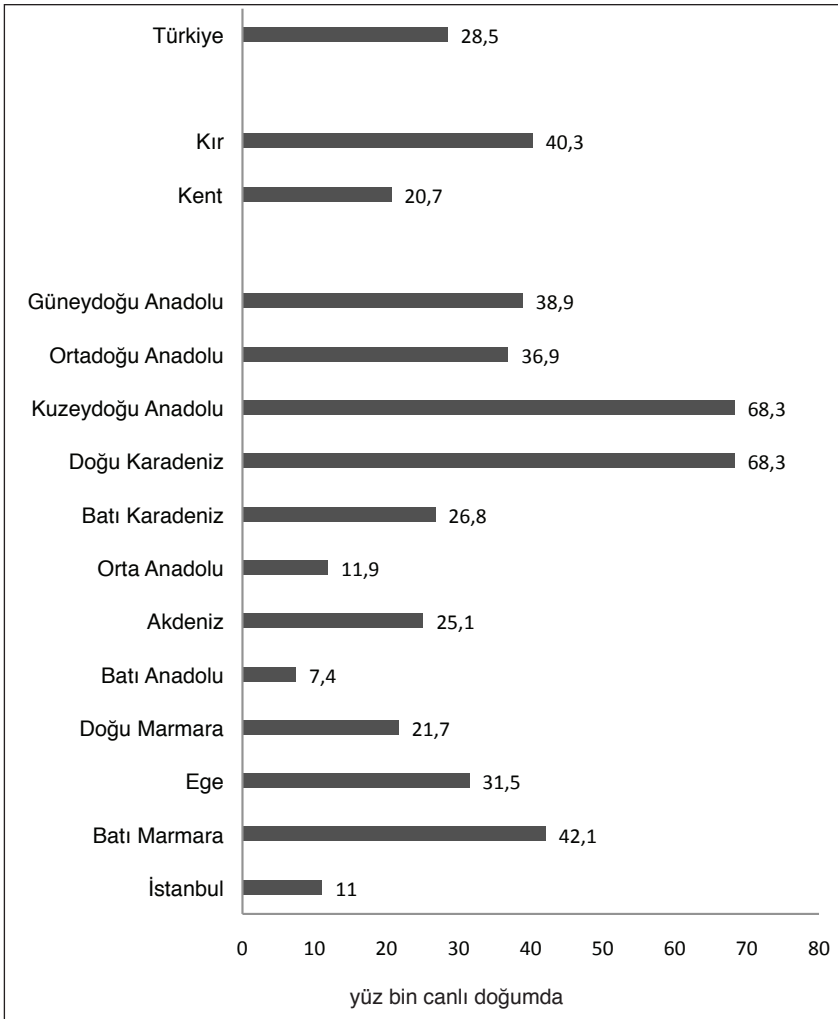
Şekil 3.7'de görüldüğü gibi, 2005 yılında gerçekleştirilen Ulusal Anne Ölümleri Çalışması anne ölümlerini, Nuts-1 bölgeleri ve yerleşim yeri düzeyinde incelemiştir. 1997-1998 yıllarında yapılan çalışma ile karşılaştırma yapmaya imkan vermese de anne ölüm hızının daha düşük çıkması

50 Ayrıntılı bilgi için bakınız TNSA 2008 (HÜNEE, 2009).

51 Anne ölümü, bir kadının gebelik sırasında, doğumda ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumuna ya da gebelik süresine bağlı (doğrudan) ya da bunların şiddetlendirdiği (dolaylı) ancak tesadüfi olmayan bir nedenden kaynaklanan kadın ölümü olarak tanımlanmaktadır.

sevindirici bir gelişme olarak değerlendirilebilir. Bu sonuçlarda son yıllarda doğum öncesi bakım, sağlıklı koşullarda doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerinde görülen iyileşmenin etkisi olduğu söylenebilir.

Ancak, bu çalışmanın sonuçları Nuts-1 bölgeleri bazında incelendiğinde, ülkenin diğer bölgelerinde ICPD'nin 2015 hedeflerinin 2005 yılı itibarıyla yakalanmış olduğu görülmekte iken, Kuzey Doğu Anadolu ve Doğu Karadeniz bölgelerinin henüz hedefi yakalayamadığı anlaşılmaktadır.



Şekil 3.7. Anne Ölüm Hızları (yüz bin canlı doğumda) (HÜNEE, 2006)

Bu bölümde üzerinde durulması gereken diğer bir husus, anne ölümlerine yol açan önlenemez faktörlerdir. Bu faktörler, sağlık hizmeti verenlerle ilişkili faktörler, sağlık hizmetindeki malzeme/donanım ile ilgili faktörler ve hanehalkı ve toplumsal faktörlerdir. Hanehalkı faktörleri ve toplumsal faktörler, hem kentsel hem de kırsal alanlarda en sık karşılaşılan önlenemez faktörlerdir. Kadının ya da ailesinin sorunu farketmemesi ve tedavi için başvuruda gecikme; istenmeyen gebelikleri önlemek amacıyla gebeliği önleyici yöntemlerin kullanılmaması, doğum öncesi bakım alınmaması, doğumun sağlıklı koşullarda yapılması anne ölümlerine katkıda bulunan faktörler arasında önemli bir yer tutmaktadır (HÜNEE, 2006).

Bu değerlendirmelerin sonucunda, Türkiye'nin anne ölümleri konusunda ICPD hedefleri bakımından olumlu bir noktada bulunduğu; ancak Doğu Anadolu ve Kuzeydoğu Anadolu bölgelerindeki kadınların hizmete ulaşma ya da hane halkı ve toplumsal faktörler açısından yaşadıkları sorunlar nedeniyle öncelikle üzerinde durulması gereken grubu oluşturdukları söylenebilir.

Kadınların anne ölümüne neden olan tehlike işaretlerini tanımlayabilme, gerekli sağlık hizmetini uygun sağlık kuruluşundan alabilme konularında bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Ayrıca, daha fazla sayıda çocuk istemeyen ancak herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmayan ya da geleneksel yöntem kullanan kadınlara ulaşılması ve bu risk grubunun aile planlaması hizmetlerinden faydalanabilmesi konusunda daha fazla çabaya gereksinim bulunmaktadır.

Bu gerekliliklerin Sağlık Bakanlığı tarafından da dikkate alındığı ve "Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı: Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015"te anne ölümleri ile yerleşim yerleri ve bölgeler arasındaki farkın azaltılmasının da hedefler arasında yer aldığını belirtmek gerekmektedir (AÇSAP, 2005).

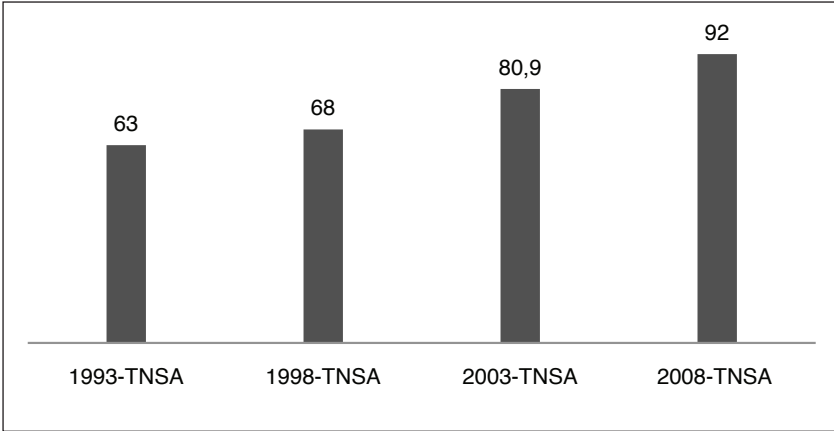
3.2.4.4. Anne Sağlığı Hizmetleri

Bu bölümde, anne sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sunulması önerisi incelenmektedir. Anne sağlığı hizmetlerindeki iyileşmeyi ölçmek için, Şekil 3.1'de açıklanan "Temel Sağlık Hizmetlerinde Güvenli Annelik Yaklaşımı"nda temel anne sağlığı hizmetle-

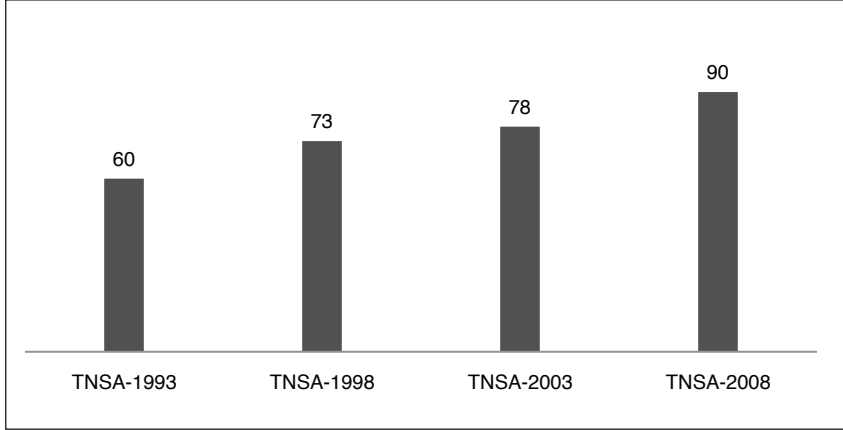
rine dahil olan “doğum öncesi bakım”, “sağlıklı doğum” ve “doğum sonu bakım” konuları incelenecektir.

Gebeliğin riskli bir süreç olması; her gebelikte komplikasyon gelişme ihtimalinin bulunması ve hangi gebede istenmeyen bir durumun gelişebileceğinin tam olarak bilinmemesi nedeniyle, doğum öncesi bakım hizmetleri, gebelik sürecindeki kadınlar için hayati öneme sahiptir. Doğum öncesi bakım, anne ve bebeğin gebelik boyunca düzenli aralıklarla gerekli muayene ve önerilerde bulunularak dikkatli bir şekilde eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir (Akın, 2008).

Şekil 3.8. ve 3.9.’un incelenmesinden görüleceği gibi, doğum öncesi bakım ve sağlıklı koşullarda yapılan doğum göstergelerinde Türkiye’de yıllar içinde olumlu gelişmeler meydana gelmiştir.



Şekil 3.8. TNSA Verilerine Göre Doğum Öncesi Bakım (yüzde) (HÜNEE, 1994, 1999, 2004, 2009)



Şekil 3.9. TNSA Verilerine Göre Doğumun Sağlık Kuruluşunda Yapılması (yüzde) (HÜ-NEE, 1994, 1999, 2004, 2009)

Bu iki gösterge dışında anne sağlığı hizmetlerinin ölçülmesinde önemli bir diğer alan ise doğum sonrası bakım hizmetleridir. Doğum sonrası bakım hizmetlerinde hem doğumu yapan kadının hem de bebeğin bu hizmetlerden yararlanma durumu ölçülmektedir. Doğum sonrası bakıma ilişkin değerlendirmelerin yer aldığı 2008 TNSA sonuçlarına göre, son canlı doğumunu araştırma tarihinden önceki 5 yıl içinde gerçekleştiren kadınların % 84,5'i, çocukların ise % 88'i, doğum sonrası bakım hizmetlerinden yararlanmışlardır (HÜNEE, 2009 b). Kırsal alanlarda yaşayan kadınlara kıyasla kentlerde yaşayan kadınların, ayrıca eğitimsiz kadınlara kıyasla en az ilköğretim düzeyinde eğitim almış kadınların doğum sonrası bakım alma oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Oranlardaki iyileşme Türkiye'nin bu alanda ICPD hedefleri doğrultusunda olumlu bir noktada olduğunu gösteriyor olsa da, bölgelere, yerleşim yerlerine ve eğitim durumuna göre ortaya çıkan farklılıkların ortadan kalkması için çalışmaların sürdürülmesi gerçeği göz ardı edilmemelidir.

3.2.5. Nüfus, Kalkınma ve Eğitim

3.2.5.1. İlköğretimde Okullulaşma

Eğitim düzeyindeki artışla birlikte üreme sağlığı göstergelerinde görülen iyileşme dikkate alınarak ICPD Eylem Programı'nda, 2015'ten önce il-

köğretimde kız ve erkek bütün çocuklar için % 100 okullulaşmanın sağlanması önerilmektedir. Eylem Programı ayrıca ilköğretimde okullulaşma oranını % 100'e çıkarmayı başaran ülkelerin, orta öğretimde okullulaşma oranlarını yükseltecek çalışmalara odaklanmasını da önermektedir.

Bu tez çalışmasında incelenen üreme sağlığı göstergelerinde, eğitim düzeyindeki artışla birlikte olumlu gelişmeler yaşandığı görülmektedir. Bu durum, her iki cinsiyet için geçerli olmakla birlikte, incelenen göstergelerde genellikle kadınlara ilişkin sonuçlara ulaşılmış olması nedeniyle değerlendirmeler kadınlar üzerinden yapılacaktır.

Kadınların kendilerini ilgilendiren konularda söz sahibi olmaları ve özellikle eşleri ya da cinsel partnerleri ile ilişkilerinde alınacak kararlara katılımları eğitim düzeyiyle birlikte olumlu yönde değişmektedir. İlk evlenme yaşı, ilk doğum yaşı, doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım alma göstergelerinde hiç eğitim almamış kadınlarla en az ilköğretim düzeyinde eğitim almış kadınlar arasında çok ciddi farklar mevcuttur. Yine hiç eğitim almamış kadınlar ile en az ilköğretim düzeyinde eğitim almış kadınların gebeliklerinde yaşanan anne ölümleri ile bebek ve 5 yaş altı çocuk ölümleri arasındaki farklar oldukça dikkat çekicidir⁵².

Türkiye'de kız ve erkek çocuklarının okullulaşma oranları incelendiğinde tüm öğrenim düzeylerinde kız çocuklarının erkek çocuklarına kıyasla daha düşük oranda okullulaştıkları görülmektedir. Okullulaşma oranlarının artırılması, Dokuzuncu Kalkınma Planı hedefleri arasında da yer almakta ve 2013 yılı sonuna kadar ilköğretimde ve ortaöğretimde okullulaşma oranlarının kız ve erkek çocuklar için % 100'e çıkarılması hedeflenmektedir (DPT, 2007 b).

Zorunlu temel eğitim, 1997 yılında yapılan bir kanun değişikliği ile⁵³ 5 yıldan 8 yıla çıkarılmıştır. Kadınların güçlendirilmesine yönelik önemli bir uygulama olan bu düzenlemenin en olumlu sonucu kız ve erkek bütün çocukların eğitim imkanlarından daha uzun süre yararlanmaları sonucu daha güçlü bireyler haline gelecek olmalarıdır. İlk ve orta öğretimde okullulaşma oranlarını gösteren Tablo 3.4.'ten de görüldüğü gibi, yasa değişikliğinin ardından geçen sürede ilköğretimde okullulaşma oranlarında her iki cinsiyet için de yükselme görülmekle birlikte, kız çocuklarının okullulaşma oranlarında gö-

52 Ayrıntılı bilgi için bakınız TNSA 2008 (HÜNEE, 2009).

53 16.08.1997 tarihinde kabul edilen 4306 sayılı Kanun.

receli olarak daha fazla artış yaşanmıştır. Kız ve erkek çocuklar arasındaki fark giderek kapanmaktadır. Aynı dönemde orta öğretimde okullulaşma oranlarında da gelişme yaşanmışsa da, başlangıç düzeyinin düşük olması nedeniyle bu alanda kaydedilen ilerleme yeterli değildir.

Tablo 3.4. İlk ve Orta Öğretimde Okullulaşma Oranları (MEB, 2009)

Öğretim yılı	Okullulaşma oranı(yüzde)	İlköğretim			Orta öğretim		
		Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
1997/1998	Brüt Net	89,51	96,26	82,43	52,79	60,20	44,97
		84,74	90,25	78,97	37,87	41,39	34,16
2008/2009	Brüt Net	103,84	104,91	101,71	76,62	80,96	72,05
		96,49	96,99	95,97	58,52	60,63	56,30

Bu düzenlemenin bir diğer etkisi ise, hem kadınların hem de erkeklerin üreme yaşamına ilişkindir. Bu kanun ile ilk evlenme yaşının ve kadınların ilk doğurganlık deneyimlerinin daha ileri yaşlara kayması sonucu doğmuştur. 1998 TNSA sonuçlarına göre 15-19 yaş grubunda evli olanların yüzdesi 15,2 iken, 2008 TNSA sonuçlarında bu oranın % 9,6'ya düşmüş olması bu savı destekler nitelikte bir değişimdir. Ancak şu da belirtilmelidir ki, eğitim yalnızca eğitimde daha uzun süre kalma nedeniyle evlilik ve ilk doğum yaşının geciktirilmesine değil, esas olarak bireylerde davranış değişikliğine yol açarak üreme sağlığı üzerinde olumlu etkiye yol açmaktadır (AÇSAP 2005, Jejeebhoy 1995).

3.2.5.2. Nüfus ve Üreme Sağlığı Eğitimi

ICPD Eylem Programı'nda yer alan öneriler arasında nüfus konusundaki eğitimin ilköğretimden başlayarak verilmesi; bu eğitim programlarına toplumsal cinsiyet duyarlılığı, üreme sorumluluğu, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar konularının dahil edilmesi yer almaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2004-2007 yılları arasında yürütülen Türkiye Üreme Sağlığı Programı kapsamında konuya ilişkin olarak hazırlanan

raporun sonuçlarına göre, Türkiye’de kız ve erkek çocukların fiziksel, cinsel ve psikososyal gelişim evreleri hakkındaki bilgileri yeterli düzeyde değildir. Üreme sağlığı ve cinsel sağlık bilgileri, ilköğretim okullarının birinci kademelerinde öğrencilere verilmemektedir. İlköğretim okullarının ikinci kademesinde verilen eğitim ise fen bilgisi dersinde üreme bilgilerinin verilmesi şeklinde olup, cinsel sağlık bakımından yetersiz bulunmuştur. Üniversitelerde ve liselerde küçük örneklem grupları ile yapılan çalışmalarda gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgileri yetersiz olarak değerlendirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, bt).

Öte yandan gençlik döneminde üreme sağlığı ve cinsel sağlık risklerinin başında gelen cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar konusunda sahip oldukları bilgileri nereden edindikleri sorusuna gençlerin verdikleri yanıtlar, eğitim sistemi açısından önemle üzerinde durulması gereken bir soruna işaret etmektedir. Örneğin, 2007 Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması sonuçlarına göre cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar konusunda gençlerin bilgi edindikleri kaynaklar arasında okullar ilk sırada yer almamaktadır (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Nüfus Bilim Derneği, 2007). Bu durum, 2003 TNSA sonuçlarında da dikkat çekilen konular arasında yer almıştır (HÜNEE, 2004). Yine 2007 yılında yapılan Araştırma'nın sonuçlarına göre, gençlerin yaklaşık yarısı üreme sağlığı ve cinsel sağlık bilgisinin ve hizmetlerinin okul tarafından verilmesini istemektedirler (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Nüfus Bilim Derneği, 2007).

Öte yandan cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitiminin orta öğretim seviyesinde içerik bakımından zenginleşerek devam etmesi durumunda ise, kız çocukları açısından olumsuz bir durum ortaya çıkmaktadır. Orta öğretimde erkek çocuklarına kıyasla daha düşük oranda okullulaşan kız çocuklarının, üreme sağlığı ve cinsel sağlık eğitimlerinden erkeklerle eşit oranda yararlanamamaları sonucu ortaya çıkmaktadır.

Tüm bu değerlendirmeler, gerekli bilgilere tam ve doğru erişimin sağlanması için cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgilerinin erken çocukluk döneminde verilmeye başlanması için doğru olacağını göstermektedir. Bu eğitimlerin örgün eğitim sistemi içinde verilmesi ve mevcut durumda her iki cinsiyetten çocuk ve gençlerin bu bilgilendirmeden eşit şekilde yararlanabilmelerinin sağlanması için eğitimlerin ilköğretimin birinci ka-

demesinde, yaş gruplarına uygun içerikle başlatılması ve örgün öğretim döneminin sonuna kadar sürmesi gerekmektedir. Bu eğitimlerin üreme hakları/cinsel haklar, üreme sağlığı/cinsel sağlık konularını içerecek şekilde ve toplumsal cinsiyet eşitliği bakış açısıyla hazırlanmış olması gerekmektedir.

3.2.5.3. Halk Eğitimi ve Bilinçlendirme

ICPD Eylem Programı, sunulan hizmetlerin halka ulaşması için nüfus, aile planlaması, üreme hakları, üreme sağlığı konularında halk eğitimi ve bilinçlendirme kampanyaları yürütülmesini önermektedir.

Günümüzde temel sağlık hizmetlerinin bir parçası ve insan merkezli kalkınma etkinliklerinin önemli bir bileşeni olarak kabul edilen üreme sağlığı hizmetlerinin niteliğinin iyileştirilerek sunulmasının yanı sıra, sunulan hizmetlere olan talebin artırılması da önemli bir öncelik alanıdır. Bunun için öncelikle toplumunun sağlık ve hizmet alma bilincinin artırılması gerekmektedir. Halka ulaşma, sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olarak görülmelidir.

Hizmet sunucusu konumunda olan Devletin, sunduğu hizmetleri halka çeşitli mesajlar yoluyla iletmesi bunu sağlamanın yöntemlerinden biridir. Ancak halka ulaşma becerileri, halkın ilgisini ve dikkatini çekecek faaliyetleri geliştirme kabiliyetleri potansiyel olarak Devlet kurumlarından daha fazla olan sivil toplum kuruluşlarınca gerçekleştirilen etkinlikler bu anlamda büyük öneme sahiptir. Türkiye'de 1960'lı yıllarda başlayan ilk aile planlaması programı ile birlikte bu alanda faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşlarının kurulmaya başladığı görülmektedir. O dönemde özellikle ana çocuk sağlığı ve aile planlaması konularında faaliyet gösteren bu sivil toplum kuruluşları, zaman içinde gerek uluslararası alanda gerekse ülke içinde meydana gelen değişim ve dönüşümler çerçevesinde faaliyet alanlarını genişletmişlerdir.

Öte yandan, 2004-2007 yılları arasında uygulanan Türkiye Üreme Sağlığı Programı'nın iki ana bileşeninden birini oluşturan "hizmete olan talep artırılması"⁵⁴ bileşeni kapsamında program süresince 107 adet sivil toplum kuruluşunun toplam 88 adet projesine 20 milyon Euro kaynak aktarılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2005).

54 Diğer bileşen "hizmetin kalitesinin artırılması" bileşenidir.

2005 yılında “T¼rkiye’de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığının D¼n¼, Bug¼n¼, Geleceği Konferansı”nda sivil toplum kuruluşları adına konuşma yapan vakfın temsilcisi, sivil toplum kuruluşlarının bu çalışmalarda yer almasını hem bu kuruluşların savunuculuk anlamında g¼lenmesi bakımından, hem de farklı konularda çalışan sivil toplum kuruluşlarının üreme hakları/üreme sağlığı konularını gündemlerine bir biçimde yerleştirmeleri ile T¼rkiye’de üreme haklarının gelişimine katkıda bulunması bakımından önemli bulduğunu belirtmiştir (TAPV, 2005).

T¼rkiye’nin üreme hakları/sağlığı alanında sivil toplum kuruluşlarını sürece dahil etme ve bu yolla halka ulaşma konusunda başarılı bir noktada bulunduğu söylenebilir.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı sonunda kabul edilen ve Türkiye'nin de imzalayarak uygulamaya geçirme taahhüdü verdiği Eylem Programı, dünya genelinde ve uluslararası kuruluşlar bünyesinde önceki dönemlerde hakim olan "nüfus politikası" anlayışının kısmen değişmesine neden olmuştur. Eylem Programı'nda hiçbir yeni uluslararası insan hakkı yaratılmadığı belirtilmektedir. Ancak, Eylem Programı ile bireylerin üreme hakları ve üreme sağlığı ön plana alınmış; ayrıca kadınların güçlendirilmesi; toplumsal, ekonomik ve siyasal yaşama erkeklerle eşit şekilde katılım sağlamaları gerektiği görüşü eylem önerilerinin tamamına yansımıştır.

ICPD Eylem Programı'nda yer alan eylem önerileri, 1995 yılında Pekin'de düzenlenen Dördüncü Dünya Kadın Konferansı sonunda kabul edilen Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu'nda da referans doküman olarak gösterilmiş ve daha da önemlisi Pekin Eylem Platformu'nun "Kadınlar ve Sağlık" bölümünde yer alan eylemlere temel teşkil etmiştir. Bu durum, ICPD Eylem Programını, üreme hakları ve üreme sağlığı alanında sahip olduğu önemin yanı sıra, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması ve kadınların güçlendirilmesi konusunda da önemli bir belge haline getirmektedir.

Bu tezde, ICPD Eylem Programı'nın Türkiye'de sağlık politikaları ve ilgili diğer politikalara yansımaları toplumsal cinsiyet eşitliği bakış açısıyla incelenmiştir. Bu inceleme Eylem Programı'nın 5 bölümünden seçilen toplam 20 alan çerçevesinde yapılmıştır.

Yapılan değerlendirmelere göre, Türkiye'nin ICPD'nin uygulanmasına ilişkin olarak mutlak gelişme kaydettiği ve ICPD'de yer alan hedeflere ulaştığı alanlar şunlardır:

- Türkiye'de 100 gebelikte isteyerek düşük hızları, yıllar itibariyle azalma eğilimindedir, bu durum isteyerek düşüğün bir aile planlaması yöntemi olarak kullanılmaması şeklindeki ICPD hedefine ulaşıldığını göstermektedir. Düşüklerin büyük kısmının yasal süresi içinde ve güvenli koşullarda gerçekleşmesi yine olumlu bir gelişmedir. Düşük sonrası kontraseptif yöntem kullanımının beklenen düzeyde olma-

diği görülmekle birlikte, kontraseptif kullanımındaki düzenli artış, bu verinin de önümüzdeki süreçte iyileşeceğini düşündürmektedir.

- Doğuşta beklenen yaşam süresinde ICPD'nin 2005 yılı hedeflerine ulaşıldığı tespit edilmiştir. 2015 yılı hedefine ulaşılmasının da olası olduğu düşünülmektedir.
- TNSA verilerine göre, Türkiye; bebek ölümlerinin azaltılması konusunda ICPD tarafından önerilen hedeflere ulaşmış durumdadır, hatta bu konuda ICPD'nin 2015 yılı hedeflerinin 2003 yılında başarılmış olması sevindirici bir gelişmedir; ancak bölgesel farklılıkların ortadan kaldırılması yolundaki hedefe 2015 yılına kadar ulaşamayacağı tahmin edilmektedir.
- Anne ölümlerinin azaltılması yolundaki ICPD hedefleri konusunda da Türkiye'de olumlu gelişme mevcuttur, ancak bölgesel farklılıklar dikkati çekmektedir.
- Türkiye'de doğum öncesi bakım, sağlıklı koşullarda doğum ve doğum sonu bakım verilerinde yıllar itibariyle iyileşme görülmektedir. Anne sağlığı hizmetlerinin, tez çalışması kapsamında incelenen alanlar arasında olumlu gelişme yaşanan alanlardan olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tez kapsamında incelenen alanlardan bir bölümünde ise, gerek yasal düzenlemeler gerekse uygulanan politikalar açısından olumlu yönde ilerlemeler olmakla birlikte, özellikle toplumsal cinsiyet eşitliği temelinde sorunların mevcut olduğu tespit edilmiştir. Bu alanlar şu şekildedir:

- Annelik-babalık sorumluluklarının ayrıştırılması ve bunlar arasında da annelik sorumluluklarının kadınların yaşamlarını olumsuz etkileyecek şekilde ön plana çıkarılması yerine, kadın erkek eşitliği temelinde şekillenen ebeveyn sorumlulukları anlayışının Türkiye'de artık yerleştirilmesi gerekmektedir. Bu noktada Devlet kurumları tarafından sunulan hizmetlerin ve işgücü piyasasına yönelik düzenlemelerin toplumsal cinsiyet eşitliği anlayışı ile gözden geçirilmesine ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır. Yapılan düzenlemelerde kadınları koruyucu yönde hükümler bulunmakla birlikte; kadın erkek eşitliğini sağlamaya katkıda bulunacak düzenlemeler yönünden yetersizlik olduğu düşünülmektedir. Ebe-

veyin izninin bir an önce uygulamaya geçirilmesi, işverenlerin kreş ve emzirme odası kurma yükümlülüğünü sadece kadın işçi sayısına bağlayan düzenlemenin kadın erkek eşitliği temelinde gözden geçirilmesi ve işverenlerin bu yükümlülüğünün kadın işçi sayısına bağlı olmaktan çıkarılması gerektiği düşünülmektedir.

- 2002 yılında kabul edilen Medeni Kanun ile evlilik yaşının yükseltilmesi ICPD bağlamında olumlu bir gelişmedir. Ancak, erken yaşta evlilikler ve adolesan gebelikler sorun teşkil etmeye devam etmektedir. Kız çocuklarının erken yaşta evlendirilmesi biçimindeki toplumsal geleneğin etkili olmaya devam ettiği anlaşılmaktadır. Adolesan gebeliklerin TNSA'larda riskli gebelikler grubuna dahil edilmesi, konunun Türkiye'de bir sorun olarak algılandığını ve izlendiğini gösteren olumlu bir gelişmedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen "Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı: Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015" ve KSGM tarafından yürütülen "Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı 2008-2013"te bu sorunla mücadeleye yönelik hedefler ve stratejiler belirlenmiştir. Türkiye'nin erken yaşta evlilikler ve adolesan gebeliklerle mücadeleyi kesintisiz şekilde sürdürmesi gerekmektedir. Söz konusu Eylem Planlarının bu konudaki çalışmalara temel teşkil etmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.
- 2009 yılında sonuçları açıklanan "Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması," Türkiye'de cinsel şiddetin ve gebelikte şiddetin yaygın olduğunu ortaya koymuştur. 2005 yılında yürürlüğe giren Türk Ceza Kanunu ile cinsel suçlar bakımından bireylerin haklarını öncelleyen olumlu bir düzenlemeye gidildiği görülmektedir. Kadına yönelik şiddetle mücadeleye yönelik diğer politikaların etkilerinin ilerleyen yıllarda ortaya çıkacağı düşünülmektedir.
- Türkiye'de nüfus sayımları ve nüfus kayıtları ile elde edilemeyen üreme sağlığı ve cinsel sağlık göstergelerine ulaşmak amacıyla 1963 yılından bu yana her 5 yılda bir yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, örneklem seçimi nedeniyle erkekleri kapsama dahil etmekte ve bu nedenle sonuçların sınırlı kalmasına sebep olmaktadır. Türkiye'de nüfusun yapısını, doğum ve ölüm hızlarını, nüfusun cinsel sağlık ve üreme sağlığına ilişkin koşullarını ortaya koymayı amaç-

layan her çalışma ve araştırma üreme haklarının ve cinsel hakların kadın erkek herkes için yaşam döngüsü boyunca geçerli haklar olduğundan hareketle gerçekleştirilmelidir. Bebek ve çocuk ölüm hızlarında, toplam doğurganlık hızında yaşanan değişimler sürekli olarak yakından takip edilmeli, bunların nedenleri belirlenerek, toplumun ihtiyaç duyduğu hizmetlerden aksayan alanlar tespit edilerek, toplumsal ihtiyaçlar doğrultusunda gerekli müdahaleler yapılmalıdır. Bunu yaparken nüfus politikası odaklı olmak yerine, birey odaklı olmak ve dezavantajlı nüfus gruplarını gözetmek gerekmektedir.

- DPT tarafından hazırlanan "Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı"nda yaşlı nüfusun sağlık durumunu ele alan ayrı bir bölümün yer alması, ICPD bağlamında olumlu bir gelişme olarak nitelendirilebilir. Ancak bu Eylem Planı'nın üreme sağlığı bakımından yeterince güçlü olduğunu söylemek mümkün görünmemektedir. Plan'da, osteoporozla yapılan bir iki atıf dışında üreme sağlığı sorunlarına yer verilmemiştir. Yaşlı nüfusun sağlık bakım maliyetleri önümüzdeki yıllarda artacaktır. Bu nüfus grubu içinde kadınların oranının fazla oluşu, kadınlara ayrılan payın daha fazla olacağı anlamına gelmektedir. Ayrıca, yaşlı kadınların yaşlı erkeklere göre sosyoekonomik yönden daha bağımlı oldukları gerçeği göz önüne alındığında, yaşlılara ilişkin politikalarda toplumsal cinsiyet faktörünün göz ardı edilmemesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.
- Üreme sağlığı hizmetleri evli olan/olmayan tüm gençlere sunulmalı, genç kadınların bilgi düzeyinin genç erkeklere kıyasla daha düşük olduğu gerçeği göz ardı edilmemelidir. Bu alanda güvenli cinsel yaşamda her iki cinsiyetin eşit haklara ve sorumluluğa sahip olduğu mesajının gençlere verilmesi de büyük önem taşımaktadır. Gençlere hizmet sunan kuruluşlar sayıca artmaktadır; ancak bu kuruluşlar ülke geneline yaygınlaşmalı ve her üniversite bünyesinde bir gençlik danışmanlık biriminin kurulması için çalışmalar yürütülmelidir. Erken çocukluk döneminde başlaması gereken bilgilendirme ve danışmanlık faaliyetleri, yaş gruplarına göre ihtiyaç çeşitlenmesine gidilerek sürdürülmeli, cinsiyetler arasındaki farklılıklar daima dikkate alınmalı, bilgilenenin yanı sıra hizmet sunumunun da çok önemli olduğu gözden kaçırılmamalıdır.

- 1994 yılında düzenlenen ICPD'yi izleyen dönemde, 1997 yılında Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Faaliyet Planı'nın oluşturulması ve bu Plan'ın ICPD paralelinde düzenlemeleri içermesi, Türkiye'de üreme sağlığı politikalarının oluşturulmasında Kahire Konferansı'nın olumlu yönde bir etkisi olduğunu düşündürmektedir. Zaman içinde ihtiyaç ve gereksinimlerde ortaya çıkan değişiklikler neticesinde güncellenen ve "Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı: Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015" adıyla uygulamaya konulan Eylem Planı ise kadın sağlığı yaklaşımından üreme sağlığı yaklaşımına geçiş sürecini göstermektedir. Ancak, Sağlık Bakanlığı'nın üreme sağlığı/cinsel sağlık hizmetlerini halen "Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü" koordinasyonunda yürütüyor olması, bu anlayışla çalışmaktadır. Doğum öncesi ve sonrası bakım, sağlıklı doğum, isteyerek düşük hizmetlerine yalnızca kadınların ihtiyaç duyması nedeniyle, meselenin "kadın sağlığı" meselesi gibi algılanması olasıdır. Ancak, üreme hakları ve cinsel haklar adolesan dönemden başlayarak her yaş grubunda her iki cinsiyet için geçerli olan haklardır. Bu nedenle bu haklara ilişkin hizmetlerin Bakanlık bünyesinde, "Üreme Sağlığı/Cinsel Sağlık Genel Müdürlüğü" benzeri bir isim altında sürdürülmesinin üreme haklarının gereklerine daha uygun olacağı düşünülmektedir. Ancak kadınların üreme sağlığı hizmet gereksinimlerinin özel bir önem taşıması nedeniyle bu ana çatı altında "Ana Çocuk Sağlığı"na ilişkin bir alt birimin oluşturulması ICPD önerileri bağlamında daha uygun ve toplumsal cinsiyet eşitliği ilkesi adına da daha yerinde olacaktır.
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon taşıyan kadınların sayısı, erkeklerden az olsa da, kadınların bu konudaki bilgi düzeylerinin erkeklerden düşük olduğu görülmektedir. Bu nedenle cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla mücadele çalışmalarında kadınların bu durumu göz ardı edilmemelidir.
- Okullulaşma oranları ICPD'nin önerileri bağlamında değerlendirildiğinde, ilköğretimde okullulaşma oranı giderek artan Türkiye'de, gelecek kuşakların üreme sağlığı göstergelerinde daha olumlu tablolar ile karşılaşılacağı düşünülmektedir. Ancak, şu anda yetişkin ve ileri yaş grubunda yer alan; eğitim imkanlarından yeterince yararlanamamış ka-

dınlar ve erkekler için öncelikli programlar geliştirilmesi ihtiyacı gözden kaçmamalıdır. Çünkü, bu yaş grubundaki kadınlar ve erkekler halen doğurgan çağ nüfusunun büyük bir bölümünü oluşturmaktadırlar.

- Cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimi, örgün eğitim sistemi içinde, her iki cinsiyetten öğrencilere, yaş gruplarına uygun içeriklerle verilmelidir. Bu eğitimin mevcut durumda kız çocuklarının okullulaşma oranının en yüksek olduğu ilköğretim seviyesinden başlaması, hem kız ve erkek çocuklarının bu eğitimden eşit şekilde yararlanabilmelerini sağlayacak, hem de ICPD önerilerine uyulmuş olacaktır.
- Üreme hakları ve üreme sağlığını ilgilendiren konularda halk eğitimi ve bilinçlendirme çalışmaları Türkiye'de 1965 yılında kabul edilen ilk aile planlaması programından bu yana çeşitli sivil toplum kuruluşlarının da işbirliği ile yürütülmektedir. Önceleri ana-çocuk sağlığı perspektifi ile yürütülen bu çalışmaların ICPD'yi izleyen yıllarda üreme sağlığı yaklaşımıyla yürütülmeye başlaması olumlu bir gelişmedir. 2004-2007 yılları arasında yürütülen Türkiye Üreme Sağlığı Programı kapsamında sivil toplum kuruluşlarınca yürütülen projeler de halk eğitimi ve bilinçlendirmeye katkıda bulunmuştur.

İncelenen alanlardan bir bölümünde ise Türkiye'nin ICPD hedeflerine henüz ulaşamadığı düşünülmektedir:

- Kadınların ulusal düzeyde karar mekanizmalarına katılımları düşük, üreme yaşamları ve cinsel yaşamlarına ilişkin konulardaki kararlara katılımları sorunludur. Bu konuda Türkiye'nin ICPD hedeflerinden uzak olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kalkınma planlarında nüfus-sağlık-kalkınma ilişkisinin, kadınların annelik rolleri bağlamında kurulmasına ilişkin yaygın bir tutum olduğu anlaşılmaktadır. Nüfus artışının bir sorun olarak görüldüğü dönemlerde, aile planlaması hizmetlerine olan talebin artırılması için kadınların bilinçlendirilmesi gerektiği hususuna kalkınma planlarında sıkça yer verilmiştir. Bu anlayış, kadınların bilinçlendirilmesine araçsal bir bakışı yansıtmaktadır. Bunun yerine, kalkınma planlarında ele alınan her politika alanına toplumsal cinsiyet eşitliği bakış açısının yerleştirilmesi, ayrıca nüfus-sağlık-kalkınma ilişkisi kurulurken toplumsal cinsiyet eşitliği ilkesinin tam ve bütün boyutları ile ele alınması gerekmektedir.

- Erkeklerin aile yaşamına ve çocuk bakım sorumluluklarına katılmaları ve kadınların toplumsal yaşamda yer alma düzeyleri toplumsal cinsiyet eşitliği politikaları oluşturulurken geleceğe dönük olarak öncelikle ele alınması gereken alanlar arasında yer almalıdır. Çünkü, Türkiye'nin bu alanda kaydettiği ilerleme oldukça yetersizdir.
- Ülke çapında er ve erbaşlara yönelik olarak uygulanan üreme sağlığı eğitimleri dışında erkeklerin üreme sağlığı hizmetlerine erişimlerini iyileştirecek politikalara ihtiyaç olduğu görülmektedir. Türkiye bu alanda ICPD hedeflerine ulaşamamıştır.
- Her gebeliğin istenen gebelik olmasının sağlanması, bireylerin üreme haklarının bir parçasını oluşturmaktadır. Bu anlamda artık başka çocuk istemeyen ya da doğumların arasını açmak isteyen bireylere ve çiftlere uygun kontraseptif yöntemlerin sunulması büyük önem taşımaktadır. Türkiye'de karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı yüksektir; ayrıca 2003 yılından bu yana geçen sürede karşılanmamış aile planlaması ihtiyacında hiçbir düşüş gerçekleşmemiştir. Bu orana bir de, mevcut durumda çocuk sahibi olmak istemeyen; ancak etkili yöntem kullanmayanların oranı eklendiğinde, çok ciddi bir karşılanamayan gereksinim ortaya çıkmaktadır. Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının ortadan kaldırılması, kadının sosyal konumuna olumlu etki edecek, anne ölümlerini ve isteyerek düşükleri azaltacaktır. Bu nedenle, önümüzdeki süreçte karşılanmamış aile planlaması ihtiyacını ortadan kaldıracak politikalara ağırlık verilmesi gerekmektedir.

Tez kapsamında incelenen 20 alandan 5'inde mutlak olarak ICPD hedeflerine ulaşıldığı ve sağlık politika ve uygulamalarının ICPD paralelinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Toplam 11 alanda olumlu düzenlemeler olmakla birlikte eksiklikler dikkati çekmektedir. 4 alanda ise Türkiye ICPD hedeflerini yakalayamamıştır. Sonuç olarak, Türkiye'nin 1994 yılında imzalayarak uygulamayı taahhüt ettiği ICPD Eylem Programı'nda yer alan önerilerin uygulamaya geçirilmesi konusunda orta derecede ilerleme kaydettiği, ancak bu ilerlemelerin toplumsal cinsiyet eşitliğinin gerçekleştirilmesi ve kadınların güçlendirilmesi açısından yetersiz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

KAYNAKÇA

KAYNAKÇA

Abramitzky, R. Braggion, F. (2009). *Malthusian and Neo-Malthusian Theories*. Temmuz 2009. <http://www.stanford.edu/~ranabr/Malthusian%20and%20Neo%20Malthusian1%20for%20webpage%20040731.pdf>.

Akın, A. (1992). The Present and Future of Family Planning in Turkey. *Planning for the Future of Family Planning in Turkey: Proceedings of the Abant/Bolu Meeting* içinde 40-55. Ankara: Ministry of Health.

Akın, A. (1998). Uluslararası Kararlar Paralelinde Üreme Sağlığı Konusunda Türkiye'deki uygulamalar. *Sağlık ve Toplum Kadın Sağlığı Sayısı A. Akın (Ed.), (3-4):16-22*.

Akın, A. (2007). Emergence of the Family Planning Programme in Turkey. W.C. Robinson, J.A. Ross (Eds.), *The Global Family Planning Revolution Three Decades of Population Policies and Programs* içinde 85-102. New York: The World Bank.

Akın, A. (2009). *Türkiye'de Kadın-Anne ve Çocuk Sağlığının Durumu*, Yayınlanmamış Makale. Ankara.

Akın, A. (Ed.). (2006). *Genç Dostu Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Hizmet Modeli ve İlgili Araştırmaların Sonuçları*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Akın, A. (Ed.). (2008). *Kadının Statüsü ve Sağlığı ile İlgili Gerçekler*. Ankara: Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü.

Akın, A. Sevcençan, F. (2006). Türkiye'de Kadın Sağlığının Düzeyi ve Aile Planlaması Uygulamalarının Durumu, *Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Jinekoloji Obstetrik Aile Planlaması Özel Sayısı-I*, 2(13), 1-14.

Altıok, E. (1978). "The Development of a Population Policy and Its Implementation". N. Levine and S. Üner (Eds.), *Population Policy Formation and Implementation in Turkey* içinde (53-74). Ankara: Hacettepe University Publications.

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (AÇSAP). (1998). *Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Faaliyet Planı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (AÇSAP). (1995). *21. Yüzyılda Herkes İçin Üreme Sağlığı ve Hakları Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (Eylül, 1994) Önerilen Etkinliklere İlişkin Özet Rapor*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (AÇSAP). (2009). *Adolesan Gebelikler (23.10.2009 tarih ve 5856 sayılı)*. Yayınlanmamış Rapor.

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (AÇSAP). (2009). *Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğünün Tarihçesi*. Kasım 2009. <http://www.saglik.gov.tr/ACSAB/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAC8287D72AD903BE5E6430387EBFB995>.

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (AÇSAP). (2005). *Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı: Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Aslan, D. (2001). Kadının İnsan ve Sağlık Hakkı, *Aktüel Tıp Dergisi Kadın Sağlığı Özel Sayısı*, 6(1), 1-3.

Balakrishnan, R. (2009). *Population Policy Revisited: Examining ICPD*. Ekim 2009. <http://www.religiousconsultation.org/radhika.htm>.

Biliker, M. A. (2001). Güvenli Annelik, *Aktüel Tıp Dergisi Kadın Sağlığı Özel Sayısı*, 6(1), 37-41.

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Nüfus Bilim Derneği. (2007). *2007 Türklere Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması*. Ankara: Birleşmiş Milletler.

Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu. (2009). *Türkiye'de Çocuk Bakım Hizmetlerinin Yaygınlaştırılmasına Yönelik Bir Öneri: Mahalle Kreşleri*. Aralık 2009. <http://www.spf.boun.edu.tr/docs>.

Coale, A. J. Hoover, E. M. (1958). *Population Growth and Economic Development in Low Income Countries: A Case Study of India's Prospects*. Princeton: Princeton University Press.

Craig, J. (1994). *Replacement Level Fertility and Future Population Growth. Population Trends*. Ağustos 2009. <http://www.popline.org/docs/1106/106805.html>.

Çoruh, M. (1983). Sağlık ve Nüfus. G. Kanra, (Ed.), *Türkiye'nin Gelişmesinde Nüfus Olgusu* içinde 1-36. Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı.

Dejong, J. (2006). Capabilities, Reproductive Health and Well Being. *Journal of Development Studies*, 42 (7): 1158-1179.

Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı (DPT). (1963). *Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)*. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı.

Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı (DPT). (1968). *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)*. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı.

Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı (DPT). (2001 b). *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Nüfus, Demografi Yapısı, Göç Özel İhtisas Komisyonu Raporu*. Aralık 2009. www.dpt.gov.tr.

Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı (DPT). (2001). *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*. Aralık 2009. <http://ekutup.dpt.gov.tr>.

Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı (DPT). (2007 b). *Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013*. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı.

Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı (DPT). (2007). *Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı*. Aralık 2009. <http://ekutup.dpt.gov.tr>.

Dixion-Mueller, R. (1993). *Population Policy and Women's Rights: Transforming Reproductive Choice*. London: Praeger.

Doğan, Y. S. (2006). *Dokuzuncu Kalkınma Planı Sağlık Sektörü Hedeflerinin Ankara'daki Hastane Yöneticilerince İrdelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi.

Entre Nous. (1989). World Contraceptive Use in 1987. *Entre Nous*, (13): 16-17. Ağustos 2009. <http://www.popline.org/docs/0844/056242.html>.

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (AÇSAP). (bt). *Erbaş ve Erler İçin Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Cep Rehberi*. Ankara: AÇSAP.

Güneş, H. H. (2009). İktisadi Açıdan Nüfus Teorileri ve Politikaları. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 8(28), 126-138. Temmuz 2009. <http://www.e-sosder.com/dergi/28126-138.pdf>.

Haberland, N. Measham, D. (Eds.). (2002). *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York: Population Council.

Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM). (2006). *Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi: Bir Vaka Çalışması*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). (1994). *Nüfus ve Sağlık Araştırması Türkiye 1993 Özet Rapor*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). (1999). *Nüfus ve Sağlık Araştırması Türkiye 1998 Özet Rapor*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). (2004). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 Temel Bulgular*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). (2006). *Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). (2009 a). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 Temel Bulgular*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). (2009 b). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 Ana Rapor. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, International Children Center. (2007). *Üniversite Birinci Sınıf Öğrencilerinin Adolesan Dönemi Konusundaki Bilgi ve Yaşam Tarzlarının Belirlenmesi Araştırması*. Ankara: International Children Center.

Harcourt, W. (Ed). (1997). *Power, Reproduction and Gender, the Inter-generational Transfer of Knowledge*. United Kingdom: Zed Books.

Hardon, A. (1997). *Reproductive Rights in Practice*. New York/USA: St Martin's Press Inc.

Hartmann, B. (1995). *Reproductive Rights and Wrongs, the Global Politics of Population Control (Revised Edition)*. Boston, Massachusetts: South End Press.

Hessini, L. (2005). Global Progress in Abortion Advocacy and Policy: An Assesment of the Decade since ICPD. *Reproductive Health Matters 2005*, 13 (25), 88-100.

Jejeebhoy, S. J. (1995). *Women's Education, Autonomy and Reproductive Behaviour: Experience from Developing Countries*. Oxford: Clarendon Press.

Jiggins, J. (1994). *Changing the Boundaries: Women-Centered Perspectives on Population and the Enviroment*. Washington DC.: Island Press.

Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM). (2008). *Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı 2008-2013*. Ankara: KSGM.

Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. (2008 b). *Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2007-2010*. Ankara: KSGM.

Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. (2008 c). *Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi'ne Sunulmak Üzere Hazırlanan Altıncı Periyodik Türkiye Raporu*. Aralık 2009. http://www.ksgm.gov.tr/uluslararası_Belgeler_cedaw.php.

Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. (2009). *Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Rapor*. Ankara: KSGM.

Makhlouf Obermeyer, C. (1999). The Cultural Context of Reproductive Health: Implications for Monitoring the Cairo Agenda. *International Family Planning Perspectives*, (25). Haziran 2009, <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/25s5099.html>.

Makhlouf Obermeyer, C. (2001). *Cultural Perspectives on Reproductive Health*. Great Britain: Oxford University Press.

Milli Eğitim Bakanlığı. (2009 b). *Baba Destek Programı*. Aralık 2009. <http://cygm.meb.gov.tr/halkegitim/badep.htm>.

Milli Eğitim Bakanlığı. (2009). *Milli Eğitim İstatistikleri Örgün Eğitim 2008-2009*. Aralık 2009. www.meb.gov.tr.

Nalbant, H. Bulut, A. (2001). Gençler ve Üreme Sağlığı, *Tıp Dergisi Kadın Sağlığı Özel Sayısı*. 6(1), 30-36.

Özberk, E. (2006). *Nüfus Politikaları ve Kadın Bedeni Üzerinde Denetim*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi.

Özvarış, Ş. B. (2009). *Aile Hekimliği Sistemi ve Üreme Sağlığı Hizmetleri*. Aralık 2009. www.hasuder.org/belgeler/AH_URSAG_Sevkat.DOC.

Prentice, T. (2006). *Health, History and Hard Choices: Funding Dilemmas in a Fast-Changing World*. Ağustos 2009. <http://www.who.int/global-health-histories/seminars/presentation07.pdf>.

Puri, C. P. Van Look, P. F. A. (Eds.). (2001). *Sexual and Reproductive Health: Recent Advances, Future Directions*. New Delhi: New Age International Limited.

Robinson, W. C. Ross, J. A. (Eds.). (2007). *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. New York: The World Bank.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2009). *T.C. Sağlık Bakanlığı HIV/AIDS Veri Tabloları* (24.12.2009 tarih ve 37806 sayılı). Yayınlanmamış Rapor.

Sağlık Bakanlığı. (2004). *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı. (2005). *Türkiye Üreme Sağlığı Programı*. Aralık 2009. http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/mudahale_alanlari/index.asp.

Sağlık Bakanlığı. (bt). *Dünyada Ve Türkiye’de Gençlerin Üreme Ve Cinsel Sağlık Durumları*. Aralık 2009. http://www.sbu.saglik.gov.tr/.../1_02_Dunyada_ve_TRde_Durum_KN_A_10082005.doc.

Saraç, Hüseyin. (1992). *Nüfus Politikaları ve İlahi Dinlerdeki Uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Sen, G. Snow, R. C. (Eds.) (1994). *Power and Decision: The Social Control of Reproduction*. Boston, Massachusetts: Harvard School of Public Health.

Sherwin, S. (1996). *Intervention and Reflection: Basic Issues of Medical Ethics: Abortion Through a Feminist Lens*. Belmont: Wadsworth Publishing Company.

Stanford Encyclopedia of Philosophy. (2004). *Feminist Perspectives on Reproduction and the Family*. Haziran 2009. <http://plato.stanford.edu/entries/feminism-family/>.

Subaşı, N. (2001). Kadına Yönelik Şiddet ve Kadın sağlığı Üzerine Etkileri, *Aktüel Tıp Dergisi Kadın Sağlığı Özel Sayısı*. 6(1): 83-87.

TR. Prime Ministry State Planning Organization. (1993). *National Report to the 1994 International Conference on Population and Development*. Ankara: State Planning Organization.

Türkiye Aile Planlaması Derneği. (1997). *IPPF Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi*. Ankara: Türkiye Aile Planlaması Derneği.

Türkiye Aile Planlaması Derneği. (1999). *Parlamenter Sorumlulukları*. Ankara: Türkiye Aile Planlaması Derneği Yayınları.

Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı (TAPV). (2005). *Türkiye’de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı: Dünü, Bugünü ve Geleceği Ulusal*

Konferans-I (Sunum ve Bildiriler) Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı 15-16 Kasım 2005 İstanbul. Ankara: TAPV.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2009 b). *İşgücüne Dahil Olmayanların Yıllar ve Cinsiyete Göre İşgücüne Dahil Olmama Nedenleri.* Aralık 2009. http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=25&ust_id=8.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2009 c). *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi.* Ekim 2009. <http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/adnks/adnksIndex.html>.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2009 d). *Demografik Göstergeler.* Aralık 2009. http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2009 e). *Nüfus ve Kalkınma Göstergeleri.* Aralık 2009. <http://nkg.tuik.gov.tr/goster.asp?aile=1>.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2009). *Nüfus İstatistikleri ve Projeksiyonlar.* Ekim 2009. http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11.

Türkiye Makine Mühendisleri Odası Ankara Şubesi. (2008). *Panel 8 Mart Dünya Emekçi Kadınlar Günü.* Aralık 2009. www.mmo.org.tr.

Türkiye Üreme Sağlığı Programı. (2006). *Üniversite Gençlerinin Cinsel ve Üreme Sağlığı Beş Üniversite Çalışması.* Ankara:Türkiye Üreme Sağlığı Programı.

Türmen, T. (2003). Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı. Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi. *Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın* içinde (4-16). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

United Nations (UN). (1968). *Final Act of the International Conference on Human Rights.* New York: United Nations.

United Nations (UN). (1984). *Report of the International Conference on Population.* Ağustos 2009. http://www.choike.org/documentos/conf/ICP_mexico84_report.pdf.

United Nations (UN). (1994). *Population and Development, Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994*. Ankara: Birleşmiş Milletler.

United Nations (UN). (2002). *Abortion Policies: A Global Review*. New York: United Nations Publications. Temmuz 2009. <http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/index.htm>.

United Nations (UN). (2007). *World Population Policies 2007*. New York: United Nations.

United Nations Children Fund (UNICEF). (2009). *The State of World's Children 2009: Maternal and Newborn Health*. New York: UNICEF.

United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. (1999). *Reviews and Appraisal of the Progress Made in Achieving the Goals and Objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development 1999 Report*. New York: United Nations.

United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. (2004). *World Population Monitoring 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health*. 26 Temmuz 2009. http://www.un.org/esa/population/publications/2003monitoring/WorldPopMonitoring_2002.pdf.

United Nations Population Division. (2003). *Fertility, Contraception and Population Policies*. New York: United Nations.

United Nations Population Division. (2008). *World Population Prospects: The 2008 Revision Population Database*. Temmuz 2009. <http://esa.un.org/unpp/p2k0data.asp>.

United Nations Population Fund (UNFPA). (1994). *National Perspectives on Population and Development: Synthesis of 168 National Reports Prepared for the International Conference on Population and Development, 1994*. New York: UNFPA.

United Nations Population Fund (UNFPA). (1999). *A Time Between: Health, Sexuality and Reproductive Rights of Young People*. New York: UNFPA.

United Nations Population Fund (UNFPA). (2008). *State of World Population 2008, Reaching Common Ground: Culture, Gender and Human Rights*. New York: UNFPA.

United Nations Population Information Network. (2009). *World Population Plan of Action*. Ağustos 2009. <http://www.un.org/popin/icpd/conference/bkg/wppa.html>.

World Health Organization (WHO). (1994). *Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries*. Geneva: World health Organization.

Yakut, Y. (2006). Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlara Genel Bakış, *Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Jinekoloji Obstetrik Aile Planlaması Özel Sayısı* 2(13), 45-50.

EKLER

EK 1

ULUSLARARASI NÜFUS VE KALKINMA KONFERANSI EYLEM PROGRAMI'NIN TEZ ÇALIŞMASINDA İNCELENEN BÖLÜMLERİ VE EYLEM ÖNERİLERİ

Bölüm IV- Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Hakkaniyet ve Kadınların Güçlendirilmesi

4.4. Ülkeler kadınları güçlendirmeli ve erkekler ve kadınlar arasındaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmak için en kısa zamanda, aşağıdaki girişimlerde bulunmalıdırlar:

a) Her toplum ve toplulukta kadınların politik sürecin ve toplumsal hayatın bütün düzeylerinde hakkaniyetli bir şekilde temsil edilmelerini ve bunlara eşit şekilde katılımlarını sağlayacak mekanizmalar kurmak ve kadınların kendi düşünce ve ihtiyaçlarını dile getirmelerini sağlamak;

f) İşverenlerin, kadınların doğum kontrol aracı kullandıklarının veya hamilelik durumunun kanıtını istemeleri gibi ayrımcı uygulamaları ortadan kaldırmak;

g) Kadınların çocuk yapma, emzirme ve yetiştirme rollerinin işgücüne katılım ile birleştirebilmelerini kanunlar, yönetmelikler ve diğer uygun tedbirlerle mümkün kılmak.

4.8. Hükümetler, uluslararası kuruluşlar ve hükümet dışı örgütler, personel politikaları ve uygulamalarının her iki cinsin, özellikle idari ve politika belirleyici düzeylerde nüfus ve kalkınma programları da dahil olmak üzere her tür programda eşit olarak temsil edilmesi prensibi ile uyumlu bir şekilde olmasını güvence altına almalıdır. Kalkınma programlarında cinsiyete dayanan incelemelerin yapılabilmesi için ve bu programların kadınların sosyal, ekonomik, sağlık durumları ile kaynaklara ulaşabilmeleri üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesine yönelik özel yöntem ve göstergeler geliştirilmelidir.

4.9. Ülkeler, kadın, genç ve çocuklara yönelik her türlü sömürü, istismar, taciz ve şiddetin ortadan kaldırılması için her türlü önlemi almalıdırlar. Bu ise, hem bu eylemleri önleyici, hem de mağdurların rehabilitasyonuna yönelik önlemleri içerir. Ülkeler kadınların, gençlerin ve çocukların alınıp satılması, fahişelik yoluyla sömürülmesi ve onur kırıcı eylemleri yasaklamalı ve bu tür eylemlere maruz kalmış olanlarla, göçmen kadınlar, ev işlerinde çalışanlar ve öğrenci kızlar gibi istismar edilme potansiyeli olan kişilerin hak ve gü-

venliklerini korumaya özel bir dikkat göstermelidirler. Bu bağlamda, koruma ve işbirliği için uluslar arası mekanizmaların bu önlemlerin uygulanmasını güvence altına almak amacıyla harekete geçirilmesi gerekir.

4.13. Ülkeler her iki cinsten çalışanlarına aile ve iş sorumluluklarını esnek çalışma saatleri, anne babalara izin olanakları, gündüz bakım hizmetleri ve doğru izin politikalarına göre belirleme ve çalışan annelere bebeklerini emzirme olanağı, sağlık sigortası ve benzeri olanaklar sağlayan program ve politikaları uygulamaya yönelik yasaları yürürlüğe koymaya teşvik edilmelidirler. Benzer haklar, özel sektör çalışanları için de geçerli olmalıdır.

4.21. Hükümetler, evliliğin sadece evlenecek tarafların hür ve tam rızası ile olabileceğine dair yasaları sıkı bir şekilde uygulamalıdır. Buna ek olarak, Hükümetler, asgari yasal rıza gösterme yaşı ile asgari evlilik yaşı konusundaki yasaları da sıkı bir şekilde uygulamalı ve gerektiği yerlerde asgari evlilik yaşını yükseltmelidirler. Hükümetler ve hükümet dışı örgütler asgari yasal evlilik yaşına ilişkin yasaların uygulanması konusunda, özellikle de erken evliliğe eğitim ve iş olanakları gibi alternatifler sunarak kamuoyunun desteğini sağlamalıdır.

4.29. Ulusal ve yerel yöneticiler erkeklerin aile yaşamına tam katılımı, kadınların da toplumsal yaşamla bütünleşmelerini sağlamalıdır. Ebeveynler ve okullar, erkek çocuklara mümkün olan en erken yaşta, kadınların ve kız çocuklarının onlarla eşit olduğunu ve saygı görmeleri gerektiğini aşılamanın yanı sıra güvenli, sağlıklı, uyumlu bir aile yaşamının bütün alanlarında sorumlulukları paylaşmaları gerektiğini öğretmelidirler. Erkek çocuklara cinsel yönden faal hale gelmelerinden önce ulaşabilecek ilgili programlara acilen ihtiyaç vardır.

Bölüm VI- Nüfus Artışı ve Yapısı

6.5. Nüfus artışına ilişkin sorunlar ele alınırken ülkeler doğurganlık ve ölüm düzeyleri arasındaki karşılıklı ilişkileri göz önüne almalı ve yüksek doğurganlık gereksinimini azaltmak için yüksek düzeydeki bebek, çocuk ve anne ölümleri ile yüksek riskli doğumları azaltmalıdır.

6.15. Gençlik, günlük yaşamları üzerinde doğrudan etkisi olan kalkınma faaliyetlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesine aktif olarak katılmalıdır. Bu özellikle üreme ve cinsel sağlıkla ilgili hizmetler, erken gebeliklerin önlenmesi, cinsel eğitim ile HIV/AIDS ve cinsel ilişkiyle geçen diğer hastalıkların önlenmesi konularında bilgi, eğitim ve ileti-

şim faaliyetleri açısından önemlidir. Çocuk Hakları Bildirgesi ile paralel olarak ve anne babaların destek ve yol göstermeleri ile bu hizmetlerden yararlanma ve bu konudaki gizlilik güvence altına alınmalıdır. Buna ek olarak, yaşam planlama becerileri, sağlıklı yaşam ve madde bağımlılığının önlenmesine yönelik eğitim programlarına da gereksinim vardır.

6.18. Hükümetin her düzeyinde orta ve uzun vadeli sosyo-ekonomik planlama nüfus içerisinde artan sayı ve orandaki yaşlıyı göz önünde bulundurmalıdır. Hükümetler, aynı ve farklı kuşaklardan olanlara daha fazla eşitlik ve dayanışma sağlayan ve birden fazla kuşağın bir arada yaşadığı aileleri teşvik ederek, artan sayıdaki güçsüz yaşlıya uzun vadeli destek ve hizmet götüren güvenlik sistemlerini geliştirmelidirler.

Bölüm VII- Üreme Hakları ve Üreme Sağlığı

7.6. Bütün ülkeler mümkün olan en kısa sürede ve 2015 yılından sonra olmamak kaydıyla uygun yaştaki bütün bireylerin birinci basamak sağlık hizmetleri yoluyla üreme sağlığına ulaşması için gayret göstermelidirler. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında üreme sağlık bakımı diğer hizmetlerin yanı sıra şunları içermelidir: aile planlaması danışmanlığı, bilgisi, eğitimi, iletişimi ve hizmetleri; doğum öncesi bakıma güvenli doğum, doğum sonrası bakıma, özellikle emzirme ve bebekle anne sağlığına ilişkin eğitim ve hizmetler, kısırlığın önlenmesi ve uygun yöntemlerle tedavisi; düşüğün önlenmesi ve düşüğün sonuçlarına müdahale etme dahil paragraf 8.25'te belirtildiği şekliyle düşük, üreme yolları enfeksiyonlarının tedavisi; cinsel yolla geçen hastalıklar ve diğer üreme sağlığı koşulları ve insan cinselliği, üreme sağlığı ve sorumlu ebeveynlik konusunda uygun şekilde bilgi, eğitim ve danışmanlık. Gerektiğinde aile planlaması hizmetleri için hamilelik, doğum, düşük komplikasyonları, kısırlık, üreme yolları enfeksiyonları, meme kanseri, üreme sistemi kanserleri, HIV/AIDS dahil cinsel yolla geçen hastalıkların daha ayrıntılı teşhis ve tedavisi için sevk hizmetleri her zaman mümkün olmalıdır. Kadınların sünnetini gibi uygulamaların engellenmesi, üreme sağlık bakım programlarını da içeren birinci basamak sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olmalıdır.

7.8. Üreme sağlığına ilişkin bilgi, danışmanlık ve hizmetlerin ergenlik çağındaki ve yetişkin erkeklere ulaşabilmesi için yenilikçi programlar geliştirilmelidir. Bu tip programlar erkekleri hem eğitmeli hem de aile planlaması, ev içi yaşam ve çocuk büyütme sorumluluklarını daha eşit şekilde paylaşmalarını ve cinsel yolla geçen hastalıkların önlenmesinde

sorumluluğun büyük kısmının kendilerinde olduğunu kabul etmelerini sağlamalıdır. Programlar erkeklere işyerlerinde, evlerinde ve dinlenme amacıyla toplandıkları yerlerde ulaşmalıdır. Erkek çocuklara ve ergenlik çağındakilere ise ebeveynlerinin destek ve yol göstermesi ile ve Çocuk Hakları Bildirgesi'ne paralel olarak okullar, gençlik örgütleri ve toplandıkları yerler aracılığıyla ulaşmalıdır. Erkekler için gönüllü olarak seçebilecekleri uygun doğum kontrol ve AIDS dahil cinsel yolla geçen hastalıkları önleme yöntemleri yaygınlaştırılmalı, yeterli bilgi ve danışmanlık hizmetiyle bunlara ulaşmaları sağlanmalıdır.

7.16. Gelecek yıllarda bütün ülkeler, nüfusun en korunmasız ve hizmetlerden yararlanamayan gruplarına özel bir önem vererek ulusal çapta karşılanmamış aile planlaması hizmetleri ihtiyacının büyüklüğünü ve bu hizmetlerin üreme sağlığı kavramıyla bütünleştirilmesini ele almalıdırlar. Bütün ülkeler mümkün olan en kısa sürede nüfuslarının aile planlaması ihtiyaçlarını karşılayacak adımlar atmalı ve her durumda 2015 yılına kadar güvenilir aile planlaması yöntemlerinin her çeşidinin ve yasalara aykırı olmayan ilgili üreme sağlığı hizmetlerinin evrensel çapta ulaşılabilir olmasını sağlamalıdırlar. Amaç çiftlere ve bireylere üremeye ilişkin amaçlarını gerçekleştirmelerinde yardımcı olmak ve onlara tercihleri doğrultusunda çocuk sahibi olma hakkını kullanma fırsatı vermek olmalıdır.

7.19. Karşılanmamış ihtiyaçları karşılama çabasının bir parçası olarak bütün ülkeler aile planlaması hizmetlerinden yararlanmadaki bütün önemli engelleri belirlemeye ve kaldırmaya çalışmalıdırlar. Bu engellerin bazıları halihazırdaki aile planlaması hizmetlerinin yetersizliği, kalitesizliği ve maliyetiyle ilgilidir. Halk, özel ve hükümet dışı aile planlaması örgütlerinin amacı, bilgi ve hizmetlerin yeniden düzenlenmesi veya genişletilmesi yoluyla, çiftlerin ve bireylerin kendilerini cinsel yolla geçen hastalıklardan koruma ve çocuklarının sayısı, sıklığı ve zamanlaması konusunda özgür ve bilgiyle karar verme yeteneklerini artırıcı diğer yollarla aile planlaması kullanımındaki bütün program bağlantılı engelleri 2005 yılına kadar ortadan kaldırmak olmalıdır.

7.23. Gelecek yıllarda bütün aile planlaması programları bakım kalitesini yükseltmek için önemli gayretler göstermelidirler. Diğer önlemlerin yanı sıra programlar:

a) Çiftler ve bireyler için uygun yöntemlerin yaşa, çocuk sayısına, aile büyüklüğü tercihlerine ve diğer unsurlara göre değiştiğini göz önüne almalı ve kadınlarla erkeklerin özgür ve bilgili tercih yapabilmeleri için

mümkün olan her çeşit güvenli ve etkili aile planlaması yöntemi hakkında bilgi sahibi olmalarını ve bunlara ulaşmalarını sağlamalı;

b) Sağlık açısından riskleri ve yararları, olası yan etkileri, HIV/AIDS'in ve diğer cinsel yolla geçen hastalıkların yayılmasını önlemedeki etkinliği dahil olmak üzere aile planlaması yöntemleri hakkında ulaşılabilir, tam ve doğru bilgi sunmalı;

c) Müşteriler için hizmetleri daha güvenilir, uygun maliyetli, daha kullanışlı ve ulaşılabilir duruma getirmeli ve güçlendirilmiş lojistik sistemler yoluyla kaliteli temel doğum kontrol araçlarının yeterli ve devamlı tedarikini sağlamalı. Gizlilik ve güvenilirlik sağlanmalı;

d) Bütün sağlık bakım hizmeti verenler, sağlık eğitimcileri ve idarecileri için, kişiler arası iletişim ve danışmanlık eğitimi dahil, cinsel sağlık bakımına, üreme sağlık bakımına ve aile planlamasına ilişkin resmi ve resmi olmayan mesleki eğitimin kapsamı genişletilmeli ve kalitesi yükseltilmeli;

e) Aynı yerde ya da güçlü bir sevk mekanizması yoluyla bağlantılı üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanabilmeyi sağlamalı;

g) Sunulan hizmetin sayısal özelliklerine ek olarak ek olarak, etkili bir idare ve bilgi sistemi, hizmetlerin zamanında değerlendirilmesi için kullanılacak araştırma teknikleri yoluyla hizmetlerin halihazırdaki ve potansiyel kullanıcılarının görüşlerini dikkate alan kaliteye ilişkin özelliklerine daha fazla önem vermeli;

h) Aile planlaması ve üreme sağlığı programları, aynı zamanda doğum aralığına, anne ve çocuk sağlığının daha iyileşmesine, çocukların yaşama oranının artmasına katkıda bulunacak olan emzirme eğitimine önem vermeli ve bununla ilgili hizmetleri desteklemelidir.

7.30. Üreme sağlığı programları özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde cinsel yolla geçen hastalıkları ve diğer üreme yolları enfeksiyonlarını önleme, saptama ve tedavi gayretlerini artırmalıdır. Üreme sağlık bakımına ulaşma imkanları olmayanlar için özel bir ulaşma çabası gösterilmelidir.

Bölüm VIII- Sağlık, Hastalık ve Ölüm

8.5. Alma Ata Bildirgesi uyarınca bütün ülkeler bulunduğumuz 10 yılın sonuna kadar hastalık ve ölüm oranlarını azaltmalı ve üreme sağlığının dahil olduğu birinci basamak sağlık hizmetlerinin evrensel çapta ulaş-

labilir olmasını sağlamaya çalışmalıdırlar. Ülkeler doğuşta yaşam süresi beklentisini 2005 yılına kadar 70 yıldan yukarı çıkarmayı, 2015 yılına kadar da 75 yıldan yukarı çıkarmayı hedeflemelidirler. En yüksek ölüm oranlarına sahip ülkeler, doğuşta yaşam süresi beklentisini 2005 yılına kadar 65'ten yukarı, 2015 yılına kadar da 70 yıldan yukarı çıkarmayı hedeflemelidirler. Herkes için daha uzun ve sağlıklı bir yaşam sağlama çabaları erkeklerle kadınlar arasında olduğu kadar, coğrafi bölgeler, sosyal sınıflar, yerli ve etnik gruplar arasındaki hastalık ve ölüm oranı farklılıklarını azaltmaya da önem vermelidir.

8.16. Gelecek 20 yıl içerisinde uluslararası işbirliği ve ulusal programlar aracılığı ile dünyanın gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeleri arasındaki bebek ve çocuk ölümleri oranı ortalamasına ilişkin farklılıklar önemli ölçüde giderilmeli ve ülkelerin kendi içindeki, coğrafi bölgeler, etnik ve kültürel gruplar ve sosyo ekonomik gruplar arasındaki farklılıklar ortadan kaldırılmalıdır. Yerli halkı olan ülkeler yerli halk arasındaki bebek ve 5 yaş altı çocuk ölümleri oranını, genel nüfusla aynı düzeye indirmelidirler. Her ülke kendi özel koşullarına uygun olarak 2000 yılına kadar bebek ve 5 yaş altı çocuk ölümlerini üçte bir oranında azaltmalı ya da her 1000 canlı doğumda ölen çocuk sayısını 50 ila 70'e düşürmelidirler (hangisi daha düşükse). Ölüm oranları orta düzeyde olan ülkeler, 2005 yılına kadar bebek ölüm oranını her 1000 canlı doğumda 50'nin altına ve 5 yaş altı çocuk ölüm oranlarını her 1000 canlı doğumda 60'ın altına düşürmeyi hedef almalıdırlar. 2015 yılına kadar da bütün ülkeler bebek ölüm oranını her 1000 canlı doğumda 35'in altına, 5 yaş altı çocuk ölüm oranını da her 1000 canlı doğumda 45'in altına düşürmeyi hedef almalıdırlar. Bu hedeflere saptanan süreden daha önce ulaşan ülkeler, sayıları daha da düşürmeye gayret etmelidirler.

8.21. Ülkeler 2015 yılına kadar anne ölümlerinde önemli azalmalar sağlayacak girişimlerde bulunmalıdırlar. 2000 yılına kadar anne ölümlerini 1990 düzeyinin yarısı kadar, 2015 yılına kadar da onun yarısı kadar azaltmalıdırlar. Bu amaçların gerçekleşmesi, 1990 yılındaki anne ölüm düzeyi farklı olan ülkelerde farklı sonuçlar doğuracaktır. Anne ölüm oranları orta düzeyde olan ülkeler, 2005 yılına kadar anne ölüm oranını her 100.000 canlı doğumda 100'ün altına, 2015 yılına kadar da her 100.000 canlı doğumda 60'ın altına düşürmeyi hedef almalıdırlar. En yüksek anne ölüm oranlarına sahip ülkeler, 2005 yılına kadar anne ölüm oranını her 100.000 canlı doğumda 125'in altına, 2015 yılına kadar da her 100.000 canlı doğumda 75'in altına düşürmeyi hedef almalıdırlar.

Bununla birlikte bütün ülkeler anne hastalıklarını ve ölümlerini, artık toplum sağlığı problemi teşkil etmeyeceği bir düzeye indirmelidirler. Ülkelerin kendi içindeki ve coğrafi bölgeler, sosyo-ekonomik ve etnik gruplar arasındaki anne ölüm oranı farklılıkları giderilmelidir.

8.22. Bütün ülkeler uluslararası toplumun her kesiminin desteği ile birinci basamak sağlık hizmetleri bağlamında anne sağlığı hizmetlerinin verilmesini yaygınlaştırmalıdır. Bilgiyle yapılan tercih esasına dayalı bu hizmetler, güvenli annelik konusunda eğitimi, iyi ayarlanmış ve etkili doğum öncesi bakımı, annenin beslenmesine ilişkin programları, sezaryene fazla başvurmaktan kaçınan ve doğuma ilişkin acil bakım sağlayan yeterli doğum yardımını, gebelik, doğum ve düşük komplikasyonları için sevk hizmetlerini, doğum sonrası bakımı ve aile planlamasını içermelidir. Bütün doğumlar eğitilmiş kişilerin, tercihen hemşirelerle ebelerin ya da en azından eğitilmiş doğum yardımcılarının nezaretinde yapılmalıdır. Anne hastalıkları ile ölümlerinin altında yatan nedenler belirlenmeli ve bunların üstesinden gelecek stratejilerin geliştirilmesinde ve anne hastalıkları ile ölümlerini azaltmada sağlanan başarıyı değerlendirmek ve süre giden programların etkinliğini artırmak için yeterli değerlendirme ve izleme mekanizmaları geliştirmeye dikkat edilmelidir. Anne sağlığı ve güvenli annelik konusunda erkeklerin desteğini sağlayacak eğitim programları geliştirilmelidir.

8.25. Düşük, hiçbir koşulda bir aile planlaması yöntemi olarak kullanılmamalıdır. Bütün hükümetler ve ilgili hükümet içi kurumlarla hükümet dışı örgütler kadın sağlığı konusundaki yükümlülüklerini yerine getirmeye, önemli bir toplum sağlığı sorunu olan güvenli olmayan düşüğü sağlık üzerindeki etkileriyle başa çıkmaya ve genişletilmiş ve geliştirilmiş aile planlaması hizmetleriyle düşüğe başvurmayı azaltmaya teşvik edilmelidirler. İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi her zaman için öncelik taşımalı ve düşüğe ihtiyaç duymayı ortadan kaldırmak için her türlü girişim yapılmalıdır. İstemeden gebe kalmış kadınların güvenilir bilgiye ve şefkatli danışmanlığa hemen ulaşabilmeleri sağlanmalıdır. Sağlık sistemi içinde düşükle ilgili herhangi bir önlem ya da değişiklik, ulusal yasama sürecine uygun olarak ulusal ya da yerel düzeyde belirlenebilir. Düşüğün yasalara aykırı olmadığı koşullarda böyle bir düşük güvenli şartlarda yapılmalıdır. Her durumda kadınlar düşükten kaynaklanan komplikasyonların idaresi için kaliteli hizmetlere ulaşabilmelidirler. Tekrarlayan düşüklerden kaçınmaya yardımcı olmak için düşük sonrasında hemen danışmanlık, eğitim ve aile planlaması hizmetleri sunulmalıdır.

Bölüm XI- Nüfus, Kalkınma ve Eğitim

11.6. İnsanların gelişiminin önkoşullarından biri de okumaz yazmazlığı yok emektir. Tüm ülkeler 1990 yılında Jomtien, Tayland'da toplanan Herkes İçin Eğitim Dünya Konferansı'nda kabul edildiği gibi ilköğretimden herkesin yararlanmasını güvence altına alarak, 1990'larda elde edilen başarıları sağlamlaştırmalıdır. Tüm ülkeler, hem kız hem de erkeklerin ilköğretimden veya denk düzeydeki bir eğitimden tam olarak yararlanmalarını, en kısa zamanda ve kesin olarak 2015 yılından önce sağlamalıdır. Geleneksel değerlerin tanınması da dahil olmak üzere, eğitimin nitelik ve türüne de dikkat edilmelidir. Eşit ilköğretim hedefine ulaşmış ülkeler, eğitim hizmetlerinin kapsamını genişleterek orta ve daha ileri düzeylerde eğitim olanakları sunmayı ve bu eğitimin tamamlanmasını kolaylaştırmalıdır.

11.9. Daha etkili olabilmesi için nüfus konusundaki eğitim, anne babaların hak ve sorumlulukları ile çocuk ve gençlerin gereksinimleri göz önünde bulundurularak, ilköğretimden başlatılmalı ve resmi ve resmi olmayan eğitimin her düzeyinde sürdürülmelidir. Böyle programların var olduğu yerlerde, müfredat, cinsiyet konusunda duyarlılık, üremeye ilişkin tercihler ve sorumluluklar, HIV/AIDS de dahil olmak üzere cinsel ilişkiyle geçen hastalıklar gibi önemli soruları kapsayacak şekilde gözden geçirilmeli, yenilenmeli ve genişletilmelidir. Nüfus eğitim programlarının toplumca kabul görmesini sağlamak için nüfus eğitimi projeleri anne babalara ve toplum liderlerine danışmaya önem vermelidir.

11.6. Halk eğitimi kampanyaları, bilgi, eğitim ve iletişim çabaları şu öncelikli konularda bilinci artırmalıdır: güvenli annelik, üreme sağlığı ve hakları, anne ve çocuk sağlığı ve aile planlaması, kız çocukları ve özürülere yönelik ayrımcılık ve değer biçmek, çocuk istismarı, kadınlara yönelik şiddet, erkeklerin sorumlulukları, toplumsal cinsiyet eşitliği, HIV/AIDS dahil cinsel yolla geçen hastalıklar, sorumlu cinsel davranış, ergen gebeliği, ırkçılık ve yabancı düşmanlığı, yaşlı nüfus ve sürdürülemez üretim ve tüketim biçimleri. Davranışları ve tüketici yaşam tarzını değiştirmek ve doğal kaynakların sürdürülebilir idaresini sağlamak için nüfus-çevre ilişkisine yönelik uygulamalarda bütün toplumların daha fazla eğitime ihtiyacı vardır. Bilgi ve motivasyonu artırmak için medya en önemli araç olmalıdır.