

PAPER DETAILS

TITLE: TOPLUMSAL CINSİYET ESİTSİZLİĞİNE GENEL BAKIS

AUTHORS: Meltem DEMİRGÖZ BAL

PAGES: 15-28

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/207491>

TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTSİZLİĞİNE GENEL BAKIŞ

Meltem DEMİRGÖZ BAL

Kadının ve erkeğin sosyal olarak belirlenen rol ve sorumluluklarına toplumsal cinsiyet (gender) adı verilmekte olup, gender olgusu toplumdan topluma ve zaman içinde farklılık göstermektedir. Ulusal ve uluslararası düzeydeki güncel politikalar, bireyler arası eşitsizliğe yol açmakta ve oluşan eşitsizlik alanlarında kadınlar daha da eşitsiz konumda bulunmaktadır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği nedeniyle kadınlar daha az sağlıklı, daha düşük eğitilmiş, daha az işgücüne katılan, daha az gelir getiren işlerde çalışan pozisyonundadır. Dünya nüfusunun yarısını oluşturan kadınların ikinci sınıf insan muamelesi görmeleri, düşük olan toplumsal statüleri, kaçınılmaz olarak onların verilen sağlık ve eğitim gibi hizmetleri kullanmalarını, hizmetlerden zamanında yararlanmalarını da olumsuz etkilemektedir. Bütün bu nedenlerden dolayı kadının güçlendirilmesi ve konumunun geliştirilmesi, toplumsal cinsiyet eşitliği bakış açısının politika, strateji ve uygulamalara yansıtılması büyük önem taşımaktadır. Cinsiyetler arası eşitliğin sağlanması ve toplumsal cinsiyet ayrımcılığının ortadan kaldırılması doğrultusunda Dünya’da ve Türkiye’de yapılan girişimlere rağmen, henüz istenilen düzeye ulaşamamıştır.

Anahtar Kelimeler: Kadın sağlığı; toplumsal cinsiyet; toplumsal cinsiyet eşitsizliği

General Overview of Gender Inequalities

Gender concept, which implies the culturally determined roles and responsibilities of men and women, varies across different cultures and in time. The policies cause many inequalities in national and international level. Within these inequalities, women are in more unfavorable situation. In world, with the effect of gender inequalities, women are less educated and health, participated less in labor force and earned less. As a result of gender discrimination of woman who constitute half of the world's population, women are treated as second-class citizens and their low social status adversely effect that their use of health services as inevitable. All of these reasons it should be accepted that women and men have different needs and power and by considering these differences, ensuring a balance between these two gender should be aimed. Empowerment and development of women, integration of a gender perspective into policies, strategies and practices is of great importance. Although so many attempts were made to provide gender equality and to eliminate gender discrimination in the world and in Turkey, still so many progress is needed to reach to the desired level.

Key words: Gender; gender equality; women’s health

**** Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Karaman Sağlık Yüksekokulu, Yard.Doç.Dr
İletişim için: meltemdemirgoz@gmail.com**

Eşitlik bireyin bütün yeteneklerini tam ve özgürce geliştirebilecekleri toplumsal ortamın yaratılması, bu ortamın önündeki bütün toplumsal ve siyasal engellerin ortadan kaldırılması olarak tanımlanmaktadır. Eşitsizlik, önlenemez ve önlenemez olması nedeniyle gereksiz ve aynı zamanda adil olmayan farklılıktır. Bu nedenle kadın ve erkek arasındaki genetik, fizyolojik ve biyolojik özelliklerinden kaynaklanan farklılıklar eşitsizlik çerçevesinde ele alınmamaktadır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği farklı boyutlardaki iktidar ilişkilerinin sonucu olarak toplumun kadın ve erkeğe ilişkin algısından kaynağını almaktadır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, kadınların politik, ekonomik, sosyal, kültürel ve medeni alanlardaki insan hakları ve temel özgürlüklerinin tanınmasını, kullanılmasını ve bunlardan yararlanılmasını engelleyen veya ortadan kaldıran veya bunu amaçlayan ve cinsiyete bağlı olarak yapılan herhangi bir ayırım, mahrumiyet veya kısıtlama anlamına gelmektedir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği kadının öğrenimi, iş yaşamına katılımı ve gelirini olumsuz olarak etkileyerek ve toplumsal baskı oluşturarak kadının sağlığı başta olmak üzere ilişkin pek çok soruna neden olmaktadır (Şimşek, 2011; CEDAW, 2005). Bu bağlamda bu derlemede, zaman içinde ve toplumdan topluma değişen toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin güncel durumuna geniş bir yelpazede bakılması amaçlanmıştır.

Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın Sağlığına Etkisi

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin en belirgin yansımalarından biri sağlık alanıdır. Yapılan araştırmalar kadınların erkeklere göre daha uzun yaşadıklarını ancak yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu, daha fazla hastalık yaşadıklarını göstermektedir. Örneğin, ABD’de yapılan bir araştırmaya göre kadınlar, erkeklerden %25 daha fazla sağlık sorunları nedeniyle aktivitelerini kısıtlamakta ve akut durumlar sonucu erkeklerden %35 gün daha fazla yatakta kalmaktadırlar (Akın, 2007; WHO 2005). Kadınlar ve erkeklerin üreme ile ilgili hastalık yükleri incelendiğinde ise, kadınların üreme sağlığı sorunlarının erkeklerden çok daha fazla yaşadıkları ve bu durumun özellikle üreme çağında (15-49 yaş arası) daha da arttığı belirlenmiştir. Ülkemizde cinsiyete göre üremeye yönelik hastalık yükü oranı, kadınlarda % 36.6 iken, erkeklerde % 12.3’tür (Şimşek, 2011).

İnsan hakları açısından sağlık konusunda kadınların dezavantajlı olduğu durumların en uç ve somut örneği anne ölümleridir. Kadının en sağlıklı olması gereken yaş döneminde, fizyolojik bir olay nedeniyle meydana gelen anne ölümleri de toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sonuçlarından biridir. Türkiye Üreme Sağlığı Programı kapsamında yapılan Sağlık Arama

Davranış Araştırmasında anne ölüm nedenleri, en sık görülen ilk 5 kadın ölüm nedeni arasında yer almaktadır. Ayrıca, anne ölümleri de dahil, malignensiler dışındaki tüm ölüm nedenlerinin çoğu önlenabilir niteliktedir. Bu çalışmada doğum öncesi bakım ve doğum hizmetlerinin kullanılamaması, anne ölümlerini etkileyen önemli bir faktör olarak gösterilmiştir. Tüm anne ölümlerinin %16.3'ünde, doğum evde, dışarıda sağlık profesyoneli yardımı almadan yani olmaması gereken koşullarda gerçekleşmiştir. Yine aynı şekilde 5 ölen anneden 1'inin doğum öncesi bakım almadığı saptanmıştır (Conseil Sante, SOFRECO, EDUSER, 2007). Ülkemiz 2012 verilerine göre anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 15.4 olarak saptanmış olup, gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında bu oran oldukça yüksektir. Anne ölümleri kadının statüsünün düşük olduğu ülke ve yörelerde daha da artmaktadır. Örneğin, ülkemizde bu oran Kuzeydoğu Anadolu Bölgesinde 32.2 iken, Doğu Marmara Bölgesinde 7.7'dir (100 bin canlı doğumda). Tüm dünya ülkelerinde bu oran 210.0 iken kadının statüsünün yüksek olduğu Norveç, Danimarka gibi üst gelir grubu ülkelerde 14.0'dır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Kadınların beklenen yaşam sürelerinin uzaması menopozal dönemde geçirdikleri süreyi de artırmıştır. Bu artış depresyon, osteoporoz, diyabet, hipertansiyon, immun bozukluklar, romatoid artrit, alzheimer, malignensiler gibi sağlık sorunlarını da beraberinde getirmiştir. Bu sorunlar her iki insan cinsi tarafından yaşansa da sıklığı ve komplikasyonları kadınlarda psikolojik, sosyolojik ve ekonomik açıdan daha fazla sorun yaratmaktadır. Kadınların doğumdan beklenen yaşam ömrünün daha uzun olması ve dolayısıyla erkekten daha uzun yaşaması, fakat sosyo-ekonomik imkansızlıklar nedeniyle yoksullaşması ve sağlık hizmetlerinden yararlanamaması söz konusudur (WHO, 2004). Dünya nüfusunun yarısını oluşturan kadınların toplumsal cinsiyet ayrımcılığı sonucu ikinci sınıf insan muamelesi görmeleri, düşük toplumsal statüleri, kaçınılmaz olarak onların, verilen sağlık hizmetlerini kullanmalarını ve hizmetlerden zamanında yararlanmalarını da olumsuz etkilemektedir (Özvarış, 2007). Bu durumun en önemli yansımalarından biri Human Immunodeficiency Virus (HIV) vakalarında görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü 2012 Aralık verilerine göre 35.3 milyon kişi HIV ile enfekte olup, hemen hemen yarısını (17.7 milyon) kadınlar ve genç kızlar oluşturmaktadır (WHO, 2012). Salgının bu anlamda 'feminizasyonu' Sahra Güneyi Afrika'da çok belirgindir. Bu bölgede HIV pozitif kişilerin %60'ı kadın ya da kızdır; bölgede 15-24 yaş grubundaki nüfusun %75'ini HIV'li kadınlar ve kızlar oluşturmaktadır. Ülkemizde

ise toplam 6802 vakanın 1/3'ünü kadınlar (1869 kişi) oluşturmaktadır (T.C. Başbakanlık, 2008).

HIV salgınının kadın nüfusunu daha fazla etkilemesinin ardındaki temel nedenlerden biri kadının biyolojik duyarlılığındaki farklılıktır. Bu farklılık bulaşmayı kolaylaştırmakta ve sonuçta kadınlar iki ile dört kat daha fazla risk taşımaktadırlar. Bunun nedeni, kadın genital organlarının yüzey alanının erkeklere kıyasla daha geniş olması (serviks, vajina, uterus), cinsel ilişki esnasında kadının vücuduna temas eden semendeki HIV konsantrasyonunun vajinal sıvıdan daha yoğun olması, ilişki esnasında kadının genital bölgesinde kanama, hafif sıyrılma ve yırtılmalar nedeniyle enfeksiyonun girişi yerlerinin oluşması, vajinanın sıcak ve nemli olması nedeniyle virus ve bakteriler için ideal ortamın oluşması, östrojen düzeyinin düşmesi nedeniyle incelen vajinal duvardan virüsün girişinin kolaylaşmasıdır. Kadınlarda HIV salgınını artıran diğer neden ise kadının yoksulluğu ve toplumsal cinsiyet ayrımcılığıdır. HIV'nin en fazla etkilediği bazı ülkelerde hayli yerleşik olan kadına yönelik şiddet, cinsellik ve HIV gibi konuları perdeleyen sessizlik kültürünün ardındaki sosyal tabular da kadınları ve kızları risk altında ve savunmasız bırakmaktadır. Kadınlar bütün bu nedenlerle HIV tedavisine ulaşamamakta ve çok genç yaşlarda hayatlarını kaybetmektedirler (Uddin et al, 2014; Burgos-Soto J et al, 2014).

Kadın ve erkek arasındaki biyolojik farklılığın, derin ve boyutlu bir toplumsal farklılığa dönüşmesi her anlamda kadın hayatını tehdit etmekte ve ikincillığe zorlamaktadır (Eliuz, 2011). Kadınların ancak zayıf oldukları zaman “güzel” olabilecekleri algısı nedeniyle, aşırı diyet, egzersiz ve bu amaç uğruna girilen cerrahi girişimlerle kadınlar hayati risk altındadırlar. Özellikle genç kızlar aynı yaşlardaki genç erkeklere oranla 6 ile 10 kat yeme bozukluğu sorunları yaşamaktadırlar (Koyun, Taşkın ve Terzioğlu, 2011).

Ülkemizde ve dünyanın genelinde reklamlarda, dizilerde kadınlar ya arzu uyandıran, şehvet veren ve kusursuz vücuduyla cinselliği çağrıştıran ve erkeği motive eden bir seks objesi ya da eşi ve çocukları için her şeyin en iyisini yapan ‘evinin hanımı’, eşinin ve çocuklarının ‘bakıcısı’ konumunda yer almaktadır. Toplumun kadınlardan beklediği kalıp roller çoğu kez kadının doğuştan sahip olduğu insan haklarını kullanmasını bile engellemekte hatta zaman zaman temel yaşam hakkı bile elinden alınmaktadır (Akın, 2007). Bu durumun en somut örneği namus cinayetleri dir. Namusu kirlenen kadın kocası, eski eşi, erkek arkadaşı, birlikte yaşadığı erkek, babası, erkek kardeşi ya da diğer yakın erkek akrabaları gibi yakından tanıdıkları insanlar tarafından infaz edilmektedirler. BM Nüfus Fonu verilerine göre her yıl yaklaşık 5000 kadın namus nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Namus cinayetleri Uganda,

Brezilya, Ekvator, Türkiye gibi ülkelerde daha çok işleniyor gibi görünse de daha geniş bir coğrafyayı kapsadığı bilinmektedir. Çünkü Ortadoğu, Kuzey Afrika ve Asya'da kadınların namus adına öldürülmesi cinayet olarak görülmemekte ve haber niteliği taşımamaktadır. Daha da ötesi Ürdün, Fas ve Suriye gibi ülkelerde aile namusunu korumaya yönelik işlenen cinayetlerde cezai indirime gidilmektedir (WHO, 2002). Toplum vicdanını son derece rahatsız eden, kadına yönelik şiddetin ve ayrımcılığın uç noktasını oluşturan, bireyin en temel hakkı olan yaşam hakkını elinden alan namus cinayetleri ülkemizde çok konuşulmasına rağmen, konuya ilişkin istatistiksel veriler oldukça sınırlıdır.

Kadına karşı cinsiyet temelli eşitsizliğin sağlığa önemli etkilerinden birisi de implantasyon öncesi fetal cinsiyetin belirlenmesidir. Bu tanılama yöntemi fetüsün yapısal, kromozomal ve genetik anormallikler açısından değerlendirilmesine olanak sağlayan bir dizi teknik işlemi kapsamaktadır. İleri tıp teknolojisinin gelişimiyle paralellik gösteren prenatal tanı tekniklerinin kullanılmasının asıl amacı; gelecek kuşağın bir üyesi olacak olan fetüsün uğrayabileceği hastalıkların, sakatlıkların önlenmesine, en azından göreceği zararın şiddetinin hafifletilmesine, dolayısıyla bebek, aile ve toplumun katlanmak durumunda olacağı yükün azaltılmasına yardımcı olmaktır. Ancak soyun devamı gibi gerekçelerle erkek çocuk tercihinin yapıldığı ülkelerde, günümüz teknolojisinin etik olmayan bir şekilde kullanılması ile dişi fetüsün yaşamına son verilmektedir (Liu ve Rose, 1996). Cinsiyet seçimi uygulaması Amerika'da yasal iken, Kanada, Almanya ve İngiltere'de yasaklanmıştır. Ülkemizde cinsiyet seçimi yasal olmamakla beraber, sadece cinsiyetle taşınan hemofili ya da bazı kas hastalıkları söz konusu olduğunda cinsiyet seçimine izin verilmektedir (Koyun ve diğ., 2007). Herhangi bir sağlık sorunu olmaksızın yalnızca bebeğin cinsiyetinin kız olması sebebiyle yapılan cinsiyet seçiminin yasal olduğu Çin, Hindistan gibi ülkelerde cinsiyet oranları da etkilenmektedir. Farklı hesaplamaları olmakla birlikte, kabul edilen cinsiyet oranı yaklaşık 102-106 yeni doğan erkeğe karşılık, 100 kız şeklindedir. Çin'de 20 yıl önceki verilere göre, doğumdaki cinsiyet oranı 108 erkeğe karşılık 100 kız iken; 2000 yılında bu oran 117/100 olarak tespit edilmiştir. Bu oran toplamda 30 milyon erkek fazlasına denk gelmektedir (Özdemir, Ocaktan ve Kanyılmaz, 2005). Hindistan ve Çin'den gelen ve Amerika'da yaşayan göçmen aileler üzerinde yapılan başka bir çalışmaya göre bu ailelerde de erkek lehine cinsiyet seçimi yapıldığı saptanmıştır (Lhila ve Simon, 2008). İntrauterin hayatta başlayan cinsiyet ayrımcılığı bebeğin doğduğu andan itibaren emzirme süreci ile devam etmektedir. Nitekim Pakistan'da, Mısır'da, Hindistan'da ve ülkemizde yapılan araştırmalarda kız çocuklarının

ortalama 2- 3 ay daha erken emzirmeden kesildikleri saptanmıştır (Koyun ve diğ. 2011; HÜNEE, 2008; Cowan, 1990).

Yine kadına yönelik cinsiyet temelli eşitsizliğin bir başka çeşidi de kadın sünneti olgusudur. Kadın sünneti, klitorisin bir kısmını (Tip 1), klitorisin tamamı ya da bir kısmıyla birlikte labium minörleri (Tip 2), labium minör ve majöre ilaveten vajinal orifisin bir kısmını (Tip 3) ve son olarak (Tip 4) piercing gibi uygulamalar için dış genital organların kesilmesi şeklinde sınıflandırılmaktadır. Hiçbir sağlık yararı olmayan bu uygulama dini gereklilik, eşini daha fazla cinsel açıdan tatmin edebilme, bekaretin korunması, daha iyi evlilik bağı kurulacağı inancı, sosyal kabulün sağlanması ve temizlik amacıyla yapılmaktadır (UNICEF, 2013). Bu uygulama sonucu erken dönemde şiddetli ağrı, hemoraji, şok ve ölüm gibi ciddi sorunlara; geç dönemde ise kronik genital ya da üriner enfeksiyonlar, infertilite ve doğum problemleri gibi sağlık sorunlarına yol açmaktadır (Elnashar ve Abdelhady, 2007). Dandash ve arkadaşları, genital mutilasyona uğramış kadınların seksuel fonksiyonlarında, psikik sorunların da eklenmesi ile cinsel istek azlığı, orgazma ulaşmada sorunlar ve disparanoya gibi son derece olumsuz etkilenmeler rapor etmişlerdir (Dandash, Refaat ve Eyada, 2001). BM Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) verilerine göre, kadın sünneti Amerika Birleşik Devletleri (göçmenler) de dahil olmak üzere büyük çoğunluğu beş yaş altı ve on beş yaşına kadar tüm kız çocuklarında toplamda 29 ülkede halen uygulana gelen bir girişim olup, günümüzde 125 milyondan fazla kadın sünnetlidir ve bu sayı her doğan kız bebekle artmaktadır (UNICEF, 2013).

Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Eğitim Alanındaki Yansımaları

Eğitim açısından bakıldığında da kadının durumu iç açıcı bir tablo çizmemektedir. Tüm dünyada okur-yazar olmayan 900 milyon insanın 2/3'ü kadındır. Türkiye, yetişkin okuryazarlık oranları Toplumsal Cinsiyet İlişkili Kalkınma Endeksinde 152 ülke içinde 111'inci sıradadır (UNDP, 2007).

Ülkemizde Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2013 sonuçlarına göre, altı yaş ve üzeri okuma yazma bilmeyen 2 milyon 654 bin kişiden 2 milyon 205 bini kadındır. İlköğretim, ortaokul ve dengi okul mezunu sayısı yaklaşık erkeklerde 9 milyon iken kızlarda 6 milyon 800 bin, lise ve dengi okul mezunu erkeklerde 7 milyon iken kızlarda 5 milyon ve yükseköğrenim erkeklerde 4 milyonu aşarken kızlarda 3 milyon 200 bin civarındadır (TÜİK, 2013). BM Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü verilerine göre, Türkiye 2015 yılına kadar ilk ve

ortaöğrenimde cinsiyet eşitliğini gerçekleştirememeye riski taşıyan ülkelerden biridir (UNESCO, 2006).

Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Ekonomik Yansımaları

Kadınların toplumdaki rollerinin, sahip oldukları hakların ve kaynaklara erişimlerinin erkeklerden farklılaşması nedeniyle yoksulluktan öte kadın yoksulluğun öncelikle irdelenmesi gerekmektedir. Dünya’da halen mevcut 3.1 milyar yoksul insanın %70’i kadındır. Uluslar arası Çalışma Örgütü verileri, kadınların tüm dünyada istihdamın %40’ını oluşturmalarına rağmen, çalışan yoksulların %60’ının kadın olduğunu ortaya koymuştur (Doğan, 2014). Tüm dünyada ve ülkemizde kadınların işgücüne katılımındaki artışa rağmen, yoksul kadınların sayısının artması “yoksulluğun kadınlaşmasına” neden olmuştur. Kadın istihdam oranının düşük olması, ücretsiz aile işçiliğinin kadınlar arasında yüksek olması, kadınların büyük bir çoğunluğunun gelir açısından ailelerine ve eşlerine bağımlı olması, özelleştirme, iş güvencesinin azalması yoksulluğun kadınlaşmasının önemli nedenlerindendir. Ülkemizde Güneydoğu Anadolu Bölgesi hariç tüm bölgelerde kadın yoksulluğu erkek yoksulluğundan yüksektir. Kadın yoksulluğu, en yüksek değeri Kuzeydoğu Anadolu, en düşük değeri ise Doğu Marmara Bölgesi’nde almaktadır.

Uluslararası karşılaştırmalarda, toplumsal cinsiyet açısından gelir eşitsizliğini gösteren endekste Türkiye’nin 118 ülke arasında 109. sırada olduğu görülmektedir (WEF, 2007). Bu endekste kadın erkek oranı 0 ile 1.5 arasında değerlendirilmekte olup; 0 eşitsizliği, 1 dengeyi, 1.5 ise kadına yönelik pozitif ayrımcılığı göstermektedir. Bu endekse göre ülkemizde kadınların işgücüne katılım oranı 0.36, benzer işlerde aynı ücretlendirme oranı 0.70, gelir 0.35, karar mekanizmalarında görev alma, üst düzey yetki ve yöneticilik 0.08 olarak saptanmıştır. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan “Türkiye’de Kadının Durumu” başlıklı raporda kadınlar ve kız çocuklarının gelir dağılımındaki bozulmadan en çok etkilenen kesimi oluşturduğu belirtilmiştir. Bu rapora göre Hanehalkı fertlerinin cinsiyet ve eğitim durumuna göre yoksulluk oranlarına bakıldığında; 2002 yılında erkekler için yoksulluk oranı %26,72 iken; kadınlar için bu oran %27,19’dur. 2006 yılında bu oranlar sırasıyla %17,32 ve %18,27’dir. Her iki yılda da kadın yoksulluk oranı erkek yoksulluk oranından yüksektir. Eğitim durumuna göre yoksulluk oranları; okuryazar olmayan fertlerde 2002 yılında %41,07 (erkek %46,52; kadın %39,61) iken; lise ve lise dengi meslek mezunları için bu oran %9,82’dir (erkek %10,99; kadın %8,24). 2006 yılı için bu oranlar sırasıyla okur yazar olmayan fertlerde %33,71 (erkek %36,79; kadın %32,84) iken; lise ve lise dengi meslek

mezunları için %5,20'dir (erkek %6,06; kadın %4,05). Yüksekokul, fakülte ve üstü mezunlarında ise bu oranlar çok düşüktür. Oranlardan eğitim seviyesinin yükseldikçe yoksulluğun azaldığı görülmektedir (T.C. Başbakanlık, 2009). İşgücüne katılım ve çalışılan işlerdeki ücret dağılımında da cinsiyet ayrımcılığı net olarak gözlenmektedir. Türkiye'de 2011 yılında, 15 ve daha yukarı yaştaki nüfus içerisinde işgücüne katılma oranı %47,5 olup, bu oran erkeklerde %69,2, kadınlarda ise %25,9 oldu. Avrupa Birliği üyesi ve aday ülkeler arasında kadınların işgücüne katılma oranının en düşük olduğu ülke Türkiye'dir. Bunun sonucu olarak BM istatistiklerine göre Türkiye, BM ülkeleri arasında kadınların işgücüne katılımında dünyada en düşük oranlara sahip 10 ülkeden biridir (UNDP, 2009; TÜİK, 2014). Kentlerde yetişkin her 100 kadından sadece 20'si işgücüne katılmakta, işgücünün dışında kalan kadınların yüzde 62'si bunun nedeni olarak tam zamanlı ev kadını olmalarını göstermektedir. Türkiye İstatistik Kurumu 2014 verilerine göre, 15-24 yaş arası kadınlar arasında tarım dışı işsizlik oranı % 28.4 iken, aynı oran aynı yaş grubundaki erkekler için %19'dur ve işgücüne katılım oranı erkeklerde %70.0 iken kadınlarda %28.7'dir (TÜİK, 2014). BM Kalkınma Programı "İnsani Gelişmişlik Raporu"nda, Türkiye'de kadınların kazandıkları gelirin, erkeklerin kazandıkları gelire oranının %26 olduğu belirtilmektedir (UNDP, 2009). Bu bağlamda, toplumsal cinsiyet temelli ücret eşitsizliğinde Türkiye 128 ülke arasından 121. sırada olup, toplumsal cinsiyet uçurumu en derin olan sekizinci ülkedir (WEF, 2007). Türkiye'de özel sektörde çalışan kadınların erkeklerden daha düşük ücret aldığını ve kendi hesabına çalışan kadınların kazançlarının erkek girişimcilerden daha düşük olduğunu gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur (Önder, 2013). Bu konuda diğer ülke verilerin de karamsar bir tablo çizdiği söylenebilir. Şöyle ki, tüm dünya ülkeleri ortalamalarına göre aynı tür işte çalışan kadına, erkeğe göre %30-40 daha az ücret ödenmektedir (WHO, 2009).

Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Siyasette Kadın Temsiline Yansımaları

Tüm dünyada kadınların temsiline de cinsiyet eşitsizliği net şekilde görülmektedir. Parlamenter sisteme sahip ülkelerde bile kadın temsil ortalaması %17.4'tür. Bu oranların dağılımı, Kuzey ülkelerde %41.6, Avrupa ülkelerinde %21.1, Amerika'da % 19,1, Sahra altı Afrika ülkelerinde %17.5, Asya'da 16.6 ve Arap ülkelerinde %9'dur. Tüm dünyada kadın temsiline en iyi olduğu ülke Ruanda olup, oran % 48.8'dir. Türkiye'de yasal olarak fırsat eşitliği ilkesi olmasına rağmen, kadınların üst düzey yönetici olma ve karar mekanizmalarına katılma şansları oldukça düşük olup az gelişmiş ülkeler grubuna girmektedir (TÜSİAD, 2008). Nitekim 2014 yılı itibariyle mecliste tek kadın bakan, 538 milletvekilinden 77 kadın vekil,

171 üniversitede 13 kadın rektör vardır ve il yönetimlerinde cumhuriyetimizin kuruluşundan bugüne dek sadece 2 kadın vali görev yapmıştır. 2014 yılı yerel seçim sonuçlarına göre; il genel meclis üyeliği sayısı erkeklerde 1191 iken kadınlarda 60, büyükşehir belediye başkanlığı erkeklerde 27 iken kadınlarda 3, belediye başkanlığı erkeklerde 1314 iken kadınlarda 37 ve belediye meclis üyeliği erkeklerde 18 bin 300 iken kadınlarda 2 bin 198'dir (YSK, 2014).

Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadına Yönelik Şiddet Yansımaları

Kadına yönelik şiddet, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinde önemli sorun alanlarından biridir. Kadınlara yönelik toplumsal cinsiyete dayalı şiddet, “bir kadına sırf kadın olduğu için yöneltile ya da oransız bir şekilde kadınları etkileyen” cinsiyet temelli şiddet olarak tanımlanmaktadır. Genellikle gizli tutulan ancak bütün Dünya’da yaygın olduğu bilinen bu konudaki rakamlar ürkütücüdür. Dünya Sağlık Örgütü, tarafından yürütülen bir çalışmada şiddete uğrayan kadınların %20-70’i bu çalışma için kendileriyle görüşülene kadar hiç kimseye bundan bahsetmediği saptanmıştır (WHO, 2005). Topluma dayalı yapılan 40 araştırmanın sonucuna göre kadınların %25-50’si erkeklerin fiziksel şiddetine maruz kalmaktadır. Tecavüz ve ev içi şiddet, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kadınların hastalık yükünün önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (Akın, 2007).

T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen “Aile İçi Şiddet Çalışmasında” Türkiye genelinde her 10 (on) kadından birinin son 12 ay içinde fiziksel bir şiddet yaşadığı ve Kuzeydoğu Anadolu ve Orta Anadolu Bölgesinde ağır fiziksel şiddetin yaygın olduğu saptanmıştır. Fiziksel şiddet ile eğitim düzeyi arasında ters orantılı bir ilişki bulunmuştur. Türkiye genelinde evlenmiş kadınların %15’i hayatlarının herhangi bir döneminde erkeğin fiziksel şiddet uygulayabileceği, terk edeceği ve başka kadınlarla birlikte olabileceği yönündeki korkularından dolayı istemediği halde cinsel ilişkiye girmeye zorlanmıştır. Aynı rapora göre ülkemizde kırsal/kent ayrımı gözetmeksizin her dört kadından birinin son 12 ay içinde duygusal şiddet yaşadığı belirlenmiştir. Kadın yönelik ekonomik şiddet ise diğer şiddet biçimlerinden farklılık göstererek kentsel yerleşim alanlarında (Doğu Marmara, İstanbul) kırsal alanda yaşayan kadınlara göre iki kat fazla bulunmuştur. Ekonomik sorun en çok işten çıkmaya zorlama ve çalışmaya engel olma şeklinde kendini göstermektedir (T.C. Başbakanlık, 2009).

Üzerinde konuşulması fiziksel şiddetten çok daha zor olana ve bu nedenle görünür kılınamayan bir başka şiddet biçimi de ensest ilişkidir. “Türkiye’de Ensest Sorununu Anlamak” başlıklı yapılan çalışmada (2009) çok çarpıcı sonuçlar elde edilmiştir. Doksan iki kişi ile görüşülerek hazırlanan bu raporda (çoğunluğu kız çocuğu olmak üzere), 3-4 yaşlarından itibaren sistematik şekilde öz babaları, ağabeyleri, dedeleri, dayıları, kuzenleri başta olmak üzere üvey baba ve enişte gibi direk kan bağı olmayan kişiler tarafından oral, vajinal ve anal sekse maruz bırakıldıkları bildirilmiştir. Bu vakalar sosyo-ekonomik düzeye ilişkin fark göstermezken, ekonomik düzeyin düşük olduğu durumlarda kriminalize olma riskinin arttığından bahsedilmektedir. Çalışmanın sonucunda ülkemizde ensestin ne denli büyük ve karmaşık bir sorun olarak karşımızda durduğu ve aile içi cinsel istismarı sıfırlamak mümkün olmasa bile istismar karşında düzgün işleyen bir sistemin hemen hayata geçirilmesinin önemi vurgulanmıştır (Bozbeyoğlu, 2009).

Sonuç

Sonuç olarak toplumsal cinsiyet eşitsizliği, biyolojik farklılıklar ile açıklanamayacak kadar derin sorunlar yaratmakta, kadını ötekileştirip ikinci plana itmektedir. Birleşmiş Milletlerce kabul edilen (1979) kapsamlı ve hukuken bağlayıcılığı olan Kadına Yönelik Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesine (CEDAW) ülkemiz 1985 yılından bu yana taraftır. Halen BM Üyesi 185 ülkenin sözleşmede imzası bulunmaktadır ve imzası olmayan ülke sayısı sınırlıdır. Cinsiyetler arası eşitliğin sağlanması ve toplumsal cinsiyet ayrımcılığının ortadan kaldırılması doğrultusunda BM tarafından Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (1994), Dördüncü Dünya Kadın konferansı (1995) adı altında iki küresel toplantı düzenlenmiştir. Ülkemiz, Dördüncü Dünya Kadın Konferansı gibi dünya kadınlarının konumlarını güçlendirmeyi amaçlayan uluslararası toplantı sonucunda kabul edilen belgeleri (Pekin Deklarasyonu ve Eylem Planı) çekince koymadan kabul etmiştir. Konferansta, ülkemiz 2000 yılına kadar anne ve çocuk ölümlerinin yüzde 50 azaltılması, zorunlu eğitimin sekiz yıla çıkarılması, kadın okur-yazarlığının yüzde 100’e çıkarılması yönünde taahhütte bulunmuştur. Ancak eskiden zorunlu olan beş yıllık eğitim dört yıla düşürülmüştür. Tüm dünyada cinsiyet ayrımcılığının önüne geçebilmek için kız çocuklarına karşı uygulanan ayrımcılığın altta yatan nedenleri tanımlanıp ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır. Doğduğu andan itibaren çocukların cinsiyetlerini ön plana çıkarılmadan yetiştirilmelidir. Prenatal tanı yöntemleri ile cinsiyet ayrımı yapılması, kadın sünneti, kadına yönelik şiddet, tecavüz hükümetlerce ciddi cezalar öngören yasalarla önlenmelidir. Her erkek çocuğunun doğuştan kazandığı doğal yaşam

haklarından (beslenme, aşılama, eğitim, öğrenim) kız çocukları da eşit şekilde faydalandırılmalıdır. Kadınların sağlık gereksinimleri yaşam döngülerine göre doğumundan ölümüne kadar bir bütün olarak ele alınması gerekir. Tüm geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde hükümet düzeyinde her alanda kadına yönelik pozitif ayrımcılık yapılmalıdır. Kadına yönelik her türlü ayrımcılığın önlenmesi sorunu bir toplum sorunudur. Ülkeyi yönetenlerin, siyasi partilerin, hukuk, eğitim ve sağlık alanında çalışanların, yerel yönetimlerin, sivil toplum kuruluşları vb. toplumun her kesimini içine alacak farkındalık çalışmalarının yapılması son derece önemlidir.

Sadece ülkemizin değil bir dünya lideri olan Türkiye Cumhuriyetimizin kurucusu Atatürk'ün "Bir toplum, bir millet erkek ve kadın denilen iki cins insandan meydana gelir. Mümkün müdür ki, bir toplumun yarısı topraklara zincirlerle bağlı kaldıkça, diğer kısmı göklere yükselebilsin!" sözleri kadın sağlığı ile ilgili çalışanlara rehber olmalıdır.

Kaynaklar

- Şimşek H. (2011). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi: Türkiye Örneği. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(2), 119-126.
- CEDAW (2005). Concluding Comments: Turkey. Advance Unedited Version. <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/reports/docs/conclude-comments/Turkey.rev.1.pdf> (Erişim Tarihi: 13.10.2014).
- Akın A. (2007). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve sağlık. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 26(2),1-9.
- World Health Organization (2004). Gender, women and health. http://www.who.int/gender/documents/overview_activities_2004-5.pdf (Erişim Tarihi: 13.10.2014).
- Conseil Sante, SOFRECO, EDUSER (2007) Sağlık Arama Davranışı Araştırması. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap10.pdf> (Erişim Tarihi: 13.10.2014).
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2012). Sağlık İstatistikleri Yıllığı http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/saglik_istatistikleri_2012.pdf (Erişim Tarihi: 13.10.2014).
- World Health Organization (2004). Gender in mental health research. Geneva. <http://www.who.int/gender/documents/en/mentalhealthlow.pdf> (Erişim Tarihi: 13.10.2014).
- Özvarış ŞB. (2007). Türkiye’de toplumsal cinsiyet, kadın ve sağlık. *STED*, 16 (3), 6-8.
- WHO (2012). Data and Statistics HIV. <http://www.who.int/hiv/data/en/> (Erişim Tarihi: 13.10.2014).
- T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Politika Dokümanı (2008). Kadın ve Sağlık, 2-30.
- Uddin SM., Hossain MG., Islam MA., Islam MN., Aik S., Kamarul T. (2014). High-Risk Behavior of HIV/AIDS among Females Sex Workers in Bangladesh: Survey in Rajshahi City. *Jpn J Infect Dis*, 67(3),191-6.
- Burgos-Soto J., Orne-Gliemann J., Encrenaz G., Patassi A., Woronowski A., Kariyare B., et al. (2014). Intimate partner sexual and physical violence among women in Togo, West Africa: Prevalence, associated factors, and the specific role of HIV infection. *Glob Health Action*, 26(7),23456.

- Eliuz U. (2011). Cinsel Kimlik Paniği: Kadın Olmak. *Panic Of Sexual Identity: Being A Woman. Turkish Studies*, 6(3),221-232.
- Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. (2011). Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler. Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1),67-99.
- WHO (2002). Intimate partner violence http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/en/ipvfacts.pdf (Erişim Tarihi: 13.10.2014).
- Liu P, Rose GA. (1996). Sex selection: the right way forward. *Hum Reprod*, 11(11), 2343–2345.
- Özdemir O, Ocaktan E, Kanyılmaz D. (2005) Toplumlarda cinsiyet oranı ve etkilendiği düşünülen faktörler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 58, 180-188.
- Lhila A, Simon KI. (2008). Prenatal health investment decisions: Does the child's sex matter. *Demography*, 45, 885-905.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2008). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ozet_Rapor-tr.pdf (Erişim Tarihi: 13.10.2014).
- Cowan B. (1990). Let her die. *Indian J Matern Child Health* , 1(4),127-128.
- UNİCEF (2013). Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. http://www.unicef.org/media/files/FGCM_Lo_res.pdf (Erişim Tarihi: 13.10.2014).
- Elnashar A, Abdelhady R. (2007). The impact of female genital cutting on health of newly married women. *Int J Gynaecol Obstet*, 97(3),238-244.
- Dandash KF, Refaat AH, Eyada M. (2001). Genital mutilation: a descriptive study. *J. Sex Marital Ther*, 27(5),453-458.
- UNDP (2007). Human Development Report 2007-2008. <http://hdrstats.undp.org/indicators/268> (Erişim 10.12.2007)
- TÜİK (2013). İstatistiklerle Kadın <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16056> (Erişim Tarihi: 13.10.2014).
- UNESCO (2006). Global Monitoring Report. <http://portal.unesco.org/education/en/ev.php> (Erişim Tarihi: 13.10.2014).

- Doğan E. (2014). Türkiye’de Yoksulluğun Ölçülmesi. Planlama Uzmanlığı Tezi, T.C. Kalkınma Bakanlığı, Ankara, 1-160.
- World Economic Forum (2007). The Global Gender Gap Report http://www3.weforum.org/docs/WEF_GenderGap_Report_2007.pdf (Erişim Tarihi: 13.10.2014).
- T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2009). http://www.kadininstatusu.gov.tr/upload/kadininstatusu.gov.tr/mce/eski_site/Pdf/yoksulluk (Erişim Tarihi: 13.10.2014).
- United Nations Development Programme. (2009) Human Development Report 2009 Overcoming Barriers: Human Mobility and Development, New York, s. 182.
- TÜİK (2014). Hane halkı işgücü İstatistikleri, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16007> (Erişim Tarihi: 13.10.2014).
- Önder N. (2013). Türkiye’de Kadının İşgücü Görünümü. *ÇSGB Çalışma Dünyası Dergisi*, 1(1),35-61.
- WHO (2009). Woman and health today’s evidence Tomorrow’s agenda. <http://www.who.int/gender/documents/en> (Erişim Tarihi: 13.10.2014).
- TÜSİAD (2008). Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Sorunlar, öncelikler ve Çözüm Önerileri <http://www.tusiad.org:7979/FileArchive/KADINRAPOR.pdf> (Erişim Tarihi: 13.10.2014).
- Yüksek Seçim Kurulu, 2014 <http://www.ysk.gov.tr/ysk/index.html> (Erişim Tarihi: 13.10.2014).
- WHO (2005). Addressing Violence Against Women and Achieving the Millenium Development Goals. <http://www.who.int/gender/documents/MDGs&VAWSept05.pdf> (Erişim Tarihi: 13.10.2014).
- T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2009). Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TKAA2008-AnaRapor.pdf> (Erişim Tarihi: 13.10.2014).
- Bozbeyoğlu AÇ (2009). Türkiye’de Ensest Sorununu Anlamak <http://www.unfpa.org.tr/rapyay/ensesrapor.pdf> (Erişim Tarihi: 13.10.2014).