

KADIN YOKSULLUĞU VE KADIN SAĞLIĞI ÜZERİNE YANSIMALARI

WOMEN POVERTY AND REFLECTION ON WOMEN HEALTH

Seda KOCABACAK*

ÖZET

Cinsiyet eşitsizliği, yoksulluk ve iyi olmayan sağlık durumunun önemli nedenlerinden biridir. Kadınlar sosyal hayatın birçok alanında cinsiyet ayrımcılığı ile karşı karşıya kalırlar: sağlık hizmetlerinden yararlanma, eğitim, istihdam koşulları, sosyal ve ekonomik yaşam, politik haklar ve ahlaki sorumluluklar bunların bazılarıdır. Bazı toplumsal kabuller ya da ailelerin ekonomik zorlukları kız çocukların okuldan uzak kalmasına yol açabilmektedir. Eğitimsizlik ya da yetersiz eğitim ise özel nitelikler gerektirmeyen ya da düşük gelir sağlayan işlerde çalışılmasına yol açmaktadır. Bu kısıtlılıklar ve eşitsizlikler kadın sağlığı ve refahı üzerinde doğrudan ya da dolaylı etkilere sahiptir. Eğitimli ve refah sahibi kadınlar kadın sağlığı, çocuk sağlığı, aile sağlığı ve hatta tüm toplumun sağlığının geliştirilmesine katkı sağlarlar. Bu çalışmanın amacı ilk olarak kadın yoksulluğu ve sağlığı arasındaki ilişkiyi tartışmak ve Türkiye'ye ilişkin verilerle değerlendirmeler yapmaktır.

Anahtar Kelimeler: yoksulluk, kadın yoksulluğu, kadın sağlığı, cinsiyet eşitsizliği

ABSTRACT

Gender equality or inequality is a major determinant of poverty and poor health. Women may face gender discrimination in all spheres of social life: utilization of health services, education, employment, social and economic, political rights and moral obligation. Some socially regressive beliefs or poverty of families can lead to keeping of girls away from school. Untrained or inadequately trained women who are forced to work in jobs that do not require special qualifications or underpaid. Above mentioned restrictions and inequalities have direct or indirect effects on women's health and well-being.

* Sosyal Güvenlik Uzman Yardımcısı, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, İlaç ve Eczacılık Daire Başkanlığı

Women who are in education and welfare are particularly useful for improving health of women, their children, their family, and even entire communities. The purpose of this paper is to discuss firstly the relationship between poverty of women and their health, followed by an evaluation of the current situation in Turkey done on the basis of statistical relation of women's poverty vs. health.

Keywords: poverty, women's poverty, women's health, gender inequality

KADIN YOKSULLUĞU

Giriş

Toplumların refah ve gelişmişlik düzeyine göre tanımı ve sınırları değişen yoksulluk, tüm ülkeler için her zaman gündemde olan bir sorundur. Yoksulluğun tanımına ilişkin dar ve geniş olmak üzere farklı bakış açıları mevcuttur. Dar bakış açısı, yoksulluğu temel ihtiyaçların karşılanması için gerekli maddi kaynaklara sahip olunmaması durumu olarak gelir odaklı bir yaklaşımla ele almakta ve bu tanım mutlak yoksulluk olarak ifade edilmektedir (Todaro & Smith, 2006). Dünya Bankası tarafından yapılan yoksulluk tahminleri yoksulluğu daha da somutlaştırmaktadır. Yapılan tahminlere göre 2010 yılında gelişmekte olan ülkelerde 1,22 milyar insan (nüfusun %21'i) bir günde 1,25\$ sınırının altında, 2,4 milyar kişi ise bir günde 2\$ sınırının altında yaşamaktadır (TheWorldBank, 2014) Geniş bakış açısı ise yoksulluğu eğitim, sağlık ve sosyal alanlardaki kısıtlılıklarla ilişkilendirmiştir. Bakış açısındaki bu değişim ile birlikte 1997 İnsani Gelişim Raporu'nda yoksulluk için parasal sınırlar dışına çıkılarak daha kapsamlı bir tanım yapılmıştır. Bu tanıma göre yoksulluk insanların seçme ve fırsat sınırlılıklarını ifade eder ve doğuştan beklenen yaşam yılı, okur-yazarlık, sağlık durumu, beslenme ve temiz suya erişim gibi hususları da kapsamaktadır (Fukuda-Parr, 1999). Bu bakış açısıyla yoksulluk ile mücadelede sadece gelirin artırılması yeterli olmayacaktır. Bunun bilincinde olan Avrupa Ülkeleri 20.yy'ın başlarında ve ortalarında yoksulluk ile mücadele ederken sadece gelirin artırılması ile yetinmemiş sağlık hizmetleri ve eğitim olanaklarının sağlanmasını da mücadelelerinin bir parçası haline getirmişlerdir (UNDP, 2013).

Ülkelerin ve toplumların mücadele ettikleri yoksulluğun tespiti için farklı bakış açıları ile birçok ölçüm aracı geliştirilmiştir. Geniş bakış açısıyla yoksulluğun ölçülmesinde kullanılan Çok Boyutlu Yoksulluk Endeksi (Multidimensional Poverty Index (MPI)) bunlardan biridir. Çok Boyutlu Yoksulluk Endeksi yoksullukta sağlık, eğitim ve yaşam standartlarını yansıtır. Dünya Bankası tarafından 104 ülkede yapılan çalışmada 1,4 milyar insanın bir günde 1,25\$ sınırının altında yaşadığı ve 1,56 milyar insanın (incelenen nüfusun %30'undan fazlası) ise çok boyutlu yoksulluk içinde yaşadığı tespit edilmiştir (UNDP, 2013). Bu yoksulların kimler olduğunun tespitine yönelik yapılan araştırmalarda toplumdaki tüm bireyleri olumsuz etkileyen yoksulluğun bazı sosyal grupları daha derinden etkilediği ve bu gruplardan birinin de kadınlar olduğu tespit edilmiştir.

Kadınların yoksulluk durumlarına ilişkin araştırmalar yapıldığında literatürde yoksulluğun kadınlaşması (the feminization of poverty) ifadesi ile karşılaşılmaktadır. Bu terim 1970'lerin sonlarında BM (Birleşmiş Milletler) tarafından gündeme getirilmiştir. Bu ifadenin ortaya çıkmasında yapılan araştırmalar sonucunda yoksul kesimin büyük kısmının kadınlardan oluşması etkili olmuştur. 1992 yılı BM raporunda son 20 yılda kırsal kesimde yoksullukta yaşayan kadınların sayılarının neredeyse %50 arttığı tespit edilmiştir. 1995 BM gelişme raporunda dünya yoksullarının %70'inin kadınlardan oluştuğu yer almıştır (Moghadam, July 2005).

Kadın yoksulluğu günümüzde de önemini korumaktadır. Dünyada en fakir insanların her 10'undan 6'sı kadındır ve Dünya nüfusunun %50'sinden fazlasını oluşturan kadınlar dünya varlıklarının sadece %1'ine sahipler (UNDP, 2014). Yoksul olan kadınlar yetersiz beslenme, ağır işyükü gibi sıkıntıların yanında sağlık hizmetleri, sosyal koruma, temiz su, eğitim, kayıtlı istihdamda çalışma ve diğer fayda alanlarındaki yetersizliklerle daha fazla karşı karşıya kalırlar. Dünya Bankası tarafından yayınlanan İnsani Gelişmişlik Raporu'nda da kadının sağlık, eğitim ve iş hayatında yaşadığı eşitsizliğe ve özgürlük sınırlandırmasına vurgu yapılmıştır. Karşılaşılan bu ayrımcılık Cinsiyet Eşitsizlik Endeksi (Gender Inequality Index (GII)), ile ölçülmektedir. Bu ölçüm üreme sağlığı, istihdam ve iş gücüne katılım üzerine odaklanmaktadır. Daha büyük

Cinsiyet Eşitsizlik Endeksi değeri daha büyük ayrımcılık demektir. 2012 yılında 148 ülkeden elde edilen verilere göre Cinsiyet Eşitsizlik Endeksi oranları (2012) ülkeler arasında ciddi farklılıklar göstermektedir. Endeks değeri sıralamasında 1. sırada 0.045 ile Hollanda yer alırken 148. sırada 0.747 ile Yemen yer almaktadır. Ortalama değerin 0.463 olarak bulunduğu sıralamada Türkiye ise 0.366 ile 68. sırada yer almaktadır (UNDP, 2013).

Kadın yoksulluğu ile ilgili önemli tedbirlerden biri kadınların eğitim fırsatlarından eşit şekilde yararlanabilmesidir. 8 Eylül 2010 Dünya Okuma Yazma Günü'nde Birleşmiş Milletler Eğitim, Kültür ve Bilimsel Örgütü (UNESCO) Dünyada 796 milyon yetişkinin okuryazar olmadığını ve bu kişilerden her 3'ünden 2'sinin kadın olduğu ifade etmiştir. Genç kızlar ve kadınlar arasında okuryazar olmama durumunun nedenleri arasında kültürel farklılıklar, bölgesel inanışlar, ekonomik koşullar yer almaktadır. BM Çocuk Fonuna göre, Afgan Kadınların sadece %15'i okuma yazma bilmektedirler. Bununla birlikte Amerika Birleşik Devletleri'nin Çocuk Güvenliği Şubesi'nin çalışmasına göre Afganistan dünyada en büyük bebek ölüm hızına sahip 2. ülkedir. Her 1.000 yeni doğan bebekten 60'ı ve çocukların 4'te 1'i 5 yaşından önce ölmektedir. Ayrıca 25.000 Afgan kadın doğum ya da hamilelik döneminde hayatını kaybetmektedir. Bu ölümlerin okuryazarlığın artırılması ve üreme sağlığı ile ilgili bilincin artırılması ile azaltılabileceği savunulmaktadır (Omar, 2010 - 2011).

Eğitimdeki eşitsizlik iş hayatında da kendini göstermektedir. Kadınlar daha çok nitelik gerektirmeyen daha düşük ücretli işlerde çalışmak durumunda kalmaktadırlar. Gelişmekte olan ülkelerde halen kadınların 3'te 2'si kayıt dışı çalışmaktadır ya da ücretsiz olan ev işleri ile ilgilenmektedirler (UNDP, 2014). Dünya Bankası tahminlerine göre 27 ülkede kadınlar erkeklerden daha az ücret almaktadırlar. Örneğin Meksika'da kadınların istihdam oranı %43,1 iken bu oran erkeklerde %91,5'dir. İsviçre'de kadınların ve erkeklerin istihdam oranları %59 ve %90,6'dır. Yunanistan'da ise bu oranlar sırasıyla %51,4 ve 86,6'dır. Ayrıca kadınların karşılaştıkları bir diğer durum düşük ücretle çalışma hatta ücretsiz çalışmadır. Ücretsiz çalışma oranı kadınlarda Yunanistan'da %10,3 ve Polonya'da %12,2'dir. Sonuç olarak kadınlar erkeklerden

daha fakirdirler ve kadın yoksulluğu daha yüksektir. Yoksulluk oranları kadınlarda ve erkeklerde İrlanda'da %13,3 ile %9,2; Birleşik Krallık'ta %11,5 ve %9,1 ve Birleşmiş Milletler'de %14,4 ile %11,4'dür (Worldbank, 2012(1)). Verilerden görüldüğü gibi kadınlar yoksulluğu daha derinden yaşamaktadırlar ve özellikle eğitim hayatları ve sağlık durumları olmak üzere hayatlarında yoksulluğun yansımalarını yaşamaktadırlar.

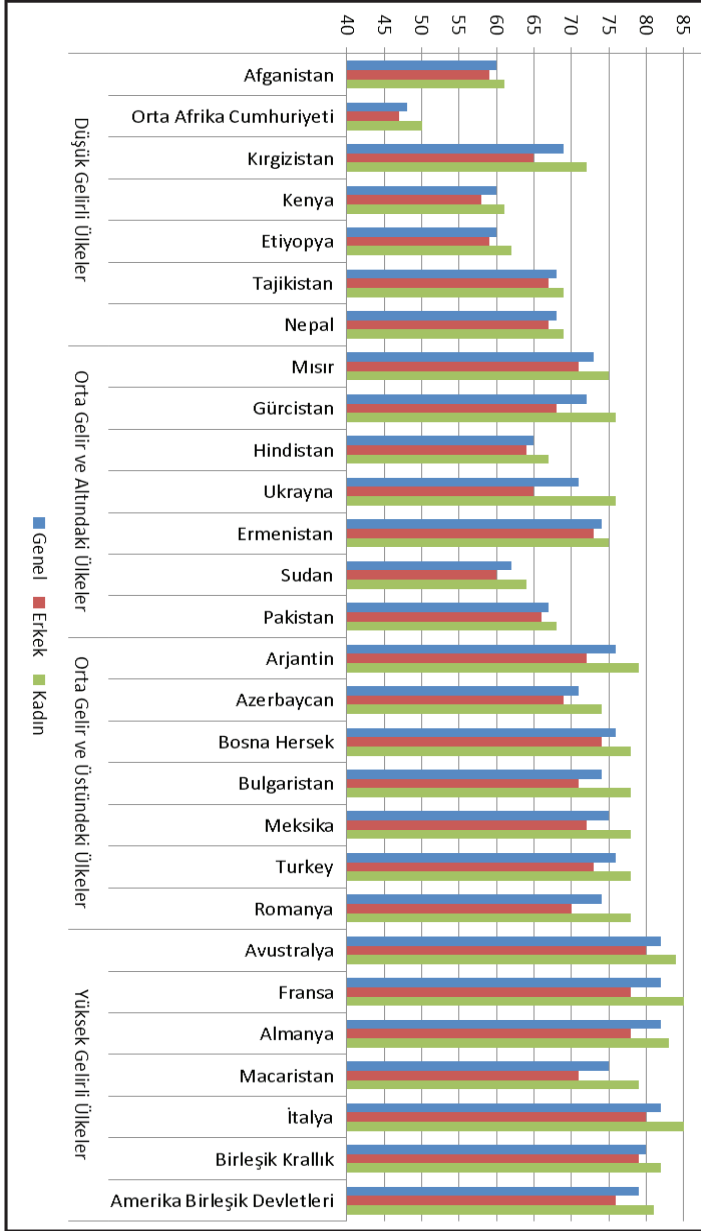
Yoksulluk ve Kadın Sağlığı

Sağlık durumu ile yoksulluk arasında doğrudan olmayan bir ilişki vardır. Yoksul insanlar maruz kaldıkları birçok yoksunlukla birlikte daha fazla hasta olma riski ile karşı karşıyadırlar. Sağlıklı olmayan insanlar ise sağlıklı bir bireyin ekonomiye sağladığı katkıyı sağlayamayacaklardır. Bu nedenle sağlık yatırımları yoksulluk döngüsünün kırılması için önemlidir (Dodd & Cassels, 2006).

Sağlık her insan için temel bir hak olmakla birlikte, dünyada birçok kadın biyolojik nedenlerle ve önemli oranda da sosyoekonomik nedenlerle iyi olmayan bir sağlıkla yaşamak durumunda kalır (Cohen, 1994).

Toplumların sağlık ve refah durumu için birçok göstergeden yararlanılmaktadır ve bu değerlendirmeler için yaşam beklentisi iyi bir göstergedir, ancak eşsiz bir gösterge değildir. Genellikle, erkeklere göre bazı biyolojik ve davranışsal avantajları ile birlikte kadınlar daha uzun yaşam süresine sahiptirler. Bununla birlikte uzun yaşamak en iyi sağlık durumuyla hayatını devam ettirmek anlamına gelmemektedir. DSÖ tarafından 2013 raporunda doğuştan beklenen yaşam sürelerine ilişkin tespitlerde bulunulmuştur. Kadınlar için genel olarak doğuştan beklenen yaşam süresi için en düşük yaş 47 en yüksek yaş ise 86 olarak belirlenmiş ve medyan olarak ise 76 yaş hesaplanmıştır. Yaşam süresi ülkelerin gelirlerine göre incelendiğinde ise çarpık bir tablo karşımıza çıkmaktadır. Düşük gelirli ülkelerde kadınlar için doğuştan beklenen yaşam süresi 61'dir. Yüksek gelirli ülkelerde ise 83'e yükselirken, Afrika Bölgesi için ise 58'dir (Grafik 1) (WHO, 2013(1)).

Grafik 1: Ülkelerin Gelir Durumlarına Göre Doğuştan Beklenen Yaşam Yılı (2011)



Kaynak: WHO 2013

Grafik 1 incelendiğinde ülkelerin gelir durumlarına göre doğuştan beklenen yaşam yılları karşılaştırılabilir. Beklenildiği gibi ülkelerin gelirleri arttıkça beklenen yaşam yılının da arttığı görülür. Kadınlar için doğuştan beklenen yaşam yılına bakıldığında düşük gelirli ülkelerde beklenen yaşam yılının 70'in altında olduğu ve yüksek gelirli ülkelerde 80'in üzerine çıktığı görülmektedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre doğuştan beklenen yaşam süreleri farklılık göstermekle birlikte ölümlerin nedenlerinin de birbirinden farklılık göstermesi önemli bir husustur. DSÖ 2009 Raporunda yüksek gelirli ülkelerde kadınların ölüm nedenleri ile düşük gelirli ülkelerdeki kadınların ölüm nedenlerinin birbirinden farklılık gösterdiği ifade edilmiştir. Gelişmiş ülkelerde kadınlar daha çok 60 yaşın üstünde kalp hastalıkları, kanser gibi kronik nedenlerle ölmektedir. Düşük gelirli ülkelerde ise kadın ölümleri daha çok maternal ve perinatal durumlardan ve bulaşıcı hastalıklardan meydana gelmektedir. Erken ölüm riski yüksek gelirli ülkelerde %6 iken bu oran Güneydoğu Asya bölgelerinde %21'e ve Afrika Bölgelerinde %42'ye yükselmektedir. Orta ve yüksek gelirli ülkelerde kadın ölüm nedenlerinin ilk 10 sıralamasında yer almayan maternal koşullar düşük gelirli ülkelerde 6. ölüm nedenidir (her 1.000 doğumda 442 ölüm) (WHO, 2009). Her yıl ortaya çıkan 287.000 gebelik nedeni ölümün neredeyse tamamı (%99) gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir (WHO, 2013(2)).

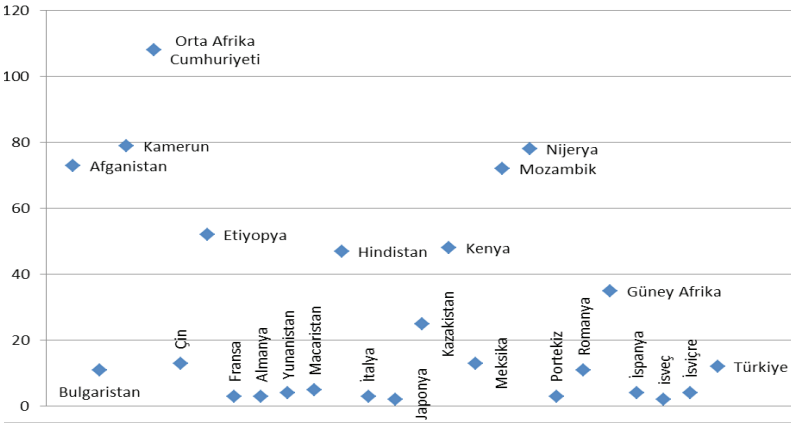
Yoksulluk kadınların sosyal hayattaki konumlarını da etkilemekte, eğitimlerinden erken yaşta ayrılmak zorunda kalan kız çocuklar evlendirilmekte ve ergenlik döneminde bebek sahibi olmaktadır. Dünya genelinde 135 milyon doğumdan hala 15 milyondan fazlası 15-19 yaş döneminde olan kız çocuklardan oluşmaktadır. DSÖ hamile kalan kız çocukların yetişkin kadınlara nazaran daha güvensiz koşullarda doğum yaptıklarını ifade etmektedir. Her yıl için tahmin edilen 3 milyon güvensiz doğum 15-19 yaş grubunda gerçekleşmektedir. Güvensiz doğum koşulları da sağlık problemlerine ve gebelik kaynaklı ölümlere yol açmaktadır. Hamilelik ve doğum sırasında gerçekleşen komplikasyonlar 15-19 yaş arasında düşük ve orta gelirli ülkelerde ölümlerin en önemli nedenlerindedir (WHO, 2013(2)).

Kadın yoksulluğunun bir yansıması ise çocuk sağlığında olmaktadır. 0-9 yaş arası bebek ve çocuk ölümlerini incelediğimizde en önemli ölüm nedenlerinin başında pnömoni, erken doğum, doğum asfiksisi ve diyare gelmektedir. Bir diğer önemli konu ise 5 yaş altı çocuk ölümlerinde

yetersiz beslenmenin %45 ile en fazla paya sahip olan neden olmasıdır (WHO, 2013(2)).

Üretken yaş grubu olarak ifade edilen 15-44 yaş döneminde kadınlar için en önemli ölüm nedenlerine bakıldığında AIDS, gebelik kaynaklı ölümler, tüberküloz, rahim ağzı kanseri, şiddet, depresyon ve intihar karşımıza çıkmaktadır. AIDS ölümleri kadınların bilgiye ve sağlık hizmetlerine erişimindeki sınırlılıklar ve ekonomik zorluklar ile ilişkilendirilmektedir. Gebelik kaynaklı ölümler ise gelişmekte olan ülkelerde üretken dönemde kadınlar için ikinci en önemli ölüm nedenidir. Tüberküloz ise düşük gelirli ülkelerde 20-59 yaş aralığındaki kadınlarda 5 ölüm nedeninden biridir. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından Güney ve Doğu Asya bölgesinde yapılan araştırmada 15-44 yaş aralığında kadınlar için ilk 10 ölüm nedeninde kadınların erkekler tarafından yaralanması ve öldürülmesinin çok sık olduğunu tespit etmişlerdir. Rahim ağzı kanseri ise en yaygın 2. Kanser tipi olup bu kadar yaygın olması tarama ve tedavi hizmetlerine erişimdeki sıkıntılarla ilişkilendirilmiştir ve düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan kadınlarda ortaya çıkan ölümlerin %90'ından daha fazlasını oluşturmaktadırlar (WHO, 2013(2)). Yoksulluk kadınlar için maternal nedenlerle ölüm riskini artırmakla birlikte bir diğer etkisi bebek ölümlerinin yüksek olmasıdır.

Grafik 2: Ülkelere Göre Bebek Ölüm Hızları (2011)(Her 1.000 canlı doğumda)



Kaynak: WHO Health Statistics, 2013

Ülkelere göre bebek ölüm hızlarının yer aldığı Grafik 2 incelendiğinde Japonya ve İsveç 1.000 canlı doğumda en düşük bebek ölüm hızına sahip ülkelerdir. Fransa, Almanya, Yunanistan, Macaristan, İtalya, Portekiz, İspanya ve İsviçre ise en düşük bebek ölüm hızına sahip diğer ülkelerdir (1000 canlı doğumda 3-5 bebek ölüm hızı). Türkiye verilerine baktığımızda ise bebek ölüm hızının 1.000 canlı doğumda 12 ile gelişmiş ülkelere göre yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Tüm bu kısıtlılıklarla mücadele etmek zorunda kalan yoksul kadınlar birçok alanda yoksunluklarla ve önemli sağlık riskleri ile karşı karşıyadırlar.

Çalışmanın Amacı ve Yöntemi

Kadın yoksulluğun yok edilmesi ve sağlığının geliştirilmesi ülkelerin ve uluslararası kuruluşların gelişme raporlarının önemli konularındandır. Sağlık, Milenyum Gelişme Hedeflerinden biridir ve yoksul insanların sağlık durumlarının geliştirilmesi yoksulluğun yok edilmesi, eğitim olanaklarının artırılması ve cinsiyet eşitsizliğinin önlenmesi ile ilişkilendirilmiştir. Ulusal ve uluslararası kuruluşlar, kadın yoksulluğu ve sağlığına ilişkin araştırmalar yürütmekte ve raporlar yayınlamaktadır. Bu çalışmada da uluslararası örgütlerin (DSÖ, OECD, Dünya Bankası gibi) araştırmaları ve ulusal kuruluşlar tarafından (TÜİK, Sağlık Bakanlığı gibi) yayınlanan istatistiklerle öncelikle dünyada kadın yoksulluğu ve sağlığına değinilecek daha sonra Türkiye'deki durum yansıtılmaya çalışılacaktır.

TÜRKİYE'DE KADIN YOKSULLUĞU

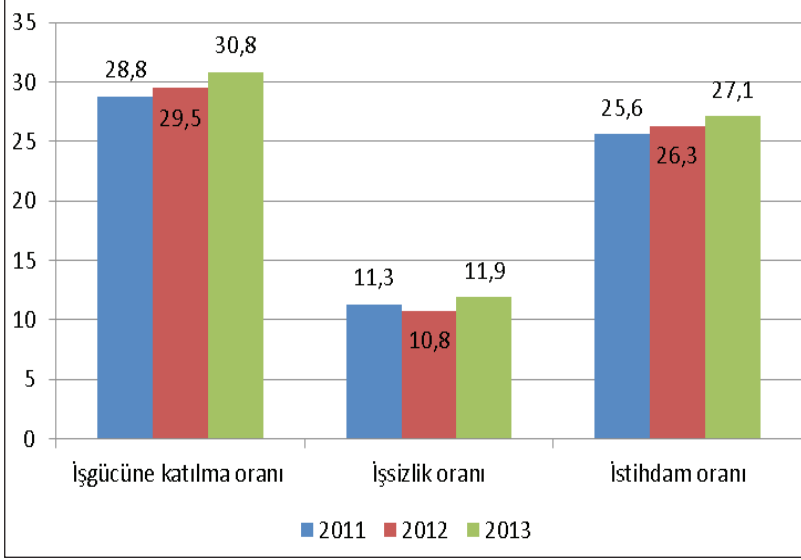
Kadın yoksulluğu bütün ülkeler için önemli bir sorun olmakla birlikte Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler için daha ciddi bir problemdir. 2008-2013 Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı'nda Türkiye'de kadının ekonomik ve sosyal durumunun istenilen düzeyde olmadığı vurgulanmıştır. En önemli eşitsizlik konusu ise kızların okullaşması, sağlık hizmetlerine erişim, istihdam ve karar verme süreçlerine eşit katılım olarak belirlenmiştir. Kadının sınırlandırıldığı ve diğer sınırlılıklar için domino taşı etkisi yapacak ilk alan eğitimidir. Okur-yazar oranlarına

bakıldığında kadınlarda okur-yazar oranının daha az olduğu görülür. 2013 TÜİK verilerine göre erkeklerde okur-yazar oranı %96,15 iken kadınlarda bu oran %91,31'dir. 2012 TÜİK verilerinde 18 üstü yaş örgün eğitime katılım oranlarının erkeklerde %9,8 kadınlarda ise %6,8 olduğu görülmektedir. Yaygın eğitime katılım oranları ise erkeklerde %17,5 kadınlarda ise %13,4'dür (TÜİK, 2012 (1)). Eğitim düzeyi kişilerin işgücüne katılımlarını da doğrudan etkilemektedir. Eğitim düzeyinin düşük olması iş fırsatlarını ve olanakları da kısıtlayacaktır. Tablo 1 ve Grafik 3'te 2011-2013 yılları için kurumsal olmayan nüfusun yıllar ve cinsiyete göre işgücü durumuna yer verilmiştir.

Tablo 1: Kurumsal Olmayan Nüfusun Yıllar ve Cinsiyete Göre İşgücü Durumu (%)

		İşgücüne Katılma Oranı (%)	İşsizlik Oranı (%)	İstihdam Oranı (%)
2013	Genel	50,8	9,7	45,9
	Kadın	30,8	11,9	27,1
	Erkek	71,5	8,7	65,2
2012	Genel	50,0	9,2	45,4
	Kadın	29,5	10,8	26,3
	Erkek	71,0	8,5	65,0
2011	Genel	49,9	9,8	45,0
	Kadın	28,8	11,3	25,6
	Erkek	71,7	9,2	65,1

Kaynak : TÜİK, 2013, Kurumsal Olmayan Nüfusun Yıllar ve Cinsiyete Göre İşgücü Durumu

Grafik 3: Kadınlarda Yıllara Göre İşgücü Durumu (%)

Kaynak: TÜİK, 2013, Kurumsal Olmayan Nüfusun Yıllar ve Cinsiyete Göre İşgücü Durumu

Kadınların eğitimdeki dezavantajlı durumu ekonomik hayata katılımlarını olumsuz etkilemektedir. 2013 TÜİK verilerine göre işgücüne katılma oranları kadınlarda %30,8 iken erkeklerde %71,5'dir. İşsizlik oranları kadınlarda %11,9; erkeklerde ise %8,7'dir. İstihdam oranları da kadınlarda %27,1 ve erkeklerde %65,2'dir (Tablo 1). Grafik 3'ü incelediğimizde kadınların işgücüne katılma oranında yıllar itibariyle bir artış görülmektedir. Bununla birlikte işsizlik oranlarının erkeklere nazaran daha fazla olduğu (Tablo 1) ve 3 yıl boyunca devamlı bir azalma eğiliminin sağlanamadığı görülmektedir. (TÜİK, 2013 (1)). Kadınların işgücüne katılma oranlarının bu kadar düşük olmasının nedenlerine de Tablo 2'de yer verilmiştir.

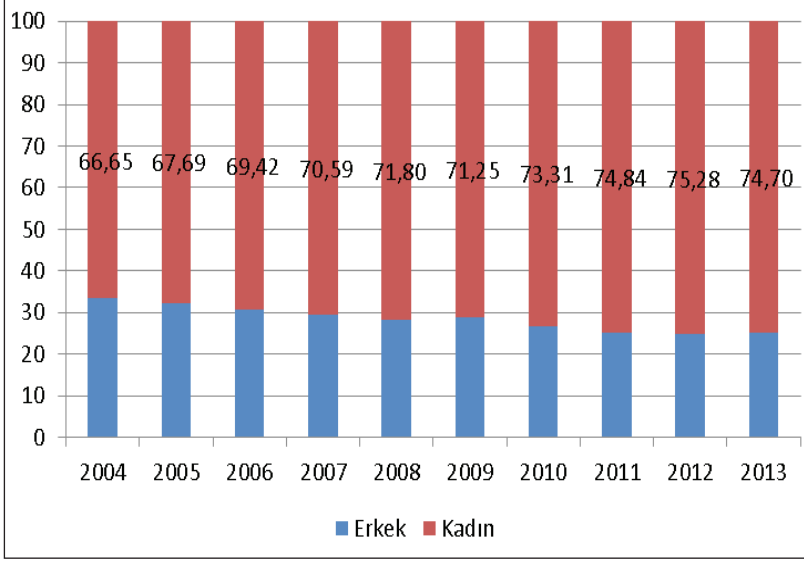
Tablo 2: İşgücüne Dahil Olmayanların Yıllar ve Cinsiyete Göre İşgücüne Dahil Olmama Nedenleri (1000 kişi)

		İşgücüne dahil olmayan nüfus		İş aramayıp, çalışmaya hazır olanlar	Mevsimlik çalışanlar	Ev işleriyle meşgul	Eğitim/Öğretim	Emekli	Çalışamaz halde	Diğer
2004	Genel	25527		4,31	1,51	51,09	13,39	12,24	11,30	6,16
	Erkek	6903	27,04	8,10	1,65	-	28,97	37,07	15,66	8,53
	Kadın	18624	72,96	2,91	1,45	70,03	7,61	3,03	9,68	5,28
2007	Genel	26879		6,48	1,08	45,11	13,69	13,10	12,00	8,56
	Erkek	7415	27,59	10,88	1,11		28,08	38,08	16,13	5,73
	Kadın	19464	72,41	4,80	1,06	62,29	8,21	3,57	10,42	9,63
2010	Genel	26901		7,48	0,24	44,29	15,32	13,30	12,62	6,75
	Erkek	7544	28,04	11,64	0,20		29,29	37,74	16,41	4,71
	Kadın	19357	71,96	5,86	0,25	61,55	9,88	3,77	11,14	7,55
2013	Genel	27337		7,61	0,18	41,93	16,33	14,04	13,41	6,50
	Erkek	7814	28,58	11,34	0,17		28,72	38,47	16,73	4,59
	Kadın	19523	71,42	6,11	0,19	58,72	11,38	4,26	12,09	7,27

Kaynak: TÜİK, 2013, İşgücüne Dahil Olmayanların Yıllar ve Cinsiyete Göre İşgücüne Dahil Olmama Nedenleri

TÜİK verilerine göre 2004 yılından 2013 yılına işgücüne katılmayan nüfusta artış (%7,09) olduğu görülmektedir. İşgücüne katılmayan nüfusun cinsiyet dağılımı incelendiğinde ise ortalama yaklaşık %70'inin kadınlardan oluştuğu görülmektedir. Kadınlarda işgücüne katılmama nedenlerinin başında %58,72 oranla ev işleriyle meşguliyet gelmektedir. Sonrasında ise çalışamaz halde olma (%12,09) ve eğitim/öğrenim durumu (%11,38) yer almaktadır. Kadınların işgücüne katılmama nedenlerinin başında gelen ev işleri ile ilgili işlerle uğraşma aslında kadınların aile içindeki rolleri ve sınırlılıklarını yansıtmaktadır. Kadınların çocuk bakımı, ev işleri gibi roller nedeniyle çalışmadığı araştırmalarla ortaya konulmuştur. 2008 yılında Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından yapılan araştırmaya göre batı bölgelerinde kadınların %35'i çalışmama nedeni olarak çocuk bakımını gösterirken, doğu bölgelerinde ve kırsal alanlarda kadınların büyük kısmı ev işleri rollerini çalışmama nedeni olarak göstermişlerdir. Kırsal alanda yaşayan kadınların yaklaşık %27'si ve doğu bölgesinde ise yaklaşık %33'ü ev kadını olma halini çalışmama nedeni olarak göstermişlerdir. Bir diğer önemli neden ise aile bireyleri ve eşlerin çalışmalarına izin vermemeleridir. Kadınların %27'si evlilik sonrası çalışmayı bırakmıştır. 2013 yılı verilerine göre evli kadınlarda istihdam oranı %28 iken evli olmayanlarda %30,2 ve boşanmış olanlarda %41,3'dür (TÜİK, 2013 (2)). Özellikle eşinden ayrılan kadınların daha önce ekonomik olarak bağımlı oldukları eşleri nedeniyle çalışma hayatına girmedikleri ve boşanma sonrası ekonomik gereksinimleri için iş hayatına katıldıkları yorumu yapılabilir. Kadınların iş hayatında karşılaştıkları en önemli problemlerden biri ise ücretsiz çalışma durumudur. Grafik 4'de kadınların ve erkeklerin ücretsiz işlerde çalışma oranlarına yer verilmiştir.

Grafik 4.: Cinsiyete Göre Ücretsiz İşlerde Çalışma Oranı (2013, %)



Kaynak: TÜİK 2013(3), İstihdam Edilenlerin Yıllar ve Cinsiyete Göre İşteki Durumu

Grafik 4'de veriler incelendiğinde ücretsiz çalışanların büyük kısmının kadınlardan oluştuğu görülmektedir. 2004-2013 dönemi incelendiğinde ücretsiz işlerde çalışanların sayısında %4 oranında azalma olmakla birlikte (ücretsiz işlerde çalışanların sayısı 2004 yılında 3367 bin kişi 2013 yılında 3217 bin kişi) bu grubun içinde kadınların payının yıllar itibariyle arttığı ve 2013 yılı itibariyle yaklaşık %70'ini oluşturduğu görülmektedir. TÜİK verileri incelendiğinde ücretsiz olarak çalışan kadınların büyük kısmının tarımda çalıştığı görülmektedir. 2013 yılında toplam 2403 bin kişi ücretsiz aile işçisi olarak çalışan kadının %91,47'si tarım sektöründe çalışmaktadır. Toplam çalışanların cinsiyete göre dağılımına baktığımızda ise %70,06'sının erkek %29,93'ünün ise kadın olduğu görülmektedir. Toplam 7641 bin kadın çalışandan

%56'sı ücretli, maaşlı ve yevmiyeli olarak, %11,98'i işveren ve kendi hesabına, %31,44'ü ücretsiz aile işçisi olarak çalışmaktadır (TÜİK, 2013(3)). Cinsiyete göre hangi istihdam kollarında çalıştıkları da önem arz etmektedir. Tablo 3'de cinsiyete göre istihdam kollarında çalışma durumları yüzdelerle verilmiştir.

Tablo 3: İstihdam Edilenlerin Yıllar ve Cinsiyete Göre İktisadi Faaliyet Kolları (%)

		Tarım	Sanayi	Hizmet
2013	Genel	23,6	26,4	50,0
	Kadın	37,0	15,3	47,7
	Erkek	17,8	31,1	51,0
2012	Genel	24,6	26,0	49,4
	Kadın	39,3	14,9	45,8
	Erkek	18,4	30,7	50,9
2011	Genel	25,5	26,5	48,1
	Kadın	42,2	15,2	42,6
	Erkek	18,7	31,1	50,3

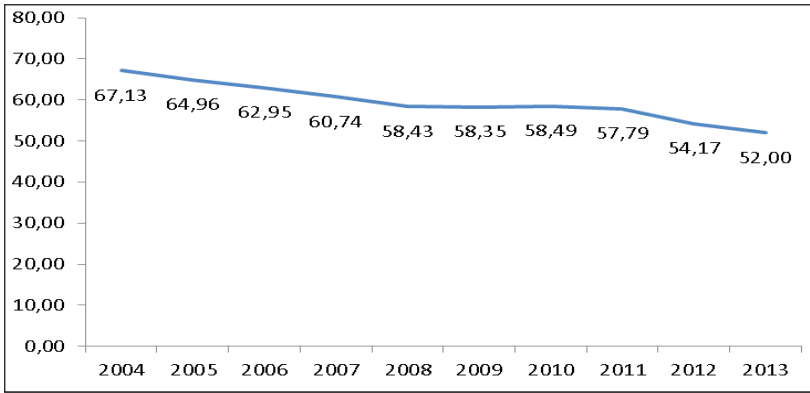
Kaynak: TÜİK 2013, İstihdam Edilenlerin Yıllar Ve Cinsiyete Göre İktisadi Faaliyet Kolları

Kişilerin eğitim düzeyi çalıştıkları sektörlerle de yansımaktadır. 2013 TÜİK verilerine göre Türkiye'de çalışan kadınların %47,7'si hizmet sektöründe, %37'si tarımda ve %15,3'ü sanayi de çalışmaktadır. Erkeklerin çalıştıkları sektörlerle baktığımızda ise tarımda çalışma yüzdesinin erkeklerde (%17,8) kadınlarinkine nazaran oldukça az olduğu görülmektedir. Erkeklerin %51'i hizmet sektöründe ve %31,1'i sanayi sektöründe çalışmaktadır (TÜİK, 2013(4)). Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı raporuna göre kadınlar eğitim, iş hayatında

aranan nitelikler, kariyer anlamında erkeklerle eşit fırsatlara sahip değildirler ve bu nedenle özel nitelikler gerektirmeyen işlerde çalışmak durumunda kalırlar. Bu nedenle daha çok ev hizmetlisi, bebek bakıcı, evde örgü dikiş işleri, yiyecek ve paketleme işleri, gibi düşük gelirli işlerde çalışırlar. İstihdamdaki bu eşitsizlikler sonucunda da daha az kazanmaktadırlar.

Kadınların düşük iş gücüne katılımları için bir diğer önemli neden kayıt dışı çalışmadır. Hanehalkı işgücü araştırması kadınlar için kayıt dışı çalışma oranını %66 olarak göstermektedir (erkekler için %42,3). Özellikle tarım ve imalat sektöründe kayıt dışı çalışma söz konusudur. 2006 yılında kadınların 3'te 2'sinin kayıt dışı çalıştığı tahmin edilmiştir. Üniversiteli kadınların kayıt altında çalışma oranları %70 iken bu oran düşük eğitim düzeyinde %22'ye düşmektedir. 2010 yılında kadınların %59,50'si kayıt dışı sektörde çalışmaktadır ve bunların %47'si ilkokul ve %2'si lise mezunudur. Özetle, kadınların eğitim düzeyi arttıkça kayıt dışı olarak çalışma oranları azalma eğilimi göstermektedir («Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı 2008–2013,» 2008; TÜİK, 2010).

Grafik 5: Kadınlarda Kayıtsız Çalışma Oranları (%)



Kaynak: TÜİK 2013, Esas İşlerinden Dolayı Herhangi Bir Sosyal Güvenlik Kuruluşuna Kayıtlı Olmayanların Yıllar ve Cinsiyete Göre İşteki Durumu

TÜİK 2013 verilerine göre kadınların kayıt dışı çalışma oranında yıllar itibariyle bir düşüş (2004 yılı %67,13-2013 yılı %52,00) gerçekleşmekle birlikte halen çalışan kadınların %50'sinden fazlasının kayıt dışı çalıştığı görülmektedir. Bununla birlikte çalışan kadınların aldıkları ücretlerin de erkeklerden farklılık gösterdiği görülmektedir. Tablo 4'te kişilerin eğitimine göre brüt ücretlerine yer verilmiştir.

Tablo 4: Kişilerin eğitim Durumlarına Göre Brüt Ücret Düzeyleri ve Ücret Farkı (2010)

Eğitim durumu	Yıllık ortalama brüt ücret (TL)			Cinsiyete dayalı ücret farkı (%)
	Toplam	Erkek	Kadın	
İlkokul ve altı	12 237	12 597	10 519	-16,49
İlköğretim ve ortaokul	12 192	12 571	10 470	-16,71
Lise	15 117	15 531	13 969	-10,06
Meslek lisesi	18 759	19 442	15 647	-19,52
Yüksekokul ve üstü	31 486	33 574	28 184	-16,05

Kaynak: TÜİK Eğitim Durumu ve Meslek Ana Grubuna Göre Cinsiyete Dayalı Ücret Farkı (2010)

Tablo 4'de yer alan verilere göre kadınların brüt ücreti erkeklere göre ortalama %15,77 daha azdır. Eğitim düzeylerine göre bakıldığında özellikle meslek lisesi eğitim düzeyinde ücretler arasındaki fark erkeklerin lehine artmıştır (TÜİK, 2013 (5)).

Yukarıda ifade edilen eğitim ve istihdam olanaklarındaki kısıtlılıkların bir sonucu olarak kadınlar önemli yoksunluklar ve yoksullarla karşı karşıya kalırlar. TÜİK 2009 verilerine göre yoksulluk oranı erkeklerde %17,10 kadınlarda ise %19,03'dür. Karşı karşıya kalınan yoksulluklar kadınların sağlık durumlarını da olumsuz etkilemektedir. Sonraki bölümde Türkiye'de kadınların yaşadığı yoksulluğun sağlık ile ilişkisinden bahsedilecektir.

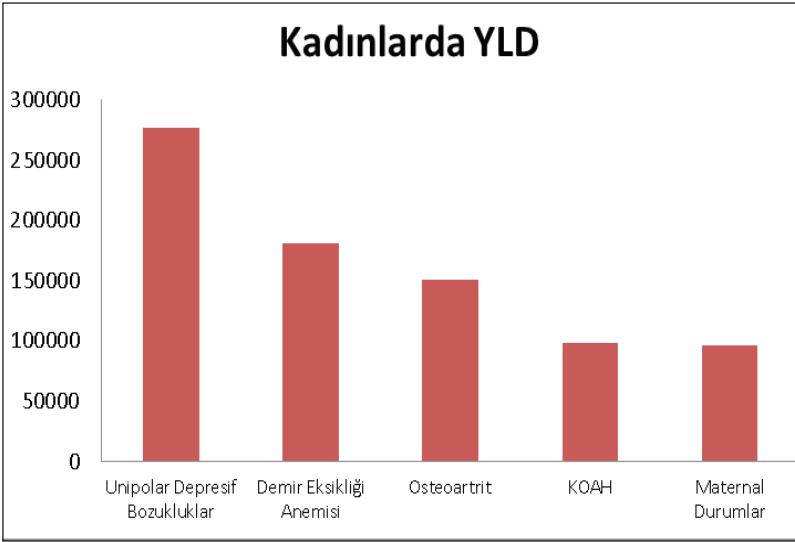
Türkiye'de Kadın Sağlığı

Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri değerlendirilirken bebek ölümü, anne ölümü, üreme sağlığı, aşılama oranları gibi veriler öncelikli olarak ele alınmaktadır ki burada kadınların yüklendikleri yoksunluklar ve karşılaştıkları sağlık risklerinin önemi ortaya çıkmaktadır. Bunun farkında olan ülkeler ve sivil toplum kuruluşları gelişme hedeflerinin kapsamına kadın yoksunluğu ve sağlığı kavramlarına da yer vermişlerdir. Milenyum Gelişme Hedeflerinde de kadın sağlığı ile doğrudan ya da dolaylı ilişkisi olan konular ele alınmıştır. Sağlıkla ilgili olan hedefler içinde 5 yaş altı ölüm oranı, anne ölüm oranının azaltılmasının yanı sıra sağlık personeli kontrolünde gerçekleştirilen doğum sayısı, doğum öncesi bakım, aile planlaması konuları da bulunmaktadır (WHO, 2013(2)).

Global sağlık istatistikleri kapsamında beklenen yaşam süresi ve ölüm oranları öncelikli olarak ele alınmaktadır. Çalışmanın ilk kısımlarında da ifade edildiği gibi mükemmel bir sağlık verisi olmamakla birlikte özellikle gelişmiş ülkelerle gelişmekte olan ülkeler arasında önemli farklılık gösteren doğuştan beklenen yaşam süresi verisi önemli bir ölçüttür (Grafik 1). Gelişmiş ülkelerde 80'in üzerine çıkan kadınlar için beklenen yaşam süresi Türkiye'de 78'dir. Yaşam yıllarının süresi kadar kalitesi de önemli bir kıstastır. Uzun yaşam süresi her zaman mükemmel sağlık seviyesinde yaşamını sürdürmeyi ifade etmemektedir. Bu nedenle toplumların sağlık seviyelerine yönelik araştırmalarda çeşitli yöntemlerle hastalık yükü değerlendirmeleri yapılmaktadır. Bu ölçütlerden biri olan Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY) yeti kaybının meydana gelmesi sonrasında yaşanan yıllar (YLD: sakatlığa bağlı geçirilen yıllar) ve bu nedenle kaybedilen yaşam

yıllarını (YLL: erken ölümlere bağlı kaybedilmiş yıllar) kapsamaktadır. Türkiye’de en son 2004 yılında hastalık yükü araştırması yapılmıştır. Bu araştırmada YLL dağılımı erkekler için daha yüksek bulunurken YLD dağılımı ise kadınlarda daha yüksek çıkmıştır (Grafik 6) («Hastalık Yükü Çalışması,» 2004).

Grafik 6: İlk 5 Hastalığın Kadınlarda Yol Açtığı Sakatlığa Bağlı Kaybedilen Yaşam Yılı (YLD) (Türkiye, 2004)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2004, Hastalık Yükü Çalışması

Genelde en fazla YLD’ye yol açan nöropsikiyatrik hastalıkların kadınlarda en fazla YLD’ye yol açan hastalıklarda birinci sırayı aldığı görülmektedir. 2. Sırada ise beslenme ile de yakından ilişkili olan demir eksikliği yer almaktadır (“Hastalık Yükü Çalışması,” 2004). Beslenme yetersizlikleri birçok hastalık grubundan daha fazla YLD’ye yol açmaktadır. Bu sonuç kadınların yaşadıkları yoksulluklar ve sağlık üzerindeki negatif etkileri ile ilişkilendirilebilir.

Kadın yoksulluğu ile ilişkili olan bir diğer sağlık durumu üreme sağlığıdır. Doğurganlık yaşı ve doğurganlık hızı önemli göstergelerdir. Özellikle eğitimlerinden erken ayrılan kız çocukları evlendirilmekte ve ergenlik döneminde bebek sahibi olmakta ve sağlık riskleriyle karşı karşıya kalmaktadır. 2013 TÜİK verilerine göre 16-19 yaş aralığında 123.120 kız çocuk ve 13.546 erkek çocuğun evlendiği tespit edilmiştir. Bu verilere göre 16-19 yaş aralığında evlenenlerin %90,9'sı kız çocuklardan oluşmaktadır (TÜİK, 2013 (6)). Erken evlenme yaşı sağlık açısından risk oluşturan adölesan doğum olasılığını da artırmaktadır. Anne ve bebek sağlığı açısından doğum yaşı da önem arz etmektedir. Ergen dönem doğurganlık oranı 1998'de 7,9'dan 2008'de 3,9'a düşmüştür. Bununla birlikte kırsal alandaki doğurganlık oranı aynı derecede azalmamıştır. Kırsal alanda ergen dönem doğurganlık 1998'de 7,4 iken 2008 de hale 6,5'dir. Çok genç yaştaki anneler özellikle 18 yaş altındakiler istenmeyen doğum sonuçları ve analıkla ilişkili ölüm riski ile karşı karşıyadırlar. Bununla birlikte ergen dönemde olan anneler eğitim ve istihdam fırsatlarından da yoksun kalan anneler daha da yoksullaşacaklardır («Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008,» 2009). Tablo 5'te 2008-2013 yıllarında adölesan doğurganlık hızı yer almaktadır.

Tablo 5: Yıllara Göre Adölesan Doğurganlık Hızı (1000 Doğumda)

Yıl	15-19 Yaş Toplam	Anne yaşı				
		15 Yaş	16 Yaş	17 Yaş	18 Yaş	19 Yaş
2008	40	6	16	35	60	81
2009	37	5	14	33	54	79
2010	33	4	13	30	51	70
2011	31	3	11	27	47	68
2012	30	2	9	26	46	65
2013	28	2	8	23	44	63

Kaynak: TÜİK 2013, Adölesan Doğurganlık Hızı

2013 verilerine göre kayıt altındaki doğumların %6,82'si (87552 doğum) 19 yaş ve daha altında gerçekleşmektedir. 15-19 yaş aralığında gerçekleşen doğum hızı 2008-2013 yılları arasında zamanla düşüş göstermektedir. Bununla birlikte hem anne sağlığı hem de bebek sağlığı için çok önemli olan adölesan doğurganlık üzerinde durulması gereken konulardan biridir (TÜİK, 2013 (7)). Araştırmalar ödolesan döneminde gerçekleşen doğumların daha güvensiz koşullarda gerçekleştiğine ilişkin istatistikler olduğunu göstermiştir. Doğumların sağlık personeli gözetiminde gerçekleşme durumu da önemli bir göstergedir. TÜİK 2008 verilerinde doğumların sağlık kuruluşunda gerçekleşme durumlarına bakıldığında yıllar itibariyle bir artış olduğu görülmektedir. 1993 yılında 20 yaş altında anneler doğumlarının %38,2'sini evde gerçekleştirirken 2008 yılına gelindiğinde bu oran %10,4'e düşmüştür. Kır kent ayrımına bakıldığında ise evde doğum oranının kırsal kesimde daha fazla gerçekleştiği ve bu oranın 2008 yılı itibariyle %20,4 olduğu tespit edilmiştir (TÜİK, 2008).

Araştırmalar Türkiye'de son yıllarda üreme sağlığında gelişmeler sağlandığını göstermektedir. 2003-2008 döneminde doğum öncesi bakım alan kadınların oranı 2003 yılında %81'den 2008 yılına %92'ye yükselmiş ve doğum öncesi bakım alamayan kadınların oranında yaklaşık %50 azalma sağlanmıştır. Bununla birlikte doğum öncesi bakım hizmetlerine erişimde halen eşitsizlikler mevcuttur. Doğu bölgelerinde doğum öncesi bakım alma oranı %79 iken diğer bölgeler de bu oran %90'lara yükselmektedir. Burada eğitim düzeyi ile doğum öncesi bakım alım oranı arasında doğrusal bir ilişki tespit edilmiştir («Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008,» 2009).

Üreme sağlığı açısından önemli olan bir diğer husus ise doğurganlık hızıdır. Doğurganlık hızı sosyoekonomik durumu ve eğitim düzeyleri açısından farklılık gösteren bölgelere göre değişmektedir. Türkiye'de kadınların daha eğitilmiş olduğu Batı bölgelerinde doğurganlık hızı 1,73 iken (2008) kadınların daha sınırlı fırsatlara sahip olduğu doğu bölgelerinde bu oran 3,27'dir. Bu oran eğitimsiz kadınlarda 2,65 ilen lise ve daha yüksek eğitilmiş kişilerde 1,53 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak doğurganlık hızı eğitim düzeyi arttıkça ve sosyoekonomik seviye arttıkça azalmaktadır denilebilir. Doğurganlık hızı ile refah düzeyi arasında da ilişki

vardır. En düşük 5'te 1'lik refah düzeyinde olan kadınların doğurganlık hızı 3,39 iken en yüksek 5'te 1'lik refah düzeyindeki kadınların doğurganlık oranı 1,36'dır. İlave olarak doğum arası geçen süre de kişilerin eğitim bölge ve refah düzeylerine göre farklılık gösterir. Refah ve eğitim düzeyi arttıkça doğum arası süre de artmaktadır («Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008,» 2009).

Tartışmasız kadın sağlığında en önemi göstergelerden biri de anne ölüm oranıdır. Anne ölüm oranı eğitim, cinsiyet eşitliği, beslenme ve yoksullukla önemli derecede ilişkili bir göstergedir. İstatistiklere göre doğumla ilişkili ölüm oranı ve anne ölüm oranı bölgelere göre değişmektedir. Batı Anadolu'da anne ölüm oranı her 100.000 canlı doğumda 12.4 (± 5) iken Kuzeydoğu Anadolu'da 93.3 (± 17.2)'dür. Kuzeydoğu Anadolu'da kadın ölümlerinin %13,0'ü gebelikten kaynaklanmaktadır. Türkiye Anne Ölüm Hızı Çalışması (2005) her 100000 canlı doğumda gebelikle ilişkili ölüm hızını kentsel alanda 28.2(± 3.1) kırsal alanda ise 53.7 (± 5.5) bulunmuştur. Dahası, anne ölüm oranı her 100000 canlı doğumda kentte 20.7 kırsal alanda 40.3 bulunmuştur (Koç at all., 2005).

DSÖ 2013 raporunda global sağlık indikatörleri olarak yer alan ve kadın yoksulluğu ve yoksunlukları ilişkili olan diğer göstergeler arasında neonatal mortalite hızı, yeni doğan (infant) mortalite hızı ve 5 yaş altı ölüm hızları yer almaktadır. Neonatal bebek ölüm hızı binde 6,9 iken yeni doğan ölüm hızı verilerine baktığımızda 2013 yılında binde 10,8 olduğu görülmektedir (TÜİK 2014). 5 yaş altı çocuk ölüm oranlarına baktığımızda 2011 yılı verilerine göre Türkiye'de %15 olduğu görülmektedir. Bu oran Romanya'da %13, Bulgaristan'da %12 iken Fransa, Almaya, Avusturya gibi daha yüksek gelir dilimindeki ülkelerde %4'dür.

Yaşlılık dönemi de hem yoksulluk hem de sağlık sorunları açısından risklerin arttığı bir dönemdir. Yoksulluk açısından yapılan değerlendirmeler de ise yaşlı kadınların yaşlı erkeklerden daha yoksul olduğu tespit edilmiştir. 2012 yılı verilerine göre yaşlı erkeklerde yoksul oranı %17,7 iken bu oran yaşlı kadınlarda %19,4'e yükselmektedir (TÜİK, 2014). Kadınların yaşamlarının her döneminde yoksulluğu daha yüksek oranda yaşadığı ve bu durumda sağlık durumlarına olumsuz yansıdığı söylenebilir. Bununla birlikte kadınların sağlık durumlarına verdikleri

değer daha yüksektir. Mutluluk kaynağı olan değerlerin paylarına bakıldığında ise sağlığın kadınların mutluluğunda %74,17 ve erkeklerin mutluluk düzeyinde %67,26 oranında etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ancak kadınlar sağlık durumlarından daha az memnundurlar. Kişisel sağlık durumundan memnuniyet sonuçlarına göre kadınların %62,73'ü erkeklerin de 78,36'sı sağlık durumlarından memnun ya da çok memnun olduklarını ifade etmişlerdir (TÜİK, 2012 (3)). Bu verilerden görüldüğü gibi kadınlar ağılık durumlarına mutluluklarında erkeklere göre daha fazla önem vermekte ancak kişisel sağlık durumlarından daha az oranda memnundurlar.

Tartışma ve Sonuç

2013 yılında Dünya Ekonomik Forumu tarafından Cinsiyet Ayrımı Raporu yayınlanmıştır. Bu raporda kadınların güçlendirilmesi için hükümetlerin, sivil toplumun, eğitimcilerin ve medyanın önemine vurgu yapılmıştır. Bu raporda kaynakların erkekler ile kadınlar arasındaki paylaşımını ortaya koymak üzere Global Cinsiyet Ayrımcılık Endeksi (The Global Gender Gap Index) oluşturulmuştur. Bu endeks 4 ana husustan oluşmaktadır. Bunlar, sağlık, eğitim, ekonomi ve politikadır. 2013 yılı Cinsiyet Ayrımcılık Endeksi sıralamasında birinci sırada İrlanda (0.8731) yer almaktadır. Sonraki ilk dört ülke sırasıyla Finlandiya (0.8421), Norveç (0.8417), İsveç (0.8129) ve Filipinler'dir (0.7832). 136 ülkenin sıralandığı bu listede son beş ülke Yemen (0.5128), Pakistan (0.5459), Çat Cumhuriyeti (0.5588), Suriye (0.5661) ve Moritanya (0.5810) olarak sıralanmaktadır. Türkiye ise bu sıralamada 120. Sırada yer almaktadır (0.6081). Dünya ülkelerinin sıralandığı bu çalışmanın sonuçlarının da gösterdiği gibi Türkiye'de cinsiyet eşitliği konusunda alınması gereken uzun bir mesafe vardır. Bu raporda genel cinsiyet ayrımcılık endeksi ile birlikte bu endeksin hesaplanmasında esas olan dört alan için de ayrı ayrı hesaplamalar yapılmıştır. Türkiye için elde edilen sonuçlara bakıldığında ekonomik katılım alanında 127. Sırada (0.4269), eğitim alanında 104. sırada (0.9431), sağlık alanında 59. Sırada (0.9755) ve politik katılım alanında 103. Sırada (0.0868) bulunduğu görülür. Bu sıralamalarda da cinsiyet eşitliği konusunda ön sıralarda bulunan ülkelere oldukça uzak olduğu görülmektedir (Schwab et al., 2013).

Kız çocukların eğitimlerini yarıda bırakmaları, adölesan dönemde evlilik ve çocuk sahibi olunması, eğitimsiz kalma ve ekonomik kısıtlılıkların da etkisiyle sağlık hizmetlerinden yeterli biçimde yararlanılamaması, tüm bu etkilerin hem nedeni hem sonucu olarak ortaya çıkan kadın yoksulluğu uluslararası örgütler tarafından yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır. Özellikle yoksullukla mücadelede sadece gelirin artırılmasının yeterli olmayacağı, eğitim ve sağlık alanında sosyal destekleyici programların da gerçekleştirilmesinin önemi bu alanda yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur. Türkiye’de de öncelikle problemin daha detaylı bir şekilde tanımlanabilmesi için kadın yoksulluğunun eğitim ve sağlık durumlarını da kapsayan, güncel istatistikler sunan araştırmalar yapılmalıdır. Cinsiyet eşitliğinin sağlanması, eşit eğitim fırsatlarının oluşturulması, kadının ekonomik ve siyasi hayatta güçlendirilmesi kadın yoksulluğunun azalmasını sağlayacaktır. DSÖ, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı gibi örgütler tarafından uluslararası düzeyde yapılan çalışmalarda kadın yoksulluğu konusunda öncelikle üreme sağlığı üzerinde durulmuştur. Türkiye’de de son yıllarda üreme sağlığında ilerlemeler sağlanmakla birlikte istatistikler halen gelişmiş ülkelerin gerisinde olduğunu göstermektedir. Öncelikli olarak üreme sağlığının geliştirilmesi, anne ve bebek ölümlerinin azaltılması, adölesan gebeliklerin önlenmesi, üreme sağlığı bilgisinin artırılması, doğum öncesi sağlık hizmeti alınması ve doğumun sağlık profesyoneli gözetiminde gerçekleştirilmesinin sağlanmasına yönelik çalışmalar yürütülmelidir.

KAYNAKLAR:

- Todaro, M. P., & Smith, S. C.** (2006). Economic Development.
- Fukuda-Parr, S.** (1999). What Does Feminization Of Poverty Mean? It Isn't Just Lack Of Income. *Feminist Economics*, 5(2), 99-103.
- UNDP.** (2013). Human Development Report 2013 The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World: United Nations Development Programme (UNDP).
- Omar, N.** (2010 - 2011). Female Illiteracy: A Global Crisis Impacting the Participation of Girls and Women Retrieved from http://www.iasswaiets.org/uploads/file/20121024_Global%20Female%20Illiteracy%20by%20Nadiya%20Omar.doc
- Worldbank.** (2012(1)). Poverty Statistics, from <http://povertydata.Worldbank.org/poverty/home/>
- Dodd, R., & Cassels, A.** (2006). Health, development and the Millennium Development Goals. *Annals of Tropical Medicine & Parasitology*, 100(5 and 6), 379–387.
- Cohen, M.** (1994). Impact of poverty on women's health. *Canadian Family Physician*, 40, 949-958.
- WHO.** (2013(1)). World Health Statistics: WHO.
- WHO.** (2009). Women And Health: Today's Evidence Tomorrow's Agenda. France.
- TÜİK.** (2012 (1)). Yerleşim Yeri, Cinsiyet, Yaş Grubu, Eğitim Durumu Ve İşgücü Durumuna Göre Eğitim ve Öğretime Katılım Verileri. http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0C11yA1pCR0J:tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do%3Fistab_id%3D1418+&cd=2&hl=tr&ct=clnk&gl=tr
- TÜİK.** (2013 (1)). Kurumsal Olmayan Nüfusun Yıllar Ve Cinsiyete Göre İşgücü Durumu Verileri. www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=542
- TÜİK.** (2013 (2)). Medeni Duruma Göre İstihdam Oranı Verileri.

TÜİK. (2013(3)). İstihdam Edilenlerin Yıllar Ve Cinsiyete Göre İşteki Durumu Verileri. www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=283

TÜİK. (2013(4)). İstihdam Edilenlerin Yıllar ve Cinsiyete Göre İktisadi Faaliyet Kolları Verileri. www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1185

T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı 2008–2013, 2008 Ankara

TÜİK. (2010). İstatistiklerle Kadın 2010

TÜİK. (2013 (5)). Eğitim Durumu ve Meslek Ana Grubuna Göre Cinsiyete Dayalı Ücret Farkı Verileri (2010). www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1533

Hastalık Yüğü Çalışması. (2004): Sağlık Bakanlığı.

TÜİK. (2013 (6)). Evlenme İstatistikleri Veri Tabanı Verileri. www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10783

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. (2009): Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüleri.

TÜİK. (2013 (7)). Adölesan Doğurganlık Hızı Verileri. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16048>

TÜİK. (2008). Sağlık Personelinin Gözetiminde Gerçekleşen Doğumlar Verileri. www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1091

İsmet Koç, R. S., Oona Campbell, Sinan Türkyılmaz, Banu Ergöçmen, İlknur Yüksel (2005). National Maternal Mortality Study 2005. Ankara: Hacettepe University.

TÜİK. (2014). İstatistiklerle Yaşlılar, 2013, from <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16057>

TÜİK. (2012 (2)). Yaşam Memnuniyeti İstatistikleri Veritabanı from http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?aileyapi=&report=YASAM_CAPRAZ.RDF&p_yil1=2012&p_x=cinsiyet&p_y=ne_mutlu&p_kod=1&p_dil=1&desformat=html&ENVID=aileyapiEnv

Schwab, K., Brende, B., Zahidi, S., Bekhouche, Y., Guinault, A., Soo, A., Tyson, L. D. (2013). The Global Gender Gap Report 2013: World Economic Forum

Moghadam, V. M. (July 2005). SHS Papers in Women's Studies/ Gender Research The Feminization of Poverty and Women's Human Rights

WHO. (2013(2)). Women's Health Retrieved 11.05.2014, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/en/>

TheWorldBank. (2014). Poverty Overview Retrieved 13.05.2014, 2014, from <http://www.worldbank.org/en/topic/poverty/overview>

UNDP. (2014). Gender and Poverty Reduction Retrieved 20.05.2014, http://www.undp.org/content/undp/en/home/ourwork/povertyreduction/focus_areas/focus_gender_and_poverty.html