Cilt/Volume:01 - Sayı/Issue:01 - Aralık/December 2020 e-ISSN: XXXX-XXX

SOSYAL POLİTİKA & SOSYAL HİZMET ÇALIŞMALARI DERGİSİ

JOURNAL OF SOCIAL POLICY AND SOCIAL WORK STUDIES



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ S.B.F. SOSYAL HİZMET BÖLÜMÜ YAYINI
PUBLICATION OF KOCAELI UNIVERSITY DEPARTMENT OF SOCIAL WORK
ULUSLARARASI HAKEMLİ DERGİ • YILDA İKİ KEZ YAYIMLANIR
INTERNATIONAL REFEREED JOURNAL • PUBLISHED TWICE A YEAR
1

SOSYAL POLİTİKA & SOSYAL HİZMET ÇALIŞMALARI DERGİSİ
JOURNAL OF SOCIAL POLICY AND SOCIAL WORK STUDIES
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ S.B.F. SOSYAL HİZMET BÖLÜMÜ YAYINI

İMTİYAZ SAHİBİ | OWNER
Kocaeli Üniversitesi S.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü Adına | On Behalf of Department of Social Work
Esin KARACAN, Prof. Dr.

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ | MANAGING EDITOR
Elvan ATAMTÜRK, Öğr. Gör. (Kocaeli Üniversitesi)

YAYIN KURULU BAŞKANI | CHIEF EDITOR
Esin KARACAN, Prof. Dr. (Kocaeli Üniversitesi)

YAYIN KURULU | EDITORIAL BOARD
Hakan ACAR, Prof. Dr. (Liverpool Hope Üniversitesi – Birleşik Krallık)
Sena Dilek AKSOY, Dr. (Kocaeli Üniversitesi)
Hüsnünur ASLANTÜRK, Dr. Öğr. Üyesi (Kocaeli Üniversitesi)
Mehmet Zafer DANIŞ, Prof. Dr. (Sakarya Üniversitesi)
Lambert K. ENGELBRECHT, Prof. Dr. (Stellenbosch Üniversitesi – Güney Afrika)
Esin KARACAN, Prof. Dr. (Kocaeli Üniversitesi)
Sami KARACAN, Prof. Dr. (Kocaeli Üniversitesi)
Figen PASLI, Dr. Öğr. Üyesi (Kocaeli Üniversitesi)
Golam M. MATHBOR, Prof. Dr. (Monmouth Üniversitesi – A.B.D.)
Fatih ŞAHİN, Prof. Dr. (Manisa Celal Bayar Üniversitesi)

TÜRKÇE EDİTÖR | TURKISH EDITOR
Muhammet KUZUBAŞ, Doç. Dr. (Kocaeli Üniversitesi)

İNGİLİZCE EDİTÖR | ENGLISH EDITOR
Abigail ORNELLAS, Dr. (Stellenbosch Üniversitesi)

İSTATİSTİK | STATISTICS
Prof. Dr. Canan BAYDEMİR

YAYIN KURULU SEKRETERLERİ | SECRETARY
Cihan ASLAN, Arş. Gör. (Kocaeli Üniversitesi)
Ayşe Şeyma TURGUT, Arş. Gör. (Kocaeli Üniversitesi)

YÖNETİM | MANAGEMENT
http://spsh.kocaeli.edu.tr spsh@kocaeli.edu.tr
Telefon: +90 (262) 303 47 01 Fax: +90 (262) 303 47 03
Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü
41001 İzmit – Kocaeli / TURKEY

Sosyal Politika ve Sosyal Hizmet Çalışmaları Dergisi (SPSH) yılda iki kez yayınlanan uluslararası hakemli ve açık erişimli bir dergidir. Dergide yayınlanan makalelerin tüm sorumluluğu yazar(lar)ına aittir. 5846 Sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu'na göre dergide yayınlanan yazılara kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz.

Journal of Social Policy and Social Work Studies (JSPSW) is an international refereed journal which is published twice a year and it is open access. The responsibility related to the scope, content, and essence of the published papers in the journal adheres to the author(s). According to the Law of Intellectual and Artistic Works (5846), the papers published in the journal cannot be cited without showing reference.

SOSYAL POLİTİKA & SOSYAL HİZMET ÇALIŞMALARI DERGİSİ
JOURNAL OF SOCIAL POLICY AND SOCIAL WORK STUDIES
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ S.B.F. SOSYAL HİZMET BÖLÜMÜ YAYINI

DANIŞMA-HAKEM KURULU | ADVISORY-REVIEWERS BOARD

Hakan ACAR, Prof. Dr. (Liverpool Hope Üni. – Birleşik Krallık)
Emrah AKBAŞ, Prof. Dr. (Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi)
Sena Dilek AKSOY, Dr. (Kocaeli Üniversitesi)
Maksut Görkem AKSU, Prof. Dr. (Kocaeli Üniversitesi)
Hande ALBAYRAK, Dr. (Kocaeli Üniversitesi)
Yusuf ALPER, Prof. Dr. (Uludağ Üniversitesi)
Kamil ALPTEKİN, Prof. Dr. (KTO Karatay Üniversitesi)
Hüsnünur ASLANTÜRK, Dr. Öğr. Üyesi (Kocaeli Üniversitesi)
İshak AYDEMİR, Prof. Dr. (Cumhuriyet Üniversitesi)
Gökçe CEREV, Doç. Dr. (Fırat Üniversitesi)
Michael S. CRONIN, Doç. Dr. (Monmouth Üniversitesi)
Gülsüm ÇAMUR, Prof. Dr. (19 Mayıs Üniversitesi)
Esra ÇALIK VAR, Doç. Dr. (Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi)
Işıl ÇOKLAR OKUTKAN, Dr. Öğr. Üyesi (İstanbul Şehir Üniversitesi)
Mehmet Zafer DANIŞ, Prof. Dr. (Sakarya Üniversitesi)
Nurdan DUMAN, Prof. Dr. (Sağlık Bilimleri Üniversitesi)
Veli DUYAN, Prof. Dr. (Ankara Üniversitesi)
Lambert ENGELBRECHT, Prof. Dr. (Stellenbosch Üni. – G. Afrika)
Aysun ERGÜL TOPÇU, Dr. Öğr. Üyesi (Çankırı Karatekin Üni.)
Maria Lúcia GARCIA, Prof. Dr. (Uni.Fed. Esíprito Santo - Brezilya)
Rıza GÖKLER, Prof. Dr. (Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi)
Vassilis IOAKIMIDIS, Prof. Dr. (Essex Üniversitesi – Birleşik Krallık)
Esin KARACAN, Prof. Dr. (Kocaeli Üniversitesi)
Sami KARACAN, Prof. Dr. (Kocaeli Üniversitesi)
Kasım KARATAŞ, Prof. Dr. (Hacettepe Üniversitesi)
Abdullah KARATAY, Prof. Dr. (Üsküdar Üniversitesi)
Aşkın KESER, Prof. Dr. (Uludağ Üniversitesi)
Esra KILIÇ CEYHAN, Dr. Öğr. Üyesi (Ankara Yıldırım Beyazıt Üni.)
Golam M. MATHBOR, Prof. Dr. (Monmouth Üniversitesi ABD)
Abigail ORNELLAS, Dr. (Stellenbosch Üniversitesi – G. Afrika)
Cengiz ÖZBESLER, Prof. Dr. (Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi)
Figen PASLI, Dr. Öğr. Üyesi (Kocaeli Üniversitesi)
Gonca POLAT, Doç. Dr. (Ankara Üniversitesi)
Semra SARUÇ, Doç. Dr. (Anadolu Üniversitesi)
Doğa Başar SARIİPEK, Doç. Dr. (Kocaeli Üniversitesi)
PK SHAJAHAN, Prof. Dr. (TATA Enstitüsü – Hindistan)
Shani Sainaba SHAJAHAN, Dr. Öğr, Üy. (Apollo Tıbbi Bil.Ens.- Hind.)
Cemil Bülent ŞEN, Doç. Dr. (Avrasya Üniversitesi)
Şahika Gülen ŞİŞMANLAR, Doç. Dr. (Kocaeli Üniversitesi)
Fatih ŞAHİN, Prof. Dr. (Manisa Celal Bayar Üniversitesi)
İlhan TOMANBAY, Prof. Dr. (İstinye Üniversitesi)
Gökhan TOPÇU, Dr. (Hacettepe Üniversitesi)
Tarık TUNCAY, Prof. Dr. (Hacettepe Üniversitesi)
Abdülkadir ŞENKAL, Prof. Dr. (Kocaeli Üniversitesi)
Umut YANARDAĞ, Doç. Dr. (Burdur Mehmet Akif Üniversitesi)
Ronald YESUDHAS, Dr. Öğr. Ü. (Nirmala Niketan Ens. – Hindistan)
Tuncay YILMAZ, Prof. Dr. (Sakarya Üniversitesi)
Talip YİĞİT, Dr. Öğr. Üyesi (İstanbul 29 Mayıs Üniversitesi)

BU SAYININ HAKEMLERİ | REVIEWERS OF THIS ISSUE

Kamil ALPTEKİN, Prof. Dr.
İshak AYDEMİR, Prof. Dr.
Gökçe CEREV, Doç. Dr.
Gülsüm ÇAMUR, Prof. Dr
Veli DUYAN, Prof. Dr.
Beyza ERKOÇ Dr. Öğr. Üyesi
Arzu İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN, Prof. Dr.
Figen PASLI, Dr. Öğr. Üyesi
Doğa Başar SARIİPEK, Doç. Dr.
Gökhan TOPÇU, Dr.
Umut YANARDAĞ, Doç. Dr.
Tuncay YILMAZ, Prof. Dr.

YAYIM TARİHİ | PUBLICATION DATE

31 ARALIK | DECEMBER 2020

İÇİNDEKİLER | CONTENTS

ARAŞTIRMA/RESEARCH

Elvan ATAMTÜRK Esra ÇALIK VAR Rıza GÖKLER	**Üniversite Öğrencilerinin İnternet Bağımlılıkları ve Akademik Erteleme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi** *Investigation of Relationship Between Internet Addiction and Academic Procrastination of University Students*	**1-20**

DERLEME/REVIEW

Ruşen AYATA Gülsüm ÇAMUR	**Sosyal Hizmet Perspektifinden Covid-19 Pandemi Süreci ve Sosyal Sorunlara Yönelik Kriz Değerlendirmesi** *Covid-19 Pandemic Process and Crisis Assessment for Social Problems from Social Work Perspective*	**21-38**
Esin KARACAN Sena GÖKÇE	**Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği ve Kadın Sağlığı** *Gender Inequality and Women's Health*	**39-58**
Figen PASLI	**Çocuğa Yönelik Fiziksel İstismar** *Child Physical Abuse*	**59-71**

Karacan, E. ve Gökçe, S. (2020). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği ve Kadın Sağlığı. *Sosyal Politika ve Sosyal Hizmet Çalışmaları Dergisi*, 1(1), 39-58.

DERLEME

Makale Geliş Tarihi: 19/12/2020
Makale Kabul Tarihi: 27/12/2020

TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTSİZLİĞİ VE KADIN SAĞLIĞI

Gender Inequality and Women's Health

Esin KARACAN *

Sena GÖKÇE **

* Prof. Dr., Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, ekaracan@kocaeli.edu.tr, 0000-0002-0613-2050

** Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi, gokce7.senaa@gmail.com, 0000-0002-0282-2724.

ÖZ

Sağlık kavramı fiziksel iyilik halinin ötesinde birden fazla etkene bağlı olarak şekillenmektedir. Bireylerin sağlıklı tanımının yapılabilmesi bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam iyilik halini gerekli kılmaktadır. Biyolojik faktörlere bağlı olarak cinsiyetlerin sağlık ihtiyaçları çeşitlilik göstermektedir. Bu anlamda farklı hizmet ihtiyaçları olmasına rağmen toplumsal cinsiyet bakış açısı nedeniyle kadınlar erkeklere oranla sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda bir takım problemlerle karşılaşmaktadır. Özellikle doğacak çocuğun varlığını sürdürdüğü anne bedeninin ve buna bağlı olarak çocuğun sağlıklı olması makro anlamda toplum sağlığı ve sağlıklı toplum geleceğinin sağlanması açısından oldukça önemlidir. Tüm bunlar ışığında kadın sağlığı içeriği ve kapsamı anlamında üzerinde durulması gereken önemli bir halk sağlığı alanıdır. Bu çalışmada toplumsal cinsiyet bakış açısı ile kadın sağlığına etki eden faktörler üzerinde bilgi verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Kadın sağlığı, toplumsal cinsiyet, kadına yönelik şiddet, üreme sağlığı, tütün kullanımı.*

ABSTRACT

The concept of health is shaped by more than one factor beyond physical well-being. A healthy definition of individuals requires full physical, mental and social well-being. The health needs of the sexes vary depending on biological factors. In this sense, although they have different service needs, women face some problems in accessing health services compared to men due to the gender perspective. In particular, the mother's body in which the child to be born continues and the health of the child are very important in terms of macroeconomic public health and ensuring a healthy society future. In the light of all these, women's health is an important public health area that needs to be addressed in terms of its content and scope. In this study, information was given on the factors affecting women's health from a gender perspective.

Keywords: *Women's health, gender, violence against women, reproductive health, tobacco use.*

GİRİŞ

Sağlık kavramı, bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halinde olması (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)) şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanım ışığında sağlık çok boyutlu bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Tanımda ifade edilen faktörler sağlık kavramını tek bir bakış açısıyla incelenmesi ile bireylerin sağlıklı olmasını beklemenin mümkün olmadığını göstermektedir. Sağlıklı bir toplum kavramının oluşturulabilmesi için, tek tek bireylerin sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanması gerekmektedir. Bu noktada cinsiyetler arasında sosyal ve fiziksel anlamda farklılıkların oluşmaya başladığı görülmektedir. Toplumsal cinsiyet bakış açısına bağlı olarak da bu ayrımcılıktan en çok etkilenen grup kadınlar olmaktadır.

Kadınlar hem biyolojik yapılarının erkeklerden farklı olması nedeniyle hem de çocuk dünyaya getiren kişiler olarak daha farklı sağlık hizmetlerine ihtiyaç duymaktadırlar. Bu ihtiyaçların yanısıra biyolojik faktörler ve dış etkenler sonucunda ortaya çıkan çeşitli sağlık sorunlarının tedavi edilebilmesi için de farklı sağlık hizmetlerine ihtiyaç duymaktadırlar. Yaşanan sağlık sorunlarına yönelik ihtiyacın görünürlüğünün artması ve toplumsal cinsiyet algısında yaşanan baskının farkındalığı konusunda yaşanan gelişmeler ile birlikte kadınların hizmetlere ulaşma ve kadınlara yönelik sağlık hizmetlerinin gerekliliği konusunda yapılan çalışmalara daha fazla ihtiyaç duyulmaya başlanmıştır. Ancak toplumun neredeyse yarısını oluşturan kadınların yaşadıkları sorunlara bağlı olarak oluşturulan sağlık hizmetlerine ulaşmaları için yapılan çalışmalarda eksikliklerin olduğu, hala cinsiyetler arasında yaşanan ayrımcılığın sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkilediği ve bu konuyla ilgili düzenlemelerin yenilenmesi gerektiği elde edilen verilerle ortaya çıkmaktadır.

Sağlıklı toplumların oluşturulması için tüm bireylerin sağlık hizmetlerinden ihtiyaçları dâhilinde yararlanması önem arz etmektedir. Bu çalışmada toplumsal cinsiyet bakış açısı ile kadınların sağlık hizmetlerine erişimini etkileyen eğitim ve istihdam faktörlerine yer verildikten sonra kadınlar için özellikle anne-çocuk sağlığı açısında önemli görülen üreme sağlığı, kadına yönelik şiddet kavramının sağlıkla ilişkisi, tütün kullanımının kadın sağlığı üzerindeki etkisi ve kadınların beslenme sorunlarına ilişkin konular alt başlıklar halinde incelenmiştir.

1. SAĞLIK VE KADIN SAĞLIĞI

DSÖ sağlığı, insanların yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmaması ile birlikte, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan da tam bir iyilik halinde olması olarak tanımlamaktadır. Tanımda karşımıza çıkan sosyal yönden iyilik hali, bize sağlığın bireysel bir olgu olmasının yanında toplumsal anlamını da ifade etmektedir (Fişek, 1982). Bireylerin tam olarak sağlıklı birey kavramı ile tanımlanabilmesi için bireysel ve toplumsal açıdan tam iyilik halinde olması gerekmektedir. Ancak yaşadığı toplum içerisinde çeşitli sorunlar yaşayan bireyler için tam anlamıyla sağlıklı tanımını ifade etmek doğru olmamaktadır.

Hastalık sadece fiziksel ve biyolojik etkenlerle ortaya çıkmamaktadır. İçinde yaşanılan toplumda varolan, sosyal ve ekonomik olgular sonucu bireyi çeşitli yönlerden etkileyip sağlığının bozulmasına neden olan etkenlerin olduğu da bilinmektedir. Özellikle bu nitelikteki etkenlerin yol açtığı hastalık durumu sadece bireyi değil, makro anlamda tüm toplumu da etkileyebileceği düşüncesi ile bu faktörlerin neler olduğu ve olası çözüm önerilerine halk sağlığı politikalarında da rastlanabilmektedir (Büyüksoy, 2019, s.53). Buradan yola çıkarak sağlık kavramını sadece birey odaklı ele almak yeterli olmamaktadır.

İş bulma olasılığının düşük olduğu, yaşam güvenliğinin sağlanamadığı, gelir dağılımdaki dengesizliğin huzursuzluk oluşturduğu toplumlarda yaşayan bireylerde sosyal iyilik halinin bulunması ve sağlıklı tanımının yapılması zor olabilmektedir. Kapsamlı bir sağlık sisteminde sosyal ve ekonomik faktörleri yöneten yapılarla beraber fiziki çevrenin de faaliyetlerinin birey ve toplum sağlığı üzerinde etkili olduğu bilinmelidir. Bu sağlık anlayışıyla bir sistem oluşturulabilmesi için sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sağlanmalıdır. Bunu gerçekleştirilmesi için çeşitli eylem alanlarının güçlendirilmesi gerekmektedir. Bu alanlar; sağlıklı toplum politikasının oluşturulması, sağlığı destekleyici çevresel etkenlerin yaratılması, sağlık için toplum hareketinin desteklenmesi, bireysel becerilerin geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi şeklinde sıralanmaktadır (TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SHGM), 2011, s.1-2).

Toplumu oluşturan bireylerin tümünün eşit şartlarda eşit koşullarda sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı bulunmaktadır. Cinsiyetlere göre de sağlık hizmetleri değişim gösterdiği gibi bu hizmetlere ulaşım olanakları da değişiklik göstermektedir. Kadınlar toplumsal cinsiyet bakış açısı sonucu sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda erkeklerle eşit imkânlara sahip olmakta sorun yaşamaktadırlar. Ayrıca biyolojik yapıları gereği doğum yapan kadınların farklı sağlık ihtiyaçları da bulunduğu için kadın sağlığı, aile sağlığından ve toplum sağlığından ayrı ele alınmamalıdır. Bu nedenle sağlıklı toplumlar oluşturabilmek için kadın sağlığı üzerine yapılan çalışmalar önem arz etmektedir. Kadın sağlığı kavramı, zihinsel, fiziksel ve sosyal yönden iyilik halini içerir. İfade edilen bu kavramlar biyolojik faktörler kadar sosyal, siyasal ve ekonomik faktörler ile de şekillenmektedir. Burada ifade edilen sosyal yönden sağlıklı olmak ile eğitim, çalışma yaşamı gibi alanlarda fırsat eşitliği; seçme ve seçilme, karar verme ve sağlık hizmetleri gibi haklardan eşit şekilde yararlanmayı içermektedir (Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM), 2008).

Kadın sağlığı çok çeşitli içeriklere sahip bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Kadın sağlığı kavramı; doğum öncesi bakım alma, gebeliği önleyici yöntem kullanma, gebeliği önleyici yöntemlere erişim, sağlık personeliyle doğum yapma gibi sağlık hizmetlerinden yararlanma durumuyla ayrıca eğitim

düzeyi, iş gücüne katılım gibi durumlarla da bağlantılı ve bütünlük içerisinde ifade edilmektedir (DSÖ, 2016).

Kadınların biyolojik yapıları dikkate alındığında sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duydukları görülmektedir. Sosyal hayatın erkeğe yüklediği roller doğrultusunda birçok alanda sorun yaşayan kadınlar, sağlık riskleriyle karşılaştıkları durumlarda da eşit koşullarda hizmetlere ulaşma konusunda engellerle karşılaşmaktadırlar. Bu nedenle devletler kadın sağlığına yönelik politikalar gerçekleştirerek ve toplumsal cinsiyet eşitliği ilkesi doğrultusunda çalışmalar yapmalıdırlar. Kadınların bu konuda karşılaştığı zorlukları ve sınırlamaları tespit ederek mevcut durumun değiştirilmesi için çaba göstermelidirler.

2. TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTSİZLİĞİ VE KADIN SAĞLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği kavramını; ekonomik katılım, eğitim, sağlık ve politik/siyasi temsil olmak üzere çeşitli gruplarda ele alan Dünya Ekonomik Forumu(DEF), bu faktörler kapsamında geliştirdiği Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksine ait ilk raporunu 2006 yılında yayımlamıştır. Geliştirilen bu endeksin son raporunu 2020 yılının başlarında yayınlamıştır (DEF, 2020). Toplumsal cinsiyet kapsamında ortaya çıkan eşitsizliklerin genişliğinin belirlenmesi ve değişimlerin takip edilmesine olanak sağlayan endeks, farklı düzeydeki gelir gruplarının ve bölgelerin karşılaştırılmasına olanak veren verileri içermektedir. 2020 yılına ait raporda 153 ülkenin verilerine yer verilmektedir. Raporda ortalama %31 düzeyinde olan cinsiyet eşitsizliği, kendini en yüksek %75,3 ile politik/siyasi temsil faktöründe göstermektedir. İkinci en büyük boyut olarak %41,2 seviyesinde ekonomik katılım yer alırken, eğitim ve sağlık faktörlerinin sırasıyla % 3.9 ve %4.3 seviyesinde olduğu görülmektedir. Cinsiyetler arasındaki yer alan büyük farkların kapanması için 99,5 yıl daha geçmesi gerektiği tahmin edilmektedir. Elde edilen veriler ile toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin en az bulunduğu ülkenin İzlanda olduğu görülmektedir. Sıralamada ilk on içerisinde yer alan ülkeler Norveç, Finlandiya, İsveç, Nikaragua, Yeni Zelanda, İrlanda, İspanya, Ruanda ve Almanya şeklinde sıralanmaktadır. Türkiye verilen 153 ülke içinde 130'uncu sırada (ekonomik katılımda 136, eğitimde 113, politik alanda 109, sağlıkta 64) yer almaktadır (DEF, 2020). Toplumsal cinsiyet bakış açısıyla oluşturulan bir başka endeks, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından 2019 yılında elde edilen veriler ile hazırlanmış olan İnsani Gelişme Endeksinde Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Endeksidir. Bu endekste yer alan 162 ülke arasındaki bazı ülkelerin sıralamaları şu şekildedir; Norveç 5., İsveç 1., Hollanda 4., Belçika 6., Almanya 19., İngiltere 27, ABD 42., Avusturalya 25., Suudi Arabistan 49., Arjantin 77., Birleşik Arap Emirlikleri 26. sırada yer almaktadır. Bu ülkeler arasında Türkiye 66. sırada yer almaktadır (UNDP, 2019). Uluslararası alanda yapılmış olan her iki sıralamada da Türkiye'nin düşük konumda yer alması toplumsal cinsiyet açısından ülkemizde ortaya çıkan uçurumun en açık göstergesi olarak yer almaktadır.

Toplumsal cinsiyet kavramına bağlı olarak birçok alanda sorunla ve ötekileştirilmeyle karşılaşan kadınlar için elde edilen veriler sağlık alanında da hizmetlere ulaşma konusunda erkeklerden daha geri planda kalındığına yönelik yorumları destekler niteliktedir. Toplumsal cinsiyet rollerinden dolayı sağlık imkânlarına erişimde kadınların karşısına engeller çıkabilmektedir. Bu engeller kimi zaman kadınların kocası ya da aile üyelerinden birisinin eşliğinde sağlık kurumuna gidebilmesi, sağlık hizmeti almasına sağlık personelinin erkek olması nedeniyle izin verilmemesi, cinsiyet eşitliği konusunda sağlık görevlisinin bilinç düzeyinin yeterli olmaması gibi etkenler sayılabilmektedir (Önaçan Uzun, 2020). Eşit imkânlara sahip olamayan kadınların bu hizmetlere ulaşma konusunda yaşadıkları sorunların birden çok faktörün birbirini desteklemesi ile ortaya çıktığı görülmektedir. Bu faktörlerden en önemlileri eğitim ve istihdam olarak belirtilebilir.

2.1. Eğitim

Eğitim durumu Türkiye'de toplumsal cinsiyet eşitsizliği açısından kadınları en çok etkileyen alanlardan biridir. Kadınların eğitim hayatında beklenenden daha az seviyede yer almaları sosyal hayatlarında birçok probleme neden olmaktadır. Bu problemler birbiriyle bağlantılı olarak yaşam içerisinde karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri, her insanın eşit şekilde ulaşabilmesi ve ihtiyaçlarını etkili ve yeterli bir şekilde karşılaması gereken insani hizmetlerdir. Ancak ulusal ve uluslararası düzeyde görülen toplumsal cinsiyet algısı nedeniyle kadınların bu hizmetlere ulaşımı konusunda kısıtlı imkânlara sahip olduğu görülmektedir. Eşit koşulların oluşabilmesi için geliştirilmesi gereken başlıklardan birisi olarak kadınların eğitim olanaklarının gelişimi öne çıkan konular arasında yer almaktadır.

Sağlık imkânlarına erişim noktasında kadınların eğitim durumu oldukça önem taşımaktadır. Buna göre kız çocuklarının eğitim hayatına daha fazla katılması ile birlikte okullaşma oranının artması sonucunda kuşakların bilgi seviyesinin arttığı ve bilinç seviyesinin yükseldiği görülmektedir. Ancak Türkiye'de 2012 yılında ortaya konan 4+4+4 sistemi ile kız çocuklarının okullaşma oranında azalma yaşanmaya başladığı ve buna bağlı olarak ilerleyen süreçte yetişkin bir kadın olarak bu kişilerin hayatlarında olumsuz yönde etkilerin bulunacağı varsayılmaktadır (Büyüksoy, 2019, s.54).

Sağlık hizmetlerine erişim noktasında, eğitimin öneminden bahsedilmesine rağmen kadınlar arasında okuryazarlık ve eğitim seviyelerinin istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir. Elde edilen verilere göre 6 yaş ve üzeri yaş grubunda olanlar için 2015 yılında okuryazar olmayan kadınların oranı %6,3 iken bu oran erkeklerde %1,3 olarak görülmektedir. Verilerde oranlar arasında kadın ve erkek arasında önemli bir fark görülmektedir. Aynı başlık altında 2019 yılına ait oranlar ele alındığında kadınların oranının % 4,7 iken erkeklerde bu oran %0,8 olarak hesaplanmıştır (Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2020). Bu veriler kız çocuklarının eğitim olanaklarına erkek çocuklardan daha az ulaştığını göstermektedir. Bunun sonuncunda kadınlar genel olarak yaşamları süresince mevcut haklarına ulaşmakta sıkıntı yaşamakta

ve bağlantılı olarak sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda da engellerle karşılaşabilmektedirler. Bu durumların yaşanmaması için kız çocuklarının eğitim hayatına başlamaları ve ilerleyen süreçte eğitim hayatından kopmaması adına gerekli politikaların yürütülmesi devletin en önemli sorumluluklarından biridir. Okuryazarlık ve eğitim seviyesinin düşük olmasının sebeplerinden birkaçını erken yaşta gerçekleştirilen evlilikler, üstlenilen toplumsal cinsiyet rolleri ve olumsuz kalıp yargılar olarak sıralanabilir (Özaydınlık, 2014, s.98).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 yılındaki çalışmasında ilk evlilik yaşının eğitim seviyelerine göre değişimine yer vermiştir. Araştırma sonucunda ilk evlilik yaşının lise ya da üzeri eğitim almış kadınlarda 25,0 yaş; ortaokul mezunu kadınlarda 20,1 yaş; hiç eğitim almamış veya ilkokulu yarım bırakmış kadınlarda 19,1 yaş olduğu bilgisi elde edilmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2018). Elde edilen veriler eğitim seviyesi düştükçe ilk evlenme yaşının da düştüğünü ve buna bağlı olarak eğitim hayatından erken ayrılan kız çocuğunun toplumsal cinsiyet tutumları nedeniyle daha erken yaşta evlilik kararı aldığını ya da muhtemelen kendi isteği dışında evlendirildiğini göstermektedir. Böylece evlilikte yaşanan problemlerin oluşumunda yaş kriterinin de devreye girebileceği görülmektedir.

2.2. İstihdam

Birçok insanın hayatını sürdürebilmesi için istihdam edilerek maddi özgürlüğünü sağlaması gerekmektedir. Özellikle birçok alanda toplumsal cinsiyet bakış açısı nedeniyle problem yaşayan kadınların iş hayatında da bu problemlerle karşılaştıkları bilinmektedir. Temel ihtiyaçlar arasında yer alan sağlık hizmetlerine ulaşım noktasında da karşımıza sosyal sigortalar, ücret düzeyi ve kendi ücreti üzerinde ailesindeki özellikle erkek fertlerden (baba,eş ağabey, vs.) bağımsız olarak takdir hakkının olmaması gibi nedenlerle bağlantılı olarak istihdam kavramı çıkmaktadır. Bu noktada kadın istihdamı kavramının sağlık hizmetleri kavramından ayrı düşünülmemesi gerekir.

İş gücü ve üretime katılımın kadınların sağlık hizmetlerine erişimine katkı sağladığı ve destek olduğu görülmektedir. Ancak 2018 TNSA ile elde edilen veriler, araştırmanın yapılmasından önceki son bir yılda 15-49 yaş grubu evli kadınların düşük bir oranının (%32) son bir yılda çalışmış olduğunu, kadınların 15-49 yaş grubu eşlerinin ise %94'ünün çalıştığını ortaya koymaktadır. Evli kadınlar arasında çalışmama nedenleri olarak belirtilen faktörler; %29 ile ev kadını olmak ve %31 ile çocuk bakımı şeklinde yer almaktadır (HÜNEE, 2018). Elde edilen veriler ile evli kadınlar içerisinde çalışma yaşamında yer alanların oranının oldukça az olduğu, buna karşılık evli erkeklerin kadınlardan çok yüksek bir fark ile çalışma yaşamında yer aldığı görülmektedir. Ayrıca kadınlar kendilerine yüklenmiş ev işlerini ve çocuk bakımını çalışmaları önündeki en büyük engeller olarak görmektedir. Bu veriler ile birlikte kadının çalışma yaşamında yer alması için gerekli politikaların yeterince hayata geçirilmediği söylenebilmektedir.

2019 yılı verilerine göre Türkiye'de işgücüne katılım oranı %50,28 olarak hesaplanmıştır. Bu oran içerisinde erkeklerin oranı %71,6 iken kadınlara ait oran ise %33,9'dur (TÜİK, 2020). Verilerde görüldüğü üzere ülkemizde yaşanan istihdam sıkıntısının yanısıra cinsiyet eşitliğini yok sayan bir bakış açısının da baskın olması istihdam oranları arasında cinsiyete bağlı olarak değişen bir farkın ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Mevcut işgücüne katılımda her on kişiden sadece üçünün kadın olduğu, yani ekonomik özgürlüğünü elde etmiş kadınların oranının erkeklere oranla düşük seviyede olduğu görülmektedir. Bu durum da haklarına ve ihtiyaçlarına özgür ve bağımsız bir şekilde ulaşmak isteyen daha çok sayıda kadının, önlerine çıkacak daha çok problemle karşılaşması sonucunu doğurmaktadır. Ortaya çıkan istihdam probleminin ülkenin genel sorunu olmasının yanısıra kadınlar bu süreçten daha fazla etkilenmektedirler. Bu durum sağlık hizmetlerine ulaşma ve kullanma açısından da kadınları dezavantajlı konumda tutmaya neden olmaktadır.

3. TOPLUMSAL CİNSİYET VE KADIN SAĞLIĞI

Toplumsal cinsiyet olgusunun toplumu oluşturan bireylerin hepsi üzerinde etkisi olmakla birlikte hemen hemen tüm dünya ülkelerinde özellikle kadınlar üzerinde olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Çalışmamız kapsamında bu sorun; kadın ve üreme sağlığı, kadına yönelik şiddet ve kadın sağlığı, tütün kullanımı ve kadın sağlığı ile beslenme sorunları ve kadın sağlığı başlıkları altında incelenmiştir.

3.1. Kadın ve Üreme Sağlığı

Kadın üreme sağlığı özellikle kadın için bireysel boyutta fiziksel ve ruhsal sağlık yönünden önemli bir konu olmakla birlikte toplumsal cinsiyet açısından da birçok sosyal faktör tarafından etkilenmektedir. Bu anlamda kadın üreme sağlığı, kadının kendi sağlığı yanında sahip olacağı çocuğunun sağlığı ve makro anlamda toplumun sağlığı açısından da önem arzeden bir konuyu oluşturmaktadır. Kadın üreme sağlığı doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası olarak gruplandırılmaktadır.

Türkiye'de nüfus artışı ile birlikte üreme çağında bulunan nüfusun sürekli artması, bilinçsiz bir şekilde evlilik öncesi küçük yaşta girilen cinsel ilişkilerin ve riskli davranışların artmaya başlamasıyla, istenmeyen gebeliklerin yaşanmaması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE)'ın oluşumunun engellenmesi, planlanmış sağlıklı gebelik ve sağlıklı bir yaşam sürdürülebilmesi için eğitim programlarının oluşturulması gerekmektedir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığının Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından oluşturulmuş Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Eğitim(CSÜS) modülüyle bu ihtiyaçların karşılanması, özellikle gençlerin sağlık alanındaki cinsel sağlık gibi önemli bir konu hakkında bilgi sahibi olarak gelişimlerinin sağlanması işlevinin yerine getirilmesi amaçlanmıştır. Türkiye'deki CSÜS hizmetlerinin bileşenleri; aile planlaması (AP), güvenli annelik (GA), CYBE-

HIV/AIDS'ten korunma ve bakım, adölesan dönemi gereksinimleri, menopoz ve sonrası dönem gereksinimleri, fertilite hizmetleri, menstrüel düzenleme, üreme organları kanseri, cinsellik hakları ve üreme hakları gibi konularını içermektedir (Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Komisyonu, 2004).

Gelişmekte olan ülkelerde gerçekleştirilen çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre anne ölümlerinin başlıca sebepleri; ciddi kanama, enfeksiyon, toksemi, engellenmiş eylem ve sağlıksız koşullarda gerçekleşen düşükler şeklinde sıralanabilmektedir (Ana Çocuk Sağlığı ve Planlaması Genel Müdürlüğü, 2009, s.3). Türkiye'de de kadınların gebelikleriyle ilgili her aşamada ortaya çıkabilecek bu komplikasyonların oluşmaması ve anne ve bebeğin sağlığını tehlikeye atacak risklerin oluşumunun engellenmesi için güvenli annelik programı oluşturulmuştur. Güvenli annelik programı ile bu risklerin büyük bir kısmının engellenebileceği ve bunun için de eğitimlerin ve hizmetlerin gerekli olduğu görülmektedir. Türkiye'de oluşturulan güvenli annelik programının içeriği; doğum öncesi bakım, güvenli doğum ve doğum sonrası bakım için eğitim ve sağlık hizmetlerinin yapılması ve aile planlaması hizmetlerinin sağlanmasıyla istenmeyen gebelik/düşüklerin önlenmesi ve sonlandırılması, sevk mekanizmaları ile birlikte gebelik, doğum ve düşük komplikasyonlarının yönetimi şeklinde sıralanmaktadır (Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Komisyonu, 2004, s.13).

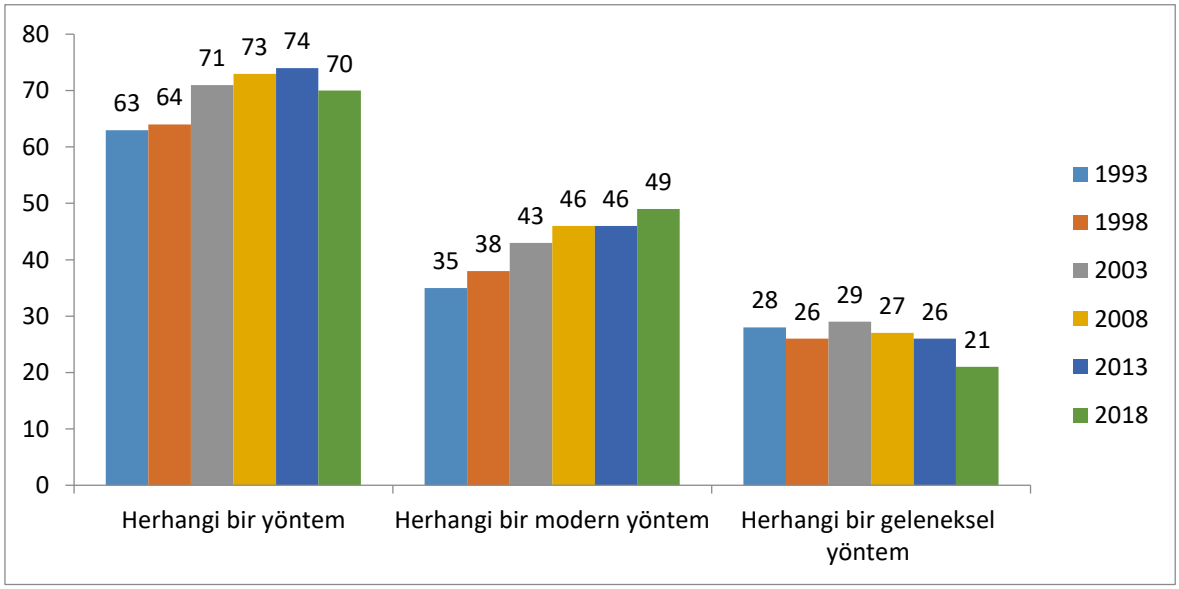
Doğum öncesi sağlığın korunması anlamında, üreme sağlığı alanının önemli bir alt başlığını doğum kontrol yöntemleri oluşturmaktadır. Etkili doğum kontrol yöntemleri ebeveynlerin ekonomik, sosyal ve psikolojik olarak bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olmalarını anlatan bir yöntemdir. Türkiye'de kadınların sahip olmak istedikleri ortalama çocuk sayısı 2,8'dir. Herhangi bir eğitim almamış veya ilköğretim okumamış kadınlar ortalama 3,5 çocuğa sahip olmak isterlerken, lise veya lise üstü eğitim almış kadınlar 1 çocuk az isteyerek ortalama 2,5 çocuğa sahip olmak istediklerini belirtmişlerdir (HÜNEE, 2018). Eğitim seviyesi yükselen kadınların sahip olmak istedikleri çocuk sayısı eğitim seviyesi düşük olan kadınlardan daha az olmaktadır. Bu durum eğitim faktörünün çocuk sayısı isteme üzerindeki etkisini göstermektedir.

Aile planlaması, en temel sağlık hizmeti uygulamaları arasında yer almaktadır. Kadının gebeliğini, ara vererek veya sınırlayarak planlayabilmesi; hem kendi sağlığı hem de ailesinin sağlığı üzerinde doğrudan bir etki göstermektedir. Gebelik önleyici yöntemlerin kullanılması diğer sağlık yararlarının yanı sıra, istenmeyen gebeliklerden ve HIV/AIDS gibi zührevi hastalıklardan korunmayı olanaklı kılmaktadır (Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Komisyonu, 2004, s.26). Kadının yaşam boyu sağlıklı bir cinsel hayatının olması, sağlığını bozacak hastalıklardan korunması, isteği dahilinde sağlıklı bir şekilde gebe kalması ve gebeliğini sürdürebilmesi konusunda aile planlaması uygulamaları önemli bir yer tutmaktadır.

Aile planlaması yöntemlerinin bilinirliği düzeyinin ortaya çıkarılması anlamında Türkiye'de 2018 yılında HÜNEE tarafından yapılan bir araştırmada kadınların %97'sinin en az bir modern aile planlaması

yöntemini bildiği tespit edilmiştir. Doğum kontrol hapı (%93), tüplerin bağlanması (%85), RİA(Spiral)(%84) ve prezervatif (%83) kadınlar arasında en yaygın bilindiği ifade edilen yöntemlerdir. Araştırmadan elde edilen verilerde kadınların bu yöntemleri bilmeleri oranının yöntemleri kullanma oranı ile birebir örtüşmediği tespit edilmiştir. Buna göre kadınların %74'ünün herhangi bir aile planlaması yöntemini kullanmakta olduğu bunlardan ise sadece %47'sinin kullandığı yöntemin modern yöntemlerden olduğu görülmüştür. Aile planlamasında modern yöntem kullanım düzeyi ile eğitim seviyesi arasındaki ilişki incelendiğinde; okula gitmemiş ya da ilkokulu bitirmemiş kadınlarda bu yöntemlerin kullanımının en alt seviyede olduğu bilinmektedir. Modern yöntem kullanım düzeyi oranlarının eğitim düzeyi ile ilişkisi incelendiğinde hiç eğitim almamış ya da ilkokulu bitirmemiş kadınlar, lise ve üzeri eğitim almış kadınlardan %12 daha düşük oranla modern yöntemleri kullanmaktadır. Aile planlamasına erişimle bağlantılı olarak doğurganlık; kırda kente göre, doğuda diğer bölgelere göre, eğitim almamış ya da ilkokulu yarım bırakmış kadınlarda, diğer eğitim düzeyine sahip kadınlara göre, hane halkı refah düzeyi en düşük ailelerde, diğer ailelere göre daha yüksektir. Bahsedilen bu verilerle kadınların üreme sağlığını etkileyen birden çok sosyal faktör olduğunu ve bunların iyileştirilmesi için çalışmaların yapılması gerektiği görülmektedir. Bu çalışmalar hem kadınların sağlık koşullarını düzelteceği gibi kadınların sahip olduğu ve olacağı çocukların sağlıklarında da düzelme göstererek sağlıklı toplumlar oluşturulması sağlanacaktır. Gebeliği önleyici modern yöntemleri kullanan evli kadınların yaşadıkları bölge açısından oranları incelendiğinde %50 ile en yüksek orana sahip bölgenin Ege Bölgesi ve Marmara Bölgesi olduğu, %43 ile en düşük orana sahip olan bölgenin ise Doğu Anadolu Bölgesi olduğu tespit edilmiştir (HÜNEE, 2018). Bu veriler eğitim seviyesi ve gelişmişlik düzeyi ile modern yöntem kullanımının yaygınlığı arasındaki doğrusal ilişkiyi destekler niteliktedir.

Şekil 1.Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımının Zaman İçindeki Değişimi (%)



Kaynak: TNSA (1993,1998, 2003, 2008, 2013, 2018)

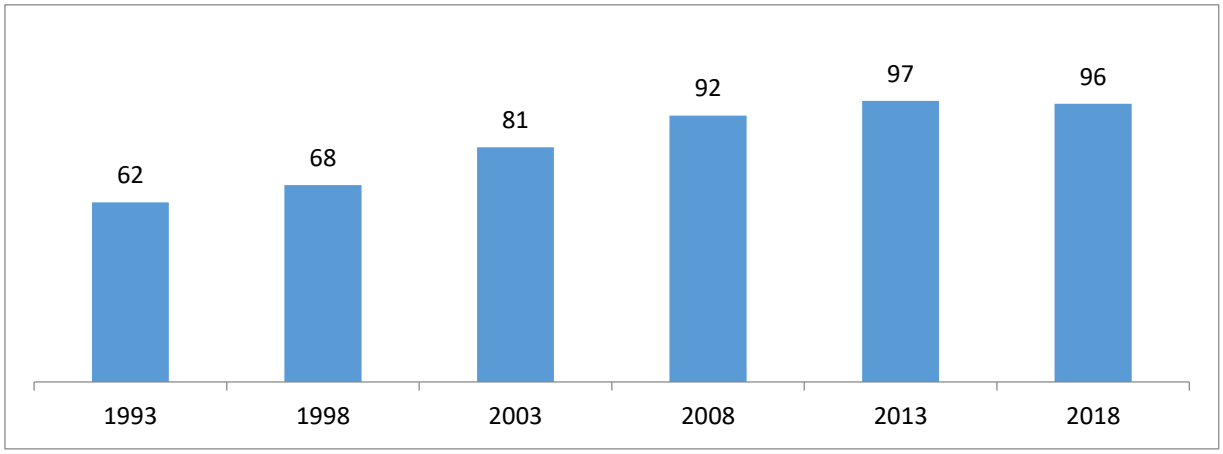
Grafik 1, 1993-2018 (TNSA) yılları arasında evli kadınların gebeliği önleyici yöntemleri kullanımında yıllara göre gerçekleşen değişimleri göstermektedir. Gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanan kadınların oranı 1993 yılında %63 düzeyindeyken bu oranın 2013 yılına kadar 2013 yılı dahil sürekli artış eğiliminde olduğu, 2013-2018 döneminde ise 2018 yılında düşüş eğiliminde olduğu görülmektedir. Bu oran en son %70 olarak tespit edilmiştir. Geleneksel ve modern yöntem olarak ikiye ayrılan gebeliği önleyici yöntemlere bakıldığında modern yöntem kullanımında yıllara göre artışın olduğu, geleneksel yöntemlerde de azalma olduğu görülmektedir. Son 25 yılda, evli kadınlar düzeyinde geleneksel yöntem kullanımında %7 oranında bir düşüş söz konusu iken modern yöntemlerin kullanımında ise %14 oranında bir artış yaşanmıştır.

Üreme sağlığı başlığı altında kadının sağlığını etkileyen bir diğer konu isteyerek gerçekleştirilen düşüklerdir. İsteyerek gerçekleşen düşükler istenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasıdır. Ülkemizde 1983 yılında kabul edilen 2827 sayılı Nüfus Planlaması Yasası ile 10 haftaya kadar olan gebeliklerin isteğe bağlı olarak sonlandırılmasına izin verilmektedir. Gebeliğin sonlandırılması aile planlaması yöntemleri arasında ifade edilmemektedir. Ancak planlanmamış veya istenmeyen gebeliklerin sağlıklı bir şekilde sonlandırılması kadın sağlığı açısından önem arz etmektedir. (Ana Çocuk Sağlığı ve Planlaması Genel Müdürlüğü, 2009, s.65). DSÖ, dünya çapındaki gebeliklerin yüzde 38'ini istenmeyen gebeliklerin oluşturduğunu ve belirtilen oranın yarısından fazlasının kendi istekleriyle düşükle sonuçlandırdıklarını belirtmektedir. İstenmeyen gebelikler sonucunda yanlış yapılan uygulamalar, anne ve çocuk ölümlerine ve sonrasında kadında ortaya çıkabilecek uzun süreli fiziksel sakatlıklara, hastalıklara ve ruhsal hastalıklara yol açan başlıca etkenler olarak kabul edilmektedir (Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Komisyonu, 2004).

HÜNEE tarafından yapılan TNSA kapsamında isteğe bağlı düşük yapma oranlarının 1993-2018 yılları arasındaki değişimine yer verilmiştir. 1993 yılında isteyerek düşük yapan kişilerin oranı 100 gebelikte 18 iken bu sayı 2018 yılına gelindiğinde 100 gebelikte 5,9'a kadar gerilemiştir. Düşük yapma oranlarının azalması daha fazla sayıda kadının düşük yapma sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilecek rahatsızlıklardan da korunmuş olmasını sağlamaktadır.

Kadın üreme sağlığı açısından ele alınması gereken bir diğer önemli konu ise doğum öncesi bakımıdır. Doğum öncesi bakımın sağlık görevlileri aracılığıyla alınması anne-çocuk sağlığı açısından önemlidir

Şekil 2. Gebelik Sürecinde Sağlık Personelinden Edinilen Doğum Öncesi Bakım (Son Doğum İçin)

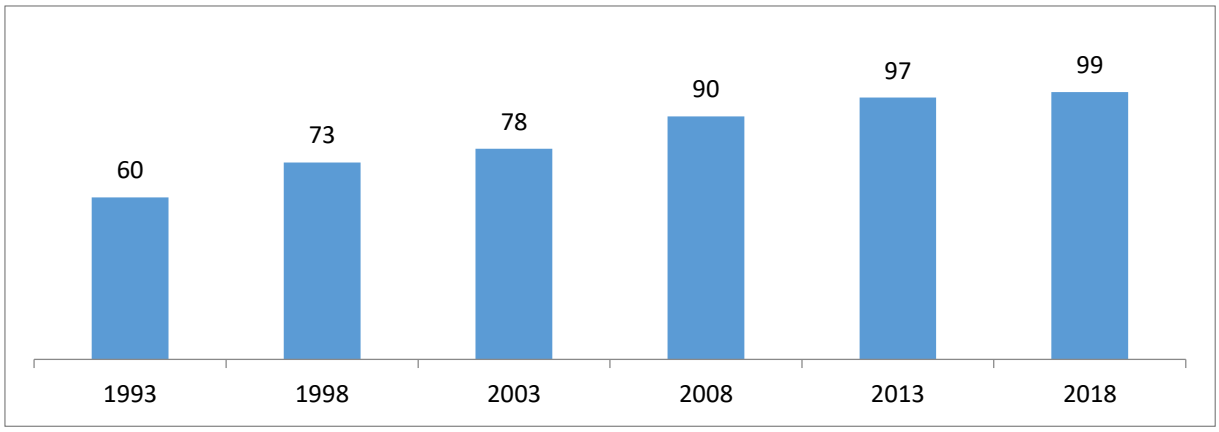


Kaynak: TNSA (1993,1998, 2003, 2008, 2013, 2018)

Grafik 2'de yer alan 1993-2018 TNSA sonuçları kapsamında gebelik sürecinde bakım alan kadınların yıllara göre değişimini gösteren oranlara yer verilmektedir. 1993 yılında sağlık personelinden doğum öncesi yardım alan kadınların oranı yüzde 62 iken 2018 yılına kadar doğum öncesi yardım alan kadınların oranı büyük bir gelişme göstererek yüzde 96'ya kadar yükselmiştir. Kadınların sadece yüzde 4'ü doğum öncesi bakım almamıştır. Kadınların yüzde 96'sı doğum öncesi bakımı doktor, hemşire ya da ebe gibi bir sağlık görevlisinden edinmiştir (HÜNEE, 2018). Doğum öncesi bakım ile ilgili oranlara bakıldığında gebelik yaşayan kadınların büyük çoğunluğunun bu hizmetlerden yararlandığı görülmektedir. Bu da bebeklerin sağlıkla dünyaya gelmesini ve annelerin sağlıklı bir gebelik süreci geçirmesini daha olanaklı kılmaktadır.

Gebelik süreci sonunda doğumun gerçekleştirileceği yer ile ilgili olarak, hem anne hem de çocuk sağlığı açısından doğumun sağlık kuruluşlarında ve sağlık personeli ile gerçekleştirilmesi önem arz etmektedir.

Şekil 3. Sağlık Kuruluşunda Doğum Oranları (%)



Kaynak: TNSA (1993,1998, 2003, 2008, 2013, 2018)

Grafik 3'te 25 yıl içerisinde düzenli olarak yapılan araştırma ile yıllar içerisinde sağlık kuruluşunda doğum yapma oranlarının olumlu olarak arttığı değişimi gösterilmektedir. Sağlık personelinden alınan doğum öncesi yardım gibi sağlık kuruluşunda doğum yapan kadınların oranında da benzer bir yükselme söz konusudur. 1993 yılında sağlık kuruluşunda doğum yapan kadınların oranı %60 iken 2018 yılında doğumların neredeyse tamamı (%99) bir sağlık kuruluşu ortamında gerçekleştirilmişken; doğumların sadece %1'i evde gerçekleştirilmiştir (HÜNEE, 2018). 2018 yılı verileri; doğumu sağlıklı koşullarda gerçekleştirilmenin hemen hemen doğan her çocuk için mevcut olduğunu ve anne çocuk sağlığı için gebelik sürecinde olduğu gibi ve doğum yapma durumunda da profesyonel hizmetlerden yaralanmaya yönelik politikaların işlerliğinin mevcut olduğunu göstermektedir.

Kadın üreme sağlığı açısından diğer önemli bir gösterge de anne ölüm oranıdır. Anne ölümü; gebeliğin başlangıcından doğum sonrası 42. günü kapsayacak şekilde, tesadüfi ve kaza gibi sebeplerden kaynaklanmayan, gebelik veya gebeliğin yönetimiyle ilgili olan veya bunların ağırlaştırdığı herhangi bir sebeple kadının ölmesidir. DSÖ'ye göre 2015 yılında tüm dünyada gebelik ya da doğum sonu komplikasyonlara bağlı olarak 330 bin anne ölümü meydana gelmiş olup tüm dünyada anne ölüm oranı yüz binde 216'dır. Türkiye'de ise 2015 yılı verilerine göre ölüm oranı yüz binde 14,6'dır. Anne ölümlerine sebep olarak çok farklı problemler bulunmaktadır. Kadının karar verme sürecinde düşük statüye sahip olma, tehlike sinyalleri ve bulguları konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması, yanlış inanışlar, hizmete erişim hususunda problemler, ekonomik yoksunluklar, yerel sağlık kuruluşlarının sayısının azlığı, sağlık kuruluşunun uzak olması, organizasyon bozukluğu sağlık malzemesi ve personel eksikliği, hizmet sunucuların kapasite eksikliği gibi birçok etken kadınların gerekli sağlık hizmetini almasına engel olarak anne ölümlerinin yaşanmasına neden olabilmektedir. Kırsal ve kentsel yaşam arasındaki imkanlara ulaşma farkı da anne ölümlerine neden olan faktörler arasında sayılabilmektedir (Ana Çocuk Sağlığı ve Planlaması Genel Müdürlüğü, 2009, s.9). Hem doğum yapacak kadının hem de bebek ölümlerinin önlenmesi için; sağlık personeli ile sağlık kuruluşunda doğum yapma, gebelik öncesi danışmanlık, doğum öncesi bakım, yeni doğan yoğun bakım üniteleri gibi hizmetlerin öncelikli olarak nitelik ve niceliğinin arttırılması konuları öne çıkmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2017).

Kadın üreme sağlığı, uzmanlık gerektiren ve sosyal, ekonomik, toplumsal vb. birçok faktöre bağlı ve sonuçlarıyla sadece kadını değil toplumun tümünü ilgilendiren bir halk sağlığı konusudur.

3.2. Kadına Yönelik Şiddet ve Kadın Sağlığı

Şiddet kavramı DSÖ tarafından, fiziksel üstünlük veya psikolojik baskı unsurlarının kullanımı ile başka bir kişiye yönelik gerçekleştirilen uygulama sonucu kişinin fiziksel veya psikolojik iyilik halinin bozulmasına veya bozulma ihtimalinin oluşmasına yol açma durumu şeklinde tanımlanmaktadır. Şiddet deyince akla gelen ilk etki fiziksel güç olsa da buna ek olarak, kötü davranarak duygusal etkiye de neden

olan baskın güç şeklinde de tanımlanabilmektedir. Genel anlamda huzuru bozan, tartışmaya neden olan bireye fiziksel veya ruhsal etkisi olan eylemlerin ifadesi olarak tanımlanabilmektedir (TBMM, 2006, s.89).

Şiddet olgusu, sağlık kavramı tanımlanırken ifade edilen tam iyilik halinin dışarıdan bir güç tarafından engellenerek ortadan kaldırılması halidir. Özellikle kadına yönelik şiddetin oldukça artış gösterdiği günümüzde şiddet kavramını kadın sağlığından ayrı ele almak mümkün olmamaktadır.

Kadına şiddet kavramı, cinsiyete dayanarak kadını inciten fiziksel, cinsel, zihinsel ve duygusal hasarlar ile sonuçlanan kadına baskı uygulayarak özgürlüklerini kısıtlayan davranış olarak tanımlanmaktadır. Kadına yönelik şiddetin altında yatan en büyük olgunun baskın ataerkil güç olduğu görülebilmektedir. Erkek egemen baskın bakış açısına sahip toplumlarda erkek, otorite figürü olarak görülmekte ve kadınlar ikinci planda yer almaktadır. Bunun sonucunda kadınlar ötekileştirilen ve dış etkenlerin negatif sonuçlarına maruz kalan grup olarak karşımıza çıkmaktadır. Böylece kadınların şiddetin her boyutuyla karşı karşıya kaldığı görülmektedir. Çok eski zamanlardan bu yana varolduğu bilinen şiddet günümüzde kadınların fiziksel, duygusal ve sosyal boyutta sorunlarının oluşmasına ve sağlıklarının bozulmasına ek olarak yaygın bir sorun olmaya başlaması nedeni ile halk sağlığı sorunu olarak ele alınmaya başlanmıştır (TBMM, 2006, s. 99). Böylelikle kadına yönelik şiddet kadın sağlığının sağlanması konusunda nedenleri ve sonuçları ile incelenip üretilen çözümlerin devlet politikaları ve yasal düzenlemelerinin geliştirilmesi ile ortadan kaldırılması gereken bir toplum sorunudur.

Şiddet korkusu yaşayan kadının yaşamında hareket alanına baskı yapılarak sosyal hayatında kaynaklara ulaşma konusunda engellerle karşılaştığı bilinmektedir. Kadınların hayatını kısıtlayan bu kavramı çeşitli başlıklar altında sınıflandırmak mümkün olmaktadır. Kadına yönelik şiddet kavramının içerisinde yer alan şiddet biçimlerini fiziksel, psikolojik, cinsel, sözel ve ekonomik şiddet şeklinde ayırmak mümkündür Kadına uygulanan şiddetin sonucunda yaşanan bazı sağlık sorunlarını; fiziksel sonuçlar, cinsel sağlık ve üreme sağlığı, psikolojik ve davranışsal sonuçlar ile ölümcül sonuçlar olarak gruplara ayrılarak incelemeler gerçekleştirilebilir. Bu dört temel başlık altında olası sonuçlar incelenmektedir. Fiziksel sonuçlar arasında; kafa travmaları, kırıklar, sindirim sistemi bozuklukları, çürük, ezik vb. etkiler, cinsel sağlık ve üreme sağlığı sorunları arasında; cinsel işlevlerde bozukluk, gebelik komplikasyonları/düşük/erken doğum, istenmeyen gebelikler vb. gibi etkiler, psikolojik ve davranışsal sonuçlar arasında; depresyon ve anksiyete, azalmış benlik saygısı, post travmatik stres bozukluğu vb. etkiler, ölümcül sonuçları arasında ise; cinayet, intihar, AIDS'e bağlı ölümler ve anne ölümleri bulunmaktadır (TBMM, 2006, s. 91,102). Kadınların fiziksel veya cinsel şiddet yaşaması sonucunda oluşan yaralanmalar şiddetin kadınlar üzerindeki doğrudan ve görünen etkisini göstermektedir. 2009 yılında yapılan bir araştırmaya göre elde edilen bilgiler doğrultusunda bir genelleme yapılarak

Türkiye'de kadınların hayatlarının herhangi bir döneminde eşleri veya birlikte olduğu kişi ya da kişiler tarafından %39' unun fiziksel şiddete, %15'inin cinsel şiddete, %42'sinin fiziksel veya cinsel şiddete, %44'ünün duygusal şiddet ve istismara maruz kaldığı tespit edilmiştir (Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2009, s.17, 27). Verilen oranların oldukça yüksek olduğu ve neredeyse her iki kadından birinin herhangi bir şiddet türüyle karşı karşıya kaldığı görülmektedir. Şiddet sebebiyle sağlık sorunu yaşayan kadın sayısının fazla oluşu bu duruma yönelik hizmetlerin gerekliliğini daha fazla ortaya koymaktadır. Örneğin, şiddete maruz kalan kadınlarda düşük doğum ağırlığına sahip bebeğe sahip olma oranı %16'dır. Şiddete maruz kalan kadınlar, kalmayanlara oranla neredeyse iki kat daha fazla kürtaj olmakta ve depresyona girmektedir (Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2016). Bu bilgiler bize kadına yönelik şiddetin doğrudan kadın sağlığı üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Ataerkil toplum yapısının içselleştirilmesi erkeğin gösterdiği şiddeti meşrulaştıran en büyük nedenler arasında yer almaktadır. Bu içselleştirmeyi kadınların da benimsediği noktalar bulunmaktadır. Kadınların %9'u çeşitli nedenlerde erkeklerin eşlerine fiziksel şiddet uygulamasını doğru bulduğunu ifade etmiştir. Bu nedenlerden bazıları; kadın yemeği yakması, kadının eşine karşılık vermesi, kadının eşinden habersiz dışarı çıkması, kadının çocukların bakımını ihmal etmesi ya da kadının eşiyle cinsel ilişkiye girmeyi reddetmesi şeklinde sıralanabilmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2018). Bu oranlar ve ifadeler kadınların bir kısmının ataerkil toplum yapısını içselleştirerek içerisinde yaşadıkları toplumun kadına bakışı doğrultusunda hareket edilmesinin doğru olduğu görüşünü benimsediğini göstermektedir.

Kadına yönelik şiddetin en uç noktası olarak kabul edilen durum ise "namus cinayeti'' veya "töre cinayeti'' olarak adlandırılan cinayetlerdir. Resmi verilere ulaşmakta zorluklar yaşanıyor olsa da Dünya'da her yıl sayısız kadın, namus/töre cinayetleri sonucu hayatlarını kaybetmektedirler. Namus/töre cinayetlerinin bir kısmına intihar ya da kaza süsü verilmesi ya da çeşitli şekillerde örtbas edilmesi, bu cinayetlerin sayısının sağlıklı bir biçimde belirlenmesini zorlaştırmaktadır.

Türkiye de, namus/töre cinayetlerinin yaygın biçimde işlendiği ülkeler arasında yer almaktadır. BM Nüfus fonunun tahminlerine göre Dünya'da her sene ortalama 5000'den fazla kadın namus cinayetine kurban gitmektedir. Bu cinayetlerin en fazla görüldüğü ülkeler arasında; Bangladeş, Brezilya, Ekvador, Fas, Hindistan, Pakistan, Uganda, Ürdün ve Türkiye yer almaktadır. Namus/töre cinayetleri, toplumda kendilerine biçilmiş rollerin veya kişiye, topluma, bölgeye ve zamana göre değişen ahlâki normların dışına çıktığı varsayılan kız çocuklarına ve kadınlara yöneltilmiş olan en zalim şiddet türü olarak kabul edilmektedir. Namus/töre cinayetleri, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi, Çocuk Hakları Sözleşmesi hükümlerine de aykırı bir uygulamadır. (TBMM, 2006, s. 109, 132).

3.3. Tütün Kullanımı ve Kadın Sağlığı

Yüksek oranlı nikotin içeriği nedeni ile yapmış olduğu bağımlılıkla sigara kullanımı, bugün bütün dünya toplumlarının önemli bir sorunu haline gelmiştir. Sadece sigara içenleri değil, sigara içenlerin bulunduğu ortamda olmaları sebebiyle pasif içici olanları da zararlarıyla etkilemektedir.

DSÖ'ye (2010) göre, sigara dünyada ikinci önemli ölüm sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca dolaylı yollardan da çeşitli hastalıklara neden olan etken maddeleri içeren bir yapıya sahiptir. Birçok hastalığın oluşumunda risk faktörü oluşturmasının yanısıra solunum sistemi hastalıklarının oluşmasında en önemli etkendir. Özellikle hamilelik sürecinde sigara içilmesi annenin sağlığı ile birlikte bebeğin sağlığını da olumsuz yönde etkilemektedir. Düşük bebek doğumları ve dünyaya gelmiş olan bebeğin tütün kullanımının etkisiyle bağışıklık sisteminin zayıf olması nedeniyle sık hastalanmasına etken olabilmesi bunlardan bazılarıdır (Sağlık Bakanlığı, 2007, s.82).

TNSA (2008) sonuçlarına göre evli kadınların yüzde 30'u daha önce sigara kullanmıştır, halen sigaraya devam eden kadın oranı ise %22'dir. Gebeliği süren her on kadından biri ve emziren kadınların yüzde 17'si sigara içmeye devam etmektedir Elde edilen oranların yüksek olması anne-çocuk sağlığı kapsamında sigara kullanımına yönelik çalışmaların arttırılması gerekliliğini göstermektedir.

Kadınlar, biyolojik özellikleri nedeniyle tütün kullanımında erkeklere göre daha farklı etkilerle karşılaşmaktadır. Ortaya çıkan bu etkiler kadınların sağlıklılarını olumsuz yönde etkileyen özelliklere sahip olmaktadır. Bu durum anne sağlığını etkilemesinin yanında çocuğun sağlığında da kısa vadeli ve uzun vadeli problemlerin ortaya çıkmasına neden olma ihtimalini ortaya çıkarmaktadır. Özellikle tütün kullanımı, anne-çocuk sağlığı açısından üzerinde önemle durulması gereken bir konu olarak karşımızda durmaktadır.

Sigara kullanımı, hem genel sağlık açısından hem de üreme sağlığı açısından kadın üzerinde olumsuz etkilere yol açmaktadır. Genel sağlık üzerindeki etkiler olarak; çeşitli kanser türleri, kalp hastalıkları, solunum yolu hastalıkları, kemik erimesi ve bu duruma bağlı kemik kırılmalarının olabileceği belirtilmektedir. Üreme sağlığı üzerindeki etkileri; gebe kalma süresinin ortalama 3 ila 12 ay arası uzaması, birincil veya ikincil infertilite, menapoza daha erken ortalama 2 yıl daha önce girilmesi, düşük yapma riskinin artması, erken doğum eylemi, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riski (bebeğin doğum ağırlığı ortalama 150-300gr daha az), yumurtalık foliküllerinde tükenme, regl düzensizlikleri ve iki regl arası sürenin kısalması, mesane ve rahim ağzı kanseri gibi risk faktörlerine neden olabilmektedir (istanbulsaglik.gov.tr). Bu sorunların arasında yer alan bir sorun olan infertilitenin tanımı; çiftlerin bir yıl içerisinde çocuk istemeleri ve herhangi bir korunma yöntemine başvurmadan düzenli cinsel ilişkide bulunmalarına karşın gebeliğin gerçekleşmemesi şeklinde tanımlanmaktadır. Sigara içen kadınlarda infertilite görülme oranı, içmeyenlere oranla on kat daha fazladır (Terzioğlu vd, 2008, s.11-14).

Sigaranın üreme sağlığıyla ilgili yaşanan sorunlara etki etmesinin yanında kadın cinsel fonksiyon bozukluğuna da neden olabileceği bilinmektedir. Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu fizyolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal anlamda çok yönlü sorunlara neden olan bir sağlık sorunudur. Sigaranın kadın cinselliği üzerine etkisini konu alan çalışmalarda sigara içen kadınlarda içmeyenlere göre cinsel fonksiyon bozukluğunun daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Nikotinin başka bir etkisi ise cinsel isteği artırmada gerekli olan plazma testosteron, östrojen gibi hormon seviyelerine olumsuz yönde etkilemesi bu bilgilere destek oluşturmaktadır (Çiftçi vd, 2015, s.61).

3.4. Beslenme Sorunları ve Kadın Sağlığı

Beslenme sadece bireylerin değil, makro anlamda tüm toplumların sağlıklı bir geleceğe sahip olabilmeleri için tüm gereklilikleri ile birlikte ele alınması gerekli en önemli konulardandır. Beslenme sadece vücut için gerekli yiyeceklerin alınması ile ilgili değil aynı zamanda, bireyin ekonomik durumuyla ve içinde bulunduğu toplumun sosyal, kültürel, coğrafi özellikleri ile de ilgili önemli bir konudur. Kadın ve erkek cinsiyetleri arasında beslenmenin önemi ve gerekliliği konusunda bazı hormonlar ve üreme sağlığı nedeniyle kadınların yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu bazı sıkıntılarla karşılaşabileceği yapılan araştırmalarda tespit edilmiştir. Beslenme yeterli ve dengeli bir şekilde yapılmadığı takdirde kadınların gelişim dönemleri, gebelik/doğum dönemleri ve yaşlılık dönemleri için riskli durumlar ortaya çıkarabilecektir. Yetersiz beslenme sadece kadının değil, gebe olması durumunda hem gebelik sürecinde hem de doğum sonrasında kendisinin ve bebeğin sağlığı açısından birtakım hastalıkların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

Bebeklerinin doğumdan sonra demir eksikliği anemisi rahatsızlığı yaşamaması için hamile kadınların beslenmeleri hususunda çok dikkatli olmaları gereklidir. Adölesan dönemindeki çocukların beslenmeleri de gelişimleri açısından oldukça önemlidir. Özellikle bu dönemde kız çocuklarının erkek çocuklarından beslenmelerine daha fazla dikkat edilmesi gerekir. Çünkü demir ihtiyaçları daha fazladır. Demir eksikliği anemisinin ortaya çıkarak ilerlediği durumlarda ve ileriki yaşlarda kadınların sağlık sorunları yaşama ihtimalleri artmaktadır. Gebe kadınların da süreç boyunca ve emzirme döneminde de kendi sağlığı ve bebeğin sağlığı ve gelişimi için beslenmelerine dikkat etmeleri gerekmektedir. Gebe kadının demir, iyot, folik asit gibi besin maddelerinin eksikliği çocukta büyüme geriliği ve mental retardasyon gibi rahatsızlıkların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Aslan, 2001).

Kadınlar açısından bir diğer beslenme sorunu da obezitedir. 2010 yılında gerçekleştirilen Türkiye'de Beslenme ve Sağlık Araştırması ön raporunun sonucuna göre, Türkiye'de toplam nüfus içerisindeki obezite oranının yüzde 30,3 olduğu tespit edilmiştir. Bu oranın cinsiyetlere göre dağılımına bakıldığında erkeklerde yüzde 20,5; kadınlarda ise yüzde 41,0 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre obezitenin kadınlarda erkelere göre neredeyse iki katı oranında görüldüğü ifade edilmektedir (Halk Sağlığı Genel

Müdürlüğü, 2011). Kadınların beslenme konusunda yeterli bilinç seviyesinde olmaları ve buna uygun beslenebilmeleri konusunda eğitim ve ekonomik anlamda destek mekanizmalarının sağlanması hem kadınların sağlığı hem de gelecek nesillerin sağlığı açısından önemlidir.

SONUÇ

Sağlık kavramı sadece fiziksel iyilik hali için değil, aynı zamanda psikolojik, sosyal, ekonomik vb. birçok değişkenden etkilenmesi ve bu değişkenlerle de tam iyilik hali içerisinde olunması olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı toplumların oluşturulabilmesi için bahsedilen değişkenlerde tam iyilik halinin oluşturularak sağlıklı bireylerin var olması gerekmektedir. Bunun için de bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda sağlık hizmetlerinin belirlenmesi ve bu hizmetlere ulaşımın da eşit koşullarda sağlanması gereklidir.

Toplumsal cinsiyet değer kalıpları etkisi ile kadının gerek kendisi gerek aile çevresi gerekse toplum açısından kendisine uygulanan birtakım yaptırımlar, kadının eğitimsizliği ve büyük bir çoğunluğunun istihdam dışında olmasının etkisi ile kadının sağlık hakkını kullanmasında ve buna erişiminde birtakım kısıtlılıklar ortaya çıkarmaktadır. Kadın sağlığının bozulması, mikro anlamda kendisini, gebe ise doğacak çocuğunu, ailesini ve makro anlamda gelecek nesillerin sağlıklı bir hayat sürmesini olumsuz bir şekilde etkilemektedir.

Her bireyin sağlıklı yaşamaya hakkı olduğundan tüm kadınların sağlık haklarını herhangi bir baskı olmaksızın kullanmalarının ve hayatlarını herhangi bir şiddet türüne maruz kalmaksızın sürdürmelerinin sağlanması kendi hayatları, insanlık onuru ve bir toplumun güveni ve huzuru için olmazsa olmazdır.

KAYNAKÇA

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2016). Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı (2016-2020) [Elektronik sürüm]. Erişim adresi:https://www.ailevecalisma.gov.tr/uploads/ksgm/uploads/pages/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-ulusal-eylem-plani/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-ulusal-eylem-plani-2016-2020-icin-tiklayiniz.pdf

Aslan, D. (2001). *Bir Sağlık Sorun Alanı Olarak Kadın ve Beslenme*. Erişim adresi: http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/bir_saglik_sorunu_olarak.pdf

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) (2019). *Human Development Report.* New York: United Nations Development Programme. Erişim adresi: https://www.tr.undp.org/content/dam/turkey/hdr2019/UNDP-TR-EN-HDR-2019-OVERVIEW-TUR.pdf

Büyüksoy, G.D. (2019). *Türkiye'nin Bazı Sağlık Düzeyi Göstergelerinin Halk Sağlığı Görüşü Açısından Değerlendirilmesi*. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 1(2), 49-59.

Çiftçi, H., Akın, Y. ve Gülüm, M. (2015). *Sigaranın Kadın Cinselliğine Etkileri*, Androloji Bülteni, 17(60), 60-63. Erişim adresi: https://jag.journalagent.com/androloji/pdfs/AND _2015 _60_60_63.pdf

Dünya Ekonomik Forum (WEF) (2006). The Global Gender Gap Report. Geneva: World Economic Forum. Erişim adresi: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GenderGap _Report_2006.pdf

Dünya Ekonomik Forum (WEF) (2020). The Global Gender Gap Report. Geneva: World Economic Forum. Erişim adresi: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2020.pdf/

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) (2010). Tobacco Use and Its Impact on Health. Erişim adresi: https://www.who.int/tobacco/publications/gender/en_tfi_gender_women_prevalence_tobacco_use.pdf

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) (2016). Women'sHealthandWell-Being in Europe: Beyond the Mortality Advantage. Erişim adresi:https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/318147/EWHR16_interactive2.pdf?ua=1

Fişek, N. (1982). *Sağlık Hizmetleri Ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları*. Modern Yönetim Semineri. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2003). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2003 (Rapor no: NEE-HÜ.09.01). Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/pdf/TNSA2003-AnaRapor.pdf.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2008. Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2013 (Rapor no: NEE-HÜ.14.01). Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/ TNSA_2013_ana_rapor.pdf/

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (Ekim 1994). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 1993. Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa1993/rapor /93rapor.pdf.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (Ekim 1999). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 1998. Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/pdf/TNSA1998-AnaRapor.pdf.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (Kasım 2019). Türkiye nüfus ve sağlık araştırması(TNSA), 2018 (Rapor no:NEE-HÜ.19.01). Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/ TNSA2018_ana_Rapor.pdf /

http://www.istanbulsaglik.gov.tr/ahweb/belge/kadin_sagligi/sigarinin_kadin_ureme.pdf

Önaçan Uzun, G. (2020). Engelli Çalışanların Esnek Çalışma Biçimlerine Yönelik Tutumları: Toplumsal Cinsiyet Açısından Bir İnceleme (Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara). Erişim adresi: http://dspace.ankara.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12575/71112

Özaydınlık, K. (2014). *Toplumsal Cinsiyet Temelinde Türkiye'de Kadın ve Eğitim*. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, (33). Erişim adresi: https://avys.omu.edu.tr/storage/app/public/eomca/128651/

T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2008). Kadının Statüsü ve Sağlığı ile İlgili Gerçekler. Ankara: T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü

T.C. Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Komisyonu (2004). Türkiye Üreme Sağlık Programı Hizmet Çerçevesi Raporu. Erişim adresi: https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/427 /Erişim tarihi: 09.05.2020.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Planlaması Genel Müdürlüğü (2009). Güvenli Annelik: Katılımcı El Kitabı [Elektronik sürüm]. Erişim adresi:

https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/G%C3%BCvenli%20Annelik%20kat%C4%B1l%C4%B1mc%C4%B1%20kitab%C4%B11.pdf.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. (2004).Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet- Etkililik Raporu. Erişim adresi: https://www.toraks.org.tr/userfiles/file/ulusal_hastalik_yuku_hastalikyukuTR.pdf /

T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. (2007). Türkiye'de sağlığa bakış 2007. Erişim adresi: https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/200708281545440_sagligabakis20.pdf.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Erişim adresi: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/ 13183,sy2016turkcepdf.pdf?0.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2011). Sağlığın Geliştirilmesi ve Teşviki Sözlüğü (Yayın No.814). Erişim adresi: https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6zl%C3%BCk.pdf

Terzioğlu, F., Yücel, Ç. ve Karatay,G. (Şubat 2008). *Sigara ve İnfertilite* (Rapor no: 731) Erişim adresi: https://sagligim.gov.tr/depo/sagligimyeni/sagliklihayat/havani_koru/Sigara_ve_Infertilite.pdf.

TÜİK (2020). Eğitim İstatistikleri. Erişim adresi: http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1018

TÜİK (2020). Hayati İstatistikler Erişim adresi:http://www.tuik.gov.tr/ UstMenu.do?metod=temelist.

TÜİK (2020). İşgücü İstatistikleri. Erişim adresi: http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1007.

Türkiye Büyük Millet Meclisi (2006). Töre ve Namus Cinayetleri ile Kadınlara ve Çocuklara Yönelik Şiddetin Sebeplerinin Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyon Raporu. Erişim adresi: https://acikerisim.tbmm.gov.tr/xmlui/handle/11543/2784.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2011). Türkiye'de Obezitenin Görülme Sıklığı Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/turkiyede-obezitenin-gorulme-sikligi.html