

DÜNYA'DA KADIN SAĞLIĞINDAKİ EŞİTSİZLİKLER

Gamze VAROL SARAÇOĞLU*

Özet: Kadınların, temel insanlık hakları arasında nitelendirilen eğitim, sağlık, adalet, güvenlik gibi hizmetlere erişme ve kullanımda dezavantajlı oldukları; eşitsizlikleri salt kadın olmaları nedeniyle daha derinden yaşadıkları belirtilmektedir. Sunulan derlemede dünya genelinde kadınların yaşadıkları, sağlıklarını doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen eşitsizlik örnekleri çeşitli boyutlarıyla incelenerek sunulmuştur. Sunulan bilgi ve bulguların, kadın sağlığını derinden etkileyen eşitsizlikleri yok edecek politikalar geliştirilmesi yönünde katkı vermesi bu çalışmanın temel hedefidir.

Anahtar sözcükler: Kadın, sağlık, eşitsizlik, sağlıkta eşitsizlik

Inequities in Women's Health in Earth

Abstract: It is stated that women at a disadvantage in access and use of services such as education, health, justice, security which are specified as basic human right; and experience inequities more deeply just because they are women. In the compilation presented samples of inequities which are experienced by women throughout the world and which effect health of women directly or indirectly were presented after being analyzed in various extents. The basic aim of this study is that information and findings provided would contribute to the development of policies which would eliminate inequity that effect women health deeply.

Key words: Women, health, inequity, health inequity

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1948'de sağlığı, "yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlamıştır. Halen tüm dünyanın kabul ettiği bu tanıma göre, dil, din, etnik köken, cinsiyet vb. ayrımı olmadan her bireyin eşit olarak sağlıklı olma hakkı vardır (**WHO, 1948**). Bir durumun eşitsizlik (inequity) olarak tanımlanabilmesi için, toplumun geri kalan kısmındaki şartların da değerlendirilmesi ve birinin diğerine göre yaşadıklarının haksız olarak tanımlanması ve engellenebilir, önlenemez olarak tanımlanması gerekir. Sağlıkta eşitsizlik, ayrıcalıklı bir toplumun bir başka toplum üzerinde; ya da bir grubun diğer bir grup üzerinde oluşturduğu baskı ve engellenebilir nitelikteki sosyoekonomik nedenlerle dezavantajlı/ezilen grubun sağlık hizmetlerine erişimi önünde engel oluşturması demektir. Gerçekte önlenemez oluşu, adil olmayışın temelini oluşturur ve adil olmayan hakkaniyetsiz bir ortamdan doğar (**Whitehead, 1992; WHO, 1998; Belek, 1998; Whitehead, 2001; Bates, 2009; Braveman, 2011; Banks, 2012**).

Cinsiyet kavramı ve eşitsizlik

Ülkelerarası, ülke içi, bölgeler arası sağlık hizmetine erişim ve sağlık düzeyi göstergeleri açısından

belirgin farklılıklar vardır. Farklı coğrafyalarda yaşama ya da farklı sosyal gruplar arasında yer alıyor olma sağlığı doğrudan ve dolaylı olarak etkilemekte, önemli mortalite ve morbidite farklılıkları gözlemlenmektedir. Kadın ve erkek cinsiyet (sex) doğal biyolojik farklılıkları nedeniyle sağlıklı olma ya da herhangi bir hastalığa yakalanma süreçleri açısından eşit değildirler. Bu tip doğal biyolojik varyasyondan kaynaklanan sağlık farklılıkları eşitsizlikten çok kaçınılmaz olarak tanımlanır (**Akın, 2006; UN, 2000**). Toplumsal cinsiyet (gender) ise; kadının ve erkeğin sosyal olarak belirlenen rollerini ve sorumluluklarını ifade eder ve toplumun bizi kadın ve erkek olarak nasıl gördüğü, nasıl algıladığı, nasıl düşündüğü ve nasıl davranmamızı beklediği ile ilgili bir kavramdır. Toplumsal cinsiyet, kadınların sağlık düzeyini ve sağlık hizmetlerinden yararlanmasını etkilemektedir (**Akın, 2006; WHO, Gender and Health 1998; Türmen, 2003; Bates, 2009**). Dezavantajlı grupların yaşam şansının daha düşük olduğu, daha genç yaşlarda öldükleri, hastalıkları daha ağır geçirdikleri, kronik hastalıklar ve sakatlıklara daha erken maruz kaldıkları bilinmektedir (**Bates, 2009; Hofrichter, 2003; Braveman, 2011; Banks, 2012**). Kadın olmak dezavantajlı gruplar arasında sayılmak için yeterlidir. Kadınların eşitsizlikleri salt

*Yrd. Doç. Dr., Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

kadın olmaları nedeniyle daha derinden yaşadıkları belirtilmektedir (Bowleg, 2012; NIH, 2011; Spelman 1998). Bu eşitsizlik daha anne karnında başlamaktadır. Kız cinsiyetli bebeğin tercih edilmemesi ve isteyerek düşüklerin artışı, kız cinsiyet nedeniyle bebeğe ilgisiz/özensiz davranma, anne sütü vermeme durumu geleneksel anlayışa sahip toplumlarda sık görülmektedir. Bu durum kız bebeklerde yüksek enfeksiyon riski, ölüm ve hastalık hızlarında artışa neden olur. Bu dönem atlatılır ve kız çocuk ergenlik dönemine erişebilirse adet görme ile birlikte kız ergenlik toplumsal cinsiyet ayrımı nedeniyle toplumsal baskı yaşamaya başlarlar. Eğitim ve kültürel faaliyetleri engellenir. Cinsel taciz/istismar, erken yaşta ve zorla evlendirme, ergen gebelikler, istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), anemi, alkol/sigara/ uyuşturucu bağımlılığı, şiddete uğrama ve para karşılığı seks bu dönemin önemli sağlık riskleri arasındadır. Üreme fonksiyonlarının en yoğun olduğu erişkin dönemde ise kadın sağlığını etkileyen olumsuz faktörler daha çok üreme/doğurganlık gibi alanlarda yoğunlaşmıştır. Gebelik ve doğumla ilgili sorunlar, istenmeyen gebelikler, düşükler, anne ölümleri, kötü beslenme, anemi, para karşılığı cinsel ilişkide bulunma, cinsel taciz/istismar, CYBE'lara yakalanma ve şiddet görme bu döneme ait temel kadın sağlığı sorunları arasındadır (Akin, 2006; WHO, Women and Health 2009). Özellikle savaş, çatışma dönemlerinde kadınların erkeklere kıyasla daha çok eziyet çektikleri; tecavüze uğradıkları, işkence gördükleri bildirilmektedir (Deportere, 2004). Menapoz ve menapoz sonrası dönemde ise menopozal bulgu ve belirtiler, kanserler, kalp damar sistemi hastalıkları, kemik erimesi, uterus prolapsusu, inkontinans, şiddete maruz kalma önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır (Akin, 2006; WHO, Women and Health 2009). Eşitsizlik bu dönemde de kendini gösterir, sağlık gereksinim ve sorunları gerek kadının kendisi, gerek yakınları tarafından ihmal edilir. Çünkü kadın yaşlanmış, üretken dönemini arkada bırakmıştır. Çoğu olgu bu dönemde sağlık hizmetine erişemez ya da geç ulaşır. Geç tanı nedeniyle tedavi ya olanaksızdır ya da güç, uzun süreli ve maliyetlidir (Akin, 2006). Çoğu toplumda kadınların erkeklere göre daha fazla sağlık sorunu yaşadıkları, yaşamlarını baskı altında sürdürdükleri, daha çok şiddet gördükleri bilinmektedir. Kadınlar erkeklerden daha uzun yaşamaktadırlar ancak daha nitelikli bir yaşam sür(e)memektedirler. Kadın sağlığındaki eşitsizliklerin boyutu ve etkileri özellikle gelişmekte olan ülkelerde daha büyüktür (Akin, 2006; UN, 2000; WHO,

WHR 1998; Türmen, 2003; Özvarış, 2003). Yoksulluk eşitsizliğe yol açarken; eşitsizlik de şiddet ve ayrımcı hareketlere neden olan bir kısır döngüyü beslemektedir (McGinn, 2000; Veit P, 2005). Tam da bu noktada kadınların yaşantıları boyunca biyolojik farklılıklar zemininde değil; temel insanlık hakkı olarak nitelendirilen eğitim, sağlık, adalet, güvenlik gibi temel gereksinimlere erişme ve kullanımında dezavantajlı oldukları ve eşitsizliklere maruz kaldıkları izlenmektedir (Palmer, 1998; Bornemisza, 2010).

Cinsiyet eşit(siz)liği kadın sağlığını nasıl etkiliyor?

Dünyada genel olarak kadınların daha az eğitilmiş, daha düşük sosyoekonomik ve sosyokültürel statüye sahip oldukları izlenmektedir. Eğitimsiz oluş, kadınların -başta kendi doğurganlıkları olmak üzere- genel olarak karar verme süreçlerinde yer almalarını engellemektedir. Yapılan araştırmalar, kadınların toplumsal statüsünün arttıkça sahip oldukları çocuk sayısının düştüğünü; buna karşın, obstetrik hizmetlerden yararlanma yüzdesinin arttığını göstermektedir. Kadının öğrenim düzeyi aile planlaması hizmetlerine ulaşmasında da etkili olmaktadır (TNSA, 2008). UNDP tarafından her yıl çıkartılan İnsani Gelişim Raporu (HDR) 2013 yılı verilerinde de bu durum açıkça izlenmektedir (Tablo 1) (UNDP, 2013).

Gelişmiş ülkelerde dahi cinsiyet eşitsizlikleri yaşanmaktadır. Parlamentodaki kadın sayısı en yüksek insani gelişim indeksine sahip ülkelerde dahi %25'ler dolayındadır ve daha düşük insani gelişim indeksine sahip ülkelerle kıyaslandığında aradaki makas çok açıktır. İnsani gelişim indeksi düştükçe cinsiyet eşitsizliği indeksi yükselmekte; anne ölümleri ve adölesan gebelikler artmaktadır. Kadın cinsiyet her toplumda daha az temsil edilmekte ve daha az eğitilmiş grupta yer almakta, gelir getirici işlerde daha az çalışmaktadırlar (HDR, 2013). Gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere genel olarak kadınların emek gücü değersizdir. Erkeklere kıyasla daha çok ve uzun süre çalışmalarına karşın daha yoksuldur, güvencesizdirler ve daha çok ayrımcılığa maruz kalmaktadırlar (Gee, 2012). Ekonomik, sosyal ve kültürel nedenler kadınların toplumsal statüsünü düşürmekte, ekonomik olarak bağımlı ve güçsüz kılmaktadır (Doval, 2000; McGinn, 2000). Bu güçsüzlük, kadınların istenmeyen cinsel ilişki, istenmeyen gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve şiddete karşı kendilerini koruyamamalarına neden olmakta; sağlık hizmetlerine erişimlerini engellemektedir (WHO-WHR,2005; WHO-WHR, 2013).

Tablo 1. Cinsiyet eşitliği indeksi verileri- HDR 2013

HDI sıralaması	Cinsiyet eşitsizliği indeksi değeri	Maternal Mortalite oranı (100.000)	Adölesan Fertilité Hızı (15-19 yaş arası her 1000 doğum)	Parlamento-daki kadın sayısı (%)	Ortaokul ve üstü eğitim (25 yaş ve üstü-%)		İşgücüne katılım oranı (15 yaş üstü %)	
					Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Çok yüksek insani gelişim	0.193	15	18.7	25.0	84.7	87.1	52.7	68.7
Yüksek insani gelişim	0.376	47	45.9	18.5	62.9	65.2	46.8	75.3
Orta insani gelişim	0.457	121	44.7	18.2	42.1	58.8	50.0	79.9
Düşük insani gelişim	0.578	405	86.0	19.2	18.0	32.0	56.4	79.9
Dünya geneli	0.463	145	51.2	20.3	52.3	62.9	51.3	77.2

Kaynak: UNDP, 2013

Tablo 2. Gelir düzeyine göre kadınların sağlık düzeyine ilişkin kimi göstergeler

Gelir düzeyi	Anne Ölüm Hızı	Doğumda yaşam beklentisi (yıl)		60 yaş üstü yaşam beklentisi (yıl)		Erişkin mortalite hızı (15-60 yaş) (%)	
		Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Düşük gelir düzeyi	410	61	59	17	16	288	245
Orta düşük gelir düzeyi	260	68	64	18	16	242	167
Orta yüksek gelir düzeyi	53	76	72	21	19	161	97
Yüksek gelir düzeyi	14	83	78	26	22	109	59
Dünya geneli	210	72	68	21	18	190	129

Kaynak: WHO- WHS, 2013

Sağlıkta Eşitsizlik Türleri

Dünya Sağlık Örgütü, sağlıkta eşitsizlik türlerini temel olarak 3 başlık altında incelemiştir (**Belek, 1998**). Bu başlıklar kadın sağlığındaki eşitsizliklere aşağıdaki şekilde uyarlanabilir.

1. Kadınların sağlık durumuna ilişkin eşitsizlikler

Bu eşitsizlik türü doğrudan eşitsizliğin doğurduğu sonuçları göstermektedir. Tablo 1 ve Tablo 2'deki verilerin bir kısmı bu başlık altında değerlendirilebilir. Ancak sağlık ekonomik durum, sosyal yapı, çalışma ve yaşam koşulları gibi sağlıkla ilgili risk faktörlerinden doğrudan ve/veya dolaylı olarak etkilendiğinden eşitsizlikler sınıflandırmasında bir süreci ifade eden sağlıkla ilgili risk faktörlerinden çok da bağımsız değildir.

Kadının sağlık ve sağlık hizmetlerine erişim düzeyini belirlemeye ve karşılaştırmalar yapmaya yönelik uluslararası standart hesaplamalar geliştirilmiştir (**WHO, 2000**). Kadının sağlık düzeyini belirlemeye yarayan standart ölçütler bölgeler arası karşılaştırmalara olanak tanıdığı gibi uluslar arası karşı-

laştırmalara da olanak tanımaktadır. Ancak veriler üzerinden değerlendirme yapılmasına olanak sağladığı ölçüde bölgesel, ulusal ve uluslararası karşılaştırmalarda kullanışlı; ancak değerlendirmeler salt veriler üzerinden yapıldığında yetersizdir. Örneğin, doğumda beklenen yaşam ümidi ve 60 yaş üstü yaşam beklentisi gibi ölçütlerde kadınlar biyolojik avantajlarını sürdürmektedirler. Bu durum kadın sağlığında eşitsizliklerin olmadığı yönünde bir algı yaratmamalıdır. Bir diğer örnek ülkelerin gelir düzeyine göre Anne Ölüm Hızları (MMH) (yüzbinde) incelenmesi ile verilebilir. Dünya Sağlık İstatistikleri 2013'e göre MMH düşük gelir düzeyi olan ülkelerde yüzbinde 410 iken, yüksek gelirli ülkelerde yüzbinde 14'tür (Tablo 2) (**WHO- WHS, 2013**). Ülkelerin gelir düzeyinin kadın sağlığında belirleyici olduğu temel tespiti bu süreçte yetersiz kalabilir. Sağlıkta eşitlik/eşitsizlik incelenirken pek çok faktör bir arada değerlendirilmelidir.

Gill ve Stewart, DSÖ ve BM'in yayınladığı 4 rapor üzerinden cinsiyet duyarlı politika listesi ve genel sağlık düzeyi ölçütlerini belirleyerek; Bangladeş, Hindistan, Nepal, Pakistan ve Sri Lanka'da

kadınların sağlık düzeyleri üzerine yorum yapmışlardır. Belirtilen ülkelerde cinsiyete duyarlı politika geliştirme yönünde çalışmalar yapılmaktadır. Çalışma bulguları cinsiyete duyarlı politika çalışmalarına rağmen kadınların, politik ve ekonomik durumları, doğumda cinsiyet oranı, insan kaçakçılığı, okuryazarlık, anne ölüm oranları, kontraseptif yöntem kullanım hızı, doğurganlık hızları, HIV/AIDS'den korunma bilgi düzeyi, sağlık çalışanı yardımı ile doğum ve mikrofinans gereksinimlerinin karşılanması açısından halen ciddi eşitsizlikler yaşadığını göstermektedir (Gill, 2011).

2. Kadınların sağlıkla ilgili risk faktörlerindeki eşitsizlikler

Burada sağlığın sosyal belirleyicileri eşitsizliğin nedenini oluşturmaktadır. Eğitim, kültür, sosyoekonomik düzey, yaşam ve çalışma koşulları, gelir düzeyleri bu başlık altında değerlendirilebilir. Tablo 1 ve 2'deki verilerin bir kısmı bu başlık altında da değerlendirilebilir. Kadının eğitim düzeyi ile sağlık ve sağlık hizmetlerine erişim düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişki vardır. Eğitim düzeyi arttıkça sağlık göstergeleri de iyileşmektedir. Benzer ilişki sosyoekonomik düzey, yaşanan bölge/coğrafya gibi değişkenlerle de kurulabilir (UNDP- HDR, 2013). Çin'de kadınların eğitim seviyesi yükseldikçe, cinsiyet eşitliğine inançlarının da yükseldiği belirlenmiş; cinsiyet eşitliğine inanma ile prenatal bakım ve doğum hizmetlerine erişim açısından güçlü pozitif bir ilişki bulunmuştur (Cui, 2010). Latin Amerika'da yapılan bir çalışmada eğitimin sağlıkla ilgili karar verme süreçlerine katılmaya etkisi incelenmiş; daha düşük eğitim seviyesine sahip yerli kadınların sağlıkla ilgili kararlar başta olmak üzere pek çok konuda söz sahibi olamadıkları, onların yerine başkalarının karar verdiği gösterilmiştir (Zsasz, 1995). Nijerya'da yapılan bir çalışmada gelir getirici bir işte çalışmayan kadınların karar verme süreçlerinde etkili olamadığı ve bu ailelerin çocuklarının tam bağımsız olma düzeylerinin de anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur (Antai, 2012). Tanzanya ve Burkinofaso'da yapılan çalışmalarda kadınların görece daha yoksul olduğu ve yoksul olmaları nedeniyle nitelikli obstetrik bakım alamadıkları, sonuç olarak hasta ve sakat olarak yaşamlarını sürdürmeye çalıştıkları belirlenmiştir (Bangster, 2007; Brazier, 2009). Brezilya'da yapılan bir çalışmada kadınların erkeklerle kıyasla ve kadınların farklı sosyal sınıflar arasında sağlık hizmetine erişimleri incelenmiş, sosyoekonomik düzeyin güvenli düşüklere erişimi etkileyen en önemli etken olduğu belirlenmiştir (Diniz, 2012). Güney Afrika'da 1990'ların başında yaşanan ırksal, kırsal-kentsel, gelir düzeyine göre yaşanan yaygın

eşitsizliklerin, kadın sağlığını derinden etkilediği bilinmektedir. Bu dönemde Afrikalı kadınlardaki anne ölüm hızının, beyazların 31 katı olduğu belirlenmiştir (McIntarie, 2002). Su gibi kamu mallarının özelleştirilmesi özellikle suya erişim önünde önemli bir engeldir ve eşitsizliklerin temelinde yer alır. Gana'da yapılan bir çalışmada özellikle yoksul kadınların temiz suya erişemedikleri, bu nedenle daha çok hastalık yaşadıkları belirlenmiştir (Buor, 2004). Servikal kanser kadınların erken ölümüne yol açan, gerçekte korunabilir bir sağlık sorunudur. Yapılan çalışmalar gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde yaşayan kadınların gelişmiş ülkelerdeki kadınlara kıyasla mutlak ve görece yoksul oldukları; korunabilir bir sağlık sorunu olan servikal kanserden korunma, tanı ve tedavi yöntemleri açısından eşitsizlik yaşadıklarını göstermektedir (Ferlay, 2010; Bray, 2013; Tsu, 2008). Tüberküloz'un (TB) hastalık yükünün çok fazla olduğu Vietnam'da TB tedavisi ve kontrol stratejileri açısından özellikle kadınların hizmete erişiminde sıkıntı olduğu belirlenmiştir (Thorson, 2004).

Sadece gelişmekte olan ülkelerde değil gelişmiş ülkelerde de kadınlar sağlıkla ilgili risk faktörlerindeki farklılıklar nedeniyle sorun yaşamaktadır. Kanada'da yapılan bir çalışmada yüksek gelir ve düşük gelir düzeyine sahip iki bölgede kadınların yaşam beklentisi sırasıyla 81.2 ve 79.4 bulunmuş, düşük gelir düzeyine sahip olan kadınların daha kötü sağlık göstergelerine sahip olduğu, daha çok hastaneye yattığı, daha erken ölümün ve engelliliğin görüldüğü belirlenmiştir (Hayward, 2003). Kadınların sağlık durumunu etkileyen beslenme de yaşanan eşitsizlik alanlarından biridir. Dezavantajlı konumdaki kadınların beslenme sorunları yaygın ve önemli bir sorundur. Kanada'da yapılan bir çalışmada sosyoekonomik olarak düşük dezavantajlı durumda olan, kırsalda yaşayan kadınların gıda ve beslenme açısından eşitsizlikler yaşadığı belirlenmiştir (Trauers, 1996). İngiltere'de yapılan 15 yıllık bir izlem çalışmasında farklı yerleşim yerlerine göre gebelikte obezite sıklığı ve bağlı sorunlar incelenmiş, mahrumiyet bölgesi olarak nitelendirilen kötü yerleşim alanlarında yaşayan gebelerde obez olma riskinin 2.42 kat; aşırı kilolu olma sıklığının 1.33 kat arttığı belirlenmiştir (Neslehurst, 2007). Gelişmiş ülkeler arasında yer alan Kanada, Danimarka, İsveç, İngiltere ve ABD'ye ait OECD, UNDP verileri sağlığın sosyal belirleyicileri ve eşitlikçi politikalar temelinde karşılaştırılmıştır. Ülkeler arası kadınların sağlık bakım hizmetlerine erişimlerini de içeren kimi eşitsizlikler belirlenmiş ve eşitsizlikleri en aza indirmek için 6 temel nokta belirlenmiştir. Buna göre eşitsizliklerin

en aza indirilebilmesi için: 1. Toplumsal sosyal eşitlik ve adaletin sağlanması, 2. Çalışma koşullarının daha iyiye doğru geliştirilmesi, 3. Çocuk ve gençler için koşulların geliştirilmesi, 4. Sağlıklı yaşam tarzlarının sağlanması, 5. Her toplumsal katmanda iyi yapılandırılmış halk sağlığı uygulamalarının hayata geçirilmesi önerilmiştir. Çalışmada kadınların yaşam kalitesinin en yüksek ve sağlık göstergelerinin en iyi olduğu iki ülke Danimarka ve İsveç olarak bulunmuştur (**Raphael, 2004**).

Çalışma ortamları da kadınların sağlık düzeylerinde etkilidir. Kadınlar çalışma yaşamlarında da ayrımcılığa maruz kalmaktadırlar, bu ayrımcılık kısa ve uzun erimde ciddi psikososyal sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Ek olarak son dönemde kadınların maruz kaldıkları ayrımcılığın kronik etkilerini incelemek üzere uzun prospektif araştırmalar planlanmıştır. Araştırma sonuçları ayrımcılığa uğrayan kadınların kronik hastalıklara yakalanma hızlarının daha fazla olduğu yönündedir (**Gee, 2012; Lewis, 2006**).

3. Kadınların sağlık hizmeti ve sağlık kaynakları kullanımındaki eşitsizlikler

Bu eşitsizlik türü de eşitsizliklerin sürece ilişkin boyutunu kapsar. Sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörler, sağlığın finansman şekli bu sınıflandırma içinde değerlendirilebilir. Sağlık politikaları ve bunun yansımaları olan sağlık sistemleri sağlık hizmetlerine erişim ve eşitlik/eşitsizliklerin en önemli belirleyicisidir. Özel sağlık hizmetleri doğası gereği kar amacı güder. Tablo 3'te gelir düzeyine göre sağlık harcamaları sunulmuştur.

Verilerden ters hizmet gereksinimi açıkça görülmektedir. Düşük gelirli ülkeler sağlık hizmetlerine daha düşük oranda pay ayırmaktadır ve özel sağlık harcamaları kamu sağlık harcamalarının

üzerindedir. Bu ülkelerde yaşayanlar daha yoksul olmalarına karşın özel sağlık harcamaları için cepten daha çok para ödemektedirler. Dahası düşük gelirli ülkelerde, özellikle sosyal güvenlik hizmetlerine çok az kaynak ayrılmaktadır. Ekonomik, sosyal ve kültürel nedenler sıklıkla kadınların toplumsal statüsünü düşürmekte, güçsüz kılmakta ve eşitsizlikleri arttırmaktadır. Sosyal adaletsizlik/eşitsizlik ve yoksulluk kadınların başta güvenli düşük hizmetlerine erişimini olmak üzere sağlık hizmetlerine erişimini engellemektedir (**Gasman, 2006**). Gerçekten de kadın bireysel gereksinimlerini ihmal eder, herhangi bir sağlık sorunu yaşadığında sağlık kurumuna başvur(a)maz, kontrollerini yaptır(a)maz ise sonuç olarak ya tanı konmadan kadın yaşamını yitirir ya da tanının geç konması, ya da hizmetin zamanında alınmaması telafisi güç sonuçlar doğurur (**Tao, 2010; ECLAC, 2007; WHO- Gender equality, 2009**).

Tablo 4'te DSÖ 2013 Dünya Sağlık İstatistikleri Raporu'nun eşitsizlik bölümünde sağlıkta eşitsizliklerin belirlenebilmesi için kullanılan bazı parametrelerin değişimi gözlenmektedir. Tablo incelendiğinde özellikle göre çarpan kadının ortaokul ve üstü eğitilmiş oluşunun modern kontraseptif yöntem kullanımını, doğum öncesi bakım almayı ve doğuma eğitilmiş bir sağlık personelinin yardım etmesini yerleşim yeri ve zengin/fakir oluşun üstünde etkilemesidir. Ek olarak, az gelişmiş ülkelerde kırsalda yaşıyor olmak da eşitsizliklerin yaşanmasında önemli bir dezavantajdır. Sunulan çalışmanın teması temelinde DSÖ 2013 verileri kadının eğitiminin sağlıkta eşitsizlikleri azaltan en önemli parametre olduğunu göstermektedir.

Son 30 yılda dünya genelinde yaşanan küreselleşme, tek kutuplu dünyanın bastıracağı neoliberal politikalar sağlık alanını da derinden etkilemiştir. Sağlıkta reform uygulamaları pek çok ülkede sağlık

Tablo 3. Dünya genelinde gelir düzeyine göre sağlık harcamaları

Gelir düzeyi	Toplam ulusal gelirden sağlığa ayrılan pay (%)	Toplam sağlık harcamalarında (%) Kamu sağlık harcamaları/ özel sağlık harcamaları	Sağlık harcamaları içinde sosyal güvenliğe ait sağlık harcamaları	Kişi başı toplam sağlık harcamaları (SGP, \$)	Kişi başı devletin yaptığı sağlık harcaması	Özel sağlık harcamaları içinde cepten ödemeler
Düşük gelir düzeyi	3.9	38.5/61.5	4.5	63	24	77.7
Orta düşük gelir düzeyi	4.3	36.1/63.9	16.3	152	55	87.8
Orta yüksek gelir düzeyi	6.0	55.5/44.5	47.0	598	332	75.1
Yüksek gelir düzeyi	12.4	61.8/38.3	65.8	4612	2850	36.1
Dünya geneli	9.2	58.9/41.1	60.1	1017	599	49.9

Kaynak: WHO- WHS, 2013

Tablo 4. Dünya sağlık istatistikleri raporunda yer alan bazı sağlıkta eşitsizlik olguları

Ülke verileri	Modern kontraseptif kullanım hızı (%)					
	Yerleşim yeri		Zenginlik		Kadın eğitimi	
	Kır	Kent	En yoksul % 20	En zengin % 20	Yok	Ortaokul ya da üzeri
Minimum	0	3	0	4	1	7
Ortanca	27	35	21	38	17	35
Maksimum	76	73	79	75	68	73
Ülke verileri	Doğum öncesi bakım (%)					
	Yerleşim yeri		Zenginlik		Kadın eğitimi	
	Kır	Kent	En yoksul % 20	En zengin % 20	Yok	Ortaokul ya da üzeri
Minimum	11	35	7	35	8	35
Ortanca	56	72	47	79	45	77
Maksimum	94	96	90	98	88	97
Ülke verileri	Doğuma yardım eden eğitilmiş sağlık personeli (%)					
	Yerleşim yeri		Zenginlik		Kadın eğitimi	
	Kır	Kent	En yoksul % 20	En zengin % 20	Yok	Ortaokul ya da üzeri
Minimum	5	37	2	46	3	33
Ortanca	61	88	49	95	40	88
Maksimum	100	100	100	100	96	100

Kaynak: WHO- WHS, 2013

sistemlerinde yapısal değişikliklere neden olmuştur. Fonn ve Ravindran çalışmalarında son 30 yılda uygulanan makroekonomik politikaların cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerini etkilediğini vurgulamış ve sağlık sistemi reformunu gündeme getirenlerin daha eşitlikçi politikalar üretmeleri gerektiğini belirtmişlerdir. Ek olarak, sağlık hizmeti sunumunu halk sağlığının temel prensipleri temelinde ve kanıta dayalı olarak kurgulamak gerektiğini vurgulamışlardır. Araştırmada özellikle üreme sağlığı alanında eşitlikçi politikaların yaşamsal önemi olduğu, özel sektörden satın alınan sağlık hizmetlerinin bedellerinin katastrofik olabileceğinin altı çizilmiştir (Fonn, 2011). Pakistan'da özelleştirme uygulamalarının varolan eşitsizlikleri derinleştirdiği, sağlık hizmetine erişimde öngörülemeyen eşitsizliklere yol açtığı özellikle kadınların maternal sağlık bakım hizmeti kullanımında eşitsizlikleri derinleştirdiği belirtilmektedir (Mumtaz, 2013). Benzer olarak, Bangladeş, Gana, Kenya, Fas ve Endonezya'da düşük gelirli kadınların üreme sağlığı hizmetlerine daha çok gereksinim duyduğu ve kamudan daha çok hizmet aldığı örnekleri üzerinden, özel sektörün bu alanda gelişmesinin hizmete daha çok gereksinim duyan yoksul kadınların taleplerini karşılamayacağı belirtilmiştir (Agha, 2008). Şili'de sağlık reformlarının

sağlık sisteminde bölünmeye yol açarak özel sağlık sigortacılığı ve sağlık harcamalarını arttırdığı belirtilmektedir. Özellikle kadınlar ve yaşlıların daha az özel sağlık sigortasına sahip olduğu; bu nedenle ruh sağlığı hizmetleri için kamu kaynaklarının kullanıldığı belirtilmiştir (Araya, 2006). Kolombiya'da sağlık reformunun cinsiyet eşitliği ve sağlık hizmetleri açısından değerlendirilmesinin yapıldığı bir çalışmada, reform uygulamaları kapsamında kadın sağlığında sigorta kapsamının genişletilmesi sözünün verilmesine karşın pratikte kadınların aleyhine ücret ayrımcılığının ısrarla devam ettiği ve kadınların yararlandıkları sağlık hizmetlerinin daha düşük nitelikli olduğu bulunmuştur (Ewig, 2009). Vietnam'da yapılan bir çalışmada, birinci basamak sağlık hizmetlerinin 1985'lere dek iyi işlediği, ancak bu tarihten sonra tüm dünya'daki neoliberal politikaların Vietnam'ı da etkilediği belirtilmiştir. Çalışmada, sağlıkta serbest ticaret uygulamalarının sonucu olarak kamunun sağlık finansmanındaki desteğini azaltması ile sağlık hizmetlerinde özellikle o tarihe kadar iyi çalışmış en eşitlikçi sağlık hizmetleri arasında sayılan birinci basamak sağlık hizmetlerinin olumsuz etkilediğini vurgulanmıştır. Bu durumdan özellikle kırsal alanda yaşayan kadınların olumsuz etkilendiği bulunmuştur (Hien, 1995).

Öneriler

Sağlıkta eşitlik; herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme şansına sahip olması ve daha pragmatik olarak, sakınmadıkları sürece bu potansiyele ulaşmak açısından kimsenin dezavantajlı olmamasıdır. Sağlık politikalarının temel amacı, önlenbilir ve haksız nedenlerden kaynaklanan eşitsizlikleri azaltmak ya da ortadan kaldırmaktır. Dünya Sağlık Örgütü sağlıkta eşitliği herkesin aynı sağlık sorunu için eşit ve aynı kalitede sağlık hizmeti alması olarak tanımlamıştır (WHO, 1986).

Sağlık politikaları; etkin, sürekli ve verimli olmalı, en sık görülen, en sık öldüren ve en çok sakat bırakan önemli boyuttaki sağlık sorunlarını ve sağlık farklılıklarını göz önüne almalıdır. Dünya genelinde görece tüm iyileştirmelere karşın kadının toplumsal statüsü hala düşüktür. Eğitim, hukuk, sosyal ve siyasal alanda cinsiyetler arasındaki eşitsizlikler kadının toplumda ve aile içinde söz sahibi olmasının önündeki en büyük engellerdir (OECD, 2013). Medyada kadının cinsel bir meta olarak ele alınması, siyasi otoritelerce yalnızca doğurgan özellikleriyle gündeme taşınması kadının toplumsal statüsünü, sağlığını ve sağlık hizmetlerinden yararlanmasını da olumsuz yönde etkilemektedir (TTB, 2011; Baum, 2009).

Akılda tutulması gereken biyolojik farklılıkların kaçınılmaz olduğu bu nedenle "sağlıkta eşitsizlik" kapsamında değerlendirilemeyeceği; buna karşın toplumsal cinsiyet ya da sosyo ekonomik nedenli ayrımcılığın ise toplumsal nedenlerden kaynaklandığı, önlenilebileceği, bu nedenle hakkaniyetsiz / adaletsiz olduğu ve "sağlıkta eşitsizlik" olarak nitelendirilmesi gerektiğidir. Bu eşitsizlik kadının sağlık düzeyini ve sağlık hizmetlerine erişimini olumsuz etkilemektedir (Whitehead, 2001; WHO, 2007; WHO-Gender Equality, 2009). Koşullarda eşitlik sağlanmadığı sürece kadın sağlığı hizmetlerinde eşitlik sağlanması olanaklı değildir. Koşullarda eşitlik, toplumsal sınıfların olmadığı bir sosyal yapıda olanaklıdır (Belek, 1998). Bu amaçla toplumun eğitim düzeyini ve yaşam standartlarını yükseltmeye yönelik toplumsal politikaların yanı sıra cinsiyete duyarlı politik yaklaşımlar sağlık sisteminde de yerini almalı; azınlıkların da düşünüldüğü herkese eşit/adaletli, ücretsiz, erişilebilir ve sürekli bir sağlık politikası en kısa sürede yaşama geçirilmelidir (WHO, 2009; İbrahim, 2009; Starfield, 2007).

Tunus'da son 40 yılda uygulanan yasal düzenlemeler ve kadının statüsünü yükseltmeye yönelik politikalar çok eşlilik ve küçük yaşta zorla evlendirme

gibi durumların azalmasını sağlamış, eşitlikçi ücret politikalarının gelişmesini kolaylaştırmıştır (Watts, 2007). Kanıta dayalı ve araştırmaların sonuçlarına dayanarak uygulanan programlar Çin, Hindistan ve Vietnam'da ana çocuk sağlığı hizmetlerinde eşitsizliği azaltacak yönde sonuçlar vermiştir (Thomsen, 2011). Ancak hiçbir çözümün eşitsizlikleri tamamen yok etmeye yönelik olmadığı görülmektedir.

Sonuç olarak hükümetler tercihlerini eşitsizliği yok edecek politikalar üretmek yönünde seçmelidirler. Bu amaçla:

1. İnsan hakları ve eşitlikçi politikalar temelinde sağlık hizmeti planlanması ve sunumu,
2. Sağlık ve demografik verilerin sürekli, düzenli sistematik toplanması ve sağlıkta eşitlik konusunda güvenilir verilere erişimin sağlanması ve veri paylaşımı,
3. Artı değerlerin yeniden ve eşitlik temelinde dağılımının sağlanması için gereken politikaların ivedilikle hayata geçirilmesi yönünde eylemlilik, bu çalışmanın temel önerileridir.

Kaynaklar

- Akın, A., Özvarış Ş.B. (2006) *Dünyada ve Türkiye'de Kadın Sağlığının Durumu. Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (Ed. Ç. Güler, L. Akın), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Agha, S., Do, M. (2008) *Does an expansion in private sector contraceptive supply increase inequality in modern contraceptive use? Health Policy and Planning*, 23:465-75.
- Antai, D. (2012) *Gender inequities, relationship power, and childhood immunization uptake in Nigeria: a population-based cross-sectional study International Journal of Infectious Diseases*, 16: 136-145
- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Frank, R., Lewis, G. (2006) *Inequities in mental health care after health care system reform in Chile. American Journal of Public Health*, 96(1): 109-13.
- Bangser, M. (2007) *Strengthening public health priority-setting through research on fistula, maternal health, and health inequities. International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 99: 16-20.
- Banks, J. (2012) *Storytelling to access social context and advance health equity research. Preventive Medicine*, 55: 394-97.
- Baum, F.E., Bégin, M., Houweling, T.A.J., Taylor, S. (2009) *Changes Not for the Fainthearted: Reorienting Health Care Systems Toward Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Am J Public Health*, 99:1967-74.
- Bates, L.M., Hankivsky, O., Springer, K.W. (2009) *Gender and health inequities: A comment on the Final Report of the WHO Commission on the Social Determinants of Health Social Science & Medicine* 69: 1002-4.
- Belek, İ. (1998) *Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik. Sorun yayınları. İstanbul*, s.100.
- Blas, E., Gilson, L., Kelly, M.P., Labonté, R., Lapitan, J., Muntaner, C., Östlin, P., Popay J., Sadana R., Sen G., Schrecker, T., Vaghri, Z. (2008) *Addressing social determinants of health inequities: what can the state and civil society do? Lancet*, 372: 1684-89

- Bornemisza, O., Ranson, M.S., Poletti T.M., Sondorp, E.** (2010) Promoting health equity in conflict-affected fragile states. *Social Science & Medicine* 70: 80–8
- Bowleg, L.** (2012) The problem with the phrase women and minorities: intersectionality—An important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7): 1267–73.
- Braveman, P.A., Kumanyika, S., Fielding, J., LaVeist, T., Borrell, L.N., Manderscheid, R., Troutman, A.** (2011). Health disparities and health equity: the issue is justice. *Analytic Essay Forum*. Erişim Tarihi: 10.12.2013, <http://www.slideshare.net/jimbloydmph/health-disparities-and-health-equity-the-issue-is-justice>
- Bray, F., Ren, J.S., Masuyer, E., Ferlay, J.** (2013) Estimates of global cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cancer* 132(5):1133–45. doi: 10.1002/ijc.27711. Epub 2012 Jul 26. [Cross ref.] Erişim Tarihi: 10.12.2013, <http://globocan.iarc.fr/>
- Brazier, E., Andrzejewski, C., Perkins, M.E., Themmen, E.M., Knight, R.J., Bassane, B.** (2009) Improving poor women's access to maternity care: Findings from a primary care intervention in Burkina Faso. *Social Science & Medicine* 69: 682–90.
- Buor, D.** (2004) Water needs and women's health in the Kumasi-metropolitan area. *GhanaHealth & Place*, 10: 85–103.
- Cui, Y., Zhang, Q., yang, L., Ye, J., Lv, M.** (2010) Effect of married women's beliefs about gender equity on their use of prenatal and delivery care in rural China. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 111 (2010) 148–51.
- Depoortere, E., Checchi, F., Broillet, F., Gerstl, S., Minetti, A., Gayraud, O., et al.** (2004) Violence and mortality in West Darfur, Sudan (2003–04): epidemiological evidence from four surveys. *The Lancet*, 364(9442): 1315–20.
- Diniz S.G., d'Oliveira A.F.P., Lansky, S.** (2012). Equity and women's health services for contraception, abortion and child-birth in Brazil. *Reproductive Health Matters*, 20(40):94–101.
- Doyal, L.** (2000) Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science & Medicine* 51: 931–39.
- ECLAC.** (2007) Women's Contribution to Equality in Latin America and the Caribbean Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) (2007). Paper Prepared by Women and Development Unit of the ECLAC for the Regional Conference on Women in Latin America and the Caribbean, Ecuador, 6–9 Aug 2007. Erişim Tarihi 25 Aralık 2012, http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/29400/chap_2.pdf
- Ewig, C., Bello, A.H.** (2009). Gender equity and health sector reform in Colombia: Mixedstate-market model yields mixed results. *Social Science & Medicine* 68: 1145–52.
- Ferlay, J., Shin, H.R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., Parkin, D.M.** (2010) *Globocan 2008 v.2.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base no.10*. Lyon: IARC Press. Erişim Tarihi: 10.12.2013, <http://globocan.iarc.fr/>
- Fonn, S., Ravindran T.K.S.** (2011) The macroeconomic environment and sexual and reproductive health: a review of trends over the last 30 years. *Reproductive Health Matters*, 19(38):11–25.
- Gasman, N., Blandon, M.M., Crane, B.B.** (2006) Abortion, social inequity, and women's health: Obstetrician-gynecologists as agents of change. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 94:310–16.
- Gee, G.C., Walsemann, K.M., Brondolo, E.** (2012) A life course perspective on how racism may be related to health inequities. *American Journal of Public Health*, 102(5): 976–74.
- Gill, R., Stewart, D.E.** (2011) Relevance of gender-sensitive policies and general health indicators to compare the status of south asian women's health. *Women's Health Issues* 21(1):12–8.
- Hayward, K., Colman, R.** (2003) *The tides of change: Addressing inequity and chronic disease in Atlantic Canada*, a discussion paper. Population and Public Health Branch, Atlantic Region. Erişim Tarihi: 12.12.2013, http://www.phac-aspc.gc.ca/canada/regions/atlantic/pdf/Tides_Inequity_and_Chronic_Disease.pdf
- Hien, N.T., Thu Ha, L.T., Rikin, S.B., Wright, E.P.** (1995) The pursuit of equity: a health sector case study from Vietnam. *Health Policy*, 33:191–204.
- Ibrahim, S.A.** (2009) Editor's choice. *American Journal of Public Health*, 99(7).
- Lewis, T.T., Everson-Rose, S.A., Powell, L.H., Karen, A.M., Brown, C., Karavolos, K., Sutton-Tyrrell, K., Jacobs, E., Wesley, D.** (2006) Chronic exposure to everyday discrimination and coronary artery calcification in African-American women: the SWAN Heart Study. *Psychosom Med.*, 68(3):362–68.
- McCoy, D., Sanders, D., Baum, F., Narayan, T., Legge, D.** (2004) Pushing the international health research agenda towards equity and effectiveness. *Lancet*, 364:1630–31.
- McIntyre, D., Gilson, L.** (2002) Putting equity in health back onto the social policy agenda: experience from South Africa. *Social Science & Medicine*, 54: 1637–56.
- McGinn, T.** (2000) Reproductive health of war-affected populations: what do we know? *International Family Planning Perspectives*, 26(4), 174–80.
- Mumtaz, Z., Levay, A., Bhatti, A., Salway, S.** (2013) Signaling, status and inequities in maternal healthcare use in Punjab, Pakistan *Social Science & Medicine*, 94: 98–105.
- Moss, N.E.** (2002) Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health. *Social Science & Medicine*, 54: 649–61.
- Neslehurst, N., Ells, L.J., Batterham, A., Wilkinson, J. Summerbell, C.D.** (2007) Trends in maternal obesity incidence rates, demographic predictors, and health inequalities in 36 821 women over a 15-year period. *Maternal obesity incidence, trends, and predictors. International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114: 187–94. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2006.01180.x
- NIH.** (2011) Office of Extramural Research, National Institutes of Health. NIH Policy and Guidelines on the Inclusion of Women and Minorities as Subjects in Clinical Research ---Amended, October, 2001. Erişim Tarihi 27 Nisan 2011, http://grants.nih.gov/grants/funding/women_min/guidelines_amended_10_2001.htm.
- OECD.** (2013) Employment rate of women. Erişim Tarihi 01 Aralık 2013, http://www.oecd-ilibrary.org/employment/employment-rate-of-women-2013-1_emp-fe-table-2013-1-en
- Özvarış, Ş.B., Ertan A.E.** (2003) “Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşım”, *Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın*, editör: A. Akın, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, s. 113–26.
- Özvarış, Ş.B.** (2007) Türkiye’de toplumsal cinsiyet, kadın ve sağlık. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, Türk Tabipleri Birliği Yayını, Ankara, Cilt: 16, Sayı, 3–4.
- Palmer, N., Strong, L., Wali, A., & Sondorp, E.** (2006). Contracting out health services in fragile states. *British Medical Journal (BMJ)*, 332, 718–21.
- Palmer, N., Zwi, A.** (1998). Women, health and humanitarian aid in conflict. *Disasters*, 22(3), 236–49.

Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Raphael, D., Bryant, T. (2004) The welfare state as a determinant of women's health: support for women's quality of life in Canada and four comparison nations. *Health Policy*, 68: 63-79.

Spelman, E.V. (1998) Gender and race: the ampersand problem in feminist thought. In: Ruth S, ed. *Issues in Feminism: An Introduction to Women's Studies*. 4th ed. Mountain View, CA: Mayfield:22-34. [Cross ref.] Bowleg, L. (2012) The problem with the phrase women and minorities: intersectionality- An important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7): 1267-73.

Starfield, B. (2007) Pathways of influence on equity in health. *Social Science & Medicine*, 64:1355-62.

Szasz, I. (1995) "Introduction," in González, Montes Soledad (Comp.). *Women and Health*. México, DF: El Colegio de México (No se traduce); 1995. [Cross ref.] Camacho, A.V., Castro, M.D., Kaufman, R. (2006) Cultural aspects related to the health of Andean women in Latin America: A key issue for progress toward the attainment of the Millennium Development Goals. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 94:357-63.

Tao, W., Janzen, L.B., Abonyi, S. (2010) Gender, division of unpaid family work and psychological distress in dual-earner families. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 2010; 6: 36-46.

Thomsen, S., Hoa, T.P., Malqvist, M., Sanneving, L., Saxena, D., Tana, S., Yuan, B., Byass, P. (2011) Promoting equity to achieve maternal and child health. *Reproductive Health Matters*, 19(38):176-82.

Thorson, A., Johansson, E. (2004) Equality or equity in health care access: a qualitative study of doctors' explanations to a longer doctor's delay among female TB patients in Vietnam. *Health Policy*, 68: 37-46.

TNSA. (2008) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, 2009.

Travers, K.D. (1996) The social organization of nutritional inequities. *Social Science & Medicine*, 43(4): 543-53.

Türmen, T. (2003) "Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı", *Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın* (Ed. A. Akın), Hacettepe Üniv. Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), HÜ yayımları.

Tsu, V.D., Lewin, C.E. (2008) Making the case for cervical cancer prevention: what about equity? *Reproductive Health Matters*, 16(32):104-12.

TTB. Rapor. (2011) Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Sağlık. Erişim Tarihi 14 Şubat 2011, <http://www.ttb.org.tr/en/index.php/tuem-haberler-blog/44-yeni-raporlar/945-qtuerkiyede-toplumsal-cinsiyet-kadn-ve-salkq-rapor>

United Nations. (2000) *The World's Women 2000. Trends and Statistics, Social Statistics and Indicators Series K 16*, 2000.

UNDP. (2013) *Human Development Report*. Erişim Tarihi: 10.12.2013, <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2013/>

Veit, P. (2005) *Poverty, Inequity, and the Distribution of Natural Resource Revenues in Africa. Institutions and governance program*. World Resources Institute. Erişim Tarihi: 11.12.2013,

<http://rmportal.net/training/poverty-reduction-seminar/poverty-seminar-presentations/veit.ppt>

Watts, S. (2007) *The impact on women of changes in personal status law in Tunisia: a case study prepared for the women and gender equity knowledge network of the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2007. Erişim Tarihi 30 Eylül 2013, http://www.who.int/social_determinants/resources/changes_personal_status_tunisia_wgkn_2007.pdf

WDI. (2010) *World Development Index 2010*, World Bank. Erişim Tarihi 9 Şubat 2011, <http://databank.worldbank.org/ddp/home>

WHO. (1948) *Definition of health*. Erişim Tarihi 10.12.2013, <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

WHO. (1998) *Gender and Health, Technical Paper*, World Health Organization publication-Geneva, Switzerland, 1998.

WHO. (1998) *World Health Report 1998-Life in the 21st century: A vision for all*.

Erişim Tarihi 12 Kasım 2103, <http://www.who.int/whr/1998/en/index.html>

Whitehead, M. (1992) *Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler*. TTB MK Yayınları, Ankara, 1992.

Whitehead, M. (2001) *Eşitsizlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler*. Türk Tabipleri Birliği Yayını, Ankara.

WHO. (2000) *World Health Report. Health Systems: Improving Performance*. Erişim Tarihi 14 Şubat 2011, <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>

WHO. (2005) *WHO multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*. Erişim Tarihi 9 Şubat 2013, http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf

WHO. (2009) *Gender equality is good for health. Ten facts on women's health*. http://www.who.int/gender/documents/10facts_womens_health_en.pdf

WHO. (2007) *Final Report of the Civil Society Work Stream of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO. (2009) *Women and Health. Today's evidents, tomorrows agenda*. Erişim Tarihi 14 Şubat 2011, http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf

WHO. (2009) *World Health Organization Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Erişim Tarihi 12 Kasım 2013, http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf

WHO. (2010) *Gender equality is good for health. Department of Gender, Women and Health 2010*. Erişim Tarihi 25 Aralık 2012, http://www.who.int/gender/about/about_gwh_20100526.pdf

WHO. (2013) *World Health Statistics 2013*. Erişim Tarihi 9 Şubat 2013, <http://www.who.int/whosis/whostat/2013/en/>

WHO. (2013) *World Health Report 2013*. Erişim Tarihi 9 Şubat 2013, <http://www.who.int/whr/2013/report/en/>

Ying, C., Qiaoli, Z., Li, Y., Jianli, Z., Mentao, L. (2010) *Effect of married women's beliefs about gender equity on their use of prenatal and delivery care in rural China*. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 111: 148-51.