

Toplumsal Cinsiyet Rolü ve Kadın Sağlığı

Seda ERYILMAZ*

*Öğr. Gör., Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

ÖZET

Toplumsal cinsiyet rolleri hem kadının hem de erkeğin yaşamını şekillendirmekle birlikte kadın hayatını daha çok etkilemektedir. Eşitsizlikle birlikte kadınlar daha düşük öğrenim düzeyine sahip olmakta, daha az işgücüne katılmakta, daha az gelir elde etmektedir. Bunlara toplumsal baskının da eklenmesiyle yaşanan cinsiyet eşitsizliği doğrudan ya da dolaylı olarak kadın sağlığını etkilemektedir. Özellikle kadın sağlığında toplumsal cinsiyet ayrımcılığının görüldüğü en önemli alan üreme sağlığı hizmetleridir. Kadınlar yaşam süresi boyunca, intrauterin yaşamdan başlayıp çocukluk, ergenlik, yaşlılık dönemlerinde erkeklere göre daha fazla risk faktörlerine maruz kalmaktadır. Gebelik öncesi cinsiyet tercihi, gebelik sonucu kız bebek olması halinde gebeliğin sonlandırılması, kız bebeklerin daha erken süten kesilmesi, genitalmutilasyon, adolesan evlilikler, bekâret denetimi, kadınların bütün yaşam dönemlerinde maruz kaldığı şiddet, kadın cinayetleri, menopoz ve sonrası dönem, kız çocuklarının okutulmaması, kadın statüsünün ve iş istihdamının yetersizliği kadın cinsiyetinin yaşadığı olumsuz durumların en önemli göstergeleridir. Bu bağlamda söz konusu derlemede toplumsal cinsiyet rolünün kadın sağlığına etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Toplumsal Cinsiyet, Eşitsizlik, Kadın Sağlığı

The Gender Roles and Women's Health

ABSTRACT

Gender roles shape the lives of both women and men, but they affect women's lives more. With inequality, women have a lower level of education, participate in less labor, and earn less income. Gender inequality experienced by adding social pressure to them directly or indirectly affects women's health. Reproductive health services are the most important area of gender discrimination, especially in women's health. Women are exposed to more risk factors during their lifetime than men during childhood, adolescence and old age. Pre-pregnancy gender preference, termination of pregnancy in case of a baby girl as a result of pregnancy, premature weaning of baby girls, genital mutilation, adolescent marriages, virginity control, violence that women are exposed to in all life periods, female murders, menopause and post-pregnancy, not being taught by girls, The insufficiency of women's status and job employment are the most important indicators of the negative situation experienced by the female gender. In this context, in this review, it was aimed to examine the effects of gender role on women's health.

Keywords: Gender, Inequality, Women Health

GİRİŞ

Cinsiyet kavramı, kişinin doğuştan var olan kadın ya da erkek olarak gösterdiği genetik, fizyolojik ve biyolojik özellikleridir. Toplumun iki ana unsuru olan kadın ve erkek biyolojik özellikleri bakımından birbirinden farklıdır (Akın&Demirel, 2003).

Bireyin içinde yaşadığı toplumun kültürü; bir kadın ve erkeğin nasıl davranacağı, nasıl düşüneceği ve nasıl hareket edeceğine ilişkin beklentileri ortaya koyan, yani kadın ve erkeği sosyal olarak yapılandıran özellikleri belirlemektedir (Akın&Demirel, 2003; Üner, 2008; PowellandGreenkouse, 2010). İnsanlar dişi ya da erkek cinsiyeti ile doğarlar ancak yetiştirilirken toplumun cinsiyetlerine özgü beklediği roller çerçevesinde kız ya da erkek çocuk olmayı öğrenerek büyürler. Bu yüzden toplumsal cinsiyet zaman içerisinde değişiklik gösterebildiği gibi kültürden kültüre de farklılık göstermektedir. Ayrıca literatürde toplumsal cinsiyetin sosyo-kültürel olduğu, zamana kültüre ve hatta aileden aileye değişebildiği, insanlar tarafından oluşturulduğu ve değiştirilebilir olduğu da belirtilmektedir (Terzioğlu&Taşkın, 2008). Toplumsal cinsiyet, kültürel ve öğrenilen bir kavramdır. Birey toplumsal cinsiyete ilişkin tutum ve davranışları, sosyalleşme sürecinde ve kültürün içinde öğrenir (Coşkun&Özdilek, 2012). Toplumsal cinsiyet zaman içinde farklılık gösteren ve kültürden kültüre değişen bir kavramdır. Bireyler, toplumda sahip oldukları rollerini yerine getirirken toplumsal yapının onlara verdiği değer yargılarına göre davranırlar (Arslan, 2003; Demirbilek, 2007; Eren, 2005; Hablemitoğlu, 2005; Kitiş&Bilgici, 2007; Ökten, 2006; Sever, 2005).

Toplumsal cinsiyet eşitliği kavramı: fırsatların, kaynakların ayrılması ve kullanılmasında, hizmetlerin elde edilmesinde bireye cinsiyeti nedeniyle ayrımcılık yapılmamasını ifade etmektedir. Diğer bir tanıma göre toplumsal cinsiyet eşitliği, cinsel eğilimi ya da kimliğine bakılmaksızın her yaşta ve özellikte farklı kadın ve erkek grupları arasında eşitlik, sosyal anlamda fırsatlar, kaynaklar ve ödüllerden, haklardan tamamen eşit biçimde yararlanması olarak belirtilmektedir (WHO, 2011). Toplumsal cinsiyette hakkaniyet kavramı; kadın ve erkek arasında sorumlulukların ve kazançların dağılımında adalet ve hakkaniyetin olmasıdır. Aynı zamanda etik ve ahlaki boyutu da içerir. Temel amaç, kadın ve erkek arasındaki farklılıklar belirlenerek iki cinsiyet arasındaki dengeyi düzeltecek şekilde gerekenlerin yapılmasıdır. Yani kadın ve erkeğin farklı gereksinimi ve gücünün olduğunun kabul edilmesidir (Eroğlu, 2012).

Cinsiyete dayalı ayrımcılık aile içinde başlamaktadır. Kültürel değerlerle birlikte kız ve erkek çocuklar farklı yönlendirilerek sonuçta toplumsal cinsiyet eşitsizliğine onay veren kadınlar ve erkekler yetiştirilmektedir. Toplumun kadına biçtiği rol ve beklentiler, eğitim, evlilik ve çalışma gibi hayatını etkileyecek konularda karar verme ve kararlarını uygulamalarını büyükölçüde engellemektedir (Arslan, 2003; Demirbilek, 2007; Eren, 2005; Hablemitoğlu, 2005; Markham, 1999; Sever, 2005). Toplumsal cinsiyet kadını kültürel yönden daha az değerli kılmaktadır ki, bu durum kadının sağlığını genellikle olumsuz etkilemektedir. Doğu ve güneydoğu bölgesinde yapılan bir araştırmaya göre kadınlar eşlerinden izin almadan hastaneye gidememekte, erkek doktorlara muayene olamamakta, aile planlaması ve bunun gibi birçok sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamaktadır. Bu bölgede yaşayan erkeklerin %60.2'si, "erkekler kadınlardan daha akıllıdır" ve %56.7'si "eşine itaat etmeyen kadını kocasının dövme hakkı vardır" yargısını onayladığı belirtilmektedir (Kitiş&Bilgici, 2007).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği kadının öğrenimi, iş yaşamına katılımı ve gelirini olumsuz olarak etkileyerek ve toplumsal baskı oluşturarak kadın sağlığı başta olmak üzere pek çok soruna neden olmaktadır (Demirgöz Bal, 2014). Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin en belirgin yansımalarından biri de sağlık alanıdır (Başar, 2017). Özellikle kadın sağlığında toplumsal cinsiyet ayrımcılığının görüldüğü en önemli alan üreme sağlığı hizmetleridir. Dünya genelinde kadınlar, hâlâ şiddete uğramakta doğurganlıkları nedeniyle sakat kalabilmekte ya da ölebilmektedir. Kadınlar, çeşitli toplumsal ve ailevi baskılar nedeniyle sağlık hizmeti almaya bağımsız karar verememekte, sağlık kuruluşuna gitmede ve sağlık hizmetlerinden yararlanmada engellerle karşılaşmaktadırlar (Coşkun&Özdilek, 2012). Yapılan araştırmalar kadınların erkeklere göre daha uzun yaşadıklarını ancak yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu, daha fazla hastalık yaşadıklarını göstermektedir. Kadınlar yaşam süreci boyunca, intrauterin yaşamdan başlayarak, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılık dönemlerinde, erkeklere göre daha fazla risk faktörlerine maruz kalmaktadır. ABD'de yapılan bir araştırmaya göre kadınlar, erkeklerden %25 daha fazla sağlık sorunları nedeniyle aktivitelerini kısıtlamakta ve akut durumlar sonucu erkeklerden %35 gün daha fazla yatakta kalmaktadırlar (Akın, 2007; Demirgöz Bal, 2014; Başar, 2017). Bütün dünyada da anneliğe bağlı sağlık sorunları 15-44 yaş grubu kadınlarda hastalık yükünün ilk on nedeninden üçünü kapsamaktadır (Neumayer&Plümper, 2007; Üner, 2008).

Kadınlar ve erkeklerin üreme ile ilgili hastalık yükleri incelendiğinde, kadınların üreme sağlığı sorunlarının erkeklerden çok daha fazla yaşadıkları ve bu durumun özellikle üreme çağına (15-49 yaş arası) daha da arttığı belirlenmiştir. Ülkemizde cinsiyete göre üremeye yönelik hastalık yükü oranı, kadınlarda %36.6 iken, erkeklerde %12.3'tür (Şimşek, 2011; Demirgöz Bal 2014).

Toplumsal Cinsiyet Roller ve Değer Kalıpları

Bütün toplumlarda doğuştan gelen biyolojik farklılıklar kültürel olarak yorumlanıp değerlendirilir. Böylece kadınlar ve erkeklerin hangi davranış ve faaliyetleri yapabileceklerine, hangi haklara ve güce kimin ne derece sahip olduğuna veya sahip olması gerektiğine ilişkin toplumsal beklentiler geliştirilir. Bu beklentiler, toplumdan topluma ve aynı toplum içinde bir toplumsal kesimden diğerine kısmen değişse de özünde ortak noktalar vardır. Bu öz, toplumsal cinsiyet temelli asimetrisinin yani farklılıklar ve eşitsizliklerin varlığıdır (Ecevit, 2003). Söz konusu toplumsal kalıp yargılarına göre herhangi bir insanla ilgili beklentilerin neler olacağı doğrudan cinsiyete bağlıdır. Buna göre erkeklerden güçlü olmaları, ailelerini geçindirmeleri, çevre üzerinde belirli bir etkinlik ve kontrol sağlamaları; kadınlardan ise sabırlı, anlayışlı olmaları, evi çekip çevirmeleri, insan ilişkilerini düzenlemeleri beklenmektedir (İmamoğlu, 1991).

Geleneksel olarak, işler ve sorumluluklar ailede cinsiyet gözetilerek paylaşılmaktadır. Geleneksel aile çerçevesinde erkekler tamir, bahçe bakımı gibi işleri yaparlarken, kadınlar kendilerine verilen yemek pişirme, bulaşık yıkama ve ev temizliği gibi işleri yapmaktadırlar (Şafak, Çopur&Özkan, 2006). Kadın ve erkeğe yüklenen toplumsal roller küreselleşme ve kentleşme gibi güçlerin etkisiyle büyük bir hızla değişmektedir. Bu değişim ev ve iş yaşamında da rol değişimleri ve uyumlarını beraberinde getirmektedir. (Attanapola, 2004). Türkiye'deki kentsel aile çekirdek yapıya sahiptir. Kent ailesi büyük kenti oluşturan farklılaşmış, uzmanlaşmış ve örgütlenmiş bir çevrede çok daha etkin bir teknolojinin oluşturduğu kurumlarla çevrili yaşamaktadır ve hepsi az veya çok koşulların etkisiyle değişmektedir. Babanın aile içindeki otoritesi egemendir (Kongar, 1995). Geleneksel olarak kadınlara, erkeklere yardımcı ve buldukları durumdan hoşnut insanlar olmaları, öfkelerini asla göstermemeleri, otorite figürlerine asla soru sormamaları, hayır dememeleri ve diğer insanları mutlu ve rahat ettirmeleri gerektiği, böylece kadına çocukluğundan itibaren atılan olmayan davranışlara sahip olma öğretilmektedir. Bu davranışlar arasında kendinden önce başkalarının gereksinimlerini karşılama, sessiz olma ve uyumlu davranma yer alır. Bunun sonucu olarak da kendine güvensiz, pasif, kararsız, başkaları tarafından verilen kararlara uyan ve duygularını gizleyen, çatışmadan kaçınan geleneksel kadın imajı gelişmekte ve sonuçta kadınların ruh sağlıkları olumsuz etkilenirken, şiddet görmeyi kabullenmeye eğilimli olmaya itilmektedir (Akın&Demirel, 2003; Aksu, 2008; Arat, 1996b; Güldü ve Ersoy, 2008; T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2008; Türmen, 1995). Evin reisi olarak erkek, aile mülkünün de sahibi olmakla birlikte, ailenin içinde kadınların cinselliğini, ev içi ve ev dışı üretimini, doğurganlığını ve tüm yaşam alanlarını denetlemekte ve yönlendirmektedir. Kadına yönelik toplumsal cinsiyet eşitsizliği sadece güç kullanılarak zor yoluyla değil, kadınların onayıyla da gerçekleşmektedir. Çünkü kadınlarda, yaşadıkları toplumda kadınlık rolü ile kendini gerçekleştirme olanaklarının neler olduğunu, bağımlılığı öğrenerek işbirliği yapar. Erkekler hükmetmeyi, kadınlar boyun eğmeyi öğrenmekte ve içselleştirmektedirler. Bu öğrenme sonucunda kadınlar özel alanda bırakılır. Kamusal alandan dışlanır. Bu yüzden kadın kendini erkeğe ekonomik olarak bağımlı hisseder. İkincil konumda olma ve ezilmişlik duygusu, kadınların kendilerine birey olarak saygı duymasını ve özgüven oluşturmalarını engellemektedir. Kendisine biçilen toplumsal rolü kısmen veya tamamen reddeden kadın ise, dışlanma başta olmak üzere çeşitli biçimlerde cezalandırılabilir. Kadınlara toplumsallaşma sürecinde dayatılan bu cinsiyetçi rol yaklaşımları, kadının çalışma yaşamına girmesini ve ileriye yönelik beklenti geliştirmesini de olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun sonucunda kadınlar, geleneksel rollerini aksatmayacak işlere yönelmekte ya da her iki rolünü yerine getirirken daha fazla güç sarf etmek zorunda kalmaktadır (Akın, 2005; Aktaş, 2007; Arıkan, 1998; Arslan, 2003; Chen, Subramanian, Acevedo-Garcia&Kawachi, 2005; Demirbilek, 2007; Hablemitoğlu, 2005; Markham, 1999).

Bugün ülkemizde kentleşme ve ekonomik gelişmenin doğal bir sonucu olarak yoğun bir şekilde yaşanan sosyal değişim süreci, geleneksel görev dağılımında, kadına ve erkeğe özgü rollere ilişkin ya tutumları değiştirmiş ya da modernleştirmiştir (Başaran, 1984). Kadının para kazanma işlevine katılmasıyla geleneksel aile düzeninin dayandığı ayrılmış kadın-erkek rolleri yerini paylaşmaya dayalı cinsiyet rolleri anlayışına bırakmıştır (Fortin, 2005). Zaman içinde gözlenen ekonomik gelişmeler, bu tür bir rol paylaşımını hem mümkün hem de zorunlu kılmaktadır. Ancak ev işlerinin paylaşımında gözlenen değişim, para kazanma rolünün paylaşımında gözlenenin çok gerisinde kalmaktadır. Bunun temelinde ev işlerinde kadınlık ve erkekliğin algılanışına ilişkin toplumsal kalıpyargıların yattığı söylenebilir. Para kazanma işlevine ilişkin kalıpyargılara kıyasla, ev işlerinin paylaşımı işlevine ilişkin kalıpyargılar daha çok direnç göstermektedir (İmamoğlu; 1991). Modern aile yaşam, kişi açısından aile beklentilerinin arttığı, hayatın çok hızlı yaşandığı ve bu nedenle farklı aile rolleri arasında denge sağlama ihtiyacının bütün aile bireyleri ve özellikle kadınlar tarafından daha yoğun hissedildiği bir dönem olmuştur (Günay&Bener, 2011). Ailenin sosyoekonomik düzeyinin ve karı ve kocanın eğitim düzeylerinin yükselmesi, anlaşarak evlenmiş olmaları, kadının çalışması ve ortak gelire katkısının artması gibi özellikler gösteren daha modern yapıdaki ailelerde kadın-erkek rollerinin daha eşitlikçi yönde değişmekte olduğu gözlenmektedir. Örneğin, daha modern yapıdaki ailelerde kararların alınışı, eşlerin birbirini desteklemesi, bağımlılık hisleri gibi konularda, geleneksel düzende kadınlar aleyhine gözlenen dengesizliğin, eşler arası eşitliğe dayalı bir dengeye doğru değişmekte olduğu saptanmıştır (Günay&Bener, 2011). Aile

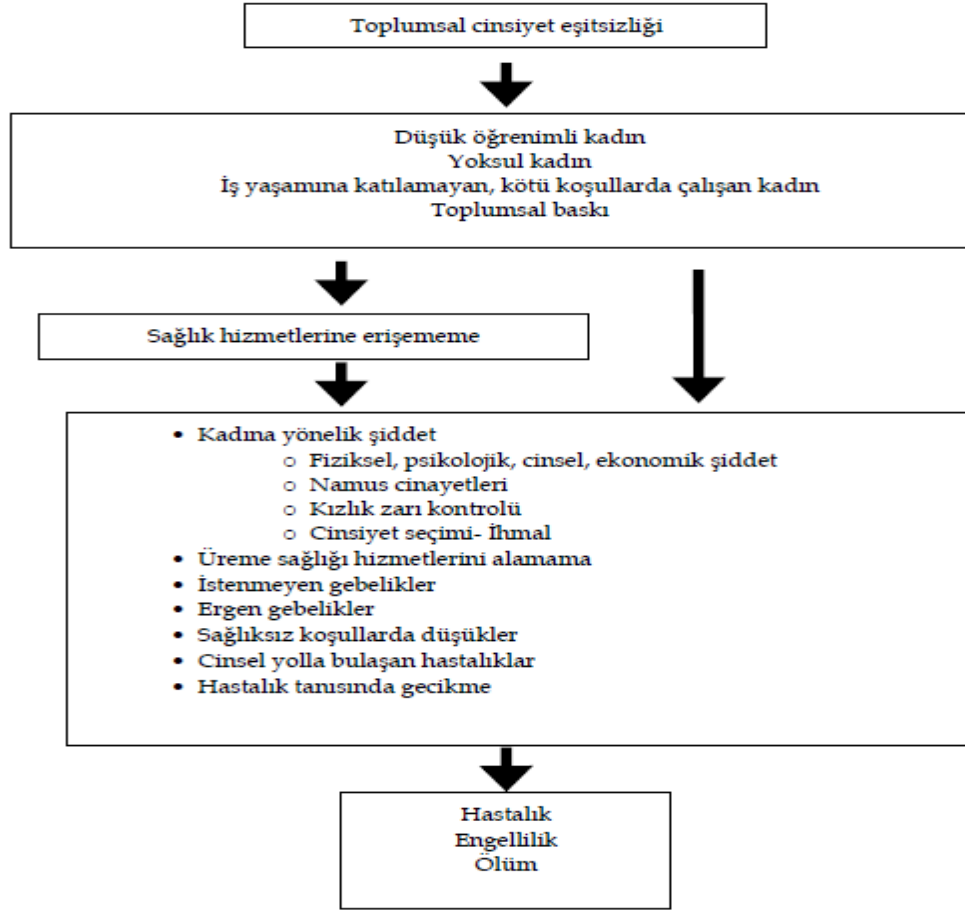
üyelerinin üstlendikleri rolleri algılama ve ailedeki sorumluluk dağılımı biçimi, cinsiyet, eşlerin eğitim düzeyi, evlilik süresi, aile tipi, aile yaşam dönemi, yerleşim yeri, içinde yaşanılan toplumun örf, adet, moral ilkeleri gibi çeşitli faktörle göre farklılık göstermektedir. Yapılan çalışmalarda kadının eğitim düzeyi, evlilik süresi, kadının çalışma oranı, ailedeki kişi sayısı arttıkça ve kırdan kente gidildikçe sorumluluk dağılımı ve evle ilgili faaliyetlerde işbirliğine doğru bir yönelme olduğu görülmüştür (Çaylıoğlu, 2002).

Toplumsal Cinsiyet Rolünün Kadın Sağlığına Etkisi

Toplumsal cinsiyet rol ve beklentilerinin etki ettiği ve beraberinde getirdiği eşitsizliğe neden olan alanlardan biri de sağlıktır. Sağlık ve toplumsal cinsiyet arasında görünmeyen ve ayrılmayan bir bağ vardır (Sezgin, 2015). Kadın sağlığında toplumsal cinsiyet ayrımcılığının görüldüğü en önemli alan üreme sağlığı hizmetleridir. Kadınlarımız bugün hâlâ güvenli annelik, jinekolojik sorunlar, infertilite, aile planlaması vb. konularında üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanmada yetersiz kalabilmektedirler. Kadınlar, ailedeki konumları nedeniyle sağlık hizmeti almaya bağımsız karar vermede zorlandıkları, sağlık kuruluşuna gitmede sorun yaşadıkları, ulaşımında engellerle karşılaştıkları ve sonuçta sağlık hizmeti almada geciktikleri belirlenmektedir (Coşkun&Özdilek, 2012). Şahiner ve Akyüz tarafından Ankara ilinde farklı sosyoekonomik düzeydeki gruplara hizmet veren bir üniversite ve bir özel dal hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran 250 evli kadına yönelik gerçekleştirilen çalışmada, kadınların eğitim düzeylerinin eşlerine kıyasla daha düşük olduğu, lise ve üzeri eğitimi olan, çalışan ve aile içi kararlarda söz hakkı olan kadınların daha yüksek düzeyde son gebeliklerinde doğum öncesi bakım aldıkları, doğumlarını sağlık kuruluşunda ve sağlık personeli ile yaptıkları, jinekolojik rahatsızlıklarında rahatlıkla sağlık kuruluşuna gittikleri saptanmıştır (Şahiner&Akyüz, 2010).

Türkiye’de toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin neden olduğu başlıca olgulardan biri kadına yönelik şiddettir. Kadına yönelik şiddet, aile içinde fiziksel, psikolojik, ekonomik, cinsel şiddet biçiminde görülebileceği gibi silahlı çatışma durumlarında sistematik tecavüz, cinsel kölelik, gebeliğe zorlama, gözaltında taciz ve tecavüz, kadınların siyasal yaşama katılmalarının önlenmesi, mobbing, töre-namus cinayetleri, kızlık zarı muayenesi, zorla evlendirme, kadın intiharları, işyeri/sokakta cinsel taciz, ergen gebelikler, kız gebeliklerin sonlandırılması, kız çocukların ihmali biçiminde de görülebilir (Başar&Demirci, 2015). Hindistan’da yapılan bir çalışmada aile içi şiddete uğrayan kadınlarda kanama, anormal vajinal akıntı, üriner sistemle ilgili sorunlar ve ağırlı cinsel ilişki gibi birçok jinekolojik sorunlar görüldüğü saptanmıştır (Stephenson ve ark., 2006). Erkeklerin kadınlardan daha güçlü ve saygın olduğunu kabul eden algı, erkeklerin saldırgan davranışlarına ve kadına yönelik şiddetine gerekçe oluşturmaktadır. Kadınlar savaşlar dışında çoğunlukla en yakınlarındaki erkeklerden şiddet görmektedir. Bu da şiddetin yarattığı bedensel, ruhsal ve sosyal etkileri daha da arttırmaktadır. Erkeğe ve kadına yüklenen toplumsal rollerin kadının kendisi tarafından da kabullenmesi, kadının maruz kaldığı şiddeti haklı gerekçelendirilmesine ve şiddete karşı sessiz kalmasına neden olmaktadır (Coşkun&Özdilek, 2012).

Günay ve arkadaşları tarafından 2006 yılında İzmir’de gerçekleştirilen bir çalışmada kadınların yaklaşık üçte biri şiddetin nedeninin kendi davranışları olduğunu belirtmiş, dörtte üçü şiddete karşı sessiz kalmış, yalnızca %1.6’sı resmi makamlara başvuruda bulunmuştur. Şiddet, bireyi fiziksel, duygusal ve sosyal yönden etkileyerek yetersiz beslenmeye, depresyona, travma sonrası stres bozukluğuna, sosyal izolasyona, madde bağımlılığına, beden travmalarına, geçici ve kalıcı engellilik ve hastalıklara, kronik ağrıya, güvenli olmayan cinselliğe, pelvikenflamatuvar hastalıklara, intiharlara, ölüme neden olmaktadır. Ayrıca gebelikte uygulanan şiddet, erken doğum, düşük, plasentanın erken ayrılması, erken membranrüptürü gibi riskleri de beraberinde getirmektedir. Bebekte ise çeşitli yumuşak doku hasarları ve kemik kırıklarına neden olmaktadır (Günay ve ark., 2006).



Şekil 1. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın üreme sağlığına etkisi (Şimşek, 2011)

İnsan hakları açısından sağlık konusunda kadınların dezavantajlı olduğu durumların en uç ve somut örneği anne ölümleridir. Kadının en sağlıklı olması gereken yaş döneminde, fizyolojik bir olay nedeniyle meydana gelen anne ölümleri de toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sonuçlarından biridir (Demirgöz Bal, 2014). Dünyada her yıl 400.000 civarında anne ölümünün gerçekleştiği tahmin edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Kurumu, 2018). Türkiye’de anne ölüm oranlarına bakacak olursak; 2016 yılı 14.7, 2017 yılı 14.6, 2018 yılı 13.6 bulunmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı Kurumu, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019). Dünya genelinde ortalama anne ölüm oranları dikkate alındığında, azalışla birlikte batı ülkelerine kıyasla yüksek bir anne ölüm ortalamasına sahiptir (Abali&Oskay, 2011). Anne ölümleri kadının statüsündüşük olduğu ülke ve yörelerde daha da artmaktadır (DemirgözBal, 2014).

Kadına karşı cinsiyet temelli eşitsizliğin sağlığa önemli etkilerinden birisi de implantasyon öncesi fetal cinsiyetin belirlenmesidir. Bu tanılama yöntemi fetüsün yapısal, kromozomal ve genetik anormallikler açısından değerlendirilmesine olanak sağlayan bir dizi teknik işlemi kapsamaktadır. İleri tıp teknolojisinin gelişimiyle paralellik gösteren prenatal tanı tekniklerinin kullanılmasının asıl amacı; gelecek kuşağın bir üyesi olacak olan fetüsün uğrayabileceği hastalıkların, sakatlıkların önlenmesine, en azından göreceği zararın şiddetinin hafifletilmesine, dolayısıyla bebek, aile ve toplumun katlanmak durumunda olacağı yükün azaltılmasına yardımcı olmaktır. Ancak soyun devamı gibi gerekçelerle erkek çocuk tercihinin yapıldığı ülkelerde, günümüz teknolojisinin etik olmayan bir şekilde kullanılması ile dişi fetüsün yaşamına son verilmektedir (Liu&Rose, 1996). Cinsiyet seçimi uygulaması Amerika’da yasal iken, Kanada, Almanya ve İngiltere’de yasaklanmıştır. Ülkemizde cinsiyet seçimi yasal olmamakla beraber, sadece cinsiyetle taşınan hemofili ya da bazı kas hastalıkları söz konusu olduğunda cinsiyet seçimine izin verilmektedir (Koyun ve ark., 2007). Herhangi bir sağlık sorunu olmaksızın yalnızca bebeğin cinsiyetinin kız olması sebebiyle yapılan cinsiyet seçiminin yasal olduğu Çin, Hindistan gibi ülkelerde cinsiyet oranları da etkilenmektedir. Farklı hesaplamaları olmakla birlikte,

kabul edilen cinsiyet oranı yaklaşık 102-106 yeni doğan erkeğe karşılık, 100 kız şeklindedir. Çin’de 20 yıl önceki verilere göre, doğumdaki cinsiyet oranı 108 erkeğe karşılık 100 kız iken; 2000 yılında bu oran 117/100 olarak tespit edilmiştir. Bu oran toplamda 30 milyon erkek fazlasına denk gelmektedir (Özdemir, Ocaktan&Kanyılmaz, 2005). Hindistan ve Çin’den gelen ve Amerika’da yaşayan göçmen aileler üzerinde yapılan başka bir çalışmaya göre bu ailelerde de erkek lehine cinsiyet seçimi yapıldığı saptanmıştır (Lhila&Simon, 2008). İntrauterin hayatta başlayan cinsiyet ayrımcılığı bebeğin doğduğu andan itibaren emzirme süreci ile devam etmektedir. Nitekim Pakistan’da, Mısır’da, Hindistan’da ve ülkemizde yapılan araştırmalarda kız çocuklarının ortalama 2- 3 ay daha erken emzirmeden kesildikleri saptanmıştır (Koyun ve ark., 2011; Cowan, 1990).

Yine kadına yönelik cinsiyet temelli eşitsizliğin bir başka çeşidi de kadın sünneti olgusudur. Kadın sünneti, klitoris bir kısmını (Tip 1), klitoris tamamı ya da bir kısmıyla birlikte labium minörleri (Tip 2), labium minör ve majöre ilaveten vajinal orifisin bir kısmını (Tip 3) ve son olarak (Tip 4) piercing gibi uygulamalar için dış genital organların kesilmesi şeklinde sınıflandırılmaktadır. Hiçbir sağlık yararı olmayan bu uygulama dini gereklilik, eşini daha fazla cinsel açıdan tatmin edebilme, bekaretin korunması, daha iyi evlilik bağı kurulacağı inancı, sosyal kabulün sağlanması ve temizlik amacıyla yapılmaktadır (UNICEF, 2013). BM Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) verilerine göre, kadın sünneti Amerika Birleşik Devletleri (göçmenler) de dahil olmak üzere büyük çoğunluğu beş yaş altı ve on beş yaşına kadar tüm kız çocuklarında toplamda 29 ülkede halen uygulanmaktadır (UNICEF, 2013). Bu uygulama sonucu erken dönemde şiddetli ağrı, hemoraji, şok ve ölüm gibi ciddi sorunlara; geç dönemde ise kronik genital ya da üriner enfeksiyonlar, infertilite ve doğum problemleri gibi sağlık sorunlarına yol açmaktadır (DemirgözBal, 2014). Genitalmutilasyonun yok edilmesi için ulusal ve uluslararası düzeyde işbirliği kurulması gerekmektedir. Halkın ve toplum liderlerinin eğitimi ile dini liderlerle işbirliği yapılması bu uygulamayı yok etmenin en iyi yoludur. Kadın genitalmutilasyonunun, kadın ve çocuk sağlığı üzerine yarattığı olumsuz etkileri konusunda insanlarda farkındalığın artırılması, devletlerin genitalmutilasyona karşıtı olan politikaları benimsemesi ve yasal önlemler alması ile kadın genitalmutilasyonunun önüne geçilebilir (Koyun ve ark., 2011).

Kadınların cinselliğinin denetlenmesinin aracı haline getirilen kızlık zarı muayenesi kadının kendi bedeni üzerindeki söz hakkını ortadan kaldırmakta, kadında fiziksel ve ruhsal sorunlara yol açmakta, intiharlara ve nâmus cinayetlerine yol açmaktadır. Yapılan çalışmalarda üniversite öğrencilerinin dahi %54.5-85’inin evlenirken bekaretin önemli olduğunu belirtmesi, bekaretin toplumsal yaşamdaki belirleyiciliğinin ne denli yaygın olduğunu göstermektedir (Dilbaz ve ark., 1992; Özkan ve ark., 2004). Toplumun kadına biçtiği eş ve anne olma rolünün etkisiyle eğitimden mahrum bırakılmış kadın erken yaşta evlendirilmekte ve çocuk sahibi olması beklenmektedir. Erken yaşta evliliklerin bir nedeni de bazı toplumlarda aileler tarafından kızlarının evlilik dışı cinsel ilişkisini engellemektir. Erken yaşta çocuk sahibi olmak hem anne, hem de bebek için yüksek risk taşımaktadır. Erken kadınlar fiziksel olarak çocuk doğurmaya hazırlıklı olmayıp, yirmili yaşlardaki kadınlardan daha fazla anne ölümü riski, gebelik ve doğum komplikasyonları taşımaktadırlar. Erken gebelikler; preklampsi, anemi, enfeksiyon, yetersiz kilo alımı, erken membranrüptürü gibi sorunların yanı sıra, kadınların eğitimi, sosyal ve ekonomik gelişmelerinin önünde bir engel oluşturmaktadır. Bebekler açısından da doğumsal malformasyon, erken doğum, düşük doğum ağırlığına neden olmaktadır (Şimşek, 2011). Türkiye’de bekar kadınlar 1994 yılından itibaren evli kadınlarla birlikte 15-49 yaş kadın izlemi adı altında birinci basamak sağlık kurumları tarafından izlenmeye başlanmıştır. Ancak kayıtlara bakıldığında bekar kadınlar hiçbir izlem yapılmaksızın doğrudan korunmayan kadın olarak kabul edilmektedir. Bu durum özellikle bekar kadınların devlet tarafından verilen üreme sağlığı hizmetlerinden dışlandığının en önemli göstergesidir (Giray, 2004).

Sağlık hizmetlerine ulaşamama yalnızca evli olmayan kadınların sorunu değildir. Evli kadınlar için de üreme sağlığı hizmetlerinin erişiminde ve kullanımında kadının öğreniminin, ekonomik olarak eşe bağımlı olmasının, sağlık hizmetlerinden yararlanma kararını tek başına veremeyip ailede otorite olarak kabul edilen eş ya da diğer aile büyüklerinden izin almadan hizmet alamamasının önemi vardır. Ayrıca kadın bedeninin mahrem sayılması, erkek hekime muayene olmaktan utanılması da kadının üreme sağlığı hizmetlerini alamamasına ya da hizmeti almada gecikmesine neden olmaktadır. Bu durum kanser gibi erken tanı ile önlenilecek pek çok hastalığın ortaya çıkmasına ve kadın sağlığının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Şahiner&Akyüz, 2010).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin CYBH üzerinde de olumsuz etkisi bulunmaktadır. Seks işçiliği yapan kadınlar ve bekar kadınlar CYBH açısından öncelikli risk grubu olsa da evli kadınlar da risk altındadır. Örneğin AIDS’e yol açan İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsünün (HIV) yayılmasında ve epidemisinde toplumsal cinsiyet eşitsizliği önemli bir etmendir. Heteroseksüel cinsel ilişki sırasında HIV enfeksiyonuna yakalanma riski kadınlarda erkeklere göre daha fazladır. Bunun bir nedeni erkeklerin penisinde kadının vajinal sekresyonuna göre daha fazla HIV bulunması ve kadının virüse maruz kalan vajinal mukoza alanının daha geniş olmasıdır. Bu durum biyolojik farklılıktan kaynaklanıyor gibi kabul edilebilir (Şimşek, 2011; Giray 2004; Türmen 2003).

Ancak Türkiye’de CYBH ve HIV’in öncelikli bulaşma biçimi korunmasız heteroseksüel ilişkidir ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği açısından düşünüldüğünde özellikle kayıt dışı çalışan seks işçileri hem zorunlu sağlık izleminden yoksun olduğu hem de kondom kullanımına ilişkin ısrarcı olmadığından en riskli grubu oluşturmaktadır. Aynı zamanda seks işçileri ile birlikte olan evli erkeğin eşi de bu bulaş açısından risk altındadır. Risk altında olan bir diğer grup da zorla cinsel ilişkiye girilen kadınlardır ki bunun da nedeni zorla girilen cinsel ilişkinin mikrolezyon riskini ve dolayısıyla HIV bulaşma riskini artırmasıdır. CYBH’ye karşı önlem almama ya da ihmalin sağlık açısından yol açtığı önemli sonuçlar ektopik gebelik, servikal kanser, kronik pelvik ağrı, pelvik yapışıklıklar, kısırlık, enfekte annenin bebeğinde yenidoğanpnömonisi, göz ve merkezi sinir sistemi enfeksiyonu ve yenidoğan ölümüdür (Şimşek, 2011; Giray 2004; Türmen 2003).

Kadının sağlık sorunlarının en ihmal edildiği dönem menopoz ve yaşlılık dönemidir. Bu dönemde yaşadığı başlıca üreme sağlığı ile bağlantılı sorunlar, menopozal semptomlar, malignansiler, kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz ve prolapsus şeklindedir (Akın, 2003). Kadınların beklenen yaşam sürelerinin uzaması menopozal dönemde geçirdikleri süreyi de artırmıştır. Bu artış depresyon, osteoporoz, diyabet, hipertansiyon, immün bozukluklar, romatoidartrit, alzheimer, malignansiler gibi sağlık sorunlarını da beraberinde getirmiştir. Bu sorunlar her iki insan cinsi tarafından yaşansa da sıklığı ve komplikasyonları kadınlarda psikolojik, sosyolojik ve ekonomik açıdan daha fazla sorun yaratmaktadır. Kadınların doğumdan beklenen yaşam ömrünün daha uzun olması ve dolayısıyla erkekten daha uzun yaşaması, fakat sosyoekonomik imkansızlıklar nedeniyle yoksullaşması ve sağlık hizmetlerinden yararlanamaması söz konusudur (DemirgözBal, 2014).

SONUÇ

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği doğrudan veya dolaylı olarak kadında birçok sağlık sorununa yol açmaktadır. Bu sorun Türkiye dâhildünya’nın bütün ülkelerinde, farklı boyutlarda da olsa mevcut olan bir gerçektir. Bu olgunun varlığının kabul edilmesi ve konu ile ilgili toplum dâhil bütün tarafların duyarlı hâle getirilmesi gerekmektedir. Kadına yönelik pozitif ayrımcılık bakış açısıyla, sunulan bakım hizmetlerinde kadınların sağlık bakım gereksinimlerine öncelik tanınmaları gerekmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin politika, strateji ve uygulamalarına “insan hakları” ve “toplumsal cinsiyet eşitliği” perspektifinden bakabilmesi önem taşımaktadır. Bu bakış açısının gelişmemiş olması, çoğu kez toplumsal olaylarda tanıyı, korunma önlemlerini ve çözümleri geciktirebilmektedir. Kadın sağlığındaki çağdaş yaklaşım, intrauterin dönemden başlayarak yaşam boyu, tüm yaş gruplarını ve etkileyici bütün faktörleri göz önüne alan kapsamlı hizmet sunulmasıdır. Toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadının güçlendirilmesinin başarılması için sağlık, eğitim ve istihdam alanlarındaki tüm politika ve programların geliştirilmesi, uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesinde temel olarak gereken toplumsal cinsiyet analizinin kullanımı sağlanmalı ve uygulanma kapasitesi artırılmalıdır. Bu çerçevede, toplumun sağlığını yükseltmede birinci görevi olan ve kadınlara ulaşma kolaylığı daha fazla olan ebe ve hemşirelerin yeri burada çok önemlidir. Tüm sağlık profesyonellerine, toplumsal cinsiyete dayalı bireysel, toplumsal eğitimler yapma, sektörler arası işbirliği yapma, danışmanlık, rehberlik gibi görevler ve sorumluluklar düşmektedir. Böylece kadın sağlığını geliştirerek, sağlıklı kadınlardan sağlıklı bebekler, sağlıklı bebeklerden sağlıklı toplumlar oluşmasında katkıda bulunacaktır.

KAYNAKLAR

- Abali S & Oskay U. (2011). "Critical Care At TheObstetric/Obstetride Yoğun Bakım. Journal of EducationandResearch in Nursing 2011;8(1):14-21.
- Akın A. (2003) Toplumsal Cinsiyet Kadın ve Sağlık. Hacettepe Üniversitesi, Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi. Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Akın A., & Demirel S. (2003). Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri. C.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi, Özel eki; 25(4):73-82.
- Akın, A. (2005). Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü ve Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi Ortak Çalışması, Ankara.
- Akın, A. (2007) Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı ve Sağlık, Toplum Hekimliği Bülteni, 26 (2), 1-9.
- Aksu, B. (2008). Sivil toplum kuruluşları için toplumsal cinsiyet rehberi. Ankara: Odak Ofset Matbaacılık, s.15, 22, 35-45.
- Aktaş, A. M. (2007). Türkiye’de Kadın Sağlığını Etkileyen Sosyoekonomik Faktörler Ve Yoksulluk. Aile Ve Toplum. Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi, 3 (12), 65-70.
- Arat, N. (1996b). Kadın gerçeklikleri. İstanbul:Say Yayınları, s.3-5

- Arıkan, G. (1998). Kadınlarda Sosyal Tabakalaşım ve Sosyal Hareketlilik. 20.yüzyılın sonunda kadınlar ve gelecek aktaran Çitici O. (ed). İnsan Hakları Araştırma ve Derleme Merkezi Yayın No:16. 1.Baskı.). Ankara: TODAİE Yayın No: 285, ss.50-62.
- Arslan, A. (2003). Eşitsizliğin Teorik Temelleri: Etik teorisi. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 6 (2), 115-135.
- Attanapola, C.T. (2004). Changing Gender Roles and Health Impacts Among Female Workers in Export-Processing Industries in Sri Lanka. *Social Science and Medicine*, 58, 2301-2312.
- Başar & Demirci. (2015). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği ve Şiddet, *KASHED*, 2015 2(1): 41-52.
- Başar F. (2017). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Kadın Sağlığına Etkisi, *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017(3):131-137.
- Başaran A.R. (1984). Kırsal Kesimde: Aile Kurma Çözme, Aile İçi Etkileşim ve İlişkiler. Türkiye'de Ailenin Değişimi Toplum bilimsel İncelemeler. Ankara: Maya Matbaacılık.
- Chen, Y.Y., Subramanian, S. V., Acevedo-Garcia, D & Kawachi, I. (2005). Women's status and depressive symptoms: a multilevel analysis. *Social Science & Medicine*, 60 (1), 49-60.
- Cowan B. (1990). Let her die. *Indian J Matern Child Health*, 1(4), 127-128.
- Çoşkun A., & Özdilek R. (2012). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Sağlığa Yansıması ve Kadın Sağlığı Hemşiresinin Rolü, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2012;9 (3): 30-39.
- Çaylıoğlu, İ. (2002). *2001 Yılı Aile Raporu*. Ankara: T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayınları.
- Demirbilek, S. (2007). Cinsiyet Ayrımcılığın Sosyolojik Açısından İncelenmesi. *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar Dergisi*, 44 (511), 45-49.
- Demirgöz Bal M. (2014). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğine Genel Bakış. *KASHED*, 2014;1:15-28.
- Dilbaz N., Erkmen H., Seber G., Kaptanoğlu C., Baysal B & Tekin D. (1992). Üniversite Öğrencilerinin Cinsellikle İlgili Tutumları. *Ankara Tıp Dergisi* 1992; 14: 17-24.
- Dinç A. (2013). Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı, <https://www.researchgate.net/publication/310510220>, Erişim Tarihi, 29.09.2019.
- Dökmen YZ. (2004). Toplumsal cinsiyet: Sosyal psikolojik açıklamalar. 1.baskı. İstanbul: SistemYayıncılık; 2004. s.10-22.
- Ecevit, Y. (2003). Toplumsal Cinsiyetle Yoksulluk İlişkisi Nasıl Kurulabilir? Bu İlişki Nasıl Çatışabilir? Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25,4, 83-88.
- Eren, A. (2005). Korku Kültürü, Değerler Kültürü ve Şiddet. Aile ve Toplum. Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi, 2 (8), 23-37
- Eroğlu K. (2012). Kadın ve Üreme Sağlığına Genel Bakış. AM Coşkun, editör. Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları; 2012. s:15-37.
- Fortin, N.M. (2005). Gender Role Attitudes and the Labour-Market Outcomes of Women Across OECD Countries. *Oxford Review of Economic Policy*. 21,3,416-438.
- Giray H. (2004). Bekar Kadınların Aile Planlaması Bilgilerinin Etkileyen Etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir 2004.
- Güldü, Ö & Ersoy, M. K. (2008). Toplumsal cinsiyet rolleri ve siyasal tutumlar sosyal psikolojik bir değerlendirme. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 64 (3), 97-117
- Günay & Bener. (2011). Kadınların Toplumsal Cinsiyet Rollerini Çerçevesinde Aile İçi Yaşamı Algılamaya Biçimleri, TSA / Yıl: 15 S: 3, Aralık 2011.
- Günay T., Giray H., Harç B., Köksal B & Sarı S. (2006). İzmir'de Bir Gecekondu Bölgesinde Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. *Sağlık ve Toplum*, 2006;16:31-37.
- Hablemitoğlu, Ş. (2005). Toplumsal Cinsiyet Yazıları. (İkinci Baskı, sy. 20-40). İstanbul: Toplumsal Dönüşüm Yayınları.
- İmamoğlu, E. O. (1991). Aile İçinde Kadın-Erkek Rollerini. Türk Aile Ansiklopedisi. Ankara: Cilt 3, T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. Ankara: Türkiye Yazarlar Birliği Vakfı.

- Kitiş, Y & Bilgici, S. Ş. (2007). Bir Aile İçi Şiddet Olgusu: Sır Tutma İlkesi İle Şiddeti İhbar Etme Yükümlülüğü Arasındaki Etik İkilem. *Aile ve Toplum. Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, 3 (11), 7-13.
- Kongar, E. (1995). İmparatorluktan Günümüze Türkiye'nin Toplumsal Yapısı. Cilt 1-2, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Koyun A., Taşkın L & Terzioğlu F. (2011). Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler. *Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1),67-99.
- Lhila A & Simon KI. (2008). Prenatal Health Investment Decisions: Does The Child's Sex Matter. *Demography*, 45, 885-905.
- Liu P & Rose GA. (1996). Sex Selection: The Right Way Forward. *Hum Reprod*, 11(11), 2343-2345.
- Neumayer E & Plümer T. (2007). The Gendered Nature of Natural Disasters: The Impact of Catastrophic Events on the Gender Gap in Life Expectancy 1981-2002. *Annals of the Association of American Geographers* 2007;97:551-66. doi: 10.1111/j.1467-8306.2007.00563.x
- Özdemir O., Ocaktan E & Kanyılmaz D. (2005). Toplumlarda Cinsiyet Oranı ve Etkilendiği Düşünülen Faktörler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 58, 180-188.
- Powell, G.N. & Greenhaus, J.H. (2010). Sex, Gender, and Decisions at The Family -Work Interface. *Journal of Management*. 36 4,1011-1039.
- Sever, A. (2005). Tabulaştırılan/Tabulaşan Kurumun (Ailenin) Kurbanlıklar Edinme Pratiği. *Aile Ve Toplum. Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, 2 (8), 9-22.
- Sezgin D. (2015). Toplumsal Cinsiyet Perspektifinde Sağlık ve Tıbbileştirme, *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi / Journal of Sociological Research*, Cilt / Volume 18 Sayı / Number 1 (Nisan/April 2015) : (153-186).
- Stephenson R., Koenig MA., Ahmed S. (2006). Domestic Violence and Symptoms of Gynecologic Morbidity among Women in North India. *International Family Planning Perspective* 2006; 32(4):201-208.
- Şafak, Ş., Çopur, Z & Özkan, M. (2006). Çocukların evle ilgili Faaliyetlere Harcadıkları Zamanın İncelenmesi. www.sdergi.hacettepe.edu.tr/sszcmoo.pdf. (erişim tarihi:30.05.2020).
- Şahiner G & Akyüz A. (2010). Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Üreme Sağlığı. *TAF, Preventive Medicine Bulletin* 2010; 9(4):333-342.
- Şimşek H. (2011). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi: Türkiye Örneği. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2011, 25(2): 119 – 126.
- T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. (2019). *Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Ulusal Eylem Planı, 2018-2023*, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Kurumu, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. (2019). <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>(Erişim tarihi, 31.05.2020).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Kurumu. (2018). *Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi*, Sistem Ofset Bas. Yay. San. ve Tic. Ltd. Şti.
- Terzioğlu F & Taşkın L. (2008). Kadının Toplumsal Cinsiyet Rolünün Liderlik Davranışlarına ve Hemşirelik Mesleğine Yansımaları, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008, 12(2).
- Türmen T. (2003). *Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı*. *Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Sağlık kitabı içinde* Ed: A Akın, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2003; 3-16.
- Türmen, T. (1995). *Toplumsal cinsiyet ve kadın sağlığı*. Un. Platform For Action. p 89-99.
- UNICEF (2013). *Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Overview And Exploration of the Dynamics of Change*. http://www.unicef.org/media/files/FGCM_Lo_res.pdf (Erişim Tarihi, 30.05.2020).
- Üner, S. (2008). *Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Temel Eğitim Seti*. TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, UNFPA, Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara: Dumat Ofset.
- World Health Organization. (2011). *Human Rights and Gender Equality in Health-Sector Strategies How to Assess Policy*. Geneva: Publications of the World Health Organization; 2011. s.9-21.