

## Rapor

# Toplumsal cinsiyetle ilişkili sorunlar

Hacer Özel Doğan<sup>a</sup>, Birgül Piyal<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Araş.Gör.Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD., Ankara

<sup>b</sup> Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD., Ankara

Geliş tarihi: 21.02.2017, Kabul tarihi: 02.06.2017

## Özet

Cinsiyet büyük oranda doğumda belirlenirken; toplumsal cinsiyet, toplumsal açıdan belirlenmiş görev ve sorumlulukların dağılımı ile nitelendirilen bir cinsiyet yorumlamasına atıfta bulunmaktadır. Toplum tarafından oluşturulan cinsiyet kalıpları, kadın ve erkekleri basitçe birbirinden farklılaştırmakla kalmayıp, sosyal kaynaklara erişimi, fırsatların kullanımını, sorumlulukların ve kaynakların dağılımını da önemli ölçüde etkilemektedir. Kadınlar yaşamlarının farklı dönemlerinde cinsiyet eşitsizliklerinden kaynaklanan farklı risklerle karşı karşıya kalmaktadır. Cinsiyet eşitliği ulusal ve uluslararası düzenlemelerle güvence altına alınmış olmasına karşın dünyada toplumsal cinsiyet eşitliğinin tam olarak sağlanabildiği hiç bir ülke yoktur. Bununla birlikte bu eşitsizlik bazı bölgelerde daha belirgindir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, Türkiye'nin de önemli sorunlarından biridir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği her geçen gün büyümektedir ve bu gerileme birçok açıdan kadınların günlük yaşamlarını önemli bir biçimde etkilemektedir. Bu çalışmada cinsiyet eşitsizliğinin kadınların yaşamı üzerindeki etkileri, toplumsal cinsiyet eşitliğine dayalı politika uygulayan ve uygulamayan ülkeler karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Cinsiyet eşitliği ve ülkelerdeki ilgili temel göstergeler incelenmiş ve özgün tablolar oluşturulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Toplumsal cinsiyet, cinsiyet ayrımcılığı, kadın, sağlık


## Gender related issues

### Abstract

While sex is largely assigned at birth, gender refers to an interpretation of sex, characterised by an allocation of socially determined functions and responsibilities. Gender stereotypes created by society do not simply differentiate between men and women, but importantly affect access to

**Sorumlu Yazar:** Hacer Özel Doğan, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD., Ankara.  
Tel: +90 312 595 60 00 /8619, Faks: +90 312 319 82 36, e-posta: [ozelhacer@gmail.com](mailto:ozelhacer@gmail.com)

Copyright holder Turkish Journal of Public Health

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.  This is an open Access article which can be used if cited properly.

social resources, use of opportunities, distribution of resources and responsibilities. Women face different risks due to gender inequalities at different periods of their lives. Though gender equality is guaranteed by national and international regulations, there is no country in the world where gender equality has yet been fully achieved. However, this inequality is more evident in some regions. Gender inequality is one of the major problems of Turkey. Gender inequality is growing day by day and this regression has a substantial impact on women's daily lives in many respects. In this study, the effects of gender inequality on women's lives were examined through a comparison of countries that implement and do not implement policies based on gender equality. Gender equality and related basic indicators in countries were examined and original tables were created.

**Key Words:** Gender, gender discrimination, women, health

## Giriş

Bilindiği gibi bireyin kadın ya da erkek olarak gösterdiği genetik, fizyolojik ve biyolojik özelliklere **cinsiyet** denir.<sup>1</sup> **Toplumsal cinsiyet eşitliği (gender equality)** ise; fırsatları kullanma, kaynakların ayrılması ve kullanımında, hizmetlere erişimde bireyin cinsiyeti nedeniyle ayrımcılık olmaması/ yapılmaması demektir.<sup>1,2</sup>

Toplumsal cinsiyet eşitliği uzun yıllardır ulusal ve uluslararası dünyanın gündeminde olan, sınırlı bölgelerde belirli ilerlemelere karşın çözüme ulaşılamayan bir konudur. Öyle ki yakın dönem anayasaları insan haklarına saygıya, kadın-erkek eşitliğine yaptıkları vurgularla önemli örnekler oluşturmaktadır. 'Toplumsal cinsiyete duyarlı bir anayasa', sadece özel olarak toplumsal cinsiyet eşitliği hükümleri içermekle kalmayıp belgenin tamamının çerçevesini insan hakları diliyle çizer.<sup>3</sup>

Cinsiyet ayrımcılığının önlenmesi ve toplumda kadının statüsünün ve işlevinin yeniden gözden geçirilerek değiştirilmesi ve farklılaştırılması çalışmaları, Türkiye'de de üzerinde durulan etkinlik alanlarındanıdır.<sup>4</sup>

Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü'nün 2018-2013 yılları için hazırladığı Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı, eğitim alanında kız çocukların okullaşmasının artırılmasından başlayarak, üniversitelere yönlendirilmeleri de dahil bir dizi başlıkta çaba gösterilmesi gerektiğine vurgu yapmaktadır.<sup>5,6</sup>

## *Toplumsal cinsiyet ve sağlık*

Sağlık hizmetinin temel amaçlarından biri de kişilerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesidir. Kişilerin yaşam kalitesi değerlendirilirken bazı sosyal ögelerin etkileri de dikkate alınmalıdır. Sosyal belirleyiciler olarak adlandırılan eğitim, yaş, etnik köken, cinsel yönelim, yaşanılan yer özelliklerinin tümü sağlığın önemli belirleyicileridir. Bu ögeler cinsiyet eşitsizliği ile kesiştiğinde ayrımcılık, sağlığı bozacak tehlikeler, sağlıklı olmak için gerekli kaynaklara erişimden yoksunluk anlamına gelebilir.<sup>7,8</sup>

Öte yandan kadınlar ve erkekler arasındaki sosyal yapı farklılıkları; fırsatları ve sağlıklı olmak için gerekli kaynaklara erişimi kısıtlaması ve sağlık üzerindeki negatif etkilere yol açabilmesi ve dolayısıyla ayrımcılık ve eşitsizlikle sonuçlanabilmesi durumları dışında tek başına bir sorun alanı oluşturmaz.<sup>7</sup>

Kadın ve erkekler arasındaki farkı sadece biyolojik farklılıkla açıklamak mümkün değildir. Kadın ve erkeklerin işlevleri söz konusu olduğunda çeşitli kültürler arasında büyük farklılıklar olduğu dikkat çekmektedir. Konunun önemine dikkat çeken toplumsal cinsiyet çalışmaları bunun toplumsal düzlemde kurulduğunu savunurlar. Bireyler, kurulu cinsiyet normları, ilişkiler ya da rollere uymadıklarında genellikle sağlık üzerinde negatif etkileri olan damgalanma, ayrımcı uygulamalar ya da sosyal dışlanma ile karşı

karşıya kalırlar. Cinsiyet normları, optimal sağlığı elde etmek için gerekli kaynaklara erişimi ve denetimi etkilemektedir. Bu kaynaklar; ekonomik (gelir, kredi), sosyal (çevre), politik (liderlik, katılım), bilgi ve eğitim (sağlık okuryazarlığı, akademik) vb alanlarda olabilir.<sup>7,9,10</sup>

Kadın sağlığını anlamak açısından sağlığı bozabilecek farklı tehlikeleri ve sonuçlarını olduğu kadar, kadın ve erkeklerin gereksinimlerine sağlık hizmetlerinin verdiği yanıtları belirlemek için, toplumsal cinsiyetin biyolojik özelliklerle ve sosyal sınıf, etnik yapı, yaş gibi diğer sosyal boyutlarla nasıl bir etkileşimi olduğunun bilinmesi gerekir. Ayrıca, toplumsal cinsiyete ilişkin öğeler, sağlık hizmeti verenlerin tepkilerini de etkilemektedir.<sup>11</sup>

Kadın sağlığını olumsuz etkileyen durumlar yaş gruplarına göre de farklılık göstermektedir. Bu durumlara çocukluk çağında; cinsiyet seçimi, malnutrisyon, kadın sünneti (genital mutilasyon), ergenlik döneminde; madde bağımlılığı, paralı seks, istenmeyen gebelikler, erişkinlik döneminde; şiddet, anne ölümleri, cinsel taciz, zorla evlendirme, intihar, menopoza ve menopoza sonrası dönemde; menopozal semptomlar, osteoporoz, malingensiler vb örnek verilebilir.<sup>10,12</sup>

Günümüzde en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olarak "savaş", çatışmalar ve terör saldırıları halen dünyanın birçok yerinde sürmekte, bu durumdan en çok etkilenenler de incinebilir grupta yer alan kadın ve çocuklar olmaktadır. Bulaşıcı hastalıklar, beslenme, barınma, cinsel şiddet, cinsel saldırı, üreme sağlığı, psikiyatrik sorunlar vb birçok alanda kadın ve çocuk sağlığı olumsuz etkilenmektedir.<sup>13</sup>

Son yarım yüzyılda yaşanan önemli değişimlerden birisi kadının göçünün artmasıdır. Göç bazen isteğe bağlı bir şekilde gerçekleşirken (sosyo-ekonomik kaygılar), bazen ise zoraki nedenlerden (savaş, doğal afet, siyasi baskılar vb.) dolayı meydana gelen bir süreci ifade eder. Zoraki göçler sağlık üzerindeki olumsuz etkileri

nedeniyle önem verilmesi gereken konulardan biridir. Birleşmiş Milletler Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi'nde de (CEDAW) vurgulandığı gibi, göçmen kadınlar, göç çevrimi boyunca sağlık alanında özel sorunlarla karşılaşmaktadır. Örneğin göçmen kadınlar, kendi rızaları olmadan HIV/AIDS ya da başka testlere tabi tutulma gibi cinsiyet ve toplumsal cinsiyet temelli ayrımcılığa maruz kalabilmekte, göçleri sırasında araçların ve yanlarındakilerin cinsel ve fiziksel istismarına uğrayabilmektedir.<sup>14-16</sup>

### *Dünyada ve Türkiye'de toplumsal cinsiyet*

Ülkeler arasında insani gelişmeyi kıyaslayabilmek için bazı belirleyicilerden yararlanılır. Toplumsal cinsiyet eşitliği göstergeleri de bunlardan biridir. Cinsiyet eşitsizliği değerlendirildiğinde tüm ülkeler insani gelişmedeki başarıları açısından bazı kayıplar yaşarlar. Bunun ölçütü olarak toplumsal cinsiyet eşitsizliği endeksi kullanılır. Yüksek toplumsal cinsiyet eşitsizliği endeksi değerleri, yüksek eşitsizlikleri ve dolayısıyla insani gelişmedeki büyük kayıpları gösterir. Dünya genelinde 2014 verilerine göre toplumsal cinsiyet eşitsizliği endeksinin en düşük olduğu bölge Avrupa (0.300), en yüksek olduğu bölge ise Sahra Altı Afrika'dır (0.575). Ülke bazında bakıldığında cinsiyet eşitsizliği endeksinin en düşük olduğu ülke Slovenya (0.016), en yüksek olduğu ülke ise Yemen'dir (0.744). Türkiye 71. sırada yer almaktadır (0.359). Dünya Ekonomik Forumu'nun Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu 2016 Raporu'na göre ise toplumsal cinsiyet eşitliği açısından en iyi durumda olan üç ülke sırasıyla İzlanda, Finlandiya ve Norveç'tir. Ülkeler arasında olduğu gibi ülke içindeki bölgeler, iller arasında da farklılıklar görülebilmektedir. Türkiye'de 2013 yılında iller arasında toplumsal cinsiyet eşitliği yönünden karşılaştırma yapan bir çalışmada en eşitlikçi il İstanbul olarak bulunmuştur. İstanbul'u Tunceli, Bolu, Düzce ve Eskişehir izlemiştir.<sup>17-20</sup>

Geçmişten günümüze özellikle de sanayileşmenin yarattığı dönüşümlerin ürünü olan kadın hareketlerinin de çabalarıyla toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması ve kadının güçlendirilmesine ilişkin birtakım önemli uluslararası düzenlemeler yapılmıştır. CEDAW, Eğitim, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi, Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, Binyıl Kalkınma Hedefleri, İstanbul Sözleşmesi bu düzenlemelerden bazılarıdır.<sup>21,22</sup>

### **Binyıl Kalkınma Hedefleri**

Binyıl Kalkınma Hedefleri, yoksulluk ve açlığın ortadan kaldırılması, tüm bireyler için eğitim, toplumsal eşitliğin sağlanması, kadının güçlendirilmesi, çocuk ölümleri, anne sağlığı, salgın hastalıklarla savaş, çevresel sürdürülebilirlik ve kalkınma için küresel ortaklık konularını içermektedir. Toplam 8 maddeden oluşan binyıl kalkınma hedeflerinin üçüncüsü kadınları güçlendirmek için toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasıdır.<sup>21,23</sup>

Binyıl kalkınma hedeflerinin bir kısmı açısından çok önemli gelişmeler sağlanmasına karşın, yoksulluk ve açlığın kökü kazanmamıştır. Bu nedenle 25 Eylül 2015 tarihinde Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesi'nde Birleşmiş Milletler'in üye ülkeleri 2030 yılına kadar yoksulluğu sona erdirmek, eşitsizlik ve adaletsizlikle mücadele etmek ve iklim değişikliğinin üstesinden gelmek için 17 sürdürülebilir kalkınma hedefini kabul etmiştir. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, diğer bir deyişle Küresel Hedefler, Binyıl Kalkınma Hedeflerinin devamı, tamamlayıcısı niteliğindedir. Toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamak, kadınların ve kız çocuklarının konumlarını güçlendirmek, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri arasında da yer almaktadır.<sup>24,25</sup>

### **Toplumsal Cinsiyet Eşitliğine Dayalı Politika Uygulayan Ülkelerde Kadın**

Dünya Ekonomik Forumu tarafından

2006 yılından bu yana Küresel Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Göstergeleri yayınlanmakta ve bu raporlara göre cinsiyete dayalı eşitsizliklerin boyutu ortaya konularak bu konudaki ilerlemelerin izlenmesi amaçlanmaktadır. Toplumsal cinsiyet eşitliğine dayalı politika uygulayan ülkelere bazılarındaki mevcut uygulamalara, ne zamandan beri uygulanmakta olduğuna, zaman içindeki değişimine kısaca birkaç örnek verecek olursak; Toplumsal cinsiyet eşitliğinin en iyi durumda olduğu İzlanda'da toplumsal cinsiyet eşitliği 30 yıldan uzun bir süredir özel düzenlemeler yoluyla özendirilmektedir. İlk cinsiyet eşitliği yasası ve cinsiyet eşitliği konseyi 1976'da oluşturulmuştur. İsveç'te toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamak için çıkarılan ilk yasa Fırsat Eşitliği Yasası'dır, 1979 yılında kabul edilmiştir. Kadın Erkek Eşitliği Komitesi, Kadın ve Erkek Arasında Eşitliği Araştırma Komisyonu gibi kurumlar 1980'lerin başında kurulmaya başlamıştır. İsveç Anayasasında devlet harcamalarının aktarıldığı 17 harcama alanından birisi de Entegrasyon ve Toplumsal Cinsiyet Eşitliğidir. Toplumsal cinsiyet eşitliğine yönelik düzenlemelerin uzun yıllardan beri uygulandığı Norveç'te çalışmalar ilk olarak 1959 yılında hükümet tarafından Eşit Ücret Konseyi'nin kurulmasıyla başlamıştır. Eşit ücret konseyi 1972 yılında Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Konseyi'ne dönüşmüştür. Geliştirilen politikalar ile 1979 yılında Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Yasası yürürlüğe girmiştir. En iyi durumda olan ülkelere bir diğeri olan Finlandiya'da kadınlar ve erkeklerin her alanda eşit hak, sorumluluk ve fırsatlara sahip olması refah devleti modelinin önemli parçalarından biridir. Danışma birimi konumunda olan Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Konseyi 1972 yılında kurulmuştur. Toplumsal cinsiyet temelli ayrımcılığın yasaklanması ise 1987 yılında yürürlüğe giren yasa ile olmuştur.<sup>26-28</sup>

Tablo 1'de İsveç, Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallık ve Almanya'nın bazı sağlık, toplumsal cinsiyet ve katılım göstergeleri sunulmaktadır. Toplumsal cinsiyet eşitliği açısından en iyi durumda olan İzlanda, nüfusunun az olması nedeniyle tabloya

alınmamıştır. Tablo 1 verilerinin kendi içinde ve Tablo 2'nin verileriyle kıyaslanması okuyucunun değerlendirmesine bırakılmıştır.

İsveç'te ilk evlenme yaşı, kadın ve erkekler için 2011 yılında sırasıyla 31.2 ve

33.2 iken 2014 yılında 31.0 ve 33.1 olmuştur. Almanya'da ise 2013 yılında kadınlarda 27.3'ten 32'ye, erkeklerde 29.8'den 34.2'ye yükselmiştir.<sup>29</sup>

**Tablo 1.** Sağlık, toplumsal cinsiyet ve katılım ile ilgili bazı göstergeler

	İsveç	Birleşik Devletler	Birleşik Krallık	Almanya
Anne ölüm oranı <sup>1</sup> (100000 canlı doğumda)	4.0	14.0	9.0	6.0
Yenidoğan ölüm hızı <sup>1</sup> (1000 canlı doğumda)	1.6	3.6	2.4	2.1
Bebek ölüm hızı <sup>1</sup> (1000 canlı doğumda)	2.4	5.6	3.5	3.1
Beş yaş altı ölüm hızı <sup>1</sup> (‰)	3.0	6.5	4.2	3.7
Adolesan fertilitite hızı <sup>2</sup> (15-19 yaş arasındaki kadınların yaptığı 1000 canlı doğumda)	5.6	24.1	15.3	7
Doğumda beklenen yaşam umudu (yıl)[K/E] <sup>2</sup>	88.3 / 80.2	81.4 / 76.6	82.9 / 79.3	83.2 / 78.6
15-34 yaş grubunda bulaşıcı hastalıklar nedeniyle ölümler (ilgili yaş grubundaki yüzdesi) [K/E] <sup>3</sup>	4 / 3.2	9.7 / 3.4	8 / 3	5.5 / 3.3
35-59 yaş grubunda bulaşıcı hastalıklar nedeniyle ölümler (ilgili yaş grubundaki yüzdesi) [K/E] <sup>3</sup>	3.0 / 3.6	6.6 / 6.1	4.4 / 4.1	3.1 / 3.5
15-34 yaş grubunda bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle ölümler (ilgili yaş grubundaki yüzdesi) [K/E] <sup>3</sup>	56.9 / 44.6	48.7 / 35.5	62.5 / 49.6	61.6 / 44.5
35-59 yaş grubunda bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle ölüm (ilgili yaş grubundaki yüzdesi) [K/E] <sup>3</sup>	87.6 / 78.0	82.4 / 77.2	88.7 / 82.8	90.4 / 85.1
Obezite prevalansı (18 yaş üzeri K/E nüfusundaki yüzdesi) [K/E] <sup>2</sup>	18.6 / 22.5	34.7 / 32.6	29.2 / 26.9	18.5 / 21.9
Sigara içme prevalansı (yetişkinler içindeki yüzdesi) [K/E] <sup>3</sup>	23.0 / 22.3	16.3 / 21.0	20.1 / 21.8	28.7 / 33.6

Tablo 1'in devamı

	İsveç	Birleşik Devletler	Birleşik Krallık	Almanya
Herhangi bir kontraseptif yöntem kullanma prevelansı (15-49 yaş arası evli ya da ilişkisi olan kadınlar arasındaki yüzdesi) <sup>1</sup>	75	76	84	66
İlk evlenme yaşı [K/E]*	31.2 / 33.2		27.0 / 28.7	27.3 / 29.8
Beklenen okullaşma yılı [K/E] <sup>2</sup>	19.6 / 16.9	17.3 / 15.8	18.4 / 17.5	16.9 / 17.3
Aile işçisi olarak çalışanlar (çalışan kadınlar/erkekler içindeki yüzdesi)[ K/E] <sup>2</sup>	0.2 / 0.2	0.1 / 0.1	0.4 / 0.3	0.7 / 0.2
İstihdam içindeki işverenlik boyutu (%) [K/E] <sup>2</sup>	1.7 / 5.4		1.4 / 3.5	2.5 / 6.5
Tarım sektöründe çalışanlar (çalışan kadınlar /erkekler içindeki yüzdesi) [K/E] <sup>2</sup>	0.8 / 2.5		0.6 / 1.5	0.9 / 1.7
Endüstri sektöründe çalışanlar (çalışan kadınlar /erkekler içindeki yüzdesi) [K/E] <sup>2</sup>	7.2 / 29.4		8.0 / 28.7	14.3 / 40.7
Hizmet sektöründe çalışanlar (çalışan kadınlar /erkekler içindeki yüzdesi) [K/E] <sup>2</sup>	91.3 / 67.6		90.6 / 68.9	84.8 / 57.7
15 yaş üstü nüfus içinde istihdam edilenlerin yüzdesi [K/E] <sup>2</sup>	55.5 / 62.3	52.9 / 64.4	52.5 / 64.1	51.1 / 62.9
Ulusal parlamentoda kadınların sandalye oranı (%) **	43.6	19.4	29.4	36.5
Bakanlık düzeyindeki pozisyonlardaki kadınların oranı (%) <sup>1</sup>	52.2	26.1	22.7	33.3

Kaynak: Worldbank gender statistics <sup>29</sup> World economic forum gender gap report 2015<sup>30</sup> <sup>1</sup>Veriler 2015 yılına aittir. \*Veriler 2011 yılına aittir. <sup>2</sup>Veriler 2014 yılına aittir. \*\*Veriler 2016 yılına aittir <sup>3</sup>Veriler 2012 yılına aittir

### Toplumsal Cinsiyet Eşitliğine Dayalı Politika Uygulamayan Ülkelerde Kadın

Toplumsal cinsiyet eşitliğinin tamamen sağlanabildiği hiçbir ülke olmamakla birlikte bu eşitsizlik Hindistan, Suudi Arabistan, Endonezya gibi ülkelerde daha belirgindir. Bu ülkelerdeki toplumsal cinsiyet eşitliğinin durumu göz önüne alındığında dikkat çeken,

üzerinde durulması gereken toplumsal cinsiyet temelli sorunlara birer örnek vermek gerekirse; Hindistan'da kadın nüfusunun erkek nüfusuna oranı gittikçe düşmekte ve bununla birlikte bu fark yoksullar, okuma yazma bilmeyen işçi sınıfı ve kastlar arasında daha da belirginleşmektedir. Suudi Arabistan'da temel yasalar cinsiyet eşitliğini sağlamadığı

gibi sosyal ve idari pek çok alanda da eşitsizliğe zemin hazırlamaktadır. Endonezya ise kadın sünnetinin halen uygulanmakta olduğu ülkelerden biridir.<sup>18,31-33</sup> Hindistan'da 2010 yılında 7-14 yaş arası kız çocuklarının %2.1'i, erkek çocuklarının %2.8'i çalışıyor

iken bu oran, 2012 yılında kızlarda %1.6, erkeklerde 1.9'a gerilemiştir. Bir diğer gösterge olan ulusal parlamentoda kadınların sandalye oranına baktığımızda ise 2012'de %0 olan oran 2016 yılında %12'ye yükselmiştir.<sup>29</sup>

**Tablo 2.** Sağlık, toplumsal cinsiyet ve katılım ile ilgili bazı göstergeler

	Hindistan	Suudi Arabistan	Endonezya
Anne ölüm oranı (100000 canlı doğumda) <sup>1</sup>	174	12	126
Yenidoğan ölüm hızı (1000 canlı doğumda) <sup>1</sup>	27.7	7.9	13.5
Bebek ölüm hızı (1000 canlı doğumda) <sup>1</sup>	37.9	12.5	22.8
Beş yaş altı ölüm hızı (‰) <sup>1</sup>	47.7	14.5	27.2
Adolesan fertilitite hızı (15-19 yaş arasındaki kadınların yaptığı 1000 canlı doğumda) <sup>2</sup>	25.7	9.2	50.2
Doğumda beklenen yaşam umudu (yıl) [K/E] <sup>2</sup>	69.5 / 66.6	75.7 / 73.0	71.0 / 66.9
15-34 yaş grubunda bulaşıcı hastalıklar nedeniyle ölümler (ilgili yaş grubundaki yüzdesi) [K/E] <sup>3</sup>	33.8 / 17.6	19.5 / 10.1	54.8 / 37.1
35-59 yaş grubunda bulaşıcı hastalıklar nedeniyle ölümler (ilgili yaş grubundaki yüzdesi) [K/E] <sup>3</sup>	21.3 / 16.6	10.1 / 7.7	18.4 / 18.9
15-34 yaş grubunda bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle ölümler (ilgili yaş grubundaki yüzdesi) [K/E] <sup>3</sup>	32.3 / 33.0	61.1 / 40.4	30.3 / 28.9
35-59 yaş grubunda bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle ölümler (ilgili yaş grubundaki yüzdesi) [K/E] <sup>3</sup>	68.5 / 65.6	83.4 / 75.8	74.8 / 71.2
Obezite prevelansı (18 yaş üzeri K/E nüfusundaki yüzdesi) [K/E] <sup>2</sup>	6.7 / 3.2	41.4 / 29.9	7.9 / 3.5
Sigara içme prevelansı (yetişkinler içindeki yüzdesi) [K/E] <sup>3</sup>	2.4 / 22.8	3.0 / 26.3	4.0 / 71.8
Herhangi bir kontraseptif yöntem kullanma prevelansı (15-49 yaş arası evli ya da ilişkisi olan kadınlar arasındaki yüzdesi) <sup>1</sup>	55	24	63
İlk evlenme yaşı [K/E]	20.7 / 24.9*		21.8 / ? <sup>3</sup>

Tablo 2'nin devamı

	Hindistan	Suudi Arabistan	Endonezya
Beklenen okullaşma yılı [K/E] **	11.9 / 11.3	15.0 / 16.7	12.9 / 12.9
Çalışan çocuklar (7-14 yaş arası kız/erkek çocuk nüfusu içindeki yüzdesi) ***	2.1 / 2.8		3.2 / 4.2
İstihdam içindeki işverenlik boyutu (%) [K/E]	0.4 / 1.3 ***	0.4 / 2.1**	12.7 / 25.3**
Aile işçisi olarak çalışanlar (çalışan kadınlar /erkekler içindeki yüzdesi) [K/E]	33.8 / 11.0 ***	32.4 / 8.1****	30.9 / 6.9**
Tarım sektöründe çalışanlar (çalışan kadınlar /erkekler içindeki yüzdesi) [K/E]	59.7 / 42.9 ***	0.2 / 5.6**	33.4 / 35.6**
Endüstri sektöründe çalışanlar (çalışan kadınlar /erkekler içindeki yüzdesi) [K/E]	20.9 / 26.1 <sup>3</sup>	1.7 / 27.5**	15.0 / 23.6**
Hizmet sektöründe çalışanlar (çalışan kadınlar /erkekler içindeki yüzdesi) [K/E]	19.4 / 31.0 <sup>3</sup>	98.0 / 66.9**	51.6 / 40.8**
15 yaş üstü nüfus içinde istihdam edilenlerin yüzdesi [K/E] <sup>2</sup>	26.0 / 77.2	16.3 / 76.0	47.7 / 79.4

Kaynak: Worldbank gender statistics<sup>29</sup>; World economic forum gender gap report 2015<sup>30</sup>; <sup>1</sup>Veriler 2015 yılına aittir; \*\*Veriler 2013 yılına aittir; <sup>2</sup>Veriler 2014 yılına aittir; \*\*\*Veriler 2010 yılına aittir; <sup>3</sup>Veriler 2012 yılına aittir; \*\*\*\*Veriler 2009 yılına aittir; \*Veriler 2011 yılına aittir.

## Türkiye

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin etkisiyle cinsellik Türkiye gibi ülkelerde kadın için evlilikle bağdaştırılırken, erkek için beklenen ve alkışlanan bir etkinlik haline gelmektedir. Yaratılan baskı namus cinayetleri, ergen ya da istenmeyen gebelikler, sağlıksız koşullarda düşük, sağlık hizmetlerinden yararlanamama olgularını yaratmaktadır. Kadınların cinsel yaşamlarının evlilikle bağdaştırılmasının önemli bir sonucu da bekar kadınların üreme sağlığına ilişkin tehlikelerin ortaya çıkmasıdır.

Ergen ya da bekar kadınlar için üreme sağlığına ilişkin tehdit oluşturacak unsurlar güvenli olmayan cinsel davranış ve bilgi eksikliği yanında sağlık hizmetlerine erişimde karşılaşılan engeller, ayrımcı tutum ve davranışlardır. Bunların sonucunda da cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikler, ergen gebelikler, sağlıksız düşükler ortaya çıkmaktadır. Hizmet programlarındaki en önemli nokta ise hizmet verenlerin kendi kişisel eğilimleri nedeniyle kadınların bu programlardan yararlanmalarına engel oluşturmalarıdır.<sup>34</sup>



**Tablo 3.** Türkiye’de sağlık, toplumsal cinsiyet ve katılım ile ilgili bazı göstergeler

Anne ölüm oranı (100000 canlı doğumda) <sup>1</sup>	16	
Yenidoğan ölüm hızı (1000 canlı doğumda) <sup>1</sup>	7.1	
Bebek ölüm hızı (1000 canlı doğumda) <sup>1</sup>	11.6	
Beş yaş altı ölüm hızı (‰) <sup>1</sup>	13.5	
	<b>Kadın</b>	<b>Erkek</b>
15-34 yaş grubunda bulaşıcı hastalıklar nedeniyle ölümler (ilgili yaş grubundaki yüzdesi) <sup>2</sup>	14.1	7.7
35-59 yaş grubunda bulaşıcı hastalıklar nedeniyle ölümler (ilgili yaş grubundaki yüzdesi) <sup>2</sup>	4.8	3.5
15-34 yaş grubunda bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle ölümler (ilgili yaş grubundaki yüzdesi) <sup>2</sup>	63.6	46.3
35-59 yaş grubunda bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle ölümler (ilgili yaş grubundaki yüzdesi) <sup>2</sup>	89.8	84
Sigara içme prevalansı (yetişkinler içindeki yüzdesi) <sup>2</sup>	13.5	42.7
Obezite prevalansı (18+ yaş K/E nüfusu içindeki yüzdesi) <sup>3</sup>	35.8	22.9
Herhangi bir kontraseptif yöntem kullanım prevalansı (15-49 yaş arası evli ya da ilişkisi olan kadınlar içindeki yüzdesi) <sup>1</sup>	65.0	
Adolesan fertilité hızı (15-19 yaş arasındaki kadınların yaptığı 1000 canlı doğumda) <sup>3</sup>	28.4	
İlk evlenme yaşı [K/E] <sup>*</sup>	24.2	28.1
Beklenen okullaşma yılı <sup>*</sup>	15.9	16.9
Aile işçisi olarak çalışanlar (çalışan kadınlar/erkekler içindeki yüzdesi) [K/E] <sup>1</sup>	28.2	4.5
İstihdam içindeki işverenlik boyutu (%) [K/E] <sup>1</sup>	1.2	5.8
Tarım sektöründe çalışanlar (çalışan kadınlar /erkekler içindeki yüzdesi) [K/E] <sup>1</sup>	31.1	15.8
Endüstri sektöründe çalışanlar (çalışan kadınlar /erkekler içindeki yüzdesi) [K/E] <sup>1</sup>	16.2	32.0
Hizmet sektöründe çalışanlar (çalışan kadınlar /erkekler içindeki yüzdesi) [K/E] <sup>1</sup>	52.7	52.2
15 yaş üstü nüfus içinde istihdam edilenlerin yüzdesi [K/E] <sup>**</sup>	26.7	64.6
Ulusal parlamentoda kadınların sandalye oranı (%) <sup>**</sup>	14.9	
Bakanlık düzeyindeki pozisyonlardaki kadınların oranı (%) <sup>1</sup>	4.0	

Kaynak: Worldbank gender statistics<sup>29</sup>; World economic forum gender gap report 2015<sup>30</sup>; <sup>1</sup>Veriler 2015 yılına aittir; <sup>\*</sup>Veriler 2013 yılına aittir; <sup>2</sup>Veriler 2012 yılına aittir; <sup>\*\*</sup>Veriler 2016 yılına aittir; <sup>3</sup>Veriler 2014 yılına aittir.

## **Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın sağlığına etkisi**

Dünya nüfusunun yarısını oluşturan kadınların sağlık durumunu incelerken; sorunu hastalık ve yeti yitimi yönünden olduğu kadar, ruhsal ve sosyal yönden ve kadınların "tam iyilik durumlarını" etkileyen ögeler yönünden de irdelemek ve tanımlamak gerekmektedir. Kadın sağlığı da biyolojik etkenlerin yanında, sosyal ve siyasi süreçlerden etkilenmektedir. Kadın sağlığını üreme sağlığı ile bir tutan anlayış yerine, toplumsal cinsiyet kavramını da içine alan bütüncül yaklaşımlar kadın sağlığının başlıklarını değiştirmektedir.<sup>35</sup>

Toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri sağlık alanında birtakım dezavantajlar yaratmaktadır. Bunlar tehlikelerin dağılımında, sağlığa erişimde, kaynakların kullanımında ve sağlık statüsünde ön plana çıkmaktadır. Bu eşitsizlikleri daha uzun süre yaşayan grupların daha avantajlı gruplara kıyasla daha kötü sağlık düzeyinde olmalarını ifade eden sağlık eşitsizlikleri bu noktada toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ile önemli ölçüde kesişmektedir. Bütün bu eşitsizliklerin yanı sıra hekimlerin ve sağlık personelinin kadın ve erkek arasındaki farklara ve eşitsizliklere dair tutumları, sağlık alanında hakkaniyet açısından önemlidir. Hekimlerin bu konudaki yanlış tutum ve davranışları kadın ve erkeğin sağlığını tehdit eden unsurlar eşit olmadığı halde eşit koşullarda ele almaları ya da bir sağlık sorununu, ortada sebep yokken toplumsal cinsiyet ile ilişkilendirmeleri olarak başlıca iki şekilde karşımıza çıkmaktadır.<sup>36-38</sup>

Halk sağlığı araştırmaları, ev içindeki cinsiyet eşitsizliklerinin, özellikle kadınlar arasında, psikolojik kötü sağlık, artmış morbidite ve mortalite ile birlikteliği üzerinde durmaktadır. Ancak bu birliktelik bazı önemli metodolojik sınırlamalar nedeniyle kesinleşmemiştir. Birçok araştırma kesitsel tasarımda yapıldığı için toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve sağlık statüsü arasındaki ilişkinin yönünü saptamak zor olmaktadır. Bazı ülkelerde kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmasının yasaklanması konuyla ilgili dramatik

örneklerden biridir. Ev içindeki cinsiyet eşitliğinin mi iyi sağlık sonuçlarına yol açtığı yoksa iyi sağlığın toplumsal cinsiyet eşitliğinin bir önkoşulu mu olduğu belirsizdir. Daha önceki araştırmalarda ev içi cinsiyet eşitsizliklerinin çeşitli yönleri analiz edilmiştir. Çalışmaların çoğu ev işlerine harcanan süreyi incelemiştir. Ev işleri ve aynı zamanda ücretli bir işte çalışma, kadınlarda olumsuz sağlık sonuçları ile yakın ilişkili bulunmuştur. Aynı zamanda düşük sosyoekonomik konum da bunu artırmaktadır.<sup>39,40</sup>

Sağlık ve gönenç durumu saptanması için önemli bir gösterge de doğuştan beklenen yaşam umududur. Genellikle, kadınların yaşam süresi, bazı biyolojik ve davranışsal üstünlüklerle bağlantılı olarak erkeklerden daha uzundur. Bununla birlikte uzun yaşamak en iyi sağlık durumuyla hayatını devam ettirmek anlamına gelmemektedir. Bu nedenle doğuştan beklenen yaşam umudu bize fikir verebilir ancak mükemmel bir gösterge değildir. Kadın ve erkeklerin doğuştan beklenen yaşam umudu karşılaştırıldığında DSÖ'nün tüm bölgelerinde kadınlar erkeklerden daha uzun yaşamaktadır (73.8 yıl'a karşı 69.1 yıl). Bu fark gelişmiş ülkelerde daha az iken gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde artmaktadır. Türkiye'de doğuştan beklenen yaşam umudu kadınlarda 79 erkeklerde 73 yıldır.<sup>41-43</sup>

Birtakım alanlarda ilerleme kaydedilse de toplumsal cinsiyet eşitliğinin birçok diğer boyutunda değişim pek çok kız çocuğu ve kadın için ya çok yavaş gerçekleşmiş, ya da hiç gerçekleşmemiştir. Kız çocukları ve kadınların yüksek göreceli ölüm oranlarında kendini gösteren sağlık dezavantajları bu kategoriye girmektedir. Erkeklerle kıyasla kadın ve kız çocuğu ölüm oranı, düşük ve orta gelirli ülkelerde yüksek gelirli ülkelere göre daha yüksektir. Küresel olarak, doğum sonrası yüksek kadın ölüm oranı ve doğumda "yitirilen" kız çocukları her yıl 60 yaşın altında 3.9 milyon kadının ölümü anlamına gelmektedir. Doğumda kaybedilen kız çocukları, aile içinde açık bir ayrımcılığı yansıtmaktadır. Kadınların doğurganlık döneminde yitilmesi ise iki başlıca etmenle

açıklanabilir. İlk olarak, özellikle de Sahra altı Afrika'nın büyük bir kısmında ve Güney Asya'nın belli kesimlerinde yüksek anne ölüm oranları devam etmektedir. İkinci etmen de HIV/AIDS salgınının birçok Doğu ve Güney Afrika ülkesinde kadınların ölüm oranı üzerindeki dramatik etkisidir.<sup>44</sup>

Kadın sağlığı ile ilgili ele alınması gereken önemli bir halk sağlığı sorunu da tütün kullanımınıdır. Başta sigara olmak üzere tütün ürünlerinin kullanımı önemli morbidite ve mortalite kaynağıdır. Sosyal hayatta düşük sosyoekonomik statüye sahip insanlar ve dezavantajlı gruplar tütünün zararlı etkilerinden daha fazla etkilenmektedir. Kadınlar da bu dezavantajlı gruplar içinde yer almaktadır. Sigarayı bırakma konusunda dezavantajlı gruplara yönelik sosyal destek bulunmaktadır. Önleme çalışmalarının ise özellikle eşitsizlikleri gidermeyi hedef alan bir çerçevede yapılmasının gerekli olduğu üzerinde durulmaktadır.<sup>45-47</sup>

#### *Sonuç ve öneriler*

Toplum tarafından oluşturulan kadınlık ve erkeklik kalıpları, kadın ve erkekleri basitçe birbirinden farklılaştırmakla kalmaz, aynı zamanda sosyal kaynaklara erişimi de büyük ölçüde etkiler. Kaynakların paylaşımında cinsiyet, önemli bir etmendir. Yani, "kadın sorunları", yalnızca değerler ve ideoloji ile değil, bütün sosyal örgütlenme ve paylaşım alanları ile de ilişkilidir. Eşit olmayan paylaşımın üstesinden gelinebilmesi için, toplumsal cinsiyet eşitsizliği açısından, yasalarda ve yasaların uygulanmasında, kurumların yönetilmesinde, düzenlenen müdahalelerde ve bir ülkenin ekonomik performansının ölçülmesinde yaşanan cinsiyet taraf tutmalarına karşı koyulmalıdır. Eğitimde ve becerilerde eşitsizliklerin önüne geçecek, her alanda hakkaniyeti sağlayacak politikalar ve uygulamalar geliştirilmelidir. Kız çocuklarının eğitiminin özellikle bir 'çarpan etkisi' vardır. Eğitimli kadınların daha geç evlenmesi, daha az çocuğunun olması ve bu çocukların daha iyi beslenebilmesi, iyi bir eğitim alabilmesi daha olasıdır. Ve bu kadınlar daha üretken, iş

yaşamında emeğinin karşılığı daha fazla alabilen, sosyal, ekonomik ve politik kararla alma süreçlerine daha fazla katılabilen kadınlardır.<sup>48-50</sup>

Türkiye'de göreceli tüm iyileştirmelere karşın, kadının sosyal statüsü, sağlığını ve sağlık hizmetlerinden yararlanmasını önemli ölçüde etkileyecek kadar düşüktür. Eğitim, hukuk, sosyal ve siyasal alanda cinsiyetler arasındaki eşitsizlikler toplumda, özel olarak da aile içinde kadın sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Aile içinde bireyler arasındaki iletişim eksikliği, başlık parası ve zorla evlendirme konularındaki geleneksel uygulamalar, kadına yönelik şiddet sorunları hala varlığını sürdürmektedir. Şiddet olgularının çoğu aile içinde gizli kalmakta ve kadına yönelik şiddet araştırmalarında gördüğümüz yüksek oranlar ne yazık ki şiddet vakarının tamamını yansıtmamak<sup>35</sup>.

Ayrımcılığın her türlü mevzuatta doğrudan ya da dolaylı olarak yasaklanmasına karşın; ayrımcı davranışlara gerekli yaptırımların uygulanmadığı görülmektedir. Kadınlar sağlık hizmeti alımında bile sağlığını olumsuz etkileyebilecek ayrımcı tutum ve davranışlarla karşılaşmaktadır. Bu nedenle sağlık alanındaki cinsiyet temelli ayrımcılık ayrıntılı bir şekilde araştırılmalı ve önlenmesi için öneriler geliştirilmelidir.<sup>51</sup>

Dünya'da ve Türkiye'de toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin ortadan kaldırılması toplumsal ve insani gelişmişlikle, yaşamın her alanında eşitlik ve özgürlüğün sağlanabileceği katılımcı toplumsal örgütlenme biçimleriyle olanaklıdır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin engellenmesinde ve var olan etkilerinin ortadan kaldırılmasında temel hedef hiç kimsenin dezavantajlı olmadığı, herkesin eşit olduğu toplum yapısına ulaşmak olmalıdır. Kadını merkeze alan ve onu birey olarak gören bakış açısı geliştirilmediği, tüm politika, söylem ve uygulamalara yansımadağı sürece eşitsizlikler pek çok temel alanda kendini göstermeye ve kadın sağlığı üzerinde de yarattığı olumsuz sonuçlarıyla karşımıza çıkmaya devam edecektir. Öncelikli hedefimiz insana değer veren, eşitlikçi bir bakış açısı geliştirmek ve

bu doğrultuda hareket etmektir. Kadına gereken değeri veren toplum yapısı bunun doğal bir sonucu olarak zaman içinde oluşacak ve yaşamın her alanında yer edinmeye başlayacaktır.<sup>10,52</sup>

### **Kaynaklar**

1. World Health Organization (WHO) Gender and Health Technical Paper. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63998/1/WHO\\_FRH\\_WHD\\_98.16.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63998/1/WHO_FRH_WHD_98.16.pdf). Erişim tarihi: Ekim 11,2016
2. Akın A. Toplumsal cinsiyet (gender) ayrımcılığı ve sağlık. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2007;26(2):1-9.
3. Eroğlu F. Avrupa Ülkeleri Anayasalarında Toplumsal Cinsiyet ve Kadın-Erkek Eşitliği ile İlgili Düzenlemeler. Ankara: Türkiye Büyük Millet Meclisi Araştırma Merkezi, 2011
4. Kùltürler Arası İletişim Sempozyumu Bildiriler Kitabı. Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığının kadın statüsüne yansımaları. Gümüşhane: Gümüşhane Üniversitesi Yayınları, 2006.
5. 2008-2013 Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı. Erişim adresi: <http://kadininstatusu.aile.gov.tr/ulusal-eylem-planlari/toplumsal-cinsiyet-esitligi-ulusal-eylem-planlari> Erişim tarihi: Mayıs 2, 2017
6. Dursun Ç. Öztürk R. Evliyaoğlu G. Becerikli SY. Poyraz B. Memiş E. Ankara Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet Eşitliği İklimi ve Kültürü Araştırma Raporu. Ankara,2013.
7. WHO Gender Fact Sheets. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/en/>. Erişim tarihi: Ekim 11, 2016
8. Öner C. Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2014;5(3):15-8.
9. Ökten Ş. Toplumsal Cinsiyet ve İktidar: Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin Toplumsal Cinsiyet Düzeni. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2009;2(8):302-312.

10. Şimşek H. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi: Türkiye Örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2011;25(2):119-126
11. Türmen T. Sağlık ve Kadın. Akın A, editör. *Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı*. Hacettepe Üniv. Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜK- SAM). HÜ Yayınları; 2003.
12. Özvarış ŞB. Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Sağlık. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2008; 39:168-174
13. Kılıç M. Arslanyılmaz M. Özvarış ŞB. Savaş ve Çatışma Ortamında Kadın Sağlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2015;24(6): 237-244.
14. Tuzcu A. Ilgaz A. Göçün Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2015; 7(1):56-67.
15. Aksu TF. Woman in Migration: Beyond Statistics. *World Medical Journal* 2016;6:84-85
16. Cengiz D. Zorunlu Göçün Mekansal Etkileri ve Yerel Halkın Algısı; Kilis Örneği. *International Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 2015;10(2):101-122
17. United Nations Development Programme (UNDP) Gender Inequality Index. <http://www.undp.org/content/dam/turkey/docs/Publications/hdr/HDR2014%20FAQ%20GII%20EN.pdf>. Erişim tarihi: Ekim 14,2016
18. UNDP Human Development Reports. <http://hdr.undp.org/en/composite/GII>. Erişim tarihi: Ekim 18, 2016
19. World Economic Forum The Global Gender Gap Report. [http://www3.weforum.org/docs/GGGR16/WEF\\_Global\\_Gender\\_Gap\\_Report\\_2016.pdf](http://www3.weforum.org/docs/GGGR16/WEF_Global_Gender_Gap_Report_2016.pdf). Erişim tarihi: Ekim 31, 2016
20. Demirdirek H. Şener Ü. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Karnesi. Ankara: TEPAV, 2014
21. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği ile İlgili Yasal Çerçeve.

<http://aciktoplumvakfi.org.tr/pdf/akademi14122015.pdf>. Erişim tarihi: Ekim 13,2016

22. Özaydınlık K. Toplumsal Cinsiyet Temelinde Türkiye’de Kadın ve Eğitim. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 2014;14(33):93-112.

23. United Nations Millennium Project. <http://www.unmillenniumproject.org/goals/gti.htm#goal3>. Erişim tarihi: Ekim 13, 2016

24. Sürdürülebilir Kalkınma İçin 2030 Gündemi.

<http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/post-2015/sdg-overview.html>. Erişim tarihi: Kasım 14, 2016

25. 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri. <http://unesco.org.tr/dokumanlar/duyurular/skh.pdf>. Erişim tarihi: Kasım 14, 2016

26. World Economic Forum, The Global Gender Gap Report 2015. <http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2015/the-global-gender-gap-index-2015/>. Erişim tarihi: Ekim 18, 2016

27. Şahin M. Gültekin M. Toplumsal Cinsiyet Eşitliğine Dayalı Politika Uygulayan Ülkelerde Kadın ve Aile. Sosyal, Ekonomik ve Kültürel Araştırmalar Merkezi. SEKAM yayınları, 2014

28. The Act on Equality Between Woman and Man. <https://www.hsph.harvard.edu/population/womenrights/finland.women.05.pdf>. Erişim tarihi: Ekim 19, 2010

29. Worldbank gender statistics. <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=Gender%20Statistics>. Erişim tarihi: Ekim 27, 2016

30. World economic forum gender gap report 2015. <http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2015/>. Erişim tarihi: Ekim 27, 2016

31. Toplumsal Cinsiyet. <http://www.toplumsalozgurluk.org/belgeler/ToplumsalCinsiyet.pdf>. Erişim tarihi: Ekim 24, 2016

32. Tanrıverdi O Yaşar N. Suudi Arabistan’da

Kadın Hakları. Middle Eastern Analysis/ Ortadoğu Analiz. 2013;5(50):70-78.

33. Merter F. Kızların Okullaşması Açısından Bazı Avrupa Birliği Topluluğu Üyesi Ülkeler ve Asya Ülkelerinin Karşılaştırılması. Süleyman Demirel Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2007;(16):221-244.

34. Şimşek H. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın üreme sağlığına etkisi: Türkiye örneği. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2011;25(2):119-126.

35. ‘Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Sağlık’ Rapor.

<https://www.ttb.org.tr/en/index.php/tuem-haberler-blog/44-yeni-raporlar/945-qtuerkiyede-toplumsal-cinsiyet-kadn-ve-salkq-rapor>. Erişim tarihi: Kasım 8, 2016

36. Şavran TG. Sağlıkta Toplumsal Cinsiyet Eşitsizlikleri: Eskişehir’de Kırsal ve Kentsel Alanlarda Kadın Sağlığı. Fe Dergisi: Feminist Elestiri. 2014;6(1):98-116.

37. Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. Annu. Rev. Public Health. 2006;27,167-194.

38. Varol ZS. Çiçeklioğlu M. Sağlık Hizmet Sunumunda Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği. Ege Tıp Dergisi 2016;55(3):122-128.

39. Arda B. Türkiye’de Kadın Çalışmaları: Bilanço 1975- 2010. Tıbbın Cinsiyeti Ve Biyoetik Açısından Kadın bölümü. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayını; 2011. s.825-846.

40. Harryson L. Novo M. Hammarström A. Is gender inequality in the domestic sphere associated with psychological distress among women and men? Results from the Northern Swedish Cohort. Journal of Epidemiology and Community Health. 2012;66(3):271-277.

41. Kocabacak S. Kadın Yoksulluğu ve Kadın Sağlığı Üzerine Yansımaları. Sosyal Güvence Dergisi, 2014;1(6):135-161.

42. WHO Health Statistics 2016. <http://www.who.int/gho/publications/wo>

rld\_health\_statistics/2016/en/. Erişim tarihi: Kasım 8, 2016

43. WHO Turkey Statistics. <http://www.who.int/countries/tur/en/>. Erişim tarihi: Kasım 8, 2016

44. Dünya Bankası Dünya Kalkınma Raporu 2012.

<http://documents.worldbank.org/curated/en/753081468338506032/pdf/646650V10WDR0B0URKISH00overview02012.pdf>.

Erişim tarihi: Kasım 14, 2016

45. Aslan D. Kadınlar Arasında Tütün Kullanımının Dinamikleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2016;25(özel sayı):13-26.

46. Hiscock R. Bauld L. Amos A. Fidler J. A. Munafò M. Socioeconomic status and smoking: a review. Annals of the New York Academy of Sciences. 2012;1248(1):107-123.

47. Karlıkaya C. Öztuna F. Solak ZA. Özkan M. Örsel O. Tütün Kontrolü. Toraks Dergisi, 2006;7(1):51-64.006

48. Aksu B. Sivil toplum kuruluşları için toplumsal cinsiyet rehberi. Ankara: *STGM Yayınları*, 2008

49. Piyal, B. Politik Hedefler ve Öncelikli Görevler-Çevre. HASUDER Türkiye Sağlık Raporu 2014 Türkiye'de Sağlık Geliştirme Bölümü, Ankara 2014. s.1-5.

50. Unicef Education Overview. <https://data.unicef.org/topic/education/overview/>. Erişim tarihi: Kasım 9, 2016

51. Alkan A. Erdem R. Çelik R. Sağlık Alanındaki Ayrımcı Tutum ve Davranışlar: Kavramsal Bir İnceleme. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2016;19(3):365-390.

52. Türkçelik E. Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı, Sorunlar, Gelişmeler. HASUDER Türkiye Sağlık Raporu 2014 Kadın Sağlık, Üreme Sağlık Bölümü, Ankara 2014. s.113-119.