

TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTSİZLİĞİNİN SAĞLIK SONUÇLARI İLE İLİŞKİSİ

Elif AKDEMİREL *

ÖZ

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, belirli bir toplumda yaşayanların cinsiyeti nedeniyle toplum baskısının etkisiyle kaynaklardan eşit olarak yararlanamamasıdır ve çoğunlukla toplumlarda küçük yaşlardan itibaren görülmeye başlar. Ülkelerin, bölgelerin normlarına göre değişen bu eşitsizlikler, doğrudan ya da dolaylı olarak sağlıkla ilişkidir. Bu çalışmada amaç, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının yayınladığı insani gelişmişlik düzeyi çok yüksek olan ülkeler için toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sağlık sonuç göstergeleri ile ilişkisini incelemektir. Bu sebeple, 2000-2021 yılları arası ülkelere ait verisi mevcut olan sağlık sonuç göstergelerinden doğumda beklenen yaşam süresi (DBYS), bebek ölüm hızı (BÖH), yeni doğan ölüm hızı (YÖH) ve beş yaş altı ölüm hızının (YAÖH) toplumsal cinsiyet eşitsizlik göstergesi olan toplumsal cinsiyet eşitsizlik endeksi (TCEE) ile ilişkisi incelenmiştir. Çalışmada, panel regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin doğumda beklenen yaşam süresi ile istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü derece negatif bir ilişki belirlenirken bebek ölüm hızı, yeni doğan bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı ile istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ülkelerin tıbbi müdahalelerin yanında ve toplumsal cinsiyet eşitliğine öncelik veren kamu politikalarını oluşturması, yaşam süresinin uzamasında ve çocuk ölüm hızlarının azalmasında etkili olabilir. Sürdürülebilir kalkınma için toplumsal cinsiyet eşitliği ile üretkenlik artırılabilir ve gelecek nesiller için daha yaşanabilir bir dünya bırakılabilir.

Anahtar Kelimeler: Bebek ölüm hızı, doğumda beklenen yaşam süresi, toplumsal cinsiyet eşitsizliği, toplumsal cinsiyet eşitsizlik endeksi.

MAKALE HAKKINDA

* Doktora Öğrencisi, İstinye Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, e78kiloc@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6256-5192>

Gönderim Tarihi: 23.09.2024

Kabul Tarihi: 28.02.2025

Atıfta Bulunmak İçin:

Akdemirel, E. (2025). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Sağlık Sonuçları ile İlişkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(1): 95-112. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1554690>

RELATIONSHIP BETWEEN GENDER INEQUALITY AND HEALTH OUTCOMES

Elif AKDEMİREL *

ABSTRACT

Gender inequality is the inability of people living in a certain society to benefit equally from resources due to social pressure due to their gender, and it often begins to be seen in societies from an young age. These inequalities, which vary according to the norms of countries and regions, are directly or indirectly related to health. The aim of this study is to examine the relationship between gender inequality and health outcome indicators for countries with very high human development levels published by the United Nations Development Program. For this reason, the relationship between life expectancy at birth (LE), infant mortality rate (IMR), neonatal mortality rate (NMR) and under-five mortality rate (U5MR) among the health outcome indicators with available data for countries between 2000-2021 and the gender inequality index (GII), which is the indicator of gender inequality, was examined. Panel regression analysis was applied in the study. As a result of the analysis, a statistically significant and strong negative relationship was determined between gender inequality and life expectancy at birth, while a statistically significant and positive relationship was determined between infant mortality rate, neonatal mortality rate and under-five mortality rate. In addition to medical interventions, countries can create public policies that prioritize gender equality, which can be effective in increasing life expectancy and reducing child mortality rates. With gender equality for sustainable development, productivity can be increased and a more livable world can be left for future generations.

Keywords: Infant mortality rate, gender inequality, gender inequality index, life expectancy at birth.

ARTICLE INFO

* PhD Student, Istinye University, Department of Health Management, e78kilic@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6256-5192>

Received: 23.09.2024

Accepted: 28.02.2025

Cite This Paper:

Akdemirel, E. (2025). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Sağlık Sonuçları ile İlişkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(1), 95-112. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1554690>

I. GİRİŞ

Biyolojik olarak kadınları erkeklerden ayıran cinsiyet kavramı, toplumsal olarak kadınların ve erkeklerin sosyal olarak inşa edilmiş özelliklerini ifade eder. Bu özelliklere kadın ve erkek olmakla ilişkilendirilen tüm normlar, davranışlar, roller ve birbirleriyle olan ilişkiler de dâhildir (WHO, 2024a). Cinsiyet normları, kadınların ve erkeklerin kabul edilebilir davranışlarıyla ilgili kurallardır ve nasıl davranmaları, nasıl görünmeleri, nasıl hissetmeleri gerektiği ile ilgilidir (Weber vd., 2019). Cinsiyet eşitsizlikleri toplumlar tarafından sosyal olarak üretilir ve zamanla değiştirilebilir (WHO, 2008). Toplumsal cinsiyet normları, aile içinde, iş yerlerinde, okullarda ve medya da sürdürülür ve bu normlara uygunluk beklenir. Bu beklentiler bireylerin tutumlarını, deneyimlerini ve davranışlarını güçlü bir şekilde şekillendirerek yaşam boyu sağlık sonuçlarını etkiler (Weber vd., 2019). Toplumsal cinsiyet normları, cinsiyetler arasındaki önlenebilir ölüm ve hastalık yükü oranlarındaki eşitsizliklere neden olur (Veas vd., 2021). Kadınların sosyal konumu birçok ülkede son dönemlerde önemli ölçüde yol kat etmiş olsa da ilerleme eşitsiz bir şekilde dağılmaktadır (WHO, 2008). Anne ölüm oranları ve morbiditede ilerleme görünse de birçok ülkede bu oranlar halen daha yüksektir. Üreme sağlığı hizmetleri ülkeler içinde ve ülkeler arasında eşitsiz bir şekilde dağılmıştır (WHO, 2008). Meme ve serviks kanseri önlenebilir olmasına rağmen yaygın kanser türüdür. Erkekler de madde, alkol kullanımına ilişkin riskli sağlık davranışları, kazalar, intihar gibi durumlara karşı savunmasızlardır (Veas vd., 2021).

Cinsiyet, toplumlarda refahı etkileyen sosyal yapıların ve davranış kalıplarının bir belirleyicisi olarak incelenmiştir. Toplumlar da oluşan bu kalıplar sağlıkta cinsiyet eşitsizliklerine neden olur. Bu durum, halk sağlığı için, ölüm ve hastalık yüklerini etkileyen farklı mekanizmalar ile etkileşime geçip sağlık sonuçlarını etkileyebileceğinden önemlidir (Veas vd., 2021).

Toplumsal olarak cinsiyet eşitliğini sağlayarak kadınları güçlendirmek gelecek nesildeki sağlık açığını azaltmak için kritik öneme sahip olabilir. Bu nedenle, bu çalışma cinsiyet eşitsizliğinin, sağlık sonuçları üzerindeki etkilerini incelemektedir. Bu zamana kadar yapılan çalışmalarda cinsiyet eşitliği ile sağlık sonuçları arasında bir ilişki bulunmuştur (Kolip ve Lange, 2018; Veas vd., 2021). Bu çalışma ise cinsiyet eşitsizliğinin sağlık sonuçlarından doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, yeni doğan bebek ölüm hızı ve beş yaş altı bebek ölüm hızı ile ilişkisini 2000 – 2021 yılları arasında incelemeyi hedeflemektedir. Panel veri ile toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin bebek ölüm hızlarına etkisi daha önce incelenmemiştir. Bu çalışmada, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının her yıl yayınladığı insani gelişmişlik düzeyi çok yüksek olan ülkeler analize dâhil edilmiştir. İnsani gelişmişlik düzeyi, insan gelişiminin temel boyutlarındaki ortalama başarının özet bir ölçüsünü veren endeks ile ölçülür ve uzun ve sağlıklı bir yaşam, bilgi edinme, bilgili olma ve ortalama bir yaşam standardına sahip olmayı kapsar (UNDP, 2024a).

1.1. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği

Toplumsal olarak cinsiyet, hormonlar ve üreme organları gibi kadınların, erkeklerin ve interseks bireylerin farklı biyolojik ve fizyolojik özelliklerini ifade eden cinsiyet ile ilişkili olup anlam yükü bakımından farklıdır (WHO, 2024a). Toplumsal cinsiyet, davranış, yaşam tarzı ve yaşam deneyimi ile ilişkilidir. Toplumlar da sağlık hizmetlerine erişimi, sağlık bakım sisteminin kullanımını ve sağlık personelinin davranışlarını dahi etkileyebilir (Regitz-Zagrosek, 2012). Toplumsal cinsiyete bağlı önyargılar, beslenme, eğitim, sağlık hizmetleri ve kendini ifade edebilme özgürlüğü gibi temel insan haklarına erişimde eşitsizliklere yol açar (Brinda vd., 2015). Cinsiyet hakkaniyeti, insan gelişiminin içsel bir boyutudur. Kadınlar, toplum davranış normları gereği özgürlüklerden ve fırsatlardan geri bırakılırsa, bu insan gelişimiyle tutarlı değildir (Gaye vd., 2010). Cinsiyet eşitsizlikleri tüm toplumlar da yaygın olup sonuçları kapsamlıdır. Toplumsal cinsiyet, yaşamın birçok alanında erkeklerin kadınlara göre daha baskın olduğu ve genellikle kadınların ikinci plana bırakıldığı eşit olmayan davranışları kapsar (Sezgin, 2015). Kadınlar, eğitim olanakları, bilgiye erişme zorluğu gibi nedenlerle sınırlı bilgiye erişimleri bulunduğundan sağlık bilgisine ulaşmada sıkıntı yaşamakta ve dolayısıyla da sağlıkları tehdit altında kalabilmektedir (Sezgin, 2015). Kadınların sağlığına zarar vermenin ötesinde, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ekonomik büyümeyi ve sosyal gelişmeyi olumsuz yönde etkiler (Chaaban

ve Cunningham, 2011). Dünya Kalkınma Raporu, toplumsal cinsiyet eşitliğinin üretkenliği artırarak, gelecek nesiller için beklentileri ve toplumsal politikaların kalitesini artırarak kalkınma sonuçlarını iyileştirdiğini belirtmektedir (The World Bank, 2012). Birleşmiş Milletler Kalkınma programlarının toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda ülkeleri teşvik etmesi ile önemli ilerlemeler kaydedilmiş olsa da kadınlar günümüzde cinsiyet eşitliğinden halen yoksun durumdadır. Bu durum, Asya ve Pasifik'te yer alan 40 düşük ve orta gelirli ülkedeki çocukluk ve ergenlik dönemindeki cinsiyet eşitsizliklerinin doğasını tespit etmeye çalışan çalışmada, cinsiyet eşitsizliğinin erken ergenlik döneminde ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Ergen kız çocukları, cinsel ve üreme sağlığına erişim sorunu, yüksek çocuk evlilik oranları, doğurganlık ve yakın partner şiddeti görmektedir. Ülkelerde eğitim eşitliğine rağmen, 15-24 yaş aralığındaki kadınların, verilerinin mevcut olduğu 19 ülkenin 17'sinde eğitime erişim, eğitim alma ve istihdam olasılıkları erkeklerden daha düşük oranda tespit edilmiştir (Kennedy vd., 2020).

Toplumsal cinsiyet eşitliği temel bir insan hakkı olmanın yanında, sürdürülebilir bir dünya için gereklidir. Son yıllarda cinsiyet eşitsizliği için yol kat edilmiş olsa bile 2030 yılına kadar Sürdürülebilir Kalkınma hedefine halen daha uzak görünmektedir (UN, 2024). Dünya nüfusunun yarısını temsil eden kadınlar, ücretsiz ev ve bakım işlerinde erkeklerden yaklaşık üç kat daha fazla mesai harcamalarına rağmen iş gücü piyasalarında erkeklerden %23 daha az gelir elde etmektedirler. Aynı zamanda Covid-19 salgını, cinsiyet eşitsizliğini daha da derinleştirmiştir (UN, 2024).

1.2. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği ve Sağlık

Toplumlarda cinsiyet nedeniyle bireylere verilen rol ve onlardan beklenen davranışlar, bireyleri birçok konuda eşitsizliğe maruz bırakmaktadır. Bu rol ve beklenen davranışların etkilediği alanlardan biri de sağlıktır (Sezgin, 2015). Toplumsal cinsiyet hem biyolojik hem de sosyal farklılıkların bir ölçüsünü verdiğinden sağlıktaki eşitsizliklerde kadın ve erkekler arasındaki sağlık eşitsizliklerinin hem biyolojik hem de sosyal faktörlerini yansıtması beklenir (Prus ve Gee, 2003). Cinsiyet, bireyin hormonal, risk alma, kişisel sağlığı ihmal etme veya agresif davranışlar sergilemesi sonucu sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Toplumsal cinsiyet ise strese maruz kalma, çevresel toksinler, yetersiz beslenme veya yaşam tarzı tercihleri ile kendilerini, çocuklarını ve hatta doğacak olan çocukların sağlıklarını etkileyebilir (Regitz-Zagrosek, 2012). Kadınların doğumda beklenen yaşam süresinin erkeklerden daha uzun sürmesi, yaşamın niteliğinin de önemini arttırmaktadır (Sezgin, 2015).

Cinsiyet aynı zamanda sağlığın sosyal bir belirleyicisi olarak kabul gördüğünden toplumların sosyoekonomik ve politik bağlamları, toplumsal cinsiyet üzerinde oldukça etkilidir (Veas vd., 2021). Toplumsal cinsiyet, toplumun sağlık hizmetlerine ilişkin deneyimlerini ve erişimlerini etkiler (WHO, 2024a). Toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, sağlık riski davranış kalıpları, yaşam tarzı seçimleri, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmetlerinde toplumsal cinsiyet önyargıları ve kaynakların dağılımında ve sağlık araştırmalarındaki hakkaniyetsizlik ile ilişkilidir (Veas vd., 2021). Kadınların cinsiyetlerinden ötürü ayrımcılığa maruz kalmaları sağlıklarını olumsuz yönde etkiler. Kadınlar, çoğunlukla, erkeklere kıyasla sağlık bilgilerine ve sağlık hizmetlerine erişimde, karar alma gücüne erişim eksikliği, düşük okuryazarlık oranları, toplumdaki sağlık hizmet sağlayıcılarının davranış ve tutumları gibi engeller ile karşı karşıyadır (WHO, 2024a). Kadınlar, genel olarak hem istenmeyen gebelikler, rahim ağzı kanseri, yaşlılara ve adölesanlara cinsel istismar, erken evlilik gibi nedenler ile cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından hem de cinsiyet eşitsizliğinden kaynaklanan yüksek şiddete maruz kaldıklarından erkeklere nazaran risk taşımaktadırlar. Bunun yanında toplum içinde erkek çocukların ve yetişkin erkeklerin, toplum tarafından kabul görme nedeni ile sigara içme, alkol, madde kullanımına yönelme, yardım veya sağlık hizmeti almama gibi davranışları da erkek çocukların ve yetişkin erkeklerin sağlıklarını riske atmaktadır (WHO, 2024a). Toplumsal cinsiyetin bireyden beklentileri sonucunda, erkekler para kazanma rolü ile daha fazla risk almaktadır. Bu durum zaman zaman mesleki hastalıklara bağlı ölümleri arttırmaktadır. Bunun yanında erkekler, kadınlara nazaran daha fazla trafik kazası, şiddet gibi ölüm oranlarına sahiptir. İlerleyen yaşlarında, riskli sağlık davranışlarından ötürü kalp hastalıklarına maruz kalmaktadırlar (Sezgin, 2015).

Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinden, toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamak ve tüm kadınları ve kızları güçlendirmek aynı zamanda küresel hedeflerin bir diğeri olan sağlıklı ve kaliteli yaşam amaçlarından Evrensel Sağlık Kapsayıcılığını destekler ve ırk, engellilik, yoksulluk gibi her türlü dışlanmışlığa maruz kalan savunmasızlık durumları da dâhil cinsiyet kimliğinden dışlanmış veya damgalanmış kişileri geride bırakmamayı kapsar (WHO, 2024b). Bir nesildeki sağlık açığının kapanması, kadınların yaşam koşulları iyileştirilir ve cinsiyet eşitsizlikleri ele alınırsa mümkündür. Kadınların güçlendirilmesi, sağlıkta adil bir dağıtımın sağlanması için anahtardır (WHO, 2008).

Ülkeler veya bölgeler arasında toplumların sağlık durumunu karşılaştırma görevi gören doğumda beklenen yaşam süresi genellikle kadınların lehinedir. Araştırmacılar, bu durumu geleneksel olarak, biyolojik ve biyolojik olmayan sebepler şeklinde açıklamaktadırlar. Biyolojik sebepler, genetik veya hormonal farklılıklar ile açıklanabilmektedir (Marais vd., 2018). Biyolojik olmayan sebepler ise sosyal ve davranışsal faktörlere bağlanır. Genel olarak kadınların, sağlık hizmetlerine daha fazla erişimi nedeni ile anne ölümleri azalmaktadır. Aynı zamanda erkeklerin risk alma davranışlarına ve uygun olmayan yaşam tarzlarına atfedilerek sosyal faktörler ile ilişkisi açıklanır. Erkeklerin hastalık belirtilerini gösterme eğilimi kadınlara göre daha yavaş ve sağlık hizmetlerine erişimleri daha azdır. Buna rağmen cinsiyet ve sağlık arasındaki ilişki, güç ilişkilerinin kurulmasında önemli bir faktör olarak görüldüğünden karmaşıktır. Çünkü küresel olarak tüm gelir düzeylerinde kadınlar, yaşamları üzerinde daha az kontrole sahiptir ve erkeklerden daha fazla yoksulluk içinde yaşama riski altındadır (Mateos vd., 2022)

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, anne eğitimi ve çocuk ölümleri arasındaki bağlantıyı etkileyerek, annenin yetersiz beslenmesine dolayısıyla düşük doğum ağırlıklı ve yetersiz beslenen bebeklerin dünyaya gelmesine neden olur. Bebeklerin ve çocukların hayatta kalma şansı azalır (Brinda vd., 2015). Küresel olarak çocuklar kırsalda, yoksul hanelerde ve temel eğitimden mahrum bir anneden dünyaya geldiklerinde beş yaşından önce ölme riski altındadır (Iqbal vd., 2018). Aile içi şiddete maruz kalan kadınlar arasında doğum sonuçlarını sistematik olarak inceleyen bir çalışmada, annenin aile içi şiddete maruz kalması, düşük doğum ağırlığı ve erken doğum riski ile ilişkilendirilmiştir (Shah ve Shah, 2010).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sağlık sonuçları üzerindeki etkilerini incelemek, toplumsal cinsiyet eşitsizliğini etkileyebilen çok faktörün olması nedeni ile 2008 yılında Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı yeni bir endeks geliştirmiştir (Brinda vd., 2015). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Endeksi (Gender Inequality Index-GII), üreme sağlığı, güçlendirme ve iş gücü piyasası olmak üzere üç boyutlu bir bileşik ölçüttür. Bu boyutlar, kadın ve erkek kazanımları arasındaki eşitsizlik nedeniyle potansiyel insan gelişimindeki kaybı gösterir. Endeks değeri, kadın ve erkek kazanımlarının eşit olduğu 0'dan, kazanımların eşitsiz olduğunu ifade eden 1'e kadar değişir (UNDP, 2024b). Endeks, kadınların dezavantajlı olduğu durumu yansıtır (UNDP, 2018). Tüm bileşik endeksler gibi, toplumsal cinsiyet eşitsizlik endeksinde sınırlamaları mevcuttur. Parlamento da temsili gösterirken, yerel idarelerde veya toplumsal kamusal alanlarda ki katılımı göstermez. Aynı zamanda iş gücü piyasasında, özellikle kadınların ücretsiz bakım, sosyal hizmetler gibi işlerin niteliği hakkında bilgi vermez (UNDP, 2018).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile doğumda beklenen yaşam süresi arasındaki ilişkiyi 2015 yılına ait veri ile Avrupa Birliği 28 üye devleti ile inceleyen çalışmada, cinsiyet eşitsizliğinin kadınların ve erkeklerin doğumda beklenen yaşam süreleri ile arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğu sonucuna varılmıştır (Kolip ve Lange, 2018). OECD ülkelerinde 1990 – 2017 yıllarını kapsayan panel veri analizi çalışmasında, artan toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin, doğumda beklenen yaşam süresi ve sağlığa ayarlı yaşam süresi ile ilişkisi negatif ve istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır (Veas vd., 2021).

Sahra Altı Afrika'da cinsiyet eşitsizliği, sağlık harcamaları ve anne ölüm oranı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmada, daha yüksek toplumsal cinsiyet eşitsizliğine sahip ülkelerin daha yüksek anne ölüm oranları ile sağlığa daha fazla harcama yapan ülkelerin daha düşük anne ölüm oranları ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır (Chirowa vd., 2013). 1990-2012 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde eyalet parlamentosunda siyasi cinsiyet eşitsizliği ile eyalet bazında bebek ölüm oranı arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışma, eyalet parlamentolarında daha yüksek oranda kadınların yer almasının hem

eyaletler arasında hem de eyalet içinde bebek ölüm oranlarının %14,6 oranında azalmasıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (Homan, 2017).

Toplumsal cinsiyet eşitsizlik endeksi ile çocuk ölüm oranları arasındaki ilişkiyi 138 ülke için ekolojik olarak inceleyen çalışmada, cinsiyet eşitsizlik endeksi ile çocuk ölüm oranları arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar çıkmıştır (Brinda vd., 2015). Kadınların eğitim düzeyleri ile çocuk ölüm oranındaki ilişkileri 1970 ile 2009 yılları arası tespit eden bir çalışmada, beş yaş altı çocuk ölümlerindeki azalma oranını, kadınların eğitime katılma oranının artması ile ilişkilendirmiştir (Gakidou vd., 2010). 2015 yılı için 195 ülkenin toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile çocuk ölüm oranı arasındaki ilişkileri ülke düzeyinde değerlendiren bir çalışmada, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan kız çocuklarının daha fazla mağdur olduğu tespit edilmiştir (Iqbal vd., 2018). Toplumsal cinsiyet eşitsizlik endeksi ile aşılama, doğum oranı, yeni doğan ölüm oranı arasındaki ilişkiyi 2019 yılı 161 ülke için inceleyen bir diğer çalışmada istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre, bir ülkede toplumsal cinsiyet eşitsizlik endeksi kötü performans gösterdiğinde, daha yüksek gebelik, doğum oranı ve yeni doğan ölüm oranı olasılığı ve çocuklarının aşılama ihmal etme olasılıkları daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Yazd vd., 2023). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği endeksi'nin 96 ülkede düşük doğum ağırlığı, çocukların yetersiz beslenmesi ve beş yaş altı ölüm hızının yaygınlığıyla olan ilişkisini 5 yıllık bir dönem için inceleyen çalışmada, cinsiyet eşitsizlik endeksi ile beş yaş altı ölüm hızında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmiştir (Marphatia vd., 2016).

Bu çalışmada toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin, doğumda beklenen yaşam süresine, bebek ölüm hızına, yeni doğan bebek ölüm hızına ve beş yaş altı ölüm hızına etkisi incelenmiştir. Çalışmada, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının yayınladığı, insani gelişmişlik düzeyi çok yüksek olan ülkeler analize dâhil edilmiştir. Bu nedenle oluşturulan hipotezler aşağıda yer almaktadır.

- H1: Ülkelerde toplumsal cinsiyet eşitsizliği arttıkça, doğumda beklenen yaşam süresi kısalmır.
- H2: Ülkelerde toplumsal cinsiyet eşitsizliği arttıkça, bebek ölüm hızı artar.
- H3: Ülkelerde toplumsal cinsiyet eşitsizliği arttıkça, yeni doğan bebek ölüm hızı artar.
- H4: Ülkelerde toplumsal cinsiyet eşitsizliği arttıkça, beş yaş altı ölüm hızı artar.

II. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tasarımı

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi keşfetmek için gözlemsel uzun zamanlı araştırma tasarımı kullanılmıştır. Araştırmada, toplumsal cinsiyet eşitsizliği, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının yayınladığı toplumsal cinsiyet eşitsizlik endeksi ile ölçülmüştür. Değişkenler arasındaki ilişkinin varlığını ve gücünü keşfetmek için 2000-2021 yıllarını kapsayan panel veri regresyon analizi uygulanmıştır. Verilerin kullanılabilirliği ve karşılaştırılabilirliği nedeniyle Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının (BMKP) her yıl yayınladığı insani gelişmişlik düzeyi çok yüksek olan ülkeler analize dâhil edilmiştir.

2.2. Araştırmanın Evren ve Veri Kaynağı

Araştırmanın evrenini, BMKP'nin yayınladığı insani gelişmişlik düzeyi çok yüksek olan ülkeler oluşturmaktadır. BMKP'nin en son yayınladığı raporda, insani gelişmişlik düzeyi çok yüksek olan 69 ülke yer almaktadır (UNDP, 2024c). Bu ülkelerden toplumsal cinsiyet eşitsizliği verisi tam olan ülkeler analize dâhil edilmiştir. Bu nedenle analize alınan ülke sayısı 54'tür. Analiz sonuçları, insani gelişmişlik düzeyi çok yüksek olmasına rağmen veri eksikliği nedeni ile analize dâhil edilmeyen 15 ülkeye genellenemeyecektir. Analize dâhil edilen ülkeler Tablo 1'de özet olarak verilmiştir. Araştırmada kullanılan değişkenler ikincil veri olup kamusal erişime açık olan kaynaklardan sağlanmıştır. Bunlar, toplumsal cinsiyet eşitsizliği için, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı ve sağlık sonuçları ve diğer değişkenler için Dünya Bankasıdır.

Tablo 1. Analize Alınan Ülkeler

İnsani Gelişmişlik Düzeyi Çok Yüksek Ülkeler		
Arjantin	Yunanistan	Panama
Avustralya	Macaristan	Polonya
Avusturya	İzlanda	Portekiz
Bahamalar	İrlanda	Romanya
Barbados	İsrail	Rusya
Belçika	İtalya	Singapur
Kanada	Japonya	Slovakya
Şili	Kazakistan	Slovenya
Kosta Rika	Kore	İspanya
Hırvatistan	Kuveyt	İsveç
Kıbrıs	Letonya	İsviçre
Çekya	Litvanya	Tayland
Danimarka	Lüksemburg	Trinidad ve Tobago
Estonya	Malezya	Türkiye
Finlandiya	Malta	Birleşik Arap Emirlikleri
Fransa	Hollanda	Birleşik Krallık
Gürcistan	Yeni Zelanda	ABD
Almanya	Norveç	Uruguay

Kaynak: Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı Raporu (UNDP, 2024c)

2.3. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Araştırmada dört farklı model kullanılmıştır. Dört farklı modelin bağımlı değişkenleri doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, yeni doğan ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızıdır. Doğumda beklenen yaşam süresi, yeni doğmuş bir bebeğin, doğum anındaki ölüm oranlarının yaşamı boyunca aynı kalması durumunda yaşayacağı beklenen yıl sayısını gösterir. Bebek ölüm hızı, belirli bir yılda 1.000 canlı doğum başına bir yaşına gelmeden ölen bebek sayısını, yeni doğan ölüm hızı, belirli bir yılda 1.000 canlı doğum başına 28 günlük yaşa ulaşmadan ölen bebek sayısını ifade eder. Beş yaş altı ölüm oranı ise, yeni doğan bir bebeğin doğumdan sonraki beş yıl içinde ölme olasılığını ifade eder ve 1.000 kişi başına düşen oranıdır (The World Bank, 2024).

Bağımsız Değişken: Araştırmanın bağımsız değişkeni Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının yayınladığı toplumsal cinsiyet eşitsizliği endeksidir. Bir toplumda cinsiyet eşitsizliğinin varlığını gösteren birçok etken olduğundan birçok bileşik endeks geliştirilmiştir. Literatürde en yaygın kullanılan ölçütlerden biri de toplumsal cinsiyet eşitsizlik endeksidir (Veas vd., 2021). Toplumsal cinsiyet eşitsizlik endeksi, üreme sağlığı (anne ölüm oranı ve ergen doğum oranı), güçlendirme (en azından ortaöğretime sahip erkek ve kadınların oranı ile parlamentodaki erkek ve kadınların koltuk oranı) ve işgücü piyasası (erkekler ve kadınlar arasında işgücü piyasasına katılım) olmak üzere üç boyutta cinsiyete dayalı dezavantajı yansıtır. Bu boyutlarda kadın ve erkek başarıları arasındaki eşitsizlik nedeniyle potansiyel insan gelişimindeki kaybı gösterir. Endeksin 0 ile 1 arasında değişen bir değer aralığı bulunmaktadır. Burada 0 kadınların ve erkeklerin eşit olduğu, cinsiyet eşitliğini, 1 ise ölçülen tüm boyutlarda bir cinsiyet için eşitsizliği temsil eder (UNDP, 2024b).

Kontrol Değişkenleri: Sağlık sonuçları üzerinde etkisi olan birçok etken vardır. Önceki çalışmalar, gayri safi yurt içi hasılanın (GSYH) doğumda beklenen yaşam süresine pozitif (Miladinov, 2020; Shafi ve Fatima, 2019; Akdemirel, 2024) ve bebek ölüm hızına negatif (Park ve Nam, 2019; Upadhyay ve Srivastava, 2015), beş yaş altı ölüm hızına negatif (O'Hare vd., 2013) katkısını tespit etmişlerdir. Benzer şekilde önceki çalışmalar, sağlık harcamalarının doğumda beklenen yaşam süresine katkısının pozitif (Bein vd., 2017), bebek ölüm hızına katkısının negatif (Anwar vd., 2023; Bein vd., 2017) yeni doğan ve

beş yaş altı ölüm hızına katkısının da negatif (Bein vd., 2017) olduğunu tespit etmişlerdir. Bunun yanında literatürde toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sağlık sonuçları ile ilişkisini inceleyen çalışmalarda sağlık harcamaları veya GSYH kontrol değişkeni olarak alınmıştır (Veas vd., 2021; Marphatia, 2016; Brinda vd., 2015). Bu nedenle toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sağlık sonuçları üzerindeki etkisini ilişkin varsayımlarda bulunmak için GSYH ve sağlık harcamaları, kontrol değişkeni olarak çalışmaya alınmıştır. GSYH, satın alma gücü paritesine göre kişi başına cari uluslararası doları, sağlık harcamaları ise satın alma gücü paritesine göre kişi başına cari uluslararası doları ifade etmektedir.

2.4. Araştırmanın Analiz Yaklaşımı

Araştırmada, 54 çok yüksek insani gelişmişlik düzeyine sahip ülkedeki toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sağlık sonuçlarına etkisini 2000 – 2021 yılları arasında incelemek için panel veri analizinden yararlanılmıştır. Panel verilerde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin araştırılması için panel regresyon analizi kullanılmaktadır. Panel regresyon modeli birden fazla bağımsız değişkenin bağımlı değişkendeki etkisini hem yatay kesit hem de zaman serilerini birleştirerek uygun modeli verir. Panel regresyon analizinde hem yatay kesit hem de zaman serilerine özgü veri bulunduğundan daha fazla serbestlik derecesi bulunmaktadır. Panel veri analizinde birimlerin heterojenliği kontrol edildiğinden yatay kesit veya zaman serilerine nazaran yanlış sonuçların elde edilme olasılığını azaltır (Taş, 2012). Panel regresyon analizinde veri yapısına göre modeller birim veya zaman ve sabit veya tesadüfi etkili modellerden oluşur. Temel nedeni, bağımsız değişkenlerin, farklı birimleri farklı şekilde etkileyebileceğinden uygun model tespitinde klasik model tutarlı sonuçlar vermemektedir. Gözlenemeyen birim veya zaman etkileri ile bağımsız değişkenler korelasyonlu ise sabit etkiler, korelasyonsuz ise tesadüfi etkilerden bahsedilir (Tatoğlu, 2013). Analizde klasik model ile sabit etkiler modeli ile arasında seçim yapmak için F testi, klasik model ile tesadüfi etkiler modeli ile arasında seçim yaparken Wald Chi2 testi kullanılmıştır. Sabit etkiler modeli ile tesadüfi etkiler modeli arasında seçim yapmak için Hausman testi uygulanmaktadır. Bu araştırmada, Stata 15 programı kullanılmış ve veriler %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

Önceki bölümde oluşturulan hipotezlerin testi için toplumsal cinsiyet eşitsizliği endeksinin, sağlık sonuçlarına olan etkilerini ölçmek için oluşturulan modeller aşağıdadır. Hata terimlerinin normal dağılım testleri sonucu çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerine göre doğumda beklenen yaşam beklentisi değişkeni dışında diğer değişkenlerin doğal logaritması alınmıştır.

Model 1:

$$DBYS_{it} = \alpha_i + \beta_1 LTCEE_{it} + \beta_2 LSagHar_{it} + \beta_3 LGSYH_{it} + \varepsilon_{it}$$

Model 2:

$$LBÖH_{it} = \alpha_i + \beta_1 LTCEE_{it} + \beta_2 LSagHar_{it} + \beta_3 LGSYH_{it} + \varepsilon_{it}$$

Model 3:

$$LYÖH_{it} = \alpha_i + \beta_1 LTCEE_{it} + \beta_2 LSagHar_{it} + \beta_3 LGSYH_{it} + \varepsilon_{it}$$

Model 4:

$$LYABÖH_{it} = \alpha_i + \beta_1 LTCEE_{it} + \beta_2 LSagHar_{it} + \beta_3 LGSYH_{it} + \varepsilon_{it}$$

Oluşturulan dört model için α , her birim için sabit terimi, β , eğim parametrelerini, ε ise hata terimini ifade etmektedir. Burada, β_1 , toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sağlık sonuçları üzerindeki etkiyi gösteren regresyon katsayısıdır. Modellerde i , ülke birim sayısını, t ise yılları ifade etmektedir.

III. BULGULAR

3.1. Tanımlayıcı İstatistikler

İnsani gelişmişlik düzeyi çok yüksek olan 54 ülkenin 2000 – 2021 yıllarını kapsayan analizde toplam gözlem sayısı 1,188'dir. Tablo 2'de analiz değişkenlerinin ortalama değerleri, minimum, maksimum değerleri ve standart sapma değerleri verilmektedir.

Tablo 2. Analiz Değişkenlerinin Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişkenler	Ortalama	Standart Sapma	Min	Max
DBYS	77,97705	3,75778	65,02756	84,56
LBÖH	1,652217	0,6336049	0,4054651	3,600048
LYÖH	1,231663	0,637406	-0,2231435	3,161247
LYAÖH	1,829912	0,6112681	0,6931472	3,747148
LTCEE	-1,855829	0,7109992	-4,342806	-0,2876821
LSagHar	7,648403	0,7460594	5,389072	9,393682
LGSYH	10,29321	0,5778851	8,058705	11,83463

3.2. Korelasyon Analizi

Bağımlı değişkenlerin, diğer değişkenler ile korelasyon analizi Tablo 3'te verilmiştir. Doğumda beklenen yaşam süresinin, sağlık harcamaları ile ilişkisi 0,7894'lük, bebek ölüm hızının, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile ilişkisi 0,7984'lük, yeni doğan ölüm hızının, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile 0,7516'lık ve beş yaş altı ölüm hızının, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile 0,8065'lik bir korelasyon değeri ile en yüksek pozitif yönlü ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği arttıkça doğumda beklenen yaşam süresinin 0,6756'lık bir korelasyon ile negatif yönlü bir ilişkisi tespit edilmiştir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği arttıkça doğumda beklenen yaşam süresi azalmakta, bebek ölüm hızı, yeni doğan ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı da artmaktadır. Sağlık harcamalarının miktarı arttıkça doğumda beklenen yaşam süresi miktarı artmakta, bebek ölüm hızı, yeni doğan ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı miktarları düşmektedir.

Tablo 3. Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	DBYS	LBÖH	LYÖH	LYAÖH
LTCEE	-0,6756	0,7984	0,7516	0,8065
LSagHar	0,7894	-0,7395	-0,6798	-0,7477
LGSYH	0,6792	-0,6723	-0,6482	-0,6774

Doğrusal regresyon analizlerinde iki ya da daha fazla bağımsız değişken arasında doğrusal ve yüksek bir korelasyon varsa modelde çoklu doğrusal bağlantı probleminin olduğu ve regresyon analiz sonuçlarının yanılabileceğinden bahsedilir. Çoklu doğrusal bağlantının tespiti için bu çalışmada varyans şişirme faktörü (VİF) değerleri incelenmiştir. VİF>10 ise yüksek çoklu doğrusal bağlantısının olduğunu göstermektedir (Kim, 2019). Tablo 4'te verilen ortalama VİF değeri 3.78 olup, değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantının olmadığı görülmektedir.

Tablo 4. Bağımsız Değişkenler Arası Korelasyon Tablosu

Değişkenler	LTCEE	LSagHar	LGSYH	VİF
LTCEE	1,000			5,13
LSagHar	-0,7299	1,000		4,08
LGSYH	-0,6424	0,8688	1,000	2,14
			Ortalama VİF	3,78

3.3. Panel Veri Analizinde Model Seçimi

Panel regresyon analizinde tahminlerin doğru yapılabilmesi için gözlenemeyen birim ve zaman etkilerin bağımsız değişkenler ile korelasyonlu olup olmama durumlarına göre sabit veya tesadüfi etkiler modeline uygunluğu test edilir. Bağımsız değişken ile korelasyonlu ise sabit etkiler, korelasyonsuz ise tesadüfi etkilerden söz edilir. Bu çalışmada gözlenemeyen birim ve zaman etkilerinin tespiti için tesadüfi etkiler modeli için Breusch ve Pagan Lagrangian Testi, sabit etkiler için F testi yapılmıştır. Klasik model ile sabit etkiler modelleri arasında seçim yapmak ve uygun modelin hangisi olduğunu belirlemek için F testi uygulanmıştır. Bunun için hipotezler ve test sonuçları aşağıda verilmektedir.

H0: Klasik model tahmini uygundur.

H1: Sabit etkiler modeli tahmini uygundur.

Test sonuçları Tablo 5'te verilmektedir. Dört model için de %5 anlamlılık düzeylerinde temel hipotez reddedilerek sabit etkiler modelinin uygunluğu tespit edilmiştir. ($p < 0,05$). Modeller, klasik model tahminine uygun olmayıp, sabit etkiler modeli ile tahmine uygundur.

Tablo 5. Sabit Etkiler Modeli Tahmin Tablosu

Sabit Etkiler	R-sq	F Test	p Değeri
Model 1 (DBYS)	0,7508	171,18	0,0000
Model 2 (LBÖH)	0,7900	203,03	0,0000
Model 3 (LYÖH)	0,7079	185,52	0,0000
Model 4 (LYAÖH)	0,7974	181,58	0,0000

Analizde tesadüfi etkiler modeli ile klasik model arasında seçim yapmak ve uygun modelin hangisi olduğunu belirlemek için Wald Chi2 testi uygulanmıştır. Bunun için hipotezler ve test sonuçları aşağıda verilmektedir.

H0: Klasik model tahmini uygundur.

H1: Tesadüfi etkiler modeli tahmini uygundur.

Test sonuçları Tablo 6'da verilmektedir. Dört model için de %5 anlamlılık düzeylerinde temel hipotez reddedilerek tesadüfi etkiler modelinin uygunluğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Modeller, klasik model tahminine uygun olmayıp, tesadüfi etkiler modeli ile tahmine uygundur.

Tablo 6. Tesadüfi Etkiler Modeli Tahmin Tablosu

Tesadüfi Etkiler	R-sq	Wald Chi2 Testi	p Değeri
Model 1 (DBYS)	0,6309	3487,19	0,0000
Model 2 (LBÖH)	0,6006	4261,81	0,0000
Model 3 (LYÖH)	0,5262	2765,94	0,0000
Model 4 (LYAÖH)	0,6184	4465,02	0,0000

Sabit / Tesadüfi Etkiler Modelinin Belirlenmesi

Modellerin sabit veya tesadüfi etkili modellerden hangisine uyumlu olduğunu tespit etmek Hausman testi kullanılarak uygun model belirlenmiştir. Hausman testinin temel hipotezleri ve sonuçları aşağıda yer almaktadır.

H0: Sabit etkiler ve tesadüfi etkiler tutarlıdır, tesadüfi etkiler etkindir.

H1: Sabit etkiler tutarlıdır, tesadüfi etkiler tutarsızdır.

Hausman Testinin Tablo 7’de verilen sonuçlarına göre modellerin p değeri 0.05’ten büyük olduğundan ($p>0,05$) temel hipotez kabul edilir ve tesadüfi etkiler modeli etkindir. Bu nedenle model tahmindisi olarak tesadüfi etkililer modeli uygulanmıştır. Model 1, 2, 3 ve 4 tek yönlü (birim) tesadüfi etkili modeldir.

Tablo 7. Hausman Test Analizi Sonuçları

Modeller	Chi2 Testi	p Değeri
Model 1 (DBYS)	3,63	0,3040
Model 2 (LBÖH)	2,83	0,4191
Model 3 (LYÖH)	2,22	0,5280
Model 4 (LYAÖH)	4,27	0,2342

3.4. Tesadüfi Etkiler Modeli ile Varsayımlardan Sapma Testleri

Yapılan analizlerde katsayıların sapmasız tahmin edilebilmesi için panel regresyon analizlerinde model varsayımlarının testlerinin yapılması gerekmektedir. Model varsayım testleri olarak değişen varyans probleminin tespitine yönelik heteroskedasite testi, hata terimlerinin birbiri ile ilişkisini gösteren otokorelasyon ve birimler arası korelasyon ilişki varlığının analiz edilmesi gerekmektedir.

Modellerde değişen varyans tespiti için Levene, Brown ve Forsthye’nin testi kullanılmıştır. Teste ait temel hipotezler ve sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

H0: Modelde heteroskedasite yoktur.

H1: Modelde heteroskedasite vardır.

Tablo 8’de, W değerlerinin dört model için de p değerleri 0,05’ten küçük olduğundan ($p<0,05$) temel hipotez ret edilir. Dört model için de heteroskedasite vardır yorumu yapılır.

Tablo 8. Modellerde Heteroskedasite Varsayımı Testi

Modeller	W0 P Değeri	W50 P Değeri	W10 P Değeri
Model 1 (DBYS)	0,000	0,000	0,000
Model 2 (LBÖH)	0,000	0,000	0,000
Model 3 (LYÖH)	0,000	0,000	0,000
Model 4 (LYAÖH)	0,000	0,000	0,000

Birimler arası korelasyon varsayımının testi için Pesaran-Friedman-Frees testleri uygulanmıştır. Teste ait temel hipotez ve sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

H0: Modelde birimler arası korelasyon yoktur.

H1: Modelde birimler arası korelasyon vardır.

Tablo 9’da birimler arası korelasyon varsayım Pesaran-Friedman-Frees testleri sonucu Model 1, Model 2 ve Model 4 için p değerinin ikisi 0,05’ten küçük olduğu ($p<0,05$), Model 3 için p değerinin biri 0,05’ten küçük olduğu ($p<0,05$) için temel hipotezi ret edilir ve modellerde birimler arası korelasyon var olduğu tespiti yapılır.

Tablo 9. Birimler Arası Korelasyon Varsayımı Testi

Modeller	Pesaran P Değeri	Friedman P Değeri	Frees alpha = 0.05
Model 1 (DBYS)	0,0000	0,0000	0,1537
Model 2 (LBÖH)	0,0000	0,0238	0,1537
Model 3 (LYÖH)	0,0000	0,3937	0,1537
Model 4 (LYAÖH)	0,0000	0,0228	0,1537

Otokorelasyon analizi için Baltagi-Wu LBI ve Durbin Watson otokorelasyon testi uygulanmıştır. Analiz için temel hipotez ve sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

H0: Modelde otokorelasyon yoktur.

H1: Modelde otokorelasyon vardır.

Tablo 10’da LBI ve DW otokorelasyon test sonucu değerleri 2’den küçük çıktığından modellerde otokorelasyon bulunmaktadır sonucuna ulaşılır.

Tablo 10. Otokorelasyon Analizi Varsayımı Testi

Modeller	LBI	Durbin-Watson
Model 1 (DBYS)	0,6630	0,3822
Model 2 (LBÖH)	0,2780	0,1073
Model 3 (LYÖH)	0,2603	0,0872
Model 4 (LYAÖH)	0,3112	0,1429

Panel Regresyon Analiz Sonuçları

Modellerin varsayımlardan sapma test analiz sonuçlarında dört modelde de heteroskedasite problemi, birimler arası korelasyon ve otokorelasyon problemi tespit edilmiştir. Varsayımlardan sapmaları düzeltmek için kullanılan analiz testi, Driscoll-Kraay Standart Hatalı Regresyon Tahminci testidir. Tesadüfi etkili Driscoll-Kraay regresyon tahmincisine ait bulgular Tablo 11’de verilmiştir. Model 1, Model 2, Model 3 ve Model 4 için Wald Chi2 testine karşılık gelen p değeri 0,05 ten küçük olduğu için kurulan panel regresyon modellerinin anlamlı olduğu yorumu yapılabilir ($p < 0,05$). Model 1’de yer alan bağımsız değişkenler, doğumda beklenen yaşam süresinin %63,09’unu, Model 2’de yer alan bağımsız değişkenler bebek ölüm hızının %60,06’sını, Model 3’te yer alan bağımsız değişkenler yeni doğan bebek ölüm hızının %52,62’sini ve Model 4’de yer alan bağımsız değişkenler beş yaş altı ölüm hızının %61,84’ünü açıklamaktadır. Model 1 için kurulan “Ülkelerde toplumsal cinsiyet eşitsizliği arttıkça, doğumda beklenen yaşam süresi kısalır” H1 hipotezi kabul edilir. Model 2 için kurulan “Ülkelerde toplumsal cinsiyet eşitsizliği arttıkça, bebek ölüm oranı artar” H2 hipotezi kabul edilir. Model 3 için kurulan “Ülkelerde toplumsal cinsiyet eşitsizliği arttıkça, yeni doğan bebek ölüm oranı artar” H3 hipotezi kabul edilir. Model 4 için kurulan “Ülkelerde toplumsal cinsiyet eşitsizliği arttıkça, beş yaş altı bebek ölüm oranı artar” H4 hipotezi kabul edilir.

Regresyon katsayısına ait t değerlerinin p değerleri incelendiğinde dört model için de toplumsal cinsiyet eşitsizliği endeksinin modellere anlamlı katkısı olduğu belirlenmiştir. Model 1’de katkı negatif yönlü olup diğer modellerde pozitif yönlü katkı tespit edilmiştir. Bu doğrultuda Model 1’e göre, toplumsal cinsiyet eşitsizliği %1 arttığında, doğumda beklenen yaşam süresi yaklaşık %142,59 azalmaktadır. Diğer modellerde ise toplumsal cinsiyet eşitsizliği %1 arttığında sırasıyla, bebek ölüm hızı %10,09, yeni doğan ölüm hızı %0,91 ve beş yaş altı ölüm hızı %11,44 oranında artmaktadır.

Tablo 11. Regresyon Sonuçları

Modeller (TCEE)	Katsayı	Standart Hata	t	p Değeri	95% Güven Aralığı		R-sq	Olasılık>Wald Chi2
Model 1 (DBYS)	-1,425989	0,1896	-7,52	0,0000	-1,820377	-1,0316	0,6309	0,0000
Model 2 (LBÖH)	0,100937	0,0220763	4,57	0,0000	0,0550267	0,1468473	0,6006	0,0000
Model 3 (LYÖH)	0,0919909	0,022004	4,18	0,0000	0,0462311	0,1377506	0,5262	0,0000
Model 4 (LYAÖH)	0,114402	0,0219613	5,21	0,0000	0,0687309	0,160073	0,6184	0,0000

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sağlık sonuçlarından doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, yeni doğan ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı üzerindeki etkisini 2000-2021 yılları arasında vermektedir. Analize alınan ülkeler, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının yayınladığı insani gelişmişlik düzeyi çok yüksek olan ülkeleri kapsamaktadır. Önceki çalışmalara nazaran bu çalışmada, doğumda beklenen yaşam süresine ilave bebek ölüm hızlarına ilişkin uzun zamanlı araştırma tasarımı kullanılmıştır. Ayrıca insani gelişmişlik düzeyi çok yüksek olan ve verisine ulaşılabilir 54 ülke analize dâhil edilmiştir.

Sağlık sonuçlarını etkileyen oldukça fazla etken vardır. Bu çalışmada bağımsız değişken olarak Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının yayınladığı toplumsal cinsiyet eşitsizlik endeksi kullanılmıştır. Bunun yanında kontrol değişkenleri olarak sağlık harcamaları ve GSYH analize dâhil edilmiştir. Analiz sonucunda, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin doğumda beklenen yaşam süresi ile istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü derece negatif bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Toplumlarda var olan cinsiyet eşitsizliği arttıkça doğumda beklenen yaşam süresi kısalmaktadır. Bu sonuç benzer şekilde, OECD ülkeleri için 1990-2017 yılları arasında kapsayan ve sağlık göstergeleri ile toplumsal cinsiyet eşitsizliğini panel regresyon analizi ile belirlemeyi amaçlayan Veas vd. (2021) çalışmaları ile paraleldir. Benzer şekilde, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadınlarda ve erkeklerde doğumda beklenen yaşam süresi ile ilişkisini 2010–2019 yılları arasında 28 Avrupa Birliği üye devletleri için Spearman korelasyon testi kullanarak analiz eden çalışma ile tutarlı olup toplumsal cinsiyet eşitliğinin toplum sağlığını ve uzun ömürlülüğü iyileştirmede önemli rol oynadığı tespit edilmiştir (Pinho-Gomes vd., 2022). Analizde, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin bebek ölüm hızı, yeni doğan bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı ile istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, 138 ülkenin çocuk ölüm oranları ile toplumsal cinsiyet eşitsizliği endeksi arasındaki ilişkiyi ekolojik olarak regresyon analizi ile inceleyen ve %1’lik toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin artması bebek ölüm hızını %70,28, yeni doğan ölüm hızını %53,85 ve beş yaş altı ölüm hızını ise %68,14 oranında artırdığını tespit eden çalışma ile tutarlıdır (Brinda vd., 2015). Benzer şekilde 2015 yılına ait ikincil verileri kullanarak beş yaş altı ölüm oranları ile toplumsal cinsiyet eşitsizliğini tespit eden çalışmada, beş yaş altı kız çocuk ölüm oranı ile toplumsal cinsiyet eşitsizliği arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (Iqbal vd., 2018). 2019 yılına ait verileri kullanarak 161 ülkeyi inceleyen bir başka çalışmada %1’lik toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin artması yeni doğan ölüm hızını %60,52 oranında arttırdığını bulan çalışma ile tutarlıdır (Yazd vd., 2023).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin azaltılması, kadınların yaşam koşullarını ve sağlık durumunu iyileştirirken, erkekler arasında erken ölümleri, hastalık yükünü, engelliliğe dayalı yaşam yıllarını da düşürecektir (Veas vd., 2021). Cinsiyet normları karmaşıktır ve toplumdan topluma değişmesinin yanında yaşam boyu sağlığı etkileyebilecek olan diğer sosyal faktörlerle kesişebilir. Toplumlarda cinsiyet normlarına uymamak ve bunları ihlal etmek, özellikle olumsuz davranışları ve yaptırımları tetiklediklerinde sağlığa zararlı olabilir (Weber vd., 2019). Önceki çalışmalara paralel olarak bu çalışmada da biyolojik faktörlere dayandırılan cinsiyet sağlık ilişkisinin aynı zamanda sosyal ve ekonomik yapılarla da ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği anne sağlığını

zayıflatabilir ve doğrudan veya dolaylı olarak çocukların sağlığına zarar verebilir. Biyolojik dezavantaj ve psikososyal olumsuzluklar hem kız hem de erkek çocuklarının hayatta kalmasını zorlaştırabilir (Brinda vd., 2015). Birey, dünyaya geldiğinde her iki cinsiyette de eşit şartlara sahiptir. Bu sebeple zamanla insanların oluşturdukları cinsiyetçi yaklaşımları ortadan kaldırmak, toplumsal cinsiyet eşitliği için zor ulaşılabilecek bir durum değildir. Tıbbi müdahalelerin dışında ve toplumsal cinsiyet eşitliğine öncelik verilerek kamu politikalarının oluşturulması, yaşam süresinin uzamasına ve çocuk ölüm hızlarının azaltılmasında etkili olabilir. Toplumsal cinsiyet eşitliği ile ülkelerde üretkenlik artırılabilir ve gelecek nesiller için daha yaşanabilir ve sürdürülebilir bir dünya bırakılabilir.

Bu nedenle, sağlık sektörü dâhil olmak üzere kamu politikalarının her alanında cinsiyet eşitliğini teşvik etmek, toplum sağlığını iyileştirmek için hayati önem taşıyabilir. İleriki çalışmalarda toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile sağlık sonuçları arasında sosyal normların etkin olduğu nedensel ilişki incelenebilir ve insani gelişmişlik düzeyi yüksek olan ülkelere çıkarılacak tahminler eşitsizliklere ışık tutabilir. Ayrıca, ergen sağlığını kapsayacak göstergeler ile analiz yapılması daha erken yaşlarda uygulanan kamu politikaları için öngörücü olabilir.

V. SINIRLILIKLAR

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğini etkileyen birçok etken olabilir. Toplumsal cinsiyet eşitsizlik endeksi, üreme sağlığı, güçlendirme ve iş piyasası boyutlarındaki cinsiyete bağlı dezavantajı yansıtır. Bu nedenle bu çalışma, toplumsal cinsiyet eşitsizlik endeksi boyutları dışında kalan toplumdaki cinsiyet normlarını kapsamamaktadır. Aynı zamanda endeks, iş gücü piyasasında, özellikle kadınların ücretsiz bakım, sosyal hizmetler gibi işlerin niteliğini de vermemektedir. Toplumsal cinsiyet endeksi, sadece kadın ve erkek cinsiyet ayrımına dayanır. Araştırma tasarımı gözlemsel olduğundan, analizin sonuçları nedensel çıkarımlar için kullanılmamalıdır. Analiz sonuçları, insani gelişmişlik düzeyi çok yüksek olmasına rağmen veri eksikliği nedeni ile analize dâhil edilmeyen 15 ülkeye genellenemez.

Etik Kurul İzni: Bu çalışma, etik kurul izni gerektirmemektedir.

KAYNAKLAR

- Akdemirel, E. (2024). OECD ülkelerinde sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine bir panel veri analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 27(1), 65-90.
- Anwar, A., Hyder, S., Mohamed Nor, N. & Younis, M. (2023). Government health expenditures and health outcome nexus: A study on OECD countries. *Frontiers in Public Health*, 11.
- Bein, M.A., Unlucan, D., Olowu, G. & Kalifa, W. (2017). Healthcare spending and health outcomes: Evidence from selected East African countries. *African Health Sciences*, 17(1), 247-254.
- Brinda, E.M., Rajkumar, A.P. & Enemark, U. (2015). Association between gender inequality index and child mortality rates: A cross-national study of 138 countries. *BMC Public Health* 15, 97.
- Chaaban, J. & Cunningham, W. (2011). *Measuring the economic gain of investing in girls: the girl effect dividend*. In: *Policy Research working paper*, 5753. The World Bank. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/730721468326167343/pdf/WPS5753.pdf>
- Chirowa, F., Atwood, S., & Van der Putten, M. (2013). Gender inequality, health expenditure and maternal mortality in sub-Saharan Africa: A secondary data analysis. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 5(1), 1-5.
- Gaye, A., Klugman, J., Kovacevic, M., Twigg, S., & Zambrano, E. (2010). *Measuring key disparities in human development: The gender inequality index*. New York.

- Gakidou, E., Cowling, K., Lozano, R. & Murray, C.J.L. (2010). Increased educational attainment and its effect on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009: A systematic analysis. *The Lancet*, 376(9745), 18-24.
- Homan, P. (2017). Political gender inequality and infant mortality in the United States, 1990–2012. *Social Science & Medicine*, 182, 127–135.
- Iqbal, N., Gkiouleka, A., Milner, A., Montag, D. & Gallo, V. (2018). Girls' hidden penalty: Analysis of gender inequality in child mortality with data from 195 countries. *BMJ Global Health*, 3, e001028.
- Kennedy, E., Binder, G., Humphries-Waa, K., Tidhar, T., Cini, K., Comrie-Thomson, L., Vaughan, C., Francis, K., Scott, N., Wulan, N., Patton, G. & Azzopardi, P. (2020). Gender inequalities in health and wellbeing across the first two decades of life: An analysis of 40 low-income and middle-income countries in the Asia-Pacific region. *The Lancet Global Health*, 8(12), e1473-e1488.
- Kim, J.H. (2019). Multicollinearity and misleading statistical results. *Korean Journal of Anesthesiology*, 72(6), 558-569.
- Kolip, P. & Lange, C. (2018). Gender inequality and the gender gap in life expectancy in the European Union, *European Journal of Public Health*, 28(5), 869–872.
- Marais, G.A.B., Gaillard, J.M., Vieira, C., Plotton, I., Sanlaville, D., Gueyffier, F. & Lemaitre, J.F. (2018). Sex gap in aging and longevity: Can sex chromosomes play a role? *Biology of Sex Differences*, 9, 33.
- Marphatia, A.A., Cole, T.J., Grijalva-Eternod, C. & Wells, J.C.K. (2016). Associations of gender inequality with child malnutrition and mortality across 96 countries. *Global Health, Epidemiology and Genomics*, 23(1), e6.
- Mateos, J.T., Fernández-Sáez, J., Marcos-Marcos, J., Álvarez-Dardet, C., Bambra, C., Popay, J., Baral, K., Musolino, C. & Baum, F. (2022). Gender equality and the global gender gap in life expectancy: An exploratory analysis of 152 countries. *International Journal of Health Policy and Management*, 11(6), 740-746.
- Miladinov, G. (2020). Socioeconomic development and life expectancy relationship: Evidence from the EU accession candidate countries. *Journal of Population Sciences/Genus*, 76(2).
- O'Hare, B., Makuta, I., Chiwaula, L. & Bar-Zeev, N. (2013). Income and child mortality in developing countries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(10), 408-14.
- Park, M. B. & Nam, E. W. (2019). National level social determinants of health and outcomes: Longitudinal analysis of 27 industrialized countries. *SAGE Open*, 9(2), 1-8.
- Pinho-Gomes, A., Vassallo, A., Carcel, C., Peters, S. & Woodward, M. (2022). Gender equality and the gender gap in life expectancy in the European Union. *BMJ Global Health*, 7, e008278.
- Prus, S.G. & Gee, E. (2003). Gender differences in the influence of economic, lifestyle and psychosocial factors on later-life health. *Canadian Journal of Public Health*, 94(4), 306-309.
- Regitz-Zagrosek, V. (2012). Sex and gender differences in health. *Science & Society Series on Sex and Science. EMBO Reports*, 13(7), 596-603.

- Sezgin, D. (2015). Toplumsal cinsiyet perspektifinde sağlık ve tıbbileştirme. *Sosyoloji Araştırma Dergisi*, 18(1), 153-186.
- Shafi, R. & Fatima, S. (2019). Relationship between gdp, life expectancy and growth rate of G7 countries. *International Journal of Sciences*, 8(06), 74-79.
- Shah, P.S. & Shah, J. (2010). Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: A systematic review and meta-analyses. *Journal of Womens Health (Larchmt)*, 19(11), 2017-31.
- Taş, N. (2012). *Ekonomik Değişkenlerin Panel Veri Analizi İle Çözömlenmesi*. [Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi].
- Tatoğlu, F. Y. (2013). *Panel Veri Ekonometrisi: Stata Uygulamalı (2.Baskı)*. İstanbul, Beta Yayıncılık.
- The World Bank. (2012). *World development report 2012: Gender equality and development*. The World Bank. Washington, DC.
- The World Bank. (2024, Sep 17). Indicator. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>
- UN. (2024, Sep. 17). *Achieve gender equality and empower all women and girls*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/gender-equality/>
- UNDP. (2018). *Human development indices and indicators: 2018 statistical update*. <https://www.undp.org/tr/turkiye/publications/insani-gelisme-indeksi-ve-indikatorleri-2018-istatistik-guncellemesi>
- UNDP. (2024a, Sep 17). *Human development index*. <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI>
- UNDP. (2024b, Sep 17). *Gender inequality index*. <https://hdr.undp.org/data-center/thematic-composite-indices/gender-inequality-index#/indicies/GII>
- UNDP. (2024c, Sep 17). *Human development report 2023-24*. <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2023-24>
- Upadhyayi A.K. & Srivastava, S. (2015). *Association between economic growth and infant mortality: Evidence from 132 demographic and health surveys from 36 developing countries*. Population Association of America 2015. San Diego, California.
- Veas, C., Crispi, F. & Cuadrado, C., (2021). Gender inequality and population-level health outcomes: Panel data analysis of OECD countries, *European Journal of Public Health*, 31(3).
- Weber, A.M., Cislighi, B., Meausoone, V., Abdalla, S., Mejía-Guevara, I., Loftus, P.D., Hallgren, E., Seff, I., Stark, L., Victora, C.G., Buffarini, R., Barros, A.J., Domingue, B.W., Bhushan, D., Gupta, R., Nagata, J.M., Shakya, H.B., Richter, L.M., Norris, S.A., Ngo, T.D., Chae, S., Haberland, N., McCarthy, K.J., Cullen, M.R., Darmstadt, G.L., Greene, M.E., Hawkes, S., Heise, L., Henry, S.K., Heymann, J., Klugman, J., Levine, R., Raj, A., & Gupta, G.R. (2019). Gender norms and health: Insights from global survey data. *The Lancet*, 393, 2455-2468.
- WHO. (2024a, Sep 17). *Gender and health*. https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1
- WHO. (2024b, Sep 17). *Gender and health*. https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_2

WHO. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health final report of the commission on social determinants of health.*

Yazd, S.D., Oroszlányová, M., & Pekin Alakoç, N. (2023). Understanding how gender inequality may affect children's health: An empirical study across 161 countries. *Cogent Social Sciences*, 9(1).

