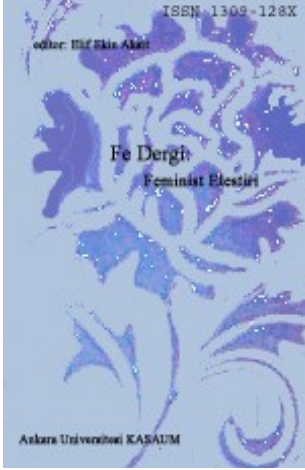


Yayınlayan: Ankara Üniversitesi KASAUM  
Adres: Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Cebeci 06590 Ankara



Fe Dergi: Feminist Eleştiri Cilt 6, Sayı 1  
Erişim bilgileri, makale sunumu ve ayrıntılar için:  
<http://cins.ankara.edu.tr/>

**Sağlıkta Toplumsal Cinsiyet Eşitsizlikleri: Eskişehir'de  
Kırsal ve Kentsel Alanlarda Kadın Sağlığı**  
*Temmuz Göç Şavran*

Çevrimiçi yayına başlama tarihi: 2 Haziran 2014

Bu makaleyi alıntılar için: Temmuz Göç Şavran, "Sağlıkta Toplumsal Cinsiyet Eşitsizlikleri: Eskişehir'de Kırsal ve Kentsel Alanlarda Kadın Sağlığı," *Fe Dergi* 6, no. 1 (2014), 98-116.

URL: [http://cins.ankara.edu.tr/11\\_11.pdf](http://cins.ankara.edu.tr/11_11.pdf)

Bu eser akademik faaliyetlerde ve referans verilerek kullanılabilir. Hiçbir şekilde izin alınmaksızın çoğaltılamaz.

## Sağlıkta Toplumsal Cinsiyet Eşitsizlikleri: Eskişehir'de Kırsal ve Kentsel Alanlarda Kadın Sağlığı

Temmuz Göncü Şavran\*

*Toplumsal cinsiyet sağlığı belirleyen temel faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir. Toplumsal cinsiyet hiyerarşisi kadınların ekonomik, sosyal ve politik olanaklara ve güce erişim açısından erkeklere oranla dezavantajlı olduğu bir yapı yaratmakta ve bu dezavantajlar sağlığa ilişkin risklerin dağılımında, sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlık statüsünde görünür hale gelmektedir. Bu çalışmanın amacı, 2009-10 yıllarında Eskişehir'de 229 kişilik bir örneklem üzerinde yürütülmüş olan bir alan araştırmasının bulgularına dayanarak sağlık statüsü, sağlık kurumlarına başvurma ölçütleri, sağlık riskleri ve sağlık hizmetlerine yönelik değerlendirme açılarından kırsal ve kentsel alanlarda yaşayan kadınlarla erkekleri karşılaştırmaktır. Gebelik ve doğumla ilgili konularda da kırsal ve kentsel alanda yaşayan kadınlar karşılaştırılacak, bu veriler üzerinden toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, bölgesel eşitsizlikler ve sağlık eşitsizlikleri arasındaki ilişkiyi irdelenecektir. Bulgular hem kırsal hem de kentsel alanda kadınların sağlıklarının, aynı gelir ve eğitim düzeyine sahip olsalar dahi erkeklere oranla daha kötü olduğunu, ayrıca kırsal alanda yaşayan kadınların sağlığının da kentsel alanda yaşayan kadınlara oranla daha kötü olduğunu göstermektedir. Sonuçlar eğitimsel, ekonomik ve bölgesel gelişmişlikle ilgili eşitsizliklerle sağlık eşitsizliklerinin kesişerek birikimsel bir etki yarattığına işaret etmektedir.*

*Anahtar kelimeler: Sağlık eşitsizlikleri, sosyo-ekonomik statü, kadın sağlığı, kırsal sağlık, toplumsal cinsiyet*

### **Gender inequalities in health: Women's health in rural and urban areas in Eskişehir**

*Gender is accepted as a component of social gradient in health. Depending on the disadvantage of women's access to social, economic and political sources, gender stratification become visible in distribution of health risks, access to healthcare and individual health status. Drawing upon a field research conducted in Eskişehir, Turkey in 2009-10 with a sample of 229, the aim of this research is to compare the health risks, healthcare seeking behaviour and health status of men and women in rural and urban areas. The study also aims to compare rural and urban women on issues related to pregnancy and giving birth. The study thus examines the relationship among gender, regional and health inequalities. The findings show that women's health is worse than men in both rural and urban areas, even when men and women share the same educational and income levels. In addition, rural women's health is worse than urban women's. The findings point that gender inequalities intersect with educational, economic and regional inequalities and create a cumulative effect on women.*

*Keywords: Health inequalities, socio-economic status, women's health, rural health, gender*

### **Giriş**

Sağlık statüsü on dokuzuncu yüzyıl boyunca toplumsal sınıfla ilişkilendirilmiş, 1960 sonrasında toplumsal cinsiyetle ilişkilendirilmeye başlanmış ve 1980 sonrasında da toplumsal cinsiyet sağlığın toplumsal belirleyicilerinden biri olarak kabul edilir hale gelmiştir.<sup>1</sup> Toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri temel olarak kadınların ekonomik ve sosyal kaynaklara ve güce erişim açısından erkeklere oranla dezavantajlı olmasına dayanmakta ve kaynaklara erişimde eşitsizliğe, kamuda yeterince temsil edilmemeye ve erkekler lehine ayrımcı politikalara neden olan bir toplumsal tabakalaşma biçimi yaratmaktadır.<sup>2,3</sup> Bu dezavantajlar sağlık alanında sağlığa ilişkin risklerin dağılımında, sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlık statüsünde görünür hale gelmektedir. Sürekli olarak sosyal dezavantaja veya ayrımcılığa maruz kalan grupların daha avantajlı sosyal gruplara oranla sistematik olarak daha kötü sağlığa sahip olmalarını ifade eden 'sağlık eşitsizlikleri'<sup>4</sup> bu noktada toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ile büyük ölçüde kesişmektedir. Kadınların sağlıklarının genel olarak erkeklerinkinden kötü olduğu,<sup>5</sup> sağlığa bağlı yaşam kalitesi<sup>6</sup> ve algılanan sağlık statüsü<sup>7</sup> açılarından erkeklerden daha kötü durumda olduğu

\* Yrd. Doç. Dr., Anadolu Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü

bilinmektedir. Kadınların kronik ve yaşa bağlı hastalıklara erkeklere oranla daha fazla yakalanmaları sıklıkla küresel olarak kadınların ortalama yaşam sürelerinin erkeklerinkinden uzun olması ile ilişkilendirilmektedir.<sup>8,9</sup> Bununla birlikte gelişmekte olan ülkelerde ortalama yaşam süresi sabit tutulduğunda bile kadınların sağlıklarının erkeklere oranla daha kötü olduğu bilinmektedir.<sup>10</sup> Çalışmalar, kadınlarla erkekler arasındaki farklılıkların sadece biyolojik farklılıklardan değil, toplumsal cinsiyet hiyerarşisinden ve toplumsal cinsiyete dayalı rollerin yarattığı psiko-sosyal stresten de kaynaklandığını<sup>11,12</sup> ve toplumsal belirleyicilerin biyolojik korunmasızlığı pekiştirdiğini<sup>13</sup> göstermektedir.

Toplumsal cinsiyetin bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma ve sağlık düzeylerini etkileyen faktörlerden biri olması<sup>14</sup> toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin sağlık alanına yansımalarının bir sonucudur. Bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeylerini belirleyen başlıca faktörler arasında istihdam statüsü, gelir ve eğitim düzeyi, ekonomik kaynaklar üzerinde kontrol düzeyi, tıbbi bakımın ulaşılabilirlik düzeyi, sigorta kapsamına girip girmeme, sağlık beklentileri, yardım alma davranışında başkalarının rolleri, cinsiyete dayalı rol ve etkinlikler ve karar verme gücü düzeyi sayılmaktadır.<sup>15</sup> Ancak bu faktörlerin etkisi toplumsal cinsiyetten bağımsız değildir. Nitekim yapılan çalışmalar erkeklerin kendi aralarındaki sağlık statüsü farklılıklarının açıklanmasında meslek ve istihdam statüsü gibi ekonomik faktörlerin ailevi rol ve sorumluluklardan daha önemli olduğunu<sup>16</sup> ancak kadınlar için cinsiyete dayalı rollerin de en az ekonomik etkenler kadar önemli olduğunu<sup>17</sup> göstermektedir. Her ne kadar gelişmiş ülkelerde kadın hastalıkları ve doğumla ilgili servislerdeki muayeneler çıkarıldıktan sonra bile kadınların sağlık bakımı kurumlarına erkeklerden daha sık başvurdukları ortaya konmuş olsa da<sup>18</sup> bu durum kadınların erkeklere oranla hastalık oranlarının yüksek olmasından kaynaklanmakta ve oranlar bütün ülkelerde benzer seyretmemektedir. Örneğin sağlık hizmetlerinin cepten yapılan harcamalara dayandığı ve az gelişmiş ülkelerde kadınlar sağlık hizmetlerine erkeklerden daha az erişmektedirler.<sup>19</sup> Bu düşük erişim düzeyi bir yandan hanenin ekonomik kaynaklarına kısıtlı erişimden, diğer yandan bazı gelişmekte olan ülkelerde kadınların toplu taşıma araçlarına tek başına binmelerinin yasak olması<sup>20</sup> ya da kadınların muayene olmak ya da tedavi görmek için hanelerindeki erkeklerden izin almalarının gerekmesi<sup>21</sup> gibi cinsiyetçi engellerden kaynaklanmaktadır.

Hem ekonomik kaynaklara erişimdeki eşitsizlikler hem de kadınların fiziksel hareketliliğini kısıtlayan sosyal ve kültürel zorunluluklar nedeniyle kadınların kendi kendilerini tedavi etme, vasıfsız kişilerden sağlık hizmeti alma ve lisanssız ilaç kullanma oranlarının erkeklerinkinden yüksek olmasına neden olduğu belirtilmektedir.<sup>22</sup> Kadınların sağlık hizmetlerine erişimi sağlansa bile sağlık hizmeti verenler cinsiyetçi algılara sahip olabilmekte, bu algı tedavi sürecinde erkek hastalara oranla kadın hastaların daha az ilgi ve özen görmelerine ve daha düşük düzeyde bilgilendirilmelerine neden olabilmektedir.<sup>23</sup> Kurumsal tıbbi kadınları dinlemeye ve onlara açıklama yapmaya zaman ayırmaması, kadınların erkeklere oranla geleneksel tedavileri daha çok kullanmalarının nedenlerinden biri olarak görülmektedir.<sup>24</sup>

Türkiye’de geleneksel ataerkil yaşam biçimi bölgesel olarak ve kısmen çözülmeye başlamış olsa da halen toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin yaratılmasına katkıda bulunmakta, kadınların erkeklere oranla düşük olan toplumsal statülerini yeniden üretmekte ve sağlık hizmetlerine erişimini engellemektedir.<sup>25</sup> Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde uygulamaya konan Genel Sağlık Sigortası ile birlikte nüfusun daha büyük bir kısmı sağlık sigortası kapsamına alınmış olsa da sistemin prime dayalı olması, prim borcunun sağlık hizmeti almayı engellemesi ve prime ek olarak yapılması gereken katkı ve katılım payı ödemeleri kadınların sağlık hizmeti almalarını zorlaştırmaktadır.<sup>26</sup> Çalışmalar Türkiye’de az gelişmiş bölgelerde ve kırsal alanda yaşayanların, işsizlerin, en düşük gelir diliminde bulunanların ve kadınların daha fazla cepten sağlık harcaması yaptığını göstermektedir.<sup>27</sup>

Türkiye’de kadının statüsüne genel olarak bakıldığında eğitim, istihdam ve sağlık statüsü açısından erkeklerden daha kötü durumda oldukları görülmektedir. 2011 yılı itibariyle Türkiye’de 15 yaş üzerinde okuma yazma bilmeyenlerin %83’ü kadındır ve 2012 itibariyle erkeklerin %72’si, kadınların ise ancak %30’u işgücüne katılabilmektedir.<sup>28</sup> Bu veriler sağlığın eğitim ve istihdamla ilişkisi ışığında dikkate alındığında, Türkiye’de kadınların sağlıklarını olumsuz etkileyecek risklere erkeklere oranla daha fazla maruz kaldıklarına dair bulgular<sup>29</sup> şaşırtıcı değildir. Bu durum kadınların algılanan sağlık statülerinin erkeklerden daha kötü olmasına neden olmakta, resmi verilere göre 2012 yılı itibariyle erkeklerin dörtte üçünden fazlası (%77) sağlığını iyi veya çok iyi olarak değerlendirirken bu oran kadınlarda %64’de kalmaktadır.<sup>30</sup> Toplumsal cinsiyete dayalı eşitsizliklere bölgesel eşitsizlikler eklendiğinde kırsal alanda yaşayan kadınların sağlık alanındaki dezavantajları derinleşmektedir. Kırsal alanda yaşayan kadınların sağlıklarının kentsel alanda yaşayanlara oranla daha kötü olduğunu gösteren çalışmalara<sup>31</sup> paralel olarak Türkiye’de de kentsel alanda yaşayan erkeklerin %80’i, kadınların

ise %70'i sağlığını iyi olarak algılamakta bu oranlar kırsal alanda erkeklerde %68'e, kadınlarda %57'ye gerilemektedir.<sup>32</sup> Türkiye'de kadınların formel sağlık hizmetlerinden yararlanmasında özellikle eğitim düzeyi, yaşanan yer (kır/kent) ve bölge (doğu/batı) belirleyicidir.<sup>33</sup> Örneğin kırsal alanda yaşayan, eğitim ve gelir düzeyi düşük olan kadınların doğum öncesi en az bir kere sağlık personelinin bakım alma ve doğumları sağlık kuruluşlarında gerçekleştirme oranları, Türkiye ortalamasının altındadır.<sup>34</sup>

Bu çalışmanın amacı, Eskişehir'de yapılan bir araştırmanın verileri üzerinden bir yandan kırsal ve kentsel alanlarda yaşayan düşük statü gruplarında kadınlarla erkekleri karşılaştırarak toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ile sağlık eşitsizlikleri arasındaki ilişkiyi incelemek, bir yandan da kırsal ve kentsel alanda yaşayan kadınları karşılaştırarak sağlık eşitsizliklerinin birikimsel desenini ortaya koymaktır. Diğer bir deyişle tüm toplumun sağlığını belirleyen yapısal faktörler dışında ataerkil sistemin normlarından kaynaklanan ve kadın sağlığını etkileyen faktörler olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Çalışma ayrıca kırsal ve kentsel alanda yaşayan kadınların verilerini karşılaştırarak bölgesel eşitsizliklerle cinsiyet eşitsizliklerinin nasıl kesiştiğini incelemeyi amaçlamaktadır.

### Yöntem

Bu çalışma, 2009-10 yıllarında Eskişehir'de yürütülmüş olan nicel bir alan araştırmasının bulgularına dayanmaktadır.<sup>35</sup> Araştırma evrenini Eskişehir'de yaşayan kırsal ve kentsel düşük statü grupları oluşturmaktadır. Araştırmanın amacı kırsal ve kentsel alanın ayrıştığı ve benzeştiği noktaları ortaya koymayı gerektirdiği için örneklem, kırsal ve kentsel düşük statü gruplarını temsil ettiği varsayılan bölgelerden kota örnekleme tekniği ile seçilmiştir.

Bu çerçevede Eskişehir'de kırsal alanın dezavantajlarını yansıtmaya amacıyla en az gelişmiş iki ilçenin en yüksek nüfuslu köyleri araştırmaya dahil edilmiştir. Eskişehir'in en az gelişmiş ilçeleri Türkiye'de bulunan toplam 872 ilçe içinde insani gelişmişlik endeksine göre 619. Sırada olan Han ve 591. sırada yer alan Günyüzü'dür.<sup>36</sup> Han ilçesi, Eskişehir'in güneyinde bulunan, 2008 itibarıyla 2,488 nüfuslu, 335 km<sup>2</sup> yüzölçümüne sahip olan bir ilçedir ve nüfusunun yaklaşık yarısı (1,222 kişi) belde ve köylerde yaşamaktadır.<sup>37</sup> 2004 yılı itibarıyla şehirleşme oranı %55,69 olan Han'da nüfus artış hızı binde -0,55, nüfus yoğunluğu 15, ortalama hane büyüklüğü 4,50'dir. Han nüfusunun %78,37'si tarım sektöründe çalışmaktadır. İşsizlik oranı %5,85, okuryazarlık oranı %81,63, bebek ölüm oranı binde 48,19, nüfus bağımlılık oranı %58,14'tür.<sup>38</sup> 2007-2008 yılları arasında Han ilçesinin nüfus artış oranı -1,50'dir.<sup>36</sup> Han ilçesinden seçilen köylerden biri olan Kayı Köyü, 2008 itibarıyla 382 nüfusa sahip olan, ilçe merkezine 17 km., Eskişehir il merkezine 100 km. uzaklıkta bulunan bir köydür. Köyde sağlık ocağı yoktur, sağlık evi vardır ancak faal değildir. İlköğretim okulu vardır ve faaliyettedir. Su şebekesi ve kanalizasyon (foseptik çukurlarına bağlı) vardır. Köye gezici sağlık taraması en son 2 yıl önce gelmiştir. 40 hanenin 10-15'inde tarım makinesi olmakla birlikte yakıt ücreti yüksek olduğu için makineler çoğunlukla kullanılmamaktadır. Köye Han ilçesinden haftada bir doktor ziyareti yapılmaktadır. Yine Han ilçesine bağlı olan Gökçeyayla Köyü ise Han ilçe merkezine 16 km., Eskişehir il merkezine 121 km. uzaklıkta yer alan, sağlık ocağı ve sağlık evi olmayan, su ve kanalizasyon şebekesi bulunmayan, ilköğretim okulu olmayan bir köydür. Resmi kayıtlara göre nüfusu 147'dir, ancak muhtarlık veri toplanan dönemde nüfusun 83 olduğunu bildirmiştir. Günyüzü ilçesi ise Eskişehir'in güneybatısında bulunan, 2008 itibarıyla 7,678 nüfuslu, 789 km<sup>2</sup> yüzölçümüne sahip olan bir ilçedir ve nüfusunun yaklaşık %70'i (5,366 kişi) belde ve köylerde yaşamaktadır.<sup>36</sup> Günyüzü'nde 2004 itibarıyla şehirleşme oranı %28,70, nüfus artış hızı binde 11,71, nüfus yoğunluğu 12, ortalama hane büyüklüğü 5,10'dur. Nüfusun %85,4'ünün tarım sektöründe çalıştığı ilçede işsizlik oranı %5,39, okuryazarlık oranı %92,52, bebek ölüm oranı binde 14,18, nüfus bağımlılık oranı %61,63'tür.<sup>37</sup> 2007-2008 yılları arasında Günyüzü ilçesinin nüfus artış oranı -5,62'dir.<sup>36</sup> Ayvalı Köyü, Günyüzü ilçesine bağlı olan, 2008 itibarıyla 564 nüfuslu bir köydür. Ayvalı Köyü'nde 480 hane bulunmaktadır. Köyde yaşayanların büyük kısmını 1955 yılında Eskişehir'e göç etmiş olan göçmenler oluşturmaktadır. Köydeki hanelerin %70'inde traktör gibi tarım makineleri vardır ancak diğer köylerde olduğu gibi yakıt ücretlerinin yüksekliği nedeniyle çoğunlukla kullanılmamaktadır. Köyde sağlık ocağı yoktur, ancak faal bir sağlık evi vardır. İlköğretim okulu faaldir. Sağlık evinde sağlık meslek lisesinden mezun olmuş bir ebe-hemşire görev yapmaktadır. Doktor gereksinimlerini genellikle yakın mesafedeki Gümüşkonak Kasabası'na giderek karşılamaktadırlar. Ayvalı Köyü'nde su şebekesi olmakla birlikte şebekenin kaynağı yazın kurduğu için yazları yaklaşık üç ay boyunca köy susuz kalmaktadır. Köy muhtarı, yapılan incelemelerde kaynağın suyunun içme suyu olarak kullanılmaması gerektiğinin ortaya çıktığını ve bu yönde rapor düzenlendiğini belirtmektedir, ancak yine de köyde bu kaynağın suyunu içme suyu olarak kullananlar mevcuttur. Kanalizasyon şebekesinin foseptik çukurlarına bağlı olduğu Ayvalı Köyü'ndeki

ebenin beyanına göre yazın su akmadığı dönemlerde başta ishal ve kadın hastalıkları olmak üzere çeşitli hastalıklarda artış gözlenmektedir.

Kentsel düşük statülü nüfusu temsil etmek üzere Eskişehir’de ağırlıklı olarak düşük statü gruplarının yerleştiği Emek ve Gündoğdu mahalleleri araştırmaya dahil edilmiştir. Eskişehir kent merkezindeki mahallelerde oturan örneklemin %48,4’ü Gündoğdu, %51,6’sı Emek mahallesinde yaşamaktadır. Muhtarlıktan alınan bilgilere göre 2010 itibarıyla Gündoğdu Mahallesi 3000 haneli, 9239 erkek 8796 kadın olmak üzere resmi kayıtlara göre 18,000 nüfuslu bir mahalledir. Mahalle muhtarlığından alınan bilgilere göre Emek Mahallesi resmi rakamlara (ikametgâh bilgilerine) göre 15,000 haneli ve 30,000 nüfuslu bir mahalledir.

Örnekleme seçilen köyler Eskişehir’in kırsal alanını temsil etmemektedir, bu açıdan bulgular ancak kırsal alanın dezavantajlarına sahip düşük statülü kırsal nüfus için geçerli olacaktır. Kent merkezinde seçilen mahalleler de kentsel düşük statülü nüfusu temsil etmek üzere seçilmişlerdir. Sosyal ve ekonomik statüyü belirlerken temel olarak yaşanan yerin niteliği, gelir, eğitim ve meslek değişkenleri dikkate alınmıştır ve düşük statülü nüfus ile kastedilen, eğitim, gelir, meslek ve istihdam statüsü açısından dezavantajlı olan, kendi içinde homojen olan ve büyük ölçüde ortak bir yaşam tarzını paylaşan nüfustur. Bu açıdan kentsel düşük statünün tipik örneğini elde edebilmek amacıyla kentsel alanın avantajlarından faydalanamayan derin yoksulların yoğunlaştığı ve kentin saçaklarında yer alan mahalleler değil, ağırlıklı olarak endüstriyel alanda istihdam edilenlerin yaşadığı ve kent merkezine yakın mahalleler seçilmiştir.

Kırsal örneklem, seçilen köylerde yaşayan 1029 kişi içinden kota örnekleme ile seçilen 103 (54 erkek, 49 kadın) kişiden oluşmaktadır. Bu grup seçildikten sonra karşılaştırma yapmak amacıyla Emek ve Gündoğdu mahallelerinde yaşayan yaklaşık aynı büyüklükte bir grup (126 kişi, 66 erkek, 60 kadın) yine kota örnekleme ile seçilmiş ve toplamda 229 kişilik bir örneklemden veri toplanmıştır. Böylece hem kırsal ve kentsel alanlarda yaşayan düşük statülü kadınlarla erkeklerin verilerini, hem de kırsal alanda ve kentsel alanda yaşayan düşük statülü kadınların verilerini karşılaştırmak mümkün olmuştur. Statü gruplarından kaynaklanan eşitsizlik ve farklılıkların cinsiyete dayalı eşitsizlik göstergelerini etkilememesi için örneklemden kadın ve erkeklerle ilişkin veriler kendi statü grupları içinde karşılaştırılmış, ayrıca cinsiyete dayalı eşitsizliklerle bölgesel eşitsizliklerin nasıl kesiştiğini incelemek amacıyla kırsal ve kentsel kadınlar kendi aralarında karşılaştırılmıştır.

Örnekleme girenlerin tamamı ile yüz yüze yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler sırasında kullanılan soru formları, yaklaşık üçte biri açık uçlu olan 78 sorudan oluşmaktadır. Açık uçlu sorulara verilen cevaplar kendi içlerinde gösterdikleri kümelenme doğrultusunda kategorileştirilerek analiz edilmek üzere SPSS’e aktarılmıştır. Genel sağlık statüsünü ölçmek amacıyla MOS 36 Ögeli Sağlık Taraması Kısa Formundan ve D. Goldberg ve P. Williams tarafından geliştirilen Genel Sağlık Anketinden<sup>39</sup> (GHQ-28) yararlanılarak bir ölçek hazırlanmıştır. Yapılan çalışmalar MOS 36 ölçeğinin güvenilirliğinin 0,65-0,94 arasında değiştiğini ve Genel Sağlık Anketi’nin güvenilirliğinin 0,70 olarak gözlemlendiğini göstermektedir.<sup>40</sup> Bu araştırmanın verileri ile yapılan güvenilirlik testine göre çalışmada kullanılan ölçeğin güvenilirliği 0,57’dir. Sağlık statüsü, bu ölçekte yer alan kronik hastalık sayısı, hastalanma, yorgun hissetme, ağrılı hissetme, ilaç içme, uyku bozukluğu yaşama ve stresli hissetme sıklığı değişkenlerinin sayısal toplamıyla elde edilen bir değişkenle ölçülmüştür.

Örneklemin genel sosyal ve demografik özellikleri Tablo 1’de görülmektedir. Eğitim ve gelir düzeyi en düşük olanlar kırsal alanda yaşayan kadınlardır, onları kırsal alanda yaşayan erkekler izlemektedir. Kentsel alanda yaşayan kadınların gelir ve eğitim düzeyleri kentsel alanda yaşayan erkeklerden düşük olmakla birlikte kırsal alanda yaşayan kadınlardan yüksektir.



Fotoğraf 1: Kırsal örneklem grubundan katılımcılar

**Tablo 1: Örneklemin sosyal ve demografik özellikleri**

	Kırsal		Kentsel				
	Erkek n=54	Kadın n=49	Erkek n=66	Kadın n=60			
<b>Eğitim %</b>							
Okuryazar değil	4	19	1	20			
Diplomasız okuryazar	2	12	6	8			
İlkokul mezunu	70	63	56	55			
Ortaokul mezunu	7	2	15	8			
Lise mezunu	15	4	20	7			
Üniversite mezunu	2	0	2	2			
Toplam	100	100	100	100			
<b>Aylık Gelir %</b>							
500 TL ve altı	72	71	29	42			
501-1500 TL	24	29	60	54			
1501 TL ve üzeri	4	0	11	4			
Toplam	100	100	100	100			
<b>Meslek %</b>							
Çiftçi	56	12	8	5			
İşçi	15	2	52	7			
Ev kadını	0	84	0	87			
Esnaf	15	0	21	0			
Memur	4	2	5	1			
Diğer	10	0	14	0			
Toplam	100	100	100	100			
<b>Sosyal güvence %</b>							
Prime dayalı sigorta	87	72	77	80			
Yeşil kart	6	6	6	12			
Yok	7	22	17	8			
Toplam	100	100	100	100			
<b>Doğum yeri %</b>							
Köy	93	92	50	50			
İlçe ya da kent merkezi	7	8	50	50			
Toplam	100	100	100	100			
<b>Sosyal yardım</b>							
Alıyor	15	11	11	17			
Almıyor	85	89	89	83			
Toplam	100	100	100	100			
<b>Aritmetik ortalamalar</b>							
	<i>M</i>	<i>SS</i>	<i>M</i>	<i>SS</i>	<i>M</i>	<i>SS</i>	<i>M</i>
Yaş	54.33	16.77	54.29	15.50	50.97	13.55	47.76
Çocuk sayısı	4.45	1.96	4.26	1.75	2.53	1.32	2.53
Sosyal güvence sahipliği (yıl)	14.22	10.40	9.51	9.52	21.80	13.00	12.88

**Bulgular****Sağlık statüsü**

Bulgular kadınların sağlığının erkeklere oranla daha kötü olduğunu göstermektedir. En fazla kronik hastalığa sahip olanlar kırsal alanda yaşayan kadınlardır (ortalama 2.47; SS=1.70), onları kentsel alanda yaşayan kadınlar (2.33; SS=1.66) izlemektedir. Kırsal alanda yaşayan erkeklerin kronik hastalık sayısı ortalaması (1.67; SS=1.61) kentsel alanda yaşayan erkeklere (1.15; SS=1.61) oranla daha yüksektir. Genel sağlık statüsü incelendiğinde hem kırsal hem de kentsel alanda yaşayan kadınların neredeyse yarısına yakınının sağlığının kötü olduğu, erkeklerde ise bu oranın çok daha düşük düzeyde kaldığı görülmektedir. Buna paralel olarak erkekler kadınlara oranla, kentsel alanda yaşayan kadınlar da kırsal alanda yaşayan kadınlara göre sağlıklarını daha 'iyi' algılamaktadırlar. Bu bulgular kadınların kronik hastalıklara erkeklere oranla daha fazla yakalandıklarını,<sup>41,42</sup> sağlıklarının da<sup>5</sup> algılanan sağlık statülerinin de<sup>43</sup> erkeklerden daha kötü olduğunu gösteren çalışmalarla paraleldir.

**Tablo 2: Sağlık statüsüne ilişkin değişkenlerin örnekleme dağılımı, %**

	Kırsal		Kentsel	
	Erkek n=54	Kadın n=49	Erkek n=66	Kadın n=60
<b>Sağlık statüsü</b>				
Çok iyi	7		0	11
İyi	28		18	47
Orta	37		33	26
Kötü	28		45	15
Çok kötü	0		4	1
Toplam	100		100	100
<b>Algılanan sağlık statüsü</b>				
Çok iyi	7		2	20
İyi	43		27	36
Orta	30		37	29
Kötü	20		20	12
Çok kötü	0		14	3
Toplam	100		100	100

Kadınların da erkeklerin de sağlık statüleri gelir ve eğitim düzeyi ile doğru orantılıdır, diğer bir deyişle gelir ve eğitim düzeyi daha yüksek olanlar daha düşük olanlara oranla daha sağlıklıdırlar. Ancak eğitim ve gelir kategorileri kendi içinde incelendiğinde, kadınların sağlık statüleri, kendileriyle aynı eğitim ve gelir düzeyine sahip olan erkeklerden daha kötüdür. Tablo 3'te görülebileceği gibi eğitim ve gelir değişkenlerinin neredeyse bütün kategorilerinde kadınların sağlıklarının iyi olma oranları erkeklerden düşük, kötü olma oranları da erkeklerden yüksektir. Bu bulgular, ekonomik faktörlerin erkeklerin sağlık statüsünü kadınlara oranla daha fazla etkilediğini gösteren çalışmaları<sup>21,38</sup> desteklemektedir. Bu durum göstermektedir ki kadın sağlığı, eğitim ve gelir gibi sağlık statüsünü doğrudan etkilediği bilinen temel faktörlerin dışında, toplumsal cinsiyete dayalı sosyal kısıtlılıklardan da etkilenmektedirler.

**Tablo 3: Kadın ve erkeklerin sağlık statülerinin gelir ve eğitime göre dağılımı, %**

	Erkek n=120				Kadın n=109		
	İyi	Orta	Kötü	Toplam	İyi	Orta	Kötü
<b>Eğitim düzeyi (diploma)</b>							
Diplomasız	-	71	29	100	3	41	56
İlkokul	33	38	29	100	3	52	45
Ortaokul	29	57	14	100	17	33	50

Lise ve üzeri	39	61	-	100	14	71	15
<b>Aylık gelir düzeyi</b>							
500 TL ve altı	20	55	25	100	3	51	46
501-1000 TL	33	43	24	100	6	41	53
1001-1500 TL	56	33	11	100	12	50	38
1501 TL ve üzeri	87	13	-	100	-	100	-

### Sağlık kurumlarına başvurma

Tablo 4'te görülebileceği gibi, örneklemdaki erkeklerin yaklaşık beşte biri sağlık kurumlarına hiç başvurmamaktadır. Kadınların sağlık kurumlarına hiç başvurmama oranları erkeklerinkinden düşük olsa da hem kırsal hem de kentsel alanda sağlık kurumlarına 'biraz hastalanınca' başvuranların oranı erkeklerinkinden düşük, ancak 'çok hastalanınca' başvuranların oranı ise erkeklerinkinden yüksektir. Diğer bir deyişle kadınlar sağlık kurumlarına daha acil durumlarda başvurma eğilimindedirler. Bu durum, kadınların bir kısmının ekonomik kaynaklardan yoksun olduğu için sağlık kurumuna başvuramamasından kaynaklanmaktadır. Örnekleme bir sağlık kuruluşuna başvurmak istediği halde gerekli ekonomik kaynaklardan mahrum olma durumunu deneyimleyip deneyimlemediği sorulmuştur. Tablo 4'te görülebileceği gibi kırsal alanda yaşayan kadınların dörtte üçünden fazlası, kentsel alanda yaşayan kadınların ise yaklaşık üçte ikisi sağlık kurumuna başvurması gerektiği halde ekonomik engellerle karşılaştığını belirtmiştir ki bu oranlar her iki grupta da erkeklerinkinden yüksektir.

**Tablo 4: Sağlık kurumlarına başvurmaya ilişkin değişkenlerin örnekleme dağılımı, %**

	Kırsal Erkek n=54	Kentsel Kadın n=49	Erkek n=66	
<b>Sağlık kurumlarına başvurma</b>				
Hiç gitmem	18	6	20	5
Çok hastalanınca giderim	50	59	51	65
Biraz hastalanınca giderim	15	8	9	8
Hasta olmasam da kontrole giderim	17	27	20	22
Toplam	100	100	100	100
<b>Sağlık kurumuna başvurmada ekonomik engellerle karşılaşma</b>				
Evet karşılaştım	54	76	38	62
Hayır karşılaşmadım	46	24	62	38
Toplam	100	100	100	100

Karşılaştıkları ekonomik engeli nasıl aştıkları sorulduğunda örneklem genelinin %68'i mal satarak ya da borç bularak aştığını belirtmiş, sorunu mal satarak çözenlerin genellikle erkek olduğu, kadınların ise ağırlıklı olarak borç arama yoluna yöneldiği gözlenmiştir. Karşılaştığı ekonomik engeli aşamadığı için sağlık bakımı almaktan vazgeçmek zorunda kalanların büyük çoğunluğu (%70) kadındır. Hem kırsal hem de kentsel alanda kadınlar erkeklere oranla ekonomik engelleri aşma konusunda dezavantajlıdır. Kırsal alanda yaşayan erkeklerin %17'si, kadınların ise %22'si sorunu çözemediğini ve bu nedenle sağlık kurumuna başvurmadığını belirtmektedir. Bu oranın her iki grup için de daha yüksek olduğu kentsel alanda ise erkeklerin %21'i, kadınların %37'si ekonomik engeli aşamayarak sağlık bakımı aramaktan vazgeçmektedir. Ekonomik engeller nedeniyle sağlık bakımı almaktan vazgeçmek zorunda kalan bazı kadınların ifadeleri aşağıdaki gibidir.



“Çocukların gönlü olursa veriyor. Yoksa gitmiyorsun. ... bulamadım, evde kaldım o oldu.” (kentsel)

“Gitmemekle çözdüm, evde yattım hep.” (kırsal)

“Çok oldu, gitmedim mecbur, para olmayınca nereye gidecen.” (kırsal)

“Gitmeyiverdik, köyde iyi olduk.” (kırsal)

“Bıraktık geldik. Elde avuçta olmayınca n'aapçan?” (kırsal)

“Para bulunca ... giderdik. Yayan gittiğim çok oldu.” (kentsel)



Fotoğraf 2: Kırsal alanda yaşayan kadınlar sağlık kurumlarına başvurmada hem bölgesel, hem ekonomik, hem de ataerkil nedenlerden kaynaklanan zorluklar yaşamaktadır.

Kırsal alanda sağlık hizmetlerinin yetersizliği, kırsal alanda yaşayan kadınların temel sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir.<sup>44</sup> Prim ödemeleri, katkı ve katılım payları kadar ulaşım maliyetleri de ekonomik kaynaklara duyulan gereksinimi artırmaktadır. Ulaşım maliyetlerini karşılayacak ekonomik kaynaklardan yoksunluk, kadınların hangi sağlık kuruluşuna başvuracağını seçerken en çok fiziksel yakınlığa göre seçim yapmasına neden olmaktadır. Kadınların %40'ı sağlık kurumunu fiziksel yakınlığa göre seçerken bu oran erkeklerde %28'e gerilemektedir. Kırsal örneklemedeki kadınların yaşadığı üç köyden sadece birinde faal bir yerel sağlık kurumu (sağlık evi) vardır ve köyde yaşayanlar sağlık hizmetlerinden faydalanmak için yakınlardaki kasabalara ya da ilçe merkezlerine ulaşmak zorundadır. Kadınlar bir yandan bu koşullar nedeniyle önemi artan ulaşım maliyetleri, bir yandan da fiziksel hareketliliklerini sınırlayan cinsiyetçi engeller nedeniyle sağlık hizmetlerine erişim açısından dezavantajlıdır. Kadınların sağlık kurumlarına başvurmak üzere hanedeki erkeklerden izin ve/veya para istemek zorunda kalmaları ya da tek başlarına gidemedikleri takdirde eşlik edilme isteklerinin erkekler tarafından karşılanmaması, sağlık kurumlarına başvurmalarını zorlaştırmaktadır. Kırsal alanda yaşayan kadınlardan bazıları bu durumu şu şekilde ifade etmektedir:



Fotoğraf 3: Kırsal örneklem grubundan bir katılımcı ve kızı

“...götürmezler ki... komaya girince anca götürürler hastanaya.”

“...Ben diyom daralıyom adam yavu beni bir Çifteler’e [hastaneye] götür zalım eline düştüğümü biliyo götürmüyo.”

“Göndermiyorlar, para vermiyorlar, salmıyorlar da evden.”

“Doktor sevk etti, önüme düşüp götürün olmadı gidemedim. Başımda bir erkeğim olmayınca gidemedim.”

### **Sağlık Riskleri**

Sağlık açısından önemli bir faktör olan yeterli ve dengeli beslenme de kadınların dezavantajlı olduğu bir konudur. Örneklemin temel besin gruplarındaki yiyecekleri tüketme sıklığı incelendiğinde özellikle kentsel alanda yaşayan kadınların et ve et ürünlerini erkeklere oranla belirgin şekilde daha seyrek tükettikleri gözlenmiştir. Hayvansal gıdaların tüketiminin kırsal alandan farklı olarak nakde bağlı olduğu kentsel alanda yaşayan kadınların yarısından fazlası (%53) et ve et ürünlerini ayda bir ya da daha seyrek tükettiğini belirtmektedir. Yeterli beslenme ve gelir arasındaki ilişkiyi gözlemlemek için örnekleme ekonomik nedenlerle porsiyon küçültmek / öğün atlamak ve yeterli yemek olmadığı için sofradan aç kalkmak zorunda kalıp kalmadıkları sorulmuştur. Tablo 5’te görülebileceği gibi hem kırsal hem de kentsel alanda kadınların yaklaşık üçte biri haftada bir ya da daha sık olmak üzere ekonomik nedenlere bağlı olarak porsiyonlarını küçülttüklerini ya da öğün atladıklarını belirtirken bu oran erkeklerde neredeyse yarı yarıya düşmektedir. Ekonomik nedenlerle sofradan aç kalkma durumunda farklılık daha da belirgindir, özellikle kırsal alanda kadınların yaklaşık üçte biri haftada bir ya da daha sıklıkla sofradan aç kalkmak zorunda kalırken bu oran erkeklerde %10’un altındadır. Erkeklere oranla kadınların yetersiz beslenme riskine daha fazla maruz kaldığını gösteren bu bulgular, yetersiz beslenmenin cinsiyetle ilişkili olduğunu, kadınların erkeklere oranla daha yüksek yetersiz beslenme riski altında olduğu<sup>45</sup> bulgularına paraleldir.

**Tablo 5: Beslenmeye ilişkin seçilmiş değişkenlerin örnekleme dağılımı, %**

	Kırsal		Kentsel	
	Erkek n=54	Kadın n=49	Erkek n=66	Kadın n=60
<b>Et ve et ürünleri tüketimi</b>				
Ayda bir ya da daha seyrek	39		32	28
Haftada bir ya da daha sık	61		68	72
Toplam	100		100	100
<b>Ekonomik nedenlerle porsiyon küçültme</b>				
Hiçbir zaman	66		53	62
Birkaç ayda bir	9		4	8
Ayda bir	8		12	13
Haftada bir ya da daha sık	17		31	17
Toplam	100		100	100
<b>Ekonomik nedenlerle sofradan aç kalkma</b>				
Hiçbir zaman	83		63	75
Birkaç ayda bir	4		2	8
Ayda bir	4		4	9
Haftada bir ya da	9		31	8

daha sık			
Toplam	100	100	100

Sağlık risklerine karşı alınan önlemlerden biri de son yıllarda giderek yaygınlaşan grip aşısıdır. Örnekleme grip aşısı olanların genel ortalaması düşüktür (%20), ancak kadınların aşılanma oranı hem kırsal hem de kentsel alanda erkeklerin oranının yarısından azdır. Grip aşısı olma oranı en yüksek düzeyde kırsal alanda yaşayan erkeklerde (%33), sonra kentsel alanda yaşayan erkeklerde (%24), ardından kırsal alanda yaşayan kadınlarda (%16) ve en düşük düzeyde kentsel alanda yaşayan kadınlarda (%7) görülmektedir.

Kırsal ve kentsel alanda yaşayan kadınların sağlık riskleri ve sağlık statüleri açısından farklılaşmasının nedenlerinden biri de kuşkusuz yaşama koşullarıdır. Örneğin kentsel alanda yaşayan kadınların %85'inin evinin içinde tuvalet yer alırken kırsal alanda bu oran ancak %30'dur. Kentsel alanda yaşayan kadınların %98'inin evinin banyosunda ve tuvaletinde su tesisatı varken kırsal alanda banyoda su tesisatı bulunma oranı %79, tuvalette su tesisatı bulunma oranı %69'dur. Kırsal alanda yaşayan kadınların %67'si içme suyu ihtiyacını doğal bir kaynaktan taşıyarak gidermektedir. Küçük çocuğu olan kadınlardan kentsel alanda yaşayanların %27'si hazır çocuk bezi kullanmadığını belirtirken bu oran kırsal alanda yaşayan kadınlarda %35'e yükselmektedir. Kentsel alanda yaşayan kadınların beşte biri hiç tuvalet kâğıdı kullanmadığını belirtirken bu oran kırsal alanda yaşayan kadınlarda %40'a yükselmektedir. Bu veriler kırsal alanda yaşayan kadınların temizlikle ilişkili sağlık risklerine kentsel alanda yaşayan kadınlardan daha yüksek düzeyde maruz kaldığına işaret etmektedir.

#### **Sağlık personeline ve sağlık hizmetlerine yönelik değerlendirme**

Örnekleme kadını ve erkeklerin sağlık personelinin davranışlarından memnun olma oranları birbirine yakındır ve kırsal alanda memnuniyet düzeyleri kentsel alana oranla daha yüksektir. Bununla birlikte Tablo 6'da görülebileceği kadınların sağlık hizmeti alırken 'azarlanmaktan' şikâyet etme oranları erkeklerin iki katından fazladır ve kırsal alanda yaşayan kadınların sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğunu düşünme oranı erkeklere göre daha yüksektir. Bu bulgular sağlık hizmetlerinin sağlanmasında cinsiyetçi davranışları vurgulayan çalışmaların<sup>18</sup> görüşlerini desteklemektedir.

**Tablo 6: Sağlık personelinin davranışlarına ve sağlık hizmetlerinin yeterliliğine ilişkin değişkenlerin örnekleme dağılımı, %**

	Kırsal		Kentsel	
	Erkek n=54	Kadın n=49	Erkek n=66	Kadın n=60
<b>Sağlık personelinin davranışlarından duyulan memnuniyet</b>				
Memnun	78		88	69
Memnun değil	22		12	31
Toplam	100		100	100
<b>En çok rahatsız olunan sağlık personeli davranışı</b>				
Azarlama	25		57	26
İlgisizlik	12		14	26
Suratsızlık	37		0	10
Diğer	26		29	38
Toplam	100		100	100
<b>Sağlık hizmetlerinin yeterliliğine ilişkin düşünce</b>				
Oldukça yeterli	6		6	5
Yeterli	46		20	33

Yetersiz	37	47	52
Oldukça yetersiz	9	25	8
Fikri yok	2	2	2
Toplam	100	100	100

### Gebelik ve Doğum

Gebelik ve doğum ile ilgili veriler, bölgesel eşitsizliklerin kadınlar üzerindeki etkisini göstermektedir. Tablo 7’de görülebileceği gibi kırsal alanda yaşayan kadınların gebe kalma ortalamaları kentsel alanda yaşayanların neredeyse iki katıdır ve düşük yapma ortalamaları da kentsel alandan daha yüksektir.

**Tablo 7: Doğuma ilişkin göstergelerin kırsal ve kentsel alanda yaşayan kadınlarda dağılımı, %**

	Kırsal
<b>Doğumun yapıldığı yer</b>	n=48
Evde	76
Hastanede	18
Bazılarını evde bazılarını hastanede	6
Toplam	100
<b>Evde yapılan doğuma yardım eden kişi</b>	n=33
Ebe	76
Komşu	16
Akraba	1
Hiç kimse	7
Toplam	100
<b>Gebelik</b>	n=49
Ortalama	6,31
Standart Sapma	3,56
<b>Doğum</b>	
Ortalama	4,53
Standart Sapma	2,19
<b>Düşük</b>	
Ortalama	1,85
Standart Sapma	2,05

Kentsel alanda yaşayan kadınların dörtte üçüne yakını (%73) doğumlarını hastanede yaparken bu oran kırsal alanda yaşayan kadınlarda %18’e gerilemektedir. Evde yapılan doğumlara ağırlıklı olarak ebeler, daha düşük oranlarda komşu ve akrabalar yardım etse de evde doğum yapan kadınlar içinde kırsal alanda yaşayanların %7’si, kentsel alanda yaşayanların ise %22’si kimseden yardım almadıklarını belirtmiştir. Kimseden yardım almadan evde doğum yapan kadınların ifadelerinden bazıları aşağıdadır.

“Evde kendim. O zaman ebe-doktor yoktu burda.” (kırsal, 8 gebelik, 1 düşük)

“Evde yaptım, göbek bağımlı bile kesçek [kimse] yoktu.” (kentsel, 12 gebelik, 4 düşük)

“Evde kendim leğene doğurdum. Normalse [kendin] doğurursun. Ölüyü ebe doğurdu.” (kırsal, 8 gebelik, 1 düşük)

Sağlık Bakanlığı'nın yönergeleri "Gebelik sayısı ne olursa olsun, doğum mutlaka bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmelidir. Ancak zorunlu hallerde sağlık personeli yardımı ile evde gerçekleştirilebilir"<sup>46</sup> ifadesini içermekle beraber araştırmanın bulguları, üreme sağlığı konusunda verilen hizmetlerin nicelik ve niteliği artsa da kültürel faktörler nedeniyle bu konuda çeşitli zorluklar yaşandığını gösteren çalışmalarla<sup>47</sup> paraleldir. Türkiye

genelinde doğumu evde yapma ortalaması 2008 itibarıyla %10'dur, bu oran kentsel alanlarda %5,4'e gerilemekte, kırsal alanlarda ise %20,4'e yükselmektedir. Yine Türkiye genelinde eğitim ve gelir düzeyi düşük olan kadınların doğumlarını evde yapma oranları istatistiksel bölge ortalamalarının üzerindedir.<sup>48</sup> Araştırma bulguları da bu eğilimi yansıtmaktadır, örnekleme yaş azaldıkça, eğitim ve gelir düzeyi arttıkça doğumları evde yapma oranı azalmaktadır. 61 yaşın üzerindekiilerin %72'si doğumlarını evde yaptığını belirtirken bu oran 41-60 yaş aralığında %43'e, 40 yaş altında ise %14'e gerilemektedir. Doğumu evde yapma oranı okuryazar olmayanlarda %74, diplomasız okuryazarlarda %69, ilkökul mezunlarında %51, ortaokul mezunlarında %6 ve lise mezunlarında %5'tir. Türkiye genelinin verilerine göre ise eğitimi olmayanlarda %28,8, ilkökul mezunlarında %6,2, ortaokul mezunlarında %2,4, lise ve üzeri mezuniyeti olanlarda ise 0,8'dir. Şu halde doğumu evde yapma ortalamasını eğitim dışında etkileyen nedenlerin olduğu, örnekleme doğum yapma oranının gelir ve meslek gibi değişkenlerin de etkisiyle arttığı söylenebilir. Nitekim Türkiye genelinde en düşük hanehalkı refah düzeyinde olanların doğumu evde yapma ortalaması %28,5 iken en yüksek refah düzeyinde olanlarda %0,9'a gerilemektedir<sup>49</sup>. Örnekleme de aylık hane geliri 500 TL ve altında olanlarda doğumları evde yapma oranı %62 iken bu oran aylık hane geliri 501-1500 TL arasında olanlarda %31'e, 1501-2500 TL arasında olanlarda ise %12'ye gerilemektedir. Türkiye geneli ile araştırma bulguları arasındaki farkın muhtemel nedeni örneklemin genel olarak düşük statü gruplarından, kırsal alanda da özellikle az gelişmiş ilçelerden seçilmiş olması ve Türkiye ortalamalarının daha yüksek statü gruplarını da içermesidir. Diğer bir deyişle gelir, eğitim, meslek ve istihdam statüsü açısından yaşanan dezavantajların kadınlar üzerinde birikimsel bir etkisi vardır. Örnekleme %76'sı evde doğum yapmış olan kırsal alanda yaşayan kadınların %94'ünün en fazla ilkökul mezunu olduğu, %71'inin aylık 500 TL ve altında aylık gelirinin olduğu, %84'ünün ev dışında ücretli bir işte çalışmadığı dikkate alınmalıdır. Şu halde eğitim ya da gelir gibi değişkenler bağımsız olarak evde doğum yapma oranını artırsa da doğumlarını evde yapanların daha çok ekonomik, eğitimsel ve bölgesel eşitsizlikleri birikimsel olarak deneyimleyen kadınlar olduğu söylenebilir.

Kırsal alanda yaşayan kadınların yarısından fazlası (%59), kentsel alanda yaşayan kadınların da üçte birinden fazlası (%35) gebeliği sırasında hiç doktor kontrolüne gitmediğini, kırsal alanda yaşayan kadınların %6'sı ve kentsel alanda yaşayan kadınların %2'si gebelikleri sırasında doktor kontrolüne gidip gitmediklerini hatırlamadıklarını belirtmektedirler. Kontrolüne gidenler incelendiğinde bölgesel dezavantajlar belirginleşmektedir. Kırsal alanda yaşayan kadınlar gebelik sırasında ortalama 1,52 (SS=2,75) kere doktor kontrolüne giderken kırsal alanda yaşayan kadınların ortalaması 7,65 (SS=9,32) yaklaşık beş kat daha yüksektir. Türkiye genelinde de doğum öncesi sağlık bakım almayanların oranı kırsal alanda (%15,7) kentsel alandan (%5) daha yüksektir<sup>50</sup> ancak araştırma bulgularında bu oranlar Türkiye ortalamalarının çok daha üzerindedir. Bu durum, ortalamaları etkileyen merkeze yakın kalabalık ilçe ve köylerin kırsal alanın dezavantajlarını ancak kısmen yansıttığına işaret etmekte ve kırsal alanın merkeze uzak ve az gelişmiş bölgeleriyle ilgili daha fazla veriye ihtiyaç olduğuna işaret etmektedir. Az gelişmiş kırsal alanlarda sağlık hizmeti sağlayan kurumların sayıca azlığı ve fiziksel uzaklığı, kadınların sağlık bakımı almak için tek başlarına başvurmalarının zorluğuna eklenmektedir. Kırsal alanda yaşayan 65 yaş üzerindeki iki kadının aşağıda bulunan ifadelerden görülebileceği gibi, kırsal alanda düşük için bile sağlık kurumlarına başvur(a)mayan kadınlar için gebelik sırasında kontrole gitmek uzak bir ihtimaldir.



Fotoğraf 4: Kırsal örneklem grubundan bir katılımcı

*“Yooh, daha gebeliği diyon, düşürmek için bile gitmediydik. Deliymişik hekim yok dohtur yok o zamanlar, ne haplar içtik onlar düşün diye de düşmedi, öleyazdım da komşu kızı kurtardı, çekeceğim varmış.”*

*“Nerdeee kızım nerde. Gebeliği diyon, hastayken götmez*

*dohtora, gebeyken nere götürecek. Sen hastasın bugün bugün bu ev az duruversin demez, bu ev süprülmedi mi der.”*

Kırsal alanda daha genç kadınlar için de başka problemler söz konusudur. Aşağıdaki ifade kırsal alanda yaşayan 25 yaşında, iki çocuk sahibi, eşi uzun süredir işsiz olan, eşi ve çocuklarıyla birlikte kayınpederinin evinde (iki kayınbiraderinin evleri ile aynı avluyu paylaşan bir evde) kalan bir kadına aittir. Kadın üçüncü gebeliğinde kürtaj olmak istemiş, kayınpederi para da izin de vermemiş, bunun üzerine tek başına ilçe merkezine gitmiş, bileziklerini bozarak kürtaj olmuştur. Bir sonraki gebeliğinde ise kürtaj olacak parası olmadığı için çocuğu dünyaya getirmiş, ancak bakamayacağı için Eskişehir merkezde yaşayan bir çifte evlatlık vermiştir. Aşağıdaki ifadede görülebileceği gibi ekonomik ve ataerkil engeller zaman zaman iç içe geçmektedir.

*“...aldırmak istedim, para yok dediler bana. Ben dedim gideyim, izin de vermediler. Kendim gitmeme de izin vermediler yani, o zaman kaçtım ben de. Sabahtan kaçtım, otobüsle ilçeye. Özele gittim, özelde pahalı oldu, 150-160 milyon tuttu, bileziklerimi sattım oldum, döndüm. ... Yine gebe kalınca, bilezik de yok, n'apıcan. ...Halimiz belli... Doğurdum, Eskişehir'e verdim ... evlatlık ....almadım para falan, verdim işte. Nasıl bakacan...”*

Kırsal alanda yaşayan kadınlar yukarıdaki örnekte olduğu gibi doğrudan engellenmeseler bile sağlık hizmetlerine tek başlarına ulaşmada zorluk çekmektedirler. Aşağıdaki ifade kırsal alanda yaşayan, çocuğu olmayan, 76 yaşında, aylık geliri 200 TL olan bir kadına aittir. 31 yaşındayken dört çocuklu bir erkekle evlenmiş, eşi öldükten sonra ameliyat olması gerektiğinde uzun süre kendisiyle kimse ilgilenmediği için ameliyat olamamış, sonunda komşuları tarafından ilçedeki hastaneye götürülmüştür.

*“Kocam kaç kere dövdü beni. Kocam neler yapmadı. Anam verdi beni dayımın oğluna, aman yabancılara gitmesin diye. ... Çocuğum olmayınca üstüme karı aldı kaçtı. 86 yaşında öldü kocam. Bu evin kerpiçlerini ben taşıdım. Kocam beni diri diri yaktı. 50 sene çektim. ... öliyodum evlerde köşelerde. Kimseye derdimi anlatamadım, ne gelen var ne giden. ... [Hastaneye] El getirdi el götürdü iki gün uyku yüzü görmedim. ... Tarlam tamam olsa, yok. Beni kocam beni böyle yaptı. ... Bacaklarım sakat. torbalar dolusu ilaçla yaşıyorum. ...et, süt bişi yok. Ekmek yazdırıyorum, yazdırılır mı bakkala. ... 1 ekmeği 1 hafta yerim ben. ... Şimdiki aklım olsaydı kız iken evlenmezdim.”*

## Sonuç

Çalışma, Eskişehir'in kırsal ve kentsel alanlarında yaşayan düşük statülü grupları kapsamaktadır. Bu açıdan bulgulardan eğitim, gelir, meslek ve istihdam statüsü açısından daha avantajlı olan gruplara veya bu grupların da dahil olduğu kent geneline çıkarsama yapılamaz. Bununla birlikte bulgular, kırsal ve kentsel alanda yaşayan düşük statülü kadınların sağlıklarına ilişkin fikir verebilir ve alanda yapılan başka çalışmaların verileriyle birlikte değerlendirildiğinde kadın sağlığını etkileyen faktörlere ışık tutabilir.

Bulgular düşük statü grupları içinde kadınların sağlıklarının hem kırsal hem de kentsel alanlarda erkeklerden daha kötü olduğunu, kırsal alanda yaşayan kadınların sağlığının da kentsel alanda yaşayan kadınlara oranla daha kötü olduğunu göstermektedir. Gelir ve eğitim düzeyi gibi sağlığı etkilediği genel olarak kabul edilen değişkenler açısından homojen olan gruplar içinde sağlık açısından kadınların erkeklere göre daha dezavantajlı olması, hem kentsel hem de kırsal alanda yaşayan kadınların sağlığını etkileyen başka değişkenler de olduğuna, kadın sağlığının ekonomik olmayan faktörlerden de etkilendiğine dikkat çekmektedir.

Düşük statülü kadınların sağlıklarının kendileri ile aynı statüdeki erkeklerden daha kötü olmasının bir yandan kadınların ekonomik kaynaklara erişimlerinin sınırlı olmasından diğer yandan da ataerkil yapının yarattığı kısıtlılıklardan kaynaklandığı söylenebilir. Sağlık hizmetlerine erişim için gerekli ulaşım maliyetleri, sigorta primleri, katkı ve katılım payları gibi cepten yapılan ödemeler nedeniyle ekonomik kaynaklara sınırlı erişim kadınların sağlık bakımı almalarını sınırlamaktadır. Ataerkil yapının neden olduğu kültürel engeller ise kadınların beslenme konusunda erkekler ya da çocuklarla eşit önceliğe sahip olmaması, sağlık kurumlarına gitmek üzere hanedeki erkeklerden 'izin' alamamaları ya da tek başına gidemedikleri durumlarda kendilerine eşlik edilmemesi gibi engeller olarak karşımıza çıkabilmektedir. Ataerkil yapıdan kaynaklanan kültürel

engellerin yanı sıra, sağlık bakımına eriştikten sonra bile kadınlar sağlık personelinin kendilerini 'azarlamasından' erkeklerle oranla daha fazla şikâyet etmekte ve sağlık hizmetlerini erkeklerle oranla daha yetersiz bulmaktadırlar.

Kadınların sağlığının erkeklerden daha kötü olduğu genel olarak kabul edilmektedir. Ancak bu göstergeleri toplumsal cinsiyeti şekillendiren ekonomik, politik ve kültürel bağlam dışında değerlendirmek, sağlığın biyolojik olmayan belirleyicilerini görmezden gelme ve kadınların yaşadığı dezavantajları basitleştirerek sayısal göstergelere indirgeme riskini taşır. Hâlbuki kadınların sağlık statülerini sistematik olarak kötüleştiren biyolojileri değil, sağlık risklerine daha fazla maruz kalma, sağlık hizmetlerine daha zor erişim, sağlık sigortası kapsamının dışında kalma, cepten yapılan ödemeler nedeniyle sağlık hizmetlerinden yararlanamama ya da sağlık hizmetleri alırken karşılaşılan cinsiyetçi algı ve davranışlar gibi yine toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sonucu olan diğer faktörlerdir. Kadınların sağlığı bir yandan sağlığı doğrudan etkileyen eğitim, gelir ve istihdam gibi sosyo-ekonomik faktörler açısından dezavantajlı olmalarından, diğer yandan ataerkinin ve cinsiyete dayalı rollerin yarattığı sınırlılıklardan ötürü kötüleşmektedir. Bu durum sağlık eşitsizliklerinin birikimsel desenini yansıtmaktadır. Özellikle kırsal alandaki kadınların sağlık düzeyleri, ekonomik ve toplumsal cinsiyete dayalı eşitsizliklerle bölgesel eşitsizliklerin kesişmesinin bir izdüşümüdür.

Bulgular iki temel noktaya işaret etmektedir. İlk olarak, kadınların sağlıklarının iyileştirilmesi sağlık sistemine başvurmak zorunda kalmadan, yani 'hasta' olmadan önce yaşadıkları koşulların iyileştirilmesine bağlıdır. "Fiziksel, zihinsel ve toplumsal açılardan tam bir iyilik hali"<sup>51</sup> olan sağlık, eğitim, meslek, gelir, istihdam ve sosyal statü başta olmak üzere çok sayıda faktör tarafından belirlenmektedir ve kadınların sağlıklarının iyileştirilmesi genel olarak toplumdaki konumlarının iyileşmesine bağlıdır. Bulguların işaret ettiği üzere kadın sağlığı eğitim ve gelir dışındaki faktörler kadar toplumsal cinsiyete dayalı kültürel kısıtlılıklardan da etkilenmektedir. Bu durum toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin kadın sağlığını hem doğrudan hem de dolaylı olarak kötüleştirdiğini, dolayısıyla kadın sağlığının iyileşmesinin kadınların sadece ekonomik değil, toplumsal ve politik açıdan da güçlenmelerine bağlı olduğunu göstermektedir.

İkinci nokta ise, sağlık alanında görülen cinsiyete dayalı eşitsizliklerin giderilebilmesi için kamu hizmeti veren kurumların dezavantajlı gruplara odaklanılacak şekilde yenilenmesi,<sup>52</sup> diğer bir deyişle sağlık sistemlerinin, politikalarının ve kurumlarının cinsiyet körü olmaktan kaçınılarak toplumsal cinsiyet merkezli bir bakış açısıyla tasarlanması gerekliliğidir. Kadın ve erkeklerin sağlık hizmetlerine yönelik ihtiyaçlarının biyolojik olarak farklılaştığı, ancak bu farklılığın yarattığı taleplerin sağlık sistemleri tarafından adil bir şekilde karşılanmadığı görüşü<sup>53</sup> doğru olmakla birlikte kadınlarla erkekler arasındaki farklar biyolojik düzeye indirgenmemeli, sağlık sistemleri ve sağlık politikaları toplumsal cinsiyet merkezli bir şekilde tasarlanmalıdır.

Bulgular ayrıca kadınların doğum öncesi ve doğum sonrası almaları gereken sağlık bakımı konusunda da sorunlar olduğunu göstermektedir. Özellikle kırsal alanda gebelik ve doğum ile ilgili bulguların Türkiye genelinde kırsal alana ilişkin verilerden daha karamsar olması, kırsal alanın homojen olmadığına ve kırsal alanda yaşayan düşük statülü kadınların gebelik ve doğum ile ilgili konularda daha dezavantajlı olduğuna işaret etmektedir. Kadın sağlığının biyolojik yeniden üretim odaklı algılanarak anne sağlığına indirgenmesi kaçınılması gereken bir tutum olmakla birlikte, hem kırsal hem de kentsel alanlarda kadınların gebelik ve doğum sürecinde yeterli sağlık bakımını alabilmeleri için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Üstelik bu düzenlemeler çerçevesinde ana çocuk sağlığı hizmetlerinin de annenin sağlığını görece ihmal ederek çocuk sağlığına odaklandığı<sup>55</sup> eleştirileri dikkate alınmalıdır.

Toplumsal cinsiyet ve sağlık arasındaki ilişki güçlü ve çok boyutlu bir ilişkidir. Kadınların sağlıklarının erkeklerden daha kötü olduğu yönündeki bulgular biyolojik indirgemeciliğe kapılmadan, bu duruma yol açan sağlık eşitsizlikleri ile birlikte değerlendirilmeli ve kadınların daha 'hasta' olduğu vurgusundan kaçınılarak kadın sağlığını kötüleştiren nedenlere odaklanılmalıdır. Diğer bir deyişle kadın sağlığı yalnızca mevcut duruma ilişkin göstergeler üzerinden değil, bu göstergelere neden olan toplumsal güç ilişkileriyle bağlantılı olarak değerlendirilmelidir. Toplumsal cinsiyetin sağlığı ekonomik, toplumsal, politik ve kültürel açılardan etkileme yollarının irdelenmesi ve sağlık eşitsizliklerinin birikimsel deseninin ortaya konması, sağlık eşitsizliklerini azaltacak politikaların geliştirilmesi açısından son derece önemlidir. Kadın sağlığının iyileştirilmesi ve sağlık sistemlerinin toplumsal cinsiyet temelli olarak yeniden tasarlanabilmesi bu politikaların etkin bir şekilde oluşturulmasına ve uygulanmasına bağlıdır.

- <sup>1</sup>Anke van der Kwaak ve Jashodhara Dasgupta, "Introduction: Gender and Health" içinde: *Gender And Health: Policy And Practice: A Global Sourcebook*, ed. Anke van der Kwaak ve Madeleen Wegelin-Schuringa (Amsterdam: Oxfam Publishing, 2006), 13-33.
- <sup>2</sup>Piroska Östlin, Asha George ve Gita Sen, "Gender, Health, and Equity: The Intersections." içinde: *Challenging Inequalities in Health: From Ethics to Action*, ed. Timothy Evans vd. (Oxford: Oxford University Press, 2001), 174-189.
- <sup>3</sup>Sarah Wamala ve Gunnar Agren, "Gender Inequity and Public Health: Getting Down to Real Issues," *European Journal of Public Health* 12 (2002): 163-164
- <sup>4</sup>Paula Braveman, "Health disparities and health equity: concepts and measurement," *Annual Review of Public Health* 27 (2006): 167
- <sup>5</sup>Anne Case ve Christina Paxson, "Sex Differences in Morbidity and Mortality," *Demography* 42, no.2 (2005):189
- <sup>6</sup>Kristina Burström, Magnus Johannesson ve Finn Diderichsen, "Health-related Quality of Life by Disease and Socio-Economic Group in the General Population In Sweden," *Health Policy* 55, no.1 (2001): 52
- <sup>7</sup>Örjan Hemström, "Health Inequalities by Wage Income in Sweden: The Role of Work Environment," *Social Science and Medicine* 61, no.3 (2005): 637
- <sup>8</sup>Paul A. Bourne ve Desmond Brooks, "Gender, Women and Health: Gendered Health Differences," *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health* 3, no.7 (2011): 551
- <sup>9</sup>Eileen Crimmins, Ki Kim Jung ve Aaron Hagedorn, "Life With and Without Disease: Women Experience More of Both," *Journal of Women Aging* 14, no1-2, (2002): 56
- <sup>10</sup>Omar Rahman vd., "Gender Differences in Adult Health: An International Comparison," *The Gerontologist* 34, no.4 (1994): 464
- <sup>11</sup>Chloe Bird ve Patricia P. Rieker, "Gender Matters: An Integrated Model for Understanding Men's and Women's Health," *Social Science and Medicine* 48, no. 6 (1999): 755.
- <sup>12</sup>Johan P. Mackenbach vd., "Socioeconomic Inequalities in mortality Among Women and Among Men: An International Study," *American Journal of Public Health* 89, no.12 (1999):1803
- <sup>13</sup>Gita Sen, Asha George ve Piroska Östlin, "Engendering Health Equity: A Review of Research and Policy" içinde: *Engendering international health: the challenge of equity*, ed. Gita Sen, Asha George ve Piroska Östlin (Cambridge: MIT Press, 2002):3
- <sup>14</sup>Ellen Annandale ve Kate Hunt, ed. *Gender Inequalities in Health*, (Buckingham: Open University Press, 2000): vii
- <sup>15</sup>Sarah Payne, *The Health of Men and Women* (Cambridge: Polity Press, 2006):55
- <sup>16</sup>Sara Arber, "Class, Paid Employment and Family Roles: Making Sense of Structural Disadvantage, Gender and Health Status," *Social Science and Medicine* 32, no.4 (1991):435
- <sup>17</sup>Johan P. Mackenbach vd.,1999:1805
- <sup>18</sup>Rosaleen O'Brien, Kate Hunt ve Graham J. Hart "It's Caveman Stuff, But That is to a Certain Extent How Guys Still Operate: Men's Accounts of Masculinity and Help Seeking," *Social Science and Medicine* 61, no.3 (2005): 514
- <sup>19</sup>World Health Organization, *Gender, Women and Primary Health Care Renewal*, Geneva: World Health Organization, 2010):22
- <sup>20</sup>Marcel Tanner ve Carol Vlassoff, "Treatment seeking behavior for malaria: a typology based on endemicity and gender," *Social Science and Medicine*, 46, no.4-5 (1998):526
- <sup>21</sup>Guitelle Baghadi, "Gender and Medicines: An International Public Health Perspective," *Journal of Women's Health* 14, no.1 (2005): 84
- <sup>22</sup>Syed Masud Ahmed vd., "Changing Health-Seeking Behavior in Matlab, Bangladesh: Do Development Interventions Matter?" *Health Policy and Planning* 18, no.3 (2003):312



- <sup>23</sup>Marcus Bönnte vd, "Women and Men with Coronary Heart Disease In Three Countries: Are They Treated Differently?" Womens Health Issues 18, no.3 (2008): 197
- <sup>24</sup>Piroska Östlin, Asha George ve Gita Sen, 2002:181
- <sup>25</sup>Ayşe Akın, "Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı ve Sağlık," Toplum Hekimliği Bülteni 26,no.2 (2007):4-5
- <sup>26</sup>Azer Kılıç, "The Gender Dimension of Social Policy Reform in Turkey: Towards Equal Citizenship?" Social Policy and Administration, 42, no.5 (2008):494
- <sup>27</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003, (Ankara: T.C. RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2006):25
- <sup>28</sup>TUİK, 2012 Türkiye İstatistik Kurumu Dinamik Sorgulama, <http://tuikapp.tuik.gov.tr/isgucuapp/isgucu.zul> (erişim: 5 Mart 2013)
- <sup>29</sup>Umut Karasu, Eskişehir İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı Ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi (Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 2007):v
- <sup>30</sup>TUİK Sağlık Araştırması (Ankara: TUİK, 2012):5
- <sup>31</sup>Paul A.Bourne ve Desmond Brooks, 2011:556
- <sup>32</sup>TUİK Sağlık Araştırması (TUİK, 2012):6
- <sup>33</sup>Dilek Aslan vd., "What Are the Predictors of Health Services Utilization by Women in a City Center Located in the Eastern Part of Turkey?: A Cross Sectional Study", Turkish Journal of Medical Sciences 36 (2006):37, 42
- <sup>34</sup>Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 (Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 2009):150-2
- <sup>35</sup> Bu çalışmada kullanılan verilerin bir kısmı yazarın "Toplumsal Eşitsizlikler ve Sağlık: Eskişehir'de Sosyolojik Bir Araştırma" başlıklı doktora tezinde yer almaktadır.
- <sup>36</sup>Bülent Dinçer ve Metin Özasan, İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması. Devlet Planlama Teşkilatı Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel Müdürlüğü. (2004):114 [www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/3116/2003-05.pdf](http://www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/3116/2003-05.pdf)  
Erişim:21.05.2008
- <sup>37</sup>Türkiye İstatistik Kurumu Dinamik Sorgulama (2009) (Erişim: 24.05.2009)
- <sup>38</sup>Dinçer ve Özasan, 2004:166
- <sup>39</sup>David Goldberg ve Paul Williams. A user's guide to the General Health Questionnaire.(Winsdor: NFER-Nelson, 1988)
- <sup>40</sup>P. Gibbons, H.F. De Arevalo ve M. Monico. "Assessment of the factor structure and reliability of the 28 item version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in El Salvador." International Journal of Clinical and Health Psychology. No.4(2), (2004): 389-398.
- <sup>41</sup>Paul A.Bourne ve Desmond Brooks, 2011:557
- <sup>42</sup>Maria Del Pilar Sanchez-Lopez, Isabel Cuellar-Flores ve Virginia Dresch, "The Impact of Gender Roles on Health," Women and Health 52 (2012):187
- <sup>43</sup>Ahmad Reza Hosseinpoor vd., "Social Determinants of Self-Reported Health in Women and Men: Understanding the Role of Gender in Population Health," Plosone 7, no.4 (2012):5
- <sup>44</sup>Aşkın Asan vd., Kırsal Alanda Yoksulluğun Gerçek Yüzü: Kadınlar. (Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, (2012):2

- <sup>45</sup>Arijit Nandi vd., “Associations Between Macrolevel Economic Factors and Weight Distributions in Low- and Middle-Income Countries: A Multilevel Analysis of 200 000 Adults in 40 Countries,” *American Journal of Public Health* 104, no.2 (2014): 165
- <sup>46</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı, *Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge* (Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006):3
- <sup>47</sup>Akın Atauz vd., *Türkiye'nin Nüfus ve Kalkınma Yazını: Eleştirel Bir Değerlendirme* (Ankara: TÜBA-UNFPA Yayını, 2003):8
- <sup>48</sup>Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü,2009: 150
- <sup>49</sup>Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü,2009:151
- <sup>50</sup>Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü,2009:147
- <sup>51</sup>World Health Organization, *Official Records of the World Health Organization*, no. 2 (1948):100
- <sup>52</sup>The World Bank, “Gender Equality and Development,” *World Development Report* (Washington: The World Bank, 2012):23
- <sup>53</sup>Gita Sen, Asha George ve Pirooska Östlin, 2002:181
- <sup>54</sup>Lesley Doyal, Sarah Payne ve Ailsa Cameron, *Promoting Gender Equality in Health*, (Bristol: Equal Opportunities Commission, 2003):38
- <sup>55</sup>Gita Sen, Asha George ve Pirooska Östlin, 2002:186.

## Kaynakça

- Ahmed, Syed Masud vd., “Changing Health-Seeking Behavior İn Matlab, Bangladesh: Do Development Interventions Matter?” *Health Policy and Planning* 18, no.3 (2003):306-315.
- Akın, Ayşe. “Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı ve Sağlık.” *Toplum Hekimliği Bülteni* 26,no.2 (2007):1-9.
- Annandale, Ellen ve Kate Hunt. ed. *Gender Inequalities in Health*. Buckingham: Open University Press, 2000.
- Arber, Sara. “Class, Paid Employment and Family Roles: Making Sense Of Structural Disadvantage, Gender And Health Status.” *Social Science and Medicine* 32, no.4 (1991):425-436.
- Asan, Aşkın vd. *Kırsal Alanda Yoksulluğun Gerçek Yüzü: Kadınlar*. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2012.
- Aslan, Dilek vd. “What Are the Predictors of Health Services Utilization by Women in a City Center Located in the Eastern Part of Turkey?: A Cross Sectional Study.” *Turkish Journal of Medical Sciences* 36 (2006):37-43.
- Atauz, Akın vd. *Türkiye'nin Nüfus ve Kalkınma Yazını: Eleştirel Bir Değerlendirme*. Ankara: TÜBA-UNFPA Yayını, 2003.
- Baghadi, Guitelle. “Gender and Medicines: An International Public Health Perspective,” *Journal of Women's Health* 14, no.1 (2005): 82-86.
- Bird, Chloe ve Patricia P. Rieker. “Gender Matters: An Integrated Model for Understanding Men's and Women's Health.” *Social Science and Medicine* 48, no. 6 (1999): 745-755.
- Bourne, Paul A. ve Desmond Brooks. “Gender, Women and Health: Gendered Health differences.” *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health* 3, no.7 (2011): 550-574.
- Bönte, Marcus vd. “Women And Men With Coronary Heart Disease in Three Countries: Are They Treated Differently?.” *Womens Health Issues* 18, no.3 (2008): 191-198
- Braveman, Paula. “Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement.” *Annual Review of Public Health* 27 (2006): 167-194.
- Burström, Kristina; Johannesson, Magnus ve Finn Diderichsen. (2001). “Health-Related Quality of Life by Disease And Socio-Economic Group in The General Population in Sweden.” *Health Policy* 55, no.1 (2001): 51-69.
- Case, Anne ve Christina Paxson. “Sex Differences in Morbidity and Mortality.” *Demography* 42, no.2 (2005):189-214.

- Crimmins, Eileen; Jung, Ki Kim ve Aaron Hagedorn. "Life With and Without Disease: Women Experience More of Both." *Journal of Women Aging* 14, no1-2, (2002): 47-59.
- Dinçer, Bülent ve Metin Özasan, İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması. Devlet Planlama Teşkilatı Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel Müdürlüğü. (2004)  
www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/3116/2003-05.pdf Erişim:21.05.2008
- Doyal, Lesley; Payne, Sarah ve Ailsa Cameron. *Promoting Gender Equality in Health*. Bristol: Equal Opportunities Commission, 2003.
- Goldberg, D. ve Williams, P. A user's guide to the General Health Questionnaire. Winsdor: NFER-Nelson (1988).
- Gibbons, P. H.F. De Arevalo ve M. Monico. "Assessment of the factor structure and reliability of the 28 item version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in El Salvador." *International Journal of Clinical and Health Psychology*. No.4(2), (2004): 389-398.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 2009.
- Hemström, Örjan. "Health Inequalities by Wage Income in Sweden: The Role of Work Environment," *Social Science and Medicine* 61, no.3 (2005): 637-647.
- Hosseinpoor, Ahmad Reza vd. "Social Determinants of Self-Reported Health in Women and Men: Understanding the Role of Gender in Population Health." *Plosone* 7, no.4 (2012):1-9.
- Karasu, Umut. *Eskişehir İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı Ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 2007.
- Kılıç, Azer. "The Gender Dimension of Social Policy Reform in Turkey: Towards Equal Citizenship?" *Social Policy and Administration*, 42, no.5 (2008): 487-503.
- Mackenbach, Johan P. vd. "Socioeconomic Inequalities in Mortality Among Women and Among Men: An International Study." *American Journal of Public Health* 89, no.12 (1999):1800-1806.
- Nandi, Arijit vd. "Associations Between Macrolevel Economic Factors and Weight Distributions in Low- and Middle-Income Countries: A Multilevel Analysis of 200 000 Adults in 40 Countries." *American Journal of Public Health* 104, no.2 (2014): 162-172.
- O'Brien, Rosaleen, Hunt, Kate ve Graham J. Hart. "It's Caveman Stuff, But That is to a Certain Extent How Guys Still Operate: Men's Accounts Of Masculinity and Help seeking." *Social Science and Medicine* 61, no.3 (2005): 503-516.
- Östlin, Pirooska, George, Asha ve Gita Sen. "Gender, Health, and Equity: The Intersections." İçinde: *Challenging Inequalities in Health: From Ethics to Action*, ed. Timothy Evans vd. 174-189. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- Payne, Sarah. *The Health of Men and Women*. Cambridge: Polity Press, 2006.
- Rahman, Omar vd., "Gender Differences in Adult Health: an International Comparison." *The Gerontologist* 34, no.4 (1994): 463-439.
- Sanchez-Lopez, Maria Del Pilar; Cuellar-Flores Isabel ve Virginia Dresch. "The Impact of Gender Roles on Health." *Women and Health* 52 (2012):182-196.
- Sen, Gita; George, Asha ve Pirooska Östlin. "Endengering Health Equity: A Review of Research and Policy" İçinde: *Engendering International Health: The Challenge Of Equity*, ed. Gita Sen, Asha George ve Pirooska Östlin, 175-189. Cambridge: MIT Press, 2002.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Ankara:T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003. Ankara: T.C. RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2006.
- Tanner, Marcel ve Carol Vlassoff. "Treatment Seeking Behavior For Malaria: A Typology Based On Endemicity And Gender." *Social Science and Medicine*, 46, no.4-5 (1998): 523-532.
- The World Bank, "Gender Equality and Development." *World Development Report*. Washington: The World Bank, 2012.
- TUİK Sağlık Araştırması, Ankara: TUİK, 2012.
- TUİK, 2012 Türkiye İstatistik Kurumu Dinamik Sorgulama, <http://tuikapp.tuik.gov.tr/isgucuapp/isgucu.zul> (erişim: 5 Mart 2013)

- Van Der Kwaak, Anke ve Dasgupta Jashodhara. "Introduction: Gender and health" İçinde: *Gender And Health: Policy And Practice: A Global Sourcebook*, ed. Anke van der Kwaak ve Madeleen Wegelin-Schuringa, 13-33. Amsterdam: Oxfam Publishing, 2006.
- Wamala, Sarah ve Gunnar Agren. "Gender Inequity and Public Health: Getting Down to Real Issues." *European Journal of Public Health* 12 (2002):163-165
- World Health Organization. *Official Records of the World Health Organization*. New York: World Health Organization, 1948.
- World Health Organization. *Gender, Women And Primary Health Care Renewal*. Geneva: World Health Organization, 2010.