

TOPLUMSAL CİNSİYET VE KADIN SAĞLIĞI Prof. Dr. Tomris Türmen

"Sağlık; sadece hastalık ya da sakatlığın yokluğu olmayıp; fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik haldir. Kadın sağlığı; duygusal, sosyal ve fiziksel iyilik halini içerir ve tüm bunlar yaşamlarının biyolojik olduğu kadar sosyal, ekonomik ve siyasi çerçevesi ile de belirlenir."

(UN Platform for Action 1995 p.89)

GİRİŞ

Geçtiğimiz 10 yılda kadınlar için çok önemli ilerlemeler meydana geldi. Örneğin, Afrika ve Güney Asya'daki bazı ülkelerde hala kadınlar erkeklerin çok gerisinde kalmaya devam etmekle birlikte, ilk ve orta öğretime devam edenler arasında toplumsal cinsiyete dayalı fark kapanmaktadır. Kadınlara eşit olanaklar sunmanın ve statülerini geliştirmenin, sürdürülebilir bir kalkınma ve dünyadaki sağlık düzeyinin iyileştirilmesinin ön şartları olduğu fark edilmeye başlandı. Bu gelişmeye rağmen, biyolojik ve toplumsal cinsiyet rollerine dayalı ayrımcılık ki bu da "toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılık" olarak adlandırılır yaygın olarak devam etmektedir.

Kadın ve erkeğe yasal, sosyal ve ekonomik haklar konusunda eşit muamele eden çok az sayıda ülke vardır. Ayrıca, kadın ve erkek arasında kaynaklara ulaşma ve bunları kontrol etme konusunda, sahip oldukları ekonomik olanaklar, güç ve siyasi arenada seslerini duyurabilme açısından büyük uçurumlar devam etmektedir (World Bank, 2001). Kadınlar hala aynı iş ve meslekte çalışan erkeklerin kazandığından üçte bir oranında daha az kazanmaktadırlar, ve tüm dünyada okur-yazar olmayan toplam 876 milyon kişinin 2/3'ünü kadınlar oluşturmaktadır. En fazla okur-yazar olmayan kadın nüfusu Sahra Altı Afrika ve Güney Asya ülkelerinde olup, buralarda hala kız çocukları okula gidememekte ve bölge nüfusu da hızla artmaktadır.

Okuma-yazma bilmeyen kadınların oranı kır-kent karşılaştırmasında, kırdaki iki-üç kat daha fazladır (UN, 2000). 1990 yılında Türkiye'nin doğusunda yaşayan kadınların yarısı okur-yazar değildi, bu oran erkeklerde %21.6 idi. Okur-yazar olmayanların oranı Türkiye'nin Batısı için kadınlarda 19.7 iken; erkeklerde 7.4'dür (İlkkaracan, 1999).

Geçtiğimiz yirmibeş yılda kadının yaşam koşulları ve bu koşulların onların sağlık ve yaşamları üzerindeki etkilerine ilişkin anlayışımızda bir değişim oldu. 1970 ve 1980'lerde geliştirilen "Kalkınmada Kadın" (Women in Development-WID) yaklaşımı, kadınların kalkınma sürecinden ve bunun yararlarından dışlanması kaygılarına bir yanıt niteliğindedir. Böylece "kadını kalkınma sürecine dahil etme"nin bir yolu olarak kadına özel proje ve programlar üzerine odaklanıldı. Bu yaklaşım sağlıktaki "anne ve çocuk sağlığı hizmetleri" üzerine bir odaklanmaya yol açtı. Anne ve çocuk sağlığı (AÇS) yaklaşımı, sadece kadının doğurganlık (üreme) rolü üzerinde durdu ve hatta bu dar kapsamın içinde bile sadece çocuk doğurma ve doğurganlığın düzenlenmesi olarak anlaşıldı ve kadın sağlığının diğer boyutları dışarıda bırakıldı.

"Kalkınmada Kadın-WID" yaklaşımı kadınları ayrı ve homojen bir kategori olarak ele aldı ve kadınların yaşadığı ayrımcılık ve sonucundaki sosyal ve ekonomik eşitsizliklerde yeterli uzun vadeli değişimler getiremedi. Daha sonra bu yaklaşım "Toplumsal Cinsiyet ve Kalkınma" (Gender and Development-GAD) yaklaşımına dönüştü. Bu yaklaşım; kadın ve erkek arasındaki mevcut eşitsizlikleri yeniden tanımlamayı amaçlamıştır ve kadının dezavantajlı pozisyonunun analiz edilmesi ve kadın ve erkek arasındaki toplumsal cinsiyete dayalı rol ve ilişkilere yeniden bakılması ihtiyacını ve gerekliliğini vurgulamıştır.

Son dönemdeki uluslararası konferanslarda yayınlanan pek çok dokümanda toplumsal cinsiyet üzerine odaklanma konusunda fikir birliğine varılmıştır. Pekin'de 1995'de yapılan 4. Dünya Kadın Konferansı'nda, kalkınmanın her alanında kadın ve erkekler arasındaki eşitliğin sağlanması amacına ulaşmak için "etkin, etkili ve karşılıklı olarak zorlayıcı toplumsal cinsiyete duyarlı politika ve programların, kadınların tam katılımıyla tasarlanması, uygulanması ve izlenmesinin gerekliliği" belirtilmiştir. Bu husus, Haziran 1997'de BM Ekonomik ve Sosyal

Konseyi'nin (ECOSOC) "BM sisteminde yürütülen tüm faaliyetlerin içinde, toplumsal cinsiyetin eşitlenmesi bakış ve politikasının yerleştirilmesine ilişkin alınan sonuç kararı" ile daha da güçlendirilmiştir.

Sağlıkta da benzer bir bakış değişikliği gözlenmiş, toplumsal cinsiyet rolünün ve ilişkilerin kadının sağlık ve yaşamını nasıl etkilediğini anlamaya yönelik artan bir vurgu olmuştur. Sağlık alanında "Gender Mainstreaming"; toplumsal cinsiyet perspektifinin sağlık alanındaki tüm araştırma, politika, hizmet ve programlara entegre edilmesi anlamına gelmektedir ve günümüzde kadın ve erkek sağlığının geliştirilmesi için bir strateji olarak teşvik edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün global sağlık politikası olarak 51. Dünya Sağlık Asamblesinde kabul edilen "21.Yüzyılda Herkese Sağlık" anlayışı da; "herkese sağlık" hedefinin başarılmasında köşe taşları olarak, insan hakları, hakkaniyet ve etik ile birlikte toplumsal cinsiyetin önemini de belirtmektedir.

Bireysel ve aile düzeyinde toplumsal cinsiyet ilişkilerini belirleyen norm ve değerler, sağlık bakımı, yasal alanlar, ekonomi ve dini kuruluşlar gibi tüm kurum ve organizasyonlarda da bulunmaktadır. Cinsiyet ayrımcılığını sıkça yansıtan bu karmaşık norm ve değerler sistemi, kadın ve erkeğin ulaşabileceği fırsatları, kaynakları ve seçenekleri şekillendirmektedir; aynı zamanda insanların çalışma şekli, politika ve projelerin nasıl şekillendiği üzerinde de etkiye sahiptir. Sağlık sektöründe kadınlar hizmet sunumunun önemli bir bölümünde yer almalarına rağmen, genellikle en düşük hiyerarşik pozisyonlarda yer almakta ve karar verici durumunda bulunmamaktadırlar.

Bu makale, kadın sağlığına toplumsal cinsiyete duyarlı bir yaklaşım için gerekli olan temel kavram ve şartları tartışmaktadır. Toplumsal cinsiyet yaklaşımının, sağlık problemlerinin ve kadının sağlık sorunlarına cevap veren politika ve programların analizine entegre edilmesinin önemine dikkat çekme amacındadır. Kadın sağlığını ilgilendiren 5 temel alana odaklanmakta ve kadın sağlığı sorunlarının daha iyi anlaşılmasını sağlayacak bir toplumsal cinsiyet analizinin nasıl yapılacağını göstermeye çalışmaktadır.

Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık: Temel Kavramlar

Kadın ve erkeğin sağlığa ilişkin deneyimleri farklıdır. Bu farklılıklar, kadın ve erkek arasındaki biyolojik, sosyo-kültürel ve ekonomik farklılıklara bağlanabilir. Biz, "cinsiyeti" biyolojinin belirlediği özellikler olarak tanımlarken; "toplumsal cinsiyet"i, kadın ve erkekliği sosyal olarak yapılandıran özellikler olarak kullanmaktayız. İnsanlar dişi ya da erkek olarak doğarlar ama daha sonra kadın veya erkek olma ile sonuçlanacak, kız ya da oğlan çocuk olmayı yetişirken öğrenirler. Bu yüzden toplumsal cinsiyet zaman içinde gelişen ve değişen bir kavramdır, kültürden kültüre ve zaman içinde farklılık gösterir, kadın ve erkeğin rol ve sorumluluklarını ve aralarındaki güç ilişkilerini bu farklılıklara göre tanımlar.

Toplumsal cinsiyet analizi, kadın ve erkeğin farklı rollerinden doğan eşitsizlikleri ya da kadın ve erkek arasındaki eşitsiz güç ilişkilerini gidermek üzere bunları belirler, analiz eder ve eylem planı geliştirir. Aynı zamanda bu eşitsizliklerin kadınların yaşamlarına, sağlıklarına ve iyilik hallerine olan etkilerine bakmaktadır. Toplamların çoğunda gücün dağılışı biçimine bakıldığında, kadınların kendi sağlıklarını koruyacak kaynaklara ulaşma ve bunları kontrol etme olanakları daha azdır ve karar mekanizmalarında daha az yer almaktadırlar. Ancak hem evde ve toplum içinde, hem de sağlık hizmetlerinde temel sağlık hizmeti sunanlar sıklıkla kadınlardır. Ayrıca, toplumsal cinsiyet, sağlık hakkını da içine alan kadının insan haklarını kullanma becerisi üzerinde de etkiye sahiptir (WHO Gender Policy, 2002).

Sağlık alanında toplumsal cinsiyetin analizi, eşitsizliklerin kadın sağlığını nasıl dezavantajlı kıldığını, sağlığa ulaşmada kadının karşılaştığı sınırlamaları ve bu sınırlamalarla baş edebilme yollarını ortaya koyar. Aynı zamanda, sosyal yapının erkeklere dayattığı rolün bir sonucu olarak onların karşılaştığı sağlık risk ve problemleri de toplumsal cinsiyet analizi içindedir.

Kadın ve erkek arasındaki hastalık görülme sıklığı ya da ölüm oranlarındaki farklara bakmak önemlidir. Sağlık alanında toplumsal cinsiyet analizi, aşağıda belirtilen farklılıkların anlaşılmasına katkı sağlayacaktır:

- Risk faktörleri ve bunlara maruziyet,
- Sağlık sonuçları,
- Hastalıkların ortaya çıkması, şiddeti ve sıklığı,
- Sağlığı korumak ve geliştirmek için kaynaklara ulaşabilme (bilgi, eğitim, teknoloji ve hizmetler ile diğerleri) ve
- Hastalıklara verilen sosyal ve kültürel cevaplar (tepkiler).

Kadın sağlığını anlamak için, farklı sağlık risklerini ve sonuçları olduğu kadar, kadın ve erkeklerin ihtiyaçlarına sağlık hizmetlerinin verdiği cevapları belirlemek için, toplumsal cinsiyetin biyolojik özelliklerle ve sosyal sınıf, etnik yapı, yaş gibi diğer sosyal boyutlarla nasıl bir ilişkiye sahip olduğunun bilinmesi gerekir. Örneğin, miyokard enfarktüsünde olduğu gibi, kadınlar farklı belirtiler gösterebilir ya da cinsiyete bağlı faktörler nedeniyle cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarda hiçbir belirti göstermeyebilir. Ayrıca, toplumsal cinsiyete ilişkin faktörler, sağlık hizmeti verenlerin tepkilerini de etkilemektedir.

Biyolojik Norm Olarak Erkekler

Tıp ve sağlık araştırmaları çok uzun bir süre biyolojik fonksiyonlar açısından erkeği norm olarak ele aldı ve kadını bu biyolojik standartlarla karşılaştırdı. Ancak artan sayıda araştırma kadın ve erkek arasında üreme yönü dışında da önemli biyolojik farklılıkların olduğunu göstermektedir. Örneğin analjeziklerde, farklı farmakolojik bileşiklere kadın ve erkeğin cevap verme biçimlerinde (Schwartz, 1999) ve sağlık sorunlarının ortaya çıkış biçimlerindeki farklar da olduğu gibi. Epidemiyolojik araştırmalar ve klinik çalışmalara yeterli sayıda kadın dahil edilmemekte ya da kadınlar tamamen dışında bırakılmaktadır. Ancak bu klinik deneylerin sonuçları, tıpkı koroner kalp hastalığı araştırmasında olduğu gibi, kadınlara da genellenmektedir (CIHR, 2000). Ayrıca, biz farklı kadın grupları (ırk, etnik yapı, sosyal sınıf vb.gibi) arasındaki farklara ilişkin çok az bilgiye sahibiz (CHIR, 2000). Geleneksel olarak erkek hastalığı olarak düşünülen hastalıkların kadınlar arasında da yaygın olduğu anlaşılmıştır. Leishmanya vakasında olduğu gibi, sadece sağlık hizmeti kullanımına dayalı yanlış istatistiklerin kullanımı (Velez et al. 2001) ya da kadınlar arasında artan sigara kullanımında olduğu gibi yaşam biçiminde oluşan değişim ile akciğer kanserinin artması (UN, 2000) ve hatta pek çok ülkede kadınlarda görülen servikal ve meme kanserlerini aşmasında gözlenebilir.

Kadınlara ilgili yapılan araştırmaların çoğu üreme sağlığı üzerine odaklanmıştır. Üremede erkeğin rolü ya da kadınların sağlıkları üzerinde etkisi olabilecek yoksulluk, sınıf, "ırk", etnik yapı ve cinsel tercihle ilişkili olarak kadınlar arasında meydana gelen farklılıklar genellikle dikkate alınmamaktadır. Ampirik çalışmalar; ataerkil yapı, güç ve sosyal sınıf faktörlerini sıklıkla dikkate almaz (Annandale in Arber, 1999). Literatür, "kadınlar daha fazla hastalanır, erkekler daha çabuk ölür" anlayışını izleme eğilimindedir. Bir başka ifadeyle, kadınlar erkeklere göre daha uzun yaşamakta ve daha fazla hastalık belirtisi bildirmektedir. Ancak Macintyre gibi yazarlar (Macintyre ve arkadaşları, 1996), sağlık alanında toplumsal cinsiyet farklılıklarının zaman zaman yapıldığı gibi çok kesin ve net olmadığını ve bunların yaşamda geçirilen dönemlere ve özelliklerine göre değiştiğini öne sürmektedir. Ayrıca bunlar ülkeden ülkeye göre de değişmektedir.

Toplumsal Cinsiyet, Cinsiyet ve Diğer Sosyal Değişkenler

Kadın ve erkek arasındaki sosyal ve ekonomik ilişkiler hem kadının hem de erkeğin sağlığını etkiler. Ataerkil toplumlarda, kadınlar ortalama olarak erkeklerle karşılaştırıldığında daha az güce, statüye ve parasal kaynaklara olduğu kadar daha az otonomiye ve bağımsızlığa sahiptirler (Arber, 1999). Kadınlar, genellikle aileleri için ücretsiz bakım verir, ev içi emeğini ve sağlık hizmetini sunarlar. Bakım hizmeti sunan yerlerin esas sorumluluğu kadınlar üzerindedir ve bunun fiziksel ve zihinsel sağlık ile ekonomik sonuçları vardır. Erkeklerin sağlığı, bu hizmetleri sunan eşleri ya da partnerleri, ailenin kadın üyelerinin ücretsiz emeğinden fayda

sağlayabilmektedir: Evli erkeklerin sağlığının, hiç evlenmemiş ya da daha önceden evlenip boşanmış erkeklerle karşılaştırıldığında daha iyi olduğu ve daha iyi sağlık davranışlarına sahip olduklarına dair kanıtlar mevcuttur (Arber içinde Cooper and Hunt 1999).

Cinsel ve Üreme Sağlığında Toplumsal Cinsiyet

Kadın sağlığının yalnızca üremeye/doğurganlığa ilişkin sağlık olmayıp bundan çok daha fazla olduğunun vurgulanması önemlidir. Aynı zamanda cinsel ve üremeye ilişkin alanlar belki toplumsal cinsiyet ayrımcılığının en fazla yapıldığı yerdir ve kadın-erkek ilişkisindeki eşitsizlik kadının cinsel ve üreme sağlığı üzerinde en fazla etkiye sahiptir. Ekonomik, sosyal ve kültürel nedenler sıklıkla kadınları erkeklerle olan ilişkilerinde daha güçsüz yapmaktadır. Bu güçsüzlük, kadınları istenmeyen cinsel ilişki, gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve şiddete karşı kendilerini koruyamamalarına neden olabilir. Cinsel ve üreme sağlığı problemlerine yönelik politika ve programlar, şayet etkili olmak istiyorlarsa risk ve sonuçlarını belirleyen biyolojik ve toplumsal cinsiyete dayalı faktörlerin rolünü anlamak zorundadırlar.

Örneğin, anne ölümlerini azaltmak ve önlemek artık günümüzde bir sosyal adalet ve insan hakları konusu olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF'in 1990 tahminlerine göre, 585.000 anne ölümü; gebelik, doğum ya da puerperium (doğumu takip eden ilk 42 gün) döneminde yaşanan komplikasyonlarla meydana gelmektedir. Bu ölümlerin %99'u gelişmekte olan bölgelerdedir. Yine Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre, dünyada her yıl 15 milyondan fazla kadının yaşamlarının geri kalan kısmında doğum ve hamileliğe bağlı yaralanma ve sakatlık sorunları devam etmektedir. Bir kadın, her hamilelikte ölüm riski ile karşı karşıya gelmektedir. Gelişmiş bölgelerde anne ölüm oranları, 100.00 canlı doğumda ortalama olarak 50'nin çok altındadır (Doğu Avrupa için 8-50; ve pek çok Batı Avrupa ülkesi için 8'in altındadır). Gelişmekte olan bölgeler ise doğurganlığa bağlı ölüm oranını 100.000 canlı doğum için 500-1000 olarak rapor etmektedir (UN, 2000). Ayrıca Doğu Avrupa ülkelerinde güvenli olmayan düşükler, anne ölümlerinin %20-25'ini oluşturmaktadır. Doğurganlığa bağlı ölümler, sağlık sisteminin kadınların gereksinimlerini ne ölçüde karşılayabildiğinin bir göstergesi olarak görülebilir. Kadınları ve çocuklarını destekleyecek yapısal değişiklikleri içeren "güvenli annelik" konusu, politika oluşturanların, ihtiyaçlara göre kapsamlı sosyal politikalar üretilmesini gerektiren bir konudur.

Ruh Sağlığı

Genetik, biyolojik, sosyal ve psikolojik faktörlerin karışımına ek olarak toplumsal cinsiyet, kadınların ruh sağlığı ve hastalıkları üzerinde hayati bir rol oynamaktadır. Kadın ve erkek arasında ruhsal bozuklukların görülme sıklığına ilişkin önemli farklar olmamasına rağmen, ruhsal bozukluk örüntüleri kadın ve erkek için önemli derecede farklıdır. Depresyon, anksiyete ve yeme bozukluklarına ilişkin durumların görülme sıklığı kadınlarda daha fazla iken; madde kullanımı ve anti-sosyal davranışların erkeklerde daha yaygın olarak görüldüğü bildirilmektedir. İntihar sonucu ölümlerin kadınlarda daha yaygın olduğu Çin ve Hindistan hariç tutulduğunda tüm dünyada, intihar sonucu ölümler, erkeklerde daha yüksektir (World Health Report, 2001). İntihar etme oranı erkeklerde daha yüksek iken, intihar girişiminde bulunmanın kadınlar arasında daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Toplumsal cinsiyete dayalı şiddet, intihara meyilli olmada önemli bir gösterge olarak kabul edilebilir, şiddete maruz kalan kadınların %20'si intihar girişiminde bulunmaktadır (Brands and Yach; WHO, 2002). Kadınlarda post travmatik stres bozukluklarının (PTSD) görülme oranı da erkeklerle karşılaştırıldığında kayda değer oranda daha yüksektir. Nöro-psikotik bozukluklar arasında depresyon kadınlarda %30 iken, bu oran erkeklerde %12.6 olarak görülmektedir. Öte yandan, nöro-psikiyatrik özrüülüğün %31'i erkeklerde alkol ve madde bağımlılığına bağlı iken, bu oran kadınlarda %7'dir. Birçok ortamda bu, bu sorunlara sahip kadınların bakım ve hizmetlere ulaşmada daha fazla zorluk çektiği anlamına gelir, çünkü bu hizmetler erkeklerle yönelme eğilimindedir.

Ruhsal sorunların tanısında, toplumsal cinsiyet stereotipleri teşhis ve tedaviyi daha da zorlaştırır. Hatta birbiriyle tıpatıp aynı belirtileri sunsa bile, kadınlara erkeklerden daha çabuk depresyon tanısı konmakta, öte yandan erkeklerden daha az alkol problemi teşhisi konmaktadır. Ruhsal

hastalığa ilişkin olarak damgalanma (ayıplanma ve dışlanma) kadınlar için ciddi sonuçlar yaratır. Aile ve toplumun beklentilerinin tam karşılanamaması boşanma, terk edilme, sosyal ilişkinin kesilmesi, hatta "onu sevenlerin" ellerinden şiddet uygulanmasına neden olabilmektedir. Örneğin, Hindistan'da şizofren hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada; evli olan şizofren erkekler karıları tarafından bakım ve ekonomik açılardan desteklenirken, evli şizofren kadınlar kocaları tarafından bırakılmakta, terk edilmekte ya da boşanmaktadır ve boşanmadan önce de yine kocaları tarafından fiziksel istismar ve şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir (WHO/SEARO, 2000).

Toplumsal cinsiyet rolleri ruh sağlığı üzerinde etkilidir. Yukarıda bahsedildiği gibi, kadınlar bazı ruh sağlığı problemlerinden aşırı derecede etkilenmektedir ve bu duyarlılık medeni durum, iş ve toplumda sahip olunan rolle yakın bir ilişki içindedir (Dennerstein, 1995). Kadınlar eş ve anne olarak ve çocuklarına ve hasta aile üyelerine bakan kişi olarak esas yükü kaldırmaktadır. Aynı zamanda kadınlar sıklıkla para da kazanırlar. Tüm bunlara ek olarak, kadınlar toplumsal cinsiyete dayalı ciddi bir ayrımcılıkla; yoksulluk, açlık, beslenme bozukluğu, aşırı çalışma ve yakın partnerlerinden (eş, arkadaş) gördükleri şiddet ve cinsel şiddet ile ilişkili faktörlerle de uğraşmaktadırlar (WHO Nations for Health: A Focus on Women, 1997). Gelir elde edecek işleri olmayan evli kadınlar, evli erkeklerle karşılaştırıldıklarında daha yüksek oranda ruh sağlığı problemleri yaşamaktadırlar. Ancak, ücretli bir işte çalışıyor olmanın kadının ruh sağlığına getireceği maliyet ya da yarar onun partnerinin tutumuna ve çocuk bakımı ile ilgili doyumuna bağlıdır. Aşırı rol yüklenilmesi, daha fazla belirtiler çıkmasına ve daha düşük kişisel kontrol hissine neden olabilir (Dennerstein, 1995). Otonominin ya da kişinin hayatı üzerindeki kontrolünün yokluğu hissi, depresyonla ilişkilidir. Ancak, birden fazla role sahip olmanın, fiziksel ve ruh sağlığı üzerinde pozitif etkilerinin olduğu da gösterilmiştir.

Aynı yaş grubundaki kız ve erkek adölesanların öz güvenleri karşılaştırıldığında, kızlarınkinin daha düşük olduğu, bunların bedensel görünüşlerine ilişkin kaygılarının daha fazla yeme bozukluğu ve depresyon görülmesiyle sonuçlandığı bilinmektedir (Avison, 1992).

HIV/AIDS

Halen dünyada 33.6 milyon insan HIV/AIDS'li olarak yaşamaktadır ve bunların 1.2 milyonunu 15 yaşın altındaki çocuklar oluşturmaktadır. HIV/AIDS epidemisinin başlangıcından bu güne kadar 3.6 milyonu çocuk olmak üzere 16.3 milyon insan ölmüştür. Günümüzde yaşayan HIV/AIDS'lilerin %46'sını ya da bir başka deyişle 14.8 milyonunu kadınlar oluşturmaktadır. 1999 yılı içinde yeni enfekte olan yetişkinlerin %46'sını kadınlar oluşturmuştur. HIV ile enfekte olmuş daha fazla erkek vardır, ancak daha fazla kadın AIDS'ten ölmüştür (UN, 2000). Epideminin başlangıcından bu yana ölen yetişkinlerin %49'u kadındır, 1999 yılında ise HIV/AIDS nedeniyle ölen yetişkinlerin %52'si kadınlardır. Sonuç olarak kadınlar, hastalığa yakalanarak ve bu hastalığı çeken çocukların ve diğer yetişkinlerin bakımını da üstlenerek, bu hastalığın yükünü artan bir şekilde üzerlerine almaktadırlar.

HIV/AIDS'li hastaların büyük çoğunluğu, hastalığın yayılmasının kontrol edilemediği, ekonomik kaynakların ve sağlık bakım sistemlerinin yetersiz olduğu az gelişmiş bölgelerde yaşamaktadırlar. 1999 yılı sonunda HIV/AIDS'li tüm insanların yaklaşık olarak %95'i ve 1999'da enfekte olanların %97'si gelişmekte olan bölgelerdedir. Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'da 1.4 milyon olarak tahmin edilen HIV/AIDS hastalarının %20'sini kadınlar oluşturmaktadır (UN, 2000).

Şüphe yok ki toplumsal cinsiyet eşitsizliği, HIV'in yayılmasını artıran ve epidemiye katkı sağlayan bir faktördür (Gupta, 2002). HIV/AIDS, biyoloji ve toplumsal cinsiyet arasındaki etkileşimin kadınlar için nasıl daha fazla riske yol açtığını çok iyi göstermektedir. Korunmasız heteroseksüel cinsel ilişki esnasında HIV/AIDS enfeksiyonuna yakalanma riski, erkeklerle karşılaştırıldığında kadınlar için iki ile dört kat daha fazladır. Heteroseksüel cinsel ilişki esnasında kadınların HIV virüsüne maruz kalan mukozal yüzeyleri daha geniştir ve erkeklerin menisi ile vajinal sekresyon karşılaştırıldığında HIV virüsünün konsantrasyonu menide daha fazladır (WHO/SEARO, 2000). Ayrıca kadın ve erkek arasındaki güç dengesizliği kadınların kendi haklarını ve otonomilerini kullanmalarına engel teşkil edebilir (UN, The World's Women 2000). Tek eşli kadınlar potansiyel

risklerin farkında bile olmaksızın, sürekli birlikte oldukları erkek partnerleri tarafından HIV/AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara (CYBE) maruz kalabilirler. Yüksek riskli cinsel ilişkilerin kendisi bir risk faktörü olarak vurgulanmakta iken, kadınlar için risk sadece evli olmak olabilir. Hindistan'da STD kliniğine gelenlerle yapılan bir çalışma, kadınların üçte birinin tek eşi ve evlilik ilişkisine sahip kadınlar olarak kocaları tarafından enfekte edildiklerini göstermektedir (WHO/SEARO, 2000).

Bütün dünyada çoğunluğu kadın olan seks işçilerinin, HIV/AIDS ve diğer CYBE'lar için genellikle yüksek risk altında oldukları kabul edilmektedirler. Hatta risklerin anlaşılmasında bile, seks işçilerinin çoğunun güvenli seks uygulamasında çok az ya da hiçbir otonomiye sahip olmadıkları bulunmuştur. Cinsel ilişki için ticareti yapılan / pazarlanan kadınlar daha kötü durumlarda olabilir ve kondom kullanımını seçme ya da buna ulaşma lüksleri bile olmayabilir.

Türkiye'de cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve HIV'in esas olarak korunmasız heteroseksüel cinsel ilişki ile bulaştığı düşünülmektedir. Türkiye'de HIV enfeksiyonunun sıklığı ve yaygınlığı tam olarak bilinmemekle birlikte, Haziran 2000'de toplam 1067 HIV/AIDS vakası bildirilmiştir. Yasal olmayan şekillerde seks işçiliği yapanların belki de "HIV ve diğer cinsel temasla bulaşan hastalıklar için en önemli çekirdek grubu oluşturduğu" düşünülebilir (Özarmağan, 2001, s.824). İçindeki çalışanların kayıtlı olduğu ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar için kontrollerinin yapılmasının zorunlu olduğu genelevler kamu tarafından düzenlendiği halde, seks işçiliği resmi olarak suçlanmaktadır. Resmi raporlara göre yaklaşık 12 milyon nüfusu olan İstanbul'da 450 kayıtlı seks işçisi bulunmaktadır (Özarmağan, 2001). Türkiye'deki çoğu Türk ve yabancı seks işçisi kayıt dışı olarak çalışmakta olup, kondom kullanımı nadirdir. Kayıtlı seks işçileri kondom kullanımı konusunda biraz daha ısrarcı olabilecek durumda iken, kayıt dışı çalışanlar bu ısrarı yapabilme pozisyonunda değillerdir. Kayıt dışı çalışan seks işçileri polis tarafından yakalandıklarında cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara ilişkin testler için özel kliniklere yollanırken, kayıtlı çalışmakta olanlar özel olarak kurulmuş olan sağlık merkezlerinde haftada iki kez izlenmektedirler. Genel olarak bakıldığında Türkiye'de cinsel yolla bulaşan gonore, chlamydia ve HIV enfeksiyonları gibi hastalıkların görülme sıklığı bilinmemektedir, ancak sifiliz görülme sıklığı artmakta ve genel nüfusun bu konulardaki bilgilendirilmesi ise çok yetersiz kalmaktadır.

Pek çok ülkede erkekler arasındaki cinsel ilişki yasal olsa bile, sosyal olarak ayıplanmakta ve damgalanmaktadır. Sonuç olarak bu erkekler HIV/AIDS bilgi ve hizmetleri için ulaşmak çok güçtür. Çalışmalar, erkeklerle ilişkisi olan erkeklerin aynı zamanda kadınlarla da cinsel ilişki kurduğunu, sonuç olarak da bu konunun hem erkeğin ilişki kurduğu erkeği hem de kadın partnerlerini etkileyen bir durum olduğunu göstermektedir.

Enformal sektörde çalışan kadınlar hem tedavi alma hem de ilaç giderlerinin karşılanmasını sağlayan sosyal güvenlik olanaklarından daha az faydalanmaktadır. Örneğin, kadının çalıştığı yer ve işi, kadının alacağı HIV/AIDS tedavisini etkileyebilir. Meksika'da yakın zamanda yapılan bir çalışmada virüs tedavisi için önerilen anti-retroviral tedaviyi kadınların erkeklerden daha az alabildikleri bulunmuştur (UN, 2000).

HIV'in anneden çocuğa geçmesi ciddi ve artan global bir kaygı olarak görülmektedir. Enfekte olmuş anneden bebeğe virüs geçme riski gelişmiş bölgeler için %15 ile 25 arasında iken bu oran gelişmekte olan bölgeler için %25 ile 35 arasındadır. Bu virüsü alan üç bebekten biri uterusunda enfekte olurken; diğer üçte biri doğum ve emzirme esnasında olmakta; kalan üçte bir ise enfekte olmuş sütle emzirilme yoluyla enfekte olmaktadır. Böylece emzirme, özellikle gelişmekte olan bölgelerin yoksul anneleri için çözümsüz bir sorun haline almaktadır. Kadınların çoğu anne sütü yerine geçen beslenme olanaklarını sağlayamamakta ya da güvenli formülde mama hazırlamak için gerekli temiz su ve diğer maddelere ulaşamamaktadır. Ayrıca emzirmeme kararı annenin ayıplanmasına (damgalanmasına) neden olabilmektedir, HIV- pozitif durumu onu ayırmacılığa, sosyal ilişkilerinin kesilmesine, şiddet görmesine ve terk edilmesine yol açmaktadır (UN, 2000).

AIDS'li dul kadınlar ayrıca ekonomik yoksunluk ve sosyal ilişkilerin kesilmesi ile karşılaşabilir. HIV/AIDS'ten etkilenmiş ve aile reisliğinin kadın tarafından yapıldığı tek başlı aileler genellikle

daha fazla yoksullaşmakta, çoğunlukla kadının eğitimi daha düşük olduğundan iş ve gelir kaybıyla erkeklere göre daha az haklara sahip olmakta, ve destek, hizmet ve kaynaklara ulaşması daha sınırlı olmaktadır.

Şiddet (Kadına Yönelik Şiddet), HIV'in bulaşmasında önemli bir faktördür ve kadınlar üzerinde negatif sağlık sonuçları vardır (toplumsal cinsiyet temelli şiddet bölümüne bakınız). Tehdit ya da fiziksel ve cinsel şiddet deneyimi, kondom kullanımı ve güvenli cinsellik konusunda kadının ısrarcı olmasının bir sonucu olabilir. Zorla girilen cinsel ilişki, mikro lezyon riskini artırmakta ve sonuçta da HIV virüsünün bulaşma olasılığını yükseltmektedir.

Kardiyovasküler Hastalıklar

Koroner kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalıkları kapsayan kardiyovasküler hastalıklar (KVH - CVD) yetişkinlerdeki ölüme yol açan en önemli hastalıklardır. 1998 yılında kardiyovasküler hastalıklar global ölüm nedenlerinin %31'ini oluşturmuş ve milyonlarca kişiyi özürlü bırakmıştır. Kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan ölümler 1985-1997 yılları arasında gelişmekte olan bölgelerde %16'dan %24'e yükselmiştir. Koroner kalp hastalığının ve felcin erkeklerin sağlık problemi olduğuna dair önceki görüş, bunun kadınlar için önemini gizlemiştir (UN, 2000). Gerçekte ise kardiyovasküler hastalıklar erkeklerden daha fazla kadın ölümüne neden olmaktadır; 1998 yılında meydana gelen kadın ölümlerinin %35'inin (8.6 milyon ölüm) nedenini KVH oluştururken, erkek ölümlerinin %28'ini (8 milyon ölüm) KVH oluşturmuştur. Koroner kalp hastalığı, tek başına Avrupalı kadınlar için en büyük ölüm nedenidir (European Institute of Women's Health, 1996). Ancak erkek ve kadınların benzer belirtileri gösterip göstermediği ve cerrahi ve farmakolojik tedavinin kadınlar üzerine etkilerine ilişkin araştırmalar bulunmamaktadır. Ayrıca sevklerde, sağlık alanında çalışanların erkeklere göre kadınlara kalp hastalığı teşhisini daha az koyma gibi bir yanlılığın olduğuna dair kanıtlar da vardır (European Institute of Women's Health, 1996).

Türkiye'de güvenilir, spesifik ölüm nedenleri verileri mevcut değildir (Razum, 2000). Ancak sigara ve hipertansiyon gibi kardiyovasküler risk faktörlerinin görülme sıklığı Batı Avrupa ülkeleri kadar yüksek, hatta daha yüksektir ve kardiyovasküler hastalığa bağlı ölüm örüntüleri endüstrileşmiş batı Avrupa ülkelerini izlemektedir. Türkiye'de yapılan bir izleme araştırmasında, göreceli olarak yüksek koroner hastalık ve ölüm oranı ile Türk kadınlarının erkeklerin oranına hızla yaklaştığı bulunmuştur (Onat, 1997).

Toplumsal Cinsiyet Temelli Şiddet

Kadına karşı şiddet ya da toplumsal cinsiyete dayalı şiddet bir bütün olarak kadının insan haklarının ihlalidir. Bu, kadının sağlığı ve yaşamı üzerinde çok büyük bir etkiye yol açmaktadır. Son zamanlara kadar, problemin büyüklüğüne dair bilgiler sınırlıydı. Ancak geçtiğimiz 5 yılda dünyanın pek çok yerinden elde edilen kadına karşı uygulanan şiddet verileri, özellikle yakın partner (eş, erkek arkadaş) şiddetinin görülme sıklığına ilişkin veriler artmıştır. Tüm dünyada nüfusa dayalı araştırmaların gözden geçirilmesi sonucunda, kadınların %10 ila 50'den fazlası yaşamlarında yakın partnerleri tarafından fiziksel istismara maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (Ellsberg et al. 2001).

Kadına yönelik şiddet, kadın ve genç kızların sağlık riskini, sadece olay esnasında değil daha sonraki yıllarda da artırmaktadır. Kadına, yakın erkek partneri tarafından uygulanan zorla seks yapma ve diğer cinsel zorlama şekilleri pek çok kültürde endemiktir denebilir. Kadınların ve çocukların seks için alınıp satılması, namus cinayetleri, kadınlara genital mutilasyon gibi zararlı geleneksel uygulamalar da diğer önemli şiddet formlarıdır.

Kadına yönelik şiddet; fiziksel ve ruh sağlığı sorunları, adam öldürme, intihar etme ve HIV/AIDS gibi olaylar nedeni ile ölüm gibi yelpazesi geniş olan birçok konuyla ilişkilidir. Şiddetin ortak sağlık sonuçları; her türden yaralanmalar, kronik ağrı belirtileri, pelvik enfeksiyon (PID), istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, depresyon, ve anksiyete bozuklukları ve diğer konulardır. Kadına yönelik şiddet, sağlık bakım sistemine çok büyük bir yük getirmektedir.

Türkiye'de 1920'lerden bu yana eğitim, çalışma, miras ve hatta boşanmada kadın ve erkeğe eşit haklar tanıyan medeni kanun ve aile yasaları olmasına rağmen, Türk kadınları için erkeklerle eşitlik sağlanmış değildir. Çok eşlilik, evlenmede bazı geleneksel uygulamalar ve başlık parası Türkiye'de hukuken yasaklanmıştır ve kamusal alanlarda taciz ve sarkıntılık suç olmasına rağmen, "kadının takınmak zorunda olduğu kültürel bir adap" vardır (Sev'er and Yurdakul, 2001). Tecavüz ciddi bir suç olarak ele alınırken, evlilik içinde meydana gelen tecavüz şayet çok ciddi fiziksel yaralanma kanıtı yoksa yasalar içinde ele alınamamaktadır (Sev'er and Yurdakul, 2001). Türkiye'nin doğusunda yapılan bir çalışmada; kadınlara yönelik yakın partner tarafından uygulanan şiddet %50'den fazla bulunmuştur ve bunların %51.9'u cinsel şiddete (evlilik içi tecavüz) maruz kalmıştır (İlkkaracan, 1998).

"Namus cinayetleri", uygun görülmeyen bir cinsel davranış nedeniyle önceden planlanarak bir yetişkin kadının, adölesan ya da adölesan öncesi dönemdeki kızın ailenin erkek üyelerinden biri ya da birden fazlası tarafından öldürülmesidir. 1997-98 yılları arasında namus cinayeti nedeniyle öldürülen en az 20 kadın bildirilmiştir, ancak bu suçu tanımlamak pek de kolay olmadığından gerçek rakamın bundan daha fazla olduğu söylenebilir. Namus cinayetleri Türkiye dışında Pakistan, Ürdün, Mısır ve Amman gibi ülkelerde de bildirilmiştir. Bu uygulama sıklıkla İslam düşüncesi ile ilişkili olmakla birlikte, namus cinayeti İslam'ın öncesine gitmekte ve Kuran'da yer almamaktadır (Muslim Women's League, 1999 in Sev'er 2001). Kadın ya da erkek, aile üyelerine yönelik şiddet, mahkumiyet süresini üçte bir ile ikide bir oranında artırmakta iken; şayet suç namus ile ilgili şiddet ise suç sekizde yedi oranına kadar indirilebilmektedir (Sev'er içinde Arın, 2001).

Bekaret kontrolü, kadının insan haklarının ihlal edilmesidir ve haklı gösterilemez, ancak özellikle Türkiye'nin kırsal yörelerinde genç kızlar ve kadınlar keyfi bir şekilde bekaret kontrolüne maruz kalmaktadırlar. Adli tıp uzmanlarınca yapılan hymen kontrolü, anne-babaların, nişanlı ya da kocanın ya da kanunun "kendi masumiyetini" ispatlamak için kadınların kendileri tarafından yaptırılmaktadır (Pelin, 1999). Türk Tabipleri Birliği Etik Komitesi, kadının isteği dışında uygulandığı zaman bu kontrollerin Birliğin prensiplerine aykırı olduğunu bildirmiştir Pratisyen hekimler, tecavüz vakaları dışında bekaret testi uygulamamalıdır (Pelin, 1999). Ancak, 1998 yılındaki bir araştırmada Türkiye'de 158 adli tıp uzmanından 118'inin, geçen 12 ay içinde 5901 bekaret testi uyguladığını, bunların 1856'sının (%45) "sosyal nedenlerle" uygulanmış olduğu bulunmuştur (Frank M. W et al., 1999). Görüşülen doktorların %68'i cinsel bir saldırı ve tecavüz olmadan bekaret testi uygulamasının uygun olmadığı ve %93'ü de bekaret testi uygulamasının hastada psikolojik travmaya yol açacağı konusunda hem fikirdirler. %58'i testlerin en az yarısının hastanın isteği dışında uygulandığını bildirmektedir (Frank M. W. et al., 1999). Türk Tabipleri Birliği bekaret kontrolünü toplumsal cinsiyet temelli şiddet olarak kabul etmektedir ve 1999'da Adalet Bakanlığı savcılara, cinsel bir tecavüz olmaması halinde bu uygulamayı yasaklama hükmünü getirmiştir (Amnesty International website). Zorla jinekolojik muayeneye zorlanan 5 liseli kızın intihar girişiminde bulunmalarına kadar okullar, evlilik öncesi cinsel ilişkiye girdiğinden şüphelenilen liseli kızlar için bekaret testi istemeye yetkili kılınmışlardı. Yasanın yeniden gözden geçirilmesi 2002'de etkisini göstermiş olup bu çelişkili yasa iptal edilmiştir (Cnews, IPPF 2002).

Sonuçlar

Cinsiyet ve toplumsal cinsiyet arasındaki etkileşim, kadınlar için çok çeşitli sağlık ve hastalık sonuçlarına yol açmaktadır. Önemli siyasi, sosyal ve demografik değişiklikler de kadın sağlığı üzerinde etkiye sahiptir. Çocuklarına bakma sorumluluğu devam ederken kadınların kamu işgücü piyasasına girişlerinin artması gibi eğilimler; kadın sağlığı ile ilgili faydaların yanı sıra riskleri de beraberinde taşımaktadır. Toplumsal cinsiyet aynı zamanda sağlık hizmetinin düzenlenmesi ve verilmesi ile, sağlık hizmeti sunanların kadının sağlık sorunlarına olan yanıtı üzerinde de etkiye sahiptir. Bu nedenle, kadının gereksinimlerine yeterli cevaplar verebilmek için, cinsiyet ve toplumsal cinsiyetin ve diğer sosyal ve ekonomik faktörlerin kadın sağlığı üzerine nasıl bir etkisinin olduğunun iyi anlaşılması gerekir.

Cinsiyet farklılıkları üzerine odaklanmak genç kız ve kadınların biyolojilerine bağlı olan özel sağlık ihtiyaçlarını belirlemek için yol göstericidir. Ancak, "biyolojik ve biyomedikal modeller, hastalıkların nüfusa dağılımının neden bir toplumun sosyal ve ekonomik yapısı, yaşam standardı ve sosyal eşitsizliklerinin derecesi ile yakından ilişkili olarak güç ilişkilerini takip etmekte olduğunu yeterince açıklamamaktadır" (Kreiger&Zieler 1995, in Greaves 2000 p.3). Bu sonuçlar Lesley Doyal'ın belirttiği gibi, kadın ve erkek arasındaki eşitsiz bir "sağlık fırsatı" ile sonuçlanmaktadır.

Toplumsal cinsiyetin kadın sağlığı üzerine olan etkilerinin daha iyi anlaşılması sağlığı ve sağlığı iyileştiren diğer ilgili sosyal politikaları geliştirmek için kaçınılmazdır. Sosyal politikalar, kadın ve erkek arasındaki sağlık farklılıklarını üretebilir ya da şiddetlendirebilir, örneğin, sağlık sigortasına ya da diğer kaynaklara ulaşmada eşitsizlik gibi.

Sonuç olarak toplumsal cinsiyet boyutu sağlıkla ilgili tüm araştırmalara entegre edilmek zorundadır. Araştırmalar, toplumsal cinsiyetin yarattığı özel etkileşimleri ve bunu giderecek yolları ortaya çıkarmaya başlamalıdır. Öncelikle yapılması gereken, toplumsal cinsiyet anlayışının, her düzeydeki sağlık profesyonelinin eğitim programına entegre edilmesi gerekliliğinin kabul edilmesidir. Bu, kadına yönelik şiddet gibi, kadın sağlığının toplumsal cinsiyetle ilişkili risklerinin daha iyi anlaşılmasını ve sağlık çalışanlarınca toplumsal cinsiyet boyutları göz önüne alınarak özel sağlık sorunlarının teşhis ve tedavisinde daha etkili çözüm yollarının bulunmasını sağlayacaktır.

Bütün bunlar, siyasi bir irade ve kararlılığı ve sağlık bakım sistemindeki kurumların değiştirilmesi için geniş bir desteği gerektirir. Ayrımcılığa göz yuman ve kadını ikincilleştiren toplumsal normların değiştirilmesi, sağlık bakım hizmetlerinin bütün basamaklarında kadının insan haklarının desteklenmesi, bu yönde atılacak gerekli adımlar olmalıdır.

Referanslar

Abou-Gareeb, I., Lewallen, s., Bassett, K., Courtright, P., 2001. "Gender and blindness: a meta-analysis of population-based prevalence and surveys". Ophthalmic Epidemiology, 8(1).

Arber, S. 1999. "From Women's Health to a Gender Analysis of Health" submitted to Cockerham, W.C. Comparative Medical Sociology, Oxford:Blackwells.

Avison W.R., Mcalpine D.D., 1992. "Gender Differences in Symptoms of Depression Among Adolescents". Journal of Health and Social Behaviour 33(2) 77-96.

Brands, A., & Yach, D. 2002. "Women and the Rapid Rise of Noncommunicable Diseases", Noncommunicable Diseases and Mental Health Reader 1, January 2002.

Canadian Institutes for Health Research 2000. "CIHR 2000: Sex, gender and Women's Health". Online. Accessed March 10, 2002 from <http://www.bccwh.bc.ca/pdf.htm#gender>

Cnews, IPPF 2002. "Turkey's Test Of Blood Slammed As Violence Against Women", by Serpil Karacan. Accessed March 18, 2002 from <http://www.panos.org.uk/news.January2001.turkey.htm>

Dennerstein, L. 1995. "Mental Health, Work and Gender". International Journal of Health Services 25(3) 503-509.

Doyal , L. 2000. "Gender equity in health:debates and dilemmas". Social Science and Medicine 51, 931-939.

Ellsberg, M., Heise, L., et al. 2001. "Researching Domestic Violence Against Women: Methodological and Ethical Considerations". Studies in Family Planning 32(1) 1-16.

European Institute for Women's Health, 1996. Women in Europe: Towards Healthy Aging.

Frank MW, Bauer HM, Arican N, Fincanci SK, Iacopino V., 1999. "Virginity examinations in Turkey: role of forensic physicians in controlling female sexuality" Journal of the American Medical Association, 282 (5) 485-490.

Ilkkaracan, P. 1998. "Exploring the Context of Women's Sexuality in Eastern Turkey" Reproductive Health Matters 6 (12), 66-75.

Gupta, G.R, 2002. "How men's power over women fuels the HIV epidemic". British Medical Journal 324 (26), 183-184.

Macintyre, S., Hunt, K., Sweeting, H. 1996. "Gender Differences in Health: Are Things Really As Simple As They Seem?". Social Science and Medicine, 42 (4) 617-624.

Onat A., Dursunoglu D., Sansoy, V. 1997. "Relatively high coronary death and event rates in Turkish women". International Journal of Cardiology, 61 (1) 69-77.

Ozarmagan, G., & Bingham J.S., 2001. "Sexually transmitted infections in Turkey" International Journal of STD & AIDS 12, 824-828.

Padgett, D.K, 1997. "Women's mental health: Some directions for research". American Journal of Orthopsychiatry 67(4), 522-534.

Pelin, S., 1999. "The question of virginity testing in Turkey". Bioethics, 13(3/4), 256-261.

Razum, O., Akgun, S., Tezcan, S. 2000. "Cardiovascular mortality patterns in Turkey: What is the evidence?". Sozial-und Praventivmedizin 45 46-51.

Schwartz, J.B., 1999. "Gender Differences in Response to Drugs: Pain Medications". Journal of Gender Specific Medicine, 2(5) 28-30.

Sev'er, A., Yurdakul G., 2001. "Culture of Honour, Culture of Change A Feminist Analysis of Honour Killings in Rural Turkey". Violence Against Women, Sept 7(9) 964-998.

United Nations Department of Economic and Social Affairs 1999. Women and Health: Mainstreaming the Gender Perspective into the Health Sector.

United Nations, 1995. "Platform for Action: Women and Health" Online. Accessed March 8, 2002 from www.vrouwen.net/vweb/wcw/chap4c.html

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

Velez I.D., Hendrickx E., et al. 2001. "Gender and Cutaneous Leishmaniasis in Columbia" Cad Saude Publica, 17(1) 171-80.

Vlassoff, C., 1994. "Gender Inequalities in Health in the Third World: Uncharted Ground". Social Science and Medicine 39(9) 1249-1259.

World Bank, 2001 "Engendering Development Through Gender Equality in Rights, Resources and Voice" . Online. <http://www.worldbank.org/html/prmge/prr/engendersummary.pdf>

World Health Organization 2002, WHO Gender Policy: Integrating Gender perspectives in the work of WHO. WHO internal document, available through Department of Gender and Women's Health.

World Health Organization 2001, World Health Report 2001.

World Health Organization 1997, Nations for Health: A Focus On Women.

WHO/SEARO 2000. Women of South-East Asia: A Health Profile. New Delhi, World Health Organization, Regional Office for South East Asia Region.