

**T.C.  
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**

**TÜRKİYE'DE KADIN SAĞLIĞINA YÖNELİK  
POLİTİKALAR**

**Yüksek Lisans Tezi**

**GAMZE ELMAS**

**İSTANBUL, 2019**



T.C.  
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ

**TÜRKİYE'DE KADIN SAĞLIĞINA YÖNELİK  
POLİTİKALAR**

Yüksek Lisans Tezi

**GAMZE ELMAS**

**Tez Danışmanı: DR. ÖĞR. ÜYESİ PINAR PEKTEKİN**

**İSTANBUL, 2019**

T.C.  
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tezin Adı: Türkiye’de Kadın Sağlığına Yönelik Politikalar  
Öğrencinin Adı Soyadı: Gamze ELMAS  
Tez Savunma Tarihi: 20 Aralık 2018

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğu Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından onaylanmıştır.

  
Doç. Dr. Hasan Kerem ALPTEKİN  
Enstitü Müdürü  
İmza

Bu Tez tarafımızca okunmuş, nitelik ve içerik açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak yeterli görülmüş ve kabul edilmiştir.

\_\_\_\_\_ Jüri Üyeleri

Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi Pınar PEKTEKİN

Üye  
Doç. Dr. İshak AYDEMİR

Üye  
Dr. Öğr. Üyesi Talip YİĞİT

\_\_\_\_\_ İmzalar



## TEŐEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve bu araştırma sürecinde ilgisini ve desteğini esirgemeyen beni her konuda en iyi şekilde yönlendiren değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Pınar PEKTEKİN'e, Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına ve hayatım boyunca bana her zaman güç veren desteğini biran olsun esirgemeyen canım aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İstanbul, 2019

Gamze ELMAS

## ÖZET

### TÜRKİYE'DE KADIN SAĞLIĞINA YÖNELİK POLİTİKALAR

Gamze ELMAS

Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Pınar PEKTEKİN

Ocak 2019, 70 Sayfa

Kadın sağlığı konusu toplumun en önemli unsurlarından kadınlar ve toplum sağlığı açısından çok önemli bir konudur. Bu nedenle kadın sağlığı konusu gerek hükümetlerin, sivil toplum kuruluşlarının ve gerekse uluslararası kuruluşların üzerinde çalıştığı ve politikalar geliştirdiği bir alan olmuştur. Bu çalışmalar sayesinde kadın sağlığı ölçütlerine ilişkin verilerin giderek daha iyi duruma geldiği görülmektedir.

Bu çalışmada ülkemizde kadın sağlığına yönelik sağlık politikaları ve kadınların bu konudaki farkındalıkları incelenmiştir. Çalışmada kadın sağlığına ilişkin güncel politikalar, yaşanan gelişmeler ve yapılan araştırmalar incelenmiştir. Kadın sağlığına ilişkin güncel verileri içeren istatistikî bilgiler gerek Türkiye ve gerekse dünya geneli için paylaşılmış ve bu konudaki gelişmeler ve trendler yorumlanmıştır.

Çalışma sonucunda kadın sağlığı konusunda dünya genelinde iyileşmeler yaşandığı gözlenmiştir. Türkiye’de kadın sağlığı konusunda yaşanan ilerleme ve gelişmelerin hızı dünya ortalamasının üzerinde gerçekleştiği, ülkemizin kadın sağlığı verilerinin gelişmiş ülkelerin düzeyine yaklaştığı tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Kadın Sağlığı, Kadın Sağlığı Ölçütleri, Sağlık Politikaları, Sağlık Yönetimi.

## ABSTRACT

### POLICIES TOWARDS WOMEN'S HEALTH IN TURKEY

Gamze ELMAS

Healthcare Management Master Program

Thesis Supervisor: Assist Prof. Dr. Pınar PEKTEKİN

January 2019, 70 Pages

Women's health is a very important issue in terms of women and public health. Therefore, the issue of women's health is a field where governments, non-governmental organizations and international organizations work and develop policies. Thanks to these studies, it is observed that data on women's health criteria are getting better.

In this study, the health policies of women in our country and the awareness of women on this subject have been examined. In this study, current policies, developments and researches about women's health have been investigated. Recent statistical data on the women's health has shared for both Turkey and the world and the developments and trends have been reviewed in this field.

As a result of the study, it has been observed that there are improvements in women's health worldwide. The speed of progress and development that took place in Turkey on women's health above the world average. Turkey have approached the level of developed countries in terms of women's health improvement.

**Keywords:** Women's Health, Women's Health Measures, Health Policies, Health Management.

# İÇİNDEKİLER

TABLolar	viii
ŞEKİLLER	ix
KISALTMALAR	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	1
1.2. ARAŞTIRMA METODOLOJİSİ	2
2. SAĞLIK VE KADIN SAĞLIĞI KAVRAMLARI	3
2.1. SAĞLIK KAVRAMI VE ÇEŞİTLİ SAĞLIK TANIMLARI	3
2.1.1. Sağlığın Tanımı	3
2.1.2. Sağlığın Yönetimi	5
2.2. KADIN SAĞLIĞI KAVRAMI	5
2.2.1. Modern Tıp, Beden ve Kadın Bedeni	7
2.2.2. Modern Tıbbın Kadın Sağlığına Yönelik Yaklaşımı	8
2.2.3. Kadınların Sağlık Sorunları	13
2.2.3.1. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar	13
2.2.3.2. Erken gebelikler	15
2.2.3.3. Kadın kanserleri	16
2.2.3.4. Anne ve bebek ölümleri	17
2.2.3.5. Osteoporoz	18
2.2.3.6. Menopoz	19
2.2.4. Kadın Sağlığı Ölçütleri	21
2.2.4.1. Doğurganlık ve ana sağlığı	21
2.2.4.2. Sağlıklı menopoz dönemi	23
2.2.4.3. Kanser oranları	24
2.2.4.4. Kadınların yaşam süresi	24
2.2.4.5. Kadın ruh sağlığı	25
3. TÜRKİYE’DE KADIN SAĞLIĞI POLİTİKALARI	27
3.1. KADIN SAĞLIĞINA İLİŞKİN GÜNCEL POLİTİKALAR, GELİŞMELER VE ARAŞTIRMALAR	27



3.1.1. Kadın Sağlığının Önemi.....	27
3.1.2. Kadın Sağlığı ile İlgili Güncel Mevzuata İlişkin Bilgiler .....	29
3.1.3. Kadın Sağlığı Politikalarına ve Farkındalığına İlişkin Araştırmalar .....	32
<b>3.2. DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE KADIN SAĞLIĞI İSTATİSTİKLERİ.....</b>	<b>34</b>
3.2.1. Türkiye’de Kadın Sağlığı İstatistikleri.....	35
3.2.1.1. Bebek ölümü .....	35
3.2.1.2. Anne ölümü.....	38
3.2.1.3. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar .....	39
3.2.1.4. Kadın kanseri .....	41
3.2.1.5. Ortalama yaşam süresi .....	46
3.2.2. Dünyada Kadın Sağlığı İstatistikleri .....	48
3.2.2.1. Bebek ölümü.....	48
3.2.2.2. Anne ölümü .....	51
3.2.2.3. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar .....	53
3.2.2.4. Kadın kanseri.....	55
3.2.2.5. Ortalama yaşam süresi.....	62
<b>4. SONUÇ.....</b>	<b>64</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>71</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>79</b>

## TABLolar

Tablo 2.1:	Ana sağlığı göstergeleri.....	22
Tablo 3.1:	Bebek lm oranları (Her 1000 bebekte).....	36
Tablo 3.2:	Anne lm oranları (100,000'de).....	38
Tablo 3.3:	Türkiye'de kadın kanseri oranları (100,000'de) .....	42
Tablo 3.4:	Türkiye kadın ortalama yaşam süresi verileri ve karşılaştırmalar (1960-2016).....	47
Tablo 3.5:	1990-2017 yılları arasında bebek ölüm sayıları (Milyon).....	50
Tablo 3.6:	Dünyada anne ölüm verileri .....	52
Tablo 3.7:	Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) Tarafından Yayınlanan GLOBOCAN 2012 Verilerine Göre Kadınlarda En Sık Görülen İlk Beş Kanserlerin Dağılımı.....	56
Tablo 3.8:	Kadın kanserlerinde kanser tipine bağlı ölüm oranları .....	58
Tablo 3.9:	1960 ve 2016 yıllarında farklı bölgelerde kadın ortalama yaşam süresi .....	63

## ŞEKİLLER

Şekil 3.1:	Bebek ölüm oranı (Her 1000 bebekte).....	35
Şekil 3.2:	Bebek ölüm oranlarının karşılaştırılması (2013). ....	37
Şekil 3.3:	Anne ölümü verisi.....	37
Şekil 3.4:	Türkiye’de HIV/AIDS vaka sayıları (1985-2016).....	39
Şekil 3.5:	HIV vakalarının yaş grubu ve cinsiyete göre dağılımı (1985–2016).....	40
Şekil 3.6:	AIDS vakalarının yaş grubu ve cinsiyete göre dağılımı (1985–2016).....	40
Şekil 3.7:	HIV Olası Bulaşma Yollarına Göre Vakaların Dağılımı (1985-2016) .....	41
Şekil 3.8:	Kadınlarda görülen meme kanserin yaşa standardize insidans hızlarının 2011-2015 yılları arasındaki dağılımı (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2011-2015) (Dünya standart nüfusu, 100.000 kişide). ....	43
Şekil 3.9:	Kadınlarda meme kanserinin yaşa özel hızları (2015).....	44
Şekil 3.10:	Kadınlarda görülen serviks kanserin yaşa standardize insidans hızlarının 2011-2015 yılları arasındaki dağılımı (Dünya standart nüfusu,100.000 kişide).....	44
Şekil 3.11:	Serviks kanserinin yaşa özel hızları (Semi-Log) (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2015) .....	45

Şekil 3.12:	Yaş gruplarına göre kadınlarda en sık görülen bazı kanserlerin bu grup içindeki yüzde dağılımları (2015) .....	46
Şekil 3.13:	Türkiye’de kadınlarda ortalama yaşam süresi (1960-2016) .....	47
Şekil 3.14:	Dünya genelinde bebek ölüm sayıları (1990-2017).....	49
Şekil 3.15:	1990-2017 yılları arasında dünya geneli bebek ölüm oranları (1000 doğumda).....	50
Şekil 3.16:	Dünya anne ölüm verileri .....	51
Şekil 3.17:	Dünyada anne ölüm oranları (100.000 doğumda 1). .....	52
Şekil 3.17:	Gebelikte frengi virüsü taşıyan bireyler .....	53
Şekil 3.18:	Sahra-Altı Afrika’da AIDS’e bağlı ölümlerin sayısı (1990-2017) .....	54
Şekil 3.19:	Dünyada (Sahra-Altı Afrika dışında) AIDS’e bağlı ölümlerin sayısı (1990-2017) .....	55
Şekil 3.20:	Dünya meme kanseri vaka oranları (100,000 kişide, 2012 yılı).....	57
Şekil 3.21:	Dünya meme kanseri ölüm vaka oranları (100,000 kişide, 2012 yılı).....	58
Şekil 3.22:	Serviks kanseri vaka oranı haritası (100,000 kişide, 2018 yılı).....	59
Şekil 3.23:	Serviks kanserine bağlı ölüm oranları .....	60
Şekil 3.24:	Dünyada bölgelere kadınlarda serviks kanseri vaka oranları (100,000 kişide) .....	61
Şekil 3.25:	Dünyada Bölgelere Kadınlarda Serviks Kanserine Bağlı Ölüm Oranları (100,000 Kişide).....	62
Şekil 3.26:	Kadınlarda ortalama yaşam beklentisi (1960-2016).....	63

## KISALTMALAR

AB	:	Avrupa Birliği
ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
ACS	:	American Cancer Society
AÇS-AP	:	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Birimi
AIDS	:	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BM	:	Birleşmiş Milletler
CYBH	:	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
ÇEKÜS	:	Çocuk, ergen, kadın ve üreme sağlığı ()
DB	:	Dünya Bankası
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
HIV	:	Human Immunodeficiency Virus
HPV	:	Human Papilloma Virüs
HSGM	:	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
IARC	:	International Agency for Research on Cancer
ICD	:	International Classification of Diseases
JİKFÖ	:	Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği
KETEM	:	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
MDG	:	Millennium Development Goals
MMT	:	Maternal Mortality Rate

OECD	:	Organization for Economic Co-operation and Development
OP	:	Ostreopoz
SKH	:	Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri
STK	:	Sivil Toplum Kuruluşu
TSH	:	Temel Sağlık Hizmetleri
TSM	:	Toplum Sağlığı Merkezi
UKTS	:	Ulusal Kanser Tarama Standartlarına
UNFPA	:	United Nations Fund for Population Activities
UNICEF	:	United Nations International Children's Education Fund
ÜSBÖ	:	Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği
WHO	:	World Health Organization

# 1. GİRİŞ

## 1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Sağlık konusu ve bilhassa kadın sağlığı konusu genelde tıbbi yönüyle ele alınsa da esasen bu konu hem ideolojik yönü hem de siyasi yönü olan bir konudur. Çünkü kadın sağlığının korunması konusu, kadınların bireysel olarak sağlık durumlarına ilave olarak, eşlerin, ve çocukların sağlığının ve dolayısıyla tüm toplumun sağlığının korunması ile ilgilidir (İlçioğlu vd., 2017, s. 113). Bu bakımdan kadın sağlığı alanı başlı başına önem arz eden bir konu olarak ön plana çıkmaktadır. Bu durum da özellikle hükümetler başta olmak üzere toplumu, aileleri kadın sağlığı konusunda adım atmaya yönlendirmiştir. Çünkü kadın sağlığı kadınların yalnızca fizyolojik durumlarından değil, toplum içerisindeki konumlarından, kadınların sosyo-ekonomik yaşam koşullarından, çalışma şartlarından, aile ve sosyal ilişkileri gibi birçok unsurdan etkilenmektedir (Özbaş ve Özkan, 2010, s. 543; Eroğlu ve Koç, 2012, s. 140). Bu bağlamda kadın sağlığı konusunda politikaların geliştirildiği, kadınlar başta olmak üzere toplumun bu konudaki farkındalığının arttırıldığı görülmektedir. Anılan faaliyetler tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de benzer şekilde gelişmektedir.

Ülkemizde kadın sağlığı politikaları da özellikle cumhuriyetin kuruluşundan itibaren kadınların toplumsal yaşamda daha çok yer almaları nedeniyle ön plana çıkmıştır. Modernleşme ve ilerleme düşüncesi bağlamında kadın sağlığı politikalarının da günümüze kadar gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de geliştirilmekte olduğu görülmektedir (Özsan, 2007, s. 2). Günümüzde kadın sağlığı konusunda sürekli olarak yaşanan gelişmeler kadın sağlığı politikalarının da sürekli olarak yenilenmesini ve geliştirilmesini gerektirmektedir. Bu bağlamda kadın sağlığı politikalarının incelenmesinin önemli olduğu değerlendirilmektedir.

Literatür taramasında Özsan (2007)'nin günümüzde kadın sağlığına ilişkin uygulamaları ve politikaların kaynağı olan ideolojileri incelediği görülmüştür. Vinita vd. (2007) Güney Hindistan'da kırsal bölgelerde üreme sağlığına yönelik farkındalık düzeyini, El-Gelany ve Moussa (2012) Mısır'da eğitimli genç kadınların üreme sağlığı konusundaki farkındalık düzeylerini araştırdıkları gözlenmiştir. Kurt vd., (2015) kırsal bölgede

yaşayana kadınların osteoporoz bilgi düzeylerini ve farkındalıklarını değerlendirmeyi amaçlamıştır. Rehimli vd. (2008) Türkiye ve Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) üyesi ülkelere ait kadın sağlığı göstergelerini karşılıklı olarak değerlendirmiştir. Filiz (2015) ise yapmış olduğu çalışmada gebelerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık algı düzeylerini belirlemeyi, sağlık okuryazarlığını etkileyen unsurları ortaya koymayı amaçlamıştır.

Bu kapsamda bu çalışmada ise ülkemizde kadın sağlığına yönelik sağlık politikaları ve kadınların bu konudaki farkındalıkları incelenmiştir. Çalışmanın ilk bölümünde sağlık ve kadın sağlığı kavramları incelenmiş, kadın sağlık sorunları, kadın sağlığı ölçütleri ele alınmıştır. Çalışmanın devamında ise Türkiye’de kadın sağlığı politikaları ve kadınların farkındalığı ele alınmıştır. Bu bağlamda kadın sağlığına ilişkin güncel politikalar, yaşanan gelişmeler ve yapılan araştırmalar incelenmiştir. Diğer taraftan kadın sağlığına ilişkin güncel verileri içeren istatistiki bilgiler gerek Türkiye ve gerekse dünya geneli için paylaşılacak ve bu konudaki gelişmeler ve trendler yorumlanmıştır.

## **1.2. ARAŞTIRMA METODOLOJİSİ**

Bu çalışmada nitel bir araştırma yapılmış, kadın sağlığına yönelik güncel politikalar, istatistiki bilgiler, yapılan araştırmalar incelenmiştir. Özellikle kadın sağlığına ilişkin istatistiki verileri paylaşan kurumların raporları incelenmiş, ülkelere ait kadın sağlığına yönelik bilgiler ele alınmıştır. Bu veriler üzerinden kadın sağlığı gelişiminde ülkelere göre farklılıklar ortaya konmuş, geliştirilen sağlık politikaların sonuçları ortaya konmaya çalışılmıştır. Bahse konu verilerden istifade ile kadın sağlığı politikaları ve kadınların bu konudaki farkındalıkları yorumlanmıştır.

Dünya genelinde ve Türkiye özelinde kadın sağlığına yönelik istatistikler Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü (WHO), OECD gibi uluslararası örgütlerin yayınladığı raporlardan, ülkelerin resmi kurum ve kuruluşlarının yayınladığı dokümanlardan ve sivil toplum kuruluşlarının raporlarından faydalanılmıştır. Elde edilen veriler bölgesel olarak karşılaştırılmış, ülkemizin durumu ile dünya genelindeki veriler kıyaslanarak kadın sağlığı konusunda Türkiye’nin konumu açık bir şekilde ortaya konulmuştur.



## 2. SAĞLIK VE KADIN SAĞLIĞI KAVRAMLARI

### 2.1. SAĞLIK KAVRAMI VE ÇEŞİTLİ SAĞLIK TANIMLARI

Sağlığın tanımlamasını yapmak çok çeşitli bakış açıları bulunması nedeniyle zor bir iştir. Zira herkesin kendi bakış açısına bağlı olarak bir sağlık kavramı mevcuttur. Sağlık bir bilimsel bilgi, bir fikir değil, işlev gören bir bedenin dili olarak ifade edilebilir (İnanç vd., 1999, s. 11).

Yakın zamanlarda dahi sağlık kavramı “hastalığın ve sakatlığın olmama durumu”, hastalık kavramı da “sağlıklı olmama” şeklinde dar bir bakış açısı bağlamında tanımlanmış olduğundan, bahse konu tanımların insanı etkileyen ruhsal ve sosyal unsurları ele almadığını göstermektedir (İnanç ve ark. 1999, s.12, Birol 1997, s.24). Esasında sağlık, muhtelif unsurlardan fazlasıyla etkilenmektedir. Bahse konu unsurlar, ekonomik, sosyal, fiziksel, kültürel ve biyolojik başlıkları altında gruplandırılabilir (Birol 1997, s.25). Bu nedenle farklı bakış açılarından farklı sağlık tanımlamalarının yapılması mümkündür. Çalışmanın bu kısmında sağlığın çeşitli tanımlamaları ve modern tıbbın ortaya çıkışı ele alınacaktır.

#### 2.1.1. Sağlığın Tanımı

Sağlık kavramı Dünya Sağlık Örgütü tarafından “Sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak tanımlanmıştır (Simons-Morton vd., 1995, s. 6). Tanım ifadesinde yer alan “sosyal yönden” tabiri sağlık kavramının kapsam genişliğini vurgulamaktadır. Bu ifadeden yaşamlarındaki çeşitli alanlarda kişilerin karşılaştıkları; şiddet, ayrımcılık, işsizlik, evsizlik ve yoksulluk gibi pek çok sosyal olgu ve sorunun da sağlık kavramı bünyesinde düşünülebileceği anlamı da çıkmaktadır. Bilhassa, kadınlara yönelik düşünüldüğü zaman, hem bu sorun başlıklarının sayısı artmakta, hem de her bir sorun alanının etkisi ve içeriği de önemli derecede değişim göstermektedir. Örneğin; yoksulluğun, ayrımcılığın ve şiddetin kadınların sağlığı ve yaşantısı üzerinde çok daha derin sonuçlarının olduğu söylenebilir. Bunun yanı sıra, kadınların sağlık sorunlarının çeşitlenmesinde ve artmasında, sağlıklarının bozulmasında tüm bu koşulların ana zemini oluşturduğu görülmektedir. Bir

diğer ifade ile söz konusu cinsiyet kategorileri olduğu zaman, “sosyal yönden” iyi olma hali, hem nitelik hem nicelik açısından belirgin bir farklılık arz etmektedir. Tanıma tekrar bakıldığında; “sosyal yönden” ifadesi, belli sosyal şartların sağlığa zararlı olduğu yönündeki ortak ima veya varsayımını taşısa da aynı zamanda sağlığın kendisini oluşturan bu “sosyal yönün”, dolayısıyla sağlığın kendisinin, mekâna ve zamana bağlı olarak ne denli değişebileceğine işaret etmektedir. Kısacası, gerek sağlığın genel tanımı, gerekse bu tanımın içeriğini oluşturan “sosyal yönden” iyi olma hali; bireyin sınıf ve cinsiyet durumuna, içerisinde olduğu tarihsel ve toplumsal şartlara ve bütün bunlara bağlı olarak gelişen ve içerisinde oluşturulan veya oluşan sağlık sistemlerine göre değişim göstermektedir. Buna bağlı olarak sağlığın ve sağlık kavramının tanımını sosyal ve tarihsel içeriğinden bağımsız bir şekilde yapmak doğru sayılmamaktadır. Fakat tüm bu değişkenlikler, aynı zamanda sağlık tanımının evrensel manada yapılmasının zorluğuna ve imkânsızlığına da işaret etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan sağlık tanımının bir diğer özelliği ise, tanımda “tam iyilik hali”ne vurgu yapılmasıdır. Tanım bu yönü ile “ideal” bir sağlık durumunu göstererek, “ideal” bir sağlık durumunun nelerden ibaret olacağıyla ilgili öngörüde bulunmaktadır. Buradan hareketle, bireylerin sağlıklı olduklarını belirtebilmenin, bireyde ancak sosyal, psikolojik ve fiziksel şartların bir arada olmasıyla mümkün olabileceği ortadadır.

Dünya Sağlık Örgütü’ne ait tanımda dikkat çeken diğer bir husus da sağlığın hastalık ile olan ilişkisidir. Sakatlık ve hastalığın olmaması durumu tanımda sağlık için yeterli koşul olarak görülmemiştir, ancak hastalık ve sağlık birbirinden ayırt edilmiştir. Bir diğer ifade ile hasta olmamak ve sağlıklı olmak ifadeleri iki ayrı durumu belirtmektedir. Örnek olarak; bir kişi hasta olmasa bile sağlıklı olma koşullarını tam olarak sağlamayabilir. Kısacası, tanımdaki “hastalık” ve “sağlık” tabirleri ile kastettiği kategoriler arasında bir zıtlık ilişkisi kurulmamaktadır. Tanımda daha çok, bu iki durum arasındaki kapsama işaret edilmiştir. Burada vurgulanması gereken husus; sağlığa yönelik tanımlamaların ve sağlığın yokluğundan veya varlığından söz edebilmenin, içerisinde bulunan toplumun hastalık ve sağlığa ilişkin algısına ve düşüncesine, geçerli ve hâkim kavramsallaştırma şekline bağlı olarak geliştiğidir (Kasapoğlu, 2001, s. 32; Özçelik-Adak, 2002, s. 21).

### **2.1.2. Sağlığın Yönetimi**

Sağlık hizmetlerinin sürekli olarak değişen, karmaşık ve çok yönlü yapısı sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde yönetilmesini gerekli kılmaktadır. Özellikle toplumun tüm kesimlerinin (yoksul, zengin vs.) ve bireylerinin (kadın, erkek vs.) sağlık hizmetlerinden yararlanması açısından sağlık hizmetlerinin yönetimi önem arz etmektedir. Sağlığın yönetimi, sağlık hizmetlerinin en uç noktalara kadar ulaştırılabilmesi, önleyici olarak toplumun sağlık konularında bilinçlendirilmesi, özel sağlık hizmetleri verilmesi gereken alanlarda çalışmalar yapılması, sağlık hizmetlerinin finansal boyutunun yönetilmesi gibi birçok faaliyeti kapsamaktadır (Can ve İbicioğlu, 2008, s. 254).

Tüm dünyada olduğu gibi ölkemizde de nüfusun artmasına bağlı olarak sağlık hizmetlerinden faydalanma ve ulaşılabirlik açısından sağlık yönetimi giderek önem kazanmaktadır. Bu bağlamda en önemli unsurlardan biri sağlık hizmetleri verebilecek insan kaynağının yetiştirilmesi olduğu görölmektedir. Bu maksatla ihtiyaç duyulan alanlarda bireylerin sağlık ihtiyaçlarına cevap verebilecek eğitimli sağlık çalışanlarının bulundurulması gereklidir. Diğer taraftan sağlığın yönetilmesinde politikalar geliştiren kurumlar, hastaneler gibi organizasyonların kurulması gereklidir. Bu sayede sağlık hizmetlerinin sistematik ve modern bir şekilde insanlara ulaştırılması, insanların bilinçlendirilmesi sağlanabilecekti (Çimen, 2010, s. 138).

Sağlığın yönetimi bağlamında toplumsal anlamda sağlığın geliştirilmesi ve insanların yönlendirilmesi de önem arz etmektedir. Bu bağlamda bulaşıcı hastalıkların kontrolü, kişisel sağlık konusunda eğitimlerin verilmesi, toplumun tüm bireylerinin yeterli sağlık standartlarına erişmesine yönelik yapılan faaliyetler ve yaşam süresinin uzatılması sağlığın geliştirilmesi kapsamına girmektedir (Şimşek, 2013, s. 343). Bu bağlamda kadın sağlığının geliştirilmesi de sağlık yönetiminin sorumlulukları arasına girmektedir.

### **2.2. KADIN SAğLIğI KAVRAMI**

Kadın sağlığı kavramı, kadının kendisini doğrudan ilgilendirdiği kadar, aile ve çocuk sağlığı kavramları yönünden de önem arz etmektedir. Bu yönüyle kadınlar, sağlık hizmetleri bünyesinde risk grubu olarak değerlendirilmektedir (Taşkın ve Demirel, 2009, s. 11). Bu kavram, kadının doğumdan ölümüne kadar geçen süreçteki sağlık durumunun

bütünü kapsamaktadır. Kadın sağlığı uygulamalarında yaşam boyunca bütün etki faktörlerini ve tüm yaş gruplarını göz önünde bulunduran en kapsamlı yaklaşım çağdaş yaklaşımdır. Bu yaklaşım, doğumundan ölümüne kadar kadın yaşamının bir bütün içerisinde değerlendirilmesi gerektiğini; ilk adımın hayata sağlıklı başlamak olduğunu, kişilerin sağlıklarına ilişkin mevcut durumlarının bir önceki dönemin bir neticesi, bir sonraki dönemin ise bir sebebi olduğunu, kişinin sağlık gelişiminde pek çok faktörün kümülatif tesiri olduğunu önemle vurgulamaktadır (Akın ve Sevensan, 2006, s. 4).

Günümüzde 7 milyara yaklaşan dünya nüfusunun yarısını teşkil eden kadınların sağlık durumu incelenirken; sakatlık ve hastalık açısından olduğu kadar, sosyal ve ruhsal açıdan da tam bir iyi olma durumunun varlığını ve kadınların "tam iyilik durumları"na etki eden faktörler açısından da sorunu tanımlamak ve değerlendirmek gerekmektedir. Bundan dolayı kadın sağlığı biyolojik faktörlerin yanı sıra, siyasal ve sosyal süreçlerin de etkisi altında kalmaktadır. Kadın sağlığı ile üreme sağlığını bir tutan zihniyet yerine, toplumsal cinsiyet kavramına da değinen yeni yaklaşımlarla kadın sağlığı konusunun başlıkları değişmektedir (Taşkın, 2000, s. 16).

Bu kapsam içerisinde cinsel yolla bulaşan hastalıklar, ergen gebelikler ve erken evlilikler, kadın kanserleri, sigara gibi madde bağımlılıkları, kronik hastalıklar, yaşlanan kadının sağlığı, kadının ruh sağlığı, acil bakım, beslenme, sağlık hizmetlerine ulaşım, cinsiyet eşitsizliğinden kaynaklanan sağlık problemleri, yeni doğan bebek, anne ve kadın ölümleri, kadına yönelik şiddet, namus cinayetleri, cinsel taciz ve tecavüz gibi konular incelenmelidir (Özvarış, 2007, s. 7).

Kadın sağlığı konusu kapsamında hizmet sunumu esnasında ilkesel olarak kabul görmüş olsa bile, "bütüncül" bir yaklaşım yerine bilhassa gelişmekte olan ülkelerde, doğurganlık dönemine odaklı "geleneksel" yaklaşım hâkimiyetini korumaktadır. Bu konuda yaşlı kadınlar, menopoz-menopoz sonrası dönemdeki kadınlar ve ergenler en göz ardı edilen gruplardır(Özvarış, 2007, s. 8).

Geleneksel anlamda kadın sağlığı hizmetleri, bilhassa kadınların üreme çağında, özellikle sağlıklı ve güvenli doğum ile kontrasepsiyona yoğunlaşmıştır. Bu anlayış bebek ve anne ölümlerinde yükselen ve anne-çocuk sağlığı problemlerinin yoğun yaşandığı bölgeler için uygun bir yaklaşım şeklidir. Fakat geleneksel anlayışın aksine, kadın sağlığının yalnızca

doğurganlık ve üremeye ilgili sağlık durumu olmayıp, bundan çok daha fazla anlam ifade ettiğinin kavranması gereklidir (Başbakanlık, 2008).

Kadın sağlığına ilişkin sorunlar toplumların gelişmişlik seviyesine göre farklı boyutlarda yaşanıyor olsa da, tüm problemler evrensel anlamda ortaktır ve uluslararası toplum tarafından küresel seviyede değerlendirilmektedir (Başbakanlık, 2008).

### **2.2.1. Modern Tıp, Beden ve Kadın Bedeni**

Kadın bedenine dair algı ve de onun sağlığına dair tıbbileştirme konusu modern tıbbın kuruluşuyla patriarkal düşüncenin birleştiği bir noktada incelenebilir. Modern tıbbın temelindeki varsayımlar erkek bedeninden, bu bedenin sağlığından hareket etse de, tıbbileştirmenin kendisiye en çok kadınların bedenleri veya davranışları üzerinden yapılagelmiştir. Feministler özellikle de kadın bedeninin tüm gelişim dönemlerinin tıbbileştirilmesine mesela; ilk regl (menarj), periyodik regl (menstruation), doğum ile menopozun tıbbin içerisine çekilmesine yönelik eleştirilerde bulunmuşlardır. Modern tıptaki kadınların hamileliklerine veya doğumlarına ilişkin yaklaşımı; onların “sistemik klinik bakış” nesnelere durumuna getirildiğinin en iyi örneklerindedir (Gürsoy, 1996, s. 584; Özarıslan-Dikmen, 2004, s. 27). Modern tıp yolu ile kalınan hamilelikler neredeyse bir hastalık şeklinde tanımlandığı gibi, bütün doğum öncesi, sonrası süreçler de annenin ve de kadınların kendilerinden daha çok doktorların etki alanı haline dönüştü. Bu açıdan kadınlar ve de kadınların sağlığı açısından neyin gerçekten bir sağlık problemi olduğu ve de neyin olmadığı günümüzde önemli tartışma konularındandır. Dahası günümüzde kadınların çok fazla karmaşık tıbbileştirme süreçleriyle karşı karşıya olduğunu düşünürsek; bunların kadınların ruhi ve fiziki sağlıklarına etkileri de zararları da ayrıntılı olarak ele alınmalıdır. Higgs, günümüzde risklerle ilgili üretilmiş aşırı bilgiye, habere maruz kalındığını ve de bu risklerin etkilerini değerlendirebilecek bir güce sahip olmadığımızı dikkat çekmeye çalışmaktadır. Sonuçta modern tıp ve modern tıbbileştirme kavramları; biyomedikal elit tarafından uygulanmakta olan sosyal kontrol anlamında kullanılmaktadır. Bu da çok daha fazla bireyin ve hayatın tıbbi söylemin içerisine çekilmesi anlamına gelmektedir. Hasta sayısı hızla çeşitlenebilir hastalıkların da sayısında aynı biçimde artış görülebilir (Higgs, 2000, s. 667). Bu anlamda da bedene dair feminist çalışmalarına kısaca değinmek gereklidir.

Bush (2000, s.430), bedene dair feminist çalışmaların oldukça önemli bir bölümünün, kadınlığın üretimi sırasında bedene dair söylemlerin önemi üzerinde durulduğunu ifade etmektedir. Dolayısıyla bu çalışmalardaki temel çaba; kültürel söylemler aracılığı ile; kadın bedeninin ne şekilde normalleştirildiği, aynılaştırıldığı, kadınlık kavramının ideolojik açıdan nasıl betimlendiği, bunların kadın için ideal haline nasıl getirildiğini gösterebilmektir. Burada hem kültürel hem de tıbbi söylemlerin paralelliği vurgulanmaktadır. Bush (2000, s.432)'a göre tıbbi söylemler kadınlığın tanımında önemli bir role sahip olmuştur. Kadın bedenine dair egemen bir ifade olarak tıbbi söylemler; kadınlığın kültürel yapılanmasına temel oluşturmasının yanı sıra ona doğrudan veya dolaylı şekilde katkı da sağlamıştır. İngiltere'de sürdürülen servikal tarama programının aracılığı ile kadın bedeni; rahim, devletin, uzmanın ve de erkek gözlemlerin odağı olmasının yanı sıra kadınların kendilerini katılmakta zorunlu hissettikleri, bir takım sınıflardaki kadınların da "kadınlığı" yeniden yapılandıkları bir özellikte kabul edilmekteydi. Tıbbi iktidar söz konusu bu programların içine öylesine derinleşir ki, kadınlar da kendilerini ve de bedenlerini hem programların aracılığı ile hem de içinden algılamaya başladılar. Kadınların hastalıkları da risk algıları da yine aynı şekilde burada şekillenmekteydi. Sonuçta da toplumsal yaşamın her alanında kadın bedenine müdahale yapıldığı gibi, tıbbi söylemlerde de kadın bedenini "ötekileştirerek", yıkımın, bulaşmanın, tehlikenin ve özellikle de toplumun ahlaki yapısının, düzeninin tehdit eden bir unsur biçiminde yansıtılmıştır. (Köse, 2009, s.74).

### **2.2.2. Modern Tıbbın Kadın Sağlığına Yönelik Yaklaşımı**

Çalışmanın bu kısmında modern tıptaki kadın sağlığına yönelik yaklaşımları değerlendirilecektir. İlk olarak, modern tıbbi araştırmalar sırasında kadınların konumu değerlendirilecektir. Daha sonrasında modern tıbbi kurumlardan yararlanan kadınların yaşadıklarından kısaca bahsedilecektir. Kadınların sağlığına dair modern tıbbın seçiciliği, özellikle de jinekoloji ile kadın doğum örnekleri üzerinden ele alınacaktır. Modern tıp çerçevesinden kadının hangi sağlık problemlerinin ön plana çekildiğini göstermesi, aynı zamanda da kadın doğum bölümlerinden kadınların da ebelerin de nasıl dışlandığının anlaşılabilmesi açısından bu iki alanda önemlidir. Bu hem de modern tıptaki kadın sağlığına yönelik algıyı ve kadın sağlığının tarih içerisinde geliştiği ideolojik alanın görülmesine de katkı sağlayabilir.

Feminist araştırmacıların vurguda bulunduğu önemli noktalardan birisi de, modern tıp içinde yapılan birçok çalışmada kadınların sağlık durumlarının nasıl dışlandığı noktasıdır. Temelde erkek sağlıklarının konu edildiği bu çalışmalarda, kadın sağlığı kimi zaman tümü ile görmezden gelinmiş kimi zamanda erkeklerin aracılığı ile yapılan tahminler seviyesinde bırakılmıştır. Amerika'da 1980'lerde gerçekleştirilen aspirinin insanın sağlığı üzerindeki etkisini ölçmeye çalışan araştırmalar, kadınların modern tıp araştırmalarından dışlanmalarının en önde gelen örneklerindendir.

Barbara Katz Rothman ve Mary Beth Caschetta (1985), Margaret L. Andersen (1997) bu araştırmanın denek grubunun bütününe erkeklerden oluşturulduğunu ifade etmektedir. Amerikan Halk Sağlığı Servisi, 1980'lerin ortalarında yayımlamış olduğu raporda kadın sağlığına dair yeterli veri olmadığına ve de bu durumun onların sağlık gereksinimlerini anlamayı nasıl zorlaştırdığına vurgu yapmaktaydı. Kadınların modern tıptaki araştırmaların dışında tutulması raporda da belirtildiği gibi neredeyse kurumsallaşma göstermiştir. Çok ilginç şekilde, modern tıptaki ilk devirlerde, yani yirminci yüzyıl başlarında ve de bu yüzyılın önemli bir kısmında tıbbi kararların büyük bir kısmı bu türden çalışmalara dayalıydı. Bu durumda, kadın sağlığına yönelik uygulamaların, teorikteki temelleri, uzun bir dönem erkekler üzerinde yapılan çalışmalara dayandığı görülür. Bu çalışmalarda ele alınan nüfus yalnızca erkeklere ve de beyaz insanlara ait sağlık durumu şeklindeydi. Bu yüzden de aspirin araştırması sonucuna dayalı olarak ileri sürülen; günde bir aspirin kullanmanın kalp sağlığı açısından iyi geldiğine dayalı önerme de yalnızca erkekler için doğrulanabildiği gözlenmiştir. Kadınlarda kalp hastalığı yüksek bir ölüm sebebi oluşturmasına karşın, aspirinin kadın sağlığı üzerinde meydana getirdiği etkileri ve de sonuçları hiç araştırılmamıştır. Ayrıca, depresyonu gidermek için oluşturulan ilaçların da büyük bir bölümünün belirlenen günlük kullanım miktarı aynı biçimde yine erkeklerin üzerinden hesaplandığı görülmüştür. Aslında erkekler açısından uygun olan herhangi bir doz kadınlarda problemler oluşturabildiği görülür. Kadınlardaki hormon dengeleri veya adet döngüleri bu önerilen dozların fazla gelmesine sebep olabiliyordu. Ayrıca, modern tıbbın AIDS'e (Acquired Immune Deficiency Syndrome/Human Immunodeficiency Virus) yönelik yaklaşımları daha başlangıçtan beri kadınların aleyhine olduğu anlaşılmaktadır. Amerika'da özellikle de kimi bölgelerdeki kadınların ölümünden AIDS/ HIV sorumluyken, buna dair resmi kayıtlar dikkate alınarak ama yine de erkekler üzerinden değerlendirilmiştir. Kadınların AIDS/HIV'e

yakalanmalarında yaşam şartlarının etkisiyse hemen hemen bütünüyle göz ardı edilmiştir (Andersen, 1997, s. 66).

Modern tıp içinde yapılan araştırmalarda kadınların dışlanması, yalnızca kadın sağlığını anlamayı engellemiyor aynı zamanda da kadınların fiziksel ve psikolojik sağlıklarının içinde şekillendiği sosyal koşulların değerlendirilmesini de zorlaştırmaktadır. Örneğin; bu türden araştırmalarda kadın sağlığında temel belirleyiciler olan; sınıf, toplumsal cinsiyet, ırk veya etnik yapı göz ardı edilebildiği görölmektedir. (Andersen, 1997, s. 187). Kadınların sağlıkları ile ilgili çalışmaların oldukça önemli bir kısmının erkekler tarafından gerçekleştirilmesi modern tıp içinde yapılan araştırmalar sırasında kadınların dışlanmasının sebeplerinden birini oluşturmuştur.

Modern tıp yakın zamanlara kadar ırk ya da toplumsal cinsiyet gibi insanlar arasındaki farklılıkları göz ardı etmiştir. Oysa geriye döndüğümüzde, on dokuzuncu yüzyıl sonu ile yirminci yüzyılın başlarında Batı'da hastalanmanın sınıfla olan bağlantısı özellikle kadınların çerçevesinden değerlendirildiğinde açık bir şekilde görölebilmektedir. Söz konusu dönemlerde üst sınıf kadınların arasında, hastalıklar neredeyse makbul gibi görölmüştür. İnce ve de kırılğan olarak ifade edilen bu kadınların aynı zamanda da bir sosyal statü temsil ettikleri görölr. Çalışmak zorunda olmamaları, çocuklarına, kocalarına olan ilgi ve sevgileri hiçbir paranın sağlayamadığı bir statüyü de böylece eşlerine kazandırmıştır. Bu dönem işçi sınıf kadınları ise, kendi evlerinin, bu üst sınıftaki kadınların evlerinin işlerini üstlenmek ya da fabrika veya tarımda çalışmak zorunluluğunda olmuştur. Bahse konu zaman diliminde hasta veya yorgun olabilen bu kadınların sağlıklarına ayıracak ne zamanları ne de paraları vardır. İşçi sınıfındaki kadınlar için, güçlü ve de sağlıklı olduğu düşünçesi hâkimdir (Caschetta ve Rothman 1985, s. 70). Modern tıp ile kadın sağlığı kapsamında sınıfla olan ilgisi de belki burada anlam kazanabilir. Modern tıpta yakın zamana değin cinsiyet ve ırk farklılıklarına dikkat edilmemekle birlikte, değinildiği zamanlarda da söz konusu olan "kadın" her daim beyaz, orta sınıftan kadınlardır (Caschetta ve Rothman, 1985, s. 67). Dolayısıyla da modern tıptaki "hasta kadın" kavramı temelde sınıfsal niteliğe dayanmaktadır.

Modern tıp çerçevesinde kadınların yaşadıklarına bakılırsa, sağlık bakım hizmetini almada karşılaştıkları problemler hemen göze çarpmaktadır. Kadınlar hem sağlık hizmetine ulaşırken hem de yeterli tedavi hizmetinden faydalanma sırasında erkeklere



oranla daha fazla problemle karşılaşmaktadır. Kadınlarda kalp hastalıkları ve akciğer kanseri vakaları buna en iyi örneklerdendir. Her yıl küçümsenmeyecek sayıdaki kadının kalp hastalıklarına yakalanarak ölmesine karşın, yine de kalp problemleri yaşayan kadınların büyük bir kısmı gerekli tedaviyi alamamaktadır. Pek çok kadındaki kalp hastalığına dair belirtiler açıkça kalp krizinin habercisi olsa dahi tıbbi kurumlarca yeterli ilgi gösterilmemektedir. Kadınlarda görülen akciğer kanseri de yine benzer bir şekilde geri plana itilmektedir (Özsan, 2007, s. 63).

Diğer taraftan da, modern tıp açısından kadın, üzerinde ekstradan özel olarak çalışılabilir konu veya nesne durumundadır. Fakat modern tıptaki kadınlara yönelik bu ilgi de seçici bir yaklaşımdadır (Coşkun ve Özdilek, 2012, s. 31). Modern tıpta kadınlar doğru düzgün tedavi edilme de, kadınların üremesi ve cinsel organlarıyla fazlasıyla ilgilenilmiştir. Dolayısıyla kadınların vücutları modern sistemle etkileşim kurdukları andan itibaren tıbbi uzmanlarca temelde çok bölünmelere maruz kalmıştır. Kadınların bedenlerine dair bu seçici ilgi ve bölünmeyi çokça görebileceğimiz alanlar kadın doğum ve jinekolojidir (Akın, 2007, s. 3).

Jinekolojinin 19. yüzyılın ortalarında yaptığı uygulamalardan birisi de kadınların cinselliklerini bastırıp bedenlerinin üzerinde sosyal kontrollerini sağlayabilmelerine zemin hazırlamasıdır. Farklı bir ifadeyle, jinekoloji bu yüzyıl içinde kadınların cinsel hayatı ve cinsel sağlıklarının üzerinden bir çeşit iktidar mekanizması oluşturmuştur (Bush, 2000, s. 432). Kadın hastalıklarıyla ilgili bilim olarak jinekoloji; özellikle de kadının cinsel organını etkileyen hastalıkları ele almıştır. Modern tıbbın türlü gerekçeler bulabileceği bu ilgi, oldukça ilginç bir şekilde kadınlardaki diğer sağlık problemlerine yönelik değildir. Modern tıbbın kadınlara yaklaşımı öyle seçicidir ki, kadınlarda romatizmal hastalıklar, tiroit (troid) hastalıkları, şeker hastalığı (diyabet), kemik erimesi (osteoporoz), ve çoğunlukla kadınlarda rastlanılan depresyon uzunca bir zaman görmezlikten gelinmiştir. Kadınlarda, ait olunan sınıfa, ırka veya etnik yapıya dayalı olarak artan pek çok hastalık üzerinde çalışılmadığı görülmüştür. Bu çalışmada yer verilecek temel tezlerden birisi de şu olacak Sosyal bilimlerin veya feminist çalışmalarının kadınların sağlıklarına ya da sağlık tarihine dair ilgilerinin azlığı, yine modern tıptaki kadınların sağlıklarına olan ilgisizliği ile benzer bir nitelik taşımaktadır. Ayrıca, sosyal bilimlerdeki, feminist çalışmalarındaki bu kadınların sağlığına dair

ilgisizlikte, modern tıbbın direk veya dolaylı bir şekilde etkisi de mümkün görülmektedir (Caschetta ve Rothman, 1985, s. 69).

Kadın doğumcuların kadına yönelik tıbbi bakımına temelde hamilelik süreci ve doğumla sınırlı kalmıştır. Ancak, kadın doğum alanının tarihini incelersek; bugün kadın doğumcu olan doktorların sorumlu oldukları bu iş, uzunca bir süre ebeler tarafından yapılagelmiştir. Vern Bllough (1966), modern tıbbın kuruluşuna yer verdiği çalışmada, ortaçağdan itibaren ebelerin ve doktorların arasında devam eden mücadeleden bahseder. Ona göre; tıbbın profesyonel anlamda oluşumu doktorların üniversitenin içerisinde yer alması ile apayrı bir boyuta ulaşmıştır. Ebeler ortaçağda doktorların ulaşamayacakları bir konumda işlerini yapmaktaydı. Ebelik kavramı, niteliği ne olursa olsun, tıp alanının ilgisi dışındaydı. Hamileliğin ve de doğumun tıbbi şekilde tanımlanması sonrasında bu alan doktorların da ilgisini çekmiştir. Farklı bir ifade ile, bu alanlar tıbben tanımlanana kadar ebeler tarafından yapılanlar tıbbın ilgisini çekememiştir.

Tıbbın, doğum hadisesini tıbbi bir alan olarak değerlendirmesi on dokuzuncu yüzyılın başlarına dayanmaktadır. Doğumun tıbbi bir kavram olarak tanımlanması bir açıdan da çocuk sahibi olmanın ve doğumun anlamını da etkilemiştir. Doğumun tıp alanına çekilmesi ile beraber, doğumun dine ve aileye ilişkin anlamları ikinci plana atılmıştır. Bu durum da aynı şekilde doğumun güvenli yollarla yaptırılması konusunu gündeme taşımıştır. Daha öncelerde bu işle ilgilenenlerin yani ebelerin dışta bırakılması da böylelikle meşruiyet kazanmış oluyordu. İlginç olan; ebelerle doktorların kadına ve doğuma yönelik bakışlarının farklı oluşuydu. Bullough ve Bullough (1979), doktorların ve ebelerin farklı işler yaptıklarını vurgulamaktadır. Ebeler doğumu; kadınların hayatının daha genişçe bir bağlamında ele alıyorlardı ve esasında kadına doğumu nasıl yapacağını öğretiyordu. Dolayısıyla ebenin kadını annelik devresine hazırlayan, öğretene çok daha genel ve de geniş bir rolü olduğu savunulabilir. Doktorların işi ve ilgisiyse daha belli bir noktada yani sadece doğumu yaptırmaya dairdi. Yazarlara göre, buradan çıkarılacak sonuç; bu konudaki yer değiştirmenin “bilimsel bir ilerlemenin” de ötesinde açık bir yarış ve dışlama olduğudur.

### **2.2.3. Kadınların Sağlık Sorunları**

Kadınların sağlık sorunları özellikle kadınların yaşadıkları yaygın sağlık sorunlarıdır. Bahse konu sağlık sorunlarının başında cinsel yolla bulaşan hastalıklar, erken gebelikler, meme ve serviks kanseri gibi yaygın kadın kanserleri, anne ve bebek ölümler, osteopoz ve menopoz gibi sağlık sorunları gelmektedir. Çalışmanın bu kısmında bahse konu sağlık sorunları hakkında detaylı inceleme yapılacaktır.

#### **2.2.3.1. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar**

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) genellikle cinsel ilişkiyle bulaşan, kadınların anatomik özellikleri dolayısıyla erkeklerden daha çok etkileyen bir hastalık türüdür (Kaya vd., 2001, s. 2). 30'dan fazla bakteri, virüs ve parazit cinsel temas ile bulaşabilmektedir. Bu patojenlerden sekiz tanesi ise cinsel yolla bulaşma konusunda en fazla görülen örneklerdir. Bahse konu 8 patojenden sifiliz (frengi), gonore, klamidy ve trikomonyazis tedavi edilebilmektedir. Ancak, hepatit B, herpes simplex virüsü (HSV), Human İm(HIV) ve Human Papilloma Virus (HPV) tedavi edilememektedir (Torgovnik, 2016). CYBH'ler çoğunlukla, başlangıçta asemptomatiktir bundan dolayı da tanı konulması sırasında gecikmeler yaşanabilmektedir. Ayrıca, mahremiyete zarar verebilmesi veya toplumsal damgalanma korkusundan dolayı hastalık tanısında gecikme yaşanmasına ve de sağlık hizmetlerinden yeteri kadar yararlanmamaya neden olabilmektedirler. Tanı ve tedavide geç kalınması, üreme sistemiyle ilgili çok ağır rahatsızlıklara (infertilite, pelvik inflamatuvar hastalık, kanser vb. gibi) sebebiyet verebilmektedir (Kaya vd., 2001, s.4). Örneğin, Human Papilloma Virüs (HPV) ve Genital Herpes Simplex Tip II (HSV Tip II) çiftlerin öncelikle de kadınların cinsel hayatlarını belirgin biçimde olumsuz olarak etki etmektedir. Çünkü çiftler, HPV ve HSV Tip II vücutta sebep olduğu siğillere ve genital uçuklara bağlı olan bulaştırma korkusu, ağrı, suçluluk veya utanma duygusu dolayısıyla cinsel ve sosyal açıdan kendilerini izole edebilmektedir. Newton ve de arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, CYBH'si olanların, hastalıklarının cinsel algılarını (cazibe kaybı ve çekicilik gibi) ve cinsel görünüşlerini (çirkinlik hissi gibi) bozduğunu belirtmişlerdir (McCabe ve Newton, 2008, s. 188).

CYBH'ler kadının kendisine olan güven duygusunda azalma oluşturarak öfke, anksiyete veya depresyona sebebiyet verebilmektedir (Brentjens vd., 2003, s. 855). Brentjens ve

arkadaşları da çalışmaları sırasında, kadınlarda tekrarlayan HSV Tip II'nin anksiyeteye sebep olduğu, kendisine olan güveni kaybettiği, cinsel veya eşle dokunsal temaslar sırasında gerginliğe sebep olduğu ayrıca başkalarına da hastalığı bulaştırmaktan korktuklarından cinsel ilişkide çekimser davrandıklarını tespit etmişlerdir (Brentjens vd.,2003, s. 858). Benzer biçimde HPV'de kadınların, genital siğillerle ilgili; iyileşip iyileşemeyeceklerine dair kaygıları, cinsel ilişkilerinde etkilenip etkilenmeyeceği korkuları, günlük yaşama etkisinin ne olacağı, siğillerin gittikçe kötüleşip kötüleşmeyeceğine dair endişeleri yaşam kalitelerini de etkilemektedir (Woodhall vd., 2008, s. 163).

Bir başka cinsel yol ile bulaşan hastalıksa HIV/AIDS'dir. HIV/AIDS'in toplum içinde kadınlar arasında erkeklere oranla daha hızlı şekilde yayıldığı bilinmektedir. Bunun nedeni olarak; toplumsal cinsiyet eşitsizliğidir (Çokar vd., 2008, s.97). HIV/AIDS toplum içinde özel bir yere sahip olan bir tıbbi hastalıktır. Ortaya çıktığı günlerden bu günlere kadar HIV/AIDS sosyal, insan hakları, ekonomik ve ayrımcılık konularına temas eden olgu haline gelmiştir. Tüm dünyayı, milyonlarca kişiyi ilgilendiren bir hastalık olan "Human Immunodeficiency Virus-İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü" nün kısaltması HIV'dir. AIDS ise "Acquired Immunodeficiency Syndrome" (Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu) kelimelerinin kısaltılmış halidir. HIV insan bedenine girdikten sonra kendine hedeflediği hücreleri kullanır yani kopyalar ve çoğaltır. HIV, tedavi edilemezse bağışıklık sisteminin çökmesine sebep olmaktadır. HIV günümüzde etkili bir şekilde kullanılan ilaçlarla tedavi edilmez ise bağışıklık sisteminin olağan bir şekilde çalışmasına engel olmaya başlamaktadır. Bu açıdan da HIV ve AIDS'in aynı olmadığı gerçeğiyle karşılaşmaktayız. HIV virüsüyle enfekte olmuş fakat AIDS aşamasında olmayan bireyler "HIV pozitif" terimiyle nitelendirilirken HIV taşıyan bireylerin gerekli tedaviyi alamaması veya tedaviye ulaşamaması gibi durumlarda bağışıklık sisteminin çökmesiyle oluşan hastalıkların tamamına AIDS denilmektedir. HIV'ın pozitif olması durumuyla AIDS olmak aynı anlamı karşılamamaktadır. HIV Pozitif bireyler gerekli tedavileri gördükleri veya tedaviye ulaştıkları zaman AIDS aşamasına gelmeden sağlıklı hayatlarına devam edebilirler (Bahar vd., 2015, s.22-23).

### 2.2.3.2. Erken gebelikler

Dünyadaki adölesan nüfusu günden güne artmakta ve her yıl bir milyar daha artmaktadır. Her 1000 adölesandan 60'ı bu grupta yer alıp anne olmaktadır. Ayrıca dünya üzerindeki yaklaşık bütün doğumların onda birine denk gelen 17 milyon kadar bebek adölesan bir anneden dünyaya gelmektedir (Bordin ve Caputo, 2007, s. 3).

Erken yaşta yaşanan gebeliklerin hem kısa hem de uzun vadeli türlü olumsuz sağlık sonuçlarına sebebiyet verdiği tespit edilmiştir. Dünyanın birçok ülkesinde önemli derecede morbidite ve mortalite sebebi olarak görülen bu tür erken gebeliklerin önlenmesine yönelik programlar yapılmaktadır. Kadınların sosyal, bedensel ve ruhsal açıdan gelişimlerini tamamlamadan gebe kalmaları durumunda gerek anneler gerek de bebekler olumsuz etkilenmektedirler. Bu sebeple, erken gebelik önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Psikososyal risk etmenleri bakımından, bakım olgusu önemli bir noktadır (Kahraman, 2009, s. 41).

Erken yaşlarda çocuk edinmek hem anneler, hem de bebekleri için yüksek riskler barındırmaktadır. Ergen kadınlar fizyolojik olarak bir bebek doğurmaya uygun olmadığından yirmili yaşlardaki kadınlardan daha çok ana ölüm ihtimali, gebelik veya doğum komplikasyonları yaşamaktadırlar (Başer, 2000, s. 52). Ayrıca ülkemizde kadınların statüsünün düşük olduğu da herkesin malumudur. Erken evlilikler yüzünden kadınların eğitim alma, üretime katılma hakları da çoğunlukla yok olmaktadır. Erken yaşta gerçekleştirilen evliliklerde aile içindeki şiddet olgularıyla da daha sıkça karşılaşmaktadır (Kavlak ve Şen, 2011, s. 36).

Adölesan doğurganlık, sosyal ve sağlık açısından sonuçlarına dikkat edildiğinde önemli bir problem olarak meydana gelmektedir. Adölesan anneliklerde, demografik, sosyal açılardan pek çok olumsuz etkiler görülmektedir. Erken yaşlarda çocuk sahibi olmuş annelerin çocuklarında yüksek derecede ölüm ve hastalık riski olmaktadır. Adölesan annenin, özellikle de 18'den gençse, daha ileri yaşlarında anne olan kadınlarla kıyaslandığında, düşük ya da ölü doğumlar yapması ya da anne ölümlülüğü riski çok daha olası gözükmektedir. Ayrıca, kadınların bu dönemde anne olmalarının kendilerinin eğitimini sürdürememesi ve de iş imkânlarından yararlanamaması gibi başka birçok olumsuz sonucu da vardır (TNSA, 2009, s. 73).

Adölesan döneminde olan genç kızlarda doğum için gereken fiziksel hazırlık olmadığı gibi, annenin ölüm riski de bu yaştakiler için 20 yaşlarındakilere göre daha muhtemeldir (Yavuzer, 1998, s. 287). Genç anneler için, gebelikler, ebeveynlik veya kişilerarası yoğun etkileşimler kısa ancak kritik bir gelişimsel dönemdir. Ergen yaştaki anneler de samimi ilişkilerin oluşturulması, kimlik gelişimi ve de soyut düşüncelerin birleştirilmesini de içine alan birçok yeni öğrenmelerle yüz yüze kalmaktadır (Whitman, 2001, s. 70). Adölesan gebeler ele alındığında, gebelik veya doğuma bağlı negatif durumların daha sık görüldüğü gözlenmektedir. Buna bağlı olarak; adölesan gebelikler yüksek riskli gebelikler olarak değerlendirilmektedir (Kavlak ve Şen, 2011, s. 38)

### **2.2.3.3. Kadın kanserleri**

Dünyada 2016 yılı içerisinde kadınlarda en çok tanı konmuş olan kanser çeşidi meme kanseri olarak bilinmektedir (American Cancer Society 2016 Cancer Facts & Figures 2016). Türkiye’de de Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı 2014 verilerinde yine meme kanserinin kadınlarda en çok görülen kanser çeşidi olduğu görülür (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Meme kanserinin tedavisi sırasında cerrahi tedavi, radyoterapi, kemoterapi, biyolojik ajanlar ile hormon tedavi gibi yöntemlere başvurulmaktadır (Kaymakçı 2010, s. 978). Meme kanseri tedavisi sırasında kullanılan cerrahi yöntemle memenin bir bölümünün veya tümünün alınması hastaların yaşadığı ruhsal sorunları daha karmaşık bir duruma sokmaktadır. Hastalığın tekrarlama olasılığı, ölüm, kadınlık değişimi, beden algısının bozulması, cinsellik veya çekiciliğin kaybıyla ilgili endişe ve korkular tanı ve tedavi sonrasında hatta yıllar geçse bile devam edebilmektedir (Reich vd., 2008; Akyolcu, 2008, s. 75, s. 14). Meme kanserine cerrahi tedavide bulunulması sonucunda kadının fiziki görünümünün değişmesi, bozulması onun beden algısını da değiştirmekte bu değişiklik benlik saygısına bir tehdit olarak görülebilmektedir. Bu durum sıklıkla cinsel problemlerle beraber eşler arası uyumda da sorunlara sebep olabilmektedir (Gümüş 2006, s. 11; Çavdar 2006, s. 54; Uzun ve Uçar 2008, s. 164).

Tüm dünya üzerinde, yılda 400.000’inden fazla serviks kanseri (rahim ağzı kanseri) vakasıyla karşılaşmakta ve de her yıl yaklaşık olarak 250.000 hastanın serviks kanserinden öldüğü bilinmektedir (Tekbaş, 2014, s. 25). Serviks kanseri, dünya üzerinde

iki dakikada bir kadının ölümüne sebep olan ve de meme kanserinden sonra en çok görülen ikinci kanser türüdür. Gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalarda kadın kanserlerinin yüzde 3,6'sını oluştururken gelişmemiş ülkelerdeyse yüzde 15'lik bir paya sahiptir (Ege, 2014, s. 34). En çok 50–59 yaşlarında görülmekle beraber, ülkemiz şartlarında invaziv serviks kanserlerine yüzde 65'lik kısmı, 40 ile 60 yaşları arasında rastlanılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

#### **2.2.3.4. Anne ve bebek ölümleri**

Anne ölüm sayısı, kadının statüsü ile sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılan önemli birer sağlık göstergeleridir. Dünya sağlık örgütü Uluslararası Hastalık Sınıflaması (International Classification of Diseases (ICD10) içerisinde anne ölümünü aşağıdaki şekilde tanımlamıştır (WHO, 2012; Fortney, 1990, s. 246):

*Bir kadının gebelik sırasında, doğumda veya gebeliğin sonlanmasından sonra geçen 42 günde, gebeliğin süresine de yerine de bakılmadan, gebelik durumuna ya da gebelik sürecine bağlı olarak (doğrudan) veya bunların şiddetlendirdiği (dolaylı) fakat tesadüfi olmayan sebeplerden kaynaklı ölüm.*

Dünyada 2013'de yaklaşık 289.000 anne ölümünün gerçekleştiği düşünülmektedir. Dünya çapında 1990-2013 yılları arası anne ölümleri (MMR), yüzde 45 oranında azalma göstererek yüz binde 400'den 230'a kadar gerilemiştir. Binyıl Kalkınma Hedeflerine (Millennium Development Goals (MDG)), göreyse anne ölüm oranlarının her yıl yüzde 5,5 azaltılması hedeflenmiş olsa da azalmanın yılda yüzde 2,6 oranında gerçekleştirilebildiği görülmektedir. 3,4 Azalmanın hedeflenen seviyede olmamasının sebeplerinden birisi de gelişmekte olan ülkelerdeki anne ölümlerinin hala çok yüksek seviyelerde devam etmesidir. Gelişmiş ülkelerdeki anne ölüm oranı 2013'te ortalama yüz binde 16 (1990 yılında 26) ve gelişmekte olanlardaysa ortalama yüz binde 230 olarak ölçülmektedir (1990 yılında yüz binde 380'dir). Gelişmekte olan ülkelerdeki anne ölüm oranlarının gelişmiş ülkelere kıyasla yaklaşık 15 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Anne ölümleri dikkate alındığında yüzde 62'si Sahra altı Afrika'da ve yüzde 24'ü Güney Asya'da gerçekleştiği görülmektedir (WHO, 2014).

Anne ölümlerinin sebepleri irdelendiğinde, gebelik süresinde, doğum sırasında veya sonrasında gerçekleşen ölümlerin önemli bir bölümünün aslında önlenbilir olduğu tespit edilmektedir. Fakat, gelişmekte olan ülkelerdeki birçok kadın önlenbilir sebeplerden yaşamlarını kaybetmektedirler (İsmet vd., 2005). Birleşmiş Milletler tarafından

belirlenmiş olan Binyıl Kalkınma Hedeflerinden (MDG) üçüncüsü dünyadaki anne ölüm oranlarının azaltılması şeklindedir. Bu hedefle “1990-2015 yılları arasında gerçekleşen anne ölümlerinin dünya üzerinde dörtte üç oranında azaltılmasına” yer verilmektedir (Arifeen vd., 2014, s. 1367; WHO, 2015a; WHO 2015b). 2015 yılında anne ölümlerinin belirlenen derecede düşürülememesinin yanı sıra hala dünyada en önde gelen halk sağlığı problemlerinden birisi olmaya devam etmesi sebebiyle müdahalelerin de devam etmesi gerekli görülmektedir. Bu sebeple de Bin Yıl Kalkınma Hedefleri'nin devamı niteliğindeki Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) içerisinde bulunan sağlık hedefinde (Hedef 3: Sağlıklı Hayatların Güvence Altına Alınıp, Her Yaşta İyilik Halinin Geliştirilmesi) ana başlıkları arasında bulunmaktadır. 9 SKH içinde bulunan anne ölümlerini sonlandırmaya yönelik hedefte (Hedef 3.1): “Dünya'daki anne ölümlerinin 2030 yılına değin yüz binde 70'e düşürülmesi” de yer alır.10 Küresel hedefe ulaşmak amacıyla, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA), Dünya Bankası (DB) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) gibi Birleşmiş Milletler Kuruluşları ve uluslararası kuruluşlar tarafından da anne ölümlerine öncelik verilmektedir. Bu kuruluşlar dünyada anne ölümlerinin azaltılabilmesi amacıyla birçok ortak program ve çalışma yapmaktadırlar (Özcebe ve Shayan, 2017, s. 224).

### **2.2.3.5. Osteoporoz**

Dünya Sağlık Örgütü osteoporozu (OP) düşük kemik kütlelerine bağlı olarak kırılma riski olarak tanımlamaktadır (WHO, 1994). Osteoporoz, kemiklerin kütlelerinde meydana gelen azalma ve de kemik kırılabilirliğinde yaşanan artışla başlayan metabolik bir kemik hastalığı diye tanımlanır. Bu hastalık özellikle de kalça kırıklarında artış yaşanmış morbidite, mortalite ile sonuçlanır. Ortalama yaşam süresindeki artış, yaşlı nüfusun çoğalması, sedanter hayat tarzı ile düzensiz beslenme vb. dışında da birçok hastalık veya ilaç kullanımı osteoporozla eğilimi arttırmaktadır (Suzuki ve Hayakawa, 2014, s. 1661).

Osteoporoz maliyeti yüksek olan hastalıklardandır. Hastanede geçirilen günler çerçevesinden osteoporoz, sağlık sistemleri üzerinde inme, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, meme kanseri ve myokard infarktüsü gibi birçok majör hastalığa oranla daha çok maliyet yüküne sebep olur (Lips, 2003, s. 5). Tedavi maliyetlerinin her geçen gün arttığı görülmektedir (WSHD, 2006, s. 8). Bu sebeple de özellikle risk grubuna giren hastaları korumak amacıyla toplum taramaları ve yeterli bilgilendirmeler yapılması



gereklidir. Dünyada da Türkiye’de de osteoporoz farkındalığı veya algısıyla ilgili çok sayıda çalışma yapılmıştır (Winzenberger vd., 2003; Drozdowska vd, 2004; Juby ve Davis, 2004; Aksu vd., 2005; Matthews vd., 2006; Şahin vd., 2013; Nunu-Solis vd., 2014, s. Kurt vd., 2015). Fakat Türkiye’de özellikle de riskli gruplar söz konusuysa farkındalık veya algıyı arttırmak amaçlı çok az sayıda bilgilendirmeye rastlanılmaktadır.

Kurt vd. (2015) Türkiye’ de kırsal bölgede yaşamakta olan risk grubundaki hastaların osteoporoz konusundaki farkındalığının eğitim düzeyiyle doğru, yaşla ters orantılı olduğunu belirtmektedirler. Bu açıdan yazarlar mortalite, morbidite ve tedavi maliyetlerinin azaltılabilmesi için söz konusu gruptaki hastaların doğru bilgilendirilmesi ve de düzenli kontrollere gelmelerinin sağlanması amacıyla daha çok bilgilendirmenin yapılmasını önermişlerdir.

#### **2.2.3.6. Menopoz**

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) menopoz tanımı “over aktivite kaybı dolayısıyla menstrüasyonun son bulması”dır (Şahin, 1998, s. 11; Varma vd., 2005, s. 109). DSÖ tarafından yapılan bu tanımlamada, menopoz öncesindeki 2-6 yıla premenopozal dönem, son adetten sonraki 12 aylık süreye ise perimenopozal dönem ve sonrasındaki 6-8 yıllık süreye ise postmenopozal dönem adı verilir. Tüm bu dönemleri kapsayan yaşamın dilimine de klimakterium dönemi adı verilir (Şahin, 1998, s. 12). Yaş dönümü adı verilen klimakterium, kadının hayat döngüsünde üreme devresinden, üreme sonrasındaki devreye geçişini göstermekte olan bir evredir ve 40’lı yaşlarda başlar ve de 20 yıl kadar sürmektedir (Tuna, 2005, s. 25).

Dünyada kadınların yaşam sürelerinin uzamasıyla menopoza giren kadınların sayısı hızla artış göstermekte ve de 2030 yılında da bu sayının 1,2 milyara kadar çıkacağı öngörülmektedir (Saka vd., 2005, s. 79). Gelişmiş bir ülkede genellikle her kadın klimakterium dönemine ulaşabilmekte ve de yaşamın yaklaşık 1/3’ini klimakterium döneminde yaşamaktadır (Eroğlu ve Ergöl, 2001, s. 53). Benzer biçimde gelişmiş ülkelerdeki kadınların ortalama yaşamı süresi takriben 80 yıldır, bunun yüzde 40’ı (33 yılı) menopoz dönemi olarak yaşanmaktadır (Sağlam ve Koç, 2008, s. 101).

Kadın yaşam döngüsünde en önemli değişikliklerden birisi olan menopoz; öncesindeki reproduktif dönemin bitmesiyle birlikte karakterize meydana gelen fizyolojik bir olay

olarak bilinmektedir. Overyan foliküllerin tükenip overin hormonal aktivitesinin kaybetmesiyle menstruasyonun kesin şekilde sonlanmasını belirten menopoz kavramının kökü, Eski Yunan dilindeki “men” (ay) ve “pausis” (sonlanma) kelimelerinden gelmektedir ve ilk kez Fransa Paris’te Gardanne (1816) tarafından “La Menespausis” şeklinde kullanılmıştır. Herhangi bir sebepten bağımsız şekilde son menstruasyon kanamasının devamındaki 12 ay boyunca amenore görülmesi gerektiği için retrospektif bir teşhistir (Özerdoğan ve Ceylan, 2014; Bien vd., 2015; Wright ve Baber, 2017). Başlangıç dönemi göz önüne alınarak menopoz çeşitlerine aşağıdaki paragraflarda yer verilmiştir.

**Erken Menopoz:** Son menstrual dönemin 40 yaşından önce görülmesi ya da referans alınan herhangi bir toplumun ortalaması alınan menopoz yaşından 2 standart sapmanın daha erken görülmesidir. 40 yaşın altındaki kadınların sadece yüzde 1’ini etkilediği tespit edilmiştir. Primer ya da menarştan kısa bir zaman sonra görülmekte olan oligomenore, sekonder amenore, estradiol yetmezliği ve de tüm buna bağlı yükselen serum FSH seviyesi nedeniyle görülmekte olan vazomotor semptomlar gibi belirtilerle görülmektedir. Genetik, sitogenetik, iatrojenik, metabolik, immünolojik, idiopatik, toksik nedenlerle cerrahi, enfeksiyonlar, ilaçlar ve de sigara erken menopozda etken faktörler olarak sayılabilir. Erken menopoz kısa süreli olarak, vazomotor semptomlar, vaginal kurulukla disparoni, inkontinans, şişmanlık, bilişsel ve psikolojik sorunlar; uzun süreliyse infertilite, osteoporoz, erken ölüm, KVH ve inme gibi sonuçların oluşmasına sebep olmaktadır (Özerdoğan ve Ceylan, 2014; Agarwal ve Dalal, 2018).

**Normal Menopoz:** Son menstrual dönemin 45–55 yaş aralığında yaşanmasıdır (Pasinoğlu ve Çelik, 2013).

**Geç Menopoz:** 55 yaşını doldurmuş olmasına rağmen menstrual döngünün devam etmesi şeklinde bilinmektedir. Yüksek BMI, multiparite, düşük fiziksel aktivite, oral kontraseptif kullanımı, ilk gebeliğin oldukça ileri yaşlarda gerçekleşmesi, yüksek sosyo-ekonomik veya sosyo-kültürel statünün vb. faktörlerin geç menopozla ilişkisi olduğu bilinmektedir. Geç menopoz hem meme hem de endometrial kanser riskinde artışlara da sebep olan bir etkidir (Nisar vd., 2012; Özerdoğan ve Ceylan, 2014).

#### **2.2.4. Kadın Sağlığı Ölçütleri**

Ülkelerin gelişmişlik seviyeleri değerlendirilirken anne ölümü, bebek ölümü, aşılama oranları, üreme sağlığı gibi veriler ilk etapta ele alınır ki burada da kadınların yüklendiği yoksunluklarla karşılaştıkları sağlık risklerindeki önem kendini göstermektedir. Bunun farkındalığına varmış ülkeler de sivil toplum kuruluşları da gelişme hedeflerinin içerisinde kadın yoksunluğu ile sağlığı kavramları konularına da yer ayırmışlardır. Milenyum Gelişme Hedeflerinde kadın sağlığıyla doğrudan veya dolaylı ilişkide olan konular incelenmiştir. Sağlıkla ilişkili olan hedefler içerisinde anne ölüm oranının, 5 yaş altı ölüm oranının azaltılmasıyla birlikte sağlık personelinin kontrolünde gerçekleştirilebilen doğum sayısı, aile planlaması, doğum öncesinde bakım konularına da yer verilmektedir (Kocabacak, 2014, s. 152).

##### **2.2.4.1. Doğurganlık ve ana sağlığı**

Anne sağlığı hizmetlerinin varlığı toplumda kimi göstergeler üzerinden değerlendirilmeye tabi tutulup takip edilmektedir (WHO Regional Office for Europe, 2001). Tüm bu toplumsal göstergelere Tablo 2.1’de yer verilmiştir. Bu göstergelerin sağlık hizmetleriyle ilişkileriyle ülkelerdeki durumları tabloda gösterildiği gibidir (Yavuz ve Etiler, 2004: 288).

Bir toplumdaki doğurganlığın en önde gelen göstergelerinden birisi sayılan genel doğurganlıktaki hız, Temel Sağlık Hizmetler (TSH)’nin etkililiğine göre değişim gösterebilmesinin yanı sıra kadınların eğitim seviyeleri, sosyo-ekonomik durumları vb. özelliklerden etkilenmektedir (Hayran, 1997, s.19). Toplumdaki aile planlaması gibi hizmetlerin uzun bir dönemde ortaya çıkan etkisiyse doğurganlıkta azalma biçimindedir. Sağlık reformları sonrasında genel doğurganlık hızında meydana gelen değişim kimi ülkelerde azalma kimilerinde de artma şeklinde kendini göstermiştir. Bu farklılıklar, daha çokça sağlık sistemin değişiklik yapılmasına sebep olan faktörlerden kaynaklanmaktadır. Bu sebeplerle sağlık reformlarındaki değişikliklerin doğurganlık üzerindeki etkisini değerlendirebilmek için genel doğurganlık hızıyla kontraseptif yöntemleri kullanma hızı, isteyerek düşük hızı ve istenmeyen gebelik hızları birlikte değerlendirilmeye tutulmalıdır (Yavuz ve Etiler, 2004, s. 288).

**Tablo 2.1: Ana Sağlığı Göstergeleri**

<b>Gösterge</b>	<b>Açıklama</b>
1. Ana Ölüm Hızı	Kadın sağlığının takibinde en iyi göstergelerdendir. Toplumların genel refah düzeyiyle de ilişkisi vardır.
2. Genel Doğurganlık Hızı	Doğurganlığın en önemli göstergesi olarak bilinir. Aile planlaması hizmetleriyle yakından ilişkisi vardır.
3. Doğum Kontrolü Kullanma Hızı (Etkili ve geleneksel yöntemler)	Temel sağlık hizmetlerindeki duruma kontraseptif malzemelerin teminiyle ilişkisi bulunur.
4. İsteyerek Düşükler	Aile planlaması hizmetlerindeki durumunu yansıtmaktadır.
5. Doğum öncesi bakım alan gebe yüzdesi	Ülkede verilen temel sağlık hizmetlerindeki niteliğin bir göstergesidir.
6. Sağlık personeli yardımıyla olan doğum hızı	Doğum öncesi bakımların niteliklerinden ve de sağlık finansmanından etkilenmektedir.
7. Perinatal Ölüm Hızı	Ana sağlığının bir göstergesi kabul edilir. Doğum öncesindeki bakımla doğum koşullarıyla ilişkisi vardır.
8. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar	Hem sağlık eğitimiyle hem de kondom dağıtımıyla ilgisi bulunmaktadır.

*Kaynak:* Etiler, N., & Yavuz, C. I. 2004. Sağlık Reformlarının Ana Sağlığı Hizmetleri Üzerine Etkileri: Ülke Örnekleri. *Toplum ve Hekim*, 19 (4), ss.289.

#### 2.2.4.2. Sağlıklı menopoz dönemi

Menopoz kadınların aile ve de iş yaşamındaki, benlik algısında değişimler meydana getirmesinin yanında hormonal değişimler de yaşadığı bir devirdir. Menopozal dönemde ortaya çıkan östrojen eksikliğine bağlı olarak bu psikososyal ve fizyolojik değişiklikler farklı şiddetlerde ve sürelerde yaşanmakta olup, ruh ve beden sağlığına negatif yönde etkilemektedirler. Bu dönemde terleme, sıcak basması, uykusuzluk, yorgunluk veya gerginlik vb. erken dönem sağlık problemlerinin yanında, osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar, osteoporotik kırıklar, ürogenital semptomlar vb. geç dönem sağlık problemleriyle de karşılaşılabilir (Tokuç vd., 2006, s. 285; Fauser ve Daan, 2015, s. 258). Aynı zamanda kadınlardaki yaşlanmayla ilgili endişeler, doğurganlık yeteneğinin kaybı, bedendeki değişiklikler, yaşamakta olan sağlık sorunları da hem sosyal hem de sembolik anlamlarla birleşip yaşam kalitesinde düşüşe sebep olmaktadır (Falah ve Bener, 2014).Yapılan çalışmalar sırasında menopozal dönemin yaşamdaki kaliteyi etkilediği tespit edilmiştir (Ertem, 2010, s. 475; Chen vd., 2012, s. 440; Erkin vd., 2014, s. 1110).

Menopoz dönemine ilk girişin erken ya da geç oluşunda kimi faktörler etkilidir. Çalışan kadınlar da sigara içen kadınlar da menopoza erken girer, ancak seksüel yaşantısı süren, çok doğum yapan, bekâr ya da boşanmış kadınlardaysa menopoza daha geç rastlanılmaktadır (Topçuoğlu ve Topçuoğlu, 2004, s. 179). Aile geliri, yaş, eğitim düzeyi, sağlık durumu, çocuk sayısı, menopozal dönemin şiddeti gibi durumlarla menopozal semptomların arasında bir ilgi vardır. Menopoz geçiş dönemi olarak nitelendirilebilir ve bu sırada kadınların sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi konularında özen gösterilmelidir. Sağlık hizmetindeki kişilerin, sürekli olarak eğitim programları yapmalarına, menopozal kadınlardaki gereksinimleri değerlendirme sırasında etkili rol oynamalarına gereksinim duyulmaktadır (Gharaibeh vd., 2010, s. 391).

Menopozda, östrojen hormonundaki azalmaya bağlı olarak hormonal, duygusal ve fiziksel değişimler yaşanmaktadır (Atasü, 2001, s. 54). Menopozal dönemdeki sorunlar kısa vadeli psikolojik değişiklikler, vazomotor ve atrofik, uzun vadeli olarak osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıklardır (Woods vd., 2005, s. 16).

Kadınlarda karşılaşılan menopoz dönemi şikayetleri; kadının eğitim seviyesi, yaşı, mesleği, gelir düzeyi, ekonomik bağımsızlığı, evlilik uyumu, başka alanlarla ilgilenmesi,

medeni durumu, ailenin büyüklüğü, rol değişimi, bu döneme dair bilgi almasına ve toplumunda kadına verilen değerden etkilenir (Oskay ve Özcan, 2013, s. 161).

#### **2.2.4.3. Kanser oranları**

Kadın sağlığı ölçütlerinden biri de kanser oranlarıdır. Çünkü yalnızca kadınlarda ortaya çıkan bir çok kadının yaşamını yitirmesine neden olan kanser türleri mevcuttur. Özellikle meme kanser, serviks kanseri kadınlarda çok yaygın şekilde görülmektedir. Bu açıdan kadınlara ait kanser oranları kadın sağlığı ölçütlerinden biri olarak kabul edilmektedir.

Dünyada da ülkemizde de kadınlarda en çok görülen ve de en sık ölüme sonuçlanan kanser türünün meme kanseri olduğu bilinmektedir. Serviks kanseri ise dünyadaki kadınlarda en fazla görülen ikinci fakat meme ve akciğer kanserlerinden sonra ölüme en fazla sebebiyet veren üçüncü kanser çeşididir. Ülkemizdeyse serviks kanseri görülme sıklığına göre sekizinci sırada, ölüme neden olmasına göreyse onuncu sırada olan bir kanser çeşididir. Kolorektal kanserler ise dünyadaki kadınlarda görülme oranı açısından üçüncü, en çok ölüm sıralamasındaysa dördüncü sırada yer almaktadır. Kolorektal kanserlerin ülkemizdeki kadınlarda görülme oranı açısından ikinci sırada, en fazla ölüm sıralamasındaysa üçüncü sırada bulunmaktadır (Açıkgöz vd., 2011, s. 146).

Bir toplumda kanser ölümlerinin azaltılabilmesi için bu hastalığın erken evrelerde yakalanabilmesi gerekmektedir. Kanserin erken evrelerde yakalanabildiği toplumlarda, kanser mortalitesi çok daha düşük olmaktadır. Ülkemize benzer gelişmekteki ülkelerde ise kanser sıklığı gittikçe artmaktadır. Bu artışlar kanser tarama programlarının başlanması gerekliliğini gündeme getirmiştir. Kanser sebebiyle gerçekleşen ölümler yüzde 30'dan da fazla oranda önlenebilir durumdadır (World Cancer Report, 2008).

#### **2.2.4.4. Kadınların yaşam süresi**

Kadınların yaşam süreleri kadın sağlığının bir ölçütü olarak kabul edilmektedir. Özellikler kadınların daha sağlıklı bir şekilde yaşam sürdüğü gelişmiş toplumlarda kadınların yaşam süresinin daha uzun olduğu, diğer taraftan az gelişmiş ülkelerde olumsuz şartlarda yaşayan kadınların yaşam sürelerinin ise daha kısa olduğu bilinmektedir. Bu yüzden kadınların yaşam süresi önemli bir kadın sağlığı ölçütüdür.

Toplumların refah ve sağlık durumunu belirlemek için pek çok göstergeden faydalanılmaktadır, bu değerlendirmeler açısından yaşam beklentisi önemli bir göstergedir, fakat eşsiz olduğu söylenemez. Genellikle, erkeklere oranla kimi davranışsal ve biyolojik avantajlarıyla birlikte kadınların daha uzun bir yaşam süresine sahip oldukları tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra uzun yaşamak da iyi bir sağlık durumu ile hayata devam etmek demek değildir. DSÖ tarafından hazırlanan 2013 raporunda, doğuştan beklenen yaşam sürelerine dair tespitlere yer verilmiştir. Kadınlar için bu süre en düşük yaş 47 en yüksekse 86 olarak belirtilmiş ve de medyan olaraksa 76 yaş hesaplanmıştır. Yaşam süresini ülkelerin gelirleri göz önüne alınıp incelendiğindeyse çarpık bir tabloyla karşılaşılmaktadır. Düşük gelire sahip ülkelerde kadın için doğuştan beklenen yaşam mühleti 61'dir. Yüksek gelire sahip ülkelerdeyse bu beklentinin 83'e çıktığı gözlenirken, Afrika Bölgesi içinse 58 olarak belirtilir (Kocabacak, 2014, s. 139)

#### **2.2.4.5. Kadın ruh sağlığı**

Sağlık literatüründe beden ve ruh sağlığı bir değerlendirilmesine rağmen; beden sağlığında somut, gözle görülen niteliklerin bulunması, ruh sağlığınınsoyut olması nedeniyle uygulama sırasında ruh sağlığı hizmetlerinde gereken titizlik gösterilmemektedir (Soydal ve Uğurlu, 2004, s. 43). Esasında ruh sağlığı hizmetleri "koruyucu ruh sağlığı" ilkeleri kapsamında geliştirilmeli, yaşam kalitesini yükseltici bir bakış açısıyla ele alınmalıdır.

Cinsiyet ile toplumsal cinsiyet arasında gerçekteşen etkileşim, erkekler ve kadınlar için çok türlü ve birbirinden değişik sağlık sonuçlarına sebep olmaktadır (Taşkın, 2007, s. 25). Kadınlar yaşam sürecinde, intrauterin yaşamdan başlayıp, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik, yaşlılık dönemlerinde de erkeklere oranla daha çok risk faktörüne maruz kalır.

Dünyada kadınlar aşırı iş yükü, yoksulluk, şiddet gibi olumsuz yaşantılar ve de zorlayıcı sebeplerle stres yaşamakta ve psikolojik problemler daha yaygınlaşmaktadır. Kadınlar arasında yaşam boyu depresyonun görülme sıklığı, erkeklerinkinden yaklaşık 1.7-2.7 kat daha fazladır (Gönül ve Akdeniz, 2004, s. 72). Bu sonuca katkı sağlayan üç faktör belirtilmiştir: İlki; kadınların çok daha uzun yaşamaları onların çok fazla hastalıkla karşılaşmasına neden olmuştur. İkincisi; dünyanın birçok bölgesinde yapılmış çalışmalarda ruhsal birtakım belirtileri kadınların erkeklere oranla daha çok yaşadığı

tespit edilmiştir. Üçüncüsü; kadınların üreme sağlığı ile ilgili problemleri yaşama ihtimalleri erkeklerden daha yüksek olup, üreme sağlığı problemlerinin kadında daha çok anksiyete ve stres oluşturduğudur. Yaşamın çoğu dönemlerinde kadınların erkeklerden çok daha fazla depresyon ve anksiyete yaşamalarının sebepleri yoksulluktan ve de toplum içinde kadına az değer verilmesine sebep olan toplumsal cinsiyet ayrımcılığına dayandığı varsayılmaktadır (Taşkın, 2007, s. 28).





### 3. TÜRKİYE’DE KADIN SAĞLIĞI POLİTİKALARI

#### 3.1. KADIN SAĞLIĞINA İLİŞKİN GÜNCEL POLİTİKALAR, GELİŞMELER VE ARAŞTIRMALAR

Çalışmanın bu bölümünde kadın sağlığı konusunda ortaya konan güncel politikalar ve uygulamalar açıklanacaktır. Bu kapsamda kadın sağlığına ilişkin güncel mevzuat ele alınacak ve kadın sağlığı politikalarına yönelik farkındalık hakkında yapılan araştırmalar incelenecektir.

##### 3.1.1. Kadın Sağlığının Önemi

Kadın sağlığı bireylerin hayatındaki pek çok faktörden etkilenmektedir; ailesi, arkadaşları, akrabalık ilişkileri, toplum, çalışma hayatı ve de dini inanışları. Son yıllarda yapılmış olan çalışmalar kadınların sağlık veya hastalık durumlarının erkeklerinkinden farklı olarak eğitim ve cinsiyet gibi faktörlerin etkisi altında olduğunu göstermektedir (Altun, 2000, s. 3).

Kadınlar ve erkekler arasındaki sağlık veya hastalık örüntülerinin belirgin farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir. Kadınlarda beklenen yaşam süresi erkeklere göre daha çoktur. Ancak birçok toplumda bulunan kadının erkeklere oranla daha çok hastalık veya stres yaşadığı görülmektedir. Kadınlar erkeklerden böyle uzun yaşadıkça, bu uzun yaşamın niteliklerinin de önemi artmaktadır (Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2008).

Nüfusun yarısından çoğunu oluşturan kadınların, kız çocuklarının, küçüklükten başlayarak fiziksel, sosyal ve ruhsal anlamda sağlıklı olabilmeleri, sağlıklarını koruyabilme imkânına sahip bulunmaları, onların toplumsal yaşama katılımlarını ve etkin bireyler olmalarını sağlayacak gerekli unsurlardandır. Bu alanda başarı yakalayabilmesi için kadınların da kız çocuklarının da sağlıklarının, genel sağlık olgusu içerisinde farklı bir öneminin, yerinin olması gereklidir (Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2008).

Halen 6,5 milyarın üstünde bir sayı ile dünya nüfusunun yarısını kaplayan kadınların sağlık durumu incelenirken; hastalık, sakatlık gibi yönlerden olduğu kadar, sosyal ve ruhsal yönlerden de tam anlamıyla bir iyilik haline sahip bulunup bulunulmaması ve de

kadınların "tüm iyilik durumlarında" etkili faktörler yönünden de problemi irdelemek, tanımlamak gereklidir (Ertan ve Özvarış, 2003, s. 127). Dolayısıyla kadın sağlığı fizyolojik etkenlerin yanı sıra hem sosyal hem de siyasal süreçlerin etkisindedir. Kadın sağlığıyla üreme sağlığını bir tutan anlayıştan farklı olarak, toplumsal cinsiyet olgusunu da kapsayan yeni yaklaşımlarla kadın sağlığının başlıkları değişmektedir (Özvarış, 2007, s. 7).

Bu bağlamda; erken evlilikler, kadın kanserleri, ergen gebelikler, cinsel yollarla bulaşan hastalıklar, yaşlanan kadının sağlığı, madde bağımlılığı, sigara ve kadın, kadınların ruh sağlığı, beslenme, kronik hastalıklar, sağlık bakımına ulaşım, acil bakım ve de anne ve yeni doğan bebeklerin ölümleri nihayetinde de cinsiyet eşitsizliğine dayalı sağlık sorunları; cinsel taciz, tecavüz, kadına yönelik şiddet ve namus cinayetleri gibi konulara değinilmelidir (WHO, 2009, s. 3).

Kadın sağlığı mevzuunda hizmet sunumunda teorik olarak kabul görmüş olsa dahi, özellikle de gelişmekte olan ülkeler ele alındığında "bütüncül" yaklaşım yerine, doğurgan döneme odaklanmış "gelenekçi" bir yaklaşım hâkimiyet sürmektedir. Bu mevzuda da adölesan, menopoza, menopoza sonrası dönemdekilerle yaşlı kadınların en ihmale uğrayan gruplar oldukları tespit edilmiştir (Türmen, 2003, s. 5;). Geleneksel kadın sağlığı hizmetlerinin, özellikle de kadınların üreme dönemlerinde, öncelikli olarak kontrasepsiyon ile sağlıklı/güvenli doğuma odaklandıkları görülmüştür. Bu türden bir yaklaşım ana-çocuk sağlığı problemlerinin yoğunlaştığı ve anne-bebek ölümlerinin çok olduğu bölgelere dair bir yaklaşım türüdür. Fakat geleneksel bakış açısının tersine; kadınların sağlığının sadece üremeye veya doğurganlıkla ilişkili bir sağlık olmayıp, bunun da ötesinde olduğunun kavranması büyük bir önem taşımaktadır (Türmen, 2003, s. 6; Özvarış, 2007, s. 8).

Kadın sağlığı problemleri ülkelerin gelişmişlik seviyesine göre farklı şekillerde yaşanıyor olmasına rağmen, sorunlar evrensel nitelik göstermektedir ve de uluslararası toplumlar tarafından küresel seviyede değerlendirilmektedir (Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2008).

### 3.1.2. Kadın Sağlığı ile İlgili Güncel Mevzuata İlişkin Bilgiler

Ülkemizde kadın sağlığına yönelik doğrudan bir kanun veya yönetmelik bulunmamakta, kadın sağlığı ile konuları içeren birden çok kanun ve yönetmelik bulunmaktadır. Örneğin cinsel yolla bulaşan hastalıklar 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile düzenlenmekte, bu kanunda çocuk sağlığı da ele alınmaktadır. Kadın sağlığını ilgilendiren bazı hastalıklarla alakalı yönetmeliklerin de düzenlendiği görülmektedir. Örneğin kanserin erken teşhisine yönelik yönetmelik mevcuttur. Diğer taraftan ana ve çocuk sağlığına yönelik de yönetmelik mevcuttur, ancak kadın sağlığına doğrudan odaklanmış olan bir düzenlemenin olmadığı görülmektedir.

29258 sayılı “*Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği*” madde 19, Toplum Sağlığı Merkezlerinin (TSM) kadın ve üreme sağlığı kapsamındaki görevlerini aşağıda olduğu şekilde tespit etmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015):

- i. Kadın ve üreme sağlığı hizmetlerine yönelik toplumsal anlamda eğitim programları planlamak ve icra etmek,
- ii. Aile hekimliği birimlerince sunulan kadın ve üreme sağlığı hizmetlerinin, koruyucu sağlık hizmetleri prensiplerine uygun şekilde verilmesini temin etmek,
- iii. Aile hekimlerine ve/veya aile sağlığı çalışanlarına üreme sağlığı, rahim içi araç uygulaması ve ilgili diğer teorik ve beceri edindirme eğitimlerini vermek ya da verilmesini temin etmek,
- iv. Bölgesinde bulunan sağlık kuruluşlarının (aile hekimliği birimleri, üniversite hastaneleri, kamu hastaneleri, özel sağlık kuruluşları gibi) kadın ve üreme sağlığı hizmetleriyle alakalı verilerini ve bilimsel araştırmalarını takip etmek ve incelemek,
- v. Evlilik öncesinde danışmanlık sağlamak ve evlilik işlemlerinin yürütülmesinde gerekli olan sağlık raporunun aile hekimleri tarafından verilmesini temin etmek,
- vi. Üreme sağlığı hizmeti veren sağlık çalışanlarını iş başında takip etmek ve değerlendirmek,

- vii. Kadın ve üreme sağlığı hizmetlerinin daha verimli bir şekilde icra edilebilmesi açısından yerel yöneticiler ve toplum liderleri başta olacak şekilde ilgili kişi, kurum ve kuruluşlar ile işbirliği sağlamak ve sunulması düşünülen hizmetleri planlamak,
- viii. Kadın ve üreme sağlığı konusunda Bakanlık tarafından planlanan programların yürütülmesini sağlamak.

29258 sayılı yönetmelik madde 39 ile Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) tanımlanmıştır KETEM'in görevleri aşağıda özetlendiği şekildedir (Sağlık Bakanlığı, 2015):

- i. Kanser hastalığına ilişkin risk faktörleri ve erken teşhisi konusunda her çeşit eğitim ve danışmanlık hizmetlerini icra etmek,
- ii. Aile hekimleriyle birlikte Ulusal Kanser Tarama Standartlarına (UKTS) bağlı olarak planlanan toplum tabanlı kanser taramalarını icra etmek,
- iii. UKTS'na bağlı olarak kanser taramasını TSM ve aile hekimliği birimleri haricinde yaptıran bireylere ait verileri tarama yapan merkezle birlikte kayıt altına almak,
- iv. Tütün ve alkol mücadelesiyle alakalı olarak icra edilmesi uygun görülen Kurum programlarına destek sağlamak,
- v. Aile hekimliği birimleriyle beraber icra edilen kanser taramaları sonucunda belirlenen şüpheli olguların ileri tetkik, teşhis ve tedavi amacıyla kayıt altına almak; taranan ve kanser bakımından risk taşıdığı bilinen ya da riske sahip olduğu belirlenen bireylerin takiplerini yürütmek,
- vi. Kurum tarafından gerekli görülmesi durumunda; kanser bakımından risk taşıyan bölge ve gruplara dönük olarak kanser tarama hizmetlerini vermek,
- vii. Gerektiği hallerde tarama faaliyetlerini icra etmek amacıyla öncelikle kamu kurum ve kuruluşları olmak üzere diğer kurum ve kuruluşlar ile işbirliği içerisinde olmak.

Bahse konu yönetmelik Madde 40 ile Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Birimi (AÇS-AP) tanımlanmıştır. Bu birimin temel görevi kadın, ana, çocuk ve ergen bireylerin

sağlık seviyelerinin yükseltilmesi, ürem sağlığına yönelik hizmetlerin sunulması diğer sağlık kurumları ile işbirliği içerisinde kadın, ana, çocuk ve ergen sağlığına yönelik hizmetlerin verilmesi olarak tanımlanmıştır. Birimin diğer görevleri ise aşağıda ifade edildiği gibidir (Sağlık Bakanlığı, 2015):

- i. Hizmet bölgesinde bulunan kadın, gebe, lohusa, çocuk ve ergen bireylere Kurumun tespit ettiği standartlara uygun olacak şekilde hizmet verilmesini temin etmek ve Kurum tarafından tespit edilen önlemleri almak; başvuran kişilere bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunmak,
- ii. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve serviks kanseri vb. hastalıklar konusunda erken teşhis için KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi) birimiyle işbirliği içerisinde çalışmak,
- iii. Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı bağlamında gelişme sağlamaya ilişkin olarak sorumluluk bölgesinde var olan gereksinimleri ve koşullarına göre Kurum ya da müdürlük tarafından planlanmış olan programları icra etmek,
- iv. Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konusunda hizmet veren diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği içerisinde hizmetlerin verilmesinde eşgüdüm sağlamak,
- v. Başvuran bireylerin, birimde uygulanma imkânı olamayan gebeliği önleyici yöntemleri diğer sağlık kuruluşlarından temin etmelerini sağlamak,
- vi. Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığına ilişkin; mahallin kitle iletişim araçlarıyla sivil toplum kuruluşları (STK)'ndan da istifade etmek yoluyla eğitim çalışmalarını koordine etmek, sistemli bir biçimde halk eğitimi ve danışmanlık hizmetleri sağlamak,
- vii. İlde birinci basamak sağlık hizmetleri sunan sağlık kuruluşlarında görevli sağlık personelinin kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığına ilişkin hizmet içi eğitimlerini icra etmek,

- viii. Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığına ilişkin hizmet içi eğitimlerinin devamlılığına yönelik Kurum tarafından tespit edilen eğitim merkezlerinde eğitici eğitimleri icra etmek,
- ix. Gerektiği durumlarda il dışında, sağlık personelinin de kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığına ilişkin konularda eğitimler almasını sağlamak,
- x. İl içinde yataklı ya da yataksız sağlık hizmeti ya da destek hizmeti sunan kuruluşlarla sağlık eğitimi veren diğer kurum ve kuruluşlar ile işbirliği içerisinde olmak,
- xi. Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığına ilişkin konularla alakalı icar ettiği hizmetlerin kayıtlarını ve bildirimlerini sağlamak,
- xii. Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığına ilişkin Kurumca tevdi edilen diğer görevleri icra etmek.

30431 sayılı “*Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*” ile TSM’ler kadın sağlığı, ana ve çocuk sağlığı hizmetlerine ve bu konularda eğitimler yapılmasına yönelik Çocuk, ergen, kadın ve üreme sağlığı (ÇEKÜS) birimi tanımlanmıştır. ÇEKÜS’ler önceki yönetmelikte tanımlanan AÇS-AP’lerin yerini almıştır. (Sağlık Bakanlığı, 2018). Bahse konu birimler gebelik öncesinde ve sonrasında, evlilik süreçlerinde, bebeklerin doğum sonrası sağlık hizmetlerinde, üreme sağlığı konularında ve bir takım toplumsal sağlık hizmetlerine yönelik testlerin yapılması gibi sağlık hizmetlerini sunmaktadır.

Kanser erken teşhis ve tanımaya yönelik KETEM’lerin kurulması 14 Aralık 2000 tarihli 24260 sayılı “Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri Yönetmeliği” ile gerçekleşmiştir. Bahse konu merkezler kanser vakalarının erken teşhis edilmesi, kontrol altına alınması ve halkın kanser konusuna yönelik bilgilerinin artırılmasına yönelik hizmet vermektedirler. Kadın kanserlerinin erken teşhisi maksadıyla taramalar bu merkezlerde yürütülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2000).

### **3.1.3. Kadın Sağlığı Politikalarına ve Farkındalığına İlişkin Araştırmalar**

Özsan (2007) ülkemizde modernleşme sürecinde kadın sağlığına ilişkin uygulamalar ve politikaların kaynağı olan ideolojileri incelemiştir. Bu bağlamda yazar tarafından kadın

sağlığı konusu modern sağlık yaklaşımı ve nüfus politikaları bağlamında inceleme yapılmıştır. Çalışma sonucunda ülkemizin modernleşme sürecinde ortaya konan kadın sağlığına ilişkin düzenlemelerin genellikle erkekler tarafından kaleme alındığı, bu bağlamda kadın sağlığı konusunun ikincil planda bırakıldığı görüşü savunulmuştur.

Vinitha vd. (2007) Güney Hindistan'da kırsal bölgelerde üreme sağlığına yönelik farkındalık düzeyini araştırmıştır. Araştırmacılar çalışma sonucunda yaş, evlilik durumu, eğitim durumu statü ve ikamet edilen bölgenin üreme sağlığına yönelik farkındalık düzeyi üzerinde önemli oranda etkili olduğunu ortaya koymuşlardır.

Rehimli vd. (2008) Türkiye ve Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) üyesi ülkelere ait kadın sağlığı göstergelerini karşılıklı olarak değerlendirmiştir. Bahse konu ülkeler ve ülkemiz arasındaki kadın sağlığı göstergeleri arasındaki benzerlikler ve belirgin farklılıklar araştırmacılar tarafından ortaya konmuştur.

Erten (2008) kadın sağlığı hemşireliği eğitim ve danışmanlık biriminin etkinliğini incelemiştir. Bu bağlamda bir hastanenin Kadın Sağlığı Hemşireliği eğitim ve danışmanlık hizmeti alan kadınlara anket uygulamıştır. Araştırmacı veri toplama şamasında Verilerin toplanmasında vaka tanılama ve klinik meme muayenesi formu ile Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği (ÜSBÖ)'ni kullanmıştır. Çalışma sonucunda eğitim alan kadınların üreme sağlığı, kendi kendine meme muayenesi yapma konusunda öne çıktıkları görülmüştür.

El Gelany ve Moussa (2012) Mısır'da eğitilmiş genç kadınların üreme sağlığı konusundaki farkındalık düzeylerini araştırmışlardır. Bu kapsamda 220 kadın üniversite öğrencisine üreme sağlığı farkındalığına yönelik anket uygulanmıştır. Uygulanan ankette HIV/AIDS, cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklar, kadın üreme anatomisi ve fizyolojisi, doğumlar arasındaki sürelerle ilişkin sorular sorulmuştur. Çalışma sonucunda Mısır'da üniversite eğitimi alan kadın öğrenciler arasında üreme sağlığı konusunda farkındalığın düşük düzeyde kaldığı tespit edilmiştir.

Filiz (2015) yapmış olduğu çalışmada gebelerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık algı düzeylerini belirlemeyi, sağlık okuryazarlığını etkileyen unsurları ortaya koymayı amaçlamıştır. Çalışmada uygulanan anket ve yapılan analiz sonucunda gebe kadınların

sağlık okuryazarlığı ve farkındalıklarının gebelikleri ile yakından ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Kurt vd., (2015) kırsal bölgede yaşayan kadınların osteoporoz bilgi düzeylerini ve farkındalıklarını değerlendirmeyi amaçlamıştır. Uygulanan anket ve yapılan analizler sonucunda eğitim düzeyi daha yüksek olan kadınların bahse konu hastalık konusunda daha bilinçli ve farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yılmaz vd. (2015) doğurgan çağlarında olan evli kadınların folik asit kullanım durumlarını ve bu konuda bilgi ve farkındalık durumlarını tespit etmeyi amaçlamıştır. Çalışma sonucunda doğurgan kadınları folik asit kullanımı bilgi farkındalığı yüksek olarak tespit edilmiştir.

Yüksel ve Davas (2016) çalışmalarında bir üniversite hastanesinden hizmet alan 15-49 yaş arası kadınların aile hekimlerince yapılan izlemlerin sıklığı ve niteliği değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda eğitim verilen bireylerin kendi kendine meme kanseri muayenesi ve serviks kanseri hakkında bilgi sahibi oldukları görülmüştür.

İlçioğlu vd. (2017) ülkemizde kadın sağlığını ve kadın sağlığını etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışma yapmışlardır. Bu bağlamda yazarlar kadının statüsü, eğitim durumu, çalışma yaşamı, kadınların sağlık durumu göstergelerine ilişkin faktörleri incelemişlerdir. Çalışma sonucunda kadın sağlığının korunması ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılmasında toplumsal cinsiyet adaletinin çok önemli olduğu değerlendirilmiştir.

Alp-Dal ve Ertem (2017) yapmış oldukları çalışmada “*Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği'nin (JİKFÖ)*” geliştirilmesini amaçlamışlardır. Aile Sağlığı Merkezine başvuran 700 kadına uygulanan anket ve yapılan analizler sonucunda geliştirilen ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu ortaya konmuştur.

### **3.2. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE KADIN SAĞLIĞI İSTATİSTİKLERİ**

Çalışmanın bu bölümünde kadın sağlığına ilişkin istatistikler gerek dünya genelinde ve gerekse de Türkiye özelinde ele alınacaktır. Özellikle önceki bölümde belirtilen kadın sağlığı ölçütlerine ilişkin güncel veriler paylaşılarak yorumlanacaktır.



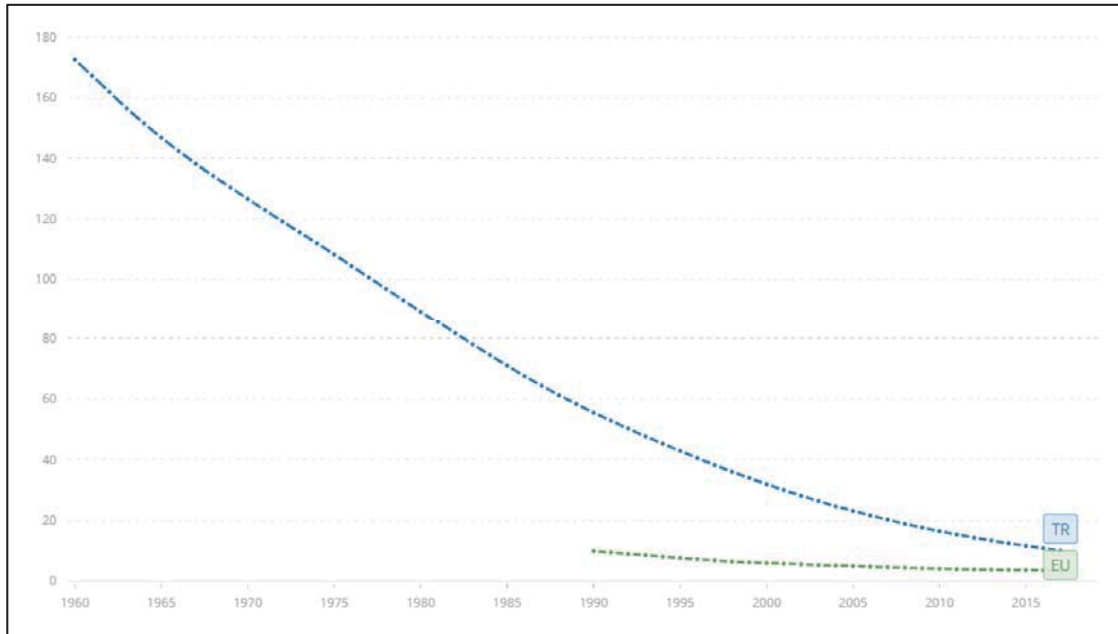
### 3.2.1. Türkiye’de Kadın Sağlığı İstatistikleri

Çalışmanın bu bölümünde ülkemizde kadın sağlığı istatistikleri incelenecektir. Yapılan incelemelerde istatistiklerin durumuna göre Avrupa Birliği, dünya geneli ve diğer ülkeler ile karşılaştırmalar yapılarak veriler yorumlanacaktır.

#### 3.2.1.1. Bebek ölümü

Türkiye’de bebek ölüm oranlarının yıllara bağlı olarak azaldığı görülmektedir. 1960’larda bebek ölüm oranı her 1000 bebekte yaklaşık 170 bebek düzeyinde iken günümüze 2017 yılı itibariyle bu oranın her 1000 bebekte 10 bebek düzeyinde gerçekleştiği görülmektedir (Dünya Bankası, 2018a). Bu durum ülkemizin gelişmişlik düzeyi ile doğrudan ilişkili olduğu değerlendirilmektedir. Nitekim bahse konu dönemde doğum öncesi, doğum ve doğum sonrasında sağlık hizmetine erişim düzeyinin artmasına bağlı olarak bebek ölüm oranlarının dramatik şekilde düşmesine neden olduğu görülmektedir. Aşağıdaki grafikte bebek ölüm oranlarının ülkemizde düştüğünü gösterse de, bu veri açısından Avrupa Birliği ortalamasının gerisinde kaldığı görülmektedir.

**Şekil 3.1: Bebek Ölüm Oranı (Her 1000 bebekte)**



*Kaynak:* Dünya Bankası, (2018a) Mortality rate, infant (per 1,000 live births), <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>, [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].

Ülkemizde yaşanan bebek ölümleri vaka oranları Avrupa Birliği Ortalaması ile karşılaştırıldığında ülkemizde AB'nin üç katı kadar daha fazla ölüm vakasının yaşandığı görülmektedir. Dünya ortalamasına göre ülkemizde bebek ölümü vakalarının gayet düşük düzeyde gerçekleştiği Tablo 3.1'de görülmektedir. Ancak genel olarak ülkemizde bebek ölüm oranlarının yıllara bağlı olarak azaldığı bahse konu durum dünya ve Avrupa geneli için de geçerlidir (Dünya Bankası, 2018b).

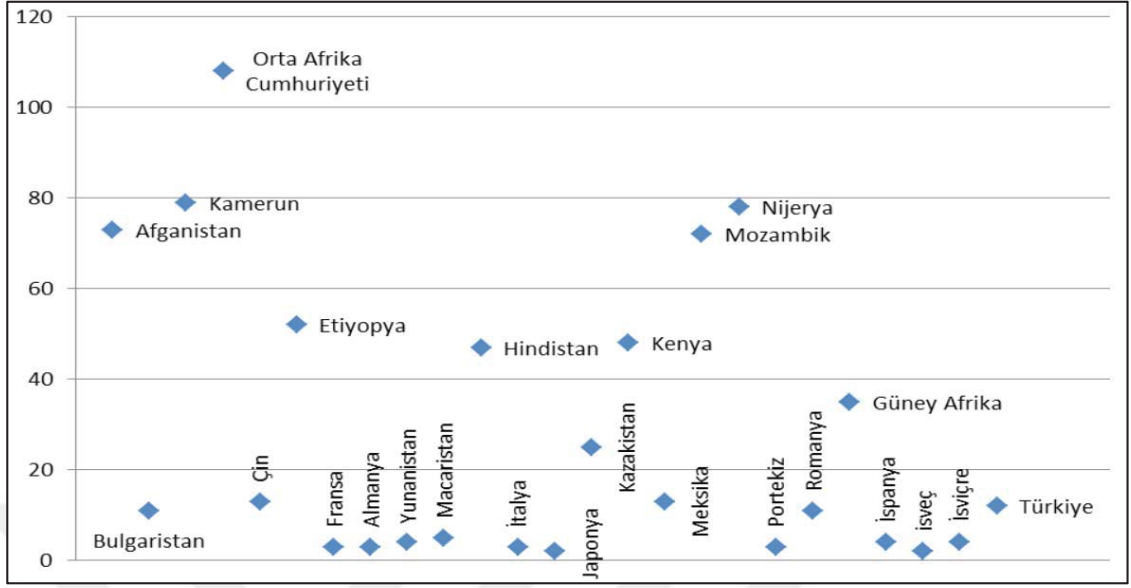
**Tablo 3.1: Bebek Ölüm Oranları (Her 1000 bebekte)**

Yıllar	Türkiye	Avrupa Birliği	Dünya
1990	55,40	9,86	64,70
1995	42,80	7,56	60,30
2000	31,90	5,88	53,60
2005	23,10	4,93	44,90
2010	16,40	4,07	34,20
2015	11,60	3,60	31,20
2016	10,08	3,51	30,30
2017	10,00	3,45	29,40

*Kaynak:* Dünya Bankası, (2018b). Mortality rate, infant (per 1,000 live births), <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>, [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].

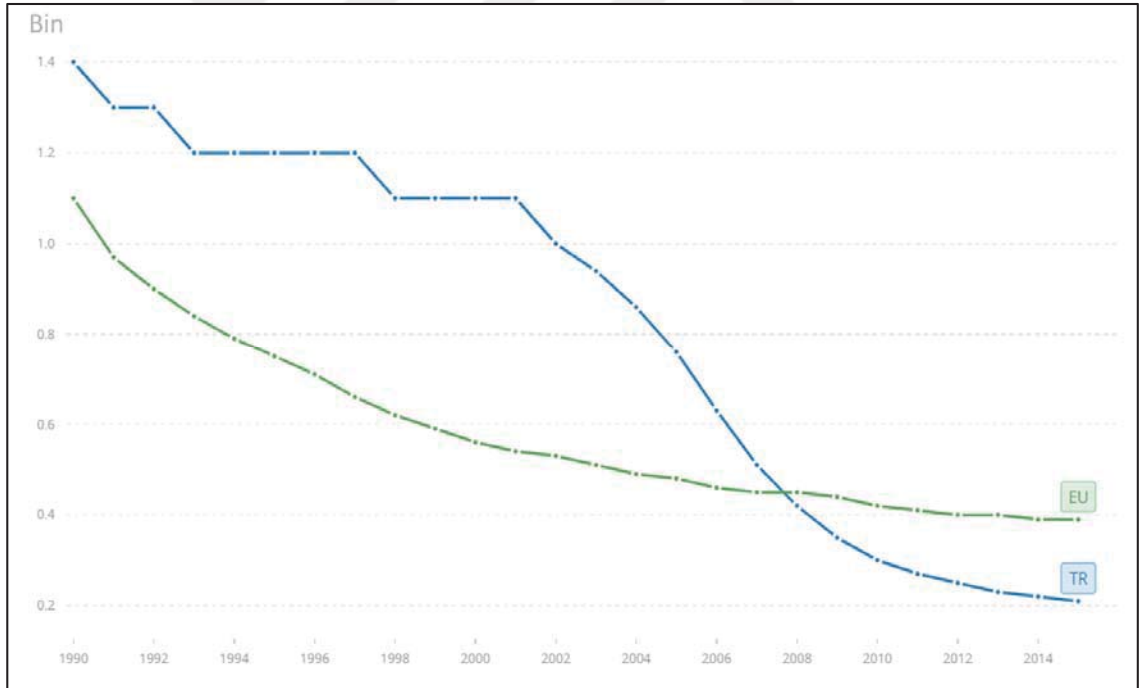
Bebek ölümü oranlarının diğer ülkelerle karşılaştırıldığında ülkemizin Afrika, Asya ülkelerine göre daha iyi durumda olduğu, geldiği seviye itibariyle gelişmiş ülkeler seviyesinde olduğu Şekil 3.2'de görülmektedir (WHO, 2013).

Şekil 3.2: Bebek Ölüm Oranlarının Karşılaştırılması (2013).



Kaynak: WHO (2013). Health Statistics, 2013, <http://www.who.int/gho/en/>, [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].

Şekil 3.3: Anne Ölümü Verisi



Kaynak: Dünya Bankası, (2018c) Number of maternal deaths, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MMR.DTHS?locations=TR>, [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].

### 3.2.1.2. Anne ölümü

1990-2015 yılları arasında anne ölüm oranları incelendiğinde ülkemizin çok iyi bir düzeye geldiği Şekil 3.3'te görülmektedir. 1990 yılında ülkemizde 1400 anne ölümü gerçekleşirken 2015 yılında ise bu rakam 210 olarak gerçekleşmiştir. AB'de 2015 yılında anne ölümü sayısı ise 3390 olarak gerçekleşmiştir (Dünya Bankası, 2018c)

**Tablo 3.2: Anne Ölüm Oranları (100,000'de)**

Yıllar	Türkiye		Avrupa Birliği		Dünya	
	Sayı	Nüfusa Oranı (100,000'de)	Sayı	Nüfusa Oranı (100,000'de)	Sayı	Nüfusa Oranı (100,000'de)
1990	1.400	2,6	1.100	2,3	532.000	10,00
1995	1.200	2,0	750	1,55	486.000	8,45
2000	1.100	1,7	560	1,15	442.000	7,20
2005	760	0,61	480	0,97	384.000	5,87
2010	300	0,42	420	0,83	339.000	4,88
2011	270	0,37	410	0,82	329.000	4,67
2012	250	0,33	400	0,79	323.000	4,53
2013	230	0,30	400	0,79	315.000	4,37
2014	220	0,28	390	0,77	309.000	4,23
2015	210	0,27	390	0,77	303.000	4,10

*Kaynak:* Dünya Bankası, (2018c) Number of maternal deaths, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MMR.DTHS>, [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].

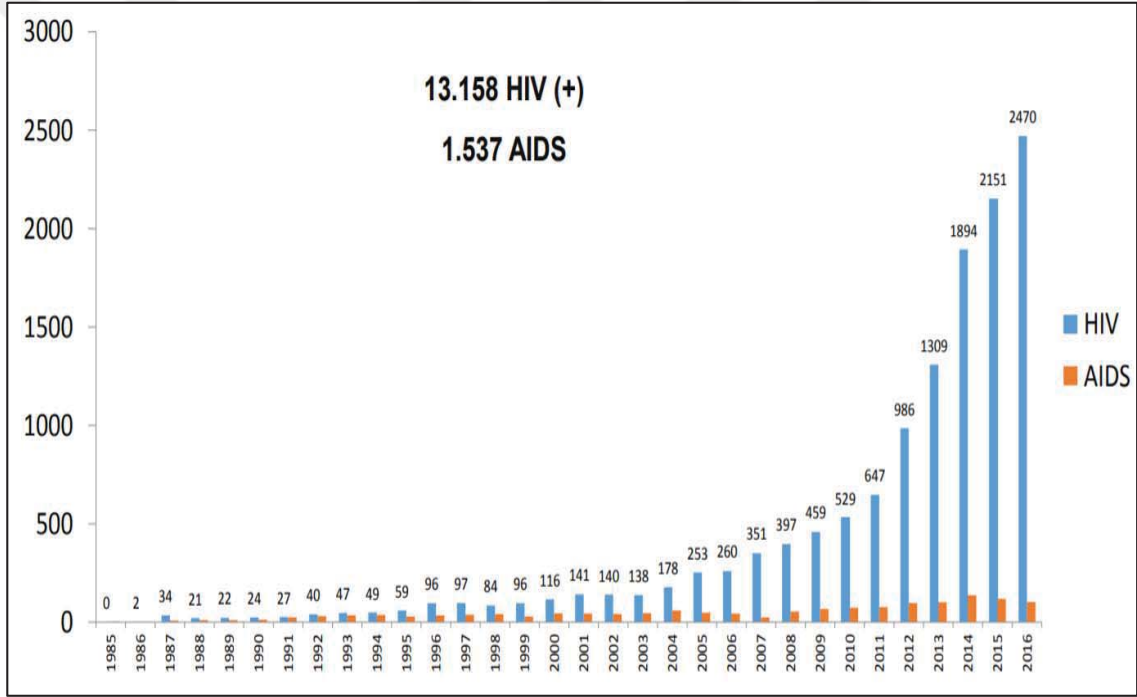
Anne ölüm oranları dikkate alındığında ülkemizin dünya geneli ve Avrupa Birliği'ne göre daha iyi rakamlara sahip olduğu görülmektedir. 1990'lı yıllarda ülkemizde anne ölüm oranı 100,000 annede 2.6 düzeyinde iken, 2015 yılı itibariyle bu sayı 0,27 düzeyinde gerçekleşmiştir (Dünya Bankası, 2018c). Bu düzey günümüzde gelişmiş ülkelerin

oranlarına yakın bir orandır ve ülkemizin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası sağlık hizmetlerinin geliştiğini göstermektedir.

### 3.2.1.3. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar

Ülkemizde 1985 yılından itibaren AIDS'e yönelik resmi olarak vakalar rapor edilmektedir. Bu kapsamda 2016 yılı sonu itibariyle ülkemizde HIV pozitif birey sayısı 14,695 olarak gerçekleştiği bildirilmektedir. Bahse konu bireylerden erkek olanların oranı yüzde 78 düzeyinde, kadınların oranı ise yüzde 21,8'dir. Diğer bir ifadeyle erkek hastaların kadın hastaların üç katı düzeyde olduğu görülmektedir (Gökengin, 2018, s.5).

**Şekil 3.4: Türkiye'de HIV/AIDS Vaka Sayıları (1985-2016).**

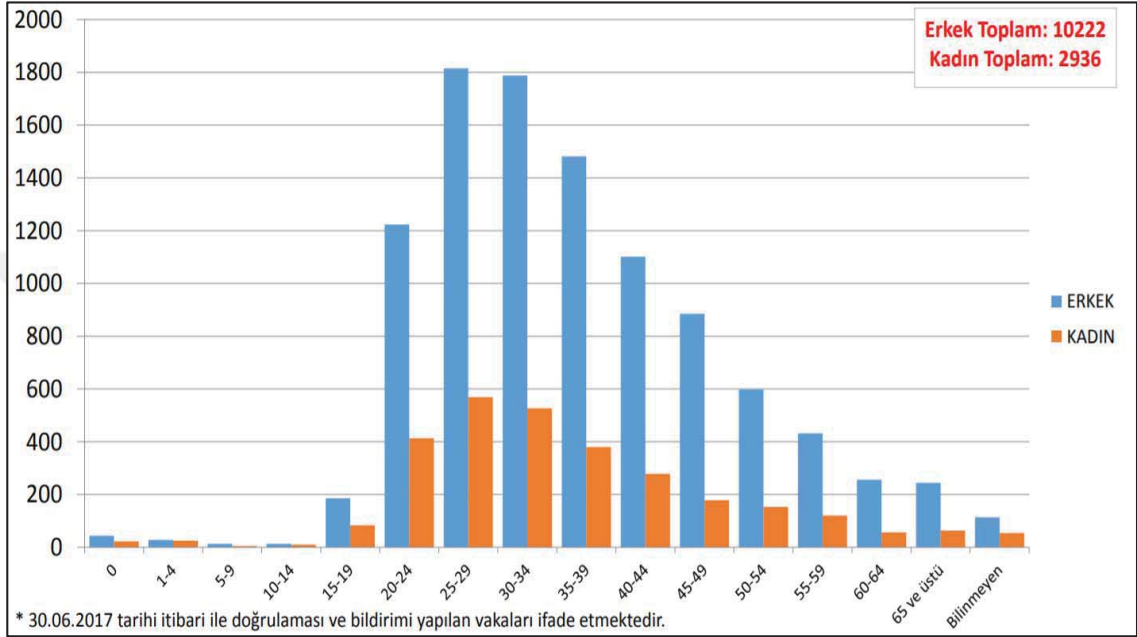


*Kaynak:* Aydın, A. (2017). Türkiye'de HIV/AIDS Yürütülen Hizmetler, T.C.: Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı.

Ülkemizde ilk AIDS/HIV vakası 1985 yılında teşhis edilmiş bahse konu tarihten günümüze kadar artarak devam etmiştir. 2016 yılı itibariyle 13,158 HIV pozitif ve 1,537 AIDS hastası bulunmaktadır. Toplam vakaların yüzde 21,8'i kadınlarda geri kalanı ise erkeklerde görülmektedir. HIV vakaları yaş grubu ve cinsiyete bağlı olarak incelendiğinde erkek ve kadın hastalarda özellikle 25-34 yaşlarda daha fazla hastalığa yakalandığı Şekil 3.5'te görülmektedir. HIV vakalarında da toplamda erkek vakalarının kadın vakalarına göre 3 kat daha fazla olduğu görülmektedir (Aydın, 2017, s.12).

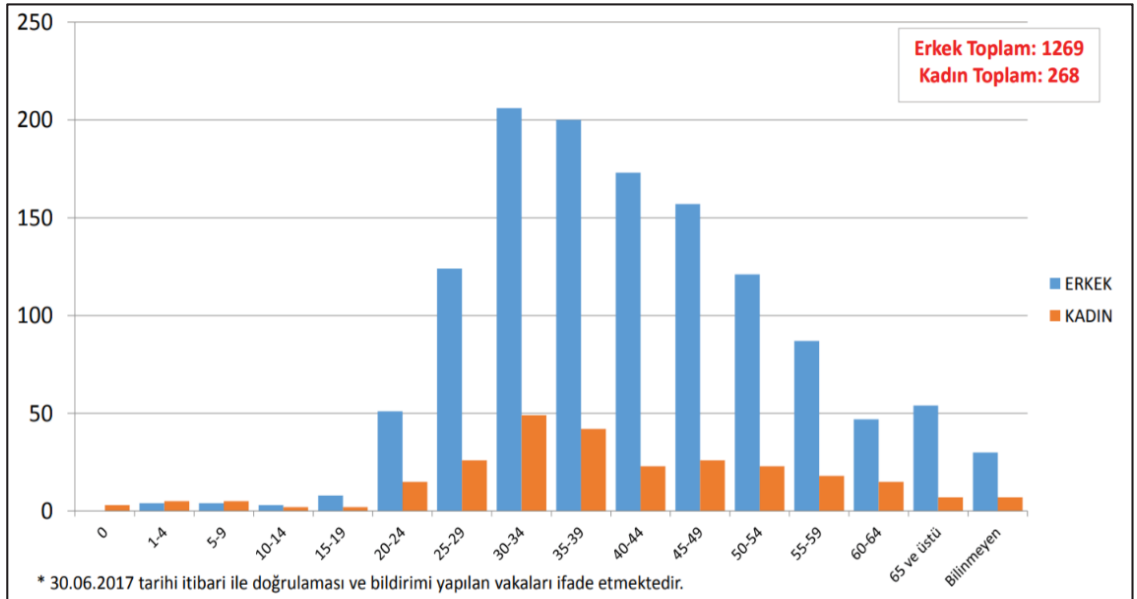
AIDS vakalarının yaş ve cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde özellikle 30-39 yaşları arasında AIDS vakalarının diğer yaşlara göre daha fazla meydana geldiği görülmektedir. Ayrıca HIV’de olduğu gibi AIDS vakalarında da erkeklerdeki (1269 kişi) vaka sayısı kadınların (268 kişi) 5 katı düzeyinde gerçekleşmiştir (Aydın, 2017, s.13).

**Şekil 3.5: HIV Vakalarının Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Dağılımı (1985–2016)**



Kaynak: Aydın, A. (2017). Türkiye’de HIV/AIDS Yürütülen Hizmetler, T.C.: Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı.

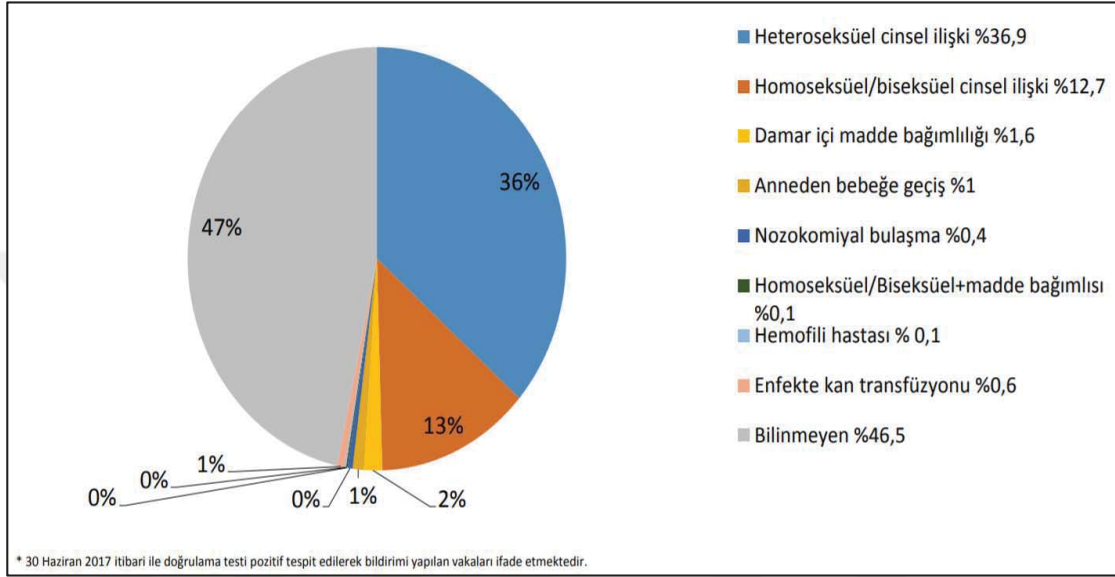
**Şekil 3.6: AIDS Vakalarının Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Dağılımı (1985–2016)**



Kaynak: Aydın, A. (2017). Türkiye’de HIV/AIDS Yürütülen Hizmetler, T.C.: Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı.

Ülkemizde HIV'in olası bulaşma yolları incelendiğinde kadın erkek arasında (heteroseksüel ilişki yoluyla) bulaşma oranının diğer bulaşma türleri ile karşılaştırıldığında en yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Diğer taraftan anneden bebeğe geçiş bulaşma vakalarının yüzde 1'ini oluşturmaktadır (Aydın, 2017, s. 14)

**Şekil 3.7: HIV Olası Bulaşma Yollarına Göre Vakaların Dağılımı (1985-2016)**



Kaynak: Aydın, A. (2017). Türkiye'de HIV/AIDS Yürütülen Hizmetler, T.C.: Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı.

Frengi hastalığı da cinsel yolla bulaşan diğer bir hastalıktır. Seks işçilerinde yoğunlukla bulaşan bu hastalık 2010 yılı itibarıyla ülkemizdeki seks işçilerinin yüzde 2,9'unda görülmektedir (WHO, t.y.).

#### 3.2.1.4. Kadın kanseri

Türkiye'de 2015 yılı itibarıyla yaşa göre standardize edilmiş kanser hızı kadınlarda yüz binde 177,5 iken, erkeklerde ise bu rakam yüz binde 247,6'dır. Toplamda ise kanser vakası oranı yüz binde 212,6'dır. Görüldüğü üzere ülkemizde kadınların kansere yakalanma oranı erkeklere nazaran daha düşük düzeydedir. Ülkemizde kadınlarda kanser türlerinin oranları incelendiğinde meme kanserinin yüz binde 43,8 oranı ile en başta geldiği görülmektedir. Ülkemizde kadınlara konan her kanser teşhisinin yüzde 25'i meme kanseridir (HSGM, 2018, s. 44).

**Tablo 3.3: Türkiye’de Kadın Kanseri Oranları (100,000’de)**

Sıra	Kanser Türü	Oran (100,000 Kişide)				
		2011	2012	2013	2014	2015
1	Meme Kanseri	44,2	46,8	45,9	43,0	43,8
2	Kolokteral Kanseri*	13,3	15,2	15,3	13,8	14,4
3	Uterus Korpus Kanseri	10,5	10,1	9,9	9,8	10,0
4	Akciğer Kanseri*	7,8	9,3	10,0	8,7	9,0
5	Over Kanseri	7,3	7,3	7,0	6,1	6,4
6	Serviks Kanseri	4,5	4,5	4,6	4,0	4,5

\* Yalnızca Kadınlarda görülen kanser değildir. Ancak yüksek oranı nedeniyle paylaşılmıştır.

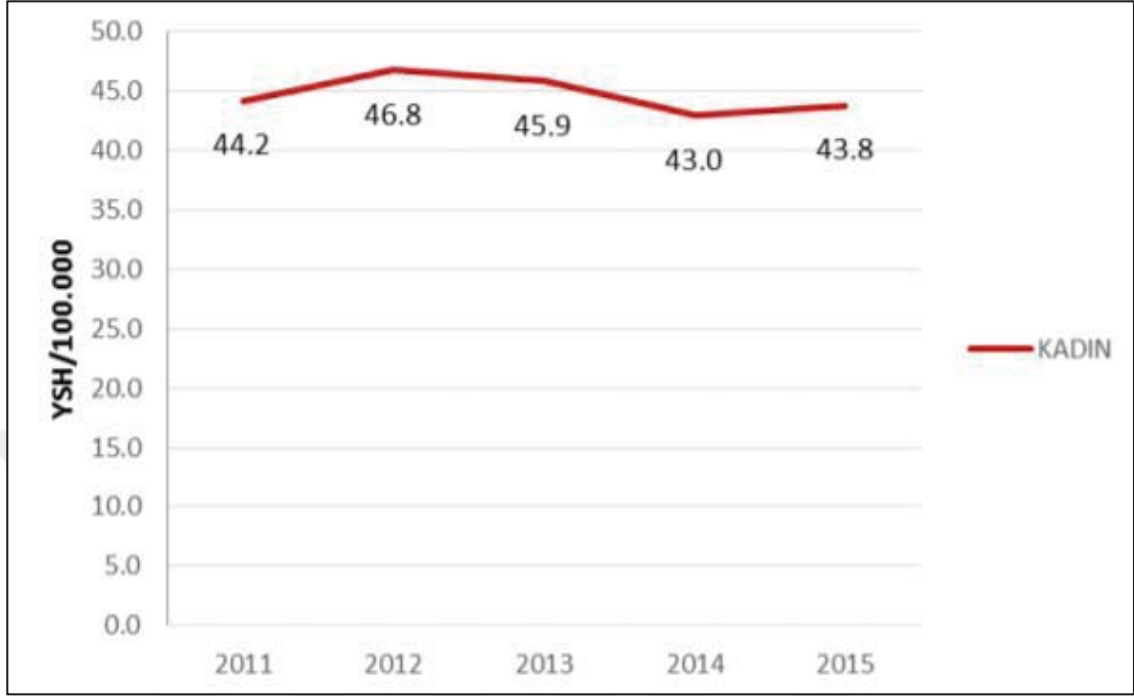
Kaynak: HSGM, (2018). Türkiye Kanseri İstatistikleri, 2015, [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye\\_Kanser\\_Istatistikleri\\_2015.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf), [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].

Tablo 3.3’den de görüldüğü üzere meme kanseri ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Her ne kadar yalnızca kadınların karşılaştığı kanser olmasa da kolorektal ve akciğer kanserlerin de kadınlarda yaygın olarak görülmektedir.

Kadın kanserlerinde meme kanserini takiben en çok görülen kanser çeşitleri ise sırasıyla rahim kanseri, yumurtalık kanseri ve serviks kanseridir. Müteakip grafiklerde kadın kanserlerinin yıllara bağlı olarak gösterdiği oransal değişimler ele alınacaktır.



**Şekil 3.8: Kadınlarda Görülen Meme Kanserin Yaşa Standardize İnsidans Hızlarının 2011-2015 Yılları Arasındaki Dağılımı (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2011-2015) (Dünya Standart Nüfusu,100.000 Kişide).**



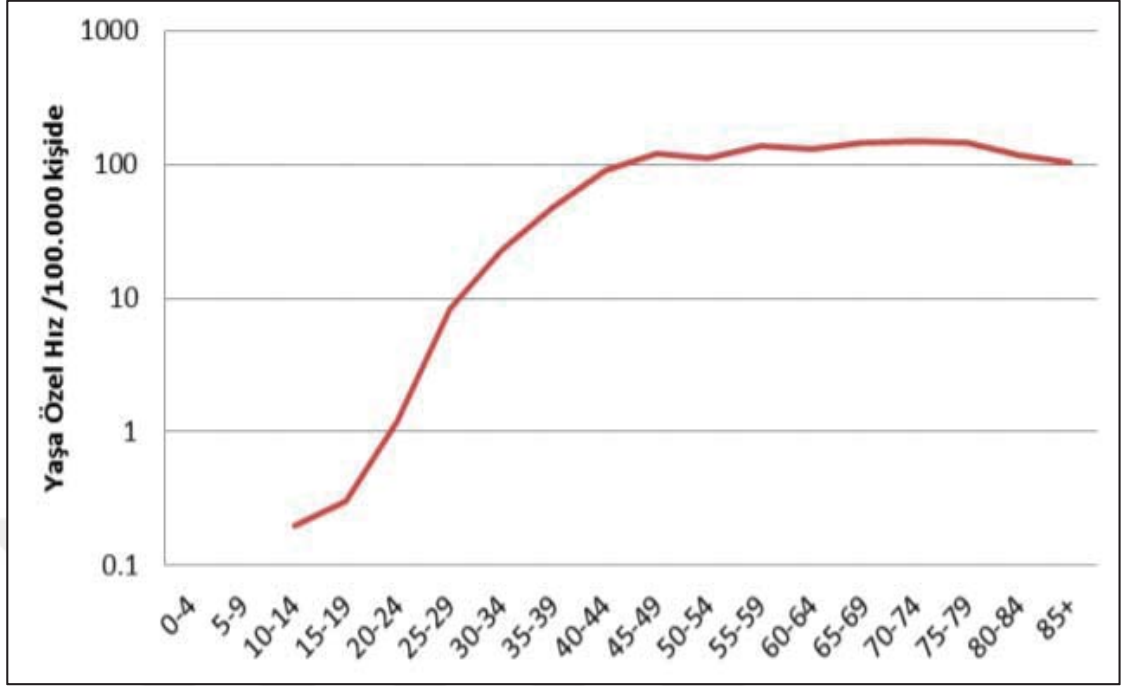
Kaynak: HSGM, (2018). Türkiye Kanser İstatistikleri, 2015, [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye\\_Kanser\\_Istatistikleri\\_2015.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf), [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].

Şekil 3.8’de de görüldüğü üzere ülkemizde meme kanseri vakalarının oranlarında 2011-2015 yılları arasında çok büyük değişiklikler yaşanmamıştır. 2011 yılında yüz binde 44,2 olan meme kanseri vaka oranı 2015 yılına gelindiğinde 43,8 olduğu gözlenmektedir. Bahse konu dönemde ise en yüksek orana yüz binde 46,8 ile 2012 yılında ulaştığı görülmektedir (HSGM, 2018, s. 38).

Meme kanserinin yaşlara göre hızları incelendiğinde özellikle 45 yaşından itibaren yüz binde 100’e ulaştığı görülmektedir. 30’lu yaşlardan itibaren çok yüksek bir hız kazan meme kanseri yüz binde 10 seviyesinden 45 yaşına kadar yüz binde 100 seviyesine kadar çıkabilmektedir. En yüksek oran ise 70’li yaşlarda gerçekleşmektedir (HSGM, 2018, s.28).

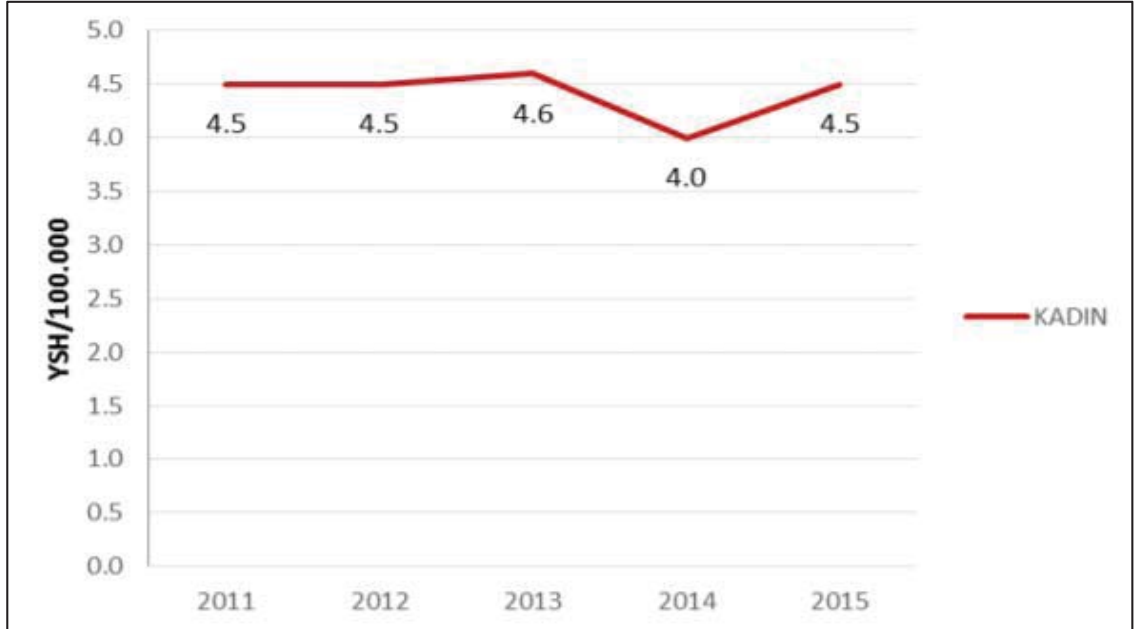
Kadınlarda görülen serviks kanserinin 2011-2015 yılları arasındaki hızı incelendiğinde 2014 yılında ciddi bir düşüş göstermiş olsa da bahse konu yıllar arasında yaklaşık olarak yüz binde 4,5 kişi düzeyinde kaldığı görülmektedir (HSGM, 2018, s. 38)

Şekil 3.9: Kadınlarda Meme Kanserinin Yaşa Özel Hızları (2015)



Kaynak: HSGM, (2018). Türkiye Kanser İstatistikleri, 2015, [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye\\_Kanser\\_Istatistikleri\\_2015.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf), [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].

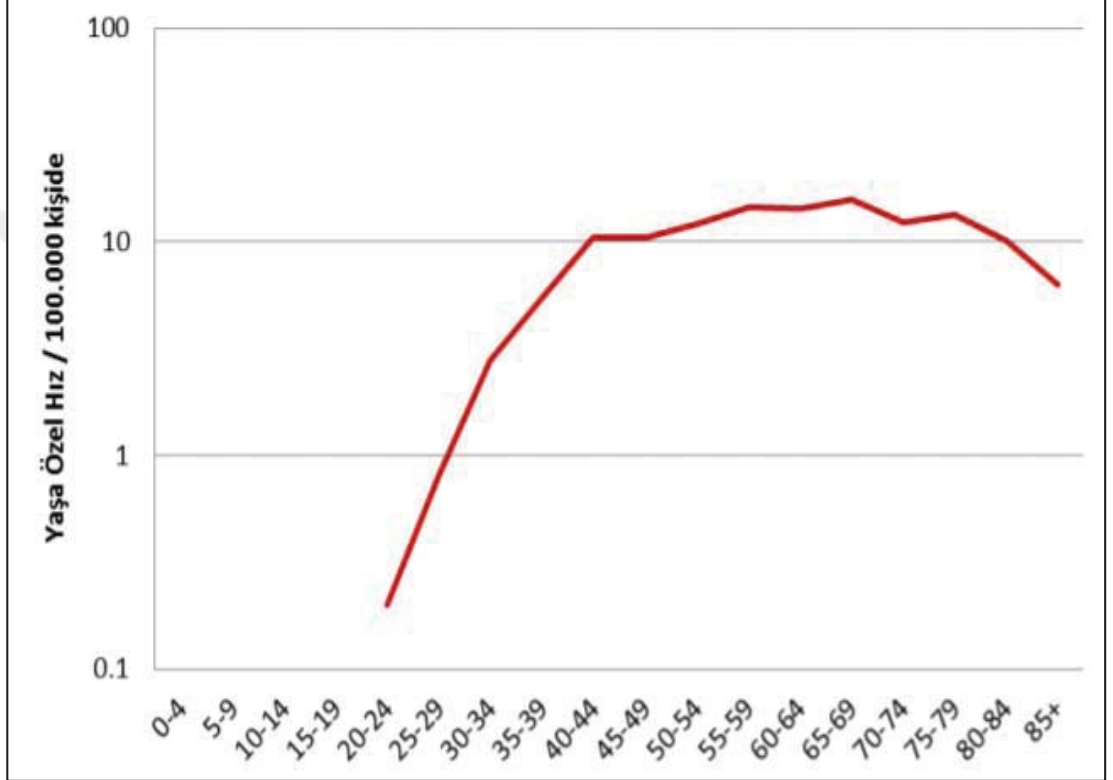
Şekil 3.10: Kadınlarda Görülen Serviks Kanserin Yaşa Standardize İnsidans Hızlarının 2011-2015 Yılları Arasındaki Dağılımı (Dünya Standart Nüfusu,100.000 Kişide)



Kaynak: HSGM, (2018). HSGM, (2018). Türkiye Kanser İstatistikleri, 2015, [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye\\_Kanser\\_Istatistikleri\\_2015.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf), [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].

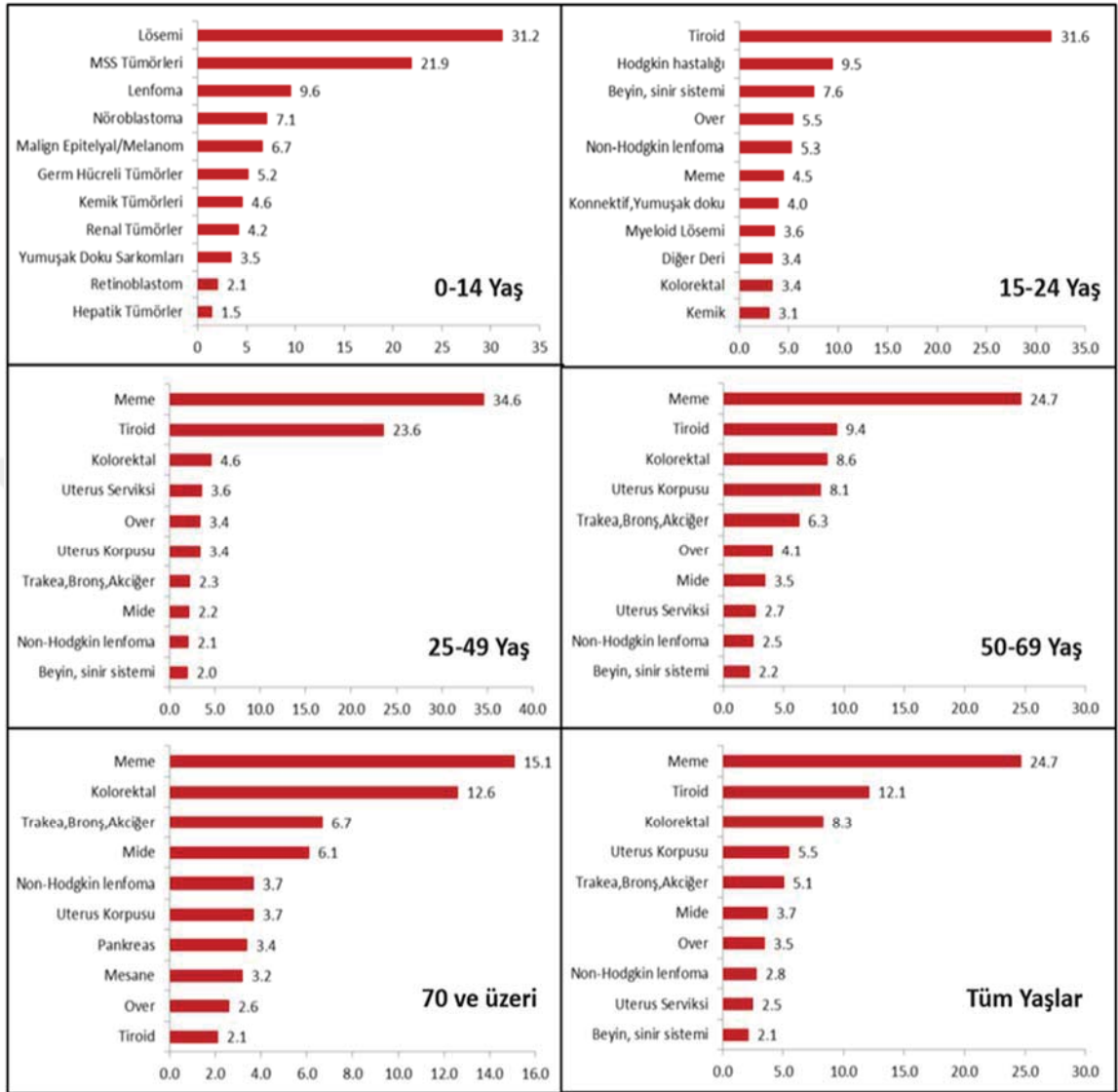
Türkiye’de serviks kanserinin yaşlara bağlı olarak hızı incelendiğinde 25-45 yaşları arasında serviks oranlarının dramatik bir şekilde artış gösterdiği Şekil 3.11’de görülmektedir. En yüksek düzeylerine ise 60’lı yaşlarda ulaştığı bu yaşlarda yaklaşık yüz binde 120 kişi düzeyine ulaştığı aşağıdaki grafikten anlaşılmaktadır (HSGM, 2018, s. 28).

**Şekil 3.11: Serviks Kanserinin Yaşa Özel Hızları (Semi-Log) (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2015)**



Kaynak: HSGM, (2018). Türkiye Kanser İstatistikleri, 2015, [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye\\_Kanser\\_Istatistikleri\\_2015.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf), [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].

**Şekil 3.12: Yaş Gruplarına Göre Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (2015)**

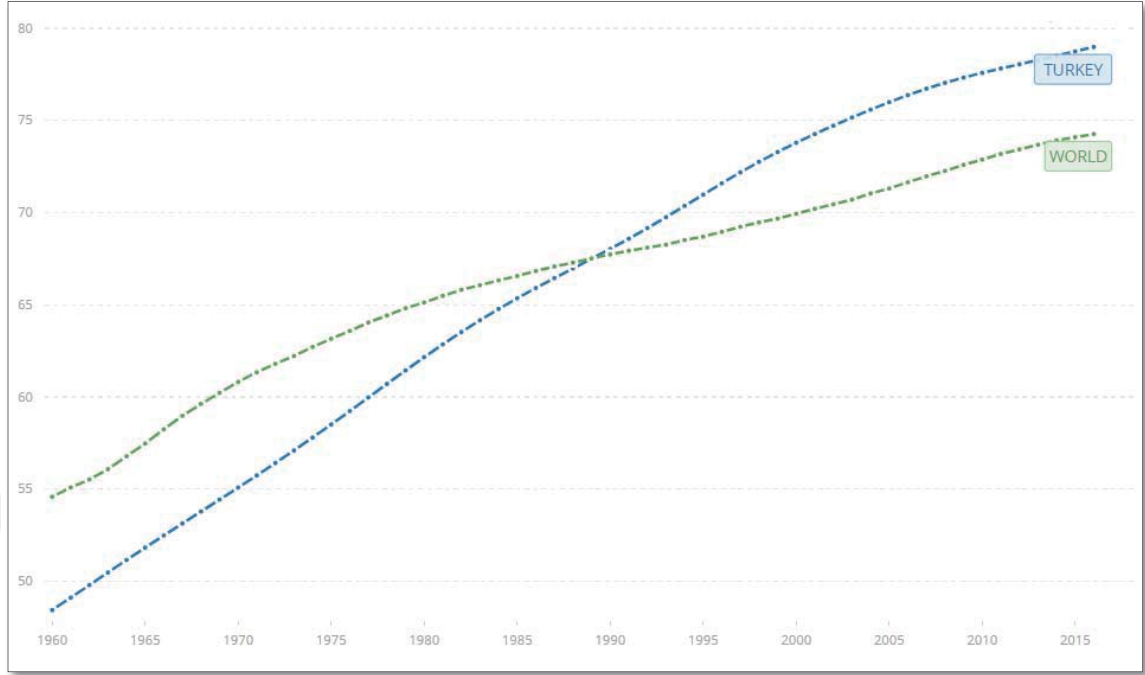


Kaynak: HSGM, (2018). Türkiye Kanser İstatistikleri, 2015, [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye\\_Kanser\\_Istatistikleri\\_2015.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf), [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].

### 3.2.1.5. Ortalama yaşam süresi

Ülkemizde kadınların ortalama yaşam süresi 1960 yılından 1990'lı yılların başına dünya ortalamasının altında kaldığı Şekil 3.13'te görülmektedir. 1960 yılında Türkiye'de ortalama yaşam süresi kadınlarda 48 yıl iken dünya ortalaması ise 55 yıl olarak gerçekleşmiştir. Ancak 1990 yıllardan itibaren sürekli olarak yükselen kadın ortalama yaşam süresi 2016 yılında 79 yıla kadar ulaşmıştır. Dünya ortalaması ise aynı yıl 74 olarak gerçekleşmiştir (Dünya Bankası, 2018e).

**Şekil 3.13: Türkiye’de Kadınlarda Ortalama Yaşam Süresi (1960-2016)**



*Kaynak:* Dünya Bankası, (2018f) Life expectancy at birth, female (years), <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.FE.IN>, [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].

1960’lı yıllardan 1990’a kadar ülkemiz kadın ortalama yaşam süresinin AB ve OECD ülkelerinin ortalamasına göre çok gerilerde kaldığı, ayrıca dünya ortalamasının dahi altında olduğu Tablo 3.4’te görülmektedir. 1990 yılından itibaren görülen yükselme sayesinde 2016 yılında dünya ortalamasının üzerine çıkılmış ve gelişmiş ülkelerin düzeyine yaklaşılmıştır (Dünya Bankası, 2018e).

**Tablo 3.4: Türkiye Kadın Ortalama Yaşam Süresi Verileri ve Karşılaştırmalar (1960-2016)**

Yıllar	Türkiye	Avrupa Birliği	OECD	Dünya
1960	48	72	70	54
1970	55	74	73	61
1980	62	76	76	65

Yıllar	Türkiye	Avrupa Birliği	OECD	Dünya
1990	68	78	78	68
2000	73	80	80	70
2010	78	82	82	73
2015	79	83	83	74
2016	79	83	83	74

Kaynak: Dünya Bankası, (2018f) Life expectancy at birth, female (years), <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.FE.IN>, [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].

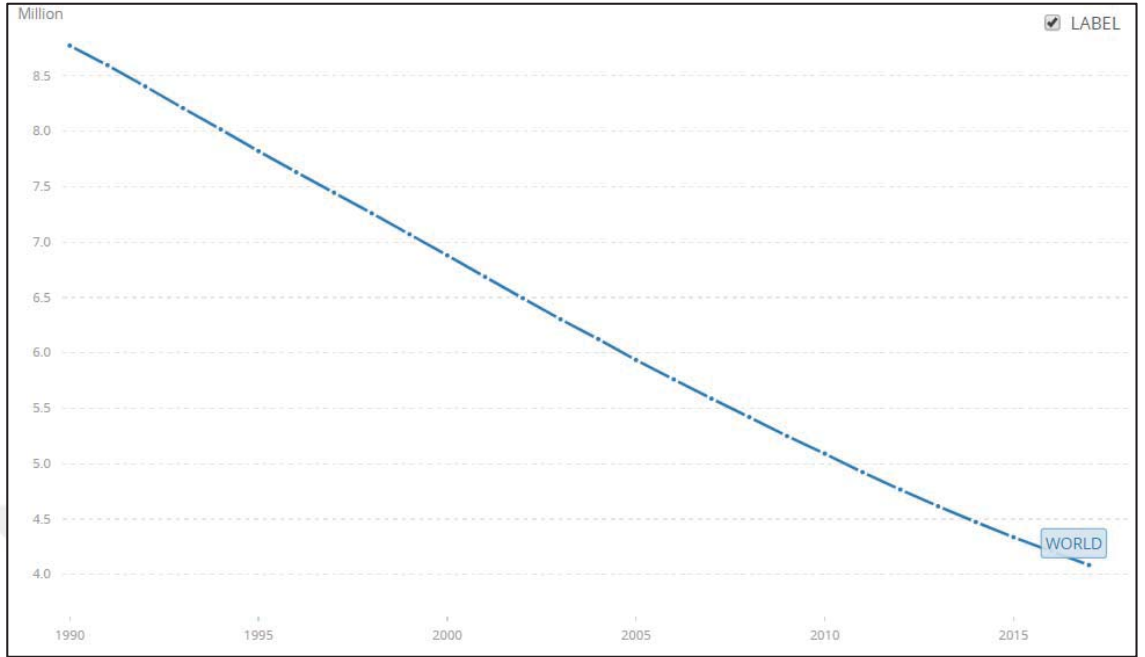
### 3.2.2. Dünyada Kadın Sağlığı İstatistikleri

Çalışmanın önceki bölümünde kadın sağlığı ölçütleri konusunda inceleme yapılmıştır. Bahse konu ölçütlerin dünya genelindeki istatistikleri günümüzde kadın sağlığında gelinen seviyeyi ortaya koymaktadır. Bu kapsamda çalışmanın bu bölümünde dünya geneli itibariyle kadın sağlığı istatistikleri incelenecektir. Bahse konu istatistiklerde öne çıkan bölgeler vurgulanacak ve verileri yorumlanacaktır.

#### 3.2.2.1. Bebek ölümü

Dünya genelinde bebek ölüm sayıları 1990-2017 yılları arasında sürekli olarak düşerek olumlu bir eğilim göstermektedir. Bahse konu dönemde dünya nüfusunun artmasına rağmen bebek ölüm sayıları 8,7 milyondan 4 milyona düşmüştür (Dünya Bankası, 2018d).

**Şekil 3.14: Dünya Genelinde Bebek Ölüm Sayıları (1990-2017)**



*Kaynak:* Dünya Bankası, (2018d) Number of infant deaths, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DTH.IMRT>, [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].

Bebek ölümü sayılarının 1990-2017 yılları arasında azaldığı aşağıdaki tabloda görülmektedir. Dünya genelinde 1990’da bebek ölüm sayılarının 8,77 milyon olduğu görülürken bu rakam OECD ülkelerinde 270 bin düzeyinde AB ülkelerinde ise 57 bin düzeyinde gerçekleşmiştir. 2017 yılına gelindiğinde ise bebek ölümü sayılarının dünya genelinde 4 milyona kadar düştüğü, OECD ülkelerinde 80 bin, AB ülkelerinde ise 17 bin düzeyinde gerçekleştiği gözlenmektedir. Bu durum dünya genelinde gerek gelişmiş bölgelerde ve gerekse geri kalmış bölgelerde bebek ölüm oranlarının nüfus artışına rağmen azalma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Bahse konu durum gerek ana sağlığı ve gerekse çocuk sağlığı alanında yaşanan gelişmelerden kaynaklandığı değerlendirilmektedir.

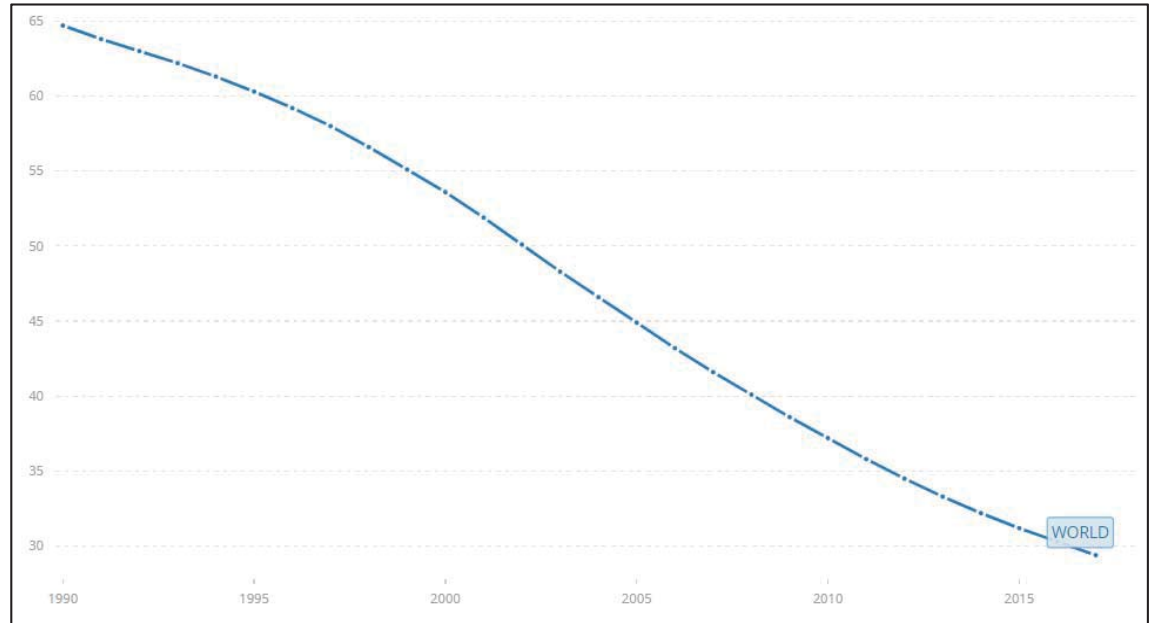
**Tablo 3.5: 1990-2017 Yılları Arasında Bebek Ölüm Sayıları (Milyon)**

Yıllar	Dünya Geneli	OECD	Avrupa Birliği
1990	8,77	0,27	0,057
1995	7,82	0,21	0,040
2000	6,88	0,16	0,030
2005	5,93	0,13	0,025
2010	5,09	0,11	0,021
2015	4,34	0,09	0,018
2016	4,21	0,09	0,018
2017	4,08	0,08	0,017

Kaynak: Dünya Bankası, (2018d) Number of infant deaths, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DTH.IMRT>, [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].

Bebek ölüm oranları incelendiğinde ise 1990 yılında 1000 doğumda 65 olan bebek ölüm oranı 2017 yılına kadar düşüş eğilimi göstererek 2017 yılında her 1000 doğumda 29 düzeyine kadar düşmüştür.

**Şekil 3.15: 1990-2017 Yılları Arasında Dünya Geneli Bebek Ölüm Oranları (1000 Doğumda)**



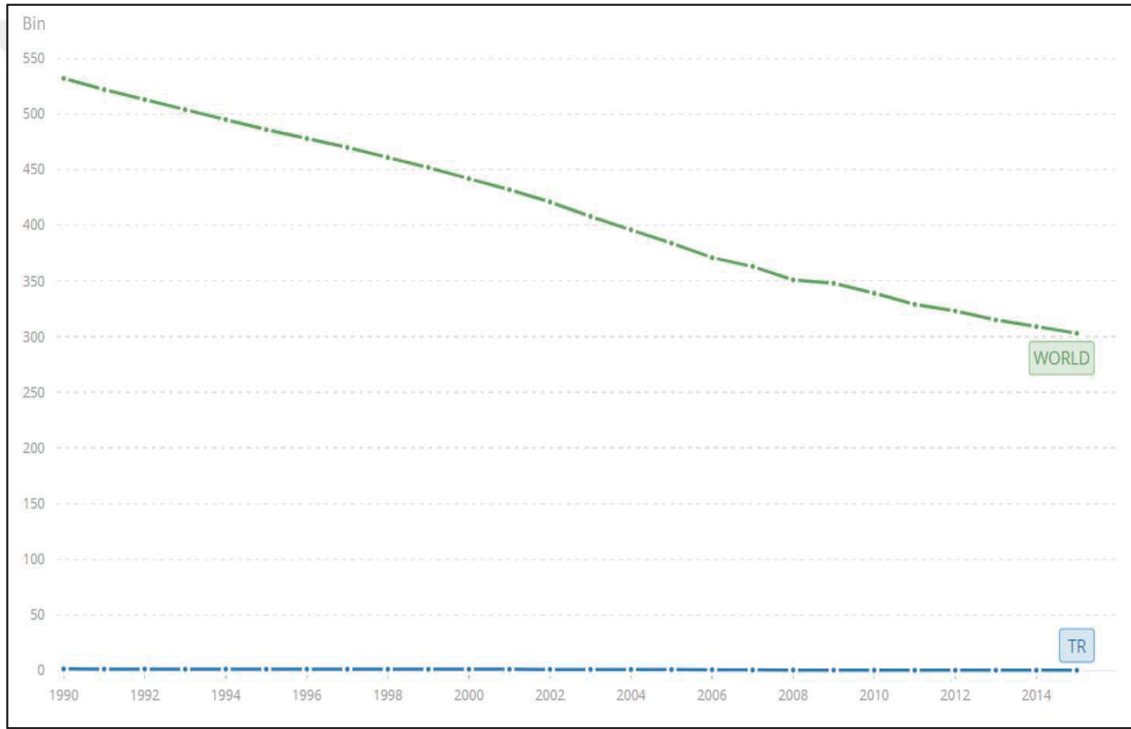
Kaynak: Dünya Bankası, (2018e) Mortality rate, infant (per 1,000 live births), <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>, [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].



### 3.2.2.2. Anne ölümü

Dünya anne ölüm sayıları incelendiğinde 1990'lı yılların başlarında 550 bin sayısına yaklaşan (532,000) ölüm sayıları günümüzde 300 bin düzeyine kadar (303,000) düşmüştür. Aynı dönemde ülkemizde ise bahse konu sayı 1400'den 210'a düşmüştür. Bu durum ülkemizin anne ölümleri açısından dünya geneline nazaran daha olumlu bir yolda olduğunu göstermektedir. Bahse konu dönemde dünya genelinde anne ölümler yaklaşık yüzde 43 oranında azalırken, ülkemizde ise bahse konu ölümler yüzde 85 oranında azalmıştır (Dünya Bankası, 2018c).

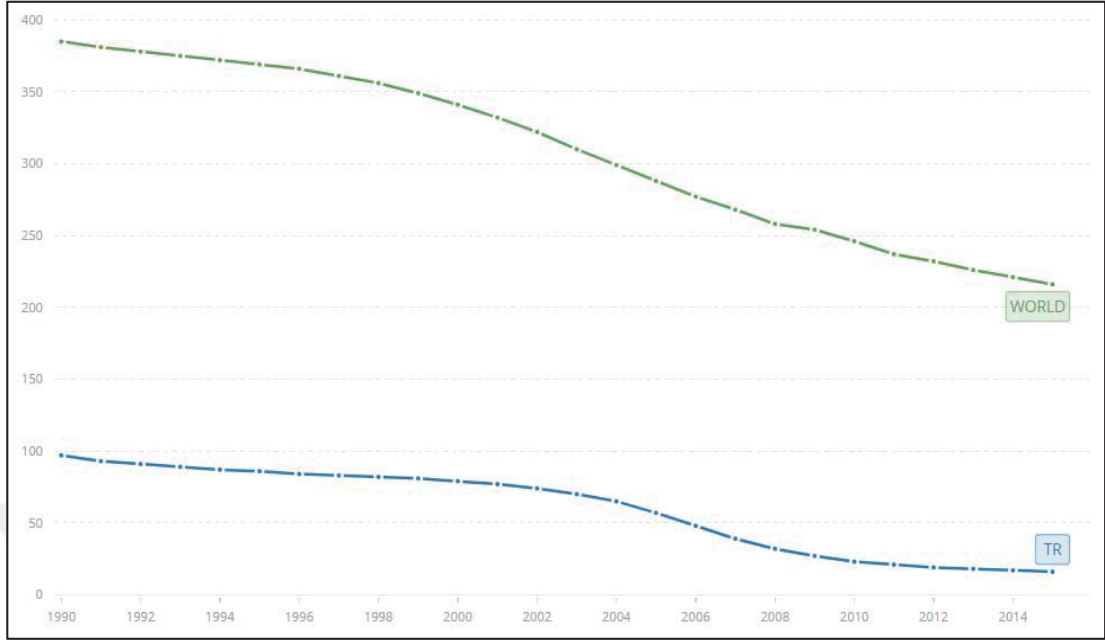
**Şekil 3.16: Dünya Anne Ölüm Verileri**



Kaynak: Dünya Bankası, (2018c). Number of maternal deaths, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MMR.DTHS?locations=TR-1W> [Erişim Tarihi: 12 Kasım 2018].

Dünyada anne ölümlerinin oranı incelendiğinde 1990'lı yılların başında her 100 bin doğumda 385 ölüm gerçekleşirken günümüzde ise 216 ölüm gerçekleşmektedir. Ülkemizde ise bahse konu dönemde anne ölümleri 100 bin doğumda 97'den 16'ya düşmüştür (Dünya Bankası, 2018c).

**Şekil 3.17: Dünyada Anne Ölüm Oranları (100.000 doğumda 1).**



Kaynak: Dünya Bankası, (2018c). Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births), <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT> [Erişim Tarihi: 12 Kasım 2018].

**Tablo 3.6: Dünyada Anne Ölüm Verileri**

Yıllar	Ölüm Vakası Sayısı	100,000 Canlı Doğumda Anne Ölümü Vakası Sayısı
1990	532.000	385
1995	486.000	369
2000	442.000	341
2005	384.000	288
2010	339.000	246
2011	329.000	237
2012	323.000	232
2013	315.000	226
2014	309.000	221
2015	303.000	216

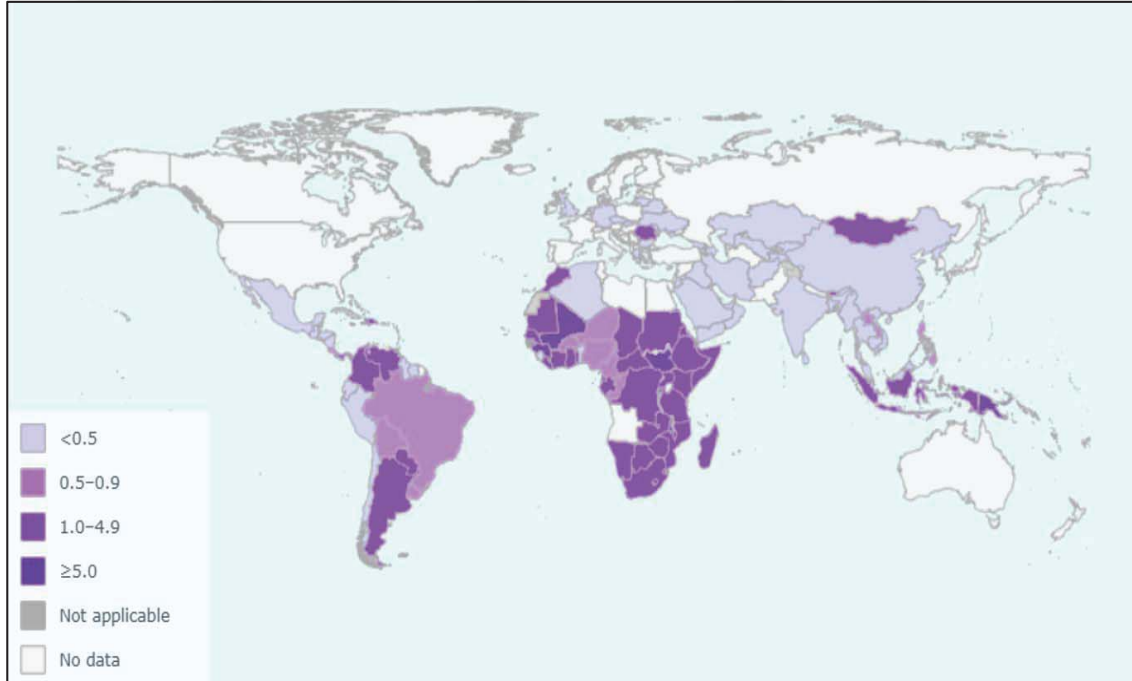
Kaynak: Dünya Bankası, (2018c). Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births), <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT> [Erişim Tarihi: 12 Kasım 2018].

### 3.2.2.3. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar

Frenji: Frenji (Sifiliz) cinsel yolla bulaşan hastalıklardan biridir. Gebelikte frenji hastalığı 2017 yılında Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre verileri paylaşan toplamda 83 ülke arasından 37 ülkede frenji oranının yüzde 1 veya üzerinde olduğu (Verilerini paylaşan ülkelerde yüzde 1-8 arasında değiştiği görülmektedir.) görülmüştür. Hamilelikte frenji hastalığı ölü doğumlar açısından global anlamda ikinci etken hastalık olarak öne çıkmaktadır. Diğer taraftan bu hastalık prematüre doğum, düşük doğum ağırlığı, yeni doğan ölümü ve yeni doğanda enfeksiyonlar gibi ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Bahse konu olumsuz sorunların üstesinden gelmek için antibiyotik tedavisi yapılmaktadır (WHO, 2018a).

Gebelikte frenji hastalığı taşıyan kadınların oranları incelendiğinde özellikle Afrika ve Güney Amerika'da oranların diğer bölgelere göre yüksek olduğu görülmektedir. Çin, Orta Asya, Avrupa ve Orta Doğu ülkelerinde bu oranın düşük olduğu Şekil 3.17'den anlaşılmaktadır (WHO, 2018b).

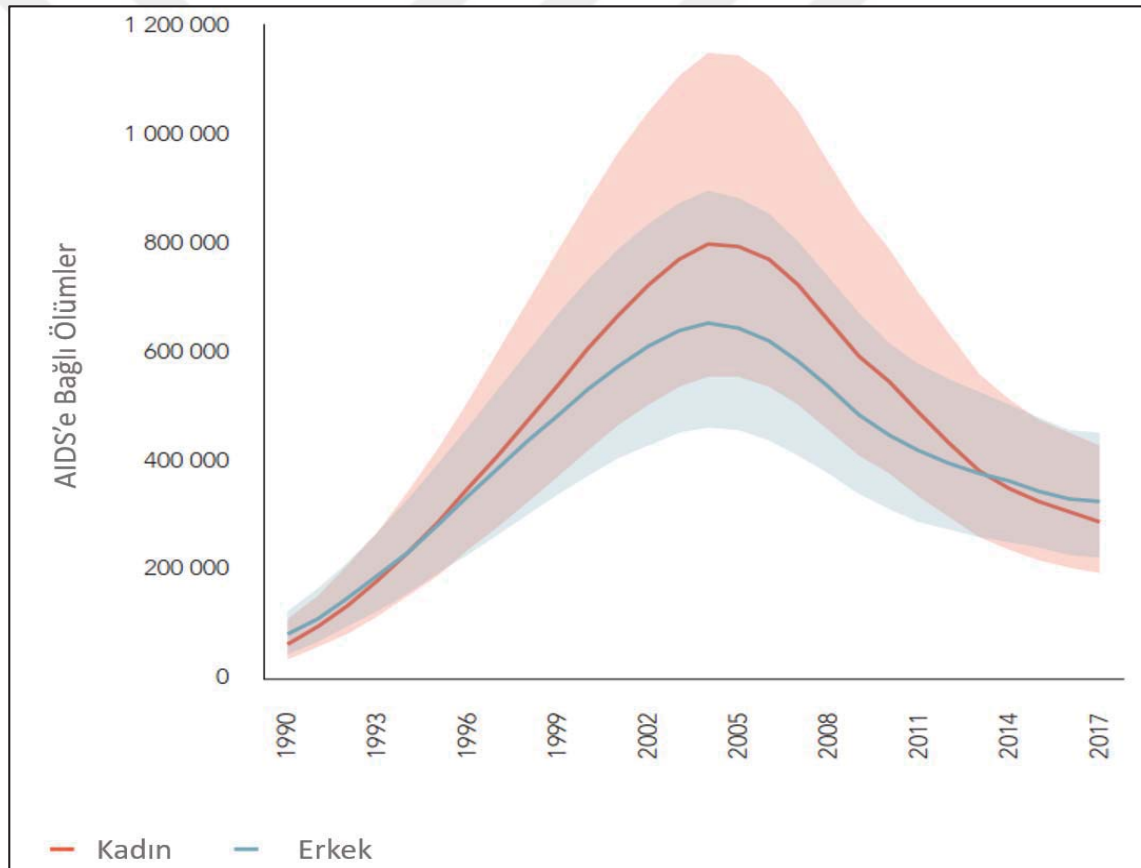
**Şekil 3.17: Gebelikte Frenji Virüsü Taşıyan Bireyler**



*Kaynak:* WHO, (2018b). Syphilis in pregnancy, <http://www.who.int/gho/sti/pregnancy/positive/en/> [Erişim Tarihi: 01 Kasım 2018].

HIV/AIDS: Bu hastalık da cinsel yolla bulaşan ve ciddi anlamda ölümcül sonuçları olan hastalıklardan biridir. 2017 yılında dünyada 18,2 milyon kadının (15 yaş ve üstü) bu virüsü taşıdığı tahmin edilmektedir. Bu oran HIV virüsü taşıyan yetişkinlerin yüzde 52'sini oluşturmaktadır. Dolayısıyla birbirine yakın düzeyde olsa da HIV virüsünün kadınlarda daha fazla olduğu görülmektedir. Bu virüs kadınların üreme çağında (15-49 yaş arası) en fazla ölüme neden olan hastalıklardan biridir. 2017 yılında toplamda 1,6 milyon yeni taşıyıcının olduğu ve bunların yüzde 48'inin kadın olduğu tahmin edilmektedir. Özellikle yeni taşıyıcı genç kadınlar (15-24 yaş arası) aynı yaştaki erkek yeni taşıyıcılardan yüzde 42 oranda daha fazladır (UNAIDS, 2018a).

**Şekil 3.18: Sahra-Altı Afrika'da AIDS'e Bağlı Ölümlerin Sayısı (1990-2017)**

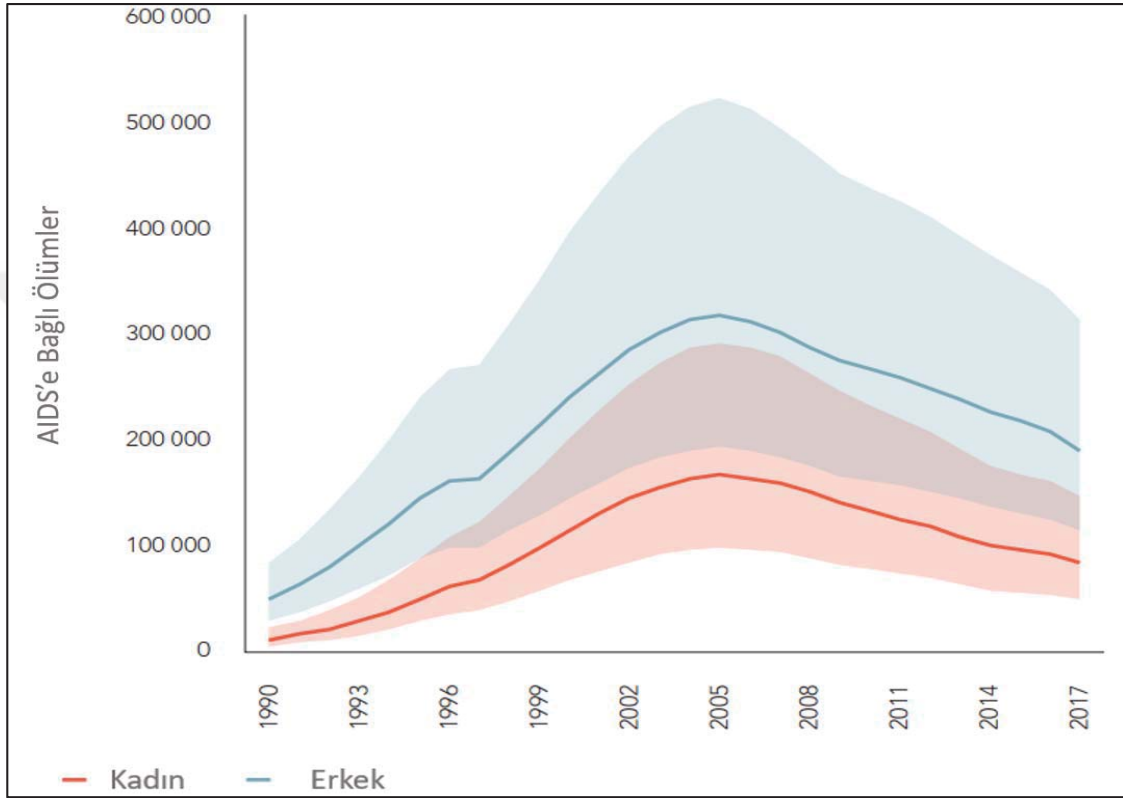


Kaynak: UNAIDS, (2018b). UNAIDS Data 2018: 6. [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/unaid-data-2018\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaid-data-2018_en.pdf) [Erişim Tarihi: 01 Kasım 2018].

Dünyada çapında AIDS'e bağlı ölüm verileri incelendiğinde Sahra altı Afrika'da dünyanın diğer bölgelerinin ortalamasının yaklaşık iki katı kadar daha fazla ölümün gerçekleştiği görülmektedir. Sahra altı Afrika'da 2000'li yılların başında kadınların

erkekler için çok daha yüksek sayılarda AIDS'e bağlı olarak öldüğü görülürken günümüzde erkeklerin kadınlara nazaran daha fazla düzeyde anılan bölgede AIDS'a bağlı olarak öldüğü Şekil 3.18'den görülmektedir (UNAIDS, 2018: 6).

**Şekil 3.19: Dünyada (Sahra-Altı Afrika dışında) AIDS'e Bağlı Ölümlerin Sayısı (1990-2017)**



Kaynak: UNAIDS, (2018b). UNAIDS Data 2018: 6. [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/unaid-data-2018\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaid-data-2018_en.pdf) [Erişim Tarihi: 01 Kasım 2018].

Dünya çapında (Sahra altı Afrika hariç) AIDS'e bağlı ölümlerin sayıları incelendiğinde kadınların erkekler için daha az düzeyde AIDS'e bağlı olarak öldükleri görülmektedir. Günümüzde neredeyse erkeklerde AIDS'e bağlı yaşanan ölümlerin kadınlara göre iki kat daha fazla olduğu Şekil 3.19'dan anlaşılmaktadır (UNAIDS, 2018b: 6)

#### 3.2.2.4. Kadın kanseri

Kadınlarda kansere vakalarında en çok meme kanserinin öne çıktığı Tablo 3.7'den görülmektedir. Meme kanserini sırasıyla kolokteral, serviks, akciğer ve rahim kanseri takip etmektedir (HSGM, 2018: 43). Çalışmanın bu kısmında kadın kanserlerinin dünya genelindeki istatistikleri ele alınacaktır.

**Tablo 3.7: Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) Tarafından Yayınlanan GLOBOCAN 2012 Verilerine Göre Kadınlarda En Sık Görülen İlk Beş Kanserlerin Dağılımı**

Sıra	Türkiye*	Dünya	IARC'a üye 24	AB (28 ülke)	ABD
1	Meme	Meme	Meme	Meme	Meme
2	Tiroit	Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal	Akciğer
3	Kolorektal	Uterus serviksi	Akciğer	Akciğer	Kolorektal
4	Uterus korpusu	Akciğer	Uterus serviksi	Uterus korpusu	Tiroit
5	Akciğer	Uterus korpusu	Uterus korpusu	Uterus serviksi	Uterus

\* Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2015

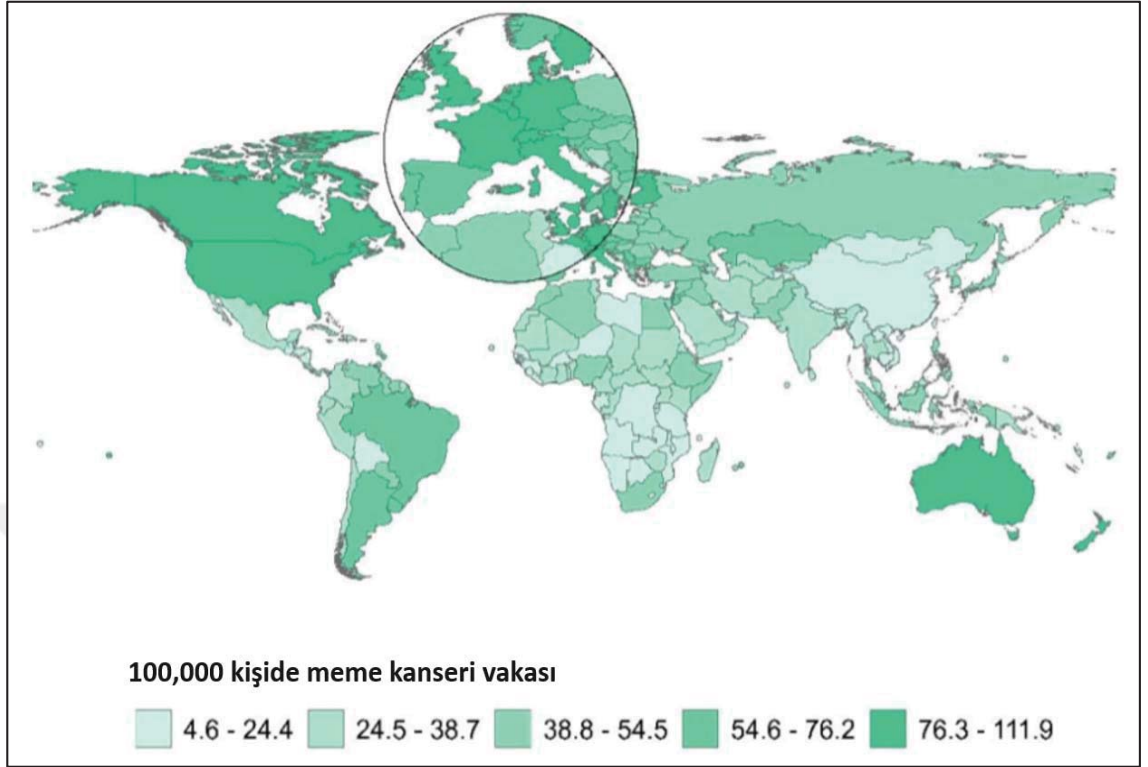
Kaynak: HSGM, (2018). Türkiye Kanser İstatistikleri, 2015, [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye\\_Kanser\\_Istatistikleri\\_2015.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf), [Erişim Tarihi: 01 Kasım 2018].

Kadınlarda kanser vakaları ölümlerin sebebi olması açısından Amerika, Avrupa, Batı Pasifik bölgelerinde ikinci sırada, Doğu Akdeniz’de üçüncü sırada ve Afrika’da altıncı sırada bulunmaktadır. Bu açıdan kadın kanserleri kadın sağlığını tehdit eden en önemli hastalıklardan biri olarak ön plana çıkmaktadır (ACS, t.y.: 8).

Meme Kanseri: Özellikle meme kanseri dünyada kadınların ölüm sebepleri arasında ilk sırada yer almaktadır. 2012 yılında 1,7 milyon meme kanseri vakasından 521,900 vaka ölümlerine sonuçlanmıştır. Ülkeler açısından da en fazla teşhis konan kanser tipindedir. Toplam 184 ülkenin 140’unda en sık teşhis edilen kanser türündendir.

En fazla meme kanseri vakaları Kuzey Amerika, Batı Avrupa ve Avustralya/Yeni Zelanda bölgelerinde görülürken en düşük vaka sayısı da Afrika ve Asya’da gerçekleşmektedir (ACS, t.y., 16). 2018 yılında ise meme kanserine bağlı olarak toplamda 627,000 (tüm ölüm vakalarının yüzde 6,6’sı) ölüm vakası gerçekleşmiştir. Kadınlarda, meme kanseri için vaka oranları, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde diğer kanserler tiplerinden çok daha fazladır, bunu gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelerde kolorektal kanser ve serviks kanseri izlemektedir (WHO, 2018d: 2).

**Şekil 3.20: Dünya Meme Kanseri Vaka Oranları (100,000 kişide, 2012 yılı)**

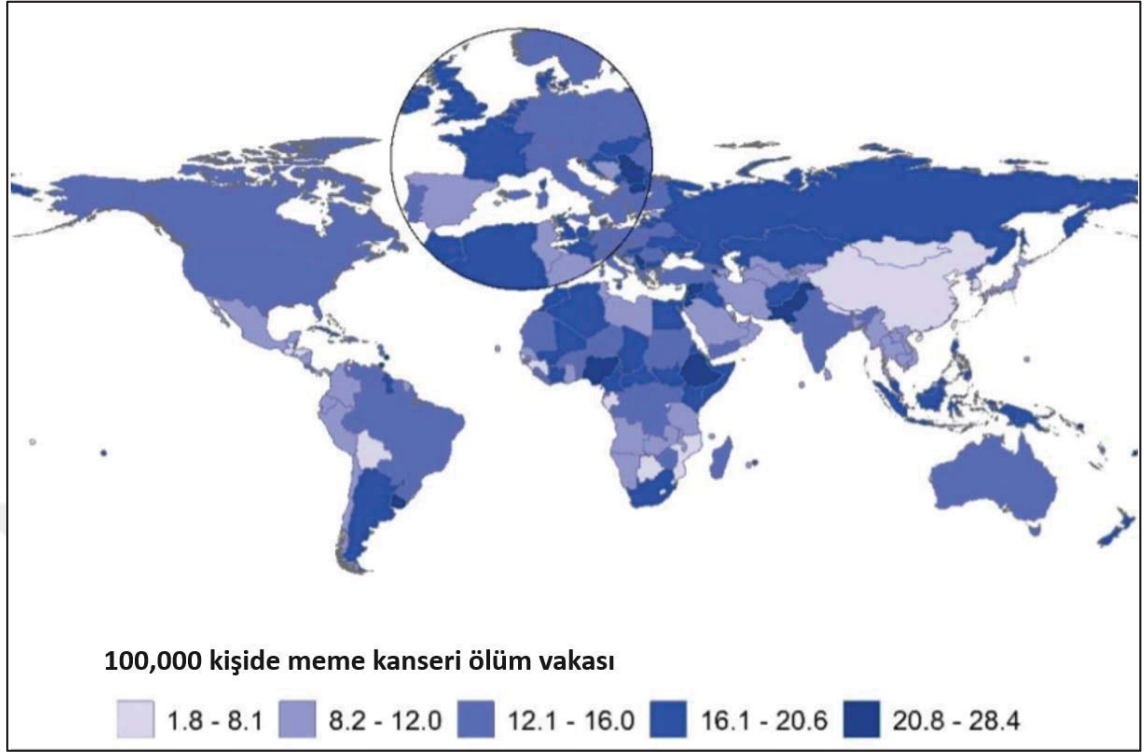


*Kaynak:* ACS, (t.y.). GLOBAL BURDEN OF CANCER IN WOMEN, Current status, trends, and interventions <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/global-cancer-facts-and-figures/global-burden-of-cancer-in-women.pdf> [Erişim Tarihi: 01 Kasım 2018].

Meme kanserine bağlı ölüm oranları ise erken teşhis ve yapılan tedaviden olumlu anlamda etkilendiği görülmektedir. Bu bağlamda Kuzey Amerika’da vaka sayısı yüksek iken, meme kanserine bağlı ölüm sayısı ise diğer bölgelere göre düşüktür (ACS, t.y., 17).

2018 yılında kadınlar arasında meme kanseri vakası en çok teşhis konan kanser türü olmuştur. Yaklaşık olarak kadınlarda görülen her 4 kanser vakasından biri meme kanseri teşhisini taşımaktadır. GLOBOCAN 2018 verilerine göre toplamda 185 ülkeden 154’ünde en yaygın kanser türü olarak öne çıkmaktadır. Ayrıca tüm dünyada kadınlarda yaşanan ölüm vakalarının yüzde 15’inde görülmektedir (WHO, 2018d: 2-3).

**Şekil 3.21: Dünya Meme Kanseri Ölüm Vaka Oranları (100,000 kişide, 2012 yılı)**



*Kaynak:* ACS, (t.y.). Global Burden Of Cancer In Women, Current status, trends, and interventions <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/global-cancer-facts-and-figures/global-burden-of-cancer-in-women.pdf> [Erişim Tarihi: 01 Kasım 2018].

**Tablo 3.8: Kadın Kanserlerinde Kansere Tipine Bağlı Ölüm Oranları**

Kadın Kanseri Türü	Oranı (yüzde)
Meme Kanseri	15
Akciğer Kanseri	13,8
Kolorektal Kanser	9,5
Servikal Kanser	6,6

*Kaynak:* WHO, (2018d). Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018. Press Release No: 263, The International Agency for Research on Cancer (IARC). [https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/09/pr263\\_E.pdf](https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/09/pr263_E.pdf), [Erişim Tarihi: 01 Kasım 2018].

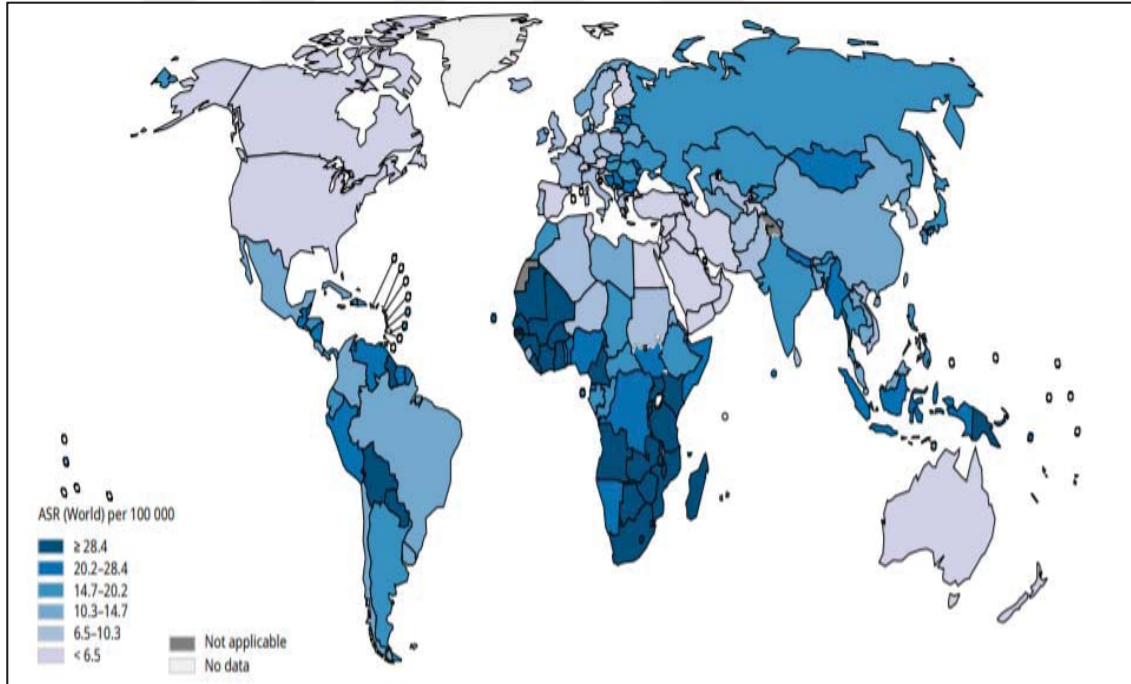
Akciğer Kanseri: Kadınlarda akciğer kanserine bağlı olarak yaşanan ölüm oranları meme kanserinden sonra gelmektedir. Tablo 3.8’de görüldüğü gibi dünyada görülen kanser vakalarına bağlı ölümlerin yüzde 13,8’i akciğer kanserinden kaynaklandığı



görülmektedir. Kadınlarda akciğer kanserine bağlı ölümler en fazla Kuzey Amerika ve Kuzey ve Batı Avrupa (Özellikle Hollanda ve Danimarka), Çin, Avustralya ve Yeni Zelanda bölgelerinde görülmektedir. Akciğer kanserine bağlı kadın ölümlerinde ülkenin başında ise Macaristan gelmektedir (WHO, 2018d: 3)

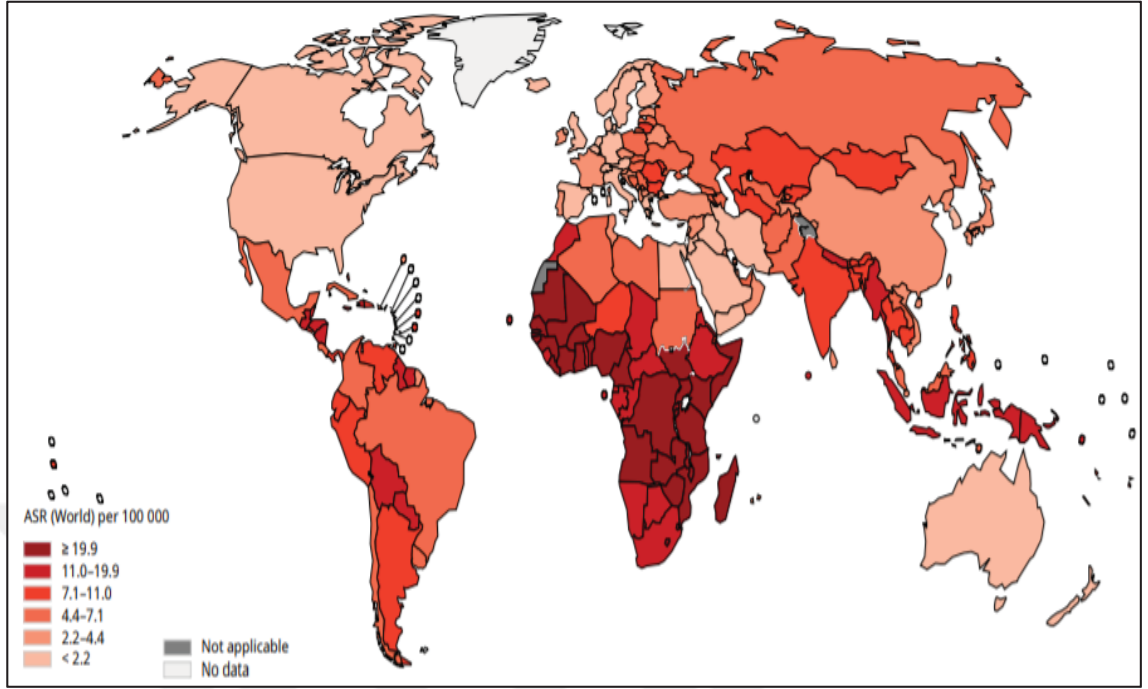
Serviks Kanseri: Serviks kanseri de kadın kanserleri arasında ölüm vakalarının yüksek düzeyde meydana geldiği kanser türlerindedir. 2018 yılı itibariyle serviks kanseri vaka oranları Şekil 3.20’de gösterilmektedir. Buna göre en yüksek serviks kanseri vakalarının Sahra altı Afrika’da meydana geldiği görülmektedir. Özellikle Güney, Doğu ve Batı Afrika ülkelerinde 100,000 kadında yaklaşık 30 ve üzerinde kadının serviks kanserine yakalandığı görülmektedir. Diğer taraftan Güney Doğu Asya ülkelerinde de serviks kanserinin yaygın şekilde olduğu görülmektedir (IARC, 2018: 2).

**Şekil 3.22: Serviks Kanseri Vaka Oranı Haritası (100,000 kişide, 2018 yılı)**



Kaynak: IARC, (2018). Cervix uteri, <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-Uteri-fact-sheet.pdf>, [Erişim Tarihi: 01 Kasım 2018].

**Şekil 3.23: Serviks Kanserine Bağlı Ölüm Oranları**

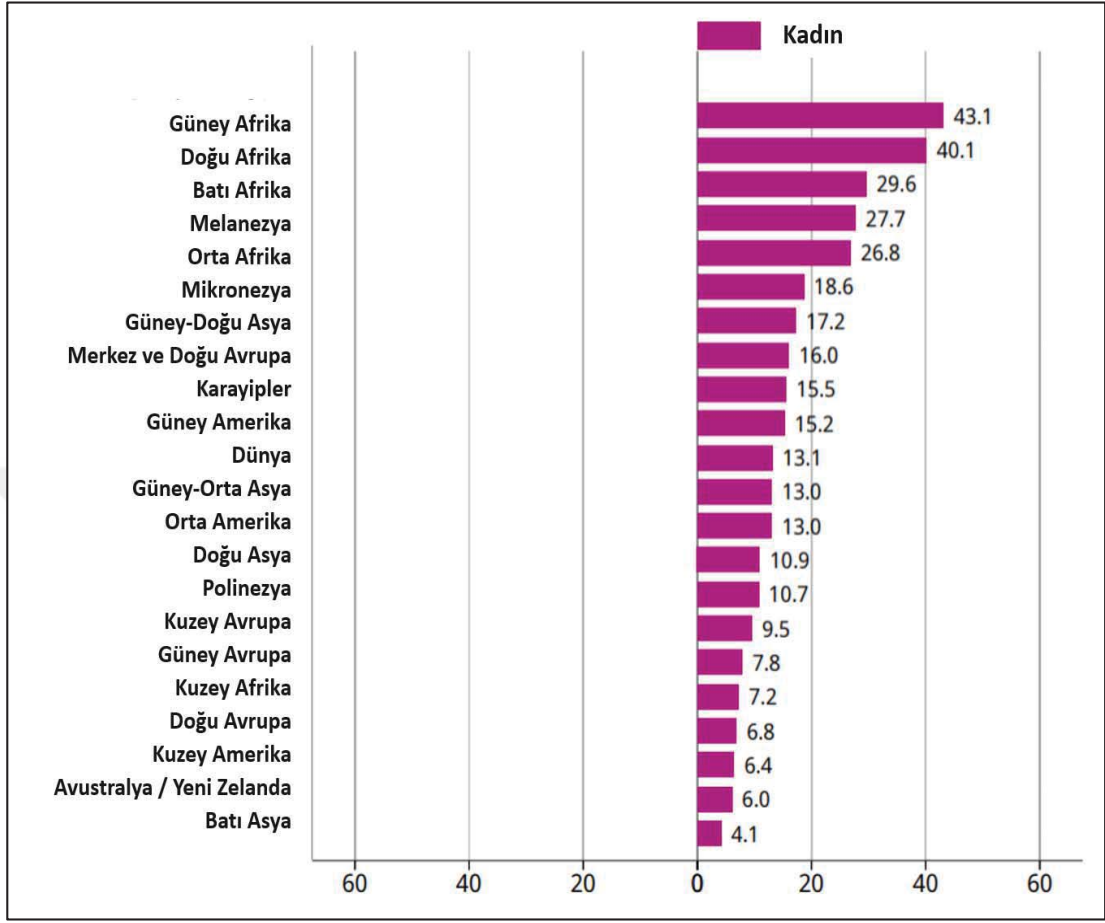


*Kaynak:* IARC, (2018). Cervix uteri, <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-Uteri-fact-sheet.pdf>, [Erişim Tarihi: 01 Kasım 2018].

Serviks kanserine bağlı ölüm oranlarının vaka oranlarının yüksek olduğu bölgelerde daha yüksek düzeyde gerçekleştiği görülmektedir. Batı, Doğu ve Güney Afrika ile Güney Doğu Asya ülkelerinde serviks kanserine bağlı ölüm oranlarının diğer bölgelere göre çok daha yüksek olduğu Şekil 3.23'ten anlaşılmaktadır (IARC, 2018, s. 2).

Kadınlarda serviks kanseri vaka oranının Şekil 3.24'de görüldüğü gibi 100,000 kadında 43 oranı ile en yüksek Güney Afrika'da gerçekleştiği görülmektedir. İkin olarak 100,000 kadında 40 oranı ile Doğu Afrika'nın geldiği görülmektedir. En düşük vaka oranında ise Batı Asya'nın 100,000 kadında 4 oranı ile öne çıktığı görülmektedir (IARC, 2018, s. 2).

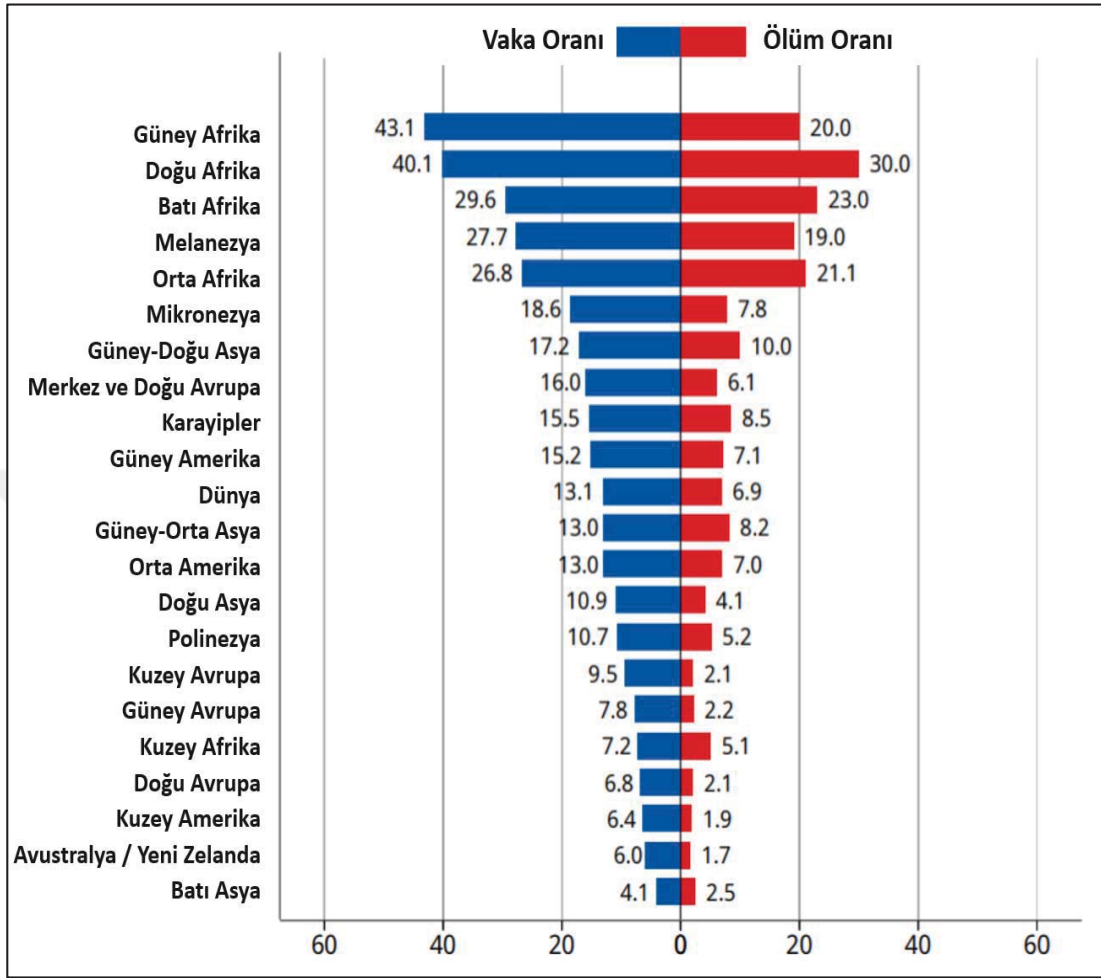
**Şekil 3.24: Dünyada Bölgelere Kadınlarda Serviks Kanseri Vaka Oranları (100,000 kişide)**



*Kaynak:* IARC, (2018). Cervix uteri, <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-Uteri-fact-sheet.pdf>, [Erişim Tarihi: 01 Kasım 2018].

Serviks kanserinin vaka oranları ile bu kansere bağlı ölüm oranları karşılaştırıldığında en yüksek vaka oranının Güney Afrika’da meydana gelmesine rağmen en çok ölüm oranının ise Doğu Afrika’da gerçekleştiği görülmektedir. En düşük ölüm oranlarının ise gelişmiş ülkelerde gerçekleştiği Şekil 3.25’te görülmektedir. Gelişmiş bölgelerde serviks kanserine bağlı ölüm oranlarının 100,000 kadın da 2 olarak gerçekleştiği görülmektedir (IARC, 2018: 2).

**Şekil 3.25: Dünyada Bölgelere Kadınlarda Serviks Kanserine Bağlı Ölüm Oranları (100,000 kişide)**

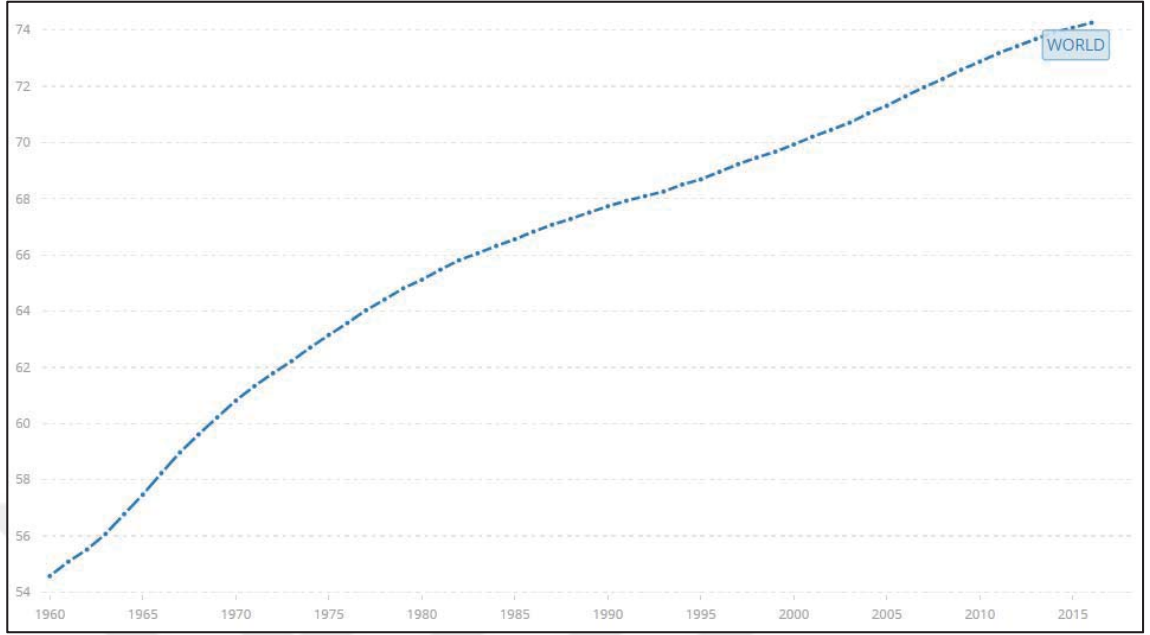


Kaynak: IARC, (2018). Cervix uteri, <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-Uteri-fact-sheet.pdf>, [Erişim Tarihi: 01 Kasım 2018].

### 3.2.2.5. Ortalama yaşam süresi

Dünya genelinde kadınlarda ortalama yaşam süresi kadın sağlığı göstergelerinden biridir. Gelişmiş ülkelerde bu ortalama yüksek olurken az gelişmiş ülkelere ise düşük olmaktadır. Örneğin AB ortalaması 2016 yılında 83 yıl iken, Sahra Altı Afrika’da bu ortalama 62 yıldır. Aşağıdaki grafik incelendiğinde dünya ortalamasının 74 yıl olduğu görülmektedir. 1960-2016 yılları arasındaki trend incelendiğinde kadınlarda ortalama yaşam süresinin zaman içerisinde sürekli arttığı görülmektedir (Dünya Bankası, 2018e).

**Şekil 3.26. Kadınlarda Ortalama Yaşam Beklentisi (1960-2016)**



*Kaynak:* Dünya Bankası, (2018f) Life expectancy at birth, female (years), <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.FE.IN>, [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].

Bölgelere göre karşılaştırma yapıldığında ortalama yaşam süresinin Kuzey Amerika ve Avrupa Birliği gibi en gelişmiş bölgelerde en yüksek düzeyde olduğu, diğer taraftan en düşük ortalamasının ise en az gelişmiş bölgelerden biri olan Sahra Altı Afrika'da olduğu Tablo 3.9'dan anlaşılmaktadır. Ayrıca yıllara bağlı olarak tüm bölgelerde kadınların ortalama yaşam sürelerinde olumlu anlamda yükselmenin yaşandığı görülmektedir.

**Tablo 3.9: 1960 ve 2016 yıllarında Farklı Bölgelerde Kadın Ortalama Yaşam Süresi**

Bölge	1960	2016
Sahra Altı Afrika	42	62
Doğu Asya ve Pasifik	47	77
Avrupa Birliği	72	83
Latin Amerika ve Karayipler	58	79
Ortadoğu ve Kuzey Afrika	47	75
Kuzey Amerika	73	82
OECD Ülkeleri	70	83
Dünya	55	74

*Kaynak:* Dünya Bankası, (2018f) Life expectancy at birth, female (years), <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.FE.IN>, [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].

## 4. SONUÇ

Kadın sağlığı konusunda yapılan bu çalışmada kadın sağlığının gelişimi, kadın sağlığına yönelik mevzuat incelenmiş, gerek Dünya genelinde ve gerekse Türkiye özelinde kadın sağlığı ölçütlerine yönelik istatistikler incelenerek paylaşılmıştır. Bu çalışmada kadın sağlığı konusu toplumsal anlamda önem taşıyan bir konu olması nedeniyle hem tüm toplumun ilgi alanına giren hem de politikalara konu olan siyasi ve ideolojik yönü olan bir konu olduğu grlmştir. Bu bağlamda hükümetlerin, uluslararası organizasyonların, ulus ötesi organizasyonların, sivil toplum örgütlerinin kadın sağlığı konusunda çalışmalar yaptđđı, politikaları yönlendirdiği grlmştir. Özellikle kadınların kadın sağlığına yönelik farkındalıklarının arttırılmasına yönelik bahse konu aktörlerin çalışmalar sergilediği grlmştir.

Kadın sağlığı ltleri konusunda anne ölümler incelenmiş ve konuya ilişkin dünya ve Türkiye istatistikleri araştırılmıştır. Anne ölümlerinin dünya genelinde ve Türkiye özelinde yıllara bağlı olarak kayda değer oranda düşüş gösterdiği grlmştir. Anne lmleri konusunda yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar aşağda ifade edilmiştir.

- i. Anne lmleri vakalarının sayısı ve oranı son 30 yılda gerek dünya genelinde ve gerekse lkemizde önemli oranda azalmıştır.
- ii. lkemizde anne ölümlerinin son 30 yılda kayda değer oranda azaldđđı grlmş, 1990'lı yılların başında anne ölüm oranı AB'nin üzerinde olan Türkiye, bu konuda günümüzde AB'nin de önünde düşük anne ölümü rakamlarına sahip olduğu tespit edilmiştir.
- iii. Dünya genelinde anne ölüm oranları ile karşılaştırıldığında ise ülkemizin çok iyi konumda olduğu, gelişmiş lkelerin düzeyinde bir orana sahip olduğu tespit edilmiştir.
- iv. Bu ölçütte yaşanan iyileşme kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası sağlık hizmetlerine erişiminin yaygınlaştığını gösterdiği değerlendirilmektedir.

Kadın sağlığı ölçütleri incelendiğinde genellikle Avrupa Birliği, OECD üye ülkeleri gibi gelişmişlik düzeyi yüksek olan ülkelerde kadın sağlığı ile ilgili hastalıklara bağlı olarak yaşanan ölümlerin dünyanın diğer bölgelerine göre düşük düzeyde kaldığı görülmüştür. Bahse konu gelişmiş ülkelerde kadın sağlığına ilişkin hastalık vakalarının sayısı diğer bölgelere yüksek olsa dahi ölüm oranlarının düşük düzeyde gerçekleştiği görülmektedir. Bu durum gelişmiş ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin üst düzeyde olduğunu, sağlık hizmetlerine erişimin daha yaygın olduğunu göstermektedir.

- i. Kadın sağlığı konusunda ölçütlerden biri olarak bebek ölümleri incelenmiştir. Bebek ölümlerine ilişkin yapılan çalımlar sonucunda yapılan değerlendirmeler aşağıda sunulmuştur.
- ii. Kadın sağlığı ölçütlerinden biri olan bebek ölümleri incelendiğinde ülkemizde bebek ölüm oranlarının son 60 yılda ciddi oranda azaldığı görülmüştür.
- iii. Ülkemiz adaylık sürecini devam ettirdiği AB'ye göre bebek ölüm oranlarında daha geri durumda olmasına rağmen bahse konu süreçte sağlık hizmetleri alanında yaşanan olumlu gelişmeler sonucunda AB düzeyine çok yaklaşılmış olduğu görülmüştür.
- iv. Diğer taraftan ülkemizde meydana gelen bebek oranları ise dünya geneli ile karşılaştırıldığında düşük düzeyde kaldığı görülmüştür.
- v. Özellikle 1990'lı yılların başında bebek ölüm oranı dünya ortalamasına yakın olan ülkemizde, aynı oran bugün dünya ortalamasının üçte birine kadar gerilemiştir. Bu durum son 40 yılda ülkemizde doğum öncesi, doğum ve doğum sonrasında verilen sağlık hizmetlerinde gelişmeler yaşandığını, kadın sağlığına yönelik farkındalığın arttırıldığını göstermektedir.

Yapılan çalışma sonucunda kadın sağlığı konusunda kadınlarda görülen kanserlerin öne çıktığı görülmüştür. Kadın kanserleri konusunda yapılan çalışma sonucunda elde edilen sonuçlar ve değerlendirmeler aşağıda sunulmuştur.

- i. Kadınlara özel kanserlerden meme kanseri, serviks kanseri, rahim kanseri ve yumurtalık kanserinin de kadın sağlığı açısından sorunlara yol ağtığı görölmüştür.
- ii. Özellikle meme kanserinin gerek ölkemizde ve gerekse de dünya genelinde en sık görölen kanser türünden biri olarak ön plana ııktığı görölmüştür. Meme kanseri insidanslarına dünya genelinde özellikle Kuzey Amerika, Batı Avrupa ve Avustralya gibi gelişmiş bölgelerde diğer bölgelere göre daha sık rastlandığı, ancak meme kanserine bağlı ölümlerin ise bazı Afrika, Orta ve Güneydoğu Asya ölkelerinde daha sık şekilde yaşıandığı görölmüştür. Bu kapsamda meme kanserinin tedavisine yönelik gelişmiş ölkelerin daha çok gayret sergilediği ve vaka oranları yüksek olmasına rağmen ölüm oranlarını düşürmeye ıalıştıkları görölmüştür. Ayrıca meme kanserinin önüne geçilmesinde erken teşhisin önemli olduğu ve özellikle kadınlara kendi kendine teşhis koyma konusunda farkındalık sağlanması önem verildiği görölmüştür.
- iii. Ölkemizde de meme kanserinin en sık rastlanan kanser türü olduğu görölmüştür. Son 7 yıldaki istatistiklerde ölkemizde meme kanseri vaka oranlarında azalma veya artma olmadığı görölmüştür.
- iv. Ölkemizde meme kanserlerinin en yüksek düzeye 40'lı yaşıardan itibaren ııktığı, 80'li yaşıardan itibaren kanser hızının düştüğu tespit edilmiştir.
- v. Kadın kanserlerinde öne ııkan diğer kanser türünün serviks kanseri olduğu görölmüştür. Serviks kanserinin ise genellikle Afrika ölkelerinde yağın bir şekilde karşılaşıldığı görölmüş, bu duruma paralel olarak serviks kanserine bağlı ölüm oranlarının yine aynı bölgede çok yüksek düzeyde gerıekleştiği görölmüştür.
- vi. Ölkemizde serviks kanseri vakalarında son 7 yılda kayda değer bir artış veya azalma görölmemiştir. Serviks kanseri hızının 20'li yaşıardan itibaren arttığı ve 50'li yaşıarda en yüksek düzeye ulaşığı tespit edilmiştir.



- vii. Diğer taraftan kadın kanserleri dışında kadınların kansere bağlı ölüm vakalarında akciğer kanseri ve kolorektal kanserin önde olduğu görülmüştür.

Kadın sağlığı ölçütlerinden biri de cinsel yolla bulaşan hastalıklardır. Bu kapsamda yapılan araştırmada HIV/AIDS ve frengi hastalıkları ele alınmıştır. Ülkemizde HIV ve AIDS hastalıklarının erkeklerde görülme oranının kadınlarda görülme oranının 4-5 katına kadar çıkabildiği görülmüştür. Ülkemizde ilk kez 1985 yılında teşhis edilmiş olan HIV/AIDS vakasının günümüze kadar her geçen yıl aratarak devam ettiği görülmüştür. Bahse konu hastalığın kadınlarda 25 ve 39 yaş aralığında en sık olarak rastlandığı tespit edilmiştir. Ülkemizde anneden çocuğa bu virüsün geçme olasılığının yüzde 1 olduğu görülmüştür.

Dünya genelinde kadınlarda cinsel yolla bulaşan hastalıklarda HIV/AIDS'in ön planda olduğu görülmüştür. HIV/AIDS'in ölümcül sonuçlara yol açması ve hızlı yayılma olasılığı bu konunun ön plana çıkmasına neden olduğu değerlendirilmektedir. Bu konuda dünya genelinde yapılan çalışma sonucunda elde edilen sonuçlar aşağıda ifade edilmiştir.

- i. Dünyada AIDS/HIV vakasının en çok görüldüğü bölge olarak Sahra altı Afrika'nın öne çıktığı görülmüştür. Özellikle 2005 yılında bahse konu bölgede bu virüse bağlı ölümler kadınlarda yaklaşık 800 bine kadar ulaşmıştır. Aynı dönemde dünyanın diğer bölgelerinde bu rakam Sahra altı Afrika bölgesindeki ölümlerin beşte biri düzeyinde gerçekleşmiştir.
- ii. Sahra altı Afrika'da HIV/AIDS vakalarında ölüm vakalarının kadınlarda daha yüksek olduğu, dünyanın diğer bölgelerinde ise erkeklerde bu virüse bağlı ölümlerin daha yüksek olduğu görülmüştür. Ülkemizde de erkeklerin bu virüsü kadınlara oranla çok daha fazla düzeyde taşıdığı tespit edilmiştir.

Frengi hastalığında kadın sağlığını tehdit eden hastalıklardan biri olduğu görülmüştür. Bu bağlamda bahse konu hastalığın prematüre doğum, düşük doğum ağırlığı, yeni doğan ölümü ve yeni doğanda enfeksiyonlar gibi ciddi sorunlara yol açabildiği tespit edilmiştir. Bu hastalığın kadınlardaki oranının Afrika ve Güney Amerika'da oranların diğer bölgelere göre yüksek olduğu görülmüştür.

Dünyada ve Türkiye’de kadınların ortalama yaşam süreleri incelenmiş ve bölgelere göre veriler karşılaştırılmıştır. Ülkemizin bu ölçüt açısından 1990’lı yıllardan itibaren kayda değer gelişme gösterdiği görülmüştür. Kadınların ortalama yaşam sürelerine ilişkin olarak aşağıdaki değerlendirmeler yapılmıştır.

- xiii. Özellikle gelişmişlik düzeyi yüksek olan Kuzey Amerika ve Batı Avrupa Bölgelerinde ya da OECD üyesi ülkelerde kadınların ortalama yaşam süreleri dünyanın diğer bölgelerinin üstünde gerçekleşmektedir. Bu durum bu ülkelerin insani gelişmişlik endeksinin yüksek olmasıyla açıklanabilmektedir.
- xiv. Ülkemizde 1960-1990 yılları arasında kadın ortalama yaşam süresinin dünya ortalamasının altında kaldığı, 1990 yılında günümüze kadar ise gelişmiş ülkelerinin düzeyine yükseldiği görülmektedir. Ülkemizde yaşanan ekonomik, sosyal ve kültürel gelişmelerin bu konuda olumlu sonuçlara yol açtığı değerlendirilmektedir.
- xv. Ortalama yaşam süresinde en düşük düzeye sahip olan bölgelerin (Sahra Altı Afrika vb.) ise gelişmişlik düzeyinin en düşük bölgeler olduğu görülmüştür. Bahse konu bölgelerde beslenme yetersizliği, sağlık hizmetlerine erişimin zorluğu, salgın hastalıklar vb. olumsuz şartların kadın yaşamını tehdit ettiği diğer kadın sağlığı verilerinden de istifade (anne ölümü, bebek ölümü, kanser, bulaşıcı hastalıklar vb.) ile görülmektedir.

Kadın sağlığı konusunda geliştirilen politikalar incelendiğinde genellikle kadın sağlığına yönelik politikaların erkek bireyler tarafından ataerkil bakış açısıyla geliştirildiği değerlendirilmektedir. Bu bağlamda ülkemize bakıldığında kadın sağlığına yönelik özel bir kanunun veya yönetmeliğin olmadığı, kadın sağlığı konularının çeşitli kanun ve yönetmeliklerde farklı başlıklar altında incelendiği görülmüştür. Yine de ülkemizde son yıllarda yapılan düzenlemeler ile;

- i. Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkez (KETEM)’lerinin kuruluşu,
- ii. Kanserde erken tanıma ve teşhise önem verildiği

- iii. Toplum Sağlığı Merkezlerinde kadın ve üreme sağlığı konusunda çalışmalar ağırlık verildiği,
- iv. Kadın sağlığı konularında farkındalığın arttırılmaya çalışıldığı,
- v. Anne ve çocuk sağlığına yönelik olarak Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇS-AP) Birimlerinin TSM'lerde teşkil edildiği,
- vi. Ana ve çocuk sağlığına yönelik doğum öncesi, doğum ve doğum sonrasında sağlık hizmetlerine erişimin kolay ve yaygın hale getirildiği,
- vii. Üreme sağlığı konusunda toplumsal bilincin ve farkındalığın arttırılmasına çalışıldığı görölmüştür.

Kadın sağlığı konusunda veriler incelendiğinde dünya genelinde eğitim ve gelişmişlik düzeyi yüksek olan, kadının iyi bir statüye sahip olduğu, sağlık hizmetlerine GSYH'tan önemli oranda kaynak ayıran ölkelerin kadın sağlığı konusunda daha yüksek standartlara sahip olduğu tespit edilmiştir. Özet olarak insani gelişmişlik endeksi yüksek olan ölkelerde kadın sağlığı ölçütlerine ilişkin verilerin olumlu olduğu, ancak insani gelişmişlik endeksi düşük olan ölkelerde ise kadın sağlığına ilişkin istatistiklerin nispeten olumsuz olduğu görölmüştür. Ancak dünya genelinde yıllara bağlı olarak kadın sağlığı ölçütlerinde olumlu bir trendin devam ettiği ifade edilebilir.

Sonuç olarak kadın sağlığı konusunda dünya genelinde ve Türkiye özelindeki istatistiki veriler kadın sağlığı ölçütlerinde iyileşmeler yaşandığını göstermiştir. Ölkemizde ise dünya genelinde yaşanan iyileşmelere ve olumlu gelişmelere göre daha hızlı ilerlemeler kaydettiği görölmüştür. Bu konuda ölkemizde kadın sağlığına yönelik olarak atılan adımların, verilen hizmetlerin yaygın hale gelmesinin ve kadınların eğitim düzeylerinde meydana gelen gelişmelerin öne çıktığı görölmüştür. Ayrıca kadınlarda ve toplum genelinde kadın sağlığına yönelik farkındalığın artması ile kadın sağlığına yönelik çalışmaların ve hizmetlerin artış gösterdiği değerlendirilmektedir.

Bu çalışmada paylaşılan güncel kadın sağlığı ölçütlerine ilişkin istatistiklerin bu alanda çalışan araştırmacı ve profesyoneller açısından önemli bir kaynak teşkil edeceği değerlendirilmektedir. Diğer taraftan gelecekte bu alanda yapılacak çalışmalarda kadın

sağlığı konusunda kadınların farkındalığının ölçülmesine yönelik nicel çalışmaların yapılabileceği değerlendirilmektedir.



## KAYNAKÇA

### *Kitaplar*

- Atasü T. 2001. *Menapoz Tedavisi ve Kanser*, İstanbul: Nobel Kitapevi, Tayf Matbaacılık.
- Bahar, A., Gökengin, D., Tükenmez-Tigen, E., Tanış, F. Ve Kayar, H. 2015. *Pozitif Yaşamak: HIV ile Yaşayanlar İçin El Kitabı*. İstanbul: Pozitif Yaşam Derneği Yayınları.
- Birol L. 1997. *Hemşirelik Süreci*, 3. Baskı, İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti.
- Bullough, V. L. 1966. *The development of medicine as a profession*. Basel: Karger.
- Bullough, V. L. & Bullough, B. 1979. *The care of the sick: The emergence of modern nursing*. Taylor & Francis.
- Çokar, M, Anıl, S., Sert, G., Sözen, Ş., Kayar, H.Y. ve Yüksel, M. 2008. *AIDS, İnsan Hakları ve Yasalar*. İstanbul: Pozitif Yaşam Derneği Yayınları.
- Dikmen-Özarslan, A. 2004. *Kırmızı Kar: Toplumsal ve Kültürel Açından Ayhali*, İstanbul: Bağlam Yayınları.
- Higgs, P. 2000. *The Limits of Medical Knowledge”, Sociology as Applied to Medicine* (fourth edition), Ed. Graham Scambler, W. B. Saunders Company Limited, Edinburg
- İnanç N, Hatipoğlu S, Yurt V ve ark. 1999. *Hemşirelik Esasları*. 4. Baskı, Ankara: Damla Matbaacılık Ltd. Şti.
- Kaymakçı Ş. 2010. Meme Hastalıkları. Karadakovan A, Aslan EF (ed), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 1. Baskı (ss. 977-1002), Adana, Nobel Kitabevi.
- Özçelik-Adak, N. 2002. *Sağlık Sosyolojisi*, Kadın ve Kentleşme. İstanbul: Birey Yayıncılık.
- Özvarıs Ş.B., Ertan A.E. *Üreme sağlığında yaşam boyu yaklaşımı*. Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma Uygulama Merkezi (HÜKSAM) Yayınları.
- Rothman, B. K. & Caschetta, M. B. 1985. Treating Health: Women and Medicine, *Women a Feminist Perspective*, (65-78) Ed. Jo Freeman, London: Mayfield Publishing Company.
- Simons-Morton, B. G., Greene, W. H. & Gottlieb, N. H. 1995. *Introduction to Health Education and Health Promotion*. (2nd ed.) Prospect Heights, Ill.: Waveland Press..
- Şahin, N.H. 1998. *Bir Kilometre Taşı: Menopoz*. İstanbul: Çevik Matbaacılık.
- Taşkın L, Demirel S. 2009. *Cinsel sağlık ve üreme sağlığı*. Editör: Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 9. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 2009.
- Taşkın L. 2000. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. IV. Baskı, Ankara: Sistem Ofset.
- Taşkın L. 2007. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı*, 8. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık.
- Türmen, T. (2003). Toplumsal cinsiyet ve kadın sağlığı. *Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın* (Ed. A. Akın), Hacettepe Üniv. Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), HÜ yayınları.
- Whitman, T.L. 2001. *Inter Woven Lives Adolescent Mothers and Their Children*, Mahwah NJ Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Yavuzer H. (1998). *Çocuk Psikolojisi*, İstanbul: Remzi Kitabevi.

## Sürekli Yayınlar

- Açıkgöz, A., Çehrelî, R., & Ellidokuz, H. 2011. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, **25** (3), ss.145 - 154
- Akdeniz F. & Gönül S. 2004. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **2**, ss.70-74.
- Akın A. 2007. Toplumsal cinsiyet (Gender) ayırmacılığı ve sağlık. *Toplum Hekimliği Bülteni*, **26** (2):1-9.
- Akın A. & Sevensan F. 2006. Türkiye'de Kadın Sağlığının Düzeyi ve Aile Planlaması, *Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri*, **2** (13), ss.1-14
- Aksu A, Zinnuroğlu M, Karaoğlan B, Akın S, Kutsal YG, Atalay F, ve ark. 2005. Osteoporoz, eğitim durumu farkındalık düzeyi araştırma sonuçları. *Osteoporoz Dünyasından*; **11**, ss.36-40.
- Akyolcu N. 2008. Meme Kanserinde Cerrahi Girişim Sonrası Cinsel Yaşam. *Meme Sağlığı Dergisi*, **4**, ss.77- 83.
- Altun T. 2000. Kadının Statüsü Ve Kadın Sağlığı, *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni*, **21** (4), ss.1-4.
- Arifeen S., Hill K., Ahsan K.Z., Jamil K., Nahar Q. & Streatfield PK, 2014. Maternal mortality in Bangladesh: a Countdown to 2015 country case study, *Lancet Lond. England*, **384** (9951), ss. 1366–1374.
- Baber, R. J. & Wright, J. 2017. A Brief History of the Menopause Society. *Climacteric*, **20** (2), 85–90.
- Başer M. 2000. Adölesan Cinselliği ve Gebelik, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **4** (1), ss.50–54.
- Bener, A. & Falah, A. 2014. A measurement-specific quality-of-life satisfaction during premenopause, perimenopause and postmenopause in Arabian Qatari women. *Journal of Midlife Health*, **5**, ss.126- 134.
- Bien, A., Rzonca, E., Palus, G. I., Szeptuch, M. P. 2015. The Influence of Climacteric Symptoms on Women's Lives and Activities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **12**, ss.3835–3846.
- Brentjens, M.H., Yeung-Yeu, K.A., Lee, P.C. & Tying, S.K. 2003. Recurrent Genital Herpes Treatments and Their Impact on Quality of Life. *Pharmacoeconomics*, **21** (12), ss.853-863.
- Bush, J. 2000. It's just part of being a woman": cervical screening, the body and femininity. *Social Science & Medicine*, **50** (3), ss.429-444.
- Can, A. & İbicioğlu, H. 2008. Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **13** (3), ss.253-275.
- Caputo, V.G. & Bordin, A.I. 2007. Mental Health Problems among Pregnant and Non-Pregnant Youth, *Rev Saude Publica* **41** (4), ss.1-7.
- Ceylan, B. & Özerdoğan, N. (2014), Factors Affecting Age of Onset of Menopause and Determination of Quality of Life in Menopause. *J Turk Soc Obstet Gynecol*, **1**, ss. 43–49
- Chen, P.L., Chao, H.T., Chou KR, vd. 2012. The Chinese Utian Quality of Life Scale for women around menopause: translation and psychometric testing. *Menopause*, **19**, ss. 438-447.

- Coşkun, A., & Özdilek, R. 2012. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği: sağlığa yansımaları ve kadın sağlığı hemşiresinin rolü. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, **9** (3), 30-39.
- Çavdar İ. 2006. Meme Kanseri Hastalarında Cinsel Sorunlar. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2**, ss.64-66.
- Çelik, A. S., Pasinlioğlu, T. 2013, Klimakterik Dönemde Yaşanan Sempptomlar ve Hemşirenin Rolü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **1** (1), ss.48-56.
- Çimen, M. 2010. Sağlık Yönetimi ve Sağlık Yönetim Eğitimi, *Acıbadem Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi*, **1** (3), 136-139.
- Daan, N.M. & Fauser, B.C. 2015. Menopause prediction and potential implications. *Maturitas*, **82**, ss.257-265.
- Dalal, P. K., Agarwal, M. 2018. Postmenopausal Syndrome. *Indian J Psychiatry*, **57** (2), ss.222-230.
- Drozdowska B, Pluskiewicz W. & Skiba M. 2004. Knowledge about osteoporosis in a cohort of Polish females: the influence of age, level of education and personal experiences. *Osteoporos Int*, **15**, ss.645-648.
- El Gelany, S., & Moussa, O. 2013. Reproductive health awareness among educated young women in Egypt. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, **120** (1), ss.23-26.
- Ergöl, Ş. & Eroğlu, K. 2001. Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık bakımlarına ilişkin bilgi, uygulama ve tutumları. *Sağlık ve Toplum*, **11** (1), ss.49-56.
- Erkin, Ö., Ardahan, M. & Kert, A. 2014. Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **3**, ss.1095-1113
- Eroğlu K. & Koç G. 2012Dünden bugüne sağlık mevzuatında kadın sağlığı kapsamında ana çocuk sağlığı hemşirelik hizmetleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **15**, ss.136- 151.
- Ertem, G. 2010. Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, **7**, ss.469-483.
- Etiler, N., & Yavuz, C. I. 2004. Sağlık Reformlarının Ana Sağlığı Hizmetleri Üzerine Etkileri: Ülke Örnekleri. *Toplum ve Hekim*, **19** (4), ss.285-292.
- Fortney, J. A. 1990. Implications of the ICD-10 definitions related to death in pregnancy, childbirth or the puerperium. *World health statistics quarterly*, **43** (4), ss.246-248.
- Gharaibeh M, Al-Obeisat S, Hattab J. 2010. Severity of menopausal symptoms of Jordanian women. *Climacteric*, **13** (4), ss.385-394.
- Gökengin, D. 2018. Türkiye’de HIV İnfeksiyonu: Hedefe Ne Kadar Yakınız?. *Klinik Dergisi*, **31** (1), ss.4-10.
- Gümüş B. A. 2006. Meme Kanseri Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2**, ss. 108-113.
- Gürsoy, A. 1996. Beyond the Orthodox: Heresy in Medicine and the Social Sciences from a Cross-Cultural Perspective, *Social Science and Medicine*, **43**, (5), ss.577-599.
- Hayakawa N. & Suzuki A. 2014. Updates on Lifestyle-Related Diseases and Bone Metabolism. Effects of therapeutic agents for lifestyle-related diseases on osteoporosis. *Clin Calcium*, **24**, ss.1661-1669.
- İlçioğlu, K., Keser, N., & Çınar, N. 2017. Ülkemizde Kadın Sağlığı ve Etkileyen Faktörler. *Journal of Human Rhythm*, **3** (3), ss.112-119

- Juby A. G. & Davis P. A. 2001. Prospective Evaluation of the Awareness, Knowledge, Risk Factors and Current Treatment of Osteoporosis in a Cohort of Elderly subjects. *Osteoporos Int*, **12**, ss.617-22.
- Kasapoğlu, A. 2001. Güncel Sosyal Sorunlar ve Sağlık, *Toplumbilim Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı*, **13**, ss. 23-37.
- Kaya, C., Yılmaz, M. & Şatıroğlu, H. 2001. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarda Güncel Yaklaşımlar (CYBH): Derleme. *T Klin Jinekoloj Obst*, **11**, ss.1-14.
- Kocabacak, S. 2014. Kadın Yoksulluğu ve Kadın Sağlığı Üzerine Yansımaları. *Sosyal Güven Dergisi*, **1** (6), ss. 135-161.
- Koç, Z. & Sağlam, Z. 2008. Kilmakterium Döneminde Bulunan Kadınların Menopoza İlişkin Yaşadıkları Belirti ve Tutumların Belirlenmesi. *Aile ve Toplum*, **4** (15), ss. 100-112.
- Köse, E. 2009. Bir keşif olarak modern kadınlık: tıp, beden ve cinsellik. *Fe Dergi*, **1**, ss.71-78.
- Kurt, E. E., Koçak, F. A., Tuncay, F., Erdem, H. R., & Kıranatlıoğlu, F. 2015. Kırsal Bölgede Yaşayan Risk Grubu Kadınların Osteoporoz Bilgi ve Farkındalık Düzeyi. *Türk Osteoporoz Dergisi*, **21**, ss.63-68
- Matthews H.L., Laya M. & DeWitt D.E. 2006. Rural women and osteoporosis: awareness and educational needs. *Journal of Rural Health*, **22**, ss.279- 83.
- Newton, D.C. & McCabe, M. 2008. Effects of Sexually Transmitted Infection Status, Relationship Status, and Disclosure Status on Sexual Self-Concept. *Journal of Sex Research*, **45** (2), ss.187-192
- Nisar, N., Sohoo, N. A. & Sikandar, R. 2012. Age and Symptoms at Natural Menopause: A Cross-sectional Survey of Rural Women in Sindh Pakistan. *Journal of Ayub Med Coll Abbottabad*, **24** (2), 90-94.
- Nuño-Solinis, R., Rodríguez-Pereira, C., Alonso-Morán, E., & Orueta, J. F. 2014. Comorbidity and healthcare expenditure in women with osteoporosis living in the Basque country (Spain). *Journal of Osteoporosis*, Volume 2014, ss. 1-7.
- Özbaş S. & Özkan S. 2010. Kadın sağlığını geliştirmede medyanın kullanımı ve etkisi. *TAF Prev Med Bull*, **9**, ss.541-546.
- Özcan, H., & Oskay, Ü. 2013. Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*, **28** (4), ss.157-163.
- Özvarış Ş.B. 2007. Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Sağlık, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), *Türk Tabipleri Birliği Yayını*, **16** (3), ss.6-8.
- Rehimli, S., Ocakoğlu, G., Sığırlı, D., & Büyükuysal, M. Ç. 2008. Türkiye ve OECD'ye üye ülkelerin kadın sağlığı göstergeleri bakımından değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **15** (4). ss.261-266.
- Reich M. & Lesur A. 2008. Perdrizet-Chevallier C. Depression, Quality of Life and Breast Cancer: A Review of The Literature. *Breast Cancer Res Treat*, **110**, ss.9-17.
- Saka, G., Ceylan, A., Ertem, M., Palancı, Y. & Toksöz, P. 2005. Diyarbakır İl Merkezinde lise ve üzerinde öğrenim görmüş 40 yaş ve üzeri kadınların menopoz dönemine ait bazı özellikleri ve kalsiyum kaynağı yiyecekleri tüketim sıklıkları. *Dicle Tıp Dergisi*, **32** (2), ss.77-83.
- Shayan, N.A. & Özcebe, H. 2017. Anne ölümleri: Afganistan ve komşu ülkelerin karşılaştırılması. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, **15** (3), ss.222-232.



- Şahin E., Dilek, B., Baydar M., Kösehanoğulları, M., Uçku R. & Öncel S. 2013. Kırkbeş yaş ve üzeri hastalarda radius distal uç kırıklarından sonra osteoporoz farkındalığı ve etkileyen faktörler. *Türk Fiz Tıp Rehab Dergisi*, **59**, ss.52-56.
- Şimşek, Z. 2013. Sağlığı Geliştirmenin Tarihsel Gelişimi ve Örneklerle Sağlığı Geliştirme Stratejileri, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **12** (3), ss.343-358
- Tokuç, B., Kaplan, P.B., Balık, G.Ö. & Gül, H. 2006. Trakya Üniversitesi Hastanesi menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi. *Journal of Turk Soc Obstet Gynecol*, **3**, ss. 281-287.
- Topçuoğlu D. & Topçuoğlu M. A. 2004. Menopozda Cinsel Yaşamın Organik ve Psikolojik Yönü. *Haseki Tıp Bülteni*, **42** (3), ss.177-182.
- Uçar T. & Uzun Ö. 2008. Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, **4**, ss.162-168.
- Uğurlu M. & Soydal, T. 2004. Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu: Birinci basamakta ruh sağlığı eğitim programı. *Kriz Dergisi*, **12**, ss.41-45.
- Varma, G.S., Oğuzhanoglu, N. K., Karadağ, F., Özdel, O. & Amuk, T. 2005. Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri*, **8**, ss.109- 115,
- Vinitha, C. T., Singh, S., & Rajendran, A. K. 2007. Level of reproductive health awareness and factors affecting it in a rural community of South India. *Health Popul Perspect Issues*, **30** (1), ss.24-33.
- Winzenberg T, Oldenburg B, Frendin S. & Jones G. 2003. The design of a valid and reliable questionnaire to measure osteoporosis knowledge in women: The Osteoporosis Knowledge Assessment Tool (OKAT). *BMC Musculoskeletal Disorders*, **4** (17), ss.1-7.
- Woodhall, S., Ramsey, T., Cai, C., Crouh, S., Jit, M., Birks, Y., Edmunds, WJ., Newton, R. and Lacey, CJN. 2008. Estimation of the impact of genital warts on health-related quality of life. *Sexually Transmitted Infections*, **84**, ss.161–166.
- Woods, N. F., & Mitchell, E. S. 2005. Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. *The American journal of medicine*, **118** (12), ss.14-24.
- Yüksel, M. & Davas, H. A. 2016. İzmir'de bir üniversite hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran 15-49 yaş kadınların birinci basamakta izlem sıklığı ve niteliği. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **15** (6), ss.492-500.

## ***Diğer Yayınlar***

- ACS, t.y. Global Burden Of Cancer In Women, Current status, trends, and interventionshttps, American Cancer Society, <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/global-cancer-facts-and-figures/global-burden-of-cancer-in-women.pdf> [Erişim Tarihi: 01 Kasım 2018].
- American Cancer Society, 2016. Cancer Facts&Figures 2016, <https://old.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-047079.pdf>. [Erişim Tarihi: 07 Kasım 2018].
- Aydın, A. 2017. Türkiye’de HIV/AIDS Yürütülen Hizmetler, T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı, <https://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2017/10/T%C3%9CRK%C4%B0YE%E2%80%99DE-HIV-AIDS-Y%C3%9CR%C3%9CT%C3%9CLEN-H%C4%B0ZMETLER-AYLA-AYDIN.pdf>, [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].
- Dünya Bankası, 2018a. Mortality rate, infant (per 1,000 live births), <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>, [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].
- Dünya Bankası, 2018b. Mortality rate, infant (per 1,000 live births), <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>, [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].
- Dünya Bankası, 2018c. Number of maternal deaths, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MMR.DTHS?locations=TR>, [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].
- Dünya Bankası, 2018d. Number of infant deaths, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DTH.IMRT>, [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].
- Dünya Bankası, 2018e. Mortality rate, infant (per 1,000 live births), <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>, [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].
- Dünya Bankası, 2018f. Life expectancy at birth, female (years), <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.FE.IN>, [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].
- Ege S. 2014. Gebe Kadınlarda Human Papilloma Virüs sıklığının araştırılması. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Zonguldak: Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Erten, H. 2008. Bir Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Kadın Sağlığı Hemşireliği Eğitim Ve Danışmanlık Biriminin Oluşturulması ve Etkinliğinin Değerlendirilmesi, *Doktora Tezi*, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Filiz, E. 2015. Sağlık Okuryazarlığının Gebelik ve Sağlık Algısı ile İlişkisi, *Doktora Tezi*, Konya: Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- HSGM, 2018. Türkiye Kanser İstatistikleri, 2015, [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye\\_Kanser\\_Istatistikleri\\_2015.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf), [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018]
- İsmet K, Rudolf S, & Oona C. 2005. Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.

- Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü .2008. Türkiye’de Kadının Durumu, Ankara T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü.
- Kahraman S. 2009. Kayseri İl Merkezindeki Adölesan Gebelerin Yaşam Kalitesinin 20-29 Yaş Grubu Gebelerle Karşılaştırılması, *Yüksek Lisans Tezi*, Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Lips P. 2003. International Osteoporosis Foundation (IOF) Committee of Scientific Advisors. Invest in your bones: quality of life. Why prevent the first fracture? Nyon (Switzerland). International Osteoporosis Foundation (IOF).
- Özsan, G. 2007. Türkiye’de Modernleşme ve Kadın Sağlığı Politikaları, *Doktora Tezi*, İstanbul: Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Sağlık Bakanlığı, 2000. 24260 sayılı “Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri Yönetmeliği, 14 Aralık 2000, <https://www.saglik.gov.tr/TR,10446/kanser-erken-teshis-ve-tarama-merkezleri-yonetmeligi.html> [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].
- Sağlık Bakanlığı, 2013. 30431 sayılı Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, Sağlık Bakanlığı, 25 Mayıs 2018, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/05/20180525-1.htm>, [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].
- Sağlık Bakanlığı 2014. Kanser İstatistikleri. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, [http://kanser.gov.tr/Dosya/2017Haberler/2017\\_4\\_subat.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/2017Haberler/2017_4_subat.pdf) [Erişim Tarihi: 23 Ekim 2018].
- Sağlık Bakanlığı, 2015. 29258 Sayılı Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı, 5 Şubat 2015, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150205-5.htm>, [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].
- Sağlık Bakanlığı, 2016. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. Yayın No:1054. Ankara: Sistem Ofset Basım Yayınları.
- Başbakanlık 2008. Türkiye’de Kadının Durumu. Ankara: Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü.
- Tekbaş S. 2014. Jinekolojik kanser hastalarına yaşam kalitesi ve tedavi bakımının etkileri. *Doktora Tezi*. Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- TNSA, 2009. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara.
- Torgovnik, J. 2016. Sexually transmitted infections (STIs), 3 August 2016, [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)), [Erişim Tarihi: 05Aralık 2018].
- Tuna, V. 2005. Cerrahi Menopoz ve Doğal Menopoz Olgularında Kan Lipid Profili, Trombotik Sistem, Arteriyal Elastite ve Psikoseksüel Parametrelerdeki Değişiklikler. *Uzmanlık Tezi*. İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- UNAIDS 2018a. 2017 Global HIV Statistics, Factsheet–World AIDS Day 2018, [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf), [Erişim Tarihi: 01 Kasım 2018].
- UNAIDS, 2018b. UNAIDS Data 2018. [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/unaid-data-2018\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaid-data-2018_en.pdf) [Erişim Tarihi: 01 Kasım 2018].
- WHO, t.y. Sex workers with active syphilis (%).Global Health Observatory (GHO) data. [http://www.who.int/gho/sti/sex\\_workers/en/](http://www.who.int/gho/sti/sex_workers/en/), [Erişim Tarihi: 01 Kasım 2018].

- WHO, 1994, The WHO Study Group: Assesment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Geneva, World Health Organization.
- WHO, 2009, Women and health : today's evidence tomorrow's agenda, World Health Organization.
- WHO, 2012. The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium, IDC MM. Geneva: World Health Organization.
- WHO 2013. Health Statstics, 2013, <http://www.who.int/gho/en/>, [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2018].
- WHO, 2014. Trends in maternal mortality, 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank estimates, and the United Nations Population Division.
- WHO, 2015a. UNICEF, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, and World Bank, Trends in maternal mortality: 1990 to 2015 : estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division.
- WHO, 2015b. World Health Organization. [Online]. Available: [http://gamapservr.who.int/gho/interactive\\_charts/mdg5\\_mm/atlas.html](http://gamapservr.who.int/gho/interactive_charts/mdg5_mm/atlas.html). [Erişim Tarihi: 03 Kasım 2018].
- WHO 2018a. Sexually Transmitted Infections (STIs). <http://www.who.int/gho/sti/en/> [Erişim Tarihi: 01 Kasım 2018]
- WHO, 2018b. Syphilis in pregnancy, <http://www.who.int/gho/sti/pregnancy/positive/en/> [Erişim Tarihi: 01 Kasım 2018].
- WHO, 2018d. Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018. Press Release No: 263, The International Agency for Research on Cancer (IARC). [https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/09/pr263\\_E.pdf](https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/09/pr263_E.pdf), [Erişim Tarihi: 01 Kasım 2018].
- World Cancer Report 2008. Ed: Boyle P, Levin B. World Health organization/ International Agency for Research on Cancer, Lyon.
- WSHD, 2006. Osteoporosis: Public Health Strategies for Education, Prevention and Treatment in Washington State. Washington State Health Department. Available at: <http://www.doh.wa.gov>. [Erişim Tarihi: 09 Kasım 2018].

## ÖZGEÇMİŞ

- Adı Soyadı** : Gamze Elmas
- Sürekli Adresi** : Paşa Mah. Bahçe Sok. No.39/4 Feriköy/Şişli-İstanbul
- Doğum Yeri ve Yılı** : Kartal, 1990
- Yabancı Dil** : İngilizce
- İlk Öğretim** : Mahmut Şevket Paşa İlköğretim Okulu,2003
- Orta Öğretim** : Kurtuluş Lisesi, 2006
- Lisans** : Balıkesir Üniversitesi, 2013
- Yüksek Lisans** : Bahçeşehir Üniversitesi, 2018
- Enstitü Adı** : Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Program Adı** : Sağlık Yönetimi (Tezli)
- Çalışma Hayatı** : Kağıthane Devlet Hastanesi, 2016-Halen