

Kadınların Sağlık Hizmetlerine Erişimi: Etkileyici Faktörler ve Bölgesel Farklılıklar

Women's Access to Healthcare: Impactful Factors and Regional Differences

Araş. Gör. Dr. Büşra TEKİN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, Türkiye

bkopmaz@gmail.com

ORCID: 0000-0002-6143-6954

Öz

İnsan ve toplumun en temel gereksinimi olan sağlık her kesimden insanın erişim sağlaması gereken bir olgudur. Nesiller boyu süren bir sağlık döngüsünün oluşumu ise toplumdaki yeri ve önemi gereği ancak sağlıklı kadınlarla mümkündür. Bu çalışma, Türkiye'deki kadınların sağlık hizmetlerine erişimini etkileyen faktörleri incelemeyi, bölgesel farklılıkları belirlemeyi ve politika yapıcılar için yol gösterici olmayı amaçlamaktadır. Araştırmada, Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan elde edilen veriler kullanılmıştır. Marmara Bölgesi, nüfus yoğunluğu ve sağlık hizmetlerine erişim açısından en yüksek değerlere sahipken, Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi en düşük değerlere sahiptir. Kadınların eğitim düzeyi ve sigortalı olma oranları, sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen önemli faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Kadınlara ilişkin verilerle sağlık kurumu sayıları arasındaki ilişki Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetleri planlaması ile uyumludur. Çalışma, sağlık hizmetlerine erişimde cinsiyete göre bölgesel farklılıkların önemli olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin giderilmesi için bölgesel ve sosyoekonomik faktörlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kadın, Sağlık Hizmeti, Erişim, Bölgesel Farklılıklar, Türkiye.

Abstract

Health, the most fundamental need of human beings and society, is an essential concept that everyone should have access to. The formation of a continuous health cycle across generations is only possible with healthy women, given their place and importance in society. This study aims to examine the factors affecting women's access to healthcare services in Turkey, identify regional disparities, and provide guidance for policymakers. Data from the Turkish Statistical Institute, the Ministry of Health, and the Social Security Institution were used in the research. While the Marmara Region has the highest values in terms of population density and access to healthcare services, the Eastern and Southeast Anatolia Region has the lowest. Women's education levels and their rates of being insured emerge as significant factors influencing access to healthcare services. The relationship between women-specific data and the number of healthcare institutions aligns with the Ministry of Health's healthcare service planning. The study shows that regional disparities in access to healthcare services are significant according to gender. In conclusion, regional and socioeconomic factors should be considered to address inequalities in access to healthcare services.

Keywords: Woman, Health Care, Access, Regional Disparities, Türkiye.

Giriş

Sağlık eşitsizliklerinin giderilmesi ve sağlık hizmetlerine herkesin erişim sağlaması küresel bir hedef olmasına rağmen ulusal ve uluslararası alanda sağlığa yetersiz erişim devam etmektedir (Dawkins, ve diğerleri, 2021). Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası'nın Evrensel Sağlık Kapsamı Küresel İzleme Raporu'na göre, dünya nüfusunun yarısından fazlası temel sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşamaktadır. Bunun yanı sıra, yaklaşık 2 milyar insan, cepten yapılan sağlık harcamalarının yarattığı ağır mali yük nedeniyle ekonomik zorluklarla karşı karşıyadır (2023). Bu veriler, küresel ölçekte sağlık hizmetlerine erişimin adalet ve sürdürülebilirlik bağlamında hala büyük bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır (Goel & Goel, 2024). Bilhassa sosyo-ekonomik özellikler, coğrafi engeller, yaşla ilgili faktörler, etnik köken, göçmenlik, engellilik ve cinsiyet sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen faktörler arasında yer almaktadır.

Sağlık hizmetlerinin ana kullanıcıları ve hizmet sağlayıcıları olan kadınların sağlığına dair büyük boşluklar, karşılanmamış ihtiyaçlar ve hizmete erişiminde sorunlar bulunmaktadır (European Institute of Women's Health, cıg (EIWH), 2024). Sağlık hizmetlerinde kullanım ve kullanımı etkileyen faktörler (Erdem & Pirinçci, 2003), sağlık hizmetlerinde talebi etkileyen faktörler (Akar & Arıkan, 2023), ülkemizdeki 81 ilde kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerine erişim (Gözlü & Tatlıdil, 2015), cinsiyet eşitliğine göre ülkemizdeki illerin sıralanması (Zorlutuna, 2024) ve mevcut durum algısı (Özveren & Dama, 2022) ile ilgili çeşitli araştırmalar yapılmış olmasına karşın ülkemiz kadınlarının sağlık hizmetlerine erişimini bölge bazlı ele alan bir çalışma yapılmadığı belirlenmiştir. Bu kapsamda kamu kurumlarınınca yayınlanan ve ülke genelini yansıtan istatistikler kullanılarak kadınların sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörlerin yedi bölge göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmada Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) tarafından yayınlanan eğitim, doğum ve nüfus istatistikleri, Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan sağlık kurumu sayıları ve sağlık hizmetlerine başvuru istatistikleri ile Sosyal Güvenlik Kurumunca yayınlanan sigortalı istatistikleri kullanılmış, bu veriler Marmara, Ege, Akdeniz, Doğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu, İç Anadolu ve Karadeniz Bölgelerinde yaşayan kadınlar doğrultusunda analiz edilmiştir.

Bölgelerle ilgili verilerin ortalama ve standart sapmaları tablo halinde gösterilmiş, ülkemiz kadınlarının yaş gruplarına göre dağılımı, sağlık durumları ve kadınlarda en sık görülen hastalıklar grafiklerle sunulmuştur. Bölgelere göre hastane, aile hekimliği, yatak sayısı ve hekime müracaat sayısına etki eden faktörler için Pearson Korelasyonu yapılmıştır.

Sonuçlar incelendiğinde, kadınların eğitim düzeyi, istihdam durumu ve sahip oldukları çocuk sayısı gibi faktörlerde belirgin bölgesel farklılıklar olduğu görölmüştür. Bu farklılıkların, kadınların sağlık hizmetlerine erişiminde önemli bir rol oynadığı tespit edilmiştir. Mevcut literatürde bu konuya benzer bir çalışma bulunmaması nedeniyle araştırmanın alana, kadın sağlığının gelişimine ve kadınların sağlık hizmetlerine erişimine önemli bir katkı sunacağı ve politika yapıcılar için yol gösterici olacağı düşünölmektedir.

1. Sağlık Hizmetlerine Erişim

Ülkelerin gelişmişlik düzeyini gösteren ve her birey için bir hak olan sağlık 1948 yılından itibaren Dünya Sağlık Örgütü anayasası başta olmak üzere, 1948 İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nde ve 1976 Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi'nde ele alınmıştır. Söz konusu anayasa ve sözleşmelerdeki temel vurgu sağlığın temel bir insan hakkı olduğu ve herkesin en yüksek seviyede sağlık standartlarına sahip olmasının gerektiğidir (Sağlık Hizmetlerine Erişimde Cinsiyet Eşitliği).

Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planında (2022) nihai amacını "vatandaşların sağlığını korumak, geliştirmek ve herkesin hakkaniyet içinde kaliteli sağlık hizmetine erişmesini sağlamak" olarak ifade etmiştir.

Sağlık hizmetleri ikamesinin olmaması, ertelenememesi, hizmeti alan ile sunan arasındaki bilgi asimetrisi, dışsalılık özelliği gereği sadece hizmet alanı değil tüm toplumu ilgilendirmesi, kıymetinin maddi değerlerle ölçölememesi ve sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaçın tahmin edilmemesi gibi özellikleri nedeniyle diğer hizmetlerden

farklılaşmaktadır. Sağlık hizmetleri dışsallık özelliği sebebiyle sadece hizmet alanı değil tüm toplumu ilgilendirmektedir (Akar & Arıkan, 2023).

Sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması, sağlığı korumak ve hastalıkları önlemek için kritik öneme sahiptir. Sağlık hizmetlerine erişim, en iyi sağlık sonucuna ulaşmak için kişisel sağlık hizmetlerinin zamanında kullanılmasını ifade etmektedir (IOM, 1993). Sağlık hizmetlerine erişim süreklilik gerektiren bir süreçtir ve bireylerin sağlık sigortası sahibi olması, randevu almanın kolaylığı, gerektiğinde hastanın cepten ödeme yapacak maddi gücünün bulunması, sağlık kurumlarına ulaşımın rahatlığı gibi bazı faktörler hizmete erişimi kolaylaştırmaktadır (Health-Care Utilization as a Proxy in Disability Determination.).

Sağlık hizmeti kullanımı, hizmete duyulan ihtiyaç, bireylerin sağlık durumları ile ilgili farkındalıkları ve sağlık okuryazarlıkları, hizmetten yararlanma isteği, hizmete erişim sağlama ve hizmetlerin kabul edilebilirliğine göre belirlenir (Health-Care Utilization as a Proxy in Disability Determination; Erdem & Pirinççi, 2003). Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık ihtiyacı kişisel özellikler ve tutumlar, fiziksel çevre ve sosyoekonomik çevreye göre şekillenmektedir (WHO, 2017). Sağlık hizmetleri kullanımı kişisel, kolaylaştırıcı ve gereksinim faktörleri başlıkları altında da ele alınmaktadır. Kişisel faktörler kapsamında demografik özellikler (cinsiyet, yaş, ırk, medeni durum), sosyo demografik özellikler (eğitim, meslek, gelir durumu, inanç, kültür), tutum ve davranışlar (egzersiz, sigara tüketimi, beslenme alışkanlıkları); kolaylaştırıcı faktörler kapsamında aileye ilişkin özellikler (gelir, sağlık sigortası), kamusal özellikler (ikamet edilen bölge, nüfusun sağlık hizmeti talebi, hizmetin sürekliliği ve erişilebilirliği); ihtiyaç faktörleri (algılanan ve değerlendirilen ihtiyaç) yer almaktadır (Erdem & Pirinççi, 2003). Ayrıca, hizmetin fiyatı, finansman yöntemi, kullanılan teknoloji, sağlık kuruluşunun özellikleri (temizlik, otelcilik hizmetleri, çalışan sağlık personeli) ve doğurganlık hizmet kullanımı üzerinde etkili olan diğer faktörlerdir (Akar & Arıkan, 2023).

2. Kadınların Sağlık Hizmetlerine Erişimi

Kadın hakları kavramı ilk kez 1993 yılında Viyana İnsan Hakları Konferansında kullanılmıştır. Kadın haklarına yönelik en önemli sözleşme ise 1998 yılında 161 ülkenin imzasının yer aldığı Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesidir. Sözleşme ile kadınların yeterli beslenme, sağlık bilgisine ve sağlık hizmetlerine erişme gibi hakları da güvence altına alınmıştır (Akın, Esin, & Çelik, 2006).

Günümüzde özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık hizmetlerine erişimde cinsiyet eşitsizliği sıklıkla dile getirilen bir sorundur (Saxena, Arsh, Ashraf, & Gupta, 2023; Daher, ve diğerleri, 2021). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, finansal kısıtlamalar, gelir, eğitim, istihdam, sağlık bilgisine erişim, beslenme, sağlık hizmetlerine ulaşım, uzaklık ve bu hizmetlerden yararlanma gibi haklarda kadınlar için eşitsizliklere yol açmaktadır. Birçok toplumda kadının tek başına sağlık hizmeti alması toplumsal olarak kabul görmediğinden, kadınlar bu konuda kısıtlamalarla karşılaşmaktadır. Kadının eğitim düzeyi ve sosyal olanaklardan yararlanması da toplumsal cinsiyet ayrımından etkilenmekte ve bu durum "sağlık" kavramı içinde incelenmesi gereken bir konu haline gelmektedir. Ayrıca, toplumsal eşitsizlikler kadının sağlık hizmetlerine ulaşımını zorlaştırmakla kalmayıp, istenmeyen gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve şiddete maruz kalma riskini de artırmaktadır. Bu nedenle, kadın sağlığı biyolojik etkenlerin yanı sıra sosyal ve siyasal süreçlerden de etkilenmektedir (Manderson, 1999; Sezgin, 2015; Gözlü & Tatlıdil, 2015).

Anne sağlığı, sağlıklı ve üretken bir toplum için önemli bir göstergedir (Dahab & Sakellariou, 2020). Annenin sağlıklı ve sağlığa dair bilinçli olması bebek ve çocuk sağlığı üzerinde de etkili olmaktadır. Toplumun genel tutumuna göre çocuk sağlığı anne sağlığına göre önceliklendirilmekte ve bu durum kadın sağlığının arka planda kalmasına sebep olmaktadır (Akın, Esin, & Çelik, 2006).

Kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerinin önündeki engellerin aşılması toplumdaki sağlık eşitsizliklerinin giderilmesinde etkili olacaktır. Konu ile ilgili ekonomik, sosyal, kültürel ve coğrafi engeller göz önünde bulundurulmalı ve soruna yönelik çözüm aranmalıdır.

3. Yöntem

Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, ülkemiz kadınlarının sağlık hizmetlerine erişimlerini etkileyen faktörleri incelemek ve bölgesel farklılıkları belirlemektir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evren ve örneklemini Türkiye'de yaşayan kadın nüfusu oluşturmaktadır.

Veri Seti

Çalışma, ikincil verilerin kullanıldığı bir çalışmadır. Araştırmada kullanılan veriler ülkemizdeki toplam nüfus

ve kadın nüfusu, ortanca yaş, sigortalı sayısı, eğitim durumu, doğurganlık hızı ve çocuk sayısı, hastane, aile hekimliği, yatak sayıları ve hekime müracaat sayılarıdır. Ülkemizdeki sigortalı bireyler ile ilgili veriler Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık Bülteni Sigortalı İstatistiklerinden (2024) elde edilmiştir. Doğurganlık hızı ve çocuk sayısı; hastane, aile hekimliği ve yatak sayısı ile hekime müracaat sayıları Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı'ndan (2024) düzenlenmiş verilerdir. Nüfus ve eğitimle ilgili diğer veriler ise Türkiye İstatistik Kurumu Doğum İstatistikleri (2023), Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (2024) ve Ulusal Eğitim İstatistiklerinden (2023) temin edilmiştir.

Veri Analizi

Verilerin analizinde SPSS 16.0 paket programı kullanılmıştır. Edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmiş, tanımlayıcı veriler ortalama ve standart sapma olarak sunulmuştur. Korelasyon analizi hastane, aile hekimliği, yatak ve hekime müracaat sayısı ile kadın nüfusu, doğurganlık hızı, çocuk ve sigortalı kadın sayısı, kadın ortanca yaşı ve kadın ölümu arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılmıştır. Bölgelere göre sigortalı kadın sayısı hesaplanırken hizmet akdi ile bir veya birden fazla

işveren tarafından çalıştırılan (4A), hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına bağımsız çalışan (4B) ve kamu idarelerinde çalışan (4C) (T.C. Cumhurbaşkanlığı, 2006) kadınların ortalamaları alınmıştır.

Veriler Türkiye'nin yedi bölgesine göre sınıflandırılmıştır. Buna göre; Edirne, Kırklareli, Tekirdağ, İstanbul, Çanakkale, Balıkesir, Bursa, Kocaeli, Yalova ve Bilecik Marmara Bölgesi; Afyon, Aydın, Denizli, İzmir, Kütahya, Manisa, Muğla ve Uşak Ege Bölgesi; Adana, Antalya, Burdur, Hatay, Isparta, Kahramanmaraş, Mersin ve Osmaniye Akdeniz Bölgesi; Adıyaman, Batman, Diyarbakır, Gaziantep, Mardin, Siirt, Kilis ve şanlıurfa Güneydoğu Anadolu Bölgesi; Ağrı, Bingöl, Bitlis, Ardahan, Elazığ, Erzincan, Erzurum, Kars, Malatya, Muş, Tunceli, şırnak, Van, Hakkari ve Iğdır Doğu Anadolu Bölgesi; Ankara Aksaray, Eskişehir, Kayseri, Kırşehir, Konya, Kırıkkale, Karaman, Niğde, Nevşehir, Sivas, Yozgat ve Çankırı İç Anadolu; Amasya, Artvin, Bolu, Çorum, Giresun, Gümüşhane, Kastamonu, Ordu, Rize, Sakarya, Samsun, Sinop, Tokat, Trabzon, Zonguldak, Bayburt, Karabük, Düzce ve Bartın Karadeniz Bölgesi kapsamında değerlendirilmiştir. Kadınların yaş grubu ve yaş grubuna göre sağlık durumu ile kadınlarda en sık görülen hastalıklar grafik halinde sunulmuştur.



şekil 1. İller ve Bölgelere göre Türkiye Haritası

Sınırlılıklar

Kadınların yaş grupları, sağlık durumları ve kadınlarda sık görülen hastalıklarla ilgili verilere il veya bölge bazında ulaşılamamış olup bu veriler Türkiye genelini yansıtan grafikler ile sunulmuştur.

Nüfus ve çocuk sayısına ilişkin veriler yuvarlanmıştır.

Sosyal Sigortalar Kurumu sigortalı istatistikleri ile TÜİK nüfus istatistikleri 2023 yılını yansıtmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2024 yılında Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 verileri yayınlandığından hastane, yatak, aile hekimliği ve hekime müracaat sayılarında 2022 yılı istatistikleri kullanılmıştır. TÜİK'in doğum ve eğitim verileri de 2022 yılına aittir.

4. Bulgular

İkincil verilerin kullanılması ile gerçekleştirilen bu çalışma, ülkemiz kadınlarının sağlık hizmetlerine erişimlerini etkileyen faktörleri incelemek ve bölgesel farklılıkları belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Tablo I.' de bölgelere göre demografik verilere yer verilmiştir. Marmara Bölgesi toplam nüfus (2.531.439±4708794), kadın nüfusu (1.265.669±2361591) ve nüfus yoğunluğu (477.71±907.79) ile ilgili en yoğun bölgedir. Toplam nüfusun (436.883±283601), kadın nüfusunun (213.829±140991) ve nüfus yoğunluğunu (44.04±20.10) en düşük olduğu bölgemiz Doğu Anadolu Bölgesidir.

Ortanca yaş ele alındığında Türkiye ortalamasının 34, kadın ortanca yaşının ise 35 olduğu görülmektedir. Karadeniz Bölgesi'nde ortanca yaş (39) ve kadın ortanca yaşı (40) en yüksek ortalamaya sahiptir ve Türkiye ortalamasından yüksektir. En düşük ortanca yaş (toplam ve kadın) 26 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesine aittir.

Bölge bazında sigortalı sayıları incelendiğinde Marmara Bölgesi toplam sigortalı (924.508±1836349) ve sigortalı

kadınların (336.000±685469) en yoğun bulunduğu, Doğu Anadolu ise toplam sigortalı (91.654±60166) ve sigortalı kadınların (24.827±17155) en düşük olduğu bölge olarak karşımıza çıkmaktadır. Marmara Bölgesi Türkiye ortalamasının (toplam sigortalı 313.062±720564,33 sigortalı kadınlar 105.609±267630,96) her iki alanda da üstüneyken, Doğu Anadolu Bölgesi ülke ortalamasının altında kalmaktadır.

Kadınların eğitim seviyelerine göz atıldığında okuma yazma bilmeyen kadın nüfusun 38423±30808 ortalama ile Güneydoğu'da en yüksek, 10741±7034 ortalama ile ise Karadeniz'de en düşük olduğu belirlenmiştir. Lisans ve üstü eğitim durumuna sahip olan kadınlar ise 245165±167168 ortalama ile en çok Marmara Bölgesinde en az ise 7766±5513 ortalama ile Doğu Anadolu Bölgesinde bulunmaktadır.

Ülkemizdeki çocuk sayısı ortalaması 2±0,39'dur. Ege (1±0,31), Akdeniz (1±0,33) ve İç Anadolu Bölgesi'ndeki (1±0,25) çocuk sayısı ortalaması ülke ortalamasından düşükken; Karadeniz (2±0,57), Doğu Anadolu (2±0,36), Güneydoğu Anadolu (2±0,34), ve Marmara'nın (2±0,32) ortalamaya yakın olduğu belirlenmiştir.

Ülke genelindeki ölüm oranlarına bakıldığında ortalamanın (6492±9436,13), kadın ölümü ortalamasının ise (2990±4365,49) olduğu tespit edilmiştir. Bölgeler arasında en yüksek ölüm oranı Marmara Bölgesindedir (toplam ölüm 13344±20578, kadın ölümü 6056±9441). Ölüm oranının ülke ortalamasına göre en düşük olduğu bölge ise Doğu Anadolu Bölgesidir (toplam ölüm 1936±1502, kadın ölümü 885±701).

Sağlık hizmet sunumu ile ilgili veriler incelendiğinde hastane (40±69), yatak (7395±14452) ve aile hekimliği sayılarının (803±1502) en yüksek olduğu bölge Marmara iken en düşük olduğu bölge Doğu Anadolu bölgesidir (hastane 10±5, yatak (1351±1280), aile hekimliği (150±102)). Hekime müracaat sayısı kişi başına göre ele alındığında Güneydoğu (9,21±0,85) ve Doğu Anadolu Bölgesinin (8,51±1,41) ülkenin ortalamasından düşük bir ortalamaya sahip olduğu gözlemlenmiştir (Tablo I).

Tablo I: Araştırma Örneklemindeki Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

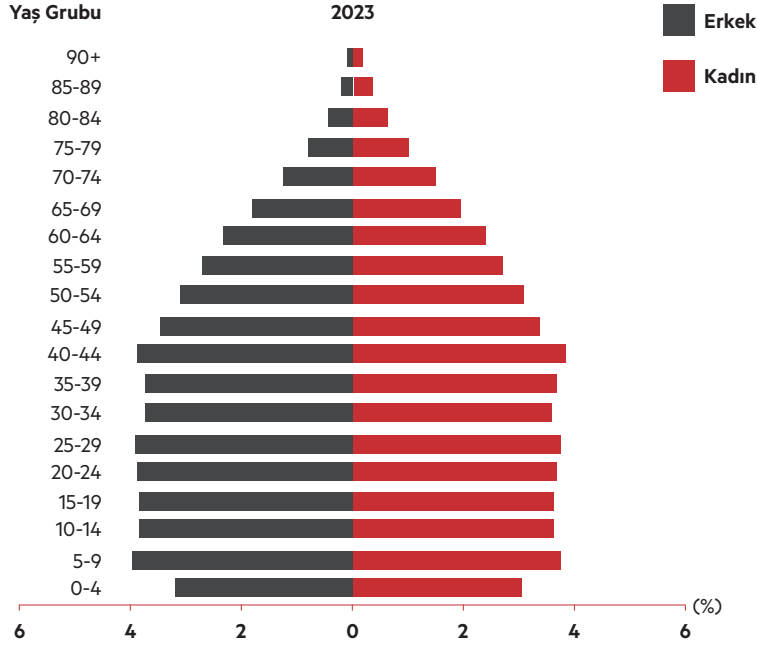
		Marmara		Ege		Akdeniz		Güneydoğu Anadolu		
		(10 il)		(8 il)		(8 il)		(8 il)		
		Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	
Nüfus	TOPLAM	2531439	4708794	1368348	1304501	1356386	901278	1104985	831739	
	Kadın	1265669	2361591	686622	658156	674693	448609	546605	412756	
	Nüfus Yoğunluğu	477,71	907,79	122,29	106,35	129,34	73,83	131,76	78,42	
Ortanca Yaş	TOPLAM	38	3,17	38	1,39	35	2,95	26	2,46	
	Kadın	39	3,44	39	1,38	35	3,26	26	2,45	
Sigortalı*	TOPLAM	924508	1836349	418318	429339	375050	293110	238588	188097	
	Kadın	336000	685469	149768	163042	118604	103089	62253	48458	
Eğitim (Kadın)	Okuma-Yazma Bilmeyen	29755	55791	14069	11127	21340	14310	38423	30808	
	Ortaokul ve altı	120082	161953	60711	69442	67461	42968	136277	200796	
	Lise	249864	468172	131946	141757	122303	86990	72417	49895	
	Lisans ve üstü	245165	167168	40102	48952	33756	26212	16854	12870	
	Bilinmeyen	7279	7936	3276	7066	2585	1353	18439	34979	
Doğum	Çocuk Sayısı	2	0,32	1	0,31	1	0,33	2	0,34	
Ölüm	TOPLAM	13344	20578	9750	8875	11576	8532	5516	4589	
	Kadın	6056	9441	4411	3960	5488	4341	2633	2252	
Sağlık Hiz.	Hastane	40	69	26	17	23	13	16	10	
	Yatak	7395	14452	4009	3634	4045	2702	2798	2364	
	Aile Hekimliği	803	1502	435	397	455	288	369	280	
	Hekime Müracaat (Kişi Başına)	10,41	0,94	10,68	0,65	10,69	1,06	9,21	0,85	

*Sigortalı verileri hesaplanırken 4A, 4B ve 4C'ye tabi sigortalıların ortalaması alınmıştır.

	Doğu Anadolu		İç Anadolu		Karadeniz		Türkiye (Ort.)	
	(15 İl)		(13 İl)		(19 İl)		Ort.	SS
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
	436883	283601	1053068	1550928	483006	337131	1053980	1901676,72
	213829	140991	530854	786397	242616	169758	526399	954536,80
	44,04	20,10	63,63	55,15	88,57	63,31	136	337,24
	30	5,21	36	2,19	39	2,83	35	5,47
	30	5,63	36	2,29	40	3,05	35	5,81
	91654	60166	317255	542344	124114	91734	313062	720564,33
	24827	17155	105029	196916	42713	32582	105609	267630,96
	14922	10112	15523	17355	10741	7034	52567	79728,43
	62001	52727	51469	49282	62417	31028	80060	109836,89
	34308	20733	104611	171712	45244	32024	96866	191246,89
	7766	5513	32827	63863	11689	8924	55451	67862,19
	4891	4475	2350	1654	2525	2113	5174	12072,76
	2	0,36	1	0,25	2	0,57	2	0,39
	1936	1502	6089	7882	3655	2253	6492	9436,13
	885	701	2791	3635	1674	1026	2990	4365,49
	10	5	20	22	12	7	19	27,58
	1351	1280	3926	6446	1586	1241	3237	6028,39
	150	102	337	479	160	107	343	603,19
	8,51	1,41	10,35	0,77	10,59	1,05	10	1,29

Ülke genelindeki kadınların yaş grupları Şekil 2.'deki gibidir. Buna göre, 40-44 yaş arası kadınlar ülkedeki en yüksek

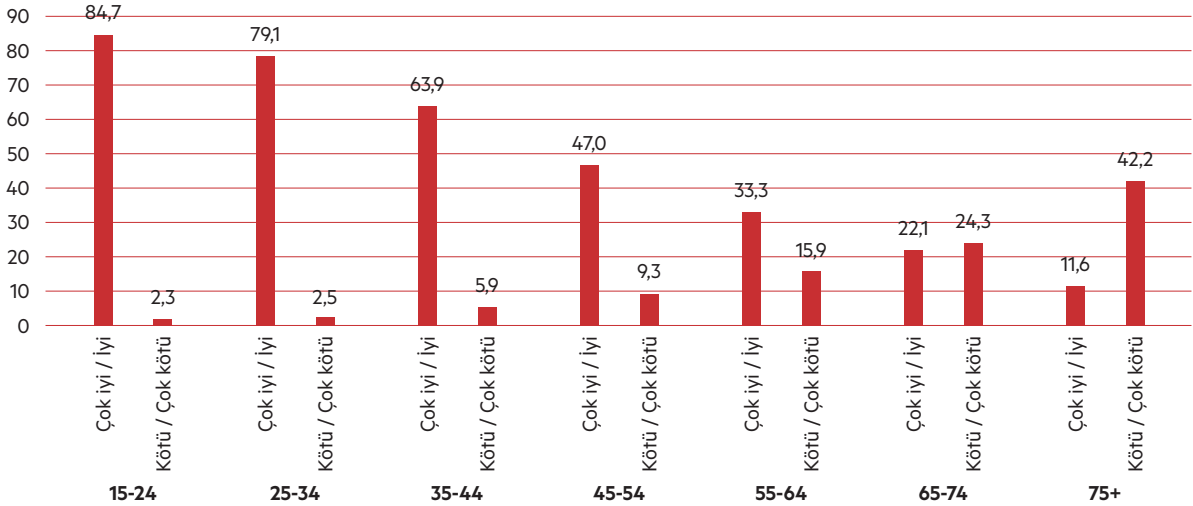
orana sahiptir. 90 ve üstü yaş grubu ise ülkedeki en düşük kadın grubudur (Şekil 2).



Şekil 2. Yaş Gruplarına Göre Kadınlar (Türkiye İstatistik Kurumu, 2024).

Ülkemiz kadınları yaş gruplarına göre incelendiğinde 15-64 yaş arası kadınlar sağlık durumlarını genellikle çok iyi/iyi olarak değerlendirmiştir. 65 yaş ve üstü kadınların ise sağlık

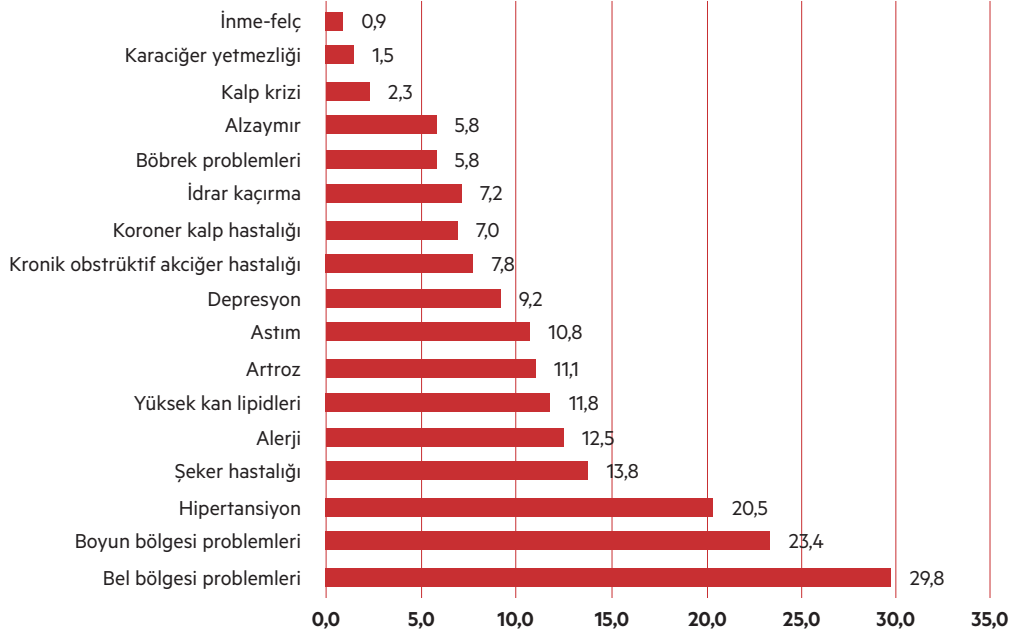
durumlarını genellikle çok kötü/kötü olarak ifade ettiği görülmektedir (Şekil 3).



Şekil 3. Kadınların Yaş Gruplarına Göre Sağlık Durumu (Türkiye İstatistik Kurumu, 2024).

Türkiye'deki kadınlarda en sık görülen hastalıklar Şekil 4'te görülmektedir. Bel bölgesi problemleri (%29,8) ile en sık görülen hastalıklar kategorisini oluşturmaktadır. Boyun bölgesi problemleri (%23,4) ve hipertansiyon (%20,5) ise en sık

görülen ikinci ve üçüncü sağlık sorunları olarak görülmektedir. İnme-felç ise %0,9 ile kadınlarda en az görülen hastalık kategorisinde bulunmaktadır.



Şekil 4. Kadınlarda Sık Görülen Hastalıklar (TUİK, 2023)

Tablo II' deki hastane sayısı, aile hekimliği sayısı, yatak sayısı ve hekime müracaat sayısı ülkemiz bölgelerindeki toplam değerleri ifade etmektedir. Buna göre, hastane sayısı ile kadın nüfusu ($r=0,98, p=0,00$), sigortalı kadın sayısı ($r=0,98, p=0,00$) ve kadın ölümü ($r=0,93, p=0,00$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Aile hekimliği sayısı ile kadın nüfusu ($r=0,99, p=0,00$), sigortalı kadın sayısı ($r=0,99, p=0,00$) ve kadın ölümü ($r=0,94, p=0,00$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki olduğu

belirlenmiştir. Benzer şekilde yatak sayısı ile de kadın nüfusu ($r=0,99, p=0,00$), sigortalı kadın sayısı ($r=0,98, p=0,00$) ve kadın ölümü ($r=0,93, p=0,00$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Hekime müracaat sayısı ile çocuk sayısı ($r=-0,57, p=0,00$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü orta düzeyde; kadın ortanca yaşı ($r=0,66, p=0,00$) ile arasında ise istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo II).

Tablo II: Bölgelere Göre Hastane, Aile Hekimliği, Yatak Sayısı ve Hekime Müracaat Sayısına Etki Eden Faktörler

	Hastane Sayısı		Aile Hekimliği Sayısı		Yatak Sayısı		Hekime Müracaat (Kişi Başına)	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Kadın Nüfusu	0,99**	0,00	0,99**	0,00	0,99**	0,00	-0,00	0,99
Çocuk Sayısı	-0,13	0,24	-0,05	0,63	-0,12	0,31	-0,57**	0,00
Sigortalı Kadın Sayısı	0,98**	0,00	0,99**	0,00	0,98**	0,00	0,00	0,98
Kadın Ortanca Yaşı	0,03	0,80	-0,05	0,67	-0,00	0,96	0,66**	0,00
Kadın Ölümü	0,93**	0,00	0,94**	0,00	0,93**	0,00	0,08	0,47

* Pearson Korelasyon Testi uygulanmıştır.

5. Tartışma

Ülkemiz kadınlarının sağlık hizmetlerine erişimlerini etkileyen faktörleri incelemek ve hizmete erişimde bölgesel farklılıkları belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada veriler çeşitli kamu kurumlarının (TUİK, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu) yayınlarından temin edilmiştir.

2023 yılı itibarıyla ülkemizin toplam nüfusu 85 milyon 372 bin 377 kişi olmuştur. Nüfusu kadın ve erkeklerin yarı yarıya oluşturduğu söylenebilir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2024). Marmara Bölgesi ülkenin en kalabalık bölgesi konumundadır. İstanbul'un ülkenin en kalabalık ili olması Marmara'nın nüfus ortalamasının artmasında etkilidir. Doğu Anadolu'nun ise en düşük nüfus yoğunluğuna sahip olması üzerinde istihdam imkanları ve coğrafi etmenlerin etkili olduğu düşünülmektedir.

Ortanca yaş, toplumu oluşturan yeni doğan bebekten en yaşlıya kadar bireylerin yaşlarının küçükten büyüğe sıralanması halinde ortada kalan kişinin yaşını ifade etmektedir. Ülkemizdeki ortanca yaş hem toplumun tamamında hem de kadınlarda 35'tir. Ortanca yaşın en düşük bölgenin Güneydoğu Anadolu Bölgesi olmasında doğurganlık oranının yüksek ve kadın eğitim oranının düşük olmasının etkili olabileceği düşünülmektedir. Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndeki kadınların eğitim oranlarına bakıldığında okuma yazma bilmeyen ve ortaokul ve altı eğitim seviyesine sahip olan kadınların diğer bölge ortalamasından daha yüksek olduğu görülmektedir. Özveren ve Dama'nın Türkiye'nin yedi bölgesinde yaşayan 710 kadının toplumsal cinsiyet algısını ölçmek için gerçekleştirdiği çalışmaya (2022) göre ise eğitim seviyesinin en düşük olduğu bölge Ege, lisansüstü öğrenimin en düşük olduğu bölge ise Güneydoğu Anadolu'dur. Araştırmamızda, sigortalı kadın seviyeleri incelendiğinde Doğu Anadolu Bölgesi en düşük, Marmara ise en yüksek sigortalı kadın ortalamasına sahiptir. Bu durum bölgedeki nüfus ve kadın nüfusunun az olması ile ilgili olabileceği gibi bölgenin koşulları ile de ilişkilendirilebilir. Özveren ve Dama'nın (2022) araştırma sonuçlarına göre ise sigortalı kadın oranının en yüksek olduğu Bölge Ege'dir.

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında mevcut kaynakların rasyonel kullanılması ve atıl kapasite oluşturulmaması amacıyla ülkemizin coğrafi yapısı ve nüfus dağılımını, nüfusun sağlık merkezine uzaklıklarını, bölgenin ulaşım kriterleri ve mevcut sağlık envanterlerini göz önünde bulundurarak bölge merkezli planlama yapmaktadır. Bu planlama kapsamında nüfus yoğunluğu, sosyo-ekonomik yapı, kentleşme ve sanayileşme, ulaşım alt yapısı, sağlık hizmeti sunumunun kalitesi ve kapasitesi gibi temel göstergeler dikkate alınmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı,

2011). Sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engellerin kaldırılması ve hizmet kalitesinin artırılması amacıyla gerçekleştirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı kadın sağlığının geliştirilmesine de katkıda bulunmuştur. Ülkemiz kadınlarının sağlık hizmetlerine erişiminde etkili olan faktörleri değerlendirmeyi ve bölgesel farklılıkları belirlemeyi amaçlayan bu araştırma SDP'nin etkilerini de ortaya koymaktadır.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde (2013) aile hekimi "Kişiyi yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri" olarak tanımlanmaktadır. Bahsi geçen yönetmeliğe göre aile hekimliği birimlerinin belirlenmesinde, nüfus yoğunluğu, idari ve coğrafi şartlar ile kişilerin sağlık hizmeti alma alışkanlıkları göz önünde bulundurulmaktadır. Çalışmamızda da bölgelere göre aile hekimliği sayıları dikkate alınmış, hem SDP hem de Aile Hekimliği Yönetmeliği gerçekleştirilmesi planlanan hizmetlerin etkinlikleri değerlendirilmiştir.

Kadınlara yönelik sağlık hizmetleri ile ilgili veriler değerlendirildiğinde hastane, aile hekimliği ve yatak sayılarının en yoğun olduğu bölge Marmara iken en düşük olduğu bölge Doğu Anadolu Bölgesidir. Ayrıca, Doğu Anadolu Bölgesi ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi hekime başvuru oranlarının en düşük olduğu bölgelerdir. Bu durumun kadın eğitim seviyesi, çalışma durumu ve sağlıkla ilgili bilincin düşük olması ile ilişkili olabileceğine kanaat getirilmiştir.

Birçok toplum kadınların erkeklerden daha uzun yaşadığı fakat kadınlarda görülen hastalıklar ve hastalanma oranlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu görüşüne sahiptir (Kurttaş, 2024). Araştırmamızda, hastane, aile hekimliği ve yatak sayısı arttıkça kadın nüfusu ve sigortalı kadın sayısı artmaktadır. Kalabalık kadın nüfusunun olduğu bölgelerde sağlık hizmetine olan talep dolayısıyla hastane, aile hekimliği ve yatak sayısının da arttığı söylenebilir. Artan sigortalı kadın sayısı ile birlikte hizmete erişim imkanı da artacaktır. Yatak sayısı ile hastane sayısı arasındaki ilişki sağlık hizmetlerinin planlanmasında nüfusun göz önünde bulundurulduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum Sağlık Bakanlığı verileri ile uyumludur ve sağlık hizmetlerinden faydalanan kadınların artmasına ve kadınların sağlık çıktılarının iyileşmesine katkı sağlayacaktır. Ancak hastane, aile hekimliği ve yatak sayısı ile kadın ölümü artmaktadır. Burada sunulan sağlık hizmetlerinin kalite ve kapasitesi sorgulanmalıdır.

Çocuk sayısı arttıkça hekime müracaat azalmakta ya da çocuk sayısı azaldıkça hekime müracaat artmaktadır. Bu durum ailedeki çocuk sayısının çok olması halinde yaşanan kaynak ve zaman sıkıntısı ile açıklanabileceği gibi tam tersine az çocuklu ailelerde çocukların sağlık durumlarına daha özen gösterilmesi ve daha bilinçli bir tutum sergilenmesi ile ilişkili de olabilir. Hekime müracaatı artıran bir diğer husus ta kadın ortanca yaşının artmasıdır. Bu durum üzerinde artan yaşla birlikte sağlık sorunları ve kronik hastalıkların artmasının etkili olacağı düşünülmektedir. Artan ihtiyaçla beraber kadınlar hekime daha çok başvuracaktır.

Ülkemiz kadınları yaş gruplarına göre ele alındığında ortanca yaşın yükseldiği ve yaşlı nüfusun arttığı görülmektedir. Bu durumun doğurganlık ve ölümlülük hızları ile ilişkili olduğu varsayılmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2024). 15-65 yaş arası kadınlar sağlık durumlarını çok iyi veya iyi, 65 yaş ve üstü ise kötü veya çok kötü olarak değerlendirmiştir. Bu durum yaşın artmasıyla beraber kronik rahatsızlıkların artması ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bel ve boyun bölgesi rahatsızlıkları ile hipertansiyon ülkemiz kadınlarında en çok görülen hastalıklardır. Fiziksel aktivite eksikliği ve sağlıksız beslenme hipertansiyon ve kemik rahatsızlıklarına sebebiyet verebilmektedir (Güler, 2022). Ülkemizdeki kadınlarda sıklıkla görülen hastalıklar fiziksel aktivite ve sağlıksız beslenmeden kaynaklanabileceği

gibi stres ve kadınların toplum içinde üstlendiği sosyal roller (ev işleri, çocuk bakımı vs.) sebebiyle de meydana gelebilir. Türk toplumunda kamuya yönelik çalışma, siyaset gibi işler erkek işi olarak değerlendirilirken ev ve aileye yönelik işler kadın işi olarak görülmektedir (Pekel, 2019).

Mevcut veriler göz önüne alındığında Doğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve Karadeniz Bölgeleri, eğitilmiş ve sigortalı kadın sayısının en düşük; çocuk sayısının yüksek; kadınların hekime müracaat sayıları ile hastane, aile hekimliği, yatak sayılarının düşük olduğu bölgeler olarak karşımıza çıkmaktadır. Söz konusu bölgelerin coğrafi koşulları, iklimi, kadının toplumdaki yeri ve benimsedikleri kültür göz önüne bulduğunda bu bölgelerde yaşayan kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerinin diğer bölgelerde yaşayan kadınlara oranla daha zor olacağı varsayılmaktadır. Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen ilçelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması araştırmasında ilçeler; demografik değişkenler, istihdam, eğitim, sağlık, finans, rekabetçilik, yenilikçilik ve yaşam kalitesi değişkenlerine göre değerlendirilmiştir (2022). Buna göre, altı kademedeki değerlendirilen ilçelerden Marmara Bölgesi en gelişmiş ilçeleri bulunduran bölge iken Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi en geride olan bölgelerdir. Elde edilen sonuçların araştırmamızdan elde edilenlerle tutarlı olduğu görülmektedir.

6. Sonuç

Bu araştırmada, Türkiye’de kadınların sağlık hizmetlerine erişimini etkileyen faktörler incelenmiş ve bölgesel farklılıklar detaylı olarak değerlendirilmiştir. Kadınların eğitim seviyesi, istihdam durumu ve çocuk sayısı gibi demografik özellikleri sağlık hizmetlerine erişimde belirleyici olmaktadır. Marmara Bölgesi’nin nüfus yoğunluğu ve yüksek sağlık hizmeti kapasitesi, kadınların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmakta; Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde eğitim seviyesi, istihdam olanakları ve sağlık hizmetlerine erişimdeki kısıtlılıklar, kadınların bu hizmetlere ulaşmasında önemli engeller yaratmaktadır. Bu durum, bölgesel kalkınma ve sağlık politikalarının kadın sağlığına olan etkisini bir kez daha gözler önüne sermektedir. Araştırmanın sonuçları, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın bu bölgesel farklılıkları azaltma yönünde etkili olabileceğini göstermekte

ancak sunulan hizmetlerin kalitesi ve kapasitesinin artırılması gerektiğine işaret etmektedir. Ayrıca, kadınların sağlık hizmetlerine erişimindeki bu eşitsizliklerin giderilmesi için bölgeye özgü stratejilerin geliştirilmesi gerektiği sonucuna varılmaktadır.

Mevcut veriler ve istatistikler doğrultusunda yapılan yorumların desteklenebilmesi ve daha kapsamlı araştırmaların gerçekleştirilebilmesi için kadınların yaş gruplarının, sağlık durumlarının ve kadınlarda görülen hastalıkların il ve bölge bazlı da araştırılması gerekmektedir. Ayrıca ülkemiz kadınlarının sağlık okuryazarlığına ilişkin çalışmaların da gerçekleştirilmesi gerektiğine inanılmaktadır. Ülkemizin bölgelerindeki kadınların sağlık hizmetlerine erişimi ve hizmet kullanımları ile ilgili akademik çalışmaların artırılmasının hizmetin sunumu ve sağlık çıktılarına katkı sağlayacağı aşikardır.

Kaynakça

- Akar, Y., & Arıkan, C. (2023). Sağlık Hizmetlerinde Talebi Etkileyen Faktörler. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 21(1), 1-21.
- Akın, A., & Türkçelik Türkel, E. (2020). Sağlık Hizmetlerine Erişimde Cinsiyet Eşitliği. Ankara: CEID Yayınevi.
- Akın, A., Esin, Ç., & Çelik, K. (2006). Kadının Sağlık Hakkı ve Dünya Sağlık Örgütünün Avrupa'da Kadın Sağlığının İyileştirilmesine Yönelik Stratejik Eylem Planı. . Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi.
- Dahab, R., & Sakellariou, D. (2020). Barriers to Accessing Maternal Care in Low Income Countries in Africa: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 17(12), 4292.
- Daher, M., Rifai, M., Kherallah, R., Rodriguez, F., Mahtta, D., Michos, E., ... Virani, S. (2021). Gender disparities in difficulty accessing healthcare and cost-related medication non-adherence: The CDC behavioral risk factor surveillance system (BRFSS) survey. *Preventive Medicine*, 153.
- Dawkins, B., Renwick, C., Ensor, T., Shinkins, B., Jayne, D., & Meads, D. (2021). What factors affect patients' ability to access healthcare? An overview of systematic reviews. *Trop Med Int Health*, 26, 1177-1188.
- Erdem, R., & Pirinçci, E. (2003). Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler. *O.M. Ü Tıp Dergisi*, 10(1), 39-46.
- European Institute of Women's Health, clg (EIWH). (2024). EU Manifesto for Women's Health. Eurohealth: <https://eurohealth.ie/wp-content/uploads/2023/12/EIWH-Manifesto-for-Womens-Health-3.pdf> adresinden alındı
- Goel, A., & Goel, P. (2024). Barriers to Healthcare Access in Low-Income Countries and Marginalized Communities. *International Journal of Research Publication and Reviews*, 5(7), 1049-1054.
- Gözlıü, M., & Tatlıdil, H. (2015). Türkiye'deki 81 İlin Kamu Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetlerine Erişim Durumları. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(2), 145-165.
- Güler, B. (2022). Kadınların Fiziksel Aktiviteleri Önündeki Engeller: Sistematik Derleme Çalışması. *Spor Eğitim Dergisi*, 6(1), 20-32.
- IOM. (1993). Access to Health Care in America. Washington, DC:: Institute of Medicine.
- Kurtdaş, M. (2024). Kadınlar Hasta Olur, Erkekler Ölür: Sağlıkta Cinsiyet Temelli Farklılıkların Sosyolojik Analizi. *Sosyolojik Bağlam Dergisi*, 5(1), 1-26.
- Manderson, L. (1999). Social Meaning And Sexual Bodies: Gender, Sexuality and Barriers to Women's Health Care. T. v. Pollard içinde, *Gender and Health* (s.75-93). UK: Cambridge University Press: .
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Care Services; Committee on Health Care Utilization and Adults with Disabilities. (2018). Health-Care Utilization as a Proxy in Disability Determination. Washington DC: The National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500097/> adresinden alındı
- Özveren, A., & Dama, D. (2022). Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Eşitilsizliğine Dair Mevcut Durum Algısı. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 13(1), 107-122.
- Pekel, E. (2019). Toplumsal Cinsiyet Rollerini ve Kadının Çalışma Hayatındaki Konumu. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(1), 30-39.
- Saxena, S., Arsh, A., Ashraf, S., & Gupta, N. (2023). Factors Influencing Women's access to Healthcare Services in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review : Women's access to Healthcare in LMICs . *NURSEARCHER (Journal of Nursing & Midwifery Sciences)*, 3(2), 67-75.

- Sezgin, D. (2015). Toplumsal Cinsiyet Perspektifinde Sağlık ve Tıbbileştirme. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 18(1), 153-186.
- Sosyal Güvenlik Kurumu. (2024, Ağustos 09). Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık Bülteni Sigortalı İstatistikleri. Sosyal Güvenlik Kurumu: <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Aylık/42919466-593f-4600-937d-1f95c9e252e6/> adresinden alındı
- T.C Mevzuat Bilgi Sistemi. (2013, 01 25). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Ankara, Türkiye.
- T.C Sağlık Bakanlığı. (2022). 2019-2023 Stratejik Planı. Strateji Geliştirme Başkanlığı: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/35748/0/tc-saglik-bakanligi-2019-2023-stratejik-plani-guncellenmis-versiyonupdf.pdf?_tag1=51DF1549087EE46B-936F1419E77B92147160F491 adresinden alındı
- T.C. Cumhurbaşkanlığı. (2006, 05 31). T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Türkiye’de Özellikli Planlama Gerekli Sağlık Hizmetleri. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı. (2022). SEGE, 2022. Ankara: T.C. Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı.
- TÜİK. (2023, Haziran 01). Türkiye Sağlık Araştırması, 2022. Türkiye İstatistik Kurumu: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747> adresinden alındı
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2024, Ağustos 09). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı: <https://www.saglik.gov.tr/TR-103184/saglik-istatistikleri-yilligi-2022-yayinlanmistir.html> adresinden alındı
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2023, Mayıs 15). Türkiye İstatistik Kurumu Doğum İstatistikleri, 2022. Türkiye İstatistik Kurumu: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2022-49673> adresinden alındı
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2023, Mayıs 26). Ulusal Eğitim İstatistikleri, 2022. Türkiye İstatistik Kurumu: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=National-Education-Statistics-2022-49756> adresinden alındı
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2024, Şubat 06). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2023. Türkiye İstatistik Kurumu: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-SonucLari-2023-49684#:~:text=%C4%B0l%20ve%20il%C3%A7e%20merkezlerinde%20ya%C5%9Fayanlar%C4%B1n,-dan%20%257'ye%20y%C3%BCkseldi.> adresinden alındı
- WHO /The World Bank. (2023). Tracking universal health coverage 2023 global monitoring report. Geneva: WHO /The World Bank.
- WHO. (2017). Health impact assessment (HIA), determinants of health. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Zorlutuna, Ş. (2024). Türkiye’de İllerin Toplumsal Cinsiyet Eşitliğine Göre Sınıflandırılması. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 16(30), 19-35.