

Sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişiminin önemi: Türkiye’de kadınların miyokart enfarktüsü seyrinde hastaneye geç başvurusunun toplumsal cinsiyet eşitsizliği açısından değerlendirilmesi

The importance of health literacy and health communication: Evaluation of delayed admission time to hospital in women during myocardial infarction in Turkey in terms of gender inequality

Dr. Armağan Altun 

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye;
İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi, Gazetecilik Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 nüfus verisine göre Türk halkında doğumda beklenen yaşam süresi erkeklerde 78,2, kadınlarda ise 83,6 yıldır. Kadın sağlığı denilince öncelikle “üreme sağlığı” akla gelse de, ömür beklentisi artan kadınlarda menopoz sonrası döneminin uzaması “ileri yaş hastalıklarının” daha fazla önem kazanmasına neden olmuştur. Ülkemizde birinci ölüm nedeni dolaşım sistemi hastalıkları olup, kadınların %43,9’u, erkeklerin %36,4’ü dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle yaşamını kaybetmektedir.^[1] Bu görüş yazısının amacı ülkemizde miyokart enfarktüsü nedeniyle hastaneye başvuru sürecinde cinsiyetin oluşturduğu farklılığı; toplumsal cinsiyet eşitsizliği, sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişimi açısından ele almaktır.

Türk Miyokart İnfarktüsü Çalışması (TURKMI) (clinicaltrials.gov NCT04241770); Türkiye’yi yansıtabilecek şekilde, 12 bölge, 34 şehir, 50 kardiyoloji merkezinde, belirlenen 15 gün içinde ST yükselmeli miyokart enfarktüsü (STYME) veya ST yükselmez miyokart enfarktüsü ile şikayet başlangıcından itibaren 48 saat içinde hastaneye başvuran hastaların kaydı ile gerçekleştirilmiştir.^[2] Ön sonuçları 2019 Ulusal Kardiyoloji Kongresi’nde sunulan TURKMI çalışmasının STYME hasta grubunun %22’sini kadınlar oluşturmaktadır. Çalışmada STYME hastalarının yal-

nızca %17,6’sı 112/ambulans ile hastaneye getirilmiştir. Hastaların şikayetlerinin başlamasından 112’yi aramaya kadar geçen süre, kadınlarda erkeklere göre 30 dk daha

uzundur (ortanca 60 dk’ya karşılık 30 dk) (Şekil 1).^[3] STYME hastalarının büyük çoğunluğu (%82,4) kendi olanakları ile hastaneye gelmiştir. Semptomların başlangıcından ilk hastaneye varışa kadar geçen süre, kadınlarda erkeklere göre daha uzundur (ortanca 120 dk’ya karşılık 80 dk). Semptomların başlangıcından ilk hastanede perkütan koroner girişim (PKG) olana kadar geçen süre (total iskemik süre) kadınlarda yine daha uzundur (ortanca 195 dk’ya karşı 145 dk). Hastaneye başvurudan PKG işlemine kadar geçen süre (kapı-balon zamanı) kadın ve erkeklerde benzerdir. Hastane içinde cinsiyete bağlı tedavide gecikme söz konusu değildir. STYME hastalarının 70 yaş üstü ve altı analizi yapıldığında, 70 yaş üstü hastalarda başvuru sürelerinde gecikme daha uzundur (Şekil 1).^[3] Her ne kadar TURKMI çalışmasında kadınlar ile erkekler arasında yaklaşık 10 yıllık yaş farkı olsa da, “70 yaş

Kısaltmalar:

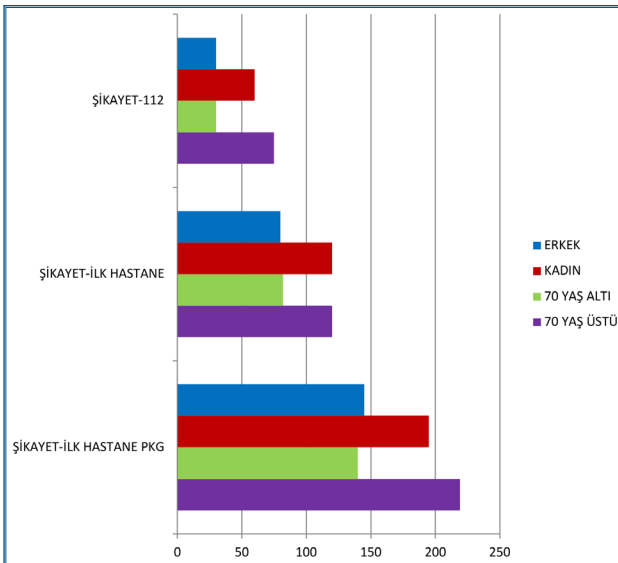
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
PKG	Perkütan koroner girişim
STYME	ST yükselmeli miyokart enfarktüsü
TR-SOYA	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması
TURKMI	Türk Miyokart İnfarktüsü Çalışması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

Geliş tarihi: 09.02.2020 Kabul tarihi: 05.10.2020

Yazışma adresi: Dr. Armağan Altun, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
Tel: +90 0216 - 554 15 00 e-posta: armağan.altun@tkd.org.tr

© 2021 Turkish Society of Cardiology





Şekil 1. TURKMI çalışmasında erkek-kadın ve 70 yaş altı-70 yaş üstü STYME gruplarının şikayetin başlangıcından itibaren 112 arama, ilk hastaneye geliş ve ilk hastanede perkütan koroner girişim (PKG) olana kadar geçen süreler (dk) (Güler ve ark.^[3] çalışmasından uyarlanmıştır).

üzerinde kadın” olmak STYME açısından özellikle dezavantajlı bir durum oluşturmaktadır (Şekil 1). Kadınların hastaneye başvuruda gecikme nedenleri; daha yaşlı olma, düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik düzey, şikayetlerin niteliğinde belirsizlik, hayati riskin farkındalığında eksiklik, pasif hayat, kişisel bakım engelleri, yalnız yaşama, korku/sıkıntı, kırılgan etnik köken/göçmen olma, bir aile veya doktora danışma isteği ve acil olmayan veya geçici şikayetlerle ayırt edememe olabilir.^[4] Her ne kadar TURKMI çalışmasında hastaneye başvurudaki gecikme nedenleri araştırılmamışsa da ülkemizin sosyokültürel yapısı, inanç sistemi ve ataerkil aile yapısı; kadınların hastaneye ulaş(tırıl)masının daha uzun sürede gerçekleşmesinin nedeni olabilir. Sorun ne olursa olsun, konunun sosyolojik açıdan araştırılmasında yarar vardır.

Cinsiyet terimi iki farklı anlamda kullanılır. Biyolojik temelli cinsiyet (sex-cinsiyet) bireyin genetik, fizyolojik, biyolojik özelliklerinden kaynaklanan cinsiyetidir. Toplumsal temelli cinsiyet (gender-toplumsal cinsiyet) ise toplumun beklenti/normlarını karşılayacak şekilde bireylerin cinsel kimliklerini ve rollerini davranışlarıyla yeniden üretmesidir. Yeniden üretilen toplumsal cinsiyet, cinsiyetler arasındaki sosyal yapıyı oluştururken kadını erkek karşısında ikincil duruma iter. Erkeğe özgü görevler, roller ve değerler, kadınlara ait olanlara göre her zaman daha

değerli ve önemli kabul edilir. Sonuçta toplumun kadınlardan beklediği sosyal roller bir erkeğin kız evladı, eşi, annesi veya kız arkadaşı olmasıdır. Öncelikle bazı terimleri açıklamak gerekir.^[11,5] Toplumsal Cinsiyet Eşitliği: Kadın ve erkek arasındaki farkları kabul etmek ve onların toplumda oynadıkları rollerin önemini eşit olarak değerlendirmektir. Aynılık Eşitliği: Kadın ve erkeğin eşit muamele görmesidir. Farklılık Eşitliği: Toplumda eşitsiz konumda olan kadınların, erkeklerle aynı muamele görmelerinin eşitsiz konumlarını meşrulaştırıcı etkisi göz önünde tutularak geçici özel önlemlerle “fiili eşitliğin” yani “sonuçlarda eşitliğin” sağlanması hedeflenir (kadın kotası gibi). Dönüştürücü Eşitlik: Her farklılığın doğurduğu eşitsizliği ortaya çıkaran iktidar normlarının dönüştürülmesi eşitliği sağlar (toplum ve aile içindeki toplumsal cinsiyet rollerinin değişmesi). Kadınları Hedef Alan Çoklu Ayırıcılık: Kadınların önündeki en büyük engeldir; hem kadınlarla erkekler arasındaki eşitsizlik, hem de farklı coğrafi bölgelerdeki, sosyal sınıflardaki, yerli/göçmen ve etnik gruplardaki kadınlar arasındaki eşitsizliktir. Toplumsal Cinsiyetin Ana-akımlaştırılması (Gender mainstreaming): Politika süreçlerinin tüm aşamalarında ve tüm düzeylerinde kadınlarla erkekler arasındaki eşitlik ilkesini dikkate alarak tüm eylem planlarında uygulamaktır. Toplumsal Cinsiyete Duyarlı Bütçeleme: Gerek merkezi gerekse yerel yönetimlerin bütçe süreçlerinin tüm aşamalarına ve düzeylerine toplumsal cinsiyet eşitliği bakış açısının kazandırılmasıdır. Kadınların ve erkeklerin yaşam koşullarındaki eşitsizliklere, farklı rol ve sorumluluklarına, farklı ihtiyaç ve önceliklerine duyarsız kalmamak, hem fırsat eşitliği hem de fırsat önceliği tanımak gerekir.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 10. maddesinde “Herkes dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir” (aynılık eşitliği vurgusu) denilmektedir. 2004 yılında “Kadın ve erkekler eşit haklara sahiptir. Devlet bu eşitliğin yaşama geçmesini sağlamakla yükümlüdür” (toplumsal cinsiyet eşitliği vurgusu) 10. maddeye ek fıkra olarak eklenmiştir. 2010 yılında 10. maddeye “Bu maksatla alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı olarak yorumlanamaz” (farklılık eşitliği vurgusu) ibaresi ek fıkra olarak ilave edilmiştir. Bununla birlikte, Dünya Ekonomik Formu, 2020 Küresel Cinsiyet Ayırımı Endeksi sıralamasında Türkiye 153 ülke arasında 130. sırada yer almaktadır.^[6]

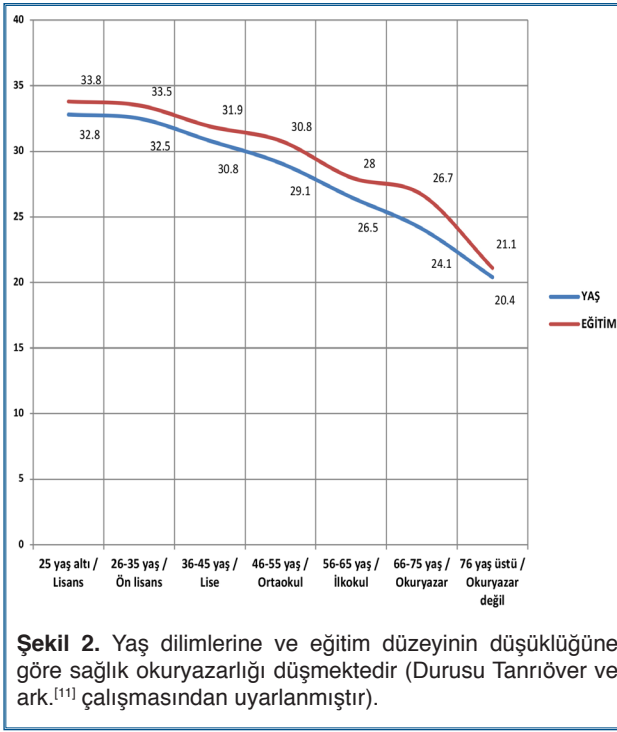
Dünya’da yetişkin nüfusun yaklaşık %16’sı temel okuma-yazma becerisinden yoksundur ve bunların üçte ikisi ise kadındır. TÜİK 2018 eğitim verisine göre; 15 yaş ve üstü nüfusta (yaklaşık 62 milyon kişi, kadın %50,2) okuma yazma bilmeyenlerin oranı %3,54 (2.2 milyon kişi, %85’i kadın), ilkokul bitirmeyen okuma yazma bilenlerin oranı %4,63 (2.9 milyon kişi, %74’ü kadın), yalnızca ilkokul eğitimini bitirenlerin oranı ise %21’dir (13 milyon kişi %59’u kadın). Görüldüğü gibi 15 yaş üstü toplumumuzun kabaca %8’inin genel okuryazarlık düzeyinde ciddi yetersizlik söz konusudur. Ne yazık ki bu kitlenin %80’i kadınlardan oluşmaktadır. TÜİK verilerine göre, 15-29 yaş grubunda olan kadınların %50’si, erkeklerin ise %20’si çalışmayan veya eğitim görmeyen grupta yer almaktadır (fark 2,5 kat). Bu yaş grubundaki kadınların yarısı ev ve aile işine veya erken evliliğe yönlendirilmektedir. Kız çocukları hem erken yaşta evlendirildikleri için eğitimden uzak kalmakta, hem de eğitimden uzak kaldıkları için erken yaşta evlenmeye zorlanmaktadır. Gelir düzeyi düşük ailelerde çocukların eğitimi konusunda tercihler erkek çocuktan yana konmaktadır. Bunun sonucunda kız çocukları daha fazla eğitimden uzaklaşmaktadır (tarlada işçi, evde yardımcı). Mevcut eğitim sistemi, kadın ve erkek için kalıplaşmış rolleri yeniden üretmekte ve kız çocukları geleneksel kadın mesleklerine yönlendirilmektedirler. Üniversite düzeyinde kız öğrenciler sosyal bölümleri daha fazla tercih ederken, erkek öğrenciler daha teknik bölümleri tercih etmektedirler.^[7] Toplumsal cinsiyet eşitliği açısından eğitim politikalarında, kadının geleneksel rolleri yerine sosyal hayat içinde karar verici otorite konumunda sunulması, kadın ve erkek rollerinin eşit bir şekilde gösterilmesi, cinsiyetçi ve ayrımcı dilden uzak durulması gerekir.^[5]

Avrupa’da 2018 verilerine göre kadın istihdam oranı %63,3 iken Türkiye’de kadın istihdam oranı %32,9 olarak saptanmıştır. Türkiye’deki kadın istihdam alanları %48 hizmet, %37 tarım ve %15 sanayi alanı şeklindedir.^[8] Ülkemizde yükseköğrenim almış kadınlar dışındaki, tüm eğitim düzeylerinde kadının iş gücüne katılımı erkeğe göre 2-3 kat daha azdır. Son yıllarda ayrıca “yoksulluğun kadınlaşması”nda artış söz konusudur. Bu terim yoksulluk içinde kadın oranının artmasını ifade eder. Kadın istihdam oranının düşük olması, kadınlar arasında ücretsiz aile işçiliğinin yüksek olması, kadınların büyük çoğunluğunun gelir açısından ailelerine ve eşlerine bağımlı olması,

özelleştirme/ekonomik kriz dönemlerinde öncelikle kadınların işten çıkartılması, iş güvencesinin azalması yoksulluğun kadınlaşmasının önemli nedenleridir. Ekonomik kriz dönemlerinde sağlığa ayrılan payın azalması geliri düşük olan kadınlar açısından bir sorun yaratabilir.

Kadına yönelik şiddet; fiziksel, cinsel, duygusal/sözel veya ekonomik şiddet olarak uygulanabilir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü’nün Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması’nda, yaşamın herhangi bir döneminde fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalan kadın oranı %38 (10 evli kadından yaklaşık 4’ü) saptanmıştır.^[9] Kadının eğitim düzeyi ile şiddet oranı azalmaktadır.^[9] Refah düzeyi yüksek olanlarda şiddet görme oranı biraz azalmaktadır (%31). Ülkemizde duygusal şiddet %44, ve ekonomik şiddet %30 oranlarında saptanmıştır. Şiddetin yarattığı depresyon ve anksiyete kalp damar sağlığı açısından kadınlarda daha önemli bir sorun oluşturmakta olup, hem kadınlardaki daha yüksek dolaşım sistemi hastalığından ölüm oranını hem de hastaneye geç başvuruyu açıklayabilecek etmenlerden biri olabilir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün 2008 yılında tanımladığı sağlığa temel oluşturan belirteçler; temiz içme suyu ve yeterli arındırma, güvenli gıda, yeterli beslenme ve barınma, sağlıklı çalışma ve çevre koşulları, sağlıkla ilgili eğitim ve bilgilenme ve toplumsal cinsiyet eşitsizliğidir.^[10] DSÖ sağlık okuryazarlığını “İyi sağlığı geliştirecek ve koruyacak bilgiye ulaşma, anlama ve kullanma güdüsü ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal yetiler” olarak tanımlamaktadır. Sağlık okuryazarlığı için bireyin yeterli düzeyde konuşma, dinleme, okuma ve anlama yetisine sahip olması, sağlık hakkının ve hasta haklarının bilincinde olması, ilaç prospektüslerini, halk sağlığı duyurularını, sağlık haberlerini ve sağlık eğitimi materyallerini anlayabilmesi ve kendi hastalık ve rahatsızlıkları ile ilgili olarak sağlık hizmeti sağlayan kişilere ve kurumlara ulaşma becerisinin olması (sosyoekonomik statü, dil) gerekir. Sağlık okuryazarlığı sağlık sonuçlarını üç kritik noktada etkilemektedir: Sağlık hizmetlerine erişim, hasta ve sağlık hizmet sunucuları arasındaki etkileşim ve öz bakım. Günümüzde neoliberal sağlık uygulamalarıyla, bireylerin yaşam tarzlarında değişiklikler yapmaları, tıbbi tedavileri ve bakımları için karar verme sürecinin içinde yer almaları, tıbbi süreçler/tıbbi tedavileri ile ilgili yönlendir-



meleri yerine getirmeleri, genel olarak hem sağlıklıları hem de hastalıkları hakkında bilgi ve sorumluluk sahibi olmaları beklenmektedir. Sağlık okuryazarlığının düşüklüğü gerek birey gerekse toplum sağlığı açısından pek çok olumsuz etkiye neden olmaktadır.

Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi'nin 2014 yılında yaptırdığı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (TR-SOYA)'na göre; Türkiye'de sorunlu veya yetersiz sağlık okuryazarlığı %64,6 iken bu oran Avrupa'da %47,6'dır. Türkiye ortalama genel sağlık okuryazarlığı indeksi 30.4 bulunmuştur (indeks değerleri: 0-25 yetersiz, >25-33 sorunlu, >33-42 yeterli, >42-50 mükemmel).^[11] TR-SOYA çalışmasına göre ülkemizde yaklaşık olarak her 10 kişiden sadece üçünün sağlık okuryazarlık durumu yeterli düzeydedir. TR-SOYA çalışması bulguları, 64 milyonluk Türkiye genç/ yetişkin nüfusunun (TÜİK 2019 yılı 15 yaş üstü nüfus) yaklaşık 45 milyonunda yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığı olduğunu bize gösterir. TR-SOYA'da kadın cinsiyeti, yaş artışı ve eğitim düşüklüğü ile sağlık okuryazarlığının azaldığı saptanmıştır (Şekil 2).^[11] TURKMI çalışma grubundaki kadınların ortalama yaşının 69±14 yıl olması, ülkemizde kadınlardaki eğitim düşüklüğü de göz önüne alındığında, TURKMI çalışmasındaki kadınların genel sağlık okuryazarlık düzeylerinin düşüklüğünü

bize dolaylı olarak gösterebilir. TR-SOYA çalışmasında "Tıbbi bir acil durum sırasında ne yapılacağı bilgisine ulaşmak ve ne yapılacağını anlamak" Avrupa verisine göre 2 kat daha düşük bulunmuştur. Bu veri bize ülkemizde acil servis başvurularındaki uygunsuz başvuruları açıklamakta yardımcı olabilir.

Düşük sağlık okuryazarlığı olan bireylerde kronik hastalıklarda bakım/hastalığı yönetme ve sağlık sistemine başvuru becerisi yönünden yetersizlik, özbakım yetersizliği, tıbbi ve ilaç hatalarında yükseklik, sağlık bakım maliyetlerinde yükseklik, sağlık bakım hizmetlerinden daha az yararlanma söz konusudur. Semptomatik dönemde sağlık arama davranışında ve sağlık durumunun kötüleştiğini anlamada gecikme, tıbbi öneri ve/veya uyarılara uyumda yetersizlik, hastaneye yatma sıklığında artma, hastanede daha uzun sürelerde kalma, acil servis gibi maliyeti yüksek hizmetlerden yararlanma oranlarında yükseklik, mortalitede yükseklik de bu olumsuzluktan etkilenir. TR-SOYA, bize halkımızın sağlık bilgisine %65 oranında sağlık personelinden (%58 doktor) ulaştığını göstermektedir.^[11] Sağlık bilgisine ulaşmada ikinci sırada %20 internet, %11 ile televizyon yer almaktadır. Ülkemizde sağlık okuryazarlığını artırmak için okullarda eğitim sistemi içerisinde sağlık okuryazarlığı seminerleri verilmesi, sağlık sistemi içinde sağlık personeli aracılığı ile sağlık okuryazarlığının artırılmaya çalışılması ve genel olarak toplumsal düzeyde eğitim kampanyaları ile konu hakkında farkındalığı artırmak hedeflenmelidir. TR-SOYA çalışması verilerini kullanarak 2015 yılı erişkin Türkiye nüfusu üzerinden yapılan sağlık maliyet çalışmasında, ülkemizde sağlık okuryazarlığının yetersizliğinden kaynaklanan sağlık maliyetlerinin, toplam sağlık harcamalarının ortalama %17'sine (ortalama 26.6 milyar TL) karşılık geldiğini saptanmıştır.^[12] Bunun anlamı sağlık okuryazarlığının geliştirilmesiyle toplam sağlık harcamalarında ciddi oranda tasarrufun sağlanabileceğidir.^[12]

Sağlık iletişimi, sağlıkla ilgili bireyler ve kurumlar arasında oluşan etkileşimlere ve uygulamalara, iletişim kuramlarının eklenmesiyle ortaya çıkmıştır. Sağlık iletişimi, farklı hedef kitlelere ulaşmak ve sağlıkla ilgili bilgiyi paylaşmak için kullanılan çok yönlü ve çok disiplinli bir yaklaşımdır. Bu disiplinler; iletişim, sosyoloji, psikoloji, antropoloji, ekonomi, istatistik, sağlık eğitimi, sağlığın geliştirilmesi, işletme ve siyaset bilimidir.^[13,14] Bireyin farkındalığını, bilgi birikimini, tutumunu, kendi kendine yeterliliği-

ni ve davranış şekillerini değiştirmedeki yeteneklerini sağlık iletişimi etkileyebilmektedir. Sağlık iletişimi toplumun farklı kesimlerinin farklı ihtiyaçlarına göre planlanmalıdır. Farklı yaş ve cins grupları, etnik, inanç ve meslek grupları farklı gereksinimlere ve önceliklere sahiptirler. Özellikle hedef grupların sosyal, politik, ekonomik dezavantajları; onları sağlık sorunları karşısında daha kırılgan “hassas” hale getiriyorsa, hedef grup etkinliğinin öncelikli hedefi bu kırılganlığı azaltmak yani hedef grubu “güçlendirme” yaklaşımı olmalıdır. Örneğin sağlık temalı kampanyalar sosyoekonomik düzeyi yüksek olanlarda daha etkili olur, halbuki daha risk altında olan bireyler sosyoekonomik düzeyi düşük olan kesimde yer alırlar ve bu kesim bu kampanyaların dışında kalır ve böylece toplumsal sınıf uçurumu sağlık alanında yeniden üretilmiş olur.

Kadın sağlığını olumsuz etkileyen makro faktörler; ülkenin gelişmişlik düzeyi, eğitim sistemi, genel okuryazarlık oranı, istihdam yapısı, ataerkil ideoloji, inanç sistemi, kadına ve aileye yönelik sosyal politikalar ve yoksulluk iken, mikro faktörler sosyodemografik özellikler (yaş, eğitim düzeyi, medeni durum vb), ekonomik bağımsızlık, içinde yer aldığı hanedeki kişi sayısı, evlilik yaşı, doğum sayısı, doğum aralığı, sahip olduğu çocuk sayısı, en küçük çocuğunun yaşı, evlilik veya aile ilişkilerinin niteliği, evlilikte veya aile içinde şiddete uğrama durumu ve sosyal destek sistemidir.^[15] Kadın sağlığı, sadece tıbbi-biyo-psikolojik olgu olmaktan çıkarılarak kadınların olayın öznesi olduğu ve toplumsal cinsiyet bağlamında kadın olmanın yeniden tanımlandığı bir çerçevede ele alınmalıdır. Daha iyi sağlık hizmeti sunumu sağlanmasının, sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınların sağlık düzeyini artırmada katkısı beklendiği kadar olmayacaktır. Çünkü sosyoekonomik durumu düşük olan kadınlarda; bireyleşme yetersizliği (ataerkil ideoloji: birinin kızı, eşi, annesi olmak), farkındalık düzeyinin düşüklüğü (eğitim düzeyi düşüklüğü, bireyselleşme eksikliği), öğrenilmiş çaresizlik (düşük benlik imajı, öz saygı eksikliği, ekonomik kaynak yetersizlikleri) ve tükenmişlik duygusu sağlık erişiminde ana sorunlardır.^[15]

Kadınların koroner yapısı, östrojenin özellikle kadınlarda aterosklerotik lezyonların lümenine doğru değil duvar için doğru büyümesi, östrojene bağlı vasküler elastikiyetin fazla olması, koroner plak rüptürü yerine plak erozyonunun kadınlarda daha fazla

olması gibi faktörler erkeklere göre miyokart enfarktüsünün kliniğini farklılaştırabilir. Yaklaşık 30 yıl önce ilk kez kullanılan “Yentl Sedromu” tanımı ile kadınların erkeklerden daha az sağlık hizmetlerinden özellikle de kardiyovasküler sağlık hizmetlerinden yararlandıkları için bunun bedelini ödemek zorunda kaldıklarına dikkat çekilmiştir.^[16] Ülkemizde her ilde nitelikli girişimsel kardiyoloji merkezlerine sahip olsa da hastaneye başvuru sürecindeki cinsiyete bağlı gecikmenin nedenlerini saptayıp, ortadan kaldıramadığımız sürece kadınlara sunulan sağlık hizmetinin niteliği her zaman sorgulanacaktır. Sağlık politika yapıcılarını (Sağlık Bakanlığı) ve paydaşlarını (sivil toplum kurumları, meslek örgütleri, medya) ülkemizde toplumsal cinsiyet eşitsizliğini düzelterek ve sağlık okuryazarlığını artıracak, sağlık iletişimini etkili, yeterli, verimli ve homojen olarak etkinleştirecek politikaları uygulamaya sokmadıkları sürece kadın sağlığında istenilen düzelmeler yetersiz kalacaktır.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar çatışması: Bildirilmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Akın A, Türkçelik E. Sağlık hizmetlerine erişimde toplumsal cinsiyet eşitsizliği: Haritalama ve izleme çalışması. CEID (Cinsiyet Eşitliği İzleme Derneği) Türkiye’de katılımcı demokrasinin güçlendirilmesi: toplumsal cinsiyet eşitliğinin izlenmesi projesi. Ankara, CEID Yayınları; 2018. Available at: <http://ceidizleme.org/medya/dosya/78.pdf>.
2. Erol MK, Kayıkçıoğlu M, Kılıçkap M. Rationale and design of the Turkish acute myocardial infarction registry: the TURKMI Study. *Anatol J Cardiol* 2020;23:169-75. [\[Crossref\]](#)
3. Güler A, Tuncay B, Mirzaoğlu Ç, Kalyoncuoğlu M, Değirmenci H, Kılıç ID, et al. Is gender an increasing factor total ischemic time in patients with ST elevation myocardial infarction? Analysis of TURK MI Study. Oral presentation at 35th Turkish Cardiology Congress with International Participation. October 3-6, 2019, Antalya.
4. Mehta LS, Beckie TM, DeVon HA, Grines CL, Krumholz HM, Johnson MN, et al. Acute myocardial infarction in women. A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2016;133:916-47. [\[Crossref\]](#)
5. Civelek S. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği: temel sorunlar ve politika önerileri. TASAV (Türkiye Akademisi Siyasal Stratejik Araştırmalar Vakfı) Beyin fırtınası toplantısı, Kadın hakları çalışma grubu. Rapor No. 14. Ankara; 2014. Available at: https://www.tasav.org/media/k2/attachments/bf_rapor_no._14_eylul2014_cinsiyet_esitligi_sezen_civelek_son.pdf.
6. World Economic Forum. The global gender gap report 2020, Geneva. Available at: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2020.pdf.

7. Saygın PO. Gender differences in preferences for taking risk in college applications. *Econ Educ Rev* 2016;52:120-33. [\[Crossref\]](#)
8. Öz CS, Peri D. Türkiye ve Avrupa Birliği'nde kadın istihdamı: refah rejimleri bağlamında bir karşılaştırma. *Çalışma İlişkileri Derg* 2019;10:1-26.
9. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması. Ankara; 2015.
10. UNHCHR/WHO. The right to health. Fact sheet no.31. 2008. Available at: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>.
11. Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready N, Çakır B, Akalın EH. Türkiye sağlık okur yazarlığı araştırması (TR-SOYA). Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası. Sağlık-Sen Yayınları-25. 2014. Available at: <http://www.saglikksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/8dcec50aa18c21cdaf86a2b33001a409.pdf>.
12. Eroğlu N, Kalaycı Ofaz N. Türkiye'de bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin genel sağlık harcamaları üzerindeki etkisi. *İşletme ve Finans Çalışmaları Derg* 2017;6:44-59. [\[Crossref\]](#)
13. Çınarlı I. 21. yüzyıl için sağlık iletişimi. 1. Basım. Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık; 2019.
14. Çobaner AA. Bir sağlık iletişimi kampanyası geliştirmek: Sağlık Bakanlığının tütün karşıtı kampanyası üzerine analiz. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Derg* 2018;11:808-23. [\[Crossref\]](#)
15. Mavili Aktaş A. Türkiye'de kadın sağlığını etkileyen sosyo-ekonomik faktörler ve yoksulluk. *Aile ve Toplum* 2007;3:65-72.
16. Healy B. The Yentl syndrome. *N Engl J Med* 1991;325:274-76. [\[Crossref\]](#)