

Eczacıların Kadınları Desteklemesi ve Sorumlu İlaç Kullanımı

Gayriresmi bakım
verenlerin
güçlendirilmesi

2018



International
Pharmaceutical
Federation

Baskı bilgisi

Telif hakları Uluslararası Eczacılık Federasyonu (FIP)'na aittir.

International Pharmaceutical Federation (FIP)
Andries Bickerweg 5
2517 JP Lahey
Hollanda
www.fip.org

Tüm hakları saklıdır. Bu yazının hiç bir kısmı depolama sistemlerinde saklanamaz; hiç bir biçimde ya da araçlarla (elektronik, mekanik, kayıt araçları) kopyası çıkarılamaz ya da atıfta bulunmadan kullanılamaz. FIP bu referans belgesindeki verilerin ya da bilgilerin kullanımıyla ortaya çıkabilecek olan zararlardan sorumlu tutulamaz. Bu dökümanda kullanılan tüm veri ve bilgilerin doğruluğundan emin olmak için gerekli bütün önlemler alınmıştır.

Editör: Zuzana Kusynová, FIP Politika Danışmanı ve Proje Müdürü

Tavsiye edilen alıntı biçimi: Uluslararası Eczacılar Federasyonu (FIP). Eczacıların kadınları desteklemesi ve sorumlu ilaç kullanımı. Lahey, Hollanda: Uluslararası Eczacılar Federasyonu (FIP), 2018.

Fotoğraf: Wavebreakmedia Ltd | Dreamstime.com

Türkçe Baskı

Uluslararası Eczacılık Federasyonu (FIP).(2019) Eczacıların Kadınları Desteklemesi ve Sorumlu İlaç Kullanımı: Gayriresmi Bakım Verenlerin Güçlendirilmesi, TEB Yayınları.

© Türk Eczacıları Birliği, 2019

ISBN:

Çeviren : Emin Seval

Editör: Dr. Ecehan Balta

Grafik Tasarım:

Baskı:

Başkent Organize Sanayi Bölgesi Recep Tayyip Erdoğan Bulvarı No: 12 Malıköy. 06909 Sincan – ANKARA

İçindekiler

1 Bakım verenler olarak kadınlar	6
1.1 Çocuk bakımı.....	6
1.2 Aile üyelerinin bakımı.....	6
1.3 Bakım hizmeti sunmanın kadınlar üzerindeki etkisi.....	7
1.3.1 Bakım verme ve fiziksel sağlığa olumsuz etkileri.....	8
1.3.2 Bakım verme ve ruh sağlığına olumsuz etkileri.....	9
1.3.3 Bakım vermenin finansal etkileri.....	10
1.4 Ekonomik karar alma sürecinde güçlendirme.....	12
2 Eczacıların kadınları desteklemesi	13
2.1 Eczacıların bulaşıcı hastalıkları önlemesi.....	13
2.2 Eczacıların sağlığını yaygınlaştırılması faaliyetleri ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi.....	14
2.3 Eczacıların kadınların sağlık okuryazarlığı yoluyla güçlendirilmesine destek olması.....	17
2.4 Eczacıların kadınlar üzerinden ilaçların sorumlu kullanımını desteklemesi.....	18
2.5 Gayri resmi bakım verenler olarak kadınların güçlendirilmesi.....	21
2.6 Kriz durumda kadınların desteklenmesinde eczacıların rolü.....	21
3 Sonuçlar	23
4 Ek 1 — Küresel politikalarda kadınlar	24
4.1 Arka plan.....	24
4.2 Uluslararası politikaların evrimi.....	24
4.3 DSÖ ve uygulamalı toplumsal cinsiyet politikaları.....	24
4.4 BM Kadın Örgütü (UN Women).....	25
4.5 Sürdürülebilir kalkınma hedefleri.....	26
4.6 Diğer örgütlerin çalışmaları.....	27
5 Ek 2 — Kadın sağlığı	28
5.1 Bulaşıcı hastalıklar.....	28
5.2 Bulaşıcı olmayan hastalıklar.....	29
5.3 Ruh sağlığı.....	31
5.4 Toplumsal cinsiyet temelli şiddet.....	31
5.5 Çıkarılan sonuçlar.....	31
6 Ek 3 — Sağlık hizmetinde kadınlar	32
7 Ek 4 — Eczacıların kadınların sağlık okur yazarlığını desteklemesi	33
8 Ek 5 — Güçlendirmeyi başarma yolları	35
9 Ek 6 — FIP araştırmaları ve öncü girişimlerin incelenmesi	36
10 Kaynakça	38

Önsöz

Küresel Sağlıkta Kadınlar (Women in Global Health) derneğinin Yönetici Müdürü ve Kurucu Ortağı Tarafından

Eczacıların daha iyi sağlık hizmeti sunabilmek için gayriresmi bakım verenler olarak kadınlara verebileceği desteği kapsamlı bir biçimde ortaya koyan “Gayriresmi bakım verenlerin güçlendirilmesi” adındaki bu etkileyici raporu hazırladıkları için Uluslararası Eczacılık Federasyonu FIP’e tebriklerimi sunuyorum. Kadınların küresel sağlığa yaptıkları katkılar genellikle gözden kaçmış ve değeri bilinmemiştir, bu yüzden FIP’in bu kritik alanı tanıma ve bu alanda araştırma yapma vizyonunu ayakta alkışlıyorum.

Kaliteli sağlık hizmetlerine erişim; sağlık, hayattaki değişimler ve hayatın kendisi için temel bir insan hakkıdır. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde milyonlarca insan bu haktan mahrum bırakılmış durumdadır. Son otuz yılda küresel sağlık alanında önemli ilerlemeler kaydedildi. Daha fazla bebeğin hayatı kurtarılarak çocukluk dönemine ulaşması sağlandı, daha fazla anne doğumlarından sağ çıkabildi, çocuk felci gibi hastalıklar dünya üzerinden silinmek üzere ve insanlar artık daha uzun süre yaşayabiliyorlar. Fakat yükselen eşitsizlik, değişen demografik yapı (yüksek gelirli ülkelerde yaşlanan nüfus ve düşük gelirli ülkelerde genç nüfus), bulaşıcı olmayan hastalıklardaki yükseliş, muhtemel salgınlar ve antimikrobiyel direnç gibi yeni ortaya çıkan tehlikelerin tamamı küresel sağlık sistemlerinin ve ilgili yaklaşımların üzerinde radikal bir şekilde üzerine tekrar düşünülmesini gerekli kılıyor. Bunu yaparken de eczacıların ve gayri resmi bakım verenler olarak kadınların merkezi rolde olacak biçimde sağlığın korunması, gelişmesi ve hizmet sunumu konularındaki tüm olası değişim öznelerinin bağlılığını ve uzmanlık bilgisini harekete geçirmek gerekmektedir.

Küresel olarak kadınlar tüm sağlık hizmetleri iş gücünün %70’ini oluştururlarken, nüfuz sahibi liderlik pozisyonlarının %25’inden bile daha azına sahipler. Kadınlar küresel sağlık hizmeti sektörüne yaklaşık olarak 3 trilyon dolar katkı sağlamakta olsalar da bunun neredeyse yarısı (küresel gayri safi hasılanın %2.35’i) tanınmamıştır ve maaş olarak bir karşılığı yoktur. Kadınların sağlık sistemlerine katkıları muazzam derecededir, ancak çalıştıkları işlerin çoğu düşük ücretli, maaşsız ve tanınmamıştır. Bu durum sağlık sistemlerinde hepimizin sağlığını olumsuz şekilde etkileyecek bir adaletsizlik yaratmaktadır.

2016 yılında hükümetler evrensel sağlık güvencesine kavuşabilme düşüncesinin en öngörülü çabası olan Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri’ne 2030 yılına kadar ulaşabilmek için adımlar attılar. Bu hedef kimseyi geride bırakmadan herkese kaliteli ve makul fiyatlı sağlık hizmeti sunulmasını, sağlığın korumasını ve gelişimini beraberinde getirecek bir adım olup küresel çapta büyük değişimlere yol açacaktır. Evrensel sağlık sigortası; kadınların maaşlı veya maaşsız çalışmalarına ve eczacıların güvenli hizmet ve ilaç sunumuyla kadınların sağlık okuryazarlığını yaygınlaştırmalarını sağlamalarına, ailelerine ve toplumsal çevrelerine verdikleri bakımı geliştirmelerine ve hastalıkların önüne geçmelerine yardımcı olacak şekilde kadınları desteklemelerine dayanmaktadır. Birçok bağlamda eczacı, ailesine bakan birinin danışabileceği ilk ve tek sağlık çalışanı olabilir, bu yüzden eczacıların küresel sağlıkta ön saflardaki rolü önemlidir. Kadın bakım verenlerin ihtiyaçlarını dinlemek onlarla güven bağı kurmak açısından gerekli olacaktır. Bu rapor işlevsel olarak ailelerine bakan kadınların topluma olan katkısı ve yardımlarını ön plana çıkaracaktır.

Bu rapordaki analiz ve vaka incelemelerinin 140 ülkeye yayılan FIP örgütlerindeki eczacıları ve ailelerine bakan kadınları destekleyeceğine ve dünyanın evrensel sağlık sigortasına bir adım daha yaklaşması için ilham vereceğine inanıyorum.

Dr Roopa Dhatt

Teşekkür

Uluslararası Eczacılık Federasyonu (FIP), rapora katkılarından dolayı Ema Paulino (Portekiz)'nin başkanlığını yürüttüğü "Kadınlar ve İlaçların Sorumlu Kullanımı Çalışma Grubu"'na teşekkürlerini sunar. Bu çalışma grubunun üyeleri: Parisa Aslani (Avustralya), Josélia Cintya Quintão Pena Frade (Brezilya), Ola Ghaleb Al Ahdab (BAE), Safeera Hussainy (Avustralya), Zuzana Kusynová (FIP Politika Danışmanı ve Proje Müdürü), Nsovo Mayimele (Güney Afrika), Michelle McIntosh (Avustralya), Seun Omobo (Nijerya), Carmen Peña (İspanya), Sofía Segura (Kosta Rika) ve Régis Vaillancourt (Kanada).

Çalışma Grubu FIP'te stajyer olan Logan Muzzey (ABD) ve Erica Prost'a (ABD) FIP anketlerine ve bu anketlerin derlenmesine olan katkılarından dolayı teşekkürlerini sunar.

FIP Başkanı Carmen Peña'nin ilham verici liderliği ve FIP üye örgütlerinden alınan veriler ile işbirliği olmaksızın bu raporun yayınlanması mümkün olmazdı.

Arka Plan

2016 yılında, Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Hedefleri'nden (BKH'ler) yenilenmiş olan 17 adet Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin (SKH) çapraz kesişimli uygulanması yoluyla uluslararası hakkaniyetin sağlanmasına doğru bir odak kayması yaşandı.^{1,2} SKH'ler 21. yüzyılın gidişatını kadınların ve kız çocuklarının desteklenmesi ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği gibi ana konulara değinerek değiştirmenin yollarını arıyor. Cinsiyet eşitsizliği ve kadınların desteklenmesi SKH'ler içinde başlı başına bir hedeftir (5. Hedef) ve kadın erkek eşitliğini ve kadınların desteklenmesini hem hedefin hem de çözümün bir parçası olarak görmesiyle diğer hedeflerde de kendisine yer bulmaktadır.³ 5. hedef erkeklerin kazandıkları her bir dolara karşılık kadınların 77 cent kazandığını onaylamaktadır.⁴ Aynı zamanda kadınlar erkeklere nazaran üç kat daha fazla ücretsiz ev işi ve bakım işleri yapmaktalar: kadınlar yemek yapmaktan temizlik yapmaya, su taşımaktan odun toplamaya, yaşlılara ve çocuklara bakıma kadar bir sürü konuda ortaya emek koymaktadır.⁵ Kadınlar uzman sağlık hizmetleri çalışanlarına en yakın gayri resmi bakım verenlerdir, çoğu kez eczanelere giden ve hane halkının sağlığı konusunda sorumluluk sahibi olduğu düşünülen kişilerdir. Eczacıların ailelerine bakım veren kadınları nasıl destekleyebileceklerini anlamak 2030 toplumsal cinsiyet eşitliği ve kalkınma hedeflerine ulaşılmasında kolaylık sağlayabilir.

Uluslararası Eczacılık Federasyonu (FIP) eczacıların ve eczacılık alanındaki bilim insanlarının ulusal birliklerinin küresel federasyonudur. İlaçların kullanımı, üretilmesi ve geliştirilmesi konularında uzman dört milyondan fazla kişiyi temsil etmektedir.

FIP'in ilk kadın başkanı olan Dr. Carmen Peña 2015 yılında Almanya, Düsseldorf'da yaptığı açılış konuşmasında FIP'in yaptığı işleri ayakta tutan ana üç sütundan birinin FIP çalışanları olduğunu söyledi. 2016 yılı Dünya Eczacılar Günü teması "Senin için bakıyoruz" du (*Caring for you*) ve eczacılarınca dünya çapında gururla kutlandı. FIP Bürosu 2016 yılında, eczacıların kadınların eğitimini destekleyerek, teşvik ederek ve ilaçları sorumlulukla kullanmaları için bilgilendirerek kadınların güçlendirilmesine katkı sağlama potansiyellerine ilişkin bilgi ve kanıtları toplamak üzere Kadınlar ve Sorumlu İlaç Kullanımı Çalışma Grubu'nu kurdu.

Çalışma grubu, çalışmalarını gayri resmi bakım verenler olarak kadınları desteklemesinde eczacının rolü odaklı olarak tanımladı. Kadınların iyi bir sağlığa ve hastalıkların önlenmesine katkı sağlarken aile üyelerine bakım hizmeti sunmaları üzerine veri toplanmasına yardımcı oldu. Bu çalışmanın genel hedefi bu alanda olumlu yönde değişimler yaratmaktır.

Çalışma grubu, amaçlarına ulaşabilmek için kadınların sağlık hizmetlerindeki rolü ve gayri resmi bakım verenler olarak kadınların eczacılar tarafından desteklenmesi üzerine mevcut veriyi bir literatür taramasıyla analiz etti. Daha sonra grup, FIP üye örgütlerinden elde edilen eczacı müdahaleleri üzerine veriler temelinde bir araştırma yaptı. Bu rapor literatür taraması ve araştırma baz alınarak oluşturuldu. Eylül 2017'de Seul'de düzenlenen FIP kongresi dışında çalışma grubu genel olarak elektronik ortamda faaliyet gösterdi.

Bu doküman ileride FIP'in bir politika beyanına kaynaklık edebilir.

Eczacıların üreme sağlığı konusunda kadınlara nasıl hizmet sağlayacakları bu dokümanın kapsamı dışındadır. Bu konuda daha fazla bilgi için FIP'in kaynak makalesi olan: "Eczacıların anne, yeni doğan ve çocuk sağlığını geliştirmeleri için etkili kullanımı"⁶ makalesine bakılabilir.

Yönetici Özeti

Kadınlar sağlık çalışanlarına en yakın profesyonel olmayan bakıcılardır. Çoğu kez eczanelere onlar giderler ve hane sağlığı konusunda sorumlulukları olduğu düşünülür. Genel olarak kadınlar erkeklere göre daha fazla tedavi alırlar ve eczaneleri (ve eczacıları) ya da doktorları erkeklere göre daha fazla ziyaret ederler. Aile bireylerini sağlık hizmeti uzmanlarına gitmeleri için teşvik edenler ve ilaçlarını alıp almadıklarını kontrol edenler, tedaviyi anlayanlar da yine genellikle kadınlardır.⁷ ABD’de aile üyelerinin bakımını üstlenenlerin %75’i kadınlardır ve bakımını üstlendikleri kişilerin de yaklaşık %25’i eşleridir.⁸ Nüfusun giderek daha da yaşlı hale gelmesiyle birlikte kadınlar yaşlı aile üyelerinin bakımı için giderek daha fazla gönüllü oluyorlar. Dünya genelinde sağlığı bozulmuş yaşlıların yaklaşık %70-%80’i evde ailelerinin bakımı altındadır. Ülkeden ülkeye değişiklik gösteren tahminlere göre yaşlı bakımını üstlenen kişilerin %57’ile %81 arası kadarlık bir bölümü kadınlardır. Çoğu durumda yaşlının bakımını üstlenen kadınlar yaşlının ya eşi ya da yetişkin kızlarıdır.⁹

Eczacılar bu rollerinde kadınları desteklemelidirler, zira ilaçlar iki tarafı keskin bir kılıç gibidirler. Eğer doğru kullanılırlarsa çok yararlıdır; fakat yanlış kullanılmaları durumunda zarar verirler. İlaçların fazla, az ya da yanlış kullanımı kıt olan kaynakların israf edilmesine ve yaygın sağlık risklerine sebep olur. Eczacılar sevecen bir tavırla müdahale edip bilgi, kaynak, destek sağlayarak hem bakım alanları hem de bakım verenleri olumlu şekilde etkileyebilirler.

Bu rapor; kadınların aile bakıcıları olarak sağlık hizmetleri iş gücünün üzerindeki yükü hafiflettikleri, aile üyeleri ve topluluklarına bakarak çok önemli bir role sahip oldukları, fakat hak ettikleri değeri göremedikleri gerçeği üzerinde odaklanmıştır. Eldeki veriler kadınların önemli bakım verenler olarak sağlık sistemlerine olan katkısını ortaya çıkarmaktadır fakat kadınlar bu çabalarında yeterince destek görmemektedirler. Eğer destek almazlarsa bakım vermenin kadınları olumsuz olarak etkilediği üzerine güçlü kanıtlar mevcuttur, bu da eczacıların bu duruma daha aktif olarak müdahale edebilmeleri için bir fırsat yaratmaktadır. Bu dökümanda eczaneler tarafından başarıyla uygulanmış girişimlere yer verilmiştir.

Yaptığımız literatür taraması en kolay ulaşılabilir sağlık hizmeti uzmanları olarak eczacıların şu konularda ideal konumda olduklarını göstermektedir:

- Haneye bakım veren kişi konumunda olan kadınların güçlendirilmesi
- Kadımlarla bilinçli olmanın gerekliliği üzerine iletişim kurulması
- Kadınların sağlık okuryazarlığı alanında gelişmesinin desteklenmesi, diğer kişileri de etkilemelerinin sağlanması.

Bu belge ayrıca toplumsal cinsiyet odaklı politikalar üzerine genel bir bakış açısı sunmakta ve bu alandaki güncel girişimlerden de kısaca bahsetmektedir. (Ek-1) Kadın sağlığı üzerine mevcut veriler anne ve üreme sağlığının da ötesine gidilmesi gerektiğini, hem kendileri hem de baktıkları kişiler için kadınların ve rollerinin de kapsandığı daha geniş kapsamlı bir politikaya açıkça ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. (Ek-2) Kadınların sağlık hizmetlerine olan katkıları Ek- 3’de özetlenmiştir. Ayrıca bu döküman eczacıların kadınların sağlık okuryazarlığını geliştirmelerine olan desteği (Ek-4) ve kadınların desteklenmesi (Ek- 5) üzerine kılavuzlar barındırmaktadır.

Çalışma grubu ayrıca FIP üye örgütlerindeki eczacıları müdahalelerini araştırmıştır; bu araştırmanın sonuçları da Ek-6’dadır.

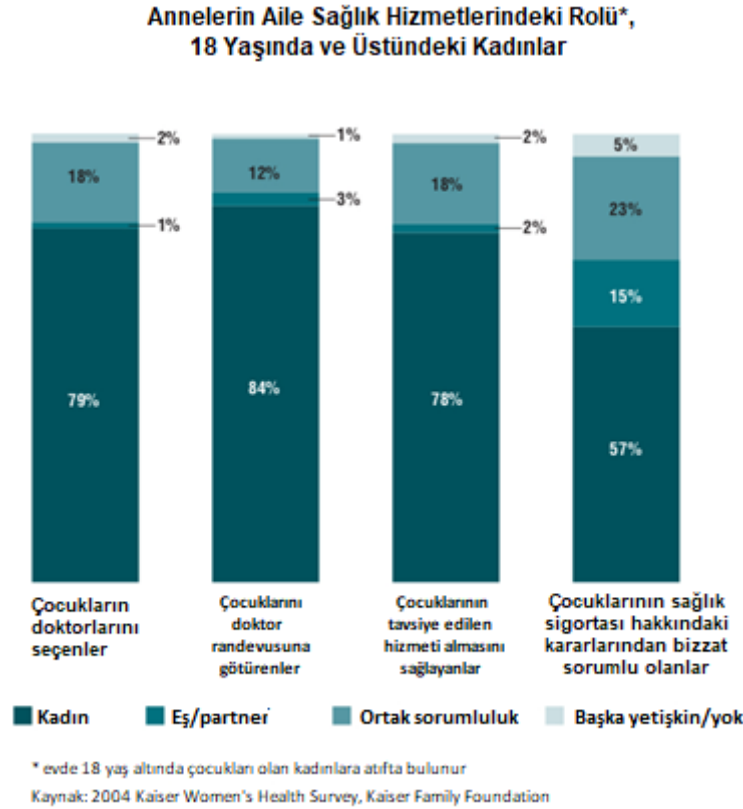
Bu raporun yayınlanmasıyla FIP gerçek bir küresel liderlik örneği göstermiştir. Diğer mesleki, kar amacı gütmeyen ortakları ya da endüstri ortaklarını bu alanda aktif olmaya davet ediyoruz. Bu belge bu önemli konuda çeşitli ortaklarla tartışmaların yürütülebileceği bir platform yaratma amacı gütmektedir.

1 Bakım verenler olarak kadınlar

1.1 Çocuk bakımı

Anneler olarak kadınlar, çocuklarının başlıca bakıcılarıdır. Şekil 1’de gösterildiği gibi her on kadından dördünün (% 38) evde başkasına muhtaç (18 yaşından küçük) çocukları vardır. Çocuk büyütme sorumluluklarına ek olarak on anneden birinden fazlası da (%12) kronik hasta veya engelli aile üyelerine bakmaktadır.⁷

Gelişmekte olan 31 ülkede yapılan araştırma bu ülkelerdeki kadınların sadece %4’ünün çocuk bakım hizmetlerini kullanırken %40’ının çocuklarına kendi başlarına baktıklarını göstermektedir.¹⁰ Bu tip düzenlemeler kadınları daha güvencesiz ve düşük ücretli işlere mahkum etmekte ve çocuklarını sağlık ve güvenlik tehlikelerine karşı açık hale getirmektedir.



Şekil 1: Çocuklarının sağlık bakımında kadınların rolü

1.2 Aile üyelerinin bakımı

Sağlık sistemleri ağırlıklı olarak kadınların ücretsiz ve güvencesiz işgücüne dayanmaktadır. ABD’den elde edilen veriler kadınların uzun vadeli bakımın başlıca sağlayıcıları (% 66) olduklarını göstermektedir. ABD’de kadınlar erkeklere göre bakım sağlama rollerinde % 50 daha fazla vakit harcamaktadır.¹¹ Altı Afrika ülkesini baz alan başka bir çalışma ise güvencesiz bakım verenlerin % 81’inin kadın olduğunu göstermektedir.¹²

Erkeklerde % 8 olan orana karşılık olarak kadınların %12’si kronik hasta, engelli yahut yaşlı kimselerin bakım ihtiyacını karşılıyorlar.⁷ Bu kadınların yaklaşık yarısı (% 47) ebeveynlerine yahut eşlerinin ebeveynlerine, eşlerine (% 18), çocuklarına (% 12) veya başka akrabalarına (% 2) bakıyorlar.

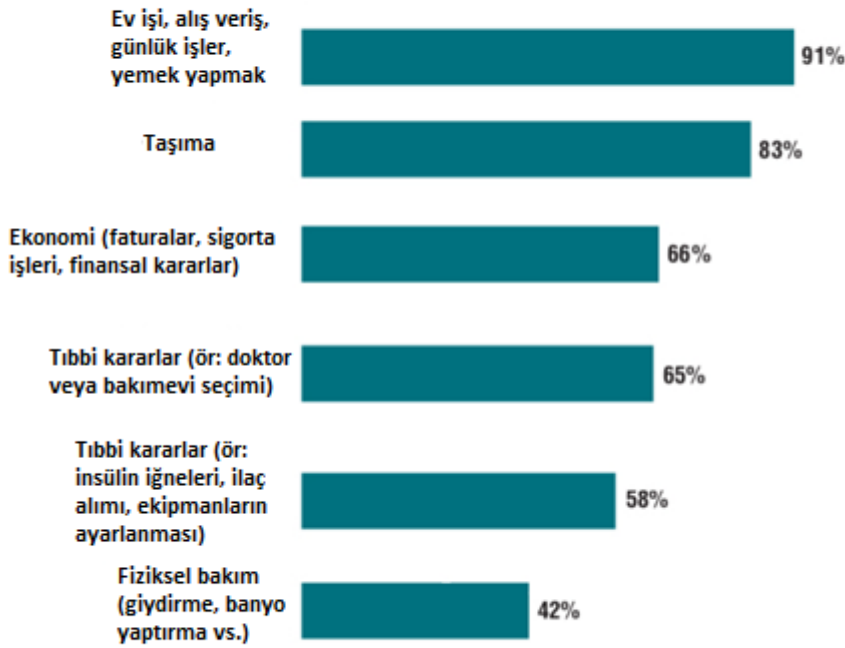
Bakım verenlerin önemli bir kısmı hasta aile üyeleri için tam zamanlı bir iş süresi kadar vakit harcıyorlar. Bakım vermeye ayrılan haftalık süre beş saat ve altından (% 18) 40 saat ve üstüne (% 29) kadar değişiklik göstermektedir.

Düşük gelire sahip bakıcılar, yoksulluk sınırının en az iki katı kadar geliri olup da profesyonel hizmet alabilen bakıcılara göre aile üyelerinin bakımına daha fazla zaman harcıyorlar. Hane halkına bakım verenler genellikle bakıma harcadıkları zaman için ücret almamaktadır ve tam zamanlı bakım verenlerin dışarıdan gelir elde etme seçeneklerinin kısıtlanmış olması, düşük gelire sahip kadınlar için özellikle zorluk yaratmaktadır.⁷

Bakım veren kişiler geniş çeşitlilik gösteren gündelik faaliyetlere de yardımcı olurlar (bkz: Şekil 2). Bakım verenlerin üçte ikisi yakınlarının sağlığı için alınan kararlara katılmaktadır. Onda altısı ilaç, enjeksiyon ve ekipmanlar için yardım sağladıkları gibi konularda “tıbbi” denilebilecek bir hizmet de vermektedir. Çoğu gayri resmi bakım verenler bu süreçlerle ilgili resmi bir eğitim almadıkları halde, yakınlarının sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için yine de bunları yapmak zorundadırlar.⁷

18 Yaş ve Üstü Kadınların Bakıcı Rollerini

Aile bakıcılarının yardım ettiklerini ifade ettikleri alanlar



Kaynak: 2004 Kaiser Women's Health Survey, Kaiser Family Foundation

Şekil 2: Kadınların bakım verme rolleri

Hollanda'da demans hastalarının bakımıyla ilgilenen 2,400 hane halkı bakım vereni ile yapılan araştırmada bakım verenlerin %10'u üzerlerindeki yükü “ağır” olarak hissederken %36'sı ise “oldukça ağır” olarak ifade etmiştir.¹³ Bir ya da daha fazla kronik hastalığı bulunan mülteci yaşlıların bakım oranı Faslılarda % 60, Türklerde % 30, Surinamlılarda ise % 23'dür. Bu yüzdeler yaşlı ve Hollanda doğumlu demans hastalarının yüzdesinden çok fazladır, üstelik onların sadece % 10'u aile üyelerinden bakım almaktadır.

1.3 Bakım hizmeti sunmanın kadınlar üzerindeki etkisi

Bakım vermenin yarattığı hissiyat esasen olumludur. Hane içinde bakım veren çoğu kişi; kendilerine bakmış birisinin yaptıklarını karşılayabilmek, sevdiklerinin iyi bir şekilde bakıldığını bilmek, ayrıca kişisel gelişim ve kendi yaşamlarına amaç bulmak gibi nedenlerle yaptıklarının kendileri için olumlu olduğunu düşünüyorlar. Kimi bakım verenler de “bakım geleneğini” yaşattıklarını ve gerekli olduğu takdirde çocuklarının da kendilerine bakacaklarını düşünüyorlar.¹⁴

Birçok bakıcı ayrıca rollerinde ve faaliyetlerinde fayda bulunduğunu ifade etmiştir. Bu; olumlu değerlendirme, ruhani inançlar ve diğer stresle başa çıkma yöntemleri yoluyla stresli koşullar ve durumlar karşısında olumlu bir başa çıkma şekli olarak görülmektedir.¹⁴

Bazı kadın bakım verenler, bakım vermeyenlere göre yaşamda daha fazla amaçlarının olduğu ve bu durumun kendileri için bir “kazanım“ olduğunu belirttiler. Bazı kadınlar, diğerleri ile karşılaştırıldığında daha fazla özerklik, daha fazla kişisel gelişim ve daha fazla kabul görme gibi olumlu etkiler hissediyorlar.¹⁵



Şekil 3: Demans rahatsızlığı olan kişiler için aile bakımı. Yakın akrabalarından bunama rahatsızlığı olan kimselere bakım konusunda Türk, Faslı, Surinamlı, Krio insanların algıları.¹³

Şekil 3'e göre aile bakımı profesyonel bakıma göre daha üstün olarak görülmekte ve Türkiye, Fas, Surinam gibi ülkelerde aile bakımı esas olarak kadınların görevi olarak görülmektedir. Aile üyelerine bakım hizmeti sunan kadınlar saygı ve takdir alıyorlar ve bakım yükü ağır bile olsa bakım hizmeti sunmaları kendilerini daha iyi hissetmelerine sebep oluyor. Eğer gerektiği şekilde destek alırlarsa aile üyelerine bakanlar hastaların ihtiyaçlarını karşılamada daha donanımlı hale gelebilirler ve bakım verme onlar için tatmini yüksek bir iş olabilir.

Fakat çoğu vaka bu şekilde ideal değildir. Bakım hizmetlerinin bakım verenler için olumsuz sağlık etkileri olduğunu gösteren pek çok kanıt vardır. Destek alamamak, kadımlar açısından fiziksel, duygusal ve finansal anlamda sıkıntıya yol açabilir. Sağlık sistemleri hala kadınların eğitimsiz bakıcılar olarak çalışmasına dayanmakta ama onlara yeterli desteği sağlamamaktadır.

1.3.1 Bakım verme ve fiziksel sağlığa olumsuz etkileri

Bakım hizmeti sunmak bakım verenler için de uzun vadeli bakım ihtiyacı ortaya çıkarabilir. ABD'de yapılan bir araştırma birisinin bakımını üstlenmenin kadınların kendi sağlık ihtiyaçlarını ihmal etmelerine sebep olduğunu göstermektedir.¹⁶

- Kadın bakım verenlerin %21'i daha az mamogram yaptırıyor
- Ücretlerin yüksek olması ve bilgi yetersizliğinden dolayı yaşlı kadınların üçte ikisi hastalık önleyici sağlık sistemlerine başvuruyor
- Bakım veren kadınların %25'i verdikleri bakım hizmetinden dolayı sağlık problemleri yaşıyor
- Haftada dokuz ve daha fazla saati hasta ya da engelli eşlerine bakım vermekle geçiren kadınların koroner kalp problemlerine sahip olma olasılığı iki katına çıkıyor.

Kendileri kötü bir sağlık durumundayken diğerlerine yoğun ve sürekli bakım verenlerin üçte birinden fazlasında gözlemlenen diğer sağlık sorunları da şunlar; hipertansiyon riskinin oluşması, sağlık durumunun kötüleşmesi, bağışıklık sisteminin zayıflaması, yaraların yavaş iyileşmesi ve ölüm riskinin yükselmesi. Kadın bakım verenlerin, ücretin fazlalığından dolayı kendileri için reçete yazdırmaması durumununun bakım veren kadınlara oranla iki kat daha fazla olması (%26'ya %13) 1999'da bu konuda yapılan ilk araştırmadan beri değişmemiştir.¹⁷ Demans rahatsızlığından muzdarip olan sevdiklerine bakım veren yaşlı kadınlar, kendi engellerinden dolayı aile üyelerinden görece daha az destek aldıkları durumlarda kendi sağlıklarına olan olumsuz etkilere özellikle daha açık hale gelmektedir. Örneğin 2015 yılında Avustralya'daki bakıcıların üçte birinden fazlasının (%37.8) ya kendileri de engellidir ya da başka sağlık sorunları mevcuttur.¹⁸

Baktıkları kişilerin fiziksel, duygusal ihtiyaçlarından ve herhangi bir hastalık için risk etkeni olduğundan dolayı kadın bakım verenler genellikle kendi sağlık ihtiyaçlarını daha az karşılıyorlar. Bir çalışma hasta ya da engelli eşlerine bakan kadınların sağlık geçmişlerinde hipertansiyon, diyabet ve hiperkolesterolemi bulunduğunu ortaya çıkardı.¹⁴ Aynı bakım verenlerin sigara kullanımına ve doymuş yağları daha fazla tüketmeye yatkın oldukları bulguları. Buna ek olarak, bakım hizmeti sağlayan kadınlar sağlamayanlara göre:¹⁹

- %25'i (%17'ye oranla) sağlıklarının ortalama veya kötü olduğunu bildirdi
- %54'ü (%41'e oranla) bir veya daha fazla kronik rahatsızlığa sahip
- %16'sı (%8'e oranla) bir önceki yıl sağlık hizmetini ihtiyaç duyduğu halde almamış
- %25'inin (%16'ya oranla) tıbbi hizmetlere ulaşımı daha zor

ABD'de Pennsylvania Devlet Üniversitesi'nde amaçlı örnekleme kullanılarak yapılan bir vaka çalışmasında bakıcı olan yaşlı eşlerin şu sıkıntıları tespit edildi:²⁰

- Çeşitli hastalıkları dengede tutmaya çalışmak
- Bunalmış ve yorulmuş hissetmek
- Kişisel sağlık sorunlarıyla uğraşmak
- Bakımı koordine etmek

1.3.2 Bakım verme ve ruh sağlığına olumsuz etkileri

Yaşlı akrabalarına yahut arkadaşlarına bakan kadınlarda depresyon, anksiyete ve başka ruh sağlığı sorunlarının ortaya çıkması yaygındır. Bu alanda yapılan çalışmalar erkeklerin bakım hizmetlerine temelde daha farklı yaklaşıtlarını göstermektedir. Kadınlar hasta yahut engelli aile üyeleri ya da arkadaşları için evde durup zamanlarını tüketirken erkeklerse emekliliklerini erteleyerek ve uzun süreli hizmetin üzerindeki finansal yükü hafifleterek sevdiklerine destek oluyorlar.

Bakım hizmeti vermenin kadınların üzerinde etkileri azımsanmayacak kadardır. Bakım vermeyen kadınların %38'i depresyon semptomları gösterirken bu oran bakım veren kadınlarda %51'dir.¹⁵ Dört yıl süren bir çalışma, orta yaşlı veya daha yaşlı olan ve engelli ya da hasta eşlerine bakım hizmeti sunan kadınların bakım sorumluluğu olmayan kadınlara göre neredeyse altı kat daha fazla depresyon ya da anksiyete semptomlarına sahip olduğunu göstermektedir.²¹ Fakat sadece eşlerine bakım hizmeti sunmaları zihinsel sağlıklarını tek başına etkilememektedir. Aynı çalışmaya göre bakım hizmeti sunmayan kadınlara nazaran hasta ebeveynlerine bakan kadınların depresyon veya anksiyete semptomlarını gösterme oranı da iki kat daha fazladır.

18 ile 39 yaşları arasındaki kadınların beşte biri stresin hayatlarında neredeyse her zaman var olduğunu ifade etmiştir, bu da bakım hizmeti sunmayanlara ve erkek bakım verenlere nazaran iki kat daha fazladır. Bakım verme rolünün bakım verenlerin sosyal çevrelerini, ilişkilerini ve bakıcılık rolü dışında etkinliklere katılmalarını kısıtlaması bakım verenleri sosyal izolasyona sürükleyebilir ve bu da ruh sağlıklarını olumsuz etkileyebilir. Çalışmalar sosyal desteğin az olmasının yarattığı sonuçlardan kadınların erkeklere göre daha fazla etkilendiğini göstermektedir.²²

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 20 ülkede gerçekleştirilen Dünya Ruh Sağlığı çalışması yüksek, orta-üst ve orta-alt gelir düzeyinden ülkelerdeki bakım verenlerin %26.9 ile %42.5'inin bu hizmetten dolayı ciddi sağlık sorunları yaşadığını ortaya koydu ve çalışmaya katılanların %35.7 ile %42.5'i de bu durumun kendileri için bir yük olduğunu belirtti.¹⁶ Bakım veren bu kişilerden %25.2 ile %29'u kişisel zamanın olmayışı sıkıntısı ve %13.5 ile %19.4'ü maddi sıkıntı; %24.4 ile %30.6'sı endişe, %6.4 ile %21.7'si ise utanç hissediyor. Düşük ve orta-alt gelir düzeyinden ülkelerdeki bakıcıların objektif yükler (zaman, bütçe) ve subjektif yükler (sıkıntı, utanç) yaşadıklarını bildirmesi oranı yüksek gelir düzeyindeki ülkelere göre 2-3 kat daha fazladır. Bütçe yükü ise orta gelirli aileler için yüksek gelir

düzeyinde ülkelerde %14.3, orta-yüksek ülkelerde %17.7 ve orta-alt gelir düzeyindeki ülkelerde %39.8 olarak belirtilmiştir. Bu yükü kadınlar erkeklere göre daha fazla bildirmiştir.

Eşine veya çocuğuna bakım hizmeti sunanların ebeveynlerine ya da kardeşlerine bakım hizmeti sunanlara göre daha fazla zihinsel sorun yaşadığı gözlenmiştir.²³

Ruh sağlığına olan etkinin anlaşılmasında en etkili yollardan biri de bakım veren kadınların haftalık olarak ne kadar zaman harcadıklarını bulmaktır. Bir çalışmada²¹ eşlerinin bakımına haftalık 36 ve daha fazla saat harcayan kadınların risk altında olduğunu gösterilmiştir. Zihinsel sağlığın bozulmasını hızlandırması mümkün, bakım için ayrılan bir süre eşinin olması olasıdır.²¹

Rastlanılan semptomlar ve tecrübeler sadece depresyon ile sınırlı değildir. Çeşitli çalışmalar kadınların bakım verme rollerinde ortaya çıkan diğer yaygın özellikleri de belirlemiştir:

- Bir aile üyesi için yüksek seviyede düşmanlık ve genel olarak mutluluğun azalışı
- Depresyon semptomlarında artış, daha az “kişisel kontrol” ve kendini kabulleniş
- Bakıcılıkla bağlantılı olarak yüksek stres¹⁵

ABD’de yapılan, bakım verenlere yönelik sözlü ve fiziksel suistimali mercek altına alınan bir çalışmada bakım verenlerin %51’i son 12 ay içinde çeşitli suistimal biçimleri yaşadıklarını söyledi. Suistimale uğrayan bakıcılar uğramayanlara nazaran sıkıntı içinde ve yük altında olduklarını daha fazla belirttiler. Bu veri, klinisyenlerin bakım veren ve bakılan arasında oluşabilecek sözlü ya da fiziksel suistimallere karşı daha fazla müdahaleci olmaları gerektiğini ortaya koymaktadır.¹⁵

1.3.3 Bakım vermenin finansal etkileri

Bakım veren kadınların eğitim ve işgücüne katılım düzeyi arttıkça, bakım verme nedeniyle iş gücünden soyutlanma, çalışma zamanı azaldığı için gelir kaybetme, aileden ayrı kalma ya da erken emeklilik gibi sebeplerden dolayı finansal sıkıntılarda artış gözlenebilmektedir.¹⁵

Fakat bakım hizmetinin ısrarla hak ettiği değeri görememesinin daha temel bir nedeni vardır. Kadınlar; özellikle de azınlık gruplarından kadınlar ve mülteciler en az ücret verilen bakım işlerini yapıyorlar. Bu kadınlar birçok açıdan bakım işlerini kendi zamanlarından, istihdamlarından ve sermayelerinden feragat ederek yerine getirmelerine rağmen, emekleri “kadın işi” denilerek ciddiye alınmıyor. Çok yakın zamana kadar bu tip ayrımcılık kurumların bakım emeğini ücretlendirmeme ve hanehalkı faaliyetleri hakkındaki veri toplama (veya toplamama) biçiminden de kaynaklanıyordu. Veriler kadınların ev işlerinde harcadıkları emeği göstermiyor ve karşılığı ödenmeyen hizmet işleri de sadece toplumsal cinsiyet stereotiplerini desteklemek için kullanılıyor. Bu tip bir ayrımcılık, harcanan emeğin karşılığının hem mali hem itibar olarak verilmemesine yol açmakta, bu durum da bakım işiyle uğraşan kadınların ekonomik özgürleşmesinin önünde bir engel teşkil etmektedir.²⁵

Dahası, bakım hizmetleri pahalıdır. Bakım vermenin aile üzerinde; yazılmış ilaçları almak, tekerlekli sandalye rampaları inşa etmek, sarf malzemeleri almak vs. gibi kalemlerden oluşan bir ekonomik yükü vardır. Aile bakıcısı olan kadınların diğer kadınlara göre yoksulluk sınırı altında yaşama oranı 2.5 kat, ek gelir desteği alma oranları ise beş kat daha fazladır. Buna ek olarak, 2011’de MetLife tarafından yapılan bir çalışma çalışmayan kadınların %23’ünün, çalışan kadınların %20’sinin baktıkları ebeveynlerine finansal destek sunduğunu ortaya koydu.¹⁵

Bakım hizmeti sunmanın maliyeti yüksektir, ancak bakım verenlerin zamanına duyulan talep de son derece yüksektir. ABD’de bütün kadın işçilerin %20’sinin aynı zamanda aile bakım vereni olduğu tahmin edilmektedir. Bununla birlikte kadınlar çalıştıkları için bakıcılık sorumluluklarından muaf olmazlar. Aksine; sevdikleri birine bakma, maddi gelir ihtiyacı, genellikle yetersiz olan kamu programlarına bel bağlamak ve istihdam ile ilgili yardımların azalması arasında sıkışarak ellerinden gelenin en iyisini yapmaya çalışırlar. Evli olmadığı halde bakım veren kadınların iş ile bakım vermenin dengelenmesi hususundaki seçenekleri bunlardan daha da azdır.¹⁵

Bu bakım verenlerin yaygın olarak çok sayıda rolleri ve sorumlulukları vardır ve genellikle finans ve sağlık sorunları yaşarlar. Çoğunluğu düşük gelirlidir ve kronik sağlık sorunları vardır. Bakım verenlerin yaşa göre dağılımı şu şekildedir: %41’i 18 ile 44 yaş arası, %42’si 45 ile 64 yaş arası, %16’sı ise 65 yaş ve üstüdür. Bakım verenlerin onda dördünün 18 yaş altı çocuğu vardır ve neredeyse onda altısı ev dışında çalışmaktadır (%56). Bakıcı olmayanlara

nazaran (%29) bakım verenlerin azımsanmayacak bir kısmı ise (%40) fyoksulluk sınırı olarak belirlenen miktardan iki kat daha az gelir elde etmektedir.⁷

ABD’de kadınlar ve bakım verme üzerinde yapılan bir araştırma kadınların çalıştıkları işlerin ve baktıkları yaşlıların talepleri arasındaki çatışmayı gözler önüne seriyor.²⁶ Çalışmada şu sonuçlara ulaşılmıştır:¹⁵

- %33’ü çalışma saatlerini azalttı
- %29’u iş terfyesi, eğitimi ya da atama fırsatını kaçırdı
- %22’si izin istedi
- %20’si tam zamanlı işinden ayrılarak yarı zamanlı bir işe geçti
- %16’sı işinden istifa etti
- %13’ü erken emekli oldu

Yapılan başka bir araştırma ise yine neredeyse aynı resmi çiziyor. Örneğin:

- Bakım veren kişilerin erken emekli olmasının emeklilik fonu üzerindeki olumsuz etkisi kadınlarda erkeklere oranla neredeyse 40,000 Dolar daha fazladır.
- Daha yoğun bakım verme sorumluluklarının emekli olma olasılığına büyük etkisi vardır. Bazı aile üyelerine ya da arkadaşlarına bakan kadınların bakım vermeyen kadınlara oranla emekli olma ihtimali %50 daha fazladır.
- Bakım vermek orta yaşlı kadınların maaşlı çalışma saatlerini yaklaşık olarak %41 azaltmaktadır.
- Bakım vermek kadınlara alınmayan maaş ve sosyal sigorta yardımı bağlamında toplam olarak 324,044 dolarlık bir maliyet etkisi yaratmaktadır.¹⁵

Bakım vermek kadınların zaten istikrarsız olan emeklilik gelirini daha fazla istikrarsız hale getirmektedir, zira istihdamın dışında geçirilen zaman yalnızca kısa süreli finansal sonuçlar doğurmamaktadır. Birçok kadının emeklilik maaşına, sosyal sigortalarına ve diğer emeklilik birikimi platformlarına az katkı yapmalarının nedeni işyerlerindeki çalışma saatlerinin az olması ya da istihdamda genelde göre daha az sene yer almış olmalarıdır. ABD’deki kadın bakım verenlerin erkeklere kıyasla emeklilik maaşı alma oranı gözle görülür derecede azdır; kadınlar emekli maaşı alsalar dahi erkeklerin aldığı maaşın yarısını almaktadırlar. Ayrıca çocuklarını büyütmek ya da yaşlı akrabalarına yahut arkadaşlarına bakım vermek için istihdamdan yaklaşık olarak 12 yıl uzak kalmaktadırlar.

Resmi tamamlaması açısından ifade etmek gerekir ki, araştırmacılar bakım verirken iş saatlerini düşüren kadınların bakım hizmeti bittikten sonra da iş saatlerini yükseltmek için bir girişimde bulunmadıkları sonucuna ulaştı. Buna ek olarak, tam zamanlı işe geri dönen bakım verenlerin daha az ücret almaları, sosyal yardım yönünden zayıf bir işe girmeleri ve emeklilik maaşlarının da daha az olması da olasılıklar dâhilindedir.¹⁵

Kadınların sağlık hizmetlerine olan katkısı küresel gayri safi hasılanın yaklaşık %5’idir, fakat bakım verenlerin neredeyse yarısı ücretsiz çalışmaktadır ve yaptıkları iş resmi olarak tanınmamıştır. Altı Afrika ülkesinde kayıtdışı olarak bakım verenler hakkında yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, %81’i kadındır ve bunların sadece %7’si aylığa bağlanmıştır.¹²

Olumlu bir gelişme olarak da Kosta Rika, Türkiye ve Birleşik Krallık gibi ülkeler aile üyelerine bakım verme işinin karşılığını ödemek ve onları maaşlı çalışanlara benzeri güvenceler altına almak için yeni düzenlemeler getirdi.¹²

Latin Amerika’daki diğer ülkeler gibi Kosta Rika da kadınların diğer görevlerinin yanında aile bakımında da önemli rolü olduğu bir toplum yapısına sahiptir. 2011 yılında yapılan “Zaman kullanımı üzerine araştırma”da Kosta Rikalı kadınların haftada aşağı yukarı 70 saatini çalışmaya ayırdıkları görülmektedir ve bunun 37’si ise maaşsız olarak yapılan işlerdir. Araştırmacılar eğitimsiz bakım hizmetini de ayrı bir kategori olarak ele aldılar ve verilen bu hizmet de haftada ortalama 15 saate tekabül etmektedir. Ayrıca bakılan kişinin diğer kişilere bağımlılığı ne kadar fazlaysa ona ayrılan zaman da o kadar artmaktadır. Bu durumun kadınların ne kadar eğitim aldıklarıyla bir ilgisinin olmadığı ortaya çıktı.²⁷

Yaşlılar hususunda ise bakıcıların çoğunun kadınlar, büyük ölçüde de ailelerin evinde kalan kızlar olduğu sonucuna ulaşıldı. Bu durumdaki görüşmecilerin %79’u bakım için haftada 24 saatten fazla harcıyorlar.²⁸

1.4 Ekonomik karar alma sürecinde güçlendirme

İnsanların hastalanması ve sağlık hizmetlerine erişebilmesinde cinsiyetlerinin de etkisi vardır. Örneğin, kadınlar genellikle sağlık hizmeti sağlayıcılarıdır, erkekler ise çoğunlukla sağlık hizmetleri konusunda finansal kararları alırlar ve hasta olan yakınlarını kliniklere ya da hastanelere götürürler.²⁹

Kadınların hamile olmadığı zamanlarda bazı kocalar ve aileler kadınların sağlık problemlerini ev işleriyle alakadar olmaları önünde potansiyel bir engel olarak görürler. Kocalar ve aile üyeleri kadınların genel sağlık problemlerini, özellikle tedavi pahalıysa evin bütçesini kısıtlayan bir sorun olarak görebilirler. Kadınlar kimi zaman kendi sağlık problemlerinin (ve hayatlarının diğer yönlerinin) öneminin az olduğu kültürel normlar içinde yetişmiş olabilirler ve bu yüzden de sağlık problemlerini önemsemeyebilirler.³⁰ Bu tutumlar elbette ki kültüre bağlıdır ve tüm insan toplulukları için genel geçer normlar değildir.

Çoğu gelişmekte olan ülkede kadınlar ne zaman tedavi görecekları yahut reçeteli ilaçlarının ne zaman alınacağı konularında kendileri üzerinde söz söyleme hakkına sahip olabilecekleri kadar desteklenmemişlerdir. Çoğu durumda bu kararlar kocaları ya da kayın ana/babaları tarafından verilir.

Çoğu kültürde üretkenlik ve üreme (çocuk sahibi olma manasında) faaliyetleri farklı değerlerde görülürler. Genel olarak gelir elde ediyor olmak kişiye toplum içinde büyük bir özerklik verir, karar alma gücü ve saygı kazandırır. Erkeklerin ücretli işgücüne daha fazla katılımı ve kadınlara göre daha fazla ücret alması, genelde kadınların yaptığı ev içi işler ve diğer faaliyetler ücretli olarak dışarıdan alınsa bile, erkeklerin daha fazla özerklik ve yüksek sosyal statü kazanmaları önünde genellikle engel oluşturmazlar. Ekonomik statüdeki ve alım gücündeki cinsiyet farklılıkları kadın ve erkeklerin tıbbi yardım alma davranışlarını ve genel sağlık durumunu farklı düzeylerde etkilemektedir.³¹

Aslında çocuk sahibi olmak ve aile üyelerine bakım hizmeti sunmak toplum ve ekonomi için faydalı bir işidir. Örneğin toplumsal cinsiyet konusunda farkındalık sahibi ekonomik yaklaşım içindekiler, evdeki ücretsiz bakım hizmetini üretici işçilik ve resmi olmayan maaşlı iş (örneğin ev tabanlı gelir getiren aktiviteler ve sivil toplum kuruluşlarında çalışmak) içerisinde sayıyor.³¹

Hastalık ve sağlığın ekonomik belirleyicileri ve toplumsal cinsiyet arasındaki ilişkiye dair çalışmalar, diğerlerine kıyasla nadir yapılmaktadır. Ruh sağlığı örneğini ele alırsak; bu alanda yapılan bazı çalışmalar ekonomik belirleyiciler ve ruh sağlığı arasındaki cinsiyete bağlı farklılıkları net olarak ortaya koymaktadır. Yapısal belirleyicileri hedef alan stratejiler (örnek olarak kadınların eğitim alması için çalışmalar) kadınlardaki genel psikolojik sorun yükünü azaltabilir.³²

Kötü sağlık durumu finans basamaklarını tırmanmak isteyenler için en önemli engel olabilir ve yoksullukla mücadele için yapılan programları etkisiz hale getirebilir. Bu yüzden kadınlara yönelik yoksullukla mücadele çabaları sağlık hizmetlerini de içermelidir. Sağlık hizmeti programlarını genişletmek en acil önlemlerden birisidir. Örneğin, kimi ülkeler kadına karşı şiddeti, kadınları sağlık programlarına dahil ederek ya da şiddet belirtilerini görebilecek sağlık çalışanları yetiştirerek büyük kazanımlar sağlayabilirler.²⁷ Ayrıca, sağlık uzmanları olan kadınlara saygıyı arttırmak ve resmi olmayan bakıcılar için eğitim sağlamak da kazanımlar elde etmemize yol açar.

Son olarak, yetişkin erkekleri cinsiyet eşitliği üzerine eğitmek bazı ülkelerde büyük etkiler yarattı. Erkeklerle değişimin aktörleri olabileceklerini gösterdi ve cinsiyet eşitliğinden tüm toplumun fayda sağlamasının cinsiyet ilişkilerinin değişmesi ve sağlığın gelişimi için önemli bir adım olduğunu fark ettirdi. Örneğin Nikaragua'da cinsiyet eşitliği ve erkeklik üzerine erkeklerle yapılan çalıştaylar erkeklerin eşlerine olan şiddetini azalttı, bakım dahil olmak üzere erkeklerin ev işlerine katılımını ve çiftlerin ortaklaşa karar almaları pratiğini arttırdı.³³

2 Eczacıların kadınları desteklemesi

Kadınlar sağlık çalışanlarına en yakın profesyonel olmayan bakıcılarıdır. Çoğu kez eczaneye gidenler onlardır ve evde sağlık konusunda sorumlulukları oldukları düşünülür. Genel olarak kadınlar erkeklere göre daha fazla tedavi alırlar ve eczaneleri (ve eczacıları) ya da hekimleri erkeklere göre daha fazla ziyaret ederler. Aile bireylerini sağlık uzmanlarına gitmeleri için teşvik edenler ve ilaçlarını alıp almadıklarını kontrol edenler, tedaviyi anlayanlar da yine genellikle kadınlardır. Yaşlanan nüfus içerisinde kadınlar yaşlı aile üyelerine bakmak için daha fazla gönüllü olurlar veya bakım vermeleri istenir. Eczacılar giderek daha fazla artan bu yaygın rollerinde kadınları destekleyebilirler. Eczacılar anlayışlı bir tavırla müdahale ederek ve bilgi, kaynak, destek sağlayarak bakıma muhtaçları ve onlara bakanları olumlu etkileyebilirler.

Eczacılar genelde en güvenilen sağlık uzmanları olarak görülürler. Eczacıların bakım veren kadınlarla ilişkisi kadınların eczanelerden verilen hizmeti kamu hizmeti olarak görmesinde önemli bir yere sahiptir. Bu olguyla ilişkili olarak kadınlar kendilerinin sağlık sorunlarını belirtmekte ve diğer sosyal girişimlerde bulunmada daha aktiftirler.³⁴ Birleşik Krallık'da 35 yaş ve üstündeki yetişkinler arasında yapılan bir araştırma kadınların erkeklere göre daha fazla (%76) ilaç ve tavsiye aldığını ortaya koymaktadır. 35-44 yaşları arasında olanların %67'si ile 65-74 yaşları arasında olanların %75'i arasında ufak bir farklılık vardır. Araştırma sonuçlarına göre reçeteli veya reçetesiz ilaçların alınmasındaki ana sebep sağlığın kötü olması şeklindedir. Sağlık durumu daha kötü olanların eczaneleri ziyaret etme oranı daha yüksektir. Bu da kamu sağlığı kampanyalarının eczane temelli yapılması için bir olanak sunmaktadır.³⁵

2.1 Eczacıların bulaşıcı hastalıkları önlemesi

Eczacılar hastaların tedavilerini kontrol etme ve gözden geçirme, ilaç alımlarında yapılan hataları görme ve tedavi ile ilgili tavsiyeler sunan sağlık hizmeti ekipleri kurma niteliklerine haizdir. Birçok ülke (örneğin ABD, Birleşik Krallık, Kanada ve Yeni Zelanda) klinik eczacıların bir noktaya kadar reçeteli ilaç yazmalarına müsaade etmektedir.³⁶ Ayrıca eczacılar halk sağlığı kampanyaları düzenleyerek ve ihtiyaç duyan hastalara ilaç danışmanlığı sağlayarak toplumda sağlığı ve ilaç kullanım alışkanlıklarını yaygınlaştırırlar. Eczacılar hastalıkların önlenmesinde faydalı bir araç olan aşılardan tedariki için elverişli bir konumdadırlar. Eczanede yapılan aşılardan tedariki hizmet kalitesini düşürmeden hem erişilebilirliği hem de salgınlara karşı ulusal yanıt verebilme kapasitesini artırır.³⁷ İlaç tavsiyesi vermek, ilaç reçetelendirmek ve aşı yönetimi özellikle kadınlarda bulaşıcı hastalıkların engellenmesinde eczacıları temel bir role getirir.

Triyaj süreciyle eczacılar hafif hastalık semptomlarının tedavisi için bir çözüm getirip getiremeyecekleri kanaatine varabilirler.³⁷ Eğer eczacılar kendi başlarına sorunu çözemezlerse hastaları diğer sağlık çalışanlarına yönlendirebilirler.

Birleşik Krallık Örneği

Özellikle de genç yetişkinlerde klamidya enfeksiyonlarının tedavisini ve takibini kolaylaştırmak amacıyla Ulusal Eczacılık Birliği 2008 yılında "Klamidya test ve tedavi" servisini kurdu. Bu servis azitromisin reçetesiz olarak eczanelerde satılmasından sonra gündeme geldi. Ulusal Eczacılar Birliği'nin (NPA) bu hizmette ortağı olan GLG laboratuvarlarına günde beşle on arası test geldi. Eczacılar Nükleik Asit Amplifikasyon Tekniği (NAAT) ile klamidya testinden pozitif sonuç alanlara ve ayrı test yapılmaksızın onların cinsel partnerlerine tablet tedarik ettiler. Birlik üyelerinin yaklaşık olarak %70'i şimdi bu hizmeti sağlamak için gerekli niteliklere sahiptir. Bu hizmet 16-24 yaş arası için ücretsiz sunulmaktadır.³⁷

Buna ek olarak Birleşik Krallık Eczacılar Birliği "İlaçların hakkında soru sor haftası" adında bir kampanya başlattı. 2005 yılında kampanyanın bir parçası olarak "Cinsel sağlıkla ilgili soru sor" broşürleri eczanelere ve temel bakım kurumlarına 100,000 adet dağıtıldı. Bunun amacı eczacıların cinsel yaşamla ilgili yardım ve tavsiye alınabilecek en iyi yerlerden biri olduğu mesajını vermektir. Bu broşürler insanların cinsel yaşam tavsiyeleri için eczanelere gitmelerini teşvik etme amacı taşıyorlardı.³⁷

Belçika örneği

2009'da Belçikalı eczacılar ulusal ya da bölgesel kampanyalara özellikle kronik hastalığı olan hastalar, hamile kadınlar ve sağlık hizmeti personeline yardımcı oldular. Bu girişimlerin sonuçları geleceğe dair cesaret vermektedir, zira 2006 ve 2009 yılları arasında toplumda grip aşısı kullanımında genel olarak %14.8 ile %17.3 arasında bir artış kaydedilmiştir.³⁸

ABD örneği

Human papilloma virüsü (HPV) rahim ve vajina kanserine sebep olabilen ve cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyondur.³⁹ Ergen ve genç kızların aşılınması HPV'nin en yaygın tiplerine karşı koruma sağlar. Özellikle eczacılar tarafından yürütülen aşı programları genç kızlarda HPV aşısının kullanımını yaygınlaştırmıştır. ABD örneği HPV aşısı yönetiminin genel olarak eczacılara bırakılmasının bir örneğidir. 2016 Ocak ayından itibaren çoğu eyalet (51 eyaletten 40'ı) HPV aşısı yönetimi için eczacılara yetki verdi, üçüncü taraf aşı yetkilendirmesini hayata geçirdi, bunu yaparken yaş sınırı şartı koydu ve raporlama ve eğitim de dâhil olmak üzere uygulamaya yönelik gereklilikleri belirledi.

İrlanda Örneği

Eczacılar 2011 yılından beri grip aşısı tedarik ediyorlar ve 1400'e yakın eczacı bu çerçevede eğitildiler. Sonrasında, 2013 yılında İrlanda Eczacılar Birliği gerekli yeterliliğe sahip hastalar için mevsimsel grip aşısının tedarik edildiği bir aktivite başlattı. Bu hizmet yaşlı insanlar, hamileler ve kronik hastalığı olanlar için ücretsizdir. Sonuç olarak eczacılarından aşı alan hastaların %23'ü daha önceden hiç grip aşısı olmadığı, %81'inin yüksek öncelikli (ya da risk altında olan hasta grupları mensubu) olduğu ve aşılanan hastaların %90'ının da bu risk grubu içinde bulunduğu ortaya çıktı. İstatistiksel veriler eczacıların İrlanda'da grip vakalarının ve sonuç olarak da bakım maliyetlerinin azalttığını gösteriyor.³⁷

Arjantin örneği

Her yıl Arjantin hükümeti ülke genelindeki iki yaşına kadar olan çocuklara, hamile kadınlara, 65 yaş üstü insanlara ve risk altında olanlara grip aşılarının ülke içinde ücretsiz olarak sunuyor. Eczacıların bu kampanyada hastaların aşılanması olmasını doğrulama ve bir sonraki aşılarının ne zaman olduğunu hatırlatma gibi önemli bir rolü vardır. Ayrıca eczacılar yüksek riskli hasta gruplarını belirleyip onların aşılarını da tedarik ediyorlardı. 2015 yılında ülke genelinde 5.000'den fazla eczacı 480,000 aşığı ücretsiz olarak yaptı. Eczane temelli ilaç yönetiminde 65 yaş üzerine hem grip hem de pnömokoksik aşılar için reçete gerekmemektedir. Kampanya 2010 yılından beri 19 yıldır bu hizmete olumlu geri dönüşler veren hastalarla birlikte başarılı bir şekilde devam etmektedir.³⁸

Başarılı enfeksiyon önleme ve aşılama hizmetleri ile ilgili daha fazla örneği FIP'in eczanenin aşılanma üzerine etkisi³⁸ raporunda ve FIP'in referans belgesi olan "Antimikrobyel dirençle mücadele" belgesinde³⁷ bulunabilir.

2.2 Eczacıların sağlığın yaygınlaştırılması faaliyetleri ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi

Eczacıların sağlık hizmeti sistemlerindeki özel yeri onları en erişilebilir sağlık hizmeti uzmanı yapmaktadır. Bu durum kadınların ve onların aile üyelerinin sağlığının desteklenmesinde eczacıların ideal bir konumda olmasını sağlıyor. Sağlık hizmetlerinin maliyetleri arttıkça ve dünya genelinde sağlık çalışanlarının yükü ağırlaştıkça eczacıların özel

yetenekleri ve bilgileriyle herkes için daha iyi bir sağlık amacıyla nasıl katkı sağlayabileceğinin farkına varmalıyız (Ek 3).

Hem ulusal hem de uluslararası eczacılık örgütleri sağlık desteği stratejileri geliştirmekte; inceleme ve erken teşhis stratejileri yürütmekte, özel bir konuyu ya da dinleyici kitlesini hedef alan eğitim kampanyaları düzenlemekteler. Eczacılar ve örgütleri sağlığın korunması ve hastalıkların engellenmesi ile ilgili politika, uygulama, bilim ve eğitim alanlarında gelişme kaydetmek için bir an önce harekete geçmek için hükümetleri ve diğer paydaşları teşvik ediyorlar. Bu organizasyonlarda küresel olarak bir dizi uzmanlık alanı vardır ve bu uzmanlık alanları sağlığın yaygınlaştırılması için seferber edilebilir.⁴⁰

DSÖ ve FIP'in birlikte çıkardığı iyi eczacılık uygulamaları kılavuzlarında eczacıların dört ana rollerinden biri sağlığın yaygınlaştırılmasına odaklanmıştır ("Rol 4: Sağlık hizmeti sistemi ve kamu sağlığının etkililiğini arttırmaya katkı sağlamak"). Bu rol bağlamında eczacıların şunlar üzerinde sorumludurlar ve hesap sorulabilirler:

- İşlev B: Açıklaması aşağıda olan "Koruyucu hizmet aktiviteleri ve servisleriyle bağlı olmak": "Sigarayı bırakma, enfeksiyonel ve cinsel yolla bulaşıcı hastalıklar gibi konularda eczacılar halk sağlığını yaygınlaştıran ve hastalıkları engelleyen koruyucu aktivitelerde bulunmalıdır;" ve "Eczacılar hasta başı testi hizmeti sunmalı ve uygulanabiliyorsa yüksek riskli hastalar için sağlık taraması uygulamalıdır."
- İşlev C: Açıklaması aşağıda olan "Sağlıklı yaşamı destekleyen ulusal politikaları korumak ve desteklemek": "Eczacılar toplumdaki sağlıklı yaşamı desteklemek, değerlendirmek ve geliştirmek için kamu ve meslek gruplarına katkılar sunmalıdır"

Toplum tarafından beklenen bu rolleri tamamlamak için eczacılar sağlıklı yaşamı destekleyen ve hastalıkları engelleyen programlar geliştirmeli ve uygulamalıdır.

Bulaşıcı olmayan hastalıkların başlıcaları kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabettir.⁴¹ Bulaşıcı olmayan hastalıklar tütün ve alkol kullanımı, sağlıklı olmayan beslenme alışkanlıkları, egzersiz eksikliği ve sağlıksız çevre gibi risk faktörlerinden kaynaklanırlar. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan dolayı gerçekleşen ölümlerin çoğu (özellikle yaşlı olmayan insanlarda) ucuz, uygun maliyetle ve hatta bazı vakalarda maliyetten tasarruf edilerek bile engellenebilir.⁴¹ Kadınların eczaneleri daha fazla ziyaret ettiği göz önüne alındığında eczaneye yapılan her ziyaret kadınlar için bu konular üzerinde müdahale edebilmek için bir fırsattır.³⁵ FIP de 2019 yılında yayınlanması planlanan ve bulaşıcı hastalıkların engellenmesinde eczacıların yapması gerekenleri belirten bir doküman hazırlığı içindedir.

Bulaşıcı olmayan hastalıklarda önemli bir risk faktörü tütün kullanımınıdır. Tütün kullanımının insanlar ve sağlık sistemleri üzerindeki etkisi küresel olarak tüm ülkelerde aşırıdır. Dünya genelinde yaklaşık olarak 250 milyon kadın günlük tütün kullanıcısıdır. Bu kadınların %22'si gelişmiş, %9'u ise gelişmekte olan ülkelerdedir. Buna ek olarak Güney Asya'daki çoğu kadın tütün çiğnemektedir.⁴² Eczacılar kadınlar için sigarayı bırakma hizmeti sağlayabilirler. Sağlık hizmeti uzmanından yardım alanların almayanlara göre sigarayı bırakmada daha fazla başarılı olduğu bilinen bir gerçekliktir. 2015 yılında FIP eczacıların sigarayı bırakma hizmeti sunmalarını teşvik etmek amacıyla bir kılavuz hazırladı³⁴ "Tütünsüz bir toplum inşa etmek: Eczacılar için pratik kılavuz" başlıklı FIP dokümanı eczacılar için işe yarar ipuçları sunmanın yanı sıra hamile kadınlar gibi belirli bir kitlenin ihtiyaçlarına göre de biçimlendirilmiştir. Sigarayı bırakma imkânlarının tam olarak anlaşılması ve bu imkanların aktif olarak kullanılması için eczacılardan yararlanılabilir.²⁰

Eczacıların ruh sağlığının iyileştirilmesi ve zihinsel hastalıkların engellenmesi için programlar geliştirmek ve onları uygulamak üzerine de paha biçilemez bir rolleri vardır. Eczacıların yerel düzeyde sosyal ve ruh sağlığı bakım hizmetlerine entegre olması, sağlık hizmetlerinin makul fiyatlı, kaliteli ve kapsamlı adil bir şekilde erişilebilir olmasını sağlar. Eczacılar ruh sağlığı ile ilgili faktörlerin sağlık hizmetleri sistemlerinin tüm alanlarına yayılmasını kolaylaştırabilirler.⁴³

Madde kullanımı da eczacıların sağlığın yaygınlaştırılmasında önemli bir rol üstlenebilecekleri bir diğer alandır. Amerikan Sağlık Sistemi Eczacıları Derneği de konuyla ilgili şu açıklamaları yapmıştır: "Eczacıların bağımlılıkla mücadele etmeleri, eğitim vermeleri ve destek olmaları için özel bilgileri, yetenekleri ve sorumlulukları vardır. Sağlık hizmeti tedarikçisi olarak eczacılar bağımlılığın toplumda, sağlık sistemlerinde ve ilaç uzmanlarındaki olumsuz etkilerini azaltmak için aktif bir şekilde müdahil olmalıdırlar."⁴⁴ Tütün, kenevir, kokain, eroin, metamfetamin ve morfin türevi ilaçlar bu maddelere dahildir ancak bu maddeler bunlarla sınırlı değildir.

Dahası, eczacılar üreme sağlıklarını kontrol altına alabilmeleri için de kadınlara yardımcı olabilirler. Eczacılar kadınlarla beraber üremeye ilişkin yaşam plan hazırlayabilirler.⁴⁵ Üreme yaşam planı çocuk sahibi olup olmamakla ilgili istekleri ve kişisel hedefleri kapsar.⁴⁶ Eczacılar danışma hizmeti, doğum kontrolü ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların yönetimi gibi hizmetleri ve eğitim hizmetlerini sunarak üreme sağlığı kaynaklarına erişimin kolaylaşması hedefine katkı sağlayabilirler. ABD'nin kimi eyaletlerinde (Kaliforniya, Oregon, Washington ve New Jersey gibi) eczacılar doktor reçetesi olmaksızın transdermal flaster ve oral tabletler gibi hormonal doğum kontrol ilaçları verebiliyorlar.⁴⁷

Hamilelik sırasında ve sonrasında eczacılar kontrendike ilaçlar, önerilen doğum öncesi vitaminler ve süt emzirme ya da mama ile besleme gibi bebek besleme seçenekleri üzerine kadınlara gerekli eğitimi verebilirler. Daha fazla bilgi için; "Anne, yeni doğan ve çocuk sağlığının desteklenmesi için eczacılardan etkili bir biçimde yararlanması" başlıklı FIP referans belgesine bakılabilir.⁶

Birleşik Krallık Örneği

2000 yılı dolaylarında Kuzey İrlanda'nın kimi bölgelerinde yüksek seviyelerde şiddete maruz kalan insanların sağlığının kötüye gittiği bildirildi (%13). Buna karşılık olarak görece daha az şiddetin yaşandığı alanlarda bu oran daha azdı (%4). Belfast'a 20 mil uzaklıkta olan bir kasaba olan Toome'de yapılan bir çalışmada kamu hizmetlerine ve ulaşım hizmetlerine erişim gibi problemlerle birlikte intihar vakalarında da artış olduğu görüldü.³⁴ 2001 yılında kurulan Eczacı-Toplum Ortaklığı İnşası'ndan finansal destek geldi. 1 milyon sterlinlik bu hükümet projesi Kuzey İrlanda'daki sağlık sorunlarıyla mücadele edilmesi için bölgedeki eczanelerin kullanımını amaçlıyordu.⁴⁸ Eczacılığı kamu kaynağı olarak gören bir eczacı bölgedeki kadınlarla geliştirdiği iyi ilişkiler sayesinde çoğu genç anneye antidepresan yazıldığını fark etti. Eczacı ulaşım, çocuk bakımı, aile destek hizmetlerine erişim zorluklarının ve ayrıca savunmasızlığın ve izolasyonun bu kadınların sağlığını olumsuz etkilediğine kanaat getirdi.³⁴ Bu yüzden 2000 yılında Toome eczanesinde yerli kadınlarla haftalık tartışma grupları oluşturdu. Seanslar aile hekimleri ile paylaşılan bir sağlık merkezinde yapıldı.⁴⁸ İlk başlarda altı haftalık bir süre boyunca toplanan sekiz kadından oluşan bu küçük grup yedi yıl sonunda sağlıkla ilgili etkinliklerin gerçekleştiği yıllık bir programa dönüştü³⁴ ve her hafta yaklaşık olarak 50 kadın bitkisel ilaçlar, stres yönetimi, refleksoloji ve maneviyat gibi konular da dâhil olmak üzere tıpla ilgili konuları konuşmak için bir araya gelmeye başladılar.⁴⁸

İspanya örneği

1992 yılında İspanya Resmi Eczacılık Birlikleri Genel Konseyi PLENUFAR adında bir sağlık kampanyası başlattı.⁴⁹ Kampanyanın ilk versiyonu / aşaması olan PLENUFAR 1, ev kadını rolleri olan annelerin çocuklarının beslenme durumları ve alışkanlıklarından emin olmaları için gerçekleştirilmişti. Kampanyanın hedefi daha az öğünde daha iyi nasıl beslenilebileceğiyle ilgili olarak kadınları bilgilendirmek ve uygulayabilmelerini sağlamaktı. Kampanyada 3,000 eczacı 60,000 aileye danışmanlık yaptı, bu da toplamda 240,000 kişiye tekabül etmektedir. Belgelenen sonuçlarda sebze, salata, meyve, balık yemede artma ve sosis, kek, yumurta, çikolata ve alkolik içecek alımda da azalma görüldü. PLENUFAR 4 ise hamile ya da emziren kadınlarda vitamin eksikliğini (folik asit/ B12 vitamini) ve alkol ve sigara kullanımını hedef aldı.⁵⁰ PLENUFAR 5 menopozda ve menopoz sonrasında olan kadınları ve onların beslenme alışkanlıklarını, yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilemeye yönelik bir çalışmaydı. Genel olarak medya, etkinlikler, internet siteleri, bilimsel makaleler ve gazeteler aracılığıyla yüzbinlerce insan bu kampanyalardan yararlandı.

2.3 Eczacıların kadınların sağlık okuryazarlığı yoluyla güçlendirilmesine destek olması

Piyasadaki çok sayıda ilaçtan, ilaçların endikasyonlarından ve garip kullanma prosedürlerinden dolayı hastaların kafasının karışık olması şaşırtıcı değildir. Örnek olarak, sağlık okuryazarlığı fazla olmayan ve astım hastası kişiler hastalıklarını nasıl kontrol edebileceklerini pek anlayamazlar, bu durum da daha fazla astım atağına ve hastane ziyaretlerinin artmasına sebep olur.⁵¹ Bu durum ayrıca diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kalp yetmezliği ve diğer benzer hastalıklar için de geçerlidir.⁵² Sağlık okuryazarlığı düşük düzeyde olan insanlar ilaç kullanım şartlarını yanlış anlamak sık görülebilen bir olgu iken sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde olan insanlarda bile ilaç kullanım şartlarını yanlış anlama oranı üçte birdir.⁵³

Eczacılar en erişilebilir sağlık çalışanları olarak aile bakıcısı olan kadınlara gerekli eğitimi vererek ve sağlık okuryazarlığı bilgilerini kuvvetlendirerek onları bu rollerinde destekleyebilirler (Ek 4). İnsanları kendi sağlık ihtiyaçlarını kontrol edebilmeleri için desteklemek uzman desteği ve ihtiyaç duyulan kaliteli bilgiye erişimle birlikte yürütülmelidir. Günümüzde bilgi birçok kaynaktan elde edilebilir olsa da bilginin geçerliliği ve anlaşılabilirliği sorunlu olabilir. Sağlık çalışanları en güvenilir bilgi kaynaklarıdır ve eczacılar da bunların arasında en çok güvenilenidir. Birçok eczacı meslek örgütü genel nüfusa ya da özel gruplara (örneğin çocuklar, yaşlılar, mülteciler) yönelik sağlık okuryazarlığını arttırmak ve sağlık hizmetleri sistemleri içerisindeki hak ve görevlerini belirlemek amacıyla kapsayıcı programlar hazırlamıştır (Ek 5).

İspanya'da Ulusal Kadın Sağlığı Raporu'na göre sağlık okuryazarlığı bilgisi eksikliği kadınları erkeklere göre daha çok etkiliyor, ayrıca kötü sağlık durumunun oluşturulmasında diğer sosyo-demografik belirleyicilere göre daha belirleyici bir etmendir.⁴⁹ Bu durum kadınlar için büyük sağlık problemleri yaratmaktadır. Bu rapor bu sorunla başa çıkabilmek için bir dizi basit yöntem önermektedir. Bunlardan bir tanesi de düşük okuryazarlık düzeyine sahip olanlar hastalar için eğitim materyalleri oluşturmak ve bu materyallerdeki metni desteklemek için çeşitli resimler kullanmaktır. Ayrıca sağlık hizmetleri çalışanlarına karmaşık bilgileri nasıl aktaracaklarını öğretmek ve iyice öğrenip öğrenmediklerini kontrol amacıyla hastalardan neler öğrendiklerini tekrarlamalarını istemek de önemlidir.

Dahası, annelerin okuryazarlık düzeylerinin çocukların fiziksel ve zihinsel gelişimi üzerinde doğrudan etkisi vardır. Annelerin resmi eğitimde geçirdikleri süre arttıkça çocukların hastalanma vakaları azalmakta, aşılama ve doğru beslenme düzeyi artmakta, bununla birlikte kognitif testlerdeki puanları da artmaktadır. Sağlık okuryazarlığının bilgi ve eğitim (okul, üniversite) ile ilgisi olabilir ama bunların arasında ayırım yaparak farklı kavramlar olduklarını anlamak önemlidir. Eğitim sağlık okuryazarlığı gelişimini etkileyebilir fakat yüksek eğitim düzeyi her zaman yüksek sağlık okuryazarlığı bilgisi anlamına gelmez. Buna ek olarak, tıbbi bilgi sağlık okuryazarlığını etkiler ama bunlar da aynı şeyler değildirler. Eğitimli anneler sağlık pratiklerinin uygulanmasında daha aktiftirler, bilgiye daha çok erişimleri vardır ve ailenin tıbbi kararlarını belirlemede daha fazla ağırlığa sahiptirler.⁵⁴

2014 yılında Avustralya'da kadınların sağlık okuryazarlığında giderek daha bilgili hale gelmesiyle ilgili bir araştırma yapıldı.⁴² Çalışmada düşük seviyede eğitime sahip olan kadınların, yaşlı kadınların, alt sosyoekonomik gruplardan olan kadınların, Avustralya yerlilerinin, kültür ve dil anlamında farklı olan kadınların sağlık okuryazarlığı gelişimlerinin az olduğunu buldu. Bu grupların içerisinde olan 109 kadın üreme sağlığı, genel sağlık, sağlığı koruma ve duygusal sağlık alanlarında eğitime tabi tutuldu. Bu çalışmayı sınırlandıran tek şey başarısının katılımcılara verilen üç soruluk bir memnuniyet anketiyle ölçülmüş olmasıydı. Yine de tüm katılımcılar programı olumlu olarak değerlendirdiler.⁵⁵ Aynı şekilde başka ülkelerde de (örneğin İspanya, Almanya ve Fransa) bu tarz girişimler oldu ve böyle girişimde bulunan ülke sayısı gitgide artmaktadır. Eczacıların insanları sağlık, özbakım ve sağlık okuryazarlığı konularında bilinçlendirmeleri için istekleri, yetenekleri ve yeterlilikleri giderek artmaktadır.⁵⁷

Sağlık hizmetleri uzmanları tarafından yapılan etkili müdahaleler insanların sağlıklarıyla ilgili iyi kararlar vermelerini, sağlıklı alışkanlıklar edinmelerini ve risklerden ve zararlı ürün kullanımından uzaklaşmalarını sağlamaktadır. Sağlık hizmeti sistemlerinde tasarruf açısından sağlık çalışanlarının yeterli ücret alarak koruyucu önlemler yaratması önemlidir.

Güney Kore de dâhil olmak üzere birçok ülkede yaşlılara bakım yapan kişiler genellikle yaşlıların kızları ya da gelinleridir ve bu kadınların ek olarak bakımını üstlendikleri çocuklarının da olması muhtemeldir. Eczacıların bu aile bakımını üstlenen kişiler tarafından erişilebilirliği grup çalışmalarıyla artırılabilir. Güney Afrika gibi ülkelerde grup çalışmaları ve eğitimin kırsal bölgelerde başarı gösterdiği kanıtlanmıştır. Kırsal bölgede bulunan bakım veren kişilerin

medyaya veya internet arama motorlarına erişimi fazla yoktur. Olsa bile internetten edinilen bilgi her zaman güvenilir değildir. Eczacılar, özellikle de daha fazla erişilebilir olan kamu sektörü eczacıları grup çalışmaları stratejilerini kullanabilir ve böylelikle ilaçla ilgili bilgiler gruptaki bakım verenler tarafından anlaşılabilir ve tartışılabilir.⁵⁸

Japonya örneği

Japonya Eczacılar Birliği, Sorumlu İlaç Kullanımı Kurulu ile birlikte ilkokul ve lisedeki öğrenciler için ilaçların doğru kullanımıyla ilgili eczacılar tarafından verilecek bir eğitim serisi hazırladı. Bu proje Sağlık Bakanlığı tarafından da desteklendi. Eğitim materyalleri öğrencilerin yaşı ve sınıfları göz önüne alınarak hazırlandı.⁵⁶ Japonya'daki eczacılar ayrıca ilaçlar hakkında doğru bilgilerin yayılmasını sağlayarak kamu sağlığı ile sağlık hizmetlerini olumlu etkilemek ve eczacıların rolünü geliştirmek amaçlarıyla düzenli olarak "İlaçlar ve sağlık haftası" organize ediyorlar.

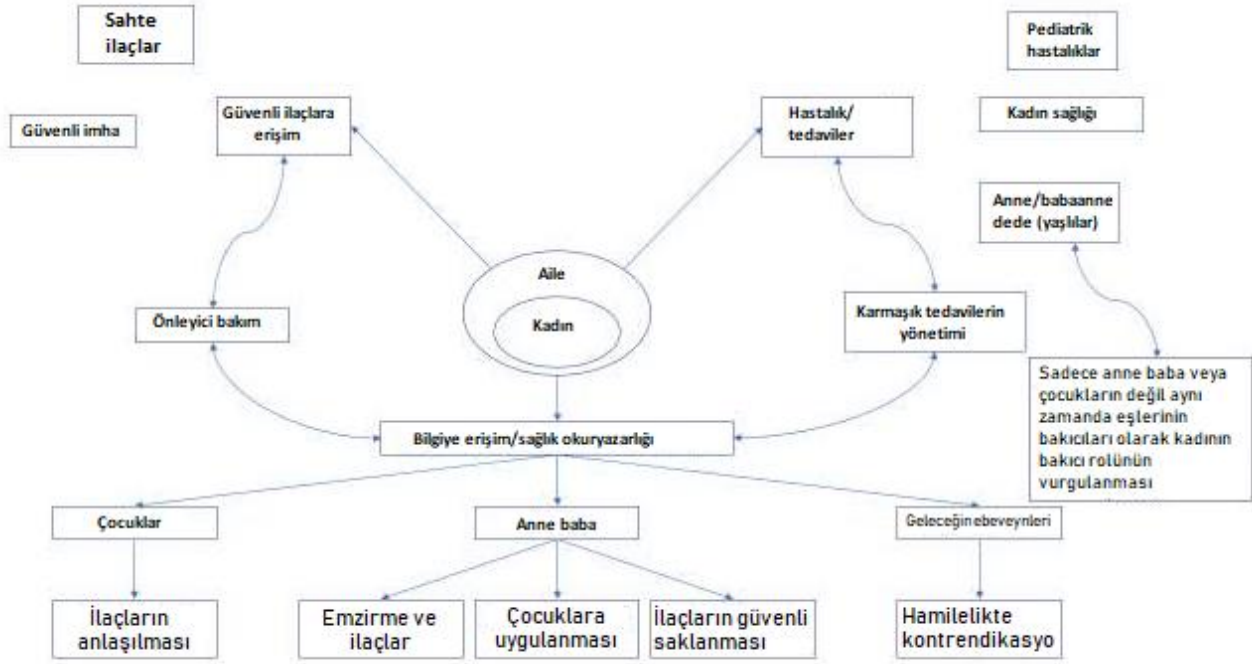
2.4 Eczacıların kadınlar üzerinden ilaçların sorumlu kullanımını desteklemesi

Toplumda ilaç kullanımı sadece ölüm oranlarını düşürmekle ve hayat kalitesini yükseltmekle kalmamakta, ayrıca genel sağlık hizmetlerinin maliyetlerini de düşürmektedir. Ancak DSÖ gelişmiş ülkelerdeki hastaların sadece %50'sinin ilaçlarını doğru şekilde kullandığını birçok çalışma aracılığıyla ortaya çıkardı ve bu oranın gelişmemiş ülkelerde daha da düşük olduğu tahmin ediliyor.⁵⁹ Bu çalışmalar hastaların eğitiminde bir gelişme sağlanması gerektiğini ve ilaçların sorumlu kullanımından birçok kazanım elde edilebileceğini göstermektedir.

2012 yılında IMS Sağlık Hizmeti Bilişim Enstitüsü yaptığı bir çalışma doğru ilaç kullanımı ile 500 milyar dolar yani sağlık hizmetleri harcamalarının yaklaşık olarak %8'inin tasarruf edilebileceğini belirtti. Her ülkenin toplam sağlık hizmetleri harcamalarının hesaplanmasında tedaviye uyumsuzluk, yetersiz jenerik ilaç kullanımı, tedavi hataları, yanlış antibiyotik kullanımı, kötü yönetilmiş polifarmasi ve yersiz ilaç kullanımını çalışma kapsamında göz önüne alındı. Tedaviye uyumsuzluğun kaçınılabilir sağlık hizmeti harcamalarının neredeyse yarısını kapsayarak en yüksek maliyeti sağlayan etmen olduğu belirlendi. Bu çalışmadaki ana tavsiyelerden bir tanesi de tedavi uyumsuzluğu ilgili olarak hastalara müdahale etmek suretiyle eczacıların rolünü güçlendirmektir.⁶⁰

"Sorumlu ilaç kullanımı"nın amacı sağlık hizmeti sistemleri bileşenlerinin hastaların doğru zamanda doğru ilaçları aldıklarından, ilaçları doğru kullandıklarından ve ilaçlardan fayda sağladıklarından emin oldukları bir durumda olmalarıdır.⁶¹ Eğer hastalar ilaçların sorumlu kullanımının önemi ile ilgili olarak eğitilmişlerse bu hayat kalitelerini olumlu etkiler, hastalık ve ölüm oranlarını düşürür ve sağlık hizmetlerinin toplam maliyetini azaltır.⁶¹

Şekil 4 Kadınların nasıl ailelerinin sağlık bakımını üstlendiklerini ve ilaçların kullanımını koruduklarını gösteriyor. Ayrıca eczacıların kadınlar için geliştirici müdahaleler yapabileceğini de göstermektedir.



Şekil 4: Eczacılar kadınların sağlıkla ilgili bilgilere ve güvenilir ilaçlara olan erişimini arttırarak kadınların daha iyi aile bakım hizmeti sunmalarına yardımcı olabilirler

Kadınlar genellikle tüm ailenin sağlık sorumluluğunu üstleniyor ve şu hususlarda bilgi sahibi olmak istiyorlar:

- Çocuklarının ilaçları: Ebeveynlerin çocuklarının ilaçları hakkında doğru bir anlayışa sahip olması. Eczacılar ilaçlarla ilgili bilgileri basitleştirerek onlara sunabilirler.
- Ebeveynlik: Emzirme döneminde ilaçların doğru kullanımı; çocuklarının ilaçlarının doğru yönetimi, ilaçların doğru saklanması. Eczacılar tüm bu konular hakkında yardımcı bulunabilir, kadınlara neresi uygunsa orada emzirmeleri için destek olabilir, ilaçların tadı ile çocuklar için doğru olan dozunu ayarlayabilir ve gerekli bilgi ve tavsiyeleri verebilirler.
- Hamilelik öncesi destek: Eczacılar hamilelikle ilgili ilaçların kontrendikasyonlarını açıklayabilir, hamilelik ve emzirme dönemindeki ilaçlar hakkında bilgiler sunabilir ve doğum öncesi vitamin kullanımı önerilerinde bulunabilirler.
- Menopoz ve kadınların bedenine etkisi: Eczacılar kadınların ya da ailelerindeki kadın üyelerin hormonal değişikliklerini anlamalarında yardımcı olabilir, normal ve normal olmayan semptomların farklılıklarını ortaya koyabilir ve kadınların yaşamlarının bu önemli aşamasını olabildiğince kolay biçimde atlattıklarına yardımcı olabilirler. Kadınlar genellikle ani ateş basması, mod değişiklikleri, uyku bozuklukları, eklem ağrıları gibi menopoz semptomları gösterirler.⁶² İlaç tedavisi veya yaşam tarzı değişiklikleri ile kadınların bu semptomları tespit etmeleri ve yönetmelerinde eczacılar kadınlara yardımcı olabilmek için benzersiz bir konumdadırlar. Danışma hizmeti sunarak, hastaları eğiterek ve hormon replasman tedavisi uygulayabilmek için kaynak tedarik ederek buna ulaşılabilir. Eczanede ilaç hazırlayan eczacılar özel ihtiyaçları olan hastalar için biyoesh hormonlar da yapabilirler.⁶³

Yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı bilgisi ve eczacılardan gelen destekle birlikte kadınlar aileleri için iyi bakım tavsiyelerini uygulayabilirler ve ilaçların sorumlu ve doğru kullanımını kolaylaştırabilirler. Buna ek olarak karmaşık tedavileri yönetebilir ve bazı belirli hastalıklar (örn. yaşlılıkta daha sık rastlanan hastalıklar) için doğru ilaçların alınmasını temin edebilirler. Eczacılar kadınların kendileri ve baktıkları kişiler için ilaçların efektif ve doğru bir şekilde hazırlanması, elde edilmesi, saklanması, güvenceye alınması, dağıtımı, yönetimi ve bertarafı konularında tıbbi koruma ve tedavilerin geliştirilmesi için destek olabilirler ve böylelikle de etkili bir biçimde hastalık ve tedavi yönetimi yapabilirler.

Buna ek olarak, eczacılar kadınları kendi yaşamlarına olumlu etkiler sağlayacak şekilde kadınların kendi sağlıklarının farkında olmalarını ve hastalıkların engellenmesinin önemi hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlayabilir.

Serbest eczaneler ve hastane eczaneleri hastalar ve aile içinde bakım verenler için en ulaşılabilir sağlık hizmeti merkezleridir, bu yüzden sağlık sistemlerinin altyapısında önemli bir yere sahiptirler. İlaç geri ödeme modelleri ilaçların sorumlu ve doğru kullanımını temin etmek içindir. Sağlık sistemleri perspektifinden bakıldığında bu modellerin ucuz olmaları gerekmektedir. Eczaneler açısından bakıldığında ise önemli halk sağlığı hizmetleri dâhil olmak üzere kapsamlı eczacılık hizmetlerinin sunumunun ve ilaçlara sürdürülebilir erişimin sağlanması için eczacılar tarafından da kabul edilebilir olmalıdırlar.

Eczacılık mesleğinin sürdürülebilirliği daha geniş bir anlamda bütün sağlık sektörünün ve toplumun sorunudur. Bugün eczacılar alıcılar için uygun maliyetli çözümler ve genel olarak insanlara daha iyi sağlık sonuçları sunmak için çok önemli bir konumdadırlar. Bu, birden fazla hastalığı olanlar ve kronik rahatsızlığı olup birden fazla tedaviye tabi olanlar için özellikle geçerlidir.

Eczane temelli ilaç geri ödeme modelleri toplum ve eczacılar arasında yapılacak bir toplumsal sözleşmeyle kurulabilir. Bu nedenle ilaç tedariğinin ve dağıtımının karşılığının ödenmesi, etkililiğinin ve kalitenin teşvik edilmesi, hastaların ihtiyaçlarına bağlı olarak eczane hizmetleri uzmanlarına ücretler ödenmesi gibi ödeme bileşenlerinin kombinasyonuna doğru ortak bir yol bulma eğilimi mevcuttur. Bu modellerin birinci basamak sağlık hizmeti ve eczanede sunulan bakım hizmetinde genişletilmiş rollere ve işbirliğine dayanan uygulamalara ek olarak eczacıların şimdiye kadar ilaç kullanımı ile ilgili olarak hastalara, toplum sağlığına, sağlık sistemlerine ve ekonomiye yaptıkları katkıyı benimsemeleri gerekir.⁶⁴

Tıbbi cihazların başarısız kullanımı tedaviye uyumsuzluğun yaygın sebeplerindendir ve ayrıca cihazla ilgili yaralanmalara ve hatta en kötü senaryoda ölüme bile sebebiyet verebilir. Bu yüzden tıbbi cihazların etkili kullanımıyla ilgili eğitim verilmesi çok önemlidir. Eczacılar, örneğin glukometre gibi cihazların kullanımı için kadınların yeterince eğitildiğinden emin olmalıdır.⁵⁸

Kadın bakım verenler parenteral ilaçların yönetimi konusunda sıkıntı yaşayabilirler. Bu yönde bir eğitim aile hekimi ya da hemşire tarafından kısaca verilebilir ama ilaçların koruyucuları olan eczacıların doğru uygulamanın uygulandığından emin olmaları gerekmektedir. Bakım verenler uygun bir eğitimle desteklenmeli ve kazanılan becerinin doğru kullanımı temin edilmelidir.⁵⁸

Filipinler örneği

Filipinler'de eczacıların genç annelerle nasıl işbirliği yapabileceğini gösteren toplum temelli bir eczacılık programı başlatıldı. Eczacılar anneleri ilk üç ay boyunca her ay, sonrasında ise üç ayda bir olmak üzere sağlık faaliyetlerine tabi tuttular. Faaliyetler ilaçların doğru ve sorumlu kullanılmasını ve annelerin aile bakıcıları olmalarıyla ilgili daha birçok konuyu kapsamaktaydı. Bu faaliyetler aile üyelerinin sağlık programlarının belirlenmesi için kronik bir hastalık nedeniyle ilaç kullananların hasta profillerinin bir derlemesini de içeriyordu. Eczacılar bunu yapmak için çok iyi bir konumdadırlar zira annelere sadece eczacı olarak değil toplumun da bir parçası olarak erişebiliyorlar. Bu programı uygulayan eczacılar bir grup olarak organize de oldular: Filipinler Aile Eczacıları Topluluğu.⁵⁸

Kosta Rika örneği

Kosta Rika'da eğitimsiz kadın bakıcıların ilaçları sorumlu bir şekilde kullanımını temin etmek hassas popülasyonlar (örn. birçok ilaç alan hastalar) tarafından zor bulundu. Bunu fark eden Kosta Rika Sosyal Sigorta Fonu eczacıların hastaların, aile üyelerinin ya da bakıcıların kişiye özel eğitiminde uzman olarak yer almalarını sağlayan resmi bir protokol yayımladı.⁶⁵ Benzer biçimde Kosta Rika Üniversitesi toplumun özellikleri ve erişebilirlik temelinde bir proje hazırlayarak ilaçların sorumlu kullanımını destekledi.

2.5 Gayri resmi bakım verenler olarak kadınların güçlendirilmesi

Güçlendirme süreci girdi ve çıktıların tekdüze bir biçimde uç uca eklenmesinden ziyade karmaşık bir süreçtir.⁶⁶

Bakım verenler olarak kadınlar, ataerkillik, ev işlerinin kadının üzerine yıkılması ve toplumsal beklentiler gibi çeşitli toplumsal ideolojilerin etkisi altındadır. Kadınların bakıcı olmayı her zaman seçmedikleri, ancak yaşadıkları çevrenin değer yargıları ve cinsiyetleri doğrultusunda bu işlerin kadınlar tarafından yapılacağı varsayıldığı anlamak önemlidir. Bakımını üstlendikleri kişilerden gelebilecek çeşitli enfeksiyonlar için sağlık taraması yapılması gerektiği gibi, ruh sağlıkları da ayrıca incelenmelidir. Kadınların bakım hizmetleri vermeleri konusunda güçlendirilmeleri yalnızca hastaların hayat kalitesini iyileştirmekle kalmayıp, erkek çocuklarının kız çocuklarından ayrıcalıklı görüldüğü kültürlerde kadınların ve kız çocuklarının erkeklerle eşit hale gelmesinde de önemli bir işlev görecektir.⁵⁸

Şekil 4’de vurgulanan alanlarda olduğu gibi bir eczacı, kadın bakım vereni yaptığı işle ilgili olarak yüreklendirerek özgüveninin yerine gelmesine yardımcı olabilir. Kimi kültürlerde ataerkil uygulamalar kadın bakım verenlerin bakım işlerini özgüvenle yerine getirmelerine engel olabilir.⁵⁸ Kadınlar verdikleri ilaçların önemini anlamalı ve bu konuda özgüvenli olmalıdırlar.

Güney Afrika örneği

Güney Afrika’nın kırsal kesimlerinde kadınlar özgüven problemleri yaşamaktadırlar. Bu yüzden, örneğin, bakımını üstlendikleri ebeveynleri ya da eşlerinin ebeveynleri herhangi bir sebepten dolayı ilaç almayı reddederse kadın özgüvenli davranamayabilmektedir, çünkü kendini bakım veren değil, hastanın kızı ya da gelini olarak kendisini konumlandıracaktır.⁵⁸

Eczacılar kadın bakım verenleri karmaşık tedavileri yönetme ve sarılık gibi ilaçların yol açtığı olumsuz reaksiyonları belirleme konusunda güçlendirebilirler.⁵⁸

Eczacılar kadın bakım verenleri aynı zamanda ilaç-ilaç ve ilaç-gıda etkileşimleri hakkında güçlendirebilirler. Bu etkileşimlerin önüne geçmek ve karmaşık tedavilerinin güvenliğini sürdürebilmek etkili bakım sunumu için önemli ve gereklidir.⁵⁸

2.6 Kriz durumda kadınların desteklenmesinde eczacıların rolü

Felaketler küresel çapta kadınların hayatlarına ciddi manada etki etmektedir. Bu felaketler doğal olabileceği gibi sosyal veya politik faaliyetler ile insan tarafından da üretiliyor olabilir. Sel, yangın ve terörist saldırılar bu felaketlere dahildir ve bunlar herhangi bir zamanda gerçekleşebilir. Kadınlar kriz durumlarında her zamanki olaylarla mücadele etmedeki yetenek ve yetilerine güvenemeyebilirler. Kriz durumlarında kadınlar mağdur olarak görülürler ve kriz sonrası durumda karşı karşıya kalabilecekleri şeyler göz ardı edilir. Geniş çaplı bir krizden sonra, travmaya omuzlarındaki yükün artmasına bağlı olarak kadınların depresyon ve çeşitli ruhsal rahatsızlıklara yakalanma oranı çok yüksektir. Güçlü duygular, gerginlikler ve kaygı hissederler. Bu konuda eczacılar, etkilenen kadınlara ilaç ve psikolojik destek sunabilirler.

İlaçların ve temel malzemelerin kıtlığı anneleri ve yaşça küçük çocukları derinden etkilemektedir. Esas travma, kriz sonrası, örneğin akut solunum rahatsızlıkları, kızamık, ishal hastalıkları ve kötü beslenme gibi hastalıklardan dolayı çocuklarda ölüm oranı arttığında oluşmaktadır. Olağanüstü kriz durumlarındaki kadınlara ve ailelerine sağlık hizmeti kılavuzlarına uygun olarak yardım etmede eczacıların bilgi ve uzmanlığı paha biçilemezdir. Eczacılar ishal, kızamık, akut solunum yetmezliği enfeksiyonları, zatüre ve yetersiz beslenme gibi durumların önlenmesi, kontrol altında tutulması, aşılama ve tedaviye katkı sağlayabilirler. Eczacılar sahip oldukları eğitimle toplumu eğitime konusunda özel bir konumdadırlar.

En kolay erişilebilen sağlık hizmeti sunucularından biri olarak eczacılar, afetlerin yaşamı sekteye uğrattığı zamanlarda özellikle hayati bir rol oynarlar. Bu alanda yayımlanan birçok makale eczacıların tecrübelerini betimlemektedir ve kriz

durumlarına verilen yanıtlardan ve öncesinde yapılan planlamalardan da dersler çıkarılmıştır. Ayrıca, eczacılık örgütleri kriz durumlarına hazırlanma, yanıt vermede ve ilaçlarla ilgili bütün meselelere tam katılım sağlanmasında eczacıların görev ve sorumluluklarını tanımışlardır.⁶⁷

Kadınlar kendi kontrolleri dışında gerçekleşen olaylara karşı daha duyarlı olmalarına karşın daha dirayetlidirler. Yine de aileleri ve kendileri için sağlık hizmetleri talebinde bulunanlar ve ilaç ihtiyacını gözetenler de onlardır. Daha da önemlisi eczacılar farmasötik bakım hizmeti sunarak çaresiz ve yardımı en çok hak eden insanlara yardım etmek için benzersiz bir fırsata sahiptir. İlk mücadele, triyaj, aşılama ve ilkyardım yönetimi gibi genişletilmiş rollerine ek olarak eczacılar, olağan uygulamaya dair sorumluluklarının bir parçası olarak kriz durumundaki kadınların ilaçlara zamanında erişiminin teminine katkıda bulunabilirler.

Kriz durumunda eczacılar, örneğin daha dengeli beslenme ve daha uzun vadeli bakım gibi konulara öncelik vererek kadınların mevcut yaşam koşullarını göz önünde bulundurlar. Advers etki riskinin artması, bakımın sürekliliğini sağlama becerisinin kısıtlanması ve hastaların ilaçlarını doğru biçimde muhafaza edebilme becerisinin azalması gibi konular eczacılar ve krizden etkilenen kadınlar için bir dizi zorluk yaratmaktadır.

Kriz durumlarında, hastalık yükünün beslenme yetersizlikleri ve salgın hastalıklardan kaynaklandığı ve bu durumun kadınlarda çok fazla stres ve kaygıya yol açtığı bilinmektedir. Günlük besin diyetindeki geçici eksiklik veya değişim kaynaklı ishal ve minör enfeksiyonlar gibi sağlıkla ilgili sorunlarda eczacılar tedaviyle ilgili hızlı konsültasyonlar sunabilirler. Bunlara ek olarak eczacıların ilaç tedavisi yönetimi bilgileri kriz sonrası dönemde sağlık sorunlarının önlenmesinde son derece önemli olabilir.

Güney Afrika örneği

2018'in Mart ayında Güney Afrika'nın kuzeybatı bölgesinde şiddet içerikli protestolar başladı. Bu durum ilaç rezervinde ciddi düzeyde bir tahribata neden olmuş, toplumun yaşam, sağlık ve esenliği tehlikeye atılmıştı. Güney Afrika Eczacılar Birliği'ne bağlı bir yapı olan Güney Afrika Hastane ve Kurumsal Eczacılar Birliği, toplumun temel yaşamsal faaliyetleri güvence altına almak üzere, acil durumlarda ilaç ve tıbbi malzeme tedariki için bir ulusal afet yönetimi planı geliştirilmesini acil bir ihtiyaç olarak tanıdı.

3 Sonuçlar

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nde özetlenen 21. yüzyılın en büyük sorun ve önceliklerinden birisi de kadın ve kız çocuklarının güçlendirilmesidir. Tarih boyunca tüm ülkelerde kadınlar, çocukların ve yaşlıların esas bakıcıları oldular. Nüfusun yaşlanması ve uzun zamanlı bakıma olan ihtiyacın artmasıyla birlikte kadınların eğitimsiz bakım verme rolü eşleri, ebeveynleri, eşlerinin ebeveynleri, arkadaşları ve komşuları için her zamankinden daha önemli bir hal alacaktır.

Sağlık sistemleri büyük oranda kadınların eğitimsiz bakım veren rolüne dayanmakta, ancak onlara yeterli düzeyde destek sunmamaktadır. Gayri resmi ve aile içinde bakım veren kadınların oynadığı karmaşık rolden dolayı kadınların bakıcılık rollerini sürdürebilmek ve becerilerini geliştirmek için bir çok destek hizmetlerine ihtiyaçları vardır. Kadın bakım verenlerin kendilerinin de sağlık ihtiyaçları vardır ve sağlıklı kalabilmeleri için bu duruma ayrıca işaret edilmelidir. Dahası, bakıcılık yapmanın kadınların sağlık durumları üzerinde olumsuz etkileri olabilir ve bu durum da göz önünde bulundurulmalıdır.

Kadınlar uzman olmayan bakım verenler olarak sağlık çalışanlarına en yakın kişiler olup aile ev içindeki sağlık sorumluluklarını üstlenirler; erkeklere göre eczaneleri daha sık ziyaret edenler de onlardır. Genel olarak kadınların tedavi arama ve doktora veya eczaneye gitme eğilimleri erkeklerden daha fazladır. Aile bireylerini sağlık çalışanlarına gitmeleri için teşvik edenler ve ilaçlarını alıp almadıklarını ve tedaviyi anlayıp anlamadıklarını kontrol edenler de yine genellikle kadınlardır. Uygulamalı sağlık hizmeti sunuculuğu, bakım yöneticiliği ve ilaç yönetimi denetçiliği dâhil olmak üzere kadınlar bakım hizmeti sunarken birçok görevi yerine getirirler. En kolay erişilebilen sağlık çalışanları olarak eczacılar kadınları bakım verme rollerinde güçlendirmek, bilgi verilmesi gerekliliği ile ilgili olarak kadınlarla iletişime geçmek ve sağlık okuryazarlıklarını geliştirmek için ideal bir konumdadırlar. Yeterli desteğin sağlanması durumunda aile içinde bakım veren kadınlar hasta ihtiyaçlarını sağlamayı ve başka insanları olumlu etkilemeyi başararak bakıcılığın cazip bir deneyime dönüşmesini sağlayabilirler.

Eczacılar hem bulaşıcı hem de bulaşıcı olmayan hastalıklar için sağlığın yaygınlaştırılmasını ve sağlığın kötüleşmesinin önlenmesini amaçlayan bir dizi başarılı ve anlamlı projeler gerçekleştiriyorlar. Eczacılar kadınların gayri resmi bakıcılar olarak güçlendirilmesi, ilaçların sorumlu kullanımının başarılması ve onlara mesleki destek sunulması için harika bir konumdadırlar.

Bu referans belge, eczacılar ve onların örgütleri için kadınları güçlendiren hizmet ve girişimleri keşfetme kılavuzu işlevi görmektedir. Bu hedefe kadınların eğitimini desteklemek ve yaygınlaştırmak ve onlara ilaçların sorumlu kullanımını temin etmek için ihtiyaç duyacakları bilgileri sunmak yoluyla ulaşılabilir. Eczacıların yönettiği girişimler ile eczacılar sürece daha aktif dâhil olabilirler. Bu belge bu alanda olumlu değişimler yaratabilmek amacıyla paydaşlar ile diyalog başlatmak için de kullanılabilir.

4 Ek 1 — Küresel politikalarda kadınlar

4.1 Arka plan

Erkek-kadın ayrımını biyolojiye dayandırmak gibi bir eğilim mevcuttur. Bunun bir sonucu olarak uzun bir süre annelere yönelik sağlık programlarının cinsiyetler arasındaki sağlık farklılıklarının dikkate alınması talebine yeterli düzeyde yanıt verdiği düşünüldü. Bütün sağlık sorunlarında ve sağlık hizmeti sunumunda toplumsal cinsiyet sorunlarını incelemek halen kabul görmüş bir yaklaşım değildir.

Eğitim, istihdam ya da siyasi katılım gibi konularda kadınların yaşadığı dezavantaj verilerle kanıtlanabilir olsa da bu durum sağlık alanında daha karmaşıktır. Birçok politika yapıcısı ve program yöneticisi sağlıkta cinsiyet eşitsizliğinin olduğuna ve cinsiyet temelli bir yaklaşım gerektiğine ikna olmamış durumdadırlar.

Morbidite, sağlık hizmetine erişim ve kötü sağlığın sosyal ve ekonomik sonuçları gibi sağlık alanında cinsiyet ayrımcılığının diğer yönleri de nadiren incelenmiştir.

Bugün hala birçok ülkedeki sağlık sektörü sağlığın sosyal boyutlarını ve belirleyici etmenlerini anlamının konuyla ilgisini göremeyen sağlık meslek grubu liderlerinin sağlık ve afetlere karşı sergilediği biyomedikal yaklaşım ile bilgilendirilmektedir. Sağlık hizmeti sunucuları kendilerini önlerine getirilen bir problemi çözen bir teknisyen olarak görme eğilimindedirler ve kendilerinin herhangi cinsiyet (ya da sosyal) önyargılarına sahip olmadıklarını düşünebilirler. Onlara göre toplumsal cinsiyet temelli bir yaklaşım değerli zamanın ve kaynakların çok daha önemli olan “hayat kurtarma” işinden başka bir hedefe yönlendirilmesi edilmesi anlamına gelmektedir.⁶⁸ Kadınların ihtiyaçlarına göre sağlık hizmeti sunumunun öneminin anlaşılmasında sağlık çalışanlarına yardımcı olmak gerekmektedir.

4.2 Uluslararası politikaların evrimi

Toplumsal cinsiyet ile ilgili düşünceleri sağlık ile bütünleştirmek dünyanın farklı yerlerindeki kadın sağlığı politikaları ve programlarını geliştirme ve uygulama deneyimlerine dayanmalıdır.

1970’lerde dünya çapındaki feminist hareketler kadınların sağlığını etkileyen yasaların, politikaların, programların ve hizmetlerin değişmesini talep ettiler.

Üremelerinde ve cinselliklerinde kadınların rolünün artırılması, sağlık bilgisinin “gizemini” kaybetmesi ve kadın merkezli politika ve programların savunulması, tabandan gelen örgütlü bir aktivizm yoluyla gelişmiş ülkelerde son derece yaygın bir hal almıştı. Bunların hepsi kadın sağlığı savunusunun arkasındaki ivmeyi artırarak 1980’lerde ortaya çıkan uluslararası kadın sağlığı hareketine katkı sağladı. Söz konusu savununun bir sonucu da bazı ülkelerde kadın sağlığı politikalarının geliştirilmesi oldu. 1983’de Brezilya kapsamlı kadın politikaları uygulayan ilk ülkeydi. Avustralya Ulusal Kadın Politikaları 1988’de yapılandırıldı ve Kolombiya’da “Kadın için sağlık, sağlık için kadın” politikası 1992 yılında ortaya konuldu. Güney Afrika’da da kadın sağlığıyla ilgili politikalar 1994’de uygulanmaya başlandı.

Tüm bu örneklerde uygulamaya konulan politikalar cinsel sağlığı ve üreme sağlığını aşarak kadına şiddete, mesleki sağlığa ve ruh sağlığına da işaret etmeye başladılar. Ayrıca her yaş grubundan kadınların ve kız çocuklarının sağlık ihtiyaçlarına dikkat çektiler. Kadın sağlığı hareketi tarafından başlatılan bu politikalar sağlık hizmeti sunucuları, sendikalar, sosyal hizmet görevlileri ve hükümet kurumları gibi farklı sektörlerden birçok paydaşı da içine aldı.⁶⁸

4.3 DSÖ ve uygulamalı toplumsal cinsiyet politikaları

2002 yılında Dünya Sağlık Örgütü toplumsal cinsiyet konularına yeteri kadar önem veren ve kadın erkek eşitliğini yaygınlaştıran araştırma, politika ve programlar yoluyla hem kadınlar hem erkekler daha iyi sağlık hedefine katkıda bulunma hedefiyle sağlık alanındaki ilk cinsiyet politikasını kabul etti. Söz konusu politika ayrıca kadınların ve erkeklerin yaşamları boyunca adalet ve eşitlik edinebilmeleri, en azından yapılan müdahalelerin cinsiyet eşitsizliği yaratılmamasını veya buna katkıda bulunulmamasını temin etme amacı taşıyordu. Daha basit bir anlatımla “cinsiyet ayrımcılığının nerede olduğunu saptayıp ona göre denge sağlama” amacı taşıyordu.

Daha güncel olarak, Dünya Sağlık Örgütü kadın ve çocukların sağlık ve refahını geliştirmek ve bu nüfus grupları içinde önlenebilir hastalıklara son vermek amacıyla 2016-2030 yılları için Kadın, Çocuk ve Ergen Sağlığı Hedefleri'ni kabul etti. Bu program salgının türüne göre değişen birçok girişimi kapsamaktadır. Bunların içerisinde; cinsel ve üreme sağlığı hizmetleri, beslenme, hastalık yönetimi, göğüs ve yumurtalık kanseri taraması ve yönetimi, kadınlara yönelik şiddetin bildirilmesi ve önlenmesi ve hamilelik öncesi risk tespiti ve yönetimi konuları da yer almaktadır.⁶⁹

Kasım 2017'de Dünya Sağlık Örgütü, Küresel Sağlıkta Kadınlar Derneği'nin eşbaşkanlığında Cinsiyet Eşitliği Merkezi'ni kurdu.⁷⁰ FIP dahil olmak üzere 30'dan fazla üyeyi bünyesinde barındırmakta olan bu merkez, dördüncü Sağlıkta İnsan Kaynakları Küresel Forumu'ndan sonra kurulmuştur. Sağlık için Çalışmak programı kapsamında sunulan en temel tavsiyelerden biri olan toplumsal cinsiyet eşitliğinin yaygınlaştırılması ve sağlık işgücünde toplumsal cinsiyet temelli değişikliklerin daha ileriye taşınması amacıyla önemli paydaşları bir araya getirmektedir. Merkez şu anda sağlık ve sosyal hizmetler işgücünde toplumsal cinsiyet eşitliği hakkında bir belge yayımlamaya hazırlanmaktadır.

DSÖ'nün Anne, Yenidoğan ve Çocuk Sağlığı Ortaklığı girişiminin 2030 yılı için son derece ileri hedefleri vardır. Anne, yenidoğan ve çocuklarda ölüm oranını düşürmeyi, üreme ve cinsel sağlık ile üreme haklarında evrensel erişime ulaşmayı ve modern kontraseptifler ile aile planlamasını geliştirmeyi amaçlamaktadır. İhtiyaçların öncelik haline getirilmesi, ortaklıklar oluşturulması ve bu girişimlerin faaliyet ve finansman süreçlerinin hızlandırılmasını amaçlamaktadır.⁶⁹

Her kadın ve çocuğa hayallerini gerçekleştirme şansının verilmesi ve cinsiyetleri yüzünden geri planda kalmamasını temin etmek amacıyla DSÖ Avrupa Bölge Ofisi DSÖ'nün sağlık politikaları çerçevesi olan Sağlık 2020 ile çalışmalarına eşitlik unsurunu da ekleyerek ayrımcılık yapılmaması, eşitlik ve katılımcılık ilkelerini güçlendirdi.⁷¹

4.4 BM Kadın Örgütü (UN Women)

2010 senesinde, Birleşmiş Milletler Genel Kurul kararı ile "BM Kadın Örgütü – Birleşmiş Milletler Cinsiyet Eşitliği ve Kadınların Desteklenmesi Grubu" adlı bir kurum faaliyete geçirildi. BM Kadın Örgütü kadına karşı şiddet, bakım vermeye harcanan emeğin karşılığının ödenmemesi, kendi mülk ve varlıkları hakkında tasarruf etmelerinin sınırlanması ve kamusal ve özel karar alma süreçlerine sınırlı katılım gibi toplumsal cinsiyet eşitsizliklerine işaret etmeye gayret etmektedir.

BM Kadın Örgütü diğer meselelerin yanında şunlar için de çalışmaktadır:

- Kadınlara ve kız çocuklarına karşı yapılan ayrımcılığın son bulması
- Kadınların güçlendirilmesi
- İnsan haklarının, insani faaliyetlerin, barışın ve güvenliğin ortak sahipleri olarak kadın ve erkek eşitliğine ulaşmak

Siyasi düzlemde dikkat çekilmesi gereken toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadın hakları gibi önemli konularda BM Kadın Örgütü araştırma bulgularını, incelemeleri ve politika tavsiyelerini sentezleyen bir dizi politika özeti belgesi yayımladı.⁷¹

Bu belgeler toplumsal cinsiyet eşitliği savunucuları, sivil toplum örgütleri ve cinsiyet eşitliğine ulaşmak isteyen ve kadın haklarını savunan diğer özneler için kaynak olarak kullanılabilir:

- Politika özeti no. 2: Toplumsal cinsiyet eşitliği ve yeni iş alanları açma:¹⁰ "Üçlü Kar Payı" çocukların eğitim ve bakım hizmetlerinden nasıl kaldırılır?
Politika özeti no. 2 kadınların iş gücüne katkı sağlamanı kolaylaştırmanın, çocukların kabiliyetlerini güçlendirmenin ve karşılığı ödenen bakıcılık ekonomisinde yeni iş alanları yaratmanın bireyler, aileler ve toplumlar için son derece büyük bir eksikliği kapattığını belirtmektedir. Bu alandaki politika değişikliklerinden biri de erken çocukluk dönemi eğitimi ve bakım hizmetlerine yatırım yapılması.
- Politika özeti no. 5: Politika özeti no. 5: Karşılığı ödenmeyen bakım hizmetlerinin yeniden dağıtılması ve kaliteli bakım hizmetlerinin sürdürülmesi: Toplumsal cinsiyet eşitliği için bir önkoşul⁷³

Politika özeti no. 5 bakımın önemi üzerinde oluşmaya başlayan mutabakat ile bakımın desteklenmesi için çok fazla siyasi seçenek olmaması arasında boşluğu bu alanı sadece kadınlara özel olarak güçlendirerek doldurmayı amaçlamaktadır. Ev işleri ve karşılığı ödenmeyen bakıcılık hizmetlerinin angaryalığını azaltmak için harekete geçmeyi öne sürmenin yanı sıra angaryanın kadınlar ile erkekler ve aileler arasında ve daha geniş bir anlamda toplum içinde yeniden ve daha eşit dağıtılmasını amaçlamaktadır.

4.5 Sürdürülebilir kalkınma hedefleri

2015 yılında Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'ni ortaya koydu. Bu hedefler herkesin insan haklarını gerçekleştirmenin ve cinsiyet eşitliği ile kadınların ve kız çocuklarının güçlendirilmesinin yollarını aramaktadır. SKH'ler bütünleşiktirler, birbirinden ayrı tutulamazlar ve sürdürülebilir kalkınmanın üç boyutunu dengelerler: ekonomik, sosyal ve çevresel. 2030 yılında ulaşılmak üzere 169 hedefi kapsayan toplam 17 SKH belirlenmiştir.⁷³

SKH'ler ile Sürdürülebilir Kalkınma için 2030 Gündemi'nin kabul edilmesiyle birlikte hükümetler ekonomik, sosyal ve çevresel gelişimin birbirinden ayrı tutulamayacağını net bir biçimde ortaya koydular ve insan hakları, toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadınların güçlendirilmesinin bu hedeflere giden yolda hayati öneme sahip olduğunun bir kez daha tasdik ettiriler. Bunun anlamı 3. SKH'nin kapsadığı sağlık ve esenlik ile ilgili hedeflere ulaşmanın ancak diğer SKH'lere, özellikle toplumsal cinsiyet üzerine olan 5. SKH ile ülkeler arasındaki eşitsizlik üzerine olan 10. SKH'ye ulaşmakla mümkün olacağıdır.

17 SKH içinden 3 tanesi⁷⁵ doğrudan kadınları etkilemektedir:

SKH3: Her yaş grubundan herkes için sağlıklı bir yaşam temin etmek ve esenliğin yaygınlaştırılması

SKH 3 şunları hedefler: Anne ölüm oranının küresel olarak azaltılması; yenidoğanların ve beş yaş altı çocukların önlenemez sebeplerden ötürü ölmesinin engellenmesi; AIDS, tüberküloz, sıtma ve ihmal edilen tropikal salgınların önlenmesi ve hepatit, suda bulaşan hastalıklar ve diğer bulaşıcı hastalıklar ile mücadele; madde bağımlılığının önlenmesi ve tedavisinin güçlendirilmesi; trafik kazalarından doğan ölüm ve yaralanma sayısını 2020'ye kadar yarı yarıya azaltmak; cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişim sağlanmasını temin etmek; evrensel sağlık sigortasına ulaşmak; zararlı kimyasallar ve hava, su ve toprak kirliliği ile kontaminasyon kaynaklı hastalık ve ölümlerin sayısının azaltılması. 2030 yılına kadar bu hedeflere ulaşılması planlanmaktadır.

SKH5: Toplumsal cinsiyet eşitliğine ulaşılması ve bütün kadın ve kız çocuklarının güçlendirilmesi

SKH 5 şunları hedeflemektedir: Bütün kadınlara ve kız çocuklarına karşı yapılan her türlü ayrımcılığa son verilmesi; kaçakçılık ile cinsel ve diğer tür sömürü biçimleri dahil olmak üzere kamusal ve özel alanda kadınlara ve kız çocuklarına karşı yapılan her türlü şiddetin son bulması; çocuk yaşta ve/veya zorla evlilikler ve kadın sünneti gibi zararlı uygulamaların tamamının sonlandırılması; kamu hizmetleri, gerekli yapısal değişikliklerin sağlanması ve sosyal koruma politikaları yoluyla karşılığı ödenmeyen ev ve bakıcılık işlerinin tanınması ve ev ve aile ile ilgili sorumlulukların paylaşılmasının ulusla çapta uygun ölçüde yaygınlaştırılması; siyasi, ekonomik ve kamusal hayattaki her düzende karar alma sürecine kadınların tam ve etkili katılımının ve onlara eşit liderlik fırsatı tanınmasının temin edilmesi; üzerinde mutabık olduğu gibi üreme haklarına ve cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişimlerinin temin edilmesi.

SKH8: Uzun süreli, kapsayıcı ve sürdürülebilir ekonomik büyümenin, tam ve üretken istihdamın ve herkes için kabul edilebilir iş olanaklarının yaygınlaştırılması

SDG 8 şunları hedeflemektedir: ulusal koşullara uygun olarak kişi başına düşen ekonomik büyümenin sürdürülmesi; çeşitlendirme, teknolojik gelişme ve yenilikler yoluyla daha yüksek ekonomik üretkenlik düzeyine ulaşılması; üretkenliği, kabul edilebilir iş olanaklarının yaratılmasını, girişimciliği, yaratıcılığı ve yenilikçi ve mikro, küçük ve orta düzeyde girişim oluşumunu destekleyici gelişim odaklı politikaların geliştirilmesi; üretim ve tüketimde kaynak kullanım verimliliğinin küresel olarak artırılması ve ekonomik büyüme ile çevresel bozulmanın birbirinden ayrılması için çalışılması; bütün kadın ve erkeklere kabul edilebilir iş olanaklarının sunulması ve tam ve üretken bir istihdama ulaşılması; istihdam edilmemiş ve eğitim almayan genç nüfus miktarının 2020'ye kadar büyük ölçüde azaltılması; 2025'e kadar insan kaçakçılığı, zorunlu kölelik, zorla çalıştırmayı sona erdirecek gerekli önlemlerin alınması ve çocuk

işçiliğin en kötü örneklerinin ortadan kaldırıldığı ve yasaklandığının güvence altına alınması; göçmen işçiler, özellikle de kadın göçmenler ve güvencesiz işlerde çalışanlar dahil olmak üzere bütün işçiler için çalışma haklarının ve güvenli çalışma koşullarının temin edilmesi; yeni iş alanları açan ve yerel kültür ve ürünlerin tanıtımını yapan sürdürülebilir turizm faaliyetlerinin tasarlanması ve uygulanması.

4.6 Diğer örgütlerin çalışmaları

Bünyesinde kadınları hedef alan girişimler barındıran çoğu örgüt üreme sağlığı ve çocuklar konuları ile ilgilidir. Bu girişimlerden biri de anne sağlığı, üreme sağlığı, cinsel sağlık ve kadın hakları konularının üzerine yoğunlaşan küresel bir girişim olan *Women Deliver*'dir. Women Deliver aynı zamanda Kadın, Çocuk ve Ergen Sağlığı Küresel Stratejisi ve Anne, Yenidoğan ve Çocuk Sağlığı Ortaklığı girişimlerinin savunusunda DSÖ ile ortak faaliyet göstermektedir.⁷⁶

UNESCO kadınların ve kız çocuklarının güçlendirilmesini ve eğitim haklarını yaygınlaştırmayı amaçlamaktadır. UNESCO, okuma yazma ve ortaöğretime katılma oranını artırmayı amaçlayan ve "Daha İyi Bir Yaşam, Daha İyi Bir Gelecek" adıyla da bilinen Kadınların ve Kız Çocuklarının Eğitimi Küresel Ortaklığı gibi ortaklıklar yoluyla kadınların eğitim hakkını da savunmaktadır.⁷⁷

BM'nin Hayat Kurtaran Emtia Komisyonu kadın ve çocukların hayatını kurtaran metaller hakkında önemli tavsiyeler geliştirmiştir. Daha geniş bir erişim ve kullanım sağlandığı takdirde kadın ve çocuklarda ölüm oranlarını ciddi oranda düşürecek sağlık ürünleri, ilaçlar ve tıbbi cihazlar bu emtianın bazılarıdır. Komisyon bu konuda da bir dizi tavsiye getirmiştir. Hayat kurtaran sağlık ürünlerinin, ilaçların ve tıbbi cihazların bulunabilirliğini artırmayı planlamakta ve bu emtianın üretimi, dağıtımını ve tanıtımını için özendirici tedbirler alınmasını umut etmektedir.⁷⁸

Küresel Sağlıkta Kadınlar küresel sağlık liderliğinde toplumsal cinsiyet eşitliğine ulaşabilmek için bütün toplumsal cinsiyet ve arka plandan insanları bir araya getiren küresel bir hareket temelinde oluşturulmuş küresel bir örgüttür.⁷⁹ Örgüt bu alandaki liderlik için bir ortak çalışma alanı ve tartışma platformu oluşturmakta, belirli eğitimlerini verilmesini kolaylaştırmakta, küresel olarak destek ve bağlılık kazanılmasını sağlamakta ve toplumsal cinsiyet dönüşümü liderliğinde değişim talep etmektedir.

ABD'deki Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri sağlıkla ilgili soruları olan kadınlar için son derece faydalı bir çevrimiçi bilgi kaynağıdır. Belirli sağlık sorunları için kadınlara yönelik bir dizi çevrimiçi sağlık programları vardır. Göğüs ve rahim ağzı kanseri için erken tanı programları ile kanser, kanama bozuklukları, kalp rahatsızlıkları, HIV/AIDS, kısırlık, zührevi hastalıklar ve üreme sağlığı bu hastalık ve programlardan bazılarıdır. Kadınların internete girerek ve bu sağlık sorunlarına ilişkin bilgileri bizzat aramak zorunda olmaları söz konusu programlarla ilgili bir kısıtlamadır. Ayrıca doğrudan iletişime geçerek soru sorabilecekleri kimse de yoktur.⁸⁰

URIDU gelişmekte olan ülkelerde kırsalda yaşayan kadınları güçlendirmeyi amaçlayan kar amacı gütmeyen ve tarafsız bir kuruluştur. Güneş enerjisi ile çalışan ve çeşitli sağlık bilgileri ile donatılmış MP3 çalarlar üzerinden kadınlarda sağlık okuryazarlığını artırmayı ve kadınları güçlendirmeyi hedeflemektedir.⁸¹

FIP başka örgütlerin de kadınların sağlık sorunlarını işaret eden programlarının olmasının değerinin farkındadır. Bununla birlikte özel olarak kadın sağlığı, genel olarak da toplum sağlığı hususlarında giderilmesi gereken birçok boşluk vardır. Bu büyük bir sorundur, ancak diğer yandan da FIP'e, diğer örgütlere ve bireysel eczacılara bu konu üzerinde tesir etme imkânı sunmaktadır.

5 Ek 2 — Kadın sağlığı

Kadınlar ve erkekler arasında sağlık ihtiyaç ve tecrübeleri bakımından biyolojik farklılıklar vardır. Birçok ülkede kadınlar erkeklerden daha fazla yaşamaktadır ve birçok hastalıkta da erkek ölüm oranı kadınlardan daha fazladır.⁶⁸ Örneğin belirli kadın gruplarının sürekli olarak kötü sağlığa daha fazla maruz kalmalarına, daha savunmasız olmalarına ve daha düşük bir esenliğe sahip olmalarına rağmen Avrupa’da kadın ve erkeklerin ortalama yaşam süresi arasındaki fark 15 yıldır.⁷¹

Yaşlı bir kadının kendi yardım ihtiyaçlarını karşılayabilecek çok az sayıda sağlık hizmeti veya finansal desteğin olduğunu keşfetmesi sık karşılaşılan bir senaryodur. Örneğin:¹⁵

- 2014 yılında 65 yaşında olan kadınlar 24 yıl daha yaşayarak 89 yaşına ulaşmayı bekleyebilirler.
- 2005 yılında erkeklerin neredeyse beşte birine karşılık (%21) 75 yaş üzeri kadınların neredeyse yarısı (%48) yalnız yaşamaktaydı.
- 2005 yılında, her dokuz 75 yaş üstü kadından biri ve her beş 85 yaş üstü kadından biri gündelik yaşam faaliyetlerini sürdürebilmek için yardıma ihtiyaç duymaktaydı

Kadınların hayatları boyunca sağlık hizmetine ve ekonomik ihtiyaçları vardır.

5.1 Bulaşıcı hastalıklar

HIV/AIDS, hepatit (B, C, E), kadın genital bölgesinde sistozomyas, sıtma, tüberküloz ve streptokokkus grup B gibi zührevi hastalıklar bulaşıcı hastalıklara dâhildir. Bu bulaşıcı hastalıklar özellikle kadınlar için ürkütücü sorunlar teşkil etmekte ve her yıl dünya genelinde 15 milyon ölüme sebep olmaktadır. Biyolojik farklılıklar, sosyal eşitsizlikler ve kısıtlayıcı kültürel normlar gibi birçok nedenden dolayı kadınların ciddi bir hastalık geçirme riski erkeklerden daha fazladır.⁸²

Sıtma hamile kadınlarda ve beş yaşının altındaki çocuklarda ciddi hastalıklara neden olmaktadır. 2016 yılında dünyadaki toplam sıtma vakası sayısı 216 milyon olarak belirlenmiştir ve bunlardan 445.000’i ölümlü sonuçlanmıştır. DSÖ Afrika Bölgesi sıtma vakası ölümlerin pek çoğuna ev sahipliği yapmaktadır.⁸³

İlaçlı cebinlik kullanımının artmasını, sıtma ilaç ve tedavisinin erişilebilir olmasını ve sıtma salgınlarının önlenmesini ve kontrol altına alınmasını temin edebilmek için UNICEF; DSÖ, Dünya Bankası, BM AIDS, Tüberküloz ve Sıtma Küresel Fonu ve sıtma vakası sayısını azaltmaya yönelik bir girişim olan Roll Back Malaria’nın diğer ortakları ile birlikte çalışmaktadır. 2014 ile 2016 yılları arasında sıtmayla mücadelenin birincil aracı olarak dünya çapında yaklaşık 582 milyon ilaçlı cebinlik dağıtıldı.⁸³ Cebinliklerin çoğu doğum öncesi klinikler aracılığıyla hamile kadınlara ve rutin çocukluk veya kızamık aşısı kampanyaları sırasında beş yaş altındaki çocuklara dağıtıldı.⁸⁴ BM AIDS, Tüberküloz ve Sıtma ile Mücadele Küresel Fonu yardıma en çok ihtiyaç duyan ülke ve insan topluluklarında yerel uzmanlar tarafından yürütülen destek programları için yılda 4 milyar \$ toplamaktadır.⁸⁵ Ancak, kadınlarda bulaşıcı hastalıklar kaynaklı kötü sağlığın önlenmesi için hala yapılması gereken çok şey vardır.

Dünyadaki yetişkin HIV vakalarının 38 milyonu kadınlara aittir:⁷³

- HIV’nin en yaygın olduğu yer olan Sahraaltı Afrika’da kadınların HIV’e yakalanma oranı erkeklerden %30 daha fazladır
- ABD’deki yeni HIV vakalarının %35’i heteroseksüel ilişki sonucu bulaşmış olup bunların %64 ü kadınlarda meydana gelmiştir
- 12 milyona yakın bebek HIV kaynaklı ölümlerden dolayı yetim kalmıştır

2014 sonunda 7.3 milyon insan Küresel Fon (Global Fund) sayesinde salgın hastalıklara karşı antiretroviral tedavi görebilmekteydi.⁸⁶ DSÖ gibi küresel liderlerin bu alanda gösterdikleri sürekli çabalar sayesinde HIV/AIDS salgınında büyük gelişmeler kaydedildi. DSÖ’nun bugünkü hedefi “90-90-90 hedefi” olarak adlandırılmaktadır.⁸⁷ Söz konusu girişim 2020’ye kadar HIV’li insanların %90’ının bu durumdan haberdar olmaları, HIV teşhisi koyulan insanların %90’ının antiretroviral tedavi alması ve HIV ile yaşayan insanların %90’ının virüs yükünün bastırılması hedeflerine

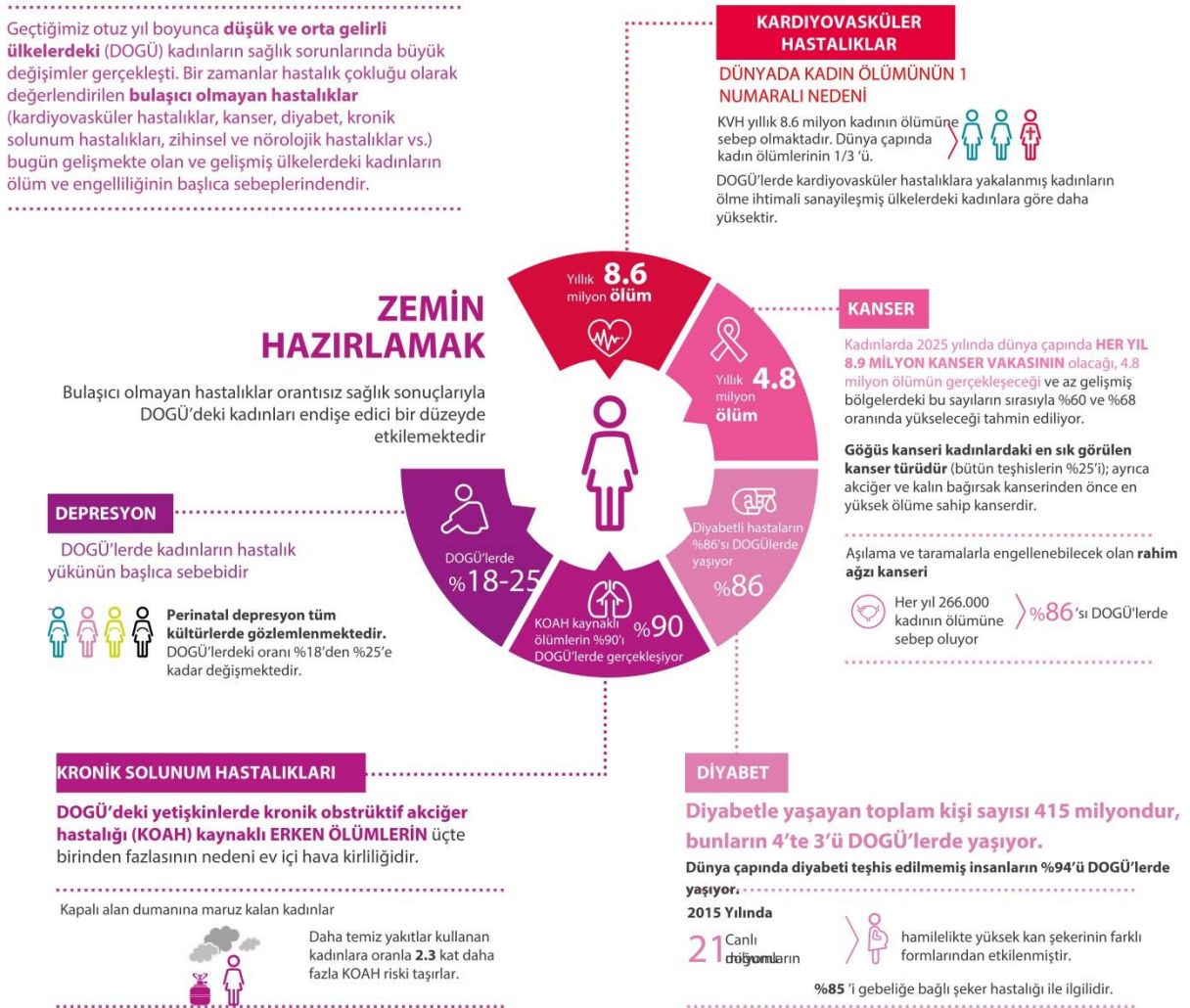
ulaşmak için var gücüyle çalışmaktadır. Bu hedefler HIV/AIDS vakalarının 2020'ye kadar %75 azaltılması küresel hedefi ile örtüşmektedir.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar kültürel sebeplerden ötürü teşhis edilemediklerinden, kadınlar için büyük bir tehlike oluşturmaktadır. Örneğin klamidya enfeksiyonu tedavi edilmezse kadın doğurganlığına büyük zararlar verebilir. ABD'de engellenebilen kısırlığın nedenlerinin %50'si cinsel yolla bulaşan hastalıklardır.

Bazı coğrafi bölgelerde tropikal parazit hastalığı sistozomyas 74 ülkede 200 milyondan fazla insanı etkilemektedir. Kadınların ev işlerinde kirliliğe suya daha fazla maruz kalmalarından dolayı hastalığa yakalanma ihtimalleri daha yüksektir.⁸² Çoğunlukla cinsel yolla bulaşan bir hastalık olarak yanlış teşhis edilen kadın genital sistozomyası tümöre, ülsere ve kısırlığa sebep olabilir ve cinsel yolla bulaşan hastalık riskini artırabilir.

Bulaşıcı hastalıklar kadınlar için ayrıca bir risk teşkil etmektedir, çünkü kadınlar hem daha fazla tehlike altındadırlar hem de hastalığı erkeklerden çok daha ağır geçirmektedirler. Sosyal adaletsizliğin ve kısıtlayıcı kültürel normların üstesinden gelmelerinde ve erken teşhis ve tedaviye erişimlerinin geliştirilmesinde kadınlara yardımcı olan pek çok girişim mevcuttur. Bununla birlikte biyolojik farklılıklara işaret eden ve kadınların ihtiyaçlarına göre özel olarak biçimlendirilmiş bakım hizmetlerinin sunulmasına ayrı bir önem verilmesi gerekmektedir.

5.2 Bulaşıcı olmayan hastalıklar



Şekil 5. Kadınlar ve bulaşıcı olmayan hastalıklar için eylem çağrısı⁸⁸

Bulaşıcı olmayan hastalıkların başlıcaları kardiyovasküler rahatsızlıklar, kanser, kronik solunum hastalıkları ve diyabettir.⁴¹ Kadınlarda ölümlerin üçte ikisi bulaşıcı olmayan hastalıklar ile ilişkilendirilmektedir. Belirli yaşlardaki ölümlerde ise kadınlar erkekleri yaklaşık 10 yıl geriden takip etmektedir. Kadınlar erkeklerden 6 - 8 sene arası daha uzun yaşamaktadırlar ve bu da kadınlarda bulaşıcı olmayan hastalık kaynaklı ölümlerin (16.2 milyon) erkek ölümleriyle (18.4 milyon) benzer düzeyde olmasına olmasına sebep olmaktadır. 16 milyon insan bulaşıcı olmayan hastalıklardan dolayı her yıl hayata erken veda etmektedir. Ölenlerin %82 si orta ve düşük gelir düzeyine sahip ülkelerden olmakla birlikte bu oranlar gelişmiş ülkelere göre çok yüksektir.⁸⁹

Bulaşıcı olmayan hastalıklar genelde tütün kullanımı, alkol tüketimi, kötü çevresel koşullar, sağlıksız beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği gibi risk faktörleri sonucu oluşur.⁴¹

Beslenme ile ilgili risk faktörleri genel olarak kadın ve erkeklerde benzer etki göstermektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde vücut kitle endeksinin ve plazmadaki açlık kan şekerinin yüksekliği dışındaki bulaşıcı olmayan hastalıklara dair risk faktörlerinde kayda değer bir düşüş kaydedildi. Obezite oranları kadınlarda çok büyük bir problemdir, hemen her yerde kadınlar erkeklerden daha obezdir. Semptomatik ve asemptomatik kadınların tedavi alımında da erkeklerle karşılaştırıldığında büyük farklılıklar mevcuttur. Örneğin ilgili değişkenliklerin eş zamanlı olarak takip edildiği bir araştırmada hastanın cinsiyeti, ırkı veya sosyal sınıfının (yaşı değil) hekimin tanısını ve yönetimini etkilediği sonucuna ulaşıldı. Koroner kalp hastalığı için kadınlara daha az soru soruldu, daha az inceleme yapıldı ve daha az tanı testleri yapıldı. Bu farklılıklar eşit bir koruma ve tedaviye karşı kadınların maruz kaldığı cinsiyet önyargısının bir yansımasıdır.⁴¹

Kardiyovasküler hastalıklar

Kardiyovasküler hastalıklar kadınların bulaşıcı olmayan hastalık yükünün önemli bir bileşeni olma özelliğini sürdürmektedirler.⁸⁸ Yıllık 8.6 milyon ölüme sebep olurlar, bu sayı dünya çapındaki kadın ölümünün üçte birine tekabül etmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar dünya çapındaki kadın ölümlerinin bir numaralı sorumlusudur.⁸⁸ Kadınlarda başta gelen ölüm sebeplerinden ikisi olan kalp hastalıkları ve felç gibi risk faktörleri erkeklerde de benzerdirler. Yaş ve aile geçmişinin de bir etkisi olsa da kardiyovasküler hastalık kaynaklı ölümlerin büyük çoğunluğu tütün kullanımı, fazla yağlı, şekerli ve tuzlu besin tüketimi, yüksek tansiyon, yüksek kolesterol, obezite ve diyabet gibi kontrol altına alınabilir risk faktörlerinden kaynaklanmaktadır.⁴¹

Kanser

2025 yılında küresel olarak, sırasıyla %60 ve %68'lik bir artışla kadınlarda her yıl 8.9 milyon kanser vakasının ve 4.8 milyon ölümün gerçekleşeceği tahmin edilmektedir. Göğüs kanseri kadınlarda en çok rastlanan ve en çok ölüme sebep olan kanser türüdür (yeni teşhislerin %25'ini oluşturur), onun ardından da akciğer ve kalın bağırsak kanseri gelir. Aşılama ve tarama ile engellenmesi mümkün olan rahim ağzı kanseri de %86'sı düşük ve orta gelirli ülkelerde olmak üzere her yıl 266.000 kişinin ölümüne sebep olmaktadır.⁸⁸

Diyabet

Diyabetli insan sayısı 415 milyondur ve bunların dörtte üçü düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerdedir. 2015' 21 milyon canlı doğum esnasında yüksek kan şekerinin değişik formlarından etkilenmiştir ve bunların %85'inin sebebi gebeliğe bağlı şeker hastalığıdır.⁸⁸

Kronik akciğer hastalıkları

Düşük ve orta gelirli ülkelerde kronik obstrüktif akciğer hastalığından (KOA) kaynaklanan erken yetişkin ölümlerinin üçte birinden fazlasının sebebi ev içi hava kirliliğidir. Yüksek düzeyde kapalı alan dumanına maruz kalan kadınlar daha fazla yakıtlar kullanan kadınlara oranla 2.3 kat daha fazla KOA riski taşırlar.⁸⁸

Depresyon

Depresyon düşük ve orta gelirli ülkelerdeki kadınların hastalık yükünün başlıca sebebidir. Perinatal depresyon bütün kültürlerde gözlemlenmektedir. Bunun düşük ve orta gelirli ülkelerdeki oranı %18 ile %25 arasında değişmektedir.⁸⁸

Hükümetler, bulaşıcı olmayan hastalıkların etkilerine işaret edebilmek için uluslararası bir mutabakata vararak bulaşıcı olmayan hastalık kaynaklı ölümleri 2025 senesine kadar %25 azaltmayı hedeflemektedir.⁴¹ Nüfus artışı ve yaşlanma gibi sebeplere bağlı olarak, bulaşıcı olmayan hastalık kaynaklı kadın ölümlerinde yaşanan genel artışa rağmen, özellikle

kalp rahatsızlığına bağlı olan yaş almış kişilerdeki ölüm oranları git gide azalmaktadır ve bazı ülkelerde bu azalma şaşırtıcı bir hızla gerçekleşmektedir. Birçok ülkede bu azalma hükümetlerin ve hükümet dışı kuruluşların farkındalığı artırma ve hastalıkları önleme kampanyalarından önce meydana gelmiştir.

Yakın geçmişte tedaviler, özellikle hipertansiyon ve kolesterolü kontrol etmek için yapılan ilaç tedavileri bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklı ölüm vakalarının azaltılmasında önemli rol oynamıştır. Akciğer kanseri (şimdilik henüz erkeklerde), mide kanseri ve spesifik olarak kadın hastalıkları olan göğüs ve rahim ağzı kanserleri de günümüzde bulaşıcı olmayan hastalıklara dahildir. Bugünün zorlu görevi yüksek gelirli ülkelerde kadınlara büyük fayda sağlayan müdahaleleri küresel çapta uygulamaya koy.⁴¹

Bu hastalıklardan etkilenme oranları genel olarak daha yüksek oldukları ve hastalıklarının seyri de erkeklerden daha şiddetli olduğu için bulaşıcı olmayan hastalıklar kadın sağlığı için tehlike arz etmektedir. Kadınların sosyal adaletsizlikleri ve kısıtlayıcı kültürel normları aşmaları için başlatılan girişimler kadınların erken teşhise ve tedaviye erişimlerini artırmaktadır.

Yine de kadınların ihtiyaçlarını ön plana çıkaran bakım hizmetlerinin sunulmasına ve biyolojik farklılıklarla başa çıkılmasına özel bir dikkat verilmelidir.

5.3 Ruh sağlığı

Ruh sağlığına ilişkin hastalıklar kadınlar üzerinde büyük etkiye sahiptir. Toplumdaki insanların yaklaşık üçte birini etkileyen bu hastalıklar dünyada ciddi birer halk sağlığı problemidirler.⁹⁰ Avustralya Sağlık ve Esenlik Enstitüsü'ne göre, ülkedeki kadınların yarısına yakınının (3.4 milyon kişi, %43) ruh sağlığı ve hastalıkları ile bir geçmişi var⁹¹. Farklı toplumlarda ve sosyal bağlamlarda depresyon her zaman kadınlarda iki kat daha sık görülmektedir.⁹² DSÖ Avrupa Bölge Ofisi'nin raporlarına göre ruh sağlığı problemlerine sahip bireylerin sayısı her yaş grubunda artmaktadır. Avrupa'da ergenlik çağındaki genç kızlarda depresyon ve kaygı düzeyinin fazla olması başlı başına bir endişe kaynağıdır.⁷¹

5.4 Toplumsal cinsiyet temelli şiddet

Esenlik bir kavram olarak ve sadece iyi sağlığın değil, aynı zamanda toplumsal ilerlemenin bir ölçütü olarak her geçen gün daha da önem kazanmaktadır. Toplumsal cinsiyet temelli şiddet sadece kadın haklarının bir ihlali değil, aynı zamanda bütün ülkelerde bir halk sağlığı sorunudur.⁷¹ Dünya genelinde her üç kadından biri hayatı boyunca mutlaka en az bir defa fiziksel ya da cinsel tacize uğramıştır. Zorunlu ve istenmeyen hamilelik, güvenli olmayan kürtaj, travmaya bağlı fistül, HIV dahil olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve hatta ölüm dahil olmak üzere şiddet mağdurlarının çoğu cinsellik ve üreme ile alakalı sağlık sorunları yaşıyorlar.⁹³ Cinsiyet eşitsizliği, ayrımcılığı ve toplumsal cinsiyet stereotipleri hayatları boyunca kadın sağlığını etkileyen davranış ve faaliyetlerin altında yatan önemli faktörlerdir.

5.5 Çıkarılan sonuçlar

Sağlık ihtiyaçlarında kadınlar ve erkekler arasında biyolojik farklılıklar vardır. Kadınların sağlığı bulaşıcı olan ve olmayan hastalıklarda daha fazla tehlike altındadır. Buna ek olarak, ruh sağlıkları da erkeklere göre %40 daha fazla rahatsızlığa yatkındır.⁹⁴ Erkekler ve kadınlar arasında biyolojik farklılıklar göz önüne alındığında kadınların ihtiyaçlarının giderilmesine ve sosyal eşitsizlik ile kısıtlayıcı kültürel normları aşmalarına da yardımcı olmaya ayrı bir önem verilmelidir.

Olumlu bir not olarak; etkileyebilecek cinsiyet eşitliğinde ve kadın sağlık ve esenliğinin diğer sosyal, ekonomik ve ekolojik belirleyicilerinde gelişmelerin yaşanması kuşkusuz sevindiricidir. Sağlık sistemlerinin kadınlar için üreme ve anne sağlığı konularında ötesindeki sağlık sorunlarına da işaret edebilmeleri büyük önem teşkil etmektedir.

6 Ek 3 — Sağlık hizmetinde kadınlar

Kadınların sağlık hizmetine ve sağlık hizmeti iş gücüne olan katkıları özel bir ilgiyi hak etmektedir. Kadınlar, ailelere ve topluluklara sağlık hizmeti sağlamada önemli ve hak ettiği değeri göremeyen bir rol oynamakta ve toplumsal zenginliğin yanı sıra toplum sağlığının da önemli itici güçleridir. Son zamanlarda yapılan bir araştırmada kadınların sağlık sistemine katkısının finansal değerinin 2010 yılında toplam 3,1 trilyon \$'a tekabül edecek biçimde, karşılığı ödenmemiş işlerin küresel Gayri Safi Yurtiçi Hasılası'nın% 2,4'ü ve ücretli işlerin GSYİH'sinin % 2,5'i olarak hesaplanmıştır. Hak ettikleri değer verilmiş, hesaba katılmış, önü açılmış ve güçlendirilmiş kadınların ekonomik, sosyal, politik ve çevresel girdileri kapsayıcı ekonomik büyüme ve sürdürülebilir kalkınma için çok önemlidir. Demografik ve epidemiyolojik geçişler, kadınlar için önemli istihdam kaynakları olan sağlık ve sosyal hizmet talebini daha da artıracaktır.

Ne var ki kadınlar bugünün çalışma hayatında ciddi şekilde dezavantajlı durumdadır. Çoğu ülkede işgücündeki kadın sayısı (ücretli ve ücretsiz iş), erkek sayısından oldukça fazladır. 2015 İnsani Gelişme Raporu, kadınların küresel çalışmaların% 52'sine katkıda bulunduğunu hesaplamaktadır. Oysa kadınların işgücüne katılımı (ücretli iş) erkeklerden çok daha azdır (% 50'ye karşı % 77). Kadınların işgücüne katılımı kültürel ve sosyal gelenekler tarafından şekillendirilmektedir. Bu gelenekler, kadınların sağlık ekonomisinde oynayabilecekleri ve oynaması gereken rolleri ciddi biçimde sınırlandırmaktadır.

Kadınlar için uygun iş fırsatlarının genişletilmesinde ve finansmanında sağlık sektörü çok daha büyük bir rol oynayabilir. Örneğin, 123 ülkede kadınlar sağlık ve sosyal sektör istihdamının % 67'sini, toplam istihdamın% 41'ini oluşturmaktadır.⁹⁵

Toplumsal cinsiyet kalıpları kadın sağlık çalışanlarının verimliliğini, dağılımını, motivasyonunu ve görevlerini kısıtlayarak sağlık sistemlerinde yapısal yetersizlikler yaratmaktadır.¹²

Gelişmiş ülkelerde bile kadınları hedef alan sağlık programlarına ve girişimlerine hâlâ büyük bir ihtiyaç vardır. Örneğin, 2014 yılında Kanada'da yapılan bir meta-sentez analizi, Kanada evrensel sağlık sigortasına sahip olmasına rağmen cinsiyete bağlı erişim farklılıkları konusunda hala birçok soru işareti olduğunu göstermektedir.⁷⁷ Hastalığa yatkınlık ve yetersiz düzeyde sağlık hizmeti alabilme zafiyetlerine ek olarak kadınlar sağlık hizmetine erişimde toplumsal cinsiyet temelli zorluklarla da karşılaşabilirler. Kadınların sağlık hizmetlerine erişimi dört ana etmen tarafından belirlenir: bağlamsal koşullar, kısıtlamalar, engeller ve sağlık hizmeti almalarına yönelik caydırıcılar.

7 Ek 4 — Eczacıların kadınların sağlık okuryazarlığını desteklemesi

Sağlık okuryazarlığı, sağlığın yaygınlaştırılmasını ve sürdürülmesini teşvik edecek şekilde bireylerin bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma motivasyonunu ve becerisini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler kümesidir. İnsanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini, bilgi arama ve sorumluluk alma becerilerini arttırmayı amaçlayan önemli bir güçlendirme stratejisidir. Bireyler, sağlık tüketicileri veya (sanki sağlık hizmeti bir sağlık kaynağıymış gibi) sağlık hizmetleri tüketicileri gibi değil, sağlık yaratıcıları olarak görülmelidir.”⁶⁶

Tedavi hatalarını ve hastalık ve ölüm oranlarını azaltmaya, hastalarda güven oluşturmaya ve tedavi yönetiminde daha aktif olmalarına yardımcı olmak için eczacılar sağlık okuryazarlığı konusunda farkındalık sahibi olmalıdır.

Eczacılar birtakım araçlardan faydalanabilirler. Amerika Birleşik Devletleri’ndeki Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı’nın (*Agency of Healthcare Research and Quality*) internet sitesinde ücretsiz olarak erişilebilen çeşitli araçlar sunulmaktadır. Bunlardan eczane ve personeli sağlık okuryazarlığı araç seti, personelin sağlık okuryazarlık düzeyinin ve eczane okuryazarlığının (örneğin, posterler, reklamlar, broşürler vs.) analiz edilmesine yardımcı olur. Yetişkinler için tıp okuryazarlığının süratle ölçülebilmesine yönelik araçlar ile hastaların ne tür bilgiye ihtiyaç duyduklarını anlamalarını sağlayacak sağlık okuryazarlığı değerlendirmeleri de İngilizce dilinde internet sitesinde bulunabilir ve ücretsiz kullanılabilir.

Eczacılar hastalarla görüşmeye başlayabilir ve şu üç basit soruyu sorma konusunda hastaları cesaretlendirebilir:

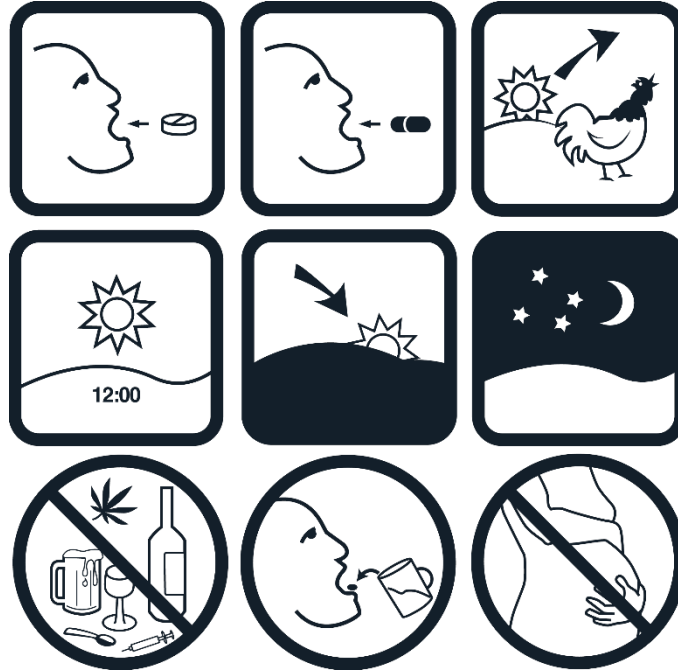
1. “Benim esas sorunum ne”
2. “Ne yapmam gerek”
3. “Benim için yapılması önemli olan şey ne”⁹⁶

Bu sırada olumsuz bir dil kullanmaktan kaçınmak tavsiye edilmektedir (bkz: Şekil 6).

Kaçınılması gereken sözler	Tanım	Örnek söz	Alternatif söz
Tıbbi kelimeler	Sağlık durumunu ifade etmek için kullanılır	Hastalık	Nasıl hissettiğin
		Bozukluk	Sorun
Kavramsal kelimeler	Bir düşünceyi ifade etmek için kullanılır	Kaçın	Kullanma
		Esenlik	İyi sağlık
Kategori kelimeleri	Bir grubu ifade etmek için kullanılır	Ters	Kötü
		Yüksek yoğunluklu egzersiz	Özel bir örnek verin
Değer yargısı kelimeleri	Anlamalarını iletebilmek için bir örneğe ihtiyaçları vardır	Yeterli	Yeterli
		Önemli	Fark yaratmak için yeterli

Şekil 6. Hasta konsültasyonunda kaçınılması gereken sözler⁹⁷

Hastaların sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde piktogram kullanımı şiddetle tavsiye edilmektedir. FIP hastaların daha rahat anlayabilmesi için bazı piktogramlar geliştirmiştir. Bir örneği aşağıda Şekil 7’de mevcuttur:



Şekil 7. İlaçların nasıl alınması gerektiği üzerine piktogram örneği (FIP Piktogram Projesi)

8 Ek 5 — Güçlendirmeyi başarma yolları

Sağlık sorunlarını yöneterek; özellikle de sağlık sorunlarıyla ilgili yeni durumlara etkili bir şekilde uyum sağlayarak, durumu kontrol altına alarak ve böylelikle stresi en alt düzeye indirerek güçlendirme sağlanabilir.

Sağlık personeli ile etkili bir şekilde etkileşime girerek ve tıbbi karar alma sürecine katılarak hastaları bakım sürecine daha aktif katılmaya teşvik edin. Gerçekten de hastaların farklı sağlık bilgi kaynaklarına olan aşinalığının artması kişisel gelişime; özgüvenin, fiziksel ve zihinsel becerilerin artmasına ve sosyal aktivitelere katılımın güçlenmesine katkıda bulunmuştur.

Yaşam tarzı değişikliği ile önleyici davranışların teşvik edilmesi yoluyla hastaları kendi kendilerini koruma becerisini artırın, özbakımda hastaları destekleyin ve tedaviye uyumlarını güçlendirmelerine yardım edin.⁹⁸

Bunlara ek olarak kadınların güçlendirilmesi şunlara da katkı sağlayabilir:

1. Toplumsal cinsiyet kalıplarına işaret edilmesi
2. Kadınların karşılığı ödenmeyen gayri resmi emeğinin tanınması ve hak ettiği değeri görmesi
3. Kadınların sağlık işgücündeki yeri üzerine veriler oluşturulması
4. Toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri içeren kanunların belirlenmesi ve değiştirilmesi

Öğrendiklerini tekrar etmelerini sağlayarak hastaların bilgileri doğru anladıklarını kontrol edin. Hasta eğitimi materyallerini düşük okuma seviyelerini de kapsayacak biçimde hazırlayın, çeşitli resimler kullanın veya daha fazla araç kullanmanın yollarını arayın (sağlık okuryazarlığı araçları için Ek 4'e bakınız). Meslektaşlarınıza ve diğer sağlık çalışanlarına karmaşık bilgilerin nasıl iletileceğini öğretin.

9 Ek 6 — FIP araştırmaları ve öncü girişimlerin incelenmesi

2017'de FIP, kadınlarda sorumlu ilaç kullanımını artırmak için üye örgütler tarafından řu anda ne tür girişimlerin uygulandığını belirlemeye yönelik bir anket geliştirdi. Ankette katılımcılara belirli programların olup olmadığına dair dokuz “evet / hayır” sorusu soruldu. Bir katılımcının “evet” cevabını vermesi durumunda, program türünü hakkında açıklama yapmaları istendi.

Ankete 139 ülke içinden 14 ülke cevap verdi toplam 15 cevap alındı: Vietnam, İzlanda, Belçika, İtalya, Portekiz, ABD (2), Tanzania, Kenya, Hindistan, Çin Tayvan, Mauritius, Sierra Leone, Gana ve İsveç.

- İki yanıt (13%) düşük gelirli ülkelerden geldi
- Altı yanıt (40%) orta gelirli ülkelerden geldi
- Yedi yanıt (47%) yüksek gelirli ülkelerden geldi

Anket, özellikle kadınları hedef alan sınırlı sayıda girişimin olduğunu göstermiştir..

Tablo 1. Ankete gelen yanıtlar (toplam yanıt sayısı n=15)

Soru	Evet	Evet	Yüzde
Yaşlı hastalarda sorumlu ilaç kullanımının desteklenmesinde kadınların rolü / güçlendirilmesine odaklanan program (lar) mevcut mu?	3	12	20%
Çocuklarda sorumlu ilaç kullanımının desteklenmesinde kadınların rolü / güçlendirilmesine odaklanan program (lar) mevcut mu?	3	12	20%
İlaç dolapları ve ilk yardım çantasının yönetilmesinde kadınların güçlendirilmesine odaklanan program(lar) mevcut mu?	2	13	13%
Çocuklarına aşı yapmak konusunda kadınlara eğitim ve bilgilendirme sunmaya odaklanan program(lar) mevcut mu?	0	15	0%
Özellikle kadınlar üzerinden kamu sağlığı sorunlarına işaret eden program(lar) mevcut mu?	3	12	20%
Özellikle kendi ilaçlarını satın alma konusunda kadınları finansal olarak güçlendiren program(lar) mevcut mu?	0	15	0%
İlaç kullanımı okuryazarlığı ile kadınları güçlendiren program(lar) mevcut mu?	2	13	13%
Ev içi sağlıklarını yönetebilmeleri için kadınları güçlendirmek üzerine kurulu program(lar) mevcut mu?	2	13	13%

Soru	Evet	Evet	Yüzde
Bu FIP çalışmasında ortaya koyulan hedeflere uygun olarak programlar geliştiren eczane, eczacı ve/veya öğrenci örgütleri biliyor musunuz?	2	13	13%

İki ülke özellikle kadınların sorumlu ilaç kullanımını yaygınlaştıran programlara sahip olduklarını ifade ettiler:

- Gana’da Accra Anglikan Piskoposluğu’ndaki kadınları hedef alan bir program mevcut. Program güvenli ilaç seçimi ve kullanımını, beklenen etkiyi göremediklerinde ne yapmaları gerektiği ve ilacın sahte olduğundan şüpheleniliyorsa ne yapmaları gerektiği konularında kadınlara eğitim sunuyor.
- Tanzania, 2015 yılının Ulusal Eczacılık Haftası kapsamında akılcı ilaç kullanımı konusunda farkındalık yaratma girişiminde bulundu. Eczacılar yoğun trafik alanlarına çadırlar kurarak aile içinde bakım veren kadınları hedef aldı. Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili önemli noktaları ele aldılar.

Ankete “evet” cevabı veren diğer ülkeler özellikle kadınları veya sorumlu ilaç kullanımını hedef almamakta, ancak kadınları genel nüfusun bir parçası olarak hedef almaktadır.

Filipinler örneği

Filipinler’deki Toplum Temelli Eczacılık Programı müşterilere serbest eczacılık hizmeti sunmanın yenilikçi bir biçimidir. Projenin hedefleri şunlardır:⁵⁸

- Akılcı ve sorumlu ilaç kullanımını yaygınlaştırmak
- Toplumda yaşayan insanların sadece kaliteli ve meşru ilaç ve hizmetlere erişim sağlamalarını temin etmek
- Eczacıların imajını güçlendirmek ve sağlık sistemlerindeki değerlerini geliştirmek
- Topluma hizmet etmeye odaklı güçlü bir girişimci-eczacı profili geliştirmek

Programın faaliyet gösterme mekanizması üç aşamadan oluşur:⁵⁸

1. Aktivasyon öncesi: Bir eczacı belirlenir ve proje hakkında bilgi verilir, eczanesine ilgili işaret ve işaretçiler eklenir ve program liderleri ile eşgüdümleri sağlanır.
2. Aktivasyon: Projenin açıklanması ve genel olarak sorumlu ilaç kullanımı üzerine seminer verilmesi için 50 anne davet edilir, eczacı topluluğa takdim edilir. Tıbbi hizmetlerden de yararlanılmasının önü açılır ve hekim, eczacı ve hemşirelerden oluşan bir ekip de orada mevcut bulunur.
3. Aktivasyon sonrası: Belirlenen çalışma alanı üzerine yürütülen proje sonuçlarının takibi

Çıkarılan sonuçlar

FIP anketi kadınların sorumlu ilaç kullanımı için güçlendirilmelerini hedefleyen ulusal düzeydeki sınırlı sayıda program ve etkinliği tanımlayabildi. Sonuç olarak FIP projesinin belirli bir yaklaşım geliştirebilmek için güvenebileceği sınırlı sayıda örnek vardır.

Ayrıca ankette kadınlar ve sorumlu ilaç kullanımı konusunun kapsamının keşfedilmeye değer ve henüz keşfedilmemiş bir alan olduğu vurgulanmıştır.

10 Kaynakça

1. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2015. New York: United Nations, 2015. Available at: <https://bit.ly/1gixl03>.
2. United Nations. Sustainable Development Goals 2016. New York: United Nations, 2015. Available at: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>.
3. United Nations Women. SDG 5: Achieve gender equality and empower all women and girls. New York: United Nations, 2017. Available at: <http://www.unwomen.org/en/news/in-focus/women-and-the-sdgs/sdg-5-gender-equality#notes>.
4. United Nations. Women's economic empowerment in the changing world of work: Report of the Secretary-General. New York: United Nations, 2016. Available at: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/CN.6/2017/3.
5. United Nations. Progress towards the Sustainable Development Goals. New York: United Nations, 2017. Available at: <http://undocs.org/E/2017/66>.
6. International Pharmaceutical Federation. FIP Reference Paper on the Effective Utilization of Pharmacists in Improving Maternal, Newborn and Child Health (MNCH). The Hague: FIP, 2011. Available at: https://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=325&table_id.
7. Henry J. Kaiser Family Foundation. Key findings from the Kaiser Women's Health Survey. Women and health care: A national profile. Menlo Park, California: The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2005. Available at: <https://bit.ly/2n1bjde>.
8. Zagaria M. Family caregiving: Seniors continue to receive and deliver care. US Pharmacist 2006;12:23–9. Available at: <https://www.uspharmacist.com/article/family-caregiving>.
9. Sharma N, Chakrabarti S, Grover S. Gender differences in caregiving among family-caregivers of people with mental illnesses. World Journal of Psychiatry 2016;6(1):7–17. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4804270/>.
10. United Nations. Gender equality, child development and job creation: How to reap the 'triple dividend' from early childhood education and care services. New York: United Nations, 2015. Available at: <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/12/gender-equality-child-development-job-creation>.
11. U.S. Department of Health and Human Services. Informal caregiving: Compassion in action. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, 1998. Available at: <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/73286/carebro2.pdf>.
12. World Health Organization. Final Report of the Expert Group. Geneva: WHO, 2016. Available at: <https://bit.ly/2Mcl9ml>.
13. van Wezel N, Francke AL, Kayan-Acun E, et al. Family care for immigrants with dementia. Dementia (London) 2016;15(1):69–84. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24403313>.
14. American Psychological Association. Positive aspects of caregiving. Washington, D.C.: American Psychological Association, 2014. Available at: <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/faq/positive-aspects.aspx>.
15. Family Caregiver Alliance. Women and caregiving: Facts and figures. United States of America: Family Caregiver Alliance [Internet], 2003 (updated 2015, cited 25 July 2017). Available at: <https://www.caregiver.org/women-and-caregiving-facts-and-figures>.
16. National Alliance for Caregiving. Evercare study of caregivers in decline: A close-up look at the health risks of caring for a loved one. Bethesda, MD, 2006. Available at: <https://bit.ly/2LJT3Uv>.
17. Navaie-Waliser M, Feldman PH, Gould DA, et al. When the caregiver needs care: The plight of vulnerable caregivers. American Journal of Public Health. 2002;92(3):409–13. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447090/>.
18. Australian Bureau of Statistics. Disability, Ageing, and Carers, Australia: Summary of Findings, 2015. ABS [internet], 2016 [updated 2017, cited 6 June 2018]. Available at: <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/PrimaryMainFeatures/4430.0>.
19. The Commonwealth Fund. Informal Caregiving. New York, Commonwealth Fund [internet], 1999 [cited 6 June 2018]. Available at: <https://bit.ly/2MbgP7Y>.

20. McGhan G, Loeb S, Baney B, et al. End-of-life caregiving: Challenges faced by older adult women. *Journal of Gerontological Nursing* 2013;39(6):45–54. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4103648>.
21. Cannuscio CC, Jones C, Kawachi I, et al. Reverberations of family illness: A longitudinal assessment of informal caregiving and mental health status in the Nurses' Health Study. *American Journal of Public Health* 2002;92(8):1305–11. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447235>.
22. Rice K, Walker C, Main A. Women and informal caregiving. Melbourne, Women's Health Victoria [internet] 2008 [cited 6 June 2018]. Available at: http://whv.org.au/static/files/assets/2aaa851d/Women_and_informal_caregiving_GIA.pdf.
23. Shahly V, Chatterji S, Gruber MJ, et al. Cross-national differences in the prevalence and correlates of burden among older family caregivers in the World Health Organization World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychological Medicine* 2013;43(4):865–79. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22877824>.
24. Erosa N, Elliott T, Berry J, et al. Verbal and physical abuse experienced by family caregivers of adults with severe disabilities. *Italian Journal of Public Health* 2010;7(2):76–84. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3077064>.
25. Tobin S. The persistence of our gendered care deficit. *New America* [internet], 2017. Available at: <https://www.newamerica.org/weekly/edition-172/persistence-our-gendered-care-deficit/>.
26. National Alliance for Caregiving. The MetLife Juggling Act Study: Balancing caregiving with work and the costs involved. MetLife [internet], 1999. Available at: <http://www.caregiving.org/data/jugglingstudy.pdf>.
27. Instituto Nacional de las Mujeres. Uso del tiempo en la Gran Área Metropolitana 2011: una mirada cuantitativa del trabajo invisible de las mujeres. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de las Mujeres [internet website], 2012. Available at: <http://ruie.ucr.ac.cr/catalogo/Record/CIICLA-CIRCA-CD-9371>.
28. Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. San José, Costa Rica: Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor [internet], 2008. Available at: <http://ccp.ucr.ac.cr/espam/espam.html>.
29. World Health Organization. Dying for change: Poor people's experience of health and ill-health. Geneva: WHO [internet], 2001. Available at: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42462>.
30. Davis L, Schensul S, Schensul J, et al. Women's empowerment and its differential impact on health in low income communities in Mumbai, India. *Global Public Health* 2014;9(5):481–94. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4624628/>.
31. Vlassoff C. Gender differences in determinants and consequences of health and illness. *Journal of Health, Population and Nutrition* 2007;25(1):47–61. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3013263/>.
32. Shidhaye R, Patel V. Association of socio-economic, gender and health factors with common mental disorders in women: a population-based study of 5703 married rural women in India. *International Journal of Epidemiology* 2010;39(6):1510–21. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2992631/>.
33. Welsh P. Men aren't from Mars: Unlearning machismo in Nicaragua. London: Catholic Institute for International Relations [internet], 2001. Available at: <http://www.progressio.org.uk/sites/progressio.org.uk/files/Men-arent-from-Mars.pdf>.
34. Pharmacy in the UK. Pharmaceutical Group of the European Union [internet]. No date [cited 9 August 2017]. Available at: <https://bit.ly/2O45Jm2>.
35. Boardman H, Lewis M, Trinder P, et al. Use of community pharmacies: A population-based survey. *Journal of Public Health* 2005;27(3):254–62. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15870098>.
36. Hoti K, Hughes J, Sunderland B. An expanded prescribing role for pharmacists — an Australian perspective. *The Australasian Medical Journal* 2011;4(4):236–42. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3562903/>.

37. International Pharmaceutical Federation. Fighting antimicrobial resistance. The Hague: International Pharmaceutical Federation [Internet]. 2015. Available at: <https://www.fip.org/files/fip/publications/2015-11-Fighting-antimicrobial-resistance.pdf>.
38. International Pharmaceutical Federation. An overview of current pharmacy impact on immunisation. The Hague: International Pharmaceutical Federation [internet], 2015. Available at: http://www.fip.org/files/fip/publications/FIP_report_on_Immunisation.pdf.
39. Dingman DA, Schmit CD. Authority of pharmacists to administer human papillomavirus vaccine: Alignment of state laws with age-level recommendations. *Public Health Reports* 2018;133(1):55–63. Available at: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0033354917742117>.
40. Conselho Federal de Farmácia, editor. Guia de prática clínica: Sinais e sintomas do aparelho genital feminino. Brasília: Conselho Federal de Farmácia [internet], 2017. Available at: <https://bit.ly/2n6KioU>
41. Bonita R, Beaglehole R. Women and NCDs: Overcoming the neglect. *Global Health Action* 2014;7:10.3402/gha.v7.23742. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4012074/>.
42. World Health Organization. Female Smoking. Geneva: WHO [internet]. No date [cited 29 August 2017]. Available at: <http://www.who.int/tobacco/en/atlas6.pdf>.
43. International Pharmaceutical Federation. Focus on mental health. The Hague: FIP [internet], 2015. Available at: http://fip.org/files/Focus_on_mental_health_final.pdf.
44. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP Statement on the Pharmacist's Role in Substance Abuse Prevention, Education, and Assistance. *American Journal of Health-System Pharmacy* 2014;71(3):243–6. Available at: <http://www.ajhp.org/content/ajhp/71/3/243.full.pdf>.
45. Peters LM, DiPietro Mager NA. Pharmacists' provision of contraception: Established and emerging roles. *Innovations in Pharmacy* 2016;7(3):Article 15. Available at: <https://pubs.lib.umn.edu/index.php/innovations/article/download/458/452/>.
46. Beitz J. Increasing access to reproductive health services through pharmacists. *Outlook* 2004;21(2). Available at: http://www.path.org/publications/files/EOL_21_2_sept04.pdf.
47. Livio SK. Lawmakers vote to let NJ pharmacists prescribe birth control. *NJ.com* [internet], 2016. Available at: https://nj.com/politics/index.ssf/2016/05/lawmakers_agree_pharmacists_should_be_allow_to_pre.html.
48. Gribbin A. Tackling depression in a rural community. *Chemist and Druggist* [internet], 2008. Available at: <https://www.chemistanddruggist.co.uk/content/tackling-depression-rural-community>.
49. Garcia Perea AJ. El farmaceutico en la alimentacion. *Los Estudios Plenufar. Trastornos de la Conducta Alimentaria* 2013;18:1942–67. Available at: http://www.tcasevilla.com/archivos/farmaceutico_en_alimentacion.pdf.
50. Garcia Perea AJ. Nutritional education from pharmacies: PLENUFAR Studies. Madrid: Spanish Nutrition Society [internet], 2017. Available at: <http://www.sennutricion.org/es/2017/05/01/educacin-nutricional-desde-las-farmacias-estudios-plenufar>.
51. Williams MV, Baker DW, Honig EG, et al. Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. *Chest* 1998;114(4):1008–15. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9792569>.
52. Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, et al. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Education and Counseling* 2003;51(3):267–75. Available at: [https://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(02\)00239-2/fulltext](https://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(02)00239-2/fulltext).
53. Wolf MS, Davis TC, Shrank W, et al. To err is human: patient misinterpretations of prescription drug label instructions. *Patient Education and Counseling* 2007;67(3):293–300. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17587533>.
54. Ali S, Chaudary T, ul Ain Q. Effect of maternal literacy on child health: Myth or reality. *Researchgate.net* [internet], 2011. Available at: <https://bit.ly/2KfTPHg>.
55. Hristov S. Increasing women's health literacy. *Australian Nursing and Midwifery Journal* 2015;22(9):38. Available at: <https://bit.ly/2n5Y2QJ>.
56. Medications CftPUo. Proper Use of Medications. Medications CftPUo [Internet]. 2016 [cited 2016 August 5]. Available at: <http://www.rad-are.com>.

57. International Pharmaceutical Federation. Pharmacy as a gateway to care: Helping people towards better health. The Hague: FIP, 2017. Available at: <http://fip.org/files/fip/publications/2017-04-Pharmacy-Gateway-Care.pdf>.
58. International Pharmacy Journal. FIP Roundtable. Women are key allies in achieving responsible use of medicines. The Hague: FIP, 2017. Available at: <https://www.fip.org/files/members/members-general/ipj/2017/ipj2017no2/m/index.html#/page/0>.
59. World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Geneva: WHO, 2003. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>.
60. IMS Institute for Health Informatics. Advancing the responsible use of medicines: Applying levers for change. IMS, 2012. Available at: <https://bit.ly/2yC6AY9>.
61. World Health Organization. The pursuit of responsible use of medicines: Sharing and learning from country experiences. Geneva: WHO, 2012. Available at: http://www.who.int/medicines/publications/responsible_use/en/.
62. Wick JY. Menopause: A stepwise approach to relief. Pharmacy Times [internet], 2011. Available at: <https://bit.ly/2vrZf8z>.
63. American College of Obstetricians and Gynecologists. Compounded bioidentical menopausal hormone therapy. Committee opinion no 532. Obstetrics and Gynecology 2012;120:411–5. Available at: <https://bit.ly/2Kj28y9>.
64. International Pharmaceutical Federation. Sustainability of pharmacy services: Advancing global health. The Hague: FIP [internet], 2015. Available at: <http://fip.org/files/fip/Sustainability-Pharmacy-Services- Executive summary 2.pdf>.
65. Caja Costarricense De Seguro Social. Protocolo de Atención Farmacéutica domiciliar: participación del farmacéutico en el escenario domiciliar. San José: Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos; 2014.
66. UNESCO. Promoting health and literacy for women's empowerment. Hamburg: UNESCO Institute for Lifelong Learning [internet], 2016. Available at: <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002456/245698e.pdf>.
67. Pincock LL, Montello MJ, Tarosky MJ et al. Pharmacist readiness roles for emergency preparedness. American Journal of Health-System Pharmacy 2011;68;620–3. Available at: <http://www.ajhp.org/content/68/7/620>.
68. Ravindran TKS, Kelkar-Khambete A. Women's health policies and programmes and gender-mainstreaming in health policies, programmes and within health sector institutions. Geneva: World Health Organization [internet], 2007. Available at: <https://bit.ly/2vvH7eb>.
69. Every Woman Every Child. The global strategy for women's, children 's and adolescent's health (2016–2030). Geneva: Every Woman Every Child [internet], 2016. Available at: <https://bit.ly/2ODo5eA>.
70. World Health Organization. Social determinants of health: Women and gender equity. Geneva: WHO [internet], 2018. Available at: http://www.who.int/social_determinants/themes/womenandgender/en/.
71. World Health Organization. Women's Health. Geneva: WHO [internet], 2017. Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/womens-health>.
72. UN Women. UN Women policy brief series. New York: UN Women [internet], 2015. Available at: <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/12/un-women-policy-brief-series>.
73. UN Women. Redistributing unpaid care and sustaining quality care services: A prerequisite for gender equality. New York: UN Women [internet], 2016. Available at: <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2016/3/redistributing-unpaid-care-and-sustaining-quality-care-services>.
74. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York: UN Department of Economic and Social Affairs [internet], 2015. Available at: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.
75. United Nations. Sustainable Development Goals. New York: UN Department of Economic and Social Affairs [internet], 2015. Available at: <https://sustainabledevelopment.un.org/topics/sustainabledevelopmentgoals>.

76. Women Deliver. An Unwavering Advocate for Girls and Women. New York: Women Deliver [internet], 2017. Available at: <http://womendeliver.org/>.
77. UNESCO. Education and gender equality. Paris: UNESCO [internet], 2017. Available at: <http://en.unesco.org/themes/women-s-and-girls-education>.
78. Pronyk PM, Nemser B, Maliqi B, et al. The UN Commission on Life Saving Commodities 3 years on: global progress update and results of a multicountry assessment. *Lancet Global Health* 2016;4(4):e276–86. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27013314>.
79. Women in Global Health. Our Approach. Women in Global Health [internet], 2018. Available at: <http://www.womeningh.org/our-approach>.
80. Centers for Disease Control and Prevention. Health Equity. Atlanta: CDC [internet], 2017. Available at: <https://www.cdc.gov/women/index.htm>.
81. URIDU. We make vital information accessible where it's needed most. Annweiler am Trifels: URIDU [internet], 2017. Available at: <http://www.uridu.org/>.
82. Gerberding J. Women and infectious diseases. *Emerging Infectious Diseases* 2004;10(11):1965–7. Available at: <https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/10/11/pdfs/04-0800.pdf>.
83. World Health Organization. World Malaria Report 2017. WHO [internet], 2017. Available at: <https://bit.ly/2MbpgjQ>.
84. Bellamy C. Globalization and infectious diseases in women. *Emerging Infectious Diseases* 2004;10(11):2022–4. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3329001/pdf/04-0485.pdf>.
85. United Nations. The Global Fund. New York: United Nations [internet], 2017. Available at: <https://www.theglobalfund.org/en/>.
86. United Nations Foundation. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. New York: UN Foundation [internet], 2015. Available at: <http://www.unfoundation.org/what-we-do/partners/organizations/the-global-fund.html>.
87. World Health Organization. Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance. Geneva: WHO [internet], 2017. Available at: <https://bit.ly/2KgQxA9>.
88. NCD Alliance. A call to action: Women and non-communicable diseases. Geneva: NCD Alliance [internet], 2016. Available at: <https://bit.ly/2cG3eof>.
89. World Health Organization. NCD and Women. Geneva: WHO [internet], 2016. Available at: <http://www.who.int/global-coordination-mechanism/ncd-themes/NCD-and-women/en/>.
90. World Health Organization. Gender and women's mental health. Geneva: WHO [internet], 2001. Available at: http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/.
91. Sheshthyn P. The distance between us: Are men and women so different? How do health outcome and risk factor differs between sexes? The answer may surprise you. *Australian Journal of Pharmacy* [internet], 2017. Available at: <https://ajp.com.au/news/the-distance-between-us/>.
92. World Health Organization. Gender disparities in mental health. Geneva: WHO [internet], 2001. Available at: http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf.
93. United Nations Population Fund. Gender-based violence. New York: UNFPA [internet], 2017. Available at: <http://www.unfpa.org/gender-based-violence>.
94. Ball J. Women 40% more likely than men to develop mental illness, study finds. London: The Guardian [internet], 2013. Available at: <https://www.theguardian.com/society/2013/may/22/women-men-mental-illness-study>.
95. International Labour Organization. ILOSTAT. Geneva: ILO [internet], 2016. Available at: <http://bit.ly/2uxHru6>.
96. Thomas S. Health literacy in the pharmacy. *Pharmacy Times* [internet], 2016. Available at: <https://bit.ly/2OEuzcW>.
97. Scarpace-Schroeder K. Health literacy tools in the pharmacy. *Drug Topics* [internet] 2014. Available at: <https://bit.ly/2O1sF5m>.
98. Nikbakht NA, Sabzevari S, Negahban BT. Women empowerment through health information seeking: A qualitative study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery* 2015;3(2):105–15. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26005690>.

International
Pharmaceutical
Federation

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

Andries Bickerweg 5
2517 JP The Hague
The Netherlands

-
T +31 (0)70 302 19 70
F +31 (0)70 302 19 99
fip@fip.org

-
www.fip.org

| Pharmacists supporting women / 09/ 2018