



© Uluslararası **İnsan Bilimleri** Dergisi

ISSN: 1303-5134
www.insanbilimleri.com

Cilt: 4 Sayı: 1 Yıl: 2007

CİNSİYET'İN HIV/AIDS ÜZERİNE ETKİLERİ

Emel TAŞÇI Aynur SARUHAN

Özet

HIV/AIDS üzerinde cinsiyetin etkisi epideminin anlaşılmasında önemlidir. HIV/AIDS çağımızın en önemli sorunlarından biridir. HIV/AIDS sadece tıbbi bir hastalık değil, aynı zamanda ekonomik, kültürel, psikolojik ve sosyal boyutları da olan bir sorundur.

Kadınlar biyolojik ve kültürel faktörlerden dolayı HIV'e karşı erkeklerden daha duyarlıdırlar. HIV taşıyan kadınlar sağlıklarına dikkat etmekte güçlük çektikleri gibi çocukları ve diğer aile fertlerinin de HIV virüsü almaları ihtimali yüzünden büyük bir yük taşımaktadırlar. Çoğunlukla sosyal destek yetersiz kalmakta ve dışarıdan gelen müdahalelerle tedavinin gerektirdiği koşullardan yeterince yararlanamamaktadırlar.

HIV riski altındaki kadınların karşılaştığı sorunların çoğu medikal olmaktan çok toplumsaldır. Birçok HIV ile enfekte olan kadın, bakımı için yeterli sosyal destek yada eşit zaman görmeksizin izole edilmiştir ve bu eşitsizliğin hala daha sürdüğü düşünülmektedir.

Cinsiyetin HIV/AIDS üzerindeki etkisi analiz edildiğinde, eğitim ve bilgilendirme programlarının artırılması ve politikalara uyarlanmasıyla kadınların güçlendirilmesinin önemi görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: AIDS, HIV, kadın, cinsiyet

IMPACTS TO HIV/AIDS OF GENDER

Emel TAŞÇI Aynur SARUHAN

Abstract

The impact of gender on HIV/AIDS is an important dimension in understanding the evolution of the epidemic.

HIV/AIDS is one of the vital problems of our century. HIV/AIDS is not merely a medical disease but also is a problem, which possesses economical, cultural, psychological and social dimensions. Women are more vulnerable to HIV than men because of biological and cultural factors.

Besides women who carry HIV virus experience difficulty in taking care of their own health, they also carry the burden of possibility that their children and other members of the family might catch HIV virus. Most often, social support is insufficient and the conditions brought by treatment cannot be utilized appropriately due to external interventions.

Most of the problems that women under the risk of HIV run into are largely social rather than medical. Many women infected with HIV were isolated because they didn't get of sufficient social support or didn't equal time for their care and it is thought that this inequality still continues.

An analysis of the impact of gender on HIV/AIDS demonstrates the importance of integrating gender into HIV programming and finding ways to strengthen women by implementing policies and programs that increase their access to education and information. Women's empowerment is vital to reversing the epidemic.

Keywords: AIDS, HIV, women, gender.

1. Giriş ve Amaç

Cinsiyet, kadın ve erkek arasındaki biyolojik fark olarak tanımlanmaktadır. Fakat sosyal yapı, güç, roller, sorumluluklar açısından kadınlar, erkeklerden farklı konumdadır. İnsanlar kadın yada erkek doğarlar fakat, kadın yada erkeklığe doğru adım atarken cinsiyet rollerini öğrenirler.

HIV/AIDS üzerinde cinsiyetin etkisi epideminin gelişiminin anlaşılmasında önemlidir. Kadınlar biyolojik ve kültürel faktörlerden dolayı HIV enfeksiyonuna karşı daha savunmasızdırlar (Türmen 2003).

HIV/AIDS çağımızın en önemli sorunlarından biridir. HIV/AIDS sadece tıbbi bir hastalık değil, aynı zamanda ekonomik, kültürel, psikolojik ve sosyal boyutları da olan bir sorundur (Duyan 2001).

AIDS epidemisi ile birlikte tüm toplumlarda AIDS'li hastalar hastalığın getirdiği sorunlarla baş etmekle kalmayıp, başka sorunlarla da karşı karşıya kalmış durumdadırlar. Sosyal davranışları nedeniyle hayat kadınları, homoseksüel, heteroseksüel insanlar kurban durumdadır (Bayık 1994).

AIDS dünyada ilk olarak Amerika Birleşik Devletlerinde homoseksüel genç erkekler arasında görülmeye başlamış olsa bile şu anda dünya üzerindeki 42 milyon AIDS hastanın 19.2 milyonu kadınlar, 3.2 milyonu ise 15 yaşın altındaki çocuklar oluşturmaktadır. Türkiye'de Haziran 2003 itibariyle 1601 AIDS vakası kayıtlara geçmiş olup hastaların %50.91'inin heteroseksüel, %7.81'inin homoseksüel ilişki ile %6.31'inin damar içi ürünleri yoluyla, %1.44'ünün anneden bebeğe gebelikte, doğumda ve emzirmekle, %30.04'ü ise bilinmeyen sebeplerle HIV enfeksiyonuna yakalanmaktadır (Çakır 1994).

Geçen yıllarda, HIV pozitif kadınların oranı hızla artmıştır. 1997'de HIV'li kadınların oranı %41 iken, 2004'te % 50 oranına yükselmiştir; Bu oran Kuzey Amerika (2004'te %25, 2001'de % 20), Okyanusya'da (2004'te %21, 2001'de %17), Latin Amerikada (2004'te %36, 2001'de %35), Karahipler'de (2004'te %49, 2001'de %48), Doğu Avrupa'da ve Merkez Asya'da (2004'te %34, 2001'de %32)'dir. Bu artışa neden olan bölgesel faktörlerin karşılaştırılması zordur. Fakat, cinsiyet eşitsizlikleri özellikle kadın ve erkek arasındaki cinsel ilişkileri yöneten kuralların, sorunun ana teması olduğu kesindir (Operational Guide on Gender and HIV/AIDS 2005).

HIV virüsü günümüzde 25–44 yaş arası kadınların ölüm sebepleri arasında üçüncü sıradadır (Kadın ve sağlık). HIV prevalansı kadınlarda en yüksektir ve riskler azaltılamamaktadır. Kadın ve erkeklerin her ikisi de risk altındadır fakat, toplumsal cinsiyet düşünceleri ve normların sonucunda, kadınlar daha fazla etkilenmektedir. Cinsiyetin HIV/AIDS üzerindeki etkisi analiz edildiğinde, eğitim ve bilgilendirme programlarının artırılması ve politikalara uyarlanmasıyla kadınların güçlendirilmesinin önemi görülmektedir. Epideminin azaltılmasında kadınların güçlendirilmesi önemlidir (Türmen 2003).

Bu makalenin amacı, HIV/AIDS'e karşı kadın hassasiyetinin belirleyicilerinin ve HIV/AIDS'in kadınlar üzerindeki etkilerinin vurgulanmasıdır.

2.Kadın Hassasiyetinin Belirleyicileri

2.1.Biyolojik

Biyolojik açıdan bakılınca, kadınlar HIV enfeksiyonuna karşı erkeklerden daha yatkındır (United Nations Population Fund (UNFPA) 2002).

Kadınlardan erkeklere geçişe göre, erkeklerden kadınlara geçiş iki yada dört kez daha fazladır. Genç kadınlar, HIV enfeksiyonuna karşı daha hassastır. Bunun nedeni, cinsel aktivite sırasında, immatür genital yapıdan dolayı yaralanmaların oluşmasıdır. Bu faktör enfeksiyonun girişini artırmaktadır (UNAIDS 1998).

Ülseratif lezyonların ortaya çıkmasını sağlayan, sifilis, genital herpes ve şankroid gibi cinsel yolla geçen hastalıklar HIV geçiş oranını artırmaktadır (Plummer et al 991, Greenblatt, et al. 1998). Cohen ve arkadaşları, 144 hayat kadını ile yaptıkları çalışmada HIV enfeksiyonunun bakteriyel vajinozisten bağımsız olduğunu bildirmişlerdir (Cohen et al. 1995).

2.2.Sosyal ve Kültürel

Sosyal ve ekonomik durum ve kültürel beklentiler, kadın ve erkeğin HIV enfeksiyonu riskini artırmaktadır (Jewkes, Levin, Penn-Kekana 2003). Genç kadınlar daha olgun olma eğilimindedirler. Bu yüzden, cinsel yolla bulaşan hastalığı olan deneyimli partnerlerle birlikte olurlar. Özellikle fakir, birçok genç kadın, para karşılığında yaşlı erkeklerle cinsel ilişkiye girmeye eğilimlidirler. Kadınlar güç ve ekonomik bağımsızlık yetersizliğinden dolayı, güvenli seks ve kondom kullanımında söz sahibi olamamaktadırlar. Bu yüzden para karşılığı cinsel ilişkide bulunan kadınların güvenli seks yapabilme oranları da düşüktür (Türmen 2003).

HIV'li kadınların cinsel uygulamalarında değişiklik yapma konusunda kontrol düzeyleri sınırlıdır. Bir kişinin cinsel eşine kendisini ve onu korumak amacıyla HIV'li olduğunu söylemesi durumunda da kadınlar aleyhine çok daha risk bulunmaktadır (Duyan 2001).

Öte yandan kadınların seks pazarında çalışmaları, biseksüel eşleri olmaları, doğumda geleneksel ara ebesi rolünü üstlenmeleri gibi durumlar AIDS ile daha fazla karşılaşma risklerini artırmaktadırlar (Bayık 1994).

2.3. Şiddet

Kadınlara karşı şiddet, özellikle sekse zorlamak kadınların HIV/AIDS'e karşı duyarlılığını artırmaktadır. Şiddet tehlikesi, kadınların cinsel ilişkide durumlarını özellikle de kondom kullanımını, kadınların sosyal destek arama ve HIV testi yaptırma gibi servisleri kullanımını etkileyebilmektedir. Örneğin, HIV ile enfekte olduğunu bilen kadınların çoğu partnerlerine, şiddetle karşılaşmaktan korktukları için açıklama yapmaktan çekinmektedirler(Türmen 2003).

Yapılan araştırmalara göre çocuklukta ve yetişkinlikte cinsel ve fiziksel istismar öyküsü, kişilerin HIV ile enfekte olma riskini belirlemektedir (Ledet, Porche 2003).

Genel popülasyon prevalansının yüksek ve kadının sosyal durumunun düşük olduğu ülkelerde cinsel şiddet yoluyla HIV enfeksiyonunun geçişi daha yüksektir. Güney Afrika Soweto'da antenatal kliniklere gelen 1366 kadınla yapılan bir araştırmada, partnerlerinden fiziksel, cinsel şiddet gören kadınlarda HIV enfeksiyon oranının yüksek olduğu saptanmıştır (Operational Guide on Gender and HIV/AIDS 2005).

Simoni'nin yaptığı çalışmada HIV/AIDS'li kadınlarda travma deneyimleyenlerin yüzdesi oldukça yüksektir. Kadınların %59'u cinsel istismar ve %69'u yaşamın herhangi bir döneminde fiziksel istismar yaşamışlardır. Fiziksel ve cinsel istismar yaşayanların %54'ü 16 yaşında ve %52'si ise daha erken yaşlarda bu deneyimlerden birini yaşamıştır (Simoni, Cooperman 2000).

Gielen ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, katılımcıların %41'i çocukken cinsel olarak istismara uğradıklarını, % 63'ü yetişkinlikte en az bir kere cinsel yada fiziksel saldırıya maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (Gielen, McDonnell, Faden 2001).

2.4. Kanunlar ve Kadın Hakları

Kadınlara yönelik kanunlar, kadınların HIV/AIDS riskinin artmasına katkıda bulunmaktadır. Birçok toplumda, zorla evliliklerden kadınları koruyan yada boşanmalarına imkan tanıyan, kadınlara mal miras kalmasını sağlayan legal gecikmeler var olmaktadır.

Birçok ülkede kızların erken yaşta evlenmeleri ortak bir sorundur. Bu sorun kanunlarla da onaylanmaktadır. Genç kızlar daha yaşlı erkeklerle evlenmektedirler ve bu durumda cinsel aktivite, kaynak, otorite, bakımından güç dengesizliğini artırmaktadır (Türmen 2003).

İnsan hakları konusu AIDS ile ilişkili yaygın bir konu olmasına rağmen kadınların HIV riskine karşı yetersiz bir tepki ve ilgi vardır. AIDS'e karşı başlıca halk sağlığı tepkisinde, kişilere karşı davranışsal müdahaleler amaçtır. Fakat bu yaklaşım, toplumun adil olmayan sağlıksız yasalar, siyaset uygulamalarını elimine etme çalışmalarıyla, AIDS'li kadın konularında başarılı olamamıştır. Kurallar ve yasaların kontrol edilme süreci, eğitim, boşanma hakları konusunda olmalıdır (Gollub 1999).

Kısaca Dünya çapında kadınlar ikinci sınıf vatandaş durumundadırlar. Kadın hakları ve onuruna saygı gösterilmediği sürece toplumun HIV'e açıklığı artmaktadır (Mann 2004).

Tarihsel, sosyal, kültürel, ekonomik, politik ve erkek ve kadınların eşit olmasına engel olan yasal engeller vardır. Geçmiş deneyimler, sağlık ve yaşamda kadın haklarının gerçekliği konusunda birçok engel olduğunu göstermektedir. Medikal tedavide ev halkının erkeklere kadınlardan fazla para harcama eğilimi bu engellerden biridir. Diğer engeller yetersiz üreme ve cinsel sağlık hizmetleriyle ilgilidir; kadın ve kızlara karşı sağlık çalışanlarının negatif yaklaşımları, yetersiz tedavi ile sonuçlanmaktadır.

Cinsiyet eşitliği, HIV enfeksiyonuna karşı duyarlılığının azaltılmasında ve kişilerin, ev halkının ve toplumun HIV/AIDS ile baş etme yeteneklerinin artırılmasında daha etkili bir stratejidir. Kadın ve kızların insan haklarına gerçekten saygı duyulduğunda, toplumda, iş yerinde, okulda, politikada erkeklerle eşit olacaklar ve epideminin hızla yayılımının durması mümkün olacaktır (Operational Guide on Gender and HIV/AIDS 2005).

2.5. Eğitim, Bilgi ve Beceriler

Cinsellik hakkında bilgi yada eğitim, HIV riskinin belirlenmesinde önemlidir. Birçok kültür, kadınlığın özelliği olan cinsel etkileşim hakkında bilgisizdir.

Bazı toplumlarda kızlar ev işleri yada hasta birinin bakımı için okuldan alınır bu durum da onların eğitim ve geleceklerini tehlikeye atmaktadır. Bu eşitsizlik, kadınların fikirlerini söyleyebilmelerinde oldukça etkilidir. Eğitim olanaklarının azaltılması, HIV/AIDS ile ilgili bilgi eksikliğini de beraberinde getirmektedir (Türmen 2003).

2.6.Yoksulluk

HIV ve yoksulluk içinden çıkılmaz şekilde birbirine bağlıdır. Yoksulluk HIV/AIDS geçişinde etkilidir. HIV/AIDS te yoksulluğa neden olmaktadır. Toplumda kadınlar, erkeklere göre daha fakir oldukları için ciddi şekilde etkilenmektedirler. Her ne kadar kadınların ekonomik durumları geliştirilse de erkekler ve kadınlar arasında önemli derecede eşitsizlikler mevcuttur ve kadınların HIV'e maruz kalmasının artması da bu eşitsizliklerin kanıtıdır (Türmen 2003).

Ghanada 1999 yılında yapılan bir çalışmada, kadınların enfeksiyondan korunmalarını etkileyen faktörlerin tanımlanması ve hastalığın geçişi araştırılmıştır. Çocukluk yıllarında birçok kadın yoksul olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların mesleki ve eğitimsel fırsatları sınırlandırılmıştır. Bunların sonucu olarak, birçok kadın yaşamda kalma stratejisi olarak, korunak ve besin sağlamada erkek arkadaşlarından yardım almaktadır. Bu da kadınların otonomisi azalmaktadır. Bu kadınların çoğunun cinsel partneri kondom kullanımını sınırlandırmıştır. Hayat kadını olarak çalışma kondom kullanımını negatif etkilemektedir (Mill, Anarfi 2002).

3. HIV/AIDS'li Kadınların Karşılaştığı Sorunlar

HIV/AIDS fiziksel ve emosyonel sıkıntılara yol açmaktadır. HIV/AIDS'in yol açtığı fiziksel fonksiyon kaybı ve yorgunluk semptomları, solunum problemi, vücut sıcaklığı artması gibi faktörler kadının sosyal ve günlük aktivitelerini sınırlamaktadır. Ayrıca psikolojik durumunun bozulmasına ve emosyonel sıkıntıya yol açmaktadır (Plach, Stevens, Heidrich 2006).

Kadınların diğer sağlıkla ilişkili faktörleri, üreme ile ilgili hizmetler, cinsiyet odaklı tedaviler, yaşam süresi ile ilgili konuları içermektedir. HIV pozitif kadınların psikolojik stresörleri, hastalığın açığa çıkmasından korkma, damgalanma, sosyal izolasyon, lipodistrofi (kas erimesi) sendromunun neden olduğu beden imajı ile ilgili değişikliklerdir (Hudson et al 2001).

HIV riski altındaki kadınların karşılaştığı sorunların çoğu medikal olmaktan çok toplumsaldır (Solakoğlu 1995). Yapılan bir çalışmada HIV/AIDS'li kadınlar karşılaştıkları önemli problemleri %19 fiziksel sağlık, %18 medikal sağlık bakımı, %17 sosyal fonksiyonlar/kişiler arası, %16 finansal/ekonomik konular olarak belirtmişlerdir. Çalışmada literatürde belirlenen yaşam kalitesi kategorilerine göre;

- ♣ Fiziksel sağlık, fonksiyonellik,
- ♣ Medikal/sağlık bakımı,
- ♣ Mental ve emosyonel/manevi sağlık,
- ♣ Sosyal fonksiyonlar/kişiler arası konular,
- ♣ Sosyal destek,

Eğitim'dir (Noorullah 2000).

Fiziksel fonksiyonlar, mental sağlık durumu ve sosyal rol fonksiyonları sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde önemli yer teşkil etmektedir.

Yaşlı olma, eğitim düzeyinin az olması ve intravenöz ilaç kullanımı HIV pozitif kişilerde yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Birkaç çalışmada, HIV pozitif erkeklerin kadınlardan daha yüksek yaşam kalitesi skorlarına sahip oldukları belirtilmektedir. HIV pozitif kadınların, erkeklerden daha depresif oldukları belirtilmektedir. Bu kadınların potansiyel risk faktörleri tanımlanamamıştır bununla birlikte, psikososyal faktörlerin yaşam kalitesi üzerinde negatif etkilere sahip olduğu düşünülmektedir. Örneğin, yüksek oranlarda seksüel ve fiziksel şiddet, yetersiz sosyal destek gibi (Gielen, McDonnell, Faden 2001).

İnsanlar HIV pozitif olduklarını öğrendikten hemen sonra bir krize girme eğilimindedirler. Böyle bir durumda güçlü duygusal desteklerden çok fazla yararlanabilirler. Ancak korku, damgalanma, hastalık, ölüm ve AIDS'e yönelik tutumlar, bu tür desteklere ulaşmaya engel oluşturmaktadır. Sosyal destek ve hastalık arasındaki ilişkiye bağlı olarak, destek gereksiniminin çok olduğu kişilerde, aldıkları destekten memnuniyet düzeyi azalmaktadır (Duyan 2001). Birçok HIV/AIDS'li kadın, bakımı için yeterli sosyal destek yada eşit zaman görmeksizin izole edilmiştir ve bu eşitsizliğin hala daha sürdüğü düşünülmektedir (Gollub 1999). HIV/AIDS'li kadınlar yoksulluk, işsizlik, eğitim eksikliği ve bazen yetersiz sağlık bakımı ve sosyal kaynak eksikliği ile yüz yüzedir (Plach, Stevens, Heidrich 2006).

HIV enfeksiyonu riskindeki kadınlar için, sosyal destek girişimleri, evsizlik, madde bağımlılığından kurtulma ve fakirlik gibi stresörlerle baş etmede yardımcı olmaktadır.

Literatüre göre, pozitif sosyal etkileşimler, HIV ile infekte kadınlar ve aileleri için faydalı olmaktadır (Hudson et al 2001).

4. Sonuç ve Öneriler

Kadınlar arasında, HIV prevalansı en yüksektir ve riskler azaltılamamaktadır. Kadınlar ve erkeklerin her ikisi de risk altındadır fakat, toplumsal cinsiyet düşünceleri ve normların sonucunda, kadınlar daha fazla etkilenmektedir. Epidemik engel için HIV ile ilgili programlara cinsiyetin entegre edilmesi gerekmektedir (Türmen 2003).

HIV enfeksiyonuna karşı kadın duyarlılığının doğasının anlaşılmasında cinsiyetle ilgili engeller göz önünde bulundurulup, HIV/AIDS programlarında kadın hakları merkeze alınmalıdır. HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin deneyimlediği sosyal, kültürel, ekonomik, kurumsal engellerin anlaşılması ve bu anlayışın evrensel bakım ve tedavi sağlamada amaç edinilmesi gerekmektedir. Sonuçta, girişimlerin nasıl ve nerede olacağı konusunda stratejik seçenekler ve önceliklerin belirlenmesinde HIV/AIDS ve cinsiyet mücadelesi adres oluşturmaktadır (Operational Guide on Gender and HIV/AIDS 2005).

Hedeflenen girişim stratejileri, cinsel partnerlerin sayısının azaltılması, kondom kullanımının artırılması ve cinsel yolla geçen hastalıkların tedavilerinin yapılmasıdır. Biyolojik girişimler, cinsel yolla geçen enfeksiyonların kontrolü, aşı ve mikrobisidlerin geliştirilmesidir. Davranışsal girişimlerde, formal HIV/AIDS üzerinde odaklanmalı ve sağlık, eğitim, basın-yayın kampanyaları, kondomların satışı ve doğumdan önce antiretroviral ilaçların kullanımı amaçlanmalıdır. İnfeksiyonlardan ve istenmeyen gebeliklerden koruma tek koruma olmamalıdır. Hormonal kontraseptifler yada intrauterin araçlar kondom kullanımı ile birleştirilmelidir. Kadın kondomunun elde edilebilirliği artırılmalıdır (Türmen 2003).

Sonuçlar, HIV ile yaşayan kadınlara danışmanlık ve HIV'i önleme çalışmalarının önemini vurgulamaktadır. Danışmanlık öz saygının oluşumunda ve travma gibi konularda daha etkili olabilir. Madde kullanımı ve riskli seks HIV enfeksiyonunun yayılışına katkıda bulunmaktadır. HIV pozitif kadınlar için sosyal desteğin yararlı olacağı düşünülmektedir (Simoni, Cooperman 2000).

Madde ve alkol bağımlıları, ticari seks çalışanları ve evsizlerle ilişki kurulması; kültürel olarak uygun ve duyarlı eğitim materyalleri üretilmesi; karşılanmamış gıda, giysi ve barınak gereksinimlerinin karşılanması ve yetersiz olan çocuk bakımı ve taşınma gibi hizmetlerin yerine getirilmesi, yapılacak işler arasında yer almaktadır (Solakoğlu 1995).

Kadınları HIV enfeksiyonundan korumak için eğitim ve bilgiyi artıran tamamlayıcı tedbirler ve programları güçlendirme yollarının bulunması önemlidir. Kadınların güçlendirilmesi gereklidir (Türmen 2003).

Kaynaklar

1. Bayık A (1994). AIDS'ın Etik Yönü, AIDS Dergisi, 4:46-51.
2. Cohen C.R. et al. (1995). Bacterial Vaginosis And HIV Seroprevalence Among Female Commercial Sex Workers in Chang Mai, Thailand. AIDS 9:1093- 1097.
3. Çakır N (1994). GİGH'lardan Korunma ve Kontrol, AIDS Dergisi, 4:15-17.
4. Duyan V (2001). HIV/AIDS'e İlişkin Damgalanma ve Sosyal Destek, Sağlık ve Toplum, 1(11):3-11.
5. Gielen AC, McDonnell KA, Wu AW, Faden RO (2001). Quality of Life Among Women Living With HIV: The Importance Violence Social Support and Self Care Behaviors, Social Science and Medicine 52:315-322.
6. Gollub EL (1999). Human Rights is a Us Problem, Too: The Case of Women and HIV, Amerikan Journal of Public Health, 89(10):1479-1484.
7. Greenblatt R.M. et al. (1998). Genital Ulceration as a Risk Factor in Human Immunodeficiency Virus İnfection. AIDS 2:47-50
8. Hudson AL et al (2001). Social Interactions, Perceived Support And Level Of Distress İn HIV-Positive Women, Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 12(4):68-76 2001
9. Jewkes R, Levin J, Penn-Kekana L (2003). Gender İnequalities, İntimate Partner Violence And HIV Preventive Practices: Findings Of A South African Cross-Sectional Study. Social Sci Med 56:125
10. Kadın ve Sağlık (2003). <http://www.ucansupurge.org/newhtml/011203/011203saglik.php>. 24.10.2003
11. Ledet LM, Porche JD, (2003). The State of Science: Violence and HIV İnfection in Women Journal of The Association of Nurses in AIDS Care, 14(6):56-68.
12. Mann JM(2004). HIV/AIDS ve Kadın http://www.aidsderneği.org.tr/onumuzdeki_asama.htm 24.07.2004.

13. **Mill JE, Anarfi JK, (2002).** HIV Risk Environment for Ghanaian Women: Challenges to Prevention. *Social Sci Med*, 54:325–337.
14. **Noorullah K(2000).** Issues Faced by Women With AIDS, <http://www.aeges.com/pubs/woalive/2000/WO2000-1202.html>,. 20.01.2000
15. **Operational Guide on Gender and HIV/AIDS:A Rights-Based Approach (2005).** <http://www.genderandaids.org/downloads/events/Operational%20Guide.pdf>
16. **Plach KS, Stevens EP, Heidrich MS, (2006).** Social Roles and Health in Women Living With HIV/AIDS: A Pilot Study, *Journal of The Association of Nurses In AIDS Care*, 17(2):58-64.
17. **Plummer FA et al. (1991).** Cofactors in Male-Female Sexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1. *J. Infect. Dis.* 163:233-239.
18. **Simoni JM,Cooperman NA (2000).** Stressors and Strenghts Among Women Living With HIV/AIDS In New York, *AIDS Care*,12(3):291-297.
19. **Solakoğlu S(1995).** “HIV’li Kadınlar” Olarak Kadınlar, *Literatür Dergisi*, 22: 407-408.
20. **Türmen T (2003).** Gender and HIV/AIDS *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 82(3):411-418.
21. **UNAIDS (1998)** Gender and HIV/AIDS: UNAIDS technical update, UNAIDS, Geneva .
22. **United Nations Population Fund (UNFPA) (2002).** Addressing Gender Perspectives İn HIV Prevention, *HIV Prevention Now, Programme Briefs*, no. 4, UNFPA