

**T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
AFET EĞİTİMİ VE YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
AFET EĞİTİMİ VE YÖNETİMİ BİLİM DALI**

**SAVAŞ VE TOPLUMSAL CİNSİYET: SURIYELİ MÜLTECİ KADINLARIN  
TOPLUMSAL CİNSİYETE DAYALI KADIN SAĞLIĞI SORUNLARININ  
İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**EZGİ ATALAY**

**ÇANAKKALE  
OCAK, 2019**

**T.C.**  
**Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi**  
**Eğitim Bilimleri Enstitüsü**  
**Afet Eğitimi ve Yönetimi Anabilim Dalı**  
**Afet Eğitimi ve Yönetimi Bilim Dalı**

**Savaş ve Toplumsal Cinsiyet: Suriyeli Mülteci Kadınların Toplumsal Cinsiyete Dayalı  
Kadın Sağlığı Sorunlarının İncelenmesi**

**Ezgi ATALAY**  
**(Yüksek Lisans Tezi)**

**Danışman**  
**Doç. Dr. Ayten DİNÇ**


**Çanakkale**  
**Ocak, 2019**

## Taahhütname

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Savaş ve Toplumsal Cinsiyet: Suriyeli Mülteci Kadınların Toplumsal Cinsiyete Dayalı Kadın Sağlığı Sorunlarının İncelenmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve değerlere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yaparak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

03/01/2019

Ezgi ATALAY



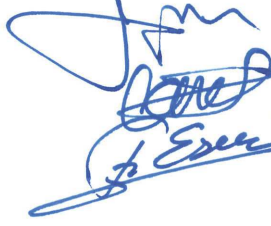
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Eğitim Bilimleri Enstitüsü

**Onay**

Ezgi ATALAY tarafından hazırlanan çalışma, 03/01/2019 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonucunda jüri tarafından başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Referans No: 10227734

Akademik Unvan	Adı SOYADI	İmza	
Doç. Dr.	Ayten DİNÇ		Danışman
Dr. Öğr. Üyesi	Eda CANGÖL		Üye
Doç. Dr.	Ferda ESER		Üye

Tarih: 03.01.2019

İmza:.....

Prof. Dr. Salih Zeki GENÇ

Enstitü Müdürü

## Önsöz

Yüksek lisans tez çalışmam sürecinde, yapıcı ve motive edici tutumları ile çalışmama yön veren, ihtiyacım olan her an yardımlarını esirgemeyen ve öğrencisi olmaktan onur duyduğum çok değerli danışman hocam Doç. Dr. Ayten DİNÇ'e en samimi teşekkürlerimi sunuyorum. Yüksek lisans öğrenimim boyunca kendilerinden çok şey öğrendiğim Doç. Dr. İlknur MAYA'ya ve AFEY Anabilim Dalı'ndaki değerli hocalarıma ve görüşleriyle tezime katkı sağlayan tez jüri üyesi hocalarıma saygı ve şükranlarımı sunuyorum.

Tezimi kamp ortamında yapabilme imkânı veren Hatay Valisi Sayın Erdal ATA'ya ve uygun çalışma ortamı sunan Yayladağı Yibo Geçici Barınma Merkezi Müdürü Mustafa DEMİRTAŞ ve tüm çalışanlarına teşekkürü bir borç bilirim. Tezimi hazırlama sürecinde iyi dileklerini esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Cansu ÖNLEN GÜNERİ'ye, akademik anlamda beni destekleyen Dr. Öğr. Üyesi Süreyya NUR'a teşekkür ederim. Ayrıca beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan Ayşegül BAŞ'a, Fatma GÜNDÜZ'e ve tüm arkadaşlarıma aynı zamanda öğrencilerime teşekkür ederim.

Son olarak beni bu günlere getiren, her zaman yanımda ve kararlarımın arkasında duran, bir ömür haklarını ödeyemeyeceğim sevgili annem Fatma ATALAY ve değerli babam Hüseyin ATALAY'a, hayatımın her döneminde olduğu gibi bu dönemde de yapabileceğime ve başarabileceğime inanan sevgili ablam Ebru ATALAY AYDOĞAN ve canım kardeşim Muhammet Eren ATALAY'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ezgi ATALAY

Çanakkale, 2019

## Özet

### **Savaş ve Toplumsal Cinsiyet: Suriyeli Mülteci Kadınların Toplumsal Cinsiyete Dayalı Kadın Sağlığı Sorunlarının İncelenmesi**

Bu araştırma Suriyeli mülteci kadınların toplumsal cinsiyete dayalı olarak kadın sağlığı sorunlarının incelenmesi amacıyla kesitsel ve metodolojik olarak yapılmıştır. Araştırmanın evren ve örneklemini Hatay Yayladağı Yıbo Geçici Barınma Merkezinde yaşayan 15-49 yaş aralığındaki 580 kadın oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak, anket formu ile ZEYNELOĞLU tarafından geliştirilen “Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği (TCRTÖ)” kullanılmış ve Ekim 2017-Ocak 2018 tarihlerinde uygulanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS for Windows 22 programında; ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler ile yüzdeler, t-testi, Oneway Anova testi, Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada kadınların “eşitlikçi cinsiyet rolü”(puan ortancası 32), “evlilikte cinsiyet rolü”(puan ortancası 28), “geleneksel cinsiyet rolü”(puan ortancası 20) ve “erkek cinsiyet rolü”(puan ortancası 22) alt boyutlarına ilişkin eşitlikçi tutuma sahip oldukları belirlenmiştir. Kadınların “kadın cinsiyet rolü”(puan ortancası 19) alt boyutlarına ilişkin ise geleneksel tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Kadınların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarını belirleyen TCRTÖ puan ortalama ve ortancaları ile kadınların yaş grubu, beden kitle indeksi grubu, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, evlilik süresi ve gebelik sayısı gibi özellikleri arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Sonuç olarak, kadınların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi tutuma sahip oldukları (TCRTÖ) puan ortancası 121 saptanmış ve mülteci kadın sağlığını korumaya ve toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi tutumların kazandırılmasına yönelik öneriler geliştirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Toplumsal cinsiyet, geleneksel cinsiyet rolü, eşitlikçi cinsiyet rolü, Suriye savaşı, göç, mülteci kadınlar, üreme sağlığı.

## Abstract

### War and Gender: Examining Women's Health Problems of Syrian Refugee Women as Based on Gender.

This research was conducted cross-sectional and methodologically to examine women's health problems of Syrian refugee women based on gender. The universe as well as the sample of the study consisted between 15-49 age women in Yayladagi YIBO camp in Hatay. As the medium of data collection a questionnaire and a "Gender Roles Attitude Scale" (GRAS) developed by the ZEYNELOĞLU has been used between October 2017-January 2018. The collected data was processed in SPSS 22 and was analyzed examining levels of means, standard deviation, median, minimum and maximum values and percentage points utilizing statistical tests like t-test, One-way ANOVA test, Kruskal-Wallis and Mann-Whitney U tests. The results of the study reveal egalitarian attitudes among women for the sub-dimensions named "marriage gender roles" (median score 28 points), "traditional gender roles" (median score 20 points), "male gender roles" (median score 20 points) and "egalitarian gender roles" (median score 32 points), while for the sub-dimensions "female gender roles" (median score 19 points) women exhibit traditional attitudes. It was determined that difference between the puan scores and median scores of women's gender role attitudes related to gender roles GRAS and the characteristics of between women's age group, body mass index group, marital status, educational status, working status, marriage duration, number of pregnancies was significant in terms of statistical ( $p < 0.05$ ). As a result, women were found to have an egalitarian grip on gender roles (GRAS point score 121) and recommendations were developed to protect refugee women's health and gain equitable attitudes towards gender roles.

**Keywords:** Gender, traditional gender role, egalitarian gender role, Syrian war, migration, refugee women, reproductive health.

## İçindekiler

Onay .....	i
Önsöz.....	ii
Özet .....	iii
Abstract .....	iv
İçindekiler.....	v
Tablolar Listesi.....	viii
Grafikler Listesi.....	x
Kısaltmalar Listesi.....	xi
Bölüm I: Giriş.....	1
Problem Durumu.....	1
Araştırmanın Amacı .....	3
Araştırmanın Önemi.....	4
Araştırmanın Varsayımları.....	5
Araştırmanın Sınırlılıkları .....	5
Tanımlar .....	5
Bölüm II: Alanyazın.....	7
Savaş, Göç ve Mültecilik Sorunları.....	7
Savaş.....	7
Göç ve Mültecilik Sorunları .....	10
Göçün Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri.....	14



Cinsiyet ve Toplumsal Cinsiyet .....	16
Cinsiyet.....	16
Toplumsal Cinsiyet.....	16
Cinsiyet Kimliği .....	18
Toplumsal Cinsiyette Eşitlik ve Hakkaniyet Kavramı .....	19
Toplumsal Cinsiyet Rollerini.....	19
Toplumsal Cinsiyet Rollerinde Etkili Olan Faktörler .....	19
Toplumsal Cinsiyete İlişkin Tarihsel Süreç .....	21
Dünyada ve Ülkemizde Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğine İlişkin Göstergeler .....	23
Toplumsal Cinsiyet ve Kadın .....	25
Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık İlişkisi.....	27
Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığında Toplumsal Cinsiyet .....	28
Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddet ve Kadın Ruh Sağlığı .....	30
Bulaşıcı ve Kronik Hastalıklarda Toplumsal Cinsiyet .....	31
Mülteci Kadınların Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığına Bağlı Sağlık Sorunları ve Üreme Sağlığı Sorunları İle İlgili Araştırmalar.....	32
Bölüm III: Yöntem .....	36
Araştırmanın Modeli .....	36
Evren ve Örneklem .....	36
Verilerin Toplanması .....	38
Veri Toplama Araçları .....	38
Anket Formu.....	38

Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği (TCRTÖ) .....	39
Verilerin Analizi.....	40
Çalışmanın Etik Boyutu .....	40
Araştırmanın Sınırlılıkları .....	40
Bölüm IV: Bulgular.....	41
Demografik Özellikler İle İlgili Bulgular .....	41
Kadın Sağlığı İle İlgili Bulgular.....	48
Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere İlişkin Bulgular.....	48
Genel Sağlık Problemleri İle İlgili Bulgular .....	51
Sağlığı Korumaya Yönelik Davranışlara İlişkin Bulgular .....	54
Zararlı Alışkanlıklara İlişkin Bulgular .....	55
Kadına Yönelik Şiddet İle İlgili Bulgular .....	55
TCRTÖ Ortalamaları ve İstatiksel Karşılaştırmalar .....	57
Katılımcıların TCRTÖ'den Aldıkları Puan Ortancalarının Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlarını Etkileyebileceği Düşünülen Faktörler ile İlişkisi.....	61
Bölüm V: Tartışma, Sonuç ve Öneriler.....	82
Tartışma Bölümü.....	82
Sonuç Bölümü.....	101
Öneriler Bölümü.....	103
Kaynakça.....	104
Ekler .....	120
Özgeçmiş.....	128

## Tablolar Listesi

Tablo Numarası	Başlık	Sayfa
1	Katılımcıların Sosyo-demografik ve Tanıtıcı Özellikleri .....	42
2	Evli Katılımcılığın Eşleri ve Evlilikler İle İlgili Özellikleri .....	44
3	Katılımcılığın Kampta ve Türkiye’de Bulunma Sürelerine İlişkin Bulgular .....	47
4	Katılımcılığın Kampta Yaşadıkları Genel Sorunlarına İlişkin Bulgular .....	47
5	Katılımcıların Obstetrik Özellikleri .....	48
6	Katılımcıların Sağlık Kuruluşuna Başvurmada Problem Yaşama Durumuna İlişkin Görüşleri .....	53
7	Katılımcıların Sağlık Kuruluşuna İlişkin Memnuniyet Durumları.....	53
8	Katılımcıların Sağlığı Korumaya Yönelik Davranışlarına İlişkin Bulgular .....	54
9	Katılımcıların Zararlı Madde Kullanım Alışkanlıkları.....	55
10	Katılımcıların Şiddet Maruz Kaldıklarında Başvuracakları Yeri Bilip Bilmeme Durumları.....	56
11	Katılımcılara Şiddet Uygulayan Bireylerin Dağılımı .....	56
12	Normal Dağılım Tablosu (Kolmogorov Smirnov) .....	57
13	TCRTÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları .....	58
14	Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre TCRTÖ Puan Ortancaları .....	62
15	Evli Olan Katılımcıların Eşleri ve Evlilikler İle İlgili Özelliklerine Göre TCRTÖ Puan Ortancalarının Dağılımı .....	64
16	Katılımcıların Kampta Bulunma Sürelerine ve Kampta Yaşanan En Önemli Soruna Yönelik Düşüncelerine Göre TCRTÖ Puan Ortancalarının Dağılımı.....	67
17	Katılımcıların Obstetrik ve Jinekolojik Bulgularına Göre TCRTÖ Puan Ortancalarının Dağılımı .....	70

18	Katılımcıların Sağlığı Korumaya Yönelik Davranışlarına Göre TCRTÖ Puan Ortancalarının Dağılımı .....	72
19	Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre TCRTÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortanca ve Ortalamalarının Dağılımı .....	73



## Grafikler Listesi

Grafik Numarası	Başlık	Sayfa
1	Geçici koruma kapsamındaki Suriyelilerin yıllara göre dağılımı.....	13
2	Katılımcıların etnik yapı dağılımı.....	45
3	Katılımcıların dini inanış dağılımı.....	46
4	Katılımcıların ana dil dağılımı.....	46
5	Daha önceki doğumlarını nerede yaptıklarının dağılımı .....	49
6	Doğum yapan katılımcıların, son çocuğunun doğum şekli dağılımı .....	50
7	Katılımcıların jinekolojik sorunlarına ilişkin dağılım .....	50
8	Katılımcıların gebelikten korunma yöntemlerinin dağılımı .....	51
9	Katılımcıların, yaşadıkları genel sağlık problemlerinin dağılımı .....	52
10	Katılımcıların, yaşadıkları sağlık problemleri için başvurdukları sağlık kurumlarının dağılımı .....	52
11	Katılımcıların, yaşadıkları kadına yönelik şiddet türlerinin dağılımı .....	55

## Kısaltmalar Listesi

TCRTÖ	:Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği
WHO	:World Health Organization
AFAD	:Afet ve Acil Durum Müdürlüğü
UNHCR	:United Nations High Commissioner for Refugees
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
BM	:Birleşmiş Milletler
GİGM	:Göç İdaresi Genel Müdürlüğü



## Bölüm I: Giriş

Bu bölümde problemin durumu, araştırma amacı, önemi, varsayımları, sınırlılıkları ve tanımlar yer almaktadır.

### Problem Durumu

Afet, ülkeler ve topluluklar için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplara neden olan, normal yaşantıyı ve insan etkinliklerini durduran veya kesintiye uğratan, toplulukları olumsuz etkileyen doğal, teknolojik veya insan kökenli olaylar bütünüdür (Akdağ, 2002). Afetler sosyal, politik ve ekonomik çevrenin ürünü olarak meydana gelen topluluk içinde eşitsizlik oluşmasına neden olan ve bazı toplulukları ya da incinebilir grupları diğerlerine kıyasla daha fazla etkilerine maruz kalma riskiyle karşı karşıya bırakan olaylardır (Wisner, Blaikie, Cannon, & Davis, 2004).

İnsan kökenli afetlere bakıldığında savaşlar ilk sırada yer almaktadır (Kadioğlu & Özdamar, 2008). Savaş ve çatışmanın ilk kurbanları genellikle kadınlar ve çocuklar olmaktadır. Özellikle bu savaş ortamında kitlesel boyutta göçler yaşanmaktadır (Aksoy, 2012). Göçler, genellikle iç göç ve uluslararası göç şeklinde gerçekleşmektedir. İç göç ülke sınırları içinde gerçekleşen yer değişikliği olarak tanımlanmaktadır. Uluslararası göç ise, farklı ülkelere yapılan coğrafi yer değiştirme hareketi olarak tanımlanmaktadır (Tuzcu & Ilgaz, 2015). Birleşmiş Milletlere (BM) göre, göç olgusunun uluslararası olarak tanımlanabilmesinde, kişilerin kendi ülkelerinden ayrılıp 12 ayı geçen süre içerisinde başka ülkede yaşaması gerekmektedir (Bulak, 2015). Kişiler çoğu zaman savaşlar, doğal ve beşeri afetler ve sürgün gibi olaylar sonucunda zorunlu olarak ülkelerinden göç etmek durumunda kalmaktadırlar (Gümüş, et al., 2017). Ülkemiz 2011 yılından beri Suriye’de yaşanan iç karışıklıklar ve savaş nedeniyle kitlesel göçe maruz kalmaktadır. 2018 verilerine göre Suriye’den ülkemize göç yaşayan insanların 3,5 milyona ulaştığı belirtilmektedir (GİGM, 2018).

Kadınlar ve çocuklar özellikle zorunlu göç dönemlerinde savunmasızdır ve mültecilerin neredeyse yarısı (%46) 18 yaşın altındadır. Kadınlar ve kızlar, dünyadaki mülteci nüfusunun %48'ini oluşturmaktadır (Lori & Boyle, 2015).

Göç sosyal, kültürel ve fiziksel olarak toplumu ve bireylerin hayatını önemli derecede etkilerken aynı zamanda sağlık ve sağlık değişkenleri üzerine de ciddi etkileri olan bir olgudur. Yaşam ve konaklama koşullarının elverişsizliği, maddi olanaksızlıklar ve sağlık güvencelerinin olmaması, farklı bir ülkede bulunma neticesinde dil engeli gibi nedenlerle göç, mültecilerin sağlığını değişik boyutlarıyla etkilemektedir. Sağlık üzerine oluşan bu etki özellikle de kadın mültecilerin toplumsal statüleri ve geleneksel rolleri nedeni ile daha çok olumsuz yönde etkilemekte ve onları dezavantajlı kılmaktadır (Tuzcu & Ilgaz, 2015).

Toplumsal cinsiyet rolleri; geniş ölçekli toplumun dışı ve erkeğe uygun gördüğü ona özgü davranışları ve rollerini kapsamaktadır. Bu roller zamanla insanlar ve topluluklar için değişmez özellikler haline gelmiştir. (Dökmen, 2010). Kültürel faktörler cinsiyet rol ve davranışları bakımından genellikle evlilik ve aile yaşamında, toplumsal ve çalışma yaşamında kadın ve erkeğin aralarında belirgin farklılıklar ortaya çıkarır (Alam, 2016). Göç eden kadınların bazı geleneksel ve kültürel davranışlarını devam ettirmek istemeleri onların uyum sürecini ve sağlığa erişme durumlarını olumsuz etkileyebilmektedir (Çakmak, 2010).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, toplulukların çoğunda, erkeklerin kadınlara göre daha fazla insani haklara ulaşabilmesi ve bunları kullanabilmesi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Genellikle toplumun sahip olduğu yargılar ile çocuklar kız ve erkek olarak ayrılarak aile içinde cinsiyet anlamında eşit olmayan davranışlar desteklenmektedir (Coşkun & Özdilek, 2012). Eşitsizliğin ölçümünde kullanılan en temel belirleyiciler öğrenim, gelir, meslek ya da yapılan iştir. bu eşitsizliğin sonucu olarak kadınlar okumakta, meslek sahibi olmakta ve para kazanmada daha çok eksiklikler yaşamaktadırlar. Bu durum aynı zamanda kadınların sosyal yaşamlarını ve sağlıklarını da olumsuz yönde etkilemektedir (Dinç , 2013).



Dünya üzerinde yaşanan savaş ve göçlerin, kadınların üreme sağlığı sorunlarını arttırdığı bilinen bir gerçektir. Aynı zamanda kadın sağlığı açısından cinsiyet ayrımcılığı değerlendirildiğinde en çok kadınların üreme sağlığına etki ettiği görülmektedir. Literatürde göçmen kadınların doğumlarının düşük ve ölü doğum şeklinde sonuçlanması başta olmak üzere birçok obstetrik ve jinekolojik sorun yaşadığını ortaya koyulmuştur. Bunun yanı sıra savaş ve göç ortamında kadınlar her türlü şiddete maruz kalabilmektedirler. Aynı zamanda erken yaştaki evlilikler ve yaşanan gebeliklerle birlikte gebelikten korunma konusundaki yetersizlikler kadınların yaşadıkları istismar ve sağlık sorunlarını artırmaktadır (Gümüş, et al., 2017;Şimşek, Doğan, Ersin, & Yıldırımkaaya, 2015). Mülteci kadınların, aile içindeki yerleri itibariyle sağlık hizmetinden yararlanırken kendi başına hareket edememekte ve hizmeti alacağı kuruma ulaşmada problemlerle karşılaştıkları ve hizmete ulaşmada yetersiz kaldıkları bahsedilmektedir (Coşkun & Özdilek, 2012).

Savaş mağduru mülteci durumunda olan üreme çağındaki kadınların toplumsal cinsiyete dayalı kadın sağlığı sorunlarının araştırılması, kadınların sağlık hizmetlerine ulaşma problemlerini belirlemesi bakımından önem arz etmektedir.

### **Araştırmanın Amacı**

Literatür bulguları ve yapılan bilimsel araştırmalar, insan kökenli meydana gelen afetler diye tanımlanan savaşlar sonrasında göçlerin meydana geldiği ve bu göçlerden en çok kadınların etkilendiğini göstermektedir. Bu bakımdan savaşlarda ve sonrasında mülteci yaşamında kadınlara yönelik sorunlar önem arz etmektedir. Ülkemizde ise mülteci kadınlara ve onların toplumsal cinsiyete dayalı sağlık problemlerine yönelik çalışmaların oldukça az olduğu görülmektedir. Bu çalışma savaş mağduru mülteci kadınların toplumsal cinsiyete dayalı kadın sağlığı sorunlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Alt Amaçlar: Çalışmanın alt amaçları şu şekilde belirlenmiştir;

1. Kadınların sosyo- demografik özellikleri nelerdir?

2. Kadınların doğum ve jinekolojik özellikleri nelerdir?
3. Kadınların genel sağlık sorunları nelerdir?
4. Kadınların üreme sağlığı sorunları nelerdir?
5. Kadınların sağlığı korumaya yönelik davranışları nelerdir?
6. Kadınların kişisel alışkanlıkları nelerdir?
7. Kadınlar şiddete maruz kalıyor mu?
8. Kadınların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları nelerdir?
9. Kadınların toplumsal cinsiyet alt boyutları olan eşitlikçi, kadın, evlilikte, geleneksel ve erkek cinsiyet rolü alt boyutuna göre tutumları nelerdir?
10. Kadınların demografik özellikleri toplumsal cinsiyet rollerini etkilemekte midir?
11. Kadınların obstetrik ve jinekolojik özellikleri toplumsal cinsiyet rollerini etkilemekte midir?

### **Araştırmanın Önemi**

Cinsiyete yönelik araştırmalar, kadın ve erkeğin aynı olmayan rol ve görevlerinden kaynaklanan farklılıkları ve aralarında bulunan eşit olmayan otoriteyi kaldırmak için inceleme yapar ve faaliyetler geliştirir. Ayrıca kadınlara yönelik yaşanan bu farklılıkların onların sıhhatlerine tesirleri incelenmelidir (Türmen, 2003). Araştırma Suriye savaşından etkilenen mülteci kadınların toplumsal cinsiyet rollerini ortaya koymak, mülteciliğin ve toplumsal cinsiyetin kadın sağlığı üzerine olumsuz etkilerine dikkat çekmek ve farkındalık yaratmak açısından önemli bulunmaktadır.

Ülkemizde mülteci kadınların sorunlarına yönelik birçok çalışma var iken toplumsal cinsiyete dayalı mülteci kadınların sorunlarını inceleyen başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bakımdan çalışmamızın literatüre katkısı olacağı düşünülmektedir.

### **Araştırmanın Varsayımları**

Bu araştırmaya katılan bireylerin veri toplama aracı maddelerine verdikleri cevapların gerçeği yansıtacağı düşünülmektedir.

1. Anketin uygulandığı mülteci kampındaki kadınların sayılarının, araştırma sonucunun tamamını kapsayacak büyüklükte olduğu varsayılmaktadır.
2. Araştırmaya katılan kadınlar önyargısız ve içten anket formunu doldurmuşlardır.
3. Araştırmada kullanılan anket soruları kadınların sağlık sorunlarını belirlemede yeterlidir.
4. Araştırmada kullanılan anket soruları kadınların toplumsal cinsiyete dayalı rollerini belirlemede yeterlidir.

### **Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma;

1. Ağustos 2017 ve Ocak 2018 tarihleri arasında Hatay ili Yayladağı ilçesi Yibo Geçici Barınma Merkezinde yaşayan 14-49 yaş arasında üreme çağındaki kadınlar ile
2. Araştırmada kullanılan anket formları "veri toplama formu" ve "Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği" ile sınırlıdır.

### **Tanımlar**

**Savaş:** Devletler ve devlet gurupları arasında barışçıl yol ile halledilemeyen sorunları çözmek amacıyla milli güçlerinin tamamı veya bir kısmı ortaya konularak karşılıklı güç kullanarak ve milli güçlerini ortaya koymak suretiyle yapılan mücadeledir (Bebiş & Özdemir, 2013)

**Göç:** Sosyal, maddi ve siyasi sebeplerle kişilerin tek başlarına ya da toplu olarak bir yerden bir yere gitmeleri, buldukları yerden uzaklaşmaları şeklinde açıklanabilir (Şahin, 2001).

**İç Göç:** Bireylerin kısa veya uzun süreli olarak aynı toplumsal sistem içerisinde yer değiştirmesidir (Yıldırım K. , 2008).

**Uluslararası Göç:** Kişilerin ve bireylerin hayatlarını maddi, siyasi, sosyokültürel ve sağlık gibi birçok açıdan komplike bir şekilde etkileyen, farklı ülkelere yapılan yer değiştirme hareketi olarak tanımlanmaktadır (Şahin, 2001)

**Zorunlu Göç:** Bu durum genellikle kişilerin talepleri haricinde birçok neden ve zorunluluk ile oluşabilir. Örneğin kişilerin yaşadıkları devlette siyasi, sosyokültürel, ekonomik nedenlerle kendilerini güvence altına alamamalarından kaynaklanabilir. Ayrıca doğal ve beşeri felaketler de zorunlu göçe neden olmaktadır (Yıldırım K. , 2011).

**Mülteci:** Mültecilerin Statüsüne İlişkin 1951 Cenevre Sözleşmesi'nde "İrki, dini, tabiiyeti, belirli bir sosyal gruba mensubiyeti ve siyasi görüşleri yüzünden haklı bir zulüm korkusu nedeniyle vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve söz konusu korku yüzünden, ilgili ülkenin korumasından yararlanmak istemeyen kişi" şeklinde tanımlanmıştır (IOM, 2009)

**Sığınma:** Sığınma (iltica) kişilerin kendi ülkelerinden dini, siyasi, düşünsel ve ırksal nedenler ile sınır dışı edilmesi veya kişinin ülkesinden firar ederek farklı ülkelere sığınmasıdır (Ekşi, 2008).

**Toplumsal Cinsiyet:** Kadın ve erkeğe toplumun tanımladığı şahsi nitelikleri, görev ve mesuliyetleri şeklinde açıklanmaktadır (Dinç & Çalışkan, 2016).

## Bölüm II: Alanyazın

### Savaş, Göç ve Mültecilik Sorunları

#### Savaş

Devletler ve devlet gurupları arasında barışçıl yol ile halledilemeyen sorunları çözmek amacıyla milli güçlerinin tamamı veya bir kısmı ortaya konularak karşılıklı güç kullanarak ve milli güçlerini ortaya koymak suretiyle yapılan mücadeledir. Savaşlar tarihi süreçte küçük topluluk arasındaki çatışmalardan, güçlü ülkeler arasında ve düzenli ordularla yapılan aynı zamanda çok sayıda insanın etkilendiği dünya savaşlarına kadar değişiklik göstermektedir. Tarihte ilk savaş göstergesi olarak, Nil Nehrine yakın, 117'inci Mezarlık adıyla bilinen yerde yedi bin yıllık mezarlarda bulunan ok kalıntıları göze çarpmaktadır (Bebiş & Özdemir, 2013).

Savaşan ülke sayısında görülen artış ile bu durumdan etkilenen kişi sayısında artış görülmekte ve bu durumda masum halkın askeri unsurlara oranla daha fazla etkilendiği görülmektedir. Bunun nedeni ise konvansiyonel silahlardan daha çok kitle imha silahlarının kullanılması, teknolojinin gelişmesi ile havadan bombalama yoluyla savaş alanlarının cephenin dışına çıkarak genişlemesidir. Savaşlarda masum halk ölümlerinin artmasının bir diğer nedeni ise savaşların genellikle iç savaş şeklinde kendini göstermesidir (Türkay, 2014). Günümüzde ise savaşlar boyut değiştirmiş olup; sosyal yaşam sahaları, alışveriş merkezleri, hava alanları, kalabalık caddeler, okullar ve çok sayıda insanın katıldığı spor müsabaka alanlarını doğrudan hedef alan ve konvansiyonel silahlar, tesirli patlayıcılar ve kimyasal, biyolojik, radyoaktif ve nükleer silah ajanları kullanılarak yapılan ‘terör eylemleri’ halini almaktadır. Savaşların günümüzde boyut değiştirmesi ve cephe alanlarının dışında yaşanan terör saldırıları halini alması çok sayıda sivilin hayatını kaybetmesine neden olmaktadır (Bebiş & Özdemir, 2013).

Ne yazık ki, son 500 yılda, Avrupa, Afrika ve Asya'da barıştan daha fazla savaş yılı yaşanmıştır. Son yüzyılda ise sivilin askeri ölümlere göre oranının giderek artmakta olduğu

dikkat çekmektedir. Bu durum kısmen askeri teknolojinin gelişmesi ve daha öldürücü olmasıyla ilgilidir. Buna ek olarak, çatışmaların artık daha fazla kent merkezinde gerçekleşiyor olması sivilleri daha yakın bir hedef haline getirmiştir (Rieder & Choonara , 2012). Örneğin 1. Dünya Savaşı'nda sivil kayıpların oranı %5 düzeyindeyken, kitle imha silahlarının ve atom bombasının kullanımıyla 2. Dünya savaşında bu oran %67'ye kadar çıkmıştır. Hiç kuşkusuz sivil kayıplarının büyük çoğunluğunu çocuklar, kadınlar ve yaşlılar oluşturmaktadır. Gerçekleşen can kayıplarına ek olarak savaş ve çatışmalar sona erse bile tekrardan savaşa maruz kalma ihtimali ve düşük yaşam kalitesi yıllarca devam edebilmektedir. Son on yıl içerisinde ise her yıl ortalama 14-21 adet büyük silahlı çatışma yaşanmaktadır (Kılıç, Müsenna, & Özvarış, 2015).

Savaşlar günümüzde, çok fazla sayıda ölümlle sonuçlanan, binlerce kişinin sakatlanmasına neden olan, doğal yaşam alanlarını bozan ve ekonomiye ciddi zararlar veren ciddi bir sorun olarak görülmektedir. Savaş ortamında mağdur olan kişilerin barınma, beslenme, güvenlik ve sağlık hizmetlerinden yararlanma gibi temel ihtiyaçları karşılanmamaktadır. (Kılıç, Müsenna, & Özvarış, 2015). Terör saldırıları ve savaşlar çok sayıda insanın yaşamını tehlike altına almakla kalmayıp, doğrudan sağlık kuruluşlarını hedef olarak sağlık hizmetlerinin aksamasına neden olmaktadır. Böyle bir ortamda ilk ve acil sağlık hizmetleri, hastaların transferleri ve ileri tetkik ve tedavi hizmetleri aksamakta ve profesyonel sağlık personelleri zor durumda kalabilmektedir. Sağlık hizmeti veren tüm personelin insan kaynaklı afetler sınıfına giren savaş ve terör olaylarına karşın, hazırlıklı olmaları ve sağlık hizmetinin kesintisiz ve etkili bir biçimde sunulması için bu alanda profesyonel anlamda gelişimlerini tamamlamaları gerekmektedir (Bebiş & Özdemir, 2013).

2013 yılında yapılan bir çalışmada insanların ölüm nedenleri incelendiğinde; savaş nedeniyle ölen insanların ilk on ölüm nedeni arasına girdiğini ve sınır komşumuz Suriye'nin de bu sıralamada başı çektiği belirtilmektedir (Kılıç, Müsenna, & Özvarış, 2015). Mart 2011

de başlayan Suriye iç savaşı ülke nüfusuna ve halk sağlığı sistemine ciddi zararlar vermiştir. Bu durum ise Suriye nüfusunun yarısından fazlasının zorunlu göç etmesine neden olmuştur. Bu durumda etkilenen nüfusun tespit edilmesi ve analizi yetersiz kalmakta ve yetersiz veri sistemleri hem sağlık personeli için hem de araştırmacılar için güvensizlik oluşturmaktadır (Levy & Sidel, 2016).

Genellikle çatışmaya bağlı ölümlerin belgelenmesinde taraflar kendi güçleri arasındaki ölümleri az göstermekte ve karşı tarafın ölüm oranlarının yüksek gösterme çabası içindedir. Sivillere yönelik yapılan kasıtlı silahlı saldırılar her iki tarafın da gizlemek istediği savaş suçlarındandır. Ayrıca hava saldırılarına olan yaygın güven savaşlarda kullanılan ağır silahlı bombardımanlar, sivil ölümlerinin belgelendirilmesini daha da zorlaştırmaktadır (Mowafi & Leaning, 2018). Yapılan bir çalışmada Mart 2011 ve Aralık 2016 tarihleri arasında Suriye’de meydana gelen 143 630 ölüm incelenmiştir. Çalışmaya göre Suriyeli sivil ölümlerin sayısı 101 453 (%70,6) iken asker ölümleri ise 42 177 (%29,4) olarak tespit edilmiştir. Çocuk ölüm sayısının sivil ölümlere oranı 2011 yılında %8,9 2013 yılında %19 ve 2016 yılında ise bu oran %23,3 olarak bulunmuş ve giderek artış gösterdiği tespit edilmiştir. Ayrıca ölen toplamda 7.566 kişiden 7.351’i sivillerden oluşurken, sivillerin %27,3 ise çocuklardan oluşmaktadır. Hava saldırıları kadın ve çocuk ölümlerinin başlıca nedenlerinden olmuştur. Ayrıca 2016 yılında yaşanan çocuk ölümlerine bakıldığında sivil ölümlerinin dörtte birini oluşturduğu görülmektedir (Guha-Sapir, Schlüter, Rodriguez-Llanes, Lillywhite, & Hicks, 2018).

Suriye savaşının başlangıcından günümüze kadar çok sayıda kimyasal saldırı meydana gelmiş ve 10 Nisan 2017 tarihi itibarıyla kimyasal silah kullanılan saldırılarda 1206 doğrudan ölüm kaydedilmiştir. Yaşanan beş büyük kimyasal silah saldırısında belgelenen ölümlerin sayısı 1084 olarak belirtilmiş, bu ölümlerde sivillerin oranı %97,6 ve askerlerin oranı %2,4 olarak bildirilmiştir. Meydana gelen kimyasal saldırılarda ölen çocuk sayısı da oldukça

yüksektir. 2016 yılında Suriye’de yaşanan majör kimyasal saldırılar incelendiğinde toplam 33 kişiden 7’si ve 2017 yılında ise toplam 92 kişiden 32’sinin çocuk olduğu bildirilmiştir (Rodriguez-Llanes, Guha-Sapir, Schlüte, & Hicks, 2018).

### **Göç ve Mültecilik Sorunları**

Türk Dil Kurumuna göç kavramını; “Ekonomik, toplumsal, siyasi sebeplerle bireylerin veya toplulukların bir ülkeden başka bir ülkeye, bir yerleşim yerinden başka bir yerleşim yerine gitme işi, taşınma, hicret, muhaceret” şeklinde tanımlamıştır (Ayverdi, 2018). En geniş anlamıyla göç kişi veya toplumların fiili olarak ikamet ettikleri yerlerden gönüllü veya mecburi, daimi ve ya kısa süreliğine fiziksel olarak gerçekleştirdikleri yer değişikliğidir (Yıldırım K. , 2008)

Göç, insanların bireysel veya kitleler halinde yaşadıkları yeri değiştirmesi anlamına gelmektedir. Bu değiştirme işlemi ister kısa süreli ister uzun süreli olsun genellikle aynı toplum düzeni içerisinde gerçekleşiyor ise iç göç, farklı toplumsal düzenler arasında yer değiştirme meydana gelmesi ile gerçekleşiyor ise dış göç, bazı yaptırımlar veya doğal bir zorlamadan dolayı gerçekleşiyor ise zorunlu göç, kişilerin ve kitlelerin kendi özgür iradesiyle serbest bir biçimde gerçekleşiyor ise gönüllü göç, olarak tanımlanmaktadır (Yıldırım K. , 2008).

Tarih boyunca uluslararası ve ulusal göç olayları bireyler ve toplumların normal yaşamlarını sosyal, kültürel, ekonomik, siyasal ve psikolojik açıdan farklı yönleriyle etkilemiştir (Şahin, 2001). Tarihsel süreçte ilk zamanlarda yaşanan göç olayları yeni yerleşim yerleri keşfetme ve yaşama, iklim değişiklikleri, savaş ve baskılar nedeniyle meydana gelmiştir. İnsanlığın gereksinimlerinin ve zamanın değişmesiyle göç nedenleri de değişmiştir. Günümüzde iletişim ve haberleşmenin gelişmesi, toplumların ihtiyaçlarının zamanla değişmesi, yaşanan büyük afetler ve büyük savaşlar göçlerin nedenleri olarak karşımıza çıkmaktadır (Önal A. , 2015). Göç, toplumları tam anlamıyla sosyal, kültürel, ekonomik,



siyasal ve diğer pek çok yönden etkileyen ve toplum ile ilişkilendirilen bir olgudur. Bu nedenle, birçok bilim alanında incelemeye değer bir konu olarak ele alınmaktadır (Şahin, 2001).

Bir ülkeden diğer bir ülkeye ikamet etmek amacıyla yer değiştiren kişilere göçmen denmektedir (Faist, 2003). Göç olayının temel unsurunu göçmenler oluşturmaktadır. Yaşadıkları ülkeden farklı bir ülkede 12 ay yaşayanlar göçmen olarak değerlendirilmektedir (Toksöz, 2006). Göçmen, kendi ülkesinde yaşadığı çevreden ekonomik veya sosyal nedenlerden dolayı rahatsızlık duyup, ülkesinden gönüllü olarak ayrılan ve farklı topraklara hukuki veya hukuk dışı yöntemler ile geçip orada hayatını idame ettiren kimselerdir. Başka bir deyişle göçmen, yaşadığı ülkenin yaşam olanaklarını yeterli seviyede görmediği ve kendine daha iyi yaşam olanakları sunması amacıyla başka bir ülkeye gidip yerleşen kişidir. Böyle bir durumda zorla yer değiştirme söz konusu olmadığı, hem maddi ve sosyal statülerini arttırmak ile birlikte aile ve kendi şahıslarına yönelik yaşam kalitelerini yükseltmek amacıyla daha kaliteli bir hayat edinmek amacıyla göç edildiğine dikkat etmek gerekmektedir (Önal A., 2015).

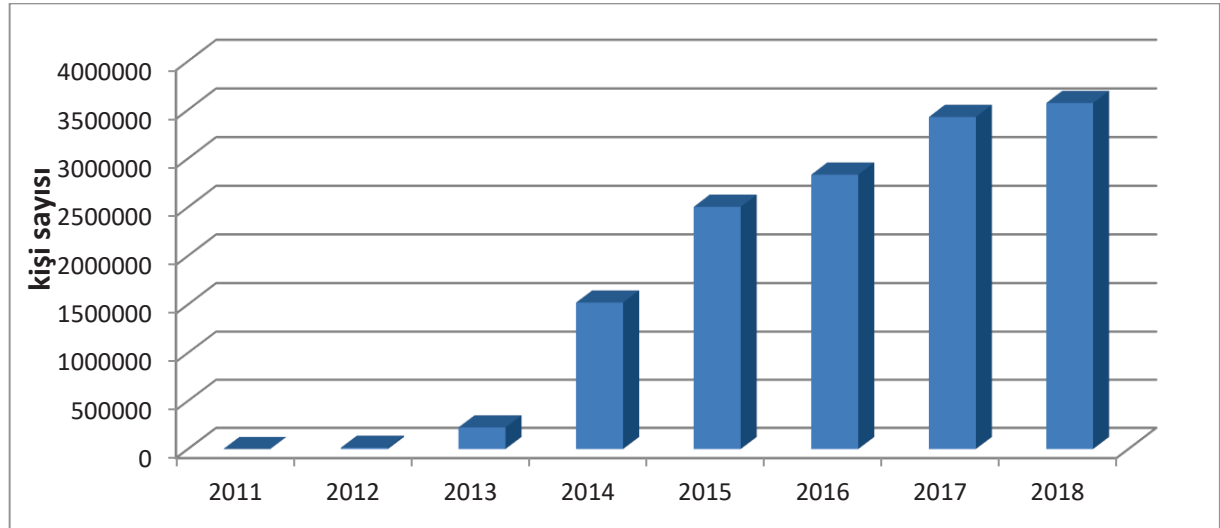
Mülteci ve sığınmacı kavramlarına baktığımızda her ne kadar birbiri ile karıştırılan kavramlar olsalar da ayrı anlamlar ifade etmektedir. Mülteci; Mültecilerin Statüsüne İlişkin 1951 Cenevre Sözleşmesi'nde "İrki, dini, tabiiyeti, belirli bir sosyal gruba mensubiyeti ve siyasi görüşleri yüzünden haklı bir zulüm korkusu nedeniyle vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve söz konusu korku yüzünden, ilgili ülkenin korumasından yararlanmak istemeyen kişi" şeklinde tanımlanmıştır. Sığınmacı ise ulusal ve uluslararası gerekli şartları sağlayarak, talepte buldukları ülkenin kendilerini mülteci olarak kabulünün neticesini bekleyenlere denir. Başvurunun olumsuz neticelenmesi durumunda ise bu kişilerin başvurdukları ülkeden ayrılmak zorunda kalmaktadırlar ve ülkedeki diğer düzenli durumda olan yabancılar gibi sınır dışı olabilmektedirler (IOM, 2009).

Geçici koruma terimi Uluslararası Göç Örgütü'nün terimler sözlüğünde; “Kendi yurtlarına geri gidemeyen 3. Ülke vatandaşlarının neden olduğu toplu gidişatın oluşması veya doğrudan oluşabilmesi hallerinde, bu bireylerin faydaları gözetilerek, sığınma organizasyonlarının kesintiye uğraması ihtimaline karşın, bireylere ivedi ve sürekli olmayan şekilde himaye etmek için yapılan nadir izlenen yol, usul” şeklinde tanımlanmıştır (IOM, 2009).

Günümüzde, dünya genelinde tahmini kendi ülkesinde göçmen statüsünde bulunan 763 milyon kişi, uluslararası göçmen durumunda 250 milyon kişi bulunmaktadır. Küresel olarak zorunlu göç maduru 65 milyon insan olduğu belirtilmektedir (WHO, 2018). 2011'den bu yana 5,6 milyondan fazla insan Suriye'den kaçarak Lübnan, Türkiye, Ürdün ve ötesi bölgelerde güvenlik arayışına girmiştir. Savaş devam ettiği sürece Suriye içerisinde milyonlarca insan yer değiştirmeye devam etmektedir. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'ne göre Suriye'de ihtiyaç sahibi 13,1 milyon insan vardır. 6,6 milyon insan ise ülke içinde yerinden edilmiş ve 2.98 milyon savaş mağduru ise halen ulaşılması zor ve kuşatılmış bölgelerde bulunmaktadır (UNHCR, 2018). UNHCR Türkiye istatistiklerine bakıldığında 31 Mart 2018 tarihi itibariyle Suriye'den 3,5 milyon kişi, Afganistan'dan 169 bin kişi, Irak'tan 142 bin kişi, İran'dan 36 bin kişi, Somali'den 5 bin ve diğer ülkelerden 11 bin kişi ile toplamda 3,9 milyon kişi Türkiye'ye göç etmiştir. Yine 31 Mart 2018 tarihi itibariyle 2017-2018 yılları arasında denizde ve karada yakalanmalara bakıldığında Türkiye batı denizi sınırlarındaki toplam olay sayısı 605, Türk karasularında ölü/ kayıp sayısı 75, denizdeki toplam yakalanmaların sayısı ise 35,475 kişi olarak ifade edilmektedir (UNHCR-b, 2018).

Türkiye, ulusal sınırları aşan norm yapıya özgü etkili milli sığınma organizasyonu meydana getirebilmek için hukuki yenilikler tesis etmektedir. Türkiye'nin ilk sığınma yasası kabul edilen “Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu” Türkiye Büyük Millet Meclisince geçerli olarak 11 Nisan 2014'te işleme koyulmuştur. Bu yasa, Türkiye'nin milli sığınma

düzeninin ana zeminini öne sürüp, hareket tarzı geliştirerek Türkiye'deki tüm yabancılara ilişkin işlemlerden mesul temel kuruluş olan Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nü kurmuştur. Aynı zamanda Türkiye geçici koruma kapsamına aldığı kişiler için geliştirdiği ve onlara sağlanan imtiyazları, onların görevlerini ve ilişkin hareket planını sunan Geçici Koruma Yönetmeliği'ni 22 Ekim 2014 tarihinde onaylamıştır (UNHCR-a, 2018).



Grafik 1. Geçici koruma kapsamındaki Suriyelilerin yıllara göre dağılımı

Kaynak: GİGM (Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, <http://www.goc.gov.tr/>) (28.06.2018 tarihi itibarıyla)

Türkiye Cumhuriyeti İçişleri Bakanlığı Göç idaresi Genel Müdürlüğü'nün, yıllara göre geçici koruma kapsamındaki Suriyeli kişi sayısına bakıldığında; 2012 yılında 14.237 kişi, 2013 yılında 224.655 kişi, 2014 yılında 1.519.286 kişi, 2015 yılında 2.503.549 kişi, 2016 yılında 2.834.441 kişi, 2017 yılında 3.426.786 kişi ve 2018 yılına ise 3.586.679 kişi olarak bildirilmiştir.

Geçici koruma kapsamında bulunan kişilerin cinsiyet dağılımları ise 1.945.99. erkek ve 1.640.688 kadın olduğu bildirilmiştir. Sürekli olmayan barınma merkezleri içerisinde ve dışarısında kalan Suriyeliler incelendiğinde; geçici barınma merkezlerinde kalan 216.407 ve geçici barınma merkezleri dışında kalan 3.370.272 Suriyeli bulunmaktadır. Geçici barınma merkezlerinde yaşayan 73.631 kişi ile Şanlıurfa ilk sırada yer almaktadır. Bu sıralamayı

Gaziantep ve Kilis illeri takip etmektedir. Geçici koruma kapsamındaki Suriyelilerin ilk 10 ile göre sıralaması incelendiğinde; 559.562 kişi ile İstanbul ilk sırada yer alırken Şanlıurfa, Hatay, Gaziantep, Mersin, Adana, Bursa, İzmir, Kilis ve Konya illeri sıralamanın devamında olan illeri oluşturmaktadır. Yine 10.05.2018 tarihi itibarıyla geçici koruma kapsamında bulunan Suriyelilerin ülkemizdeki illerin nüfusları ile karşılaştırılması yüzdelerine bakıldığında ilk sırada %95.53 ile Kilis, ikinci sırada %28.20 ile Hatay, üçüncü sırada ise %23.97 ile Şanlıurfa yer almaktadır. Hatay, Türkiye genelinde en fazla Suriyeli bulunduran üçüncü ildir. Ayrıca Türkiye’de geçici koruma kapsamında bulunan 15-49 yaş aralığında üreme çağında 1.105.609 mülteci kadın bulunmaktadır (GİGM, 2018).

### **Göçün Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri**

Göç, toplumu ve bireylerin yaşamlarını sosyal, kültürel ve fiziksel olarak önemli derecede etkilerken aynı zamanda sağlık ve sağlık değişkenleri üzerine de önemli etkileri olan bir durumdur. Yaşam ve barınma koşullarının elverişsiz olması, maddi olanaksızlıklar, dil engeli ve sağlık güvencelerinin olmaması gibi nedenlerle göç, mültecilerin sağlığını değişik yönleriyle etkilemektedir. Sağlık üzerine oluşan bu etki özellikle de kadın mültecileri olumsuz yönde etkilemekte ve onları daha fazla dezavantajlı kılmaktadır (Tuzcu & Ilgaz, 2015).

Göçmen kadınlar hem göç ettikleri için hem de cinsiyetlerinden dolayı cinsel istismar, fiziksel aynı zamanda psikolojik şiddete yaşamaktadırlar (Adanu & Johnson, 2009). Onların yaşadıkları başka bir problem ise zorla fuhuş yaptırılmalarıdır. Böyle bir durumda göçmen kadınlar cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve istenmeyen gebelikler gibi birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır (Miller, Decker, Silverman, & Raj, 2007).

Göç alan bölgelerdeki sağlık kuruluşlarının yetersizliği, göçmen kadınların maddi olanaksızlıkları ve sosyal güvencelerinin olmayışı, eğitim seviyelerinin düşük olması, iletişimde yaşanan problemler, yetersiz beslenme ve kötü hijyen koşulları gibi strese neden oluşturacak birçok durum göçmenlerin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Buna benzer

sorunlar yaşansa da göçmen kadınların göç ettikleri ülkelerdeki genel çabaları sağlık sorunlarını çözmeye yönelik değil de daha iyi ekonomi ve yaşama sahip olma şeklindedir (Göker & Meşe, 2011).

Göç olgusunun kişinin aklına düşmesiyle birlikte kişi stres yaşamaya başlar ve gidilecek ülke ile yaşanan kültürel farklılıkların fazla olması durumunda ise yaşanmakta olan travmanın etkisinin arttığı görülmektedir. Göçmenlerin daha önce yaşadıkları yurtlarında koşulların kötü durumda olması bile yurda olan özlemi değiştirmeyeceği gibi ruhsal problemlerin meydana gelmesine sebebiyet vermektedir (Eğinli, 2011). Göçmen kadınların yaşadıkları sağlık sorunları dile getirilirken stresin tesirine değinmek gereklidir. Stres durumu, vücudumuzun yaşadığımız olaylara karşılık verdiği cevap olarak nitelendirilebilir. Uzun süreli stres altında kalmak bireyin sağlığını ciddi derecede etkilemektedir (Gümüş & Bilgili, 2015).

Göçmenlerde sık karşılaşılan ve tedavi edilmediği takdirde hayatı tehdit edebilen bulaşıcı hastalıklar da önemli sağlık sorunlarından. Göç edilen yerdeki yetersiz sağlık imkanları ve beslenme koşulları, kötü hijyen koşulları gibi birçok neden, kızamık, tüberküloz, solunum yolu enfeksiyonları ve ishalleri seyreden bulaşıcı hastalıklara, göçmenleri bir adım daha yaklaştırmaktadır. Bazen de bu şartlar göçmenlerin taşıyıcı olmalarına neden olmaktadır. Bu durum ise göç bölgelerinde yaşanacak salgın riskini her zaman canlı tutmaktadır. Göçmenlerin beslenme alışkanlıklarının kötü olduğu düşünülmekte ve genellikle maddi imkânlar doğrultusunda yağ ve karbonhidrat ağırlıklı beslendikleri görülmektedir. Bu doğrultuda özellikle de göçmen kadınların beden kitle indeksinin fazla olduğu belirtilmektedir (Gümüş & Bilgili, 2015).

Göçmen kadınların aile üreme sağlığı gibi hizmetlerden yararlanma durumuna bakıldığında, bu hizmetlerden yeterince yararlanamadıkları görülmüştür. Göçmen kadınlar fazla çocuk sahibi olma eğilimindedirler. Bunun nedeni olarak kadınların statülerini korumak istemeleri olduğu belirtilmektedir. Bu durum da ise aile planlaması yöntemlerini kullanmama

eğilimine götürmektedir. Ek olarak doğum öncesi ve sonrası bakımından yeterince yararlanamamaktadırlar. Ayrıca düzensiz adet kanamaları ve vajinal enfeksiyonlar sık görülmektedir (Gümüş & Bilgili, 2015).

### **Cinsiyet ve Toplumsal Cinsiyet**

“**Cinsiyet**” ve “**toplumsal cinsiyet**” terimleri günlük hayatta kullanımlarıyla benzer anlam taşıdığı düşünülse de aslında birbirinden farklı anlamlara karşılık gelmektedir (Alan, 2010; Springer, Stelman & Jordan-Young, 2011). **Cinsiyet** (sex), toplumu biyolojik, fizyolojik ve genetik yönden kadın ve erkek olarak ayırırken, **toplumsal cinsiyet** (gender) kavramı ise sosyal çevrenin kişilere yüklediği ve onlardan beklediği işler ve davranışla birlikte toplulukların bireyleri ne şekilde idrak ettiğini anlatır. Bu nedenle toplumsal cinsiyet psikolojik, etkileşimli, kurumsal ve kültürel araçlarla ilişkilidir ve dinamik olarak sürekli değişim ve gelişim içerisindedir (Wood & Eagly, 2010).

### **Cinsiyet**

İngilizce karşılığı “sex” olan cinsiyet terimi, insanlarda ve hayvanlarda kromozomlar, gen ifadesi, hormon fonksiyonu ve cinsel anatomi gibi fiziksel ve fizyolojik özelliklerle ilişkili olan bir dizi biyolojik özellik ile tanımlanır (Heidari, Babor, De Castro, Tort, & Curno, 2016). Çoğunlukla üreme işlevleri ile bağlantılı olarak, insanlar arasındaki farklılıkları, “kadın” ve “erkek” şeklinde katagorize ederek ifade etmektedir (Ryan, 2007). Kısaca cinsiyet, fiziki açıdan kadınları erkeklerden erkekleri de kadınlardan ayıran biyolojik ve fizyolojik özellikler olarak tanımlanmaktadır (Coen & Banister, 2012). Ayrıca cinsiyet teriminin doğal ve biyolojik temellere dayandığı ve bu yüzden değiştirilmesinin mümkün olmayacağı ve her durumda aynı kalacağı belirtilmiştir (Zeyneloğlu, 2008).

### **Toplumsal Cinsiyet**

İngilizce karşılığı “gender” olan toplumsal cinsiyet, cinsiyet teriminin aksine erkek ve kadın arasında toplumsal olarak yapılandırılmış erkek ve kadınları birbirinden ayıran

farklılıklar vurgular (Scott & Marshall, 2009). Dolayısıyla toplumsal cinsiyet terimi kadın ve erkek arasında meydana gelen bireysel, kurumsal, yapısal ve kültürel farklılıklar ile ilişkilidir. Toplumsal cinsiyet kadınlar ve erkekler arasındaki ilişkilerin yanı sıra kültüre bağlı sözleşmeler, roller ve davranışlarla ilgili bir toplumsal yapıya işaret eder. Eril ya da dişil doğulur, kız çocuğu ve erkek çocuğu kadın ve erkek olmak sürecinde sosyalleşir. Bu süreçteki azımsanacak derecedeki cinsiyet farklılıkları önemli hale gelir ve var olan çok sayıdaki benzerlik önemsiz hale gelmektedir (Pincha, 2009).

Toplumsal cinsiyet, kadın, erkek ve cinsiyetine göre farklı insanların sosyal olarak yapılandırılmış rollerini, davranışlarını ve kimliklerini ifade eder. İnsanların kendilerini ve birbirlerini nasıl algıladıklarını, nasıl davrandıklarını, etkileşimlerini ve toplumdaki güç ve kaynakların dağılımını etkiler. Toplumsal cinsiyet genellikle yanlış bir ikili (dişi / erkek) faktör olarak kavramsallaştırılır. Gerçekte, bireylerin kendilerini nasıl tanımladıklarını ve cinsiyetlerini nasıl ifade ettiklerini tanımlayan bir dizi cinsiyet kimliği ifadesidir. (Heidari, Babor, De Castro, Tort, & Curno, 2016).

1970'li yıllarda feminist akademisyenler, kadın ve erkek arasındaki tüm farklılıkların biyolojik olmayacağını ve bu farklılıkların biyoloji tarafından açıklanamayacağı gerçeğine dikkat çekmişlerdir. Bunun için toplumsal cinsiyet terimini kullanmışlardır. Cinsiyet ve toplumsal cinsiyet terimleri arasında yapılan bu ayırım, zamanla kadın ve erkek arasındaki farklılıkların doğal olarak gelişmesine ve değişmesine neden olmuştur (Short, Yang, & Jenkins, 2013). 1972 yılında yayımladığı "Sex, Gender and Society" kitabıyla Toplumsal cinsiyet terimini sosyolojiye kazandıran Oakley (1972) literatüre önemli katkılarda bulunmuş, cinsiyet ve toplumsal cinsiyet terimleri arasındaki farkı açıkça ortaya koymuştur. Bu farklılığı açıklarken kadınlık ve erkeklik arasındaki toplumsal durumun eşit olmayan ayırımına gönderme yapılmıştır (Oakley, 1972). Günümüzde ise bu alanda yapılan çalışmaların sayısı önceki yıllara göre sayıca artış göstermektedir.

## Cinsiyet Kimliği

“Cinsiyet kimliği” (gender identity), kişinin kendini erkek veya kadın olarak algılaması olarak tanımlanabilir. Çocuklarda cinsiyet kimliği, “Siz erkek misiniz? Kız mı?” sorusunu güvenilir bir şekilde cevaplayabilme becerisiyle ilgilidir (Shechner, 2010). Bireyin kendisini belirli bir cinsiyette hissetmesi ve kendini kadın ya da erkek olarak algılaması kişilik ve davranışlarına yansıyan bir durumdur. Bazı durumlarda çocukların kendilerini kız çocuk ve ya erkek çocuk olarak tanımlayabilmesi, fiziksel özelliklerini kabul etmesi, benlik noktasında tereddüt etmemesi ve bu durumdan da endişe duymaması anlamına gelir (Özsungur, 2010).

Cinsiyet kimliği, ergenlikten önce, yaşamın ilk evrelerinde oluşmaya başlar ve 4 yaşlarına kadar kazanılması beklenir. Yapılan bir gözlem çalışmasında 82 çocuktan oluşan örneklem gurubu 9-21 aylık süreç de 12 ay boyunca, cinsiyete duyarlı nesnelere verdiği tepkiler, aileleri tarafından izlenmiştir. Bunun için belirli aralıklarla günlükler tutulmuş ve çocukların görüntüleri kayıt altına alınmıştır. Çocuklar ortalama olarak 19 aylıkken cinsiyet etiketleri kullanmaya geçmiştir. 17 aylıkken mevcut olan cinsiyet farkındalığı 21. ayda iki kattan fazla artış göstermiştir. Yapılan çalışmada kızlar ve erkekler cinsiyet etiketlemenin geliştirilmesinde benzer kalıplar göstermelerine rağmen, kızlar erkeklerden daha erken bir şekilde etiketlemeye başlamışlardır (Zosuls, et al., 2009).

Bireylerin tercih ettiği cinsel yönelim daha çok “cinsel kimlik” ile ifade edilir (Ofias, 2017). Nitekim cinsel kimliğin kazanılması biyolojik, çevresel ve ailesel faktörlere bağlı olarak zihinsel ve bilişsel yeterlilikler ile şekillenir. Bazı durumlarda çocuğun, biyolojik cinsiyeti yerine ailesinin onun için uygun gördüğü cinsel kimliği geliştirmesi veya kişinin biyolojik özellikleri nedeniyle kendini mutsuz görmesi ve hormon tedavisi görerek, cinsiyet değiştirmek istemesi ile karşılaşılmaktadır. Bu nedenle cinsel kimlik gelişim sürecinde



biyolojik ve psikolojik etkenlerin büyüklüğü tam anlamıyla netleştirilememiştir (Kantoğlu, 2017).

### **Toplumsal Cinsiyette Eşitlik ve Hakkaniyet Kavramı**

Toplumsal cinsiyette eşitlik, bireylerin kadın veya erkek oldukları için ayrılmaması, kaynaklara erişme, fırsatları değerlendirme ve aldığı hizmet bakımından eşit olması anlamına gelir (Uguz & Topbaş, 2017).

Toplumsal cinsiyette hakkaniyet, kadın ve erkeğin farklı güçler ve gereksinimlere sahip olduğu düşünülerek, sorumluluk ve kazancın dağılımında adaletli olunması anlamına gelir (Akın & Demirel, 2003).

### **Toplumsal Cinsiyet Roller**

Rol, bireylerin sahip oldukları konum ve statüsüne uygun olarak kendisinden beklenen davranışlar olarak tanımlanabilir. Bireylerin sahip olduğu rolü kendine görev edinebileceği davranışlardır. Kişiler toplum içerisinde sadece bir rol değil birçok role sahiptirler. Bir kadın, iş yaşamında kendisinden beklenen yöneticilik rolünü başarılı bir şekilde yerine getirirken ev yaşamında anne ise annelik rolünü benimsemesi kendisinden beklenir. Beklenen bu davranışlar rolü yerine getiren kişi için ve beklenti içine giren kişiler için aynıdır. Toplumsal cinsiyet rolleri, bireylerin toplum içinde kişilik özellikleri, tutumları ve davranışları ile kültürel ve tarihsel bağlamda, kadın ve erkeklerin sosyal rolleriyle ilişkilendirilen bir kavramdır. Toplumsal cinsiyet rolündeki temel kavramlar erkeklik ve kadınlık kavramlarıdır. Erkek ve kadından beklenen davranışlar bireyde de tutarlı bir şekilde olması beklenir (Shechner, 2010).

### **Toplumsal Cinsiyet Rollerinde Etkili Olan Faktörler**

Literatürde toplumsal cinsiyet rollerinin kazanılmasını etkileyen faktörler olarak kişinin aile ortamı, kişinin anne ve babasının eğitim seviyeleri, annesinin çalışıp çalışmama durumu, kardeş sayısı ve arkadaş çevresi, eğitim yuvaları ve haberleşme araçları olduğu

belirtilmektedir. Aile, toplumsal cinsiyet rollerinin kazanılmasında etkili olan faktörler arasında en önemli olanıdır. Daha anne karnındayken çocuğun cinsiyetine göre roller biçilmeye başlanırken, doğumu takip eden günlerde çocukların kız veya erkek olmasına bağlı olarak aileleri ve toplum tarafından cinsiyetlerine uygun bir şekilde etiketleme yapılmaktadır (Soy, 2017).

Aile toplumsal cinsiyet rollerinin gelişiminde önemli rol oynadığını çocuklarına koydukları isimler ile de göstermektedir. Örneğin erkek çocuklarına ‘’ Savaş, Kaan, Eren, Zeki, Arslan’’ gibi isimler koyulurken, kız çocuklarında ‘’Sevgi, Gül, Ezgi, Güneş, Duygu’’ gibi isimler tercih edilmekte ve bu isimler cinsiyet rollerini güçlendirmektedir. Çocuklar için seçilen ve onların oynaması beklenen oyuncaklar da toplumsal cinsiyet rollerinin biçimlenmesini sağlamaktadır. Örneğin erkek çocuklar için oyuncak arabalar, iş makinaları tercih edilir ve tamir setleri ile tamir yapması, oyuncak silahlar tercih edilip bunlarla oynaması beklenir. Kız çocukları ise narin bebeklerle oynarlar, onları giydirir, besler ve uyuturlar, oyuncak mutfak setleri ile yemek pişirirler ve daha çok ev içinde oynaması beklenmektedir (Bayhan, 2013).

Kişilerin nasıl bir ailede yetiştiği, aile tipi yani çekirdek ve ya geniş aile olma durumunun da cinsiyet rolleri üzerine etkileri vardır (Gok, 2013). Geniş aile ortamında büyüyen erkeklerin daha çok geleneksel cinsiyet rollerine sahip olduğu belirtilmektedir (Alan, 2010). Ayrıca ailelerin genel olarak çocuklarından beklentisi kendi cinsiyet rollerine uymalarıdır ve aksi bir halde aileler için endişe duyulacak bir durum oluşmaktadır (Gander & Gardiner, 2004).

Ebeveynlerin eğitim seviyesi arttıkça çocukların daha çok eşitlikçi tutumlara sahip olduğu belirtilmektedir. Ayrıca öğrenciler üzerine yapılan çalışmalarda anneleri bir işte çalışanların toplumsal cinsiyet rollerine yönelik eşitlikçi tutum benimsediği belirtilmektedir (Zeyneloğlu, 2008).

Okul, toplumsal cinsiyet rollerini etkileyen faktörlerden olan aileden sonra gelen en önemli unsurdur. Okul etkeni çocukların birbirleri ile olan duygu ve düşünce aktarımı yoluyla güçlenir. Toplumdaki eğitim konusundaki sahip olunan düşünce ele alındığında çocukların sosyalleşmesi üzerine farklı etkileri olduğu görülmektedir. Örneğin erkek çocukları sosyalleşmeye daha çok itilirken kız çocukları geri planda tutularak, onlara daha çok ailevi sorumluluklar yüklenmektedir (Kuzgun & Sevim, 2004).

Yapılan araştırmalarda ders kitapları incelenmiş ve toplumsal cinsiyete ilişkin yargıların ders kitapları içeriğinde mevcut olduğu tespit edilmiştir (Kalaycı & Hayırsever, 2014). Kitaplarda tanımlanan kadınlar çocukları ve eşiyile ilgilenen, her türlü ev işi (temizlik, ütü, yemek, bulaşık) yapan bireyler olarak yer alırken, erkekler karar verme yetisine sahip ve hayatın her alanında aktif rol oynayan bireyler olarak ifade edilmektedir. Böylece kadınlar anne ve eş rolleriyle kısıtlanırken erkekler sosyal ve kamu alanında daha çok aktifleşmeye yönlendirilmiş olurlar (Esen & Bağlı, 2002).

Kitle iletişim araçları kişilerin toplumsal cinsiyet rollerinin benimsemesi noktasında önemli bir yere sahiptir. Çoğu zaman erkek egemen ideoloji ile yayınlar yapılmakta, kadınlar genelde cinsel obje olarak gösterilmektedir (Çınar, 2013).

### **Toplumsal Cinsiyete İlişkin Tarihsel Süreç**

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği insanlığı tarihi kadar eskiye dayanmaktadır. Yerleşik ilkel hayata geçiş ile kadının bakım ve annelik rolünün kamudan sosyal hayata geçmesi bir nevi yaşanan eşitsizliğin temeli niteliğindedir. Ardından ilk çağ, orta çağ ve yeni çağda derebeylik idaresi, insanların sınıflandırılması, skolastik fikirler ve tek tanrı inancının görülmesi, kapital ve felsefik yaklaşımlar bu eşit olmayan durumları daha da arttırmıştır. Tıp biliminin ortaya çıkmasıyla ise kadının çocuk ve yaşlı bakımı gibi rolleri değişmiş, insanları tedavi eden kadın sihirbaz ve kötü niyetli kimse şeklinde etiketlenip öldürülmüştür. Durumun anlaşılması ve örgüt şeklinde çaba, 1789 yılında belirli bir kadın tarafından verilmiş olup

yazılı olarak kadın hakkını müdafaa eden ilk belgeyi “Kadının Yurttaşlık Hakkı Beyannamesi” adıyla 1791 yılında hazırlanmıştır. “I. Kadın Hareketi” olarak adlandırılan ve Fransa’da başlayan bu mücadele dünya genelinde yankı bulmuş ve kadınların hukuki anlamda haklarına eriştikleri “1948 Birleşmiş Milletler (BM) İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’ne” kadar devam etmiştir. 1960 sonrasında “II. Kadın Hareketi” adıyla insan haklarının normal yaşama aktarılması ve vaat edilenlerle gerçekler arasındaki farklı kapatmak yeniden mücadele başlamıştır (Coşkun & Özdilek, 2012).

1972 yılında ise ilk kez sosyolog Ann Oakley tarafından ortaya atılan “Toplumsal Cinsiyet” kavramı iki cinsiyet arasındaki farklılıkları ortaya koyarken kadının erkek karşısındaki güç dengesizlikleri ve eşitsizliklerin üzerinde durmuştur (Karakaya H. , 2018).

Türkiye’deki cinsiyetçi eşitlik hareket tarzının temelini Cumhuriyet reformları meydana getirmektedir. O zamanlarda, kadınlar ve erkeklerin denk olması icap ettiği düşüncesiyle yapılan reformlar ile bir taraftan çağdaş bir devlet meydana getirirken diğer taraftan köklü bir sosyal değişiklik meydana getirilmiştir. Bu dönemde meydana gelen yenilikler, toplumun yeniden yapılanmasını sağlaması yanında kadına sosyal yaşamda pek çok haklar sağlamıştır (Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü, 2009).

Türkiye 1985 yılında “Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW – The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women)’ni” imzalamıştır. 2010 yılı Kasım ayı itibarıyla taraf ülke sayısı 186’ya ulaşmış olan CEDAW Sözleşmesinin ana amacı, sosyal hayatın her alanında denkliliği tesis etmek için kadın ve erkek davranış ve görevlerine karşı peşin verilen hükümleri ve basmakalıp bütün yargıları ve davranışları engellemektir (Ökten & Tüysüz , 2017).

2000’li yıllara gelindiğinde ise Pekin’de 5. BM Genel Kurulu özel oturum gerçekleştirilmiş ve “Kadın 2000: 21. Yüzyıl İçin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Kalkınma,

Barış” gibi konular gündeme gelmiştir. Günümüzde ise çok sayıda sivil toplum kuruluşu kadınların hakları konusunda savunuculuk üstlenmiş durumdadır (Coşkun & Özdilek, 2012).

### **Dünyada ve Ülkemizde Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğine İlişkin Göstergeler**

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği dünyanın birçok yerinde görülmekle birlikte bu eşitsizlikler toplumdaki ilişkilerin yapısından ve ideolojik olarak ataerkilliği benimsemekten kaynaklanmaktadır. Toplumsal cinsiyet bağlamında dünyadaki verilere bakıldığında, sonuçların kadınların aleyhine olduğu anlaşılmaktadır. Dünya da var olan 3.1 milyar yoksul insanın %70’ini kadınlar oluşturmakta ve okuma yazma bilmeyen 900 milyon nüfusun 2/3’ü kadınlar oluşturmaktadır. Benzer meslek mensubu olan kadınlara, erkeklere göre %30-40 daha düşük ödeme yapılmakta ve gelişmekte olan ülkelerde yönetici oranları bir kadın yöneticiye karşın yedi erkek yönetici şeklinde belirtilmektedir (Dinç,2013). Dünya Ekonomik Forumu’nun 2017 yılında yayınlamış olduğu “Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Raporu’na (Global Gender Gap Report)” bakıldığında, Türkiye toplumsal cinsiyet eşitsizliği yönünden, toplamda 144 ülke arasında 131. sırada yer almaktadır. Türkiye’yi Moritanya, Fildişi Sahili, Mısır, Ürdün, Fas, Lübnan, Suudi Arabistan, Mali, İran İslam Cumhuriyeti, Çad, Suriye, Pakistan ve Yemen gibi ülkeler takip etmektedir (WEF, 2017).

Türkiye’de aile kavramı ve geleneksel erkek cinsiyet rolünün, çalışma ve eğitim hayatı gibi birçok konuda kadınların yaşamları üzerine etkileri bulunmaktadır. Kadınlara genel olarak ev içinde eş annelik gibi görevler yakıştırılmakta, çalışan kadınlarda ise erkeklere oranla daha düşük özellikli işlerde ve ücretle çalışmaktadır. Okuma yazma oranları ve akademik kadro istatistikleri Türkiye’de toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin önemli göstergelerini yansıtmaktadır (Bingöl, 2014).

Türkiye’de kadın ve erkek arasındaki cinsiyet eşitsizliğinin eğitim alanındaki yansımalarına bakıldığında 25 yaş ve üzerinde okuma yazma bilmeyenlerin oranı erkeklerde %1.6 iken kadınlarda bu oran %8.5’dir. Yüksekokul veya fakülte mezunu nüfus oranı ise

erkeklerde %18.8 ve kadınlarda %14.2 şeklinde olduğu belirtilmektedir. Yükseköğretim istatistikleri sonuçlarına göre; 2016 yılında erkek akademisyen oranı %56,9 iken kadın akademisyenlerin oranı %43,1 olduğu saptanmıştır (TUİK, 2018).

Türkiye İstatistik Kurumu 2016 verilerine göre, Türkiye’de işgücüne katılma oranı erkeklerde %72 iken kadınlarda bu oran sadece %32.5’tir. Çalışan kadınların sektör dağılımında ise kadınların %28.7’si tarım, %55.4’ü hizmet ve % 15.9’u ise sanayi sektöründe çalışmaktadır (TUİK, 2018).

Bir ülkedeki demokratik yaşamın önemli göstergelerden biri de kadınların siyasi katılımıdır. Bu sayısal olarak kadınların daha çok olmasının yanı sıra, onların istek ve gereksinimlerinin belirli bir seviyede aktarılmasının yöntemi şeklinde değerlendirilmektedir (Dinç , 2013)

Türkiye’de siyasi anlamda bakıldığında kadın düşük seviyede temsil edilmektedir. Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu raporunda Türkiye kadınlarının parlamentoda temsil edilme durumları değerlendirildiğinde 144 ülke arasında 118. Sırada bulunmaktadır. (WEF, 2017). 1935 yılında milletvekili oranı %4.6 iken, 1950’lerde %0.6 ya kadar düşüş göstermiştir. Uzun vadede bu şekilde seyreden kadın parlamenter miktarı, 2007 genel seçimlerinde %9.1’e, 2011 yılında yapılan seçimde %14.3’e, 2018 seçimlerinde ise ancak %17’ye ulaşabilmiştir (Kader, 2018).

Dünya Ekonomik Forumu’nun 2017’de yayınlamış olduğu Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Raporu’nda, Suriye toplumsal cinsiyet eşitsizliği yönünden, toplamda 144 ülke arasında 142. sırada yer almakta, Suriye’yi Pakistan ve Yemen takip etmektedir. Kadınların parlamentolarda temsil oranlarına dikkate alındığında Suriye, 144 ülke arasında 130. sırada yer almaktadır (WEF, 2017).

Türkiye’deki Suriyeli kadınların eğitim durumları incelendiğinde, okuryazar olmayanların oranı %20,9 seviyesindedir. Ayrıca ilkokul mezunu olanların oranı %35,1

ortaokul mezunu olanların oranı %19,8, liseyi bitirenler %10 ve üniversite ve üzerindeki seviyede olanlar %6,2 oranındadır. Erkeklerin eğitim durumuna bakıldığında, okuryazar olmayanların oranı %14,4 seviyesindedir. Ayrıca ilkokul mezunu olanların oranı %33,8 ortaokul mezunu olanların oranı %22,6 lise bitirenler %12 ve üniversite ve üzerindeki seviyede olanlar %10,5 oranındadır. Suriyeli erkekler ile kadınların eğitim durumu her seviyede kıyaslandığında erkeklerde kadınlara göre oransal olarak artış gözlemlendiği belirtilmektedir (AFAD, 2014).

Suriye’de nüfus içerisindeki işsizlik oranına bakıldığında bu oranın %8,3 olduğu ve kadınlarda yüksek olduğu gözlenmiştir. Özellikle 15-24 yaş arası genç kadınlarda görülen işsizlik oranı %33,1 seviyesindedir (Suriye Ülke Raporu, 2012). Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı tarafından Türkiye’de yaşayan Suriyelilere yönelik yapılan araştırmada, kadınların son bir aylık çalışma durumları incelenmiş ve yaklaşık %91’inin çalışmadığı belirlenmiştir (AFAD, 2017).

Kamplarda yaşayan Suriyeli kadınların ülkelerindeyken, ev kazancına dağılımına bakıldığında, kadınların %37’si 0-100 Amerikan Doları gelire sahipken, %40’ı 100-200 Amerikan Doları gelire sahip olduğu belirtilmektedir (AFAD, 2014).

### **Toplumsal Cinsiyet ve Kadın**

Toplumsal cinsiyet, kültüre, çevre koşullarına, sosyal ve ekonomik durumlara bağlı olarak ülkeden ülkeye, hatta aynı ülkede yerleşim yerlerine göre değişmektedir. Bu değişikliklerin evrensel özelliği, kadınların aleyhine kurgulanmış olmasıdır (Yıldırım, Ergüt, & Camkıran, 2018). Toplumsal cinsiyete yönelik yapılan çalışmalar da genellikle kadınlar üzerine durulmaktadır. Kadınların iş yaşamında zamanla artarak yer almaları, bilimsel literatürün genişlemesi ve zamanın gereği olan birey rollerinin değişime uğraması ile toplumsal cinsiyet ve kadın konularına pek çok bakış açısı geliştirilmiştir. Dolayısıyla

toplumsal cinsiyetin kadınlara yüklemiş olduğu roller ve sorumluluklar çoğu araştırmanın konusu haline gelmiştir (Ünlü, 2017).

Toplumsal cinsiyet rollerine yönelik erkeklerin geleneksel yöndeki tutumları kadınların toplum içerisindeki pozisyonunu negatif yönde etkilemektedir. Dolayısıyla toplum içerisinde kadın erkeğin gerisinde kalmış, istenilen pozisyon ve değeri alamamıştır. Geleneksel anlamda kadınlara, erkeklere yardımcı olan, öfkelenmeler de göstermeyen, hayır demeyen ve insanların mutluluğu ve rahatı için çalışan ve hayatın içinde aktif olmayan roller biçilmiştir. Bunun neticesinde ise kadınlarda kendine güvenmeme, pasif ve başkaları tarafından yönlendirilmek zorunda bırakılmıştır. Bunun tam tersinde ise erkekler yaşamı yönlendiren, gücün sahibi ve evin reisi olarak yetiştirilmektedir (Coşkun & Özdilek, 2012).

Toplumsal cinsiyet rollerinin kadınların günlük yaşamına hem ev içinde hem de ev dışında etkisi bulunmaktadır. Kadınlar dışarıda bir iş sahibi olsalar da ev yaşamında kadınlık rolüyle ev işleri yapmak zorunda kalmaktadırlar. Ayrıca kadınlık rolleriyle ilişkilendirilen bakım verme hizmetleri, kadınları iş yaşamında da hemşirelik, sekreterlik, öğretmenlik gibi meslekleri tercih etmelerine neden olmuştur. (Akın & Demirel, 2003).

Bazı durumlarda kadınların iş yaşamına katılma çabaları sosyal olarak gelişmek, özgüven sahibi olmak ve genel tutumlarında düzelme gibi isteklerinden kaynaklanmaktadır. Ancak iş yerinde de kadınlara yönelik yapılan cinsiyet ayrımcılığına dayanan tutumlar devam etmektedir. Kadınların daha düşük ücretlerde çalıştırıldığı, kariyerinde ve yönetim süreçlerinde belirli bir seviyeye kadar yükselebildiği, belirli seviyeden sonra yükselemediği göze çarpmaktadır.

Toplumsal cinsiyet rolleri açısından kadın ve erkeğin arasındaki farklara bir başka örnek, kadınların evlenmeden önce cinselliği yaşamamış olması, bekârken aileden ayrı yalnız yaşamaması, geç saatlerde tek başına sokağa çıkmaması, şiddet gördüğünde bunu saklaması



gibi görevler beklenmektedir. Ayrıca kadınlar erkek çocuk doğurduklarında değerlerinin ve statülerinin artacağı beklenmektedir (Kahraman, 2010).

### **Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık İlişkisi**

Kadın ve erkeğin arasındaki biyolojik, sosyokültürel ve ekonomik bağlamdaki farklılıklar, sağlığa ilişkin deneyimlerini farklı kılmaktadır. Toplumsal cinsiyete yönelik analizler kadın ve erkek arasındaki farklı güç dağılımlarını belirlerken aynı zamanda kadınların sağlıklarına etkilerini değerlendirmektedir. Kadınların sağlıklarını koruyacak şartları oluşturmada ve kontrolünü sağlamada daha az rol alırken, buna karşın evde, toplum içinde ve sağlık hizmetlerinde temel sağlık hizmeti sunanlar çoğunlukla kadınlardır. Sağlık alanındaki toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, kadının sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşadığı zorlukları, bu zorlukların üstesinden gelme yollarını ve bu durumun kadının sağlığını nasıl dezavantajlı kıldığını irdelemektedir. Kadınların erkeklerden farklı olan ihtiyaçlarına sağlık sisteminin verdiği cevabı anlamak için biyolojik özelliklerinin yanı sıra etnik yapı, yaş, sosyal sınıf ve toplumdaki yeri gibi özelliklerinin de değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca toplumsal cinsiyet, sağlık hizmeti veren kişilerin kadına karşı olan tutumlarını da etkileyebilmektedir (Türmen, 2003).

Kadınların doğumdan sonra beklenen yaşam süresi erkeklere göre daha uzundur. Kadınların daha uzun yaşıyor olması kaliteli bir yaşam sürdüğü anlamını taşımamakta ve çoğu toplumda kadınların erkeklere oranla daha fazla stres ve hastalık yaşadıkları belirtilmektedir (Özvarış, 2008). Yaşam süreleri boyunca kadınlar ve erkekler cinsiyetlerine özel olarak bazı hastalıklar için risk altındadırlar. Örneğin kadınlar meme ve rahim ağzı kanseri için erkekler ise prostat kanseri için ayrı taramalara ihtiyaç duyarlar. Fakat kadın ve erkeğin üreme sorunlarıyla ilgili yükleri incelendiğinde kadınların daha fazla yaşadıkları ve üreme çağında bu oranın arttığı belirtilmektedir (Başar, 2017).

Toplumun her alanında mevcut olan toplumsal cinsiyet ayrımcılığı nedeni ile kadınlar eşlerinden izin almadan hastaneye gidemeyen, kadın hekim olmadığı takdirde muayene olamayan ve aile planlaması gibi birçok hizmetten yararlanamamaktadır (Coşkun & Özdilek, 2012). Tıbbi girişimlere bakıldığında ise kadınlar erkeklerle aynı cevabı vermeyebilir. Örnek verecek olursak anjiyoplastide kadınların arter yapıları erkeklere göre daha küçük olduğu için daha fazla risk taşımakta ve az başarılı olunabilmektedir. Bu nedenle etkili ve uygun hizmet vermek, kadına ve erkeğe verilen hizmetin tamamıyla aynı olacağı anlamına gelmemektedir (Coşkun & Özdilek, 2012).

### **Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığında Toplumsal Cinsiyet**

Kadının toplumdaki statüsü, sağlık algısından hizmet alma durumuna, hizmetlere erişimden cinselliğin yaşanmasına ve doğurganlık davranışlarına kadar kadın sağlığı ile ilgili bütün alanları doğrudan biçimlendirmektedir. Kadınlar jinekolojik sorunlar, infertilite, doğum kontrolü, güvenli annelik gibi konularda üreme sağlığı hizmetlerinden yeterince yararlanamamaktadır (Türmen, 2003).

Kadın sağlığında, erişkinlik (15-49 yaş arası) veya doğurganlık dönemi olarak adlandırılan dönem, gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonların en sık yaşandığı dönem olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca bu dönemde, istenmeyen gebelikler/isteyerek düşükler, cinsel yolla bulaşan infeksiyonlar, anemi/malnütrisyon, paralı seks, cinsel taciz-istismar, şiddet, anne ölümleri önemli üreme sağlığı sorunlarındandır (Akın & Özvarış, 2006).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin etkisiyle bazı toplumlarda cinsellik kadın için evlilikle ilişkilendirilirken aynı durum erkekler için geçerli değildir. Ayrıca kadına yüklenen ‘‘namus’’ rolü her türlü durumda kadının suçlu bulunmasına neden olmaktadır. Kadınlar üzerine oluşturulan bu baskı kızlık zarı kontrolü, ergen gebelikler ve sağlıksız koşullarda düşükler gibi birçok sağlık sorununa neden olmaktadır (Şimşek H. , 2011).

Üreme sağlığı hizmetleri, kadın ve erkeğin ihtiyaçlarına cevap verici nitelikte olmalıdır. Ancak üremeye ait hastalıkların neticeleri iki cinsiyet arasında oldukça farklı seyretmekte ve kadınların hayatlarını direkt olarak etkilemektedir. Bu durumun nedenleri ise; gebelik ve doğum sorunlarını yalnız kadınların yaşaması, üreme organları yapısı ile cinsel yolla bulaşan hastalıkların kadınlarda daha çok sekel bırakması, infertilite her iki cinsiyetten kaynaklanabiliyor olmasına karşın çoğu zaman kadına yüklenmesi, kontraseptif kullanma oranını kadınlarda daha fazla olması ve kadınların kullanmış olduğu yöntemlerin risklerinin daha fazla olması olarak sıralanabilir (TC. Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğu, 2008).

Kadınların yaşadıkları bir başka sorun ise genital matilasyon yani kadın sünnetidir. Kadın dış genital organlarının kültürel veya dinsel sebeplerden dolayı farklı düzeylerde kesilmesidir (Koyun, Taşkın, & Terzioğlu, 2011). Genellikle Afrika ülkelerinde (Somalı, Sudan, Etiyopya) yaygın olan bu uygulama çoğu zaman sağlıksız koşullarda ve sağlık personelinin dışındaki kişilerce uygulanmaktadır. Genital mutilasyon sonucu kadınlar ağrı, kanama, üriner veya genital enfeksiyonlar, doğum problemleri, ruhsal sağlık sorunları ile karşı karşıya kalabilirler (Yeni, 2004).

Akyüz ve arkadaşlarının üreme çağındaki (15-49 yaş) kadınların, toplumsal cinsiyetin üreme sağlığı hizmetlerinden faydalanılması üzerine etkilerini araştıran çalışmasında; eğitim düzeyi düşük kadınlarda ev içerisinde son sözü erkeğin söylediği ve rızasız evlendirilen ve ev ekonomisine katkısı bulunmayan kadınların sağlık kuruluşuna giderken eşlerinden izin aldığı belirtilmektedir. Ayrıca gelir durumu iyi olan ailelerin doğumlarını hastane ortamında yaptırdığı görülmüştür. Kısacası, toplumsal cinsiyet ayrımcılığının kadınların üreme sağlığına ve hizmetlerden faydalanmasına olumsuz etkileri olduğu bildirilmektedir (Akyüz, Şahiner, & Bakır, 2008).

## **Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddet ve Kadın Ruh Sağlığı**

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği sonucu olarak yaşanan bir başka olguda kadınlara yönelik yaşanan şiddet olaylarıdır. Bu durum cinsiyete dayanan, kadını incitip zarara uğratan, özel hayatında veya toplum içerisinde baskı uygulayarak özgürlüklerini elinden alan ve fiziksel, ruhsal ve cinsel kayıplara neden olabilen her türlü davranıştır (Koyun, Taşkın, & Terzioğlu, 2011). Şiddet olarak sayılabilecek davranışlar içerisinde, vurma, tokat, dövme gibi fiziksel müdahaleler, aşağılama, küçük düşürme gibi psikolojik tacizler, cinsel ilişkiye zorlama ve zor kullanma, kadını aile ve sosyal ortamlardan ayırma, davranışlarını kısıtlama ve yardım almasını engelleme gibi davranışlarda da bulunmaktadır (Özvarış, 2008). Ayrıca kadının aile rızası dışında yaşadığı ilişki, ailenin namusunun kirlendiği gerekçesiyle, kadının hayatına son verilmesi de namus cinayeti ve kadına yapılan toplumsal cinsiyete dayalı şiddetin en dramatik örneklerindedir (Dinç , 2013). Birlikteliği olan kişilerde erkeğin kadına ve kadının erkeğe şiddet uygulaması olası bir durumdur. Fakat eşler arasındaki şiddet oranlarına bakıldığında büyük bir bölümünü erkeğin kadına uyguladığı şiddet oluşturmaktadır (Erbaydar, 2008). Savaşlar dışında da kadınların birçoğu şiddeti en yakınlarından görmektedirler ve bu durum şiddetin olumsuz etkilerini arttırmaktadır. Aynı zamanda kadına yüklenen toplumsal cinsiyet rollerini kabullenmesi, yapılan şiddeti de kabullenmesi anlamına gelmektedir (Şimşek H. , 2011).

Kadına şiddet uygulamayı normal gören ve uygulayabileceğini düşünen erkeklerin yanı sıra bu durumu kabullenen de birçok kadın mevcuttur. Şiddet üzerine yapılmış bir araştırmada kadınların ortalama üçte biri gördükleri şiddetin nedeni olarak kendilerinin yapmış olduğu davranışlardan kaynaklandığını belirtmişlerdir (Günay, Giray, Harç, Köksal, & Sarı, 2006). Kocaya karşı çıkmak Türk kadınları arasında fiziksel şiddete maruz kalmak için en büyük neden olarak görülmekte ve eğitimsiz, kırsal bölgede yaşayan, genç yaşta ve fazla çocuk sahibi kadınlar şiddeti daha çok içselleştirmektedir (Erbaydar, 2008).

Şiddet kadınları fiziksel, sosyal ve duygusal anlamda yaşamını her alanda etkileyerek; depresyon, kötü beslenme, travma sonrası stres bozukluğu, madde kullanımı, fiziksel engellilik, kronik hastalıklar, güvenli olmayan cinsel ilişki ve bulaşıcı hastalıklar, hatta intihar girişimi ve ölüme neden olacak sonuçlar doğurmaktadır. Bu durumlara ek olarak kadınların gebelik sürecinde gördükleri şiddet ise yaşamı tehdit edebilmektedir. Ayrıca vasıfsız ve bir erkeğe bağlı olarak çalışan, ayrıldığında başka iş olanağı olmayan ve boşanmış kadınlar genellikle işyerlerinde cinsel tacize maruz kalarak, iş hayatına dâhil olma konusunda olumsuzluklar yaşamaktadırlar (Çiçeklioğlu & Saçaklıoğlu, 1996).

Biyolojik ve sosyal faktörlerin yanı sıra psikolojik etmenler de toplumsal cinsiyet, kadınların ruh sağlığı ve hastalıkları üzerine önemli bir etkiye sahiptir. Kadın ve erkeklerin arasında ruhsal sağlık problemleri görme oranlarında ciddi bir farklılık olmamasına karşın depresyon, anksiyete kadınlarda daha fazla iken madde kullanımı ve anti-sosyal davranışlar erkeklerde daha fazla görülmektedir. İntihar oranlarına bakıldığında bu oran erkeklerde fazla iken intihar girişiminde bulunma oranı kadınlarda daha fazladır (Türmen, 2003). Toplumsal cinsiyete dayalı şiddet durumu, örneğin kızlık zarı muayenesi kadınların kendi bedenleri üzerindeki söz sahipliği etkisini ortadan kaldırır ve kadınlarda ruhsal problemlere yol açabilir (Şimşek H. , 2011). Yapılan çalışmalarda fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalan kadınların %20'si intihar girişiminde bulunmaktadır (Türmen, 2003).

### **Bulaşıcı ve Kronik Hastalıklarda Toplumsal Cinsiyet**

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) infertilite, morbidite ve mortalitenin en önemli nedenleri arasında yer almaktadır (Koyun, Taşkın, & Terzioğlu, 2011). Cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından; seks işçileri, evli ve bekâr kadınlar ciddi risk gruplarını oluşturmaktadır (Şimşek H. , 2011). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, cinsel yolla bulaşan hastalıklar için özellikle de HIV'in yayılması ve görülme sıklığında önemli bir yere sahiptir. Heteroseksüel yaşanan cinsel ilişki ile HIV'e maruz kalma ihtimali erkeklere oranla

kadınlarda daha fazladır. Bunun nedenleri ise erkeklerin penisinin, kadınların vajinal sekresyonuna göre daha çok virüs bulundurması ve kadının vajina mukus alanının daha geniş yapıya sahip olması söylenebilir. Burada etkili olan faktör kadının erkeğe kıyasla biyolojik olarak daha duyarlı olmasından kaynaklanmaktadır. Cinsel ilişki esnasında enfeksiyonların erkekten kadına bulaşma riski, kadından erkeğe bulaşma riskine oranla iki kat daha fazladır (Dinç , 2013). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği açısından düşünüldüğünde ise biyolojik farklılıkların yanı sıra korunmasız cinsel ilişki ve özellikle kayıt dışı çalışan seks işçileri özellikle de hem zorunlu sağlık kontrollerinden yoksun hem de kondom kullanma konusunda ısrarcı olmadıkları için en riskli grubu oluşturmaktadır. Bununla beraber kayıt dışı seks işçileri ile cinsel ilişki yaşayan evli erkeklerin eşleri de risk altında bulunmaktadır. Kadınların ekonomik bağıllığı ve zorla girilen cinsel ilişki ve kadının hayır diyememesi bu riski artırmaktadır (Şimşek H. , 2011).

Kadınların erkeklere oranla daha uzun yaşamaları nedeniyle çoğu toplumda kadınların daha çok kronik rahatsızlık ve strese maruz kaldığı düşünülmektedir. Özellikle daha uzun yaşayan kadınlarda kronik hastalıklar, osteoporoz, diyabet, hipertansiyon, artrit, iskemik kalp hastalığı, inme, alzheimer, demans, sakatlık gibi durumların arttığı bildirilmektedir (Coşkun & Özdilek, 2012).

### **Mülteci Kadınların Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığına Bağlı Sağlık Sorunları ve Üreme Sağlığı Sorunları İle İlgili Araştırmalar**

Bu bölümde, araştırma konusuyla ilgili yapılan çalışmalara kısaca değinilmiştir.

Şahiner ve Akyüz (2010) *toplumsal cinsiyet ayrımcılığının kadınların üreme sağlığına ve hizmetlerinden faydalanmasına etkisini* araştıran çalışmaları, jinekoloji polikliniğine başvuran üreme çağındaki (15-49 yaş), 250 evli kadın ile yürütülmüştür. Çalışmada, kadınların eğitim seviyesi %52'si ilkokul, %13,6'sı ortaokul ve %29,2'si lise ve üzeri olarak bildirilirken, eşlerinin eğitim seviyesi ise %36'sı ilkokul, %10'u ortaokul ve %52,4'ü lise ve

üzeri olarak bildirilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların eğitim seviyelerinin eşlerinin eğitim seviyelerine göre anlamlı oranda düşük olduğu ve kadınların %81,2'sinin çalışmadığı belirlenmiştir. Lise ve üzeri eğitim seviyesi olan kadınların son gebeliklerinde doğum öncesi bakım alma oranlarının daha yüksek olduğu, doğumlarını bir sağlık kuruluşunda yaptıkları ve jinekolojik bir rahatsızlık durumunda eğitim seviyesi düşük olanlara göre daha yüksek oranda jinekolojik muayeneye gittikleri belirtilmektedir. Aynı çalışmada kadınların eğitim durumu ile son gebeliklerini planlama ve etkili kontraseptif yöntem kullanma ( $p>0.05$ ) durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Aile içi kararlarda eş uyumu olan kadınların gebeliklerini planlı gerçekleştirdikleri, daha yüksek oranda doğum öncesi bakım aldıkları ve doğumlarını bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirdikleri belirtilmektedir ( $p<0.001$ ). Çalışmada toplumsal cinsiyet ayrımcılığının yapılmadığı durumlarda kadınların üreme sağlığının olumlu etkilendiği görülmektedir.

Masterson ve arkadaşları (2014) *Lübnan'daki yerinden edilmiş Suriyeli kadınlara yönelik üreme sağlığı ve şiddeti değerlendirmesi* konulu 452 mülteci kadın üzerine yapılmıştır. Kadınların %37,8'nin adet düzensizliği, şiddetli pelvik ağrı ve üreme yolu enfeksiyonları gibi rahatsızlıkların üçünü aynı anda yaşadıkları belirtilmektedir. Kadınların %2,4'nün şu anda çalıştığı ve %37,8'nin birinci gelir kaynağı olarak eşlerini gördükleri saptanmıştır. Kadınların %27,7'sinin fiziksel, %67,7'sinin psikolojik ve %3,1'nin cinsel şiddete maruz kaldıkları ve şiddet uygulayanı, silahlı bir kişi olarak tanımladıkları belirtilmektedir. Şiddete maruz kalanların %64,6'sı maddi olanaklarının olmaması, eğitim ve bilgi eksikliği, utanma ve diğer nedenlerden dolayı tıbbi yardım alamamış ve sadece %9,2'sinin sağlık yardımına ulaştığı saptanmıştır. Kadınların yaşadıkları şiddet durumları ile üreme sağlığı arasında olumsuz bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Oktay ve Es (2015) "*Türkiye'ye sığınan kadınların problemleri: Isparta örneği*" konulu çalışmalarında, Isparta'da yaşayan 49 sığınmacı kadın ile yüz yüze görüşme

yöntemiyle veriler elde edilmiştir. Çalışmada kadınların %89,8'inin 15-49 yaş aralığında olduğu, eğitim seviyelerinin ve aylık gelir durumlarının düşük olduğu ve kadınların sadece %4,1'inin çalıştığını belirlemişlerdir. Kadınların işgücüne katılamamaları ve düşük gelir seviyeleri nedeniyle hastalandıklarında ilaca ulaşmada sorun yaşadıkları belirtilmektedir.

Erenel ve arkadaşlarının (2017) *Suriyeli mülteci olan kadınlarda ve mülteci olmayan Türk kadınlarının klinik özelliklerini ve gebelik sonuçlarını karşılaştırmayı* amaçlayan çalışmalarında, Suriyeli kadınların, mülteci olmayan Türk kadınlara göre adölesan gebelik oranları daha yüksek ve ilk gebelik yaşlarının daha genç olduğu tespit edilmiştir. Kürtaj yaptırma oranının Suriyeli kadınlar ve kontrol grubuna göre değerlendirildiğinde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Çalışmada bu durumun nedeni olarak etnik yapı ve geleneksel cinsiyetçi tutumlar olarak belirtilmektedir.

Babacan ve arkadaşlarının (2017) *“Hatay’a göç eden Suriyeli sığınmacıların ev yaşam koşulları, sağlık durumları ve sağlık hizmeti kullanma özelliklerini belirlemek”* amacıyla yaptıkları çalışmada, kadınların gelir getiren bir işte çalışmadığı, eğitim seviyelerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Kadınların %70'inin tanı konulmuş kronik hastalığının (kalp-damar hastalıkları, ürolojik/genital hastalıklar, solunum sistemi hastalıkları ve nörolojik hastalıklar) bulunduğu belirtilmektedir. Ayrıca hasta-hekim cinsiyet farkının kadınların, sağlık hizmetlerini kullanımını engellediği ve kadınların %32'sinin erkek doktorları tercih etmeyerek sağlık hizmetlerinden yararlanmadıkları belirlenmiştir.

Gümüş ve arkadaşlarının (2017) *Suriyeli mülteci kadınların üreme sağlığı sorunları* konulu İstanbul'da yaşayan 300 katılımcı ile yaptıkları çalışmada, kadınların çoğunun 15-49 yaş aralığında ve üreme çağında olduğu belirlenmiştir. Kadınların eğitim seviyelerinin düşük, %43,6'sının ilkökul, %26,0'ının ortaokul, %18,7'sinin lise ve %11,7'sinin ise üniversite olduğu ve %91,3'ünün herhangi bir işte çalışmadıkları belirlenmiştir. Suriyeli göçmen kadınların evlilik yaşlarının düşük olduğu, doğum oranlarının yüksek, doğum kontrol yöntemi



kullanma davranışlarında yetersizliklerinin olduğu ve koruyucu sağlık hizmetlerini alma açısından yetersiz kaldıkları saptanmıştır.

Karakaya ve arkadaşlarının (2017) *Suriyeli mülteci kadınların doğurganlık özelliklerini ve etkileyen faktörleri saptamak* amacıyla yaptıkları çalışma, tamamı savaş nedeniyle göç eden 50 mülteci kadın üzerine odak grup görüşmesi şeklindedir. Çalışmada Suriyeli mülteci kadınların ülkelerinde erken yaş evliliklerinin yaygın olduğunu, çocuklarının olmaması durumunda çoğul evlilikleri normal kabul ettikleri belirlenmiştir. Yine doğurganlık sayılarının fazla olduğunu ve bunun nedenini, kocaların ve aile büyüklerinin oğlan çocuk istemelerinden kaynaklandığını ve kadınlar sahip oldukları yüksek doğurganlık hızından memnun oldukları saptanmıştır. Kadınların kontraseptif yöntem bilgisi ve kullanımı yetersiz ve yaygın olarak geri çekme yöntemi kullandıkları belirtilmektedir.

Yağmur ve Aytekin (2018) “*mülteci kadınların üreme sağlığı sorunları ve çözüm önerilerini belirlemek*” amacıyla yaptıkları çalışmada, “Mülteci kadınların başlıca üreme sağlığı sorunları; gebelik ve doğum komplikasyonları, şiddet ve istismar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, psikolojik sorunlar ve üreme sağlığı hizmetlerine erişim yetersizliği olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca mülteci kadınların üreme sağlığının sosyal, kültürel, ekonomik faktörlerden ve mültecilere yönelik cinsiyetçi tutumdan etkilendiği” belirtilmektedir.

### Bölüm III: Yöntem

#### Araştırma Modeli

Suriyeli mülteci kadınların toplumsal cinsiyete dayalı olarak kadın sağlığı sorunlarını tespit etmeyi amaçlayan bu çalışmada tarama modeli çeşitlerinden, genel tarama modelinden yararlanılmıştır. “Genel tarama modelleri, çok sayıda elemandan oluşan bir evrende, evren hakkında genel bir yargıya varmak amacıyla, evrenin tümü ya da ondan alınacak bir grup, örnek ya da örneklem üzerinde yapılan tarama düzenlemeleridir” (Karasar, 2010). Araştırma aynı zamanda kesitsel nitelikte olup tanımlayıcı özelliindedir.

#### Evren ve Örneklem

Çalışmanın evreni Hatay Yayladağı Yıbo Geçici Barınma Merkezinde yaşayan üreme çağındaki Suriyeli mülteci kadınlardan oluşmaktadır. Kadın sağlığı sorunları kadın hayatının tüm evrelerinde görülmekle birlikte, en fazla sağlık sorunlarının yaşandığı dönem üreme çağı (15-49 yaş) olduğu için çalışmada bu dönemdeki kadınlar ele alınmıştır (Akın & Özvarış, 2006). Türkiye’de geçici koruma kapsamında bulunan üreme çağında (15-49 yaş) 1.105.609 kadın bulunmaktadır. Hatay, Türkiye genelinde 445.218 kişi ile en fazla Suriyeli bulunduran üçüncü ildir. Aynı zamanda bu sayının kendi nüfusuna oranına bakıldığında Türkiye genelinde %28.26 ile ikinci sırada yer almaktadır (Koruma, 2018). Hatay Yayladağı Yıbo Geçici Barınma Merkezinde ise üreme çağında olan 1065 kadın bulunmaktadır (Yıbo, 2018).

Örneklem büyüklüğünü saptamak için evrendeki birey sayısı biliniyor durumuna göre, örneklem büyüklüğünü saptamak için; “ $n=N.t2.g.q/d2(N-1)+t2.p.q$ ” formülü kullanılmıştır. (Can, 2014).

Formülde;

n: Örneklem alınacak birey sayısı

N: Evren sayısı = 1065

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı) = 0.5

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı) = 0.5

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer = 1.96

d: olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen  $\pm$  örnekleme hatası = 0.05

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{(N - 1) \cdot d^2 + t^2 \cdot p \cdot q} = \frac{1065 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}{(1065 - 1) \cdot (0,05)^2 + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)} = 283$$

Kabul edilebilir %5 hata, %95 güven seviyesinde ve nüfusu bilinen gruplarda örneklem hesabı formülünden yararlanılarak örneklem büyüklüğü 283 kişi olarak belirlenmiştir.

Çalışmamızda araştırmayı gerçekleştirmek üzere 586 kişi alınmıştır. 6 tane anket formu eksik doldurulduğundan dolayı araştırmaya dâhil edilmemiştir ve araştırma 580 kişiden toplanan verilerle gerçekleştirilmiştir. Örneklem seçilirken “Basit Tesadüfi Örneklem” yöntemi kullanılmıştır. “Basit tesadüfi örneklem yöntemi, evreni oluşturan bireylerin tamamının örneğe girme şansının tamamen eşit ve tesadüfi olduğu örneklemdir” (Yazıcıoğlu & Erdoğan, 2014). Diğer bir anlamda bu yöntemle bireyler serbest bir şekilde ve aynı fırsata sahip olarak seçilmektedirler (Ural & Kılıç, 2011).

***Araştırmaya alma ölçütleri:***

- Üreme çağında (15-49 yaş) olan kadınlar,
- Suriyeli ve mülteci olan kadınlar,
- Yayladağı Yıbo Geçici Barınma Merkezinde ikamet eden kadınlar,
- Türkçe bilen kadınlar,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar olarak belirlenmiştir.

***Araştırmaya almama ölçütleri:***

- Üreme çağında (15-49 yaş) olmayan kadınlar,
- Türkçe bilmeyen kadınlar,
- Gönüllü olmayan kadınlar çalışmaya alınmamıştır.

**Araştırmanın bağımlı değişkeni** üreme çağındaki (15-49 yaş) Suriyeli mülteci kadın olması, **bağımsız değişkeni** ise sosyo demografik özellikler, kadınların sağlık sorunları ve toplumsal cinsiyet rolleridir.

### **Verilerin Toplanması**

Araştırmada kullanılmak üzere veriler, Ekim 2017 ve Ocak 2018 tarihleri arasında Hatay ili Yayladağı ilçesi Yibo Geçici Barınma Merkezinde yaşayan yukarıda belirtilen özelliklere sahip kadınlar ile her hafta Cuma günleri araştırmacı tarafından bizzat hanelerine gidilerek yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak “anket formu” ve “Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği” den (TCTRÖ) yararlanılmıştır. Görüşmeler yaklaşık olarak 20-30 dakika sürmüştür.

Anket formunu uygulamadan önce araştırma kapsamına alınan kadınlara bu çalışmanın ne amaçla yapıldığı ve neden bu çalışmaya seçildikleri anlatılmış olup, katılmaya gönüllü kadınların onayları alınarak çalışmaya dahil edilmiştir.

### **Veri Toplama Araçları**

Çalışmada bilgileri elde etme maksadıyla Suriyeli mülteci kadınların sosyo-demografik özellikleri, tanıtıcı özellikleri ve kadın sağlığı özelliklerini saptamak amacıyla hazırlanan anket formu ve “Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği” (TCRTÖ) kullanılmıştır.

### **Anket Formu**

Anket formu iki bölümden oluşmaktadır Birinci bölümde; kadınların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili 23 soru yer alırken ikinci bölümde ise kadın sağlığı ile ilgili 26 soru yer almaktadır. Sosyo-demografik sorular “yaş, meslek, eşinin yaşı ve mesleği, evlilik durumları, etnik yapı, dini inanç, aylık gelir, kampta yaşama süresi, yaşadığı genel sorunlar vb.” şeklindedir. İkinci bölümde yer alan kadın sağlığı ve üreme sağlığı ile ilgili sorular ise

kendi içinde 5 bölümlere ayrılmış olup; “doğum ve jinekolojik özellikler, sağlık sorunları, sağlığı koruma yönelik davranışlar, kişisel alışkanlıklar ve kadına yönelik şiddet” ile ilgilidir.

### **Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği (TCRTÖ)**

Araştırmada kullanılan “Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği” (TCRTÖ) Zeyneloğlu (2008) tarafından geliştirilen ve bireylerin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarını belirleyen bir ölçektir. Ölçek, 38 madde ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutları, “*eşitlikçi cinsiyet rolü*”, “*kadın cinsiyet rolü*”, “*evlilikte cinsiyet rolü*”, “*geleneksel cinsiyet rolü*”, “*erkek cinsiyet rolü*” nden oluşmaktadır. 5’li likert tipindeki bu ölçek, katılımcıların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi tutum cümlelerine; “tamamen katılıyor” ise 5 puan, “katılıyor” ise 4 puan, “kararsız” ise 3 puan, “katılmıyor” ise 2 puan, “kesinlikle katılmıyor” ise 1 puan alacak şekilde puanlandırılmıştır. Çalışma en az 38 puan ve en fazla 190 puan aralığında değişmektedir. Ölçekten alınan en yüksek değer, katılımcıların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi tutuma sahip olduğunu, en düşük değer ise, katılımcıların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin geleneksel tutuma sahip olduğunu göstermektedir (Zeyneloğlu & Terzioğlu, 2011).

“Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeğinin” Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı 38 madde için “0.92” olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı “0.73” olarak bulunmuştur.

Çalışmanın yapıldığı Yayladağı Yıbo Geçici Barınma Merkezi’nde yaşayan kadınlar çoğunlukla Türkmenlerden oluştuğu ve Arap kökenli olanlar da Türkçe bildikleri için anket formu ve ölçek Arapçaya çevrilmemiştir. Anket formu, kapsamı ve algılanabilmesi açısından 20 Suriyeli kadınla ön uygulama gerçekleştirilmiş, denenmiş ve gereken güncellemelerin yapılmasının ardından veri toplama işlemine geçilmiştir.

## **Verilerin Analizi**

Bu araştırmadan elde edilen veriler araştırmacı tarafından kodlandıktan sonra SPSS for Windows 20.0 (Statistical Package for Social Sciences) bilgisayar programına aktarılmış ve gerekli analizler bu programda yapılmıştır. Bütün testler sosyal bilimlerde tercih edilen 0.05 anlam düzeyinde gerçekleştirilmiştir. Anketin güvenilirliğini test etmek amacıyla Cronbach Alpha değerinden ve geçerliliğini sınamak için ise Kaiser-Meyer-Olkin istatistiğinden yararlanılmıştır.

Araştırmanın bulgularının değerlendirilmesinde, betimsel istatistikler için; frekans ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Katılımcıların TCRTÖ ve alt boyutlarından aldıkları toplam puanlar normal dağılım özelliği göstermediğinden dolayı, iki kategorili değerkenler Mann-Whitney U testi ile üç ve üzeri kategorili değerkenler ise Kruskal Wallis H-Testi ile test edilmiştir. TCRTÖ ve alt boyutlarının değerlendirilmesinde; ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerleri, istatistiksel karşılaştırmalarda ise; ortanca, minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır.

## **Çalışmanın Etik Boyutu**

Araştırma için önce Hatay Valiliği İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğünden resmi izin alınmıştır. Ayrıca araştırmanın uygulanabilmesi için “Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurulu” ndan yazılı olarak onay alınmıştır (Karar No: 2018/42). Belirtilen kurumlardan alınan izinler ektedir (Ek A, Ek B).

## **Araştırmanın Sınırlılıkları**

Çalışma yalnızca Hatay ili Yayladağı Yıbo kampında yapıldığından kesitseldir. Bu nedenle bulgular Türkiye genelini yansıtmaz ve sonuçlar genellenemez.

## **Bölüm IV: Bulgular**

Suriyeli mülteci kadınların toplumsal cinsiyet rollerine dayalı kadın sağlığı sorunlarının belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bu bölümünde;

- Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, tanıtıcı özellikleri ve kadın sağlığı özelliklerine ilişkin bulgular,
- Katılımcıların TCRTÖ ve ölçeğin alt boyutlarına ilişkin alacakları toplam puanlarının ortalamaları toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarını etkileyebileceği varsayılan; demografik özellikler, üreme sağlığına ilişkin özellikler ve kadın sağlığına ilişkin özellikler ile karşılaştırılmıştır.

### **Demografik Özellikler İle İlgili Bulgular**

Bu bölümde katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Katılımcıların sosyo-demografik ve tanıtıcı özellikleri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1

Katılımcıların Sosyo-demografik ve Tanıtıcı Özellikleri (N:580)

Özellik	Gruplar	N	%
Yaş grubu	16-25 yaş	153	26,4
	26-35 yaş	210	<b>36,2</b>
	36-45 yaş	140	24,1
	46-55 yaş	77	13,3
BKI	Zayıf	36	6,2
	Normal kilolu	249	<b>42,9</b>
	Fazla kilolu	196	33,8
	1. derece obez	75	12,9
	2. derece obez ve üzeri	24	4,1
Medeni durum	Evli	494	<b>85,2</b>
	Bekâr, hiç evlenmemiş	57	9,8
	Evlenmiş boşanmış, eşi ölmüş	29	5
Eğitim durumu	Okumamış	53	9,1
	İlkokul	251	<b>43,3</b>
	Ortaokul	177	30,5
	Lise	79	13,6
	Üniversite	20	3,4
Çalışma durumu	Evet	39	6,7
	Hayır	541	<b>93,3</b>
Önceki meslek durumu	Ev hanımı	552	<b>95,2</b>
	Memur	15	2,6
	İşçi	13	2,2
Aylık gelir	0-500 TL	324	<b>55,9</b>
	500-1000 TL	215	37,1
	1000-2000 TL	39	6,7
	2000-5000 TL	2	0,3

\*BKI: Beden Kitle İndeksi

Araştırmaya katılan 580 kişiye ait sosyo-demografik ve tanıtıcı özellikleri incelendiğinde,



- Katılımcıların %36,2'sinin 26-35 arası yaş grubunda ve yaş ortalaması  $32,6 \pm 9,3$  olduğu,
- %42,9'unun normal kilolu olduğu,
- %85,3'ünün evli olduğu,
- %43,3'ünün ilkokul mezunu olduğu,
- %92,9'unun şuan herhangi bir işte çalışmadığı,
- %95,2'sinin önceki meslek grubunun, ev hanımı olduğu,
- %55,9'unun aylık gelirinin 0-500 TL arasında olduğu tespit edilmiştir.

Evli olan 494 katılımcının eşleri ve evlilikler ile ilgili özellikleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2

*Evli Katılımcınının Eşleri ve Evlilikler İle İlgili Özellikleri (N:494)*

<b>Özellik</b>	<b>Gruplar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Eş yaşı</b>	18-27 yaş	81	14
	28-37 yaş	178	<b>30,7</b>
	38-47 yaş	142	24,7
	48 yaş ve üzeri	93	16
<b>Eş eğitim durumu</b>	Okumamış	36	7,3
	İlkokul mezunu	214	<b>43,1</b>
	Ortaokul mezunu	170	34,4
	Lise mezunu	52	10,7
	Üniversite mezunu	22	4,5
<b>Eş mesleği</b>	Çiftçi	27	5,5
	Memur	30	6,1
	İşçi	133	26,9
	Serbest meslek	304	<b>61,5</b>
<b>Evlilik süresi</b>	1-5 yıl	116	<b>20,2</b>
	6-10 yıl	100	17,2
	11-15 yıl	101	17,4
	16-20 yıl	64	11
	21 yıl ve üzeri	113	19,5
<b>Evlilik yaşı</b>	17 yaş ve altı	120	20,9
	18-20 yaş	217	<b>37,4</b>
	21-23 yaş	70	12,1
	24-26 yaş	49	8,4
	27 yaş ve üzeri	38	6,6
<b>Evlenme şekli</b>	Görücü usulü ile birbirlerini tanımadan	110	22,3
	Görücü usulü ile daha sonra tanışıp onaylayarak	169	<b>34,2</b>
	Tanışıp anlaşarak	169	<b>34,2</b>
	Diğer	46	9,3
<b>Resmi nikâh</b>	Var	429	<b>86,8</b>
	Yok	65	13,2
<b>Çok eşlilik</b>	Var	14	2,8
	Yok	480	<b>97,2</b>

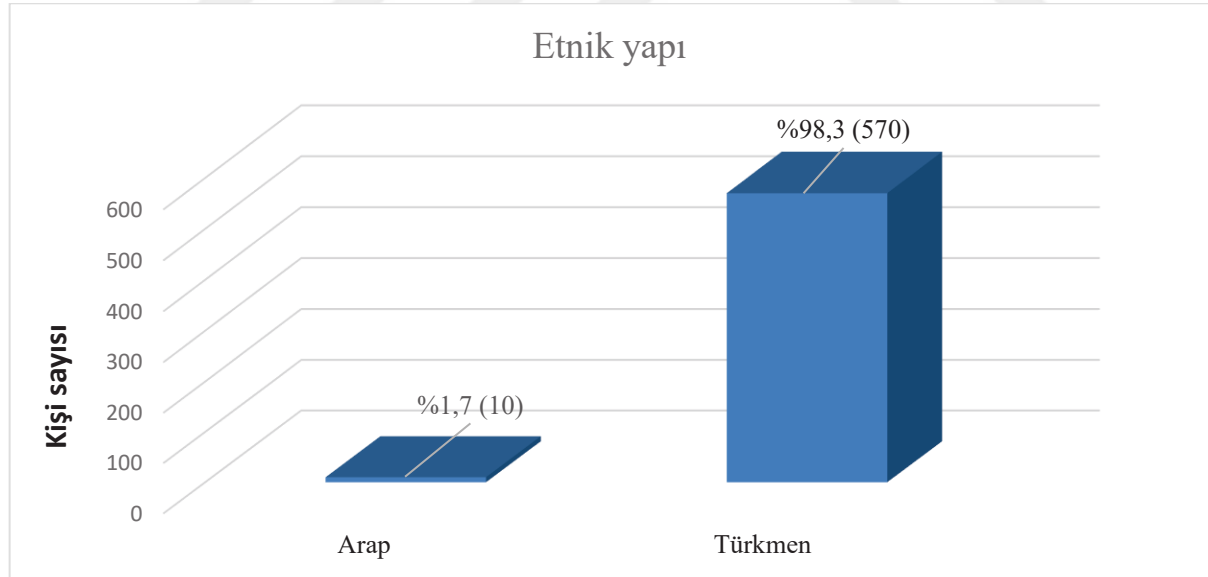
Çalışmamızda evli olan mülteci kadınların eşlerinin özelliklerine ilişkin bulguları incelendiğinde,

- Eşlerinin %30,7'sinin 28-37 arası yaş grubunda ve yaş ortalamasının 38,0±10,0 olduğu,
- %36,9'unun ilkokul mezunu olduğu,
- %52,4'ünün serbest meslek sahibi olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda evli olan mülteci kadınların evlilik özelliklerine ilişkin bulguları incelendiğinde,

- Katılımcıların %20,2'sinin 1-5 yıldır evli olduğu,
- %37,4'ünün evlilik yaşının 18-20 yaş grubunda olduğu,
- %29,1'inin görücü usulü ile daha sonra tanışıp onaylayarak ve yine %29,1'inin tanışıp anlaşarak evlendiği,
- %74'inin resmi nikâhının olduğu,
- %2,8'inin evliliğinde çok eşlilik olduğu tespit edilmiştir.

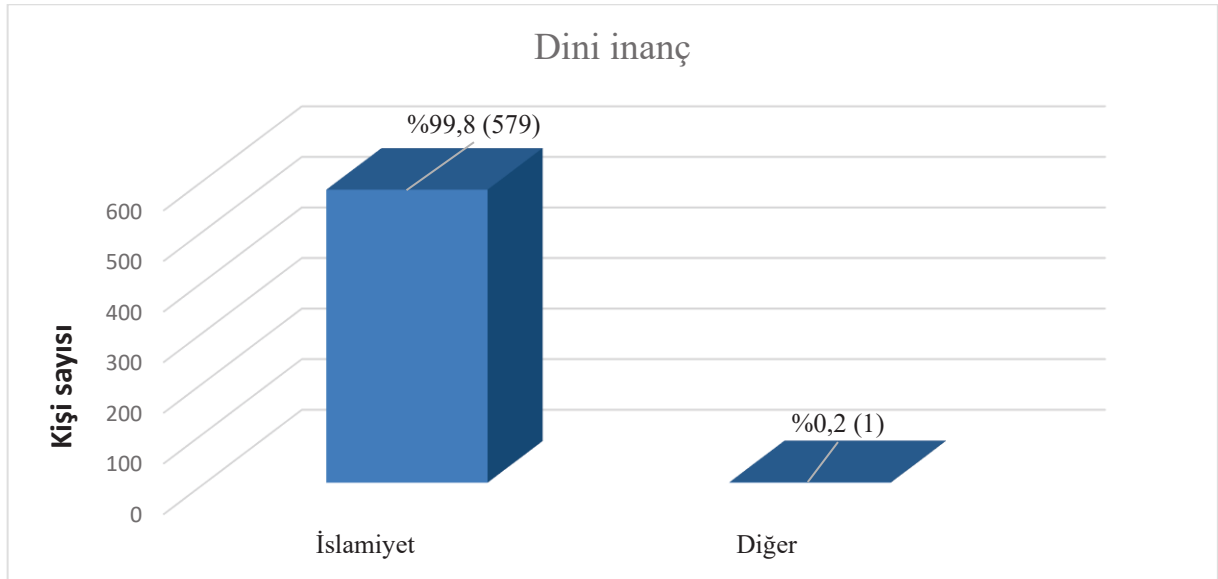
Katılımcıların etnik yapı dağılımları Grafik 2'de verilmiştir.



*Grafik 2.* Katılımcıların etnik yapısının dağılımı

Grafik 2'ye göre, katılımcıların 570'i Türkmen, 10'u Arap'tır.

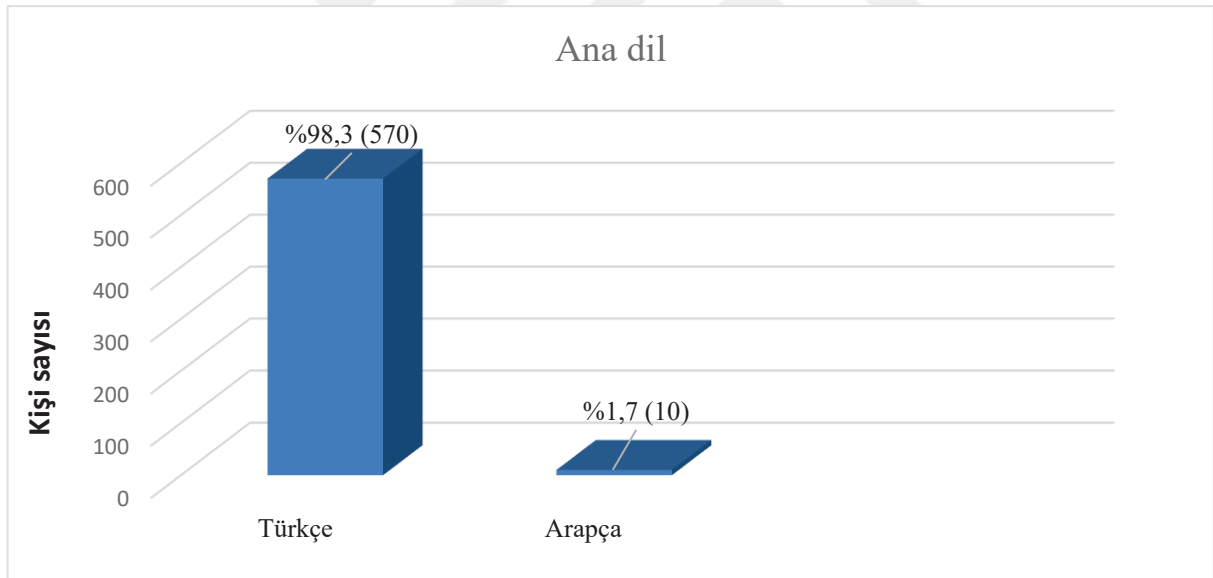
Katılımcıların dini inanış dağılımları Grafik 3'de verilmiştir.



*Grafik 3. Katılımcıların dini inanç dağılımı*

Grafik 3'e göre, katılımcıların 579'u İslamiyet inancına, 1'i diğer inancıya sahiptir.

Katılımcıların ana dil dağılımları Grafik 4'de verilmiştir.



*Grafik 4. Katılımcıların ana dil dağılımı*

Grafik 4'e göre, katılımcıların 568'inin ana dili Türkçe, 10'unun Arapçadır. Ayrıca 22 kişi ana dili dışında İngilizce bilmektedir.

Katılımcılığın kampta ve Türkiye'de bulunma sürelerine dair veriler Tablo 3'de bulunmaktadır.

Tablo 3

*Katılımcılığın Kampta ve Türkiye’de Bulunma Sürelerine İlişkin Bulgular (N:580)*

Özellik	Gruplar	N	%
<b>Türkiye’de bulunma süresi</b>	6 ay ve daha az	6	1
	6 ay - 1 yıl	21	3,6
	1 - 2 yıl	33	5,7
	2 - 3 yıl	19	3,3
	3 - 4 yıl	29	5
	4 yıl ve üzeri	472	<b>81,4</b>
<b>Kampta bulunma süresi</b>	6 ay ve daha az	30	5,2
	6 ay - 1 yıl	42	7,2
	1 - 2 yıl	83	14,3
	2 - 3 yıl	16	2,8
	3 - 4 yıl	22	3,8
	4 yıl ve üzeri	387	<b>66,7</b>

Tablo 3’e göre,

- Katılımcıların %81,4’ünün 4 yıl ve üzeri zamandır Türkiye’de bulunduğu ve %66,7’sinin 4 yıl ve üzeri zamandır kampta bulunduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4

*Katılımcılığın Kampta Yaşadıkları Genel Sorunlarına İlişkin Bulgular(N:580)*

Özellik	Gruplar	N	%
<b>Kampta yaşanan genel sorun</b>	Beslenme	9	1,6
	Barınma	9	1,6
	Temizlik	20	3,4
	İçme suyu	252	<b>43,4</b>
	Diğer	34	5,9
	Yok	256	<b>44,1</b>

Tabloya 4’e göre, katılımcıların %44,1’ine göre kampta önemli bir sorun yaşamadığı ve %43,4’nün ise kampta içme suyu sorunu yaşadıkları tespit edilmiştir.

## Kadın Sağlığı İle İlgili Bulgular

### Obstetrik ve jinekolojik özelliklere ilişkin bulgular

Bu bölümde katılımcıların kadın sağlığı ile ilgili özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Katılımcıların obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5

#### *Kadınların Obstetrik Özellikleri*

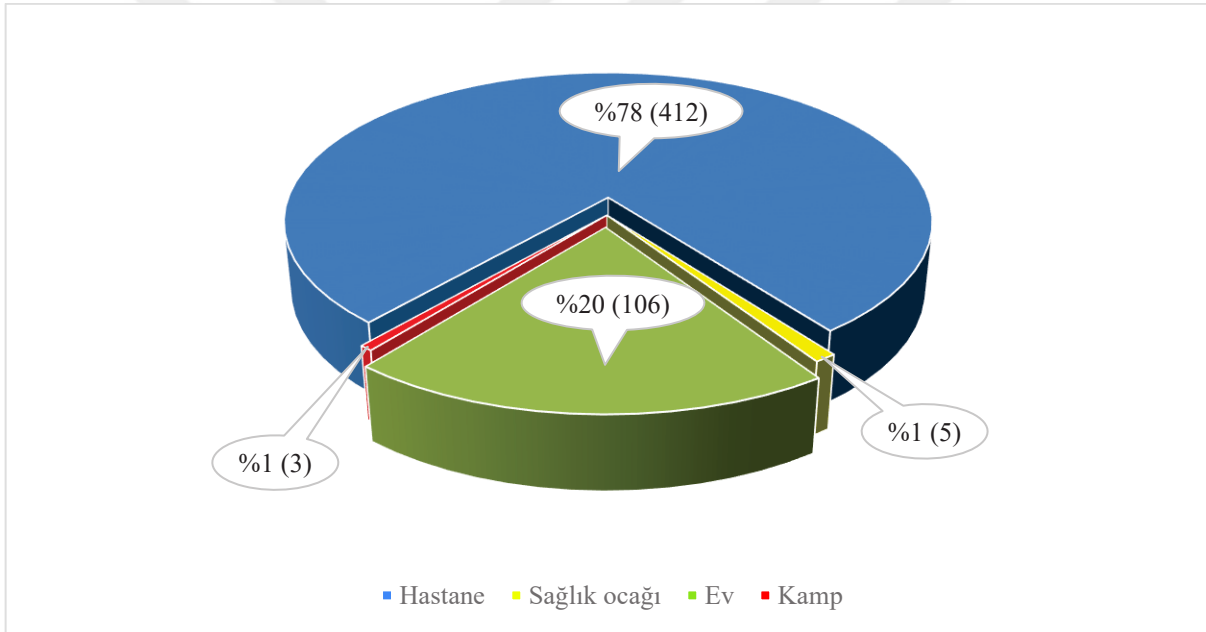
Özellik	Gruplar	N	%
<b>Gebelik sayısı (N:580)</b>	0	83	14,3
	1-2	131	22,6
	3-4	201	<b>34,7</b>
	5-6	105	18,1
	7 ve daha fazla	60	10,3
<b>İlk gebelik yaşı (N:497)</b>	17 yaş ve altı	72	14,5
	18-20 yaş	206	<b>41,4</b>
	21-23 yaş	110	22,1
	24-26 yaş	58	11,7
	27 yaş ve üzeri	51	10,3
<b>Canlı çocuk sayısı (N:497)</b>	1	89	17,9
	2-3	245	<b>49,3</b>
	4-5	129	26,0
	6 ve üzeri	34	6,8
<b>Ölü doğum sayısı (N:497)</b>	Yok	432	<b>86,9</b>
	1	47	9,5
	2	12	2,4
	3	6	1,2
<b>Düşük sayısı (N:497)</b>	Yok	292	<b>58,8</b>
	1-2	165	33,2
	3 ve daha fazla	40	8
<b>Gebelikte sağlık problemi yaşanma durumu (N:497)</b>	Yaşandı	84	16,9
	Yaşanmadı	413	<b>83,1</b>
<b>Bu kampta gebelik yaşama durumu (N:523)</b>	Yaşandı	272	<b>52</b>
	Yaşanmadı	251	48

Tablo 5’e göre, katılımcıların %14,3’ü hiç gebe kalmamıştır. En yoğun gebelik sayısı ise 3-4 gebelik (%34,7) olduğu tespit edilmiştir.

- Gebelik yaşayan katılımcıların %41,4'ünün ilk gebelik yaşı 18-20 arası yaş grubunda olduğu,
- %49,3'ünün canlı çocuk sayısının 2-3 çocuk sayısı grubu olduğu,
- %86,9'unun ölü doğum yaşamadığı,
- %58,8'inin düşük yaşamadığı,
- %54,7'sinin bu kampta gebelik yaşadığı,
- %83,2'inin gebelikte sağlık problemi yaşamadığı tespit edilmiştir.

Doğum yapan katılımcıların, daha önceki doğumlarını nerede yaptıklarının dağılımı

Grafik 5'de verilmiştir.

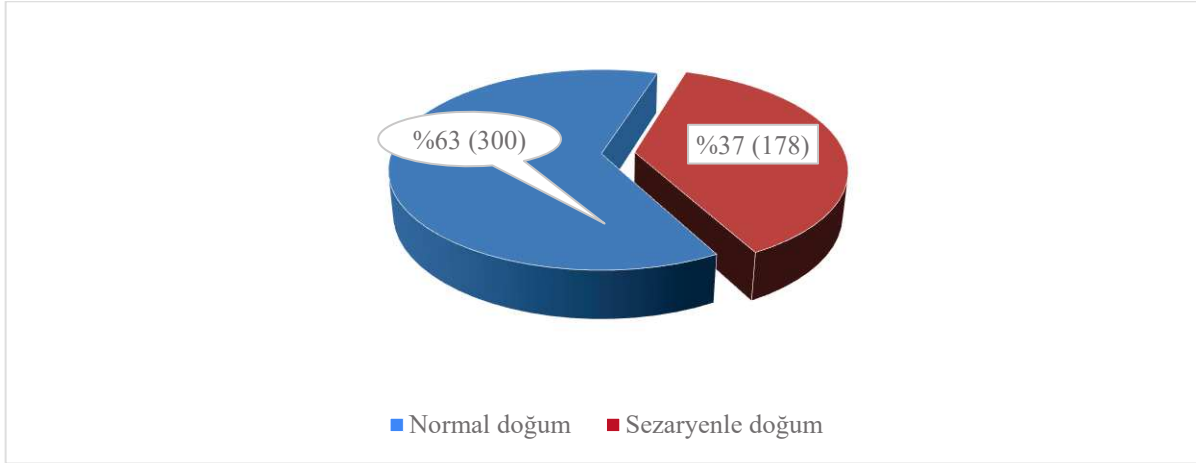


Grafik 5. Daha önceki doğumlarını yaptıkları yerlerin dağılımı

*\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir*

Grafik 5'e göre, daha önceki doğumlarının %78'inin hastanede, %1'inin sağlık ocağında, %20'sinin evde ve %1'inin kamp da gerçekleştiği tespit edilmiştir.

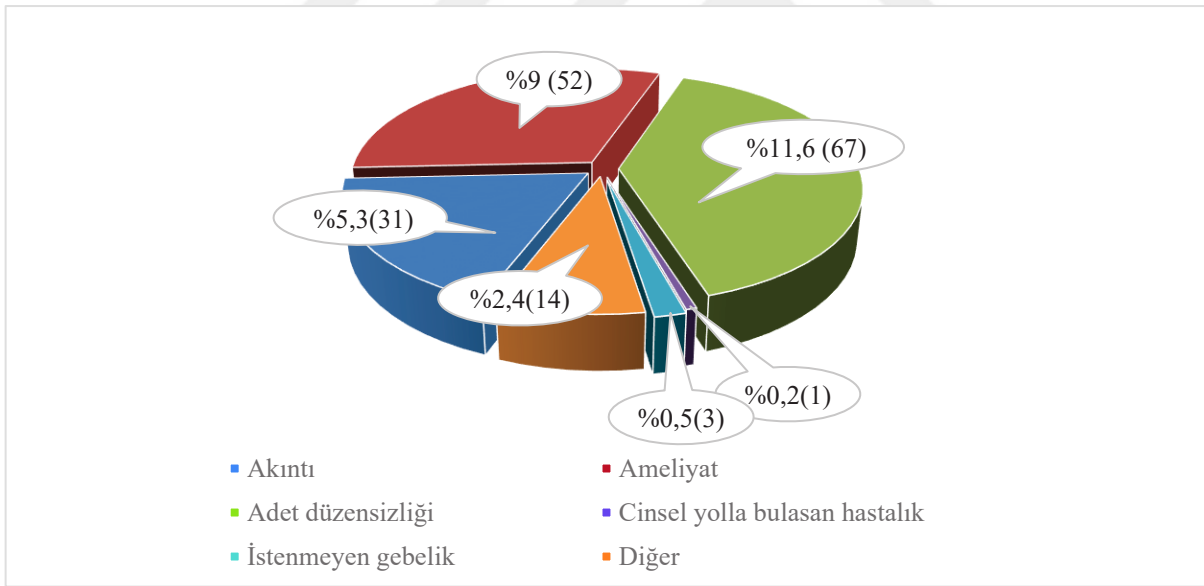
Doğum yapan katılımcıların, son çocuğunun doğum şekli dağılımı Grafik 6'da verilmiştir.



*Grafik 6. Doğum yapan katılımcıların, son çocuğunun doğum şekli dağılımı*

Grafik 6'ya göre, doğum yapan katılımcıların %63'ünün normal doğum, %37'sinin sezaryenle doğum yaptığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların, jinekolojik sorunlarına ilişkin dağılım Grafik 7'de verilmiştir.



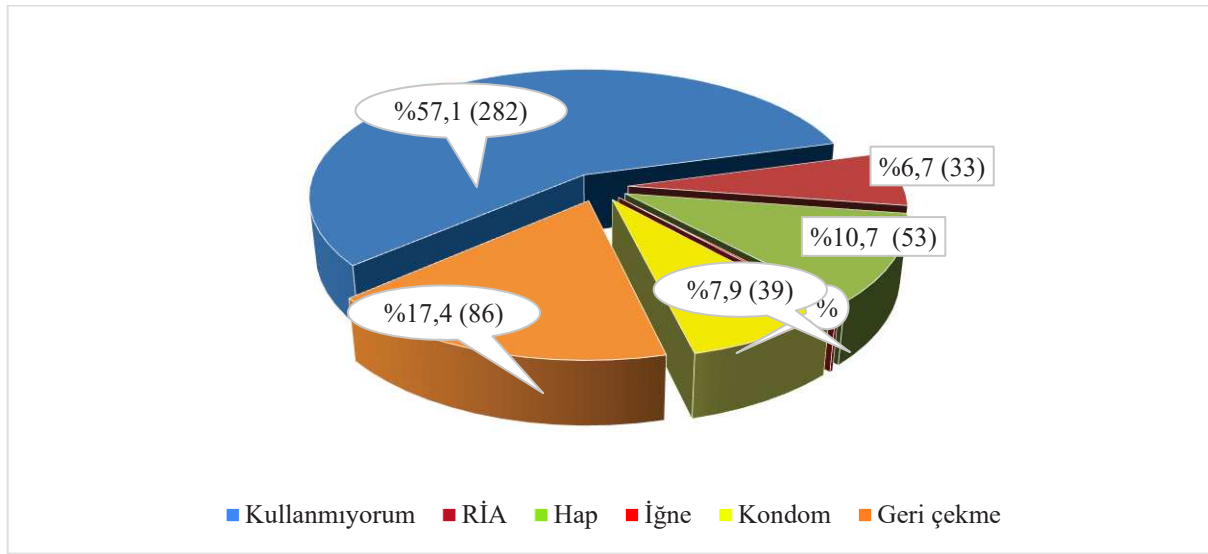
*Grafik 7. Katılımcıların jinekolojik sorunlarına ilişkin dağılım\**

*\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir*

Grafik 7'ye göre, katılımcıların %5,3'ünün akıntı problemi, %9'unun ameliyat, %11,6'sının adet düzensizliği problemi, %0,2'sinin cinsel yolla bulaşan hastalık, %0,5'inin istenmeyen gebelik problemi ve %2,4'ünün diğer sağlık sorunları yaşadıkları tespit edilmiştir.



Evli olan katılımcıların, gebelikten korunma yöntemlerinin dağılımı Grafik 8’de verilmiştir.

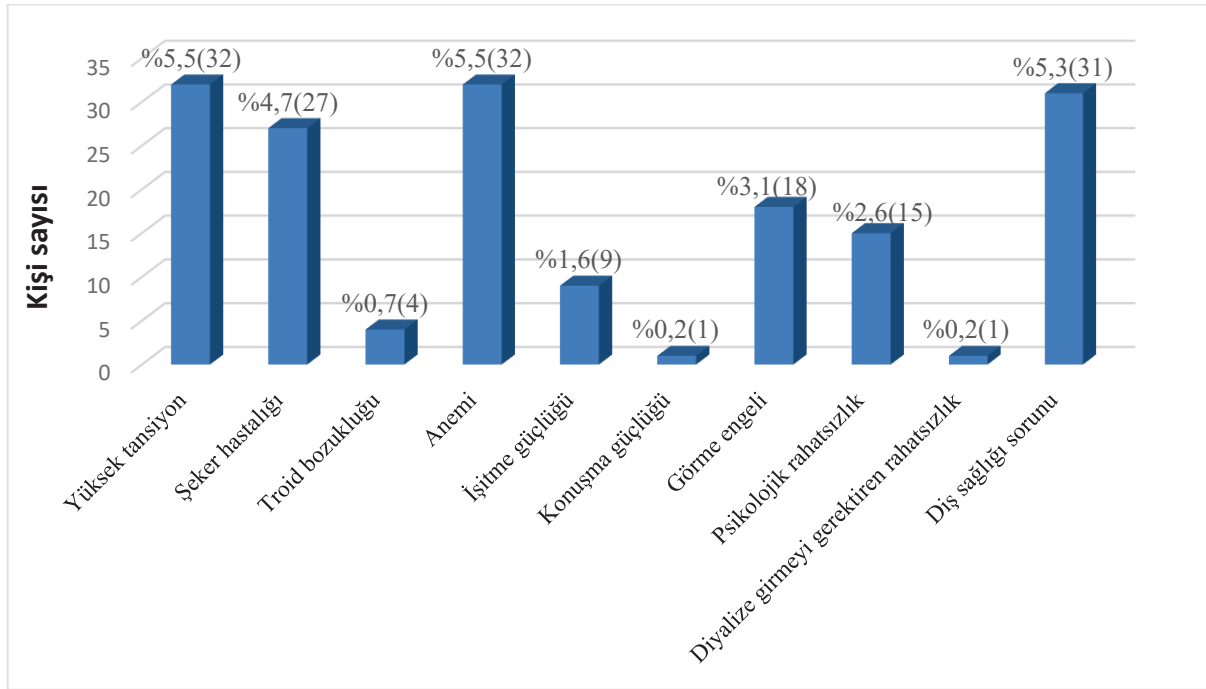


*Grafik 8.* Evli olan kadınların gebelikten korunma yöntemlerinin dağılımı

Grafik 8’e göre, kadınların %57,1’inin gebelikten korunma yöntemi kullanmadığı, %6,7’sinin RİA yöntemini, %10,7’sinin hap yöntemini, %0,2’sinin iğne yöntemini, %7,9’unun kondom yöntemini, %17,4’ünün geri çekilme yöntemini kullandığı tespit edilmiştir.

### **Genel sağlık problemleri ile ilgili bulgular**

Katılımcıların, yaşadıkları genel sağlık problemlerinin dağılımı Grafik 9’da verilmiştir.

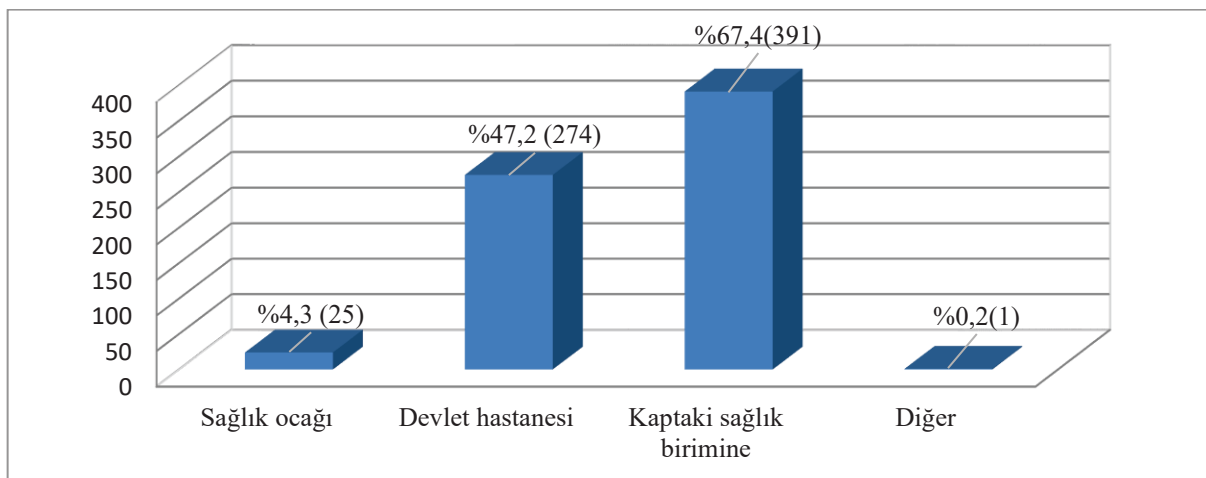


Grafik 9. Katılımcıların, yaşadıkları genel sağlık problemlerinin dağılımı\*

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Grafik 9'a göre katılımcıların, %79,5'i sağlık problemi yaşamazken %20,5'inin yaşadığı saptanmış ve daha sık yaşadıkları sağlık problemleri sırasıyla; yüksek tansiyon, anemi, diş sağlığı sorunu, şeker hastalığı, görme engeli olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların, yaşadıkları sağlık problemleri için başvurdukları sağlık kurumlarının dağılımı Grafik 10'da verilmiştir.



Grafik 10. Katılımcıların, yaşadıkları sağlık problemleri için başvurdukları sağlık kurumlarının dağılımı\*

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Grafik 10'a göre, katılımcıların yaşadıkları sağlık problemleri için en sık başvurdukları sağlık kurumunun kamptaki sağlık birimi olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların sağlık kuruluşuna ilişkin görüşlerine ait bulgular Tablo 6 ve 7'de verilmiştir.

Tablo 6

*Katılımcıların Sağlık Kuruluşuna Başvurmada Problem Yaşama Durumuna İlişkin Görüşleri*

Özellik	Gruplar	N	%
<b>Sağlık kuruluşuna başvurmada problem yaşama durumu</b>	Problem yaşıyor	88	15,2
	Problem yaşanmıyor	492	<b>84,8</b>
<b>Toplam</b>		<b>580</b>	<b>100</b>
<b>Sağlık kuruluşuna başvurmada problem yaşama nedeni</b>	Sağlık kurumu uzak	17	19,3
	Maddi olanaksızlık	25	28,4
	Sağlık güvencesi yokluğu	1	1,1
	Kötü muamele kötü hizmet	30	<b>34,1</b>
	Diğer	15	17,1
<b>Toplam</b>		<b>88</b>	<b>100</b>

Tablo 6'ya göre,

➤ Katılımcıların %84,8'inin sağlık kuruluşuna başvurmada problem yaşamadığı, problem yaşayan 88 kişinin (%15,2), %34,1'inin problem yaşama nedeninin kötü muamele kötü hizmet olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 7

*Katılımcıların Sağlık Kuruluşuna İlişkin Memnuniyet Durumları (N:580)*

Özellik	Gruplar	N	%
<b>Kamptaki sağlık hizmetinden memnuniyet durumu</b>	Çok memnunum	272	46,9
	Memnunum	280	<b>48,3</b>
	Kararsızım	15	2,6
	Memnun değilim	13	2,2

Tablo 7'ye göre,

- Katılımcıların %95,2'sinin kamptaki sağlık hizmetinden memnun olduğu tespit edilmiştir.

### Sağlığı korumaya yönelik davranışlarına ilişkin bulgular

Katılımcıların sağlığı korumaya yönelik davranışlarına ilişkin bulgular Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8

#### *Katılımcıların Sağlığı Korumaya Yönelik Davranışlarına İlişkin Bulgular*

Özellik	Gruplar	N	%
<b>Düzenli kendi kendine meme muayenesi yapma durumu</b>	Yapıyorum	76	13,1
	Yapmıyorum	504	<b>86,9</b>
<b>Göç etmeden ülkelerinde meme ve rahim ağzı tarama ve kontrol yaptırma durumu</b>	Yaptırdım	45	7,8
	Yaptırmadım	535	<b>92,2</b>
<b>Sağlık hizmetlerinden, erkekler ile eşit hizmet aldığını düşünme durumu</b>	Eşit	457	<b>78,8</b>
	Eşit değil	123	21,2
<b>Toplam</b>		<b>580</b>	<b>100</b>
<b>Sağlık taraması yaptırmama nedeni</b>	Bilmiyordum	508	<b>95,0</b>
	Pahalıydı	6	1,1
	Sağlık kuruluşu uzaktı	18	3,3
	Güvenmiyordum	3	0,6
<b>Toplam</b>		<b>535</b>	<b>100</b>

Tablo 8'a göre,

- Katılımcıların %86,9'unun düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yapmadığı,
- %92,2'sinin göç etmeden ülkelerinde meme ve rahim ağzı tarama ve kontrol yaptırmadığı,
- %78,8'inin sağlık hizmetlerinden, erkekler ile eşit hizmet aldığını düşündüğü,
- Sağlık taraması yaptırmayan kadınların %95'nin sağlık hizmetlerini bilmediği için yaptırmadığı tespit edilmiştir.

### Zararlı Alışkanlıklara ilişkin bulgular

Katılımcıların zararlı madde kullanım alışkanlıklarına ait bulgular Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9

*Katılımcıların Zararlı Madde Kullanım Alışkanlıkları (N:580)*

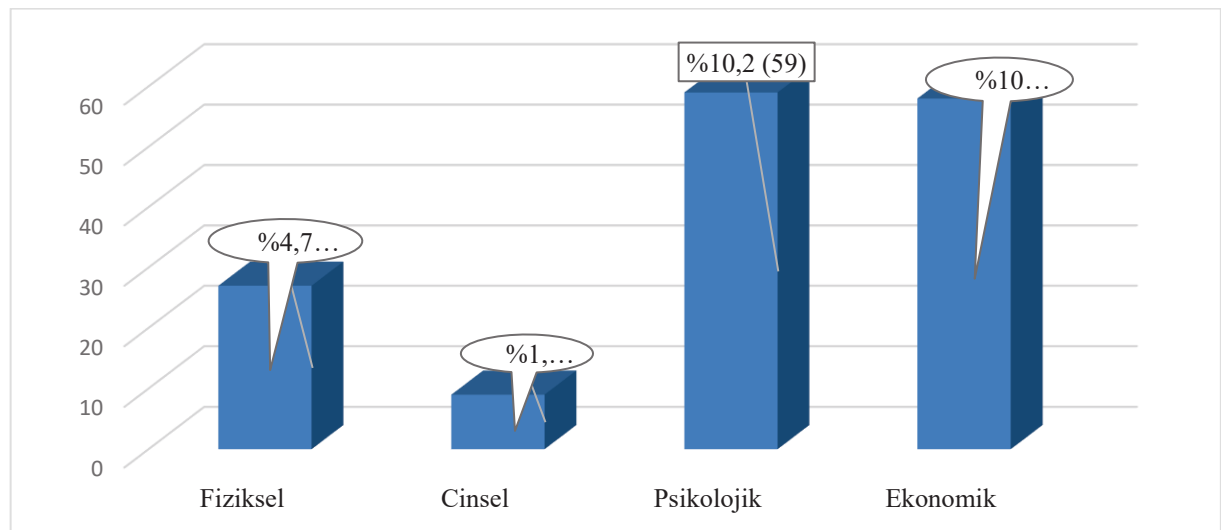
Özellik	Gruplar	N	%
Sigara	Kullanan	130	22,4
	Kullanmayan	450	77,6
Alkol	Kullanan	4	0,7
	Kullanmayan	576	99,3

Tablo 9'a göre,

- Katılımcıların %22,4'ünün sigara kullandığı,
- %0,7'sinin alkol kullandığı,
- Bağımlılık yapıcı madde kullanan katılımcı olmadığı belirlenmiştir.

### Kadına yönelik şiddet ile ilgili bulgular

Katılımcıların, yaşadıkları kadına yönelik şiddet türlerinin dağılımı Grafik 11'de verilmiştir.



Grafik 11. Katılımcıların, yaşadıkları kadına yönelik şiddet türlerinin dağılımı\*

\*Birden fazla cevap verilmiştir.

Grafik 11'e göre, katılımcıların, en sık yaşadıkları kadına yönelik şiddet çeşidinin psikolojik ve ekonomik şiddet olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların şiddete maruz kaldıklarında başvuracakları yeri bilip bilmeme durumlarına ait bulgular Tablo 10'de verilmiştir.

Tablo 10

*Katılımcıların Şiddete Maruz Kaldıklarında Başvuracakları Yeri Bilme Durumları (N:580)*

Özellik	Gruplar	N	%
<b>Şiddet maruz kaldıklarında</b>	Biliyorum	317	<b>54,7</b>
<b>başvuracakları yeri bilme durumları</b>	Bilmiyorum	263	45,3

Tablo 10'e göre,

- Katılımcıların %45,3'ünün şiddet maruz kaldıklarında başvuracakları yeri bilmediği belirlenmiştir.

Tablo 11

*Katılımcılara Şiddet Uygulayan Bireylerin Dağılımı (N:107)*

Özellik	Gruplar	N	%
<b>Şiddete maruz kalan kişilere şiddeti</b>	Tanıdık	102	<b>95,3</b>
<b>uygulayan kişi</b>	Yabancı	5	4,7
<b>Toplam</b>		<b>107</b>	<b>100</b>

Tablo 11'e göre,

- Şiddete maruz kalan katılımcıların %95,3'ü tanıdık bireylerden şiddet gördüğü tespit edilmiştir.

## Toplumsal Cinsiyet Rollerine Tutum Ölçeği (TCRTÖ) Ortalamaları ve İstatistiksel

### Karşılaştırmalar

Bu bölümde kadınların ölçek ve alt boyutuna yönelik elde edilen tüm sayıların ortalamalarıyla toplumsal cinsiyet rollerine etki edebileceği düşünülen bazı özelliklerinin ilişkileri belirtilmiştir.

Tablo 12’de TCRTÖ ve alt boyutlarından elde edilen toplam puanlarının normal dağılım sergileyip sergilemedikleri gösterilmiştir.

Tablo 12

*Normal Dağılım Tablosu (Kolmogorov Smirnov)*

Ölçek	İstatistik	df	p
TCRTÖ	0,057	580	0,000
Eşitlikçi alt boyutu	0,079	580	0,000
Kadın alt boyutu	0,065	580	0,000
Evlilikte alt boyutu	0,069	580	0,000
Geleneksel alt boyutu	0,122	580	0,000
Erkek alt boyutu	0,101	580	0,000

Tabloya göre, TCRTÖ ve alt boyutlarından elde edilen toplam puanlar normal dağılım özelliği sergilememektedir ( $p < 0,05$ ).

Katılımcılara uygulanan TCRTÖ Ölçeği ve alt boyutlarından elde edilen verilerin ortalama değerleri Tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13

*TCRTÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları*

<b>Ölçek</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Ss</b>	<b>Ortanca</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>TCRTÖ</b>	122,08	13,63	121	85	164
<b>Eşitlikçi Cinsiyet Rolü</b>	32,70	3,67	32	18	40
<b>Kadın Cinsiyet Rolü</b>	19,02	4,32	19	8	33
<b>Evlilikte Cinsiyet Rolü</b>	28,13	4,71	28	13	40
<b>Geleneksel Cinsiyet Rolü</b>	20,87	3,99	20	12	34
<b>Erkek Cinsiyet Rolü</b>	21,36	3,66	22	10	30

Tablo 13’de katılımcıların TCRTÖ ve beş cinsiyet rolünden elde edilen puanların ortancaları gösterilmiştir.

Katılımcıların TCRTÖ ile elde edilen en yüksek değer “190”dır. Kadınların cinsiyet rolüne göre aldıkları bu puan, onların eşitlikçi tutum içerisinde bulunduğunu belirtmektedir.

Katılımcıların TCRTÖ ile elde edilen en düşük değer ise “38”dir. Kadınların cinsiyet rolüne göre aldıkları bu puan, onların geleneksel tutum içerisinde bulunduğunu belirtmektedir. Bu araştırmada katılımcıların TCRTÖ toplam puan ortancasının 121,00 olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların TCRTÖ’den aldıkları en düşük değer “85”, en yüksek değer ise, “164” olduğu tespit edilmiştir. Çalışmadan çıkarılan neticeye göre, kadınların cinsiyet rolleri konusunda eşitlikçi davranışta bulduklarını bildirmektedir.

Ölçeğin alt botlarından ilki “Eşitlikçi cinsiyet rolü” dür. Bu boyut; “eşler boşandığında mallar eşit paylaşılmalıdır, evlilikte çocuk sahibi olma kararını eşler birlikte vermelidir, çalışma yaşamında kadınlara ve erkeklere eşit ücret ödenmelidir, ailede ev işleri, eşler arasında eşit paylaşılmalıdır” gibi söylemlerden oluşmaktadır. Katılımcıların TCRTÖ “eşitlikçi cinsiyet rolü” ile sahip olabilecekleri en yüksek değer “40”dır. Bu puan, katılımcıların bu alt boyutta eşitlikçi davranışta bulduklarını bildirmektedir. Yine burada sahip olabilecekleri en düşük değer ise “8”dir. Bu puan da katılımcıların bu alt boyutta



geleneksel davranışta bulduklarını bildirmektedir. Tablo 13'e bakıldığında; katılımcıların "eşitlikçi cinsiyet rolü" alt boyutunun ortancasının 32,00 ve en yüksek "40", en düşük "18" değerine sahip oldukları tespit edilmiştir.

Bir diğeri ise "Kadın cinsiyet rolü" dür. Bu boyut; "erkeğin evleneceği kadın bakire olmalıdır, bir kadın akşamları tek başına sokağa çıkabilmelidir, bir kadın cinsel ilişkiyi evlendikten sonra yaşmalıdır ve kadının temel görevi anneliktir" gibi söylemlerden oluşmaktadır. Katılımcıların TCRTÖ "kadın cinsiyet rolü" ile sahip olabilecekleri en yüksek değer "40"dır. Bu puan katılımcıların bu alt boyuta ilişkin eşitlikçi davranışta bulduklarını bildirmektedir. Yine burada sahip olabilecekleri en düşük değer ise "8"dir. Bu puan da katılımcıların bu alt boyutta geleneksel davranışta bulduklarını bildirmektedir. Tablo 13'e bakıldığında; katılımcıların "kadın cinsiyet rolü" alt boyutunun ortancasının 19,00 ve en yüksek "33", en düşük "8" değerine sahip oldukları tespit edilmiştir.

Diğer bir boyut ise "Evlilikte cinsiyet rolü" dür. Bu boyut; "erkeğin evde her dediği yapılmalıdır, evlilikte gebelikten korunmak sadece kadının sorumluluğudur, bir erkeğin karısını aldatması normal karşılanmalıdır ve evlilikte kadın istemediği zaman cinsel ilişkiyi reddetmelidir" gibi söylemlerden oluşmaktadır. Katılımcıların TCRTÖ "evlilikte cinsiyet rolü" ile sahip olabilecekleri en yüksek değer "40"dır. Bu puan katılımcıların bu alt boyuta ilişkin eşitlikçi davranışta bulduklarını bildirmektedir. Yine burada sahip olabilecekleri en düşük değer ise "8"dir. Bu puan da katılımcıların bu alt boyutta geleneksel davranışta bulduklarını bildirmektedir. Tablo 13'e bakıldığında; katılımcıların "evlilikte cinsiyet rolü" alt boyutunun ortancasının 28,00 ve en yüksek "40", en düşük "13" değerine sahip oldukları tespit edilmiştir.

Ölçeğin dördüncü alt boyutu ise "Geleneksel cinsiyet rolü" dür. Bu boyut; "kız bebeğe pembe, erkek bebeğe mavi renkli giysiler giydirilmelidir, kadının yapacağı meslekler ile erkeğin yapacağı meslekler ayrıdır, erkeğin maddi gücü yeterliyse kadın çalışmamalıdır,

erkeğin en önemli görevi evini geçindirmektir” gibi söylemlerden oluşmaktadır. Katılımcıların TCRTÖ “geleneksel cinsiyet rolü” ile sahip olabilecekleri en yüksek değer “40”dır. Bu puan katılımcıların bu alt boyuta ilişkin eşitlikçi davranışta bulduklarını bildirmektedir. Yine burada sahip olabilecekleri en düşük değer ise “8”dir. Bu puan da katılımcıların bu alt boyutta geleneksel davranışta bulduklarını bildirmektedir. Tablo 13’e bakıldığında; katılımcıların “geleneksel cinsiyet rolü” alt boyutunun ortancasının 20,00 ve en yüksek “34”, en düşük “12” değerine sahip oldukları tespit edilmiştir.

Ölçeğin sonuncu boyutunu “Erkek cinsiyet rolü” oluşturmaktadır. Bu boyut; “ailede kazancın nasıl kullanılacağına erkek karar vermelidir, bir erkek gerektiğinde karısını dövmelidir, evlilikte erkeğin yaşı kadından büyük olmalıdır ve erkekler statüsü yüksek olan mesleklerde çalışmalıdır” vb. gibi söylemlerden oluşmaktadır. Katılımcıların TCRTÖ “erkek cinsiyet rolü” ile sahip olabilecekleri en yüksek değer “30”dır. Bu puan katılımcıların bu alt boyuta ilişkin eşitlikçi davranışta bulduklarını bildirmektedir. Yine burada sahip olabilecekleri en düşük değer ise “6”dir. Bu puan da katılımcıların bu alt boyutta geleneksel davranışta bulduklarını bildirmektedir. Tablo 13’e bakıldığında; katılımcıların “geleneksel cinsiyet rolü” alt boyutunun ortancasının 22,00 ve en yüksek “30”, en düşük “10” değerine sahip oldukları tespit edilmiştir.

Bu çalışmada katılımcıların TCRTÖ ile “eşitlikçi cinsiyet rolü”, “evlilikte cinsiyet rolü”, “geleneksel cinsiyet rolü” ve “erkek cinsiyet rolü” gibi dört farklı boyutta sahip oldukları değerlerin ortancalarına bakıldığında; katılımcıların “toplumsal cinsiyet rolleri”ne ilişkin “eşitlikçi” tutum sergiledikleri saptanmıştır. “Kadın cinsiyet rolü” tek alt boyutunda sahip oldukları değerlerin ortancalarına bakıldığında; “toplumsal cinsiyet rolleri”ne ilişkin “geleneksel” tutum sergiledikleri saptanmıştır.

## **Katılımcıların TCRTÖ'den Aldıkları Puan Ortancalarının Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlarını Etkileyebileceği Düşünülen Faktörler ile İlişkisi**

Katılımcıların TCRTÖ'den Aldıkları Puan Ortancaları, sosyo-demografik özelliklerine göre incelenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 14'de belirtilmiştir



Tablo 14

*Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre TCRTÖ Puan Ortancaları (N:580)*

<b>Özellik</b>	<b>Anlamlı fark</b>					
<b>Yaş grubu</b>	<b>N</b>	<b>Ortanca*</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>KW</b>	<b>p</b>
16-25 yaş (A <sub>1</sub> )	153	123	100	161	25,854	<b>0,000</b>
26-35 yaş (A <sub>2</sub> )	210	123	89	162		
36-45 yaş (A <sub>3</sub> )	140	118	93	164		
46-55 yaş (A <sub>4</sub> )	77	117	85	155		
<b>Fark: “(A<sub>1</sub>)-(A<sub>3</sub>), (A<sub>1</sub>)-(A<sub>4</sub>), (A<sub>2</sub>)-(A<sub>3</sub>), (A<sub>2</sub>)-(A<sub>4</sub>)”</b>						
<b>BKI grubu</b>						
Zayıf (A <sub>1</sub> )	36	127	107	150	33,305	<b>0,000</b>
Normal kilolu (A <sub>2</sub> )	249	123	96	161		
Fazla kilolu (A <sub>3</sub> )	196	117	97	162		
1. derece obez (A <sub>4</sub> )	75	117	85	164		
2. derece obez ve üzeri (A <sub>5</sub> )	24	117,5	97	141		
<b>Fark: “(A<sub>1</sub>)-(A<sub>3</sub>), (A<sub>1</sub>)-(A<sub>4</sub>), (A<sub>1</sub>)-(A<sub>5</sub>), (A<sub>2</sub>)-(A<sub>3</sub>), (A<sub>2</sub>)-(A<sub>4</sub>), (A<sub>2</sub>)-(A<sub>5</sub>)”</b>						
<b>Medeni durum</b>						
Evli (A <sub>1</sub> )	495	120	85	164	12,492	<b>0,002</b>
Bekâr, hiç evlenmemiş (A <sub>2</sub> )	57	129	97	157		
Evlenmiş boşanmış, eşi ölmüş (A <sub>3</sub> )	28	119,5	96	148		
<b>Fark: (A<sub>2</sub>)- (A<sub>1</sub>), (A<sub>2</sub>)- (A<sub>3</sub>)</b>						
<b>Eğitim durumu</b>						
Okumamış (A <sub>1</sub> )	53	119	85	157	63,752	<b>0,000</b>
İlkokul mezunu (A <sub>2</sub> )	251	124	97	164		
Ortaokul mezunu (A <sub>3</sub> )	177	127	100	161		
Lise mezunu (A <sub>4</sub> )	79	130	99	148		
Üniversite mezunu (A <sub>5</sub> )	20	112	93	143		
<b>Fark:“(A<sub>1</sub>)-(A<sub>2</sub>), (A<sub>1</sub>)-(A<sub>3</sub>), (A<sub>1</sub>)-(A<sub>4</sub>), (A<sub>1</sub>)-(A<sub>5</sub>), (A<sub>2</sub>)-(A<sub>4</sub>), (A<sub>2</sub>)-(A<sub>5</sub>), (A<sub>3</sub>)-(A<sub>4</sub>), (A<sub>4</sub>)-(A<sub>5</sub>)”</b>						
<b>Çalışma durumu</b>						
Evet	39	127	107	157	8019	<b>0,013</b>
Hayır	541	120	85	164		
<b>Önceki meslek durumu</b>						
Ev hanımı	552	120	85	164	6,851	<b>0,033</b>
Memur	15	122	103	152		
İşçi	13	127	115	157		
<b>Fark: (A<sub>1</sub>)-(A<sub>3</sub>), (A<sub>2</sub>)-(A<sub>3</sub>)</b>						
<b>Aylık gelir</b>						
0-500 TL	324	120	85	162	3,41	0,333
500-1000 TL	215	122	99	164		
1000-2000 TL	39	125	102	161		
2000-5000 TL	2	117	109	125		

\* Veriler normal dağılım göstermediği için ortanca kullanılmıştır.

KW= Kruskal-Wallis H Testi

\*\* Veriler normal dağılım gösterdiği için ortalama kullanılmıştır.

U= Mann-Whitney U Testi

Katılımcıların TCRTÖ puan ortancalarının, tanıtıcı özelliklerinden olan yaş grupları ile aralarındaki anlamlılığı ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup

ortancalarındaki fark anlamlılık göstermektedir ( $X^2=25,854$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 14). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bu farkın kaynağının;

- 16-25 ve 36-45 yaş,
- 16-25 ve 46-55 yaş,
- 26-35 ve 36-45 yaş,
- 26-35 ve 46-55 yaş aralığındaki katılımcılar arasında istatistiksel fark olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların TCRTÖ ölçeği puan ortancalarının, katılımcıların BKİ grubu ile aralarındaki anlamlılığı ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortancalarındaki fark anlamlılık göstermektedir ( $X^2=33,305$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 14). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bu farkın kaynağının;

- Zayıf grubu ile fazla kilolu, 1. ve 2. derecede obez grupları arasında,
- Normal kilolu ile fazla kilolu, 1. ve 2. derecede obez grupları arasında istatistiksel fark olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların TCRTÖ ölçeği puan ortancalarının, katılımcıların medeni durum özellikleri ile aralarında anlamlılığı ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortancalarındaki fark anlamlılık göstermektedir ( $X^2=12,492$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 14). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bu farkın kaynağının;

- Bekâr, hiç evlenmemiş grubu ile evli, evlenmiş boşanmış, eşi ölmüş grubu arasında istatistiksel fark olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların TCRTÖ ölçeği puan ortancalarının, katılımcıların eğitim durumu ile aralarında anlamlılığı ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortancalarındaki fark anlamlılık göstermektedir ( $X^2=63,752$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 14). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bu farkın kaynağının;

- Okumamış seviyesi ile ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite grubu,

- İlkokul seviyesi ile lise ve üniversite grubu,
- Ortaokul seviyesi ile lise ve üniversite gruplarında istatistiksel fark olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların çalışma durumu değişkenlerine göre, TCRTÖ ölçeği puan ortalamalarının anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortalamalarındaki fark anlamlılık göstermektedir ( $U=8019$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 14).

Katılımcıların TCRTÖ ölçeği puan ortancalarının, katılımcıların önceki meslek durumu ile aralarında anlamlılığı ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortancalarındaki fark anlamlılık göstermektedir ( $X^2=6,851$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 14). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bu farkın kaynağının;

- Ev hanımı grubu ile işçi grubu
- Memur grubu ile işçi grubu katılımcılar arasında istatistiksel fark olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların TCRTÖ ölçeği puan ortancalarının, katılımcıların aylık gelirleri ile aralarında anlamlılığı ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortancalarındaki fark anlamlılık göstermektedir ( $X^2=3,41$ ;  $p>0,05$ ) (Tablo 14).

Evli olan 494 katılımcılığının TCRTÖ'den aldıkları puan ortancaları, katılımcılığının eşleri ve evlilikler ile ilgili özelliklerine göre incelenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 15'de verilmiştir.

Tablo 15

*Evlili Olan Katılımcıların Eşleri ve Evlilikler İle İlgili Özelliklerine Göre TCRTÖ Puan Ortancalarının Dağılımı (N:494)*

Özellik	Anlamlı fark					
Eş yaşı	N	Ortanca*	Min	Max	KW	p
18-27 yaş (A <sub>1</sub> )	81	120	101	161	17,464	<b>0,001</b>
28-37 yaş (A <sub>2</sub> )	178	123	100	162		
38-47 yaş (A <sub>3</sub> )	142	117	89	164		
48 yaş ve üzeri (A <sub>4</sub> )	93	118	85	162		
<b>Fark: (A<sub>2</sub>)-(A<sub>3</sub>), (A<sub>2</sub>)-(A<sub>4</sub>)</b>						
<b>Eş eğitim durumu</b>						
Okumamış	36	118,5	97	133	3,726	0,444
İlkokul	214	120,5	89	162		
Ortaokul	170	119,5	85	164		
Lise	52	122	99	161		
Üniversite	22	123	100	151		
<b>Evlilik süresi</b>						
1-5 yıl (A <sub>1</sub> )	116	122	101	161	21,856	<b>0,000</b>
6-10 yıl (A <sub>2</sub> )	100	123,5	99	162		
11-15 yıl (A <sub>3</sub> )	101	122	89	164		
16-20 yıl (A <sub>4</sub> )	64	118	99	157		
21 yıl ve üzeri (A <sub>5</sub> )	113	117	85	162		
<b>Fark: (A<sub>2</sub>)-(A<sub>4</sub>), (A<sub>2</sub>)-(A<sub>5</sub>)</b>						
<b>Evlilik yaşı</b>						
17 yaş ve altı	120	121	100	161	5,342	0,254
18-20 yaş	217	119	85	162		
21-23 yaş	70	124,5	99	152		
24-26 yaş	49	120	101	164		
27 yaş ve üzeri	38	117	101	141		
<b>Evlenme şekli</b>						
Görücü usulü ile birbirlerini tanışmadan	110	118	93	153	5,076	0,166
Görücü usulü ile daha sonra tanışıp onaylayarak	169	121	85	164		
Tanışıp anlaşarak	169	121	95	161		
Diğer	46	120	99	162		
<b>Resmi nikâh</b>						
Var	429	120	85	164	12042	<b>0,050</b>
Yok	65	121,5	101	154		
<b>Çok eşlilik</b>						
Var	14	116	105	132	3231,5	0,286
Yok	480	120	85	164		

\* Veriler normal dağılım göstermediği için ortanca kullanılmıştır.

KW= Kruskal-Wallis H Testi

\*\* Veriler normal dağılım gösterdiği için ortalama kullanılmıştır.

U= Mann-Whitney U Testi

Katılımcıların TCRTÖ ölçeği puan ortancalarının, katılımcıların eş yaşı grupları ile aralarında anlamlılığı ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortancalarındaki fark anlamlılık göstermektedir ( $X^2=17,464$ ,  $p<0,05$ ) (Tablo 15). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bu farkın kaynağının;

- 28-37 ve 38-47 yaşlarında olanlar ile
- 28-37 ve 48 yaşın ve üzerindekiiler arasında istatistiksel fark olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların TCRTÖ ölçeği puan ortancalarının, katılımcıların eş eğitim durumu ile aralarında anlamlılığı ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortancalarındaki farkta anlamlılık yoktur ( $X^2=3,726$ ,  $p>0,05$ ) (Tablo 15).

Katılımcıların TCRTÖ ölçeği puan ortancalarının, katılımcıların eş mesleği ile aralarında anlamlılığı ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortancalarındaki fark anlamlılık göstermemektedir ( $X^2=1,858$ ,  $p>0,05$ ) (Tablo 15).

Katılımcıların TCRTÖ ölçeği puan ortancalarının, katılımcıların evlilik ile aralarında anlamlılığı ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortancalarındaki fark anlamlılık göstermektedir ( $X^2=21,856$ ,  $p<0,05$ ) (Tablo 15). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bu farkın kaynağının;

- 6-10 yıl grubu ile 16-20 yıl grubu
- 6-10 yıl grubu ile 21 yıl ve üzeri grubu katılımcılar arasında istatistiksel fark olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların TCRTÖ ölçeği puan ortancalarının, katılımcıların evlilik yaşı ile aralarında anlamlılığı ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortancalarındaki fark anlamlılık göstermemektedir ( $X^2=5,342$ ,  $p>0,05$ ) (Tablo 15).

Katılımcıların TCRTÖ ölçeği puan ortancalarının, katılımcıların evlenme şekli ile aralarında anlamlılığı ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortancalarındaki fark anlamlılık göstermemektedir ( $X^2=5,076$ ,  $p>0,05$ ) (Tablo 15).

Katılımcıların resmi nikâh olup olmama durumu değişkenlerine göre, TCRTÖ ölçeği puan ortalamalarının anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortalamalarındaki fark anlamlılık göstermektedir ( $U=12042$ ,  $p<0,05$ ) (Tablo 15).



Katılımcıların çok eşlilik durumu değişkenlerine göre, TCRTÖ ölçeği puan ortalamalarının anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortalamalarındaki fark anlamlılık göstermemektedir ( $U=3231,5$ ,  $p>0,05$ ) (Tablo 15).

Katılımcıların TCRTÖ'den Aldıkları Puan Ortancaları, kampta bulunma sürelerine ve kampta yaşanan en önemli soruna yönelik düşüncelerine göre incelenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 16'de verilmiştir.

Tablo 16

*Katılımcıların Kampta Bulunma Sürelerine ve Kampta Yaşanan En Önemli Soruna Yönelik Düşüncelerine Göre TCRTÖ Puan Ortancalarının Dağılımı (N:580)*

Özellik	Anlamlı fark					
Türkiye'de bulunma süresi	N	Ortanca*	Min	Max	KW	p
6 ay ve daha az (A <sub>1</sub> )	6	120	112	125	21,244	<b>0,001</b>
6 ay - 1 yıl (A <sub>2</sub> )	21	129	109	155		
1 yıl - 2 yıl (A <sub>3</sub> )	33	116	93	153		
2 yıl - 3 yıl (A <sub>4</sub> )	19	116	95	134		
3 yıl - 4 yıl (A <sub>5</sub> )	29	114	89	152		
4 yıl ve üzeri (A <sub>6</sub> )	472	122	85	164		
<b>Fark: “(A<sub>1</sub>)-(A<sub>2</sub>), (A<sub>2</sub>)-(A<sub>3</sub>), (A<sub>2</sub>)-(A<sub>4</sub>), (A<sub>2</sub>)-(A<sub>5</sub>), (A<sub>2</sub>)-(A<sub>6</sub>), (A<sub>3</sub>)-(A<sub>6</sub>), (A<sub>4</sub>)-(A<sub>6</sub>), (A<sub>5</sub>)-(A<sub>6</sub>)”</b>						
<b>Kampta bulunma süresi</b>						
6 ay ve daha az (A <sub>1</sub> )	30	119,5	103	133	19,854	<b>0,001</b>
6 ay - 1 yıl (A <sub>2</sub> )	42	128	99	157		
1 yıl - 2 yıl (A <sub>3</sub> )	83	119	85	161		
2 yıl - 3 yıl (A <sub>4</sub> )	16	117	103	139		
3 yıl - 4 yıl (A <sub>5</sub> )	22	111	99	135		
4 yıl ve üzeri (A <sub>6</sub> )	387	122	96	164		
<b>Fark: “(A<sub>1</sub>)-(A<sub>2</sub>), (A<sub>2</sub>)-(A<sub>3</sub>), (A<sub>2</sub>)-(A<sub>4</sub>), (A<sub>2</sub>)-(A<sub>5</sub>), (A<sub>2</sub>)-(A<sub>6</sub>), (A<sub>5</sub>)-(A<sub>6</sub>)”</b>						
<b>Kampta yaşanan en önemli sorun</b>						
Beslenme (A <sub>1</sub> )	9	125	112	157	19,854	<b>0,001</b>
Barınma (A <sub>2</sub> )	9	127	113	157		
Temizlik (A <sub>3</sub> )	20	127	98	151		
İçme suyu (A <sub>4</sub> )	252	122	85	164		
Diğer (A <sub>5</sub> )	34	122	100	162		
Yok (A <sub>6</sub> )	256	118	93	157		
<b>Fark: (A<sub>2</sub>)-(A<sub>6</sub>), (A<sub>3</sub>)-(A<sub>6</sub>)</b>						

\* Veriler normal dağılım göstermediği için ortanca kullanılmıştır.

KW= Kruskal-Wallis H Testi

Katılımcıların TCRTÖ ölçeği puan ortancalarının, katılımcıların Türkiye'de bulunma süresi ile aralarında anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup

ortancalarındaki fark anlamlılık göstermektedir ( $X^2=21,244$ ,  $p<0,05$ ) (Tablo 16). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bu farkın kaynağının;

- 6 ay ve daha az grubu ile 6 ay - 1 yıl grubu
- 6 ay - 1 yıl grubu ile 1 yıl - 2 yıl grubu
- 6 ay - 1 yıl grubu ile 2 yıl - 3 yıl grubu
- 6 ay - 1 yıl grubu ile 3 yıl - 4 yıl grubu
- 6 ay - 1 yıl grubu ile 4 yıl ve üzeri grubu
- 3 yıl - 4 yıl grubu ile 4 yıl ve üzeri grubu katılımcılar arasında istatistiksel fark olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların TCRTÖ ölçeği puan ortancalarının, katılımcıların kampta bulunma süresi ile aralarındaki anlamlılığı ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortancalarındaki fark anlamlılık göstermektedir ( $X^2=19,854$ ,  $p<0,05$ ) (Tablo 16). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bu farkın kaynağının;

- 6 ay ve daha az grubu ile 6 ay - 1 yıl
- 6 ay - 1 yıl grubu ile 1-2 yıl, 2-3 yıl, 3-4 yıl ve 4 yıl üzeri
- 1 yıl - 2 yıl grubu ile 4 yıl ve üzeri
- 2 yıl - 3 yıl grubu ile 4 yıl ve üzeri
- 3 yıl - 4 yıl grubu ile 4 yıl ve üzeri grubu katılımcılar arasında istatistiksel fark olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların TCRTÖ ölçeği puan ortancalarının, katılımcıların kampta yaşanan en önemli sorun ile aralarında anlamlılığı ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortancalarındaki fark anlamlılık göstermektedir ( $X^2=19,854$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 16). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bu farkın kaynağının;

- Barınma sorunu yaşayan grup ile sorun yaşamayan grubu

- Temizlik sorunu yaşıyan grup ile sorun yaşamayan gruptaki katılımcılar arasında istatistiksel fark olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların TCRTÖ'den Aldıkları Puan Ortancaları, gebelik sayısı değişkenine göre incelenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 17'de verilmiştir.



Tablo 17

*Katılımcıların Obstetrik ve Jinekolojik Bulgularına Göre TCRTÖ Puan Ortancalarının Dağılımı*

Özellik	Anlamlı fark					
	N	Ortanca*	Min	Max	KW	p
<b>Gebelik sayısı (N:580)</b>						
0 (A <sub>1</sub> )	83	125	97	157	7,967	<b>0,047</b>
1-2 (A <sub>2</sub> )	131	121	96	162		
3-4 (A <sub>3</sub> )	201	120	89	164		
5-6 (A <sub>4</sub> )	105	120	95	157		
7 ve daha fazla (A <sub>5</sub> )	60	115,5	85	154		
<b>Fark: (A<sub>1</sub>)-(A<sub>5</sub>)</b>						
<b>İlk gebelik yaşı (N:497)</b>						
17 yaş ve altı	72	120	100	161	1,482	0,830
18-20 yaş	206	119,5	89	161		
21-23 yaş	110	122	93	162		
24-26 yaş	58	118	85	164		
27 yaş ve üzeri	51	118	101	153		
<b>Canlı çocuk sayısı (N:497)</b>						
0-1	89	122	100	162	4,455	0,216
2-3	245	120	85	162		
4-5	129	119	97	164		
6 ve üzeri	34	117,5	100	151		
<b>Ölü doğum sayısı (N:497)</b>						
0	432	121	89	164	0,481	0,786
1	47	116	85	151		
2	12	117,5	105	130		
3 ve üzeri	6	116	103	132		
<b>Düşük sayısı (N:497)</b>						
0	292	120	89	164	0,952	0,621
1-2	165	120	95	162		
3 ve daha fazla	40	117	85	153		
<b>Bu kampta gebelik yaşama durumu (N:523)</b>						
Yaşandı	272	122	89	164	27297	<b>0,038</b>
Yaşanmadı	251	118	85	162		
<b>Gebelikte sağlık problemi yaşanma durumu (N:497)</b>						
Yaşandı	84	121	100	164	15358,5	0,098
Yaşanmadı	413	120	85	162		

\* Veriler normal dağılım göstermediği için ortanca kullanılmıştır.

KW= Kruskal-Wallis H Testi

\*\* Veriler normal dağılım gösterdiği için ortalama kullanılmıştır.

U= Mann-Whitney U Testi

Katılımcıların TCRTÖ ölçeği puan ortancalarının, katılımcıların gebelik sayısı ile aralarında anlamlılığı ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortancalarındaki fark anlamlılık göstermektedir ( $X^2=7,967$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 17). Yapılan ileri

analiz sonuçlarına göre, bu farkın kaynağının hiç gebelik yaşamayan grubu ile 7 ve daha fazla gebelik yaşayan grubu katılımcıları arasındaki fark olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların TCRTÖ ölçeği puan ortancalarının, katılımcıların ilk gebelik yaşı ile aralarındaki anlamlılığı ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortancalarındaki fark anlamlılık göstermemektedir ( $X^2=1,482$ ;  $p>0,05$ ) (Tablo 17).

Katılımcıların TCRTÖ ölçeği puan ortancalarının, katılımcıların canlı çocuk sayısı ile aralarında anlamlılığı ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortancalarındaki fark anlamlılık göstermemektedir ( $X^2=4,455$ ;  $p>0,05$ ) (Tablo 17).

Katılımcıların TCRTÖ ölçeği puan ortancalarının, katılımcıların ölü doğum sayısı ile aralarında anlamlılığı ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortancalarındaki fark anlamlılık göstermemektedir ( $X^2=0,481$ ;  $p>0,05$ ) (Tablo 17).

Katılımcıların TCRTÖ ölçeği puan ortancalarının, katılımcıların düşük sayısı ile aralarında anlamlılığı ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortancalarındaki fark anlamlılık göstermemektedir ( $X^2=0,952$ ,  $p>0,05$ ) (Tablo 17).

Katılımcıların bu kampta gebelik yaşama durumu değişkenlerine göre, TCRTÖ ölçeği puan ortalamalarının anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortalamalarındaki fark anlamlılık göstermektedir ( $U=27297$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 17).

Katılımcıların gebelikte sağlık problemi yaşanma durumu değişkenlerine göre, TCRTÖ ölçeği puan ortalamalarının anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortalamalarındaki fark anlamlılık göstermemektedir ( $U=15358,5$ ,  $p>0,05$ ) (Tablo 17).

Katılımcıların TCRTÖ'den aldıkları puan ortancaları, meme ve rahim ağzı taraması yaptırma durumlarına göre incelenmiş ve bulgular Tablo 18'dedir.

Tablo 18

*Katılımcıların Sağlığı Korumaya Yönelik Davranışlarına Göre TCRTÖ Puan Ortancalarının Dağılımı (N:580)*

Özellik	Anlamlı fark					
Düzenli kendi kendine meme muayenesi yapma durumu	N	Ortanca**	Min	Max	U	p
Yapmıyorum	76	122	99	155	17499	0,225
Yapıyorum	504	120	85	164		
<b>Göç etmeden ülkelerinde meme ve rahim ağzı tarama ve kontrol yaptırma durumu</b>						
Yaptırdım	45	120,5	97	157	10797,5	0,352
Yaptırmadım	535	121	85	164		
<b>Sağlık hizmetlerinden, erkekler ile eşit hizmet aldığını düşünme durumu</b>						
Eşit	457	121	85	164	27207,5	0,520
Eşit değil	123	120	97	155		

\*\* Veriler normal dağılım gösterdiği için ortalama kullanılmıştır. U= Mann-Whitney U Testi

Katılımcıların düzenli kendi kendine meme muayenesi yapma durumu değişkenlerine göre, TCRTÖ ölçeği puan ortalamalarının anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortalamalarındaki fark anlamlılık göstermemektedir (U=17499, p>0,05) (Tablo 18).

Katılımcıların göç etmeden ülkelerinde meme ve rahim ağzı tarama ve kontrol yaptırma durumu değişkenlerine göre, TCRTÖ ölçeği puan ortalamalarının anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortalamalarındaki fark anlamlılık göstermemektedir (U=10797,5, p>0,05) (Tablo 18).

Katılımcıların sağlık hizmetlerinden, erkekler ile eşit hizmet aldığını düşünme durumu değişkenlerine göre, TCRTÖ ölçeği puan ortalamalarının anlamlılığını ortaya koymak amacıyla yapılan analiz neticesinde; grup ortalamalarındaki fark anlamlılık göstermemektedir (U=27207,5, p>0,05) (Tablo 18).

Tablo 19

*Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre TCRTÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortanca ve Ortalamalarının Dağılımı*

Katılımcıların Bazı Özellikleri	N	Eşitlikçi Cinsiyet Rolü	Kadın Cinsiyet Rolü	Evlilikte Cinsiyet Rolü	Geleneksel Cinsiyet Rolü	Erkek Cinsiyet Rolü	TCRTÖ
<b>Yaş grubu</b>		Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
16-25 yaş (A <sub>1</sub> )	153	32	20	29	21	22	123
26-35 yaş (A <sub>2</sub> )	210	33	19	29	20,5	22	123
36-45 yaş (A <sub>3</sub> )	140	32	18	26	20	21	118
46-55 yaş (A <sub>4</sub> )	77	33	18	26	19	20	117
		KW= 1,68 p= 0.641	KW= 9,769 p= <b>0.021</b>	KW= 28,779 p= <b>0.000</b>	F= 11,886 p= <b>0.008</b>	KW= 17,786 p= <b>0.000</b>	KW= 25,854 p= <b>0.000</b>
			<b>Fark: A<sub>1</sub>-A<sub>3</sub>, A<sub>1</sub>-A<sub>4</sub></b>	<b>Fark: A<sub>1</sub>-A<sub>3</sub>, A<sub>1</sub>-A<sub>4</sub>, A<sub>2</sub>-A<sub>3</sub>, A<sub>2</sub>-A<sub>4</sub></b>	<b>Fark: A<sub>1</sub>-A<sub>4</sub></b>	<b>Fark: A<sub>1</sub>-A<sub>4</sub>, A<sub>2</sub>-A<sub>4</sub></b>	<b>Fark: A<sub>1</sub>-A<sub>3</sub>, A<sub>1</sub>-A<sub>4</sub>, A<sub>2</sub>-A<sub>3</sub>, A<sub>2</sub>-A<sub>4</sub></b>
<b>BKI grubu</b>		Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Zayıf (A <sub>1</sub> )	36	33	20	29,5	22	23	127
Normal kilolu (A <sub>2</sub> )	249	33	19	29	20	22	123
Fazla kilolu (A <sub>3</sub> )	196	32	18	27	20	21	117
1. derece obez (A <sub>4</sub> )	75	32	18	26	20	21	117
2. derece obez ve üzeri (A <sub>5</sub> )	24	31	18	26,5	20	21	117,5
		KW= 7,819 p= 0.098	KW= 19,045 p= <b>0.001</b>	KW= 18,467 p= <b>0.001</b>	F= 12,966 p= <b>0.011</b>	KW= 12,991 p= <b>0.011</b>	KW= 33,305 p= <b>0.000</b>
			<b>Fark: A<sub>1</sub>-A<sub>3</sub>, A<sub>1</sub>-A<sub>4</sub>, A<sub>1</sub>-A<sub>5</sub></b>	<b>Fark: A<sub>1</sub>-A<sub>3</sub>, A<sub>1</sub>-A<sub>4</sub>, A<sub>1</sub>-A<sub>5</sub></b>	<b>Fark: A<sub>1</sub>-A<sub>2</sub>, A<sub>1</sub>-A<sub>3</sub>, A<sub>1</sub>-A<sub>4</sub>, A<sub>1</sub>-A<sub>5</sub></b>	<b>Fark: A<sub>1</sub>-A<sub>3</sub>, A<sub>1</sub>-A<sub>4</sub>, A<sub>1</sub>-A<sub>5</sub></b>	<b>Fark: A<sub>1</sub>-A<sub>3</sub>, A<sub>1</sub>-A<sub>4</sub>, A<sub>2</sub>-A<sub>3</sub>, A<sub>2</sub>-A<sub>4</sub>, A<sub>3</sub>-A<sub>5</sub></b>
<b>Medeni durum</b>		Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Evlili (A <sub>1</sub> )	494	33	19	28	20	22	120
Bekâr, hiç evlenmemiş (A <sub>2</sub> )	57	32	21	30	22	23	129
Evlenmiş boşanmış, eşi ölmüş (A <sub>3</sub> )	29	31,5	18	26	20	21	119,5
		KW= 2,157 p= 0.340	KW= 9,896 p= <b>0.007</b>	KW= 10,484 p= <b>0.005</b>	KW= 11,058 p= <b>0.004</b>	KW= 6,192 p= 0.051	KW= 12,492 p= <b>0.002</b>
			<b>Fark: A<sub>2</sub>-A<sub>1</sub>, A<sub>2</sub>-A<sub>3</sub></b>	<b>Fark: A<sub>2</sub>-A<sub>1</sub>, A<sub>2</sub>-A<sub>3</sub></b>	<b>Fark: A<sub>2</sub>-A<sub>1</sub>, A<sub>2</sub>-A<sub>3</sub></b>		<b>Fark: A<sub>2</sub>-A<sub>1</sub>, A<sub>2</sub>-A<sub>3</sub></b>
<b>Eğitim durumu</b>		Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Okumamış (A <sub>1</sub> )	53	32	19	27	20	21	119
İlkokul mezunu (A <sub>2</sub> )	251	33	20	29	21	22	124
Ortaokul mezunu (A <sub>3</sub> )	177	33	19	31	20	23	127
Lise mezunu (A <sub>4</sub> )	79	32	21	30,5	23,5	23,5	130
Üniversite mezunu (A <sub>5</sub> )	20	31	17	26	19	20	112
		KW= 11,996 p= <b>0.002</b>	KW= 27,323 p= <b>0.000</b>	KW= 53,111 p= <b>0.000</b>	KW= 21,852 p= <b>0.000</b>	KW= 42,813 p= <b>0.000</b>	KW= 63,752 p= <b>0.000</b>
		<b>Fark: A<sub>2</sub>-A<sub>5</sub>, A<sub>3</sub>-A<sub>5</sub></b>	<b>Fark: A<sub>1</sub>-A<sub>4</sub>, A<sub>1</sub>-A<sub>5</sub>, A<sub>2</sub>-A<sub>5</sub>, A<sub>3</sub>-A<sub>4</sub>, A<sub>3</sub>-A<sub>5</sub>, A<sub>4</sub>-A<sub>5</sub></b>	<b>Fark: A<sub>1</sub>-A<sub>2</sub>, A<sub>1</sub>-A<sub>3</sub>, A<sub>1</sub>-A<sub>4</sub>, A<sub>2</sub>-A<sub>3</sub>, A<sub>3</sub>-A<sub>5</sub>, A<sub>4</sub>-A<sub>5</sub></b>	<b>Fark: A<sub>1</sub>-A<sub>4</sub>, A<sub>2</sub>-A<sub>4</sub>, A<sub>4</sub>-A<sub>5</sub></b>	<b>Fark: A<sub>1</sub>-A<sub>4</sub>, A<sub>2</sub>-A<sub>5</sub>, A<sub>3</sub>-A<sub>5</sub>, A<sub>4</sub>-A<sub>5</sub></b>	<b>Fark: A<sub>1</sub>-A<sub>2</sub>, A<sub>1</sub>-A<sub>3</sub>, A<sub>1</sub>-A<sub>4</sub>, A<sub>1</sub>-A<sub>5</sub>, A<sub>2</sub>-A<sub>4</sub>, A<sub>2</sub>-A<sub>5</sub>, A<sub>3</sub>-A<sub>4</sub>, A<sub>4</sub>-A<sub>5</sub></b>
<b>Çalışma durumu</b>		Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Evet	39	33	20	31	21	22	127
Hayır	541	32	19	28	20	22	120
		U= 9335,5 p= 0.242	U= 8225,5 p= <b>0.023</b>	U= 7176,5 p= <b>0.001</b>	U= 9101,5 p= 0.160	U= 9885 p= 0.533	U= 8019 p= <b>0.013</b>

Tablo 19

Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre TCRTÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortanca ve Ortalamalarının Dağılımı (Devamı)

Katılımcıların Bazı Özellikleri	N	Eşitlikçi Cinsiyet Rolü	Kadın Cinsiyet Rolü	Evlilikte Cinsiyet Rolü	Geleneksel Cinsiyet Rolü	Erkek Cinsiyet Rolü	TCRTÖ
<b>Aylık gelir</b>		Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
0-500 TL	324	32	19	28	20	22	120
500-1000 TL	215	33	19	27	20	22	122
1000-2000 TL	39	32	19	30	20	23	125
2000-5000 TL	2	28,5	16,5	31	19	22	117
		KW=4,578 p=0.205	KW=3,209 p= 0.360	KW= 3,055 p= 0.383	KW= 3,591 p= 0.309	KW=5,803 p=0.122	KW= 3,41 p=0.333
<b>Evlilik süresi</b>		Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
1-5 yıl (A <sub>1</sub> )	116	32	19	29	21	22	122
6-10 yıl (A <sub>2</sub> )	100	33	19	29	20,5	22	123,5
11-15 yıl (A <sub>3</sub> )	101	32	19	28	20	21	122
16-20 yıl (A <sub>4</sub> )	64	32	18,5	27	20	21	118
21 yıl ve üzeri (A <sub>5</sub> )	113	33	18	26	19	21	117
		KW=2,640 p=0.640	KW=8,226 p= 0.084	KW= 23,373 <b>p= 0.000</b> <b>Fark: A<sub>1</sub>-A<sub>4</sub>, A<sub>1</sub>-A<sub>5</sub></b>	KW= 8,339 p= 0.080	KW=13,776 <b>p=0.008</b> <b>Fark: A<sub>2</sub>-A<sub>4</sub>, A<sub>2</sub>-A<sub>5</sub></b>	KW= 21,856 <b>p=0.000</b> <b>Fark: A<sub>2</sub>-A<sub>4</sub>, A<sub>2</sub>-A<sub>5</sub></b>
<b>Evlilik yaşı</b>		Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
17 yaş ve altı (A <sub>1</sub> )	120	32	19	28	21	22	121
18-20 yaş (A <sub>2</sub> )	217	33	19	28	20	21	119
21-23 yaş (A <sub>3</sub> )	70	33,5	19	29	20	22	124,5
24-26 yaş (A <sub>4</sub> )	49	32	19	28	20	22	120
27 yaş ve üzeri (A <sub>5</sub> )	38	33	18	26	20	19	117
		KW=4,389 p=0.356	KW=0,408 p= 0.982	KW= 11,467 <b>p= 0.022</b> <b>Fark: A<sub>3</sub>-A<sub>5</sub></b>	KW= 4,349 p= 0.361	KW=12,736 <b>p=0.013</b> <b>Fark: A<sub>1</sub>-A<sub>5</sub>, A<sub>3</sub>-A<sub>5</sub>, A<sub>4</sub>-A<sub>5</sub></b>	KW= 5,342 p=0.254
<b>Evlenme şekli</b>		Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Görücü usulü ile birbirlerini tanımadan	110	32	19	27	19,5	21	118
Görücü usulü ile daha sonra tanışıp onaylayarak	169	32	19	28	20	22	121
Tanışıp anlaşarak	169	33	19	28	20	22	121
Diğer	46	34	17	28	21	21	120
		KW=4,235 p=0.237	KW=6,922 p= 0.074	KW= 2,294 p= 0.514	KW= 3,73 p= 0.292	KW=2,478 p=0.479	KW= 5,076 p=0.166
<b>Çok eşlilik</b>		Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Var	14	32	20	29	22	22	123
Yok	480	33	19	28	20	22	120
		U=4,235 p=0.237	U=6,922 p= 0.074	U= 2,294 p= 0.514	U= 3,73 p= 0.292	U=2,478 p=0.479	U= 5,076 p=0.166



Tablo 19

## Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre TCRTÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortanca ve Ortalamalarının Dağılımı (Devamı)

Katılımcıların Bazı Özellikleri	N	Eşitlikçi Cinsiyet Rolü	Kadın Cinsiyet Rolü	Evlilikte Cinsiyet Rolü	Geleneksel Cinsiyet Rolü	Erkek Cinsiyet Rolü	TCRTÖ
<b>Gebelik sayısı</b>		Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
0 (A <sub>1</sub> )	83	33	20	29	22	22	125
1-2 (A <sub>2</sub> )	131	32	19	28	20	22	121
3-4 (A <sub>3</sub> )	201	33	19	28	20	21	120
5-6 (A <sub>4</sub> )	105	32	19	27	20	22	120
7 ve daha fazla (A <sub>5</sub> )	60	32,5	18	26	19,5	21	115,5
		KW=0,153 p=0.985	KW=5,313 p= 0.150	KW= 15,504 p= <b>0.001</b>	KW= 6,364 p= 0.095	KW=3,501 p=0.321	KW= 7,967 p= <b>0.047</b>
				<b>Fark: A<sub>1</sub>-A<sub>5</sub></b>			<b>Fark: A<sub>1</sub>-A<sub>5</sub></b>
<b>İlk gebelik yaşı</b>		Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
17 yaş ve altı (A <sub>1</sub> )	72	32	18,5	28	20	22	120
18-20 yaş (A <sub>2</sub> )	206	33	19	27	20	22	119,5
21-23 yaş (A <sub>3</sub> )	110	33	18,5	28,5	20	21	122
24-26 yaş (A <sub>4</sub> )	58	31	19,5	27	20	21	118
27 yaş ve üzeri (A <sub>5</sub> )	51	33	18	27	20	20	118
		KW=11,269 p= <b>0.024</b>	KW=1,727 p= 0.786	KW= 1,481p= 0.830	KW= 0,889 p= 0.926	KW=4,813 p=0.307	KW= 1,482 p=0.820
		<b>Fark: A<sub>2</sub>-A<sub>4</sub>, A<sub>3</sub>-A<sub>4</sub></b>					
<b>Canlı çocuk sayısı</b>		Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
0-1	89	32	19	28	20	22	122
2-3	245	32	19	28	20	22	120
4-5	129	33	19	27	20	21	119
6 ve üzeri	34	32	17	26	19	22	117,5
		KW=2,515 p=0.473	KW=6,829 p= 0.078	KW= 7,763 p= 0.051	KW= 0,374 p= 0.946	KW=1,94 p=0.585	KW= 4,455 p=0.216
<b>Ölü doğum sayısı</b>		Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
0	432	33	19	28	20	22	121
1	47	32	18	26	19	20	116
2	12	30	18	28	18	22,5	117,5
3 ve üzeri	6	30,5	18,5	23	21	23,5	116
		KW=1,934 p=0.380	KW=0,027 p= 0.987	KW= 2,388 p= 0.303	KW= 1,624 p= 0.444	KW=4,781 p=0.092	KW= 0,481 p=0.786
<b>Düşük sayısı</b>		Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
0	292	32	19	28	20	22	120
1-2	165	33	19	27	20	22	120
3 ve daha fazla	40	32,5	18,5	27,5	20	21	117
		KW=0,302 p=0.860	KW=0,152 p= 0.927	KW= 2,184 p= 0.335	KW= 1,617 p= 0.446	KW=0,15 p=0.928	KW= 0,952 p=0.621

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ve bazı tanıtıcı özelliklerine göre TCRTÖ ve alt boyutlarının puan ortanca dağılımı Tablo 19’da verilmiştir. Tablo 19’da verilen bulgulara göre;

Kadınların TCRTÖ ölçeği ve alt boyutları puan ortancaları, yaş grupları ile karşılaştırıldığında; yaş gruplarına göre TCRTÖ toplam puan ortancaları aralarında anlam ifade eden farklılık bulunmuştur ( $X^2=25,854$ ,  $p<0,05$ ).

TCRTÖ ölçeği alt boyutlarına göre yaş grupları karşılaştırıldığında ise;

- Eşitlikçi cinsiyet rolü alt boyutta bakıldığında anlamlılık görülmemiştir ( $X^2=1,68$ ,  $p>0,05$ ).
- Evlilikte, geleneksel, erkek ve kadın cinsiyet rolü alt ölçeği grup ortanca farklarına bakıldığında anlamlılık görülmüştür ( $X^2=28,779$ ;  $X^2=11,886$ ;  $X^2=17,786$ ;  $X^2=9,769$ ,  $p<0,05$ ).

Kadınların TCRTÖ ölçeği ve alt boyutları puan ortancaları, katılımcıların BKI grubu ile karşılaştırıldığında; BKI gruplarına göre TCRTÖ toplam puan ortancaları aralarında anlam ifade eden farklılık bulunmuştur ( $X^2=33,305$ ;  $p<0,05$ ).

TCRTÖ ölçeği alt boyutlarına göre BKI grupları karşılaştırıldığında ise;

- Eşitlikçi cinsiyet rolü alt ölçeği grup ortanca farklarına bakıldığında anlamlılık görülmemiştir ( $X^2=7,819$ ,  $p>0,05$ ).
- Kadın, evlilikte, geleneksel ve erkek cinsiyet rolü alt gruplarındaki ortanca farklarına bakıldığında anlamlılık görülmüştür ( $X^2=19,045$ ;  $X^2=18,467$ ;  $X^2=12,966$ ;  $X^2=12,99$ ,  $p<0,05$ ).

Kadınların TCRTÖ ölçeği ve alt boyutları puan ortancaları, medeni durumları ile karşılaştırıldığında; medeni durumlarına göre TCRTÖ toplam puan ortancaları aralarında anlam ifade eden farklılık bulunmuştur ( $X^2=12,492$ ,  $p<0,05$ ).

TCRTÖ ölçeği alt boyutlarına göre medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında ise;

➤ Eşitlikçi cinsiyet rolü alt ölçeği grup ortanca farklarına bakıldığında anlamlılık görülmüştür ( $X^2=2,157$ ,  $p>0,05$ ).

➤ Kadın, evlilikte, geleneksel ve erkek cinsiyet rolleri alt gruplarında ortanca farklarına bakıldığında anlamlılık görülmüştür ( $X^2=9,896$ ;  $X^2=10,484$ ;  $X^2=11,058$ ;  $X^2=6,192$ ,  $<0,05$ ).

Kadınların TCRTÖ ölçeği ve alt boyutları puan ortancaları, eğitim durumu ile karşılaştırıldığında; eğitim durumlarına göre TCRTÖ toplam puan ortancaları aralarında anlam ifade eden farklılık bulunmuştur ( $X^2=63,752$ ;  $p<0,05$ ).

TCRTÖ ölçeği alt boyutları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında ise;

➤ Eşitlikçi, kadın, evlilikte, geleneksel ve erkek cinsiyet rolleri alt boyutlarında ortanca farklarına bakıldığında anlamlılık görülmüştür ( $X^2=11,996$ ;  $X^2=27,323$ ;  $X^2=53,111$ ;  $X^2=21,852$ ;  $X^2=42,813$ ,  $p<0,05$ ).

Kadınların TCRTÖ ölçeği ve alt boyutları puan ortancaları, çalışma durumu ile karşılaştırıldığında; eğitim durumlarına göre TCRTÖ toplam puan ortalama aralarında anlam ifade eden farklılık bulunmuştur ( $U=8019$ ;  $p<0,05$ ).

TCRTÖ ölçeği alt boyutları çalışma durumları ile karşılaştırıldığında ise;

➤ Eşitlikçi, geleneksel ve erkek alt ölçeği grup ortalama farklarına bakıldığında anlamlılık görülmemiştir ( $U=9335,5$ ;  $U=9101,5$ ;  $U=9885$   $p>0,05$ ).

➤ Kadın ve evlilikte Cinsiyet Rolü alt ölçeği grup ortanca farklarına bakıldığında anlamlılık görülmüştür ( $U=8225,5$ ;  $U=7176,5$ ,  $p<0,05$ ).

Kadınların TCRTÖ ölçeği ve alt boyutları puan ortancaları, gelir durumları ile karşılaştırıldığında; gelir durumlarına göre TCRTÖ toplam puan ortancaları aralarında anlam ifade eden farklılık bulunmuştur ( $X^2=3,41$ ;  $p>0,05$ ).

TCRTÖ ölçeği alt boyutları aylık gelirleri ile karşılaştırıldığında ise;

- Eşitlikçi, kadın, evlilikte, geleneksel ve erkek alt boyutlarında grup ortanca farklarına bakıldığında anlamlılık görülmemiştir ( $X^2=4,578; X^2=3,209; X^2=3,055; X^2=3,591; X^2=5,803, p>0,05$ ).

Kadınların TCRTÖ ölçeği ve alt boyutları puan ortancaları, evlilik süreleriyle karşılaştırıldığında; evlilik sürelerine göre TCRTÖ toplam puan ortancaları aralarında anlam ifade eden farklılık bulunmuştur ( $X^2=3,41; p>0,05$ ).

TCRTÖ ölçeği alt boyutları evlilik süreleri ile karşılaştırıldığında ise;

- Eşitlikçi, kadın ve geleneksel alt ölçeği grup ortanca farklarına bakıldığında anlamlılık görülmemiştir ( $X^2=2,640; X^2=8,226; X^2=8,339, p>0,05$ ).
- Evlilikte ve erkek alt ölçeği grup ortanca farklarına bakıldığında anlamlılık görülmüştür ( $X^2=23,373; X^2=13,776, p<0,05$ ).

Kadınların TCRTÖ ölçeği ve alt boyutları puan ortancaları, evlilik yaşı karşılaştırıldığında; evlilik yaşlarına göre TCRTÖ toplam puan ortancaları aralarında anlam ifade eden farklılık bulunmuştur ( $X^2=5,342; p>0,05$ ).

TCRTÖ ölçeği alt boyutları evlilik yaşı ile karşılaştırıldığında ise;

- Ölçeğin eşitlikçi, kadın ve geleneksel grup ortanca farklarına bakıldığında anlamlılık görülmemiştir ( $X^2=4,389; X^2=0,408; X^2=4,349, p>0,05$ ).
- Evlilikte ve erkek ölçek alt boyutunun grup ortanca farklarına bakıldığında anlamlılık görülmüştür ( $X^2=11,467; X^2=12,736, p<0,05$ ).

Kadınların TCRTÖ ölçeği ve alt boyutları puan ortancaları, evlenme şekli karşılaştırıldığında; evlenme şekillerine göre TCRTÖ toplam puan ortancaları aralarında anlam ifade eden farklılık bulunmuştur ( $X^2=5,076; p>0,05$ ).

TCRTÖ ölçeği alt boyutları evlenme şekli ile karşılaştırıldığında ise;

- Eşitlikçi, kadın, evlilikte, geleneksek ve erkek alt boyutlarında grup ortanca farklarına bakıldığında anlamlılık görülmemiştir ( $X^2=4,235$ ;  $X^2=6,922$ ;  $X^2=2,294$ ;  $X^2=3,73$ ;  $X^2=2,478$ ,  $p>0,05$ ).

Kadınların TCRTÖ ölçeği ve alt boyutları puan ortancaları, çok eşlilik durumları karşılaştırıldığında; çok eşlilik durumlarına göre TCRTÖ toplam puan ortancaları aralarında anlam ifade eden farklılık bulunmuştur ( $U=5,076$ ,  $p>0,05$ ).

TCRTÖ ölçeği alt boyutları evlenme şekli ile karşılaştırıldığında ise;

- Eşitlikçi, kadın, evlilikte, geleneksek ve erkek alt boyutlarında grup ortanca farklarına bakıldığında anlamlılık görülmemiştir ( $U=4,235$ ;  $U=6,922$ ;  $U=2,294$ ;  $U=3,73$ ,  $U=2,478$ ,  $p>0,05$ ).

Kadınların TCRTÖ ölçeği ve alt boyutları puan ortancaları, gebelik sayıları karşılaştırıldığında; gebelik sayısı durumlarına göre TCRTÖ toplam puan ortancaları aralarında anlam ifade eden farklılık bulunmuştur ( $X^2=7,967$ ;  $p<0,05$ ).

TCRTÖ ölçeği alt boyutları gebelik sayısı ile karşılaştırıldığında ise;

- Eşitlikçi, kadın, geleneksel ve erkek cinsiyet rollerinde grup ortancaları arasındaki fark anlamlı değildir ( $X^2=0,153$ ;  $X^2=5,313$ ;  $X^2=6,364$ ;  $X^2=3,501$ ,  $p>0,05$ ).
- Evlilikte cinsiyet alt boyutunda grup ortancaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $X^2=15,504$ ,  $p<0,05$ ).

Kadınların TCRTÖ ölçeği ve alt boyutları puan ortancaları, ilk gebelik yaşları karşılaştırıldığında; ilk gebelik yaşları durumlarına göre TCRTÖ toplam puan ortancaları aralarında anlam ifade eden farklılık bulunmuştur ( $X^2=1,482$ ;  $p>0,05$ ).

TCRTÖ ölçeği alt boyutları ilk gebelik yaşı ile karşılaştırıldığında ise;

- Eşitlikçi Cinsiyet Rolü alt ölçeği grup ortancaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $X^2=11,269$ ,  $p<0,05$ ).

- Kadın, evlilikte, geleneksel ve erkek cinsiyet rolü gibi ölçeğin alt boyutlarında grup ortancaları arasındaki fark anlamlı değildir ( $X^2=1,727; X^2=1,481; X^2=0,889; X^2=4,813, p>0,05$ ).

Kadınların TCRTÖ ölçeği ve alt boyutları puan ortancaları, canlı çocuk sayıları karşılaştırıldığında; canlı çocuk sayıları durumlarına göre TCRTÖ toplam puan ortancaları aralarında anlam ifade eden farklılık bulunmuştur ( $X^2=4,455; p>0,05$ ).

TCRTÖ ölçeği alt boyutları canlı çocuk sayıları ile karşılaştırıldığında ise;

- Eşitlikçi, kadın, evlilikte, geleneksel ve erkek alt boyutlarında grup ortanca farklarına bakıldığında anlamlılık görülmemiştir ( $X^2=2,515; X^2=6,829; X^2=7,763; X^2=0,374; X^2=1,94, p>0,05$ ).

Kadınların TCRTÖ ölçeği ve alt boyutları puan ortancaları, ölü doğum sayısı karşılaştırıldığında; ölü doğum sayılarına göre TCRTÖ toplam puan ortancaları aralarında anlam ifade eden farklılık bulunmuştur ( $X^2=0,481; p>0,05$ ).

TCRTÖ ölçeği alt boyutları ölü doğum sayısı ile karşılaştırıldığında ise;

- Eşitlikçi, kadın, evlilikte, geleneksel ve erkek alt boyutlarında grup ortanca farklarına bakıldığında anlamlılık görülmemiştir ( $X^2=1,934; X^2=0,027; X^2=2,388; X^2=1,624; X^2=4,781, p>0,05$ ).

Kadınların TCRTÖ ölçeği ve alt boyutları puan ortancaları, düşük sayıları karşılaştırıldığında; düşük sayıları ve TCRTÖ toplam puan ortancaları aralarında anlam ifade eden farklılık bulunmuştur ( $X^2=0,952; p>0,05$ ).

TCRTÖ ölçeği alt boyutları düşük sayısı ile karşılaştırıldığında ise;

- Eşitlikçi, kadın, evlilikte, geleneksel ve erkek alt boyutlarında grup ortanca farklarına bakıldığında anlamlılık görülmemiştir ( $X^2=1,934; X^2=0,027; X^2=2,388; X^2=1,624; X^2=4,781, p>0,05$ ).

- Eşitlikçi Cinsiyet Rolü alt ölçęęi grup ortancaları arasındaki fark anlamlı değildir ( $X^2=0,302$ ;  $X^2=0,152$ ;  $X^2=2,184$ ;  $X^2=1,617$ ;  $X^2=0,15$ ,  $p>0,05$ )



## **Bölüm V: Tartışma, Sonuç ve Öneriler**

Bu bölümde; elde edilen bulgular bağlamında tartışma, sonuç ve öneriler ele alınmaktadır. Tartışma bölümünde; araştırma kapsamında elde edilen bulgular ve çıkan sonuçlar literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Sonuç bölümünde, araştırma sonunda elde edilen sonuçların genel bir özeti verilmektedir. Öneriler başlığı altında ise; gerçekleştirilen araştırma neticesinde uygulayıcılara yönelik ve araştırmacılara yönelik öneriler ifade edilmiştir.

### **Tartışma Bölümü**

#### ***Katılımcıların sosyo-demografik verilerine ilişkin bulguların tartışılması:***

Günümüzde, dünya genelinde tahmini 763 milyon kendi ülkesinde yer değiştiren ve 250 milyon uluslararası yer değiştiren göçmen sayısı bulunmaktadır. Küresel olarak zorla yerlerinden edilen 65 milyon insan olduğu belirtilmektedir (WHO, 2018). 2011'den bu yana 5,6 milyondan fazla insan Suriye'den kaçarak Lübnan, Türkiye, Ürdün ve ötesi bölgelerde güvenlik arayışına girmiştir. Savaş devam ettiği sürece Suriye içerisinde milyonlarca insan yer değiştirmeye devam edecektir. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'ne göre Suriye'de ihtiyaç sahibi 13,1 milyon insan vardır. 6,6 milyon insan ise ülke içinde yerinden edilmiş ve 2.98 milyon savaş mağduru ise halen ulaşılması zor ve kuşatılmış bölgelerde bulunmaktadır (UNHCR, 2018).

Bu çalışma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik bulgularına bakıldığında; yaş gruplarına göre incelendiğinde katılımcıların %36,2'si 26-35 arası yaş grubunda, %37,4'ünün 36-55 yaş arasında olduğu (yaş ortalaması 32,6±9,3) saptanmıştır. Gümüş ve ark. (2017) Suriyeli kadınların üreme sağlığı üzerine yaptıkları çalışmada kadınların %61,7'sinin 20-39 yaş aralığında ve %19'unun 40 ve üzeri yaş grubunda bulunduğu, Apak'ın kentteki Suriyeli göçmen kadınlarla yaptığı çalışmada ise kadınların %29,'i 19-30 yaş aralığında olduğu bildirilmiştir (Apak, 2014). AFAD (2014) Türkiye'de kamp içinde yaşayan Suriyeli



mülteci kadınlar üzerine yapılan çalışmada kadınların %42,4 ünün 19-54 yaş aralığında olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızda mülteci kadınların %85,2'si evli, %9,1'i okur yazar değil, %43,3'ü ilkokul mezunu ve %3,4'ü üniversite mezunudur. Kadınların %95,2'sinin halen ev hanımı, %55,9'unun aylık gelirinin 0-500 TL arasında olduğu tespit edilmiştir. Gümüş ve ark. (2017) tarafından %43,6'sının ilkokul mezunu, %88'nin evli, %82,2'sinin ev hanımı, %91,3'ünün şuan herhangi bir işte çalışmadığı bildirilmiştir (Gümüş, et al., 2017). Yine Suriyeli mülteci kadınlar üzerine yapılan başka bir çalışmada ise kadınların %15,1'nin hiç okula gitmediği, okula gidilen yıl sayısının ortalama 8 olduğu ve %88,6'sının ev hanımı olup, %1,4'ünün memur olduğu belirlenmiştir (Şimşek, Doğan, Ersin, & Yıldırımkaaya, 2015). AFAD (2014) verilerine göre göçmen kadınlarla ilgili çalışmada kamp içinde yaşayan kadınların %66,6'sının evli, %48,7'sinin ev hanımı ve % 37,3'ünün aylık gelirinin 0-500 TL olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada kadınların okur yazar olmayanların oranı %17,5, ilkokul mezunu oranı %38,5, üniversite %5,2, kamp dışında yaşayanlarda %24,5 okur yazar değil, %31,5 ilkokul mezunu, %7,3'ü üniversite mezunudur. Yapılan bu çalışmalarda da belirtildiği gibi bizim çalışmamıza benzer şekilde, Suriyeli mülteci kadınların çoğunun üreme çağında oldukları, eğitim seviyelerinin düşük olduğu, herhangi bir işte çalışmadıkları ve buna bağlı olarak aylık gelirlerinin düşük olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada evli olan 494 katılımcıların eşlerinin %30,7'sinin 28-37 arası yaş grubunda olduğu (yaş ortalaması  $38\pm 10$ ), %43,1'inin ilkokul mezunu olduğu ve %61,5'inin sabit bir işi icra etmekle yükümlü olmadığı tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada mülteci kadınların eşlerinin çalışma durumu incelenmiş ve %58,3'ünün işsiz olduğu, %29'unun iş oldukça çalıştığı ve %12,7'sinin ise düzenli bir işte çalışmadığı belirtilmiştir (Gümüş, et al., 2017). Literatür bulgularına paralel olarak kadınların eşlerinin eğitim düzeyi ve işsizlik

oranlarının düşük olduğu söylenilebilir. Ayrıca erkeklerin yaş ortalamalarının kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların evliliklerine ilişkin bulgular incelendiğinde; katılımcıların %20,2'sinin 1-5 yıldır evli olduğu %37,4'ünün evlilik yaşının 18-20 yaş grubunda olduğu, %34,2'sinin görücü usulü ile, %34,2'sinin tanışıp anlaşarak evlendiği, %86,8'inin resmi nikâhının olduğu, %2,8'inin evliliğinde çok eşlilik olduğu tespit edilmiştir. Gümüş ve ark. (2017) Suriyeli mülteci kadınlar üzerine yaptıkları çalışmada, kadınların evlenme yaşının %81,3'ünün 25 yaş ve altında olduğunu ve 5 yıldır evli olan kadınların oranının %40,7 olduğunu belirlemiştir (Gümüş, et al., 2017). Şimşek ve arkadaşlarının Şanlıurfa'da Suriyeli göçmenler ile yapmış oldukları çalışmada kadınların %51,3 ünün 18 yaş ve altında evlenmiş oldukları bildirilmiştir (Şimşek, Yennur Doni, Gül Hilali, & Yıldırımkaaya, 2017). Yapılan bu çalışmaların sonuçlarına bakıldığında çalışmamızla benzer niteliktedir. Bu durumda Suriyeli göçmen kadınların evlenme yaşlarının genellikle düşük olduğundan bahsedilebilir. Bu durumda kadınlar her türlü risk altında kalmaktadırlar, çünkü erken yaşta evlendirilen kadınlar birçok sorumluluğun altına girmekte ve aynı zamanda eğitim haklarından da mahrum kalmaktadırlar.

Çalışmamızda kadınların %13,2 sinin resmi nikahının olmadığı saptanmıştır. AFAD'ın yaptığı araştırmaya göre, erken yaşta evliliklerin Suriyeliler arasında kültürel yapı olarak görüldüğü bildirilmiş ve bunu önlemek için mülteci kamplarında 18 yaş altı kadınların evliliklerine izin verilmemekte ve 18 yaş üstü kadınlar resmi nikâh kıymaları yönünde yönlendirildiği bildirilmektedir (AFAD, 2014).

Çalışmamızda katılımcıların %98,3'ünün (570) Türkmen, %1,7'sinin (10) Arap olduğu ve 579'nun İslamiyet inancına, 1'inin diğer inanışa sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların %98,3'nün (570) ana dili Türkçe, 10'unun Arapçadır. Türkiye'de bulunma sürelerine bakıldığında katılımcıların %81,4'ünün 4 yıl ve üzeri zamandır

Türkiye’de bulunduğu ve %66,7’sinin 4 yıl ve üzeri zamandır kampta bulunduğu tespit edilmiştir. AFAD (2014)’ın kamp içinde yaşayan Suriyeli mülteci kadınların %76’sı Türkçe öğrenmek istediğini belirtirken, çalışmamızda katılımcıların tamamına yakınının ana dili Türkçe olduğu için dil sorunu yaşamamaktadır.

*Katılımcıların obstetrik ve jinekolojik bilgilerine ilişkin bulguların tartışılması:*

Kadınlar sadece cinsiyetleri nedeniyle menstrual siklus, gebelik, doğum ve menopoz gibi bazı fizyolojik süreçlerden geçmektedir. Bu dönemlerde özellikle sağlık hizmetlerine gereksinim duymaktadırlar. Dünya genelinde yaşanan savaşlar ve göçler de üreme sağlığı sorunlarını artırmakta ve yaşanan travma üreme sağlığı riskleri ortaya çıkarmaktadır (Yağmur & AYTEKİN, 2018). Literatüre bakıldığında, göç yaşayan kadınlarda ölü doğum ilk sırada yer almakla beraber birçok gebelik problemi, doğan bebeğin kilosunun düşük olması, doğumun miadından önce olması, enfeksiyon ve kanamalar gibi birçok jinekolojik ve obstetrik problemlilerin görüldüğü bildirilmektedir (ŞİMŞEK, DOĞAN, ERSİN, & YILDIRIMKAYA, 2015).

Bu çalışmada, araştırmaya katılan kadınların gebelik özelliklerine bakıldığında 3-4 kez gebe kalanların sayısının fazla olduğu ve gebelik sayısı ortalamasının  $4,03 \pm 2,28$  olduğu tespit edilmiştir. Baş ve ark (2015) çalışmasında Suriyeli mülteci kadınların gebelik sayısı ortalaması 5, Karakaya ve ark (2017) çalışmasında ise 3,44 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda gebelik yaşayan kadınların ilk gebelik yaşı ortalaması  $21,11 \pm 4,17$  olduğu görülmektedir. Baş ve ark. (2015), Suriyeli mülteci kadınlar üzerine gerçekleştirdiği çalışmada kadınların gebe kaldıklarındaki gebelik yaş ortalamasını 19, olarak bulmuşlardır. Gümüş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise en yüksek oranla 15-19 yaş grubu olarak belirtilmektedir (Gümüş, et al., 2017). Çalışmamızın literatür bulguları ile uyumlu olduğu ve kadınların ilk gebelik yaşının düşük olduğu ve gebelik sayılarının yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmamızda gebelik yaşayan katılımcının %52’sinin bu kampta gebelik yaşadığı, %83,1’inin gebelik süresince sağlık problemi ile karşılaşmadıkları tespit edilmiştir.

Yapılan başka bir çalışmada mülteci kadınların %35 'inin Türkiye'de gebelik yaşadığı belirtilmektedir (Torun P. , et al., 2018). Kamp içinde gebe kalanların oranı %13 dür (AFAD, 2014). Ayrıca 2011-2016 yılları arasında Türkiye'de 200 bine yakın Suriyeli çocuğun doğması, göçün kadınların doğurganlık durumunu negatif yönde etkilenmediğine ve doğum alışkanlıklarını devam ettireceklerine işaret etmektedir (Karakaya, Coşkun, Özerdoğan, & Yakıt, 2017).

Dünya bankası verilerine göre Suriye'de 2016 yılı doğurganlık hızı 2,55, 2017 doğurganlık hızı 2,5'tir (Indexmundi, 2018). 15-49 yaşlarındaki evlenmiş kadınlar için istenen çocuk sayısı Suriye'de 4.2 civarındadır (JESSEN, Amanda, 2018). Çalışmamızda katılımcıların canlı çocuk sayısına bakıldığında en yüksek oranla 2-3 sayıda çocuk sahibi oldukları (ortalama  $3,12 \pm 1,54$ ) görülmektedir. Katılımcıların %86,9'unun ölü doğum yapmadığını belirtmektedir. Yapılan benzer çalışmada sahip olunan 2-3 arasındaki çocuk sayısının oranının %26,5 oranla ilk sırada olduğu belirlenmiştir (Oktay & Es, 2015). Yapılan bir başka benzer çalışmada ise sahip olunan 5 ve üzeri çocuk sayısının oranı %44,7 olduğu belirtilmektedir (Gümüş, et al., 2017). Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermekte olup, kadınların doğurganlık sayısının yüksek olduğu yorumu yapılabilir.

Çalışmada gebelik yaşayan 497 katılımcının %41,2'sinin hayatları boyunca bir ya da daha fazla düşük yaşadığı tespit edilmiştir. 300 kadın üzerine yapılan benzer bir çalışmada ise düşük yapanların oranı %39,3 olarak bulunmuştur (Gümüş, et al., 2017). Yine başka bir çalışmada kadınların %47,7 sinin düşük ya da ölü doğum şeklinde gebelik kaybı yaşadığı bildirilmiştir (Özgülner, 2016). Çalışmamız literatür bulgularıyla benzerdir.

Bu çalışmada doğum yapan katılımcıların, daha önceki doğumlarını nerede yaptıklarının dağılımlarına bakıldığında %78'inin hastanede, %20'sinin evde, %1'inin sağlık ocağında ve %1'inin kamp da gerçekleştiği tespit edilmiştir. Doğum yapan katılımcıların son doğumlarına bakıldığında %63'ünün normal doğum, %37'sinin sezaryen olduğu tespit

edilmiştir. Suriyeli mülteci kadınlar üzerine yapılan benzer bir çalışmada ise daha önceki doğumlarını %63,3 hastanede, %36,7 evde yaptıklarını belirtilmektedir. Aynı çalışmada son çocuklarının doğum şekli sorgulandığında %75,7 normal doğum, %24,3 sezaryen ile doğum yaptıkları belirtilmektedir (Gümüş, et al., 2017). Suriyeli mülteci kadınlar doğumlarını, yüksek oranla hastane ortamında ve normal doğum şeklinde gerçekleştirmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların, jinekolojik problemlerine bakıldığında; kadınların %74'ünün herhangi bir jinekolojik problem yaşamazken %26'sının ise yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların %11,6'sının adet düzensizliği problemi, %9'unun jinekolojik operasyon, %5,3'ünün vajinal akıntı problemi, %2,4'ünün diğer sağlık sorunlarını, %0,5'inin istenmeyen gebelik problemi ve %0,2'sinin cinsel yolla bulaşan hastalık problemi yaşadıkları tespit edilmiştir. Göç eden kadınların travma sonrası yaşadığı korku, şok ve stresli durumlar menstrual düzensizliklere yol açabilmektedir. 15-45 yaş arası kadınlar üzerine yapılan bir çalışmada, 16 günlük bir savaştan sonra kadınların menstruasyon geçmişi ile ilgili bir anket doldurmaları istenmiş ve savaşa maruz kalmayanlarla kontrol grubu oluşturulmuştur. Çalışma sonucunda savaşa maruz kalan mülteci kadınlarda menstrual düzensizliklere maruz kaldığı bildirilmiştir (Hannoun, Nassar, Usta, Zreik, & Musa, 2007). Bizim çalışmamızda adet düzensizliği yaşayan kadınların oranı benzer olarak bulunmuştur. Çalışmamızdan elde edilen verilerden farklı olarak, Suriyeli mülteci kadınlar üzerine yapılan başka bir çalışmada, halen var olan anormal vajinal akıntı problemi sorgulanmış ve bu durumu yaşayan kadınların oranı %60 gibi yüksek bir değer bulunmuştur (Gümüş, et al., 2017). Yine bizim bulgularımızdan farklı olarak Şimşek ve arkadaşlarının (2017) cinsel yolla bulaşan hastalık belirtileri görüldüğü bildirilmiştir.

Kadınların doğurganlıklarını etkileyen önemli faktörlerden birisi kontraseptif yöntem kullanımıdır. Çoğunluğu Müslüman olan Mısır, Ürdün, Suriye ülkeleri arasında karşılaştırmalı bir çalışmada Kontraseptif yöntem kullanım oranları Suriye'de (%53,9), Mısır

ve Ürdünde ise (%60,3,%59) benzer bulunmuştur. Bu ülkelerde geleneksel yöntemlerin yüksek olduğu bildirilmiştir (Rashad & Zaky, 2013). Katılımcıların, gebelikten korunma yöntemi dağılımlarına bakıldığında %57,1'inin gebelikten korunma yöntemi kullanmadığı, %17,4'ünün geri çekilme yöntemi, %10,7'sinin hap yöntemi, %6,7'sinin RİA yöntemi, %7,9'unun kondom yöntemi ve %0,2'sinin iğne yöntemini kullandığı tespit edilmiştir. Özgülnar (2016)'ın Şanlıurfa'da yapmış olduğu çalışmada mülteci kadınların karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının %36,4 olduğu saptanmıştır. Yukarıdaki çalışmalara benzer olarak bizim çalışmamızda da kontraseptif yöntem kullanımının azlığı mültecilerde doğurganlık oranının artacağını göstermektedir.

*Katılımcıların genel sağlık sorunlarına ilişkin bulguların tartışılması:*

İnsan sağlığı için tehdit oluşturan savaşlar ve mültecilik durumları sağlığı direkt ve dolaylı olarak etkilemektedir. Mülteciler göç ederek gittikleri ülkelerin sağlık sistemini etkilemekte ve sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı arttırmaktadır. Sığınmacıların en yaygın sağlık sorunlarının anksiyete, depresyon, posttravmatik stres sendromu gibi ruhsal problemler ile bulaşıcı hastalıklar olduğu saptanmıştır (Önal & Keklik, 2016)

Bu çalışmada katılımcıların, %79,5'i sağlık problemi yaşamazken %20,5'inin yaşadığı saptanmıştır. Kadınların yaşadıkları sağlık problemlerinin dağılımına bakıldığında, katılımcıların en çok yaşadıkları sağlık sorunları sırasıyla; yüksek tansiyon ve anemi oluştururken, en az yaşadıkları sağlık sorunları ise konuşma güçlüğü ve diyalize girmeyi gerektiren sağlık problemleri olarak tespit edilmiştir. 458 Suriyeli kadın üzerine yapılan bir çalışmada ise kadınların yarısında demir eksikliği, %45,6'sında B12 eksikliği ve %10,5'inde folik asit eksikliği olduğu belirlenmiştir (Şimşek, Doğan, Ersin, & Yıldırımkaaya, 2015). 13 kadın ve 7 erkek Suriyeli mülteci üzerine yapılan bir çalışmada Suriyeli sığınmacıların 14 (%70)'ünün hekim tarafından tanı konulmuş kronik bir hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir. Bu hastalıkların 4 (%20)'ünü kalp-damar hastalıkları, 3 (%15)'ünü ürolojik/genital

hastalıklar, 2 (%10)'sini solunum sistemi hastalıkları ve aynı oranda nörolojik hastalıklar oluşturmaktadır (Babacan, Coşkun, Dönmez, & Mermer, 2018). Bununla beraber mültecilerin %47,1'nin ise herhangi bir sağlık probleminin olmadığı görülmektedir 276 Suriyeli ile yapılan başka bir çalışmada ise hangi sağlık problemlerinin olduğuna bakıldığında; 70 kişinin (%25,4'ünün) psikolojik sorunlarının olduğu, 48 kişinin (%17,4'ünün) kronik (uzun süreden beri devam eden) bir hastalığının olduğu, 12 kişinin (%4,3'ünün) görme engeli olduğu, yine 12 kişinin (%4,3'ünün) işitme sorunu olduğu, 2 kişinin (%0,7'sinin) konuşma güçlüğü çektiği ve yine aynı oranda 2 kişinin de bedensel bir engelinin olduğu görülmektedir. Bununla beraber mültecilerin %47,1'nin ise herhangi bir sağlık probleminin olmadığı görülmektedir (Önal A. , 2015). Yapılan çalışmalarında desteklediği üzere Suriyeli mülteci kadınların kronik rahatsızlıklar ve anemi gibi sağlık problemleri ile sık karşılaştıkları görülmektedir.

Mülteci kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmasında dil bilmeme, sağlık güvencesine sahip olmamaları, hangi kuruma gideceklerinden emin olamama, çekingen kalma, olumsuz davranışlardan çekinme, maddi yetersizlik gibi çeşitli faktörler engel oluşturmaktadır. Ayrıca göç alan bölgedeki sağlık kuruluşu eksikliği ve mültecilere yönelik sağlık politikalarının yetersiz oluşu da bu durumu etkilemektedir (Arabacı, Hasgül, & Serpen, 2016). Çalışmamızda katılımcıların %84,8'inin sağlık kuruluşuna başvurmada problem yaşamadığı belirlenmiştir. Sağlık kuruluşuna başvurmada problem yaşadığını belirten kadınların %34,1'i "kötü muamele kötü hizmet" ile %28,4'ü "maddi olanaksızlık" ile problem yaşadığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada kadınların sağlık kuruluşuna gitmeme nedenleri araştırılmış %50,3 oranıyla ekonomik imkânların kısıtlılığı, %21,6 sağlık kuruluşunun uzak olması ve %9,2 sağlık personeline güvenmeme ve bilgi düzeylerinin düşük olması olarak belirtilmektedir (Gümüş, et al., 2017). Kadınların yaşadıkları kampta almış oldukları sağlık hizmetlerinden memnuniyet durumları değerlendirildiğinde, %46,9'unun "çok memnun" ve %48,3'ünün "memnun" olduğu tespit edilmiştir. AFAD (2014) verilerine

göre kamp içinde yaşayan kadınların sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri %16,8 “çok memnun” ve %42,9 “memnun” olarak belirtilmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların yaşadıkları sağlık problemleri için başvurdukları sağlık kurumlarının dağılımına bakıldığında; en sık başvurdukları (%67,4) oranında sağlık kurumunun “Kamptaki Sağlık Birimi” olduğu tespit edilmiştir. Önal (2015)’in çalışmasına bakıldığında Isparta’daki mültecilerin 164’ünün (%59,4’ünün) “Devlet Hastanesi”, 106’sının (%38,4’ünün) “Sağlık Ocağı” ve 6’sının (%2,2’sinin) “Özel Hastane” cevabını verdiği görülmektedir. AFAD (2014) verilerinde kamp içinde sağlık hizmetlerinden faydalananların oranı %91 olarak belirtilmiştir.

*Katılımcıların sağlığı koruma davranışlarına yönelik bulgularının tartışılması:*

Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı’nın raporuna göre kamplarda yaşayan mültecilerin %94 Türkiye’deki sağlık hizmetlerinden yararlandığı belirtilmektedir (AFAD, Syrian Refugees in Turkey, 2013., 2018). Sağlık hizmetlerinden yararlanma acil durumlarda hemen aktive olurken, sağlığı korumaya yönelik olarak verilen ve kadın sağlığını geliştiren hizmetlerden yararlanma ayrı bir farkındalık ve bilinçlendirme gerektirmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların sağlığı koruma davranışları incelendiğinde sadece %13,1’inin kendi kendine meme muayenesi yaptığı, yine %7,8’inin göç öncesinde kendi ülkelerinde meme ve rahim ağzı tarama ve kontrol yaptırdığı saptanmıştır. Sağlık taraması yaptırmama nedenleri incelendiğinde ise %95’inin tarama yöntemlerini bilmediğinden kaynaklandığı belirlenmiştir. Gümüş ve ark.(2017) yaptıkları araştırmada bu çalışmaya benzer sonuçlar elde edilmiş ve kadınların sadece %4’ünün kendi kendine meme muayenesi yaptığı, %14,7’sinin göç öncesinde buldukları ülkede meme ve rahim ağzı taraması yaptırdığı saptanmıştır. Aynı çalışmada sağlık taraması yaptırmama nedeni olarak çoğunluğun bilgi eksikliğinden dolayı tarama yaptırmadığı bildirilmektedir (Gümüş, et al., 2017). Türkiye’de yaşayan Suriyeli mülteci kadınlar üzerine yapılan başka bir araştırmada ise 18-69 yaşlarındaki tüm yetişkin



kadınların %92,8'inin serviks kanseri taramasına katılmadığı belirtilmektedir (Bacılar, 2016). Yine farklı ülkelerde yapılan çalışmalara baktığımızda Kanada'da yaşayan mülteci kadınlar üzerine yapılan araştırmada serviks kanser taraması yaptıran kadınların oranı %53,1 olarak bulunmuştur (Lofers, Moineddin, Hwang , & Glazier, 2011). Literatür değerlendirildiğinde mülteci kadınların sağlığı korumaya yönelik davranışlarda yetersiz kaldığı görülmüştür. Ayrıca çalışmamızda kadınların sağlık hizmetlerinden erkeklerle eşit hizmet aldığını düşünme durumlarına bakıldığında %78,8'inin eşit hizmet aldıklarını düşünmektedirler. AFAD (2014) raporuna göre mülteci kampında yaşayan kadınların koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinden faydalanma oranlarının düşük olduğu bildirilmiştir. Gerekçe olarak mülteci kadınların kendi ülkelerindeki sistemden farklı olarak Türkiye'de bilmedikleri bir sağlık sistemi ile karşılaştıklarında mecbur kalmadıkça sağlık hizmetlerinden faydalanmak istemedikleri bildirilmiştir.

*Katılımcıların zararlı alışkanlıklarına ilişkin bulguların tartışılması:*

Her yıl çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan yaklaşık altı milyon insan zararlı alışkanlıklara bağlı özellikle de tütün kullanımıyla hayatını kaybetmekte ve 2030 yılına kadar bu rakamın sekiz milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2018). Orta Doğu bölgesi ise dünyadaki mülteci nüfusunun oldukça fazla olduğu ve tütün kullanımının giderek arttığı bir bölge haline gelmektedir (Jawad, Khader, & Millett, 2016).

Bu çalışmada katılımcıların zararlı madde kullanım alışkanlıklarından alkol kullanım durumlarına bakıldığında kadınların %99,3'ünün alkol kullanmadığı tespit edilmiştir. Türkiye'de yaşayan Suriyeli mülteci kadınlar üzerine yapılan bir araştırmada kadınlar arasında alkol kullanım oranının çok seyrek olduğu ve %99,9'unun ömür boyu alkol kullanmadığı bildirilmiştir (Bacılar, 2016).

İnsanların sağlığına olumsuz etkileyen zararlı alışkanlıklardan biride sigaradır. Bu çalışmada kadınların %22,4'sinin sigara kullandığı tespit edilmiştir. Şimşek ve ark.(2015) 15-

49 yaş aralığındaki Suriyeli mülteci kadınlar üzerine yaptığı çalışmada sigara içme sıklığını %10,7 olarak bulmuştur. Benzer bir araştırmada 18-69 yaşlarındaki Suriyeli mülteci kadınların tütün kullanma oranları %11,8 olarak bulunmuştur (Bacılar, 2016).

Ortadoğu'da Küresel Gençlik Tütün Araştırmasına (GYTS) göre mülteci kadınlarda mevcut tütün sigara içme prevalansına bakıldığında, Ürdünlü mülteci kadınlarda sigara içme oranı %26,7, Lübnanlı mülteci kadınlarda 39,4 ve Suriye mülteci kadınlarda 36,6 olarak bildirilmiştir (Jawad, Khader, & Millett, 2016).

*Katılımcıların kadına yönelik şiddete ilişkin bulguların tartışılması:*

Kadına yönelik şiddet dünyanın pek çok yerinde geçmişten beri devam eden istenmedik sonuçlar doğuran bir durumdur (Yağmur & AYTEKİN, 2018). Kadınların savunmasız kaldığı anlarda savaş ve mültecilik durumlarında bu konu daha da hassaslaşmaktadır. Özellikle de şiddete maruz kalan genç mülteci kadınların bu durumu sessiz kalarak kabullendikleri belirtilmektedir (Krause, et al., 2015).

Bu araştırmada katılımcıların yaşadıkları kadına yönelik şiddet durumlarına bakıldığında, %18,4'ünün şiddet yaşadığı ve en sık yaşanan şiddet durumunun psikolojik (%10,2) ve ekonomik (%10) şiddet olduğu tespit edilmiştir. Daha az sıklıkla ise fiziksel (%4,7) ve cinsel (%1,6) şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir. Şiddete maruz kalan kadınların %95,3'ü şiddet uygulayan kişinin tanıdık olduğunu ifade etmiştir. Lübnan'da yaşayan Suriyeli mülteciler üzerine yapılan bir çalışmada kadınların %30,8'inin şiddete maruz kaldığı ve %3,1'inin cinsel şiddet yaşadığı belirtilmektedir. Ayrıca şiddete maruz kalanların %27,7'si fiziksel yaralanma, %67,7'sinin ise psikolojik sıkıntı yaşadığı bildirilmiştir (Masterson, Usta, Gupta, & Ettinger, 2014). Yapılan benzer bir çalışmada göç yaşayan kadınların %8'inin cinsel tacize uğradığı belirtilmektedir (Mazlumder, 2018). Başka bir çalışmada ise mülteci kadınların %22,5'inin taciz ya da dışlanmadan yakındığını bildirmektedir (Kamer, 2018).

***Katılımcıların TCRTÖ'ne ilişkin bulguların tartışılması:***

Toplumsal cinsiyet eşitliği; profesyonel, sosyal, akademik ve aile yaşamında erkek ve kadınlar arasındaki eşit güç ve fırsat dağılımını ifade eder. Bu görüşe göre, kadınlar ve erkekler para kazanma, aile gelişimi ve güç elde etme konusunda eşit kapasiteye sahiptirler (Fazeli, Golmakani, Taghipour, & Shakeri, 2015).

Erkek ve kadınlar hakkındaki yaygın görüşlerin oluşumunda ve toplumsal cinsiyet rollerinin gelişmesinde sosyal çevre ve koşullar önemli bir role sahiptirler. Bazı çalışmalarda belirtildiği gibi, biyolojik, sosyal ve medya maruziyeti ile ebeveyn tutumları, toplumsal cinsiyet rolleri oluşturmak için etkili faktörler olabilir (Kiani , Bahrami, & Taromian, 2009). Toplumsal cinsiyet rollerinin toplum hayatına aktarımları kadın ve erkeklerin yaşamlarını ayrı ayrı yönlendiren geleneksel ve eşitlikçi roller olarak karşımıza çıkmaktadır (Atış, 2010).

Geleneksel anlamda toplumun kadından beklediği roller; doğum yapma ve çocuk bakımı üslenme, evin temizliğini ve diğer işlerini üslenme gerektiğinde kendi ihtiyaçlarından önce çocuğunun ve kocasının ihtiyaçlarını karşılama, aile bireylerinin huzuru için kendi özel gereksinimlerini erteleme ve meslek yaşamında pasif bir konumda bulunma gibi eşitlikçi olmayan davranışlardır. Erkeklerle yüklenen geleneksel rollere bakıldığında ise; iş hayatında baskın olma, kendi ailesi için güç koşullarda gerektiği gibi mücadele etme, aile ve ev idaresinden sorumlu olma, maddi kazanç ve organizasyonlarda söz ve irade sahibi olma ve ailenin hayati bireyi olma gibi eşitlikçi olmayan davranışlardır. Toplumun kadına ve erkeğe yüklemiş olduğu eşitlikçi roller ise; kadın ve erkeğin hayatın her alanındaki sorumluluklarını cinsiyet ayrımı olmaksızın adil şekilde pay etmeleri şeklinde ifade edilmektedir (Zeyneloğlu, 2008).

Toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ve kadınlara yüklenen geleneksel roller kadın sağlığını ve statüsünü olumsuz anlamda etkileyen etmenlerdendir. Özellikle üreme sağlığı ile ilişkili konular cinsiyet ayrımcılığının en fazla yapıldığı alandır (Zeyneloğlu, 2008).

Dünyanın her yerinde birçok kadın, cinsellik ve sağlık konularında bilgi düzeylerinin yetersiz olması, eğitimsizlik, uygun olmayan ya da yetersiz üreme sağlığı hizmetleri, ayrımcı toplumsal uygulamalar, kız çocuklarına ve kadınlara karşı ayrımcılık ve kadına karşı şiddet gibi toplumsal cinsiyetin getirdiği bir çok nedenden dolayı üreme sağlığına erişememekte ve üreme sağlığı hakkını kullanamamaktadır. Oysa üreme sağlığı kadınların doğrudan yaşamlarını etkileyen özel bir yere sahiptir. Kadınlar bugün hala üreme sağlığı hizmetlerinden, sağlık yardımı almaya karar vermede, sağlık yardımına ulaşmada ve sağlık yardımı almada gecikme engelleri nedeniyle yeterince faydalanamamaktadır. Bunda kadının yaşam koşullarının elverişsizliği, ekonomik gücünün olmaması veya kararlarda söz hakkının olmaması gibi nedenlerin etkili olduğu görüşü mevcuttur. Literatürde kadınların eğitim durumu, çalışma yaşamına katılımı, aile içi kararlarda söz hakkına sahip olma durumu, kadın üreme sağlığı ve hizmetlerinden faydalanma durumu üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Şahiner & Akyüz, 2010).

Bu çalışmada Suriyeli mülteci kadınların toplumsal cinsiyet rol ve tutumlarını belirlemek amacıyla Zeyneloğlu'nun yaptığı "Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği (TCRTÖ)" kullanılmıştır. Çalışmada kadınların toplumsal cinsiyet rollerine yönelik (puan ortalaması 121) eşitlikçi tutum sahibi oldukları tespit edilmiştir (Tablo 13).

Dinç ve arkadaşlarının (2016), Özpulat'ın (2016), Kömürcü ve arkadaşlarının (2016), Karasu ve arkadaşlarının (2017) ve Çevik'in (2017) toplumsal cinsiyet rollerinin belirlenmesine yönelik olarak öğrenciler üzerine yapmış oldukları çalışmalarda kız ve erkek öğrencilerin eşitlikçi roller benimsediği ve kızların erkek öğrencilere göre daha çok eşitlikçi rollere sahip oldukları saptanmıştır. Türk toplumunda cinsiyet rolleri algılarını ölçmek amacıyla yapılan bir çalışmada ise kadınların erkeklere göre daha eşitlikçi cinsiyet rolleri benimsediği belirtilmektedir (Girginer, 1994). Kiani ve ark. (2009) İran'da 160 çalışan kadın ve erkekler üzerine yapılan bir çalışmada eşitlikçi tutum puanlarının geleneksel tutum

puanlarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Motiejunaite (2008) tarafından yapılan bir çalışma da Rusların geleneksel cinsiyet rollerini İsveçlilere göre daha fazla desteklediği bildirilmiştir. Bernhard (2006) İsveçli kadınların cinsiyet rollerine karşı daha eşitlikçi tutumlar gösterdiği belirtilmektedir. Bu bulgulardan farklı olarak ülkemizde Vefikuluçay ve arkadaşlarının (2007) üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada geleneksel rollerin benimsendiği belirtilmektedir. Kadın ve erkekler üzerine yapılan başka bir çalışmada ise ebe ve hemşire mesleğine sahip kişilerin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının daha çok geleneksel olduğu belirtilmektedir (Aktaş, Erkek, & Korkmaz, 2018). İran’da yapılan yaşları 15-66 arasında değişen 712 kadın üzerine yapılan benzer bir çalışmada ise ortalama geleneksel tutum puanları, eşitlikçi tutum puanlarından daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Fazeli, Golmakani, Taghipour, & Shakeri, 2015).

Çalışmamızda katılımcıların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin olarak; eşitlikçi, kadın, evlilikte, geleneksel ve erkek cinsiyet rolü alt boyutlarında incelenmiştir. Çalışmamızda kadınların sadece kadın cinsiyet rolü alt boyutuna ilişkin geleneksel tutuma sahip olduğu belirlenmiş olup diğer alt boyutların eşitlikçi bir tutuma sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 13).

Kadın cinsiyet rolü boyutunda; “bir kadın cinsel ilişkiyi evlendikten sonra yaşamalıdır”, “erkeğin evleneceği kadın bakire olmalıdır”, “kızlar, ekonomik bağımsızlıklarını kazandıklarında ailelerinden ayrı yaşayabilmelidir”, “bir kadın akşamları tek başına sokağa çıkabilmelidir”, “bir kadın hastaneye gittiğinde kadın doktora muayene olmalıdır”, “bir genç kızın, flört etmesine ailesi izin vermelidir”, “bir genç kızın evleneceği kişiyi seçmesinde son sözü baba söylemelidir”, “kadının temel görevi anneliktir” gibi tutum ifadeleri yer almaktadır.

Kadınların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin gelenekselliğin değiştirilmesi ve eşitlikçi hale getirilmesi için kadınların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarını etkileyebilecek

etmenlerin saptanmasının da hayati önem taşıdığı düşünülmektedir. Bu araştırmada Suriyeli mülteci kadınların toplumsal cinsiyet rollerinin saptanması ile birlikte cinsiyet rollerini etkileyeceği varsayılan faktörler araştırılmıştır.

Bu araştırmada kadınların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarını etkileyen faktörlerden birisinin kadınların *yaş grupları* olduğu belirlenmiştir. Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeğinde toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin genel ortalamalarına göre kadınların yaş grupları azaldıkça daha eşitlikçi bir tutuma sahip oldukları bulunmuştur. TCRTÖ alt boyutlarına göre incelendiğinde ise, kadın cinsiyet rolü ( $p=0.021$ ), evlilikte cinsiyet rolü ( $p=0.000$ ), geleneksel cinsiyet rolü ( $p=0.008$ ), erkek cinsiyet rolü ( $p=0.000$ ) açısından da yaş grupları azaldıkça daha eşitlikçi bir tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Ancak eşitlikçi cinsiyet rolünde yaş grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0.641$ ) (Tablo 19). Literatürde bizim çalışmamızla benzer şekilde genç yaştaki kadınların daha eşitlikçi tutuma sahip oldukları bildirilmiştir (Fazeli, Golmakani, Taghipour, & Shakeri, 2015). Genç yaştaki kadınların daha çok eşitlikçi tutum geliştirmesi, kadınların son yıllarda sosyal, ekonomik ve politik etkinliklere katılımının artması ve buna bağlı olarak sosyal statülerindeki değişimle açıklanabilir.

Bu araştırmada kadınların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarını etkileyen faktörlerden bir diğerinin kadınların *beden kitle indeksi* olduğu belirlenmiştir. Zayıf ve normal kilolu kadınların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının; kilolu ve obez kadınlara göre daha eşitlikçi olduğu belirlenmiştir. TCRTÖ alt boyutlarına göre incelendiğinde ise, kadın cinsiyet rolü ( $p=0.001$ ), evlilikte cinsiyet rolü ( $p=0.001$ ), geleneksel cinsiyet rolü ( $p=0.011$ ), erkek cinsiyet rolü ( $p=0.011$ ) açısından da zayıf ve normal kilolu kadınların, kilolu ve obez kadınlara göre daha eşitlikçi bir tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Ancak eşitlikçi cinsiyet rolünde BKİ grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmamıştır ( $p=0.098$ ) (Tablo 19). Literatürde kadınların beden kitle indeksine göre toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının incelendiği çalışmalara rastlanmamıştır.

Bu araştırmada kadınların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarını etkileyen faktörlerden bir diğerinin kadınların *medeni durumu* olduğu belirlenmiştir. Bekâr, hiç evlenmemiş kadınların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının evli ve evlenmiş boşanmış, eşi ölmüş kadınlardan daha eşitlikçi olduğu saptanmıştır. TCRTÖ alt boyutlarına göre incelendiğinde ise, kadın cinsiyet rolü ( $p=0.007$ ), evlilikte cinsiyet rolü ( $p=0.005$ ), geleneksel cinsiyet rolü ( $p=0.004$ ) açısından bekâr, hiç evlenmemiş kadınların evli ve evlenmiş boşanmış, eşi ölmüş kadınlara göre daha eşitlikçi olduğu belirlenmiştir. Ancak erkek cinsiyet rolü ve eşitlikçi cinsiyet rolü alt boyutu ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0.051$ ,  $p=0.340$ ) (Tablo 19). Literatürde bizim bulgularımıza benzer şekilde Plutzer (1988) tarafından yapılan çalışmada boşanmış kadınların daha eşitlikçi olduğu belirlenmiştir. Bu bulguların tersine, Rice ve arkadaşlarının (1995) çalışmasında bekâr ve evli katılımcıların cinsiyet rolleri bakımından benzer oldukları belirtilmektedir. Fazeli ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada medeni durum ile cinsiyet rolleri arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Kadınların *eğitim durumu* göre TCRTÖ puan ortancaları incelendiğinde eğitim seviyesi arttıkça daha eşitlikçi rollerin benimsendiği ancak, üniversite mezunlarının daha geleneksel roller benimsediği saptanmıştır. TCRTÖ alt boyutlarına göre incelendiğinde ise, eşitlikçi cinsiyet rolü bakımından ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olanların üniversite mezunu olanlara göre daha eşitlikçi olduğu saptanmıştır ( $p=0.002$ ). Aynı zamanda kadın cinsiyet rolü ( $p=0.000$ ), evlilikte cinsiyet rolü ( $p=0.000$ ), geleneksel cinsiyet rolü ( $p=0.000$ ) ve erkek cinsiyet rolü ( $p=0.000$ ) bakımından kadınların eğitim durumları incelendiğinde lise mezunu olanların üniversite mezunu olanlara göre daha eşitlikçi tutuma sahip oldukları bulunmuştur (Tablo 19). Literatürde bizim bulgularımızdan farklı olarak yüksek eğitilmiş

bireylerin daha eşitlikçi tutumlara sahip oldukları belirtilmektedir (Wernet, 2005; Kiani, 2009; Golmakani, 2015).

Kadınların *çalışma durumuna* göre TCRTÖ puan ortancaları incelendiğinde, çalışan kadınların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının, çalışmayan kadınlara göre daha eşitlikçi olduğu belirlenmiştir. TCRTÖ alt boyutlarına göre incelendiğinde ise, kadın cinsiyet rolü ( $p=0.023$ ) ve evlilikte cinsiyet rolü ( $p=0.001$ ) açısından çalışan kadınların daha eşitlikçi tutumlar benimsediği saptanmıştır. Ancak eşitlikçi, geleneksel ve erkek cinsiyet rolünde çalışma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0.242$ ,  $p=0.160$ ,  $p=0.533$ ) (Tablo 19). Literatürde bizim bulgularımıza benzer şekilde kadınların aktif olarak iş hayatına katılımlarının toplumsal cinsiyet rollerine ve farklı yaşam beklentilerine yönelik modern tutumlar sergiledikleri, ev işleri dışındaki sorumlulukları kabul ettiği ve çalışma hayatına daha aktif olarak katıldığı belirtilmektedir (Bernhardt & Goldscheider, 2006).

Bu araştırmada kadınların *aylık gelir, evlenme şekli ve çok eşlilik durumu* gibi bazı özellikleri ile TCRTÖ toplam puanları ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak fark bulunmadı (Tablo 19).

Çalışmamızda evlilik süresi ile TCRTÖ toplam puanları arasındaki ilişki incelendiğinde evlilik süresi arttıkça kadınların daha fazla geleneksel tutum sergiledikleri saptanmıştır. TCRTÖ alt boyutlarına göre incelendiğinde ise, evlilikte cinsiyet rolü ( $p=0.000$ ) ve erkek cinsiyet rolü ( $p=0.008$ ) açısından da evlilik süresi uzadıkça kadınların daha geleneksel tutumlar benimsediği saptanmıştır. Ancak eşitlikçi, kadın ve geleneksel cinsiyet rolünde evlilik süreleri açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0.640$ ,  $p=0.084$ ,  $p=0.080$ ) (Tablo 19). Literatürde, yapılan bir çalışmada çalışmamızın bulguları ile de uyumlu olarak evlilik süresi uzadıkça kadınların daha geleneksel roller benimsedikleri belirtilmektedir (Fazeli, Golmakani, Taghipour, & Shakeri, 2015). Yapılan



başka bir çalışmada ise bu bulguların tersine, evlilik süresi ile cinsiyet rolleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (Rogers & Amato, 2000).

Bu araştırmada evlilik yaşı ile TCRTÖ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ( $p=0.254$ ). TCRTÖ alt boyutlarına göre incelendiğinde ise, evlilikte cinsiyet rolü ( $p=0.022$ ) ve erkek cinsiyet rolü ( $p=0.013$ ) açısından kadınların evlilik yaşları arttıkça daha geleneksel bir role sahip oldukları belirlendi. Ancak evlilik yaşı ile TCRTÖ ölçeği alt boyutlarından eşitlikçi, kadın cinsiyet ve geleneksel cinsiyet rolü bakımından gruplar birbirine benzer bulunmuştur ( $p=0.356$ ,  $p=0.982$ ,  $p=0.361$ ) (Tablo 19). Literatürde çalışmamızdan farklı olarak Fazeli ve ark. (2015) ve Zhang'ın (2006)'ın yaptıkları çalışmalarda evlilik yaşı düşük kadınların daha geleneksel olduğu bildirilmiştir.

Çalışmamızda kadınların *gebelik sayısı ile* TCRTÖ genel ortalamalarına göre, gebelik sayısı arttıkça toplumsal cinsiyet rolleri açısından daha geleneksel tutuma sahip oldukları belirlenmiştir. TCRTÖ alt boyutlarına göre incelendiğinde ise, evlilikte cinsiyet rolü ( $p=0.001$ ) açısından kadınların gebelik sayıları arttıkça daha geleneksel tutumlar benimsediği saptanmıştır. Ancak diğer alt boyutlar ile toplumsal cinsiyet rolleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0.985$ ,  $p=0.150$ ,  $p=0.095$ ,  $p=0.321$ ) (Tablo 19). Literatür incelendiğinde bizim bulgularımıza benzer şekilde Golmakani ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada kadınların çocuk sayısı arttıkça daha geleneksel cinsiyet rolü benimsedikleri bulunmuştur. Bu bulgulardan farklı olarak, Miettien ve arkadaşları (2011) yaptıkları çalışmada toplumsal cinsiyet rol tutumları ve doğurganlık arasında bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir.

Bu araştırmada *ilk gebelik* yaşı ile TCRTÖ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ( $p=0.820$ ). TCRTÖ alt boyutlarına göre incelendiğinde ise, sadece eşitlikçi cinsiyet rolü ( $p=0.024$ ) alt boyutunda 24-26 yaş olanlara göre, ilk gebelik yaşları 18-20 yaş ve 27 yaş üzeri kadınların daha eşitlikçi olduğu tespit edilmiştir (Tablo 19). Literatüre

bakıldığında bizim bulgularımızdan farklı olarak Henz'in (2008) ve Fazeli ve ark. (2015) yapmış oldukları çalışmada gebelik yaşı küçük olan kadınların, cinsiyet rollerine ilişkin daha geleneksel tutumlara sahip oldukları saptanmıştır. Bernhardt ve arkadaşları (2006) ise ilk gebelik yaşının cinsiyet rolleriyle ilişkili olmadığını bildirmiştir.

Bu araştırmada *canlı çocuk, ölü doğum ve düşük sayısı* gibi obstetrik özellikleri ile TCRTÖ toplam puanları ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (Tablo 19).



## Sonuç Bölümü

Hatay Yayladağı Yibo kampında yaşayan 15-49 yaş aralığındaki Suriyeli kadınların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarını ve sağlıkları üzerine etkilerini belirlemeye yönelik yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular neticesinde aşağıdaki sonuçlara varılmıştır.

Bu çalışmada kadınların eğitim seviyelerinin düşük olduğu ve çoğunun herhangi bir işte çalışmayıp ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. Buna paralel olarak aylık gelir durumlarının da düşük olduğu tespit edilmiştir. Kadınların eşlerinin eğitim seviyelerinin düşük olduğu ve genellikle serbest meslekle uğraştığı belirlenmiştir. Çoğu kadının resmi nikâhının bulunduğu ve çok eşlilik oranının oldukça az olduğu belirlenmiştir. Kadınların büyük çoğunluğu Türkmenlerden oluştuğu ana dillerinin Türkçe ve dini inançlarının da İslamiyet olduğu ve çoğu kadının 4 yılı aşkın süredir çalışmanın yapıldığı kampta ve Türkiye’de buldukları belirlenmiştir.

Bu çalışmada kadınların üçte ikisinin üç kez gebe kaldığı, yarısının 20 yaş altında ilk gebeliklerini yaşadıkları ve çocuk sayılarının ortalaması  $3,12 \pm 1,54$  olduğu yine kadınların yarısının bu kampta yaşadıkları sürede gebelik yaşadıkları belirlenmiştir. Gebe kalan katılımcıların doğumlarını çoğunlukla hastanede yaptıkları ve en çok yaşadıkları kadın sağlığı probleminin adet düzensizliği olduğu belirlenmiştir. Kadınların üçte ikisinin son çocuğunun doğum şeklinin normal doğum olduğu ve gebelikten korunma yöntemi kullanma oranının düşük olduğu saptanmıştır.

Kampta yaşayan ortalama beş kadından dördü herhangi bir sağlık problemi yaşadığını belirtirken en sık yaşanan sağlık problemlerini yüksek tansiyon ve anemi oluşturmaktadır. Katılımcıların yaşadıkları sağlık problemlerinde öncelikli kamptaki sağlık birimini tercih ettikleri, sağlık kuruluşuna başvurmada genelde sıkıntı yaşamadıkları ve genel anlamda memnun oldukları belirlenmiştir. Katılımcıların sağlığı korumaya yönelik olarak meme ve

rahim ağzı taramalarını genellikle yaptırmadıkları ve buna neden olan durumu bilmemeleri olarak belirlenmiştir. Şiddet yaşayan kadınların yarısından fazlası şiddete maruz kaldıklarında nereye başvuracağını bilirken, büyük çoğunluğunun ise tanıdık tarafından şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir.

Bu araştırmadan TCRTÖ ile elde edilen sonuçlara bakıldığında Suriyeli mülteci kadınların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi tutumlara sahip oldukları saptanmıştır. Kullanılan ölçeğin eşitlikçi, evlilikte, geleneksel ve erkek gibi alt boyutlarında kadınlar cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi tutuma sahipken, bunun aksi yönünde kadın alt boyutunda geleneksel tutum geliştirdikleri belirlenmiştir.

Bu araştırmada TCRTÖ puan ortancalarının katılımcıların aylık gelir, evlenme şekli, çok eşlilik, eş eğitim durumu, eş mesleği, evlilik yaşı, evlenme şekli, çok eşlilik, ilk gebelik yaşı, canlı çocuk sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı, gebelikte sağlık problemi yaşanma durumu, katılımcıların meme ve rahim ağzı taraması yaptırma durumları gibi özellikleri açısından bakıldığında istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark bulunmamıştır.

Kadınların yaş grupları ve beden kitle indeksleri azaldıkça eşitlikçi tutumlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bekâr kadınların evlilere göre, çalışan kadınların ev hanımlarına göre daha eşitlikçi roller benimsediği belirlenmiştir.

Eğitim seviyesi arttıkça kadınların daha eşitlikçi roller benimsemesi beklenirken aksine üniversite mezunu kadınların diğer eğitim seviyelerindeki kadınlara göre daha geleneksel toplumsal cinsiyet rolünü benimsediği belirlenmiştir. Evlilik süresi ve gebelik sayısı az olan kadınların daha eşitlikçi roller benimsediği saptanmıştır.

## Öneriler Bölümü

- Mülteci kadınlara sağlık profesyonelleri tarafından aile planlaması ve kadın sağlığını artıracak konularda eğitim verilmelidir.
- Mülteci kadınların sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanması ve sağlığı korumaya yönelik farkındalık oluşturulmalıdır.
- Kadınların daha çok eşitlikçi roller benimsemesi için çalışmalar yapılması önerilmektedir.
- Toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumların belirlenmesinde erkeklerin de görüşlerini kapsayan çalışmalar yapılması önerilmektedir.
- Mülteci kadınların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla farklı kamp ve bölgelerde yaşayanların farklılıklarını ortaya koymak amacıyla daha geniş çaplı çalışmalar planlanmalıdır.
- Kadınların toplumsal cinsiyet ayırımına dayalı olarak, bütün paydaşları da kapsayacak şekilde ve politika geliştirici nitelikte çalışmalar yapılmalı ve eğitim programları düzenlenmelidir.

## Kaynakça

- Adanu, R., & Johnson, T. (2009). Migration and women's health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 106/2, 179-181.
- AFAD. (2014). *Türkiyedeki Suriyeli Kadınlar*. Suriye Raporları: [https://www.afad.gov.tr/upload/Node/17934/xfiles/turkiye\\_deki-suriyeli-kadinlar\\_-2014\\_2\\_.pdf](https://www.afad.gov.tr/upload/Node/17934/xfiles/turkiye_deki-suriyeli-kadinlar_-2014_2_.pdf) adresinden alınmıştır
- AFAD. (2017). *Türkiye'deki Suriyelilerin Demografik Görünümü, Yaşam Koşulları ve Gelecek Beklentilerine Yönelik Saha Araştırması*. <https://www.afad.gov.tr/tr/25296/Suriye-Raporlari> adresinden alınmıştır
- AFAD. (2018, 06 20). *Syrian Refugees in Turkey, 2013*. [https://www.afad.gov.tr/upload/Node/2376/files/61-2013123015505-syrian-refugees-in-turkey-2013\\_print\\_12\\_11\\_2013\\_eng.pdf](https://www.afad.gov.tr/upload/Node/2376/files/61-2013123015505-syrian-refugees-in-turkey-2013_print_12_11_2013_eng.pdf) adresinden alınmıştır
- Akdağ, S. E. (2002). *Mali Yapı ve Denetim Boyutlarıyla Afet Yönetimi*. Ankara: Sayıştay Başkanlığı.
- Akın , A., & Demirel, S. (2003). Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkisi. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 25 (4), 73-82.
- Akın, A., & Özvarış, Ş. B. (2006). Dünyada ve Türkiyede kadın sağlığının durumu. Güler Ç, Akın L. (Ed.). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. içinde Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Aksoy, Z. (2012). Uluslararası Göç ve Kültürlerarası İletişim. *The Journal of International Social Research*, 5(20).
- Aktaş, S., & Çalık, K. Y. (2010). Kadın genital mutilasyonu. *TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 19, 30-37.

- Aktaş, S., Erkek, Z. Y., & Korkmaz, H. (2018). Ebe ve hemşirelerin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Journal of Human Sciences*, 13(1), 1222-1232.
- Akyüz, A., Şahiner, G., & Bakır, B. (2008). Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığının Kadınların Üreme Sağlığına ve Hizmetlerinden Faydalanmasına Etkileri. *1. Kadın Sağlığı Kongresi "Kadına Yönelik Şiddet"*, 197.
- Alam, S. M. (2016). Gender stereotypes among university students towards masculinity and femininity. *Rupkatha Journal on Interdisciplinary Studies in Humanities*, 7(3), 271–281.
- Alan, S. (2010). *Ebelik/Hemşirelik 1. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi*. Adana: (Yayımlanmış yüksek lisans tezi).Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Apak, H. (2014). Suriyeli Göçmenlerin Kente Uyumları: Mardin Örneği. *Mukaddime*, s. 53-70.
- Arabacı, Z., Hasgül, E., & Serpen, A. S. (2016). Migrant women and migration's effect on women's health in Turkey. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, (36), 129-144.
- Atış, F. (2010). *Ebelik/Hemşirelik 1. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları*. Adana: (Yayımlanmış yüksek lisans tezi).Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ayverdi, S. (2018, 05 11). *Güncel Türkçe Sözlük*. Türk Dil Kurumu: [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5af5f791313271.95155188](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5af5f791313271.95155188) adresinden alınmıştır
- Babacan, B., Coşkun, M., Dönmez, R. Ö., & Mermer, G. (2018). Hatay'a Göç Eden Suriyeli Sığınmacıların Ev Yaşam Koşulları, Sağlık Durumları ve Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri. *Türkiye Klinikleri J Nurs*, 2017;9(4):272-9.

- Bacılar, M. (2016). Türkiye'deki Suriyeli Mültecilerin Sağlık Durumu Araştırması. [https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/suriyeli\\_multeci.pdf](https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/suriyeli_multeci.pdf).
- Bal, M. D. (2014). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğine Genel Bakış. *KASHED*, 1(1):15-28.
- Baş, D., Arkant, C., Muqat, A., Arafa, M., Sipahi, T., & Eskiocak, M. (2015). Edirnedeki Suriyeli Sığınmacıların Durumu. *18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Kongre Kitabı) Konya.*, 2-5 Ekim 214-215.
- Başar, F. (2017). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği:Kadın Sağlığına Etkisi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3):131-137.
- Bayhan, V. (2013). Beden Sosyolojisi ve Toplumsal Cinsiyet. *Doğu-Batı Düşünce Dergisi*, 16/63: 147-164.
- Bebiş, H., & Özdemir, S. (2013). Savaş, Terör ve Hemşirelik. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(1) 57-68.
- Becker , G., & Tomes , N. (1976). *Child endowments, and the quantity and quality of children*. Cambridge: National Bureau of Economic Research Cambridge, Mass., USA.
- Bernhardt , E., & Goldscheider , F. (2006). Gender equality, parenthood attitudes, and first births in Sweden. *Vienna Yearbook of Population Research*, 19-39.
- Bernhardt, E., & Goldscheider, F. (2006). Gender equality, parenthood attitudes, and first births in Sweden. *Vienna yearbook of population research*, 19-39.
- Bingöl, O. (2014). Toplumsal Cinsiyet Olgusu ve Türkiye’de Kadınlık. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 16 (Özel Sayı I): 108-114.
- Bulak, A. (2015). *Göç Olgusuna Teorik Bir Bakış*. aNKARA: (Yayımlanmış yüksek lisans tezi).Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü.
- Can, A. (2014). *SPSS ile bilimsel araştırma sürecinde nicel veri analizi (3.Baskı)*. Ankara: Pegem Akademi.



- Coen, S., & Banister, E. (2012). *What a difference sex and gender make: a gender, sex and health research casebook*. Ottawa, Canada: Canadian Institutes of Health Research.
- Coşkun, A., & Özdilek, R. (2012). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Sağlığa Yansımaları ve Kadın Sağlığı Hemşiresinin Rolü. *Hemşirelik Eğitim ve Araştırmaları Dergisi*, 9 (3), 30-39.
- Çakmak, S. (2010). Değişen Hayatların Görünmez Sahipleri: Göçmen. *Fe Dergi* 2, no.2 50-64.
- Çevik, G. B. (2017). Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerini ve Çatışma Çözme Stillерinin İncelenmesi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13(3): 1017-1034.
- Çiçeklioğlu, M., & Saçaklıoğlu, F. (1996). Kadına yönelik şiddet ve çözüm yolları. *Toplum ve Hekim*, 11/ 97-103.
- Çınar, E. K. (2013). *Ortaokul Türkçe ders kitaplarında toplumsal cinsiyet*. Denizli: (Yayımlanmış yüksek lisans tezi). Pamukkale Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Dinç , A. (2013). Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı. *V. Uluslararası Türkiye Eğitim Araştırmaları Kongresi*, 2530-2540.
- Dinç, A., & Çalışkan, C. (2016). Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin bakış açıları. *Journal of Human Sciences*, 13/3 3671-3683.
- Dökmen, Z. Y. (2010). *Toplumsal cinsiyet sosyal psikolojik açıklamalar*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Eğimli, A. T. (2011). Kültürlerarası yeterliliğin kazanılmasında kültürel farklılık eğitimlerinin önemi. *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9/35, 207-213.
- Ekşi, A. (2008). Mülteci ve Göçmenlerde Psikopatoloji. *XI. Anadolu Psikiyatri Günleri Kongre Tam Metin Kitabı*, 68.

- Erbaydar, N. P. (2008). Kdına Yönelik Şiddetin Sağlık Sonuçları ve Hekim Sorumluluğu. *1. Kadın Sağlığı Kongresi "Kadına Yönelik Şiddet"*, 105-108.
- Erenel, H., Mathyk, B. A., Sal, V., Ayhan, I., Karataş, S., & Bebek, A. K. (2017). Clinical characteristics and pregnancy outcomes of Syrian refugees: a case-control study in a tertiary care hospital in Istanbul, Turkey. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 295/1, 45-50.
- Esen, Y., & Bağlı, M. T. (2002). İlköğretim Ders Kitaplarındaki Kadın ve Erkek Resimlerine İlişkin Bir İnceleme. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 35/1-2, 143-154.
- Faist, T. (2003). *Uluslararası Göç ve Ulusaşırı Toplumsal Alanlar*. (Çev. A. Kaya ) Ankara: Bağlam Yayıncılık.
- Fazeli, E., Golmakani, N., Taghipour, A., & Shakeri, M. T. (2015). The Relationship between Demographic Factors and Gender Role Attitudes in Women Referring to Mashhad Health Care Centers in 2014. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 3- 1, 276-284.
- Gander, M. J., & Gardiner, H. W. (2004). *Çocuk ve Ergen Gelişimi*. Ankara: (Çev. A. Dönmez, H.N. Çelen, B. Onur)Ankara: İmge Kitabevi.
- GeçiciKoruma. (2018, 05 22). *Göç İstatistikleri*. T.C. İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü: [http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma\\_363\\_378\\_4713\\_icerik](http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma_363_378_4713_icerik) adresinden alınmıştır
- GİGM. (2018, 05 22). *Göç İstatistikleri*. T.C. İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü: [http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma\\_363\\_378\\_4713\\_icerik](http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma_363_378_4713_icerik) adresinden alınmıştır
- Girginer, H. U. (1994). *Türk Toplumunda Cinsiyet Rollerini Algısı*. İzmir: (Yayımlanmış yüksek lisans tezi).Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü.

- Gok, F. A. (2013). *Evli Kadın Ve Erkeklerin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlgili Algularının Aile İşlevlerine Yansıması*. Ankara: (Yayımlanmış yüksek lisans tezi).Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü.
- Golmakani, N., Fazeli, E., Taghipour, A., & Shakeri, M. T. (2015). Relationship between gender role attitude and fertility rate in women referring to health centers in Mashhad in 2013. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 20(2): 269–274.
- Göker, G., & Meşe, G. (2011). Türk Göçmenlerin İtalyanlara Bakış Açısı: Bir Kültürlerarası İletişim Araştırması. *Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi*, 7 / 1, 65 - 82.
- Guha-Sapir, D., Schlüter, B., Rodriguez-Llanes, J. M., Lillywhite, L., & Hicks, M. H.-R. (2018). Patterns of civilian and child deaths due to war-related violence in Syria: a comparative analysis from the Violation Documentation Center dataset, 2011–16. *The Lancet Global Health*, 6(1), e103-e110.
- Gümüş, G., Kaya, A., Yılmaz, S. Ş., Özdemir, S., Başbüyük, M., & Coşkun, A. M. (2017). Suriyeli Mülteci Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları. *KASHED*, 3 (1):1-17.
- Gümüş, Y., & Bilgili, N. (2015). Göçün Sağlık Üzerine Etkileri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18/1, 63-67.
- Günay, T., Giray, H., Harç, B., Köksal, B., & Sarı, S. (2006). İzmir’de bir gecekondu bölgesinde kadına yönelik aile içi şiddet. *Sağlık ve Toplum*, 16(3), 31-37.
- Hannoun, A. B., Nassar, A. H., Usta, I. M., Zreik, T. G., & Musa, A. A. (2007). Effect of war on the menstrual cycle. *Obstet Gynecol*, 109(4):929-32.
- Heidari, S., Babor, T. F., De Castro, P., Tort, S., & Curno, M. (2016). Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Research Integrity and Peer Review*, 1(1), 2.

- Henz, U. (2008). Gender roles and values of children: Childless couples in East and West Germany. *Demographic research*, 19, 1451.
- Indexmundi. (2018, 11 11). [https://www.indexmundi.com/syria/total\\_fertility\\_rate.html](https://www.indexmundi.com/syria/total_fertility_rate.html).  
<https://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=sy&v=31>. adresinden alınmıştır
- IOM. (2009). *Göç Terimleri Sözlüğü*. İsviçre: Uluslararası Göç Örgütü (International Migration Organization).
- Jawad, M., Khader, A., & Millett, C. (2016). Differences in tobacco smoking prevalence and frequency between adolescent Palestine refugee and non-refugee populations in Jordan, Lebanon, Syria, and the West Bank: cross-sectional analysis of the Global Youth Tobacco Survey. *Confl Health*, 10(1), 20.
- JESSEN, Amanda. (2018, 11 11). "The Government of Turkey and Syrian Refugees".  
[http://issuu.com/georgetownfs/docs/jessen\\_2013\\_-\\_final](http://issuu.com/georgetownfs/docs/jessen_2013_-_final). adresinden alınmıştır
- Kader. (2018). *2018 Kadın İstatistikleri*. Kadın Adayları Destekleme Derneği. [http://kader.org.tr/wp-content/uploads/2018/04/istatistik\\_02.04.2018.pdf](http://kader.org.tr/wp-content/uploads/2018/04/istatistik_02.04.2018.pdf).
- Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü. (2009). *Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Eylem Planı, 2008-2013*. Ankara, 2. Baskı.: TC. Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü.
- Kadıoğlu, M., & Özdamar, E. (2008). *Modern, Bütünleşik Afet Yönetiminin Temel İlkeleri. Afet Zararlarını Azaltmanın Temel İlkeleri*. Ankara: Jıca Türkiye Ofisi.
- Kahraman, S. D. (2010). Kadınların toplumsal cinsiyet eşitsizliğine yönelik görüşlerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3(1), 30-35.
- Kalaycı, N., & Hayırsever, F. (2014). Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Bağlamında Vatandaşlık ve Demokrasi Eğitimi Ders Kitabına Yönelik Bir İnceleme ve Bu Konuya İlişkin Öğrenci Algılarının Belirlenmesi . *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 14/3,1049-1074.

- Kamer. (2018, 06 01). *Sığınmacı kadınlar- beş il raporu*. KAMER: [http://www.kamer.org.tr/menus/kamer\\_vakfi\\_siginmaci\\_kadinlar\\_5\\_il\\_raporu.pdf](http://www.kamer.org.tr/menus/kamer_vakfi_siginmaci_kadinlar_5_il_raporu.pdf) adresinden alınmıştır
- Kantoğlu, A. (2017). *Bir Grup Ergenin Toplumsal Cinsiyet Algılarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi*. İstanbul: (Yayımlanmışyüksek lisans tezi).Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü.
- Karakaya, E., Coşkun, A. M., Özerdoğan, N., & Yakıt, E. (2017). Suriyeli mülteci kadınların doğurganlık özellikleri ve etkileyen faktörler:Kalitatif bir çalışma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10/48, 417-428.
- Karakaya, H. (2018). Toplumsal Cinsiyet Algısı, Din ve Kadın. *DergiPark Journal of Analytic Divinity*, 2(2), 36-62.
- Karasar, N. (2010). *Bilimsel araştırma yöntemi (21.Baskı)*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Karsu, F., Göllüce, A., Güvenç, E., & Çelik, S. (2017). Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları. *SdÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, Online First 1 .
- Kiani , Q., Bahrami, H., & Taromian, F. (2009). Study of the Attitude toward Gender Role on Submit Gender Egalitarianism Among University Students and Employees in Zanjan (2008). *ZUMS Journal*, 17(66), 71-78.
- Kılıç, M., Müsenna, A., & Özvarış, Ş. B. (2015). Savaş ve Çatışma Ortamında Kadın Sağlığı. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 24/6 237-244.
- Koyun, A., Taşkın, L., & Terzioğlu, F. (2011). Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(1):67-99.
- Kömürcü, N., Yıldız, H., Toker, E., Karaman, Ö. E., Koyuncu, R. G., Durmaz, A., & Aydın, N. (2016). Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerini ve Kadına

- İlişkin Namus Anlayışları İle İlgili Tutumları. *International Refereed Journal of Gynaecological Diseases and Maternal Child Health*, 5, 1-22.
- Krause, S., Williams, H., Onyango, M. A., Sami, S., Doedens, W., Giga, N., . . . Tomczyk, B. (2015). Reproductive health services for Syrian refugees in Zaatri camp and Irbid city, Hashemite Kingdom of Jordan: An evaluation of the minimum initial services package. *Conflict and Health*, 9( 1):S4.
- Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections—and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 32/4 652–657.
- Kuzgun, Y., & Sevim, S. A. (2004). Kadınların Çalışmasına Karşı Tutum ve Dini. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 37/ 1, 14-27.
- Levy, B. S., & Sidel, V. W. (2016). Documenting the Effects of Armed Conflict on Population Health. *Annual Review of Public Health*, 37, 205-218.
- Lofers, K. A., Moineddin, R., Hwang , W. S., & Glazier, H. R. (2011). Predictors of low cervical cancer screening among immigrant women in Ontario, Canada. *BMC Women's Health*, 11:20.
- Lori, J. R., & Boyle, J. S. (2015). Forced migration: Health and human rights issues among refugee populations. *Nursing outlook*, 63.1 68-76.
- Masterson, A. R., Usta, J., Gupta, J., & Ettinger, A. S. (2014). Assessment of reproductive health and violence against women among displaced Syrians in Lebanon. *BMC Women's Health*, 14:25.
- Mazlumder. (2018, 06 01). *Kamp dışında yaşayan Suriyeli kadın sığınmacılar raporu*. <http://panel.stgm.org.tr/vera/app/var/files/m/a/mazlumder-kamp-disinda-yasayan-suriyeli-kadin-siginmacilar-raporu.pdf> adresinden alınmıştır
- McGinn, K. L., & Oh, E. (2017). Gender, social class, and women's employment. *Current Opinion in Psychology*, 18 / 84-88.

- Miettien, A., Basten, S., & Rotkirch, A. (2011). Gender equality and fertility intentions revisited: Evidence from Finland. *Demographic research*, 24, 469-496.
- Miller, E., Decker, M. R., Silverman, J. G., & Raj, A. (2007). Migration, sexual exploitation, and women's health: a case report from a community health center. *Violence Against Women*, 13(5), 486-497.
- Motiejunaite, A., & Kravchenko, Z. (2008). Family policy, employment and gender-role attitudes: a comparative analysis of Russia and Sweden. *Journal of European Social Policy*, 18(1):38-49.
- Mowafi, H., & Leaning, J. (2018). Documenting deaths in the Syrian war. *The Lancet Global Health*, 6(1), e14-e15.
- Oakley, A. (1972). *Sex, gender and Society*. London: Temple Smith.
- Oflas, S. G. (2017). *Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine, Kültürlerarası Duyarlılığa ve Risk Faktörlerine Göre Yordanması*. İstanbul: (Yayımlanmış yüksek lisans tezi).Yıldız Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü.
- Oktay, E. Y., & Es, M. (2015). Türkiye'ye Sığınan Kadınların Problemleri: Isparta Örneği. *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 16. *Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Kongresi Özel Sayısı*, 383-402.
- Ökten, Ş., & Tüysüz , S. (2017). Kırsal Kalkınma ve Kadın Yoksulluğu: Şanlıurfa Harran Örneği. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19 / 2, 381-404.
- Önal , A., & Keklik, B. (2016). A study on the problems encountered by refugees and asylumseekers in their access to healthcare services in Isparta province. *Suleyman Demirel University The Journal of Visionary* , 7(15):132-48.

- Önal, A. (2015). *Isparta'da Yaşayan Mülteci ve Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimde Yaşadıkları Sorunlar Üzerine Bir Araştırma*. Isparta: (Yayımlanmış yüksek lisans tezi).Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü.
- Özalp, H. (2016). *Toplumsal Cinsiyet ve Siyaset İlişkileri (Kadınların Siyasette Aday Olması ve Seçilmesinin Önündeki Engeller)*. İstanbul: (Yayımlanmış yüksek lisans tezi).İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü.
- Özgülner, N. (2016). Kadınların Sorunları. *Türk Tabipler Birliği.Türk Tabipleri Birliği Yayınları*, Ankara.s.52-56.
- Özpuat, F. (2016). Üniversite öğrencilerinin özyeterlilik düzeyi ile toplumsal cinsiyet algısı ilişkisi:Beyşehir örneği. *International Journal of Human Sciences*, 13(1), 1222-1232.
- Özşungur, B. (2010). Cinsel kimlik gelişimi ve cinsel kimlik bozukluğunda psikososyal değişkenler gözden geçirme. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 17 (3).
- Özvarış, Ş. B. (2008). Toplumsal cinsiyet, kadın ve sağlık. *Hacettepe Tıp Dergisi* , 39:168-174.
- Pincha, C. (2009). *Toplumsal cinsiyete duyarlı afet yönetimi*. (Çev.D.K. Demirer) Kocaeli Üniversitesi Yayınları.
- Plutzer , E. (1988). Work life, family life, and women's support of feminism. *American Sociological Review*, 640-649.
- Rashad, H., & Zaky, H. (2013). "Comparative Analysis of Fertility Plateau In Egypt, Syria and Jordan". *Policy Implications*, [http://schools.aucegypt.edu/research/src/Documents/Fertility\\_Plateau/A%20Comparative%20Analysis%20of%20Fertility%20Plateau.pdf](http://schools.aucegypt.edu/research/src/Documents/Fertility_Plateau/A%20Comparative%20Analysis%20of%20Fertility%20Plateau.pdf).
- Rice, T. W., & Coates , D. L. (1995). Gender role attitudes in the southern United States. *Gender & Society* , 9(6):744-756.



- Rieder, M., & Choonara , I. (2012). Armed conflict and child health . *Arch Dis Child*, 97, 59-62.
- Rodriguez-Llanes, J. M., Guha-Sapir, D., Schlüte, B.-S., & Hicks, M. H.-R. (2018). Epidemiological findings of major chemical attacks in the Syrian war are consistent with civilian targeting: a short report. *Conflict and Health*, 12(1) 16.
- Rogers, S. J., & Amato, P. R. (2000). Have changes in gender relations affected marital quality? *Social Forces*, 79(2), 731-753.
- Ryan, B. (2007). *Blackwell Encyclopedia of Sociology*. Malden: MA: Blackwell Publishing Inc.
- Scott, J., & Marshall, G. (2009). *A Dictionary of Sociology. 3rd ed.* New York: NY: Oxford University Press.
- Shechner, T. (2010). Gender Identity Disorder: A Literature Review from. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 47(2):132-8.
- Short, S. E., Yang, Y. C., & Jenkins, T. M. (2013). Sex, gender, genetics, and health. *American journal of public health*, 103(S1), S93-S101.
- Soy, H. (2017). *Toplumsal Cinsiyet: Kadının Sosyal ve Hukuki Konumu*. Konya: (Yayımlanmış yüksek lisans tezi).Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü.
- Suriye Ülke Raporu. (2012). Birleşmiş Markalar Derneği: <http://birlesmismarkalar.org.tr/file/hedef-ulke-raporlari/Suriye.pdf> adresinden alınmıştır
- Şahin, C. (2001). Yurt Dışı Göçün Bireyin Psikolojik Sağlığı Üzerindeki Etkisine İlişkin Kuramsal Bir İnceleme. *G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi* , 21/ 2 57-67.
- Şahin, C. (2001). Yurt Dışı Göçün Bireyin Psikolojik Sağlığı Üzerindeki Etkisine İlişkin Kuramsal Bir İnceleme. *G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi* , 21,2 57-67.

- Şahiner, G., & Akyüz, A. (2010). Toplumsal Cinsiyet ve Kadının Üreme Sağlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(4), 333-342.
- Şimşek, H. (2011). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi: Türkiye Örneği. *DEÜ TIP FAKÜLTESİ DERGİSİ*, 25/2, 119-126.
- Şimşek, Z., Doğan, F., Ersin, F., & Yıldırımkaaya, G. (2015). Bir il merkezinde yaşayan 15-49 yaş evli Suriyeli kadınlarda üreme sağlığı göstergeleri ve hizmet ihtiyacı. *18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Kongre Kitabı) Konya.*, 5-9 Ekim, 232-233.
- Şimşek, Z., Yennur Doni, N., Gül Hilali, N., & Yıldırımkaaya, G. (2017). A community-based survey on Syrian refugee women's health and its predictors in Şanlıurfa, Turkey. *Women Health*, 21:1-15.
- TC. Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü. (2008). *Kadın Statüsü Ve Sağlığı İle İlgili Gerçekler*. Ankara.
- Toksöz, G. (2006). *Uluslararası Emek Göçü*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Torun, P., Karaaslan, M. M., Sandıklı, B., Acar, C., Shurtleff, E., Dhroliya, S., & Herek, B. (2018). Health and health care access for Syrian refugees living in İstanbul. *International Journal of Public Health*, 63, (5) 601–608.
- Torun, P., Karaaslan, M. M., Sandıklı, B., Acar, C., Shurtleff, E., Dhroliya, S., & Herek, B. (2018). Health and health care access for Syrian refugees living in İstanbul. *International Journal of Public Health*, 63/5, 601–608.
- TÜİK. (2018). *İstatistiklerle Kadın, 2017*. Türkiye İstatistik Kurumu.
- Tuzcu , A., & Ilgaz, A. (2015). Göçün Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(1):56-67.
- Türkay, M. (2014). *Günümüz Savaşının Özellikleri ve Halen Savaşan Bölgeler* . [DX Reader version]: Retrieved from

[http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com\\_booklibrary/ebooks/%C3%87OCUKLAR%20VE%20SAVAS\\_HASUDER%20YAYIN%20NO\\_2014\\_2.pdf](http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/%C3%87OCUKLAR%20VE%20SAVAS_HASUDER%20YAYIN%20NO_2014_2.pdf).

Türmen, T. (2003). *Toplumsal cinsiyet ve kadın sağlığı*. . Ankara: Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın içinde. A. Akın (Ed.). Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), HÜ Yayınları.

Uguz, S. Ç., & Topbaş, F. (2017). Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Emegi: Turizm Sektörüne Betimsel Bir Yaklaşım. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2/7, 487-509, s. 499.

UNHCR. (2018, 05 15). *Syria emergency*. United Nations High Commissioner for Refugees: <http://www.unhcr.org/syria-emergency.html> adresinden alınmıştır

UNHCR-a. (2018, 05 15). *Türkiye'deki Mülteciler ve Sığınmacılar*. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği: <http://www.unhcr.org/tr/turkiyedeki-multeciler-ve-siginmacilar> adresinden alınmıştır

UNHCR-b. (2018, 05 15). *UNHCR Türkiye İstatistikleri*. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği: <http://www.unhcr.org/tr/unhcr-turkiye-istatistikleri> adresinden alınmıştır

Ural, A., & Kılıç, İ. (2011). *Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi (3.baskı)*. Ankara: Detay Yayıncılık.

Ünlü, A. S. (2017). *Toplumsal Cinsiyet Rollerini Bakımından TRT Çocuk Kanalında Yayınlanan Çizgi Filmler*. Erzincan: (Yayımlanmış yüksek lisans tezi).Erzincan Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü.

Vefikuluçay , D., Zeyneloğlu, S., Eroğlu, K., & Taşkın Lale. (2007). Kafkas Üniversitesi Son Sınıf Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Bakış Açılıarı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 14(2), 026-038.

WEF. (2017, 05 17). *The Global Gender Gap Report*. [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GGGR\\_2017.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2017.pdf) adresinden alınmıştır

- Wernet, C. A., Elman, C., & Pendleton, B. F. (2005). The Postmodern Individual: Structural Determinants of Attitudes. *Comparative Sociology* , 4(3-4):339-364.
- WHO. (1998). *Gender and Health, Technical Paper*. Geneva,Switzerland: World Health Organization, Division of Family and Reproductive Health.
- WHO. (2018, 05 15). *home page*. World Health Organization: <http://www.who.int/migrants/en/> adresinden alınmıştır
- WHO. (2018, 06 20). *WHO report on the global tobacco epidemic 2011*. World Health Organisation: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2011/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/) adresinden alınmıştır
- Wisner, B., Blaikie, P., Cannon, T., & Davis, T. (2004). *At Risk: Natural hazards, People's Vulnerability and Disasters, (2nd ed.)*. New York: Routledge.
- Wood, W., & Eagly, A. H. (2010). Gender. Fiske ST, Gilbert DT, Lindzey G. (Ed.). *Handbook of Social Psychology* (s. 629-667). içinde New York: Wiley.
- Yağmur, Y., & AYTEKİN, S. (2018). Mülteci Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Çözüm Önerileri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11 (1), 56-60.
- Yazıcıoğlu, Y., & Erdoğan, S. (2014). *SPSS uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri (4. Baskı)*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Yeni, E. (2004). Kadında sirkumsizyon ve genital mutilasyon. *Androloji Bülteni*, 18, 261-263.
- Yibo. (2018). *Yayladağı Yibo Geçici Barınma Merkezi Müdürlüğü*. Hatay.
- Yıldırım, İ. E., Ergüt, Ö., & Camkıran, C. (2018). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Konusundaki Farkındalığın Belirlenmesine Yönelik Akademisyenler Üzerine Bir Araştırma. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, 2: 37-46.

- Yıldırım, K. (2008, 05 12). *Göçün Aile Üzerindeki Etkisi*. Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurulu: <http://www.ayk.gov.tr/wp-content/uploads/2015/01/YILDIRIM-Kaz%C4%B1m-G%C3%96%C3%87%C3%9CN-A%C4%B0LE-%C3%9CZER%C4%B0NDEK%C4%B0-ETK%C4%B0S%C4%B0.pdf> adresinden alınmıştır
- Yıldırım, K. (2011). Uluslararası Asya ve Kuzey Afrika Çalışmaları Kongresi. *Göçün Aile Üzerindeki Etkisi*. *Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu, Ankara*, .965-978.
- Yılmaz, A. (2014). Uluslararası Göç:Çeşitleri, Nedenleri ve Etkileri. *International Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 9/2 .
- Zeyneloğlu, S. (2008). *Ankara'da Hemşirelik Öğrenimi Gören Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları*. Ankara: (Yayımlanmış doktora tezi).Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Zeyneloğlu, S., & Terzioğlu, F. (2011). Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği Geliştirilmesi ve Psikometrik Özellikleri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 40/ 409-420.
- Zhang, N. (2006). Gender Role Egalitarian Attitudes Among Chinese College Students. *Sex Roles*, 55 (7–8) 545–553.
- Zosuls, K. M., Ruble, D. N., Tamis-LeMonda, C. S., Shrout, P. E., Bornstein, M. H., & Greulich, F. K. (2009). The acquisition of gender labels in infancy: Implications for gender-typed play. *Developmental Psychology*, 45(3) 688-701.

## EKLER

## Ek: A Hatay Valiliği Anket İzin Formu



T.C.  
HATAY VALİLİĞİ  
İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü

Sayı : 54482096-951.04.05-E.128368

24.08.2017

Konu : Anket İzni

Sayın Ezgi ATALAYA

İlgi : Ezgi ATALAY'ın 09.08.2017 tarihli dilekçesi.

Mustafa Kemal Üniversitesinde öğretim görevlisi olarak görev yapan Ezgi ATALAY kadınların toplumsal cinsiyete dayalı kadın sağlığı sorunlarının incelenmesi başlıklı çalışmayı ilimizde bulunan Geçici Barınma Merkezlerinden birisinde konu ile ilgili anket çalışması yapmak istediğini ilgi dilekçe ile bildirmiştir.

Söz konusu çalışmanın Yayladağı Yıbo Geçici Barınma Merkezinde yapılması Valiliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır

Mahmut HERSANLIOĞLU  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

Ek : ilgi dilekçe (13 sayfa)

Dağıtım:

Gereği:

YAYLADAĞI KAYMAKAMLIĞINA

Bilgi:

Sayın Ezgi ATALAYA

Not: 5070 sayılı elektronik imza kanununun 5.maddesi gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak Doğrulama Kodu : AZDITSTWHVXDGBFAHSN Evrak Takip Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/afad-ebys>  
İSKENDERUN YOLU ÜZERİ 23.KM PAŞAKÖY KÖPRÜSÜ YANI TAVLA  
CADDESİ NO:1 ANTAKYA / HATAY  
Telefon No: (326) 216 10 67 Belge Geçer No: (326) 213 44 88  
İnternet Adresi: hatay.afad.gov.tr E-posta: hataymdr@afad.gov.tr

Bilgi için: Ayhan ÖZDEMİR  
V.H.K.İ.

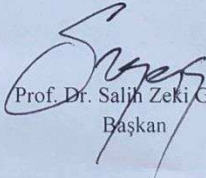
## Ek: B Etik Kurul Onay Formu

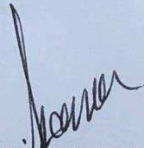


T.C.  
 ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
 SOSYAL BİLİMLER VE EĞİTİM BİLİMLERİ ETİK KURULU

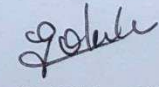
## PROJE/ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME SONUÇ RAPORU

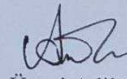
Toplantı Tarihi	25.06. 2018
Toplantı Sayısı	4
Başvuru protokol numarası	2018/42
Başvuru tarihi	20.06.2018
Proje/araştırma başlığı	Savaş ve Cinsiyet: Suriyeli Mülteci Kadınların Toplumsal Cinsiyete Dayalı Kadın Sağlığı Sorunlarının İncelenmesi
Proje/araştırma yürütücüsü	Ezgi ATALAY
Karar	Bilimsel araştırma etik kurallarına uygundur.
Açıklamalar	-----

  
 Prof. Dr. Salih Zeki GENÇ  
 Başkan

  
 Doç. Dr. Mustafa KARA  
 Başkan Yardımcısı

  
 Doç. Dr. Şerif KORKMAZ  
 Raportör

  
 Doç. Dr. Gökhan GÖKULU  
 Üye

  
 Dr. Öğr. Üyesi Adil ÇORUK  
 Üye

**Ek: C Ölçme Araçları**

**SURİYELİ MÜLTECİ KADINLARIN TOPLUMSAL CİNSİYET ROLLERİNE  
DAYALI KADIN SAĞLIĞI SORUNLARININ BELİRLENMESİ**

Anket No:.....

**1. ANKET FORMU**

*Sevgili Kadınlar,*

*Bu çalışmanın amacı mülteci kampında kalan Suriyeli kadınların toplumsal cinsiyete dayalı kadın sağlığı sorunlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Anket sorularına vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından çok önemlidir. Anket için vereceğiniz tüm bilgiler saklı tutulacaktır. Katılımınız için şimdiden çok teşekkür ederiz. Lütfen adınızı soyadınızı yazmayınız. Öğr. Gör. Ezgi ATALAY*

**A) Demografik Özellikler İle İlgili Sorular**

**1. Doğum tarihinizi yazınız** (gün/ay/yıl). ... / ... / ...

**2. Boyunuz nedir?** .....(cm olarak belirtiniz)

**3. Kilonuz nedir?** .....(kg olarak belirtiniz)

**4. Medeni Durumunuz:**

1) Evli ( )

2) Bekârim, hiç evlenmedim ( )

3) Evlendim boşandım / eşim öldü ( )

**5. Resmi nikâhınız var mı?**

( ) Evet ( ) Hayır

**6. (Evli iseniz) evlenme şeklinizi belirtiniz?**

1) Görücü usulü ile birbirlerini önceden tanımadan

2) Görücü usulü ile daha sonra tanışıp onaylayarak

3) Tanışıp anlaşarak

4) Diğer.....

**7. Evli iseniz Kaç Yaşında Evlendiniz?**

..... yaşında evlendim

**8. Kaç Yıldır Evlisiniz?**..... yıldır evliyim

**9. Eşinizin yaşı nedir?** .....(Belirtiniz)

**10. Evliliğinizde çok eşlilik var mı?**

( ) Evet (Kaçıncı eş.....)

( ) Hayır

**11. Etnik yapınız nedir?**

( ) Arap

( ) Kürt

( ) Diğer açıklayınız.....

**12. Dini inancınız nedir?**

( ) İslamiyet

( ) Hıristiyanlık

( ) Ateistlik

( ) Diğer

**13. Ana Diliniz:**.....

**14. Ana Diliniz Dışında Bildiğiniz Diller:**.....



**15. Eğitim Durumunuz Nedir?**

- 1)İlkokul mezunu ( )  
 2)Ortaokul mezunu ( )  
 3)Lise mezunu ( )  
 4)Üniversite mezunu ( )  
 5) Hiç okula gitmedim ( )

**17. Önceki meslek durumunuz nedir ?**

- ( )Ev hanımı  
 ( )Öğretmen  
 ( )Sağlık Personeli  
 ( )İşçi  
 ( )Kuaför

**18. Eşinizin mesleği nedir?**

- ( )Çiftçi  
 ( )Memur  
 ( )İşçi  
 ( )Serbest meslek

**19. Şu anda çalışıyor musunuz?**

- ( ) Evet ( ) Hayır

**20. Aylık geliriniz nedir?**

- ( ) 0 -500 TL  
 ( ) 500-1000 TL  
 ( ) 1000-2000 TL  
 ( ) 3000-5000 TL  
 ( ) 5000 ve üzeri TL

**21. Ne Zamandır Bu Kamptasınız?**

- ( ) 6 ay ve daha az  
 ( ) 6 ay – 1 yıl  
 ( ) 1 yıl – 2yıl  
 ( ) 2 yıl – 3 yıl  
 ( ) 3 yıl – 4 yıl  
 ( ) Diğer.....

**16. Eşinizin eğitim durumu nedir?**

- 1)İlkokul mezunu ( )  
 2)Ortaokul mezunu ( )  
 3)Lise mezunu ( )  
 4)Üniversite mezunu ( )  
 5) Hiç okula gitmedim ( )

**22. Ne Zamandır Türkiye’desiniz?**

- ( ) 6 ay ve daha az  
 ( ) 6 ay – 1 yıl  
 ( ) 1 yıl – 2yıl  
 ( ) 2 yıl – 3 yıl  
 ( ) 3 yıl – 4 yıl  
 ( ) Diğer.....

**23. Bu kampta yaşadığınız en önemli sorununuz nedir?**

- ( ) Beslenme  
 ( ) Barınma  
 ( ) Temizlik  
 ( ) İçme suyu  
 ( ) Sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamama  
 ( ) Güvenlik tedbirleri  
 ( ) Diğer.....

**B)Kadın Sağlığı İle İlgili Sorular****a)Obstetrik ve jinekolojik sorular****1. Gebelik sayınız, kaç kez gebe kaldınız? (.....)****2. İlk Gebe Kaldığınızda Kaç Yaşındaydınız? (.....)****3. Canlı çocuk sayınız nedir? (.....)****4. Ölü doğum sayınız nedir? (.....)****5. Düşük sayınız nedir? (.....)****6. Bu kampta yaşadığınız sürede gebeliğiniz oldu mu?**

- ( ) Evet ( ) Hayır

**7. Gebeliğiniz de sağlık problemi yaşadınız mı?**

- ( ) Evet ( ) Hayır

**8. Önceki Doğumlarınızı nerede yaptınız?**

- ( ) Hastane  
 ( ) Sağlık Ocağı  
 ( ) Evde  
 ( ) Kampta

**9. Son Çocuğunuzun Doğum Şekli Nedir?**

- ( ) Normal doğum ( ) Sezaryenle doğum

**10. Herhangi bir kadın hastalığı sorunu yaşadınız mı?**

- ( ) Akıntı  
 ( ) Ameliyat.....  
 ( ) Adet düzensizlikleri  
 ( ) Cinsel yolla bulaşan hastalık  
 ( ) İstenmeyen gebelik  
 ( ) Diğer.....

**11. Gebelikten korunmak için kullandığınız aile planlaması yöntemi nedir?**

- ( ) Kullanmıyorum  
 ( ) RİA  
 ( ) Hap  
 ( ) İğne  
 ( ) Kondom  
 ( ) Geri çekme (Eşim korunuyor)

**b) Genel sağlık sorunları ile ilgili sorular****1.Kronik(sürekli) bir hastalığınız var mıdır? Varsa belirtiniz.**

- ( ) Yok  
 ( ) Yüksek Tansiyon (HT)  
 ( ) Şeker Hastalığı (DM)  
 ( ) Troid Bozuklukları  
 ( ) Anemi  
 ( ) İşitme güçlüğü var.  
 ( ) Konuşma güçlüğü var.  
 ( ) Görme engelim var.  
 ( ) Psikolojik rahatsızlığım var.  
 ( ) Diyalize girmem gerekiyor  
 ( ) Diş sağlığı sorunları

**2. Herhangi bir sağlık sorununuz olduğunda hangi kuruma başvuruyorsunuz?**

- ( ) Sağlık Ocağı  
 ( ) Devlet Hastanesi  
 ( ) Kamptaki Sağlık Birimine  
 ( ) Özel Hastane  
 ( ) Diğer.....

**3. Sağlık kuruluşuna başvurmada sıkıntı yaşıyor musunuz?**

- ( ) Evet ( ) Hayır

**4. Cevabınız evet ise açıklayınız**

- ( ) Sağlık kurumu uzak  
 ( ) Maddi olanaksızlık  
 ( ) Sağlık güvencesi yokluğu  
 ( ) Sağlık çalışanlarına güvensizlik  
 ( ) Eşi izin vermiyor  
 ( ) Kötü muamele, kötü hizmet  
 ( ) Diğer

**5. Bu kampta almış olduğunuz sağlık hizmetlerinden memnun musunuz?**

- ( ) Çok memnunum  
 ( ) Memnunum  
 ( ) Kararsızım  
 ( ) Memnun değilim

**c) Sağlıkta koruma davranışlarına yönelik sorular:**

**1. Düzenli kendi kendine meme muayenesi yapma durumu**

- ( ) Yapmıyorum  
 ( ) Yapıyorum

**2. Göç etmeden ülkelerinde meme ve rahim ağzı tarama ve kontrol yaptırma durumu**

- ( ) Yaptırdım (açıklayınız ..... )  
 ( ) Yaptırmadım

**3. Sağlık taraması yaptırmama nedeni**

- ( ) Bilmiyordum  
 ( ) Pahalıydı  
 ( ) Sağlık kuruluşu uzaktı  
 ( ) Güvenmiyordum.

**4. Sağlık Hizmetlerinden Kadın Olarak, Erkekler ile Eşit Hizmet Aldığınızı Düşünüyor Musunuz?**

- ( ) Evet ( ) Hayır

**d) Zararlı Alışkanlıklar:**

**1. Sigara kullanıyor musunuz?**

- ( ) Evet (Miktar ..... )  
 ( ) Hayır

**2. Alkol kullanıyor musunuz?**

- ( ) Evet (Miktar ..... )  
 ( ) Hayır

**3. Bağımlılık yapıcı madde kullanıyor musunuz?**

- ( ) Evet ( ) Hayır

**e) Kadına yönelik şiddet ile ilgili sorular**

**1. Aşağıdaki şiddet türlerinden hangisini yaşadınız, x ile işaretleyiniz.**

( ) **Fiziksel Şiddet;** Başkasının vücut bütünlüğüne zarar veren, ona acı çektiren her türlü saldırı olarak tanımlanmaktadır.

( ) **Cinsel şiddet;** birini istemediği yerde, zamanda veya şekilde cinsel ilişkiye zorlamak; kişinin rızası olmaksızın cinsel nitelikli eylemlerde bulunmak; cinselliği bir tehdit, sindirme ve kontrol etme aracı olarak kullanmaktır.

( ) **Psikolojik şiddet;** bağırarak, korkutmak, küfür etmek, tehdit etmek, hakaret etmek, eve kapatmak, küçük düşürmek, lakap takmak, kadının nasıl giyineceği, nereye gideceği, kimlerle görüşeceği konusunda baskı yapmak, öfkelerini çocuklardan çıkarmak, çocuklarını göstermemekle tehdit etmek, silah göstermek gibi eylemleri kapsamaktadır

( ) **Ekonomik şiddet;** kadının para harcamasının kısıtlanması, çalışmasına izin verilmemesi, zorla çalıştırılması, ekonomik konulardaki kararların erkek tarafından tek başına alınması, kadının parasının elinden alınması, kadını dilendirme gibi.

**2. Şiddete maruz kaldığınızda nerelere başvuracağınızı biliyor musunuz?**

- ( ) Biliyorum  
 ( ) Bilmiyorum

**3. Şiddete maruz kaldı iseniz şiddet uygulayan kişi kimdi?**

- ( ) Tanıdık ( eş, akraba )  
 ( ) Yabancı

## 2. TOPLUMSAL CİNSİYET ROLLERİ TUTUM ÖLÇEĞİ

Sevgili kadınlar,

Bu ölçekteki cümleler, siz üniversite öğrencilerinin **toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarınızı** belirlemek için hazırlanmıştır. Sonuçlar yalnızca araştırma amacıyla kullanılacaktır. Bu cümlelerden hiçbirisinin doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Her cümle ile ilgili görüş, kişiden kişiye değişebilir. Bunun için vereceğiniz cevaplar sizin kendi görüşünüzü yansıtmalıdır. Her cümle ile ilgili görüşünüzü belirtirken, önce cümleyi dikkatlice okuyunuz sonra, cümlede belirtilen düşüncenin, sizin düşünce ve duygularınıza ne derecede uygun olduğuna karar veriniz.

Aşağıdaki cümleler size;

hiç uygun değilse ..... **“Kesinlikle Katılmıyorum”**

uygun değilse ..... **“Katılmıyorum”**

karar veremiyor iseniz..... **“Kararsızım”**

uygunsa ..... **“Katılıyorum”**

tamamen uygunsa ..... **“Tamamen Katılıyorum”**

Cümlenin karşısındaki yerlere aşağıdaki örneğe uygun olarak çarpı (X) koyarak işaretleyiniz. Bir cümleyi okuduktan sonra aklınıza ilk geleni işaretleyiniz ve **lütfen bütün cümleleri işaretlemeyi unutmayınız.**

### Örnek:

Tutum Cümleleri	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Ailenin parasal harcamaları erkeğin kontrolünde olmalıdır.				X	

Katılımınız için teşekkür ederim.

Tutum İfadeleri	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Kızlar, ekonomik bağımsızlıklarını kazandıklarında ailelerinden ayrı yaşayabilmelidir.					
2. Erkeğin evde her dediği yapılmalıdır.					
3. Kadının yapacağı meslekler ile erkeğin yapacağı meslekler ayrı olmalıdır.					
4. Evlilikte çocuk sahibi olma kararını eşler birlikte vermelidir.					
5. Bir genç kızın evleneceği kişiyi seçmesinde son sözü baba söylemelidir.					
6. Kadının erkek çocuk doğurması onun değerini artırır.					
7. Kadının doğurganlık özelliği nedeniyle, iş başvurularında erkekler tercih edilmelidir.					
8. Ailede ev işleri, eşler arasında eşit paylaşılmalıdır.					
9. Kadının yaşamıyla ilgili kararları kocası vermelidir.					
10. Kadınlar kocalarıyla anlaşamadıkları konularda tartışmak yerine susmayı tercih etmelidir.					
11. Bir genç kız, evlenene kadar babasının sözünü dinlemelidir.					
12. Ailenin maddi olanaklarından kız ve erkek çocuk eşit yararlanmalıdır.					
13. Çalışma yaşamında kadınlara ve erkeklere eşit ücret ödenmelidir.					
14. Bir erkeğin karısını aldatması normal karşılanmalıdır.					
15. Kadının çocuğu olmuyorsa erkek tekrar evlenmelidir.					
16. Kadının temel görevi anneliktir.					
17. Evin reisi erkektir.					
18. Dul kadın da dul erkek gibi yalnız başına yaşayabilmelidir.					
19. Bir genç kızın, flört etmesine ailesi izin vermelidir.					
20. Ailede kararları eşler birlikte almalıdır.					
21. Bir kadın akşamları tek başına sokağa çıkabilmelidir.					
22. Eşler boşandığında mallar eşit paylaşılmalıdır.					
23. Kız bebeğe pembe, erkek bebeğe mavi renkli giysiler giydirilmelidir.					
24. Erkeğin en önemli görevi evini geçindirmektir.					
25. Erkeğin maddi gücü yeterliyse kadın çalışmamalıdır.					
26. Evlilikte, kadın istemediği zaman cinsel ilişkiyi reddetmelidir.					
27. Mesleki gelişme fırsatlarında kadınlara ve erkeklere eşit haklar tanınmalıdır.					
28. Evlilikte erkeğin öğrenim düzeyi kadından yüksek olmalıdır.					
29. Bir kadın cinsel ilişkiyi evlendikten sonra yaşamalıdır.					
30. Ailede erkek çocuğun öğrenim görmesine öncelik tanınmalıdır.					
31. Erkeğin evleneceği kadın bakire olmalıdır.					
32. Alışveriş yapma, fatura ödeme gibi ev dışı işlerle erkek uğraşmalıdır.					
33. Erkekler statüsü yüksek olan mesleklerde çalışmalıdır.					
34. Ailede kazancın nasıl kullanılacağına erkek karar vermelidir.					
35. Bir erkek gerektiğinde karısını dövmelidir.					
36. Evlilikte gebelikten korunmak sadece kadının sorumluluğudur.					
37. Bir kadın hastaneye gittiğinde kadın doktora muayene olmalıdır.					
38. Evlilikte erkeğin yaşı kadından büyük olmalıdır.					

## ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

**Adı Soyadı:** Ezgi ATALAY

**Doğum Yeri:** Beypazarı

**Doğum Tarihi:** 15/03/1992

### EĞİTİM DURUMU

**Lisans Öğrenimi:** Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu **Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü (AYAY)**

**Yüksek Lisans Öğrenimi:** Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Afet Eğitimi ve Yönetimi Anabilim Dalı **Afet Eğitimi ve Yönetimi Bilim Dalı**

**Bildiği Yabancı Diller:** İngilizce

### BİLİMSEL FALİYETLER

#### a) Yayınlar

Karakus A, Kuvandik G, Atalay E. Evaluation of Extremity Injuries Presented to Emergency Department. Arch Iran Med. 2017; 20(10): 646 – 648.

Karakuş A, Atalay E, Kuvandık G. A Case with Cholinergic Poisoning Finding. ARC Journal of Anesthesiology. 2017;2(3):1-2. doi:dx.doi.org/10.20431/2455 9792.0203001.

Atalay, E., & Karakuş, A. (2017). Acil Usg. A. Karakuş, & (Ed.) içinde, Acil Hatalıkların Tanı ve Tedavisi (s. 340-350). Ankara: Derman.

Atalay, E., & Karakuş, A. (2017). Yanıklar. A. Karakuş, & (Ed.) içinde, Acil Hatalıkların Tanı ve Tedavisi (s. 715-724). Ankara: Derman.

Atalay, E., & Karakuş, A. (2017). Toplum Tabanlı Afet Yönetim Anlayışı. Z. T. Karaman, O. Sancaktar, & İ. Kaya (Ed.) içinde, Disiplinlerarası afet yönetimi araştırmaları kitabı (s.93-101). İzmir: Birleşik matbaacılık Ltd. Şti.

#### b) Bildiriler

Atalay, E., Karakuş, A., & Usta, G.,(2018) Evaluation of Emergency Service Applications of Under-18s Syrian Patients Between the Dates of 2012-2016: The Example of the City of Hatay. 2. *Uluslararası Göç ve Mülteci Kongresi*. 06-07-08 Aralık 2018/ DÜZCE.

Atalay, E., & Karakuş, A. (2017). TOPLUM TABANLI AFET YÖNETİM ANLAYIŞI . *1.Disiplinlerarası Afet Yönetimi Sempozyumu* , 2017. İzmir.

Atalay, E., & Usta, G. (2017). The Evaluation of the GPRS-based 12-lead ECG Monitoring System for 112 Emergency Health Care Services. *Yayın Yeri:1. Uluslararası 11. Sağlık Ve Hastane İdaresi Kongresi*.

Atalay, E., Usta, G., Karakuş, A., & Kuvandık, G. (tarih yok). Colorless, Odorless and Tasteless Chemical Danger: Sarin. *1st Middle East Congress on Disaster and Prehospital Management, İSTANBUL, TÜRKİYE, 8-11 Ekim 2017*.

- Atalay, E., Usta, G., Torpuş, K., Berent, M., & Küçük, U. (tarih yok). The İmportance Of Simulation İn Emergency Aid And Disaster Management Education. *1st Middle East Congress on Disaster and Prehospital Management, İSTANBUL, TÜRKİYE, 8-11 Ekim 2017.*
- Berent, M., Torpuş, K., Usta, G., & Atalay, E. (tarih yok). A Point Of View To Position And The Importance Of Disaster Victim Identification İn Disaster Management. *1st Middle East Congress on Disaster and Prehospital Management, İSTANBUL, TÜRKİYE, 8-11 Ekim 2017.*
- Karakuş, A., & Atalay, E. (tarih yok). A Case With Cholinergic Poisoning Finding. *1st Middle East Congress on Disaster and Prehospital Management, İSTANBUL, TÜRKİYE, 8-11 Ekim 2017.*
- Karakuş, A., Kuvandık, G., & Atalay, E. (tarih yok). Evaluation Of Extremity Injuries Presented To Emergency Department. *1st Middle East Congress on Disaster and Prehospital Management, İSTANBUL, TÜRKİYE, 8-11 Ekim 2017.*
- Nur, S., & Atalay, E. (tarih yok). Which Patients Have Radiation In Patient Transport? *1st Middle East Congress on Disaster and Prehospital Management, İSTANBUL, TÜRKİYE, 8-11 Ekim 2017.*

### İŞ DENEYİMİ

- **Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Hatay Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı, Şubat 2017-Öğretim Görevlisi (devam ediyor)**
- **Düzce İl Sağlık Müdürlüğü Kaynaşlı 1 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu Haziran 2016 – Şubat 2017 (Acil Tıp Teknisyeni)**
- **Düzce İl Sağlık Müdürlüğü Çilimli 1 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu Aralık 2014 - Haziran 2016 (Acil Tıp Teknisyeni)**
- **Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü Gelibolu 1 ve 2 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu Mart 2013 – Kasım 2014 (Acil Tıp Teknisyeni)**
- **Çanakkale Kamu Hastaneler Birliği Gelibolu Devlet Hastanesi Acil Servis, Ekim 2011 - Mart 2013 (Acil Tıp Teknisyeni)**
- **Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Karaburun 2 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu, Şubat 2011- Ekim 2011 (Acil Tıp Teknisyeni)**
- **Düzce Özel Fizema Fizik Tedavi Hastanesi, Haziran 2010- Ağustos 2010 (Acil Tıp Teknisyeni)**

### İLETİŞİM

E-posta Adresi: [ezgiatalay@mku.edu.tr](mailto:ezgiatalay@mku.edu.tr)