



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KADIN VE AİLE ARAŞTIRMALARI ANABİLİM DALI

SAMSUN HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ'NDE ÇALIŞAN
PERSONELİN TOPLUMSAL CİNSİYET ROL TUTUMLARININ
BELİRLENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Emel KURŞUN

Danışman:

Prof.Dr. İlknur AYDIN AVCI

Samsun, 2016

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KADIN VE AİLE ARAŞTIRMALARI ANABİLİM DALI

SAMSUN HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ'NDE ÇALIŞAN
PERSONELİN TOPLUMSAL CİNSİYET ROL TUTUMLARININ
BELİRLENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Emel KURŞUN

Danışman:

Prof.Dr. İlknur AYDIN AVCI

Samsun, 2016

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Hazırladığım Yüksek Lisans Tez çalışmasının bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, yazımda enstitü yazım kılavuzuna uygun davranıldığını taahhüt ederim.

15/07/2016

Emel KURŞUN

TEZ KABUL VE ONAYI

Emel Kurşun tarafından hazırlanan Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde Çalışan Personelin Toplumsal Cinsiyet Rol Tutumlarının Belirlenmesi başlıklı bu çalışma, (Savunma Sınavı Tarihi) tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oy birliğiyle/oy çokluğuyla başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Başkan: Prof.Dr.İlknur AYDIN AVCI

Üye: Doç.Dr.Huriye Demet CEBAR

Üye: Yrd.Doç.Dr.Birsen ALTAY

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

__ / __ / __

Enstitü Müdürü

(İmza ve Mühür)

ÖZET

SAMSUN HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ'NDE ÇALIŞAN PERSONELİN TOPLUMSAL CİNSİYET ROL TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Emel KURŞUN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

Kadın ve Aile Araştırmaları Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans, Temmuz/2016

Danışman: Prof.Dr. İlknur AYDIN AVCI

Bu çalışma Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde çalışan personelin toplumsal cinsiyet rol tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma ilişki arayan tanımlayıcı araştırma ilkelerine uygun olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini araştırma zamanında Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde görev yapan 225 personel oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, araştırmanın yapıldığı tarihte kurumda aktif olarak görev yapmayan, veri toplama araçlarını büyük oranda eksik dolduran personel örneklem dışı bırakılmış, araştırmaya katılmayı kabul eden 183 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmada veriler Tanıtım Formu, Tanımlayıcı Soru Formu ve Toplumsal Cinsiyet Rol Tutum Ölçeği (TCRTÖ) ile toplanmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı ve valilik oluru alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 12,0 (Statistical Package for Social Sciences) bilgisayar programında; t-testi (independent samples t-testi), Anova testi, Kruskal Wallis, Korelasyon ve Varyans analizi kullanılmıştır.

Katılımcıların TCRTÖ'nden aldıkları puan ortalaması 143 olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak; Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde çalışan personelin toplumsal cinsiyet rolleri açısından eşitlikçi tutuma sahip oldukları ancak 42 olan yaş ortalamasından yukarı doğru eşitlikçi tutumda azalma olduğu, kadınların erkeklere göre, üniversite ve üstü öğrenim düzeyindekilerin daha düşük öğrenim düzeyindekilere göre, anne ve babası ortaokul ve üstü öğrenim düzeyindekilerin anne ve babası daha düşük öğrenim düzeyinde olanlara göre, eşleri üniversite ve üstü mezunu olup çalışanların eşleri daha düşük öğrenim düzeyinde olup çalışmayanlara göre, eşleri ile birlikte karar alanların diğerlerine göre daha fazla eşitlikçi tutumda oldukları belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Toplumsal Cinsiyet, Toplumsal Cinsiyet Rol tutumları, Sağlık

ABSTRACT

DETERMINATION OF PUBLIC GENDER ROLE ATTITUDES OF STAFF IN SAMSUN PUBLIC HEALTH DIRECTORATE

Emel KURŞUN

Ondokuz Mayıs University, Institute of Social Sciences

Department of Woman and Family Studies, M.A., July/2016

Supervisor: Prof.Dr. İlknur AYDIN AVCI

This study was conducted to determine the gender role attitudes of the staff working in the Directorate of Samsun Public Health. The study was conducted in accordance with the principles of descriptive research seeking relationship. The survey contains 225 staff working in Samsun Public Health Directorate. The staff who disagreed participating in the survey, and didn't have an active role in the institution during the survey and those who largely filled the data collection tools missing have been put out of the sample. On the other hand, 183 staff who agreed to take part in the survey were interviewed. The data in the survey has been collected by using the Identification Form, Descriptive Questionnaire and Social Gender Role Attitude Scale. In order to be able to perform the survey, ethical approval and consent of the governor have been obtained. In the evaluation of the data, t- test (independent samples t-test), Anova Test, Kruskal Wallis, Correlation and Analysis of Variance were used in (SPSS for Windows 12,0 (Statistical Package for Social Sciences) computer programme.

The main score of the participants were found to be 143 taken from the Social Gender Role Attitude Scale.

As a result; The staff working in the Samsun Public Health Directorate have egalitarian attitudes but those over 42 years old have less egalitarian attitudes. Women have more egalitarian attitudes compared to men. Personnel who have a university or a higher education level have egalitarian attitudes compared to those with lower education level. Staff whose parents have at least secondary school or a higher education level have more egalitarian attitudes compared to the ones whose parents have lower education level. Also, the personnel whose partners have a university education or a higher license education have more egalitarian attitude compared to those who have lower education level and unemployed partners. Those who take decisions together with their partners are determined to have more egalitarian attitudes than the others.

Key Words: Social Gender, Social Gender Role Attitudes, Health

ÖNSÖZ

Yüksek lisans öğrenimim boyunca bana emeği geçen bütün hocalarıma, tez çalışmamın her aşamasında kıymetli bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren tez danışmanım Sayın Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI'ya, çalışmamın ev sahipliğini yapan Samsun Halk Sağlığı Müdürü Sayın Dr. Mustafa KASAPOĞLU'na, değerli Müdür Yardımcılarına ve Şube Müdürlerine, çalışmam boyunca katkılarını sunan Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Şube Müdürü Sayın Uzm. Dr. H. Nilden ARSLAN'a, hayatımın her döneminde olduğu gibi bu dönemde de benden desteklerini esirgemeyen sevgili annem Songül KANCA, babam Kerim KANCA ve kardeşlerim Emre KANCA ve Devran KANCA'ya, tüm streslerime katlanan ve bana her an destek olan annem Emine KURŞUN, babam Mustafa KURŞUN, abim Zeki KURŞUN ve eşine, çalışmam boyunca her an yanımda olan, kolaylaştırıcım, sakinleştiricim, desteğim ve çok daha da fazlası olan sevgili eşim Fatih KURŞUN'a,

Çalışmaya katılarak çalışmanın başarılı bir şekilde uygulanabilmesine katkıda bulunan Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü çalışanlarına “çalışma arkadaşlarıma”, tez çalışmam boyunca stresli zamanlarımda bana destek olan ve sabır gösteren tüm arkadaşlarıma ve tezin tüm aşamalarında emeği geçen herkese çok teşekkür ederim.

Emel KURŞUN

Samsun-2016

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	i
TEZ KABUL VE ONAYI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ	v

GİRİŞ

1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
2. Araştırmanın Amacı.....	7
3. Araştırmanın Soruları.....	7

BİRİNCİ BÖLÜM

CİNSİYET VE TOPLUMSAL CİNSİYET

1.1. Cinsiyet	8
1.2. Toplumsal Cinsiyet	8
1.3. Cinsiyet Ayrımcılığı.....	9
1.4. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği	11
1.5. Toplumsal Cinsiyet Rollerini	15
1.6. Sağlık	17
1.7. Biyolojik Cinsiyet, Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık.....	19
1.8. Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Toplumsal Cinsiyet Algıları ve Tutumları ..	21

İKİNCİ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi.....	25
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	25
2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	25
2.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	25
2.5. Araştırmanın Değişkenleri	25
2.6. Veri Toplama Araçları	26
2.6.1. Tanıtıcı Özellikler Formu	26
2.6.2. Toplumsal Cinsiyet Tutumlarına İlişkin Soru Formu.....	26
2.6.3. Toplumsal Cinsiyet Rol Tutum Ölçeği	26

2.7. Verilerin Toplanması	28
2.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	28
2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	28
BULGULAR.....	29
TARTIŞMA.....	40
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	46
KAYNAKÇA.....	48
EKLER	53
ÖZGEÇMİŞ	61



KISALTMALAR

ASPB	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ILO	International Labour Organization
KSGM	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
TAYA	Türkiye Aile Yapısı Araştırması
TCRT	Toplumsal Cinsiyet Rol Tutumu
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1: Toplumsal Cinsiyet Rol Tutum Ölçeği ve Alt boyutları.....	28
Tablo 2: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	29
Tablo 3: Katılımcıların Aileleri İle İlgili Bazı Özelliklerin Dağılımı.....	30
Tablo 4: Katılımcıların Eşlerinin Yaş, Öğrenim ve Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı	31
Tablo 5: Aile İçinde Para Yönetimi ve Alınan Kararlara Katılım Dağılımı.....	32
Tablo 6: Katılımcıların Toplumsal Cinsiyet Rol Tutumlarına İlişkin Bazı İfadelere Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	33
Tablo 7: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ile TCRT Ölçeğinden Alınan Puanlar Arasındaki Farkın Dağılımı.....	35
Tablo 8: Katılımcıların Aileleri İle İlgili Bazı Özellikleri ile TCRT Ölçeğinden Alınan Puanlar Arasındaki Farkın Dağılımı.....	37
Tablo 9: Katılımcıların Eşlerinin Yaş, Öğrenim ve Çalışma Durumları ile TCRT Ölçeğinden Alınan Puanlar Arasındaki Farkın Dağılımı.....	38
Tablo 10: Aile İçinde Para Yönetimi ve Alınan Kararlara Katılım ile TCRT Ölçeğinden Alınan Puanlar Arasındaki Farkın Dağılımı.....	39

GİRİŞ

1. Problemin Tanımı ve Önemi

Tüm toplumlarda insanların doğuştan getirdiği biyolojik farklılıklar içinde bulunulan toplum tarafından kültürel olarak değerlendirilmektedir. Bu değerlendirme sonucunda da kadın ve erkeğin hangi davranış örüntülerini geliştirmeleri gerektiğine, hangi cinsiyetin güce hangi oranda sahip olacağına ya da olması gerektiğine karar verilmektedir. Bu doğrultuda kadın ve erkekten beklenenler toplumdan topluma ya da aynı toplum için farklı alt kesimlerde farklılık gösterebilmektedir (Günay vd., 2011: 158). Aile üyelerine verilen roller statülerine uygun olarak verilir ve sosyalizasyon sürecinde öğrendikleri bu rolleri yerine getirmeleri beklenir (Taylan, 2009: 129).

“Erkeklik” ve “Kadınlık” birbirlerini üreten metaforlar olarak ele alınmakta, güç, otorite, iktidar sahibi “erkeklik” gibi gözüke de her iki cinsiyet aslında karşılıklı etkileşim süreciyle birbirinin oluşumuna ve dönüşümüne neden olmaktadır (Uçan, 2012: 263). İnsanoğlunun kadın ve erkek olmasından kaynaklı ayrılığı-farklılığı, eşitliği-eşitsizliği, ayrımcılık gibi kavramların temelinde cinsiyet ve toplumsal cinsiyet kavramları yer almaktadır. Cinsiyet kişinin biyolojik olarak gösterdiği farklılıklar temelinde şekillenmektedir. Toplumsal cinsiyet ise toplumun biyolojik ön temelli olarak kadından ve erkekten ne beklediği, toplum içinde farklı cinsiyetleri sosyo-kültürel olarak nasıl konumlandığı ile ilgilidir. Toplum ayrımcı yaklaşımlarla tüm kadınları ve tüm erkekleri aynılaştırmakta, kadın ve erkek bu baskının altında sıkışmaktadır. Olumsuz beden imgesi algısı kadında toplumsal cinsiyet rolleri doğrultusunda pekiştirilmekte, fiziksel görünüm “kadınsı” olmanın temel şartı olarak kadına dayatılarak, güzellik merkezli bir rol biçilmektedir (Sezgin, 2015: 171). Kız çocukları başarılarıyla dikkat çektiğinde aileler bundan gurur duymakta ancak “iyi ol” ama “çok iyi olma” çift yönlü mesajı sürekli çocuğa verilmekte, bu mesajla büyüyen kadınlar başarının feminen rollerin kaybedilmesi anlamına gelmesi algısıyla başarıdan korkmakta; başarı için sürekli şartlandırılan erkekler bu ikilemleri yaşamamaktadır (Bekar, 2010: 105). Kadınlar bu süreçten daha olumsuz etkilenmekte, sosyal

işlevselliğini yerine getirememektedir. Toplumsal cinsiyet rolleri, cinsiyet ayrımcılığı, cinsiyet önyargıları gibi biyolojik farklılıklar ile açıklanamayacak kadar derin sorunlar nedeniyle kendini gerçekleştiremeyen, baskı altında bulunan, toplumda ikincil pozisyonda yer alan, ötekileştirilen ve erkeğin arkasından dünyaya bakabilen kadın erkeğe göre daha fazla psikolojik ve fizyolojik rahatsızlıklara sahip olmaktadır (Bal, 2014: 24).

DSÖ tarafından Amerika’da gerçekleştirilmiş bir araştırmada kadın sağlığını olumsuz etkileyen aile içi şiddet mağduru olan kadınların sağlık harcamalarının 2,5 kat, sağlık kuruluşlarına başvurularının da 2 kat arttığı ortaya konmuştur (DSÖ, 2005). Adölesan gebeliklerinin 15-19 yaş arası görülme sıklığı 1990’da %59 iken 2015’te yalnızca %51’gerilemiştir. 2012 yılında çoğu aslında önlenabilir nedenlere bağlı olan 1.3 milyon adölesan ölümü gerçekleşmiştir. Ölüm nedenlerinin çoğu her iki cinsiyet için ortak olsa da şiddet erkek çocuklarda, maternal nedenler kız çocuklarda en önde görülen sebeplerdir. Gelişmekte olan ülkelerde aile planlaması hizmetleri ile ilgili olarak kontraseptif yöntemlerin kullanım oranları %48’den yalnızca %58’e yükselmiştir. Yenidoğan ölümleri hala tüm çocuk ölümlerinin %45’ini tutmaktadır. Dünyada on iki aydan küçük bebeklerin yalnızca %59’u kayıt altındadır. Bu oran Güney Asya ve Sahra Afrikası’nda %33’e düşmektedir (DSÖ, 2015: 72-73-79).

Geleneksel toplumsal cinsiyet algısıyla kadına ve kız çocuğuna verilen değerler çocuk sahibi olma ve eşe itaat temelinde şekillenmesi; yoksulluk, başlık parası gibi ekonomik etkenler, gelenek görenekler, dini inanışlar, sosyal baskılar, eğitimsizlik gibi sosyal temellere dayanan nedenlerle birleşince erken yaş evliliklerinin oranını yükseltmekte, bu durumdan en çok kadın ve kız çocuklarının sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Bu durum kız çocuklarının eğitimleri kesintiye uğratmakta, eşitsizlikleri üretmekte, hak ve özgürlüklerinden mahrum bırakılmasına neden olmaktadır. Erken evlilik yapmış kız çocukları genel anlamda kadınların yaşadıkları olumsuzlukları daha fazla tecrübe etmektedir. Şiddet yaşama oranlarının 18 yaşından önce ve sonra evlenenlerde görülme oranları buna örnektir (Ertem, 2015).

Bir üniversite hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum kliniği ile doğuma yönelik hizmet veren özel dal eğitim hastanesinin jinekoloji polikliniğine başvuran hastalarla yapılan bir araştırma sonucunda; kadınların beşte birinin eşlerinin evlilikleri süresince kontraseptif yöntemlerden herhangi birini kullanmadığı, yöntem kullananların en yüksek oranda geri çekme yöntemini kullandığı, eşleri bu yöntemle

korunurken kadınların yarısına yakının en az bir defa istenmeyen gebelik yaşadığı, eğitim seviyesi yüksek olan erkeklerin daha yüksek oranda etkin kontraseptif yöntem kullandığı, erkeklerin eğitim seviyesinin yüksek olmasının kadınların üreme sağlığı hizmetlerinden faydalanması üzerine olumlu etkisi olduğu, ailede karar verme sürecinde erkeğin büyük oranda son sözü söylediği görülmüştür (Şahiner ve Akyüz, 2010). 2013 TNSA sonuçlarına göre evli kadınların %57'si doğurganlıklarını sonlandırmayı (artık başka çocuk sahibi olmayı istememekte) istemekte; %47'si ileride çocuk sahibi olmayı istememektedir, %9'unun ise tüpleri bağlanmıştır. İleride çocuk sahibi olmak isteyen %33 oranındaki kadınların %18'i ise bunun için en az iki sene beklemek istemektedir. Yani her 10 kadından 7'sinin aile planlaması hizmetleri kapsamında gebeliği önleyici ya da geciktirici aile planlaması yöntemlerine ihtiyaç duymaktadır (TNSA, 2014:116).

Evlenme yaşı doğrultusunda 15-49 yaş arasındaki evlenmiş kadınların evliliklerinde evlilik, boşanma ve isteyerek düşük konularında karar alma süreçlerine katılımı incelendiğinde; kadınların %7'si kendi onayı olmadan evlendirildiğini, boşananların %17'si boşanma kararını eşinin tek başına verdiğini, isteyerek düşüklerde ise %3'ü kararı eşinin verdiğini belirtmiştir. Kadınların toplumsal cinsiyet rollerine yönelik tutumlarını tespit etmek amacıyla aktarılan ifadelerden “ailede önemli kararlar erkekler tarafından alınmalıdır” ise kentsel bölgede yaşayan kadınların %8'i, kırsal bölgede yaşayan kadınların ise %22'si tarafından desteklenmiştir (TNSA, 2014: 190-192).

Kadın ve erkeğin yetişme sürecindeki uyarıların farklılığı, farklı eğitim yöntemleri, farklı uyarılar, kitaplar, resimler, medya, rol model olan erişkinler cinsiyet rollerini belirlemede, kadınlar için aile ve ev odaklı ince varlıklar olarak, erkekler zekaları ve cesaretleri ile tanımlanmakta, farklı kültürlerde kadın toplumsal yapı doğrultusunda özgür- eşit ile ikincil-bağımlı pozisyonlarında farklı konumlarda bulunmakta ancak genel olarak sosyal yapı kadını sosyalizasyon süreci içinde sınırlama eğilimindedir (Bekar, 2010: 103-107). Çocuğun büyüme sürecinde içinde bulunduğu toplumun kuralları ve davranış modelleri ile şekillenen toplumsal cinsiyet algısı; kadın ve erkek arasında cinsiyet ayrımı yoluyla pek çok eşitsizliğe neden olmakta, bu da her iki cinsiyet için de olumsuz sonuçları doğurmaktadır. Bu olumsuz sonuçların biri sağlık alanında yaşanmaktadır. Toplumsal cinsiyet ve sağlık arasında nedenleri ve sonuçları içeren sıkı bir bağ bulunmaktadır (Sezgin, 2015).

Geleneksel toplumsal cinsiyet algısı kadına karşı cinsiyet temelli eşitsizlik ile sonuçlanmakta, bu durum da kadının sağlığı üzerinde önemli olumsuz etkilere neden olmaktadır. İmplantasyon öncesi fetal cinsiyetin belirlenmesi, dişi fetüsün yaşamına son verilmesi, doğumun ardından cinsiyete göre emzirme süresindeki farklılıklar, anne ölümleri, töre ve namus cinayetleri, kadının biyolojik duyarlılığındaki farklılıklar nedeni ile HIV açısından iki ile dört kat daha fazla risk taşıması ve sosyal tabuların da kadınları risk altında ve savunmasız bırakması, kadına yönelik şiddet, tecavüz, kadın sünneti bu eşitsizliğe örneklerdir (Bal, 2014). DSÖ 2015 sağlık raporuna göre dünyada bugün yaşamakta olan 100 ila 140 milyon kadın, kadın sünnetine maruz kalmış, 15 milyon kız çocuğun 18 yaşının altında evlendirilmiş, her üç kadından birisi yakın partneri tarafından fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kalmıştır. 2014 yılında her dört genç kadından biri çocuk yaşta evlendirilmiştir (DSÖ, 2015).

Kadına yönelik şiddet cinsiyet ayrımcılığının, geleneksel toplumsal cinsiyet algısının bir sonucudur ve kadının fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde doğrudan ya da dolaylı yollarla birçok olumsuz şekilde etkilemektedir. Yetiştikleri ailede şiddete tanık olan kadınlar ileriki hayatlarında kendileri de şiddete daha fazla maruz kalmaktadır. Kadına yönelik şiddet ile ilgili 2007 yılında TÜBİTAK desteğiyle yapılan araştırma verilerine göre Türkiye’de her 3 kadından biri yani kadınların %35’i hayatları boyunca en az bir kere eşlerinden fiziksel şiddet görmektedir. Türkiye geneli için değerlendirildiğinde %35 olan bu oran doğuda %40’a çıkmaktadır (Altınay ve Arat, 2007). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması (2008) Türkiye’de evlenmiş kadınların, yaşamlarının herhangi bir döneminde eşleri veya birlikte oldukları kişi(ler) tarafından, %39’unun fiziksel şiddete, %15’inin cinsel şiddete, %42’sinin fiziksel veya cinsel şiddete, %44’ünün duygusal şiddet/istismara maruz kaldıklarını ortaya koymuştur. Yine aynı çalışmada kadınların %23’ü eşleri ya da birlikte oldukları kişi tarafından çalışmalarına engel olduğunu, her 10 kadından 1’i gebeliği sırasında fiziksel şiddete maruz kaldığını, fiziksel veya cinsel şiddet mağduru her 4 kadından 1’i yaşadıkları şiddet nedeniyle yaralandıklarını, eşleri ya da birlikte oldukları kişi tarafından fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalan her 3 kadından 1’i yaşamının herhangi bir döneminde hayatına son vermeyi düşündüklerini paylaşmıştır. Araştırma kapsamında görüşülen kadınların yaklaşık yarısı fiziksel veya cinsel şiddeti kimseye anlatmadıklarını, neredeyse tamamı resmi kurumlara veya sivil toplum kuruluşlarına yaşadıkları fiziksel veya cinsel şiddet olayı nedeniyle bir başvuruda bulunmadıklarını

ifade etmiştir. Araştırma sonucunda şiddet mağduru kadınların yaşadıkları şiddet konusunda yalnız kaldıklarını, haklarını savunmak için yeterli bilgi, donanım ve farkındalığa sahip olmadıklarını olamadıklarını göstermiştir (KSGM, 2010). 2014 yılında yapılan Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması’nda da yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirten kadınlar %36, cinsel şiddete maruz kaldıklarını belirtenler ise %12 oranındadır. Yani her 10 evlenmiş kadından 4’ü eşi veya birlikte oldukları erkekler tarafından fiziksel şiddet görmüştür. 18 yaşından önce evlenen kadınların neredeyse yarısı fiziksel şiddete, %20’si cinsel şiddete maruz kalmıştır. 18 yaşından sonra evlenmiş kadınlardan da her 10 kadından 3’ü fiziksel şiddete, her 10 kadından 1’i cinsel şiddete maruz kalmıştır. Eğitim ve refah düzeyi yükseldikçe şiddetin görünürlüğü azalsa da yok olmamaktadır. Yaş ile şiddete maruz kalma arasında da ters orantı görülmektedir. Araştırma bulguları 2008 yılında yapılmış araştırmanın bulgularıyla benzerlik göstermekte olup kadınların şiddet mağduriyetinin yaygın bir şekilde devam ettiği de görülmektedir (Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2015: 83).

Geleneksel toplumsal cinsiyet algısı nedeniyle güç ilişkilerinde zayıf olan ve şiddet mağduru olan kadının genel sağlık durumu da bu durumdan olumsuz etkilenmektedir. Türkiye’de kadınların %13’ü genel sağlık durumunu “kötü veya çok kötü” şeklinde değerlendirmektedir. Yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalmış kadınlarda ise bu oran, kır kent yaklaşık olarak her ikisinde de, iki kat daha fazladır. Son dört hafta içinde “çok veya aşırı derecede ağrı/rahatsızlık” hissettiğini söyleyen kadınların oranı Türkiye genelinde %29’dur. Şiddet mağduru kadınlar arasında bu oran %38’e yükselmekte, hiç şiddet mağduru olmamış olanlarda ise %24’e düşmektedir. Aynı şekilde şiddet mağduru kadınların son dört hafta içinde ruhsal sorunları yaşama oranları da diğerlerine göre daha yüksektir (Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2015:134-137).

Türkiye’de fiziksel ya da cinsel şiddet mağduru kadınların %25’i şiddet sonucunda yaralandıklarını belirtmiştir. Şiddet sonucunda tedavi gerektirecek kadar yaralanma düzeyi 2008 araştırmasında %41 iken 2014’te bu oran %47’ye yükselmiştir. Fiziksel ya da cinsel şiddet mağduru kadınlar, şiddet mağduru olmayanlara göre daha yüksek oranda ruhsal sorunlarla mücadele etmektedir. Şiddet mağduru kadınların en yüksek oranda mağduru olduğu ruhsal sorunlar arasında; kendini sinirli, gergin ve endişeli hissetme (%80), kendini hep yorgun hissetme (%79), hemen yorulma (%75),

kendini mutsuz hissetme (%70) vb. hususlar bulunmaktadır. Şiddet mağduru kadınların %44'ü yaşadıkları şiddeti hiç kimseyle ya da hiçbir kurumla paylaşmadıklarını belirtmiştir. Yerleşim açısından bakıldığında ise kırsal yerleşim için bu oran %55'e çıkmaktadır. Eğitim ve refah düzeyi yükseldikçe yaşanan şiddetin görünmezliği düşüş göstermektedir. Şiddet mağduru olan yaşamının herhangi bir döneminde hayatına son vermeyi deneyen kadınların oranı (%15) şiddet mağduru olmayanların (%3) beş katına denk gelmektedir. Şiddet mağduru olup sağlık kurumlarına başvuran kadınlara Türkiye genelinde eşi veya birlikte olduğu erkeğin fiziksel veya cinsel şiddeti sonucu yaralanan ve sağlık kurumuna başvuran kadınların %85 oranında yaralanma nedenleri sorulmuş olmakla birlikte, kadınların %24'ü sağlık personelinin davranışlarından memnun olmadıklarını, %63,3'ü ilgili kurum ve kuruluşlara yönlendirilmediğini ifade etmiştir (Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2015:125-162-426).

Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddete yaklaşımlarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada; katılımcıların %95,7'si kadına yönelik şiddeti kadına zarar veren fiziksel eylem şeklinde tanımlamış, %59,5'i kadına yönelik şiddetin kültürel dayanağının toplumda erkek egemenliği, %15,9'u şiddetin toplumda kabul görmesi, %15,9'u da kadının toplumda birey olarak kabul edilmemesi olduğunu belirtmiş, "kadınlar tahrik yaratarak tecavüze zemin hazırlar" yargısına %61,7'si katılmıştır. Katılımcıların %31,9'u yasaların kadına yönelik şiddete yapacağı fazla bir şey olmadığı, %28,7'si aile yaşamının özel olduğu, yaşananlara kimsenin müdahale etmemesi gerektiği yargılarına katılmıştır. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddetle ilgili yeterli bilgileri olsa da şiddete yaklaşımlarının toplumsal önyargılarla paralellik gösterdiği görülmüştür (Yazıcı ve Mamuk, 2010).

Kadınların sağlık sorunları, hastalık riskleri, mevcut sağlık hizmetlerine kadınların ulaşımı ve bu hizmetleri gerçek anlamda kullanabilmesi, içinde bulunulan toplumsal yapı kadın sağlığı ve toplumsal cinsiyet konularındaki en temel sorunlardır. Kadının içinde bulunduğu çevrenin geleneksel toplumsal cinsiyet algısına sahip olması kadının bu hizmetlere ulaşmasında bir engeldir. Geleneksel toplumsal cinsiyet algısı, toplumsal cinsiyet eşitsizliği kadına ve erkeğe farklı roller vermekte, kadın için aleyhinde olan bir tablo çizmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimde bu tablo kadın için bir engel oluşturmakta, buna ek olarak hizmet sunumunda toplumsal cinsiyet temelli sağlık ihtiyaçlarının gözetilmemesi bir de geleneksel toplumsal cinsiyet algısına sahip

sağlık hizmeti planlayıcıları ve sağlık hizmeti sunucuları kadının karşısında sağlık sisteminden kaynaklı sorunlar olarak yer almaktadır (KSGM, 2011: 6). Toplumsal olarak erkek normunun toplum normu olarak kabul görmesi politikalara, bu yolla sunulan hizmetlere yansımakta, bu doğrultuda da tüm yapı erkek üzerinden şekillenmekte ve sonuç da toplumsal cinsiyet eşitsizliği olmaktadır (Sezgin, 2015: 157).

Literatür taraması yapıldığında Sağlık Bakanlığı'nın yeni teşkilatlanması da göz önüne alınırsa, Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde görevli sağlık personellerinin toplumsal cinsiyet rol tutumlarının belirlenmesine yönelik bir çalışma bulunmadığı görülmüştür. Farklı gruplara yönelik çalışmalar yapılmıştır ancak sağlık personeli üzerinde yapılan çalışmalar yetersizdir. Geleneksel toplumsal cinsiyet bakış açısına sahip olma kadın açısından içinde bulunduğu toplumda dezavantajlı bir konumda bulunmasına sebep olmaktadır. Bir de sağlık hizmetleri planlayıcılarının ve sunucularının geleneksel toplumsal cinsiyet bakış açısına sahip olması kadının dezavantajlı durumunu destekleyecek ve kadının sağlık hizmetlerine erişmesinde en büyük engellerden biri olacaktır. Bu nedenle sağlık personellerinin toplumsal cinsiyet rol tutumları kadının sağlık hizmetlerine ulaşması açısından belirleyici ve çok önemlidir. Bu çalışma Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden örnekle sağlık personelinin toplumsal cinsiyet rol tutumlarının geleneksel mi yoksa eşitlikçi mi olduğunu ortaya çıkaracaktır.

2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde görevli personelin toplumsal cinsiyet rol tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

3. Araştırmanın Soruları

1. Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde görevli personelin toplumsal cinsiyet rol tutumları nedir?

2. Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde görevli personelin toplumsal cinsiyet rol tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?

BİRİNCİ BÖLÜM

CİNSİYET VE TOPLUMSAL CİNSİYET

1.1. Cinsiyet

Cinsiyet (sex) kişinin kadın ya da erkek olarak doğuştan sahip olduğu genetik, fizyolojik ve biyolojik özellikleridir (Coşkun ve Özdilek, 2012: 32).

İnsanlar “kadın” ve “erkek” olarak sınıflandırılmakta, yapılan bu cinsiyet ayrımıyla kişilerin fiziksel olarak sahip olduğu özellikler ayrıştırılmakta ve tanımlanmaktadır. İki cinsiyet arasındaki farklılıklar prenatal dönemde görülmekte, yapılan bu ayrıştırma yoluyla XX kromozomuna ve üreme organı olarak vajinaya sahip olan kadınlar ve XY kromozomuna ve üreme organı olarak penise sahip olan erkekler biyolojik olarak farklılıkları vurgulanarak gruplandırılmıştır. Şu önemlidir ki “cinsiyet” kavramında yapılan tüm ayrıştırmalar kişilerin biyolojik temelleriyle ilgilidir. Dişi fetüs iki X kromozomuna sahip olmanın getirdiği avantajla daha hızlı gelişmekte, X kromozomlarından birindeki problemi diğer X kromozomu ile baskılanmakta, daha yüksek kalp hızına sahip olmakta, daha az spontan abortus, perinatal ve yenidoğan mortalitesi ile karşılaşmaktadır (Bekar, 2010: 102).

1.2. Toplumsal Cinsiyet

Cinsiyet tamamen biyolojik temellere dayalı bir kavramken, kelimenin önüne eklenen “toplum” aslında “toplumsal cinsiyet (gender)” e ilişkin tanımlamalarda gerekli açıklamayı bir anlamda bünyesinde barındırmaktadır. Toplumsal cinsiyet toplumun biyolojik olarak “kadın” ya da “erkek” olarak tanımlanan bireyleri nasıl gördüğü; “kadın”ı “kadınsılık” ya da “kadınlık” olarak, “erkek”i de “erkeksilik” ya da “erkeklik” olarak toplum içinde nasıl şekillendirdiği ile ilgilidir. Rice ve Kohl toplumsal cinsiyeti “bireyi kadınsı ya da erkeksi olarak karakterize eden psikososyal özellikler” olarak tanımlamıştır (Akt. Hepşen, 2010: 13).

Toplum tarafından kadın ve erkek için inşa edilmiş davranış kalıplarını ifade eden toplumsal cinsiyet kavramı; kadın ve erkek arasındaki farklılıkların biyolojik farklılıktan daha fazlası olduğunu, toplumun belirli bir zaman diliminde oluşturduğu

gibi sabit kalmadığını ve bu farklılığın evrensel bir tanıma da sığdırılamayacağını, çünkü zaman içinde değişerek farklılaştığını belirtmektedir (Sezgin, 2015: 155). Temelde iki cinsiyet arasındaki görüntüdeki ve davranışlardaki farklılık, temelinde genetik ve çevresel etkilerin kompleks etkileşimiyle oluşmaktadır (Bekar, 2010: 101).

Bir başka tanımda toplumsal cinsiyet “kadın” ve “erkek”in farklı toplum ve değişik kültürlerdeki tanımlamaları olarak ele alınmıştır. Aynı kültürde farklı zamanlarda ya da farklı kültürlerde aynı zaman diliminde farklılık gösterebilen toplumsal cinsiyet öğrenilebilir bir kavramdır. Sosyal yapılandırma sonucu oluşan ve değiştirilebilir olan toplumsal cinsiyet kadın ve erkeğin toplum tarafından yapılandırılmış kişilik özellikleri, rol, sorumluluk ve davranışları kapsamakta; kadın ve erkeğin farklı yaratıklar olarak görülmesine, her bir cinsin kendisine ait imkanları, rolleri ve sorumlulukları olmasına neden olmaktadır (Coşkun ve Özdilek, 2012: 32).

1.3. Cinsiyet Ayrımcılığı

Toplum tarafından oluşturulmuş toplumsal cinsiyet rollerinin neden olduğu, kişinin insan haklarından faydalanmasına engel olan her türlü ayrımcılık, dışlanma ve engellenme durumu toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılık olarak tanımlanmakta ve bu durum kadının eğitim, çalışma, karar mekanizmalarına katılım, sağlık gibi birçok alanda mevcut haklardan, kaynaklardan ve olanaklardan eşit düzeyde faydalanmasına engel olmaktadır (KSGM, 2008: 29). CEDAW kadınlara karşı ayrımcılığı şu şekilde tanımlamıştır:

Siyasal, ekonomik, sosyal, kültürel, kişisel veya diğer alanlardaki kadın ve erkek eşitliğine dayanan insan haklarının ve temel özgürlüklerin, medeni durumları ne olursa olsun kadınlara tanınmasını, kadınların bu haklardan yararlanmalarını veya kullanmalarını engelleme veya hükümsüz kılma amacını taşıyan veya bu sonucu doğuran cinsiyete dayalı her hangi bir ayırım, dışlama veya kısıtlama (TBMM, 2016).

“Toplumsal cinsiyet ayrımları hem kadınların hem de erkeklerin yaşamını şekillendirir ve sonuçta bu çeşitlilik sadece farklılıktan daha fazla anlam taşır. Öyle ki; kadın kategorisinde olma erkek kategorisinde olmaya göre, kadınların kaynaklara daha az ulaşmasını ve elde etmesini haklı gösterir” (Akın ve Demirel, 2003: 73). “Cinsiyet ayrımcılığı” toplum içinde kadının erkeğe göre birçok alanda düşük pozisyonda yer almasını anlatmakta, kadının ekonomik bağımlılığı, karşı gelememesi, hayır diyememesi onun için riski artıran bir etken olmakta, gelişmiş ve gelişmekte olan

ülkelerde kadınların hastalık yükünün büyük bir kısmına tecavüz ve kadına yönelik şiddet neden olmaktadır (Akın, 2007: 4).

“Kadın ve kız çocuklarının insan hakları, evrensel insan haklarının ayrılmaz bir parçasıdır. Kadınların, ulusal, bölgesel ve uluslararası düzeyde siyasi, sivil, ekonomik, sosyal ve kültürel yaşama eşit ve tam katılımı; cinsiyete dayalı her türlü ayrımcılığın ortadan kaldırılması, uluslararası toplumun birincil hedefidir.” (Akt. KSGM, 2008:Viyana Deklarasyonu ve Eylem Programı, Bölüm 1, Parag. 18).

Kadın eğitim sürecinde, sağlık hizmetlerine erişimde ve bu hizmetlerden faydalanma sürecinde, istihdama ve siyasete katılımı, ailede karar verme sürecine katılımı, ekonomik kaynaklar üzerinde söz sahibi olmada, kaynaklara ulaşmada ve elde etmede bir anlamda yaşamı boyunca her adımda cinsiyet ayrımcılığının mağduru olmaktadır. Kadının toplumsal olarak karşılaştığı tüm bu eşitsizlikler en temelde toplumsal cinsiyet ayrımından kaynaklanmaktadır (Özvarış, 2008: 169).

Türkiye nüfusunun %49,8’ini kadınlar oluşturmaktadır. Toplam nüfusta okuma yazma bilmeyenlerin erkeklerin oranı (%1,8) kadınların oranının (%9,2) beş katıdır. Lise ve dengi okul mezunu erkeklerin oranı %23,2, kadınların oranı %15’tir. Yüksekokul ya da fakülteden mezun olma durumlarına bakıldığında ise erkeklerin oranı %16,2 iken kadınların oranı %11,7’dir (25 yaş üstü toplam nüfus içinde) (TÜİK, 2014). Türkiye’de istihdam oranı erkeklerde %64,8 iken kadınlarda %26,7’dir. İş gücüne katılım oranı erkeklerde %71,3 iken kadınlarda %30,3’tür. Kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe işgücüne katılım oranları artmaktadır. Okur-yazar olmayan kadınların işgücüne katılım oranı %16, lise altı eğitim düzeyine sahip kadınların %25,8, lise mezunu kadınların %31,9, yükseköğretim mezunu kadınların oranı ise %71,3’tür. İşgücüne dahil olmama nedenleri arasında da kadınlar için en önde gelen neden ev işleriyle meşgul olma iken erkekler için böyle bir neden söz konusu değildir. Kadınlar tüm eğitim düzeylerinde erkeklerden daha düşük ücret almaktadır (TÜİK, 2014-2015). TNSA kapsamında görüşülen kadınlardan evli olanların temel çalışmama nedenleri arasında ev kadını olmak (%29) ve çocuk bakımı (%28) yer almaktadır. Ayrıca tüm kadınların %17’si eşlerinin ya da ailelerinin çalışmalarına izin vermediğini belirtmiştir. Eğitim ve refah düzeyi yükseldikçe çalışmama nedeni olarak ev kadınlığının belirtilme oranı azalmaktadır. Kadınların %25’i ise evlendiklerinde işten ayrıldıklarını belirtmiştir (TNSA, 2014: 181).

Cinsiyet ayrımcılığı kadına yönelik şiddetin temelinde yer almakta ve kadının şiddet mağdurluğu doğrultusunda da biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan birçok sağlık sorunuyla karşılaşmaktadır (Yazıcı ve Mamuk, 2010). Şiddet mağduru kadınlarla yapılan bir araştırmada kadınların fiziksel şiddet nedeniyle kalıcı ortopedik ve başka tıbbi sorunlar yaşadıkları, sosyal konumları sebebiyle ilgili kurumlara bildirimde bulunmaktan çekindikleri, şiddeti kaderleri olarak görüp kabul ettikleri, eğitim seviyesi düşükçe kadınların şiddeti kabul etme eğiliminde olduklarını göstermiştir (Kılıç vd., 2014). TNSA 2008'den TNSA 2013'e kadınların eşlerinden fiziksel şiddete maruz kalmalarını sorulan nedenlerden en az biriyle doğru bulanların oranı %25'ten %13'e düşmüş olsa da hala şiddeti kabul etme eğilimde olan kadınların olduğunu destekler niteliktedir. Şiddetin araştırma kapsamında belirtilen nedenlerden en az birini doğru bulma oranı, eğitim ve refah düzeyi yükseldikçe azalmaktadır. Şiddetin doğru bulunması kırsalda %24 iken kentte yaşayan kadınlarda bu oran %11'e düşmekte ancak hem kentte hem kırdaki "çocukları ihmal etme" fiziksel şiddeti kabul edilebilir kılan en büyük neden olarak görülmektedir (TNSA, 2014: 186-187).

1.4. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği

Eşitlik kişilerin kendilerini gerçekleştirebilecekleri bir yaşamsal ortamın sağlanması ve buna engel olabilecek toplumsal ve siyasi engellere izin verilmemesi olarak; eşitsizlik ise önlenemez olmasından hareketle adil olmayan farklılıklar olarak tanımlanmaktadır. Kadın ve erkeğin genetik, fizyolojik ve biyolojik farklılıkları eşitsizlik olarak değerlendirilmemektedir (Şimşek, 2011: 120). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ise kaynağını toplumun kadın ve erkek algısından almakta, kadınların haklarını ve özgürlüklerini kullanmasını engelleyen, cinsiyete bağlı kasıtlı davranışlar olarak tanımlanmakta ve sağlık, eğitim, istihdam, kaynaklara erişme, karar verme mekanizmalarına katılım ve temsil gibi birçok alanda kadınların dezavantajlı olmalarına neden olmaktadır (Bal, 2014).

Bazı bölgelerde kadın ve erkek arasındaki eşitsizlik yaşam ve ölümü de kapsamaktadır. Ataerki toplumlarda kız çocuktansa erkek çocuğun istemesi şeklinde kendisini gösteren cinsiyet ayrımcılığı doğumda eşitsizlik; toplumdaki eril üstünlüğün yeterli beslenme ve sağlık bakımı konusunda eşitsizliği sonucunda kadın ve kız çocukların erkeklerden yüksek ölüm hızları ise ölümden eşitsizlik olarak kendini göstermektedir (Tokuç, 2015: 2).

Toplumlarda kadının statüsünün değerlendirmesinin yapılabilmesi için incelenecek bazı hususlar vardır. Bu soruların cevapları kadınların o toplum içinde erkeklerle ne kadar eşit koşullara sahip olduklarını ya da olmadıklarını göstermektedir. Örneğin kadınların erkeklerle aynı haklara sahip olup olmadığı, yüksek oranda bir kadın grubunun adaletsizlik ve eşitsizlik hissi gösterip göstermediği, kadınların çalışma olanakları, iş gücüne katılım oranları, gelir dengesi, boş zaman dağılımının cinsiyete göre farklılığı, eş seçiminde kadın kontrolü, ilk evlenme yaşı, eşler arasındaki ortalama yaş farkı, çok eşlilik olup olmadığı, miras hakkı, bekaretin önemi, görücü usulü evlilik, başlık parası gibi hususların söz konusu olup olmadığı, ailede karar vermeye katılım, eğitim olanakları, ortalama yaşam süresi, kadınlarda mortalite oranının daha yüksek olup olmadığı, üreme sağlığı istatistikleri, birtakım hastalıkların (mental hastalıklar gibi) kadınlarda görülme oranının yüksek olup olmadığı gibi sıralanabilecek hususlarda kadının durumu o toplumda kadının statüsünü yansıtmaktadır (Bekar, 2010: 106-107).

Hem sağlık göstergelerinde hem de sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklere neden olan bir kavram yoksulluktur (Bahar ve Aydoğdu, 2011: 131). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği sonucunda dünyada ve Türkiye’de işgücüne katılımı kadınların sayısındaki artışa rağmen yoksul kadınların oranındaki yükselmenin de devam etmesi “yoksulluğun kadınlaşmasına” neden olmaktadır. Düşük istihdam oranlarına sahip, ücretsiz aile işçiliği yapan, eş ve aileye bağlı gelire sahip olan kadınlar yoksulluğu erkeklerden daha fazla tecrübe etmektedir (Bal, 2014: 21). Eğitim olanaklarına eşitsiz erişime sahip olan, kaynaklara ve gelire erkekle eşit biçimde ulaşamayan, işgücü piyasasında ikincil konumda bulunan, kayıt dışı çalışma oranı yüksek olan, çocuk ve yaşlı bakımı gibi devlet tarafından sunulmayan hizmetleri karşılıksız üstlenen, mülkiyet ve gelirin kontrolünde eşit düzeyde söz sahibi olamayan, emekleri değersiz bulunan kadın için yoksulluk erkek için olduğundan daha büyük bir problem olmaktadır (Ulutaş, 2009).

Toplumsal cinsiyet eşitliği; aile hayatı, çalışma hayatı, hukuk düzenlemeleri, eğitim, siyaset, din ve sağlık gibi toplumsal kurumlar içinde mevcut kaynakları, fırsatları ve gücü kadın ve erkeğin kullanımındaki eşitliği ifade etmekte iken, toplumsal cinsiyet eşitsizliği de bu toplumsal kurumlar içinde bir cinsiyetin diğerine göre daha çok güce sahip olmasını, diğerinin daha güçsüz olmasını yani cinsiyetler

arası eşitsizliği anlatmaktadır. Toplumsal cinsiyet temelli eşitsizlikler şu şekilde gruplandırılmıştır (Coşkun ve Özdilek, 2012: 33):

Haklarda eşit(siz)lik: Hak temelli cinsiyet eşitsizliği tüm toplumlarda sosyal, ekonomik, yasal ve siyasal haklar açısından görülmektedir. Toplumsal cinsiyet indeksleri geliştirilerek ispatlanmış olan eşitsizliğin varlığı; kadınların aile reisliği, toprak sahipliği, mülkleri yönetme, iş kurma ve yürütme gibi konularda erkeklerle eşit olmayışı şeklinde tüm toplumlarda yer almaktadır (Coşkun ve Özdilek, 2012: 33).

Kaynaklarda eşitsizlik: Kadınlar eğitim, iş, toprak ve sermaye gibi kaynaklara sahip olmada erkeklerden sonra gelmektedir ve ayrımcılığa yol açan geleneksel yaklaşımlar nedeniyle kız çocukları eğitim olanaklarından yararlanmada ikincil konumda yer almaktadır. Eğitimde cinsiyet eşitliğinin sağlanması sağlık göstergelerini iyileştirebilecek bir husustur (Coşkun ve Özdilek, 2012: 33, Erdoğan vd., 2012: 1854).

Ekonomik faaliyet alanında eşitsizlik: Kadının emeği değersiz görülmekte, ev içinde kadının emeğinin kullanımında kadın mağdur olmakta, ücretsiz aile işçisi olarak ücret karşılığı olmadan çalışmakta, işe alınmada ücretlerin belirlenmesinde ayrımcılığa uğramakta, iş yerinde cinsel taciz mağduru olmakta, kayıt dışı sektörde, geçici, gündelik, yarı zamanlı işlerde çalışmaktadır. Gelir boyutunda öğrenim ve çalışma yaşamından dışlanan kadınlar gelire ulaşamamakta, gelir dağılımı açısından dezavantajlı grupta yer almakta, erkeklere göre yoksullaşmakta, erkeklerle aynı sektörde çalıştıkları alanlarda daha az gelir elde etmekte, elde ettikleri geliri harcama noktasında karar verme gücü bulunmamaktadır (Coşkun ve Özdilek, 2012: 33, Şimşek, 2011: 121).

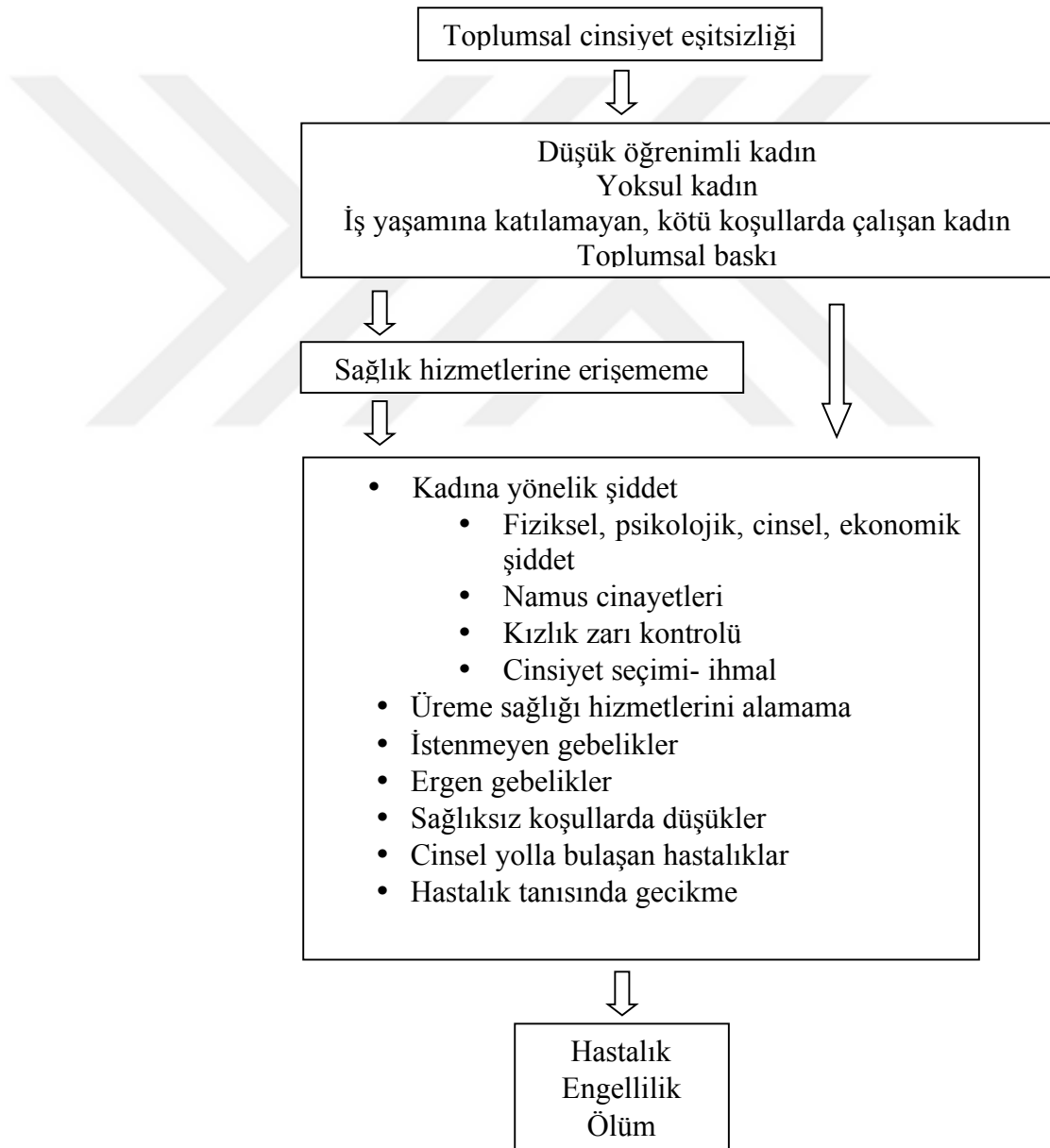
Sağlık ve bağlantılı hizmetlere erişebilmede eşitsizlik: Kadınlar kendi üreme ve cinsel sağlıklarıyla ilgili karar alma süreçlerinde aktif olamamakta, bazı toplumlarda kadın sünneti ve üreme organlarına yönelik diğer müdahalelerin mağduru olmakta, çocukluk dönemi hastalıkları, kötü beslenme, anemi ve birçok hastalığın önlenmesi ve tedavisi için sunulan sağlık hizmetlerine ve temel sağlık kaynaklarına ulaşmada eşitsizliklerle karşılaşmaktadır (Coşkun ve Özdilek, 2012: 33).

Şiddet, taciz ve istismar: Kadınlar aile içinde fiziksel, duygusal, ekonomik, cinsel şiddet mağduru olmakta, kadın ve kız çocukları alınıp satılarak fahişeliğe zorlanmakta, cinsel istismar mağduru olmakta, savaş durumlarında cinayet, sistematik

tecavüz, cinsel kölelik ve gebeliğe zorlanmakta, uluslararası seks ticaretinin nesnelere olmaktadır (Coşkun ve Özdilek, 2012: 33).

Kamusal yaşam ve siyasal alanda eşitsizlik: Seçme ve seçilme hakkına uzun süre sahip olamayan ve bu kazanımlara sahip olabilmek için uzun süren mücadeleler gerçekleştirmiş olması gereken kadınlar nadir olarak siyasi partilerin yönetim organlarında görev almaktadır (Coşkun ve Özdilek, 2012: 33).

Tüm bu alanlardaki eşitsizlik kadının en çok üreme sağlığını etkilemektedir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadının üreme sağlığına etkisi Şimşek tarafından şu şekilde gösterilmiştir (Şimşek, 2011:122):



Şekil 1: Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadının Üreme Sağlığına Etkisi (Şimşek, 2011:122)

1.5. Toplumsal Cinsiyet Roller

Rol kişinin örgütlü bir yapı içinde bulunduğu pozisyonu, bu pozisyon doğrultusunda yerine getirmesi gereken sorumlulukları, sahip olduğu ayrıcalıkları, diğer insanlarla ilişkilerinde etkili olan kuralları ifade etmekte iken toplumsal cinsiyet rolleri; toplum tarafından kültürel ve sosyal olarak kadına ve erkeğe biçilmiş özellikleri, davranışları kapsamaktadır (Coşkun ve Özdilek, 2012: 34). Toplum bireylerin biyolojik cinsiyetlerini temel alınarak toplumsal cinsiyet kavramını şekillendirmekte; biyolojik temeller doğrultusunda kadın ve erkekten toplumsal olarak bir takım rolleri yerine getirmesini beklemektedir. Kadın ve erkekten beklenen bu toplumsal cinsiyet rolleri farklı kültürel özellikler doğrultusunda farklı toplumlarda, farklı zamanlarda değişkenlik gösterebilmektedir. Farklı kültürlerin habercisi olarak farklı coğrafyada yaşayan bir topluluk ya da toplumun kadın ve erkekten beklediği roller diğerlerinininkiyle aynı olmayabilmektedir (Bingöl, 2014: 109).

Kadın ve erkeğin sosyal statüleri ve rolleri arasındaki farklılıklar doğal gereklilik olarak kabul edilebilir noktaya ulaşmıştır. Farklı kültürler her bir cinsiyetin kendisine ait sorumlulukları, rolleri, imkanları olduğunu kabul etmekte, kadını ve erkeği sosyal yapılandırma sürecinde ayrı bir yere koymaktadır. Ancak her bir toplumda kadın ve erkek için farklı değerlendirmeler olsa dahi toplumlarda ortak fikir olarak kadın çocuk doğurma ve emzirmeyle, erkek ise savaşmak ve avlanmakla sorumlu olduğudur (Bekar, 2010: 100).

Kamusal alanın “doğal” olarak erkeğe ait olması, ev işleri ve aile ile ilgili alanların “doğal” olarak kadına ait olması ve kadın işi olması fikrinin birçok toplum tarafından benimsenmiş ve uygulanıyor olması kadının ve erkeğin toplumdaki farklı konumunun bir göstergesidir. Bu kapsamda kamusal alanın temsilcisi erkekten güçlü olması, ailesini geçindirmesi; kadından ise sabırlı ve anlayışlı olması, yemek pişirme, temizlik, çocuk bakımı gibi işlerle evin yeniden üretimini sağlaması beklenmektedir (Günay vd., 2011: 158).

Türkiye’de küçük çocukların gündüz bakımı %88 oranında anne tarafından karşılanmakta iken yalnızca %2 oranında babanın küçük çocuklara gündüz bakımı sağladığı görülmektedir. Hanede ev işlerinin kimin tarafından yapıldığına bakıldığında ise yemek yapma %95, ütü %89, çamaşırların yıkanması %94, bulaşıkların yıkanması %93, basit dikiş işleri %93, akşamları çay servisi %90, sofranın kurulup kaldırılması

%92 oranında kadın tarafından yapılmaktadır. Bu işlerin yapılmasında kız ve erkek çocuklarının durumları incelendiğinde ise kız çocuklarının erkeklere oranda bu işleri en az %10 oranında daha fazla yaptıkları görülmektedir. Aylık faturaların ödenmesi %74, küçük bakım onarım işleri %70, evin badana boyası %47 ağırlıklı olarak erkek tarafından yerine getirilen faaliyetler arasında yer almaktadır (TAYA, 2014: 239-247).

TÜİK verilerine göre kadınların hane halkı ve aile bakımı faaliyetlerine ayırdığı süre günlük 4 saat 17 dakika iken erkek günde 3 saat 58 dakika istihdam faaliyetlerine zaman ayırmaktadır. Çalışan kadınlar hane halkı ve aile bakımı faaliyetlerine günlük ortalama 3 saat 31 dakika zaman harcamakta iken çalışan erkekler ise bu faaliyete 46 dakika ayırmaktadır. Çalışmayan kadınlarda hane halkı ve aile bakımı faaliyetlerine ayırdıkları süre 4 saat 59 dakika iken çalışmayan erkeklerde bu süre 1 saat 7 dakikadır (TÜİK, 2014-2015). TNSA kapsamında görüşülen kadınların %52'si “küçük çocukları olan kadınlar çalışmamalıdır”, %73'ü de “kadınlar evlendiklerinde bakire olmalıdır” ifadelerine katılmıştır. %75'i “yemek, bulaşık, çamaşır, ütü ve temizlik gibi ev işlerini erkekler de yapmalıdır” ve “kadınlar siyasette daha çok yer almalıdır” ifadelerini desteklemiştir (TNSA, 2014: 190).

Kadınların aileleri ve toplumun yeniden üretimi için hane içinde yaptıklarının kullanım değeri olsa dahi parasal karşılığının bulunmaması, bu faaliyetlerin üretim faaliyeti olarak görülmesine engel olmakta, değersizleştirmekte ve kayıtların dışında kalmasına neden olmaktadır. Ek olarak kadın çalışma yaşamında katılsa dahi erkeklerden farklı olarak hane halkı ve aile bakımı gibi karşılıksız çalışma biçimleriyle ilgili işler kadının sorumluluğu olmaya devam etmekte; bu durum da kadının eğitim ve ilerleme imkanını kısıtlamakta, düşük statü ve ücrete sahip işlerde çalışmalarına neden olmaktadır (Özçatal, 2011: 22). Ek olarak evin kadınlar tarafından ekonomik faaliyet alanına dönüştürüldüğü, niteliksiz işlerde ve enformel istihdam edildiği bir çalışma biçimi olan “evde çalışma” biçimi gündeme gelmektedir. Bu çalışma biçimi bir yandan kadına üretim ve işgücü esnekliğini sunarken aynı zamanda toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin de yeniden üretilmesine neden olmaktadır (Erdut, 2011: 56-57).

Seksenden fazla işi içeren, asla bitmeyen, sürekli tekrara ihtiyaç duyulan, ücreti olmayan, değerlendirilmesi gerektiğinde ücretsiz olduğu için değerli görülmeyen ev işleri geleneksel iş bölümünde kadınların yükümlülüğündedir. Erkek ise evin “ekmeğini kazanmakla” sorumludur. Gelinek noktada artık kadın da “ekmek kazanma” rolünü yerine getirmektedir ancak ev işleri ile ilgili benzer bir rol paylaşımı

değişikliği söz konusu değildir. Kadının önündeki engellerin büyük bir kısmı kaldırılmış gibi gözükse de kadının toplumda eşitsiz muamele görmesine neden olan kimliğin şekli, sosyal statünün psikolojik ve yapısal öğeleri, değerler, gelenekler ve inançlar gibi temeller kadının ikincil durumunu desteklemeye devam etmektedir (Bekar, 2010: 101).

1960 yıllarda bütün erkeklerin maskülen, bütün kadınların da feminen olmadıklarının fark edilmesi üzerine; kadın ve erkekten öte insan olma özelliklerini belirtmek için Yunanca erkek anlamına gelen “andro” ile kadın anlamına gelen “gyne” kelimelerinin birleştirilmesinden oluşan “androjen” kavramına dikkat çekilmiştir. Geleneksel kadınsı ve erkeksi sınıflamalarına karşı çıkış olan bu kavram insanların hem kadınsı hem erkeksi olabileceklerini ifade etmektedir (Coşkun ve Özdilek, 2012: 34).

Gebelik ve doğum farklı birçok kültürde “kadın işi” olarak görülmeye devam etmekte, babalar yok sayılmaktadır. Cinsiyete yönelik beklentileri etkileyen fizyolojik, ekonomik, politik değişiklikler, eğitim seviyesi, inançlar, toplumsal cinsiyet algısı gibi hususlar ebeveynliğe dair beklentileri de etkilemekte, kadın ve erkek bu beklentiler doğrultusunda içinde buldukları toplumda ebeveyn olarak da şekillenmektedir. Toplumsal cinsiyet rolleri doğrultusunda temel sorumluluğu “ev”i olan kadın anne olduğunda çocukla ilgili sorumluluğu birincil olarak üstlenmekte, baba olan erkek ise toplum tarafından kaynak sağlayıcı rolüyle kendisinden beklenenleri “eve ekmek getirme” rolünü yerine getirmektedir (Ergin ve Özdilek, 2014).

1.6. Sağlık

DSÖ sağlığı “yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmıştır (DSÖ, 1948). Ancak bu tanım hiç kimsenin bedensel ve ruhsal yönlerden tam bir iyilik haline sahip olamayacağı düşüncesi ile eleştirilmiş, bireylerin üretken olduğu sürece sağlıklı olarak değerlendirilebileceği belirtilmiştir (Koyun vd., 2011: 67). “Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bağlamında sağlık, soyut bir durumdan çok fonksiyonel terimlerle anlatılabilen bir sonuca ulaşma aracı olarak, insanların bireysel, sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşam sürmesine izin veren bir kaynak olarak düşünülmektedir” (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Sağlık kavramı kadın açısından incelendiğinde kadın sağlığını etkileyen çok fazla etken bulunduğu görülmektedir. Toplumsal faktörler, kadının bireysel sağlık durumu, sağlık hizmetlerinin kalitesi, doğurganlık davranışı, eğitim, istihdam ve sağlığa neden sonuç ilişkisiyle bağlı olan toplumsal cinsiyet bu etmenlerden bazılarıdır (Özbaş ve Özkan, 2010: 541). DSÖ'nün kadın sağlığı tanımı kadının her yönden iyilik haline ek olarak fiziksel, duygusal ve sosyal iyiliğini içermesi, biyolojileri kadar sosyal, kültürel, politik ve ekonomik boyutların da kadının iyilik hali üzerinde etkili olmasına yer vermektedir (DSÖ, 2011).

Fiziksel, duygusal, kültürel ve sosyal açılardan çok boyutlu bir iyilik halinde olmaları şeklinde tanımlanmakta olan kadının sağlık durumu yalnızca biyolojik iyilik haliyle geçerli değildir. Biyolojik ve sosyal ilişkilerin karmaşık ilişkisi, toplum, kültürel değerler, çalışma ortamı, sosyo-ekonomik yapı, politikalar gibi etmenler kadınların sağlık ya da hastalık durumunun tespitinde etkili olmaktadır. Biyolojik açıdan mevcut farklılıklar ve kadın ve erkeğin toplumsal konumu doğrultusunda sağlık ve hastalık örüntüleri açısından kadınlar ve erkekler arasında belirgin farklılıklar mevcuttur. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin sunumu da genel bir bakış açısından ziyade cinsiyet ve yaş temelinde gerçekleştirilmelidir (Meran ve Şahin, 2014: 2).

Kadın sağlığı denildiğinde ilk olarak üreme sağlığı ve aile planlaması akla gelmektedir. DSÖ'nün üreme sağlığı tanımı şu şekildedir: "Üreme sistemi işlevleri ve sürecine ilişkin bütün alanlarda yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali ve aynı zamanda insanların doyurucu ve güvenli cinsel yaşamları, üreme yetenekleri olması ve bu yeteneği kullanıp-kullanamayacakları, ne zaman, ne sıklıkta kullanacakları konusunda karar verme özgürlükleri olması" (Akt. Çevik vd., 2015: 14).

Sağlık tanımı ile aynı şekilde üreme sağlığı da her yönden iyilik halini ve buna ek olarak da karar verme özgürlüğünü ele almaktadır. Ancak kadının sağlık sorunlarının yalnızca üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili sorunlarmış gibi düşünmek, kadının farklı sağlık sorunlarının da olduğunu göz ardı edilmesine neden olmaktadır (KSGM, 2011: 5).

Türkiye'de doğumdan beklenen yaşam süresi erkekler için 74,8, kadınlar için 79,3'tür. Bebek ölümleri oranı 2013 yılında 1000 canlı doğumda 7,8 iken 2014'te 7,6'ya düşmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2014-2015: 18). Genel olarak bakıldığında bebek

ve çocuk ölümlerinin azalması ve doğumdan beklenen yaşam süresindeki artış sağlık alanındaki iyileşmenin temel göstergeleri olarak değerlendirilmektedir. Sağlık alanında bu iyileşmeleri sağlayabilmenin yolu da eğitim sisteminde iyileşmeler sağlamaktan geçmektedir. Eğitimdeki gelişme gelir seviyesindeki yükselmeye birlikte sağlığı geliştirmekte, fiziksel ve zihinsel olarak sağlıklı olan bireyin de eğitim alma olasılığı yükselmektedir (Erdoğan vd., 2012: 1853). Eğitim düzeyindeki yükselme kişilerin sağlık hizmetlerine erişme konusunda daha istekli ve becerikli olmalarıyla ilişkilidir (Bahar ve Aydoğdu, 2011: 132).

1.7. Biyolojik Cinsiyet, Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık

Bireyin kadın ve erkek olarak doğuştan sahip olduğu genetik ve biyolojik özellikler “cinsiyet” (sex) olarak; toplum tarafından şekillenen, sosyalizasyon sürecinde öğrenilen, toplumun “kadın” ve “erkek” olarak bireylerden ne beklediğini belirten, kadın ve erkek olarak biyolojik temelli toplumsal beklentilerin şekillendirdiği roller bütünü de “toplumsal cinsiyet” (gender) olarak tanımlanmaktadır. Sağlık DSÖ tarafından bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal olmak üzere her yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır (DSÖ, 1948).

Toplumsal yaşamın “kamusal alan” ve özel alan” olarak ikiye ayrılması ve “özel alan”ın kadın odaklı “kamusal alan”ın erkek odaklı inşa edilmesi ile biyolojik cinsiyetten toplumsal cinsiyete bir dönüşüm yaşanmıştır (Şimşek, 2011:120). Birey; doğuştan gelen biyolojik özellikleri doğrultusunda içinde yaşadığı toplumun toplumsal cinsiyet algıları ve toplumsal cinsiyet rolleri çerçevesinde o toplumda bir yer edinmektedir. Toplumdan topluma ve farklı zamanda aynı toplumda farklılık gösteren toplumsal cinsiyet algısının aynı toplumda aynı zaman diliminde ancak farklı eğitim ve ekonomik seviyelerine sahip kısımları arasında da farklılık göstermektedir. Toplumsal cinsiyet kadını ve erkeği toplum içinde şekillendirmekte; bebek doğar doğmaz hatta doğmadan genital organları şekillenir şekillenmez “kız” ve “erkek”e ait iletişim zinciri şekillenmekte, bu iletişim sosyalleşme sürecinde kişiden kişiye geçerek zaman içinde herkesi kapsamaktadır. Cinsiyetlerin farklılığı üzerine dayanan bu iletişim insanlar fark etmeden gittikçe evrensel ve alışkanlık haline gelmektedir (Bekar, 2010: 102).

Kadın sağlığı ve toplumsal cinsiyet konularındaki temel iki sorundan ilki kadınların sağlık sorunları ve hastalık riskleri, diğeri ise mevcut sağlık hizmetlerine

kadınların erişimi ve bu hizmetlerin kadınlar tarafından gerçek anlamda kullanılabilmesidir (KSGM, 2011: 6).

Kadınlar ve erkekler yaşamları boyunca cinsiyete özel hastalıklara karşı risk taşımaktadırlar. Örneğin serviks ve meme kanseri kadınlarda, prostat ve testis kanseri erkeklerde gelişebilecek hastalıklardandır. Kadınların üreme sağlığı ile ilgili sorunları yaşama ihtimalleri erkeklerden daha yüksektir. Kadınların üreme sağlığı yüklerinin erkeklere göre daha yüksek olması kadınların erkeklere göre daha fazla hastalık ve sakatlık yaşamasına neden olmaktadır. Kadınların ve erkeklerin üreme ile ilgili hastalık yükleri karşılaştırıldığında kadınların hastalık yükünün (%36,6), erkeklerinkinin (%12,3) üç katı olduğu görülmektedir (Özvarış, 2008: 170). Ayrıca birçok tıbbi müdahalede kadın ve erkek farklı yanıtlar verebilmektedir. Örneğin arter yapısı daha küçük olan kadınlarda anjiyoplasti kadınlarda daha riskli ve daha az başarılıdır. Bu açıdan bakıldığında kadın ve erkeğe sunulan sağlık hizmetlerinin “etkili” ve “uygun” olması kadın ve erkeğin tam olarak aynı sağlık hizmetlerini alacağı anlamını taşımamaktadır (Coşkun ve Özdilek, 2012: 35).

Kadınlar toplumsal cinsiyet nedeniyle eğitim olanaklarına ulaşmada engellerle karşılaşmakta, bu nedenle de sağlıklarını koruma, tedavi etme, sağlık hizmetlerine ulaşma konularında sınırlı bilgiyle hareket etmektedir. Bu davranış da birtakım hastalıkların görmezden gelinmesine, sonraki süreçte de tedavi süreçlerinin uzamasına neden olmaktadır (Sezgin, 2015: 158).

Türkiye’de kadınların karşılanmamış aile planlaması ihtiyaçlarının TNSA 2013’te TNSA 1993’teki oranın üçte biri düzeyinde olduğu görülmektedir. 15-49 yaşlarındaki evli kadınların %79’u aile planlaması hizmetlerini talep etmektedir. Bu talebin %93’ü karşılanmış olup, %60’ı modern yöntem ile karşılanmıştır. Doğumların arasını açma talebi (%54), doğumlara son verme talebinden (%26) iki kat fazla görülmüştür. Evli kadınların %6’sının karşılanmamış aile planlaması ihtiyaçları bulunmakla birlikte bu oranın %3’ünü doğurganlığı sınırlama, %3’ünü ise doğumların arasını açmaya ilişkindir. Kırsal alanda yaşayan kadınların karşılanmamış aile planlaması ihtiyaçları (%8) kentte yaşayan kadınlara göre (%5) daha fazladır. Bölgesel farklılık düzeyinde ise Batı bölgesinde %4 iken Doğu bölgesinde bu oran (%12) bir hayli yükselmektedir. Ek olarak eğitim ve refah seviyesi yükseldikçe karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı düşmektedir (TNSA, 2014: 120-122). Kadınlara ortalama ideal çocuk sayısı sorulduğunda alınan cevaplar göstermiştir ki, eğitim ve refah seviyesi

yükseldikçe sayı düşüş göstermektedir. Bölgesel olarak incelendiğinde ise Doğu Anadolu bölgesinde ideal çocuk sayısının en yüksek olduğu görülmüştür (TNSA, 2014: 123-125). İstenmeyen doğumların oranı doğum sırası büyüdükçe artmaktadır. Son beş yıl içinde gerçekleşen doğumların %11'inin sonraki bir zamanda olması tercih edilmiş, %13'ü ise istenmemiştir. Annenin yaşı arttıkça istenmeyen doğum oranı yükselmektedir (TNSA, 2014: 126-127).

Erkeğin toplum tarafından “ekmek parası kazanma” rolü ile yetkilendirilmesi ile erkekler daha fazla risk almakta, mesleki nedenlere bağlı ölümler erkeklerde daha çok görülmektedir. Ek olarak kaynaklara ulaşma açısından daha güçlü olan erkekler için bir diğer problem tehlikeli maddelerle karşılaşma ve bu maddeleri kullanma riskinin daha yüksek olmasıdır. Alkol bağlantılı trafik kazaları ve şiddet nedeniyle ölüm riskiyle erkekler daha fazla karşılaşmaktadır. “Erkeksi alışkanlıklar” olarak tanımlanan bu durum temelde erkeklerin bu riskle karşılaşmasının nedenidir. Erkeklerin biyolojik duyarlılıklarına ek olarak risk almaya eğilimli olmaları erkekler arasında kalp hastalıklarının neden olduğu “erken ölümler” olarak kendisini göstermektedir (Özvarış, 2008: 170).

1.8. Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Toplumsal Cinsiyet Algıları ve Tutumları

Sağlık hizmetlerinde karar vericilerin ve hizmet sunucularının toplumsal cinsiyet eşitliği perspektifinden bakmaması toplumsal olaylarda tanıyı ve korunma önlemlerini ve hatta çözümlerini geciktirmektedir. Sağlık hizmetleri ile ilgili politika, strateji ve uygulama geliştirilmesi sürecinde toplumsal cinsiyet eşitliği bakış açısına sahip olunmaması, sağlık hizmeti sunanların toplumsal cinsiyet eşitliğini destekler, hatta gerektiğinde pozitif ayrımcılık taraftarı olmaması özellikle kadın sağlığı hizmetleri açısından problem oluşturmaktadır (Özvarış, 2008: 173).

Yoksulluğu erkekten daha fazla tecrübe eden kadının yoksulluk ve dolayısıyla toplumsal cinsiyet temelli yaşadığı sağlık sorunlarının sağlık personeli tarafından tabandaki nedenin fark edilebilmesi temel problem noktasıdır. Kadının sağlık bakım hizmetlerine ulaşması konusunda multidisipliner bir çalışma ile yol gösterici olması, kadın sağlığını koruyan ve geliştiren davranışların pekişmesinde aile ve topluma yol gösterici olması, kadın hakları ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği savunuculuğu doğrultusunda gerçekçi ve çözümleyici planlamalar yapması hemşirelerin rolleri arasında yer almaktadır (Yakıt ve Coşkun, 2013: 36).

Sağlık çalışanlarında toplumsal cinsiyet farkındalığının yeterli olmadığı durumda; kadının içinde bulunduğu çevre, aile, toplumsal konum, kültür ve değerlerin bir bütün olarak değerlendirilmediğinde sunulan hizmetler sadece fiziksel rahatsızlıklara odaklanmış hale gelmekte ve kadının psikososyal, toplumsal, kültürel ve ekonomik yönleri ihmal edilebilmektedir (Coşkun ve Özdilek, 2012: 31-32). Ayrıca kadınların sağlık gereksinimlerini konusunda farkındalık düzeyinin yükselmesi ile kadınların yaşamları boyunca sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde rol alan bir uzmanlık alanı olan kadın sağlığı alanında uzmanlaşmış hemşirelere de gereksinim doğmuştur. Sağlık hizmeti sunucuları ve planlayıcıları arasında kadın sağlığı alanında uzmanlaşmış hemşirelerin olmayışı ya da yetersizliği de bu hemşirelerin; bakım verici, iletişim ve kişiler arası ilişkiler, sağlık eğitimi ve danışmanlık rolleri ve profesyonel rolleri doğrultusunda kadınların sağlık hizmetlerine erişimine katkı sağlayamaması şeklinde kendini göstermektedir (Meran ve Şahin, 2014).

DSÖ 1980 yılında Kadın Sağlığı ve Gelişimi Bölümü'nü kurmuş, bu bölüm tarafından dünyada yapılan çalışmalarda elde edilen veriler ve sorunlara yönelik çözüm önerilerini 1997 yılında yayınlanmış olan "Violence Against Women. A Priority Health Issue" isimli dokümanda sunmuştur. Kadına yönelik şiddetin öncelikli bir sağlık sorunu olarak tanımlandığı bu dokümanda sağlık çalışanları ve hekimin üstlenebileceği rollere yer verilmiştir. Sağlık çalışanları için kadına yönelik şiddetin öncelikli problem olma nedenleri sıralanmış; kadın nüfusunun önemli bir bölümü için (birçok ülkede kadın nüfusunun %20'den fazlası) şiddetin yaygın ve ciddi sağlık sorunları yaratmakta olduğu ve birçok kadın için sağlık çalışanlarının ilk ilişki kurdukları ve mahrem sayılabilecek öykülerini anlatabilecekleri kişiler olduğu belirtilmiştir (DSÖ 1997).

Sağlık Bakanlığı tarafından Aile içi Şiddetle Mücadele Projesi kapsamında 2015-2016 yılları içinde düzenlenen eğitici eğitimleri ile her bir sağlık personelinin toplumsal cinsiyet ve kadına yönelik şiddet konularında eğitim alması amaçlanmaktadır. Bu kapsamda kadına yönelik şiddetle mücadele ederken müdahalenin merkezinde şiddet gören kadının güvenliğini sağlamayı koyan sağlık personelinin şiddet vakası ile karşılaşması durumunda olayın bir kez ortaya çıkan tek bir şiddet vakası olarak düşünülmemesi gerekliliği, şiddetin tekrarlama olasılığının çok yüksek olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenle de sağlık personelinin risk değerlendirmesi yapmaları, kadının şiddet karşısında güvenlik durumunun

belirlenmesi istenmektedir. Sağlık personelinin eğitimlerinin tamamlanmasının ardından şiddet mağduru kadının temas noktasında kadınla birlikte güvenlik planlarının oluşturulması beklenecektir (ASPB, 2015).

Şiddet toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin en önemli sonuçlarından ve şiddet mağduru kadının ilk temas noktalarından biri sağlık personelidir. Kadına yönelik şiddetin önlenmesinde özellikle birinci basamakta sağlık çalışanlarının mesleki sorumlulukları oldukça yüksektir. Özellikle aile hekimleri şiddete engel olmak amacıyla yapılacak çalışmalarda büyük öneme sahiptir. Sağlık çalışanlarının şiddeti ortaya çıkarmaya yönelik güven veren yaklaşımları, fiziksel ve psikolojik semptomlarını ve etkilerini de belirleyerek şiddet olgularına tanı koyma, tedavileri, gerekliyse sevkleri, risk değerlendirmesi, güvenlik planı için kadına destek olunması, gerekli mevzuat ve destek ağları konusunda bilgilendirme, ihtiyaç durumuna göre diğer kaynaklara kadının yönlendirilmesi, izleme planı geliştirme, kayıt tutma, raporlama ve ilgili kurumlara bildirimde bulunma, kadına yönelik şiddet konusunda sosyal farkındalık yaratılması amacıyla halk eğitimi çalışmalarını planlama ve uygulama, şiddet ile ilgili çalışan diğer kurumlarla işbirliğinde bulunma gibi rolleri mevcuttur (Demir ve Oskay, 2015: 37). Saldırgandan tekrar zarar görmekten korkma, utanma, kendini suçlama, çevresinin konu ile ilgili bilgi sahibi olmasını istememe, inanılmayacağı düşüncesi, sosyal destek sistemindeki yetersizlikler, etiketlenme kaygısı, çalışanlara güvenmeme gibi nedenlerle kadınlar cinsel saldırı suçlarını gizleme eğilimindedir. Sağlık personelinin yargılayıcı olmayan, empatik ve güven içeren bir iletişimdeyse şaşırma, dehşet, tiksinti ve inanmadığını gösteren tavırlar sergilemesi kadının mağduriyetini pekiştirir ve yaşadığı deneyimi gizli tutma eğilimini destekler. Bu nedenle de sağlık personelinin bilhassa hemşirelerin rolü mağdur kadınların yaşadıklarını, duygularını ifade edebilmesi ve gizleyici olmaktansa bildirimde bulunulması açısından çok önemlidir (Temel ve Şişman, 2013).

Hekimin ve hemşirelerin; aile içi şiddet mağduru olan kadınların, eş istismarına ilişkin belirti ve işaretlerini; uyarıcı işaretlerin varlığında ya da periyodik sağlık muayenelerinde yürütülecek düzenli taramalarda saptaması toplumsal cinsiyet ayrımcılığı nedeniyle şiddet mağduru kadına yönelik sunulacak hizmetlerde önemli bir yer almaktadır (Yetim ve Şahin, 2008: 51). Sağlık hizmetlerinin planlayıcıları ve sunucuları toplumsal cinsiyet ayrımcılığının ve temelinde yatan nedenlerinin farkında olmalı, hangi cinsiyetin hangi nedenlerle ve hangi konularda dezavantajlı grupta

olduğunun bilincinde olmalı, savunuculuk ve multidisipliner çalışmalarla çözüme yönelik faaliyetlerde yer almalıdır. En temelde ise sağlık hizmetlerinin planlayıcıları ve sunucularının kendileri ayrımcı uygulamalarda bulunmamalıdır (Akın, 2007: 7).



İKİNCİ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma ilişki arayan tanımlayıcı araştırma ilkelerine uygun olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde yapılmıştır. Araştırma verileri 01 Ekim- 31 Aralık 2015 tarihleri arasında toplanmıştır.

2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde görevli 225 personelin tamamı oluşturmaktadır. Araştırmada evrenin tamamına ulaşmak amaçlanmış ancak araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, araştırma döneminde Müdürlüğe bağlı farklı birimlerde (Toplum Sağlığı Merkezleri, Aile Sağlığı Merkezleri vb.) görevlendirilmiş personel ve araştırmaya katılmayı kabul etse de toplumsal cinsiyet rol tutum ölçeğini yarıda bırakan ya da eksik dolduranlar personeller örneklem dışı bırakılmıştır. 10 Kişinin anketi bu nedenle geçersiz sayılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 183 kişi örneklemi oluşturmuştur.

2.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Araştırma tarihinde Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde görevli olma,
- Araştırmaya gönüllü olarak katılma,
- Araştırmanın yapıldığı tarihte izinli ya da raporlu olmama araştırmaya alınma kriterlerini oluşturmaktadır.

2.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni: Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde çalışan personelin toplumsal cinsiyet rol tutumları.

Araştırmanın bağımsız değişkeni: Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde çalışan personelin toplumsal cinsiyet rol tutumlarını etkileyen yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, en uzun süre yaşanan yer, unvan, gelir, aile tipi, anne ve babanın öğrenim durumu, kardeş sayısı, medeni durum, evlilik süresi, çocuk sahibi olma, eşin yaşı, eşin öğrenim durumu, eşin çalışma durumu, ailede para yönetimi, ailede alınan kararlara katılım gibi faktörler.

2.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veriler, konu ile ilgili literatür taranarak hazırlanmış, Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde görevli personelin tanıtıcı bilgilerini içeren Tanıtım Formu, Tanımlayıcı Soru Formu ve toplumsal cinsiyet rol tutumlarını belirlemeye yönelik Toplumsal Cinsiyet Rol Tutum Ölçeği ile toplanmıştır.

2.6.1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen Tanıtıcı Özellikler Formu Müdürlük bünyesinde görevli personelin ve ailelerinin sosyo-demografik verilerini, ailede para yönetimini ve alınan kararlara katılımı belirlemek amacıyla düzenlenmiş bir formdur. Tanıtım formunda, personelin yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, unvan, gelir durumu, medeni durumu, aile tipi, ailede para yönetimi ve alınan kararlara katılım vb. özelliklerini belirlemeye yönelik 18 soru mevcuttur (Ek 1).

2.6.2. Toplumsal Cinsiyet Tutumlarına İlişkin Soru Formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak geliştirilmiş olan Toplumsal Cinsiyet Tutumlarına İlişkin Soru Formunda katılımcıların düşüncelerine uygun olma ya da olmama açısından değerlendirerek “evet”, “hayır” ya da “kısmen” şeklinde cevap verebilecekleri, toplumsal cinsiyet rol tutum ölçeğinde yer almayan, toplumsal cinsiyetle alakalı 19 ifadeye yer verilmiştir (Ek 2).

2.6.3. Toplumsal Cinsiyet Rol Tutum Ölçeği

Toplumsal Cinsiyet Roller Tutum Ölçeği ise, üniversite öğrenimi gören öğrencilerin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla 2008 yılında Zeyneloğlu tarafından geliştirilmiştir. Toplam 38 maddeden oluşan Toplumsal Cinsiyet Roller Tutum Ölçeği 0-5 arası puanlanmaktadır. Ölçek, öğrenciler toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi tutum cümlelerine; tamamen katılıyorsa “5” puan, katılıyorsa “4” puan, kararsızsa “3” puan, katılmıyorsa “2” puan, kesinlikle

katılmıyorsa “1” puan alacak şekilde puanlandırılmıştır. Toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin geleneksel tutum cümleleri ise; yukarıda belirtilen puanlamanın tam tersi olarak, öğrenciler tamamen katılıyorsa “1” puan, katılmıyorsa “2” puan, kararsızsa “3” puan, katılmıyorsa “4” puan, kesinlikle katılmıyorsa “5” puan alacak şekilde puanlandırılmıştır. Bu puanlama şekli ile ölçekten alınabilecek en yüksek puan 190; en düşük puan ise, 38 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınan en yüksek değer öğrencinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi tutuma sahip olduğunu, en düşük değer ise öğrencinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin geleneksel tutuma sahip olduğunu göstermektedir. Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeğinin Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı 38 madde için “0.92” olarak bulunmuştur. Bu sonuç, ölçek maddelerinin birbiriyle yüksek iç tutarlılığa ve yüksek güvenirliliğe sahip olduğunu göstermektedir (Zeyneloğlu, Terzioğlu, 2011).

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS for Windows 12,0 (Statistical Package for Social Sciences) bilgisayar programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde normallik testi yapılmış; normal dağılım gösteren verilere T-testi, Pearson Korelasyon ve Varyans Analizi, normal dağılım göstermeyen verilere ise Kruskal Wallis Varyans Analizi yapılmıştır. Anlamlı çıkan gruplar arası farklılıkların değerlendirmesinde Tukey ve Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Ayrıca, araştırmanın bulgularının değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ve yüzdeler kullanılmıştır.

Bu araştırmada ölçekten alınan puan ortalamaları, verilen min. ve max. puanlar ve cronbach alfa değerleri Tablo 1’de gösterilmiştir (Ek 3).

Tablo 1: Bu Araştırmada Toplumsal Cinsiyet Rol Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puan Ortalamaları

	X ± SD	Min. Değer	Max. Değer	Cronbach α	Cronbach α *
Toplam (TCRTÖ)	143,361 ± 20,885	88	185	,90	,92
Eşitlikçi Cinsiyet Rolü	33 ± 5,8	32	34	,81	,78
Kadın Cinsiyet Rolü	25 ± 6,2	10	40	,76	,80
Evlilikte Cinsiyet Rolü	33 ± 5,1	13	40	,78	,78
Geleneksel Cinsiyet Rolü	26,4 ± 6,1	11	40	,74	,78
Erkek Cinsiyet Rolü	23 ± 4	7	30	,67	,72

*Orijinal Ölçeğin Cronbach α'sı (Zeyneloğlu ve Terzioğlu, 2011)

2.7. Verilerin Toplanması

Araştırmada elde edilen veriler Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde görevli olan tüm personele elden dağıtılmış ve bu araştırma doğrultusunda bilgilendirilme yapılmıştır. Formlar katılımcılar tarafından bizzat doldurulmuş, formların uygulama süresi 15-20 dakika sürmüştür. Formlar uygulanmadan önce 5 kişilik bir gruba ön uygulama olarak doldurulmuştur. Bu kişiler kapsam dışı bırakılmıştır.

2.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma süresince etik ilkeler doğrultusunda hareket edilmiştir. Uygulamaya başlamadan önce Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 27/02/2015 tarihli Etik Kurul Onayı (Ek 4) alınmıştır. Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde uygulama yapılabilmesi için Valilik Makamınının 17/03/2015 tarihli Olurları (Ek 5) alınmıştır.

2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma sadece Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde çalışan personelle sınırlıdır. Veriler sadece burada çalışan personele genellenebilir.

BULGULAR

Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼'nde çalışan personelin toplumsal cinsiyet rol tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler		Sayı	%
Yaş		X±SD = 42±0,5	(Min-Max=21-57)
Cinsiyet	Kadın	93	50,8
	Erkek	90	49,2
Öğrenim Durumu	İlköğretim	10	5,5
	Lise	48	26,2
	Üniversite ve Üştü	125	68,3
En Uzun Süre Yaşanan Yer	İl merkezi	140	76,5
	İlçe ve köy	43	23,5
Mesleği	Doktor	15	8,2
	Hemşire	32	17,5
	Ebe	24	13,1
	Memur*	71	38,8
	Diğer sağlık alışanları**	41	22,4
Gelir Durumu	Gelirleri Giderlerinden Az	79	43,2
	Gelirleri Giderlerine Eşit	74	40,4
	Gelirleri Giderlerinden Fazla	30	16,4
Medeni Durum	Evli	152	83,1
	Bekâr	31	16,9
Evlilik Süresi		X±SD = 17±0,5	(Min-Max=1-35)
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Erkek çocuğu olanlar	45	29,6
	Kız çocuğu olanlar	37	24,3
	Hem erkek hem kız çocuğu olanlar	63	41,4
	Çocuğu olmayanlar	7	4,7

*Mühendis, İştistiki, Veri Hazırlama Kontrol İşletmeni, şoför, Personel

**Sosyal alışmacı, Sosyolog, Psikolog, Çocuk Gelişimci, Diyetisyen, Tıbbi Sekreter, Çevre Sağlığı Teknisyeni, Toplum Sağlığı Teknisyeni, Tıbbi Teknolog, Kimya Teknisyeni

Tablo 2’de katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine yer verilmiştir. Araştırmaya katılan personelin yaş ortalaması 42 olduğu ve yaşların 21 ile 57 arasında değiştiği saptanmıştır. Kadınların %50,8’ini, erkeklerin %49,2’sini oluşturmuş olduğu katılımcıların %68,3’ü üniversite ve üstü, %26,2’si lise düzeyi öğrenim durumuna sahip olmakla birlikte %76,5’inin en uzun süre yaşadığı yer il merkezleridir. Katılımcıların %38,8’ini memurlar (Mühendis, İstatistikçi, Veri Hazırlama Kontrol İşletmeni, Şoför, Personel, Memur), %22,4’ünü diğer sağlık çalışanları (Sosyal Çalışmacı, Sosyolog, Psikolog, Çocuk Gelişimci, Diyetisyen, Tıbbi Sekreter, Çevre Sağlığı Teknisyeni, Toplum Sağlığı Teknisyeni, Tıbbi Teknolog, Kimya Teknisyeni), %17,5’ini hemşireler, %13,1’ini ebeler ve %8,1’ini doktorlar oluşturmaktadır. Gelir açısından %43,2’sinin gelirlerinin giderlerinden az, %40,4’ünün gelirlerinin giderlerine eşit olduğu görülmektedir. Katılımcıların %83,1’i evli olup ortalama evlilik süresi 17 yıldır. Evlilik süreleri de 1 ile 35 yıl arasında değişmektedir. Çocuk sahibi olma durumu açısından %41,4’ünün hem erkek hem kız, %29,6’sının yalnızca erkek, %24,3’ünün yalnızca kız çocuğu vardır.

Tablo 3: Katılımcıların Aileleri İle İlgili Bazı Özelliklerin Dağılımı

Değişkenler		Sayı	%
Aile Yapısı	Çekirdek aile	166	90,7
	Geniş aile	17	9,3
Annelerinin Öğrenim Durumu	Okur-yazar değil	43	23,5
	Okuma-yazar	55	30,1
	İlkokul mezunu	68	37,2
	Ortaokul mezunu ve üzeri	17	9,2
Babalarının Öğrenim Durumu	Okur-yazar değil	4	2,2
	Okuma-yazar	42	23,0
	İlkokul mezunu	70	38,3
	Ortaokul mezunu ve üzeri	65	35,5
Kardeş Sahibi Olma Durumu	Kardeşi olmayanlar	8	4,4
	Erkek kardeşi olanlar	27	14,8
	Kız kardeşi olanlar	34	18,5
	Hem kız hem erkek kardeşi olanlar	114	62,3

Tablo 3’de katılımcıların aile yapıları, anne ve babalarının öğrenim durumları ve kardeş sahibi olma durumlarına yer verilmiştir. Katılımcıların %90,7’si çekirdek aile yapısına sahiptir. Anne ve babaların öğrenim durumuna bakıldığında %37’sinin annesinin ilkokul mezunu, %38,3’ünün babasının ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Katılımcıların annelerinin %23,5’i okur-yazar değilken babalarının %2,2’si okur-yazar değildir. Ortaokul ve üzeri öğrenim düzeyine sahip annelerin oranı %9,3 iken babaların oranı %35,6’dır. Katılımcıların %62,3’ünün hem kız hem de erkek kardeşi vardır.

Tablo 4: Katılımcıların Eşlerinin Yaş, Öğrenim ve Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı

Değişkenler		Sayı	%
Yaş		X±SD=43±7,1	(Min- Max=26±60)
Öğrenim Durumları	İlköğretim	28	18,4
	Lise	26	17,1
	Üniversite ve Üstü	98	64,5
Çalışma Durumu	Çalışanlar	102	67,1
	Çalışmayanlar	50	32,9

Tablo 4’de katılımcıların eşlerinin yaş, eğitim düzeyi ve çalışma durumlarına yer verilmiştir. Katılımcılardan eşlerinin yaşları ortalaması 43±7,1 olup, eşlerin yaş aralığı 26 ile 60 yaş arasında değişiklik göstermektedir. Katılımcıların eşleri %64,5’i üniversite ve üstü, %18,4’ü ilköğretim ve %17,1’i lise mezunu olup, eşlerden %67,1’i herhangi bir işte çalışmaktadır.

Tablo 5: Aile İçinde Para Yönetimi ve Alınan Kararlara Katılım Dağılımı

Değişkenler		Sayı	%
Para Yönetimi	Erkeğin söz sahibi olması	17	11,2
	Kadının söz sahibi olması	3	2,0
	Herkesin kendi kazandığını harcaması	16	10,5
	Tek bütçenin ortak yönetimi	116	76,3
Eşlerin Ailede Alınan Kararlara Katılım Durumu	Kararları kendisinin alması	4	2,6
	Kararların eş tarafından alınması	2	1,3
	Kararların birlikte alınması	146	96,1

Tablo 5'te katılımcıların aileleri içinde para yönetimi ve alınan kararlara katılım konusunda dağılımlarına yer verilmiştir. Katılımcıların %76,3'ünün aile içinde para yönetimi tek bütçenin eşler tarafından ortak yönetimi biçiminde olup, katılımcıların %96,1'inin aile içindeki kararları eşlerin birlikte aldığı saptanmıştır.

Tablo 6: Katılımcıların Toplumsal Cinsiyet Rol Tutumlarına İlişkin Bazı İfadelere Verdikleri Cevapların Dağılımı

İfadeler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Kısmen Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%
1.Kadınlar ve erkekler yaratılış olarak farklı mizaçlara sahiptir. Kadınlar daha duygusal ve hassas, erkekler ise daha sert ve güçlüdür.	116	63,4	8	4,4	59	32,2
2.Kadın ve erkek arkadaş olamaz. Arkadaşlık hemcinsler arasında kurulabilen bir ilişkidir.	16	8,7	129	70,5	38	20,8
3.Kadının toplumdaki yeri erkekten sonra gelmektedir	31	16,9	112	61,2	40	21,9
4.Kardeşlerden erkek olan çocuk kız çocuğunu koruyup kollamalıdır.	67	36,6	42	23,0	74	40,4
5.Medya kadının toplumdaki ikincil durumunu pekiştirmektedir.	85	46,4	40	21,9	58	31,7
6.Kadının toplumdaki ikincil durumunun düzeltilmesi için yapılan çalışmalara erkeğin katılımı çok önemlidir.	160	87,4	4	2,2	19	10,4
7.Kadınlar hamilelik süreci ve çocuğun doğumundan sonra kullandıkları izinler nedeniyle işlerinden uzaklaşmakta, bu durum da iş uyumlarını olumsuz etkilemektedir.	57	31,1	69	37,7	57	31,1
8.Kadınlar işyerlerinde daha çok modadan, evlerindeki problemlerinden, arkadaşlarından bahsetmekte daha az çalışmaktadırlar.	16	8,7	118	64,5	49	26,8
9.Kadın idarecilerle çalışmak daha zordur	53	29,0	90	49,2	40	21,9
10.Kadınların “kadınlık rolleri (ev işleri, çocuk bakımı vs.)” siyasete katılımının önünde büyük bir engeldir.	35	19,1	86	47,0	62	33,9
11.Kadınların siyasi tutum ve düşünceleri yakınlarındaki erkekler (eş, baba, sevgili vs.) tarafından şekillendirilmektedir.	34	18,6	75	41,0	74	40,4
12.Kadın için en önemli konu ailesi olmalıdır.	102	55,7	27	14,8	54	29,5
13.Ailede çocukların ahlaki eğitimi annenin sorumluluğundaki bir konudur.	23	12,6	103	56,3	57	31,1
14.Evlenme teklifini kadın da yapabilmelidir.	145	79,2	21	11,5	16	8,7
15.Çalışmak isteyen kadın kocasından izin almalıdır.	49	26,8	93	50,8	41	22,4
16.Kadın eş seçerken öncelikle erkeğin maddi durumuna bakmalıdır.	11	6,0	109	59,6	63	34,4
17.Kocasını ölen kadın tekrar evlenebilmelidir.	147	80,3	7	3,8	29	15,8
18.Uygun bir çift olmak için erkeğin boyu kadının boyundan uzun olmalıdır.	30	16,4	116	63,4	37	20,2
19.Evli bir kadın iş arkadaşı ile yemeğe gidebilmelidir.	98	53,6	28	15,3	57	31,1

Tablo 6’da katılımcıların toplumsal cinsiyet rol tutumlarına ilişkin bazı ifadelerine verdikleri cevapların dağılımına yer verilmiştir. Katılımcıların %63,4’ü kadın ve erkeğin yaratılış olarak farklı mizaçlara sahip olduğu, kadınların daha duygusal ve hassas erkeklerin ise daha sert ve güçlü olduğuna inanmaktadır. Kadın ve erkeğin farklı duygusal ve fiziksel açıdan farklı olduğuna katılmayanlar %4,4 oranındadır. Arkadaşlık ilişkisinin sadece hemcinsler arasında kurulabilen bir ilişki olduğuna katılımcıların %70,5’i katılmamaktadır. Kadın ve erkeğin arkadaş olamayacağını düşünenlerin oranı %8,7’dir. Katılımcıların %61,2’si kadının toplumdaki yerinin erkekten sonra geldiğine katılmamaktadır. Bu ifadeye katılanların oranı %16,9 kısmen katılanların oranı ise %21,9’dur. Katılımcıların %36,6’sı tamamen, %40,4’ü kısmen kardeşlerden erkek olan çocuğun kız çocuğunu koruması gerektiğini düşünmektedir.

Medyanın kadının toplumdaki ikincil durumunu pekiştirdiğine %46,4’ü tamamen %31,7’si kısmen katılmaktadır. Kadının toplum içindeki ikincil konumunu düzeltmek için yapılan çalışmalara erkeklerin de katılması gerektiğini düşünen katılımcıların oranı %87,4’dür. İfadeye kısmen katılanların oranı %10,4 iken katılımcıların %2,2’si katılmamaktadır. Hamilelik sürecinin kadının iş yaşamını olumsuz etkilediğini düşünen katılımcıların oranı %31,7’dir. Katılımcıların %31,1’i bu ifadeye kısmen katılmıştır. Katılımcıların %64,5’i kadınların iş yerinde daha çok iş dışı konuşmalarla vakit geçirdiği daha az çalıştığı ifadelerine katılmamaktadır. Kadın idarecilerle çalışmanın daha zor olduğu konusuna katılımcıların %49,2’i katılmamıştır (Tablo 6).

Kadınların “kadınlık rolleri”nin siyasete katılımının önünde büyük bir engel olduğuna katılmayanlar ise %47 oranındadır. Kadınların siyasi tutum ve düşüncelerinin yakınlarındaki erkekler tarafından şekillendirildiğini %18,6’sı tamamen, %40,4 kısmen düşünmekte iken %41’i de bu ifadeye katılmamaktadır. Katılımcıların %55,7’i tamamen, %29,5’i kısmen kadın için en önemli konunun ailesi olması gerektiğini düşünmektedir. Çocukların ahlaki eğitimini annenin sorumluluğu olarak görenlerin oranı %12,6’dır. Kısmen bu şekilde düşünenlerin oranı ise %31,1’dir. Katılımcıların %79,2’si evlenme teklifini kadının da yapabilmesi gerektiğini düşünmektedir. Kadının çalışma yaşamına katılması için erkekten izin alması gerektiğine katılımcıların %50,8’i katılmamıştır. Katılımcıların %59,6’sı kadının eş seçerken öncelikle erkeğin maddi durumuna bakması gerektiğine

katılmamakta, %80,3'ü kocası ölen kadının tekrar evlenebilmesi gerektiğini düşünmektedir. Katılımcıların %63,4'ü uygun bir çift olmak için erkeğin boyunun kadınıkinden uzun olması gerektiğine katılmamakta, %53,6'sı evli bir kadının iş arkadaşı ile yemeğe gidebilmesi gerektiğini düşünmektedir (Tablo 6).

Tablo 7: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ile TCRT Ölçeğinden Alınan Puanlar Arasındaki Farkın Dağılımı

Değişkenler		Toplumsal Cinsiyet Rol Tutumu		
		X ± SD	İstatistik	P
Yaş		143 ± 20,8	r= -,239	,001
Cinsiyet	Kadın	151 ± 16,4	t=5,9	,001
	Erkek	135 ± 21,5		
Öğrenim Durumu	İlköğretim	126 ± 17,9	KW=13,148	,001
	Lise	138 ± 22,7		
	Üniversite ve üstü	146 ± 19,4		
En Uzun Süre Yaşanan Yer	İl merkezi	143 ± 20,6	t= -0,246	,896
	İlçe ve köy	144 ± 21,7		
Mesleği	Doktor	155 ± 22,03	F=3,895	,005
	Hemşire	141 ± 16,6		
	Ebe	153 ± 15,9		
	Memur	138±21,7		
	Diğer sağlık çalışanları	142±21,5		
Gelir Durumu	Gelirleri Giderlerinden Az	143 ± 21,1	KW=3,695	,158
	Gelirleri Giderlerine Eşit	145 ± 21,4		
	Gelirleri Giderlerinden Fazla	138 ± 18,3		
Medeni Durum	Evli	142 ± 20,3	t= -1,677	,574
	Bekar	149 ± 22,6		
Evlilik Süresi		143 ± 20,8	r= -,138	,091
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Erkek çocuğu olanlar	145 ± 21,3	KW=2,209	,530
	Kız çocuğu olanlar	139 ± 19,5		
	Hem erkek hem kız çocuğu olanlar	140 ± 20		
	Çocuğu olmayanlar	147 ± 22		

Tablo 7’de katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile TCRT ölçeğinden alınan puanlar arasındaki farkın dağılımına yer verilmiştir. Personelin yaşları ile toplumsal cinsiyet rol tutumları arasında ters yönlü çok zayıf anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaş ortalaması daha genç olanların daha eşitlikçi tutumda oldukları belirlenmiştir ($P<0,05$). Cinsiyet ile toplumsal cinsiyet rol tutumu arasında fark olduğu; kadınların erkeklere göre daha eşitlikçi tutumlara sahip olduğu bulunmuştur ($P<0,05$).

Öğrenim düzeyi ile toplumsal cinsiyet rol tutumları anlamlı bir ilişkiye sahiptir. Üniversite ve üstü öğrenim düzeyinde olanlar, lise ve ilköğretim öğrenim düzeyinde olanlara göre daha eşitlikçi toplumsal cinsiyet rol tutumları sahiptir. Öğrenim düzeyi yükseldikçe ölçekten alınan puan ortalaması da yükselmiştir ($P<0,05$). Doktorlar katılımcılar arasında toplumsal cinsiyet rol tutumları en eşitlikçi olan grubu oluşturmaktadır. Puan ortalaması en düşük olan ise “memur” grubunda yer alan katılımcılar oluşturmaktadır ($P<0,05$) (Tablo 7).

Toplumsal cinsiyet rol tutumu ile en uzun süre yaşanan yer, gelir durumu, medeni durum, evlilik süresi ve çocuk sahibi olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($P >0,05$) (Tablo 7).

Tablo 8: Katılımcıların Aileleri İle İlgili Bazı Özellikleri ile TCRT Ölçeğinden Alınan Puanlar Arasındaki Farkın Dağılımı

Değişkenler		Toplumsal Cinsiyet Rol Tutumu		
		X ± SD	İstatistik	P
Aile Yapısı	Çekirdek aile	142 ± 20,5	t= -1,454	,909
	Geniş aile	150 ± 23		
Annelerinin Öğrenim Durumu	Okur-yazar olmayanlar	136 ± 18,7	KW=8,929	,030
	Okuma-yazma bilenler	142 ± 20,5		
	İlkokul mezunu olanlar	146 ± 21,8		
	Ortaokul mezunu ve üzeri olanlar	151 ± 20,5		
Babalarının Öğrenim Durumu	Okur-yazar olmayanlar	143 ± 11,1	KW=9,283	,026
	Okuma-yazma bilenler	138 ± 21,5		
	İlkokul mezunu olanlar	140 ± 21,3		
	Ortaokul mezunu ve üzeri olanlar	149 ± 19,1		
Kardeş Sahibi Olma Durumu	Kardeşi olmayanlar	139 ± 21,6	KW=0,922	,820
	Erkek kardeşi olanlar	145 ± 22,9		
	Kız kardeşi olanlar	145 ± 26,07		
	Hem kız hem erkek kardeşi olanlar	142 ± 18,7		

Tablo 8’de katılımcıların aileleri ile ilgili bazı özellikleri ile toplumsal cinsiyet rol tutumları arasındaki farkın dağılımına yer verilmiştir. Personelin anne ve babaların öğrenim düzeyi ile toplumsal cinsiyet rol tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Anneleri ortaokul ve üzeri eğitim seviyesine sahip olan katılımcıların; anneleri okur-yazar olmayan, okuma-yazma bilen, ilkokul mezunu olan katılımcılara göre daha eşitlikçi tutumda oldukları görülmüştür (P<0,05). Aynı şekilde babaları ortaokul ve üzeri eğitim seviyesinde olan katılımcıların da diğerlerine oranla daha eşitlikçi tutumda oldukları görülmüştür (P<0,05).

Aile yapısı ve kardeş sahibi olma durumu ile toplumsal cinsiyet rol tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($P > 0,05$) (Tablo 8).

Tablo 9: Katılımcıların Eşlerinin Yaş, Öğrenim ve Çalışma Durumları ile TCRT Ölçeğinden Alınan Puanlar Arasındaki Farkın Dağılımı

Değişkenler		Toplumsal Cinsiyet Rol Tutumu		
		X ± SD	İstatistik	P
Yaş		143 ± 20,88	r= ,030	,710
Öğrenim Durumları	İlköğretim	130 ± 17,2	KW=11,260	,004
	Lise	141± 19,9		
	Üniversite ve Üstü	145 ± 20,3		
Çalışma Durumu	Çalışanlar	147 ± 18,8	t=4,411	,001
	Çalışmayanlar	132 ± 19,9		

Tablo 9’da katılımcıların eşlerinin yaş, öğrenim ve çalışma durumları ile toplumsal cinsiyet rol tutumları arasındaki farkın dağılımına yer verilmiştir. Personelin eşlerinin eğitim düzeyleri yükseldikçe genel olarak toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi tutumlarında da yükselme görülmüştür ($P < 0,05$). Eşleri çalışan katılımcılar çalışmayanlara göre daha eşitlikçi tutuma sahiptir ($P < 0,05$).

Personelin eşlerinin yaşları ile toplumsal cinsiyet rol tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($P > 0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10: Aile İçinde Para Yönetimi ve Alınan Kararlara Katılım ile TCRT Ölçeğinden Alınan Puanlar Arasındaki Farkın Dağılımı

Değışkenler		Toplumsal Cinsiyet Rol Tutumu		
		X ± SD	İstatistik	P
Para Yönetimi	Erkeğın söz sahibi olması	128 ± 22	KW=6,626	,085
	Kadının söz sahibi olması	144 ± 2		
	Herkesin kendi kazandığını harcaması	147 ± 23,1		
	Tek bütçenin ortak yönetimi	143 ± 19,4		
Alınan Kararlara Katılım	Kararları kendisinin alması	124 ± 16,7	KW=7,886	,019
	Kararların eş tarafından alınması	112 ± 4,2		
	Kararların birlikte alınması	143 ± 20,3		

Tablo 10’da aile içinde para yönetimi ve alınan kararlara katılım ile toplumsal cinsiyet rol tutumları arasındaki farkın dağılımına yer verilmiştir. Aile içinde kararların birlikte alındığı katılımcıların toplumsal cinsiyet rolleri açısından diğerklerine göre daha eşitlikçi tutumda oldukları görülmüştür ($P < 0,05$).

Ailede para yönetimi ile toplumsal cinsiyet rol tutumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($P > 0,05$) (Tablo 10).

TARTIŞMA

Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde çalışan personelin toplumsal cinsiyet rol tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları bu bölümde tartışılacaktır. Doğrudan sağlık personelinin toplumsal cinsiyet rol tutumunun değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmalar az olduğundan tartışma sınırlıdır.

Bu çalışmada katılımcıların toplumsal cinsiyet rol tutum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması $143,3 \pm 20,8$ (min 88- max 185) olup katılımcıların eşitlikçi toplumsal cinsiyet rol tutumlarına sahip oldukları bulunmuştur. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ölçek öğrencilere iki aşamalı olarak uygulanmış, katılımcıların eğitim öncesinde eğitim sonrasına göre daha geleneksel oldukları bulunmuştur (Özcan, 2012). Bir üniversite hastanesinde çalışan araştırma görevlisi doktorların toplumsal cinsiyet rol tutumlarının çalışma yaşamında cinsiyet algısına dair yansımalarının değerlendirilmesi amacıyla bir çalışma yapılmış, katılımcıların eşitlikçi toplumsal cinsiyet rol tutumuna sahip oldukları belirlenmiştir (Bekleviç, 2013). Tıp fakültesi öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada katılımcıların toplumsal cinsiyet rol tutum ölçeğinden aldıkları puan ortancası 139 (min 53- max 185) bulunmuştur (Seyitoğlu vd., 2016). Batı Karadeniz Bölgesi'ndeki bir sağlık yüksekokulunda yapılan bir çalışmada hemşirelik bölümü öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rol tutum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması $104,7 \pm 12,6$ olarak bulunmuştur (Aydın vd., 2016). Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rolleri ve kadına ilişkin namus anlayışları ile ilgili tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada puan ortalaması $102,7 \pm 10,1$ olarak bulunmuştur (Kömürcü vd., 2016). Ebelik ve hemşirelik 1. ve 4. sınıf öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla bir çalışma yapılmış; 1. sınıf öğrencilerinin puan ortalaması 148,2 (min 83- max 179) , 4. Sınıf öğrencilerinin puan ortalaması 157,1 (min 99- max 190) bulunmuştur (Atış, 2010). Sağlık kurumları yöneticiliği bölümü öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla bir çalışma yapılmış öğrencilerin puan

ortalaması $104,9 \pm 15,3$ olarak bulunmuştur (Önder vd., 2013). Bu çalışma ve literatürdeki çalışmalar arasında benzerlik olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada katılımcıların yüksek eğitime sahip olması bu sonuçların bulunmasında etkili olmuş olabilir.

Bu çalışmada farklı cinsiyetler açısından korunma ihtiyacı ile ilgili irdeleme yapılmış; katılımcıların kardeşlerden erkek olanların kız kardeşi koruması gerektiğine katılanların oranının %36,6 olduğu, katılmayanların oranının %23 olduğu, %40,4'ünün kısmen katıldıkları görüşmüştür. Uluşen tarafından yapılan çalışmada da katılımcılardan; kadınların %55,5'i, erkeklerin %72,2'si kadınların erkekler tarafından korunması gerektiğini düşünmektedir (Uluşen, 2015). Kadının erkek tarafından korunması gerekenlerin oranı bu çalışmada diğerine göre daha düşük gözükse de %40,4 gibi büyük bir grubun da kısmen katıldıkları göz önüne alınırsa her iki çalışmanın sonuçları benzerlik göstermektedir. Kadının erkek tarafından korunması gerektiğini düşünen katılımcıların çokluğu her iki çalışma grubunun da geleneksel toplumsal cinsiyet rol tutumunun izlerini taşımaya devam ediyor olmasıyla ilişkili olabilir.

Katılımcıların gözünde kadın ve siyaset konusunun irdelenebilmesi amacıyla katılımcılara “kadınların siyasi tutum ve düşünceleri yakınlarındaki erkekler (eş, baba, sevgili vs.) tarafından şekillendirilmektedir” ifadesine katılıp katılmadıkları sorulmuş, katılımcılar %41 oranında bu ifadeye katılmadıklarını belirtmiştir. Bu ifadeye katılanlar %18,6 iken %40,4'ü kısmen katıldıklarını ifade etmişlerdir. Kadınların siyasi tercihlerinin oluşmasında etki gösteren siyasal ve sosyal alanların değerlendirilmesi amacıyla 13 ilde bir araştırma yapılmış, kadınların oy tercihleri incelendiğinde en büyük etkenin eş-aile olduğu bulunmuştur (Erzen, 2011). Bu çalışmadaki sonuçların farklı oluşu, bu çalışmadaki katılımcıların büyük çoğunluğunun üniversite ve üstü öğrenim düzeyi ve eşitlikçi toplumsal cinsiyet rol tutumuna sahip olmalarıyla açıklanabilir.

Katılımcılara “kadın için en önemli konunun ailesi olmalıdır” ifadesine katılıp katılmadıkları sorulmuş; katılımcıların %55,7'si tamamen, %29,5'i kısmen katıldıklarını, %14,8'i ifadeye katılmadıklarını belirtmiştir. Kadının çalışma yaşamına katılımı konusunda katılımcıların %26,8'i tamamen, %22,4'ü kısmen çalışmak isteyen kadının kocasından izin alması gerektiğini düşünmektedir. TNSA sonuçlarına göre evli kadınların %29'u için ev kadını olmak, %28'i için çocuk bakımı ve %17'si için

eşlerinin ya da ailelerinin çalışmalarına izin vermemesi temel çalışmama nedenleridir. Aynı nedenler kadınlar için temel işten ayrılma nedenleri arasında da yer almaktadır (TNSA, 2014). Kadınların %52'si de küçük çocukları olan kadınların çalışmaması gerektiğini düşünmektedir (TNSA, 2014). Sayılan bu nedenlerin tamamı ev ve aile ile ilgili konulardır. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar çok yüksek bulunmamış olup, kadının özel alanda aile içinde yer bulan konumunun, değerinin, geleneksel cinsiyet algısının kadına ve erkeğe yüklediği rollerin bireyler tarafından benimsenmeye devam edilme eğiliminde olduğuyla açıklanabilir.

Kadınların çalışma yaşamına katılımıyla ilgili katılımcıların %50,8'i çalışmak isteyen kadın kocasından izin alması gerektiğini düşünmemektedir. Hastanede, birinci basamak sağlık kurumunda çalışanlarla ve halkla yapılan bir çalışmada katılımcılar bu çalışmadan farklı olarak çalışmak isteyen kadının kocasından izin alması gerektiğini belirtmiştir. Bu şekilde düşünen kadınların oranı %65,6, erkeklerin oranı %87,5 olmuştur (Uluşen, 2015). Sağlık bölümlerinde lisans öğrenimine devam eden son sınıf öğrencileri ile yapılan bir çalışmada katılımcıların toplumsal cinsiyet ile ilgili bazı görüşleri alınmıştır. Kadın katılımcılar %87,6, erkek katılımcılar %46,4 oranında çalışmak isteyen kadının kocasından izin alması gerektiği ifadesine katılmadığı bulunmuştur (Yılmaz vd., 2009). Bu çalışmada katılımcıların yarısı bu ifadeye katılmamış olsa da katılımcıların %26,8 tamamen, %22,4'ü ise kısmen bu fikre katılmaktadır. Yani katılımcıların neredeyse yarısı da örnek verilen çalışmalarla benzer şekilde kadınların çalışmak için kocasından izin alması gerektiğini düşünmektedir. Bu çalışmada izin alınması gerektiğini düşünmeyenlerin oranının daha yüksek oluşu çalışma grubu içinde sadece sağlık personelinin olması ve büyük çoğunluğunun eğitim düzeyinin üniversite ve üstü olmasıyla açıklanabilir. Ancak yine de benzer şekilde izin alma gerekliliği de her üç çalışma grubunda da görülmektedir.

Bu çalışmada da katılımcılara “uygun bir çift olmak için erkeğin boyu kadının boyundan uzun olmalıdır” ifadesi ile ilgili görüşleri sorulmuş, katılımcıların %63,4'ü bu ifadeye katılmadıklarını belirtmiştir. Sağlık bölümlerinde lisans öğrenimine devam eden son sınıf öğrencileri ile yapılan bir çalışmada katılımcılara “erkeğin boyunun kadından daha kısa olmaması gerektiği” ifadesi ile ilgili görüşleri sorulmuş katılımcıların yaklaşık yarısı bu ifadeye katılmamış, ortalama %10'luk bir kısmı kararsız olduğunu belirtmiştir (Yılmaz vd., 2009). Bu çalışma ile arasında benzerlik

olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada katılımcıların olması ve yüksek eğitime sahip olması bu sonuçların bulunmasında etkili olmuş olabilir.

Bu çalışmada yaşı ortalamasının ($42\pm 0,5$) altında olan katılımcılar toplumsal cinsiyet rol tutumları açısından daha eşitlikçi tutumlara sahiptir ($P<0,05$). Üniversite öğrencileri ile 1. ve 4. sınıflarda yapılan çalışmalarda 4. sınıf öğrencilerinin 1. Sınıf öğrencilerine göre daha eşitlikçi tutumlara sahip olduğu bulunmuştur (Atış, 2010-Önder vd., 2013- Aydın vd., 2016). Bu farklılık yetişkin dönemine yaklaştıkça alınan eğitimle de birlikte toplumsal cinsiyet rol tutumunun gittikçe eşitlikçi hale gelmesi ancak ileri yaştaki kişilerin toplumsal cinsiyet rol tutumu açısından geleneksel izleri hala taşıyor olmasıyla açıklanabilir.

Kadın katılımcıların ölçekten aldıkları toplam puan erkeklere göre daha yüksektir ($P<0,05$). Bir üniversite hastanesinde araştırma görevlisi doktorlarla yapılan bir çalışmada ölçeğin alt boyutlarından eşitlikçi cinsiyet rolü açısından kadınların daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir (Bekleviç 2013). Sağlık yüksekokulunda yapılan bir çalışmada eşitlikçi cinsiyet rolü açısından kadınların daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir (Aydın, 2016). Tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada kadınların daha eşitlikçi toplumsal cinsiyet rol tutumlarına sahip oldukları bulunmuştur (Seyitoğlu vd., 2016). Sağlık kurumları yöneticiliği bölümünde yapılan bir çalışmada kadınların erkeklere göre daha eşitlikçi tutumda oldukları bulunmuştur (Önder vd., 2013). Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada çalışma ve evlilik yaşamı ile ilgili konularda erkeklerin daha geleneksel görüşlere sahip oldukları bulunmuştur (Yılmaz vd., 2009). İstanbul'da ikamet eden halk ile yapılan bir çalışmada kadınların erkeklere göre daha eşitlikçi tutumlara sahip oldukları belirlenmiştir (Kaya ve Uysal, 2015). Kadınların erkeklere göre daha fazla eşitlikçi toplumsal cinsiyet rol tutumunda olmaları, geleneksel toplumsal cinsiyet rol tutumundan olumsuz etkilenen ve bu nedenle farkındalığı da daha yüksek olan grubun kadınların olmasıyla açıklanabilir.

Eğitim düzeyi yükseldikçe katılımcıların toplumsal cinsiyet rol tutumu eşitlikçi yönde artmaktadır ($P<0,05$). İstanbul'da yapılan bir çalışmada toplumsal cinsiyet rol tutumu ve eğitim düzeyi ilişkisi irdelenmiş, yüksek eğitim düzeyine sahip kişilerin daha eşitlikçi yapıda oldukları, düşük eğitim düzeyindeki kişilerin daha az eşitlikçi yapıda oldukları görülmüştür (Kaya ve Uysal, 2015). 1. ve 4. sınıf üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda 4. sınıf öğrencilerinin 1. sınıf öğrencilerine göre

daha eşitlikçi tutumda oldukları belirlenmiştir (Atış, 2010- Önder vd., 2013- Aydın vd., 2016). Çalışmalardaki benzer bulgular; farklı çalışma grupları da olsa eğitim düzeyi yükseldikçe toplumsal cinsiyet rol tutumunun daha eşitlikçi hale gelmesiyle açıklanabilir. Çalışmalarda yaş ve eğitim düzeyi yükseldikçe toplumsal cinsiyet rol tutumunun eşitlikçi yönde ilerlemesi bu çalışmayla benzerlik göstermektedir. Ancak bu çalışmada farklı olarak yaş ortalamasının arttıkça eşitlikçi tutumda azalma görülmektedir. Bu durum yaş ortalaması yükseldikçe geleneksel toplumsal cinsiyet algısının etkisinin daha fazla görülmesi ancak eğitim düzeyi arttıkça da daha eşitlikçi toplumsal cinsiyet rol tutumuna sahip olmayla açıklanabilir.

Bu araştırmada doktorlar toplumsal cinsiyet rolleri açısından en eşitlikçi tutuma sahip meslek grubunu olmaktadır ($P<0,05$). Ardından sırayla ebeler, diğer sağlık çalışanları ve hemşireler gelmektedir. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rolleri ve kadına ilişkin namus anlayışları ile ilgili tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada bu çalışmadan farklı olarak ebelik bölümü öğrencilerinin hemşirelik bölümü öğrencilerine göre daha az eşitlikçi oldukları bulunmuştur (Kömürcü vd., 2016). İki çalışmadaki aynı meslek gruplarının toplumsal cinsiyet rol tutumları arasındaki fark yaşanan coğrafya, yaş ve eğitim düzeyinin etkisi ile açıklanabilir.

Katılımcıların anne ($P<0,05$) ve babalarının ($P<0,05$) eğitim düzeyi arttıkça toplumsal cinsiyet rol tutumu eşitlikçi yönde artmaktadır. Tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada anne ve babaların eğitim düzeyleri ile toplumsal cinsiyet rol tutumu arasındaki ilişki açısından annenin eğitim düzeyi yükseldikçe katılımcıların tutumlarının daha eşitlikçi hale geldiği bulunmuş ancak bu çalışmadan farklı olarak babaların eğitim düzeyi ile katılımcıların tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Seyitoğlu vd., 2016). Ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencileri ile yapılan bir çalışmada annelerinin öğrenim düzeyleri yükseldikçe katılımcıların toplumsal cinsiyet rol tutumlarını eşitlikçi yönde etkilediği bulunmuştur (Atış, 2010). Sağlık yüksekokulunda yapılan bir çalışmada bu çalışmadan farklı olarak katılımcıların anne ve babaların eğitim düzeyi ile toplumsal cinsiyet rol tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Aydın vd., 2016). Bulgular arasındaki farklılıklar örneklem farklılığıyla birlikte anne ve babanın öğrenim düzeyinin kişinin toplumsal cinsiyet rol tutumuna etkisiyle açıklanabilir.

Bu çalışmada katılımcıların eşlerinin öğrenim düzeyi yükseldikçe katılımcıların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi tutumlarında da yükselme olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde eşleri çalışan katılımcıların da eşleri çalışmayan katılımcılara göre toplumsal cinsiyet rolleri açısından daha eşitlikçi tutumda oldukları bulunmuştur. Bu durum katılımcıların öğrenim düzeylerine paralel öğrenim düzeyine sahip kişilerle evlilik gerçekleştirmiş olmaları, daha yüksek öğrenim düzeyinin de toplumsal cinsiyet rolleri açısından daha eşitlikçi tutuma sahip olmayı beraberinde getirmesiyle açıklanabilir.

Ailede kararların alınma şekline bakıldığında katılımcıların ailelerinde %96,1 oranında kararlar eşler tarafından beraber alınmaktadır. TNSA kapsamında görüşülen kadınların %89,9'u ailede önemli kararların erkekler tarafından alınması gerektiğine katılmamıştır (TNSA, 2014). Bu çalışmanın sonuçları ailede karar alma süreçlerinde demokratikleşmeye doğru gidildiğini düşündürülebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

- Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde görevli olup araştırmaya katılmayı kabul eden ve anketleri değerlendirmeye alınan katılımcıların yaş ortalaması 42 olup %50,8'i kadınlardan, %49,2'si erkeklerden oluşmaktadır. %68,3'ü üniversite ve üstü öğrenim düzeyindedir. Katılımcılardan anneleri ortaokul ve üstü öğrenim düzeyinde olanların oranı %9,2 iken babaları ortaokul ve üstü öğrenim düzeyinde olanların oranı %35,5'tir. Katılımcıların eşlerinin üniversite ve üstü öğrenim düzeyinde olanların oranı %64,5'tir. Eşlerin %67,1'i herhangi bir işte çalışmaktadır. Katılımcıların ailelerinde %96,1 oranında kararlar aile üyeleri tarafından birlikte alınmaktadır.
- Katılımcıların toplumsal cinsiyet rol tutum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 143±20 olup katılımcıların tamamı eşitlikçi toplumsal cinsiyet rol tutumuna sahiptir.
- Yaş ortalaması düşük olan katılımcılar daha fazla eşitlikçi toplumsal cinsiyet rol tutumuna sahiptir.
- Kadınların erkeklere göre daha fazla eşitlikçi tutumda oldukları bulunmuştur.
- Eğitim düzeyi arttıkça katılımcıların toplumsal cinsiyet rol tutumu eşitlikçi yönde artmıştır.
- En eşitlikçi meslek grubunu doktorlar, en az eşitlikçi meslek grubunu memurlar oluşturmuştur.
- Anne ve babaları daha yüksek öğrenim düzeyine sahip olan katılımcıların daha eşitlikçi tutumda oldukları bulunmuştur.
- Eşleri üniversite ve üzeri öğrenim durumuna sahip olan katılımcıların daha eşitlikçi tutumda oldukları bulunmuştur.
- Eşleri çalışan katılımcıların daha eşitlikçi tutumda oldukları bulunmuştur.
- Ailesinde kararların ortaklaşa alındığı katılımcıların daha eşitlikçi toplumsal cinsiyet rol tutumuna sahip oldukları bulunmuştur.

Bu doğrultuda aşağıdaki öneriler yapılabilir;

- Toplumsal cinsiyet rol tutumuna yönelik verilecek eğitimlerin ileri yaşta olanları öncelikle kapsayacak şekilde planlanması,
- Kadınların erkeklere göre daha fazla eşitlikçi tutumları benimsemiş olmalarından dolayı erkeklerin yapılan eğitim çalışmalarında öncelikli olarak ele alınması,
- Toplumsal cinsiyet rol tutumuna yönelik yapılacak çalışmalarda ve düzenlenecek eğitim programlarında eğitim düzeyi düşük grupların öncelikle ele alınması,
- Ailede alınan kararlara ortak olarak katılmayan grupların toplumsal cinsiyet rol tutumuna yönelik verilecek eğitimlere öncelikli olarak katılmasının sağlanması,
- Bu yönde yapılacak çalışmaların daha geniş örneklem gruplarıyla farklı toplumlarda yapılması,
- Sağlık alanında çalışan personellerin toplumsal cinsiyet rol tutum davranışlarının belirlenerek bu yönde eğitimlerin planlanması önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Acar Savran, G. (2009). *Beden Emek Tarih Diyalektik Bir Feminizm İçin*. İstanbul: (2. Baskı) Kanat Kitap.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Hacettepe üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (NEE). (2015). *Türkiye 'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması*. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2014). *Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler Öneriler*, Birinci Basım, İstanbul.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, (2015). *Sağlık Çalışanları Eğitici El Kitabı*. Ankara.
- Akın, A. (2007). Toplumsal cinsiyet (gender) ayrımcılığı ve sağlık, *Toplum Hekimliği Bülteni*, 26(2), 1-9.
- Akın, A. (2010). Kadın sağlığında eşitsizlikler ve toplumsal cinsiyet, *13. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı*, 73-82.
- Altınay, A.G., Arat, Y. (2007). *Türkiye 'de Kadına Yönelik Şiddet*. İstanbul: Punto Baskı Çözümleri.
- Arslan, F.C., Tiryaki, A. (2015). Kadın ve Ruh Sağlığı, *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Bir Risk Grubu Olarak Kadın Özel Sayısı*, 1(1),40-44.
- Atış, F. (2010). *Ebelik/Hemşirelik 1. Ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı.
- Aydın, M., Bekar, E.Ö., Gören, Ş.Y., Sungur, M.A. (2016). Hemşirelik öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları, *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2016, 16(1), 223-242.
- Bahar, Z., Aydoğdu N.,G. (2011). Sağlıkta eşitsizlik ve hemşirelik, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi (DEUHYO ED)*, 4(3), 131-136.
- Bal, M. D., (2014). Toplumsal cinsiyet eşitsizliğine genel bakış, *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (KASHED)*, 1(1), 15-28.
- Bekar, M. (2010). Kadının sosyalizasyonu, *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 13(2), 98-117.
- Bekleviç, A., Ç. (2013). *Bir Üniversite Hastanesi Araştırma Görevlilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine Tutum Ölçeği ve Çalışma Yaşamında Toplumsal Cinsiyet Rollerine Algısının Değerlendirilmesi*, Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı ABD, Yüksek Lisans Tezi.
- Bingöl, O. (2014). Toplumsal cinsiyet olgusu ve Türkiye'de kadınlık. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 16 (özel sayı 1), 108-114.
- CEDAW, (1981). Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Tasfiye Edilmesine Dair Sözleşme, (Erişim:03.04.2016) Erişim Adresi: <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/cedaw.pdf>

- Coşkun, A., Özdilek, R. (2012). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği: Sağlığa yansımaları ve kadın sağlığı hemşiresinin rolü, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(3), 30-39.
- Çelikalp, Ü., Saraçoğlu, G.V., Yorulmaz, F. (2014). Ücretsiz aile işçisi olarak kadınlar, sağlık riskleri ve sorunları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13 (3), 233-240.
- Çevik, C., Günay, T. (2015). Kadın ve üreme sağlığı, *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Bir Risk Grubu Olarak Kadın Özel Sayısı*, 1(1), 14-24.
- Çocuk Haklarına Dair Sözleşme (Erişim 4.08.2015) Erişim Adresi: http://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23c.html
- Demir, S., Oskay, Ü.Y. (2015). Aile içi şiddetin kadın üreme sağlığına etkisi, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 35-38.
- Eliuz U. (2011). Cinsel kimlik paniği: Kadın olmak. Panic of sexual identity: Being a women. *Turkish Studies*, 6(3), 221-232.
- Erdoğan, S., Yıldırım, D.Ç., Tosuner, Ö. (2012). Eğitimde cinsiyet eşitsizliğinin sağlık üzerine etkisi: Türkiye örneği, *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 12(3), 1853-1866.
- Erdut, T. (2011). Toplumsal cinsiyet bakımından evde çalışma, *Çalışma ve Toplum*, 2, 55-81.
- Ergin, A., Özdilek, R. (2014). Değişen babalık rolü ve erkek sağlığına etkileri, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(1), 3-8.
- Ertem, M.M. (2015). Erken yaş evlilikleri, *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Bir Risk Grubu Olarak Kadın Özel Sayısı*, 1(1), 25-31.
- Erzen, M.Ü. (2011). *Kadın Gözüyle Kadın Siyasetçiler*. İstanbul: Derin Yayınları.
- Günay, G., Bener, Ö. (2011). Kadınların toplumsal cinsiyet rolleri çerçevesinde aile içi yaşamı algılama biçimleri, *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi (TSA)*, 15(3), 157-171.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, (2014). *TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması)*, Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık.
- Hepşen, Ö. (2010). Tevrat, İncil ve Kuran-ı Kerimde kadın bedeni, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi (Erişim 24.08.2015) Erişim Adresi: http://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html
- Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM). (2008). *Kadının Statüsü ve Sağlığı ile İlgili Gerçekler*. Ankara: Afşaroğlu Matbaası.
- Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM). (2010). *Türkiye 'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması*. Ankara: Afşaroğlu Matbaası.
- Kaya, F.Ş., Uysal, V. (2015). Günümüzde dindarlık ve toplumsal cinsiyet rolü algıları üstüne bir araştırma, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(36), 646-662.
- Kılıç, B., Korkmaz, M., Aras, G., Yücel, A.S., Gümüşdağ, H., Kartal, A., (2014). Fiziksel şiddet gören kadınlarda ortopedik travmalar ve şiddete uğrayan

- kadınların şiddet algısının toplumsal cinsiyet eşitliği kavramı açısından uygulamalı bir örneği, *Akademik Bakış Dergisi*, Sayı 41.
- Koyun, A., Taşkın, L., Terzioğlu, F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler. Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 67-99.
- Kömürcü, N., Yıldız, H., Toker, E., Karaman Ö.E., Koyucu, R.G., Durmaz, A., Aydın, N. (2016). Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rolleri ve kadına ilişkin namus anlayışları ile ilgili tutumları, *Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 5, 1-22.
- Önder, Ö.R., Yalçın, A.S., Göktaş, B. (2013). Sağlık kurumları yöneticiliği bölümü öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1-2-3), 55-78.
- Özbaş, S., Özkan, S., (2010). Kadın sağlığını geliştirmede medyanın kullanımı ve etkisi, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5), 541-546.
- Özcan, A. (2012). Toplumsal Cinsiyet Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rol Tutumlarına Etkisi, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD.
- Özçatal, E., Ö. (2011). Ataerkillik, toplumsal cinsiyet ve kadının çalışma yaşamına katılımı, *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(1), 21-39.
- Özvarış Ş. B. (2007). Türkiye'de toplumsal cinsiyet, kadın ve sağlık, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, Türk Tabipleri Birliği Yayını, Ankara, Cilt: 16, Sayı, 3-4.
- Portovi Meran H.E., Hotun Şahin, N., (2014). Kadın sağlığı alanında uzman hemşirelik eğitimi ve uzman hemşirelik rolleri: Amerika Birleşik Devletleri örneği, *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 1-14.
- Sağlık Bakanlığı, (2014). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013*, Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık.
- Sağlık Bakanlığı, (2015). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014*, Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık.
- Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). *Sağlığın Geliştirilmesi ve Teşviki Sözlüğü*, Ankara: (1. Baskı) Anıl Matbaacılık.
- Seyitoğlu, D.C., Güneş, G., Gökçe, A. (2016). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının belirlenmesi, *Medicine Science*, 5(1), 102-116.
- Sezgin, D. (2015). Toplumsal cinsiyet perspektifinde sağlık ve tıbbileştirme, *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 18(1), 153-186.
- 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 Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(2), 119-126.
- Taylan, H.H. (2009). Türkiye'de köy ailesinde aile içi ilişkiler, *Selçuk Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 22, 117-138.

- Temel, M. Şişman, F.N. (2013). Kadına yönelik cinsel saldırılarda hemşirelik yaklaşımı, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 85-90.
- Tokuç, B. (2015). Cinsiyet eşitsizliği ve ölümler, *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Bir Risk Grubu Olarak Kadın Özel Sayısı*, 1(1), 1-5.
- TÜİK. (2014-2015). (Erişim 06.04.2016). Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21519>
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18627>
- TÜİK. (2015). (Erişim 08.06.2016). Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18619>
- Uçan, G. (2012). Post-modern erkek(lik), *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(2), 262-271.
- Uluşen, M., Aslantekin, F. (2015). Gender equality awareness and sensitiveness of health personnel and community, *International Journal of Human Sciences*, 12(2), 570-592.
- Uluştas, Ç.Ü. (2009). Yoksulluğun kadınlaşması ve görünmeyen emek, *Çalışma ve Toplum*, 2, 25-40.
- Yakıt, E., Coşkun, A. (2013). Yoksulluk, kadın yoksulluğu ve hemşirenin rolü, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(2), 30-37.
- Yazıcı, S., Mamuk, R. (2010). Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddete yaklaşımları, *Bakırköy Tıp Dergisi*, 6(2), 73-77.
- Yetim, D., Şahin, E.M. (2008). Aile hekimliğinde kadına yönelik şiddete yaklaşım. *Aile Hekimliği*, c.2, 48-53.
- Yılmaz, D.V., Zeyneloğlu, S., Kocaöz, S., Kısa, S., Taşkın, L., Eroğlu, K. (2009). Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin görüşleri, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 775- 792.
- Women In Labour Markets: Measuring Progress and Identifying Challenges. International Labour Office (ILO), March, Geneva. 2010 (Erişim 09.06.2015)
Erişim Adresi: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_elm/---trends/documents/publication/wcms_123835.pdf
- WHO Department Of Gender, WomenandHealth, FamilyandCommunityHealth. AddressingViolenceAgainstWomenandAchievingTheMillenniumGoals.
- World HealthOrganization (WHO),September,Geneva. 2005 (Erişim 10.06.2015)
Erişim Adresi: <http://www.who.int/gender/documents/MDGs&VAWSept05.pdf>
- WHO Health In 2015 MDGs (Millenium Development Goals) to SDGs (Sustainable Development Goals. World HealthOrganization (WHO), 2015 (Erişim 10.02.2016)
Erişim Adresi: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200009/1/9789241565110_eng.pdf?ua=1
- WHO Human Rights And Gender Equality In Health Sector Strategies How To Assess Policy Coherence. World Health Organization (WHO), 2011 (Erişim 18.02.2016)
Erişim Adresi: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44438/1/9789241564083_eng.pdf

WHO Definition Of Health, World Health Organization (WHO), (Erişim 08.03.2016)
Erişim Adresi: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

WHO Multi-Country Study On Women's Health and Domestic Violence Against Women: Summary Report Of Initial Results On Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses. World Health Organization (WHO), Geneva, 2005 (Erişim 27.08.2015) Erişim Adresi: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf

Zeyneloğlu, S., Terzioğlu F. (2011). Toplumsal cinsiyet rolleri tutum olçeğinin geliştirilmesi ve psikometrik ozellikleri, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakóltesi Dergisi*, 40, 409-420.



EKLER

EK I

TANITIM FORMU

1. Yaş:
2. Cinsiyet: a. Kadın b. Erkek
3. Öğrenim Durumu:
a.İlkokul b.Ortaokul c.Lise c.Üniversite d.Lisans Üstü
4. En Uzun Süre Yaşadığınız Yer: a.İl c.İlçe..... c.Köy.....
5. Ünvanı:
a.Doktor b. Uzman Doktor c. Çevre Sağlığı Teknisyeni ç. Sağlık Mem.
d. Diyetisyen e.Sosyal Çalışmacı f.Sosyolog g. Psikolog h. Hemşire
ı. Ebe i. Tıbbi Sekreter j. VHKİ k. Hizmetli Personel l. Şoför
m.Tıbbi Sekreter n. Toplum Sağlığı Teknisyeni o.Çevre Sağlığı Tek.
ö.Diğer (.....)
6. Aylık Geliri:
a.Gelirim giderimden az
b.Gelirim giderime eşit
c.Gelirim giderimden fazla
7. Aile tipiniz aşağıdakilerden hangisiyle uyumludur?
a. Çekirdek aile (anne, baba ve/veya kardeşlerin birlikte yaşadığı aile)
b. Geniş aile (Anne, baba, kardeşler, büyükanne, büyükbaba ve diğer birinci derece akrabaların birlikte yaşadığı aile)
c. Diğer (Lütfen açıklayınız).....
8. Annenizin Öğrenim Durumu?
a.Okuryazar değil b.Okuryazar c.Mezunu
9. Babanızın Öğrenim Durumu?
a.Okuryazar değil b.Okuryazar c.Mezunu
10. Siz Hariç Kardeş Sayınız? (.....K/E)
11. Medeni Durum: (Cevabınız “a” şıkkı ise devam ediniz, değil ise lütfen sonraki sayfaya geçiniz!)
a.Evli b. Bekar c.Boşanmış d.Eşi Ölmüş e.Ayrı Yaşıyor
12. Ne Kadar Süredir Evlisiniz?.....

13. Çocuğunuz Var mı, Varsa Cinsiyetleri Nedir?

- a. Yok b. Var (.....Kız,Erkek)

14. Eşiniz Kaç Yaşında?.....

15. Eşinizin Öğrenim Durumu?

- a.İlkokul b.Ortaokul c.Lise c.Üniversite d.Lisans
Üstü

16. Eşiniz Çalışıyor Mu?

- a.Evet b.Hayır

17. Ailenizde Para Yönetimi Nasıldır?

- a. Erkek Söz Sahibidir
b. Kadın Söz Sahibidir
c. Herkes Kendi Kazandığı Parayı Yönetmektedir
d. Tek Bütçe Vardır ve Ortaklaşa Yönetilir

18. Ailenizde Alınan Kararlara Katılım Nasıldır?

- a.Kararları eşim alır.
b.Kararları ben alırım.

EK II**TANIMLAYICI SORU FORMU**

İfadeler	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum
1.Kadınlar ve erkekler yaratılış olarak farklı mizaçlara sahiptir. Kadınlar daha duygusal ve hassas, erkekler ise daha sert ve güçlüdür.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.Kadın ve erkek arkadaş olamaz. Arkadaşlık hemcinsler arasında kurulabilen bir ilişkidir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.Kadının toplumdaki yeri erkekten sonra gelmektedir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.Kardeşlerden erkek olan çocuk kız çocuğunu koruyup kollamalıdır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.Medya kadının toplumdaki ikincil durumunu pekiştirmektedir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.Kadının toplumdaki ikincil durumunun düzeltilmesi için yapılan çalışmalara erkeğin katılımı çok önemlidir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.Kadınlar hamilelik süreci ve çocuğun doğumundan sonra kullandıkları izinler nedeniyle işlerinden uzaklaşmakta, bu durum da iş uyumlarını olumsuz etkilemektedir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.Kadınlar işyerlerinde daha çok modadan, evlerindeki problemlerinden, arkadaşlarından bahsetmekte daha az çalışmaktadırlar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.Kadın idarecilerle çalışmak daha zordur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.Kadınların “kadınlık rolleri (ev işleri, çocuk bakımı vs.)” siyasete katılımının önünde büyük bir engeldir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.Kadınların siyasi tutum ve düşünceleri yakınlarındaki erkekler (eş, baba, sevgili vs.) tarafından şekillendirilmektedir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.Kadın için en önemli konu ailesi olmalıdır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.Ailede çocukların ahlaki eğitimi annenin sorumluluğundaki bir konudur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.Evlenme teklifini kadın da yapabilmelidir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.Çalışmak isteyen kadın kocasından izin almalıdır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.Kadın eş seçerken öncelikle erkeğin maddi durumuna bakmalıdır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.Kocasını ölen kadın tekrar evlenebilmelidir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.Uygun bir çift olmak için erkeğin boyu kadının boyundan uzun olmalıdır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.Evli bir kadın iş arkadaşı ile yemeğe gidebilmelidir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EK III

TOPLUMSAL CİNSİYET ROL TUTUM ÖLÇEĞİ

Sayın Halk Sağlığı Müdürlüğü Personeli,

Bu ölçekteki cümleler, siz sağlık personellerinin **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”**

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

Katılımınız için teşekkür ederim.

Tutum İfadeleri	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Kızlar, ekonomik bağımsızlıklarını kazandıklarında ailelerinden ayrı yaşayabilmelidir.	0	0	0	0	0
2. Erkeğin evde her dediği yapılmalıdır.	0	0	0	0	0
3. Kadının yapacağı meslekler ile erkeğin yapacağı meslekler ayrı olmalıdır.	0	0	0	0	0
4. Evlilikte çocuk sahibi olma kararını eşler birlikte vermelidirler.	0	0	0	0	0
5. Bir genç kızın evleneceği kişiyi seçmesinde son sözü baba söylemelidir.	0	0	0	0	0
6. Kadının erkek çocuk doğurması onun değerini artırır.	0	0	0	0	0
7. Kadının doğurganlık özelliği nedeniyle, iş başvurularında erkekler tercih edilmelidir.	0	0	0	0	0
8. Ailede ev işleri, eşler arasında eşit paylaşılmalıdır.	0	0	0	0	0
9. Kadının yaşamıyla ilgili kararları kocası vermelidir.	0	0	0	0	0
10. Kadınlar kocalarıyla anlaşamadıkları konularda tartışmak yerine susmayı tercih etmelidirler.	0	0	0	0	0
11. Bir genç kız, evlenene kadar babasının sözünü dinlemelidir.	0	0	0	0	0
12. Ailenin maddi olanaklarından kız ve erkek çocuk eşit yararlanmalıdır.	0	0	0	0	0
13. Çalışma yaşamında kadınlara ve erkeklere eşit ücret ödenmelidir.	0	0	0	0	0
14. Bir erkeğin karısını aldatması normal karşılanmalıdır.	0	0	0	0	0
15. Kadının çocuğu olmuyorsa erkek tekrar evlenmelidir.	0	0	0	0	0
16. Kadının temel görevi anneliktir.	0	0	0	0	0
17. Evin reisi erkektir.	0	0	0	0	0
18. Dul kadın yalnız başına yaşayabilmelidir.	0	0	0	0	0
19. Bir genç kızın, flört etmesine ailesi izin vermelidir.	0	0	0	0	0
20. Ailede kararları eşler birlikte almalıdır.	0	0	0	0	0
21. Bir kadın akşamları tek başına sokağa çıkabilmelidir.	0	0	0	0	0
22. Eşler boşandığında mallar eşit paylaşılmalıdır.	0	0	0	0	0
23. Kız bebeğe pembe, erkek bebeğe mavi renkli giysiler giydirilmelidir.	0	0	0	0	0
24. Erkeğin en önemli görevi evini geçindirmektir.	0	0	0	0	0
25. Erkeğin maddi gücü yeterliyse kadın çalışmamalıdır.	0	0	0	0	0
26. Evlilikte, kadın istemediği zaman cinsel ilişkiyi reddetmelidir.	0	0	0	0	0
27. Mesleki gelişme fırsatlarında kadınlara ve erkeklere eşit haklar tanınmalıdır.	0	0	0	0	0
28. Evlilikte erkeğin öğrenim düzeyi kadından yüksek olmalıdır.	0	0	0	0	0
29. Bir kadın cinsel ilişkiyi evlendikten sonra yaşamalıdır.	0	0	0	0	0

30. Ailede erkek çocuğun öğrenim görmesine öncelik tanınmalıdır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Erkeğin evleneceği kadın bakire olmalıdır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Alışveriş yapma, fatura ödeme gibi ev dışı işlerle erkek uğraşmalıdır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Erkekler statüsü yüksek olan mesleklerde çalışmalıdır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Ailede kazancın nasıl kullanılacağına erkek karar vermelidir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Bir erkek gerektiğinde karısını dövmelidir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Evlilikte gebelikten korunmak sadece kadının sorumluluğudur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Bir kadın hastaneye gittiğinde kadın doktora muayene olmalıdır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Evlilikte erkeğin yaşı kadından büyük olmalıdır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1528

27.02.2015

Sayın Doç.Dr. İknur AYDIN AVCI

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde Çalışan Personelin Toplumsal Cinsiyet Rol Tutumlarının Belirlenmesi** başlıklı OMÜ KAİK 2015/115 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 26.02.2015 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim

Prof. Dr. A.Tevfik SÜNER
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı



T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 82427230/806.01.03
Konu : Lisans Öğrencisi Emel KURŞUN'un Anket İzni

VALİLİK MAKAMINA

Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nin 29/01/2015 tarih ve 1395 sayılı yazısında; Sosyal Bilimler Enstitüsü Kadın ve Aile Araştırmaları Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi Emel KURŞUN'un, "Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde Çalışan Personelin Toplumsal Cinsiyet Rol Tutumlarının Belirlenmesi" konulu tezi ile ilgili anket çalışmasını kurumumuzda yapmak istediği belirtilmektedir.

Emel KURŞUN'un, "Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde Çalışan Personelin Toplumsal Cinsiyet Rol Tutumlarının Belirlenmesi" konulu tezi ile ilgili anket çalışmasını kurumumuzda yapabilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Mustafa KASAPÖĞLU
Halk Sağlığı Müdürü

O L U R
.../03/2015
Ali Galip SARAL
Vali A.
Vali Yardımcısı

Ek:

- 1- Cst Yazı (1 Adet)
- 2- Anket Örneği

İlkadım-SAMSUN
Aile Hekimliği için: A.H.UYGULAMA

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr>

İşebilirsiniz.

ÖZGEÇMİŞ

Emel Kurşun 30.01.1986 tarihinde Kdz. Ereğli’de doğdu. Kdz. Ereğli Anadolu Lisesi’ni bitirdikten sonra Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü’nden 2009 yılında mezun oldu. Mezuniyetinden bu yana sosyal çalışmacı olarak görev yapan Kurşun, iyi derecede İngilizce bilmektedir.

İletişim Bilgileri

E mail : emelkanca@msn.com

Telefon : 0533 658 73 61