



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**TÜRKİYE'DE KADININ STATÜSÜ İLE ANA ÇOCUK SAĞLIĞI
HİZMETLERİ KULLANIMI ÜZERİNE KADINLARIN
GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yunus BAŞBOĞA

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2021

TÜRKİYE'DE KADININ STATÜSÜ İLE ANA ÇOCUK SAĞLIĞI HİZMETLERİ
KULLANIMI ÜZERİNE KADINLARIN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yunus BAŞBOĞA

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2021

KABUL VE ONAY

Yunus BAŞBOĞA tarafından hazırlanan ‘‘Türkiye’de Kadının Statüsü İle Ana Çocuk Sağlığı Hizmetleri Kullanımı Üzerine Kadınların Görüşlerinin Değerlendirilmesi’’ başlıklı bu çalışma, 05/07/2021 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Yasemin AKBULUT (Başkan)

Prof. Dr. Yusuf ÇELİK (Danışman)

Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU

Doç. Dr. Oğuz IŞIK

Dr. Öğr. Üyesi Meltem SAYGILI

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Uğur ÖMÜRGÖNÜLŞEN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

05/07/2021

Yunus BAŞBOĞA

“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkânı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ay aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan iş birliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, **Prof. Dr. Yusuf ÇELİK** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığımı beyan ederim.

Yunus BAŞBOĞA

TEŞEKKÜR

Hacettepe Üniversitesi'nde 2011 yılında başlayan lisans eğitimimle birlikte öğrencisi olduğum daha sonra yüksek lisansla devam eden süreçte ilminden ve yol göstericiliğinden faydalandığım Yüksek Lisans Tez çalışmamın her aşamasında desteği ve emeği olan her zaman kendisine minnettar olacağım değerli hocam ve tez danışmanım sayın Prof. Dr. Yusuf ÇELİK'e

Lisans ve Lisansüstü eğitim hayatımda bana bilgi, donanım ve bakış açısı katan değerli Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi hocalarıma

Her zaman yanımda olan bilgi ve birikimiyle bir abi gibi yönlendiren değerli abim Atakan BAKIR'a teşekkür ederim.

ÖZET

BAŞBOĞA, Yunus. *Türkiye’de Kadının Statüsü ile Ana Çocuk Sağlığı Hizmetleri Kullanımı Üzerine Kadınların Görüşlerinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2021.

Bu çalışmada kadının statüsünün ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımı ve çocuk sağlığı üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada, 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması veri setinden son beş yıl içinde doğum yapmış 1349 kadın ve bebeklerine ait veriler kullanılmıştır. Araştırma kapsamındaki katılımcıların toplumsal cinsiyete yönelik görüşleri kadın statüsünü değerlendirmede birinci boyut, kadını kontrol etmeye yönelik davranışlara ilişkin görüşler kadın statüsünü değerlendirmede ikinci boyut, kadına yönelik fiziksel şiddete dair görüşler ise kadın statüsünü değerlendirmede üçüncü boyut olarak kullanılmıştır. Ayrıca bu üç boyutun ortalamasının toplamı ise genel kadın statüsünü değerlendirmek amacıyla hesaplanmıştır. Kadının statüsü ile ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımı, çocuk sağlığı göstergeleri ile kadının içinde yaşadığı sosyo demografik özellikler arasındaki ilişki araştırma kapsamında incelenmiştir. Çocukların yaşayıp yaşamadıkları ve ilk doğduklarında ölçülen doğum ağırlıkları çocuk sağlığı göstergeleri olarak ölçülmüştür. Ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımını ölçmek için ise doğum öncesi bakım hizmetleri ve doğum sırasında sağlık personellerinden yardım alma ve modern aile planlaması yöntemlerini kullanma göstergeleri seçilmiştir. Yapılan analizlerde bağımsız gruplar arasındaki farkın önem testi (t-testi) ve varyans analizi (F testi) kullanılmıştır. İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinde uygun t değerini belirlemek için Levene’s varyansların homojenlik testi kullanılmış ve varyansların homojen olmadığı durumlarda kullanılması gereken t ve p değerleri dikkate alınmıştır. Karşılaştırılan grupların ikiden fazla olduğu durumlarda varyansların homojenlik testi yine Levene’s testi kullanılarak yapılmış ve varyansların homojen olmadığı durumlarda Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı tartışılmıştır.

Toplumsal cinsiyete, kadını kontrol etmeye, fiziksel şiddete yönelik kadınların görüşlerinin ve genel kadın statüsünün; sosyo demografik özelliklere göre farklılık gösterdiği sonucu bulunmuştur. Hanehalkı refahının, kadının ve kocasının eğitim

düzeylerinin yüksek olduğu hanelerde, kentlerde ve batı bölgelerinde kadının statüsünün yüksek olduğu görülmüştür. Toplumsal cinsiyete dair kadınların görüşlerinin yüksek olduğu, fiziksel şiddete maruz kalma oranlarının az olduğu ve genel kadın statüsünün yüksek olduğu kadınlar arasında aile planlama yöntemlerini kullanma oranları yüksek bulunmuştur. Kadının statüsünü değerlendirmede kullanılan boyutlar ile ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımı arasında bir ilişkinin olduğu, kadının statüsünün yüksek olmasına bağlı olarak daha fazla kullanıldığı fakat çocuk sağlığı göstergeleri ile arasında bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Çalışmada, kadının statüsü ile ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımı ve çocuk sağlığı göstergeleri arasındaki ilişki ortaya konularak bu konuda çeşitli öneriler sunulmaktadır. Yapılacak politikalar ve sağlık politikaları için faydalı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kadının Statüsü, Ana Çocuk Sağlığı Hizmetleri Kullanımı, Çocuk Sağlığı, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), Sağlık Hizmetleri Kullanımı, Sağlık Politikası

ABSTRACT

BAŞBOĞA, Yunus. *Status of Woman and Evaluation of Women's Opinions on Usage of Maternal Child Health Services in Turkey*, Master's Thesis, Ankara, 2021.

In this paper it is aimed to determine the effect of women status on using of mother infant services and child health. In the research the datas belong to women who gave birth in last five years and her infants from the data set of 2013 Population and Health Research of Turkey and were used. In the scope of the research, the opinions of participants on gender were used as first dimension, the opinions on controlling on woman were used as second dimension, the opinions on physical violence to woman were used as third dimension of the evaluation. The total of averages of these three dimensions is also calculated to evaluate general status of woman. The relationship between status of woman and using mother infant services and the relationship between the indexes of child health and socio demographic conditions in which the woman live were examined in this research. Whether the children live or not and their weights firstly measured when they born were measured as child health indexes. The prenatal care services, getting help from health staff during birth and using modern family planning techniques indexes were chosen for measuring usage of mother infant services. In the analyzes the importance test between independent groups (t test) and variance analysis (F test) were used. In the importance test of difference between two averages to define t value Levene's variences are used and t and p value which should be used in cases that are not homogeneous taken into account. In the cases that compared more than two groups the homogeneous test of variences are done by using Levene's test and in cases that variences are not homogeneous it's discussed that whether differences between groups are statistically meaningful or not according to Kruskal Wallis test.

It was reached conclusion that the opinions on gender, controlling the woman and physical violence, and general woman status show differences according to socio-demographic features. It was seen that the status of woman is high in the houses in the cities and the west region of country in which education level of woman and her husband and household prosperity are high. Usage of family planning techniques is seen high among the woman has high opinion level on gender, has low rate of being exposed

physical violence and has high level of general woman status. It was seen that there is a relationship between dimensions used evaluation of woman status and usage of mother infant services and depending on highness of woman status, these services are used much more but there is no relationship between this and child health indexes. In the research it reveals the relationship between the status of woman and usage mother child services and the various suggestions on this subject are presented. It though it would be useful for health policies and policies to be made.

Keywords: Status of Women, Usage of Maternal Child Health Services, Child Health, Turkey Demographic and Health Survey, Health Services Use, Health Policy

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xii
TABLolar DİZİNİ.....	xiv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xvi
GİRİŞ.....	1
1. BÖLÜM: KADIN STATÜSÜ VE KADIN STATÜSÜNÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	4
1.1. KADININ STATÜSÜ.....	4
1.2. KADININ STATÜSÜ VE YERLEŞİM YERİ.....	5
1.3. ÇALIŞMA YAŞAMINDA KADIN.....	9
1.4. KADININ EĞİTİM DÜZEYİ.....	11
1.5. KADIN VE SİYASET.....	13
1.6. KADIN VE TOPLUMSAL CİNSİYET.....	14
1.7. KADINA YÖNELİK FİZİKSEL ŞİDDET.....	18
2.BÖLÜM.....	20
2.1. ANA ÇOCUK SAĞLIK HİZMETLERİ.....	20
2.2. KADIN SAĞLIĞI.....	22
2.3.ÇOCUK SAĞLIĞI.....	27

3.BÖLÜM.....	31
3.1 KADININ STATÜSÜ ANA ÇOCUK SAĞLIĞI HİZMETLERİ VE ÇOCUK SAĞLIĞI İLE İLİŞKİSİ.....	31
4. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM.....	45
4.1. ÇALIŞMANIN AMACI.....	45
4.2. ÇALIŞMA TASARIMI.....	45
4.3. VERİLERİN ANALİZİ VE ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİ.....	46
4.4. ÇALIŞMA HİPOTEZLERİ.....	48
4.5. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	56
4.6. ÇALIŞMANIN ÖNEMİ.....	56
4.7. SINIRLILIKLAR.....	56
5. BÖLÜM: BULGULAR.....	58
5.1. Katılımcıların Temel Özellikleri.....	58
5.2. Toplumsal Cinsiyete, Kadını Kontrol Etmeye ve Kadınlara Yönelik Fiziksel Şiddete Dair Katılımcıların Görüşleri.....	60
5.3. Toplumsal Cinsiyete Yönelik Kadınların Görüşleri Sosyo Demografik Özelliklere, Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Hizmetleri Kullanımına ve Çocuk Sağlığına Göre Karşılaştırılması.....	63
5.4. Kocaların/Partnerlerin Kadını Kontrol Etmeye Yönelik Davranışları Konusunda Kadınların Görüşlerinin Sosyo Demografik Özelliklere, Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Hizmetleri Kullanımına ve Çocuk Sağlığına Göre Karşılaştırılması.....	70
5.5. Kadına Yönelik Fiziksel Şiddet Konusunda Görüşleri Sosyo Demografik Özelliklere, Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Hizmetleri Kullanımına Ve Çocuk Sağlığına Göre Karşılaştırılması.....	76
5.6. Genel Kadın Statüsü Ortalamasının Sosyo Demografik Özelliklere, Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Hizmetleri Kullanımına ve Çocuk Sağlığına Göre Karşılaştırılması.....	81
6. BÖLÜM: TARTIŞMA.....	88
7. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER.....	113

KAYNAKÇA.....	117
EK 1. Tez Orijinallik Formu.....	136
EK 2. Etik Kurul İzin Muafiyet Formu.....	137

KISALTMALAR DİZİNİ

AÇEV:	Anne Çocuk Eğitim Vakfı
AÇS-AP:	Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AHUY:	Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
AÖO:	Anne Ölüm Oranı
AP:	Aile Planlaması
BDHS:	Bangladesh Demographic and Health Survey
ÇEKÜS:	Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi
DHS:	Demographic and Health Survey
DÖB:	Doğum Öncesi Bakım
DPT:	Devlet Planlama Teşkilatı
DPTM:	Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
EDHS:	Ethiopia Demographic and Health Survey
EUROSTAT:	Statistical Office of The European Union (Avrupa Birliği İstatistik Kurumu)
GAP:	Güneydoğu Anadolu Projesi
HÜNEE:	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
KKEP:	Kırsal Kalkınma Eylem Planı
KKP:	Kırsal Kalkınma Planı
KW:	Kruskal-Wallis
MEB:	Milli Eğitim Bakanlığı
NDHS:	Nepal Demographic and Health Survey
NSA:	Nüfus ve Sağlık Araştırması
OECD:	Organization for Economic Cooperation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı)

PDHS:	Peru Demographic and Health Survey
SB:	Sağlık Bakanlığı
T.C.:	Türkiye Cumhuriyeti
TDK:	Türk Dil Kurumu
TKB:	Tarım ve Köyişleri Bakanlığı
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSM:	Toplum Sağlığı Merkezi
TUBİTAK:	Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
UKKS:	Ulusal Kırsal Kalkınma Stratejisi
ÜSEM:	Üreme Sağlığı Eğitim Merkezi

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Türkiye’de Cinsiyete Dayalı 15 Yaş ve Üzeri Okuryazar Durum	11
Tablo 2. Kadının Statüsü ve Toplam Doğurganlık Hızının Dağılımı	33
Tablo 3. Katılımcıların Temel Özellikleri	58
Tablo 4. Toplumsal Cinsiyete, Kadını Kontrol Etmeye ve Kadınlara Yönelik Fiziksel Şiddete Dair Görüş Ortalamaları	62
Tablo 5. Toplumsal Cinsiyete Yönelik Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerin Göre Karşılaştırılması.....	64
Tablo 6. Toplumsal Cinsiyete Yönelik Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	66
Tablo 7. Toplumsal Cinsiyete Yönelik Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Doğum Öncesi ve Doğum Sırasında Sağlık Hizmetleri Kullanma Durumlarına Göre Karşılaştırılması.....	67
Tablo 8. Toplumsal Cinsiyete Yönelik Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Bebeklerinin Sağlık Statüsüne Göre Karşılaştırılması	69
Tablo 9. Kadını Kontrol Etmeye Yönelik Kocalarının/Partnerlerinin Davranışları Konusunda Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	70
Tablo 10. Kadını Kontrol Etmeye Yönelik Kocalarının/Partnerlerinin Davranışları Konusunda Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması	72
Tablo 11. Kadını Kontrol Etmeye Yönelik Kocalarının/Partnerlerinin Davranışları Konusunda Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Doğum Öncesi ve Doğum Sırasında Sağlık Hizmetleri Kullanma Durumlarına Göre Karşılaştırılması	73
Tablo 12. Kadını Kontrol Etmeye Yönelik Kocalarının/Partnerlerinin Davranışları Konusunda Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Bebeklerinin Sağlık Statüsüne Göre Karşılaştırılması	75
Tablo 13. Kadına Yönelik Fiziksel Şiddet Konusunda Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması..	76

Tablo 14. Kadına Yönelik Fiziksel Şiddet Konusunda Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	78
Tablo 15. Kadına Yönelik Fiziksel Şiddet Konusunda Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Doğum Öncesi ve Doğum Sırasında Sağlık Hizmetleri Kullanma Durumlarına Göre Karşılaştırılması	79
Tablo 16. Kadına Yönelik Fiziksel Şiddet Konusunda Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Bebeklerinin Sağlık Statüsüne Göre Karşılaştırılması	81
Tablo 17. Genel Kadın Statüsü Ortalamasının Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (Tüm)	82
Tablo 18. Genel Kadın Statüsü Ortalamasının Katılımcıların Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması (Tüm)	84
Tablo 19. Genel Kadın Statüsü Ortalamasının Katılımcıların Doğum Öncesi ve Doğum Sırasında Sağlık Hizmetleri Kullanma Durumlarına Göre Karşılaştırılması (Tüm)	85
Tablo 20. Genel Kadın Statüsü Ortalamasının Katılımcıların Bebeklerinin Sağlık Statüsüne Göre Karşılaştırılması (Tüm)	87

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Kadın Sağlığının Belirleyicileri.....	23
---	----

GİRİŞ

Kadınlar her toplumda gerek doğurganlık özelliklerinden gerekse de aile yapısındaki birleştirici etkisinden dolayı daima önemli bir etkiye sahip olmuştur. Buna rağmen kadın statüsü çoğu ülke ve toplumda istenilen düzeyde değildir. Hatta sözlü ve fiziksel şiddete daha fazla maruz kalmaktadırlar. *Kadının statüsü genellikle kadının gelir düzeyi, ekonomik bağımsızlığı, istihdamı, eğitimi, sağlığı ve doğurganlığı, aile ve toplum içindeki rolü ve değeri gibi faktörlerle tanımlanmaktadır* (Akın ve Mihçioğur, 2005). Kadınların; eğitim, sağlık ve istihdam olanakları gibi en temel insan haklarından yararlanma konusunda hemen hemen tüm ülkelerde erkeklerin gerisinde olduğu bilinmektedir. Türkiye’de kadının statüsüne bakıldığında, statüyü oluşturan eğitim düzeylerinin yüksek olmadığı, istihdamlarının yetersiz oldukları görülmektedir (Ereş, 2006:40). 2017 Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) araştırması sonuçlarına göre okuma yazma bilmeyen kadınların oranı okuma yazma bilmeyen erkeklere kıyasla 5 kat daha fazladır. Kadın istihdam oranı erkek istihdam oranının yarısından azdır. Her 5 erkekten 4’ü eşinin çalışmasını uygun bulurken, eğitim düzeyi yüksek kadınların işgücüne katılımı daha yüksek çıkmaktadır. Kadınların %34’ü ise ilk evliliklerini 20-24 yaş aralığında yapmaktadırlar. Hanedeki işler ve sorumluluklar cinsiyet gözetilerek paylaştırılmaktadır. Kadınların %92’si yemek pişirirken, erkeklerin %80’i evin boya badana işini yapmaktadırlar. Her 10 kadından 4’ü yaşadığı çevrede kendini güvensiz hissetmektedir (TÜİK, 2017). Kadınların eğitime verilen önem hem onların aile içindeki konumlarını iyileştirecek, istihdamlarını kolaylaştıracak hem de statülerini etkileyen diğer faktörlerin iyileşmesinde pozitif katkı sağlayacaktır (Ereş, 2006:40). Kadının statüsünü belirleyen bir diğer gösterge olan kadın sağlığı, kadının yaşam süresi, canlı doğum sayısı vb. birçok ülkede yükseldiği gibi Türkiye’de de yükselmiştir. Anne ölüm oranları da yıllara göre incelendiğinde hızlı bir şekilde düştüğü görülmektedir. Türkiye’de 1990’lı yıllarda 100.000 canlı doğumda anne ölüm oranı 40’ın üzerindeyken bu oran 2019 verilerinde yüz binde %13,1’e düşmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2021:24).

Kadınların toplumdaki statüsü ve ana çocuk sağlığı hizmetlerine etkisi ele alınması gereken konuların başında gelmektedir. Sağlık bakımına ulaşmada finansal zorlukların yanında gelenek ve kültürel değerlerin de etkisi vardır. Örneğin; kadının yalnız dışarı çıkmasının engellenmesi ve erkek hekim muayenesinin kabul edilmediği durumlarda

kadın, sağlık hizmetine ulaşamaz. Türkiye’de de bu durum mevcut olup, kırsal kesimlerde daha belirgindir. Son yıllarda kadının statüsünde iyileşmeler yaşanmıştır ve bu durum sağlık statüsünün gelişmesine katkıda bulunmuştur. Özellikle doğumdan beklenen yaşam beklentisinin artması ve bebek ölüm oranlarının azaltılması bu durumu açıklar niteliktedir (TÜİK, 2021a; TÜİK, 2021c).

Elbette sosyal, ekonomik ve çevresel faktörler sağlık statüsü üzerinde önemli etkiye sahiptir fakat kadının statüsünün güçlendirilmesi de bu faktörler kadar önemlidir. Kadın ve sağlık alanında belirtilmesi gereken bir diğer önemli faktör toplumsal yapının kendisidir. Türkiye’de giderek çözülmekle birlikte kent merkezlerinden kırsal alanlara, batıdan doğuya gidildikçe varlığını koruyan geleneksel yaşam biçimi ve toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, kadınların sağlık hizmetlerine erişiminin önünde bir engel teşkil etmeye devam etmektedir. Ev içi kararlara katılım veya rol paylaşımındaki cinsiyete dayalı durumlar kadının statüsünü belirleyen ve kadının sağlık hizmetleri kullanımı ve çocuk sağlığı ile çok yakından ilişkili olan durumlardır. Bu tür durumlar yaşam stili üzerinde etkilidir ve kadının özgüvenine etki etmektedir. Sağlık hizmetlerinin kullanımı, doğumun gerçekleşeceği yer (sağlık kurumu veya ev), doğum yöntemi (sezaryen veya normal doğum), hamilelik boyunca kadının sağlık hizmetlerinden yararlanması ve doğumu anında destek alacağı sağlık çalışanı gibi durumların hepsi kadının statüsü tarafından etkilenebilmektedir.

2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’nda (TNSA) doğurganlık düzeyi kentsel alanlara kıyasla kırsal alanlarda daha yüksek çıktığı görülmüş, kırsal alanlarda kentsel alanlara kıyasla %21 daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Doğum öncesi bakım alma oranı genelde %97 iken kırsal alanlarda doğum öncesi bakım almayan kadınların yüzdesi Türkiye ortalamasının iki katından fazla, kentsel alanlarda yaşayan kadınların yüzdesinin üç katından fazladır (TNSA, 2013:142). Kadının statüsünün düşük veya yüksek olması yukarıda saydığımız örnekleri kapsayan ana çocuk sağlık hizmetlerine ulaşımın artmasına veya azalmasına sebep olacaktır. Statüsü güçlendirilmiş kadın, kendi kararlarını kendisi verecek ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri kullanımına önem vererek doğum öncesi, doğum sırasında ve doğum sonrası durumları kapsayan ana çocuk sağlığı hizmetlerine erişimde kararı kendisi vererek bu hizmetleri kullanabilecektir. Böylelikle ana çocuk sağlık hizmetlerinin kullanımı artacak ve çocuk sağlık statüsündeki

göstergeler de buna paralel olarak iyileşecektir. Daha önce gerçekleştirilen araştırmalarda kadın statüsü çoğunlukla gelir, istihdam ve eğitim gibi sosyal sosyal unsurlarla ilişkilendirilmiştir. Bu tez çalışması kadın statüsünün ana çocuk sağlık hizmetleri kullanımı üzerine kadın görüşlerinin değerlendirilmesi açısından ele almaktadır.

Çalışmanın birinci bölümünde kadın statüsü ve kadın statüsünü etkileyen faktörlere yer verilirken ikinci bölümde ana çocuk sağlık hizmetleri, kadın sağlığı ve çocuk sağlığı üzerinde durulacak, üçüncü bölümde; kadının statüsü ana çocuk sağlığı hizmetleri ve çocuk sağlığı ile ilişkisi üzerinde durulacaktır. Çalışmanın dördüncü bölümünde araştırmanın gereç ve yöntemleri, beşinci bölümünde de araştırmanın bulguları sunulacak, altıncı ve yedinci bölümlerinde ise; çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda tartışmalar yapılacak ve önerilerde bulunulacaktır.

1. BÖLÜM

KADIN STATÜSÜ VE KADIN STATÜSÜNÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Kadının yaşadığı çevre hem kadının statüsünü etkileyen faktörleri hem de kadının statüsünü etkilemektedir. Özellikle yaşanan çevre, kırsal alan ise bu sebepten dolayı kadının statüsünü etkileyen faktörleri daha da önemli kılmaktadır. Bu bölümde kadının yaşadığı çevrenin tanımı ve nitelikleri çeşitli yönleriyle açıklanmıştır. Özellikle kadın statüsünün düşük olduğu kırsal alanlarda eğitim ve sağlık olanaklarından söz edilmiştir. Kadının yaşadığı çevre hakkında verilen bilgiler kadın statüsü üzerinde etkili olan faktörlerin belirlenmesine yardımcı olacaktır.

1.1. KADININ STATÜSÜ

Yaratılışlarından kaynaklanan birtakım özelliklerden dolayı kadınlar, her toplumda her zaman dikkatleri üzerine çekmiştir. Gerek doğurganlık özelliklerinden gerekse de aile yapısındaki birleştirici etkisinden dolayı daima önemli bir etkiye sahip olmuştur. Hal böyleyken kadın hâlâ yoksulluk, ezilmişlik, fiziksel şiddet, eğitimsizlik vb. gibi konularla tartışılmaktadır (Gökkaya, 2015:337). Kadınların statüsünü etkileyen faktörlerin iyileştirilme çabaları gelişmiş ülkeler tarafından hızlı bir şekilde aşılırken gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelerde ise aşılamamıştır. Fakat kadının statüsü ile ilgili tüm bu olumsuzluklara rağmen değişen ve dönüşen dünyada kadının statüsünde iyileşmeler olmaktadır. Türkiye’de kadının statüsüne bakıldığında kadınların eğitim düzeyleri düşük, istihdamları ise yetersizdir (Ereş, 2006:40) ve buna bağlı olarak statüsünün düşük olduğu görülmektedir.

Ülkelerin kalkınmasında birçok faktör etkilidir ve bu faktörlerden önemli olanlardan biri de kadının toplumdaki statüsüdür (Durna, 2018:41). Kadının statüsü kendi sağlığı başta olmak üzere çocuk ve toplum sağlığını etkilemekte, aynı zamanda toplum eğitimine de etki etmektedir. Sağlıklı ebeveynlere sahip çocuklar daha sağlıklı olmakta, okuldan geri kalmamakta bu da okullaşma oranını artırmakta, öğrenme sürecinde çok daha başarılı olmaktadır (Santerre and Neun, 2013:73). Bu da toplumun kalkınmasında mühendislik rolü oynayacak sağlıklı ve eğitilmiş bir neslin yetişmesi demektir. Başta kadın ve çocuklarda meydana gelecek herhangi bir sağlık bozulması tüm toplumu etkileyecektir. Dolayısıyla tüm toplum etkilenmesi demek yeni sağlık politikalarının

geliştirilmesi ihtiyacını ortaya çıkaracak ve politikaların hayata geçirilmesi için ekonomik bir yükü beraberinde getirecektir. Bu da ülke kalkınmasına olumsuz yansıtacaktır.

Kadının statüsünün üzerinde eğitim etkili faktörlerden biridir (Köse ve Beşer, 2007:116; Vyas and Watts, 2009:578). Eğitim düzeyi artan kadınların aile içindeki konumlarında iyileşmeler meydana gelecek, çalışma yaşamında varlığı hissedilecek ve böylelikle statülerinde olumlu iyileşmeler olacaktır (Ereş, 2006:40). Nitekim yapılan çalışmalarda da eğitim ve kadının statüsü arasında ilişki bulunmuş, eğitim düzeyi düşük kadınların statüsünün de düşük olduğu tespit edilmiştir (Erci, 2003:68; Şahiner ve Akyüz, 2010:341).

Kadının statüsünün üzerinde etkili olan bir başka faktör de refah düzeyidir. Refah düzeyinin düşük veya yüksek olması kadının statüsünün düşük veya yüksek olmasına sebep olmaktadır. Yapılan çalışmalarda da refah düzeyi düşük kadınların statüsünün düşük olduğu gözlemlenmiştir (Erci, 2003:69). Son yıllarda yapılan çalışmalarla kadınların eğitim olanaklarından daha fazla faydalanmaları amacıyla çeşitli projeler uygulanmaya koyularak eğitim sorunları giderilmiş, kızlar eğitim vasıtasıyla bilinçlendirilmeye çalışılmış ve evlilik yaşı yeniden düzenlenmiştir (Ereş, 2006:50). Kadınlar ve kızlar açısından bu durum olumlu görülmektedir.

1.2. KADININ STATÜSÜ VE YERLEŞİM YERİ

Yerleşim türleri sahip olduğu farklı özelliklerden dolayı karşımıza kent ve kırsal olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir. Yerleşim türlerinden biri olan kırsal alan yerleşmeleri, Türkiye’de yerleşimlerin büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır (Yenigül, 2017:17). Kayıkçı (2009:23), kırsal kavramını, ekonominin tarıma dayandığı ve nüfus bakımından yoğunluğun az olduğu alanlar olarak tanımlarken Türk Dil Kurumunun (TDK) çıkardığı Türkçe sözlük ise *az insanın barındığı, genellikle kır durumunda olan yer* şeklinde tanımlanmaktadır (Türkçe sözlük, 2005:1164). Bir başka tanıma göre kırsal alan, *şehirsiz yerleşme bölgelerinin dışında kalan tarım, hayvancılık, ormancılık ile ilgili faaliyetlerin yapıldığı ve kom, mezra, köy gibi isimlerle adlandırılan kent olma kriterlerine sahip olamamış ortamlardır* (Coşkun, 2018:18). Tanımlar incelendiğinde

kırsal alanların nüfus, ekonomi ve kültür kavramları açısından değerlendirildiği görülmektedir.

Türk Dil Kurumuna (TDK) göre Şehir; *nüfusunun çoğu ticaret, sanayi, hizmet veya yönetimle ilgili işlerle uğraşan, genellikle tarımsal etkinliklerin olmadığı yerleşim alanı, kent, site (TDK, 2021)*. Ekonomik faaliyetler, istihdam, nüfus vb. kentin kırsaldan ayrıldığı önemli noktalar. Avrupa Komisyonu'nun 2010 yılında yaptığı kırsal alan tanımlanmasına göre nüfus yoğunluğu km² başına minimum 300 kişi ve yerleşim yerinde yaşayan toplam kişi sayısı minimum 5.000 kişi ise bu yerler kentsel alanlar olarak kabul edilirken bunlar dışında kalanlar kırsal alan olarak kabul edilmektedir (European Union, 2013).

Kalkınma planlarının genel olarak kabul ettiği 20 bin nüfus eşiğini esas alan kır-kent tanımına göre nüfusu 20 binin üzerinde yer alan yerleşmeler kent olarak kabul edilmektedir (Onuncu Kalkınma Planı, 2013:134). Bir yerin kent alanı olarak kabul edilebilmesi için şart koşulan 20 binin üstü nüfus sayısı aynı zamanda idare biçimlerini de etkilemektedir. 5393 Sayılı Belediye Kanunu'nun 4. maddesinde yer alan 'nüfusu 5.000 ve üzerinde olan yerleşim birimlerinde belediye kurulabilir. İl ve ilçe merkezlerinde belediye kurulması zorunludur' (5393 Sayılı Belediye Kanunu, 2005) ibaresi nüfusa bağlı olarak hem kırsalda hem de kentlerde belediyelerin kurulabileceğinden söz edilmiştir. Belediyeler 5000'nin üzerinde nüfusa sahip olan yerlerde kurulabileceğinden nüfusu 20000'in altındaki yerler de kırsal olarak geçtiğinden dolayı belediyeler hem kırsal hem de kentsel alanlarda kurulabilir. Ayrıca tanımda kıstas olarak verilen azami nüfus sayılarını temel aldığımızda köy ve kasabaların da kırsal alan içerisinde yer aldığını söyleyebiliriz. Hangi kritere göre sınıflandırılırsa sınıflandırılırsın geçmişten günümüze kırsal alanlar, kentsel alanlarla kıyaslandığında ekonomik, nüfus ve kültür bakımından kentsel alanlarla farklılık göstermektedir. Kentsel alanlara kıyasla daha düşük bir nüfusa sahip olan kırsal alanlar, temel nitelikleri bakımından doğal ve çevresel alanlarıyla ön plana çıkmakta, genel olarak tarım ağırlıklı ekonomik faaliyet yürüterek tarımsal üretim merkezleri olarak görülmektedir (Yenigül, 2017:17).

Türkiye, gelişmekte olan ülkeler grubunda yer almaktadır ve yapılan birçok hukuksal reforma rağmen Türkiye'de kadının statüsünde istenilen seviyeye gelinebilmiştir. Bu

durum üzerine son yıllarda çalışmalar hız kazanmış, kadının toplumsal alanda aktifleştirilmesi adına birçok reformlar gerçekleştirilmiş; eğitim, siyaset, ekonomi ve sağlık alanlarında kadınlar lehine iyileştirmeler yapılmaya çalışılmış ve bu konuda çeşitli yasalar çıkarılmaya çalışılmıştır. Çoğunlukla toplumsal faaliyetlerin cinsiyete göre şekillenmesinden dolayı istihdamda, eğitimde veya diğer sosyal alanlarda kadın ve erkek oranlarının farklı olmasına yol açmıştır (Gökdemir ve Ergün: 2012:75). Başka bir deyişle iş bölümü toplumsal cinsiyet rollerine göre şekillenmiştir (Gülçubuk, 2008:1). Özellikle kırsal alanda ağırlığını hissettiren geleneksel yapı, buralarda rolleri daha belirgin bir şekilde ön plana çıkarmaktadır (Gökdemir ve Ergün: 2012:75). İş bölümü ve diğer alanlarda toplumsal cinsiyet rolleri çerçevesinde kadına biçilen rol ve statü, kentsel alanlarda mevcut olduğu gibi kırsal alanlarda da mevcuttur. Bu roller kentin ve kırsalın yapısına ve özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Kırsal alanlarda kadınlar rutin işlerin içerisinde yer alan ev işlerini yaparken aynı zamanda tarım, hayvancılık, ekmek yapımı gibi fiziksel enerji isteyen zor işleri de yapmaktadırlar (Gülçubuk, 2008:4).

Yerleşim yeri türleri sahip oldukları imkanlardan dolayı birçok avantaja sahipken imkansızlıklardan dolayı ise birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Bu sorunlar kırsal alanlarda daha fazla öne çıkmaktadır. Sözü edilen sorunlarda bir de sağlık sorunu olup, bu sorun kırsal alanlarda daha fazla hissedilmektedir. Sağlık sorunu sadece bir hastalıkla özdeşleştirilip dar bir çerçeveye sıkıştırılacak bir kavram değildir. Bilakis sağlık hizmeti, sağlık hizmetinin sunumu ve bu hizmete ulaşma süreci de bir sorundur. Kırsal ve uzak bölgelerde sağlık hizmetlerinin sunumu; sınırlı finansman ve sağlık hizmetlerindeki diğer kaynak kısıtlamalarından önemli ölçüde etkilenmektedir (Strasser, 2003:459). Tüm bu ve buna benzer sebeplerden dolayı kırsal alanlar, sağlık koşullarının yetersizliğinden dolayı az gelişmemiş ülkelerdeki bölgeler gibi sağlık sorunlarının en fazla hissedildiği alanlardır (Tolunay ve Akyol, 2006:121). Kırsal alanda sağlık ile ilgili tüm sorunlar gelişmekte olan ve gelişmemiş olan ülkelerin ortak sorunlarıdır.

Sağlık, sağlık hizmeti ve bu hizmetin sunum ve erişimiyle ilgili yaşanan sorunlar kırsal alanlarda daha yoğundur. Bu sorunlar bazen sağlık personelinin kendisinden kaynaklanan nicel ve nitel durumlardan kaynaklanırken bazen de sağlık hizmeti sunulan

bina ve teçhizatlardan kaynaklanmaktadır (TUBİTAK, 2009). Bu da kırsal alanlarda sağlık hizmetlerinden faydalanan oranı düşürmektedir.

Sağlık hizmetlerinin talebine yönelik bir başka sorun da toplumun %15'i kadarının hiçbir sağlık güvencesine sahip olmamasıdır (Çetin, 2015:35). Tüm bu koşullar kırsal alanlarda yaşayanlarda erken ölüm oranlarının, bebek ölüm oranlarının ve yaşa göre ayarlanmış ölüm oranlarının yüksek olmasına sebep olmaktadır

Kırsal sağlık hizmetleri, etkin ve konforlu bir şekilde çalışmak için gerekli becerilere sahip yeterli sayıda doktor ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları gerektirir. Bu hizmetlerin sürdürülebilirliği, yeterli sağlık hizmeti altyapısına ve uzman desteğinin varlığına bağlıdır (Strasser, 2003:459). Kırsal alanda etkili ve verimli bir sağlık hizmeti sunmak amacıyla kırsal alanlardaki sağlık sorunları üzerine çeşitli politikalar hayata geçirilmiştir. Bu politikalar, kırsal alanlarda koruyucu sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve sunum kalitesinin artırılmasına yönelik eylem planları şeklinde amaçlanmıştır (Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, 2015:39). Ulusal Kırsal Kalkınma Stratejisi; sağlık hizmetlerine doğrudan erişim imkânı bulan köy oranının düşük olması ana çocuk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını zorunlu kılarak (Ulusal Kırsal Kalkınma Stratejisi, 2006:9) amaçlara ulaşmaya çalışmıştır. Yine bu amaçla Kırsal Kalkınma Planı çerçevesinde köylere gezici sağlık hizmetleri götürülerek kırsal alanda sağlık hizmetlerine erişim ve ulaşım sağlanmaya çalışılmaktadır (Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, 2009:79). Böylelikle temel sağlık hizmetlerinin tüm kırsal alana yaygınlaştırılması amaçlanmıştır. Ulusal Kırsal Kalkınma Stratejisi'nin (2006:19), sağlık hizmetlerinin etkin bir hale gelmesi, kırsal alanda yaşayan nüfusun sağlık hizmetlerine erişmesi ve bu erişimin sürekli hale getirilmesi ve bu erişim için faydalanma hareketlerinin geliştirilmesi şeklinde açıkladığı hedefi, bu konuda atılan önemli adımlardandır. Sağlık ocağı bulunmayan kırsaldaki köylerde sağlık hizmetlerine ulaşım ve erişimin artırılması (KKP 2010-2013, 2009:80) hedeflenerek tüm kırsal alana sağlık hizmeti götürmek amaçlanmıştır. Bu amaçları gerçekleştirmek için bazı tedbir ve politikalar uygulanmaya konulmaya çalışılmıştır. Kırsal alanlarda sağlık personeli ihtiyacını gidermek ve bazı hizmet binalarının kullanışlı olacak şekilde tadilat edilmesi (Ulusal Kırsal Kalkınma Stratejisi, 2006:20) amaçlanmıştır. 24.11.2004 tarihinde kabul edilen 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot

Uygulamasý Hakkında Kanun, Aile Hekimliđi Pilot Uygulamasý Hakkında Yönetmelik, Aile Hekimliđinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge yayımlanarak yürürlüğe girmiştir’’ (Temurçin ve şenol, 2008:210). Yine 2018 yılında resmi gazetede yayımlanan toplum sağlığı merkezi ve bağlı birimler yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmeliğin 5.maddesine göre ‘‘nüfusu 15.000’e kadar olan ilçelerde ve 10/7/2004 tarihli ve 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununa tabi olmayan il merkezlerinde bir toplum sağlığı merkezi kurulur’’ (TSM ve Bağlı Birimler Yönetmenliđinde Deđiřiklik Yapılmasına Dair Kanun, 2018) şeklindeki yönetmenlik de kırsal alana yönelik verilen sağlık hizmetlerindeki dönüşümlerin devamıdır. Bu yasa ve uygulamalarla kırsal alana hizmetler verilmeye çalışılmış, uygulamadaki birinci basamak sağlık hizmetlerine ile özellikle kırsal alanda sağlık hizmetleri sunumunda önemli görevler yüklenmiştir (Çetin, 2015:10). Sunulmaya çalışılan hizmetler kırsal alanda sağlık ocakları (Sağlık Bakanlığı, 2007:147) ve aile hekimleri tarafından yürütölmekle yükümlü olunan gezici sağlık hizmetleri (Ateř, 2011:22-23) aracılığıyla buralarda yaşayanlara hizmetler verilmektedir.

1.3. ÇALIşMA YAşAMINDA KADIN

Bir ölkenin her alanda kalkınması için gerekli şartlardan biri de istihdamın sağlanmasıdır. Kalkınmanın en önemli unsurlarından olan istihdam, sadece erkekler için değil kadınlar için de söz konusu bir gelir kapısıdır. Türkiye, kadınların işgücüne katılımdaki payı erkeklere kıyasla dünyadaki en düşük ölkelerden biridir (Akın ve Özvarış, 2012b:228). Bu durum kırsal alanda yaşayan kadınlar için de geçerlidir. şahin’e (2019:37) göre kadınların çalışma alanlarındaki varlıkları, toplumsal alanda kendilerine yönelik bakış açısıyla doğrudan ilişkili olup negatif bir duruma sebep olmaktadır. Kadınların işgücüne katılımlarını engelleyen faktörlere baktığımızda iki sebep ortaya çıkmaktadır. Bunlar; düşük ücret gibi sebepleri kapsayan ekonomik faktörler ile eğitim düzeyinin düşükölüğü ve sosyo kültürel engelleri kapsayan sosyal faktörlerdir (Durmaz, 2016:44). Yani kadınların istihdamda yer almasını engelleyen sebepler hem kadının kendisinden hem de toplumun bakış açısından kaynaklanmaktadır.

Kadının istihdamda beklentilerinin karşılanmaması sonucu ortaya çıkan kadınlardaki istihdam problemi daha çok kadına biçilen rollerle ilgilidir. Bu roller evle ve çocukla ilgili olup eş ve annelik rolüdür (Türk, 2010:29). Yine aynı şekilde anneliğin vermiş olduğu çocuk doğurma ve çocuk bakımı da bu ilişkinin bir nedendir. Bu, kırsal alan için de geçerli olan bir durumdur.

Kırsal alandaki kadınların, genelde tüm kadınların çalışma yaşamına girmeleri başta aile olmak üzere toplumsal, sosyal ve ekonomik alanları etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda bir ülkenin kalkınmasında kadının etkili bir rolünün olduğu gösterilmiştir (Durmaz, 2016:37). Bu durum ülkelerin kalkınma politikalarında kadınlara öncelik vermesi gereğini ortaya çıkarmaktadır.

Kırsal alanda yaşayan kadınların çalışma hayatına girmeleri hem kendileri hem de ülke kalkınması açısından önemli görülmektedir. Bu durum aynı zamanda kadının sosyal statüsüne ve sağlık düzeylerine etki etmekte, kadın ve aile için gelirin önemini ortaya koymaktadır (Ateş ve Aba, 2015:8). Çalışan bir kadın hem aileye artı bir gelirle katkıda bulunacak hem aile geliri arttığı için sağlık hizmeti kullanımını arttıracaktır.

Kadının çalışma yaşamındaki durumuna bakıldığında; kırsal alanda yaşayan kadınlar kente yaşayan veya kente göç eden kadınlara göre istihdamda daha fazla rol almaktadırlar (Tezcan ve Eryurt, 2006:18). Fakat bu oran sadece tarım sektörü ve ücretsiz aile işçiliği için geçerlidir. Kırsal alanda tarımda çalışan kadın oranı %75'tir (TNSA, 2013:50). Bu bölgedeki kadınlar, buranın ekonomik faaliyeti olan tarım sektöründe çalışırken, kentte yaşayan veya kente göç eden kadınlar ise buralarda kendilerine uygun bir çalışma alanı bulamamaktadırlar (Türk, 2010:29). Kırsal alanda yaşayan kadınların tarımdaki istihdamı, ücretsiz aile işçiliğiyle doğrusal bir ilişkide olup buralarda yaşayan kadınlar arasında ücretsiz aile işçiliği yaygındır (Er, 2013:36). TNSA'ya (2008: 53) göre ücretsiz aile işçiliği, kırsal alanda yaşayan kadınlarda %66,5 iken bu kentsel alanlarda %13,3'tür. Bu yaygınlığın temelinde kadını; ucuz emek ve yardımcı aile işçisi gibi tanımlamalarından kaynaklanmaktadır (Adak, 2015:117).

Er'e (2013:36) göre kırsal alanda yaşayan kadınların işgücüne katılımını etkileyen faktörlerin başında çocuk sayısı gelmekte, çocuk sayısındaki artışa bağlı olarak kadınların işgücüne katılımı artmaktadır. Fakat bu durum sadece kırsal alanlarda

yaşayan kadınlar için geçerlidir. Çünkü genel olarak çocuk sayısı ve istihdamda çalışan kadın sayısı arasında ters bir ilişki vardır (TNSA, 2013:51). Kırsal alanlarda eğitim düşük olduğundan bölgede tarımda çalışan kadınların büyük çoğunluğunu ilköğretim mezunu kadınlar oluşturmaktadır (Türk, 2010:29). Kadınların tarım alanlarında çalışması kendi statülerine çok fazla olumlu bir katkı yapmamaktadır. Araştırma ve raporlara göre kadın istihdamının tarım dışı olması durumunda kadının daha da güçleneceği, sosyal hayatta daha fazla söz sahibi olarak kendisini daha rahat ifade edeceği ve statüsünün güçleneceği sonucu bulunmuştur (Akın ve Özvarış, 2012b:229).

1.4. KADININ EĞİTİM DÜZEYİ

Bireyin hangi meslekte olacağını, toplumsal statüsünü ve sahip olacağı imkanları etkileyen eğitim, ülkeler için her anlamda çok önemlidir (Ateş ve Aba, 2015:9). Eğitim, kadınların toplumsal statüsünü ve işgücü imkanları üzerinde etkili olan faktörlerin başında gelmektedir (Tor, 2016:68). Türkiye’de okuma yazma oranlarına baktığımızda 1,5 milyonun üzerinde kadın okuma yazma bilmemektedir. Bu durum başta kadınlar olmak üzere tüm ülke için çözülmesi gereken büyük bir sorundur. Tablo 1, TÜİK’ten alınmış olup durumu özetlemektedir (TÜİK, 2021b).

Tablo 1: Türkiye’de Cinsiyete Dayalı 15 Yaş ve Üzeri Okuryazar Durum

Okuryazarlık Durumu	Genel Toplam	Erkek	Kadın
Okuma Yazma Bilmeyen	1,914,783	262,501	1,652,282

Kaynak: TÜİK, 2021b

Okuma yazma bilen fakat herhangi bir okul bitirmeyen erkek sayısı 3.307.584 kadın sayısı 4.602.942’dir, İlkokul mezunu erkek sayısı 9.251.606 kadın sayısı 11.372.844 İlköğretim mezunu erkek sayısı 5.032.195 kadın sayısı 3.659.664, ortaokul veya dengi okul mezunu erkek sayısı 4.339.831 kadın sayısı 3.406.078, lise veya dengi okul mezunu erkek sayısı 7.921.816 kadın sayısı ise 6.043.867’dir (Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2019:22). Sonuçlara bakıldığında kadınların eğitim düzeyinin erkekler göre düşük olduğu görülmektedir. Kentsel alanlara kıyasla kırsal alanlarda eğitim olanakları düşük, eğitime katılım az ve eğitim kalitesi yetersiz (Şeker, 2015:41) olduğundan eğitim alanında ihtiyaçlar ortaya çıkmaktadır. Kadınlardaki genel okuryazarlık ve eğitim düzeylerindeki düşüklük problemi kırsal alanda yaşayan kadınlar için de geçerlidir. Kentsel alanlardan kırsal alanlara, batıdan doğuya gidildikçe okuryazar olmayan kadın

nüfusta artış meydana gelmektedir (Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2019:22). Okuma yazma bilmeyen her 10 kişiden 8'ini oluşturan kadınlarda yetişkin nüfusun %7,3'ü okuma-yazma bilmemekte ve oranlar kentsel alandan kırsal alanlara gidildikçe artmaktadır (Yoldaşcan, 2017:75). Kırsal alanlarda kadınlar arasındaki okullaşma oranının kentsel alanlara göre düşük olması kadınlardaki eğitimsizliğin temel sebeplerindendir (Adak, 2015:189). Bu durum ise kadınlar açısından negatif bir sorundur. Okullaşma oranları incelendiğinde kentsel alanlara kıyasla kırsal alanda kız çocuklarında daha düşük seviyededir (Özaydınlık, 2014:98). Liseyi bitirme oranları incelendiğinde ise kentsel alanlarda yaşayan kadınların %35'i lise mezunu iken bu oran kırsal alanlarda yaşayan kadınlar arasında %13'e düşerken kentsel alanlarda yaşayan kadınlar arasında herhangi bir eğitim düzeyini tamamlamamış kadın oranı %10 iken kırsal alanda yaşayan kadınlarda bu oran %21'e çıkmaktadır (Yoldaşcan, 2017:76).

Kırsal alanlarda kadının eğitim düzeyinin düşük olmasının birçok sebebi bulunmaktadır. Bu sebeplerden biri, kızların okula gönderilmemesidir (Adak, 2005:97). Bir diğer sebep de kız çocukların erken yaşta evlendirilmesidir (Kocakurt, 2016:43-44). Erken yaşta evlendirilen kız çocukları eğitimlerini yarıda bırakmak zorunda kalmaktadırlar. Bir diğer sebep de eğitime erişimde bölgeler arası eşitsizlikten dolayı kırsal alanlarda eğitim olanaklarının gelişmemesi ve bunun sonucunda kız çocuklarının eğitimden mahrum kalmasıdır (Tor ve Ağlı, 2016:71). Burada kast edilen durum okullaşma oranıdır. Okul olmayan kırsal alanlarda aileler kız çocuklarını kentlere okutmaya gönderme konusunda tereddüt yaşayabilmektedir. Bir başka sebep de kırsal alanda yaşayan ailelerin sosyo ekonomik bakımda yoksul olmasıdır (Kocakurt, 2016:43-44). Bunun sonucunda da kız çocukları eğitime erişememektedir. Bir diğer sebep de anne baba tercihlerinin ön plana çıkmasıdır (Tor ve Ağlı, 2016:72). Kız çocuğu anne babasının tercihlerine göre hareket etme durumunda kalmakta, böylece eğitim yaşamına başlayamamaktadır. Diğer bir sebep de yörenin ekonomisinin tarıma dayanmasından dolayı kız çocuklarının tarımda çalışmasıdır (Kocakurt, 2016:43-44). Tıpkı diğer çocuklar gibi kız çocukları da ailede ücretsiz işçi görülmekte, bu bakış açısından dolayı tarımda çalışmaktadır. Diğer bir sebep de dini inançlara uygun okul seçeneklerinin olmamasıdır (Tor ve Ağlı, 2016:72). Aileler dini hassasiyetlerinden dolayı çocuklarını bu şekilde yönlendirmek istediklerinden dolayı taleplerine uygun okul bulamadıkları takdirde çocuklarını gönderme konusunda çekimser davranabilmektedir. Diğer bir sebep de ailelerin eğitim

düzeylerinin düşük olmasıdır (Kocakurt, 2016:43-44). Eğitim düzeyi düşük aileler eğitimin önemini yeterince kavrayamadıklarından dolayı bu şekilde hareket edebilmektedirler.

Türkiye’de son yıllarda kız çocuklarının okula gönderilmesini teşvik etmek amacıyla, ‘haydi kızlar okula’ ve okuma yazma kursları gibi kampanyalar ve projeler düzenlenerek kadınların eğitim seviyesi yükseltilmeye çalışılmıştır. Tüm bu uygulama ve uğraşlar, kadınların eğitim düzeyindeki iyileşmeleri arttırmış ve kadınların eğitim düzeylerinin yükselmesine sebep olmuştur.

1.5. KADIN VE SİYASET

Kadınların toplumsal alandaki statülerini belirleyen durumlardan biri de kadınların siyaset alanındaki varlığıdır. Türkiye’de kadınların siyaset alanına çıkması Cumhuriyet’in kuruluşuyla başlamaktadır. 1930’da belediye seçimlerinde, 1934’te genel seçimlerde oy kullanma hakkını elde eden kadınlar, 1935’te yapılan genel seçimlerde meclisin %4,5 oranına tekabül eden 18 milletvekili çıkarmıştır (Gökçimen, 2008:5). Kadınlara seçme ve seçilme haklarının ilk olarak verilmeye başlandığı 1930 yılında Avrupa’da ve Avrupa’nın dışında kalan birçok ülkede bu haklar kadınlara verilmemişti (Şahin, 2019:31). Kadınlar o tarihten günümüze kadar yerel veya genel seçimleri kapsayan siyasette aktif rol almaya çalışmaktadırlar.

Her ne kadar bu sonuçlar kadınlar açısından olumlu gelişmeler olarak görülse de dünyada kadınların yerel yönetimdeki temsil oranlarına baktığımızda; Türkiye’de siyasette yer alan kadın sayısı azdır. Son verilere göre 2019 yılında 589 milletvekilinin 102’sinin kadın, 487’sinin ise erkek olduğu, meclise giren kadın milletvekili oranı, 2007 yılında %9,1 iken 2019 yılında %17,3’e çıktığı görülmüştür (TÜİK, 2020a). Türkiye geneline baktığımızda 2019 yılında yapılan yerel seçimlerde kadınları; büyükşehir belediye başkanlığında 3, büyükşehir belediye ilçe başkanlığında 25, il belediye başkanlığında 1, ilçe ve belde belediye başkanlığında 12, il genel meclis üyeliğinde 48 ve belediye meclis üyeliğinde 2284, mahalle ve köy muhtarlığında ise 1085 kadın aday temsil etmiştir (Karışık ve arkadaşları, 2020:13).

Kırsal alanda erkeklere kıyasla çok düşük bir sayıyı temsil eden kadınlar, bu alanlarda istedikleri sayılara henüz ulaşamamışlardır. Dünyada kadınların siyasette temsiliyette oranı %30'da kalırken Türkiye'de ise kadınların parlamentoda temsiliyet oranı %15'tir (Şahin, 2019:47). Kadınlara düşük bir temsiliyet hakkı verilmesinin bazı önemli nedenleri bulunmaktadır. En önemli nedenlerinden biri de kadınların talep ve ihtiyaçlarının göz ardı edilmesi ve bu sorunun çözümüne yönelik politikaların oluşturulamaması olarak görülmektedir (Akın ve Özvarış, 2012b:230).

1.6. KADIN VE TOPLUMSAL CİNSİYET

Bireyin kadın ya da erkek olarak gösterdiği genetik, fizyolojik ve biyolojik özelliklere 'cinsiyet (sex)' (Akın, 2007:2; Akın ve Demirel, 2003:73) denir. Toplumsal cinsiyet (gender) ise 'kadının ve erkeğin sosyal olarak belirlenmiş kişilik özellikleri, sosyal olarak yapılandırılmış rol, sorumluluk ve davranışlar olarak tanımlanmaktadır' (Coşkun ve Özdilek, 2012:32). Bir başka deyişle, cinsel kimliğin toplumsal kurgulanışını anlatır' (Özçatal, 2011:24). Cinsiyet, doğuştan gelirken toplumsal cinsiyet biyolojiye bağlı olmayıp toplumun cinsiyete olan bakış açısıyla ilgilidir. Bu bakış açısı toplumun yaşayışının ve inançlarının vücut bulmuş hali olan kültürle ilgilidir. Bu yüzden kültürden kültüre toplumsal cinsiyete olan bakış açısı değişmekte, tutum ve davranışlarını ortaya koyarken toplumun onlara biçtiği değer, rol ve beklentilere göre hareket etmektedir (Akın ve Demirel, 2003:73). Kadının çocuk doğurması cinsiyetle ilgili iken kadının çocuğuna karşı sorumluluğu ve çocukla ilgilenmesi toplumsal cinsiyetle ilgilidir. Toplumsal cinsiyet, kadını her anlamada ve her zaman etkilemektedir. Böylece toplumun bireylere biçtiği rol ve beklentiler evlilik, eğitim, istihdam ve sağlık gibi hayati konularda bireylerin yaşamını etkilemektedir (Coşkun ve Özdilek, 2012:32). Bu tanım ve açıklamalar bize, toplumsal cinsiyetin algısının değişebildiği, farklılaşabildiği, toplumdan topluma değişiklik gösterebildiğini göstermektedir.

Kadının hem biyolojik cinsiyeti hem de toplumsal cinsiyeti erkeklere kıyasla kadını daha çok etkilemektedir. Kadının biyolojik cinsiyet rolü, kadının yaşam beklentisinin erkeklere kıyasla daha yüksek olmasına ve bu durumun kadınlar açısından olumlu görülmesine sebep olurken çeşitli hastalıklar bakımından da erkeklere kıyasla daha fazla maruz kalmaları onlar adına olumsuz görülmektedir (Akın ve Demirel, 2003:74).

Örneğin kadınların biyolojik yapılarından dolayı iskemik kalp hastalıkları daha az görülürken (Akın, 2007:2) irritable bowel syndrome yani hassas bağırsak sendromu (Payne, 2004:21) ise daha fazla görülmektedir.

Toplumların kimisinde kadına yönelik pozitif ayrıcalıklar görülürken kimisinde ise negatif bir durum söz konusu olmaktadır. Toplumsal cinsiyet ülkelere ve kültürlere göre değişmekte, ülkelerin sahip olduğu maddi ve manevi imkânlarla ilişkilendirilmektedir. Bu durum toplumların kimisinde kadına yönelik pozitif ayrıcalıkların görülmesine sebep olurken kimisinde ise negatif bir durum görülmesine sebep olmaktadır. Kadının negatif bir statüde olduğu toplumlarda kadınlar başta sağlık, eğitim ve istihdam olmak üzere birçok alanda istedikleri düzeye erişememektedirler. Gelişmemiş ülkelere, gelişmiş ülkelere kıyasla kadın ayrımcılığı daha fazla olmakta, toplumsal cinsiyet için negatif bir durum görülmektedir. Bu durum erkeklere kıyasla kadınların en temel haklardan olan eğitim ve sağlık başta olmak üzere diğer kaynaklara ulaşma ve bu kaynaklardan faydalanmasının önüne geçmektedir. Bu durum toplumsal cinsiyetin yansımalarından kaynaklanmaktadır. Dünya’da 3,1 milyar yoksul insanın %70’i ve okur-yazar olmayan 900 milyon insanın 2/3’ü kadınlardan oluşmakta yine erkeklere kıyasla kadınlarda anemi ve malnütrisyon görülme olasılığı iki kat daha fazla çıkmakta, erkeklerle aynı işi yapmalarına rağmen %30-%40 daha az ücret almakta ve istihdamda erkeklere göre daha az yer almaktadırlar (Akın, 2007:3). Anne ölüm düzeyi Sahra Altı Afrika’daki kadınlarda hemen hemen 50 kat daha yüksektir ve bu bölgede yaşayan kadınların bebeklerinin doğumu izleyen ilk bir ay içinde ölme riski de yüksek gelir düzeyindeki ülkelere göre 10 kat daha fazla ve kadınların gebelik ya da doğum sırasında ölme riskleri Güney Sudan, Çad, Sierra Leone, Nijerya, Orta Afrika Cumhuriyeti ve Somali en yüksek olduğu ülkelere kıyasla daha yüksek çıkmaktadır (UNICEF, 2019).

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de toplumsal cinsiyete bağlı olarak kadınların dezavantajlı konumda olduğu görülmekte ve buna bağlı olarak yaşam standartlarını ve hayat kalitesini etkileyecek imkânlardan ya mahrum olduğu ya da ulaşamadığı görülmektedir. Yapılan araştırmalarda kadınların eğitim olanaklarından yeterince faydalanamadığı, okuryazarlık oranlarının kentsel alanlardan kırsal alanlara doğru gidildikçe düştüğü görülmüştür (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2018:45).

Yetişkin okuryazar oranlarına baktığımızda kırsal alanda kadınların %32,5'i okuryazar değilken bu oran kırsalda yaşayan erkeklerde %7,5'e düşmektedir (Kocakurt, 2016:207). Kentsel alanlarda yaşayan kadınların %35'i lise mezunu iken kırsal alanlarda yaşayan kadınların ise %13'ü liseyi bitirmiş, kentsel alanlarda yaşayan kadınlar arasında herhangi bir eğitim düzeyini tamamlamamış kadın oranı %10 iken kırsal alanda yaşayan kadınlarda bu oran %21'e çıkmaktadır (Yoldaşcan, 2017:76). 2019 verilerinde Türkiye'de anne ölüm oranları yüz binde %13,1 iken bu oran OECD ülkelerinde %7,9 bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2021:24). Hayran ve arkadaşlarının daha önce yaptıkları araştırmada anne ölümlerinin %16,3'ünde herhangi bir sağlık tesisi dışında sağlıklı koşullarda herhangi bir sağlık personelinin yardımı olmadan gerçekleşmiş, ölen her 5 anneden 1'inin doğum öncesi bakım almadığı görülmüştür (Hayran ve arkadaşlar, 2007:166). 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre doğurganlık düzeyi kırsal alanlarda, kentsel alanlara göre daha yüksektir ve bu oran kentsel alanlara göre %21 daha fazla çıkmış, kırsal alanlarda doğum öncesi bakım almayan kadınların yüzdesi ülke ortalamasının iki katından fazla, kentsel alanlarda yaşayan kadınların yüzdesinin ise üç katından fazla bulunmuştur (TNSA, 2013:142). Toplumsal cinsiyetin yansıması olan bir diğer alan ise istihdamdır. Türkiye'de istihdam oranını %63,1 ile erkekler %28,7 ile kadınlar oluşturmuş, kadın istihdam oranının erkek istihdam oranının yarısından az olduğu görülmüştür (TÜİK, 2021a). Politikaya baktığımızda, 2020 yılında 584 milletvekilinin 101 milletvekili kadınlardan oluşmuş, bu oran 2007 yılında %9,1 iken bu oran 2019 yılında %17,3'e yükselmiştir (TÜİK, 2020a). Eldeki veriler ve yapılan araştırmalar hem dünyada hem de Türkiye'de toplumsal cinsiyetin, kadınları nasıl ve ne kadar etkilediğini gösteriyor.

Kadın veya erkeğin değişmez biyolojik karakter ve özelliklerinin yanında değişebilen ve biyolojik yapısına toplumun yüklediği anlayışlar bulunmaktadır. Bu anlayışlar; toplumun inandığı, yaşadığı ve kültürünün yansımalarından gelmekte ve kültürden kültüre, toplumdan topluma değişmektedir (Akın ve Demirel, 2003:73). Toplum böylelikle hem kadına hem de erkeğe birtakım roller biçmiş ve her iki cinsin bu roller içerisinde hareket etmesini istemiştir. Kız çocukları da dünyaya geldikten sonra içerisinde büyüdükleri toplumun kendisine uygun gördüğü rolü yüklenmekte ve bu rol ile biyolojik cinsiyetini kimlikleştirmektedir. Bu roller, toplumsal roller kavramıyla açıklanmaktadır. Kadının toplumsal rolü genel olarak aile, ev içi işler ve çocuk bakımı

ile öne çıkarken erkekler için ise iş olarak öne çıkmaktadır (Powell and Greenhouse, 2010:1012). Bu toplumsal rollere göre beklentiler farklı olabilmekte, örneğin; erkeklerden ailesini geçindirmesi, güçlü olması ve toplumda bir ağırlığının olması beklenirken kadınlardan ise sabır, anlayış, çocuk bakımı ve ev işlerinin yapılması beklenmektedir (Günay ve Bener, 2011:158-159). Toplumsal rollerin ilk öğretildiği yer aile olup aileler bebekleri dünyaya gelmeden cinsiyetlerini öğrendikleri ilk andan itibaren cinsiyetleri göz önüne alarak onlara uygun rol ve davranışlar öğretirler (Karagöz, 2021:11). Anneler temizlik yaparken kız çocuklarına da öğretmesi, babalar ise tamir vb. işlerle ilgilenirken kendilerine yardım etme bahanesiyle erkek çocuklarını buna teşvik etmesi gibi örnekler rol ve tutumların çocuklara öğretilmelerine örnek verilebilir.

Kadının bu toplumsal rolüne ilişkin bakışlar zamanla değişmiş ve kadının toplumsal rolü de buna paralel olarak değişmiştir. Değişen ve dönüşen dünyada beraber ekonomik, kültürel, teknolojik vb. değişmesi ile beraber kadının da iş sahasına girmesi kadının toplumsal rolünü değiştirmiş, kimi toplumlarda erkeğe daha yakın bir dereceye kimi toplumlarda ise eşit bir dereceye getirmiştir. Nitekim bu değişimin en önemli etkenlerinden biri, hem toplumun eğitim düzeyinin hem de kadının eğitim düzeyinin yükseltilmesidir. Yapılan araştırmalarda da eğitim düzeyinin yükseltilmesi kadının toplumsal rolünün kadınlar lehine değişmesine sebep olduğu sonucu bulunmuştur (Karagöz, 2021:56; Kamışlı, 2018:52). Çünkü eğitim düzeyinin yükseltilmesi, bireylerin bakış açısının değişmesine; değişime, yeniliğe ve yeni fikirlere açık olmaya neden olduğu düşünülmektedir (Karagöz, 2021:56). Kadının toplumsal rolünün değişmesine sebep olan bir diğer etkenin de gelir seviyesinin artmasıdır (Kamışlı, 2018:52). Gelir seviyesindeki artış kadınların toplumsal rollerinin kadınlar lehine değişerek erkeğe daha yakın bir çizgiye getirdiği, aile içi rol paylaşımının daha eşitlikçi olduğu yapılan çalışmalarda da görülmüştür (Kodan, 2013:102-103; Kamışlı, 2018:25). Gelir durumu sadece erkeğin çalışması ile değil aynı zamanda kadınların da çalışmasıyla ilgili bir durumdur. Kadının toplumsal rolünü önemli derecede etkileyen eğitim ve gelir faktörü aynı zamanda erkeğin de toplumsal rolünü etkilemekte, bu durum ailedeki rol paylaşımına ve aileye de etki etmektedir.

1.7. KADINA YÖNELİK FİZİKSEL ŞİDDET

Kadına yönelik şiddet her yaşta, her toplumda görülen, ekonomik ve toplumsal statüye bağlı olmadan görülen bir toplumsal sorundur. Gelişmiş ülkelere kadar kadına yönelik fiziksel şiddetin varlığından bahsetmek maalesef mümkün. Bugün hâlâ toplumsal sorun olan kadına yönelik şiddet devam etmekte ve alınan tüm önlem ve tedbirlere rağmen önüne geçilebilmiş değildir. Kadına yönelik şiddet oranı, zengin ülkelere kıyasla fakir ülkelerde daha yüksektir (WHO, 2021) ve %10-%90 arasında değiştiği tespit edilmiştir (Yount et al, 2011:873). Bugün dünyada tahminen 736 milyon kadın fiziksel şiddete maruz kalmıştır, bu oran 15 yaş ve üzeri kadınların yüzde 30'una denk gelmekte, her gün yüz otuz yedi kadın ailesinden biri tarafından öldürülmektedir (Unwomen, 2021). DSÖ verilerine göre dünyada şiddete uğrayan 15-49 yaş aralığındaki kadınların oranı %35'tir, bu veriler her 3 kadından 1'inin hayatının herhangi bir döneminde şiddete uğradığını ifade etmektedir (WHO, 2021). Türkiye'deki bir araştırmada kadınların %35,5'inin hayatının bir döneminde fiziksel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:84). Kadına yönelik fiziksel şiddetin kırsal alanlardan kentsel alanlara doğru gidildikçe azaldığı görülmüştür (Dağlar, 2017: 226; Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:84).

Kadına yönelik fiziksel şiddet üzerinde bazı sebepler bulunmakta ve bu sebepler kadına yönelik fiziksel şiddeti tetiklemektedir. Kadına yönelik fiziksel şiddet üzerinde etkili olan önemli sebeplerden biri de eğitimidir. Erkeğin eğitim düzeyinin yükseltilmesine bağlı olarak kadına yönelik fiziksel şiddet oranlarında düşüş meydana geldiği araştırma sonuçlarında saptanmıştır (Akkuş ve Yıldırım, 2018:1379). Kadının eğitim düzeyi ile fiziksel şiddet arasında ilişki gösteren bir başka çalışmada, kadının eğitim düzeyinin yükselmesiyle kadına yönelik fiziksel şiddet oranlarında düşüş olduğu belirlenmiştir (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:92). Kadına yönelik şiddet üzerinde etkili olan önemli sebeplerden bir diğeri de gelirdir. Benzer şekilde hanehalkı gelir düzeyinin yükseltilmesiyle kadına yönelik fiziksel şiddet oranlarında düşüş olduğu belirlenmiştir (Akkuş ve Yıldırım, 2018:1379; Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:92). Kadına yönelik fiziksel şiddet üzerinde etkili olan diğer bir sebep ise istihdamdır. Çalışmayan kadına yönelik fiziksel şiddet oranı çalışan kadına yönelik fiziksel oranlarına göre daha yüksek çıkmıştır araştırma sonuçlarında (Akkuş ve Yıldırım, 2018:1379). Kadına yönelik başka

sebepler de olsa, hemen hemen yapılan tüm çalışmalarda eğitim, gelir ve istihdam önemli ve ortak bir sonuç şeklinde bulunmuştur.

Kadına yönelik fiziksel şiddet ailenin dağılmasına neden olmakla ve aile huzurunu bozmakla kalmaz aynı zamanda kadının ve gebe ise doğmamış bebeğin de sağlığını bozar. Hatta biraz daha ileri giderek fiziksel şiddet, hayati tehlikelere sebep olur. İsteyerek düşük, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, depresyon, intihar ve yaralanmalar gibi büyük olaylarla bitebilmektedir. Fiziksel şiddete uğrayan kadınların düşük doğum yaptıkları (Karaçam ve diğerleri, 2006:74; Bailey, 2010:186) ve bebeğin doğum ağırlığının düşük olduğu başka araştırmalarla da ortaya konmuştur (Bailey, 2010:186; Donovan et al, 2016:1290). Kadına yönelik fiziksel şiddet her anlamda kadını etkilemektedir ve bu sorun toplumsal bir sorun olarak görülerek aile birlikteliğine zarar vermeden etkili yöntemlerle yok edilmelidir.

2. BÖLÜM

Çalışmanın bu bölümündeki konular ana çocuk sağlık hizmetleri, kadın sağlığı ve çocuk sağlığı olmak üzere üç bölümde incelenmiştir. İlk bölümde ana çocuk sağlık hizmetlerinin tanımı, veriliş amacı, bu hizmetlerin kapsamına hangi hizmetlerin girdiğini ve nerelerde ne şekilde verildiği ile ana çocuk sağlığı üzerinde etkili olan faktörler incelenmiştir. İkinci bölümde kadın sağlığı ve kadın sağlığını etkileyen faktörler, kadın sağlığının belirleyicileri ve ölçütleri ayrıntılı bir şekilde anlatılmıştır. Son bölümde ise çocuk sağlığı ve çocuk sağlığını etkileyen etkenler ile çocuk sağlığı kapsamında verilen sağlık hizmetleri ve çocuk sağlığına ilişkin temel ölçütler üzerinde durulmuştur. İncelenen üç bölüm çalışmanın hipotezleriyle bağlantılı olup hipotezlerin tezin daha iyi anlaşılması amacıyla ayrıntılı bir şekilde anlatılmıştır.

2.1. ANA ÇOCUK SAĞLIK HİZMETLERİ

Ana çocuk sağlığı ‘kadınların gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerini sağlıklı geçirmelerini; bebek ve çocukların sağlıklı büyüüp gelişmeleri için gerekli süreçleri tanımlayan bir kavramdır’ (MEB, 2013:4). Ana çocuk sağlığı hizmetleri ise ‘doğurganlık çağındaki (15-49 yaş) kadınlarla okul öncesi (0-6 yaş) çocuklara yönelik’ (Atıcı ve Erer, 2009:108) verilen hizmetleri kapsar. Başka bir deyişle verilen hizmetlerin kapsamına risk altındaki anne ve çocuklar girmektedir. Anne ve çocuk birbirleriyle ilişkili olarak ilk zamanda doğrudan birlikte bu hizmeti alırken daha sonra yine birbiriyle dolaylı bir şekilde bağlantılı olarak bu hizmeti almaktadır. Ana çocuk sağlığı hizmetleri içerisinde doğum öncesi bakım, doğum hizmetleri, doğum sonu bakımı gibi anne ile ilgili hizmetler ile çocukların izlenmesi, bağışıklama, çocukların gelişmelerinin izlenmesi gibi çocuklarla ilgili hizmetler yer almaktadır (Ateş, 2012:16). Bu hizmetlerdeki amaç, ilk başta çeşitli tedbirlerle aile planlamasına yardımcı olmaktır (Atıcı ve Erer, 2009:108). Bu bakım ve izleme süreci ile hem anne hem çocuğun sağlığında meydana gelebilecek hatta ölümlerine yol açabilecek olumsuz durumlarda yapılan müdahalelerle ortadan kaldırılabilir. Böylelikle gebelikte ilgili kadınlarda ve bebeklerde ortaya çıkması muhtemel hastalıklar engellenebilir (Ateş, 2012:16). Yapılan bir araştırmada kırsal alanlarda oturan kadınların %6,9’u, kentsel alanlarda oturan kadınların ise %1’i sağlıksız koşullarda doğum yapmaktadır (TNSA, 2013:149). Bu durum anne ve bebeğinin yaşamı ve sağlığı için büyük risklere davetiye

çıkarmaktadır. Risk durumunda bulunan kadın ve çocuklara verilen hizmetlerin içerisinde sadece tıbbi hizmetler girmemektedir. 1997 yılında çıkarılan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezleri Yönetmeliği'nin 8.maddesine göre '*AÇSAP Merkezleri kadın ve çocuklara verilecek tıbbi hizmetin yanında ilgili konulardaki teorik ve beceri kazandırma eğitim ve danışmanlık hizmetlerini vermeye (AÇSAP Merkezleri Yönetmeliği, 1997) yükümlüdürler*' maddesi yer almaktadır. Daha açık bir şekilde ifade etmek gerekirse; bu hizmetler bir tarafta risk altında bulunan anne ve çocuğa yönelik tıbbi bakımı kapsarken diğer tarafta ise anneye yönelik eğitim hizmetlerini kapsamaktadır. Bu iki süreç birbirinden bağımsız süreçler olmayıp birbirini tamamlayan, birbirlerine entegre olmuş, birbirinin devamı olmuş hatta bazen aynı anda verilen hizmet süreçleridir.

Ana çocuk sağlığını etkileyen faktörleri annenin yaşı, eğitimi, sağlık davranışları, refah düzeyi, doğum sayısı, gebelik süresi, genetik bir hastalığının olup olmaması gibi faktörler, anneden kaynaklı faktörler ve sosyoekonomik durum, kadının toplumdaki statüsü, anneye sunulan sağlık hizmetlerinin düzeyi, toplumun eğitim düzeyi, doğumun yeri ve doğuma yardım eden kişinin niteliği (MEB, 2013:12) gibi faktörler ise çevreden kaynaklı faktörler olarak iki grupta toplanabilir. İki grup altında toplanan faktörler birbirinden bağımsız gibi görünse de anne ve çocuk sağlığı üzerinde ciddi etkilere sahip olup herhangi bir faktörün olumsuz olması halinde anne ve çocuğun sağlığı için ciddi risklere neden olmaktadır. Hatta anne ve çocuk için ölüme yol açacak sağlık sorunlarına neden olabilmektedir.

Ana çocuk sağlığı hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri sunan sağlık kuruluşları tarafından verilmektedir (Çetin, 2015:31). Burada sunulan hizmetler tüm topluma yönelik olduğundan koruyucu sağlık hizmetleri kapsamına girmekte ve ücretsiz olarak AÇS-AP merkezlerinde verilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2007:149) ve bu merkezlerde pratisyen hekimin yanı sıra uzman hekimler de çalışmaktadır (Çetin, 2015:44). Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri risk kapsamına giren kadınların doğum öncesi ve sonrası bakımını, hamile kadınları, lohusaları ve 0-6 yaş çocukları kapsadığından, bu hizmetler ayrıca Aile Hekimliği Birimlerinde (AHB), Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM), Toplum Sağlığı Merkezlerinde (TSM), hastanelerin kadın doğum ve çocuk birimlerinde verilmektedir (MEB, 2013:7). Ayrıca bebeklere yönelik

yenidoğan işitme taraması projesi hazırlanmış ve bu yükümlülük AÇS-AP Genel Müdürlüğü'ne devredilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2007:15).

AÇS-AP gibi üreme sağlığı hizmetleri de toplum sağlığı merkezlerinde verilmekte yine tıpkı ana çocuk sağlığı hizmetleri gibi anne sağlığı, çocuk sağlığı, kadın sağlığı, aile planlaması hizmetleri vermektedir (MEB, 2013:5-6). 2011'de yürürlüğe giren 663 KHK ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kurulduktan sonra Türkiye genelinde bulunan 201 AÇS-AP Merkezinin Toplum Sağlığı Merkezleri ile entegrasyonu yapılmış bazı AÇS-AP merkezleri Üreme Sağlığı Eğitim Merkezi'ne (ÜSEM) dönüştürülmüştür (MEB, 2013: 6). 2013 yılındaki Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ile AÇS-AP hizmetlerini vermektedir (AHUY, 2013) şeklinde aile hekimliğinin görev ve sorumluluk alanına bırakılmıştır. Sonradan kurulan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na bağlı olarak çalışan AÇS-AP birimlerinin ismi 2018 yılında Resmi Gazetede yayımlanan toplum sağlığı merkezi ve bağlı birimler yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmeliğin 18.maddesi ile Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi olarak değiştirilmiştir (TSM ve Bağlı Birimler Yönetmenliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 2018).

2.2. KADIN SAĞLIĞI

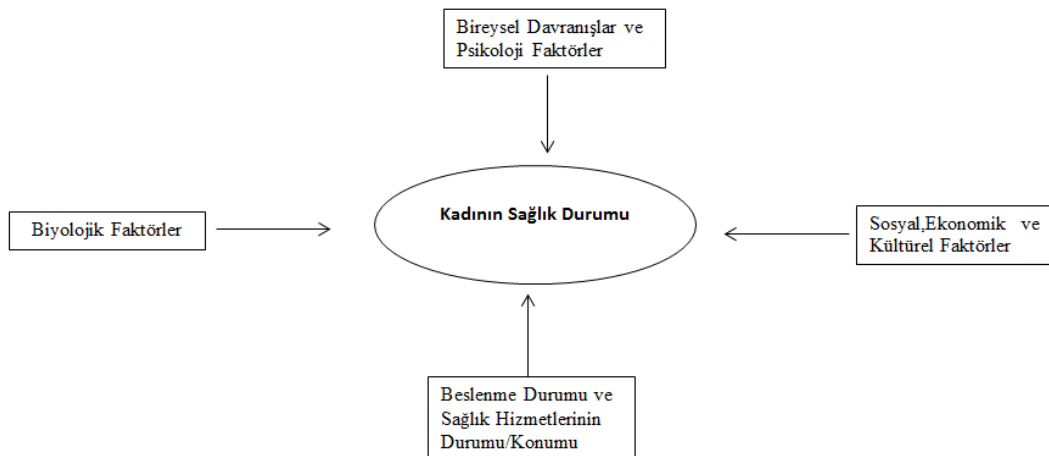
Kadının doğumundan ölümüne kadar olan süredeki tüm sağlık durumunu kapsayan kadın sağlığı (Şimşek ve Çakmak, 2019:45) çok önemli bir konu olmasına rağmen bu alanda yaşanan problemler mevcuttur. Esasen doğumda beklenen yaşam süreleri incelendiğinde kadınların beklenen yaşam süreleri erkeklerden fazla olmasına rağmen (Akın ve Özvarış, 2012b:222) hastalık konusunda pek şanslı değildirler. Bugün dünyada her gün 810 kadın hamilelik ve doğum ile ilgili önlenebilir sebeplerden dolayı hayatını kaybetmekte, tüm anne ölümlerinin %94'ü düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmekte, en riskli anne grubu 14 yaş altı hamile kadınlardan oluşmaktadır (WHO, 2019). Düşük ve orta gelirli ülkeler ise gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkeler olup buralarda gelirin yanı sıra eğitimsiz bir nüfusun da yoğunlukla barındığı yerlerdir.

Doğumda beklenen yaşam süreleri kıyaslandığında kadınların erkeklere kıyasla yaşam beklentileri daha yüksek çıkmaktadır. Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de gelişen teknoloji ve ilerleyen bilim hem erkeklerde hem de kadınlarda doğumdan beklenen

yaşam sürelerini attırmaktadır. Yapılan araştırmalarda kadın ve erkeklerin doğumda beklenen yaşam süreleri yıllara göre artarken, kadınların yaşama umudu erkeklere göre daha fazla çıktığı görülmüştür, Türkiye’de 2020 yılında doğumda beklenen yaşam süreleri kadınlarda 81,3 ve erkeklerde 75,9 yıldır (TÜİK, 2021a).

Özellikle kalkınmadaki bölgesel eşitsizlikler, kadının ev içerisinde maruz kaldığı şiddet, ailenin yoksul olması, kadının ekonomik yoksunluğu ve kadınların kırsal kesimde yaşadığı cinsel ve üreme sorunları kadın sağlığı üzerinde olumsuz etki yaratan etmenlerin başında gelmektedir (Adak, 2015:119). Kadının statüsü kadının sağlığını, sağlık hizmetlerini ve bu ikisine karşı olan bakışını etkilemektedir (Coşkun ve Özdilek, 2012: 35). Daha açık bir ifadeyle kadın sağlığı, mensup olduğu toplumun sergilemiş olduğu davranışlardan, kadının kendisinden, kadının doğurganlık davranışlarından ve sunulan sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetlerinin özelliklerini içine alan pek çok faktörden etkilenmektedir (Akın ve Özvarış, 2012a:218). Şekil 1’de bu durum özetlenmektedir.

Şekil 1: Kadın Sağlığının Belirleyicileri



Kaynak: Akın ve Özvarış, 2012a: 218

Şekil 1’de kadın sağlığını etkileyen dört unsurdan üçü hayata geçirilecek projelerle etkisiz hale getirilebilirken biyolojik faktörlerin etkisiz hale getirilmesi çok zor bir durumdur. Biyolojik bakımdan hasta olmaya daha meyilli olan kadınları, sosyal belirleyiciler sağlık durumlarını daha da kötüleştirir (Baloğlu, 2006:40). Kadının sağlığına etki eden diğer üç durum kadının toplumdaki statüsü ile alakalı olup kadının

sağlığına doğrudan veya dolaylı olarak etki yapmaktadır. Başka bir deyişle kadınların sağlık düzeylerini etkileyen faktör konumunda bulunan toplumsal cinsiyetin sağlık alanına yansımından kaynaklanmaktadır (Şavran, 2014:98). Kadın sağlığını etkileyen bu unsurların

Kadın sağlığını etkileyen bu unsurların olumsuz etkisi anne sağlığı, üreme sağlığı ve kadın sağlığı olmak üzere üç grupta toplanabilen kadının sağlık ihtiyaçlarına etki etmektedir ve bu ihtiyaçlar karşılanmadığı durumda kadının sağlığı çok ciddi tehdit altına girmekte, hatta bu tehdit ölüme kadar gidebilmektedir.

Kadınların sağlığını etkileyen faktörlerden biri de sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sorunlar ve sağlık hizmetlerinin yetersiz olmasıdır. Yapılan çalışmalara göre gelişmekte olan ülkelerde kadınlar erkeklere kıyasla sağlık hizmetlerine daha az erişmektedirler (Şavran, 2014:98). Bunun sebeplerinden biri kadınların tek başlarına dışarı çıkmalarında yaşanan problem ve mevcut ekonomik durumdur ve bu problem kırsal alanda yaşayan kadınlar için ciddi sağlık sorunları doğurmaktadır (Gönç ve Suğur, 2015:17; Şimşek, 2011:123). Kadının statüsünden dolayı sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşadıkları araştırmalarda ortaya konmuştur (Coşkun ve Özdilek, 2012:35). Sağlık hizmetlerinin yetersiz olması ve sağlık hizmetlerine erişim sorunu kırsal alanlarda daha fazla görülmektedir (Şavran, 2014:105). Araştırma sonuçları kırsal alanlarda yaşayan kadınların %6,9'unun sağlıksız koşullarda doğum yaptıklarını göstermektedir (TNSA, 2013:149). Sağlık hizmetlerinden faydalanamamasına neden olan ekonomik, sosyal ve diğer sebepler kadın sağlığı açısından sorunlara neden olabilmektedir

Kadın sağlığını tehlikeye sokan bir diğer faktör de sık gebeliklerin yaşanması ve gebelik aralıklarının kısa olmasıdır. Bu durum kırsal kesimde daha yoğun olup kadınların büyük çoğunluğu için tehdittir (Baloğlu, 2006:67). Gebelik aralıklarının sık olması aynı zamanda bebeğin hayatını da tehlikeye atmaktadır (Çilingiroğlu, 2012:74). 2019 verilerine göre Türkiye genelinde kadın başına düşen toplam doğurganlık hızı %1,88'dir (TÜİK, 2020b). Türkiye'de son yıllarda kadınların eğitim ve çalışma yaşamında çok fazla görülmesi sebebiyle bir kadının çocuk sahibi olacağı dönemi boyunca sahip olması beklenen çocuk sayısını (Akın ve Özvarış, 2012a:213) gösteren toplam doğurganlık hızında yıllara göre düşüş meydana gelmiş, kadınların ortalama doğum yaşı artmıştır. 1990'lı yıllarda kadın başına düşen çocuk sayısı 3'e yakın iken (Sağlık Bakanlığı,

2019:4) 2001 yılında 2,38'e ve 2019 yılında ise 1,88'e düşmüştür (TÜİK, 2020b). Kadın başına düşen çocuk sayısı bir anlamda gebelik sıklığının da düştüğünü göstermektedir.

Kadın sağlığını etkileyen bir diğer faktör ise eğitimidir. Özellikle hem kadının hem de kocasının eğitim düzeyleri kadın sağlığı üzerindeki etkisi yadsınamaz. İlkokul ve altı eğitim seviyesine sahip kadınların %10'unun, ilkokul üzeri eğitim seviyesine sahip kadınların ise %0,6'sının sağlıksız koşullarda doğum yaptığı görülürken keza kocası ilkokul ve altı eğitim seviyesine sahip kadınların %12,6'sının, kocası ilkokul üzeri eğitim seviyesine sahip kadınların %1,1'inin sağlıksız koşullarda doğum yaptığı ve ayrıca kocasının eğitim düzeyi ile kadının sağlık statüsü arasında pozitif bir ilişkinin varlığı yapılan çalışmalarda da gösterilmiştir (Ergin ve arkadaşları, 2005:324). Ayrıca kadının eğitim düzeyi yükseldikçe gebelik sayısında düşüş meydana geldiği (Koruk ve diğerleri, 2017:208; Şimşek, 2011:125) ve kocanın eğitim düzeyinin de doğurganlık üzerinde etkisi bulunmuş, kocanın eğitim düzeyi yükseldikçe gebelik sayısının düştüğü belirlenmiştir (Koruk ve diğerleri, 2017:208). Bu durum doğal olarak kadın sağlığını da etkilemektedir.

Annelik yaşı da kadının ve bebeğin sağlık durumları üzerinde etkili olmaktadır. Annenin yaşının çok ileri olması yenidoğan bebeklerde hayati riske sebep olduğu ve annenin sağlığını tehlikeye attığı (Kulhan ve diğerleri, 2017:277) Ludford ve arkadaşları (Ludford et al, 2012:239) ile Gedikbaşı ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarda da annenin yaşının ileri olması prematüre bebeklerin doğmasına sebep olduğu belirlenmiştir (Gedikbaşı ve arkadaşları, 2006:3). Türkiye'de son yıllarda annenin ortalama doğum yaşı artmış, bu yüzden artan annenin yaşına bağlı olarak çıkan olumsuz sağlık durumlarına ilişkin çok sayıda makale yazılmıştır. Yapılan son araştırmalarda, kadınların ortalama doğum yaşının sürekli yükseldiği. 2001 yılında çocuk sahibi olan bir annenin ortalama anne olma yaşı 26,7 iken 2019 yılında 28,9'a yükseldiği tespit edilmiştir (TÜİK, 2020b).

Kadın sağlığının analizinde anne ölüm oranı, toplam doğurganlık oranı, toplam düşük hızı, isteyerek düşük yapma oranı, doğum öncesi bakım alan gebe oranı, sağlık personelleri tarafından yaptırılan doğum oranı, kadınlarda anemi prevalansı ve gebeliği önleyici yöntemleri bilenlerin oranı en sık kullanılan göstergelerdir (Akın ve Özvarış,

2012a:210-216). Bu göstergelerin düşük veya yüksek çıkması durumuna göre iyiyi veya kötüyü işaret etmektedir. Gebeliğin başlangıcından gebelikten sonraki 42 günü kapsayacak gebelik veya gebeliğe bağlı sebeplerden meydana gelen anne ölümlerinin aynı dönemde meydana gelen canlı doğum sayısına bölerek elde edilen anne ölüm hızları (AÖO) (Şencan ve arkadaşları, 2016:46) kadın sağlığının önemli göstergelerindendir ve ülkelerin ana sağlığı hizmetleri hakkında da fikir vermektedir. Bu oran gelişmiş ülkelerde yüz bin canlı doğumda 10 ve daha az iken gelişmekte olan ülkelerde 50-100 civarı veya daha yüksek çıkmaktadır (Akın ve Özvarış, 2012a:211). 2019 yılında elde edilen bilgiler incelendiğinde 100.000 canlı doğumda dünyada 211 olan anne ölüm hızı OECD ülkelerinde 7,9 Türkiye’de 13,1 (Sağlık Bakanlığı, 2021:24) ve 2018 yılında AB ülkelerinde ise 6 oranına sahip olduğu görülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2019:27).

Kadın sağlığını etkileyen faktörlerden diğer bir faktör de hanehalkı refah düzeyi yani gelir durumudur. Kocasız işsiz olan kadınların %26,7, kocası gelir getiren bir işte çalışan kadınların ise %5,2’si doğumlarını sağlıksız koşullarda yani hastane dışında yaptığı, gelir düzeyinin artışına bağlı olarak bu oranların düştüğü yapılan çalışmalarda görülmüştür (Ergin ve arkadaşları, 2005:324). Başka çalışmalarda da refah düzeyinin artmasıyla birlikte doğurganlığın yani sık gebeliklerin düştüğü belirlenmiştir (Gemicioğlu ve arkadaşları, 2019: 232; Akça ve Ela, 2012:226).

Kadın sağlığını etkileyen bir diğer faktör kötü beslenme koşullarıdır (Baloğlu, 2006: 67). Dengeli ve yeterli beslenmeyen kötü beslenme koşullarına sahip kadınlarda büyümede sıkıntılar meydana gelmekte ve ciddi hastalıklarla karşı karşıya kalmaktadırlar (TNSA, 2008:184). Başta anneler olmak üzere kadınlar, yetersiz beslenmeleri durumunda birtakım sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Annelerin yetersiz beslenmeleri durumunda yeterli süt salınımı yapamamakta, böylece bebekler yeteri kadar anne sütü ile beslenememekte bu durum bebeklerde bağışıklık sisteminin gelişmesini olumsuz etkilemekte ayrıca annelerde demir eksiliğine neden olmakta ve bu durum kadınlarda anemi hastalığına neden olmaktadır (Adak, 2015:121). Anne sütü ile yeterli beslenmeyen bebeklerde bağışıklık sistemi gelişmemektedir. Ayrıca sağlık hizmeti sunan kadın sağlık çalışanlarının yetersiz olduğu durumlar da kadın sağlığı üzerinde etkilidir (Akın ve Özvarış, 2012b:232). Kadın sağlık çalışanlarının olmadığı

durumlarda kadınlar, erkek sağlık çalışanlarına muayene olmaktan çekinebilirler. Özellikle üreme sağlığı konusunda rahatsızlıkları bulunan kadınlar bu durumda ciddi risk altına girmektedirler.

Kadın sağlığını etkileyen faktörlerden diğer bir faktör ise kadının sosyal güvenceye sahip olma durumudur. Ergin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sosyal güvencesi olmayan kadınların %19,8'inin, sosyal güvencesi olan kadınların %1,5'inin doğumlarının sağlıklı koşullarda gerçekleştirildiği belirlenmiştir (Ergin ve arkadaşları, 2005:324). Yapılan bir başka çalışmada da sosyal güvencesi olmayan kadınların doğum öncesi bakım alma oranlarının sosyal güvencesi olan kadınlara göre daha düşük olduğu gösterilmiştir (Yılmaz ve diğerleri, 2018:213). Şantaş ve Çelik'in (2018:257) sosyal güvencesi olmayan kadınların gebeliği önleyici metot kullanma oranlarının sosyal güvencesi olan kadınlara kıyasla daha düşük olduğu sonucu bulunmuştur. Aile planlaması yöntemi kullanımının düşük olması durumunda sık gebeliklerin yaşanma riskinin artacağı ve bu durumun kadının sağlığı açısından sorun teşkil edeceği ifade edilebilir.

Tüm bu sebepler ışığında kadın sağlığının biyolojik faktörlerin yanında sosyal ve kültürel faktörlerden de etkilendiğini söyleyebiliriz. Çünkü kadın sağlığı tek başına bozulacak veya iyileşecek bir süreç olmayıp diğer etkenlerden de etkilenerek statüsünde iyileşmeler veya kötüleşmeler meydana gelmektedir.

2.3. ÇOCUK SAĞLIĞI

Çocuklar tıpkı kadınlar gibi toplumun en hassas grubudur. Toplumun önemli bir kesimini oluşturan çocukların sağlığını koruma ve geliştirme tüm toplumun sağlığının iyileştirilmesi açısından önemlidir. Çocuk sağlığına atfedilecek önem sağlıklı bir neslin yetiştirilmesinin temelini oluşturma bakımından önemlidir. Bu açıdan bakıldığında çocuk sağlığı ile toplum sağlığı arasında bir ilişkinin olduğunu görebiliriz. Bunun için çocukların sağlığının iyileştirilmesi ve korunması gerekir. Bu yüzden 'çocukların fizik, sosyal ve ruh sağlığı bakımından sağlıklı yetişmesi için gerekli önlemlerin alınmasını temin edebilmek için çalışan bir disiplin' (Oral, 2012:370) olan çocuk sağlığı önemli bir kavram ve konudur. Burada bahsi geçen çocuk; Çocuk Haklarına Dair Sözleşmeye göre 18 yaş ve altı olan bir çocukluk çağına sahip (Özcebe, 2012:388) olan nüfustur.

Çocukluk dönemi uzun bir dönem olup kendi içerisinde değişik dönemlere sahiptir ve bu dönemlerde sürekli bir değişim meydana gelmektedir. Bu yüzden bu dönemin tümünde çocuk sağlığını değerlendirmek yerine çocukluğun her dönemine ilişkin çocuk sağlığını değerlendirmesi yaklaşımı benimsenmektedir (Oral, 2012:370). Bu yaklaşıma göre çocukluk dönemleri bebeklik dönemi, 1-4 yaş arası çocukluk dönemi, 5-12 yaş grubuna giren okul dönemi ve adolesan dönemi şeklinde ayrılmaktadır (Özcebe, 2012:389-392).

Çocuk sağlığı sadece çocuk ve bebek üzerine yapılacak tedbir ve sağlık iyileştirmeleri ile yeterli olmamaktadır. Çünkü çocuk sağlığı ile ilişkili olan faktörlerden en önemlisi aile sağlığıdır ve sağlıklı ailelerin sağlıklı çocuklara sahip olma eğiliminde oldukları durumu söz konusudur (Santerre and Neun, 2013:50). Özellikle anne ve çocuk sağlığı bir bütün olup gebelik ve doğumda yeterli bakım almamış, çocuk bakımıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olmayan ve yüksek doğurganlığa sahip annelerin çocukları sağlıklı olmamaktadır (MEB, 2013:4). Bu durum aynı zamanda ailenin sahip olduğu ekonomik, sosyal ve kültürel faktörlerden etkilenmektedir (Bodur, 1991:25). Ayrıca çocuk ve bebek sağlığı bulunulan yörelere göre farklılık göstermekte, bu yörelerin buralarda ikamet edenlere sundukları fırsatlar bebek ve çocuk bakımı üzerinde etkili olmaktadır.

Tanımdan da anlaşılacağı üzere çocuk sağlığını koruma ve geliştirmek için sadece tıbbi bir müdahale söz konusu değildir. Burada üzerinde durulan temel nokta, işin tıbbi müdahaleye varmasını engellemek ve çocuğun sağlıklı bir yaşam sürerek, sürdürdüğü bu sağlıklı yaşamın sürekliliğini sağlamaktır. Bu amaçlara ulaşmak için çocuk sağlığı hizmetleri verilmektedir. Çocuk sağlığı hizmetleri ülkelerin sağlık hizmetleri sistemlerinde koruyucu sağlık hizmetleri olarak bilinen sağlık hizmet sunumunun ilk kısmını oluşturmaktadır. Ana çocuk sağlığı hizmetleri bileşeni olarak birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında verilmektedir (Çetin, 2015:31). Örneğin, çocukların gelişmelerinin izlenmesi ve sağlık eğitimi hizmetleri gibi hizmetleri kapsayan bağışıklama hizmetleri verilmektedir (Ateş, 2012:16). Özellikle çocuk sağlığı hizmetlerinin önemli bir parçası olan ve bağışıklama hizmetleri kapsamına giren aşılama hizmetleri çocuklara yönelik verilen önemli sağlık hizmetlerindedir (Sağlık Bakanlığı, 2007:20). Aşılama hizmetlerinde amaç, doğabilecek hastalıklara karşı önceden çocuğu korumaya almaktır. Tıpkı aşılama

hizmetleri gibi çocuk sağlığında önemli bir yeri olan vitamin desteği, anne sütünün desteklenmesi gibi temel sağlık hizmetlerinin verilmesi ve sürdürülebilir bir hale getirilmesi çocuk ölümlerini azaltacak hizmetlerdir (Gözübüyük ve arkadaşları, 2015:326).

Türkiye’de çocuk sağlığı hizmetlerine erişim ve bebek ölüm oranlarının azaltılmasına yönelik çeşitli programlar hazırlanarak yürürlüğe konmuştur. Bazı iyileştirme programları şunlardır:

‘Neonatal Resüsitasyon Programı (NRP), Bilinçli Anne, Sağlıklı Bebekler Projesi, Perinatal ve Neonatal Ölümlerin Önlenmesi Programı, Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı, Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması Projesi, Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Projesi ve 0-6 Yaş Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı’ (Sağlık Bakanlığı, 2007:24-29). Aile sağlık merkezlerinde (ASM), çocuk sağlığı hizmetleri kapsamında verilen hizmetler anneden bağımsız olmamakla birlikte tüm bu hizmetlerde temel amaç, çocuğun sağlığını korumak ve geliştirmektir.

Çocuk sağlığı hizmetleri; Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün koordinasyon ve denetimi altında sunulmakta, 19461 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (1987), 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (1961) ve 8597 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge (2001)’de belirtilen usul esaslar doğrultusunda verilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2007:20). Günümüzde bu hizmetler AÇS-AP’ların bağlı olduğu Toplum Sağlık Merkez’leri (TSM) ve Aile Sağlık Merkez’leri (ASM) aracılığıyla anne sağlığı hizmetleri ile birlikte verilmektedir (Deniz ve Beşer, 2017: 4).

Ülkeler sağlık politikalarını oluştururken çeşitli verilerden yararlanarak amaçlarını gerçekleştirecek politikalar oluşturmaktadır. Çünkü her alanda olduğu gibi sağlık alanı da kıt kaynaklara sahiptir ve bu kıt kaynaklarla topluma yönelik sağlık hizmeti verilmeye çalışılmaktadır (Çelik, 2011:51). Dolayısıyla bu noktada kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması önemlidir. Bu öneme binaen toplumun yani nüfusun demografik yapısının bilinmesi gerekmektedir. Bu şekilde bir toplumun sağlık

hizmetlerine olan talebi görülecek ve bu talebe göre politikalar üretilecektir. Bunun için sağlık alanında çeşitli ölçütler kullanılmaktadır. Bu ölçütlerde yaşam beklentisi, mortalite ve morbidite kullanılmakta, bebek ve çocuk ölüm hızları sağlık ölçütleri içinde ayrı yer tutmaktadır (Ay, 2001:2). Bebek ölüm hızı; sağlık bakım hizmetleri, ana çocuk sağlığı hizmetleri hakkında genel bilgi vermektedir (Çelik, 2011:31). Ayrıca temel alınan bu ölçütler ‘bir ülkenin veya bölgenin sağlık durumunu ölçmede ve değerlendirmede, sağlık düzeyinin ulusal ve uluslararası kıyaslanmasında veya uygulanan bir sağlık programının etkisini izlenip değerlendirmesinde’(Akın ve Özvarış, 2012a:210; Çelik, 2011:30) kullanılmaktadır. Bebek ölümlerinin nedenleri araştırılırken neonatal ve postneonatal ayrımına gidilmekte, özellikle postneonatal bebek ölümleri bağışıklama, beslenme, bebek bakımı, anne eğitimi gibi ana-çocuk sağlığı hizmetleri hizmetlerinin önemli bir parçası olarak görülerek ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesinde en önemli gösterge kabul edilmektedir (Çelik, 2011:31). Türkiye’deki bebek ölüm hızları incelendiğinde, 2000’lerin başında binde 30’larda (TÜİK, 2017) olan bebek ölüm oranları, 2019 yılında ise binde 9,1’e düştüğü görülmüş (TÜİK, 2020c) dünyada 1.000 canlı doğumda 28,2 olan oran Türkiye’de 9,0 OECD ülkelerinde 3,7 ve AB ülkelerinde ise 3,2 olduğu saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2021: 19).

Ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesinde önemli göstergelerden biri de neonatal ölüm hızıdır. Neonatal ölüm hızında Türkiye; AB, OECD ve Avrupa Bölgesi ülkelerini geçmiştir. 2019 yılında dünyada ortalaması binde 17,5 olan neonatal ölüm hızı Türkiye’de binde 5,8, DSÖ Avrupa Bölgesinde binde 4,0, OECD ülkelerinde binde 2,5 ve AB ülkelerinde ise binde 2 olarak tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2021: 22). 5 yaş altı ölüm hızının incelendiği 2019 verilerine göre 1.000 canlı doğumda dünya ortalaması çok yüksek çıkmaktadır. 1.000 canlı doğumda 5 yaş altı bebek ölüm hızı 37,7 olan dünya ortalamasını 11,1 ile Türkiye izlerken DSÖ Avrupa Bölgesinde binde 7,1, OECD ülkelerinde 4,4 ve AB ülkelerinde ise 3,9 çıktığı saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2021: 23). Bebek ölüm oranlarının ve kadın doğurganlık oranlarının hem ulusal hem de uluslararası kıyaslamalarla verildiği araştırmalar ülkelerin uluslararası konumunu gösterirken aynı zamanda yıllardan beri elde ettiği kazanımlarını ortaya koymaktadır. Sağlık sistemi adına atılacak adımlar için bir ön bilgi, bir fikir vermesi bakımından faydalı olacaktır.

3. BÖLÜM

Çalışmanın bu bölümünde kadının statüsünü etkileyen faktörler, bu faktörlerin hem kadının hem de bebeğin sağlık statüsü ve sağlık hizmetlerine olan talep ile ilişkisine yer verilmiştir. Ayrıca kadının statüsünün ana çocuk sağlığı hizmetleri ve çocuk sağlığı üzerine olan etkisi ile ilgili olarak başka çalışmaların sonuçlarına da yer verilerek çalışmanın konusunu daha iyi kavranması amaçlanmıştır.

3.1. KADININ STATÜSÜ ANA ÇOCUK SAĞLIĞI HİZMETLERİ VE ÇOCUK SAĞLIĞI İLE İLİŞKİSİ

Kadının statüsünü belirleyen faktörlerin düşük olması kadının statüsünü de olumsuz yönde etkilemektedir. Düşük kadın statüsü, kadın ve kadının etkileşimde olduğu diğer unsurlar üzerinde de olumsuz etkiye sahiptir. Anne ve çocuklar toplumun büyük bir kesimini oluşturduklarından annenin statüsü özelde kendisinin ve çocuğun sağlığını genelde ise içerisinde yaşadığı toplumun sağlığını etkilemektedir (Ateş, 2012:207). Kadının statüsü ile sağlığı arasında doğrudan bir ilişkinin mevcut olduğu açık ve bilinen bilimsel bir gerçektir (Adak, 2015:111). Bu ilişkiye göre kadının statüsünün yüksek veya düşük olması kadın sağlığı üzerinde aynı derecede etkiye sahiptir. Hem kadının hem de çocuğun sağlığını etkileyen kadının statüsünü belirleyen birtakım etkenler bulunmaktadır. Bu etkenler doğrudan doğruya kadını ve çocuğunu başta sağlık olmak üzere her anlamda etkilemektedir. Bu durum araştırmalarda da ortaya konmuştur. Kendisi açısından bakıldığında kadının gündelik yaşamında toplumsal ve bireysel sorumluluklarını yerine getirmesi ve sağlığını koruması için statüsünün iyi konumda olması gerekmektedir (Adak, 2015:11). Bu sebepten dolayı kadının statüsünün etkilediği bu iki grup sağlık hizmetlerinde risk kapsamına alınarak ücretsiz sağlık hizmeti verilmektedir. Ana çocuk sağlığı hizmetleri kapsamında verilen doğum öncesi bakım, doğum hizmetleri, lohusalık hizmetleri, aile planlaması ve 0-6 yaş arası çocuklara verilen sağlık hizmetleri bu risk gruplarını korumaya yönelik hizmetlerdir. Çünkü sözü edilen 15-49 yaş arası kadınlar ve 0-5 yaş çocuklar, Türkiye’de sağlık hizmetlerinde en yetersiz yararlanan kesimlerdir (Neyzi, 1997:8).

Kadının statüsünün önemli göstergelerinden biri olan eğitim, kadınların negatif bir statüde olduğu alandır. Kadınlar arasındaki eğitimsizlik kadının bir şeyi okuyup

okumama meselesi olmayıp başta kadını ve kadının sağlığı olmak üzere çocuk sağlığını ve tüm toplumu ilgilendirmektedir. Eğitim ve sağlık arasındaki ilişkiye göz attığımızda genel anlamda eğitim düzeyi sağlık düzeyinin önemli belirleyicisi olup toplumun eğitim düzeyinde meydana gelecek artışa karşılık toplumun sağlık düzeyinde de doğrusal bir şekilde artış meydana gelecektir (Ateş, 2012: 206). Bu pozitif ilişkinin sebebi eğitimin, bireysel veya toplumsal boyutta fark etmeksizin sağlık düzeyinin belirleyicisi konumunda olmasından kaynaklanmaktadır. Eğitim düzeyinin yüksek olması sağlık bilgi düzeyini olumlu yönde etkilemektedir. Eğitim düzeyi artan bireylerin bulaşıcı hastalıklardan korunma oranlarının yüksek çıkması ve buna bağlı olarak toplumun sağlık düzeylerinin yüksek çıkması verilecek güzel örneklerdendir (Baloğlu, 2006:84; Ateş, 2012:204). Keza Türkiye’de bir araştırmada çiçek aşısı ile halkın eğitim seviyesi arasındaki ilişki ele alınmış, okuma yazma bilenlerin %35,4’ü çiçek aşısına olumlu bakarken okuma yazma bilmeyenlerin de %18,8’i olumsuz bir tavır takındığı görülmüştür (Türkdoğan, 2006:146). Birey, iyi bir eğitimle sahip olacağı imkan, bilgi ve gelire sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde faydalanmaya çalışacaktır (Ateş ve Aba, 2015:9). Her ne kadar babanın eğitim düzeyi ile çocuk sağlığı arasında pozitif bir ilişki olsa da annenin eğitim düzeyi kadar etki edememektedir (Santerre and Neun, 2013:50; Ateş, 2012:104). Daha önceki çalışmalarda da erkeklerin okur-yazarlık oranının çocukların sağlık düzeylerine etkisinin kadınların okur-yazarlık oranına göre çok daha az olduğu, Afrika’nın 13 ülkesinde yapılan bir araştırmada beş yaş altı çocuk ölüm hızları üzerindeki etkisi incelenmiş, erkeklere kıyasla kadınların etkisinin çok daha fazla olduğu gözlenmiştir (Çelik, 2011:44). Annenin eğitilmiş olması yenilikleri çabuk algılama ve kapasitesiyle ilgili olumlu bir durum olduğundan bebek ölümlerinde azalma meydana getirmektedir (Çilingiroğlu, 2012: 80). Sağlıkla ilgili yeterli bilgiye sahip ebeveynler çocuk ve bebek ölümleri üzerinde azaltıcı etki etmektedir (Baloğlu, 2006:65). Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının (NSA) yapıldığı ülkelerde kırsal alanlarda meydana gelen çocuk ölüm hızının kentsel alanlara kıyasla daha fazla olması (Tezcan ve Eryurt, 2006:15), kırsal alanların kentsel alanlardan daha az eğitilmiş olmasını da göz önünde aldığımızda tesadüf bir sonuç olmadığı görülecektir. Eğitimin çocuk sayısı, sık gebelikler, istenmeyen gebelikler, doğurganlık yaşı, düşük doğumlar ve çocuk ölümleri üzerinde etkili olduğu bilinmektedir.

Türkiye’de kadınların yaşam beklentisi erkeklere kıyasla daha fazla olmasına rağmen erkeklerin yıllar içindeki doğuşta yaşam beklentisi artış oranı kadınlara göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Bayın, 2016:94). Daha önceki çalışma sonuçlarına göre, gelişmekte olan ülkelerde toplum içinde sağlık yönünden daha çok tehlike altında olan risk grubuna çocuklar ve doğurgan yaştaki kadınlar girmektedir, hastalıkların ve ölümlerin en çok görüldüğü risk gruplarıdır (Oral, 2012:370). Çünkü gelişmekte olan 99 ülkede yapılan bir araştırmaya göre kadının statüsü ile doğurganlığı arasında bir ilişki gözlemlenmiş (Akın ve Özvarış, 2012b:230), kadının statüsü düştükçe doğurganlığında artışlar meydana geldiği belirlenmiştir (Adak, 2015:127). Tablo 2’de kadının statüsü ile doğurganlık ilişkisini gösterilmektedir. Kadının statüsündeki iyileşmeye bağlı olarak doğurganlık hızında düşüşler meydana gelmektedir.

Tablo 2: Kadının Statüsü ve Toplam Doğurganlık Hızının Dağılımı

Kadının Statüsü	Bu Kategorideki Nüfus Oranı(%)	Toplam Doğurganlık Hızı (Bir Kadına Düşen Çocuk)
Çok çok düşük	10,6	5,9
Çok düşük	21,8	4,0
Düşük	28,4	3,9
Orta	9,7	2,9
İyi	15,3	2,1
Çok İyi	6,3	1,9
Bilgi Yok	8,9	-

Kaynak: Akın ve Özvarış, 2012b: 231

Düşük statüye sahip anneler ile ölümler arasındaki ilişki incelendiğinde statüsü düşük anneler arasında ölüm oranlarının yüksek çıktığı araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur (Adak, 2015:121; Baloğlu, 2006:67). Sık gebelikler sadece anne ölümlerine sebep olmamakta aynı zamanda ana-çocuk sağlığını olumsuz etkileyerek, annenin sağlığında bozulmalara sebep olmakta, bunlara bağlı olarak çocuk ölümleri artmaktadır (Ateş, 2012:11; Çilingiroğlu, 2012:80; Bodur, 1991:30).

Eğitim düzeyi ile doğurganlık arasındaki ilişki incelendiğinde eğitim düzeyinin yükselmesi ile doğurganlığın azaldığı araştırmalarla gösterilmiştir (Apay ve arkadaşları, 2010:4). Sadece kadının eğitim düzeyi baz alındığında bile kadının eğitim düzeyinin artmasına bağlı olarak doğurganlığın azaldığı başka çalışmaların sonuçlarında görülmüştür (Schultz, 1993:716; İlçioğlu ve arkadaşları, 2017:116). Araştırmalarda

okur-yazar olmayan kadınlarda ortalama doğum oranı 3,76 iken lise ve üzeri mezun kadınlarda ise ortalama doğum oranı 1,66 olarak belirlenmiştir (TNSA, 2013:62). Bir başka çalışmada da doğurganlık oranı, Doğu Anadolu bölgesinde eğitimi olmayan kadınlarda 3,28 iken lise ve üstü eğitilmiş kadınlarda 1,25 bulunmuştur (Çilingiroğlu, 2012:74). Sağlıklı bir doğum ve anne sağlığı için gebelik aralıklarının 3 veya 4 sene olması gerekirken kırsal alanda yaşayan kadınların çoğu her sene gebe kalmaktadır (Baloğlu, 2006:67). Kırsal alanlarda okullaşma oranları düşük olduğundan (Adak, 2015: 189) eğitim düzeyi düşük, bu duruma bağlı olarak kentsel alanlara kıyasla doğurganlık oranı fazla çıkmaktadır (Çilingiroğlu, 2012: 72). Doğurganlık oranlarının fazla olması aynı zamanda bebek ölüm oranlarının yüksek olmasına sebep olmaktadır. Yapılan çalışmalarda bebek ölümleri ve sık gebelikler yani doğurganlıklar arasındaki ilişki tespit edilmiş, doğurganlık (fertility) sayısı arttıkça bebek ölümlerinin arttığı görülmüştür (Basu, 1994:209).

Annenin eğitim düzeyinin artması ile ilk 6 aydaki bebek ölümleri arasında zıt yönlü bir ilişkinin olduğu yapılan çalışmalarda saptanmıştır (Çilingiroğlu, 2012:80). Afrika'nın 13 ülkesinde yapılan bir araştırmaya göre kadın ve erkeklerdeki okur-yazarlık oranında %10'luk bir artışın bebek ölüm hızları ve beş yaş altı çocuk ölüm hızları üzerindeki etkisi incelenmiş, erkeklere kıyasla kadınların etkisinin çok daha fazla olduğu gözlenmiştir (Çelik, 2011:44). Okur-yazar olmayan kadınlarda bebek ölüm oranı %21 iken okur-yazar olan kadınlarda ise bebek ölüm oranı %2,2 olarak başka çalışmalarda tespit edilmiştir (Baloğlu, 2006:64). Annenin eğitim düzeyi arttıkça çocuk ölümlerinde düşüş meydana geldiği başka araştırmalarla da ortaya konmuştur (Basu, 1994:209). Yine, 25 ülkede annenin eğitimi beş yaş altı çocuk ölüm hızı arasında ilişkinin incelendiği bir çalışmada, annenin eğitimi beş yaş altı çocuk ölüm hızlarında %15 oranında bir azalmaya neden olduğu görülmüştür (Çelik, 2011:44-45). 46 ülkede yapılan bir başka araştırmada da, çocuk ölümlerini azaltmada kadınların okur-yazarlık oranında %1 arttırılmasının o ülkelerde doktor oranının %1 arttırılmasına kıyasla 3 kat daha fazla etkili olduğu belirlenmiştir (Tor ve Ağlı, 2016:71). Annenin eğitimi ile çocuk ölümleri arasında zıt bir ilişkinin varlığı başka çalışmalarda da saptanmıştır (Baloğlu, 2006:84; Desai ve Alva, 1998:71). Buradan da anlaşılacağı üzere toplumun her alanında kilit noktada bulunan kadınların eğitim düzeylerinin artırılması hem kadın sağlığına hem de çocuk sağlığına yatırılan uzun vadeli ve hayati bir yatırımdır.

Gebe olan annenin yaşı da bebek ve çocuk ölümleri üzerinde etkili olan anneye ait olan faktörlerdendir (Bodur, 1991:30; Basu, 1994:209). Genç yaştaki annelerin çocukları hastalık ve ölüm riski taşımakta, bu yaştaki gebelikler anne ve bebek için sağlık sorunu olmaktadır (Ünalın ve arkadaşları, 2007: 572). Genç yaşta anne olma oranları genellikle kadınlar arasında okullaşma oranlarının düşük ve çalışma yaşamına katılımın az olduğu yerlerdir ve kırsal alanlarda daha yüksektir (Adak, 2015: 189). Yine kadınlar için bir başka sorun olan istenmeyen gebeliklerdir. Kadınlar bu gebeliklerden dolayı kürtaja başvurmakta ve bu da onların yaşamlarını tehlikeye atmaktadır. Sözü edilen bu durum ise eğitim düzeyi ile ters orantılıdır. 38 ülkede yapılan araştırmaya göre kadının eğitiminin artırılması istenmeyen gebelikleri (Schultz, 1993:716) azalttığı sonucu bulunmuştur.

Toplumun eğitim seviyesinde meydana gelecek artış toplumun sağlık anlayışını da değiştirecektir. Toplumda, sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanma ve sağlıklı mal hizmetlerinin kullanımında artış meydana gelecek, buna bağlı olarak eğitilmiş toplumlarda sağlık harcaması ve sağlık hizmet düzeyi ile en yüksek sağlık istatistikleri elde edilecektir (Ateş, 2012:204). Bu durum sadece sağlık hizmetlerden faydalanma için geçerli değildir. Benzer şekilde toplum, kendi sağlığını korumaya dönük eğilimlerde bulunacak ve böylelikle toplumda başta koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere sağlık hizmetlerine olan talebi artacaktır (Baloğlu, 2006:49). Fakat bireyin eğitim seviyesindeki düşüklük ne kadar fazla ise birey o kadar sağlığa yardımcı olmayan davranışlar sergileyecektir (Çelik, 2011:41). Türkiye’de tıbbi ilaç ve eğitim seviyesi arasındaki ilişki inceleyen bir araştırmaya göre, halktan okuma yazma bilenler olanların %52’si eczaneden ilaç alırken halktan okuma yazma bilmeyenlerin ise sadece %14’ü eczaneden ilaç almaktadır, geri kalanlar ise ev ilaçlarını tercih etmişler (Türkdoğan, 2006:136). Verilen araştırma sonucundan da anlaşılacağı üzere okur-yazar oranlarının yüksek olması sağlık anlayışında olumlu değişimler meydana getirmektedir. Eğitim seviyesinde meydana gelecek artış başta toplumda olduğu gibi kadınların da sağlık anlayışını ve sağlık hizmetlerine olan talebi arttıracaktır (Baloğlu, 2006:84). Gebelikleri süresince alacakları ana çocuk sağlığı hizmetlerinin yanında anne ve çocuk sağlığını etkileyen sağlık kurumlarında ve sağlık personeli gözetiminde doğum yapma (Ateş, 2012:207) faktörü konusunda daha bilinçli tercihlerde bulunacaklar. Ana çocuk sağlığı üzerinde etkili olan doğum öncesi bakım alma hizmeti de kadının eğitim durumuyla

ilişkili olduğu, eğitim düzeyi artan kadınların doğum öncesi bakım alma oranlarında artış olduğu araştırmalarla saptanmıştır (İlçioğlu ve arkadaşları, 2017:117). Kadının eğitim düzeyi sadece doğum öncesi bakım alma durumunu etkilememektedir, aynı zamanda kocanın eğitim düzeyi de kadının doğum öncesi bakım alma durumunu etkilemektedir. Erdoğan ve Çetinkaya'nın (2019:139), yaptıkları çalışmada kocanın eğitim düzeyi yükseldikçe kadının doğum öncesi bakım alma oranlarında da paralel bir artış meydana geldiği gözlemlenmiştir. Eğitimsizlik kadınların statüsünün düşüklüğüne sebep olmakta, buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinden faydalanmasının önündeki en büyük engellerden olup aynı zamanda yüksek anne ölümlerine neden olmaktadır (Adak, 2015:121). Çünkü eğitim, kadınların sağlık bakım hizmetlerinden faydalanmasının üzerinde ciddi etkiye sahiptir (Gönç ve Suğur, 2015:5-6). Erdoğan ve Çetinkaya'nın (2019:139) araştırmasında ilkokul mezunu kadınların %22'si yeterli doğum öncesi bakım alırken lise ve üstü eğitime sahip kadınların %89,2'si yeterli doğum öncesi bakım almıştır. Benzer bir sonuç da Yılmaz ve diğerleri (2018:213) çalışmasında bulunmuş, kadının eğitim düzeyinin artmasına bağlı olarak doğum öncesi bakım alma oranlarında artış gözlemlenmiştir. Annenin eğitimin artmasına bağlı olarak sağlık bakım hizmetlerinin kullanımı artması aynı zamanda çocuk sağlığını olumlu bir şekilde etkilemektedir (Desai and Alva, 1998:72). Eğitim düzeyi arttıkça sağlıksız koşullarda doğum yapma oranları düşmektedir. Annenin eğitim düzeyi ile sağlık kuruluşlarından faydalanma veya sağlıksız koşullarda doğum yapma durumları arasında ters bir ilişkinin olduğu araştırmalarda ortaya konmuştur (Ergin ve arkadaşları, 2005:324; TNSA, 2013:149). Eğitim seviyesi artan kadın, gebelikleri sırasında düzenli olarak kontrollerini yaptırarak ana çocuk sağlığı hizmeti alanında gerekli hizmeti almaya çalıştıkları görülmüştür (Adak, 2015:260). Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi düşük ve düşük gelir sınıfında yer alan kadınlar, eğitimi düzeyi yüksek orta ve üst gelir sınıfındakilere nazaran anne bakım hizmetlerini düşük kalitede almakta oldukları saptanmıştır (Çilingiroğlu, 2012:72).

Ana çocuk sağlık hizmetleri kullanımını ve çocuk sağlığını etkileyen bir başka faktör de kadın statüsünün belirleyicisi olan gelirdir. Gelir ve sosyal gelişmişlik düzeyi aynı zamanda sağlık düzeyinin de belirleyicisidir (Ateş, 2012:207; Ateş ve Aba, 2015:8). Sunulan sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde faydalanmak için sahip olunması gereken şartlardan biri de maddi imkanlar yani gelirdir. Yaşam standartları yüksek bireyler,

sağlık hizmetlerine daha çabuk ulaşmakta ve sağlık hizmetine daha fazla harcama yaparken sosyoekonomik bakımdan daha düşük bir statüye sahip olan bireyler ise bu hizmetlerden daha az faydalanarak daha sık hastalığa yakalanma risklerini arttırmaktadırlar (Ateş ve Aba, 2015:8).

Bu yönüyle gelir, satın alınmadığında sağlığı olumsuz yönde etkileyecek sağlık bakım hizmetleri, ilaç vb. satın alınması gereken ve satın alma gücüne bağlı durumları etkilediğinden ayrı bir önem taşımaktadır (Cochrane et al, 1980:35). Hanede gelir getirici hem anne hem de baba olması durumunda çocuğun sağlık statüsü %4 artmaktadır, bu oran bebeklik için geçerli olup yaş ilerledikçe artmaktadır (Santerre and Neun, 2013:50). Hane halkının içerisinde özellikle annenin gelir düzeyi sadece kendi sağlık düzeyini etkilememekte, aynı zamandan yeni doğan ve çocuk sağlığına da etki etmektedir (Ay, 2001:23). Brezilya’da azalan bebek ölümleri üzerine yapılan bir araştırmada, bebek ölümlerini azaltan sebeplerden biri de fakir ve zengin nüfus arasındaki farkın azalmasından yani fakirlerin refah düzeylerinin artmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Victoria et al, 2011:1863). Çağlayan ve arkadaşlarının Kocaeli’de yaptıkları çalışmaya göre sağlık bakım hizmetlerini almaktan kaçınanların bir sebebi de ekonomik yetersizlik olarak bulunmuştur (Çağlayan ve arkadaşları, 2006:18). Türkiye’de yoksul hanelerde bodur çocuk oranı Türkiye ortalamasının neredeyse iki katı olup 5 yaş altı bodur olan çocuk oranı yoksul ailelerde %18,3’tür (AÇEV, 2017:12). Maddi yönden kısıtlı bireyler kendisi, ailesi ve çocuklarının sağlığından meydana gelecek olumsuz bir durumda dahi sağlık hizmetlerine ulaşamayabilir. Yoksul olan bireylerin yoksulluk seviyeleri arttıkça yani gelir bakımından ne kadar düşük seviyede ise sağlığa yardımcı olmayan davranışları sergileme olasılıkları o kadar artmaktadır (Çelik, 2011:41). Fakat tam tersi bir şekilde gelir arttıkça bireyler, sağlığını korumaya çalışacak, bundan dolayı bireylerin başta koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere sağlık hizmetlerine talepleri artacaktır (Baloğlu, 2006:49). Ailenin sahip oldukları maddi koşullar çocukların bakım, beslenme sağlık olanaklarını etkilemekte, geçim koşullarında meydana gelecek bir düşüş ismi geçen durumları olumsuz şekilde etkileyecektir, bu durum da çocuğun gelişimine ve sağlığına olumsuz etki etmektedir (Ateş, 2012:11). Özellikle geliri yüksek olan kadınların sağlık hizmetlerine olan taleplerinin yüksek olduğu araştırmalarla gösterilmiştir (Adak, 2015:237). Bu açıdan bakıldığında gelir ile sağlık statüsü arasında pozitif bir ilişki söz

konusu olup (Çelik, 2011:42) gelir artıkça sağlık hizmetlerine olan talep artmaktadır (Baloğlu, 2006:89). Araştırmalara göre geliri artan kadınlar ana çocuk sağlığı hizmetleri kapsamında sunulan gebelik hizmetlerini alarak düzenli olarak kontrollerini yapmaktadırlar (Adak, 2015:260). Yılmaz ve diğerlerinin (2018:213) araştırmasında, gelir düzeyi arttıkça kadınların doğum öncesi bakım alma oranlarının arttığı gözlemlenmiştir. Yine gelire bebek ve çocuk ölümleri arasında zıt bir ilişki yapılan araştırmalar sonucunda bulunmuştur. 28 ülkede yapılan bir çalışmada anne geliri ile bebek ölümleri arasında bir ilişki bulunmuş, geliri olan annelerin bebeklerinin hayatta kalma olasılıklarının arttığı görülmüştür (Hobcraft et al, 1984:197). Bir başka araştırma sonucunda gelirdeki %10'luk bir artış bebek ve çocuk ölüm hızlarında %1,5'lik bir azalmaya neden olduğu bulunmuştur (Çelik, 2011:42). Ailenin sahip oldukları maddi koşullar çocukların bakım, beslenme sağlık olanaklarını etkilemektedir, geçim koşullarında meydana gelecek bir düşüş ismi geçen durumları olumsuz şekilde etkileyecektir, bu durum da çocuğun gelişimine ve sağlığına olumsuz etki etmektedir (Ateş, 2012:11). Özellikle geliri yüksek olan kadınların sağlık hizmetlerine olan taleplerinin yüksek olduğu araştırmalarla gösterilmiştir (Adak, 2015:237). Gelir sadece sağlık hizmetlerine olan talebi etkilememektedir, aynı zamanda doğurganlık düzeyini de etkilemektedir. Genel olarak baktığımızda doğurganlığın düzeyinin yüksek olduğu yerler kadınlar arasında gelirin az olduğu kırsal alanlar olduğu görülmektedir (Çilingiroğlu, 2012: 72). Bu alanlar aynı zamanda kadınlar arasında çalışma yaşamına katılımın az olduğu yerlerdir (Adak, 2015: 189). Gelir düzeyinin artmasına bağlı olarak kadınlar, çocuk sahibi olma düşüncesinde uzaklaşmakta, yüksek gelirli kadınlar daha az çocuk sahibi olmayı arzulamaktadırlar. Türkiye'deki bir çalışmada '2-3 çocuk ister misiniz?' sorusuna geliri yüksek olan kadınlar en fazla tepkiyi vermiş ve bu sayıda çocuk istemediklerini dile getirmişler (Türkdoğan, 2006:193).

Ana çocuk sağlık hizmetleri kullanımını ve çocuk sağlığını etkileyen bir diğer faktör de kadının çalışma yaşamına girmesidir. Çalışma yaşamına giren kadının hem gelirden hem de çalışma hayatındaki durumundan dolayı sağlık statüsünde değişiklikler meydana gelmektedir. Çalışma hayatına giren kadın nüfusunun artması ile doğurganlık düzeylerinde düşüşler meydana geldiği araştırmalarla ortaya konmuştur (Baloğlu, 2006:67; Ateş, 2012:207). Böylece sahip olunacak çocuk sayısı azalmaktadır. Sözü edilen kadınların çalışma hayatı, özellikle tarım dışı sektörler olması halinde

doğurganlık üzerinde daha çok etkili olmaktadır. Yapılan araştırmalarda tarım dışı sektörlerde çalışan kadın sayısının artırılması doğurganlık düzeyini düşürdüğü ortaya çıkmıştır (Baloğlu, 2006:67). Hamilelik, çocuk bakımı ve işinden ayrılışı gibi etkenler bu düşüncelere sebep olduğu düşünülmektedir.

Ana çocuk sağlığı hizmetlerinden faydalanmayı etkileyen, aynı zamanda gelir ve eğitimle ilişkili olan bir başka faktör de herhangi bir sağlık güvencesine sahip olma durumudur. Çalışan bir kadın sosyal bir güvenceye sahip olacak, bu sosyal güvence vasıtasıyla en kaliteli sağlık hizmetlerinden faydalanacaktır ve sağlık kurumlarını tercih edebilecektir (Adak, 2015:242). Çünkü sosyal güvenceye sahip olan kadınlar sağlık kurumlarına daha kolay ulaşabilmektedir (Eryılmaz, 2014:26). Yapılan araştırmalarda düşük bebek doğum ağırlığında ve bebek ölümlerinde yaşanan düşüş ile sigortalanma arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Santerre and Neun, 2013:51). Başka bir çalışmada da herhangi bir sağlık kurumuna başvurulmama nedeni ile sosyal güvence arasında bir ilişki bulunmuş, sağlık kurumuna gidememe nedeni olarak sosyal güvenceden yoksun olma nedeni gösterilmiştir (Çağlayan ve arkadaşları, 2006:22). Sağlık bakım hizmetlerinin yoğun olarak cepten yapıldığı ülkelerde kadınlar ekonomik sebeplerden ötürü erkeklere kıyasla sağlık hizmetlerine daha az eriştikleri görülmüştür (Gönç ve Suğur, 2015:5).

Kadın sağlığını, bebek ve çocuk sağlığını etkileyen ve aynı zamanda ana çocuk sağlığı hizmetleri kapsamında olan bir başka faktör kadının alacağı sağlık bakım hizmetleridir. Erken bebek ölümleri, annenin doğum öncesi ve doğum sonrası alacağı hizmetlerin kalitesine bağlıdır (Bodur, 1991:30). Özellikle Annenin alacağı sağlık hizmetlerinin kalitesi ne kadar fazla ise bebeğin de sağlık durumu o kadar iyi olacaktır. Sağlık bakım hizmetleri doğum öncesi, doğum anında ve doğum sonrası verilen tüm hizmetleri kapsamaktadır. Türkiye'deki bebek ölümlerinin çoğunluğunun neonatal ve anne ölümlerinin en önemli sebeplerinden birinin doğum sonrası kanama ve enfeksiyonlardan kaynaklandığı göz önüne alındığında doğum sonrası bakım hizmetlerinin önemi (Ergin ve arkadaşları, 2005:322) çok daha iyi anlaşılmaktadır. Doğum öncesi bakımda hem anneye hem de bebeğe eğitilmiş sağlık uzmanları tarafından bakım hizmetleri verilerek gebelik süresince kontrol ve muayene edilmekte, ayrıca anneye çeşitli eğitimler verilmektedir (Tezcan ve Eryurt, 2006:21). Yapılan çalışmalarda doğum öncesi bakım

alma ile sağlıklı doğum yapma arasında pozitif bir ilişki bulunurken çocuk ölümleri ile ters bir ilişki bulunmuştur (Tezcan ve Eryurt, 2006:21; Ergin ve arkadaşları, 2005:321). Eğitimler sadece doğum öncesi verilmeyip doğum sonrasında da verilmektedir. Verilen bu eğitim bebek ve çocuk sağlığı için önemlidir. Kadınların 74,5'inin gebelikleri sırasında sağlık bakım hizmetlerini aldıkları ve takip edildikleri, 22,5'inin bu hizmetlerden faydalanmadıkları, %3'ünün de bu hizmetlere ihtiyaç duymadıkları yapılan araştırmada bulunmuştur (Adak, 2015:224). Aksu ve Akgün'ün Balıkesir'deki çalışmasında da benzer sonuçlar ortaya çıkmış, buna göre kadınların 74,7'sinin gebelikleri sırasında sağlık bakım hizmetlerini aldıkları ve takip edildikleri, 25,3'ünün ise alamadıkları gözlemlenmiştir (Aksu ve Akgün, 2020:181). Bir başka araştırmada da son canlı doğumda en az bir kez gebelik öncesi sağlık bakım hizmeti alanları oranı 1998 yılında %62,3 iken bu oran 2008'de %92'ye çıktığı gözlemlenmiştir (Çilingiroğlu, 2012:74). Türkiye'de 2008 yılında yapılan bir başka araştırmaya göre yaklaşık her 10 gebe kadından 0.8'i gebelik süresince hiç doğum öncesi sağlık bakım hizmeti almadığı belirlenmiştir (Akın ve Özvarış, 2012a:211). Doğum öncesi bakım kapsamında ultrason çekme oranı %98.4, tansiyon ölçümü %96.4, ve gebelik sırasında gerçekleşebilecek komplikasyonlar hakkında anne adayını bilgilendirme oranı ise %67,6 bulunmuştur (AÇEV, 2017:14). Dünyada her bir dakikada 110 kadında gebeliğe bağlı yan etki meydana geldi tespit edilmiştir (Adak, 2015:121). Sağlık bakım hizmetlerinden faydalananlar sadece gebe kadınlar değildir, bilakis gebe olmayan kadınlar da bu hizmetlerden faydalanabilirler. Genellikle kırsal alanlarda yaşayan kadınlar bu zorlukları daha fazla yaşamaktadırlar (Çelik, 2011:355). Sağlık hizmetlerinin bölgelere dağılımındaki eşitsizlikler (Adak, 2015:121), maddi imkânsızlıklar (Gönç ve Suğur, 2015:5), ekonomik sıkıntılar ve sosyal güvenceye sahip olunmaması (Eryılmaz, 2014:26) sağlık bakım hizmetlerine erişimi zorlaştıran diğer sebeplerdir. Bu faktörlere ek olarak, ev hanımı olan kadınların da sağlık bakım hizmetlerinden daha az faydalandığı, araştırmalara göre ev kadınlarının üçte ikisi çok hasta oldukları zaman sadece bu hizmetlerden faydalandıkları tespit edilmiştir (Gönç ve Suğur, 2015:5-6). Araştırmalar sonucunda kadınların sosyoekonomik ve eğitim düzeyleri arttıkça kadınların ana çocuk sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalandıkları tespit edilmiştir (Hamed et al, 2018:425). Kadının statüsünün sağlık bakım hizmetlerinin kullanımı üzerindeki etkisini yapılan başka çalışmalarda da görmek mümkündür.

Kadın sağlığını ve çocuk sağlığını etkileyen, ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımı ile ilişkili olan bir başka faktör de kadının doğum yaptığı yerdir. Kadının doğum yaptığı yer anne, bebek ve çocuk sağlığını etkileyen anneye ait faktörlerdendir (Bodur, 1991:30). Kadının doğum yaptığı yer, herhangi bir sağlık personelinin doğuma yardım edeceği bir sağlık merkezi olması durumunda hem anne hem de bebek için olumlu bir gelişme olacaktır, fakat evde herhangi bir sağlık personelinin desteği olmadan yapılacak doğum anne ve bebek için olumsuz sonuçlara sebep olacaktır. Halbuki yapılan çalışmalarda doğum yapılan yer hem bebek hem de anne sağlığı üzerinde ciddi etkilere sahip olup bu yerin herhangi bir sağlık kuruluşu olması neonatal ölüm riskini düşürdüğü belirlenmiştir (Tezcan ve Eryurt, 2006:22). Doğum yapılan yerin sağlık kuruluşu olması o yerin hijyenik olacağı, bakım hizmetlerinin verecek olanların eğitimi sağlık personeli olacağı ve o yerin sahip olduğu teknolojik ve tıbbi gereçler yardımıyla sağlık personelinin kaliteli hizmetleri sunacağı anlamına gelmektedir (Ergin ve arkadaşları, 2005:326; Tezcan ve Eryurt, 2006:22). Türkiye’de anne ölümlerinin %29,8’i doğumdan sonraki ilk 24 saatte, %34,3’ü ilk 48 saatte gerçekleşmekte ve özellikle doğum sonrası meydana gelen kanama, enfeksiyonlardan ölen annelere ve yine enfeksiyonlardan dolayı ölen yeni doğan bebeklere doğum sonrası ilk saatlerde verilecek bakım hizmetleriyle bu ölümler önlenebilir veya azaltılabilir (Özdemir ve Karaçalı, 2019:359). Nitekim verilecek olan bu sağlık hizmetleri ise sağlık kuruluşlarında verilmektedir. Her ne kadar son yıllarda doğum için sağlık personelleri ile desteklenmiş sağlık merkezleri tercih edilse de evde herhangi bir sağlık personeli olmadan doğum yapan kadın sayısı azımsanmayacak kadar çoktur (Baloğlu, 2006 65). 2019 verilerine göre doğumların %97’si hastanelerde gerçekleşirken %3’ü ise evde sağlık personeli olmayan kişiler tarafından gerçekleştirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2021:84). Dünyada her bir dakikada 40 kadın sağlıksız düşük yaptığı ve her bir dakikada bir kadının öldüğu araştırmalarla tespit edilmiştir (Adak, 2015:121). Yukarıda değinilen tüm bu durumlar kadının statüsünün belirleyicilerinden eğitim ve gelir ile ilişkisi bulunmaktadır ve yapılan çalışmalarda da tespit edilmiştir (Ateş ve Aba, 2015:9). şahiner ve Akyüz’ün çalışmasında ilkokul mezunu kadınların %34.6’sının, lise ve üzeri kadınların %2.7’sinin son gebeliklerinde evde doğum yaptıkları belirlenmiştir (şahiner ve Akyüz, 2010:335). Kadının statüsünün düşük veya yüksek olmasıyla herhangi bir sağlık kuruluşunda doğum yapma arasındaki ilişki başka çalışmalarda da görölmüştür.

Kadın sağlığını, bebek ve çocuk sağlığını olumsuz yönde etkileyen bir başka faktör de kötü ve dengesiz beslenme alışkanlığıdır. Kötü ve dengesiz beslenme durumları, kadının statüsüne etki etken yetersiz eğitimin ve gelirin sonuçlarından (Baloğlu, 2006:115). Kimi zaman yetersiz beslenme de bu sebeplerin içine girebilmektedir. Brezilya'da yapılan bir çalışmaya göre azalan bebek ölümleri yetersiz beslenmenin önüne geçilmesiyle ilişkilendirilmiştir (Victora, 2011:1872). Kötü ve dengesiz beslenen anne adayları sadece kendi sağlığına etki etmemekte aynı zamanda bebeğin de sağlığına etki etmektedir. Erken bebek ölümleri ile annenin hamilelikteki beslenme durumu arasındaki ilişki araştırma sonuçlarında ortaya konmuştur (Bodur, 1991:30; Baloğlu, 2006:67). Annenin gebelikte yetersiz beslenmesi sonucu doğan bebek düşük kiloda doğmakta veya erken doğum gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Türkiye, OECD lkeleri arasında düşük kilolu doğan bebek oranı yüksek lkelerden olup doğan bebeklerin %8'i 2,5 kilonun altında dünyaya gelmektedir (OECD, 2019). Annenin ve çocuğun yeterli beslenmesi aynı zamanda çocuğa bağışıklık kazandırarak bulaşıcı hastalıkları önleyebilir (Ay, 2001:23). Ayrıca yetersiz beslenen annelerde anemi, diş bozuklukları, guatr, kalsiyum yetersizliği ve vitaminlere bağlı olarak başka hastalıklar cereyan etmektedir (Baloğlu, 2006:114-115). Tüm bunların sonucunda da hem annenin hem bebeğin sağlığında bozulmalar meydana gelmektedir.

Kadın ve çocuk sağlığını etkileyen bir başka önemli faktör de aile planlaması hizmetlerini kullanma durumudur (Adak, 2015:128). *Ailelerin istedikleri ve bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olma kararını anne ve babaya bırakmayı amaçlayan, anne ve bebek sağlığı açısından alınması gerekli önlemleri kapsayan, doğum aralıklarını uzatan, çocuksuz ailelere de ocuk sahibi olmalarına yönelik çabaların tümünü kapsayan bir sağlık hizmeti* (Baloğlu, 2006:67) olan aile planlaması ana ocuk sağlığı hizmetlerinin en önemli ayağıdır. Aile planlamasındaki amaç, gebeliği önleyici modern yöntemlerle aşırı doğurganlığı kontrol altına alarak anne ve bebeği korumak, riskli gebelikleri ve istenmeyen gebelikleri önlemektir (ayan, 2009:22-23). Kısacası anneyi veya bebeği sağlık açısından korumaya yönelik bir çalışma olan aile planlaması gönüllük esasına dayanmakla birlikte aile için önem arz etmektedir. Annenin gebelik süreçlerini takip altına alarak gebelik sıklıklarını uzatması bakımından hem annenin sağlığını hem de bebeğin sağlığını korumaktadır. Böylece anne ve ocuk sağlık düzeylerinin yükseltilmesi amacı gerçekleştirilmiş olacaktır (Kaya ve arkadaşları,

2008:185). Kadının sağlığının bozulması doğrudan çocuk sağlığını olumsuz etkileyeceğinden aile planlaması aynı zamanda çocuk sağlığını da etkilemektedir. Etkin bir aile planlaması hem anne ve çocuk sağlığına faydalı olabileceği gibi toplumsal açıdan da fayda sağlamakta, istenmeyen gebelikleri önlemekte, ilkel yöntemlerle yapılan düşüklerin önüne geçerek anne ve çocuk ölümleri üzerinde azaltıcı rol oynamaktadır (Baloğlu, 2006:67). Aile planlaması yoluyla annede doğum öncesi görülebilecek ve doğum anında anne ve bebeğin hayatını tehlikeye atacak hastalıklar erken teğhis edilerek minimize edebilmektedir (Çayan, 2009:23). Aile planlamasının bu kadar önemine rağmen çeşitli sebeplerde ötürü hâlâ tercih etmeyen kadınlar bulunmaktadır. Aile planlaması hizmetlerinin kullanımının tercih edilmemesinin çeşitli sebepleri bulunmaktadır. Kaya ve arkadaşlarının (2008:185) Bingöl'de yaptıkları araştırmaya göre eğitim ve sosyoekonomik durum ile aile planlaması yöntemi arasında pozitif bir ilişki bulmuşlardır. Bursa Nilüfer'de yapılan bir başka araştırmada kadınların eğitim düzeylerinin artması ile AP'ye olan taleplerinde artışın meydana geldiği görülmüştür (Apay ve arkadaşları, 2010:4). Az gelişmiş ölkelerde AP'nin kullanılmasının önündeki engellerden düşük eğitim düzeyi ve kadının ücretli bir işte istihdam edilmemesi sonucu bulunmuştur (Karaçalı ve Özdemir, 2018:133). Yine yapılan bir çalışmada eğitim düzeyinin artması ile gebeliği önleyici yöntemlerinde modern yöntemi tercih eden kadın oranının da arttığı tespit edilmiştir (Apay ve arkadaşları, 2010:4). AP'yi tercih etme oranlarının düşük olmasına sebep olan sözü edilen faktörlerin iyileştirilmesi AP'ye olan talebi arttıracak bu da anne ve çocuk sağlığına olumlu yansıyacaktır.

Tüm bu araştırma sonuçları kadının statüsünün sağlık düzeyi üzerinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Çünkü kadının toplumsal statüsü kadının başta eğitimi, geliri ve sosyal konumu olmak üzere kadını her alanda etkilemektedir. Kadın statüsünün bir parçası olan ve kadın statü düzeyini etkileyen ve etkilenen eğitim; kadının istihdamını, gelirini, ücret düzeyini ve doğumun yapılacağı yeri etkilemekte, dolaylı olarak çocuğun fırsat maliyetini de etkilemektedir (Çilingiroğlu, 2012:80). Çocuk, eğitimi ve geliri olan bir annenin çocuğu ise başta sağlık olmak üzere birçok açıdan şanslı olabilmektedir. Daha dünyaya gelmeden anne karnında iken ana çocuk sağlığı hizmetleri kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedir. Kadının statüsünün düşük veya yüksek oluşu kendi yaşam koşullarını da etkilemektedir. Özellikle sağlık hizmetleri kapsamında

verilen ana çocuk sağlığı hizmetleri olmak üzere diğer sağlık hizmetlerinden de yeterince faydalanamamaktadır.

4. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. ÇALIŞMANIN AMACI

Toplum sağlığı tüm ülkelerin ve milletlerin üzerinde durduğu bir alan olup her iki cinsin ve her yaşta insanların dahil olduğu bir konudur. Kadının toplumsal rolü toplum sağlığını etkileyen ve farkındalığı olan bir roldür. Hem kendi sağlığını hem de çocuk sağlığının da içerisinde bulunduğu toplum sağlığı üzerinde ciddi bir etkisi olan kadınların, toplum içerisindeki statüleri erkeklere kıyasla geri plandadır. Kadının statüsünün aynı zamanda kadın sağlığını etkilediğini de belirtmek gerekir. Bu çalışmanın temel amacı, kadının toplumsal rolü, toplumsal cinsiyeti ve kadına bakış açısından hareketle kadının statüsünü değerlendirmek ve kadın statüsü ile aile planlaması yöntemi ve ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımı ve aynı zamanda çocuk sağlığı göstergeleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Çalışma sonunda elde edilecek bulgular ışığında kadının statüsü üzerinde olumsuz etkisi olan faktörlerin belirlenmesi, buna bağlı olarak çocuk ve bebek sağlığı üzerinde olumlu etkisi olduğu bilinen ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımının artırılmasına yönelik önerilerin geliştirilmesi amaçlanmıştır.

4.2. ÇALIŞMA TASARIMI

Çalışmanın temel amacı olan kadının statüsü ve ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımı ve çocuk sağlığı üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA, 2013), verileri kullanılmıştır. Çalışma kapsamına dahil edilecek kadınların seçiminde son beş yıl içinde doğum yapma kriteri esas alınmıştır. Bu temel kriter göz önüne alınarak son beş yıl içinde doğum yaptığı belirlenen toplam 1349 kadın katılımcı bu çalışma örneğine dahil edilmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, Türkiye’de her beş yılda bir 1993 yılından beri yapılmakta olup ana çocuk sağlığı hizmetleri, çocuk sağlığı, kadının statüsü gibi konularda çok kapsamlı veriler toplamaktadır.

4.3. VERİLERİN ANALİZİ VE ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİ

Kadın statüsü çok geniş bir kavram olup eğitim, gelir düzeyi ve çalışıp çalışmama gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Eğitim veya gelir düzeyinin yüksek olması her zaman toplumda kadın statüsünün her zaman iyi olduğu anlamına gelmemektedir. Gerek toplumsal kültür gerek kadına bakış açısı gibi daha geniş kavramlar kadının toplum içindeki rollerini belirlemektedir ve günlük yaşamda hem kendisi hem de ailesi ile ilgili kararlara katılmada önemli olabilmektedir. Ayrıca kadınların, kadınlarla ilgili konularda sahip oldukları inançlar ve görüşleri de kendilerinin toplumsal rolleri konusunda önemli bir belirleyici olduğuna inanılmaktadır. Bu nedenle, bu çalışmada kadın statüsünün ve kadınların toplumsal rollerinin kadınların toplumsal cinsiyete yönelik görüşleri, kadını kontrol etmeye yönelik davranışlara ilişkin görüşlerden ve kadına yönelik fiziksel şiddete dair görüşlerinden etkilendiği kabul edilmiş ve bu konulardaki kadınların görüş ortalamalarından hareketle kadın statüsü ölçülmüştür. Çalışmanın amaçlarına ulaşmak için kadın statüsünü belirlemek amacıyla çalışma örnekleme giren kadınların toplumsal cinsiyete, kadını kontrol etmeye ve kadına yönelik fiziksel şiddete dair görüşlerinden yararlanılmıştır. Kadın statüsü, ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımı ve çocuk sağlığı göstergeleri ve katılımcı kadınlara ait sosyo demografik özellikleri arasındaki ilişkilerin incelenmesinde ise iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve tek yönlü varyans analizi yöntemleri kullanılmıştır. Kadınların toplumsal statüsünü ve rollerini ölçmeye yönelik 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) veri setinde yer alan sorular üç grup altında toplanmaktadır:

- (a) Katılımcıların toplumsal cinsiyete yönelik görüşler:** Bu bölümde toplam 6 soru vardır. Sorulara verilen cevaplar katılıyorum (1) ve katılmıyorum (2) olarak iki kategoride değerlendirilmiştir. Bu sorulardan iki tanesi (evde kocası ev işlerinde kadına yardım etmelidir ve kadınlar siyasette daha çok yer almalıdır) ters kodlanarak analize dahil edilmiştir. Altı soru ile kadınların toplumsal cinsiyete yönelik tutumlarının ölçüldüğü kabul edilmiş ve bu altı sorunun ortalaması alınmıştır. Puanların yükselmesi kadınların toplumsal cinsiyet ayrımcılığını düşündüren konulara katılmadığını ve puanı yüksek olan kadınların statülerinin daha yüksek olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

(b) Kadını kontrol etmeye yönelik davranışlara ilişkin görüşler: Bu başlık altında 5 soru sorulmuştur. Kocaların veya partnerlerin kadını kontrol etmeye yönelik ifadelerine verilen cevaplar ise 1 (sıkça), 2 (bazen) ve 3 (hiçbir zaman) şeklindedir. Bu ifadelerine verilen cevapların yüksek olması koca veya partnerlerin kadını kontrol etmeye yönelik davranışları daha az gösterdiği ve bu durumda da kadın statüsünün yüksek olduğu şeklinde değerlendirilmiştir.

(c) Kadına yönelik fiziksel şiddete dair görüşler: Bu bölümde toplam 5 soru sorulmuştur. Sorulara verilen cevaplar katılıyorum (1) ve katılmıyorum (2) olarak iki kategoride değerlendirilmiştir. Puanların yükselmesi koca veya partnerlerin kadına yönelik fiziksel şiddete yönelik tutumlarının kadınlar tarafından onaylanmadığı ve kadının statüsünün daha yüksek olduğu yönde değerlendirilmiştir.

Genel kadın statüsü ise yukarıda tanımlanan ve nasıl ölçüldüğü açıklanan üç boyutun ortalamasının toplamı alınarak hesaplanmıştır. Hesaplanan genel kadın statüsü puanı 3 ile 7 arasında değişmektedir. Yedi (7) ortalama puan en yüksek kadın statüsünü ifade ederken üç (3) en düşük statü ortalamasını göstermektedir. Araştırma örneklemini için seçilen kadınların toplumsal cinsiyete yönelik, kocaların/partnerlerin kadını kontrol etmeye yönelik davranışları konusunda, kocaların/partnerlerin fiziksel şiddete yönelik davranışlarına ilişkin görüş ortalamaları ve bu üç değişkene ilişkin genel görüş ortalaması (toplumsal cinsiyet, kadını kontrol etmeye yönelik koca/partner davranışları ve fiziksel şiddete yönelik görüşlerin genel ortalaması) ile kadınlara ait sosyo demografik özellikler, aile planlaması hizmetleri kullanımı, ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımı ve çocuk sağlığı göstergeleri arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi (F testi) ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) kullanılarak analiz edilmiştir. İki ortalama arasındaki farkın önem testinde uygun t değerini belirlemek için Levene's varyansların homojenlik testi kullanılmış ve varyansların homojen olmadığı durumlarda kullanılması gereken t ve p değerleri dikkate alınmıştır. Karşılaştırılan grupların ikiden fazla olduğu durumlarda varyansların homojenlik testi yine Levene's testi kullanılarak yapılmış ve varyansların homojen olmadığı durumlarda Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı

olup olmadığı tartışılmıştır. Ayrıca bu çalışma kapsamında kurulan hipotezlerin kabul veya reddi için p değerinin anlamlılık düzeyi 0,05 alınmıştır.

4.4. ÇALIŞMA HİPOTEZLERİ

Kadının statüsünün ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımını üzerine kadın görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla oluşturulan çalışma modelinin temel ve alt hipotezleri şu şekildedir:

Hipotez 1. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları katılımcı kadınların sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Bu temel hipotez altında aşağıda sıralanan alt hipotezler test edilmiştir.

Hipotez 1a. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları bölgelere göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 1b. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları yerleşim yeri türüne göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 1c. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları kadının eğitim seviyesine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 1d. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları hanehalkı refah seviyesine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 1e. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları kocasının eğitim seviyesine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 2. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile gebeliği önleyici aile planlama yöntemleri kullanması arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 2a. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile daha önce gebeliği önleyici metot kullanması arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 2b. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile şu an gebeliği önleyici metot kullanması arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 3. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile ana çocuk sağlığı hizmetlerini kullanma durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 3a. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğum öncesi bakım alma (doktor) durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 3b. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğum öncesi bakım alma (hemşire) durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 3c. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğum öncesi bakım alma (ebe) durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 3d. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğum öncesi bakım alma (diğer) durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 3e. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğum öncesi bakım alma (hiç kimse) durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 3f. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (doktor) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 3g. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (hemşire) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 3h. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (ebe) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 3i. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (geleneksel doğum görevlisi) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 3j. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (akraba/arkadaş) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 3k. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (diğer) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 3k. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (hiç kimse) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 4. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile çocuk sağlığı göstergeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 4a. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile çocuğun hayatta kalma durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 4b. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile bebeğin doğum aralığı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 5. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları katılımcı kadınların sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Bu temel hipotez altında aşağıda sıralanan alt hipotezler test edilmiştir

Hipotez 5a. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları bölgelere göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 5b. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları yerleşim yeri türüne göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 5c. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları kadının eğitim seviyesine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 5d. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları hanehalkı refah seviyesine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 5e. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları kocasının eğitim seviyesine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 6. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile gebeliği önleyici aile planlama yöntemleri kullanması arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 6a. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile daha önce gebeliği önleyici metot kullanması arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 6b. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile şu an gebeliği önleyici metot kullanması arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 7. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile ana çocuk sağlığı hizmetlerini kullanma durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 7a. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğum öncesi bakım alma (doktor) durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 7b. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğum öncesi bakım alma (hemşire) durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 7c. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğum öncesi bakım alma (ebe) durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 7d. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğum öncesi bakım alma (diğer) durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 7e. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğum öncesi bakım alma (hiç kimse) durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 7f. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (doktor) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 7g. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (hemşire) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 7h. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (ebe) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 7ı. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (geleneksel doğum görevlisi) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 7i. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (akraba/arkadaş) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 7j. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (diğer) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 7k. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (hiç kimse) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 8. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile çocuk sağlığı göstergeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 8a. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile çocuğun hayatta kalma durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 8b. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile bebeğin doğum aralığı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 9. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları katılımcı kadınların sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Bu temel hipotez altında aşağıda sıralanan alt hipotezler test edilmiştir.

Hipotez 9a. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları bölgelere göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 9b. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları yerleşim yeri türüne göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 9c. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları kadının eğitim seviyesine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 9d. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları hanehalkı refah seviyesine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 9e. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları kocasının eğitim seviyesine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 10. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları ile gebeliği önleyici aile planlama yöntemleri kullanması arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 10a. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları ile daha önce gebeliği önleyici metot kullanması arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 10b. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları ile şu an gebeliği önleyici metot kullanması arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 11. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları ile ana çocuk sağlığı hizmetlerini kullanma durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 11a. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları ile doğum öncesi bakım alma (doktor) durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 11b. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları ile doğum öncesi bakım alma (hemşire) durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 11c. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları ile doğum öncesi bakım alma (ebe) durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 11d. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları ile doğum öncesi bakım alma (diğer) durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 11e. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları ile doğum öncesi bakım alma (hiç kimse) durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 11f. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (doktor) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 11g. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (hemşire) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 11h. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (ebe) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 11i. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (geleneksel doğum görevlisi) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 11i. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (akraba/arkadaş) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 11j. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (diğer) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 11k. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (hiç kimse) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 12. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları ile çocuk sağlığı göstergeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 12a. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları ile çocuğun hayatta kalma durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 12b. Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları ile bebeğin doğum aralığı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 13. Genel kadın statüsü ortalamaları katılımcı kadınların sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Bu temel hipotez altında aşağıda sıralanan alt hipotezler test edilmiştir.

Hipotez 13a. Genel kadın statüsü ortalamaları bölgelere göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 13b. Genel kadın statüsü ortalamaları yerleşim yeri türüne göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 13c. Genel kadın statüsü ortalamaları kadının eğitim seviyesine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 13d. Genel kadın statüsü ortalamaları hanehalkı refah seviyesine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 13e. Genel kadın statüsü ortalamaları kocasının eğitim seviyesine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 14. Genel kadın statüsü ortalamaları ile gebeliği önleyici aile planlama yöntemleri kullanması arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 14a. Genel kadın statüsü ortalamaları ile daha önce gebeliği önleyici metot kullanması arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 14b. Genel kadın statüsü ortalamaları ile şu an gebeliği önleyici metot kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 15. Genel kadın statüsü ortalamaları ile ve ana çocuk sağlığı hizmetlerini kullanma durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 15a. Genel kadın statüsü ortalamaları ile doğum öncesi bakım alma (doktor) durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 15b. Genel kadın statüsü ortalamaları ile doğum öncesi bakım alma (hemşire) durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 15c. Genel kadın statüsü ortalamaları ile doğum öncesi bakım alma (ebe) durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 15d. Genel kadın statüsü ortalamaları ile doğum öncesi bakım alma (diğer) durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 15e. Genel kadın statüsü ortalamaları ile doğum öncesi bakım alma (hiç kimse) durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 15f. Genel kadın statüsü ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (doktor) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 15g. Genel kadın statüsü ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (hemşire) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 15h. Genel kadın statüsü ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (ebe) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 15ı. Genel kadın statüsü ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (geleneksel doğum görevlisi) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 15i. Genel kadın statüsü ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (akraba/arkadaş) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 15j. Genel kadın statüsü ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (diğer) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 15k. Genel kadın statüsü ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (hiç kimse) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 16. Genel kadın statüsü ortalamaları ile çocuk sağlığı göstergeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 16a. Genel kadın statüsü ortalamaları ile çocuğun hayatta kalma durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 16b. Genel kadın statüsü ortalamaları ile bebeğin doğum aralığı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

4.5. EVREN VE ÖRNEKLEM

Çalışma amacını gerçekleştirmek için Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından 1993 yılından beri her 5 yılda bir Türkiye genelinde yapılan ‘Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları’ 2013 yılı veri seti kullanılmıştır. Enstitü; doğurganlık, göç, ölüm, çocuk sağlığı, anne sağlığı, ana çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlaması, anne ve bebek ölümleri, kadının statüsü vb. konuları kapsayacak şekilde araştırmalar yaparak sonuçları paylaşmaktadır.

Veri setinde yer alan 641 kümede 11.794 hanehalkı ve 15-49 yaş arasındaki 9.746 kadın araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. 15-49 yaş aralığındaki kadınlar arasında son beş yılda doğumunu gerçekleştirmiş olan 1349 kadın araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır.

4.6. ÇALIŞMANIN ÖNEMİ

Kadın statüsü ile ilgili çalışmalar genel olarak var olmakla birlikte kadın statüsünü etkileyen az sayıdaki faktörler üzerinde durmuşlardır. Ayrıca kadın statüsü ile ana çocuk sağlığı hizmetleri ilişkisi üzerine yapılan çalışmalar çok azdır. Kadının statüsünün ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımı ile ilişkisini belirleyecek olan bu çalışma, literatürde kendi alanında daha önce ortaya konmuş az sayıdaki çalışmanın içerisinde yer alması bakımından önemlidir.

4.7. SINIRLILIKLAR

Geniş bir kavram olan başta gelir ve eğitim olmak üzere birçok değişkenle ölçülen kadın statüsünü belirlemek amacıyla çalışma örneklemine giren kadınların toplumsal cinsiyete, kadını kontrol etmeye ve kadına yönelik fiziksel şiddete dair görüşlerinden yararlanılmıştır. Kadın statüsü bu üç değişkenle ölçülerek statüyü ölçen değişkenler sınırlandırılmıştır.

Gebeliği önleyici aile planlaması yöntemleri iki (2) değişkenle sınırlandırılmıştır. Bunlar; daha önce gebeliği önleyici metot kullanıp kullanmadığı, kullandı ise hangi metodu kullandığı ve şu an gebeliği önleyici metot kullanma durumudur.

Ayrıca çocuk sağlığını ölçmek amacıyla çocuğun hayatta kalma ve bebeğin doğum aralığı olmak üzere iki (2) değişkendden faydalanılmış, böylece çocuk sağlığı bu iki değişkenle sınırlandırıldı.

2018 yılında tez önerisi verildiği sırada 2013 yılına ait Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırma raporu açıklanmış ve erişime açılmıştır fakat 2018 yılına ait Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırma raporu açıklanmamıştır. Bu yüzden bu çalışmada Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırma raporunun 2013 yılına ait verileri kullanılmıştır.

5. BÖLÜM

BULGULAR

Çalışmanın bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgulara yer verilmiştir. İlk olarak katılımcıların sosyo demografik özellikleri ve kadın statüsünü değerlendirmede kullanılan toplumsal cinsiyete, kadını kontrol etmeye ve kadına yönelik fiziksel şiddete dair sorulara katılımcıların katılım oranları verilmiştir. Daha sonra katılımcıların bu üç boyutun ortalamasının toplamı ise genel kadın statüsünü değerlendirmek amacıyla hesaplanmıştır. Kadın statüsünü değerlendirmede kullanılan üç boyut ve bu üç boyutun ortalamasının toplamı olan genel kadın statüsü ile ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımını ölçmek için kullanılan göstergeler, çocuk sağlığı göstergeleri ve modern aile planlaması yöntemlerini ölçmek için kullanılan göstergeler arasındaki ilişki incelenmiştir.

5.1. Katılımcıların Temel Özellikleri

Tablo 3'te katılımcıların 1349 katılımcı kadının yaşı, medeni durumu, yerleşim yeri türü, yerleşim bölgesi, eğitim durumu, hanehalkı refah düzeyi, kocasının eğitim düzeyi, sosyal güvencesi ve çalışma durumu gibi demografik özellikleri gösterilmiştir.

Tablo 3: Katılımcıların Temel Özellikleri

Demografik Özellikler	n	%
Yaş		
<i>15-19 Yaş</i>	58	4,3
<i>20-29 Yaş</i>	633	46,9
<i>30-39 Yaş</i>	460	34,1
<i>40-49 Yaş</i>	198	14,7
Medeni Durum		
<i>Evli</i>	1249	92,6
<i>Dul</i>	16	1,2
<i>Boşanmış</i>	64	4,7
<i>Artık ayrı yaşıyorlar</i>	20	1,5
Yerleşim Yeri		
<i>Kent</i>	1072	79,5
<i>Kır</i>	277	20,5

Tablo 3: (Devam) Katılımcıların Temel Özellikleri

Demografik Özellikler	n	%
Bölge		
<i>Batı</i>	424	31,4
<i>Güney</i>	174	12,9
<i>Merkez</i>	284	21,1
<i>Kuzey</i>	204	15,1
<i>Doğu</i>	263	19,5
Eğitim Durumu		
<i>Hiç eğitim almamış</i>	68	5,0
<i>İlkokul</i>	363	26,9
<i>Ortaokul</i>	635	47,1
<i>Lise ve üzeri</i>	283	21,0
Hanehalkı Refah Düzeyi		
<i>En fakir</i>	181	13,4
<i>Fakir</i>	264	19,6
<i>Orta</i>	285	21,1
<i>Zengin</i>	287	21,3
<i>En zengin</i>	332	24,6
Kocasının Eğitim Düzeyi		
<i>Hiç eğitim almamış</i>	19	1,4
<i>İlkokul</i>	326	24,2
<i>Ortaokul</i>	664	49,3
<i>Lise ve üzeri</i>	334	24,8
<i>Bilinmiyor</i>	3	0,2
Sosyal Güvence		
<i>Hayır</i>	128	9,5
<i>Evet</i>	1221	90,5
Çalışma Durumu		
<i>Çalışmıyor</i>	489	36,2
<i>Çalışıyor</i>	860	63,8

Tablo 3'te görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan kadın sayısı 1349'dur. Katılımcıların %46,9'u 20-29 yaş grubundadır. Ankete katılan katılımcılar arasında en düşük yaş grubu ise %4,3 ile 15-19 yaş grubudur. Diğer katılımcıların %34,1'i 30-39 yaş ve %14,7'si de 40-49 yaş arasında olan katılımcılardır.

Katılımcıların %92,6'sı evli, %4,7'si boşanmış ve %1,2'si de duldur. Ayrı yaşayan katılımcı yüzdesi de %1,5'tir. 1349 katılımcının 1072'si kentte yaşarken 277'si ise kırsal alanda yaşamaktadır. Kentte yaşayan katılımcı yüzdesi %79,5'e denk gelirken kırsal alanda yaşayanların yüzdesi ise %20,5'e denk gelmektedir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu Batı'da (424) ikamet ederken, daha az bir kısmı Güney (174) bölgemizde ikamet etmektedirler. Güney bölgesini sırasıyla Kuzey ve Doğu bölgeleri takip etmektedir. Batı'da yaşayan katılımcıların toplam katılımcılar içerisindeki oranı %31,4 iken Güney'de yaşayanların oranı %12,9'dur.

Katılımcılar arasında hiç eğitim almayanların yüzdesi %5 iken, ortaokul düzeyinde eğitim alan kadın oranı en yüksektir (%47,1). İlkokul eğitim düzeyine sahip olan kadın oranı %26,9 iken lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip katılımcıların yüzdesi ise %21'dir.

'En zengin' refah düzeyinde olan katılımcıların yüzdesi %24,6 iken 'en fakir' refah düzeyinde olan katılımcı yüzdesi %13,4'dür. Katılımcıların kocalarının eğitim düzeyleri incelendiğinde; %49,3'ü ortaokul, %24,2'si ilkokul ve %24,8'i ise lise ve üzeri mezundur. Katılımcıların %1,4'ünün kocasının hiç eğitim almadığı görülürken %0,2'sinin ise eğitim düzeyleri bilinmemektedir. Katılımcıların %90,5'i sağlık sigortası kapsamına girerken %9,5'i de herhangi bir sağlık sigortası kapsamına girmemektedir. Katılımcıların çalışma durumları değerlendirildiğinde, katılımcıların %63,8'inin çalıştığı %36,2'sinin ise çalışmadığı tespit edilmiştir.

5.2. Toplumsal Cinsiyete, Kadını Kontrol Etmeye ve Kadına Yönelik Fiziksel Şiddete Dair Katılımcıların Görüşleri

Tablo 4'te araştırma kapsamında yer alan katılımcıların toplumsal cinsiyete, kadını kontrol etmeye ve kadına yönelik fiziksel şiddete dair görüşlerine ait tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir. Katılımcıların toplumsal cinsiyete yönelik görüşleri kadın statüsünü değerlendirmede birinci boyut, kocaların/partnerlerin kadını kontrol etmeye yönelik davranışları konusunda kadın görüşleri kadın statüsünü değerlendirmede ikinci boyut, kocaların/partnerlerin kadına fiziksel şiddete yönelik görüşleri ise kadın statüsünü değerlendirmede üçüncü boyut olarak kullanılmıştır. Ayrıca bu üç boyutun ortalamasının toplamı ise genel kadın statüsünü değerlendirmek amacıyla hesaplanmıştır.

Toplumsal cinsiyete yönelik kadın görüşleri altı ifade ile ölçülmüştür. Bu ifadelere katılım (1) olumsuz bir durumu gösterirken katılmama (2) durumu daha olumlu bir

durumu ifade etmektedir. Bu nedenle ortalamaların düşük olması kadın statüsünün düşük olduğuna işaret ederken ortalamaların yüksek olması kadın statüsünün yüksek olduğunu göstermektedir. Toplumsal cinsiyete yönelik olarak sorulan altı sorudan katılımcıların büyük bir bölümü *'kadınlar evlendiklerinde bakire olmalıdır'* görüşüne daha fazla katıldıkları ve bu ifade ortalamasının en küçük olduğu görülmüştür. Bu ifadeden sonra en düşük ortalamaya sahip olan görüş *'küçük çocuğu olan kadınlar çalışmamalıdır'* iken en yüksek ortalamaya sahip olan görüş ise *'erkek çocuğun eğitimi daha önemlidir'* olmuştur. Başka bir anlatımla katılımcı kadınlar eğitim söz konusu olduğu zaman erkek çocukları için ayırım yapılmaması gerektiğine daha fazla inanmaktadırlar (Tablo 4).

Kocaların veya partnerlerin kadını kontrol etmeye yönelik ifadeler (ikinci boyut) verilen cevaplar ise 1 (sıkça), 2 (bazen) ve 3 (hiç bir zaman) şeklindedir. Bu ifadeler verilen cevapların yüksek olması koca veya partnerlerin kadını kontrol etmeye yönelik davranışları daha az gösterdiği ve bu durumda da kadın statüsünün yüksek olduğu şeklinde değerlendirilmiştir. *'Nerede olduğunu bilmek için ısrar etme'* ifadesi ortalamasının en düşük olduğu, *'Sadakatsizlikle suçlama'* ve *'para konusunda güven'* ifadeleri ortalamalarının ise en yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4).

Katılımcıların, kadına yönelik fiziksel şiddete dair görüşleri ise beş ifade ile değerlendirilmiştir. *'Eğer kadın çocuklarına bakımı ihmal ederse kocası dövebilir'* ifadesi ortalaması 1,92 ile en düşük iken *'yemeği yakarsa dövebilir'* ifadesi ortalaması en yüksektir. Çocuk bakımı ihmal edildiğinde kadınların dövülmesi diğer durumlara göre daha normal karşılanmaktadır (Tablo 4).

Genel kadın statüsünü değerlendirmede üç boyut ortalaması kullanılmış ve yedi (7) ortalama puan en yüksek kadın statüsünü ifade ederken en düşük statü ortalamasının ise üç (3) olması beklenmiştir. Bu çalışma kapsamında verileri değerlendirilen kadınların bu boyutlardan aldıkları puanlar toplandığında ortalama puanın 6,48 olduğu görülmüştür (Tablo 4).

Tablo 4: Toplumsal Cinsiyete, Kadını Kontrol Etmeye ve Kadına Yönelik Fiziksel Şiddete Dair Görüş Ortalamaları

	n	Min	Max	Ort.	SS
Toplumsal cinsiyete yönelik görüşler					
Önemli kararlar erkekler tarafından alınmalıdır	1343	1	2	1,90	0,29
Evde kocası ev işlerinde yardım etmelidir	1346	1	2	1,75	0,43
Erkek çocuğun eğitimi daha önemlidir	1343	1	2	1,92	0,27
Küçük çocuğu olan kadınlar çalışmamalıdır	1320	1	2	1,53	0,49
Kadınlar siyasette daha çok yer almalıdır	1233	1	2	1,82	0,38
Kadınlar evlendiklerinde bakire olmalıdır	1277	1	2	1,30	0,45
<i>Toplumsal cinsiyete yönelik görüş ortalaması</i>	1155	1	2	1,70	0,20
Kadını kontrol etmeye yönelik görüşler					
Bayan arkadaşlarıyla görüşmesini engelleme	1345	1	3	2,89	0,41
Ailesiyle görüşmesini sınırlama	1345	1	3	2,90	0,38
Nerede olduğunu bilmek için ısrar etme	1345	1	3	2,43	0,83
Para konusunda güven	1345	1	3	2,93	0,33
Sadakatsizlikle suçlama	1345	1	3	2,93	0,32
<i>Kadını kontrol etme yönelik görüş ortalaması</i>	1345	1	3	2,81	0,30

Tablo 4: (Devam) Toplumsal Cinsiyete, Kadını Kontrol Etmeye ve Kadına Yönelik Fiziksel Şiddete Dair Görüş Ortalamaları

	n	Min	Max	Ort.	SS
Fiziksel şiddete yönelik görüşler					
Kocasına söylemeden dışarı çıkarsa	1346	1	2	1,95	0,21
Çocuklarını ihmal ederse	1347	1	2	1,92	0,26
Kocasıyla tartışırsa	1346	1	2	1,95	0,21
Cinsel ilişkide bulunmayı reddederse	1344	1	2	1,98	0,14
Yemeği yakarsa	1346	1	2	1,99	0,09
<i>Fiziksel şiddete yönelik görüş ortalaması</i>	1340	1	2	1,96	0,12
Görüşlerin Genel Ortalaması	1146	4,47	7	6,48	0,42

5.3. Toplumsal Cinsiyete Yönelik Kadınların Görüşleri Sosyo Demografik Özelliklere, Aile Planlaması, Ana Çocuk Sağlığı Hizmetleri Kullanımına ve Çocuk Sağlığına Göre Karşılaştırılması

Toplumsal cinsiyete yönelik katılımcıların görüşlerinin sosyo demografik özellikler, aile planlaması yöntemleri kullanımı, ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımı ve çocuk sağlığı göstergeleri arasındaki ilişki tablo 5, 6, 7 ve 8’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 5: Toplumsal Cinsiyete Yönelik Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

	n	Ort.	SS	t/F/KW
Bölge				
Batı	357	1,74	0,18	11,151*
Güney	148	1,74	0,20	
Orta	250	1,68	0,21	
Kuzey	173	1,68	0,21	
Doğu	227	1,64	0,21	
Yerleşim Yeri				
Kent	917	1,71	0,20	4,374*
Kır	238	1,65	0,22	
Eğitim Seviyesi				
Eğitim yok	57	1,56	0,21	36,785*
İlkokul	317	1,64	0,20	
Ortaokul	534	1,70	0,20	
Lise ve üzeri	247	1,79	0,18	
Hanehalkı Refah Seviyesi				
En fakir	162	1,60	0,20	31,445**
Fakir	223	1,64	0,22	
Orta	233	1,69	0,19	
Zengin	243	1,71	0,18	
En zengin	294	1,79	0,18	
Kocasının Eğitim Seviyesi				
Eğitim yok	14	1,64	0,15	10,888**
İlkokul	276	1,65	0,21	
Ortaokul	563	1,69	0,20	
Lise ve üzeri	297	1,76	0,19	
Bilinmiyor	3	1,55	0,09	

* $p < 0,05$

** Kruskal Wallis Varyans analizi sonuçlarına göre $p < 0,05$

Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüşlerinin ortalamaları kadınların seçilmiş bazı sosyo demografik özelliklerine göre Tablo 5'te gösterilmiş ve ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığı bağımsız gruplar arasındaki farkın önemlilik testi (t-testi) ve varyans analizi (F testi) kullanılarak test edilmiştir. Toplumsal cinsiyete yönelik görüş ortalamalarının seçilen sosyo demografik özelliklerin tümü bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir farkın olduğu ($p<0,05$), Türkiye'nin doğu bölgelerinde yaşayanlarla (ort:1,64) karşılaştırıldığında batı bölgelerinde yaşayanların (ort:1,74), kırsal alanlarda yaşayanlarla (ort:1,65) karşılaştırıldığında kentsel alanlarda yaşayanların (ort:1,71), eğitim almamışlarla (ort:1,56) karşılaştırıldığında lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanların (ort:1,79), en fakirlerle (ort:1,60) karşılaştırıldığında en zenginlerin (ort:1,79) ve kocası eğitim almamışlarla (ort:1,64) karşılaştırıldığında kocası lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların (ort:1,55) görüş ortalamalarının daha yüksek olduğu veya başka bir deyişle statülerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Elde edilen ve Tablo 5'te gösterilen bulgulara göre çalışmanın Hipotez 1.a, 1.b, 1.c, 1.d ve 1.e nolu hipotezleri kabul edilmiştir. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüşleri kadınların yaşadıkları bölge, yerleşim yeri, kadınların eğitim seviyesi, hanehalkı refah düzeyi ve kocanın eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak farklı olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur.

Tablo 6: Toplumsal Cinsiyete Yönelik Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

	n	Ort.	SS	t/F
Daha Önce Gebeliği Önleyici Metot Kullanması				
Hiç metot kullanmadı	132	1,63	0,22	8,259*
Sadece folklorik metot kullandı	2	1,91	0,11	
Sadece geleneksel metot kullandı	224	1,68	0,21	
Modern metot kullandı	797	1,71	0,20	
Şu An Gebeliği Önleyici Metot Kullanması				
Hayır	1083	1,70	0,20	2,292*
Evet	54	1,76	0,16	

*p<0,05

Tablo 6’da toplumsal cinsiyete yönelik katılımcı kadınların görüş ortalamaları kadınların gebeliği önleyici yöntem kullanma durumlarına göre karşılaştırılmış ve görüş ortalamalarının hiç metot kullanmayanlar arasında 1,63 ortalama ile en düşük iken sadece folklorik metot kullananlar arasında en yüksek (1,91) olduğu, şu an gebeliği önleyici yöntem kullananlar arasında görüş ortalamasının (1,76) kullanmayanların görüş ortalamasından (1,70) daha yüksek olduğu ve bu ortalamalar arasındaki farkların istatistiksel olarak farklı olduğu (p<0,05) bulunmuştur. Tablo 6’da gösterilen bulgulara göre çalışmanın ‘toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile daha önce gebeliği önleyici metot kullanması arasında anlamlı bir ilişki vardır’ şeklinde kurulan Hipotez 2a ile ‘toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile şu an gebeliği önleyici metot kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır’ şeklinde kurulan Hipotez 2b kabul edilmiştir.

Tablo 7: Toplumsal Cinsiyete Yönelik Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Doğum Öncesi ve Doğum Sırasında Sağlık Hizmetleri Kullanma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	n	Ort.	SS	t/F
Doğum Öncesi Bakım Alma (Doktor)				
Hayır	36	1,56	0,25	2,802*
Evet	653	1,68	0,21	
Doğum Öncesi Bakım Alma (Hemşire)				
Hayır	455	1,67	0,21	0,758
Evet	234	1,68	0,21	
Doğum Öncesi Bakım Alma (Ebe)				
Hayır	547	1,67	0,21	1,575
Evet	142	1,70	0,22	
Doğum Öncesi Bakım Alma (Diğer)				
Hayır	679	1,68	0,21	1,687
Evet	10	1,56	0,25	
Doğum Öncesi Bakım Alma (Hiç kimse)				
Hayır	674	1,68	0,21	3,936*
Evet	15	1,46	0,28	
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli (Doktor)				
Hayır	99	1,61	0,22	3,489*
Evet	590	1,69	0,21	
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli (Hemşire)				
Hayır	222	1,69	0,20	0,883
Evet	467	1,67	0,21	

*p<0,05

Tablo 7: (Devam) Toplumsal Cinsiyete Yönelik Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Doğum Öncesi ve Doğum Sırasında Sağlık Hizmetleri Kullanma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	n	Ort.	SS	t/F
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli (Ebe)				
Hayır	371	1,68	0,21	0,999
Evet	318	1,67	0,20	
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli (Geleneksel Doğum Görevlisi)				
Hayır	687	1,68	0,21	0,089
Evet	2	1,66	0,00	
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli (Akraba/Arkadaş)				
Hayır	687	1,68	0,21	0,460
Evet	2	1,75	0,11	
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli (Diğer)				
Hayır	683	1,68	0,21	0,155
Evet	6	1,66	0,25	
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli (Hiç kimse)				
Hayır	688	1,68	0,21	0,714
Evet	1	1,83	-	

*p<0,05

Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları doğum öncesi ve doğum sırasında sağlık hizmeti kullanma durumlarına göre Tablo 7’de karşılaştırılmış ve görüş ortalamalarının doğum öncesi bakımı ve doğum sırasında bakımı doktordan almış olanlar arasında görüş ortalamalarının daha yüksek olduğu ve ortalamalar arasındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği (p<0,05) görülmüştür. Bu sonuçlar doktordan doğum öncesi ve doğum sırasında yardım alan kadınların statüsünün

daha yüksek olduğuna işaret etmektedir. Doğum öncesi ve doğum sırasında sağlık hizmetini diğer sağlık personelinden alan veya hiç sağlık hizmetini almayan kadınların görüş ortalamalarının istatistiksel olarak farklı olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur. Tablo 7’de gösterilen bulgulara göre çalışmanın Hipotez 3a, Hipotez 3e ve Hipotez 3f kabul edilirken Hipotez 3b, Hipotez 3c, Hipotez 3d, Hipotez 3g, Hipotez 3h, Hipotez 3ı, Hipotez 3i, Hipotez 3j ve Hipotez 3k hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 8: Toplumsal Cinsiyete Yönelik Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Bebeklerinin Sağlık Statüsüne Göre Karşılaştırılması

	n	Ort.	SS	t/F
Çocuğun Hayatta Kalma Durumu				
Hayır	13	1,74	0,16	0,690
Evet	1142	1,70	0,20	
Bebeğin Doğum Aralığı				
<2499	61	1,67	0,19	0,308
≥2500	628	1,68	0,21	

* $p<0,05$

Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüşleri ortalamaları kadınların bebeklerinin hayatta kalma durumlarına ve doğumda ölçülen doğum ağırlıklarına (normal ve düşük doğum ağırlığı) göre de karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 8’de gösterilmiştir. Görüş ortalamalarının, kadınların bebeklerinin hayatta kalma durumlarına ve sınıflandırılmış doğum ağırlıklarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) bulunmuştur.

Tablo 8’de gösterilen bulgulara göre çalışmanın ‘*toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları çocuğun hayatta kalma durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır*’ şeklinde kurulan Hipotez 4a ile ‘*toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları bebeğin doğum aralığı arasında anlamlı bir ilişki vardır*’ şeklinde kurulan Hipotez 4b reddedilmiştir.

5.4. Kocaların/Partnerlerin Kadını Kontrol Etmeye Yönelik Davranışları Konusunda Kadınların Görüşlerinin Sosyo Demografik Özelliklere, Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Hizmetleri Kullanımına ve Çocuk Sağlığına Göre Karşılaştırılması

Kocaların/partnerlerin kadını kontrol etmeye yönelik davranışları konusunda katılımcıların görüşlerinin sosyo demografik özellikler, aile planlaması yöntemleri kullanımı, ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımı ve çocuk sağlığı göstergeleri arasındaki ilişki tablo 9, 10, 11 ve 12’de gösterilmiştir

Tablo 9: Kadını Kontrol Etmeye Yönelik Kocalarının/Partnerlerinin Davranışları Konusunda Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

	n	Ort.	SS	t/F/KW
Bölge				
Batı	424	2,83	0,31	3,747**
Güney	174	2,82	0,26	
Orta	283	2,79	0,36	
Kuzey	204	2,86	0,22	
Doğu	260	2,76	0,29	
Yerleşim Yeri				
Kent	1069	2,82	0,30	1,588
Kır	276	2,78	0,31	
Eğitim Seviyesi				
Eğitim yok	67	2,78	0,29	7,350**
İlkokul	363	2,79	0,32	
Ortaokul	634	2,79	0,31	
Lise ve üzeri	281	2,89	0,24	

* $p < 0,05$

** Kruskal Wallis Varyans analizi sonuçlarına göre $p < 0,05$

Tablo 9: (Devam) Kadını Kontrol Etmeye Yönelik Kocalarının/Partnerlerinin Davranışları Konusunda Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

	n	Ort.	SS	t/F/KW
Hanehalkı Refah Seviyesi				
En fakir	180	2,73	0,32	9,943**
Fakir	263	2,76	0,34	
Orta	285	2,80	0,31	
Zengin	285	2,84	0,27	
En zengin	332	2,88	0,25	
Kocasının Eğitim Seviyesi				
Eğitim yok	19	2,64	0,40	6,910**
İlkokul	325	2,79	0,28	
Ortaokul	663	2,81	0,31	
Lise ve üzeri	333	2,86	0,28	
Bilinmiyor	3	2,20	0,20	

* $p < 0,05$

** Kruskal Wallis Varyans analizi sonuçlarına göre $p < 0,05$

Tablo 9’da kadını kontrol etmeye yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda katılımcı kadınların görüşlerinin ortalamaları kadınların seçilmiş bazı sosyo demografik özelliklerine göre gösterilmiştir. Seçilmiş sosyo demografik özelliklere göre bu ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığı bağımsız gruplar arasındaki farkın önemlilik testi (t-testi) ve varyans analizi (F testi) kullanılarak test edilmiştir. Kadını kontrol etmeye yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamalarının seçilen sosyo demografik özelliklerin yerleşim yeri türü hariç diğer dört sosyo demografik özellikler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Türkiye’nin doğu bölgelerinde yaşayanlarla (ort:2,76) karşılaştırıldığında kuzey bölgelerinde yaşayanların (ort:2,86), eğitim almayanlarla (ort:2,78) karşılaştırıldığında lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanların (ort:2,89), en fakirlerle (ort:2,73) karşılaştırıldığında en zenginlerin (ort:2,88) ve kocası eğitim almamışlarla (ort:2,64) karşılaştırıldığında kocası

lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların (ort:2,86) görüş ortalamalarının daha yüksek olduğu sonucu bulunmuştur. Fakat yerleşim yeri türü ile kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 9’da gösterilen bulgulara göre çalışmanın hipotez 5.b reddedilirken 5.a, 5.c, 5.d ve 5.d nolu hipotezleri ise kabul edilmiştir. Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları kadınların yaşadıkları bölge, kadınların eğitim seviyesi, hanehalkı refah düzeyi ve kocasının eğitim düzeyine göre farklılık ($p<0,05$) göstermiştir fakat yaşadıkları yerleşim yeri türüne göre ise farklılık ($p>0,05$) göstermemiştir.

Tablo 10: Kadını Kontrol Etmeye Yönelik Kocalarının/Partnerlerinin Davranışları Konusunda Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması

	n	Ort.	SS	t/F
Daha Önce Gebeliği Önleyici Metot Kullanması				
Hiç metot kullanmadı	153	2,78	0,30	0,889
Sadece folklorik metot kullandı	2	3,00	0,00	
Sadece geleneksel metot kullandı	265	2,81	0,27	
Modern metot kullandı	925	2,82	0,31	
Şu An Gebeliği Önleyici Metot Kullanması				
Hayır	1262	2,81	0,30	0,793
Evet	60	2,84	0,35	

* $p<0,05$

Kadını kontrol etmeye yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüşleri ortalamaları kadınların daha önce gebeliği önleyici metot kullanmasına ve şu an gebeliği önleyici metot kullanmasına göre de Tablo 10’da karşılaştırılmış ve sonuçlar gösterilmiştir. Görüş ortalamalarının, kadınların daha önce gebeliği önleyici metot kullanmasına ve şu an gebeliği önleyici metot kullanmasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) bulunmuştur. Tablo 10’da elde edilen bulgulara göre ‘*kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile daha önce gebeliği önleyici metot kullanması arasında anlamlı bir ilişki vardır*’

şeklinde kurulan Hipotez 6a ile 'kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile şu an gebeliği önleyici metot kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır' şeklinde kurulan Hipotez 6b reddedilmiştir.

Tablo 11: Kadını Kontrol Etmeye Yönelik Kocalarının/Partnerlerinin Davranışları Konusunda Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Doğum Öncesi ve Doğum Sırasında Sağlık Hizmetleri Kullanma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	n	Ort.	SS	t
Doğum Öncesi Bakım Alma (Doktor)				
Hayır	41	2,76	0,25	1,135
Evet	758	2,81	0,28	
Doğum Öncesi Bakım Alma (Hemşire)				
Hayır	537	2,80	0,27	0,619
Evet	262	2,81	0,28	
Doğum Öncesi Bakım Alma (Ebe)				
Hayır	637	2,80	0,28	0,331
Evet	162	2,81	0,26	
Doğum Öncesi Bakım Alma (Diğer)				
Hayır	787	2,80	0,28	0,395
Evet	12	2,83	0,20	
Doğum Öncesi Bakım Alma (Hiç kimse)				
Hayır	783	2,81	0,28	0,496
Evet	16	2,77	0,25	
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli (Doktor)				
Hayır	120	2,78	0,27	1,117
Evet	679	2,81	0,28	
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli (Hemşire)				
Hayır	261	2,78	0,27	1,419
Evet	538	2,81	0,28	

*p<0,05

Tablo 11: (Devam) Kadını Kontrol Etmeye Yönelik Kocalarının/Partnerlerinin Davranışları Konusunda Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Doğum Öncesi ve Doğum Sırasında Sağlık Hizmetleri Kullanma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	n	Ort.	SS	t
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli (Ebe)				
Hayır	425	2,80	0,29	0,112
Evet	374	2,81	0,26	
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli (Geleneksel Doğum Görevlisi)				
Hayır	797	2,80	0,28	0,551
Evet	2	2,70	0,14	
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli (Akraba/Arkadaş)				
Hayır	794	2,81	0,28	0,714
Evet	5	2,72	0,33	
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli (Diğer)				
Hayır	791	2,80	0,28	4,145*
Evet	8	2,95	0,09	
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli (Hiç kimse)				
Hayır	798	2,80	0,281	0,678
Evet	1	3	-	

*p<0,05

Kadını kontrol etmeye yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda katılımcı kadınların görüşleri ortalamaları doğum öncesi ve doğum sırasında sağlık hizmeti kullanma durumlarına göre Tablo 11’de karşılaştırılmıştır. Tabloya göre görüş ortalamalarının sadece doğum sırasında bakımı doğuma yardımcı olan sağlık personelinden (diğer) almış olanların görüş ortalamalarının daha yüksek olduğu ve

ortalamalar arasındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği ($p < 0,05$) görülmüştür. Fakat doğum öncesi ve doğum sırasında sağlık hizmetini diğer sağlık personelinden alan veya hiç sağlık hizmetini almayan kadınların görüş ortalamalarının istatistiksel olarak farklı olmadığı ($p > 0,05$) bulunmuştur.

Tablo 11’de gösterilen bulgulara göre çalışmanın *‘kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile doğuma yardımcı olan sağlık personeli (diğer) arasında anlamlı bir ilişki vardır’* şeklinde kurulan Hipotez 7j kabul edilmiştir. Hipotez 7a, Hipotez 7b ve Hipotez 7c Hipotez 7d, Hipotez 7e, Hipotez 7f, Hipotez 7g, Hipotez 7h, Hipotez 7i ve Hipotez 7k ise reddedilmiştir.

Tablo 12: Kadını Kontrol Etmeye Yönelik Kocalarının/Partnerlerinin Davranışları Konusunda Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Bebeklerinin Sağlık Statüsüne Göre Karşılaştırılması

	n	Ort.	SS	t
Çocuğun Hayatta Kalma Durumu				
Hayır	16	2,65	0,51	1,286
Evet	1329	2,81	0,30	
Bebeğin Doğum Aralığı				
<2499	72	2,80	0,25	0,293
≥2500	728	2,81	0,28	

* $p < 0,05$

Tablo 12’de kadını kontrol etmeye yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda katılımcı kadınların görüşleri ortalamaları bebeklerinin hayatta kalma durumlarına ve doğumda ölçülen doğum ağırlıklarına (normal ve düşük doğum ağırlığı) göre karşılaştırılmış, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği ($p > 0,05$) bulunmuştur. Tablo 12’de gösterilen bulgulara göre çalışmanın *‘kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile çocuğun hayatta kalma durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır’* şeklinde kurulan Hipotez 8a ve *‘kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile bebeğin doğum aralığı arasında anlamlı bir ilişki vardır’* şeklinde kurulan Hipotez 8b reddedilmiştir.

5.5. Kadına Yönelik Fiziksel Şiddete Dair Kadınların Görüşleri Sosyo Demografik Özelliklere, Aile Planlaması, Ana Çocuk Sağlığı Hizmetleri Kullanımına ve Çocuk Sağlığına Göre Karşılaştırılması

Kadına yönelik fiziksel şiddet konusunda katılımcıların görüşlerinin sosyo demografik özellikler, aile planlaması yöntemleri kullanımı, ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımı ve çocuk sağlığı göstergeleri arasındaki ilişki tablo 13, 14, 15 ve 16'da gösterilmiştir

Tablo 13: Kadına Yönelik Fiziksel Şiddete Dair Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

	n	Ort.	SS	t/F/KW
Bölge				
Batı	424	1,98	0,09	5,439**
Güney	171	1,96	0,09	
Orta	281	1,96	0,11	
Kuzey	204	1,96	0,12	
Doğu	260	1,93	0,16	
Yerleşim Yeri				
Kent	1064	1,97	0,10	3,780*
Kır	276	1,93	0,16	
Eğitim Seviyesi				
Eğitim yok	66	1,84	0,23	33,272**
İlkokul	362	1,94	0,16	
Ortaokul	630	1,97	0,08	
Lise ve üzeri	282	1,99	0,03	

*p < 0,05

** Kruskal Wallis Varyans analizi sonuçlarına göre p < 0,05

Tablo 13: (Devam) Kadına Yönelik Fiziksel Şiddete Dair Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

	n	Ort.	SS	t/F/KW
Hanehalkı Refah Seviyesi				
En fakir	179	1,89	0,19	
Fakir	262	1,95	0,13	20,900**
Orta	282	1,97	0,08	
Zengin	285	1,97	0,08	
En zengin	332	1,98	0,08	
Kocasının Eğitim Seviyesi				
Eğitim yok	19	1,87	0,24	8,656**
İlkokul	325	1,94	0,15	
Ortaokul	658	1,96	0,11	
Lise ve üzeri	332	1,98	0,07	
Bilinmiyor	3	1,86	0,11	

* $p < 0,05$

** Kruskal Wallis Varyans analizi sonuçlarına göre $p < 0,05$

Kadına yönelik fiziksel şiddete dair katılımcı kadınların görüşlerinin ortalamaları kadınların seçilmiş bazı sosyo demografik özelliklerine göre bu ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığı Tablo 13'te gösterilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olup olmadığı bağımsız gruplar arasındaki farkın önemlilik testi (t-testi) ve varyans analizi (F testi) kullanılarak test edilmiştir. Kadına yönelik fiziksel şiddet konusunda kadınların görüş ortalamalarının seçilen sosyo demografik özellikler bakımından tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Tablo 13'te gösterilen bulgulara göre çalışmanın Hipotez 9.a, 9.b, 9.c, 9.d ve 9.e nolu hipotezleri kabul edilmiştir. Kadına yönelik fiziksel şiddet konusunda kadınların görüşlerinin ortalamaları kadınların yaşadıkları bölge, yerleşim yeri, kadınların eğitim seviyesi, hanehalkı refah düzeyi ve kocanın eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir. Türkiye'nin doğu bölgelerinde yaşayanlarla (ort:1,93) karşılaştırıldığında batı bölgelerinde yaşayanların (ort:1,98), kırsal alanlarla (ort:1,93)

kıyaslandığında kentsel alanlarda yaşayanların (ort:1,97), eğitim almayanlarla (ort:1,84) karşılaştırıldığında lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanların (ort:1,99) en fakirlerle (ort:1,89) karşılaştırıldığında en zenginlerin (ort:1,98) ve kocası eğitim almamışlarla (ort:1,87) karşılaştırıldığında kocası lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların (ort:1,98) görüş ortalamalarının daha yüksek olduğu sonucu bulunmuştur. Analizde edilen sonuçlarda kadınların statülerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 14: Kadına Yönelik Fiziksel Şiddete Dair Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması

	n	Ort.	SS	t/F/KW
Daha Önce Gebeliği Önleyici Metot Kullanması				
Hiç metot kullanmadı	153	1,90	0,22	19,832**
Sadece folklorik metot kullandı	2	2,00	0,00	
Sadece geleneksel metot kullandı	266	1,94	0,13	
Modern metot kullandı	919	1,97	0,08	
Şu An Gebeliği Önleyici Metot Kullanması				
Hayır	1257	1,96	0,11	1,31
Evet	60	1,98	0,08	

*p<0,05

** Kruskal Wallis Varyans analizi sonuçlarına göre p < 0,05

Kadına yönelik fiziksel şiddet konusunda katılımcı kadınların görüşleri ortalamaları kadınların daha önce gebeliği önleyici metot kullanmasına ve şu an gebeliği önleyici metot kullanmasına göre Tablo 14'te karşılaştırılmış ve sonuçlar gösterilmiştir. Görüş ortalamalarının, kadınların daha önce gebeliği önleyici metot kullanmasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği (p<0,05) bulunurken, şu an gebeliği önleyici metot kullanmasına göre ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği (p>0,05) bulunmuştur. Tabloda 14'te elde edilen bulgulara göre Hipotez 10a kabul edilirken Hipotez 10b reddedilmiştir.

Tablo 15: Kadına Yönelik Fiziksel Şiddete Dair Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Doğum Öncesi ve Doğum Sırasında Sağlık Hizmetleri Kullanma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	n	Ort.	SS	t
Doğum Öncesi Bakım Alma (Doktor)				
Hayır	40	1,90	0,16	2,023*
Evet	754	1,95	0,12	
Doğum Öncesi Bakım Alma (Hemşire)				
Hayır	534	1,95	0,12	0,629
Evet	260	1,95	0,13	
Doğum Öncesi Bakım Alma (Ebe)				
Hayır	634	1,95	0,13	1,912
Evet	160	1,97	0,09	
Doğum Öncesi Bakım Alma (Diğer)				
Hayır	782	1,95	0,12	9,423*
Evet	12	2,00	0,00	
Doğum Öncesi Bakım Alma (Hiç kimse)				
Hayır	778	1,95	0,12	2,806*
Evet	16	1,82	0,19	
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli (Doktor)				
Hayır	120	1,91	0,18	2,656*
Evet	674	1,96	0,11	
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli (Hemşire)				
Hayır	258	1,96	0,11	0,974
Evet	536	1,95	0,13	

*p<0,05

Tablo 15: (Devam) Kadına Yönelik Fiziksel Şiddete Dair Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Doğum Öncesi ve Doğum Sırasında Sağlık Hizmetleri Kullanma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	n	Ort.	SS	t
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli (Ebe)				
Hayır	422	1,95	0,13	1,306
Evet	372	1,96	0,11	
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli (Geleneksel Doğum Görevlisi)				
Hayır	792	1,95	0,12	0,473
Evet	2	2,00	0,00	
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli (Akraba/Arkadaş)				
Hayır	789	1,95	0,12	0,049
Evet	5	1,96	0,08	
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli(Diğer)				
Hayır	787	1,95	0,12	0,295
Evet	7	1,97	0,07	
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli (Hiç kimse)				
Hayır	793	1,95	0,12	0,334
Evet	1	2,00	-	

*p<0,05

Kadına yönelik fiziksel şiddet konusunda katılımcı kadınların görüşleri ortalamaları doğum öncesi ve doğum sırasında sağlık hizmeti kullanma durumlarına göre Tablo 15'te karşılaştırılmıştır. Tabloda görüş ortalamalarının sadece doğum öncesi bakımı ve doğum sırasında bakımı doğum öncesi bakım alma (doktor), doğum öncesi bakım alma (hiç kimse), doğuma yardımcı olan sağlık personelinden (diğer) ve doğuma yardımcı olan sağlık personeli (doktor) ile kadınların görüş ortalamalarının daha yüksek olduğu

ve ortalamalar arasındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği ($p<0,05$) görülmüştür. Fakat doğum öncesi ve doğum sırasında sağlık hizmetinde faydalanma durumu ile diğer sağlık personeli arasında kadınların görüş ortalamalarının istatistiksel olarak farklı olmadığı sonucu bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 15'te gösterilen bulgulara göre çalışmanın Hipotez 11a, Hipotez 11d, Hipotez 11e ve Hipotez 11f kabul edilirken. Hipotez 11b Hipotez, 11c Hipotez 11g, Hipotez 11h, Hipotez 11i, Hipotez 11j ve Hipotez 11k ise reddedilmiştir.

Tablo 16: Kadına Yönelik Fiziksel Şiddete Dair Kadınların Görüşleri Ortalamasının Katılımcıların Bebeklerinin Sağlık Statüsüne Göre Karşılaştırılması

	n	Ort.	SS	t
Çocuğun Hayatta Kalma Durumu				
Hayır	17	1,90	0,25	0,932
Evet	1323	1,96	0,11	
Bebeğin Doğum Aralığı				
<2499	70	1,96	0,10	0,223
≥2500	725	1,95	0,13	

* $p<0,05$

Tablo 16'da kadına yönelik fiziksel şiddet konusunda katılımcı kadınların görüşleri ortalamaları bebeklerinin hayatta kalma durumlarına ve doğumda ölçülen doğum ağırlıklarına (normal ve düşük doğum ağırlığı) göre karşılaştırılmış, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Tablo 16'da gösterilen bulgulara göre çalışmanın Hipotez 12a ve Hipotez 12b reddedilmiştir.

5.6. Genel Kadın Statüsü Ortalamasının Sosyo Demografik Özelliklere, Aile Planlaması, Ana Çocuk Sağlığı Hizmetleri Kullanımına ve Çocuk Sağlığına Göre Karşılaştırılması

Genel kadın statüsünü gösteren sonuçlar katılımcıların görüşlerinin sosyo demografik özellikler, aile planlaması yöntemleri kullanımı, ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımı ve çocuk sağlığı göstergeleri arasındaki ilişki tablo 17, 18, 19 ve 20'de

karşılaştırılmıştır. Katılımcıların görüşleri ilk olarak katılımcıların sosyo demografik özellikleriyle karşılaştırılmış, daha sonra aile planlaması, ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımı ve çocuk sağlığı ile ilgili olan bazı temel göstergelerle karşılaştırılmıştır.

Tablo 17: Genel Kadın Statüsü Ortalamasının Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (Tüm)

	n	Ort.	SS	t/F/KW
Bölge				
Batı	357	6,55	0,40	10,750*
Güney	146	6,53	0,36	
Orta	247	6,43	0,46	
Kuzey	173	6,50	0,39	
Doğu	223	6,34	0,44	
Yerleşim Yeri				
Kent	910	6,50	0,41	3,835*
Kır	236	6,38	0,44	
Eğitim Seviyesi				
Eğitim yok	55	6,21	0,53	35,820**
İlkokul	317	6,37	0,44	
Ortaokul	529	6,47	0,41	
Lise ve üzeri	245	6,68	0,30	

*p < 0,05

** Kruskal Wallis Varyans analizi sonuçlarına göre p < 0,05

Tablo 17: (Devam) Genel Kadın Statüsü Ortalamasının Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (Tüm)

	n	Ort.	SS	t/F/KW
Hanehalkı Refah Seviyesi				
En fakir	160	6,25	0,46	35,527**
Fakir	222	6,35	0,46	
Orta	230	6,46	0,40	
Zengin	240	6,53	0,37	
En zengin	294	6,66	0,34	
Kocasının Eğitim Seviyesi				
Eğitim yok	14	6,15	0,65	14,706**
İlkokul	275	6,39	0,41	
Ortaokul	558	6,47	0,42	
Lise ve üzeri	295	6,60	0,37	
Bilinmiyor	3	5,62	0,39	

* $p < 0,05$

** Kruskal Wallis Varyans analizi sonuçlarına göre $p < 0,05$

Genel kadın statüsü ortalamasının katılımcı kadınların seçilmiş bazı sosyo demografik özelliklere göre bu ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını test etmek amacıyla yapılan analiz sonuçları Tablo 17’de gösterilmiştir. Bağımsız gruplar arasındaki farkın önemlilik testi (t-testi) ve varyans analizi (F testi) kullanılarak test edilmiştir. Genel kadın statüsü ortalamaları ile seçilen sosyo demografik özelliklerin sosyo demografik özellikler bakımından tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Tablo 17’de gösterilen bulgulara göre çalışmanın Hipotez 13.a, 13.b, 13.c, 13.d ve 13.e nolu hipotezleri kabul edilmiştir. Türkiye’nin doğu bölgelerinde yaşayanlarla (ort:6,34) karşılaştırıldığında batı bölgelerinde yaşayanların (ort:6,55), kırsal alanlarla (ort:6,38) kıyaslandığında kentsel alanlarda yaşayanların (ort:6,50), eğitim almayanlarla (ort:6,21) karşılaştırıldığında lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanların (ort:6,6894), en fakirlerle (ort:6,25) karşılaştırıldığında en zenginlerin (ort:6,66) ve kocası eğitim almamışlarla (ort:6,15) karşılaştırıldığında kocası lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların (ort:6,60) görüş

ortalamalarının daha yüksek olduğu sonucu bulunmuştur. Analizde edilen sonuçlarda yukarıda kıyaslanan yerlerde kadınların statülerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 18: Genel Kadın Statüsü Ortalamasının Katılımcıların Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması (Tüm)

	n	Ort.	SS	t/F
Daha Önce Gebeliği Önleyici Metot Kullanması				
Hiç metot kullanmadı	130	6,31	0,46	9,235*
Sadece folklorik metot kullandı	2	6,91	0,11	
Sadece geleneksel metot kullandı	223	6,44	0,42	
Modern metot kullandı	791	6,51	0,41	
Şu An Gebeliği Önleyici Metot Kullanması				
Hayır	1074	6,47	0,42	2,099*
Evet	54	6,60	0,41	

*p<0,05

Tablo 18’de genel kadın statüsü ortalaması kadınların gebeliği önleyici aile planlama yöntemlerini kullanma durumlarına göre karşılaştırılmış ve görüş ortalamalarının hiç metot kullanmayanlar arasında 6,31 ortalama ile en düşük iken sadece folklorik metot kullananlar arasında en yüksek (6,91) olduğu, şu an gebeliği önleyici yöntem kullananlar arasında görüş ortalamasının (6,60) kullanmayanların görüş ortalamasından (6,47) daha yüksek olduğu ve bu ortalamalar arasındaki farkların istatistiksel olarak farklı olduğu (p<0,05) olduğu bulunmuştur. Tablo 18’de elde edilen bulgulara göre ‘*genel kadın statüsü ortalamaları ile daha önce gebeliği önleyici metot kullanması arasında anlamlı bir ilişki vardır*’ şeklinde kurulan Hipotez 14a ile ‘*genel kadın statüsü ortalamaları ile şu an gebeliği önleyici metot kullanması arasında anlamlı bir ilişki vardır*’ şeklinde kurulan Hipotez 14b kabul edilmiştir.

Tablo 19: Genel Kadın Statüsü Ortalamasının Katılımcıların Doğum Öncesi ve Doğum Sırasında Sağlık Hizmetleri Kullanma Durumlarına Göre Karşılaştırılması (Tüm)

	n	Ort.	SS	t
Doğum Öncesi Bakım Alma (Doktor)				
Hayır	36	6,24	0,45	2,940*
Evet	646	6,45	0,41	
Doğum Öncesi Bakım Alma (Hemşire)				
Hayır	449	6,43	0,41	0,434
Evet	233	6,45	0,42	
Doğum Öncesi Bakım Alma (Ebe)				
Hayır	540	6,42	0,42	1,595
Evet	142	6,49	0,40	
Doğum Öncesi Bakım Alma (Diğer)				
Hayır	672	6,44	0,42	0,415
Evet	10	6,38	0,34	
Doğum Öncesi Bakım Alma (Hiç kimse)				
Hayır	667	6,44	0,41	3,149*
Evet	15	6,10	0,50	
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli (Doktor)				
Hayır	97	6,31	0,43	3,207*
Evet	585	6,46	0,41	
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli (Hemşire)				
Hayır	220	6,43	0,40	0,093
Evet	462	6,44	0,42	

*p<0,05

Tablo 19: (Devam) Genel Kadın Statüsü Ortalamasının Katılımcıların Doğum Öncesi ve Doğum Sırasında Sağlık Hizmetleri Kullanma Durumlarına Göre Karşılaştırılması (Tüm)

	n	Ort.	SS	t
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli				
(Ebe)				
Hayır	367	6,44	0,43	0,396
Evet	315	6,43	0,39	
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli				
(Geleneksel Doğum Görevlisi)				
Hayır	680	6,44	0,41	0,252
Evet	2	6,36	0,14	
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli				
(Akraba/Arkadaş)				
Hayır	680	6,44	0,41	0,03
Evet	2	6,45	0,02	
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli				
(Diğer)				
Hayır	677	6,43	0,41	0,958
Evet	5	6,62	0,30	
Doğuma Yardımcı Olan Sağlık Personeli				
(Hiç kimse)				
Hayır	681	6,44	0,41	0,937
Evet	1	6,83	-	

*p<0,05

Tablo 19’da genel kadın statüsü ortalaması doğum öncesi ve doğum sırasında sağlık hizmeti kullanma durumlarına göre karşılaştırılmış, doğum öncesi bakımı ve doğum sırasında bakımı doktordan almış olanlar arasında görüş ortalamalarının daha yüksek olduğu ve ortalamalar arasındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği (p<0,05) görülmüştür. Bu sonuçlar doktordan doğum öncesi ve doğum sırasında yardım alan kadınların statüsünün daha yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Doğum öncesi ve doğum sırasında sağlık hizmetini diğer sağlık personelinden alan veya hiç sağlık hizmetini almayan kadınların görüş ortalamalarının istatistiksel olarak farklı olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur. Tablo 19’da gösterilen bulgulara göre çalışmanın Hipotez 15a, Hipotez 15e ve Hipotez 15f kabul edilmiştir. Fakat çalışmanın diğer hipotezleri olan Hipotez 15b, Hipotez 15c, Hipotez 15d, Hipotez 15g, Hipotez 15h, Hipotez 15i, Hipotez 15j ve Hipotez 15k reddedilmiştir.

Tablo 20: Genel Kadın Statüsü Ortalamasının Katılımcıların Bebeklerinin Sağlık Statüsüne Göre Karşılaştırılması (Tüm)

	n	Ort.	SS	t
Çocuğun Hayatta Kalma Durumu				
Hayır	12	6,31	0,75	0,754
Evet	1134	6,48	0,42	
Bebeğin Doğum Aralığı				
<2499	58	6,43	0,38	0,183
≥2500	624	6,44	0,42	

* $p<0,05$

Genel kadın statüsü ortalaması çocuğun hayatta kalma durumlarına ve bebeğin doğumda ölçülen doğum ağırlıklarına (normal ve düşük doğum ağırlığı) göre karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 20’de ortaya konmuştur. Genel kadın statüsü ortalaması, çocukların hayatta kalma durumlarına ve doğum ağırlıklarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) bulunmuştur.

Tablo 20’de gösterilen bulgulara göre çalışmanın ‘genel kadın statüsü ortalamaları ile çocuğun hayatta kalma durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır’ şeklinde kurulan Hipotez 16a ile ‘genel kadın statüsü ortalamaları ile bebeğin doğum aralığı arasında anlamlı bir ilişki vardır’ şeklinde kurulan Hipotez 16b reddedilmiştir.

6.BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmada kadınların toplumsal statüsü ile ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımı ve çocuk sağlığı arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla bu çalışma yapılmıştır. Hem kadın statüsünün hem de ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımı ve çocuk sağlığının pek çok demografik, sosyo ekonomik ve kültürel ve çevresel faktörden etkilendiği bilinmektedir. Kadının içerisinde bulunmuş olduğu sosyo ekonomik ve sosyo demografik özellikler ile kadının statüsünün göstergelerinden toplumsal cinsiyete dair rolleri, koca veya partnerlerin kadını kontrol etmeye ve kadınlara fiziksel şiddete yönelik davranışlar ilişkin görüşleri arasındaki ilişki ortaya konulmaya çalışılmıştır. Ayrıca kadının statüsü ile çocuk sağlığı ve ana çocuk sağlığı hizmetleri kapsamında verilen sağlık bakım hizmetlerinden faydalanma durumları karşılaştırılmıştır. Ana çocuk sağlığı hizmetleri, herkese ücretsiz olarak sunulduğundan kimlerin sağlık sigortası veya sosyal güvencesi olduğuna bakmamaktadır. Bu yüzden çalışmada, sağlık sigortası veya sosyal güvenceye dair herhangi bir hipoteze veya analize yer verilmemiştir. Çalışmanın temel amacına ulaşabilmek için aşağıda sıralan dört temel hipotez olmak üzere alt hipotezler test edilmiştir. Araştırmanın hipotezlere ve alt hipotezlere yönelik tartışmalar şu şekildedir.

Hipotez 1. Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları katılımcı kadınların sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Bu temel hipotez altında aşağıda sıralanan alt hipotezler ile test edilmiştir.

Hipotez 1a. *Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları bölgelere göre farklılık göstermektedir.* Bu çalışma sonucunda Türkiye'nin doğu bölgelerinde yaşayanlarla karşılaştırıldığında batı bölgelerinde yaşayanların görüş ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadının statüsünü belirleyen faktörlerin bölgeler arası dağılımındaki oranlar bu bölgelerde yaşayan kadınların görüş ortalamalarının değişiklik göstermesine sebep olduğu düşünülmektedir. Mustafaoğlu'nun Güneydoğu bölgesinde yaptığı bir çalışmada, bölgede yaşayan kadınların statüsünün batı bölgelerine kıyasla düşük olduğunu ve buna etki eden faktörün de eğitimsizlik olduğunu saptanmıştır (Mustafaoğlu, 2006:126). Bu çalışmanın benzer sonuçlar, 2015 yılında Hacettepe Üniversitesinin yaptığı çalışmada da saptanmıştır. Buna göre 'kadın, herhangi

bir konuda eşiyile aynı fikirde değilse tartışmamalı ve susmalıdır' ifadesine en düşük katılım Ege (%36,6) ve Marmara'da en yüksek katılım ise Kuzeydoğu Anadolu'da (%58,6), 'yemek, bulaşık, çamaşır ve ütü gibi ev işlerini erkekler de yapmalıdır' ifadesine de en düşük katılım Kuzeydoğu bölgesinde (%56,7), en yüksek katılım ise Marmara (%71,7) ve Ege bölgelerinde (%72,9) olmuştur (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:107). Benzer sonuçları veren bir başka çalışmada 'erkekler ev işlerinden yardım etmelidir' ifadesine Batı'da yaşayan kadınlara kıyasla Doğu'da yaşayan kadınların daha az katılım gösterdikleri tespit edilmiştir (TNSA, 2013:191). GAP bölgesindeki bir araştırmada da 'üzerine kayıtlı herhangi bir mülkiyetinin' olup olmadığı sorusuna kadınların %41'i üzerlerine kayıtlı bir mülkiyet bulunduğunu söylerken %59'u ise üzerlerine kayıtlı bir mülkiyet bulunmadığı ifade etmiştir (Ökten, 2006:27). Bir diğer çalışmada 'kadın elindeki parayı kendi istediği gibi harcayabilmelidir' görüşüne Akdeniz (%75,1) ve Doğu Marmara bölgelerinde (%72) yaşayanların 'evet, harcayabilmelidir' görüş ortalamalarının Doğu bölgesinde (%67,7) yaşayan kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu sonucu bulunmuştur (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:107). Başka bir çalışmada da 'ailede önemli kararlara erkekler tarafından alınmalıdır' ifadesine Batı'da yaşayan kadınlara kıyasla Doğu'da yaşayan kadınların daha fazla katıldıkları gözlemlenmiştir (TNSA, 2013:191). İç Anadolu'da yer alan Kayseri'de kadınlar arasında yapılan bir çalışmada kadınların %71,1'i ev işlerinin beraber yapılması gerektiğini belirtmişlerdir (Kahraman, 2010:32). Genel olarak kadının statüsüne etki eden faktörlerin (eğitim, gelir vb.) doğu bölgelerinde düşük çıkmasına bağlı olarak kadının statüsünün bu bölgelerde düşük çıkmasına sebep olmuş, bu sonuçlar diğer çalışmalarda da gözlemlenmiştir.

Hipotez 1b. *Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları yerleşim yeri türüne göre farklılık göstermektedir.* Türkiye'de kırsal alanlarda yaşayan kadınlara kıyasla kentsel alanlarda yaşayan kadınların görüş ortalamalarının daha yüksek olduğu, bu çalışma sonucunda saptanmıştır. Bu çalışmanın sonucuna benzer sonuçlar yapılan diğer çalışmalarda da görülmektedir. 'Kırsal Kalkınmada Kadının Yeri' adlı çalışmada kadınların %52,15'i arazi alım satımında erkeklerin tek başlarına karar verdiklerini ifade etmişlerdir (Yılmaz ve arkadaşları, 2016:29). 'Kadın, herhangi bir konuda eşiyile aynı fikirde değilse tartışmamalı ve susmalıdır' ifadesine hem 2008 yılında yapılan bir çalışmada (TNSA, 2008:201) hem de 2015 yılında yapılan bir diğer çalışmada

(Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:107) kentsel alanlara kıyasla kırsalda yaşayan kadınlar arasında en yüksek katılım olduğu saptanmıştır. TNSA tarafından 2013 yılında yapılan bir başka çalışmada ‘ailede önemli kararlar kararları erkekler tarafından alınmalı’ görüşüne en yüksek katılım kırsal alanlarda yaşayan kadınlar arasında olmuştur (TNSA, 2013:191). Panda ve Agarwal’ın (2005:829) Hindistan’da yaptıkları çalışmada arazi veya bir eve sahip olma oranı kentsel alanlarda yaşayan kadınlarda %48 iken kırsal alanlarda %26 olarak bulunmuştur. Bir diğer çalışmada ‘kadın elindeki parayı kendi istediği gibi harcayabilmelidir’ ve ‘yemek, bulaşık, çamaşır ve ütü gibi ev işlerini erkekler de yapmalıdır’ görüşlerine kentsel alanlarda yaşayan kadınların daha fazla katıldıkları tespit edilmiştir (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:107). İçinde buldukları koşullarda memnun olmayıp daha iyi şartlar arzu eden kadınların oranı (Mustafaoğlu, 2006:32) ve kadınların toplumsal cinsiyete yönelik görüşleri (Çiçek ve Çopur, 2018:10) kentsel alanlara kıyasla kırsal alanlarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer sonuçlar başka çalışmalarla da ortaya konmuştur (Dönmez ve arkadaşları, 2012:156; Kahraman, 2010:33). Kadının statüsünün diğer çalışmalarda da kentsel alanlara kıyasla kırsal alanlarda daha düşük çıkmasının sebebi kadının statüsüne etki eden faktörlerin yerleşim türleri arasında farklılık göstermesi olarak söylenebilir.

Hipotez 1c. *Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları kadının eğitim seviyesine göre farklılık göstermektedir. Çalışma sonucunda kadının eğitim düzeyi ile kadınların görüş ortalamaları arasında pozitif bir ilişki bulunmuş, bu ilişki diğer çalışmalarda da gözlemlenmiştir. Genel olarak baktığımızda hem dünyada hem de Türkiye’de kırsal alanlarda yaşayan kadınlar eğitim olanaklarından yeterince faydalanamamaktadırlar. Okuryazarlık oranı kentsel alanlardan kırsal alanlara doğru gidildikçe düşmekte (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2018:45), benzer bir şekilde kentsel alanlardan kırsal alanlara doğru gidildikçe kadınların eğitim seviyesi düşmektedir (TNSA, 2013:25). Kadının eğitim seviyesinin yükselmesi kadının aile içerisindeki kararlara katılımlarında daha fazla aktif olduğu araştırma sonuçlarında belirlenmiştir (Altuntaş ve Altınova, 2015:96; Kaya, 2017:14). Yavuz ve arkadaşları (2018:4) tarafından eğitim durumuna göre karar mekanizmasında kadının fikrinin sorulmasına yönelik yaptıkları çalışmada okuryazar olmayan kadınların %39’una fikri sorulmazken bu oran üniversite mezunu kadınlarda %27,8’e düştüğü belirlenmiştir. Araştırma görevlisi olan kadınlar arasında yapılan araştırmada evdeki büyük*

alışverişleri kocasıyla beraber yaptıklarını söyleyenlerin oranı ile kendi gelirini harcamada sadece kendisinin karar verdiğini söyleyenlerin oranı yüksek bulunmuştur (Ergöl ve arkadaşları, 2012:46). Bir diğer çalışmada ‘kadın elindeki parayı kendi istediği gibi harcayabilmelidir’ görüşüne en az katılım hiç eğitim almamış veya ilkökul bitirmemiş kadınlar arasında, en yüksek katılımın da lisans ve lisansüstü mezunu olan kadınlar arasında olduğu tespit edilmiş, benzer bir sonuç da ‘kadın, herhangi bir konuda eşiyile aynı fikirde değilse tartışmamalı ve susmalıdır’ ifadesinde verilen cevaplarda saptanmıştır (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:107). Benzer bir sonuç Kafkas Üniversitesi jinekoloji polikliniğine başvuran kadınların görüşleri sonucunda ortaya çıkmış, araştırmaya göre eğitim düzeyleri arttıkça toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları yüksek çıkmıştır (Gökçay ve Akça, 2020:85). Araştırma görevlisi olan kadınlar arasında yapılan bir araştırmada kadınların %59,4’ü sadece kendisinin %37,4’ü kocasıyla beraber yemek pişirdiklerini, %50,5’i sadece kendisinin %38,3’ü kocasıyla beraber bulaşıkları yıkadıklarını, %69,2’si sadece kendisinin %21,5’i kocasıyla beraber çamaşırları yıkadıklarını, %41,1’i sadece kendisinin %21,5’i kocasıyla beraber ütü yaptıklarını söylemişlerdir (Ergöl ve arkadaşları, 2012:46). Kadınların toplumsal cinsiyete yönelik görüşleri eğitim seviyesine göre değişmekte, eğitim düzeyi arttıkça kadınların görüş ortalamaları daha yüksek çıktığı bir başka çalışmada belirlenmiştir (Çiçek ve Çopur, 2018: 11). Başka bir çalışmada da kadınlara ‘yemek, bulaşık, çamaşır ve ütü gibi ev işlerini erkekler de yapmalıdır’ ifadesine eğitim düzeyi en yüksek grupta bulunan kadınların en yüksek katılım sağladıkları sonucu bulunmuştur (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:107). Eğitimin artmasına bağlı olarak toplumsal yargılar üzerinde kadınların görüşlerinin değiştiği gözlemlense de toplumsal değer yargılarının tümü için bunu demek doğru değildir. Toplum için önemli olan değer yargıları eğitim ile ters düştüğü düşünülmemektedir. Örneğin, üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada kız öğrencilerin çoğunluğu bekâretin önemli olduğunu, bu yüzden bekâretin korunması gerektiği yönünde bir sonuca ulaşmışlardır (Özan ve arkadaşları, 2004:33). Bu çalışmanın sonucuna benzer sonuçlar, kadının statüsünün eğitim düzeyi ile pozitif ilişkili olduğu, eğitim düzeyinin düşük veya yüksek olmasına bağlı olarak değiştiği diğer çalışmalarda da görülmektedir.

Hipotez 1d. *Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları hanehalkı refah seviyesine göre farklılık göstermektedir.* En fakirlerle karşılaştırıldığında en zenginlerin kadınların görüş ortalamalarının daha yüksek olduğu sonucu bulunmuştur. Bu sonuç refah seviyesi yüksek olan hanehalkına mensup kadınların statülerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu çalışma sonucuna benzer sonuçlar yapılan diğer çalışmaların sonucunda da saptanmıştır. Kan'ın çalışmasında Konya'da refah seviyesi düşük hanelerde yaşayan kadınlar, ekonomik yönden erkeklere bağımlı olduklarına dair görüş ortalamalarının yüksek olduğu sonucu bulunmuştur (Kan, 2012:259). Bir başka çalışmada 'kadın, herhangi bir konuda eşiyile aynı fikirde değilse tartışmamalı ve susmalıdır' ifadesine refah seviyesi düşük haneye mensup kadınların %54,5'i ve refah seviyesi yüksek haneye mensup kadınların %31,3'ü katılmıştır (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:107). 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) raporunda (2013:191), 'ailenin kararları erkekler tarafından alınmalı' ifadesine katılım oranları bakımından benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çiçek ve Çopur'un yaptıkları çalışmada kadınların toplumsal cinsiyete yönelik görüşleri hanehalkı refah seviyesi düşük haneye mensup kadınlara kıyasla hanehalkı refah seviyesi yüksek haneye mensup kadınlarda daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir (Çiçek ve Çopur, 2018:10). Diğer bir çalışmada 'kadın elindeki parayı kendi istediği gibi harcayabilmelidir' ve 'yemek, bulaşık, çamaşır ve ütü gibi ev işlerini erkekler de yapmalıdır' ifadelerinde refah seviyesi düşük hanede yaşayan kadınlara kıyasla refah seviyesi yüksek hanede yaşayan kadınların katılım oranlarının daha yüksek çıktığı saptanmıştır (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:107). Bir başka çalışmada 'erkek ev işleri yapmalı' ifadesine refah seviyesi yüksek haneye mensup kadınların daha çok katılım gösterdiği görülmüştür (TNSA, 2013:191). Başka çalışmalarda da refah düzeyiyle kadınların görüş ortalamaları arasında pozitif bir ilişki bulunmuş, refah düzeyi yükseldikçe kadınların görüş ortalamalarında artış meydana geldiği saptanmıştır (Altuntaş ve Altınova, 2015:98; Bhandari et al, 2016:4). Çalışmaların sonuçları incelendiğinde kadınların görüş ortalamalarının hanehalkı refah düzeyine göre değiştiği, hanehalkı refah düzeyinin artmasına bağlı olarak görüş ortalamalarının arttığı görülmektedir.

Hipotez 1e. *Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları kocasının eğitim seviyesine göre farklılık göstermektedir.* Kocasını eğitim almamışlarla kıyasla kocası lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların toplumsal cinsiyete yönelik görüş ortalamalarının daha yüksek olduğu yani statülerinin yüksek olduğu bu çalışma sonucunda görülmüştür. Yapılan diğer çalışmalarda da, bu çalışmanın sonucuna benzer sonuçlar gözlemlenmiştir. Bu çalışmalardan biri Kafkas Üniversitesinde yapılmış, buna göre üniversitenin jinekoloji polikliniğine başvuran kadınların görüşlerine başvurulduğu araştırmaya göre kocasının eğitim düzeyleri arttıkça kadının statüsü yüksek çıktığı belirlenmiştir (Gökçay ve Akça, 2020:86). Şahiner ve Akyüz'ün çalışmasında kocaları ilköğretim mezunu kadınların %64,4'ü, kocaları ortaokul mezunu kadınların %92'si, kocaları lise ve üzeri kadınların %90,1'i jinekolojik bir rahatsızlık meydana geldiği zaman sağlık kuruluşuna gittiklerini ifade ederek (Şahiner ve Akyüz, 2010:335) eğitim ve sağlık hizmetlerinden faydalanma arasındaki pozitif ilişkiyi göstermişlerdir. Kocalarının eğitim düzeylerinin artması kadınlar açısından olumlu sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Nepal'de yapılan bir çalışmada da kadınların görüş ortalamaları ile kocalarının eğitim düzeyleri arasında ilişki bulunmuş, kocasının eğitim düzeyinin yüksek veya düşük olmasına bağlı olarak pozitif bir şekilde artıp azaldığı belirlenmiştir (Bhandari et al, 2016:4). Benzer bir sonuç da Şantaş ve Çelik'in (2018:257) çalışmalarında bulunmuştur. Genel olarak kadınların statülerinin kocalarının eğitim düzeyleriyle pozitif bir ilişkide olduğu, kocalarının eğitim düzeylerinin artması kadınların statülerinin de artmasına etki etmektedir.

Hipotez 2. *Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile gebeliği önleyici aile planlama yöntemleri kullanması arasında anlamlı bir ilişki vardır.* Bu çalışmada toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları kadınların gebeliği önleyici aile planlama yöntemlerini kullanma durumlarına göre karşılaştırılmış ve görüş ortalamalarının hiç metot kullanmayanlar arasında en düşük iken sadece folklorik metot kullananlar arasında en yüksek olduğu, şu an gebeliği önleyici yöntem kullananlar arasında görüş ortalamasının kullanmayanların görüş ortalamasından daha yüksek olduğu sonucu bulunmuştur. Çalışma sonucu, diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu olup kadınların statülerinin aile planlaması üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Etiyopya ve Bangladeş'teki çalışmalarda kadınlar arasında kontraseptif kullanımına ilişkin kararlarda, kadın statüsünü etkileyen faktörlerden kadının eğitim düzeyi

yükseldikçe kocasının tek başına karar verme oranlarında düşüş olduğu buna bağlı olarak kocasıyla beraber karar verme oranlarının yükseldiği sonuçları bulunmuştur (EDHS, 2017:119; BDHS, 2019:99). Eğitim düzeyi bakımından araştırma görevlisi olan kadınlar arasında yapılan bir araştırmada kadınların %59,4'ü sadece kendisinin %37,4'ü kocasıyla beraber kullanacağı doğum kontrol yöntemine karar kıldıklarını söylemişlerdir (Ergöl ve arkadaşları, 2012:46). Etiyopya ve Bangladeş'te yapılan çalışmalarda kadınlar arasında kontraseptif kullanımına ilişkin kararlarda, hanehalkı refah düzeyi arttıkça kocasının tek başına karar verme oranlarında düşüş olduğu buna bağlı olarak kocasıyla beraber karar verme oranlarının yükseldiği sonucu bulunmuştur (EDHS, 2017:119; BDHS, 2019:99). Yapılan bir çalışmada son gebeliğin planlama durumu ile ilgili olarak ilkökul mezunu kadınların %59,2'sinin, ortaokul mezunu kadınların %41,2'sinin, lise ve üzeri kadınların %46,6'sının son gebeliklerini planlamadıkları sonucu saptanmıştır (Şahiner ve Akyüz, 2010:335). Gebeliği önleyici herhangi bir metot kullanma durumu ile ailede kadınların karar alma süreçleri arasında ilişki bulunmuş, genel olarak ailede karar alma süreçlerine katılan kadınlar, gebeliği önleyici herhangi bir metot kullanmaya kocalarıyla birlikte karar verdikleri sonucu araştırmalarla ortaya konmuştur (TNSA, 2008:202). En fakir refah düzeyine sahip haneye mensup kadınların en zengin refah düzeyine sahip haneye mensup kadınlara kıyasla herhangi bir modern metot kullanma oranlarının daha düşük olduğu araştırmalarla ortaya konmuştur (EDHS, 2017:114; TNSA, 2013:81). Bangladeş'teki çalışmada ailedeki karar alma süreçlerinde kadınların etkinlik durumlarının artmasına bağlı olarak gebeliği önleyici modern metot kullanma oranlarında artış gözlemlenmiştir (BDHS, 2019:213). Yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında kadınlar arasında gebeliği önleyici herhangi bir modern metot kullanma durumu ile kadınların eğitim düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş eğitim düzeyi yükseldikçe herhangi bir modern metot kullanma oranlarının yükseldiği belirlenmiştir (EDHS, 2017:114; TNSA, 2013:81). Hem bu çalışmada hem de diğer çalışmalar, kadının statüsünün aile planlaması üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Hipotez 3. *Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile ana çocuk sağlığı hizmetlerini kullanma durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Kadın statüsünü ölçmeye yönelik değişkenlerde kadınların görüş ortalamalarının yükselmesi başka bir deyişle kadın statüsünün yükselmesi ile ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımı*

arasında olumlu bir ilişki bulunmuştur. Son gebelikte doğum öncesi bakım alma ifadesine ilkökul mezunu kadınların %34,6'sı, ortaokul mezunu kadınların %17,6'sı, lise ve üzeri kadınların %2,7'si doğum öncesi bakım almadığını; ilkökul mezunu kadınların %20'si, ortaokul mezunu kadınların %2,9'u, lise ve üzeri kadınların %1,4'ü ise sadece 1 defa doğum öncesi bakım aldığını beyan etmişlerdir (Şahiner ve Akyüz, 2010:335). Mısır'da yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi yüksek kadınların statülerinin yüksek olduğu, bu durumun kadınlara sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanmaya imkanı verdiği ve araştırmalar sonucunda eğitim düzeyi arttıkça kadınların ana çocuk sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalandıkları belirlenmiştir (Hamed et al, 2018:425). İlkokul mezunu kadınların %34,6'sının, lise ve üzeri mezun kadınların %2,7'sinin son gebeliklerinde evde doğum yaptıkları tespit edilmiştir, yine aynı çalışmada kadınların %74.5'i ailede eşinin kararlarda etkin olduğu zaman, %93.1'i ise ailede eşiyile beraber karar aldıkları zaman jinekolojik bir rahatsızlık meydana geldiğinde sağlık kuruluşuna gittiğini ifade etmiştir (Şahiner ve Akyüz, 2010:335). Ailede karar alma süreçlerinde kadınların katıldıkları karar sayıları arttıkça tıp eğitimi almış bir sağlık personelinin yardımıyla doğum yapma oranlarının arttığı gözlemlenmiştir (BDHS, 2019:214; NDHS, 2017:334). Yapılan diğer bir çalışmada sosyoekonomik düzeyi yüksek haneye mensup kadınların statülerinin yüksek olduğu, daha özgür kararlar verdikleri ve bu durumun düşük sosyoekonomik düzeye mensup haneye mensup kadınlara kıyasla sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanma imkanı verdiği, araştırmalar sonucunda sosyoekonomik düzeyi arttıkça kadınların ana çocuk sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalandıkları tespit edilmiştir (Hamed et al, 2018:425). Kadının statüsünün ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımını üzerinde pozitif bir etkide bulunduğu başka çalışmalarla da ortaya konmuştur.

Hipotez 4. *Toplumsal cinsiyete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile çocuk sağlığı göstergeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.* Bu çalışma sonucunda toplumsal cinsiyete yönelik görüş ortalamaları ile çocuğun hayatta kalma durumu ve bebeğin doğum ağırlığı üzerinde bir etkisi bulunamamıştır. Fakat yapılan 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasında (TNSA) kadının eğitim düzeyi ve refah düzeyi ile bebeklerin doğumdaki ağırlıkları arasında ilişki bulunmuş, kadının eğitim ve refah düzeyi yükseldikçe annelerin bebeklerini düşük kilo ağırlıklı (2,5 kg'dan az) dünyaya getirme oranlarında azalma gözlemlenmiştir (TNSA, 2013:173). Bangladeş ve Nepal'deki

araştırmalarda ailede karar alma süreçlerinde kadınların katıldıkları karar sayıları arttıkça bebek ölüm oranlarının, çocuk ölüm oranlarının ve 5 yaş altı çocuk ölüm oranlarının düştüğü belirlenmiştir (BDHS, 2019:214; NDHS, 2017:335). Yapılan çalışmaların kapsam ve yöntemlerin bu çalışma ile benzer ve farklılıkları göz önüne alındığı zaman çalışmanın sonuçlarının diğer çalışmaların sonuçlarından farklı çıkmasının nedeni daha iyi anlaşılacaktır.

Hipotez 5. Kadını kontrol etmeye yönelik koca/partner görüş ortalamaları katılımcı kadınların sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Bu temel hipotez altında aşağıda sıralanan alt hipotezler ile test edilmiştir.

Hipotez 5a. *Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları bölgelere göre farklılık göstermektedir.* Bu çalışma sonucunda kadını kontrol etmeye yönelik davranışların en yoğun olduğu bölge doğu bölgesi, en düşük olduğu bölge ise kuzey bölgesi olarak bulunmuştur. Benzer sonuçları veren bir başka çalışmada ‘*bayan arkadaşlarıyla*’ ve ‘*kendi ailesiyle*’ görüşmesinin engellenip engellenmediğine yönelik sorulara en düşük katılım Doğu Marmara’da olurken en yüksek katılım ise Kuzeydoğu Anadolu’da gözlemlenmiştir (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:96). Bir başka çalışmada, ‘*bayan arkadaşlarıyla görüşmesinin engellendiğini*’ söyleyen kadınların oranı %20,7 ile en fazla Kuzeydoğu Anadolu’da, %6,3 ile en az katılım Batı Marmara’da görülmüş, ‘*kendi ailesiyle görüşmesinin engellenip engellenmediğine*’ yönelik yöneltilen soruya ise Güneydoğu Anadolu’da yaşayan kadınlar %14 ile en yüksek, Doğu Karadeniz yaşayan kadınlar ise %4,4 ile en düşük katılım gösteren bölgeler olarak bulunmuştur (Jansen et al, 2009:57). Kocasını tarafından kendisinin ‘*her zaman nerede olduğunu bilmek isteme*’ ifadesi ile ilgili kadınların en yüksek katılım oranı Kuzeydoğu Anadolu (%74,4) ve Ortadoğu Anadolu bölgelerinde (%72) bulunurken kadınların en düşük katılım oranları ise Doğu Marmara’da (%54) bulunmuştur (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:96). Kadınlara sorulan ‘*her zaman nerede olduğunu bilmek isteme*’ görüşüne %80,1 ile en yüksek katılım Kuzeydoğu Anadolu’da, %65,8 ile en düşük katılım Akdeniz’de tespit edilmiştir (Jansen et al, 2009:57). ‘*Sadakatsizlikle suçlama*’ ile ilgili ifadeye Doğu Marmara’da (%6,6) yaşayan kadınlara kıyasla Orta Anadolu (%1,9) ve Kuzeydoğu Anadolu’da (%3,1) yaşayan kadınlar, bu konuda daha az suçlandıklarını ifade ederek kocasının kontrol edici davranışlarına daha az maruz kaldıklarını

belirtmişlerdir (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:96). ‘*Sadakatsizlikle suçlama*’ ile ilgili ifadede diğer bölgelere kıyasla Orta Anadolu’da yaşayan kadınların %5,9’u daha fazla suçlandıklarını, yine diğer bölgelere kıyasla Batı Marmara’da yaşayan kadınların %1,8’i ise bu konuda daha az suçlandıklarını belirtmiştir (Jansen et al, 2009:57). ‘*Kadını sağlık kuruluşuna izinsiz göndermeme*’ ifadesinde diğer bölgelere kıyasla en yüksek katılım oranları Kuzeydoğu Anadolu ve Ortadoğu Anadolu’da yaşayan kadınlar arasında görülürken en düşük katılım oranları ise Ege’de saptanmıştır (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:96; Jansen et al, 2009:57). Bu konuda sadece Türkiye’de değil dünyada da bölgeler arası farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Nepal’deki çalışmada kadının ailesiyle görüşmesi ve sağlık kuruluşuna tek başına gönderilmesi ile ilgili oranlar diğer bölgelere kıyasla gelişmiş bölgelerde daha yüksek çıkmaktadır (NDHS, 2017:325). Kadını kontrol edici davranışların bölgelere göre farklılık göstermesi, bölgeler arası eğitim, kültür, ekonomi başta olmak üzere bölgelerin gelişmişlik düzeyinde rol oynayan sebepler olduğu düşünülmektedir.

Hipotez 5b. *Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları yerleşim yeri türüne göre farklılık göstermektedir.* Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüşleri ile yerleşim yeri türü arasında herhangi bir ilişki bu çalışma sonucunda bulunamamıştır. Fakat yapılan başka çalışmalarda kadını kontrol edici davranışlarla yerleşim yeri türü arasında ilişki bulunmuştur. Kocasını tarafından ‘*ailesini görmeyi engelleme*’ ve ‘*bayan arkadaşlarını görmeyi engelleme*’ davranışlarına maruz kaldığını söyleyen kadınların oranı kırsal alanlara kıyasla kentsel alanlarda daha yüksek çıkmaktadır (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:96; Jansen et al, 2009:57). ‘*Her zaman nerede olduğunu bilmek isteme*’ ifadesi ile ilgili kadınların görüş ortalamaları Kaptanoğlu ve Çavlin’in (2015:96) çalışmasında Jansen ve diğerlerinin çalışmasında kentsel alanlara kıyasla kırsal alanlarda daha yüksek çıkmıştır (Jansen et al, 2009:57). Fakat başka bir çalışmada ‘*Sadakatsizlikle suçlama*’ ifadesinde kırsal alanlara kıyasla kentsel alanlarda yaşayan kadınların katılım oranları yüksek bulunmuş, konuda suçlandıklarını ifade ederek kocasının kontrol edici davranışlara maruz kaldığını belirtmiştir (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:96). Nepal’deki çalışmada da kadının ailesiyle görüşmesi ve sağlık kuruluşuna tek başına gönderilmesi ile ilgili oranlar kırsal alanlara kıyasla kentsel alanlarda daha yüksek (NDHS, 2017:325) çıkarken Türkiye’de de kırsal alanlarda yaşayan kadınlar arasında yüksek (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:96) çıkmıştır.

Hipotez 5c. *Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları kadının eğitim seviyesine göre farklılık göstermektedir.* Hanehalkı eğitim seviyesi ile kadınların kontrol edici davranışlara maruz kalma durumları arasında negatif bir ilişki bulunmuş, hanehalkı eğitim seviyesi arttıkça kontrol edici davranış oranlarında düşüş olduğu sonucu bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda bu çalışmanın sonucunu destekler nitelikte sonuçlar bulunmuştur. Kadınların *'bayan arkadaşlarıyla görüşmesinin engellenmesi'* ifadesi ile ilgili katılım oranları arasında ilişkide, negatif bir ilişki bulunmuştur, kadının eğitim düzeyi yükseldikçe kontrol edici davranışlara daha az maruz kaldıkları görülmüştür (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:96; Jansen et al, 2009:57). Başka çalışmalarda da bayan arkadaşlarıyla görüşme, çocuklarının eğitimi, sağlık kuruluşuna gitme gibi kontrol edici davranışlar hanehalkı eğitim düzeyiyle negatif ilişkili tespit edilmiştir (Erci, 2003:68). Kocasını tarafından *'ailesini görmeyi engelleme'* davranışlarına maruz kalıp kalmadığı sorulmuş ve eğitim seviyesi yükseldikçe bayanlardan, bu tür davranışlara maruz kalmadığına yönelik cevapların arttığı gözlemlenmiştir (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:96; Jansen et al, 2009:57). Ergöl ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuş, eğitim düzeyi bakımından araştırma görevlisi olan kadınlar arasında yapılan araştırmaya göre kendi ailesiyle görüşüp görüşmeme konusunda sadece kendisinin karar verdiğini söyleyenlerin oranı %98,7 çıkarken sadece kocasının karar verdiğini söyleyenlerin oranı %1,2 çıkmış, kocasıyla beraber karar verdiklerini söyleyen kadın ise çıkmamıştır (Ergöl ve arkadaşları, 2012:46). Kocasını tarafından kendisinin *'her zaman nerede olduğunu bilmek isteme'* ifadesi ile ilgili eğitim düzeyi arttıkça katılım oranlarının düştüğü belirlenmiştir (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:96; Jansen et al, 2009:57). Kadınlara kocası tarafından *'sadakatsiz olmakla suçlanıp suçlanmadığı'* sorulmuş, eğitim düzeyi arttıkça suçlanmadıklarını söyleyen kadınların oranlarında da artış saptanmıştır (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:96; Jansen et al, 2009:57). *'Sağlık kuruluşuna gitmek için eşinden izin alma gerekir mi'* sorusuna karşılık ilkökul mezunu kadınların %72,3'ü, ortaokul mezunu kadınların %52,9'u, lise ve üzeri kadınların ise %25'i izin almak gerekir cevabını vermişlerdir (Şahiner ve Akyüz, 2010: 335). Kaptanoğlu ve Çavlin'in çalışmasında (2015:96), Nepal'de yapılan çalışmada (NDHS, 2017:325) ve Jansen ve diğerlerinin çalışmasında da (Jansen et al, 2009:57) benzer sonuçlar tespit edilmiştir. Eğitim, kadının statüsü üzerinde çok önemli bir etken olduğundan, eğitim düzeyinin

artmasıyla birlikte kadının statüsünde iyileşmeler meydana gelmektedir. Bu durum ise kadınlar açısından birtakım kazanımlara sebep olmaktadır.

Hipotez 5d. *Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları hane halkı refah seviyesine göre farklılık göstermektedir.* Hane halkı refah düzeyinin kadını kontrol edici davranışlarla negatif ilişkili olduğu, refah düzeyinin artmasıyla birlikte kadını kontrol edici davranışların azaldığı bu çalışma sonucunda bulunmuştur. Benzer sonuçlar başka çalışmalarda da tespit edilmiştir (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:96). Bir başka çalışmada *'bayan arkadaşlarıyla görüşmesinin engellenmesi'* ifadesinde refah seviyesi düşük haneye mensup kadınların %14,8'inin, refah seviyesi orta haneye mensup kadınların %11,6'sının, refah seviyesi yüksek haneye mensup kadınların %10'unun engellendikleri sonucu tespit edilmiştir (Jansen et al, 2009:57). Nepal'de ki (NDHS, 2017:325) araştırmada, Erci'nin (2003:68) çalışmasında ve bir başka çalışmada (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015: 96) *'bayan arkadaşlarıyla görüşme'* ve *'sağlık kuruluşuna gitme'* gibi durumlar hane halkı refah düzeyiyle pozitif ilişkili bulunmuştur, hane halkı refah düzeyi arttıkça kadının sağlık kuruluşlarında faydalanma oranında artış olduğu belirlenmiştir. Kocası tarafından *'ailesini görmesini engel olup olmadığı'* ifadesinde fakir hanelerle kıyaslandığında refah düzeyi yüksek hanelerde yaşayan kadınların ailesini daha fazla gördüğü, daha az engellendiği ve bundan dolayı görüş ortalamalarının daha yüksek çıktığı gözlemlenmiştir (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:96; Jansen et al, 2009:57). Hane halkı refah düzeyi arttıkça kadınların ailesiyle sık görüştüğü yapılan başka çalışmalarda da bulunmuştur (NDHS, 2017:325; EDHS, 2017:281). Kocası tarafından kendisinin *'her zaman nerede olduğunu bilmek isteme'* ifadesi ile ilgili kadınların görüş ortalamaları refah seviyesi düşük haneye mensup kadınlarda %63,7, refah seviyesi orta haneye mensup kadınlarda %65,5 ve refah seviyesi yüksek haneye mensup kadınlarda %57,5 olarak bulunmuştur (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:96). Bu sonuca benzer bir sonucu Jansen ve diğerlerinin yaptıkları çalışmada saptanmıştır (Jansen et al, 2009:57). Kadınlara *'sadakatsiz olmakla suçlanıp suçlanmadığı'* sorusunun sorulduğu diğer çalışmalarda, refah seviyesi yüksek haneye mensup kadınlara kıyasla refah seviyesi düşük haneye mensup kadınların daha çok sadakatsizlikle suçlandıkları görülmüştür (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:96; Jansen et al, 2009: 57). Bir başka çalışmada benzer sonuçlar görülmüş, refah seviyesi düşük haneye mensup kadınların sağlık kuruluşuna izinsiz gönderilmediğine dair görüşleri daha

yüksek çıkmıştır (Jansen et al, 2009: 57). Yapılan çalışmaların çoğu bu çalışmanın sonuçlarına benzer sonuçlar bulmuş, refah düzeyinin kadını kontrol edici davranışlar üzerinde etkili olduğu sonucunu tespit etmişlerdir.

Hipotez 5e. *Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları kocasının eğitim seviyesine göre farklılık göstermektedir.* Kocasının eğitim düzeyinin kadını kontrol edici davranışlar üzerinde etkili olduğu sonucu bu çalışma sonucunda bulunmuştur. Çalışmanın sonucu aynı zamanda diğer çalışmaların sonuçlarıyla da uyumludur. Şahiner ve Akyüz'ün yaptığı çalışmada kocaları ilkokul mezunu kadınların %80'i, kocaları ortaokul mezunu kadınların %44'ü, kocaları lise ve üzeri kadınların %42'si sağlık kuruluşuna gitmek için eşlerinin izninin olması gerektiğini belirtmişlerdir (Şahiner ve Akyüz, 2010:3 36). Bir başka çalışmada da kadınlar, kocalarının eğitim düzeylerinin artışına bağlı olarak kontrol edici davranışlara daha az maruz kaldıklarını ve bazı kararları vermede daha rahat davrandıklarını belirtmişlerdir (Erci, 2003:68). Çayan'ın yaptığı çalışmada kadının aile planlamasına yönelik olumlu tutumun oluşmasında ve sağlık hizmetlerinde daha fazla faydalanmasında kocasının eğitim durumunun önemli olduğu, kocasının eğitim düzeyinin yüksek olmasının pozitif yönde etki ettiği sonucu bulunmuştur (Çayan, 2009:131). Hem bu çalışmanın sonucu hem de diğer çalışmaların sonuçları, kocasının eğitim düzeyinin artmasıyla kadının statüsünün yükseldiğine işaret etmektedir.

Hipotez 6. *Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile gebeliği önleyici aile planlama yöntemleri kullanması arasında anlamlı bir ilişki vardır.* Kadını kontrol edici davranışlarla aile planlaması yöntemlerini kullanma durumları arasında herhangi bir ilişki olmadığı bu çalışma sonucunda gözlemlenmiştir. Fakat bu çalışmanın tersi yönünde sonuçlar başka çalışmalarda ortaya konmuştur. Batı Afrika ülkesi Sierra Leone'de yapılan çalışmada kadını kontrol etmeye yönelik tutumlarda kadınların daha baskın olduğu tutum sayısının artmasına bağlı olarak şu an kullandıkları gebeliği önleyici herhangi bir metot kullanma oranlarında ve gebeliği önleyici herhangi bir modern metot kullanma oranlarında artış gözlemlenmiştir (Sierra Leona DHS, 2019: 294). Benzer sonuçlar Bangladeş, Etiyopya ve Nepal'de yapılan çalışmalarda da görülmüş, kadını kontrol etmeye yönelik tutumlar düşük olduğunda kadınların şu an kullandıkları gebeliği önleyici bir metot kullanma oranlarında ve gebeliği önleyici

herhangi bir modern metot kullanma oranlarında artış tespit edilmiştir (BDHS, 2019:213; NDHS, 2017:332; EDHS, 2017: 287). Bu çalışmanın sonucu ile diğer çalışmaların sonuçlarının farklı olması, ülkelerin sosyo kültürel, demografik ve ekonomik durumları ile yapılan çalışmaların özelliklerinin farklı olmasıyla açıklanabilir.

Hipotez 7. *Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile ana çocuk sağlığı hizmetlerini kullanma durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.* Kadını kontrol edici davranışlar ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımını etkilemektedir, hem bu çalışmada hem de diğer çalışmalarda bu durum gözlemlenmiştir. Şahiner ve Akyüz'ün çalışmasında ilkokul mezunu kadınların %72,3'ü, ortaokul mezunu kadınların %5,9'u, lise ve üzeri kadınların %26'sı sağlık kuruluşuna gitmek için eşlerinin izninin olması gerektiğini belirtmişlerdir (Şahiner ve Akyüz, 2010:335). Bir diğer çalışmada, evde sadece erkeğin sözünün geçtiği hanelerde kadının sağlık hizmetlerinde yeterince faydalanamadıkları kadınlar tarafından dile getirilmiştir (Şimşek, 2011:124). Etiyopya ve Bangladeş'teki çalışmada kadını kontrol etmeye yönelik tutumlarda (sağlık kuruluşuna kendi kararıyla gitme, ailesiyle veya yakınlarıyla görüşme vb.) kadınların daha baskın olduğu tutum sayısının artmasına bağlı olarak kadınların tıp eğitimi almış bir sağlık hizmeti sunucusundan doğumunu gerçekleştirme oranlarının yükseldiği görülmüştür (BDHS, 2019:214; EDHS, 2017:288). Kadının ve bebeğin yaşamını etkileyen önemli sağlık hizmetlerinden doğum öncesi bakım hizmetlerinin alınmasının önündeki engellerden birinin kadının sağlık kuruluşuna gitmek için izin alamama durumu olduğu başka bir çalışmada saptanmıştır (İlçioğlu ve arkadaşları, 2017:117). Bir başka araştırmada kadını kontrol etmeye yönelik tutumlarda kadınların daha baskın olduğu tutum sayısının artmasına bağlı olarak kadınların hem doğum öncesi bakım alma hem de doğumunu tıp eğitimi almış bir sağlık hizmeti sunucusundan alma oranlarının yüksek çıktığı görülmüştür (Sierra Leona DHS, 2019: 295). Kadını kontrol edici davranışların azalmasıyla kadınların ana çocuk sağlık hizmetleri kullanımından daha fazla faydalandıkları ileri sürülebilir.

Hipotez 8. *Kadını kontrol etmeye yönelik kadınların görüş ortalamaları ile çocuk sağlığı göstergeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.* Çalışma sonucunda kadını kontrol edici davranışlar ile çocuğun hayatta kalma durumu ve bebeğin doğum ağırlığı üzerinde bir etkisi saptanamamıştır. Fakat yapılan başka çalışmalarda farklı sonuçlar

bulunmuştur. Batı Afrika'daki araştırmada kadını kontrol etmeye yönelik tutumlarda (sağlık kuruluşuna kendi kararıyla gitme, ailesiyle veya yakınlarıyla görüşme vb.) kadınların daha baskın olduğu tutum sayısının artmasına bağlı olarak bebek ve çocuk ölüm oranlarında düşüş gözlemlenmiştir (Sierra Leona DHS, 2019:296; NDHS, 2017:335). Bangladeş ve Nepal'deki çalışmalarda da kadını kontrol etmeye yönelik tutumlarda kadınların daha baskın olduğu tutum sayısının artmasına bağlı olarak bebek ölüm oranlarının düştüğü görülmüştür (BDHS, 2019:214). Bir başka çalışmada da aile içerisinde kadının kontrol edici davranışlara maruz kalması ile bebeğin doğum ağırlığı arasında ilişki bulunmuş, otonomisi düşük kadınların düşük kilo ağırlıklı bebek dünyaya getirdikleri saptanmıştır (Chakraborty et al, 2011:1378). Çalışmanın sonucu ile diğer çalışmaların sonuçlarının farklı olması, ülkelerin sosyo kültürel, demografik ve ekonomik durumları ile yapılan çalışmaların özelliklerinin farklı olmasıyla açıklanabilir.

Hipotez 9. Fiziksel şiddete yönelik koca/partner görüş ortalamaları katılımcı kadınların sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Bu temel hipotez altında aşağıda sıralanan alt hipotezler test edilmiştir.

Hipotez 9a. *Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları bölgelere göre farklılık göstermektedir.* Bu çalışmada fiziksel şiddete uğradığını söyleyen kadınların görüşlerinin en çok yoğunlaştığı bölge batı olurken en az olduğu bölge ise doğu bölgesi çıkmıştır. Yapılan çalışmaların bazılarında bu çalışmaya benzer sonuçlar elde edilirken, bazılarında ise farklı sonuçlar elde edilmiştir. Büyükyılmaz ve Demir'in çalışmasında da şiddet gören kadın oranı İç Anadolu'da (%5,7) en yüksek, Ege Bölgesi'nde (%2) en düşük olarak bulunmuştur (Büyükyılmaz ve Demir, 2016:446). En fazla fiziksel şiddetin yaşandığı bölge 2008 yılında Doğu Anadolu, 2014 yılında ise İç Anadolu bölgesi yapılan çalışma sonucu bulunmuştur (İpek ve Kızılgöl, 2019:469). Alkan ve arkadaşları (2020:3355-3356) yaptıkları çalışmada diğer bölgelere kıyasla Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde yaşayan kadınların daha az şiddete maruz kaldıkları sonucunu elde etmişlerdir. Jansen ve diğerlerinin (Jansen et al, 2009:47) çalışmasında fiziksel şiddet gördüklerini söyleyen kadınların oranlarını %53,2 ile en fazla Kuzeydoğu Anadolu'da, %24,6 ile en az Batı Marmara'da belirlenmiştir. Kadına yönelik şiddetin durumu sadece Türkiye'de değil dünyanın farklı ülkelerinde de bölgeden bölgeye değişmektedir. Etiyopya'da Oromiya

bölgesinde yaşayan kadınlar, Afar bölgesinde yaşayan kadınlara kıyasla daha fazla şiddete maruz kalmaktadır (Dessie and Negeri, 2019:419). Bangladeş'te yapılan bir çalışmada fiziksel şiddetin bölgelere göre değiştiği sonucu saptanmıştır (Sanawar et al, 2018:5). Bölgelere göre fiziksel şiddet oranlarının farklı olmasının üzerinde başta bölgeler arası gelişmişlik düzeyi ve eğitim düzeylerinin farklı olması gibi birçok faktör etkili olmaktadır.

Hipotez 9b. *Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları yerleşim yeri türüne göre farklılık göstermektedir.* Bu çalışma sonucunda fiziksel şiddete yönelik kadınların görüş ortalamaları ile yerleşim yeri türü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş, kentsel alanlarda yaşayan kadınların fiziksel şiddete uğrama oranları kırsal alanlarda yaşayan kadınlara kıyasla daha yüksek çıktığı sonucu bulunmuştur. Bu çalışma dışında yapılan diğer çalışmaların bazılarında kırsal alanlarda yaşayan kadınların görüş ortalamaları yüksek çıkarken bazılarında ise kentlerde yaşayan kadınların görüş ortalamaları yüksek çıkmıştır. Yapılan bir çalışmada hayatının herhangi bir döneminde şiddete maruz kalan kadınların oranları kentsel alanlara kıyasla kırsal alanlarda daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir (Kaptanoğlu ve Çavlin'in, 2015:84). Jansen ve diğerlerinin (Jansen et al, 2009:47), kentsel alanlarda yaşayan kadınların %38'inin, kırsal alanlarda yaşayan kadınların ise %43,2'sinin fiziksel şiddet gördüklerine dair görüş belirttikleri sonucu bulmuşlardır. 'Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet' isimli çalışmada il ve ilçe merkezlerinde oturup hayatının herhangi bir döneminde en az bir kez fiziksel şiddet gördüğünü söyleyen kadınların oranı %67,3 iken bu oran köylerde oturan kadınlarda %34,5 olarak görülmüştür (Altınay ve Arat, 2007:86). Büyükyılmaz ve Demir'in çalışmasında ise fiziksel şiddet gören kadınların oranı kırsal alanlara (%22) kıyasla kentsel alanlarda (%25) oturan kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (Büyükyılmaz ve Demir, 2016:446). 2008 ve 2014 yıllarını baz alarak yapılan bir çalışmada hem 2008 yılında hem de 2009 yılında kırsal bölgelerde yaşayan kadınlar kentsel alanlarda yaşayan kadınlara kıyasla daha fazla şiddete maruz kaldığı sonucu tespit edilmiştir (İpek ve Kızılgöl, 2019:465). Benzer bir sonuç da Bangladeş'teki çalışmada bulunmuştur (Sanawar et al, 2018:5). Üniversitede ebelik ve hemşirelik bölümlerinde okuyan öğrenciler üzerine yapılan bir çalışmada kırsal alanlardan kentsel alanlara doğru gidildikçe kadına yönelik şiddet hoş karşılanmadığı ve aynı zamanda kadına yönelik şiddette azalma görülmüştür (Dağlar,

2017:226). Bu sonuçların farklı çıkmasının sebebi araştırmaların sonuçlarına etki eden faktörlerin değişiklik göstermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hipotez 9c. *Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları kadının eğitim seviyesine göre farklılık göstermektedir.* Hem bu çalışma hem de bu çalışmanın sonuçlarıyla benzer sonuçlar ortaya koyan diğer çalışmalarda, kadının eğitim seviyesi arttıkça fiziksel şiddete uğradığını beyan eden kadınların görüşlerinde düşüş gözlemlenmiştir. Hacettepe Üniversitesi tarafından 2015 yılında yapılan bir çalışmada hayatının herhangi bir döneminde şiddete maruz kalan kadınların görüş ortalamaları hiç okula gitmemiş ve ilkokulu bitirmiş olan kadınlara (%41,4) kıyasla eğitim düzeyi lisans veya lisansüstü olan kadınlarda (%19,5) daha düşük çıktığı belirlenmiştir (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:84). Büyükyılmaz ve Demir'in çalışmasında kadının eğitim seviyesinin yüksek olması kadına yönelik şiddeti azalttığı sonucu bulunmuş (Büyükyılmaz ve Demir, 2016:449), benzer bir sonucu da İpek ve Kızılgöl (2019:466) yaptıkları çalışmayla tespit etmiştir. Fiziksel şiddete uğrayan kadınlar üzerine yapılan bir başka çalışmada fiziksel şiddete maruz kalanların genelinin eğitim düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür (Ayan, 2018:261). Başka bir çalışmada da kocasının eğitim düzeyiyle beraber kadının da eğitim düzeyinin artması kadına yönelik şiddeti düşürdüğü sonucu bulunmuştur (Ahmadi et al, 2018:51). Dönmez ve arkadaşlarının (2012:157) çalışmasına benzer bir sonucu Yanık ve diğerleri (2014:109) saptamış, kadının eğitim düzeyinin düşük olması kadına yönelik fiziksel şiddeti arttırdığı sonucu bulunmuştur. Üniversitede ebelik ve hemşirelik bölümlerinde okuyan öğrenciler üzerine yapılan bir çalışmada eğitim seviyesi arttıkça kadına yönelik şiddetin hoş karşılanmadığı sonucu bulunmuştur (Dağlar, 2017:226). Kadının statüsünün belirleyicilerinden eğitim seviyesinin yüksek olması kadının statüsünü yükselttiği ve kadına yönelik şiddeti azalttığı, kadının eğitim seviyesinin düşük olması ise kadına yönelik şiddeti arttırdığı yapılan diğer çalışmalarda da (Bhattacharyya et al, 2011:1684; Ambramsky et al, 2011:4; Vyas and Watts, 2009:587; Kang, 2012:309; Jansen et al, 2009:54) bu çalışmanın sonucuna benzer sonuçlar tespit edildi.

Hipotez 9d. *Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları hanehalkı refah seviyesine göre farklılık göstermektedir.* Hanehalkı refah düzeyi arttıkça kadına yönelik fiziksel şiddetin azaldığı sonucu hem bu

çalışmada hem de yapılan diğer çalışmalarda tespit edilmiştir. Hoffman ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hane halkı refah seviyesi ile kadına yönelik şiddet arasında negatif bir ilişki bulunmuş, çalışmada refah seviyesi arttıkça kadına yönelik fiziksel şiddetin azaldığı sonucu bulunmuştur (Hoffman et al, 1994: 142). Yapılan bir başka çalışmada hayatının herhangi bir döneminde şiddete maruz kalan kadınların görüş ortalamaları refah düzeyi düşük olan kadınlara (%41,4) kıyasla refah düzeyi yüksek olan kadınlarda (%29,2) daha yüksek çıkmıştır (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:84). Başka bir çalışmada da refah düzeyi ve kadına yönelik fiziksel şiddet arasında ters bir ilişki bulunmuş, geliri düşük haneye mensup kadınların %43,5'i, geliri yüksek haneye mensup kadınların ise %23,3'ü hayatının herhangi bir döneminde en az bir kez fiziksel şiddet gördüğünü söylemiştir (Altınay ve Arat, 2007:84). Basu and Famoye'nin çalışmasında hane halkı refah seviyesi arttıkça kadına yönelik fiziksel şiddetin azaldığı sonucu bulunmuştur (Basu and Famoye, 2004:468). Fiziksel şiddete uğrayan kadınlar üzerine yapılan bir başka çalışmada fiziksel şiddete maruz kalanların genelinin sosyo ekonomik koşullarının düşük olduğu (Ayan, 2018:261) Alkan ve arkadaşlarının (2020:3356) çalışmasında refah seviyesinin artması, kadına yönelik şiddeti azalttığı sonucunu saptanmıştır. Benzer sonucu veren başka bir çalışmada da ailenin refah düzeyinin artması kadına yönelik şiddeti düşürdüğü sonucu görülmüştür (Ahmadi et al, 2018:51). Bangladeş'te kırsal alanda yapılan bir başka çalışmada (Chowdhury et al, 2018: NP4738), Etiyopya (Dessie and Negeri, 2019:421) ve Kolombiya'da (Bohórquez et al, 2019:159) yapılan diğer çalışmalarda da hanehalkı refah düzeyinin iyi olması kadına yönelik şiddeti azalttığı, refah düzeyi düşük kadınlar refah düzeyi yüksek kadınlara kıyasla daha fazla fiziksel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Benzer bir sonuç Güler ve arkadaşlarının (2005:55) 15-49 yaş arası kadını kapsayan çalışmalarında görülmüş, refah seviyesinin düşük olması kadına yönelik şiddetin önemli sebeplerinden biri olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hanehalkı refah düzeyinin kadına yönelik şiddet üzerinde etkisinin olduğunu, fakir olan aileye mensup kadınların zengin aileye mensup kadınlara kıyasla daha fazla şiddete maruz kaldığı, refah düzeyi artan ailelerde kadına yönelik fiziksel şiddetin azaldığı yapılan birçok çalışmada (Kivelä et al, 2019:1291), (Yanık ve arkadaşları,2014:109), (Bhattacharyya ve diğerleri, 2011:1679), (Dalal, 2011:41), (Panda and Agarwal 2005:842) saptanmıştır. Bizim sonuçlarımız ve diğer

çalışmalarda bulunan sonuçlar WHO'nun yaptığı çalışmayla da uyumludur (WHO, 2002:7).

Hipotez 9e. *Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları kocasının eğitim seviyesine göre farklılık göstermektedir.* Bu çalışmada kocasının eğitim seviyesiyle kadına yönelik fiziksel şiddet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş, kocanın eğitim düzeyi arttıkça kadına yönelik fiziksel şiddetin azaldığı sonucu bulunmuştur. Benzer sonuçlar başka çalışmaların sonuçlarıyla da ortaya konmuştur. Yapılan bir başka çalışmada bu çalışmanın sonucuna benzer sonuçlar bulunmuş, kocasının eğitim seviyesi yükseldikçe kocası tarafından fiziksel şiddete maruz kaldığını söyleyen kadın oranı düştüğü görülmüştür (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:102). Benzer bir sonucu Altınay ve Arat da yaptıkları çalışmayla tespit etmişlerdir. Kocaları okuryazar olmayıp hayatının herhangi bir döneminde en az bir kez fiziksel şiddete uğradığını kadınların oranı %50 iken kocaları ilköğretim mezunu olan kadınlarda %36,4'e, kocaları lise mezunu olan kadınlarda %32,4'e, kocaları yükseköğretim almış kadınlarda ise %17,9'a düştüğü belirlenmiştir (Altınay ve Arat, 2007:83). Bu sonuçlara benzer sonuçlar, Büyükyılmaz ve Demir'in (Büyükyılmaz ve Demir, 2016:449) ve Alkan ve arkadaşlarının (2020:3355) çalışmalarında bulunmuş, kadının kocasının eğitim seviyesinin yüksek olması kadına yönelik şiddeti azalttığı tespit edilmiştir. Lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip erkekler, hiç okula gitmemiş veya ilköğretim mezunu erkeklere kıyasla eşlerine daha az şiddet uyguladıklarını İpek ve Kızılgöl yaptıkları çalışmayla tespit etmiştir (İpek ve Kızılgöl, 2019:466). Kocanın eğitim düzeyinin kadına yönelik şiddet üzerinde etkisinin bulunduğu sonucu Etiyopya'da yapılan çalışmada da saptanmış, buna göre kocası hiç eğitim almamış kadınlar kocası yükseköğretimi tamamlamış kadınlara kıyasla %6,4 daha fazla fiziksel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (Dessie and Negeri, 2019:419). Yine benzer şekilde kocanın eğitim düzeyinin yükselmesiyle kadına yönelik şiddette düşüşe sebep olduğu sonucu başka araştırmalarla ortaya konmuştur (Bhattacharyya et al, 2011:1684; Oduro et al, 2015:23; Ambramsky et al, 2011:4; Vyas and Watts, 2009:587; Sanawar et al, 2018:5) saptandı. Eş eğitiminin şiddet ile ilişkili olduğu ve şiddeti düşürdüğü görülmüştür.

Hipotez 10. *Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları ile gebeliği önleyici aile planlama yöntemleri kullanması arasında anlamlı bir ilişki vardır.* Kadına yönelik fiziksel şiddet ile gebeliği önleyici aile planlaması yöntemlerini kullanma durumları arasındaki ilişki parametresi, bu çalışma sonucunda elde edilen bulgulara göre aralarında negatif bir ilişki bulunmuştur. Fiziksel şiddette meydana gelen düşüş aile planlaması kullanma oranlarını arttırmaktadır. Benzer sonuçlar Peru (PDHS, 2015:145) ve Nepal’de (NDHS, 2017:332) yapılan çalışmalarda da görülmüş, fiziksel şiddetin nedenlerinden kadınların doğru buldukları sayılar arttıkça gebeliği önleyici herhangi bir metot ve modern metot kullanım oranının düştüğü, gebeliği önleyici geleneksel metot kullanım oranının ise arttığı saptanmıştır. Dönmez ve arkadaşlarının (2012:157) çalışmasının sonucu da bu çalışmanın sonucuyla tutarlı olup istenmeyen gebeliklerle kadına yönelik fiziksel şiddet arasında pozitif bir ilişki bulunmuş, aile planlaması yöntemini kullanmama durumu ile kadına yönelik fiziksel şiddet arasında ise negatif bir ilişki bulunmuştur (Dönmez ve arkadaşları, 2012:157). Fiziksel şiddete yönelik kadınların görüş ortalamaları fiziksel şiddete uğradığı zaman düşük çıkmaktadır ve buna bağlı olarak aile planlamasına olumsuz etki etmektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda da böyle bir durum gözlemlenmiştir.

Hipotez 11. *Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları ile ve ana çocuk sağlığı hizmetlerini kullanma durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.* Bu çalışmada kadına yönelik fiziksel şiddet ile ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımı arasında istatistiksel anlamda ilişki bulunmuştur. Pakistan’da yapılan bir çalışmada hamileliği süresince uygun bir sağlık kuruluşunda doğum öncesi bakım almadığını söyleyen kadınların %13,3’ünün herhangi bir fiziksel şiddete maruz kalmadığı, kadınların %28’inin ise hafif de olsa herhangi fiziksel bir şiddete maruz kaldığı sonucu gözlemlenmiştir (Chatha et al, 2014:233). Bangladeş’teki (BDHS, 2019:214) çalışmada fiziksel şiddet sebebi saydığı tutumların (yemeği yakarsa, kocasıyla tartışır, kocasına haber vermeden dışarı çıkarsa, çocuklarını ihmal ederse vb.) sayısının artmasına bir başka deyişle fiziksel şiddetin haklı görülme sebeplerinin artmasına bağlı olarak kadınların tıp eğitimi almış herhangi bir sağlık hizmeti sunucusunda doğum öncesi bakım alma oranlarının düştüğü görülmüştür. Pakistan’daki çalışmada sağlıklı ve güvenli bir doğum için uygun bir sağlık kuruluşunda izin

verilmediğini söyleyen kadınların büyük çoğunluğunun hafif de olsa fiziksel bir şiddete maruz kaldığı sonucu bulunmuştur (Chatha et al, 2014:233). Yapılan diğer çalışmalarda da fiziksel şiddet sebebi saydığı tutumların (yemeği yakarsa, kocasıyla tartışır, kocasına haber vermeden dışarı çıkarsa, çocuklarını ihmal ederse vb.) sayısının artmasına, daha açık bir ifadeyle fiziksel şiddete meşruluk kazandıracak sebeplerin artmasına bağlı olarak tıp eğitimi almış herhangi bir sağlık hizmeti sunucusunda kadınların doğumlarını gerçekleştirme oranlarının düştüğü saptanmıştır (BDHS, 2019:214; (NDHS, 2017:334). Başka bir çalışmada da fiziksel şiddete uğrayan kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerinde daha az faydalandıkları sonucu bulunmuştur (Şahin and Şahin, 2009:95). Hem bu çalışmada hem de yapılan diğer çalışmaların sonucunda statüsü düşük olan kadınların maruz kaldığı fiziksel şiddet ana çocuk sağlığı hizmetleri üzerinde etkili olmakta, fiziksel şiddete uğrayan kadınların bu hizmetlerden daha az faydalandığı görülmüştür.

Hipotez 12. *Fiziksel şiddete yönelik kocalarının/partnerlerinin davranışları konusunda kadınların görüş ortalamaları ile çocuk sağlığı göstergeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.* Bu çalışmanın sonucunda kadına yönelik fiziksel şiddet ile çocuğun hayatta kalma durumu ve bebeğin doğum aralığı arasında bir ilişki bulunamazken başka çalışmalarda ise aralarında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bangladeş (BDHS, 2019:214) ve Nepal’de (NDHS, 2017:335) yapılan bir araştırmalarda fiziksel şiddetin nedenlerinden bir veya birkaçının kadınlar tarafından haklı bulunması başka bir deyişle kadınların haklı buldukları fiziksel şiddetin nedenlerinin sayıları arttıkça çocuk ölüm oranlarının arttığı gözlemlenmiştir. Fiziksel şiddete uğrayan kadınların düşük doğum yaptıkları (Karaçam ve diğerleri, 2006:74; Bailey, 2010:186) ve bebeğin doğum ağırlığının düşük olduğu başka çalışmalarda da görülmüştür (Bailey, 2010:186; Donovan et al, 2016:1290). Çalışmaların sonuçlarının farklı çıkması, çalışmanın yapıldığı ülkeler ve çalışmanın özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hipotez 13. **Genel kadın statüsü ortalamaları katılımcı kadınların sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Bu temel hipotez altında aşağıda sıralanan alt hipotezler test edilmiştir.**

Hipotez 13a. *Genel kadın statüsü ortalamaları bölgelere göre farklılık göstermektedir.* Bu çalışmada kadının genel statüsü ortalamalarının en yüksek çıktığı bölge batı bölgesi

olurken en düşük çıktığı bölge ise doğu bölgesi çıktığı gözlemlenmiştir. Diğer çalışmaların sonuçları da bu çalışmanın sonucuyla uyumludur. Yapılan bir çalışmada kadının genel statüsünün bölgelere göre değiştiği, genel olarak kadının statüsünün en düşük bölgenin Kuzeydoğu Anadolu bölgesi olduğu görülmüştür (Kaptanoğlu ve Çavlin, 2015:96). Nepal (NDHS, 2017:325) ve Etiyopya'daki (EDHS, 2017:281) çalışmalarda da kadının statüsünün bölgelere göre değiştiği, bölgelerinin sahip olduğu imkanlara göre kadının ev içi kararlarda etkinlik derecesinin değiştiği gözlemlenmiştir. Bir diğer çalışmada da kadının genel statüsünün kadınların yaşadıkları bölgelere göre farklılık gösterdiği, gene olarak Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde yaşayan kadınların statüsünün daha düşük olduğu belirlenmiştir (Jansen et al, 2009:57). Bir bölgenin sahip olduğu imkanların iyi olması o bölgede yaşayan insanlara fırsatlar sunması anlamına gelmektedir. Kadınların statülerinin de bölgelere göre değişmesi, iyi imkanlara sahip bölgelerde statülerinin iyi olduğu yapılan çalışmalarda da ortaya konmuştur.

Hipotez 13b. *Genel kadın statüsü ortalamaları yerleşim yeri türüne göre farklılık göstermektedir.* Bu çalışma sonucunda kadınların genel statülerinin ortalamaları ile yerleşim yeri türü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş, kentsel alanlarda yaşayan kadınların statülerinin kırsal alanlarda yaşayan kadınların statülerine kıyasla daha yüksek çıktığı görülmüştür. Bu çalışmanın sonucuna benzer sonuçlar başka çalışmalarda da gözlemlenmiştir. Kentlerde yaşayan kadınların toplum ve aile içindeki statülerinin yüksek çıktığı araştırmalarla gösterilmiştir (Çimen, 2012:80). Etiyopya'daki çalışmada kırsal alanlara kıyasla kentsel alanlarda kadının statüsünün daha yüksek olduğu, ailedeki kararlara daha fazla katılım gösterdikleri gözlemlenmiştir (EDHS, 2017:281). Kahraman'ın yaptığı bir çalışmada kırsal alanlarda yaşayan kadınlara kıyasla kentlerde yaşayan kadınlar kendilerini daha özgür hissettikleri, statülerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Kahraman, 2010:31). Genel olarak kent hayatı ve sahip olduğu imkanları kadınların yaşamları bakımından pozitif ayrıcalıklar sunmaktadır. Bu yüzden kadının genel statüsünün kırsal alanlara kıyasla kentsel alanlarda yüksek çıktığı düşünülmektedir.

Hipotez 13c. *Genel kadın statüsü ortalamaları kadının eğitim seviyesine göre farklılık göstermektedir.* Hem bu çalışma hem de bu çalışmanın sonuçlarıyla benzer sonuçlar ortaya koyan diğer çalışmalarda, kadının eğitim düzeyi arttıkça genel statüsünün

yükseldiği gözlemlenmiştir. Eğitim hem kadının bireysel gelişimini yükseltmektedir hem de kadının genel statüsünü yükselterek toplumsal rollerini iyileştirmektedir (İlçioğlu ve arkadaşları, 2017:113). Çin’de yapılan bir çalışmada kadınların eğitim düzeyinin artmasına bağlı olarak kadın statüsünün arttığı saptanmıştır (Cui et al, 2010:149). Etiyopya’daki çalışmada kadının eğitim düzeyinin yükselmesiyle kadının genel statüsünün yükseldiği, karar alma süreçlerinde daha fazla rol aldığı ve daha özgür davrandıkları sonucu bulunmuştur (EDHS, 2017:281). Kadının eğitim düzeyi ile kadının genel statüsü arasındaki anlamlı ilişkiyi yansıtan benzer bir sonuç da Pakistan’da yapılan bir çalışmada tespit edilmiştir (Naz et al, 2020:75). Hanehalkı eğitim düzeyinin kadının statüsü ile ilişkili olduğu, eğitim düzeyinin yükselmesiyle birlikte kadının statüsünü pozitif bir reaksiyon gösterdiği söylenebilir.

Hipotez 13d. *Genel kadın statüsü ortalamaları hanehalkı refah seviyesine göre farklılık göstermektedir.* Hanehalkı refah düzeyi arttıkça kadının genel statüsünün yükseldiği sonucu hem bu çalışmada hem de diğer çalışmalarda ortaya konmuştur. Kadının statüsünün belirleyicisi olan refah düzeyinin düşük olması kadının toplumsal statüsünü düşürmektedir, buna bağlı olarak kararlarda pasif hale getirmektedir (Varol, 2014:36). Yapılan bir çalışmada gelir getiren bir işte çalışan kadının statüsünün yüksek olduğu ve ev içi rol paylaşımlarının yapıldığı görülmüştür (Uskun ve diğerleri, 2019:373). Refah düzeyi iyi olan bir kadının özgüveni artmakta ve karar alma süreçlerinde aktif rol almaktadır (Aktaş ve arkadaşları, 2012:75). Bir diğer çalışmada da hanehalkı düzeyinin yükselmesine bağlı olarak kadının genel statüsünü arttığı, kararlarda aktif olduğu ve kontrol edici vb. davranışlara maruz kalma ihtimallerinin düştüğü gözlemlenmiştir (EDHS, 2017:281). Hanehalkı refah düzeyi arttıkça kadının karar vermede tek başına hareket ettiği görülmektedir.

Hipotez 13e. *Genel kadın statüsü ortalamaları kocasının eğitim seviyesine göre farklılık göstermektedir.* Bu çalışma sonucunda kadının kocasının eğitim seviyesiyle kadının genel statüsü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş, kocasının eğitim düzeyi yükseldikçe kadının genel statüsünün yükseldiği gözlemlenmiştir. Çimen’in yaptığı bir çalışmada kadının statüsüyle kocasının eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş, kocasının eğitim düzeyinin artmasına bağlı olarak kadının genel statüsünde yükselme görülmüş, kadının karar verme ve kararlara katılım oranlarında artış

gözlemlenmiştir (Çimen, 2012:87). Bir başka çalışmada kocasının eğitim düzeyi ile kadının genel statüsü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş, kocasının eğitim düzeyinin yükselmesiyle kadının aile içerisindeki otoritesinin, rolünün arttığı buna bağlı olarak statüsünün yükseldiği görülmüştür (Kabaklı, 2003:215). Nepal’de (NDHS, 2017:326) ve Etiyopya’da (EDHS, 2017:282) yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Eş eğitiminin kadının genel statüsü üzerinde etkili olduğu, eşin eğitim düzeyinin artmasıyla beraber kadının genel statüsünün de yükseldiği görülmektedir.

Hipotez 14. *Genel kadın statüsü ortalamaları ile gebeliği önleyici aile planlama yöntemleri kullanması arasında anlamlı bir ilişki vardır.* Bu çalışma sonucunda genel kadın statüsü ile gebeliği önleyici aile planlaması yöntemleri kullanımı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Daha önce yapılmış olan diğer çalışmalarda elde edilen sonuçlar bu çalışmanın sonucuyla uyumludur. Uskun ve diğerlerinin çalışmasında statüsü yüksek olan kadınlara kıyasla statüsü düşük olan kadınlar arasında adolesan evlilik, sık gebelikler ve bunlara bağlı olarak yüksek doğurganlıkların olduğu görülmüştür (Uskun ve diğerleri, 2019:380). Bu durum aile planlamasına yeterince önem verilmediğine işaret etmektedir. Bir diğer çalışmada da modern kontraseptif yöntem kullanımının kadının statüsünün artmasına bağlı olarak arttığı saptanmıştır (Varol, 2014:37). Başka bir çalışmada kadının statüsünün yükselten gelir ve eğitim düzeylerinin yüksek olmasına bağlı olarak aile planlamasını kullanma gibi durumların yükseldiği tespit edilmiştir (Uskun ve diğerleri, 2019:377). Bu çalışma ve diğer çalışmaların sonuçları, kadının statüsünün belirleyicilerinin yüksek olmasına bağlı olarak kadının statüsünün yükseldiği, bu durumun gebeliği önleyici aile planlama yöntemleri kullanımını arttırdığını göstermiştir.

Hipotez 15. *Genel kadın statüsü ortalamaları ile ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımı arasında anlamlı bir ilişki vardır.* Bu çalışma sonucunda genel kadın statüsü ile ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Daha önce yapılmış olan diğer çalışmalarda elde edilen sonuçlar bu çalışmanın sonucuyla uyumludur. Uskun ve diğerlerinin yaptığı ir çalışmada genel kadın statüsünün yüksek olması ile ana çocuk sağlık hizmetlerini kullanma durumları arasında pozitif bir ilişki bulunmuş, genel kadın statüsü yüksek olması durumunda ana çocuk hizmetleri kullanma oranlarının yüksek olduğu görülmüştür (Uskun ve diğerleri, 2019:380).

Çin’de yapılan bir çalışmada doğum öncesi bakım alma ve doğumunu bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirme oranının kadın statüsünün yüksek olduğu kadın katılımcılar arasında daha yüksek çıktığı sonucu bulunmuştur (Cui et al, 2010:150). Tanzanya’daki çalışmada da eğitim ve gelire bağlı olarak statüsü düşük kadınlar, statüsü yüksek kadınlara kıyasla ana çocuk sağlık hizmetlerinden daha az faydalandıkları görülmüştür (Bangser, 2007:19). Bir diğer çalışmada da doğum öncesi bakım alma ve doğuma profesyonel bir sağlık personelinin yardım etmesi gibi durumların kadının statüsünün artmasına bağlı olarak arttığı belirlenmiştir (Varol, 2014:37). Bir başka çalışmada kadının statüsünün yükselten gelir ve eğitim düzeylerinin yüksek olmasına bağlı olarak son doğumunu sağlık kuruluşunda yapma, son doğumunda sağlık personelinin yardım alma ve son gebeliklerinde sağlık kontrolünü yapma gibi durumların yükseldiği tespit edilmiştir (Uskun ve diğerleri, 2019:377). Bu çalışma ve diğer çalışmaların sonuçları, kadının statüsünün belirleyicilerinin yüksek olmasına bağlı olarak kadının statüsünün yükseldiği, bu durumun ve ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımını arttırdığını göstermiştir.

Hipotez 16. *Genel kadın statüsü ortalamaları ile çocuk sağlığı göstergeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Yaptığımız çalışmada genel kadın statüsü ile çocuk sağlığı ile aralarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Fakat yapılan başka çalışmalarda bu çalışmanın sonucuna zıt sonuçlar elde edilmiştir. Nijerya’da (Antai, 2012:139) ve Uskun ve arkadaşlarının (Uskun ve diğerleri, 2019:378) yaptığı çalışmada, kadın statüsünün yüksek olması ile çocuk sağlığı arasında pozitif bir ilişki bulunmuş, statüsü yüksek olan kadınlar arasında canlı doğum ortalamaları yüksek bulunmuştur. Hindistan’daki çalışmada da sosyoekonomik ve sosyal sınıf açısından düşük statüde bulunan ve bu duruma bağlı olarak statüsü düşük kadınlar arasında statüsü yüksek kadınlara kıyasla hem çocuk ölümleri hem de düşük doğum ağırlıklı bebeklerin dünyaya gelme oranlarının yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Jungari and Chauhan, 2017:91). Çalışmaların yapıldığı yerler, çalışma şekilleri ve çalışmada kullanılan metotlar sonuçların farklı çıkmasına sebep olduğu düşünülmektedir.*

8.BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadının statüsü başta kadının sağlığı olmak üzere çocuk ve toplum sağlığı üzerinde etkili olan çok önemli bir faktördür. Bu açıdan bakıldığında sözü edilen kesimlerin sağlık statülerinin iyileştirilmesinde kadının statüsünün iyileştirilmesi son derece önem taşımaktadır. Kadının statüsü, statüyü oluşturan etmenlerin düşük veya yüksek olmasına bağlı olarak değiştiği görülmektedir. Değişen statünün konumu ise kadın ve çocuk statüsünün konumu değiştirmektedir. Bu çalışmanın amacı kadının statüsünün ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımı ve çocuk sağlığı üzerine olan etkisini ortaya koymak, bu alanda var olan problemlerin ortadan kaldırılmasına yardımcı olmaktır. Çalışma sonucunda elde edilen sonuçlar şöyle sıralanabilir:

- Kırsal alanlarda yaşayan kadınlar kentlerde yaşayanlara kıyasla, Doğu bölgelerinde yaşayan kadınlar ise diğer bölgelere kıyasla daha fazla geleneksel rollere sahip, kontrol edici davranışlara daha çok maruz kalmakta ve fiziksel şiddete daha fazla uğramaktadırlar.
- Kadının statüsü kent-kır durumuna, coğrafi bölgeye, hanehalkı refah düzeyine, eğitim düzeyine, kocasının eğitim düzeyine değişmektedir.
- Kentlerle kıyas edildiğinde kırsal kesimlerde, diğer bölgelerle kıyas edildiğinde Doğu bölgelerinde, eğitim düzeyi orta ve yüksek olanlarla kıyaslandığında eğitim düzeyi düşük kadınlarda, refah düzeyi orta ve yüksek olanlarla kıyaslandığında refah düzeyi düşük kadınlarda, kocasının eğitim düzeyi orta ve yüksek olanlarla kıyaslandığında kocasının eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda kadının statüsü düşüktür.
- Statüsü düşük kadınlar ana çocuk sağlığı hizmetlerinden yeterince faydalanamamaktadır.
- Kadının statüsü aile planlaması kullanımını etkilemektedir, statüsü düşük kadınlar statüsü yüksek kadınlara kıyasla aile planlamasında ya faydalanamamaktadır ya da çok az faydalanmaktadır.

- Kadının statüsü gebeliği önleyici metot kullanımını etkilemekte, statüsü düşük kadınlar gebeliği önleyici metotlarda ya klasik olan metoda başvurmakta ya da hiç kullanmamaktadır.
- Kadının statüsü ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımını etkilemektedir. Statüsü düşük kadınlar doğum öncesi bakım almada, doğuma yardımcı olan sağlık personelinen yardım alma, doğumunu sağlık kuruluşundan gerçekleştirme gibi durumlarda statüsü yüksek kadınlara kıyasla daha az faydalanmaktadır.
- Kadının statüsünün çocuğun hayatta kalma durumu ve bebeğin doğum aralığı üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı sonucu bulunmuştur.

Araştırmada kadının statüsünün ana çocuk sağlık hizmetleri kullanımı ve çocuk sağlığı üzerine olan etkisi incelenmiş, kadının statüsünün son derece önemli bir faktör olduğu görülmüştür. Bu amaçla kadının statüsünün düşük olmasına bağlı olarak çıkacak olumsuz durumların azaltılması amacıyla şu öneriler sıralanabilir:

- Eğitim olanaklarından yeterince faydalanamayan bölgelerde ve kırsal alanlarda yaşayan kadınlar için, eğitimle ilgili plan ve projeler yapılarak kadınlara daha fazla eğitim olanakları sunulmalıdır. Okuryazar olmayan kadınlara yönelik halk eğitim merkezleri ve Milli Eğitim Bakanlığı destekli okuma yazma kursları açılmalıdır.
- Bölgeler arası ekonomik eşitsizlikler giderilerek hanehalkı refah düzeyleri iyileştirilmelidir.
- Kadının statüsünün aynı zamanda kadının ve toplumun sağlığını da etkilediğini göz önüne alarak kadının statüsünün iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- Kadına yönelik fiziksel şiddet konusunda ailenin menfaati doğrultusunda çalışmalar ve politikalar uygulamaya koyulmalıdır. Sağlık Bakanlığı, üniversiteler veya toplum yararına çalışan sivil toplum kuruluşları aracılığıyla bu konuda aileye yönelik konferanslar, seminerler verilebilir.

- Kadına yönelik fiziksel şiddeti uygulayan taraf karşı taraf olduğundan erkeklere yönelik, fiziksel şiddete son verecek eğitimler verilerek erkeklerin kadına yönelik fiziksel şiddet konusunda bilinçlenmesi sağlanmalıdır.
- Kadının toplumsal rolünün aile yararı ve kadının güçlendirilmesi doğrultusunda iyileştirecek adımlar atılmalıdır.
- Kadının toplumsal cinsiyet rolü kadının biyolojik yapısı da göz önüne alınarak güçlendirecek plan ve projeler hazırlanmalıdır.
- Yaşadıkları bölge ve yerleşim yeri türünden dolayı yeterince sağlık hizmetlerinden faydalanamayan kadınların sağlık hizmetlerine kavuşturulmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Sağlık tesisi bulunmayan yerlere sağlık tesisi yapılmalı veya Sağlık Bakanlığı ve belediyeler aracılığıyla gezici sağlık hizmetleri götürülmeli, bundan dolayı gezici sağlık hizmetlerinin sayısı artırılmalıdır.
- Ekonomik sebeplerden ötürü sağlık hizmetlerine erişimde problem yaşayan kadınlara yönelik bu problemi tamamen ortadan kaldıracak çalışmalar yapılmalıdır. Kadınların sağlık hizmetlerine erişebilmeleri için kadınlara yönelik ekonomik destek projeleri hazırlanmalı, bu konuda belediyeler ile sosyal ve dayanışma vakıfları tarafından örnek projeler ortaya konulabilir.
- Düşük statülerinden dolayı yeterince aile planlamasından faydalanmayan kadınların takipleri sıklaştırılmalı ve bu konuda kadının lehine aile planlaması hizmetlerini genişlettilererek daha fazla kadına ulaşılmalıdır.
- Eğitim ve refah ile doğurganlık arasındaki ilişkinin var olmasından ötürü annenin sağlığını tehlikeye atan sık gebeliklerin önlenmesi ve kontrolü için çeşitli eğitim ve ekonomik programlar uygulanmaya koyulmalıdır.
- Başta kırsal alanda yaşayan kadınlar olmak üzere statüsü düşük diğer kadınların doğum öncesi bakım, gebelik ve doğum sonrası kapsayan ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımında dezavantajlı konumda olmalarından ötürü yeterli sağlık bakımı almalarını sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.

- Kadının sağlığının sadece biyolojik faktörlere indirgeyecek algı, davranış ve uygulamalardan kaçınılmalı, toplumsal faktörlerden, kadının statüsünden etkilendiği bilinmeli ve buna göre adım atılmalıdır.
- Sadece çocuk sağlığını düşünerek anne sağlığı göz ardı edilmemeli, annenin sağlığının iyi düzeyde olması bebeğin sağlığının da iyi olmasına işaret olduğu unutulmamalıdır.
- Aile planlamasının, ana çocuk sağlığı hizmetleri kullanımının başarılı bir şekilde uygulanması, kadınların bu bilince varmaları amacıyla kadınlara yönelik sağlık eğitim programları hazırlanmalıdır.
- Ana çocuk sağlığı hizmetleri özellikle kırsal kesim başta olmak üzere Türkiye'nin her tarafına kadınların rahatça erişebilmeleri için yaygınlaştırılmalıdır.
- Gebelik öncesi kadınlara yönelik gebelikle ilgili seminerler, konferanslar ve eğitimler verilmelidir. Bu konuda belediyelerin ve sağlıklı yaşam merkezlerinin daha fazla rol almaları gerektiği düşünölmektedir
- Gebe kadınlara sunulacak doğum öncesi bakım hizmetlerinin yanı sıra doğumlarını sağlıklı koşullarda ve sağlık personellerinin olduğu sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşları yaygınlaştırılmalıdır.
- Kadınlara yönelik verile ana çocuk sağlık hizmetlerine ulaşılabilmesi amacıyla kamu spotları ile destek verilmeli, sağlıklı yaşam merkezleri daha fazla aktif edilmeli bunun için sağlıklı yaşam merkezlerinin sayıları arttırılmalıdır.

KAYNAKÇA

- 5393 Sayılı Belediye Kanunu. (2005). T.C. Resmi Gazete, 5393, 13 Temmuz 2005.
- AÇEV. (2017). *Türkiye’de 0-6 Yaş Arası Çocuğun Durumu*. Erişim:13.05.2019
<https://Acev.Org/Wp-Content/Uploads/2018/01/Tu%CC%88rkiyede-0-6-Yas%CC%A7-C%CC%A7ocug%CC%86un-Durumu.24.10.17.Pdf>.
- Adak, N. (2005). Kırsal/Kentsel Kesimde Eğitim ve İstihdam. *Journal of Academic Studies*, 6(24), 97-108.
- Adak, N.Ö. (2015). *Sağlık Sosyolojisi, Kadın ve Kentleşme*. Antalya: Siyasal Kitabevi.
- Ahmadi, Z., Mehri, A., Nadrian, H., Hashemian, M. and Rahayy, Z. (2018). Surveying The Degree of Domestic Violence Against Women and Its Effective Factors in Married Women in Sabzevar. *Asian Pacific Journal of Environment and Cancer*, 1(1), 49-53.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. (2013). T.C. Resmi Gazete, 28539, 25 Ocak 2013
- Akça, H., Ela, M. (2012). Türkiye’de Eğitim, Doğurganlık ve İşsizlik İlişkisinin Analizi. *Maliye Dergisi*, 163, 223-242.
- Akın, A. (2007). Toplumsal Cinsiyet (Gender) Ayrımcılığı ve Sağlık. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 26(2), 1-9.
- Akın, A. ve Mihçioğur, S. (2005). *Kadının Statüsü ve Anne Ölümleri*. Erişim:18.01.2019
http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/kadinin_statusu_anne_olumleri.pdf
- Akın, A., Özvarış, Ş.B. (2012a). Dünyada ve Türkiye’de Kadın Sağlığının Durumu. Ç. Güler, L. Akın (Ed.). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (c.1, s.210-219). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

- Akın, A., Özvarış, Ş.B. (2012b). Toplumsal Cinsiyet (Gender) Kavramı ve Sağlığa Etkileri. Ç. Güler, L. Akın (Ed.). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (c.1, s.220-233). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Akın, A. ve Demirel, S. (2003). Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 73-82.
- Akkuş, S. ve Yıldırım, Ş. (2018). Erkeklerin Kadına Yönelik Fiziksel Şiddet Uygulamasına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(4), 1368-1388.
- Aksu, S. ve Akgün, T. (2020). Balıkesir İl Merkezindeki Gebe Kadınların Prenatal Bakım Alma Durumu ve Etkileyen Faktörler. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 179-188.
- Aktaş, E., Teksöz, E. ve Ocakçı, A. F. (2012). Ailede Kadınının Değişen Rolünün Çocuk Sağlığına Etkisi ve Aile Merkezli Bakımın Önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(1), 73-80.
- Alkan, Ö., Yılmaz, F.C. ve Abar, F. (2020). Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Etkileyen Faktörlerin Sıralı Probit Regresyon Modeliyle Belirlenmesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 9(5), 3338-3360.
- Altınay, A.G. ve Arat, Y. (2007). *Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet*, İstanbul: Punto Baskı.
- Altuntaş, O. ve Altınova, H. H. (2015). Toplumsal Cinsiyet Algısı İle Sosyo-Ekonomik Değişkenler Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Turkish Studies (Elektronik)*, 10(6), 83-100.
- Amramsky, T., Watts, C.H., Moreno, C.G., Devries, K., Kiss, L. ve diğerleri (2011). What Factors Are Associated with Recent Intimate Partner Violence? Findings From The WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence. *BMC Public Health*, 11(109), 1-17.
- Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği. (1997). T.C. Resmi Gazete, 22900, 6 Şubat 1997.

- Antai, D. (2012). Gender Inequities, Relationship Power, and Childhood Immunization Uptake in Nigeria: A Population-Based Cross-Sectional Study. *International Journal of Infectious Diseases*, 16(2), E136-E145.
- Apay, S.E., Nazik, E., Özdemir, F. ve Pasinlioğlu, T. (2010). Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3), 1-45.
- Ateş, M. (2011). *Sağlık Hizmetleri Yönetimi*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Ateş, M. (2012). *Sağlık İşletmeciliği (2.Baskı)*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Ateş, M. ve Aba, G. (2015). *Sağlıkta Eşitsizlikler*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Atıcı, E. ve Erer, S. (2009). Türkiye'deki Yasal Düzenlemelerde Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetleri. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 17(2), 107-12.
- Ay, S. (2001). *Türkiye'de Kadın ve Çocuk Sağlığıyla İlgili Bazı Ölçütler İle Sosyo-Ekonomik ve Sosyo-Demografik Değişkenler Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisan Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
- Ayan, S. (2018). Kadın Algısında Kadına Yönelik Şiddet; Türkiye'de Kadın Sığınma Evleri Üzerine Bir İnceleme. *Journal Of Human Sciences*, 15(1), 251-264.
- Bailey, B.A. (2010). Partner Violence During Pregnancy: Prevalence, Effects, Screening, and Management. *International Journal of Women's Health*, (2), 183-197.
- Baloğlu, B. (2006). *Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık*. İstanbul: Der Yayınları.
- Bangser, M. (2007). Strengthening Public Health Priority-Setting Through Research on Fistula, Maternal Health, and Health Inequities. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 99 (1), S16-S20.
- Basu, A.M. (1994). Maternal Education, Fertility and Child Mortality: Disentangling Verbal Relationships, Health Transition Review. *The Australian National University*, 4(2), 207-215.

- Basu, B. and Famoye, F. (2004). Domestic Violence Against Women, and Their Economic Dependence: A Count Data Analysis. *Review of Political Economy*, 16(4), 457-472.
- Bayın, G. (2016). Doğuştta ve İleri Yaşta Beklenen Yaşam Sürelerine Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 20(3), 93-103.
- BDHS (Bangladesh Demographic and Health Survey) (2019). 2017-2018 National Institute of Population Research and Training Medical Education and Family Welfare Division Ministry of Health and Family Welfare Dhaka, Bangladesh.
- Bhandari, T.R., Kutty, V.R. and Ravindran, T.K.S. (2016). Women's Autonomy and Its Correlates in Western Nepal: A Demographic Study. *Plosone*, 11(1), 1-9.
- Bhattacharyya, M., Bedi, A.S. and Chhachhi, A. (2011). Marital Violence and Women's Employment and Property Status: Evidence From North Indian Villages. *World Development*, 39(9), 1676–1689.
- Bodur, S. (1991). *Aile Sağlığı*. Ankara: T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Başkanlığı.
- Bohórquez, A.M.I., Giraldo, M.T.R. and Uribe, A.M.T. (2019). Domestic Violence Against Rural Women in Colombia: The Role of Labor Income. *Feminist Economics*, 25(2), 146-172.
- Büyükyılmaz, A. ve Demir, Ç. (2016). Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Belirleyenleri: Multinomial Logit Model Yaklaşımı. *Ege Akademik Bakış*, 16(3), 443-450.
- Chakraborty, P. and Anderson, A.K. (2011). Maternal Autonomy and Low Birth Weight in India. *Journal of Women's Health*, 20(9), 1373-1382.
- Chatha, S.A., Ahmad, K. and Sheikh, K.S., (2014). Socio-Economic Status and Domestic Violence: A Study on Married Women in Urban Lahore, Pakistan. *South Asian Studies*, 29 (1), 229-237.
- Chowdhury, M.A.K., Rahman, A.E., Morium, S., Hasan, M.M., Bhuiyan, A. and Arifeen, S.E. (2018). Domestic Violence Against Women in Urban Slums of

- Bangladesh: A Cross-Sectional Survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(9-10), NP4728-NP4742
- Cochrane, S. H., O'Hara, D. J. and Leslie, J. (July 1980). The Effects of Education on Health: A Background Study for World Development Report (Report no: 405). Erişim:13.05.2019, [Http://Documents.Worldbank.Org/Curated/En/148951468764703628/Pdf/Multi0page.Pdf](http://documents.worldbank.org/curated/en/148951468764703628/pdf/Multi0page.pdf)
- Coşkun, A. ve Özdilek, R. (2012). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Sağlığa Yansımaları ve Kadın Sağlığı Hemşiresinin Rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(3), 30-39.
- Coşkun, E. (2018). *Kırsal Alanlarda Kurulan Büyük Ölçekli Sanayi İşletmelerinin Kırsal Kalkınmaya Etkisi: Mahmudiye Köyü (Ezine) ve Çevresi*. Yüksek Lisan Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale.
- Cui, Y., Zhang, Q., Yang, L., Ye, J., and Lv, M. (2010). Effect of Married Women's Beliefs About Gender Equity on Their Use of Prenatal and Delivery Care in Rural China. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 111(2), 148-151.
- Çağlayan, Ç., Hamzaoğlu, O., Evin, E. ve Sondaj, S. (2006). Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Sağlık Ocakları Bölgelerinde Yaşayanlarda Sağlık Hizmetlerine Başvurular Etkileyen Etmenler. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3), 15-22.
- Çavlin, A. ve Kaptanoğlu, İ.Y. (2015). Kadına Yönelik şiddet Yaygınlığı. *Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi şiddet Araştırması* (s.81-124). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık,
- Çayan, A. (2009). *15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutumlarının Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler İle İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Çelik, Y. (2011), *Sağlık Ekonomisi* (3.Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.

- Çetin, P. (2015). *Türkiye’de Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin AB Kriterleri Açısından Bursa Sağlık Kurumları Örneğinde İncelenmesi*. Yüksek Lisan Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Çiçek, B. ve Çopur, Z. (2018). Bireylerin Kadınların Çalışmasına ve Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları. *International Journal of Eurasian Education and Culture*, 3(4), 1-21.
- Çilingiroğlu, N.(2012). Nüfus ve Sağlık, Ç. Güler, L. Akın (Ed.). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (c.1, s.61-95). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Çimen, L.K. (2012). Bir Faktör Olarak Eğitimin Kadının Aile İçi Kararlara Katılımı Üzerine Etkisi. *International Journal of New Trends İn Arts, Sports and Science Education*, 1(2), 78-90.
- Dağlar, G., Bilgiç, D. ve Demirel, G. (2017). Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, (10(4), 220-228.
- Dalal, K. (2011). Does Economic Empowerment Protect Women From İntimate Partner Violence?, *Journal of Injury and Violence Research*, 3(1), 35-44.
- Deniz, P.Ö. ve Beşer, E. (2017). Toplum Sağlığı Merkezlerine Bütüncül Yaklaşım. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, (2), 3-9.
- Desai, S. and Alva, S. (1998). Maternal Education And Child Health: Is There A Strong Causal Relationship?. *Population Association of America*, 35(1), 71-81.
- Dessie, D.B. and Negeri, M.A. (2019). Domestic Violence Against Women in Ethiopia. *International Invention of Scientific Journal*, 3(1), 415-422.
- Devlet Planlama Teşkilatı (2006). *Ulusal Kırsal Kalkınma Stratejisi*. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı.
- Donovan, B.M., Spracklen, C.N., Schweizer, M.L., Ryckman, K. K. and Saftlas, A.F. (2016). Intimate Partner Violence During Pregnancy and The Risk for Adverse

- İnfant Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Bjog: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(8), 1289-1299.
- Dönmez, G., Şimşek, H. ve Günay, T. (2012). Evli Erkeklerde Eşlerine Yönelik Şiddet ve İlişkili Etmenler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(3), 151-159.
- Durmaz, Ş. (2016). İşgücü Piyasasında Kadınlar ve Karşılaştıkları Engeller. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(3), 37-60.
- Durna, D. (2018). *Kırsal Alanda Kadın Girişimciliğinin Desteklenmesinin Yerel Ekonomik Kalkınmaya Etkileri: Balıkesir İli Umay Çiftliği Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara.
- EDHS (Ethiopia Demographic and Health Survey) (2017). 2016 Central Statistical Agency And ICF-International, Addis Ababa, Ethiopia.
- Er, Ş. (2013). Türkiye’de Kadınların İşgücüne Katılım Oranını Etkileyen Faktörlerin Bölgesel Analizi, *Öneri Dergisi*, 10(40), 35-44.
- Erci, B. (2003). Women’s Efficiency in Decision Making and Their Perception Of Their Status in The Family. *Public Health Nursing*, 20(1), 65-70.
- Erdoğan, A. ve Çetinkaya, F. (2019). Kayseri İl Merkezinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu ve Etkileyen Faktörler. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(3), 135-141.
- Ereş, F. (2006). Türkiye’de Kadının Statüsü ve Yansımaları, *Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi*, 19(5), 40-52.
- Ergin, F., Başar, P., Karahasanoğlu, B. ve Beşer, E. (2005). Güvenli Olmayan Doğumlar ve Doğum Sonrası Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4(6), 321-329.
- Ergöl, Ş., Koç, G., Eroğlu, K. ve Taşkın, L. (2012). Türkiye’de Kadın Araştırma Görevlilerinin Ev ve İş Yaşamlarında Karşılaştıkları Güçlükler. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 2(1), 43-49.

- Eryılmaz, N. (2014). *Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Tutumları ve İlişkili Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- European Union. (2013). Rural Development in The European Union. *Statistical and Economic Information Report 2007-2013*. Erişim: 18.01.2019, https://ec.europa.eu/agriculture/sites/agriculture/files/statistics/ruraldevelopment/2013/full-text_en.pdf
- Gedikbaşı, A., Akyol, A., Mağar, V., Ark, C. ve Ceylan, Y. (2006). 40 Yaş Üstü Gebeliklerin Perinatal Sonuçları. *Perinatoloji Dergisi*, 14(1), 1-6.
- Gemicioğlu, S., Şahin, H. ve Emrah, E.R. (2019). Türkiye’de Doğurganlık Analizi: Gelecekteki Doğurganlık Tercihlerinin Önemi. *Sosyoekonomi*, 27(41), 223-234.
- Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı (2015). Kırsal Kalkınma Eylem Planı 2015-2018. Erişim:21.04.2019, <https://ktp.tarim.gov.tr/kkep2015-2018.pdf>
- Gökçay, G. ve Akça, D. (2020). Kafkas Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınların Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 10(2), 81-90.
- Gökçimen, S. (2008). Ülkemizde Kadınların Siyasal Hayata Katılım Mücadelesi. *Yasama Dergisi*, (10), 5-59.
- Gökdemir, L. ve Ergün, S. (2012). Kırsal Kalkınmada Kadının Rolü. *İnönü University International Journal of Social Sciences (Injoss)*, 1(1), 68-80.
- Gökkaya, V.B. (2015). Sosyal Teoriler ve Kadın Üzerine. *The Journal of Academic Social Science Studies*, (38), 337-350.
- Gönç, T. ve Suğur, N. (2015). Güneş Girmeyen Eve Doktor Girer mi? Sağlık Hizmetlerinde Koşullar, Tercihler ve Nedenler Üzerine. D. Alptekin (Ed.). *Hasta Toplum: Cinsiyetçilik, Tıbbileştirme ve Tüketime Dair Sağlık Çözümlemeleri* (1-38). Ankara: Nobel Yayınları.
- Gözübüyük, A.A., Duras, E., Dağ, H. ve Arıca, V. (2015). Olağan Üstü Durumlarda Çocuk Sağlığı. *Journal Of Clinical And Experimental Investigations*, 6(3), 324-330.

- Gülçubuk, B. (2008). Türkiye’de Kırsal Alanda Kadın, *Kırsal Alanda Kadın Çalıştayı*, 15–17 Ekim 2008, Ankara.
- Güler, N., Tel, H. ve Tuncay, F. Ö. (2005). Kadının Aile İçinde Yaşanan Şiddete Bakışı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(2), 51-56.
- Günay, G. ve Bener, Ö. (2011). Kadınların Toplumsal Cinsiyet Rollerini Çerçevesinde Aile İçi Yaşamı Algılama Biçimleri. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 153(153).
- Hamed, A.F., Roshdy, E. and Sabry, M. (2018). Egyptian Status of Continuum of Care for Maternal, Newborn, and Child Health: Sohag Governorate As an Example. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 7(6), 417-426.
- Hayran, O., Coşkun, A., Özdemir, E., Ay, P., Hıdıroğlu, S., Nalbant, H., Save, D. ve Topuzoğlu, A. (2007). Sağlık Arama Davranışı Araştırması. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara.
- Hobcraft, J.N., McDonald, J.W. and Rutstein, S.O. (1984). Socioeconomic Factors in Infant and Child Mortality: A Cross National Comparison. *Population Studies*, 38(2), 193-223.
- Hoffman, K.L., Demo, D.H. and Edwards, J.N. (1994). Physical Wife Abuse in A Non-Western Society: An Integrated Theoretical Approach. *Journal of Marriage and The Family*, 1994 (56), 131-146.
- HÜNEE (2009). 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
- HÜNEE (2014). 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
- İlçioğlu, K., Keser, N. ve Çınar, N. (2017). Ülkemizde Kadın Sağlığı ve Etkileyen Faktörler, Women's Health and Affecting Factors in Turkey. *Journal of Human Rhythm*, 3(3), 112-119.

- İpek, E., Kızılgöl, Ö.Y. (2019). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet ve Kadının İşgücüne Katılımına İlişkin Mikroekonometrik Analiz: Türkiye. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(2), 455-474.
- Jansen, H.F.A.M., Yüksel, İ. ve Çağatay, P. (2009). Kadına Yönelik Şiddetin Yaygınlığı, *Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet* (s.45-70). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık.
- Jungari, S., and Chauhan, B. G. (2017). Caste, Wealth And Regional Inequalities in Health Status of Women and Children in India. *Contemporary Voice of Dalit*, 9(1), 87-100.
- Kabaklı, L.Ç. (2003). *Türk Ailesinde Karar Mekanizmaları ve Kadının Rolü*. Doktora Tezi. Sakarya Üniversitesi, Konya.
- Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2019). *Türkiye’de Kadın*, Ankara: Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Ankara
- Kahraman, S.D. (2010). Kadınların Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğine Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3(1), 30-35.
- Kamışlı, E. (2018). *Toplumsal Cinsiyet Roller ve Aile İşlevselliğinin Problem Çözme Becerilerine Etkisi*. Yüksek Lisan Tezi, İstanbul Ticaret Üniversitesi, İstanbul.
- Kan, A. (2012). *Kırsal Alanda Tarım İşletmelerinde Yoksulluk ve Yoksulluğun Toplumsal Cinsiyet Çerçevesinde Değerlendirilmesi: Konya İli Hadim İlçesi Örneği*. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Kang, J.H. (2012). The Impact of Family Environment-Related Factors on Violence Against Adults in The Family. *Journal Of Family Violence*, 27(4), 303–312.
- Karaçalı, M. ve Özdemir, R. (2018). Karabük İlinde 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Aile Planlaması Hizmetlerine Erişimini Etkileyen Faktörler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 16(2), 131-145.

- Karaçam, Z., Çalışır, H., Dündar, E., Altuntaş, F. ve Avcı, H. C. (2006). Evli Kadınların Aile İçi Şiddet Görmelerini Etkileyen Faktörler ve Kadınların Şiddete İlişkin Bazı Özellikleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 22(2), 71-88.
- Karagöz, M. (2021). *Toplumsal Cinsiyet Rollerine İle Cinsel Doyum ve Cinsel Özgüven Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Kent Üniversitesi, İstanbul.
- Karışık, A., Dokuzcan, H., Akpınar, İ. E., ve Karaoğlu, N. (2020). *2019 Yerel Seçimlerine Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Perspektifinden Bakmak*. Erişim:13.05.2020, http://ka-der.org.tr/wp-content/uploads/2020/12/KA.DER_Sivil-Dusun_Kitapcik.pdf
- Kaya, H., Tatlı, H., Açık, Y. ve Deveci, SE. (2008). Bingöl İli Uydükent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 22 (4), 185-191.
- Kaya, N. (2017). *Kırsal ve Kentsel Alanda Yaşayan Evli Kadınların Evlilik Uyumu, Evlilik Doyumu ve İlişkilerde Mutluluk Düzeylerinin Karşılaştırılması ve İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Ticaret Üniversitesi, İstanbul.
- Kayıkçı, S. (2009). *Türkiye’de Kırsal Alan Yönetimi*. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Kivelä, S., Leppäkoski, T., Helminen, M. and Paavilainen, E. (2019). Continuation of Domestic Violence and Changes in The Assessment of Family Functioning, Health, and Social Support in Finland. *Health Care for Women International*, 40(11), 1283-1297.
- Kocakurt, S.Ö. (2016). *Türkiye’de Kırsal Alanda Okullaşma ve Yetişkin Nüfusun Eğitim Durumuna İlişkin Bir Analiz*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Kodan, S. (2013). *Evli Bireylerin Evlilik Kalitesi Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları ve Yaşam Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

- Koruk, F., Koruk, İ., Güner, Ö., Ayhan, S., Kılıçlı, A., Aytekin, S. ve Altun, D. U. (2017). Şanlıurfa'da Kadın Sağlık Çalışanlarının Doğurganlık Özellikleri ve Doğurganlığa Bakış Açıları. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 202-212.
- Köse, A. ve Beşer, A. (2007). Kadının Değiştirilebilir Yazgısı 'Şiddet'. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(4), 114-121.
- Kulhan, M., Kulhan, N. G., Naykı, Ü., Naykı, C., Uluğ, P. ve Ata, N. (2017). Erzincan'daki İleri Anne Yaşı Gebeliklerinin Retrospektif Analizi. *Van Tıp Dergisi*, 24(4), 272-278.
- Ludford, I., Scheil, W., Tucker, G. and Grivell, R. (2012). Pregnancy Outcomes for Nulliparous Women of Advanced Maternal Age in South Australia, 1998-2008. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 52(3), 235-241.
- Milli Eğitim Bakanlığı (2013). *Hemşirelik: Ana-Çocuk ve Okul Sağlığı*, Ankara. Erişim:21.04.2019, http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Ana-%C3%87ocuk%20ve%20Okul%20Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf
- Mustafaoğlu, S. (2006). *Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde Kadının Statüsüne Yönelik Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Naz, A., Ashraf, F. and Iqbal, S. (2020). The Relationship Between Higher Education and Women Empowerment in Pakistan. *UMT Education Review*, 3(2), 65-84.
- NDHS (Nepal Demographic and Health Survey). (2017). 2016 Ministry of Health Ramshah Path, Kathmandu, Nepal.
- Neyzi, O. (1997). Kadın ve Çocuk Sağlığı Açısından Aile Hekimliği. *Aile Hekimliği Dergisi*, 1(1), 7-10.
- Oduro, A.D., Deere, C.D. and Catanzarite, Z.B. (2015). Women's Wealth and Intimate Partner Violence: Insights From Ecuador and Ghana. *Feminist Economics*, 21(2), 1-29.

- OECD. (2019). OECD Statistics: Health Status. Erişim: 18.01.2021, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en
- Kalkınma Bakanlığı (2013). *2014-2018 Onuncu Kalkınma Planı*. Ankara. Erişim:18.01.2019
- <Http://Www.Sbb.Gov.Tr/Wp-Content/Uploads/2018/11/Onuncu-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-2014-2018.Pdf>
- Oral, S.N. (2012). Çocuk Sağlığına Giriş. Ç. Güler, L. Akın (Ed.). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (c.1, s.370-374). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Ökten, Ş. (2006). GAP Bölgesinin Sosyo-Kültürel ve Yapısal Özelliklerinin Aile Yapısına Etkileri. *Aile ve Toplum. Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 3 (9), 23-35.
- Özan, S., Aras, Ş., Şemin, S. ve Orçın, E. (2004). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Cinsel Tutum ve Davranış Özellikleri. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(1), 27-39.
- Özaydınlık, K. (2014). Toplumsal Cinsiyet Temelinde Türkiye’de Kadın ve Eğitim, *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, (33), 93-112.
- Özcebe, H. (2012). Çocukluk Dönemleri ve Çocuk Sağlığının Değerlendirilmesi. Ç. Güler, L. Akın (Ed.). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (c.1, s.388-398). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- 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.
- Özdemir, R. ve Karaçalı, M. (2019). Karabük İli Safranbolu İlçesinde Doğum Sonu Bakım Hizmetlerinin Kapsamı ve Hizmet Kullanımının Belirleyicileri. *Ege Tıp Dergisi*, 58(4), 351-362.
- Panda, P. and Agarwal. B. (2005). Marital Violence, Human Development and Women’s Property Status in India. *World Development*, 33(5), 823–850.

- Payne, S. (2004). Sex, Gender, and Irritable Bowel Syndrome: Making The Connections. *Gender Medicine*, 1(1), 18-28.
- PDHS (Peru Demographic and Health Survey) (2015). 2014 Instituto Nacional De Estadística E Informática, INE, Perú.
- Powell, G. N. and Greenhaus, J. H. (2010). Sex, Gender, and Decisions At The Family→ Work Interface. *Journal Of Management*, 36(4), 1011-1039.
- Sanawar, S. B., Islam, M. A., Majumder, S. and Misu, F. (2019). Women's Empowerment and Intimate Partner Violence in Bangladesh: Investigating The Complex Relationship. *Journal of Biosocial Science*, 51(2), 188-202.
- Santerre, R.E. and Neun, S.P. (2013). *Health Economics Theory: Insights And Industri Studies* (6th Edition). International Edition, USA.
- Schultz, T.P. (1993). Investments in The Schooling and Health of Women and Men: Quantities and Returns, The Journal of Human Resources. *University of Wisconsin Press*, 28(4), 694-734.
- Sierra Leone DHS (Sierra Leone Demographic and Health Survey) (2019). Statistics Sierra Leone Freetown, Sierra Leone.
- Strasser, R. (2003). Rural Health Around The World: Challenges and Solutions, *Family Practice*, 20(4), 457-463.
- Şahin, H. A. ve Şahin, H. G. (2003). An Unaddressed Issue: Domestic Violence and Unplanned Pregnancies Among Pregnant Women in Turkey. *The European Journal of Contraception Reproductive Health Care*, 8(2), 93-98.
- Şahin, H.B. (2019). *Türk Kadınının Siyasete ve İktisadi Hayata Girişi*. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Şahiner, G. ve Akyüz A. (2010). Toplumsal Cinsiyet ve Kadının Üreme Sağlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(4), 333-342.
- Şantaş, F. ve Çelik, Y. (2018). Türkiye'de Gebeliği Önleyici Modern Yöntem Kullanımı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 255-265.

- Şavran, T.G. (2014). Sağlıkta Toplumsal Cinsiyet Eşitsizlikleri: Eskişehir'de Kırsal ve Kentsel Alanlarda Kadın Sağlığı, *Fe Dergisi*, 6(1), 98-116.
- Şeker, K.N. (2015). *Kırsal Bölgede Okul Öncesi Eğitime Devam Eden 5 Yaş Çocukları ile Montessori Eğitimi Alan 5 Yaş Çocukların Motor Becerilerinin Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Şencan, İ., Üstün, Y.E., Sanisoğlu, S., Özcan, A., Karahmetoğlu, S., Keskin, H.L. ve diğerleri. (2016). 2014 Yılı Türkiye Ulusal Anne Ölümünün Demografik Verilere Göre Değerlendirilmesi. *Jinekoloji Obstetrik Ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13(2), 45-47.
- Şimşek, A.Ç. ve Çakmak, D. (2019). Ülkemizde Yürürlükte Olan Kadın Sağlığını Koruma Politikaları Mevzuatı. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 16(1), 45-50.
- Şimşek, H. (2011). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi: Türkiye Örneği, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(2), 119-126.
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2018). *Kadının Güçlenmesi Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023*. Ankara. Erişim:13.05.2019
https://www.ailevecalisma.gov.tr/KSGM/PDF/Kadinin_Guclenmesi_Strateji_Ve_Eylem_Planı.Pdf
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2007). *21 Hedef'te Türkiye: Sağlıkta Gelecek*. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara. Erişim:21.04.2019,
https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Kitaplar/200801212206080_Hedef.Pdf
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2019), *Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018*. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019*. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Tarım ve Köyişleri Bakanlığı (2009). *Kırsal Kalkınma Planı 2010-2013*, Ankara. Erişim:21.04.2019, <https://kkp.tarim.gov.tr/Kkpdr2010-2013.Pdf>


- Temurçin, K. ve Şenol, P. (2008). Kırsal Alanda Kamusal Hizmet Sunumlarındaki Dönüşümün Mekânsal Etkileri: Isparta İli Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2008(18), 195-214.
- Tezcan, S. ve Eryurt, M.A. (2006). Türkiye’de İç Göç ve Çocuk Sağlığı, *Nüfusbilim Dergisi*, 28(1), 15-28.
- Tolunay, A. ve Akyol, A. (2006). Kalkınma ve Kırsal Kalkınma: Temel Kavramlar ve Tanımlar. *Türkiye Ormanlık Dergisi*, 7(2), 116-127.
- Tor, H. ve Ağlı, E. (2016). Kadın ve Eğitim. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 67-74.
- TSM ve Bağlı Birimler Yönetmenliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. (2018). T.C. Resmi Gazete, 30431, 25 Mayıs 2018.
- Türk Dil Kurumu Sözlüğü. (2005). *Türkçe Sözlük* (10.Baskı). Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.
- Türk Dil Kurumu Sözlüğü. (2021). Erişim:13.07.2021, <https://sozluk.gov.tr/>
- Türk, P. (2010). *Kadın ve Siyaset İlişkisi Üzerine Sosyolojik Bir Araştırma Bursa’da AKP ve CHP Kadın Kolları*. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Türkdoğan, O. (2006). *Toplumsal Yapı ve Sağlık –Hastalık Sistemi*, İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (2009). *Sağlık Hizmetlerinin Sorunları*, Ankara. Erişim:21.04.2019, https://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-19.pdf
- Türkiye İstatistik Kurumu (2017). *İstatistiklerle Kadın*. Erişim:13.05.2019, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2016-24643>
- Türkiye İstatistik Kurumu (2020a). *İstatistiklerle Kadın*, 2019. Erişim:13.05.2019, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2019-33732>

- Türkiye İstatistik Kurumu (2020b). *Doğum İstatistikleri, 2019*. Erişim:13.05.2019, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2019-33706#:~:text=Toplam%20do%20C4%9Furganl%C4%B1k%20h%C4%B1z%C4%B1%2C%202001%20y%C4%B1n%C4%B1nda,10'un%20alt%C4%B1nda%20kald%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%C4%B1%20g%C3%B6sterdi>.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2020c). *Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019*. Erişim:13.05.2019, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>
- Türkiye İstatistik Kurumu (2021a). *İstatistiklerle Kadın, 2020*. Erişim:13.05.2021, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2020-37221>
- Türkiye İstatistik Kurumu (2021b). *Eğitim, Kültür, Spor ve Turizm, 2008-2020*. Erişim:13.09.2020, <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Egitim,-Kultur,-Spor-ve-Turizm-105>
- Türkiye İstatistik Kurumu (2021c). *İstatistiklerle Çocuk, 2020*. Erişim:13.05.2021, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2020-37228>
- UNICEF (2019). *More Women and Children Survive Today Than Ever Before – UN Report*. Erişim: 01.09.2020, <https://www.unicef.org/turkey/en/press-releases/more-women-and-children-survive-today-ever-un-report>
- Unwomen (2021). *Facts and Figures: Ending Violence Against Women*. Erişim: 30.05.2021, <https://www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>
- Uskun, E., Çelik, A., Ersoy, P., Sönmez, Y. ve Kışioğlu, A.N. (2019). Isparta'da Kadının Statüsü: Eğitim, Çalışma, Üreme Sağlığı ve Genel Sağlık Parametreleri. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(4), 370-381.
- Ünalın, P.C., Kaya, Ç.A., Akgün, T., Yıkılkan, H. ve İşgör, A. (2007). Birinci Basamakta Ergen Sağlığına Yaklaşım, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 27(4), 567-576.
- Varol, G.S. (2014). Dünya'da Kadın Sağlığındaki Eşitsizlikler. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 29(1), 32-40.


- Victora, C.G., Aquino, E.M.L., Leal, M.C., Barros, F.C. and Szwarcwald, C.L. (2011). Maternal and Child Health in Brazil: Progress and Challenges. *The Lancet*, 377(9780), 1863-1876.
- Vyas, S. and Watts, C. (2009). How Does Economic Empowerment Affect Women's Risk of Intimate Partner Violence in Low and Middle Income Countries? A Systematic Review of Published Evidence. *Journal of International Development*, 21(5), 577-602.
- WHO (2002). World Report on Violence and Health. Geneva. Erişim: 20.11.2019, https://www.who.int/Violence_Injury_Prevention/Violence/World_Report/En/Summary_En.Pdf
- WHO (2019). Maternal Mortality. Erişim: 20.11.2019, <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- WHO (2021). Violence-Against-Women. Erişim: 20.11.2019, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Yanık, A., Hanbaba, Z., Soygür, S., Ayaltı, B. ve Doğan, M. (2014). Kadına Yönelik Şiddet Davranışlarının Değerlendirilmesi: Türkiye'den Kanıt. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 4(4), 104-111.
- Yavuz, F., Shıwan, M.S., Terin, M., Akay, B., Güler, İ.O. ve Ağsu, K. (2018). Gelir Getirici Faaliyetlere Karar Vermede Kırsal Kadının Rolü: Kuzeydoğu Anadolu Tra1 Bölgesi Örneği. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, 11(18), 1-10.
- Yenigül, S.B. (2017). Kırsal Kalkınma Politikalarında Yeni Yaklaşımlar ve Bu Yaklaşımların Türkiye'nin Kırsal Kalkınma Politikalarına Etkisi. *Planlama Dergisi*, 27(1), 16-25.
- Yılmaz, E., Özdemir, G., Oraman, Y., Unakitan, G. ve Konyalı, S. (2016). Kırsal Kalkınmada Kadının Yeri. Erişim:13.05.2019, <http://acikerisim.nku.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/20.500.11776/3222/NKUBAP.00.24.AR.10.07.pdf?sequence=1&isallowed=Y>

- Yılmaz, L., Koruk, F. ve Koruk, İ. (2018). Şanlıurfa'da Bir Devlet Hastanesinde Doğum Yapmış Kadınların Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerini Alma Durumu, Bu Hizmetlerin Niteliği ve Etkileyen Faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 209-218.
- Yoldaşcan, B.E. (2017). Kadın ve Üreme Sağlığı. M. Akbaba ve H. Demirhindi (Ed.). *Temel Halk Sağlığı* (s.73-84). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Yount, KM., Halim, N., Hynes, M. and Hillman ER. (2011). Response Effects To Attitudinal Questions About Domestic Violence Against, Women: A Comparative Perspective. *Social Science Research*, 40(3), 873–884.

EK 1: TEZ ORJİNALLİK RAPORU

 <p>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU</p>
<p>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA</p> <p style="text-align: right;">Tarih: 25/07/2021</p> <p>Tez Başlığı : TÜRKİYE'DE KADININ STATÜSÜ İLE ANA ÇOCUK SAĞLIĞI HİZMETLERİ KULLANIMI ÜZERİNE KADINLARIN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ</p> <p>Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 116 sayfalık kısmına ilişkin, 25/07/2021. tarihinde tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %6 'dır.</p> <p>Uygulanan filtrelemeler:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- <input checked="" type="checkbox"/> Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç 2- <input checked="" type="checkbox"/> Kaynakça hariç 3- <input type="checkbox"/> Alıntılar hariç 4- <input checked="" type="checkbox"/> Alıntılar dâhil 5- <input checked="" type="checkbox"/> 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç <p>Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.</p> <p>Gereğini saygılarımla arz ederim.</p> <p style="text-align: right;">25/07/2021</p> <p>Adı Soyadı: Yunus Başboğa</p> <p>Öğrenci No: N17131072</p> <p>Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi</p> <p>Programı: Yüksek Lisans</p>
<p><u>DANIŞMAN ONAYI</u></p> <p style="text-align: center;">UYGUNDUR.</p> <p style="text-align: center;">Prof. Dr. Yusuf Çelik</p> <p style="text-align: center;">(Unvan, Ad Soyad, İmza)</p>

EK 2: ETİK KURUL İZİN MUAFİYET FORMU

 <p>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ TEZ ÇALIŞMASI ETİK KOMİSYON MUAFİYETİ FORMU</p>
<p>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA</p> <p style="text-align: right;">Tarih: 07/06/2018</p> <p>Tez Başlığı: Türkiye’de Kadının Statüsü İle Ana Çocuk Sağlığı Hizmetleri Kullanımı Üzerine Kadınların Görüşlerinin Değerlendirilmesi</p> <p>Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmam:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. İnsan ve hayvan üzerinde deney niteliği taşımamaktadır, 2. Biyolojik materyal (kan, idrar vb. biyolojik sıvılar ve numuneler) kullanılmasını gerektirmemektedir. 3. Beden bütünlüğüne müdahale içermemektedir. 4. Gözlemsel ve betimsel araştırma (anket, mülakat, ölçek/skala çalışmaları, dosya taramaları, veri kaynakları taraması, sistem-model geliştirme çalışmaları) niteliğinde değildir. <p>Hacettepe Üniversitesi Etik Kurulları ve Komisyonlarının Yönergelerini inceledim ve bunlara göre tez çalışmamın yürütülebilmesi için herhangi bir Etik Kurul/Komisyon’dan izin alınmasına gerek olmadığını; aksi durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.</p> <p>Gereğini saygılarımla arz ederim.</p> <p style="text-align: right;">07/06/2018</p> <p>Adı Soyadı: Yunus BAŞBOĞA</p> <p>Öğrenci No: N17131072</p> <p>Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi</p> <p>Programı: Sağlık Yönetimi</p> <p>Statüsü: <input checked="" type="checkbox"/> Yüksek Lisans <input type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/> Bütünleşik Doktora</p>
<p><u>DANIŞMAN GÖRÜŞÜ VE ONAYI</u></p> <p style="text-align: center;">_____ Prof. Dr. Yusuf ÇELİK</p> <p>Detaylı Bilgi: http://www.sosyalbilimler.hacettepe.edu.tr Telefon: 0-312-2976860 Faks: 0-3122992147 E-posta: sosyalbilimler@hacettepe.edu.tr</p>