

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YAŞAMBOYU ÖĞRENME VE YETİŞKİN EĞİTİMİ ANABİLİM DALI
HALK EĞİTİMİ PROGRAMI

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ VE TOPLUMUN
TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTLİĞİ İLE İLGİLİ DUYARLILIĞI

DOKTORA TEZİ

Mesude ULUŞEN

ANKARA

Mart, 2010

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YAŞAMBOYU ÖĞRENME VE YETİŞKİN EĞİTİMİ ANABİLİM DALI
HALK EĞİTİMİ PROGRAMI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ VE TOPLUMUN
TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTLİĞİ İLE İLGİLİ DUYARLILIĞI**

DOKTORA TEZİ

Mesude ULUŞEN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Meral UYSAL

ANKARA

Mart, 2010

Eğitim Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼'ne,

Bu alışma j¼rimiz tarafından Eğitim Bilimleri, Yaşam Boyu Öğrenme ve Yetişkin Eğitimi Anabilim Dalı, Halk Eğitimi Programı'nda DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Meral UYSAL

¼ye : Prof. Dr. Ayşe AKIN

¼ye : Prof. Dr. Rıfat MİSER

¼ye : Prof. Dr. Necla KURUL

¼ye : Doç. Dr. Hayat BOZ

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim ¼yelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Necla KURUL

Eğitim Bilimleri Enstitüsü M¼d¼r¼

ÖNSÖZ

Toplumsal yapının iki önemli aktörü olan kadın ve erkek yaşamın her alanını birlikte paylaşmakla birlikte, hemen her toplumda görülebilen cinsiyetler arası asimetrik bir yapı içerisinde, haklar ve olanakların kullanımında eşitsiz bir konuma sahiptirler. Tarihsel süreç içerisinde, ataerkil düzenin etkisi ile kadınları kontrol edici, baskılayıcı, koruyucu kollayıcı, onlar adına karar verici olmak gibi türlü mekanizmaların işletildiği, kadının ikincilleştirildiği, ötekileştirildiği bir yapı, az ya da çok bezerlik ve farklılıklarla hemen hemen tüm dünya toplumlarında görülmektedir.

Kadınların eğitim, sağlık gibi temel insan haklarına erişimlerindeki güçlükler, toplum içinde yaşadıkları cinsiyete dayalı ayrımcılıklar, ülkemizde olduğu gibi gelişmiş ya da gelişmekte olan tüm toplumlarda az çok farklılık göstererek varlığını sürdürmektedir. Kadınların erkeklere göre daha az eğitim olanaklarına ulaştıkları, dünyadaki yoksulların büyük çoğunluğunun kadın olması, karar alma mekanizmalarına katılmada ve çalışma yaşamına ilişkin güçlükleri gibi hemen ilk akla gelen ayrımcılıklar, tüm dünyada kadınlar aleyhine yaşanmaya devam etmektedir.

Kadının üreme sağlığına ilişkin özellikleri kadın sağlığını özel bir alan haline getirmekte, üremeye ilişkin sağlık/hastalık yükünü kadınlar erkeklere oranla üç kat daha fazla yaşamaktadırlar.

Ayrımcılık davranışı her iki cinsiyeti de farklı biçimde etkilemektedir. Ancak, kadınların toplumsal konumları, cinsiyet rolleri ve önyargılar cinsiyet ayrımcılığını kadınlar aleyhine körüklemektedir. Kadının konumunu güçlendirmek, eğitim ve sağlık gibi temel haklarına ulaşma yolundaki engelleri kaldırmak, karar alma süreçlerine katılımlarını artırmak gibi bilinçli eylemler kamu ya da özel, yerel ya da uluslararası çabalarla desteklenmekte ancak kadın hala özlenen konumunun gerisinde görünmektedir.

Kadın imgesinin felsefedeki yansımalarına bakıldığında, dünyaca tanınan önemli isimlerin kadınlar hakkında düşündükleri ve söyledikleri bu aşamada kadının yeri hakkında fikir vermesi açısından düşündürücüdür. Aristoteles'in (M.Ö 384-322) "*kadınlar aşağılık ve duygusal yaratıklardır*" sözü, Platon'un (M.Ö.427-347) her sabah tanrılara, ilk iyilik olarak kendisini "*bir köle değil de özgür bir insan olarak doğurttukları*", ikinci iyilik olarak da yine kendisini "*bir kadın olarak değil de erkek olarak yarattıkları*" için teşekkür etmesi, Freud'un,

kadını “*kusurlu bir varlık*” olarak yorumlaması, ait olduğu dönemin kadına ilişkin toplumsal bakış açılarını yansıtmakta ve tarihsel süreç içinde kadının statüsünde fazlaca bir ilerleme kaydedilemediğini de düşündürmektedir.

Gene Nietzsche kadınların köle ruhlu varlıklar olduğunu varsayarak, erkeklere; “*Kadınların yanına giderken kırbaçlarınızı yanınıza almayı unutmayınız*” öğüdünü vermiştir. Filozof Schopenhauer, “*Kadın büyük işlere yetenekli değildir. Onun karakteristiği yapmak değil, acı çekmektir. Yaşamının günahını, doğum sancıları, çocuk için kaygı, erkeğe bağımlılık ile öder*” demektedir. Maslow, kadının sağlıklı olabilmesinin tek koşulunun “*erkeğine hayranlık duyması, erkeğin güçlülüğüne inancı ve güveninin olmasına*” bağlarken, bu duyguları geliştiremeyen kadınların sağlıksız ve mutsuz bir yaşam süreceğini belirtmiştir. Kentsoylu bir aydın olan ve “özgürlük, eşitlik, kardeşlik” gibi kavramların savunucusu Filozof J.J Rousseau’nun kadınla erkeği tanımlaması şu şekildedir: “*Kadının görevi erkeklerin hoşuna gitmek, onlara yararlı olmak, kendilerini onlara sevdirep saydırmak, küçükken büyütmek, büyüyünce onlara öğüt vermek, teselli etmek, hayatı sevimli ve zevkli hale koymaktır. Yani kadın, erkeği hoşnut etmek için yaratılmıştır. Kendi başına bir değeri yoktur. Ancak erkekle bağlantı içinde bir değer taşımaktadır. Bu nedenle kadınla erkeğin aynı biçimde eğitilmesi gereksizdir. Kadın özgürlük için değil, erkeğe bağımlılık için eğitilebilir, eğitim kadın için sadece kocasının hoşuna gidebilmesi ve çocuklarını eğitebilmesi için gereklidir. Çünkü erkek akıllı, kadın ise duyguları temsil eder*”. Balzac da kadına ilişkin; “*Kadının yazgısı ve tek ünü erkeklerin yüreklerini heyecanlandırıp çarptırmasıdır. Kadın sözleşme ile elde edilen bir maldır. Çünkü onun sahibi erkektir. Daha da acık ifade ile söylenirse, kadın erkeğin eklentisinden başka bir şey değildir*” şeklinde görüşlerini ifade etmiştir.

Bütün bu ifadeler tarihsel çerçevede kadına biçilmiş değerleri yansıtırken, bu düşüncelerin hepsinin erkeklere ait söylemler olması da erkeklerin kontrolünde olması savunulan bir kadın imajının ifadesidir. Oysa Virginia Woolf “*Erkekler kadınları kendilerinden daha üstün bir rakip olarak bilmelerinden dolayı, gerekli olduğunda kadınların en güçsüz ya da en bilgisiz olanını seçerler, böylece her erkeğin kendini kendilerini güçlü hissedebilmeleri için kadına ihtiyaçları vardır. Yani kadınlar yüzyıllardır, erkek görüntüsünü, kendi gerçek boyutlarının iki üç katı gösterebilen büyüklü ve enfes bir büyüteç görevini yerine getirmişlerdir*” diyerek tüm olumsuz yargılara yanıtı vermektedir.

Araştırmacının toplumsal cinsiyet eşitliğine ilişkin bir çalışmaya yönelmesi, toplumsal cinsiyet eşitliği kavramına olan duyarlılığı, cinsiyetler arası eşitliğe olan ilgisi ve danışmanı Prof. Dr. Meral UYSAL ile yapılan görüşmelere ve önerilere dayanmaktadır. Araştırmacının daha önce ebe ve halen sağlık meslek lisesinde öğretmen olarak görev yapması, görevi sırasındaki gözlem ve deneyimleri, sağlık hizmetinin sunumunda ve bu hizmetlerden yararlanma sırasında yaşanan eşitsizliklere dikkatini çekmiştir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin yaşamın birçok alanında hüküm sürüyor olması ve sağlık-eğitim alanlarında çalışıyor olmaktan kaynaklı gözlemlerden hareketle araştırma, cinsiyet ayrımcılığının varlığı ya da toplumsal cinsiyet eşitsizliğine ilişkin duyarlılığın sorgulanması üzerine kurgulanmıştır. Bu amaçla hem sağlık hizmet alanlar hem de hizmet sunanların toplumsal cinsiyet eşitliğine ilişkin duyarlılıklarına ilişkin verilerin, kendilerinden ve birbirlerinden alınmasına karar verilmiştir.

Kadının konumunun eskisinden pek de farklı olmadığını düşünüyor olmalı ki son dönemlerde birçok araştırmacı ve yazar, kadın ve erkek eşitsizliğine ilişkin alanyazının gelişmesine katkıda bulunan birçok araştırmalar yapmışlardır.

Sağlık alanında yaşanan cinsiyet temelli farklılık ya da ayrımcılıkların ortaya konulmaya çalışıldığı bu tezin yapılmasında, tez konusuna karar verilmesinden başlayarak bu uzun ve zorlu çalışma sürecinde bana karşı daima anlayışlı, sabırlı ve destekleyici tutumlarından dolayı danışmanım Prof. Dr. Meral UYSAL'a teşekkürü borç bilirim.

Tez izleme komitesinde yer alarak, önerileriyle katkılarda bulunan, benden desteklerini esirgemeyen ve komitede bulunmalarından onur duyduğum hocalarım Prof. Dr. Ayşe AKIN ve Prof. Dr. Rıfat MİSER'e de teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Ayrıca tezimi yaparken yaşadığım güçlüklerde, bitmesinden endişe duyduğum anlarda bana güç veren ve desteğini esirgemeyen arkadaşım Filiz ASLANTEKİN'e, anket uygulanması sırasında katkıda bulunan diğer arkadaşlarım Seyran TUNÇER, Ayşe BOYBAY, Songül HOCAOĞLU, Ayşe GÜNDOĞAN ve Kevser KARAARSLAN'a çok teşekkür ediyorum.

Evde ise bana karşı daima fedakar, destekleyici ve rahatlatıcı tutumlarından dolayı sevgili annem ve babama da sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ VE TOPLUMUN TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTLİĞİ İLE İLGİLİ DUYARLILIĞI

ULUŞEN, Mesude

Doktora Tezi

Yaşam Boyu Öğrenme ve Yetişkin Eğitimi Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Meral UYSAL

Mart, 2010

Bu araştırma, sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet duyarlılığına ne derecede sahip olduklarının ve sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda toplumun cinsiyetçi yaklaşımlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma, nitel ve nicel araştırma yöntemlerinin bir arada kullanıldığı “betimsel” tiptedir.

Araştırma evreni, Ankara ili Kızılcahamam Merkez Sağlık Ocağı bölgesindeki halk ve aynı bölgedeki hastane ve sağlık ocağında çalışan sağlık personelinin oluşmaktadır. Veriler, birinci evrenden seçilen bir örneklemden ve ikinci evrenden alınan bir çalışma grubundan elde edilmiştir. Örneklem büyüklüğü oranlı tabakalı örnekleme yöntemi kullanılarak 362 olarak hesaplanmıştır. Veriler, araştırma örneklemindeki 218 kadın ve 144 erkek katılımcıya yarı yapılandırılmış anket formu uygulanarak, çalışma grubunu oluşturan 27 sağlık personeline de derinlemesine mülakat yöntemi uygulanarak toplanmıştır. Nicel veriler SPSS programı kullanılarak, açık uçlu sorular ve görüşme yöntemi ile elde edilen nitel veriler, bir sayısallaştırma kaygısı güdülmezsizin, araştırma amaçları doğrultusunda içerik analizine tabi tutulmuştur.

Katılımcıların %36.5’si 36-45 yaş arasında olup, % 60.2’si kadın, % 39.8’i erkektir. Erkek katılımcılar en az ilköğretim mezunu iken, kadınların % 11.5’i okumaz-yazmaz ya da sadece okuryazardır. Üniversite mezunu dışındaki katılımcıların eğitimlerine devam etmeme

nedenleri, kadınlarda (% 49.7) “*ailelerinin izin vermemesi*” iken erkeklerde ise bu seçenek daha düşüktür. Eşleri çalışmayan erkek katılımcıların % 49.3’ü eşlerinin bir işte çalışmasını istemediklerini belirtmektedir. Çalışmada “*Erkekler soyun devamını sağlar*”, “*Kadınlar kendilerine uygun işleri seçmelidir*” gibi cinsiyetçi kalıpyargıların yaygın olduğu saptanmıştır. Kız ve erkek çocukların sıklıkla miras, beslenme ve eğitim konularında ayrımcılığa uğradıkları, ayrıca ekonomik destek, özgürlük ve sağlık hizmetinden yararlanmada da ayrımcılıkların olduğu saptanmıştır.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmada, kadınlar personelin cinsiyetine ilişkin tercihlerde bulunmakta, özellikle üreme sağlığı hizmetlerini kadın personelden almak istemektedirler. Kadınların % 53.7’si şiddete maruz kalmakta, şiddet uygulayanlar en çok eşler olup baba ya da abi gibi ailenin erkek figürleri de şiddet uygulamaktadır. Kadın katılımcılar en çok fiziksel (% 45.9), sonra sırasıyla psikolojik (% 24.2), kontrol etme (% 13), ihmal etme (% 9.1), ekonomik (% 4.8) ve cinsel (% 3) şiddete uğramaktadırlar. Sağlık personelinin de sık olmamakla birlikte hastalarına cinsiyetleri ve sosyo-kültürel durumlarına göre ayrımcı davrandıkları ifade edilmiştir.

Araştırma sonunda halkın sağlık hizmetlerinden yararlanmasında ve sağlık personelinin hizmet sunumunda halktan ve sağlık personelinin alınan verilere göre cinsiyet ayrımcı yaklaşımlar saptanmıştır. Bu durum, halkın sağlık hizmetlerinden yararlanmada cinsiyet ayrımcı yaklaşımlarının ortadan kaldırılması konusunda eğitim ihtiyacına, sağlık personelinin, halkın cinsiyet ayrımcılığı konusundaki duyarlılığını geliştirmek üzere eğitim ihtiyacına ve personelin kendi cinsiyet ayrımcı yaklaşımlarından uzaklaştırılması konusunda hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim ihtiyacına işaret etmektedir.

Ancak bu çalışma bir ilçedeki halktan alınan örneklemden ve sağlık personeli olarak da bir sağlık ocağı ve bir hastanede yapılan görüşmelerden elde edilen verilerle sınırlıdır. Bu nedenle durumun daha geniş boyutlu olarak araştırılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Toplumsal cinsiyet, Sağlık çalışanları, Kadın, Eşitlik, Duyarlılık

ABSTRACT

GENDER EQUALITY SENSITIVITY OF HEALTH PERSONNEL AND THE SOCIETY

ULUŞEN, Mesude
PhD Thesis

Lifelong Learning And Adult Education Program

Thesis Advisor: Prof. Dr. Meral UYSAL

March, 2010

The aim of this research is to determine to what extent health personnel have gender sensitivity while providing health care and to detect different approaches of society to gender in the use of health services. The research in which both qualitative and quantitative research methods were employed is “descriptive” in nature.

The population of the research is formed by residents of the vicinity of Kızılcahamam Primary Health Care Center in Ankara and also by health personnel working in the hospital and Primary Health Care Center in the same area. The data were obtained from a sample chosen from the first population and a study group selected from the second population. A sample size of 362 is selected by utilizing a proportional stratified sampling method. The data were collected through the semi structured survey questionnaire to 218 female and 144 male respondents and in-depth interviews with 27 health personnel that formed the study group. The quantitative data were analyzed with SPSS while the content analysis of the qualitative data, which were obtained by asking open-ended questions and carrying out interviews, is conducted without any concern for quantification according to the purposes of the research.

While 36.5% of participants are between the ages of 36-45, 60.2% are female and 39.8% are male. Whereas the male participants are at least primary school graduates, 11.5% of females are either illiterate or mere literates. The reason for not continuing their education in the case of non-university graduates is for female participants “getting no permission from their family”, while this option is selected rather less by male participants. 49.3% of male respondents whose wives are unemployed reported that they didn’t want their wives to have a job. The research showed that gender stereotypes such as “men are responsible for the continuity of bloodline”, “women should select professions appropriate for themselves” are prevalent. It is determined that girls and boys are often discriminated against in the matters of inheritance, nutrition and education and there are also discriminations in getting financial support, having freedom and using health services.

In using health services, females make preferences on the basis of the gender of health personnel and they especially prefer to obtain reproductive health services from female personnel. 53.7% of females are abused by their spouses most of the time and by male figures like father or brother in their families as well. While female participants are abused physically at most (45.9%), they are also abused psychologically (24.2%), economically (4.8%), sexually (3%) and in terms of controlling (13%) and neglecting (9.1%). It is reported infrequently that health personnel have also acted discriminatively toward their patients on the basis of gender and socio-cultural situation.

At the end of the research, gender discriminative approaches are shown to exist in public use of health services and in the provision of health services by health personnel according to the data obtained from health personnel and the residents. This situation indicates to the need for education in order to eradicate gender discriminative approaches in public use of health services and improve the public sensitivity for gender discrimination. It also indicates to pre-service and in-service training need for health personnel to get rid of their own gender discriminative approach.

Nevertheless, the current study is limited to a sample derived from the population of a county and to the data obtained from the interviews with the health personnel of a primary health care centre and a hospital. For this reason a more comprehensive research on the situation is needed.

Key words: Gender, Health personnel, Woman, Equality, Sensitivity

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	ii
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLOLAR.....	xii
ŞEKİLLER.....	xv

BÖLÜM I

GİRİŞ	1
1.1. Problem	1
1.2. Amaç	20
1.3. Önem	21
1.4. Sınırlılıklar	22
1.5. Kısaltmalar	23

BÖLÜM II

KAVRAMSAL ÇERÇEVE	24
2.1. Toplumsal Yapı, Cinsiyet Roller ve Kalıpyargılar	26
2.2. Toplumsal Cinsiyette Eşitlik ve Hakkaniyet	31
2.3. Kadın Sağlığına Etkisi Yönüyle: Kadına Yönelik Şiddet	34
2.4. Kadının Statüsünü Geliştirmeyi Amaçlayan Ulusal ve Uluslararası Çalışmalar.....	51

BÖLÜM III

YÖNTEM	61
3.1. Araştırmanın Modeli	61
3.2. Evren ve Örneklem.....	61
3.3. Verilerin Toplanması.....	63
3.4. Verilerin Analizi	64

BÖLÜM IV

BULGULAR VE YORUM	66
1. Demografik Bulgular	66
1.1. Araştırma Anketinin Uygulandığı Halka İlişkin Demografik Bulgular	66
1.2. Sağlık Personeline İlişkin Demografik Bulgular	68
2. Halkın Cinsiyet ayrımcılığına İlişkin Bulgular	70
2.1. Halktan Alınan Bulgular	70
2.1.1. Toplumsal Yaşamda Halkın Cinsiyet Ayrımcı Tutumları	70
2.1.2. Kız Ve Erkek Kardeşler Arasında Ayrımcılık	79
2.1.2.1. Katılımcıların Çocukluk Dönemlerinde Kız ve Erkek Kardeşleri Arasında Ayrımcılık Olup Olmadığına İlişkin Bulgular	79
2.1.2.2. Yaşadıkları Çevrede Kız ve Erkek Kardeşler Arasında Ayrımcılık Olup Olmadığına İlişkin Bulgular	88
2.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımında Halkın Cinsiyet Ayrımcı Tutumları...	95
2.1.4. Şiddet Durumunda Halkın Cinsiyet Ayrımcı Tutumları	108
2.1.4.1. Şiddet Algıları ve Tutularına İlişkin Bulgular	108
2.1.4.2. Şiddet Vakalarında Tutum ve Davranışlara İlişkin Bulgular	119
2.2. Sağlık Personelinden Alınan Bulgular	129
2.2.1. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmada Halkın Cinsiyet Ayrımcılığına İlişkin Bulgular	129
2.2.2. Hastaların Kız ve Erkek Çocukları Arasında Ayrımcılık Yapmalarına İlişkin Bulgular	139
3. Sağlık Personelinin Cinsiyet Ayrımcılığına İlişkin Bulgular	145
3.1. Halktan Alınan Bulgular	145
3.2. Sağlık Personelinden Alınan Bulgular	152
3.2.1. Sağlık Personelinin Cinsiyet Ayrımcı Tutumlarına İlişkin Bulgular	152
3.2.2. Sağlık Personelinin Şiddete Uğrayan Hastalara İlişkin Tutumları	166
3.2.3. Doktorların Branş Seçimlerinde Gözlenen Cinsiyete Dayalı Ayrımcılıklara İlişkin Bulgular	182
4. Yapılması Gerekenlere İlişkin Sağlık Personeli Görüşleri	189
4.1. Halkın Cinsiyetçi Yaklaşımlarından Uzaklaştırılmasında Sağlık Personelinin	

Tutum ve Davranışlarının Etkililiğine İlişkin Bulgular	189
4.2. Sağlık Personelinin Cinsiyet Eşitsizliklerinin Giderilmesine İlişkin Önerileri	193

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER	199
SONUÇLAR	199
1. Halkın Toplumsal Yaşama İlişkin Cinsiyet Ayrımcı Tutumları	199
2. Toplumun Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Konusunda Cinsiyet Ayrımcı Tutumları	203
3. Sağlık Personelinin Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Toplumsal Cinsiyet Duyarlılığı ve Cinsiyet Ayrımcı Tutumları	205
4. Sağlık Personelinin Karşılaştıkları Şiddet Vakalarına İlişkin Tutumları	209
5. Yapılması gerekenlere ilişkin sağlık personeli görüş ve önerileri	210
ÖNERİLER.....	211
1. Halka dönük eğitim programlarının içeriğinde yer alması önerilen konular	211
2. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Hizmetiçi ve Hizmet Öncesi Eğitim Programlarının İçeriklerine Yer Alması Önerilen Konular	213
3. Araştırmaya İlişkin Öneriler.....	215
KAYNAKÇA.....	216
EKLER	227
1. Halka uygulanan yarı yapılandırılmış anket formu	228
2. Sağlık personeline uygulamam görüşme formu	232
3. Araştırma izin belgesi	233

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1: Araştırma Grubunun Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum ve Aylık Gelir

Durumlarına Göre Dağılımı 66

Tablo 2: Araştırma Grubunun Evlilik Bağlarına Göre Dağılımı 67

Tablo 3: Araştırma Grubunun Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı..... 67

Tablo 4: Araştırma Grubunun Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu..... 68

Tablo 5: Eşin Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu 68

Tablo 6: Okur-Yazar Olmayan Katılımcıların Okula Gitmeme Nedenlerine Göre Dağılımı 70

Tablo 7: Üniversite Mezunu Dışındaki Katılımcıların Eğitime Devam Etmeme Durumu.... 70

Tablo 8: Eşin Çalışmama Nedenlerinin cinsiyetlere göre dağılımı 72

Tablo 9: Karısı çalışmayan erkek katılımcıların eşlerinin çalışması
konusundaki görüşleri 72

Tablo 10: Katılımcıların Toplumda Cinsiyete İlişkin Kalıpyargılara Katılma
Durumları 73

Tablo 11: Araştırma Grubunun Öğrenim Çağındaki Kız Ve Erkek Çocukları
İçin En Uygun Buldukları İlk Üç Meslek 76

Tablo 12: Ailede Erkek Çocuk Tercih Edilme Durumu..... 77

Tablo 13: Tek Çocuklarının Olması Halinde Cinsiyet Tercih Etme Durumu 78

Tablo 14: İstenen cinsiyette bebek sahibi olmak için gebelik öncesi özel bir
yöntem isteme..... 78

Tablo 15. Karşı Cinsiyetten Bir Hekime Muayene Olmaktan Kaçınma Durumlarının
Cinsiyetlere Göre Dağılımı 95

Tablo 16: Karşı Cinsiyetten Bir Hekime Muayene Olmaktan Kaçınma Durumunun Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	96
Tablo 17: Aile Planlaması Hizmetlerini Karşı Cinsiyetten Bir Hekimden Almaktan Rahatsızlık Duyma Durumunun Cinsiyetlere Göre Dağılımı	96
Tablo 18: AP Hizmetlerini Karşı Cinsiyetten Bir Hekimden Almaktan Rahatsızlık Duma Durumunun Yaşlara Göre Dağılımı	97
Tablo 19: AP hizmetlerini karşı cinsiyetten bir hekimden almaktan rahatsızlık duyma durumunun öğrenim durumuna göre dağılımı.....	98
Tablo 20: AP hizmetlerini karşı cinsiyetten bir hekimden alma ve eşinin doğum-AP hizmetlerini bir erkek doktordan almasından kaçınma durumları	98
Tablo 21: AP Yöntemlerini Kadınlar mı Erkekler mi Kullanmalı	99
Tablo 22: AP Yöntemi Olan Tüplerin/Kanalların Bağlanması Yöntemini Kendi İçin Uygun Bulanların Cinsiyetlere Göre Dağılımı	99
Tablo 23: Erkek Katılımcıların Eşlerinin Doğum-AP Ve Kendilerinin Bevliye Sorunlarına İlişkin Davranışları	100
Tablo 24: Çocuklukta Sağlık Nedeniyle Kardeşlerini ya da Çocuklarını Kaybetme Durumunun Cinsiyetlere Göre Dağılımları	101
Tablo 25: Şiddeti Tanımlama Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı	108
Tablo 26: Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Düşüncelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	109
Tablo 27: Sürekli Eşinden Şiddet Gören Komşu ya da Yakınları Olması Durumunda Davranış Biçimlerinin Cinsiyetlere Göre Dağılımı	110
Tablo 28: Aile İçinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Cinsiyetlere Göre Dağılımları.	111
Tablo 29: Şiddete Maruz Kalanların Şiddet Uygulayan Yakınlarına Göre Dağılımları	112
Tablo 30: Görülen Şiddet Türlerinin Cinsiyetlere Göre Dağılımı	113
Tablo 31: Şiddet nedeniyle yaşanan sağlık sorunları	114

Tablo 32: Şiddete Bağlı Fiziksel ya da Duygusal Zarara Uğrama Durumları.....	114
Tablo 33: Şiddete Maruz Kalarak Başvurulan Yerler	115
Tablo34: Şiddete Uğrama Durumunda Katılımcıların Yaşanan şiddeti doktorla paylaşma ya da gizleme durumu	116
Tablo 35: Şiddet Nedeniyle Doktora Başvurma Durumunda Doktor Tutumları	116
Tablo 36: Eşi tarafından şiddete maruz kalanların yapması en uygun düşünülen davranışlara ilişkin görüşlerin cinsiyetlere göre dağılımları	117

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 1. Kadınların gözlemlediği ayrımcılık türleri	88
Şekil 2. Erkeklerin gözlemlediği ayrımcılık türleri	92

“İnsan topluluğu kadın ve erkek denilen iki cins insandan oluşur. Kabil midir bu kütlenin bir parçasını ilerletelim, ötekini ihmal edelim de kütlenin bütünü ilerleyebilsin? Mümkün müdür ki bir cismin yarısı toprağa bağlı kaldıkça, öteki yarısı göklere yükselebilsin?”

H. Ataturk

BÖLÜM I

GİRİŞ

Problem

Toplum, bir arada yaşayan insanların oluşturduğu, insanların toplumsal ilişkiler yoluyla katıldığı alt grupları da içeren bir yapıdır. Herkes yaşamı boyunca başta ailesi olmak üzere, bir dizi toplumsal grupta yer alır. Toplum, sınırları kesin olarak belirlenmiş bir örgüt olmamakla birlikte, kendine özgü düzeni ve kuralları vardır. Toplumsal yapı, toplumda organize olmuş ilişkiler bütünüdür ve iyi örgütlenmiş gruplardan oluşur. Aile, okul, işyerleri ve sendika gibi daha küçük boyutlu toplumsal grupların her biri, hem kendi içlerinde küçük birer toplum, hem de daha büyük bir toplumun parçalarıdır. Birey bu gruplar içinde varlığını sürdürürken sürekli bir iletişim ve etkileşim halindedir. Bu iletişim ve etkileşim ortamı bireye aynı zamanda bir öğrenme ortamı oluşturarak toplumsal yapının, kültürün, geleneklerin doğuşunda önemli bir rol üstlenir.

Toplumsal yapıyı oluşturan bu kurumlar, toplumların kültürleri ile biçimlenerek, o toplumun üyesi insanlarca da kanıksanır. Doğal olarak, dünyaya gelen her yeni birey de tercih şansı kullanmadan kendine verili bu ortama doğmaktadır. İçinde yaşadığı toplumda kabul görmesi ise toplumun normlarına ve toplumsal normallere uymasıyla doğru orantılıdır. Birey toplumsal yapının kurumları içinde, o kültürle yoğrularak biçimlenir ve ait olduğu toplumun özellikleriyle beslenerek kendi kimliğini bulur. Toplumsal normlar bireylere belli rolleri uygun görmekte ve bireyden bu yönde beklentileri olmaktadır. Aile, okul, arkadaş ya da iş çevresindeki etkileşimler bireyi içinde bulunduğu toplumun beklentilerine uygun davranmaya yönlendirmekte, aksi durumda ise uyum güçlükleri yaşayabilmektedir. Her toplum kendi normlarına uygun bireyler oluşturmak üzere normlara sahiptir. Bu normlar bazen çok katı kalıplar biçiminde gerçekleşmekte ve cinsiyet algılarına ilişkin öğrenmelere temel oluşturmaktadır.

Tüm toplumlarda, kadın ve erkekten farklı roller, ödevler, farklı davranış örüntüleri beklenmekte, kadın ve erkek kendilerine verili rolleri ve sorumlulukları ile kalıplaşmış kavramlar olarak görülmektedir. Çocukluk dönemlerinden başlayarak bu rollerine uyum sağlamaları, toplumun kendilerine uygun gördüğü özellikleri taşımaları için yönlendirmeler yapılmaktadır. Toplum kadına ve erkeğe farklı davranmakta, onlardan da farklı davranmalarını beklemekte, kimi zaman da farklı davranmaya zorlamaktadır. Bu öğrenmelerin sonucu kadın, daha çok özel alan kabul edilen alana yönlendirilirken, ondan ev içi işlerle ve aile üyelerinin bakımı ile ilgilenmesi beklenmekte; erkek ise kamusal alanda temsil edilerek, evin gereksinimlerini karşılaması ve eve gelir getirmesi beklenmektedir. Birçok toplumda, iş yaşamı ve diğer kamusal alanlarda erkeğin, evle ilgili iş ve sorumluluklarda kadının yer alması “doğal bir süreç” olarak nitelendirilmekte, kadının çalışıyor olması, onu asıl işi görülen ev işleri ve aile bireylerinin bakım sorumluluğunu hafifletmeyip ek bir yük getirmektedir.

Kadın ve erkek, çocukluktan beri kendilerine sunulan bu öğrenmeleri içselleştirerek toplumun istediği kadın ve erkek kimliklerine bürünüp topluma uyum sağlarlar. Kimi zaman kendilerinden beklenene, yani kadın ve erkek olmayı gerektiren davranış ve rollere uygun hareket etmediklerinde ise toplum normlarının dışına çıktıklarından çevrelerinden tepki görürler.

Toplumun kadın ve erkekten beklediği roller, duygu ve davranışlar da birbirinden farklıdır. Kadın daha duygusal olarak nitelendirilerek, hislerini daha kolay gösterebilirken, erkeğin daha güçlü, bağımsız, atılgan ve duygusallıktan uzak olması beklenmektedir. Toplumun kadın ve erkekten beklediği bu farklı duygu, davranış ve toplumsal roller kadına ve erkeğe toplumun istediği ‘kadın’ ya da ‘erkek’ olma özelliklerini kazandırır. Toplumun değer yargıları, kadın ve erkeğe biçtiği roller iki cins arasında doğuştan getirdiklerine ilave farklılıklar oluşturmaktadır. Kadın ve erkek arasında biyolojik, fiziksel farklılıkların dışında, toplumun kadına ve erkeğe yüklediği rollerinden oluşan farklılıklara toplumsal cinsiyet rolleri denmektedir. Kadın ve erkek dendiğinde, biyolojik farklılıktan çok, toplumun kadın ve erkeğe biçtiği toplumsal cinsiyet rolleri yani toplumsal yönü algılanmaktadır. Kadından beklenen bu toplumsal roller kadının toplumdaki yeri ve statüsünü belirlemekte,

erkeğin daha egemen ve etkin olduğu toplumda kadını erkeğe oranla daha güçsüz kılmaktadır.

Kadın ve erkeğe biçilen değer toplumdan topluma, kültürden kültüre bir farklılaşma gösterse de, hemen hemen tüm toplumlarda erkeğin kadına oranla daha ayrıcalıklı ve daha avantajlı olduğu görülmektedir. Erkeğe verilen önem ve değer kadını ikincil konuma itmekte, erkeği ise güçlü ve baskın kılmaktadır. Bu ise karar verme mekanizmaları dahil toplumun her katmanında erkek egemen bir işleyişi hakim kılmaktadır.

Kadına ilişkin kavramlar incelendiğinde, kültürün biçimlendirdiği, toplumsal yapının dayattığı bir dizi önyargı ve kalıplara rastlanmaktadır. Kadın, biyolojik olarak tanımlandığında yalnızca doğurganlığı ve annelik göreviyle ön plana çıkarılmaktadır. Ancak sosyal bir varlık olan insan, bu şekilde sınırlanamayacak kadar karmaşık ve çok boyutlu bir yapı göstermektedir.

Toplumsal cinsiyet rolleri, toplumsal olarak kurgulanmakta ve öğretilmektedir. Büyüme ve gelişme sırasında kız ve erkek çocukları kendisine biçilen toplumsal cinsiyet rollerine uygun olarak nasıl davranmaları gerektiğini öğrenmektedirler. Çocukluklarından itibaren kız ve erkek çocuklara birbirinden farklı davranmaları, giyinmeleri, duygularını farklı biçimde göstermeleri, farklı ilgi alanları edinmeleri öğretilmektedir. Toplumsal cinsiyet normları aile, dini kurumlar, medya ve diğer toplumsal kurumlarca üretilip sürdürülmektedir. Genellikle yasalar yoluyla resmi bir statü kazanmaktadır. Örneğin, birçok ülkenin evlilikle ilgili yasaları erkeğin, kadından daha üstün olduğu varsayımı ile oluşturulmuştur ve erkek lehine işlemektedir. Kadınlar nüfusun yarısını oluştururken statülerini belirleyen temel göstergelere bakıldığında erkeklerle eşit statüde olmadıkları görülmektedir (Akın, Üner, Aslan, Esin ve Coşkun 2004, 16-17). Kadın ve erkeğin toplum normlarından kaynaklanan bu farklılıkları, ayrıcalıklı tutumlar, kadının toplumsal statüsünü doğrudan etkilemektedir. Erkeğin aile reisliği gibi varsayımla hazırlanan yasal düzenlemeler, erkeğin güçlülüğü ve üstünlüğü gibi bir ön kabulle, eşitlik mücadelesi önünde engeller oluşturabilmektedir.

Günümüzde, kadın ve erkeğin toplumsal rolleri, farklılıklarının temelleri ile cinsiyet ve toplumsal cinsiyet ayrımı üzerinde daha çok durulmaya başlanmıştır. Bu

ayrım, doğuştan kazanılan biyolojik-fiziksel özellikler ve toplumsal yaşamda kazanılan toplumsal cinsiyet özellikleridir. Biyolojik anlamda kadın ve erkek olmak üzere iki cinsiyet vardır. Üreme sistemlerinin farklı oluşu, anatomik, fizyolojik ve hormonal özelliklerindeki farklılıklar bireyi bu cinsiyetlerden birine ait kılar ve fiziksel farklılıklarını belirler. Ancak fiziksel farklılıklarından öte, kadın ve erkek olmayı anlatan toplumsal cinsiyet rolleri, toplumsal yaşamda onları oldukça derinden etkilemekte, sınırlamakta ya da güçlendirmekte, her iki cinsiyetteki bireyi de farklı biçimde yönlendirmektedir. Bu etkilenmeler kadınların ikincil rolünü pekiştirir nitelikte görülmekte ve kadınlara daha dezavantajlı bir konum sunmaktadır.

Toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklanan cinsiyet ayrımları hem kadınların hem de erkeklerin yaşamını şekillendirmekte ve ortaya çıkan bu çeşitlilik, sadece cinsiyetler arası doğal bir farklılık değil, bundan daha fazla bir anlam taşıyan eşitsizlikleri de çağrıştırmaktadır. Kadın ve erkek arasındaki bu eşitsizlikte denge güçlü olan lehine bozulmaktadır. Buna göre kadın olmak, erkeğe oranla kaynaklara daha az ulaşmayı haklı gösterir. Bu eşitsizliğin en belirgin olarak gözlendiği durumlardan biri de gelir dağılımında yaşanan eşitsizliklerdir. Dünyadaki yoksulların %70'ini kadınlar oluşturmaktadır. Uluslararası literatürde yoksulluğun feminizasyonu olarak tanımlanan bu durum, zengin ya da fakir, gelişmiş ya da gelişmekte olan çoğu ülkede görülmektedir. Kadın yoksulluğu, çalışma yaşamında kadınların eşit olmayan durumunu ve ev içindeki düşük statülerini de yansıtan önemli bir göstergedir. Birçok kadın çalışma fırsatı bulamazken, çalışan kadınlar ise ancak erkek kazancının ortalama dörtte üçü kadar ücret kazanmaktadırlar (Akın, 2005, s.2).

Kadınlar ev ve çocuk bakımı sorumluluklarından dolayı iş yaşamında yeteri kadar yer alamamaktadırlar. Ücretli ve maaşlı işlerde (Kadın % 39, erkek % 61), işveren olarak (Kadın % 21, erkek % 79) ve ücretsiz aile işlerinde (Kadın % 62, erkek %38) kadın temsili istatistiksel sonuçlarına göre de kamusal alanda erkek hakimiyeti görülürken, kadın eve ilişkin işlerde daha yoğun çalışmaktadır. (UNITED NATIONS, 2005, s.16). Uluslararası araştırma verilerinde de görüldüğü gibi birçok kadın erkeklere oranla düşük statülü işlerde çalışmaktadır. Kadınların ev işleri yoğunluklu ve kadına özgü kabul edilen alanlarda çalıştıkları, erkeklerin daha üst düzeyde temsil edildiği kamusal alanlarda kadın temsiline daha düşük olduğu

bilinen bir gerçektir. Bu durum kadının statüsünü belirleyici en önemli etkenlerdendir.

Kadınlara karşı her türlü ayrımcılığın önlenmesi sözleşmesinde ve ihtiyari protokolünde, kadınların ailenin refahına ve toplumun kalkınmasına yaptıkları büyük katkının henüz tam olarak algılanamadığı, ana-babanın ailede çocuk büyütmedeki rolleri göz önünde bulundurulması ve kadınların üremedeki önemli rolünün aile içinde ayrıma neden olmaması gerektiği, çocuk yetiştirme de kadın ve erkek ile toplumun tamamının sorumluluk paylaşımları gereği dile getirilmekte ve katılımcı devletler toplumsal cinsiyet temelli engelleri aşması beklenen yasal düzenlemeleri yapma, kadın eşitliğinin korunması ve takibi konularında sorumluluklar yüklenmektedir (KSSGM ve UNICEF, 2001, 20-21).

Toplumsal, ekonomik, siyasi kaynaklara, bilgi-eğitim olanaklarına erişim ve bu kaynaklar ve olanaklar üzerindeki kontrol hakkı, güç ve karar mekanizmalarına katılım hakkını da beraberinde getirmektedir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve ayrımcılıklar, bu sürecin kadınlar ve erkekler arasında farklı biçimde işlemesi, bunun sonucunda da kadınların güç/karar mekanizmalarına katılımdan uzak tutulması durumunu doğurmaktadır. Toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılık, kadının eğitim, çalışma, karar mekanizmalarına katılım, sağlık gibi temel haklardan eşit düzeyde yararlanmasını engellemektedir (Akın, Üner, Aslan, Esin ve Coşkun, 2004, s.20).

Cinsiyete dayalı ayrımcılık, toplumun her kesimindeki kişi ve kurumların yanında temelde anne-babaların, yakın akraba ve komşuların, küçük yaştan itibaren kız çocuklarına erkek çocuklarına olduğundan farklı yaklaşımları ile başlamaktadır. Kız çocukları canları yandığında ağlamalarına göz yumulurken, ağlayan erkek çocuklarının bu davranışı kabul görmez ve bastırılmaya çalışılır. Erkek çocukların araba, tabanca-tüfek gibi oyuncaklarla oynaması beklenirken, kız çocukların bebeklerle evcilik oynamaları uygun görülmektedir. Kız çocuklarının erkek çocuklara göre daha süslü giyinmeleri, erkek çocukların takım kurup maç yapmaya özendirilmeleri, buna karşın kızlara bu desteğin verilmemesi gibi farklılıklar kadınların ve erkeklerin temelde farklı ve değişmez birtakım psikolojik özellikler taşımalarıyla bir ölçüde açıklanabilir (Acar, Ayata ve Varoğlu, 1999, s.6). Bu yönlendirmeler, kadınlara uyumlu olma, anlayışlılık ve yumuşak başlılık gibi özellikleri, erkeklere ise bağımsız olma, özgüven ve güç kazandırmaya ve dolayısıyla

kız ve erkek çocuklarını toplumun beklentilerine uygun bireyler olarak hazırlamaya dönüktür.

Kişilerin toplumda üstlenecekleri cinsiyet rollerine yönelik bu önyargılı beklentiler, toplumda bireylerin yerine getirmeleri gereken görevlerin cinsiyetler arasında nasıl bir dağılım göstereceğini belirlemektedir. Bu önyargı ve beklentilere dayalı olarak bazı meslek ve pozisyonlar kadın işi olarak tanımlanırken, bazıları ise erkek işi olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla, cinsiyete dayalı ayrımcılık en yaygın olarak iş ve çalışma yaşamı ile bireylerin bu çalışma ortamında nasıl yer alacaklarının, tercih edecekleri mesleklerin, seçtikleri mesleğe başlama koşullarının oluşturulduğu eğitim ortamlarında önem kazanmaktadır. Mesleklere yönlendirme, işe eleman alma ve örgütlerdeki tutum, davranış ve değerlendirmeler çalışma yaşamında cinsiyete dayalı ayrımcılığın ortaya çıktığı temel alanlar olarak karşımıza çıkmaktadır (Acar, Ayata ve Varoğlu, 1999, s.6-7).

Mesleki yönlendirmeler çocukluk dönemi, özellikle de en yoğun biçimde okul çağında yapılmaktadır. 1928 yılından 1995 yılına kadar ilk ve ortaokullarda okutulan ders kitaplarında cinsiyetçiliğin araştırıldığı bir çalışmada, 1920’li yıllarda kabul gören ‘meslek sahibi kadın’ anlayışının, 1950’lerde terk edilmeye başlandığı, 1950’lerden sonra kitaplarda çeşitli iş kolları sayılırken ‘meslek adamlığı’na özellikle vurgu yapıldığı, çocuklara sorulan soruların ‘baba mesleği’ni öğrenmeye yönelik olduğu bulguları edinilmiştir. Kadının bu imaj değişikliğinde, analığın bir uzantısı olarak görülen ilkokul öğretmenliği, kadınlara en uygun görülen meslek alanları arasında ilk sırayı almıştır (Helvacıoğlu, 1996; Acar, Ayata ve Varoğlu, 1999, s.7; Gürses, 2003, s. 46). Kadının ayrıca bakım verici rolünün vurgulandığı hemşirelik mesleği de, öğretmenlik kadar kadına özgü bir meslek sayılmaktadır. Son dönemde erkeklerin, düşük oranda da olsa hemşirelik mesleğinde yer almaları bu genel kanıyı henüz yıkabilmiş görünmemektedir.

Kadınlara verilen eğitim, seçilen meslekler kadının özel yaşamında sorun yaratmayacak türden ise kabul görebilir. Kadınların kamusal alandaki var olma, gelişme ve ilerlemeleri önündeki engel, özel alandaki birincil sayılan görevleridir. Çalışan kadınlar, ev ve iş arasında tercih yapmaları gerektiğinde, çoğu kez, toplumsal cinsiyetin kendilerine dayattığı rolü seçmek zorunda kalırlar.

Öğretim programlarının, öğretme-öğrenme araçlarının ya da ders kitaplarının cinsiyet rollerinden arındırılma çalışmaları amacına ulaşmamıştır. Ders kitaplarında hala erkeklere aktif, kadınlara ise pasif roller verilmektedir. Bunun sonucu olarak, erkeklere kamusal alanda aktif rol ve görevler verilmesi sürdürülürken, kadınlara uygun görülen işler koca/çocuk bakımı gibi evle ilgili işlerle kısıtlı tutulmaktadır. Kalıplaşmış cinsiyet rollerinin öğretilmesi yetişkinler için okuma yazma kurslarında kendini göstermektedir. Öğrencinin sahip olduğu geleneksel kalıplar bu materyallerle desteklenmekte ve güçlendirilmektedir. Sonuçta Türkiye'deki okulların geleneksel cinsiyet rollerinin yeniden üretilmesine büyük oranda katkıda bulunduğu söylenebilir (Otaran ve diğerleri, 2003; UNICEF, 2003).

Türkiye'de kadın imajı zaman içerisinde değişiklikler göstermektedir. Cumhuriyet'in 1920'lerde devrimlerin yaygınlaştırılması sürecinde, kadın ve erkeklere eşitlikçi bir dünya sunulmakta, kadın erkeğin ardında değil, toplumsal yaşamın tüm alanlarında onun yanında görülmektedir. Bu anlayış zamanla değişmiş, bu değişim eğitim öğretime de yansımış, ders kitapları yoluyla desteklenmiş ve güçlendirilmiştir. Ders kitaplarının, zaman içindeki değişimlere karşın, kadına karşı ayrımcılığın, cinsiyetçiliğin yeniden üretilme, sürdürülme ve pekiştirilme sürecinde bir araç olma işlevini sürdürdüğü görülmektedir (Gümüsoğlu, 2003, s.60). Türkiye'de eğitim sisteminin, Cumhuriyetin ilk yıllarında yüklenmiş olduğu ve 1980'li yıllara kadar azalarak da olsa sürmüş olan tarihsel işlevi değişmiş, yeni bir işlev ve içerik kazanmıştır (Sayılan, F; Özkazanç, A., 2009, s:51-73).

Ders kitaplarında da görüldüğü gibi meslek seçiminde kız ve erkek çocukların toplumsal yönlendirmeleri arasında farklılıklar bulunmaktadır. Araba tamirciliği, genel müdürlük, müfettişlik erkek işleri olarak sınıflandırılırken, hemşirelik, kütüphanecilik, sekreterlik kadınlar için uygun işler olarak kabul edilmektedir. Toplumsal yapının dayattığı cinsiyet rollerinin, kadınları belli türde işlere yönelttiği de söylenebilir. Kadınlar evleri ve/veya çocuklarına daha yakın olabilmek, mesleklerini, eş ve annelik sorumlulukları ile birlikte sürdürebilmek uğruna, daha esnek zaman dilimlerine sahip olabilecekleri ancak kendilerine daha düşük kazanç veya daha az olanaklar sağlayan işler seçebilmektedir. Kadınların, insanlarla uğraşacakları hizmet sektöründe çalışmayı, üretim sektöründe çalışmaya yeğledikleri de ifade edilmektedir (Acar, Ayata ve Varoğlu, 1999, s.7). Toplumsal yapının

gerektirdiği cinsiyet rolleri, kadınların meslek seçimini, yaşam biçimini etkilemekte, toplumda var olabilme, kendi güçlerinin ve yapabileceklerinin farkına varma, yeteneklerini kullanabilmeleri önünde engeller oluşturmakta ve kadını sınırlamaktadır.

Okulların, toplumsal farklılıkların yeniden üretimindeki kilit rolünün ve bu sürecin nasıl cinsiyetçi pratiklerle sürdürüldüğünün araştırıldığı bir çalışmada, öğretmenlerin zaten var olanın yeniden üretimi ve pekiştirilmesinde rol oynadıkları, okulda denetimi sağlamada cinsiyetçi geleneksel pratiklerin işlediği, bu durumun daha çok eğitici telkinler ve nasihatler şeklinde kendini gösterdiği sonucuna varılmıştır. Var olan kalıp yargıların yeniden-üretimi sürecinde, öğrenci cinselliğini ve okuldaki şiddeti kontrol etmeye yönelik söylem ve pratiklerin öne çıktığı görülmüştür. Öğretmen ve öğrencilerle yapılan görüşmeler sonucunda, idareci ve öğretmenlerce okuldaki düzeni sağlamada, kız ve erkeklerin farklı kontrol süreçleri ile denetlenmeye çalışıldığı, bu tutumların oldukça geleneksel yaklaşımlar barındırdığı ve bu haliyle de toplumda var olan ayrımcı tutumların pekiştirildiği sonucuna varılmıştır. Çalışmada yer alan öğretmenler ve yöneticiler, lise çağındaki gençlerin “özgöl” sorunları olduğunu kabul etse de, erkek öğrencilerin yaptıkları hataları, içinde bulundukları gelişim evresi ile ilişkilendirerek daha hoş görebilirken, kız öğrencileri korunmaları gerektiği inancıyla daha fazla kontrol etmeye çalıştıkları ve bu davranışlarla da erkek yanlısı bir tutum aldıkları ifade edilmektedir (Sayılan ve Özkazanç, 2009, s:51-73).

Aynı çalışmada erkek öğrenciler tarafından da dillendirilen bu “delikanlılık” söylemi ile erkek öğrencilerin kural dışı davranışlarının hoş görülebildiği, kızların kimlik arayışlarının ise yok sayıldığı, daha çok gelenek ile terbiye edilmeye çalışılan kızlara yönelik olarak “namus” ve “iffet” tabularının sıklıkla kullanıldığı bulgular arasında yer almaktadır. Bu denetim söylemleri, kızları okuldaki hâkim eril kültüre karşı ve genel olarak erkeklere karşı korumak/korkutmak temasında odaklanmakta ve aynı zamanda bu paternalist denetim kızları incinmeye, tacize ve hatta tecavüze açık özneler olarak kurmaktadır. Okul yönetimi, “kanları deli akıyor bu dönem” sözleriyle “delikanlılığı” biyolojik-psikolojik bir gelişim evresi olarak meşru görmekte ve eril gücün ehlileştirilmesiyle toplumsal denetim işlevini yerine getirmeye çalışmaktadırlar. Öte yandan, kız öğrencilere yaklaşımlar, daha çok geleneğin

sürdürülmesi biçiminde görülmekte ve sınırlar aşıldığında kızlara verilen öğütler namus üzerinden ifadesini bulurken, erkek öğrencilere verilen öğütlerde, “kızların namusunu korumak” teması öne çıkarılmaktadır (Sayılan ve Özkazanç, 2009, 51-73). Toplumsal yapının önemli bileşenlerinden biri olan okullar, genç kız ve erkek öğrencilerin yaşamlarını biçimlendirmek yanında, cinsiyetçi tutumların, ayrımcılıkların sürdürülmesi ve derinleşmesinde de önemli rol oynamaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi, okullar olduğu kadar ders kitapları da cinsiyetçiliğin sürdürülmesinde önemli araçlardandır. Bu nedenle okul, eğitimciler ve ders kitapları, toplumda zaten var olan ayrımcılıkların yeniden üretimi, sürdürülmesi ya da derinleşmesi sürecine değil, aksine cinsiyetler arası eşitlik ve hakkaniyetin geliştirilmesi sürecine ve cinsiyete dayalı ayrımcılık ve şiddeti önlemeye dönük çabalara katkı verebilecek önemli araçlar olarak kullanılmalıdır.

Bir başka araştırmanın sonuçlarında yer alan, kız çocuklarının “ev işlerine katkı, aile bütçesine katkı, okula gitmeye ilgi duymaması gibi maddelerin kabul edilmiş olması da cinsiyet rollerinin ne denli derin olduğunu göstermektedir. Aynı çalışmada “kız çocuklarının eninde sonunda evlenip gideceği, en önemli rolünün annelik, ev işleri, yaşlıların ve ailenin bakımı ve evin temizlik işleri” gibi toplumsal kabullerin yaygın olduğu belirtilmekte ve bu işleri yapmak için okumaya, eğitim görmeye gerek olmadığına ilişkin ataerkil kanaatler kabul görmektedir (Köşgeroğlu, 2008, ss: 42-43). Toplumda geniş yer bulan bu gibi cinsiyet rolleri ve ayrımcılığına dayalı kabuller, kız çocuklarının eğitim almaları önündeki engellerden biri ve en önemlilerindendir.

Kadınların namus kavramı üzerinden kontrol edilmesi gibi uygulamaların ülke genelinde de sıkça yaşandığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Türkiye’de namus cinayetlerinin dinamiklerinin araştırıldığı bir çalışmada da görüşme yapılan kentlerin hepsinde namus kavramı, kadın, kadın cinselliği ve kadının kontrol edilmesi ile bağdaştırılmakta ve bu konuda güçlü eğilimlerin olduğu izlenmiştir (UNFPA, UNDP, 2005, 16-17).

Kadına yönelik ayrımcılıkların temelinde yatan nedenler, cinsiyet rollerinin ürettiği, eğitim sistemi ile de desteklenen geleneksel konumuna dayalı olarak, kadının toplumsal kurumlarda ve çalışma alanlarında yetersiz temsili, yeterli eğitim almaması ve bunun göstergesi olarak düşük toplumsal statüsüdür. Kadının toplumsal

statüsü zaman içinde değişmekle birlikte, eşitsizliklerin gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde halen sürdüğü de gözlenmektedir. 1970’li yıllardan bu yana kadın hareketleriyle başlayan değişim ve gelişim çabaları cinsiyet, toplumsal cinsiyet, toplumsal cinsiyet eşitliği ve hakkaniyet gibi terimleri üretmiştir. DSÖ ve kadın örgütleri dahil bir çok kuruluşun tüm emek ve çabalarına karşın, toplumda kadın halen istenilen düzeyde temsil edilememektedir. Gelişmiş ülkelerde bile görülen ayrımcılık, eşitsizlik, gelişmekte olan ve dünyanın geri kalmış bölgelerinde daha da yaygın olarak görülmekte, kadın toplumun kendine sunduğu sınırlı olanaklar, hizmetlerle yetinmek durumunda bırakılmaktadır.

Kadının toplumda erkekle eşit fırsatlara sahip bir birey olabilme mücadelesi geçmişten günümüze süregelen ve birçok toplumda halen yaygın biçimde sürmekte olan cinsiyet ayrımcılığına dayalı davranış kalıpları bu çaba önünde engel olmuştur. Kadınlar bu ayrımcılıktan, kimi zaman yaşam alanının evle sınırlanması, ataerkil aile yapısı içinde kadın ve anne olmaktan kaynaklı yaşadıkları sorunlar olarak görülürken kimi zaman da şiddetin farklı biçimlerine maruz kalmaları biçiminde etkilenmişlerdir. Özellikle geleneksel yapıdaki çevrelerde kadınlar bu durumu, çaresizlik olarak değerlendirmekte, kabullenmekte ve normal görebilmektedirler.

Kadının içinde bulunduğu durum, düşük toplumsal statüsü, karar alma ve temsil edilme yetersizlikleri, gelir getiren işlerde yetersiz istihdamı, üreme sağlığına ilişkin yaşadığı ek sağlık sorunları, yoksulluğu, zaman zaman da bağımlılık ve çaresizlik görüntüsü gibi olumsuzluklar temelde bir eğitim sorunudur. Hemen her toplumda kadın biyolojik kimliğiyle ön plana çıkartılmakta, annelik ve iyi bir eş olma özellikleriyle sınırlı değerlendirilmektedir. Bu durum ise onun toplumsal yaşama aktif katılımı önünde engeller oluşturabilmektedir. Bu tür toplumsal cinsiyete dayalı eşitsizliklerin, gelişmiş ülkeler de dahil, tüm dünyada halen varlığını sürdürdüğü görülmektedir.

Toplumların kalkınmasında bireylerin “statü”lerinin yüksek olması önemli görülmektedir. Doğaldır ki kadının statüsünün yükselmesi toplumun gelişmesine katkıda bulunacaktır. Kadının statüsünü iyileştirmek adına uluslararası örgütlerin proje ve çabalarını onaylayan ve bu çabalar içinde yer alan Türkiye’de, kadın ve erkek eşitliğini geliştirmeye dönük çalışmalar istatistiksel olarak değerlendirilmekte ve raporlaştırılmaktadır. Kadın ve erkek fırsat eşitliğine ilişkin uluslararası geniş

kabulü olan bir değerlendirme de “İnsani Gelişmişlik Endeksi”dir. Bu endeks içinde yer alan eğitim, sağlık ve gelir kriterlerindeki değerlerin cinsiyet bazında oranlanmasıyla oluşturulan Cinsiyete Bağlı Gelişme Endeksi’ne göre Türkiye % 98,5 ile 156 ülke arasında 112’inci sırada yer almaktadır. BM Kalkınma Programı verilerine göre yetişkin okuryazarlık ve birleşik okullulaşma oranı açısından erkekler kadınlara göre avantajlı durumda görülmektedir (KSGM, 2008a, s.9). Kadının statüsü ve eğitimle güçlendirilmesi yönündeki bu çabalar doğru adımlar olmasına karşın, göstergelere bağlı olarak kadının pozisyonunun hala uygulamada yeteri kadar yükselmediği, hala konumunun istenen düzeyde olmadığı görülmektedir.

Farklı toplumlarda kadına biçilen konumun aslında çok fark etmediğini belirten Lowe bu konuda şöyle söylemektedir (Lowe, 1985, 74):

Kadınların eşit haklara sahip olduğu ve ilke olarak kamu sektörü ile iş hayatında en yüksek mevkilere eşitlik içinde getirebileceği ülkelerde bile, pek sık onlardan eşit hakların esirgendiği ve ‘erkek’ beklentileri ve yeteneklerine karşın ‘kadın’ beklentileri ve yetenekleri hakkında kalıplaşmış kavramlar çerçevesinde hareket edildiği görülmektedir. Diğer ülkelerde kadın nüfusun büyük çoğunluğunun içinde bulunduğu ve gittikçe daha kötüye giden yürekler acısı durum, derhal çare bulunmasını gerektirmektedir. Kadınların durumunu iyileştirme çareleri, son uluslararası konferansların başlıca konusu olmuştur; sadece 1980 yılında yetişkin eğitimi kurumlarının yapabileceği katkı konusunu, hiç değilse gündemlerinin bir maddesi olarak ele alan en az bir düzine uluslararası konferans ve seminer düzenlenmiştir. Kadınlar için düzenlenen programlara daha fazla kaynak ayrılması ihtiyacı ile cinsiyetler arası eşitliği desteklemek üzere uluslararası düzeyde eşgüdüm, bu toplantılarda tekrarlanan başlıca temalar halindedir. Konuşmalarda yer alan parlak isteklerin dışında gerçekte neler olduğunun ayrıntıları üzerinde inandırıcı bilgi bulunmamakla birlikte genel olarak beliren öncelikleri ortaya koymak mümkündür.

Lowe, erkeklerin egemen olduğu bir dünyada kadınları “yeniden yönlendirmek” gereğini ve bunun yetişkin eğitimcilerin üzerinde durması gereken temel sorun olduğunu da belirtmekte, sorunun cinsiyetler arası eşitlikten ibaret olmadığını, bunun ötesinde, kadınların bugün yaygın olan göreneklerin ve kültürden kaynaklanan önyargıların elverdiğinden çok daha geniş ölçüde sosyal, ulusal ve ekonomik hayata katkıda bulunabilecekleri inancının varlığını ifade etmektedir (Lowe, 1985, 74-75).

Kadının özel alandan çıkıp kamusal alanda da varlığını sürdürebilmesi ve kendini ifade edebilmesinin yolu, kadının statüsünün güçlendirilmesiyle olanaklıdır. Kadının statüsünün eğitim yoluyla güçlendirilmesi, eşit fırsatları yakalama adına önemlidir. Kadın eğitimi, hem kendi kişisel gelişimi, toplumdaki konumunun güçlenmesi, hem de çocuk yetiştirmede aldığı aktif rol nedeniyle toplumun

gelişimiyle de yakından ilişkili görülmektedir. Eğitim sözüyle de sadece literatür bilgi değil, aktif yurttaş olma, sorunlarını çözebilme becerisi, toplumda iyi temsil edileceği görevlerde yer alabilmek de eğitimle sağlanabilecek kazanımlardır. Ancak dünyada hala kadın okumaz-yazmazların dikkate değer yüksek oranları, kız çocukların okullaşmasındaki erkeklere göre düşük oranlar varlığını sürdürmekte, eğitim fırsatlarından kadınlar ve kız çocukları erkeklere oranla daha az yararlanmakta, bu da onları daha dezavantajlı bir konuma doğru itmektedir. Hem dünyada hem de ülkemizde kadının eğitimine ilişkin projeler, eğitim ve öğrenim alanında hızlı gelişmeler yaşanmakla birlikte kadın eğitimi ve okuryazarlık düzeyi hala özlenenin gerisinde ve bir sorun boyutunda görülmektedir.

Kadın ve kız çocuklarının eğitim yoluyla güçlendirilmesini amaçlayan IV. Dünya Kadın Konferansı'nda konuya ilişkin bir dizi karar alınmış ve Türkiye burada alınan karar ve belgeleri onaylamıştır. Bu konferansta kabul edilen belgelerden Pekin Eylem Platformunda, kadının ilerlemesi ve güçlendirilmesi için harekete geçilecek 12 kritik alandan birisi de “Kadın ve Eğitim” olarak belirlenmiştir. 1995 yılında Pekin’de gerçekleştirilen IV. Dünya Kadın Konferansı sonuçlarının uygulanması ve izlenmesine ilişkin hazırlanan Ulusal Eylem Planı’nda aşağıda belirtilenler gerçekleştirilecek eylemler arasında yer almıştır. (KSGM, 2008a, s. 25).

- Kadınların yaygın ve örgün eğitimden erkeklerle eşit pay alabilmelerinin sağlanması,
- Eğitim materyallerinin cinsiyetçi öğelerden arındırılması,
- Kadınların okuma-yazma oranlarının %100’e çıkarılması,
- Kadınlara yönelik çevre ve siyaset eğitimi verilmesi,
- Eğitimde ve öğrenimde kız çocuklarına yönelik ayrımcılığın ortadan kaldırılması,
- Kız çocuklarına yönelik olumsuz kültürel tutum ve uygulamaların ortadan kaldırılması,

Kadınların eğitime olan erişimlerinin iyileştirilmesi, sadece kadınların kendi gelişimine ve refahına katkı sağlamakla kalmayıp ülkenin ekonomik potansiyelini de arttıracaktır. (KSGM, 2008a, s.5). Kadınların eğitim almaları önündeki engeller bir eğitim sorunu olmakla birlikte, özelde bir yetişkin eğitimi sorunudur. Yetişkin

eğitimi özel bir alan olup, örgün eğitim yanında ya da dışında sürdürülebilen, bireylerin gençken yakalayamadıkları olanakları, hayatlarının herhangi bir döneminde, ihtiyaç duydukları anda yakalayabilmeleri yönüyle kitlelerin sürekli eğitimi ve dönüşümü için elverişli bir yoldur. Bu özelliğiyle de bireye sunduğu öğrenme olanakları, zaman içindeki rol değişmeleri, mesleki hareketliliklere uyumu ve kendini geliştirmeye dönük yararlar sağlamaktadır.

Birey kendi gelişimini sürdürdüğçe toplumda daha aktif roller edinebilmekte, toplumsal statüsü eğitim yoluyla güçlenmektedir. Özellikle toplumda erkeğe oranla dezavantajlı konumda olan kadınların eğitim yoluyla güçlendirilmesi, toplumsal statülerinin düşük olması nedeniyle yaşadıkları ayrımcılıkları gidermede iyi bir yol olarak görülmektedir. Kadının düşük olan statüsü, eğitim dahil birçok hizmet ve olanaklardan yararlanması önünde engel oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimdeki zorluk da gene kadının düşük toplumsal statüsünün sonuçlarındandır.

Kadının sosyal statüsü, kadın sağlığı ile ilgili pek çok olumlu ya da olumsuz tablonun hazırlayıcısı olarak rol oynamaktadır. Kadının sosyal statüsünde belirleyici olan faktörler (Akın, Üner, Aslan, Esin ve Coşkun, 2004, s.14);

- Toplumsal cinsiyet rolü,
- Toplumsal cinsiyet eşitliği,
- Toplumsal cinsiyette hakkaniyet,
- Eğitim ve çalışma yaşamında fırsat eşitliği,
- Siyasi yaşama eşit katılım olarak sıralanabilmektedir.

Kadının statüsünün düşük olması oranında doğurganlığında da artış olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır. Gelişmekte olan 99 ülkede yapılan bir değerlendirmeye göre iyi statüdeki kadınlar 2 ya da daha az sayıda çocuk sahibi olurken, düşük statüdeki kadınlarda bu sayı 6 civarındadır. Kadının hangi coğrafi bölgede yaşadığından çok sosyal statüsü doğurganlık davranışını belirlemektedir. Doğum ile ilgili hizmetlerden yararlanma konusunda bölgeler arası farklılığın en önemli nedeni olarak kadının öğrenim düzeyi gösterilmektedir. (Akın, Üner, Aslan, Esin ve Coşkun, 2004, s. 47-52). Anne ölümleri, gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerin sorunudur. Dünyada her gün her dakika bir anne gebeliğe bağlı nedenlerden dolayı ölmektedir. Anne ölümlerinin temelinde:

- Ailenin ve toplumun sosyo-ekonomik düzeyi,
- Kadını toplumsal statüsü,
- Beslenme yetersizliği,
- Doğurganlık davranışları,
- Sağlık hizmetlerinin eksikliği, niteliği ve kabul edilebilirliği kullanımı gibi faktörler bulunmaktadır (Akın, Üner, Aslan, Esin ve Coşkun, 2004, s. 47-52).

Günümüz toplumunda genel olarak erkek birçok bakımdan üstün görülürken, sağlık sektöründe de durumun benzer olduğu görülmektedir. Dünyada da kadın bakım verici özellikte olup sağlık sektöründe çalışmaktadır. Erkekler daha eğitilmiş kişiler olarak, daha çok kazanan hekimlik mesleğini icra ederken, kadınların çoğu daha az eğitim gerektiren ve daha az gelir sağlayan hemşirelik mesleğini yapmaktadırlar. Sağlık alanında kadınların fazlaca bulunmalarına karşın kadın doktorların, özellikle de uzman ve profesör kadınların sayısı oldukça azdır. Kadınlar daha çok hemşirelik mesleğini seçmektedirler. Türkiye’de de durum benzerdir. Ancak yüksek öğrenim yapan erkeklerin daha kazançlı olan özel iş kurmaları nedeniyle oluşan boşluklar sonucu boşalan alanlar kadınlarca doldurulmaya başlamıştır. Erkeklerin daha kazançlı iş ve mesleklere kayması son yıllarda başka alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da kadınların sayısını artmaktadır (Mardin ve diğerleri, 2000, s.23-30; Mardin, 2003, s.93). Tıp mesleklerinin seçimine ilişkin farklılıklardan öte sağlık hizmetlerinden yararlanma anlamında da kadın ve erkekler arasında eşitlikçi olmayan bir yapı hakimdir.

Toplumda kadın ve erkeğin, fırsatlar ve kaynaklardan yararlanmalarında, karar alma yetileri, insan haklarının kullanımı, sağlığın korunması ve sağlık arama davranışları bağlamında farklılıklar, eşitsizlikler bulunmaktadır. Toplumsal cinsiyet rolleri ve eşitlikçi olmayan cinsiyet ilişkileri, diğer sosyal ve ekonomik farklılıklarla birlikte, sağlık hizmetlerinin kullanımında bazen ayrımcı yaklaşımlar ve adaletsiz sağlık sonuçlarına yol açabilmektedir. Bu farklılıkların sağlık sonuçlarına açık bir etkisi bulunmaktadır. Sağlık ve toplumsal cinsiyet arasında farklı ilişkiler olduğu, kaynaklara dayalı olarak, açıktır (WHO, 2002; WHO, 2006).

Toplumsal cinsiyet ayrımcılığının bir sonucu olarak, kadınlar gerek sağlık hizmetleri alanında çalışma durumunda, gerekse bu hizmetlerden yararlanmada

olumsuzluklar yaşayabilmektedirler. Kadının biyolojik cinsiyet farklılığından kaynaklanan eşitsizlikler olduğu gibi, toplumdaki statüsü, yoksulluğu, toplumun yapısından kaynaklanan ikincilliği, karar verme mekanizmalarında yeteri kadar yer alamaması, kendi yaşamı ve sağlığı konusunda yeterince söz sahibi olamaması gibi sonuçlar doğurabilmektedir. Bu sorunlar nedeniyle, özellikle de gelişmekte olan ülkelerde kadınlar, sağlık haklarından yeteri kadar yararlanamamakta ve toplumsal cinsiyet ayrımcılığının bir sonucu olarak bazı durumlarda hastalık ve ölüme daha çok maruz kalabilmektedirler.

Toplumsal cinsiyet rolleri ve ayrımcılığı kadın sağlığını doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir. Uzun erimli ve kalıcı olarak kadının toplumsal statüsünün yükseltilmesi ve güçlendirilmesi, toplumsal cinsiyette “eşitlik ve hakkaniyet” ilkelerinin uygulanmasıyla olanaklı görülmektedir.

Sağlık politika, program ve uygulamaları, sahip oldukları farklı rol, sorumluluk ve kaynaklara erişimlerinin bir sonucu olarak kadın ve erkekleri farklı etkilemektedir. Yaş, ırk, engellilik, sosyoekonomik durum, coğrafi yerleşim, cinsel ve kültürel kimlik gibi faktörlerin bulunduğu toplumsal çevrede oluşan sağlıkta toplumsal cinsiyetin etkisi, sağlık durumunu ve davranışlarını etkilemektedir (NSW, 2000, 3-4).

Kadınların biyolojik bakımdan erkeklerden farklı oluşu, onların daha farklı sağlık sorunlarının olmasının bir nedenidir. Gebelik, doğum gibi annelikle ilgili sağlık sorunları, doğurganlığın bitişiyle gündeme gelen menopoza dönemi sorunları bu doğal süreçlerde karşılaşılan sağlık sorunları kadın ve erkek arasında ilk bakışta görülebilen farklılıklardır. Annelik görevleri dışında gene biyolojik yapılarından kaynaklanan farklı sağlık sorunları bulunmaktadır. Birçok kaynakta da belirtildiği gibi kadınların sağlık hizmetlerine ulaşmada erkeklere kıyasla güçlükleri vardır. Kadının toplumdaki statüsünün düşüklüğü hem sağlık düzeyini ve doğurganlığını ve hem de sağlık hizmetlerine ulaşmasını etkilemektedir. Kadınların toplum içindeki konumları, eğitim açıkları, karar verme süreçlerine katılmada erkeklerle eşit olmaması, kendi sağlığı üzerinde sınırlı yaptırım gücü olması gibi nedenlerle kadına özgü bu sağlık sorunlarının ayrıca ele alınması gerekmektedir.

Kadının üremeye ilişkin özellikleri ve fonksiyonları “kadın sağlığını” çok özel yapmaktadır. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığının en çarpıcı sonucu sağlık hizmetlerinden yararlanmada ortaya çıkmaktadır, sosyal statünün düşük olması da en fazla doğurganlık davranışını etkilemektedir. Üreme sağlığı sorunları ile ilgili olarak kadın ve erkek arasındaki eşitsizlikler doğumdan ölüme kadar kadınların aleyhine olarak devam etmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde 15-44 yaş grubunda, hastalık yükü nedenleri arasında, üreme hastalıklarına bağlı yük, kadınlarda erkeklere oranla 3 kat daha fazladır. Bu yaş grubu kadınlarda her 5 hastalıktan biri anneliğe bağlı olarak gelişmektedir. Kadınlarda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) da hastalık yükü daha fazladır (Akın, Üner, Aslan, Esin ve Coşkun, 2004, s. 42-44).

Anne ölümlerinin toplumsal nedenleri sorgulanırken en önemli soru neden çok ve sık aralıklı doğum yaptığıdır. Birçok ataerkil toplumda kadının sosyal bir statü kazanmasının ve kişisel başarıya ulaşmasının tek yolu anneliktir. Kadına toplumca uygun görülen bu rol onun tüm toplumsal olanaklardan çocukluktan itibaren yararlanması önünde engel oluşturmaktadır. Kız çocuklarından beklenen babasına bağımlı bir yaşamdan, kocasına bağımlı bir yaşama geçmesidir. Sadece ev ortamında ve ev işlerinde otoritenin kadına ait olduğu ve çocuk sahibi olmanın kadınların otorite alanlarını genişlettiği, hatta kadın otoritesini artırdığı gelişmekte olan ülkelere yapılan çalışmalarda dikkati çeken önemli bulgulardandır. Kadın çocukları evlendiğinde, kayınvalide olduğunda statüsü artmaktadır. Ayrıca çok çocuğa sahip olma da kadının statüsünü artıran bir başka etkidir. Doğurganlığın yüksek oluşu kadına önemli bir prestij ve otorite sağlarken diğer taraftan da kadının toplumsal ve mesleksi alandaki ilerleyişini engellemekte ve ikinci sınıf insan statüsünde kalmasına neden olmaktadır (Akın ve Mihçioğur, 2003, s.130-131).

Bütün araştırmalarda anne ölümlerinin boyutunun, kadının o toplumdaki statüsü ile paralel olduğu görülmektedir. Statüsü düşük olan kadın, doğurganlığı ile ilgili kendisi karar verememekte, ailesinin ve kocasının istekleri doğrultusunda hareket etmektedir. Sağlık hizmetlerine ulaşma, doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonu bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamamaktadır. Sonuç olarak da statüsü düşük olan kadınlarda aşırı doğurganlık, riskli gebeliklerin fazlalığı ve hizmetlerden yararlanamama gibi nedenlerden dolayı anne ölümleri görülmektedir (Akın ve Mihçioğur, 2003, s.138).

Sağlık hizmetlerine erişebilmede yaşanan eşitsizlikler de, kadın sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli faktörlerden bir diğeridir. Kadınların, çocukluk dönemi hastalıkları, kötü beslenme, anemi, ishale bağlı hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar, sıtma ve diğer tropikal hastalıkların ve tüberkülozun önlenmesi ve tedavisi için sunulan sağlık hizmetlerine ve temel sağlık kaynaklarına ulaşılabilmesinde eşitsizlikler vardır. Kalkınmakta olan ülkelerde her yıl bütün gebe kadınların % 35'i, yaklaşık 45 milyon kadın, sağlık kontrolü ve bakımı almamaktadır. Kadınlar kendi cinsel ve üremeye yönelik yaşamları hakkında sınırlı güce ve karar alma süreçlerinde etkisiz bir konuma sahiptir. Her yıl iki milyondan fazla genç kızın maruz kaldığı kadın sünneti ve üreme organlarına yönelik diğer müdahaleler de kadınların maruz kalabildikleri eşitsizliklerdendir (Ecevit, 2003, 84).

Ertürk, sağlık alanında toplumsal cinsiyetle ilgili bir yanlılık ve eşitsizliğin yaygın olarak görülen bir olgu olmadığını, kötü sağlık koşullarından hem erkek, hem de kadınların etkilendiğini, ancak kadının bu durumu farklı yaşamakta olduğunu ifade etmektedir. Ev içi şiddetin, yoksulluğun ve ekonomik bağımlılığın, özellikle kırsal kesimdeki kadınların, kendi cinsel ve üreme kapasitelerini denetleme gücünün sınırlı oluşunun, kalkınmadaki bölgesel eşitsizliklerin kadın sağlığı üzerinde olumsuz etki yaratan etmenler olduğunu belirtmektedir (1997, s.41).

Toplumsal cinsiyetin erkeklerin sağlıkları üzerine etkisine fazla önem verilmemektedir. Ancak, son dönemde, erkeklerin potansiyel sağlık riskleri hakkında yeni araştırmaların olduğu da görülmektedir. İlk başta erkeklerin değişik kaynaklara ve fırsatlara erişme kolaylıkları ve ayrıcalıkları düşünülerek daha sağlıklı olmaları beklense de, bir erkek olarak yaşamak avantajlı olduğu kadar riskli de olabilir (Doyal, 2000, s.4-5).

Toplumsal cinsiyet bazı durumlarda erkeği de olumsuz olarak etkilemektedir. Erkeklerden ailenin geçimini temin etmesi beklenen toplumlarda erkek fiziksel ve mental sağlığını bozacak ölçüde çok uzun süre çalışabilmektedir. Bazı duygu ve ruh halleri, erkekliklerini kanıtlamaları için onları riskli davranışlara zorlamaktadır. Benzer şekilde, “gerçek erkek” konusundaki sosyal beklenti, erkeğin hasta olduğunda kendisini güçsüz hissedip yardım aramasını güçleştirmektedir. İş kazaları, cinayet, trafik kazaları ve tehlikeli spor aktivitelerinden ölüm erkeklerde daha fazla görülmektedir. Bir çok toplumda aşırı alkol ve sigara tüketimi erkeklerde daha

fazladır ve bu da kalp hastalıklarına biyolojik yatkınlıklarını desteklemektedir (Akın, 2005, 2; Doyal, 2000, s.4-5).

Cinsiyet ayrımcılığının her iki cinsiyet üzerine de olumsuz sağlık etkileri olabildiği görülmektedir. Ancak gerek kadının toplumsal statüsü ve olanaklara erişimde yaşadığı güçlükler, gerekse üreme sağlığı özelliklerinden dolayı erkeğe oranla üç kat daha fazla yaşadığı sağlık sorunları, bu konuda kadının ne kadar dezavantajlı bir konumda olduğunun göstergesi niteliğindedir.

Kadınlar, yaşadıkları üreme sağlığı sorunlarının yoğunluğu dikkate alındığında, üreme sağlığı hizmetlerinin asıl hedef grubunu oluşturmaktadırlar. Ancak, dünya çapında kabul gören bir görüş, üreme sağlığı hizmetlerinde erkeklerin de oldukça önemli olduğudur ve bu konuda gittikçe artan bir duyarlılık vardır. Bu düşünce, erkeklerin üreme sağlığı düzeyleri ve sağlığa ilişkin tutum ve davranışlarının yalnız kendilerini değil, kadınların da üreme sağlığını etkilemesinden kaynaklanmaktadır. 1994 yılında Kahire’de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı ve Beijing’de yapılan 4. Dünya Kadın Konferansında erkeklerin üreme sağlığı konusundaki rolüne dikkat çekilmiş, erkeklerin de üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanmalarının artırılması ve üreme sağlığına ilişkin sorumlulukları paylaşmaları yönünde çabaların gerekliliği ve bu yolla kadın ve erkekler arası eşitliğin güçlendirileceğine vurgu yapılmıştır (PATH, 1997). Çoğu ülke Kahire’de yapılan bu konferansı önemseyerek, eylem platformu sorumluluğu içinde davranarak yeni birimler açtılar. Üreme sağlığı risklerinden kadınların daha çok zarar göreceği inancıyla çalışmalar kadın üzerinde yoğunlaşmış ve programlar daha çok kadınların yaşayacağı sorunlara odaklanmıştır. Ancak HIV/AIDS hastalığının görülmesindeki artış her iki cinsiyetteki birey içinde tehlikeler yaratmakta ve bu hastalığın seksüel geçişli olmasından dolayı gelişen riskler, salgın oluşturabileceği yönüyle dikkatleri çekmiş, bunun doğal sonucu olarak da erkek sağlığı üzerine daha yoğun bir ilgi ve dikkatle odaklanılmıştır (Doyal, 2001).

Üreme sağlığı söz konusu olduğunda riskler eşit olmasa da her iki cinsiyet içinde geçerlidir. Yapılacak sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme programlarının bu duyarlılıkla planlanması, programların kadını ve erkeği nasıl ve ne ölçüde etkileyeceği de dikkate alınmalıdır.

Sağlığı geliştirme stratejilerinin, eylem ve kaynakların etkin kullanımlarını maksimum düzeye çıkartmak için, genel olarak, sağlık alanındaki cinsiyet eşitsizliklerinin yapısı, nedenleri, kökenleri ve boyutlarıyla birlikte değerlendirilmesine dayandırılması gerekmektedir. Özellikle, cinsiyete dayalı şiddet, HIV/AIDS, beslenme, sigara kullanımı gibi spesifik konularla ilgili planlanan sağlığı geliştirme programların, bu sorunların nedenleri, ortaya çıkışı ve sonuçlarının kadın ve erkekler arası nasıl farklılaştığı ve kadın ve erkeklerin nasıl, hangi düzeylerde etkileneceklerini dikkate alan bir anlayışla yapılandırılmasına gerek vardır (Östlin ve diğerleri, 2006, ss: 25-35).

Bu anlamda toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin yarattığı kadının güçsüz konumu ve düşük statüsünün, sağlık alanında hizmetlerin kullanmasını ne ölçüde etkilediği, cinsiyetçi tutum ve yargıların sağlık hizmetlerinden yararlanma sırasında, kendisinin ve sağlık personelinin tutumlarına ne denli yansımış olduğu önemli görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda bu farklılıklar göz önüne alınarak hareket edilmelidir. Sağlık çalışanlarının, görevlerini yerine getirirken, toplumsal cinsiyet duyarlılığına sahip olarak hareket etmeleri, kadınların sağlık hizmeti almaları sırasında yaşadıkları güçlükleri gidermede ve şiddete uğrama durumunda tanılama yardımcı olacaktır.

Sağlık personeli, toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları, gelenekçi yaklaşımdan uzaklaştıracak, toplumun şekillenmesine katkıda bulunacak, bu konudaki olumlu tutumları topluma benimsetebilecek kişiler olarak görülmektedir. Bu açıdan sağlık personeli ve özellikle hastayla yakın iletişiminden dolayı hemşirelerin de geleneksel olmayan toplumsal cinsiyet rol ve tutumlarına sahip olmaları, hizmet sundukları bireylere eşitlikçi bakış açısıyla yaklaşımlar sergilemesinde önemli görülmektedir (Zeyneloğlu ve Terzioğlu, 2007, s. 241).

Buraya kadar vurgulanan kadının statüsü, cinsiyet ayrımcılıkları, eğitim ve sağlık başta olmak üzere, kadının toplumsal yaşamda kendini yeteri kadar ifade edememesinden kaynaklı sorunlar, araştırmacıyı toplumsal cinsiyet eşitliğine ilişkin duyarlılık konusunda bir çalışma yapmaya yönlendirmiştir. Eğitim alanında oldukça fazla çalışma ve projeler olmakla birlikte, sağlık alanında cinsiyet ayrımcılığına ilişkin çalışmalar, daha çok ana-çocuk sağlığı göstergeleri, şiddet ve şiddetin neden olduğu sağlık sonuçları üzerinde yoğunlaşmaktadır.

Toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, olanaklardan yararlanamama ve şiddet gibi durumlarla sonuçlanabilmektedir. Kadına yönelik şiddet sonuçları itibariyle halk sağlığı sorunu olup, sağlık personeli yakından ilgilendirmektedir. Sağlık personeli şiddet olaylarını önyargılardan uzak değerlendirmelidir. Şiddete uğrayan kadınlar için sağlık personelinin tutumu ve olaya yaklaşımı oldukça önemlidir.

Bir ilçe olan Kızılcahamam'da yaşayan halkın ve ilçedeki sağlık personelinin bu konudaki duyarlılıkları, kendilerinin sahip oldukları ya da çevrelerinde gözlemledikleri cinsiyet ayrımcı tutumların bilinmesi, toplumsal cinsiyet çalışmalarına veri sağlaması yönüyle önemli görülmektedir.

Araştırmanın problemini, Kızılcahamam Devlet Hastanesi ve Sağlık Ocağında görev yapan sağlık personeli ile sağlık ocağı bölge halkının toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda duyarlılıkları ve sağlık hizmetlerinin sunumunda cinsiyetçi yaklaşımların hangi biçimler aldığı oluşturmaktadır.

Amaç

Araştırmanın temel amacı, sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet duyarlılığına ne derecede sahip olduklarının ve sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda toplumun cinsiyetçi yaklaşımlarının belirlenmesidir.

Bu amaçlar doğrultusunda yanıt aranan sorular şunlardır:

1. Halkın toplumsal yaşama ilişkin cinsiyetçi yaklaşımları nelerdir?
2. Halkın sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda cinsiyetçi yaklaşımları nelerdir?
3. Sağlık personeli (doktor, ebe, hemşire, sağlık memuru) sağlık hizmetlerinin sunulmasında ne derece toplumsal cinsiyet duyarlılığına sahiptirler?
4. Sağlık personeli, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında karşılaştıkları şiddet vakalarına ilişkin davranışları konusunda ne düzeyde cinsiyet duyarlılığına sahiptirler?
5. Sağlık personeli halkın sağlık hizmetlerinden yararlanmasında, halkın cinsiyetçi yaklaşımlardan uzaklaştırılmasında sorumluluk hissediyorlar mı?

6. Sağlık çalışanlarına göre halkın ve sağlık personelinin toplumsal cinsiyet duyarlılığını geliştirmeye ilişkin önerileri nelerdir?

Önem

Toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin olumsuz etkilerini yaşayanlar en çok kadınlardır. Kadınların düşük toplumsal statüsü, erkeğe nazaran ikincilliği, karar alma mekanizmalarına yeterince katılamaması, eğitimlerindeki açıklar, ataerkil yapı içindeki çaresizliği, biyolojik yapısından kaynaklanan ek sağlık sorunlarının getirdiği yük bakımından toplumda sıklıkla cinsiyete dayalı eşitsizliklere maruz kalabilmektedirler.

Cinsiyet ayrımcılığı, kadınlar yanında kız çocuklarını da önemli ölçüde etkilemektedir. Eğitimlerinin engellenmesi, toplumsal baskılar, töre cinayetleri, şiddet, zorla evlendirilme gibi pek çok cinsiyet eşitsizliği kız çocuklar ve kadınları dezavantajlı konuma itmektedir.

Cinsiyet ayrımcılığının erkekleri de etkilediği durumlar bulunmaktadır. Ailede erkeğe verilen rol onun ağır çalışma şartlarında görev yapması, ailenin geçimini üstlenmesi, koruma görevi ya da nadir durumlar da olsa şiddete maruz kalması erkeklerin de cinsiyet ayrımcı tutumlardan, kadınlar kadar olmasa da etkilendiklerini göstermektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, sağlık çalışanları ve halkın karşılıklı iletişimde olmaları nedeniyle, var olan cinsiyetçi tutumları doğrudan gözleme olanağına sahiptirler. Sağlık kuruluşlarına yansıyan şiddet vakalarında ya da poliklinik muayenelerinde yaşananlar sırasında ayrımcı davranışlar doğrudan gözlenebilmektedir.

Sağlık çalışma alanı, aile içi şiddet mağduru ve risk altındaki kadınların hizmet alabilecekleri temel ve öncelikli kuruluşlar olması nedeniyle bu sorumluluğun yerine getirilmesinde önemli bir yere sahiptir.

En önemli hizmet birimlerinden biri olan sağlık sektöründe çalışanların görevlerini yerine getirirken gösterdikleri yaklaşım, tutum ve davranışları, kendilerine başvuranlar için sorunun çözümünde belirleyici olabilmektedir. Sağlık alanındaki eşitsizliklerin çoğunda kadınlar doğrudan etkilenmekte ve bir başka

toplumsal cinsiyet eşitsizliği göstergesi olan şiddet ögesinden de en çok kadın etkilenmekte ve ilk başvurdukları kişiler de sağlık personel olmaktadır. Şiddet sonucu yaralanmalar, sakatlanmalar ve hatta ölümler olabilmekte ancak bu kadar vahim durumlarda bile kadınlar gördükleri şiddeti gizlemeyi tercih edebilmektedirler. Açıkça şiddet uygulandığını gösteren kanıtların olması durumunda yapılacaklar bellidir. Ancak, oluşan yaralanmanın şiddet sonucu mu yoksa başka bir nedeni mi olduğu çoğu kez hastanın beyanı doğrultusunda kararlaştırılıp, yapılacak işlemler bu beyan doğrultusunda gerçekleşmektedir. Bu nedenle de, şiddet olasılığına karşı hekimin ve diğer sağlık personelinin toplumsal cinsiyet duyarlılığı içinde daha duyarlı, dikkatli olması, yaralanmanın eşlik ettiği vakalarda şiddet ögesinin araştırılması beklenmektedir. Özellikle şiddete maruz kalan kadının ilk başvurduğu ve özel hayata ilişkin olumsuzlukları paylaşabilecekleri hekim ve hemşirelerin toplumsal cinsiyet duyarlılığına sahip olmaları konuya doğru bir yaklaşım için elzem görülmektedir. Yapılan çalışmalar toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri gidermede sağlık çalışanlarının kritik önemde olduklarını ve sağlık personeline çok önemli ödevler düştüğünü göstermektedir.

Bu araştırma;

1. Toplumun sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda cinsiyetçi yaklaşımlarının belirlenmesinin, bu alanda halk eğitimine işaret etmesi açısından,
2. Sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet duyarlılığını geliştirecek hizmet içi ve hizmet öncesi eğitim programlarına dayanak oluşturacak verileri sağlaması açısından önemli görülmektedir.

Sınırlılıklar

1. Bu çalışmada katılımcılar, Ankara ili Kızılcahamam ilçesinde Merkez Sağlık Ocağı kayıtlarından alınan örneklemdeki kişilerle, hastane ve sağlık ocağında görüşmeyi kabul eden sağlık personeli (doktor, ebe, hemşire, sağlık memuru) ile sınırlıdır.
2. Elde edilecek veriler soru kağıdı ile sınırlıdır.

Kısaltmalar

ETF: Ev Halkı Tespit Fişı

AP: Aile Planlaması

RIA : Rahim İçi Araç

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

BÖLÜM II

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Toplumsal cinsiyet kavramı, kadınlık ve erkeklik rollerinin ifadesi olarak kullanılmakta, toplumların kültür mirasları içinde şekillenmekte ve bireyin hiçbir katkısı olmadan içine doğduğu toplumsal yapının önemli bileşenlerinden birini oluşturmaktadır.

Bu kavram, yüzyıllardır toplumların gelenek, görenek, dinsel inanç, hukuk ve gündelik yaşamlarından etkilenecek şekilde şekillenmiş normatif bir yapıdır. Bireyin yaşadığı topluma uyum sağlamasını gerektiren normlar sistemi içinde kadına ve erkeğe ilişkin roller de, ait olduğu toplumu yansıtırçasına biçimlenmekle birlikte, toplumlar arası hatta toplumun kesimleri arasında farklı görünüşleri de olabilmektedir.

Az çok farklılıklar olsa da tüm toplumlarda kadın ve erkek rollerine ilişkin beklentiler büyük benzerlikler göstermektedir. Ataerkillik toplum düzeninin erkeğe verdiği özgürlükler, var olan eşitsizliği daha da derinleştirerek, kadına erkeğe tabi olan bir konumda, çocuk bakımı ve ev içi sorumluluklarla donatılmış bir yaşam sunmuş, onu pasif bir konuma itmiş, erkeğe de koruyucu, kollayıcı, karar verici, gerektiğinde terbiye edici rolleriyle neslin devamı payesini vermiştir.

Berktaş, ataerkillik ve erkek egemenliğinin başarısının, tarih boyunca ideolojinin ve kültürün esas olarak erkek egemen olması, toplumsal bilince yerleşmiş ataerkillik tanımlamaları ve davranış kalıplarının kuşaklar boyunca sorgulanmadan ya da çok az sorgulanarak aktarılmış olmasından kaynaklanmakta olduğunu belirtmektedir. Ataerkillik yapıda kadın ve erkek tanımları birbirine karşıt gibi algılanır ve bu karşıtlık içinde oluşturulur. Bu karşıtlık, bir tarafın diğerine üstün ve egemen olduğu hiyerarşik bir yapıyı ifade ederken, başka hiyerarşik karşıtlıkların varlığı için de model oluşturmaktadır. Hiyerarşik yapı içinde kadın ve erkek rollerinin bu karşıtlığı da, kadın ve erkeklerden farklı rol beklentilerine, kadın ve erkeğe ilişkin farklı toplumsal algılamalara neden olmaktadır. Bu yapı, kadın ve erkeği, toplumsal rol ve kimlikleriyle sınıflandırmış, onlara ilişkin bir dizi kalıpyargı da üretmiştir. Buna göre

erkek akli, uygarlığı ve kültürü temsil etmekte ve tartışmasız daha üstün görülmekte, kadın ise bedeni, duyguları ve doğayı temsil etmektedir. Böylece kadın bedene, maddeye, doğaya indirgenerek, insanın üreme işlevi küçümsenmekte ve dezavantajlı grubu oluşturan kadınlar için ezilme ve baskı altına alınma durumu söz konusu olmaktadır (Berktaş, 2004, s.2-4).

Tarihsel süreçte toplumların kendilerine özgü yapılarıyla yoğrulmuş olarak oluşan bu değerler sistemi toplumsal cinsiyete ilişkin bir takım kalıpyargıları da üretmiştir. Toplumsal cinsiyet rolleri, cinsiyetler arası iş bölümü şeklinde algılanırken, bu paylaşımdaki asimetrik dağılım eşitsizlikleri de beraberinde getirmektedir. Kadın ve erkekler arasında var olan bu eşitsizlik ataerkil kültürle beslenerek daha da güçlenmekte, rollerdeki eşitsizlik giderek haklarda eşitsizliğe, haklardaki eşitsizlik de fırsatlardan eşit koşullarda yararlanamamaya kadar uzanmakta ve kadının statüsü konusunda dünyada da kabul gören bir karamsarlığa dönüşmektedir.

Feminist hareketlerin çıkış noktasını oluşturan bu eşitsiz konum, kadınları haklarını aramaya, eşitlik ve hakkaniyet ölçüsünde bir paylaşım için mücadeleye girmeye yöneltmiştir. Üçüncü kuşak haklar arasında “kadın hakları” kavramının oluşması, kadının insan haklarının uluslararası arenada tartışılır olması da bu arayışın bir ürünüdür. İnsan hakları kavramı bütün insanlığın ortak malı ve kazanımıdır ve “İnsan hakları” denildiğinde kadın haklarını da içeriyor olması beklenir. Ancak yazılı metinlerin amaçlarına uygun biçimde yaşama aktarılamaması, insan haklarının eşit ölçülerde işletilememesi, kadının yaygın olan düşük statüsü giderek kadının insan haklarının ayrıca irdelenmesine neden olmuştur. 1970’lerden başlayarak, bu konuda toplumsal bilinç ve duyarlılık artışının bir sonucu olarak da uluslar arası metinlerde “kadının insan hakları”ndan söz edilmeye başlandı.

Bu duyarlılıkla, son yıllarda yapılan çok sayıdaki araştırmalar da alanyazını zenginleştirmiş, dünyanın farklı coğrafyalarında kadının her alandaki eşitsiz konumunu gözler önüne sermiştir. Kadının düşük statüsü farklı disiplinlerce merak ve araştırma konusu olmuş, toplumsal, siyasal, ekonomik yönleriyle incelenmiş, eğitimden, mirasa, karar verme süreçlerine katılımdan sağlık hizmetlerinin kullanımındaki eşitsizliklere kadar birçok alanda var olan durumu ortaya koyan çalışmalar yürütülmüştür. Bu çalışmalar kadının statüsünü geliştirmek üzere

uluslararası metinlerde ve giderek ulusları da bağlayıcı konumda yasa değişikliklerine dönüşmüş, sayısız metinler altına imzalar atılmış ancak kadının konumu ve sıkıntıları tükenmemiştir. Kadının düşük statüsü, onun toplumda “birey” olarak var olmasını, karar mekanizmalarına katılımını, eğitim almasını engellediği kadar, en temel insan haklarından biri olan sağlık hakkını da tehlikeye sokmuştur.

Türkiye’de kadının eğitim düzeyi ile doğum oranı arasında önemli bir ilişki vardır. Kadın nüfusun eğitim düzeyi yükseldikçe doğum oranı da azalmaktadır. Eğitimsiz ya da yetersiz eğitilmiş annelerin çocuk sayısı yükselmektedir (Ereş, 2006, s.45). Kadının biyolojik yapısı ve üremeye ilişkin fonksiyonları kadın sağlığını özel bir alan haline getirmekte, kadına erkekten farklı olarak ek sağlık yükleri getirmektedir. Kadının statüsü kadın sağlığını doğrudan etkilemektedir. Eğitim olanaklarından yararlanamaması, kadın yoksulluğu en bilinen ayrımcılık türlerindendir ve kadının hizmete erişimini engelleyici niteliktedir. Kadının bu güçsüz konumu bazen üreme fonksiyonları ve kendi bedeni üzerinde yapılacak tıbbi işlemlere bile kendisinin karar verememesine, sağlık hizmetlerine ulaşamamasına yol açmaktadır.

Araştırmanın kavramsal çerçevesini oluşturmak üzere bu bölüm alt başlıklara bölünerek, her konunun kendi içinde incelenmesi düşünülmüş, ancak konuların birbiriyle olan sıkı ilişkisi konu başlıklarının sınırları dışına çıkmayı gerekli kılmıştır. Bu bölümde eşitlik, hakkaniyet gibi kavramlar, cinsiyetçi kalıpyargılar, kadına yönelik şiddet ve boyutları işlenecek, son olarak da kadının statüsünü geliştirmeyi hedefleyen çalışmalardan bahsedilecektir.

2.1. Toplumsal Yapı, Cinsiyet Roller ve Kalıpyargılar

Toplumsal yapı bireylerin gelişimlerine, toplumsallaşma sürecine, karakter ve kişiliklerinin oluşumunda çok önemli bir yere sahiptir. Bu yapı, birey doğmadan önce oluşmuş, üretilen kültürle biçimlenmiş, korunmuş ve ilişkiler sistematik bir şekilde örgütlenmiştir. Toplumsal yapı insanlığın geçmiş deneyim ve kültürünün aktarıldığı ve geleceği de belirleyen önemli bir yapıdır. Her toplum kendine özgü bir iç dinamik ve sosyokültürel yapıya sahiptir. Toplumu oluşturan yapılar birbiriyle etkileşim halinde, birbirine bağlı olarak toplumun bütünü oluşturmakta ve o toplumun karakteristiğini yansıtmaktadır. Toplumsal yapıyı oluşturan kurumlar, ait

olunan kültür, toplumda edinilen statü ve roller bireyi etkilemekte, kimliğinin oluşmasına katkıda bulunmaktadır.

Toplumsal yapı toplumda organize olmuş ilişkiler bütünüdür. Başka bir ifadeyle toplumsal yapı aktörlerin ilişkilerinin kalıplaşmış haline verilen isimdir. Bu kavram sosyolojiye Talcott Parsons tarafından kazandırılmıştır. Temel vurgu, aktöre değil roledir. Kadınların aile içi rolleri konusunda yapısal fonksiyonalizmin temel isimlerinden olan Parsons, “cinsiyet rolü farklılaşması” temelinde kadının dışavurumsal rollerde, erkeklerin ise araçsal rollerde uzmanlaşmasının uyum getireceği açıklaması yapmıştır. Buna göre kadınların temel görevi ev içinde, erkeklerin ise ev dışında yani iş yaşamındadır. Ancak burada önemli olan husus, kadınlar iş yaşamında yer alsalar da onlardan beklenen ev içi sorumluluklarda bir değişiklik olmayacağıdır (Eken, 2006). Kadınların iş yaşamında yer almalarına karşın, ev içi sorumlulukların tamamının yine kadınlardan beklenmesi ve ancak bunları yerine getirdiği sürece eşleriyle uyumlu ilişkileri olacağı konusunda, Parsons’un da ifade ettiği bu görüşlerin toplumsal cinsiyet eşitsizliklerine zemin hazırladığı düşünülmektedir.

Bu bağlamda aile içi rollerinde kadınların annelik rolünü anahtar rol olarak kabul ettikleri, kadınların çalışma yaşamında yer almalarına rağmen hala ev içi işlerin büyük bir bölümünden sorumlu tutuldukları ve erkeklerle rekabet içermeyen mesleklerde bunun daha da fazla olduğu, eşleriyle ilişkilerinde gerilim yaratan unsurun ev içi sorumlulukların eşitlikçi paylaşılmamasından kaynaklandığı, çocuk sahibi olan kadınların işlerinde buna bağlı olarak sorunlar yaşadıkları düşünülmektedir.

Aile içinde, kadının özellikle annelik rolünün temel olması ve ev içi sorumlulukların genellikle kadının rolleri kapsamında görülmesi, bu genel yargıyla örtüşen ve birçok toplumca da kabul edilmiş evrensel bir gerçektir. Bu görüşe göre, kadınlar erkeklerle rekabet edecek meslekler yerine, toplum kabullerine de uyan daha kadına özgü sayılan işlerde çalışmayı tercih ederlerse, evlerine daha fazla zaman ayırıp, “temel” rollerini aksatmayacaklar, böylece eşler arasında tartışma ve uyumsuzluk ortaya çıkmayacaktır. Ataerkil toplumlarda daha derin görülen bu tür eylemler ve beklentiler, ataerkil dinamikler içinde daha da güçlenerek varlık göstermektedirler.

Ataerkil yapının devamı ataerkil hiyerarşik sistem olmadan düşünülemez. Ataerkil sistem çoğunluğu erkek olsa da her iki cinsiyetin de yer alabileceği bir alandır. Ancak bu sistemde kuralları belirleyenler erkeklerdir. Bu nedenle de kadınlar, sistem içinde yer alabilmek için ataerkil yapının şekillendirdiği bu yapıya uymak, belirlenen kuralları benimsemek ve bu doğrultuda davranmak zorundadır (Demren, 2003, s. 33-44). Kandiyoti'nin ifade ettiği “ataerkil pazarlıklar” kavramı, kadın ve erkek arasında geçen, her ikisinin de rıza gösterdiği ancak zaman içinde değişebilen, karşı koyulabilen bir ilişki açısından bahseder. Ataerkillik ve feminist teorinin karşılaşması ile oluşan ilişkiler ağında kadın bir dizi baskı ve zorlama ile karşılaşır ve bununla başa çıkma mekanizmalarını kullanır. Toplumdan topluma farklılaşan, kadın direnişinin niteliğini ve biçimini etkileyen bu durum Kandiyoti tarafından “ataerkil pazarlıklar” olarak adlandırılmaktadır ki bu pazarlık toplumsal cinsiyet ilişkilerinin yeniden kurulmasında mücadele gerektirmektedir. Ataerkilliğin farklı biçimleri, kadınlara farklı “oyun kuralları” sunar ve yaşam şartlarına uymak, güvenliklerini arttırmak üzere, baskılara karşı aktif ya da pasif direnişleri için farklı stratejiler kullanmaya davet eder (Kandiyoti, 1988, s. 274-290; Kandiyoti, 1997, 113-114; Demren, 2003, ss. 33-44).

Gilmore (1990:223), bir erkeğin hayatında üç evrensel ölçütten bahseder: soyunun devamını sağlamak, kendisine bağlı olanları tehlikelerden korumak, hısım ve akrabalarını geçindirebilmek (Demren, 2008, s.321-329). Gilmore'un bu üç ölçütü evrensel bir şekilde ele alması, kadını bağımlı ve ikincil kılan kalıpyargılara destek vermesi yönüyle, cinsiyetçi kalıpyargıların sürdürülmesine katkıda bulunmakta ve birçok yazar tarafından haklı eleştirilere maruz kalmaktadır.

Ortadoğu'da ataerkillik ve erkeklik ilişkilerinin araştırıldığı bir çalışmada kadınların, insanların “doğal”, “temel”, “değersiz” bir kategorisini imledikleri, “kadınsı” özellik gösteren kişilerin, “değersiz” olarak nitelendikleri, kadının Allah tarafından erkeğe bağımlı olmak ve boyun eğmek üzere yaratıldığı düşüncesinin hakim olduğu, erkeğin ise Ortadoğulular için bir “birey” olduğu ifade edilmektedir (Demren, 2008, 321-329). Bölgesel olarak kısmen bu özelliklere sahip olan Türkiye’de ise bu boyutta olmasa da benzer bir değerlendirme sisteminin olduğu düşünülmektedir.

Ataerkil aile, mülkiyetin miras yoluyla babadan oğula geçmesini güvence altına alan ve dolayısıyla kadınların cinselliğinin denetimini erkeklere veren kurumlaşmış, yasalara geçirilmiş ve devlet güvencesine kavuşturulmuş bir modeldir. Bu çerçeve içinde, kadınların cinselliği erkeklerin; öncelikle babanın, sonra da kocanın malı olarak belirlenmiş ve kadının cinsel “saflığı” (özellikle bekareti) üzerinde pazarlık yapılabilen bir ekonomik değere dönüşmüştür (Gödelek, 2005). Dolayısıyla iktidar ve otoritenin kaynağı olan baba ve kocalar, güçlerini oğulları ve kadınlar üzerinde kullanmaya başlamışlardır. Bu durum tarih boyunca görülmekte ve izlerini günümüz toplumunda da sürdürmektedir.

Parsons’un görüşlerine eleştirel yaklaşan, feminist teorisyenlerden Chodorow ise, ev içi sorumlulukları kadınlar kadar erkeklerin de yapabileceği ve erkeklerin bu konuda eşleriyle ne kadar eşitlikçi paylaşım yaparlarsa, eşler arasında uyumun o kadar artacağını savunmaktadır (Eken, 2006). Bu bağlamda daha eşitlikçi gibi görünen ikinci düşünce çalışmanın çıkış noktasını da belirlemektedir.

Pek çok toplum kadınlar ve erkekler için farklı faaliyetleri ve özellikleri salık verir ve bunlar, insanlar tarafından 'doğal'mış gibi kabul edilirler. Böylelikle, biyolojik farklılıklar kültürel olarak kabul edilmiş cinsiyet farklılıkları ile birleştirilir ve sosyalizasyon sürecinde bu hakim ve başat olan değerler, kadınları kadınsı, erkekleri de erkeksi olmaları doğrultusunda cesaretlendirir (Ulusoy, 1999, s. 47-74)

Toplumsal cinsiyet farklılıkları kadın ve erkeklerin oynamasını öğrendikleri veya çeşitli kurumsal yapılar içinde oynamak durumunda kaldıkları farklı rollerden kaynaklanmaktadır. Bu farklılığın temel belirleyicisi olarak görülen cinsiyete dayalı iş bölümü, erkekleri kamusal alanlara bağlarken kadınları da eş, anne, ev içi işçi ve ailenin özel alanına bağlamış ve böylelikle onların yaşam boyu süren tecrübeleri, karşılaştıkları, yaşadıkları olaylar oldukça farklılaşmış, kadın ve erkek rolleri kanıksanmış ve ayrı bir sosyal kategori oluşturmalarını sağlamıştır (Çelebi, 1990, 4).

Kadınların ev içi sorumluluklarla donatılmış görülmesi, özel alanla sınırlı bir yaşamlarının olması ve kamusal alanda yeterince yer almaması, ikincil konumlarını pekiştirmenin yanında psikososyal sağlıklarını da etkilemektedir. Erkek eşlerin ev içi sorumlulukları paylaşımlarının kadınların psikososyal sağlık durumlarını etkileme düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada, eşlerinin ev işlerini paylaşımlarının,

kadınların psikososyal sağılıkları ile sıkı bir ilişkide olduğı belirtilmektedir. Eşleri ev işlerinde oldukça paylaşımcı olan ve ev işlerinin yapılmasına yüksek düzeyde katılan ev kadınlarının, daha mutlu oldukları, ruhsal sağılıklarının daha iyi olduğı ve diğerkadınlarla oranla evliliklerinden daha fazla memnun oldukları saptanmıştır (Khawaja, ve Habib, 2007, s. 860-866).

Kadın ve erkek ilişkileri kamusal alan ve özel alana indirgenerek yapılan değerkendirmelerde, kadın hemen her toplumda yaygın kanaatle özel alanda, erkek ise kamusal alanda temsil edilmektedir. Feminist teorisyenlerden Mill, radikal feminist bir analizle şöyle söyler (Donovan, 2005, s. 59):

Kadınların bağımlılık konumlarını sürdürmelerinin nedeni –geleneksel rolün devamından öte- erkeklerin onları orada tutma isteğidir. Kadınları kamusalın dışında tutmanın temeli, “erkek cinsinin çoğunluğunun, henüz eşitleri olan bir kadın ile birlikte yaşama düşüncesine tahammül edememesinden dolayı, kadınların ev hayatındaki ikincil konumlarını sürdürmeleri” isteğidir.

Mill, kadının isteğı dışında hatta erkek istekleri doğrultusunda özel alana itilmiş olduğunu, erkeklerin kendileriyle eşit bir kadınla yaşama uyum sağlayamayacaklarını belirtirken, kadın ve özel alanın aileyi devam ettirici rolünü ciddi anlamda sorgulamış ve bu konuda da eleştiriler almıştır (Donovan, 2005, s. 59). Ders kitaplarında cinsiyetçiliğın incelendiğı çalışmada ise kadının özel alana aitliğine ilişkin inancın varlığı “Kadınlara toplumsal yaşamın dışında yapay cennetler yaratılıyor ve orada yaşaması isteniyor” sözlerinde ifadesini bulmaktadır (Helvacioğlu, 1996, s.32).

Toplumsal cinsiyetin inşasında özellikle aile ve eğitim kurumunun etkin bir rol oynadığı düşünölmektedir. Toplumsal cinsiyet ile ilgili esas sorun, farklılıklardan da öte, kadın ve erkeğın toplumsal ilişkiler ağı içinde yalnız farklı değil fakat eşitsiz koşullarda oluşları noktasında toplanmaktadır. Yapılan çalışmalar özellikle, kadınların kendi düzlemlerindeki erkeklere göre daha az maddi kaynaklara, sosyal statüye, güce ve kendini gerçekleştirme fırsatına sahip olduklarını göstermektedir ve bu eşitsizlik kadın ve erkek arasındaki biyolojik veya kişilik farklılıklarından değil, toplumsal organizasyondan kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla, erkek ve kadın sadece farklı değil, tabi olma ve baskın olma ilişkisi içindedirler ki, bu türlü yapılanmaya patriarşi adı verilmektedir. Bu kavram sosyal ilişkiler hiyerarşisini ve erkeklerin kadınları baskı altına alabildikleri kurumları ifade etmektedir. Yapılan çalışmalar,

kadınların pek çok sosyal durumda aktif olarak bulunmalarına ve hatta önemli roller oynamalarına rağmen erkeklerden genellikle farklı, daha az imtiyazlı ve erkeklere göre ikincil pozisyonda kaldıklarını, bazen de tamamen dışlandıklarını göstermektedir. Onların bu görülmezliği, eşitsizliğin önemli göstergelerinden birisidir (Ulusoy, 1999, s. 47-73).

2.2. Toplumsal Cinsiyette Eşitlik ve Hakkaniyet

Kadın ve erkeğin biyolojik farklılıklarını ifade etmek için, İngilizce sex (cinsiyet) terimi kullanılmaktadır. Cinsiyet bireyin biyolojik, fizyolojik ve genetik özelliklerini belirler, doğuştan ve evrenseldir (Akın, 2005, s. 1; UNHCR, 2005, s.1; Dökmen, 2004, 2-3).

Kadın ve erkeği tanımlamada önemli olan diğer bir faktör de kadın ve erkeğin değişik kültürlerdeki tanımlamalarıdır ve buna toplumsal cinsiyet (gender) denilmektedir. Gender terimi, kadın ve erkek arasında toplumsal ya da kültürel olarak yapılandırılmış, tanımlanmış olan ve cinsiyetlerden birine yüklenen kimliklere, statülere, rol ve sorumluluklara dayanan ilişkiyi tanımlamaktadır. Toplumsal cinsiyet biyolojik farklılıklardan dolayı değil, kadın ve erkek olarak toplumun bireyi nasıl gördüğü, nasıl algıladığı, nasıl düşündüğü ve nasıl davranmasını beklediği ile ilgili bir kavramdır. Biyolojik cinsiyetin aksine, toplumsal cinsiyet farklılığı, toplumsal yapılandırma sonucu oluşmakta ve değişebilmektedir (UNHCR, 2005, 1; Akın, 2005, 1; Dökmen, 2004, 2-3; United Nations, 2006; WHO, 2005a, s.5; NSW, 2000, 1).

Toplumsal cinsiyet terimini, feministler kadınlarla erkekler arasındaki farklılıkların sosyal ve kültürel açıklamalarını vurgulamak üzere kullanmayı tercih ederken, bazıları da cinsiyet terimini politik olarak yanlış buldukları için kullanmakta, kimileri de bu iki terimi birbirini yerine geçecek şekilde kullanmaktadır. Sex ve gender sözcükleri aynı anlamı verecek şekilde birbirlerinin yerine kullanılmasının nedeni olarak cinsiyetin biyolojik ve sosyal yönlerinin çok ilişkili olması ve bazen bu ayrımın yapılmasında güçlük olduğu belirtilmektedir (Dökmen, 2004, s. 3-4). Gerçekte de bu iki kavramı tamamen ayrı düşünmek, toplumsal bir varlık olan bireyi cinsiyet özelliklerinden ayrı düşünmek mümkün değildir.

Toplumsal cinsiyet, kadın ve erkeklerin her boyuttaki rollerini, sorumluluklarını, sınırlamalarını, fırsatlarını ve ihtiyaçlarını analiz etmeye yarayan sosyo-ekonomik bir değişkendir. Toplumsal cinsiyet sabit ya da doğuştan getirilen bir özellik değildir, ancak zamanla sosyal ve kültürel olarak yapılanarak bir anlam kazanır (UNHCR, 2005, 1) .

Toplumsal cinsiyet farklılıklarına ilişkin beklentiler, cinsiyet kalıpyargıları biçiminde toplumda yaygın kabul gören inançlara dönüşürler ve toplumsal davranışı büyük ölçüde biçimlendirirler. Kalıpyargılar, bir gruba ilişkin bilgi, inanç ve beklentilerimizi içeren bilişsel yapılardır. Cinsiyet, güçlü kalıpyargıların olduğu bir alandır. Toplumun, bir grup olarak kadınların ve bir grup olarak da erkeklerin göstermelerini beklediği özelliklere toplumsal cinsiyet kalıpyargıları denilmektedir. Kültürel farklılıkların olmasına karşın, genellikle kadınların ilgi ve bakım verici ve pasif olma özelliklerine sahip oldukları ve erkeklerin de aktif ve başarı yönelimli oldukları düşünülür. Bu kalıpyargıların sürdürülmesinde aile ve diğer toplumsal kurumlar ile kitle iletişim araçları, çocuk kitapları, reklamlar, film ve klipler önemli rol oynamaktadır (Dökmen, 2004, s.11-20). Birçok çocuk severek izlediği film kahramanları ile özdeşleşir, onun davrandığı gibi davranmak, onun giyindiği gibi giyinmek ya da sevdiği bir başka yönüyle ona benzemek ister. Televizyon, kitap ya da dergilerde takip ettiği kahramanı ya da aile, okul gibi ortamlarda bulunan bireylerin davranışları, özellikle kendine model olabilecek bireyler, onun toplumsallaşmasına, kişilik ve cinsiyet rollerinin gelişimine büyük ölçüde etki yapmaktadır.

Toplumsal cinsiyet kavramı zamanla evrilmiştir. Önceleri, toplumsal cinsiyet eşitliğinden (gender equality) herkese eşit, aynı biçimde davranmak algılanırken, daha sonra herkese eşit muamelede bulunmanın eşitsizlikleri sürdürdüğü anlaşılmış ve giderek “toplumsal cinsiyette hakkaniyet” anlamına gelen “gender equity” terimi kullanılmaya başlanmıştır.

Toplumsal Cinsiyet eşitliği (gender equality) , kadın ve erkeğin toplumda aynı olanaklardan, hak ve yükümlülüklerden sorumlu olmaları olarak ifade edilmektedir (UNFPA, 2006). Bir başka ifade ile, fırsatları kullanma, kaynakların ayrılması, dağıtılması ve kullanımında, hizmetlere erişim ve hizmetlerden

yararlanmada bireyin cinsiyetine dayalı olarak ayrımcılığın olmaması, yapılmamasıdır (Akın, 2005; NSW, 2000).

Toplumsal cinsiyette hakkaniyet (gender equity), kadın ve erkek arasında sorumlulukların ve kazançların dağılımında adalet ve hakkaniyetin hakim olmasıdır. Bu kavramda, kadın ve erkeğin farklı gereksinimi ve güçlerinin olduğu kabul edilmektedir. Bu farklılık belirlenerek iki cinsiyet arasındaki dengeyi düzeltecek şekilde gerekenlerin yapılması benimsenmektedir (Akın, 2005). Bireylerin var olan farklılıkları, gereksinimlerinin de farklılaşmasını doğurmakta, bazı hizmetler bir birey ya da grup için şiddetli bir gereksinim iken, bir başka grubun böyle bir gereksinimi bulunmamaktadır.

Toplumsal cinsiyette hakkaniyet (gender equity) doğruluk, dürüstlük (fairness) ve adalet (justness) anlamına gelmektedir (NSW, 2000, s:2; United Nations, 2006). Hakkaniyet (equity), eşitlik (equality) teriminden farklı olarak, hizmet sunumunda her bireye aynı hizmeti, eşit ölçülerde vermek yerine, gereksinimleri ölçüsünde vermeyi, belirli grupların özel gereksinimlerinin ayrıca ele alınmalarını ve bundan dolayı ayrı davranılmasını gerektirmektedir.

Toplumsal Cinsiyette hakkaniyet kavramı, toplumumuzda kadınlar ve erkeklerin farklı yaşam deneyimleri, farklı gereksinimleri, karar alma süreçlerine erişme ve güçte farklılıkların olduğunu kabul etmektedirler. Toplumsal Cinsiyet eşitliği stratejileri, toplumsal cinsiyetin, kadınlar ve erkekler için farklı toplumsal, ekonomik ve politik olanaklara yönelttiğini kabul etmektedir. Kavram, kadın ve erkeklerin değişik gereksinimleri ve güç yapıları olduğunu ve bu farklılıkların cinsiyetler arasındaki dengesizliği düzelten bir yapı olarak tanımlaması gerektiğini kabul eder. Toplumsal Cinsiyet eşitliği stratejileri, kadınlar ve erkekler arasına sorumlulukların ve yararlanılan hizmetlerin dağıtımında adaletin, doğruluğun ve dürüstlüğün gerçekleştirilmesini aramaktadır (NSW, 2000, s: 2).

Kadın ve erkeğin toplumsal yaşamda eşit ve adil hak ve özgürlüklerden yararlanması gerektiği görüşü ile son yıllarda yapılan çalışmalar, toplumsal cinsiyete dayalı her türlü ayrımcılığın önlenmesi ve kadına yönelik şiddetin önlenmesi ve hizmet sunumunda, hizmete eşit erişimde hakkaniyet ilkelerinin gözetilmesi konuları üzerinde yoğunlaşmaktadır.

Cinsiyet temelli ayrımcılık ve şiddet, kadınları temel insan haklarını tam anlamıyla kullanmaktan alıkoyarak ve kadınların olanaklarının, fırsatlarının kullanılmasını engelleyerek hayatın hemen hemen her alanına yayılabilmektedir (UNFPA, 2006).

Cinsiyete dayalı ayrımcılık, bir kişinin bir kadına, cinsiyete dayalı olarak, bir erkeğe davrandığı veya davranacağından daha olumsuz ya da daha az olumlu davranması (dolaysız ayrımcılık) ve/veya biçimsel olarak eşitlikçi görünen davranış veya uygulamaların sonradan kadın üzerinde ayrımcı etkiler yaratması (dolaylı ayrımcılık) olarak tanımlanmaktadır (Acar, Ayata ve Varoğlu, 1999, s.3).

Dolaysız ayrımcılık, işe alınma ve terfi gibi durumlarda sıklıkla gözlemlenmektedir. Üst düzey görevlerde ve yöneticilik kademelerinde kadınların oranına bakıldığında, bu pozisyonlarda çalışmak üzere kadınların alınmaması ve yaşadıkları terfi sorunları dikkate alındığında dolaysız ayrımcılık yapıldığı görülebilir. Cinsiyete dayalı dolaylı ayrımcılık; bir kişinin kendisinden bir şey, örneğin iş isteyen kadına, istenen şeyi vermek için belli şartlar öne sürdüğü durumlarda ortaya çıkabilmektedir. Söz konusu şart aşağıda belirtilen özellikleri taşıyorsa cinsiyete dayalı dolaylı ayrımcılıktan söz edilebilir (Acar, Ayata ve Varoğlu, 1999, s.5-6):

- Hem erkek, hem de kadınlara uygulanıyor veya uygulanacaksa;
- Yerine getirebilecek kadınların oranı erkeklere nazaran daha küçük ise;
- Yerine getirememek ilgili kadının zararına ise,
- Öne süren kişi, şartı, uyguladığı kişilerin cinsiyetinden bağımsız olarak savunamıyorsa.

2.3. Kadın Sağlığına Etkisi Yönüyle: Kadına Yönelik Şiddet

Cinsiyet temelli ayrımcılık ve şiddet, kadınların temel insan haklarını tam anlamıyla kullanmaktan alıkoyarak olanakların ve fırsatlarını engelleyerek hayatın hemen hemen her alanına yayılmaktadır. Kadınlar; fiziksel, psikolojik, cinsel, ekonomik, kontrol etme, ihmal etme gibi şekillerde şiddet görmektedir. Her beş kadından birinin, yaşamında, bazı durumlarda ciddi yaralanmalar ve ölümle de sonuçlanabilen şiddet türleriyle karşılaştıkları tahmin edilmektedir.

Kadınların dezavantajlı durumda oldukları bir diğer sorun ise kadına yönelik şiddettir. Kadına yönelik şiddet, toplumsal ve ekonomik gelişimin başlıca tehditlerinden biri ve gelişme önünde büyük bir engel olarak görülmektedir. Kadına yönelik şiddetin bir halk sağlığı ve insan hakları sorunu olarak giderek artan bir farkındalık ve gelişim önünde bir engel olarak görülmesine karşın, bu tip şiddet, uluslararası gelişme gündeminde planlama, programlama ve bütçeleme konusunda yeterli önceliğe sahip görülmemektedir (WHO, 2005a).

Birleşmiş Milletler Kadınlara Yönelik Şiddet Bildirgesi (1993), cinsel ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddeti, dayak, kız çocuklarına yönelik cinsel taciz, başlık parasıyla ilgili şiddet, evlilik içi ırza geçme, kadın sünneti ve kadınlar için zararlı olan diğer geleneksel uygulamalar, eşler arasında olmayan şiddet, işyerinde, eğitim kurumlarında ve diğer yerlerde cinsel taciz ve korkutma, kadın ticareti, fuhuşa zorlama ve devlet tarafından gerçekleştirilen veya göz yumulan şiddet dahil olmak üzere, aile içinde ve toplumda meydana gelen bedensel, cinsel ve psikolojik şiddet olarak tanımlamaktadır (BMMYK, 2001, s.10). Tüm bu durumlarda toplumsal cinsiyet güç farklılıkları, diğer eşitsizlikler şiddetin dinamiklerinde önemli bir rol oynar ve kadınlar özellikle silahlı çatışma hallerinde tecavüz de dahil olmak üzere şiddetin belirli formlarına maruz kalabilirler.

Kadına yönelik şiddetin önemi çok geniş boyutlara ulaşmaktadır. Kadına yönelik şiddet, kadın yaşamının her yönüne, kendi sağlıkları, çocuklarının sağlıkları ve çok daha geniş toplum üzerinde etkileri bulunmaktadır. Eşitsizlik durumu şiddeti sürdürür ve sürekli şiddete dönüştürür. Örneğin, aile içi şiddet yoksullukla ilişkilendirilmektedir, ancak o da kadının ev dışı olanaklarını, bilgiye erişim ve rahatça gezme dolaşma özgürlüğünü kısıtlayarak yoksulluğu sürekli kılmaktadır. Bu durum, kadının kendilerine ve çocuklarına bakmasını güçleştirmekte ve alkol ve ilaç kullanımı gibi kendine zarar verecek davranışlara itebilmektedir. Dahası, şiddet kadının öz saygısını, özerklik hissini, bağımsız hissetme ve davranma yeteneğini, yeteneklerini de sınırlamaktadır (Moreno, 1999a, s.8).

Her beş kadından birinin, yaşamında, bazı durumlarda ciddi yaralanmalar ve ölümle de sonuçlanabilen şiddet türleriyle karşılaştıkları tahmin edilmektedir. Birçok ülke bunun bir toplumsal sorun olduğunun farkına varmıştır. Bu gün kadın örgütlerinin çabaları ve DSÖ'nün de yapmış olduğu araştırmalardan elde edilen

kanıtlara dayanarak, kadına yönelik şiddet küresel bir sorun olarak görülmektedir (WHO, 2005b, s.3).

Kadına yönelik şiddet, özellikle aile içi şiddet ve cinsel istismar, birçok olumsuz sağlık sonuçlarına neden olmaktadır. Bunlar, geçici engellilik ve işitme kayıplarına da neden olabilen değişik derecelerdeki yaralanma ve incinmeler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) ve HIV/AIDS, istenmeyen gebelikler, jinekolojik problemler, iltihabi ve ağrılı jinekolojik hastalıklar, yüksek tansiyon, depresyon, anksiyete, travma sonrası stres ve depresyon, baş ağrıları, ve bir çok psikosomatik yansımalar gibi çok geniş bir yelpazede görülebirlirler. Kadınlar arasında, şiddetin yaralanmalara neden olduğu giderek kabul edilir olsa da, kadının ruhsal, cinsel ve üreme sağlığına olan etkileri daha az itibar görmekte ve daha az önem verilmektedir (Moreno, 1999a, s.8-9).

Kadınlar ve kız çocukların, cinsel istismar yoluyla dikkate değer oranlarda HIV/AIDS enfeksiyonu tehlikesi altında oldukları gene bu alanda yapılan çalışmaların bir sonucudur. Probleme ilişkin geniş bir toplumsal farkındalık yaratmak için halk sağlığı alanında ciddi çalışmalara gerek duyulduğu ve şiddetin gerçekleştiği yere odaklanılması gerektiği de DSÖ'nün kadına yönelik şiddet çok uluslu çalışmasında belirtilmektedir (WHO, 2005b).

Kadına yönelik şiddet, cinsiyete dayanan, kadını inciten, ona zarar veren, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içerisinde ya da özel yaşamında ona baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranıştır (WHO, 1993).

Kadınların şiddete maruz kalması önemli bir sağlık sorunu ve kadın haklarının çiğnenmesi olgusudur. Şiddete maruz kalan kadınların diğer sağlık sorunlarında da bir artış olduğu gözlenmektedir (Özaydın, Üner ve Akın, 1998; Vahip, 2006).

Aile içi şiddet, özel alanda gerçekleşen, aralarında kan bağı ya da hukuksal bağıllık bulunan, birlikte yaşayan, kısaca kendini aile olarak tanımlamış bir grup içerisinde zorlamak, aşağılamak, güç göstermek, öfke, gerginlik boşaltmak amacıyla bir bireyden diğerine yöneltilen her türlü şiddet olarak tanımlanmaktadır (Moreno, 1999b, 354; Özaydın, Üner ve Akın, 1998, ss. 3-4).

Kadına yönelik şiddet eylemleri en sık aile içinde gerçekleşmektedir. Şiddet eylemini gerçekleştiren hemen her zaman kadına en yakın olan erkektir. Şiddet genellikle fiziksel, cinsel, duygusal ya da bunların birleşimi olarak ortaya çıkar. Genellikle erkekler tarafından kadın ve çocuklara karşı uygulanmaktadır. Kadına yönelik aile içi şiddet; dayak gibi fiziksel, cinsel ya da psikolojik kötü davranış şeklinde ortaya çıkabilir ve genellikle tekrarlanır (Özaydın, Üner ve Akın, 1998). Gelişmekte olan ülkelerde, evli kadınların %20-50'si eşlerinin fiziksel şiddetlerinin kurbanıdır (Krug, 2002, ss. 87-123).

Bu konuda dünyada yapılan çalışmalar, pek çok kadının eşleri tarafından şiddete maruz bırakıldıklarını ve bu şiddetin sınıf, etnik köken, sosyoekonomik düzey gibi hiçbir ayrım gözetmeksizin uygulandığını ortaya koymaktadır. Son yıllarda aile içi şiddet sıklığında geçmişe oranla artış olduğu ve dünyadaki her dört kadından birinin şiddete maruz kaldığı belirtilmektedir (Güzel, 1995, 45; Novello, Shosky, Froehlke, 1992, s.267).

Dördüncü Ulusal Kadın Konferansı'nda kadınların en fazla şiddete maruz kaldığı ülkelerin başında Rusya'nın geldiği bildirilmiştir. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar, benzeri şekilde kadına yönelik şiddetin çok değişik şekillerde ortaya çıktığını ve yaygın olduğunu göstermektedir (Krug, 2002, s. 87-123; Çetin, Kuzu, Sargutan, Ak, Pekcan, 2005, 7)

DSÖ Aile İçinde Kadına Yönelik Şiddet Çok Ülkeli Araştırmasına göre kadınların % 13 ile % 61'inin fiziksel şiddete maruz kaldığı, cinsel şiddet sıklığının % 6 ile % 59 arasında olduğu bulunmuştur. Çalışmada kadınların eşlerinden en fazla "tokatlanmak" şeklinde fiziksel şiddet gördüğü, yumruklanma, tekmelenme, yerde sürüklenme ve silahla tehdit edilme gibi ağır şiddet biçimlerinin de % 4-49 oranında değişmekte olduğu belirtilmektedir (WHO, 2008).

"Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması" sonuçlarına göre (2008), ülke genelinde yaşamın herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten kadınların oranı % 39 olarak bulunmuştur. Buna göre her 10 kadından 4'ünün eşi ya da birlikte olduğu kişiler tarafından fiziksel şiddete maruz kaldığı araştırmada belirtilmektedir (KSGM, 2009, s. 46).

Kadınların önemli bir kısmı yaşadıkları şiddeti hak ettiklerini düşünmektedirler. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 (TNSA 2003) sonuçlarına göre kadınların %39,2'si eşlerinin kendilerine şiddet uygulama konusunda haklı olduğunu belirtmişlerdir. Bu oranın, 2008 TNSA sonuçlarında % 25'e düştüğü tespit edilmiştir. Gerekçe olarak da yemeği yakması, kocasına karşılık vermesi, lüzumsuz para harcaması, çocukların bakımını ihmal etmesi, cinsel ilişkiyi reddetmesi gibi durumlardan en az birinde kocası tarafından dövülmeyi hak ettiklerini göstermişlerdir. Bu oran TNSA 2003'de Orta Anadolu Bölgesi'ndeki kadınlar için % 47,8 iken, 2008 TNSA sonuçlarına göre % 45 olarak bulunmuştur. Gerek kent, gerekse kırsal bölgede yaşayan kadınlar arasında "paranın lüzumsuz yere harcanması" fiziksel şiddet için en çok kabul edilen nedendir (TNSA, 2003, s. 40; TNSA, 2008, s: 196).

Yapılan çeşitli çalışmalar Türkiye'de de kadına karşı şiddeti meşru kabul etme eğiliminin hem kadınlar hem de erkekler arasında yaygın olduğunu göstermektedir (Özerdoğan, 2008, s: 95).

Bolu'da yapılan kesitsel bir çalışmada ev kadınları arasında açıklanan fiziksel şiddet sıklığı %41,4, duygusal şiddet %25,9, cinsel şiddet %8,6, her hangi bir kontrol edici davranış %77,6 ve hayatın herhangi bir döneminde fiziksel şiddete uğrama oranı %50,9 olarak saptanmıştır (Mayda AS, Akkuş, 2003, s.13). İstanbul'da yapılan bir alan çalışmasında katılımcıların %85,9'u şiddetin toplumda onaylandığı oranda arttığı fikrine katılmıştır (Sözen, Tüzün, Dokgöz ve Fincancı, 1999, s: 4).

Kadına yönelik şiddet, kadın yaşamının her yönüne, kendi sağlıkları, çocuklarının sağlıkları ve çok daha geniş toplum üzerinde etkileri bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar, şiddetin görülme sıklığı ve hastalıkların oluşumundaki rolünün giderek arttığını göstermektedir. Şiddet, üreme sağlığı ve aile planlaması gibi sağlık hizmetlerinden yararlanmayı engellemekte ve özellikle gebelik ve doğum sonu psikolojik sorunların yaşanmasına neden olmaktadır.

Kadına yönelik şiddet, sağlığın yanı sıra toplumsal ve ekonomik gelişme için büyük bir engeldir. Avrupa Konseyi 2002 yılında kabul ettiği bir tavsiye kararında, kamusal ve siyasal bir sorun ve 16 ile 44 yaşları arasındaki kadınlar için büyük bir ölüm ve sakat kalma nedeni olarak ilan etmiştir.

Bu bağlamda sağlık çalışanlarına önemli sorumluluklar düşmektedir. Kadına yönelik şiddet ile ilgilenmeme nedenlerin araştırıldığı çalışmalar, bu konu ile ilgilenmekten alıkoyan temel sorunun bu konudaki önyargıları olduğunu göstermektedir.

Kadınlar hala şiddetin türlü biçimlerine maruz kalmaktadırlar. Kadına yönelik şiddetin nedenlerinin anlaşılmasında yetersiz kalınması, uygulanan şiddetin yok edilmesi çalışmalarını olumsuz etkilemektedir. Şiddet konusunda yapılan çalışmalar ve elde edilen verilerin yetersizliği, sorunun anlaşılması ve mevcut bilgiye dayalı olarak politika geliştirmeyi de güçleştirmektedir (KSGM, 2003, s.16-17).

Cinsiyete dayalı şiddetin nedenleri üzerine farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığının bir sonucu olarak kadına yönelik şiddet, bireylerin karşılıklı etkileşimlerine dayalı, kişisel, durumsal ve sosyokültürel faktörlerin yer aldığı çok faktörlü bir olgudur. Şiddetin nedenini belirlemeye dönük farklı çalışmalar yapılmıştır. Heise, üç farklı yaklaşımdan bahsetmektedir. İlki, sezgisel olarak yaklaşarak, farklı sosyal çevrelerde, şiddeti ortaya çıkaran faktörlerin belirlenmesidir. İkinci olarak, Kuzey Amerika toplumbilimcilerin bulgularıyla, uluslararası, kültürlerarası sonuçları entegre ederek açıklamaya çalışmışlardır. Üçüncü olarak ise, kadınların fiziksel ve cinsel istismarın tüm türleriyle ilgili sonuçlardan yola çıkarak, toplumsal cinsiyete dayalı istismar ve ayrımcılıkla ilgili teori üretmek üzere daha entegre bir yaklaşım oluşturma çerçevesindedir (Heise, 1998).

Kadına yönelik şiddetin nedenleri farklılık göstermektedir. Şiddetin nedenleri, psikolojik, biyolojik, sosyolojik ve feminist bakış açılarıyla açıklanmaktadır. Saldırganlık, erkeklere başarı ve üstünlük sağlamakta, erkekler için cesaret, güçlü olma, enerji, ataklık gibi anlamlara gelen olumlu bir güç anlamına gelmektedir. Feminist değerlendirmelerde de kadına yönelik şiddetin cinsiyetçi ve güç odaklı olduğu belirtilmektedir. Şiddet davranışının ortaya çıkışında, yoksunluk ve baskının önemli unsurlar olduğu, düşük gelir düzeyi ve kısıtlı kaynakların yarattığı olumsuz ruh halinin stres düzeyini artırarak şiddet davranışına neden olmaktadır (Subaşı, 2003, s.238). Kadına yönelik güç odaklı şiddetin uygulayıcıları, çoğunlukla kadınların eşleri ya da birlikte oldukları kişilerdir ki bu da erkek egemen toplum yapısından kaynaklanmaktadır.

Sosyolojik değerlendirmede, toplum erkeğin saldırganlığını daha olağan karşılırken, kadından şiddet içerikli davranışlar göstermemesi beklenmektedir. Kadına yönelik şiddetin nedenleri farklılık göstermektedir.

Yapılan alışmalar, şiddet uygulayan erkeklerin görünüşlerinin aksine çok zayıf, bağımlı ve kolay yaralanabilir olduklarını göstermektedir. Bu kişiler terk edilmekten, eşini kaybetmekten çok korkan ve aşırı kıskanç olma özellikleri göstermektedir. Ev dışı yaşamda problemsiz gibi görülen bu bireylerde temel sosyal beceri eksiklikleri olduğunu ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (KSGM, 2008d, s.35).

şiddet öğrenilen ve aktarılan bir olgudur. İstismara uğrayan çocukların % 30’u yetişkinliğinde şiddet kullanmakta, şiddete uğramayanlarda ise bu risk % 2-4 oranında görülmektedir (Subaşı, 2003, s. 298).

Kadınlar, fiziksel, psikolojik, cinsel, ekonomik, kontrol etme, ihmal etme gibi şekillerde şiddet görmektedir. Her beş kadından birinin, yaşamında, bazı durumlarda ciddi yaralanmalar ve ölümle de sonuçlanabilen şiddet türleriyle karşılaştıkları tahmin edilmektedir. Birçok lke bunun bir toplumsal sorun olduğunun farkına varmıştır. Bu gün kadın örgütlerinin çabaları ve DSÖ’nün de yapmış olduğu araştırmalardan elde edilen kanıtlara dayanarak, kadına yönelik şiddet küresel bir sorun olarak görülmektedir (WHO, 2005b, s.3). Kadına yönelik şiddete ilişkin yapılan araştırmalarda, farklı şiddet türlerinin bir arada uygulandığı, gebelikte, evliliğin ilk günlerinde şiddetin uygulandığı görülmektedir.

Sağlık arama davranışlarının araştırıldığı çalışmada kadınların sağlık hizmeti almaları konusundaki engeller araştırılmış ve gebe kadının doğum öncesi bakım alması önünde engeller olduğu saptanmıştır. Bu engeller kimi zaman eş, kimi zaman da kaynana tarafından, gebenin sağlık kuruluşuna gitmesine izin verilmemesi sonucu sağlık bakım hakkında mahrum bırakılması biçiminde görülmektedir. Özellikle ataerkil yaşam tarzı içindeki kadınlarda, evde doğum yapmanın bir gelenek olduğu ve normal sayıldığı, hastaneye gidenlerin kınandığı belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2007, s.60). Bu gibi gelenekler, kadınların sağlık hizmetlerine ulaşmalarında zaten var olan eşitsizlik ve dengesizlikleri körükleyen başka bir ayrımcılık ve şiddet trdrlere.

Kadına yönelik şiddete ilişkin farklı çalışmalarda, önemli bulgular edinilmiş, çoğunda kadınlara uygulanan şiddet sıklığı oldukça fazla bulunmuş ve bu şiddetin gebelik gibi özel dönemlerde bile, azalsa da yok olmadığını göstermektedir.

On ülkede toplam 24 bin kadınla görüşülen “DSÖ Aile İçinde Kadına Yönelik Şiddet Çok Ülkeli Araştırmasına” göre kadınların % 13 ile % 61’inin fiziksel şiddete maruz kaldığı, cinsel şiddet sıklığının % 6 ile % 59 arasında olduğu bulunmuştur. Kadınlar eşleri tarafından, tokatlanmak başta olmak üzere, yumruklanma, tekmelenme, yerde sürüklenme, silahla tehdit edilme gibi ağır şiddet biçimlerine de % 4 ile % 49 oranında uğramaktadırlar (WHO Media Centre, 2008; Paksoy, 2007)

Türkiye’de aile içi şiddetin sebep ve sonuçlarının araştırıldığı, 525 kişinin yer aldığı araştırmada, kadınların ilk şiddet davranışına % 57.7’si ilk evlilik günlerinde, % 18.1’i ilk çocuklarının doğumundan sonra ve % 5.3’ü ise hamilelik döneminde rastlamaktadır (TC Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı, 2000).

TC Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu’nun, 1997 yılında Türkiye’yi Temsil eden 2578 hanede yapmış olduğu “Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet” konulu araştırmasında evli ya da başından evlilik geçmiş kadınların % 25.2’sinin eşlerinden fiziksel şiddet, % 12.3’ünün ise sözel şiddete maruz kaldıkları belirtilmektedir. Ayrıca, araştırmaya katılan 14 yaş ve üzeri kişilerin % 70.0’inin çocukluğunda anne babasından fiziksel şiddet gördüğü belirlenmiştir (Akın, 2007)

Yaşadıkları şiddet nedeniyle sığınma evlerine başvuran kadınların incelendiği bir çalışmada, kadınların yaşadıkları şiddet türleri incelenmiş ve birden fazla şiddet türünü yaşadıkları belirtilmiştir. Çalışmada kadınların, % 87.7 sözel, % 83.1 fiziksel, % 80 duygusal, % 60 cinsel ve % 50 oranında da ekonomik şiddete uğradıklarına ilişkin bulgular elde edilmiş, şiddetin, üreme sağlığı ve aile planlaması gibi sağlık hizmetlerinden yararlanmayı engellediği (60.0-%53.8), özellikle gebelikte ve doğum sonrasında yüksek oranda (% 52.3-% 50.8) psikolojik sorunlar yaşama gibi olumsuzluklara neden olduğu görülmüştür. Sığınma evlerine başvuran kadınların, ciddi boyutlarda şiddete maruz kalarak, üreme sağlığının olumsuz etkilendiği, uzun süre sığınma evlerinde kalanların yeni gelenlere oranla depresyon düzeylerinin düştüğü belirtilmektedir (Çiftçi Ersoy, Yıldız Eryılmaz, 2006).

Aydın ilinde, eşi tarafından fiziksel istismara uğradığı iddiasıyla muayene edilen ve % 15.4'ü eğitimsiz, % 13.5'i üniversite mezunu olan 52 kadın üzerinde yapılan araştırmada, evliliklerinin ilk 3 yılında ve 20 yıl üstünde istismar en yüksek oranda bulunmuş, ilk darp hikayesi en fazla ilk haftada saptanmıştır. Olguların % 17.3'ünde anal cinsel öyküsü tespit edilmiş, % 57.7 oranında alkol ile darp arasında ilişki saptanmıştır (Erel, Özkök, Katkıcı, 2005, s. 17-21).

Malatya'da beş yıl içinde adliyeye yansıyan kadın mağdurların değerlendirildiği çalışmada, “intihar girişimi, tecavüz-istismar, kesici-delici, künt alet ve ateşli silah yaralanması gibi şiddetle ilişkilendirilebilecek olguların toplamı % 48.8 olarak saptanmıştır. 162 tecavüz-istismar olgusunun % 37.7'sinin 1996 yılında gerçekleştiği bildirilmektedir. Kadınların cinsiyet temelli ayrımcılık ve şiddete maruz kalmalarında, adli tıp, halk sağlığı, acil tıp ve psikiyatri bilimlerinin şiddet olgularına yaklaşım, saptama, tedavi, önleme konularındaki önemine vurgu yapılarak, sağlık personelinin cinsiyet duyarlılığının artırılması gereği ve önemi belirtilmiştir (Celbiş, Kaya, Güneş, 2002, s. 75-83)

Sağlık personelinin şiddet vakalarında üstlenecekleri rol çok önemli görülmekle birlikte, aynı toplumun parçası olarak onlarda şiddete maruz kalabilmektedirler. Mersin'de ebe ve hemşirelerin, şiddete maruz kalan kadınlara yaklaşımlarının incelendiği bir araştırmada, araştırma grubunu oluşturan ebe ve hemşirelerden % 36.6'nın şiddeti “fiziksel ve psikolojik güç kullanma” olarak tanımladığı, % 26'sının tanımlayamadığı, % 25.2'i aile içinde şiddete uğradığı, şiddete uğrayanların % 18.9'u fiziksel şiddet gördükleri saptanmıştır (Akan, Fındıklı, Alaysa ve Gökçakıroğlu, 2008, s.213).

Yapılan çalışmalar şiddetin, kadının en hassas dönemlerinden biri olan gebelik süresinde de oldukça yüksek oranlarda uygulandığını göstermektedir. Gebelik döneminde kadına yönelik şiddet vakalarındaki bu artış, erkeğin cinsel tatminsizliği, ekonomik veya iş statüsündeki değişikliklere ilişkin yeni koşulların yarattığı stres, gebe kadında duygusal duyarlılığın artmasına yol açan biyokimyasal değişiklikler, aile içinde çocuğa şiddet uygulanması öyküsü ve kadının savunmasızlığı gibi faktörlerle açıklanmaya çalışılmaktadır (Öztürk, Sevil, 2005).

Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması sonuçlarına göre yaşamı boyunca en az bir kez gebe kalmış her on kadından birinin gebeliği sırasında eşi ya da birlikte olduğu kişi tarafından şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (KSGM, 2009, s. 75).

Gebelikte şiddetin görülme sıklığı ve nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada, kadınların % 64’ünün gebelik öncesi, % 57.9’unun gebelik sırasında şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. Kadınların % 74.2’si duygusal, % 72.7’si sözel, % 25.8’i fiziksel, % 18.2’si ekonomik şiddete maruz kalmışlardır. Şiddete uğrayan kadınların % 57.6’sının eşini sevdiği, % 21.2’sinin çocuğunu babasız bırakmak istemediği için evliliklerini sürdürdüklerini belirtmeleri ise dikkate değer bir bulgudur (Dindaş, Ege, ve Akın, 2007).

Ayrancı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kadınların % 71.4’ünün gebelik dönemlerinde ruhsal, sözel, fiziksel ya da cinsel şiddet türlerinden birine ya da birkaçına birden maruz kaldıkları, ruhsal/sözel şiddetin % 99.1, fiziksel şiddetin % 36.4, cinsel şiddetin ise % 5.4 oranında görüldüğü saptanmıştır (Ayrancı, Günay, Ünlüoğlu, 2002, s.75-87).

Çanakkale’de gebe kadınların fiziksel şiddete uğrama durumlarının incelendiği çalışmada, gebelerin %18.5’inin gebeliklerinden önce, %10.4’ünün daha önceki gebeliklerinde, %10.3’ünün ise şu anki gebeliklerinde fiziksel şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. Gebe kalmadan önce fiziksel şiddet gören kadınların %40.7’si mevcut gebeliklerinde de şiddet görürken, %59.3’ünün şiddet görmemesi gebeliğin şiddeti azalttığı biçiminde yorumlanmıştır (Taşpınar, Bolsoy, Kaya, Şirin ve Şirin, 2004, s. 266). Ancak bu oran iyimser biçimde yorumlanmamalı, kadın ve çocuk sağlığı için çok önemli olan bu dönemde yaklaşık %41 oranında şiddet olgularına rastlanması kadın sağlığı açısından hiç de iç açıcı bulunmamalıdır.

Aile içi şiddetin eşlik ettiği bir abortus olgusu incelemesinde, 29 yaşında evli, ortaokul mezunu bir kadının, eşi tarafından dövüldüğü, bel ağrısı ve vaginal kanama yakınmaları ile acil servise başvurduğu, abortus inkompletus (tamamlanmayan düşük) tanısı aldığı belirtilmektedir. Aile içi şiddetin yol açtığı sağlık sorunları, olguda da görüleceği gibi gebe kadınlarda farklı boyutlar kazanabilmektedir (Ergönen, Özdemir, Can ve Salaçin, s. 39-43).

Uygulanan şiddet sıklığının sayısal olarak ifade edildiği bu verilerin yanısıra, kadınların, uğradıkları şiddeti sindirme, içselleştirme ve haklı görmelerinin belirlendiği çalışmalar da bulunmaktadır. TNSA verilerine göre kadınların eşlerinin kendilerine şiddet uygulama konusunda % 39.2 haklı olduklarını belirtmeleri, şiddetin boyutları tartışılırken önemli bir bulgudur (TNSA, 2003, s. 40-42).

Kadına yönelik aile içi şiddetin araştırıldığı, Erzurum’da yapılan bir çalışmada, araştırma kapsamındaki kadınlardan % 19’unun “kadınlar bazı durumlarda dayaağı hak ediyor” yanıtının alınması toplumun kadına yönelik şiddete ilişkin algısı üzerinde düşündürücüdür. Bunların % 59’u “Kadınların eşlerine karşılık vermesi” ni dayaağı hak etmelerindeki en önemli neden olarak belirtmiş. “Şiddete maruz kalırsanız ne yaparsınız?” sorusuna kadınların % 31’i “kabullenirim, bir şey yapmam, evimde oturup çocuklarımın başını beklerim” yanıtını, % 27.3’ü ise “resmi makamlara şikayet eder boşanırım” yanıtlarını vermişlerdir. Çalışmanın bulgularına göre, psikolojik şiddet % 75 oranla birinci sırada, fiziksel şiddet, % 39 ile ikinci sırada, cinsel şiddet ise, % 28 ile üçüncü sırada yer almaktadır. Çalışmanın şiddetin nedenlerini açıklamaya yönelik bir saptaması da, eşin yaşının genç olması, kendisinin ve eşinin öğrenim düzeyinin düşük olması, ev hanımı olmak, imam nikahlı evlilik, il merkezinde yaşam ve evliliğin ilk yıllarında olma durumlarının kadına yönelik şiddetin görülme olasılığını artırdığı bulgusudur (Turhan, Güraksın, ve İnandı, 2006, s. 24-30).

Şiddete ilişkin veriler gerçekte yaşanan şiddeti yeterince yansıtmamaktadır. Bunun pek çok nedeni olabilir. Ancak, şiddetin mağdurları yetişkin kimliğine ters düşen bu durumu, toplumsal yapıdan kaynaklanan özellikleri, utanma, yok sayma ve savunma mekanizmalarının işletildiği bir yapı ile reddetme ya da gizleme eğilimindedir. Acil servise yansımayan şiddet olayları da düşünüldüğünde şiddetin hangi boyutlarda olduğu ve bu nedenle de görmezden gelinemeyeceği açıktır. Şiddet olgusu acil servislere yansıdığında sağlık personeline tedavi ve muayeneden daha fazla görev düşmekte, şiddete uğrayan bireyin tedavisi dışında, yaşadıklarından etkilenme düzeyi, psikolojisi ve olayın adli boyutuyla da incelenmesi gerekmektedir.

Aile içi şiddet, kadınların eşleri ya da birliktelik sürdürdükleri kişilerce uygulanan bir durumdur ve sonuçları itibariyle hem ciddi bir halk sağlığı sorunu, hem de insan hakları ihlalidir. Devlet ve sivil toplum örgütleri aile içi şiddetin

eliminasyonu için çaba göstermekte, şiddete uğrayan kadınlara yasal zeminde desteklenmektedir. Bu amaçla sığınma evleri şiddete uğrayan kadınlar için geçici barınaklar oluşturmakta, ancak uzun vadede yeni bir yaşam kurmak üzere kadının güçlendirilmesi de önemli görülmektedir.

Aile içi şiddetin önlenmesi için yapılan çabalar farklı düzeylerde yardım ve destekleri içermektedir. Aile içi şiddet durumunda müdahale için yasal çerçeveyi oluşturmak, şiddet mağdurlarına barınak/sığınma evleri sağlamak, istismar eden erkeğin eğitilmesi gibi farklı müdahale biçimleri uygulanmaktadır. Sağlık sektörünün müdahalesi, Avrupa ve Amerika'da sağlık profesyonellerinin aile içi şiddete ilişkin eğitilmelerini, Asya ve Latin Amerika'da, sağlık hizmetlerinin çekirdek rol oynadığı, aile içi şiddet mağdurunu destekleme ağlarının geliştirilmesi gibi eylemleri kapsamaktadır (Uno, Ui, ve Aoyama, 2004).

Önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülen şiddetin gizlenmesi, şiddete uğrayan bireyin sindirilmiş olması, utanma duygusu ya da olayı sadece aile içi bir sorun olarak görmelerinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle yaşanan istismarın çoğu kez tesadüfen fark edildiği, açıkça fiziksel hasara yol açması ya da sağlık personelinin anormal bir durumu fark etmesi sonucu anlaşılabileceği belirtilmektedir (Aşırdizer, 2006, s. 39-48). Bu nedenle sağlık personelinin şiddeti tanılama konusunda eğitilmeleri, cinsiyet eşitsizlikleri ve şiddete maruz kalanlara ilişkin duyarlılıklarının geliştirilmesine dönük eğitilmelerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Adli olgularda hem sağlık personelinin hem de şiddete uğrayan hastanın yasal düzenlemeler konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları aşağıda da bahsedilen birçok çalışmadan anlaşılmaktadır. Hastane acil servislerine şiddete uğrayarak başvuran hastalara adli rapor düzenlenmekte, hastanın şikayetçi olması durumunda gerekli dokümanlar hazırlanmaktadır. Ancak bu aşamada uygulamaya dönük aksaklıklar da yaşanmaktadır. Sıklıkla şiddet mağduru kadınların şikayetçi olmama eğilimleri, haklarını bilmemeleri, sağlık personelinin tedavi dışındaki düzenlemeleri ek bir yük olarak görüp, rapor düzenlemekten kaçınmaları ya da bu konudaki bilgi eksikliği bu aksamaların nedenlerindendir.

Hekimlerin, tedavi edici görevlerinin yanı sıra, adli olguların muayenelerinin yapılarak adli rapor düzenlenmesi gibi görevlerinin olduğu bilinmektedir. Adli

olguların, bu konuda yetişmiş adli tıp uzman sayılarındaki yetersizlik nedeniyle, adli tıp uzmanları dışındaki, acil hekimlerince değerlendirilip rapor hazırlandığı belirtilmektedir. Hekimlerin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerinde adli tıp konusundaki yetersiz bilgi ve deneyimleri nedeniyle hekimlerin adli rapor yazmaktan kaçındıkları veya rapor düzenleme aşamasında endişe duydukları ifade edilmektedir. Mevcut bu olumsuzlukların ise adli olgularda düzenlenen adli raporlarda sıklıkla yanlışlıklara ve eksikliklere neden olduğu belirtilmektedir (Yavuz, M.F. ve Yavuz, M.S., 2006). Ancak adli raporların düzgün tutulması ve iyi saklanması, hem hastanın sağlığı ve hakları, hem geriye dönük yapılacak bilimsel çalışmalar için iyi bir veri kaynağı, hem de hukuki bir sorumluluk olarak görülmekte ve hekimin olası bir sorunda kendini savunmasının anahtarı olarak görülmektedir (Yavuz, M.S., 2006).

Acil servise yansıyan adli nitelikteki olgularda “bir suç işlendiği” yönünde bulguya sahip olan sağlık personeli, adli olguyu bildirmek üzere yükümlüdür. Yasal düzenlemeler, adli olguların bildiriminde hekimlere geniş sorumluluklar yüklemiştir. Ancak adli olgu bildirimine ilişkin yükümlülük, sadece hekimin değil, diğer sağlık personelinin de yükümlülüğüdür. Bu nedenle acil servis hekimlerinin hangi olguları bildirmeleri gerektiği konusunda bilgili olmaları gerekmektedir. (Tuğcu, 2009).

Acil olgularda sağlık personeli bireylerin sağlığına ilişkin uygulamaları, muayene ve tedavilerini ön planda tutmaktadırlar. Hekim hastasının sadece tıbbi tedavisi ile değil, aynı zamanda adli boyutunu da bilmek ve uygulamak zorundadır (Kalemoğlu, 2005, s. 824-828). Tedavi önemli olmakla birlikte, tıbbi rapor ve diğer belgelerin de eksiksiz ve zamanında düzenlenmesi, hem şiddete uğrayan hem de sağlık personeli açısından yasal sorumluluklar çerçevesinde büyük önem taşımaktadır. (Tuğcu, Yorulmaz, Ceylan, Baykal, Celasun ve Koç, 2003, s. 175-179).

Acil olgularda muayene ile elde edilen bilgilerin kayıt altına alınması yasal bir zorunluluktur ve ileride hekimin tıbbi uygulama hatası olduğu gibi iddialarla karşılaşma durumunda, hekimin kendini savunma için bir araç olacak ve hekim lehine en önemli delili oluşturacaktır (Tuğcu, 2009). Bu nedenle, acil servis sağlık çalışanlarının adli olgulara ilişkin yasal sorumluluklarının bilincinde davranmaları, bu konudaki eğitimleri önemli görülmektedir.

Hekimin adli olgularda yapacağı muayeneler ve düzenleyeceği raporlar, hem sanık hem de mağduru ilgilendirdiği için, hekim-hasta ilişkisi tedavi boyutunun

yanında yasal boyutuyla da önemli hale gelmekte ve sağlık personelinin yasal boyuta ilişkin yeterli donanıma sahip olması da önem kazanmaktadır. Adli olgularda suçun ve suçlunun belirlenmesi ve adaletin gerçekleşmesinde, hekim ve diğer sağlık personeli çok önemli bir rol almakta, ihmal edilen ya da eksik bırakılan küçük ayrıntıların çok ağır sonuçlara yol açabilmektedir (Tuğcu, 2009). Hukukun gerektirdiği sorumluluklarının bilincinde davranmak, sağlık personelinin görevini tam yapması yanında, olası bir durumda kendilerini savunmalarının da bir aracı olabilmektedir.

Hekimler mesleklerini yürütürken, sadece hasta ve yakınlarına değil adli ve idari birimlere karşı da sorumludurlar. Acil servis hekiminden, adli olgularla karşılaştığında hem uygun teşhis ve müdahaleyi yapması, aynı zamanda da hukuk kurallarına uygun girişimlerde bulunması, duruma ilişkin yasal işlemleri eksiksiz yerine getirmesi beklenmektedir. (Zeyfeoglu, 2006, s. 10-19). Genel adli muayene formlarıyla ilgili olarak hekimin bildirim yükümlülüğünün tamamlanması için yetkili personele teslim edilmesi gerekmektedir (Tuğcu, 2009; Zeyfeoglu, 2006, s. 10-19). Tüm bu yasal zorunluluklar, hali hazırda zor bir görev olan acil çalışmalarını daha da zorlaştırmakta, hasta-hekim ilişkisine aynı zamanda yasal bir boyut kazandırmakta ve tedavi-muayene işlemlerinin dışında kalan adli düzenlemeler yapmayı da gerekli kılmaktadır.

Sağlık personelinin adli olgulardaki sorumluluklarının çok ciddi yaptırımları olduğu, yanlış bir uygulama durumunda yasal düzenlemelerle öngörülen cezai uygulamalarla karşılaşabilecekleri birçok kaynakta ifade edilmektedir. Ancak sağlık personeli adli uygulamalara ilişkin sorumlulukları hakkında her zaman yeterli bilgiye sahip görülmemektedir. Gülhane Askeri Tıp Fakültesinde, 2000-2001 yıllarında yapılan bu yöndeki bir çalışmada, Gülhane Askeri Tıp Fakültesinden mezun askeri hekimlerin %77.6'sı, diğer tıp fakültelerinden mezun olanların % 77.8'i adli tıp bilgilerinin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Gülhane Askeri Tıp Fakültesinden mezun asker hekimlerin % 74'ü, diğer tıp fakültelerinden mezun olan asker hekimlerin ise % 55.6'sı mezuniyet öncesi adli tıp eğitimlerinin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir (Tuğcu, Yorulmaz, Ceylan, Baykal, Celasun ve Koç, 2003). Adli olgularda sağlık personelinin görev ve yasal sorumluluklarına ilişkin büyük oranda bilgi eksiklikleri olduğu görülmektedir. Bu ise hekim ve diğer sağlık personelinin bu

gibi durumlardaki davranış ve yaklaşımını doğrudan etkileyebilecek bir sorun olarak algılanmaktadır.

Acil servislere başvuran adli olgularda muayene süreci ve kayıt sisteminin incelendiği bir çalışmada, tutulan kayıtlar ve düzenlenen raporlar incelenmiş ve sağlık personelinin bilgi eksiklerinin olduğu, adli rapor düzenlenmesi sırasında yaşanan sıkıntılara değinilmiştir. Çalışmada hekimlerin adli olgu tanımı yapmakta zorlanmaları, bazı adli olgular için rapor düzenlenmesini gerekli görmemeleri, rapor düzenlemekten kaçınmaları, daha çok geçici rapor düzenlemeleri gibi aksaklıklar belirtilirken, yaşanan sıkıntıların hekimlerin “rapor yazma görevini, kendilerine zoraki olarak verilmiş bir yükümlülük” düşüncesiyle kabul etmelerinden ve bu konudaki bilgi eksikliklerinden kaynaklanmakta olduğu, söz konusu nedenlerle adli olgulara gereken tıbbi ve yasal dikkat ve özen gösterilmediği ifade edilmektedir. (Kahya, Sözen, Arıcan, Ekizoğlu, 2006). Hastane aciline yansıyan şiddet vakalarında rapor düzenlenmesi konusunda sağlık personelinin bilgi eksiklerini gidermek üzere hizmet içi eğitimlerin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Hastanelerin acil servislerine başvuran adli olguların muayenesi için ayrı birimlerin oluşturulması, bu birimlerde görev alan sağlık personelinin adli tıbbi konularda donanımlı olması hem adaletin işleyişine olumlu katkı sağlayıcı olacak hem de kişilerin haklarının korunması ve hekimlik mesleği uygulamasındaki standardizasyonun sağlanması için gerekli şartları oluşturacaktır (Kahya, Sözen, Arıcan, Ekizoğlu, 2006).

Şiddet durumunda önemli role sahip olan sağlık profesyonellerinden beklenen temel amaç, şiddeti tanımlama, tedavi etme ve tekrarının önlenmesidir. Ancak, bu amacın gerçekleşmesinde yetersizlikler bulunmaktadır. Sistematik eğitim yetersizliği, sağlık çalışanları ve şiddete mağdurlarının farklı beklenti ve görüşlere sahip olmaları, arka planda yer alan faktörlerin yanlış anlaşılması ve ilgili kurum ve kuruluşlar arası işbirliği ve koordinasyonun yetersizliği gibi nedenler bu amaca tam anlamıyla ulaşılabilmesi önünde engel oluşturmaktadır. Japonya’da kadına yönelik şiddetin tanımlanması ve istismara uğrayan kadının desteklenmesinde, halk sağlığı ve klinik hizmetleri içeren sağlık sektörünün önemli bir rol üstlenmesi beklenmektedir. Görevli sağlık personelinin, istismara uğrayan kadına müdahale etme konusunda sistematik

olarak eğitilmeleri ve pratik broşürlerin oluşturulması yararlı olacaktır (Uno, Ui, ve Aoyama, 2004).

Şiddet ve adli olgulara ilişkin yapılan bu çalışmalar, acil sağlık hizmetlerinin verilmesi sırasında gelişen yasal aksamalar bu konuda eğitim gereksinimlerine dikkat çekmektedir. Sağlık personelinin adli olgulara ilişkin bilgi ve tecrübelerinin artırılması, kadına yönelik şiddetin tanınması konularında artan bir duyarlılık oluşmuş ve bu konuda personel eğitimleri yapılmaya başlanmıştır.

Kadına yönelik aile içi şiddetle mücadele için, şiddetin nedenlerinin belirlenmesinin yanı sıra şiddetin ortaya çıkarılmasındaki engeller de bilinmelidir. Önemli bir toplum sağlığı ve insan hakları sorunu olan kadına yönelik şiddetin ortaya çıkarılmasındaki temel güçlük nedeni, özel alanda meydana gelmesi ve çoğu zaman gizli kalmış olmasından kaynaklanmakta ve gerçek boyutları tespit edilememektedir.

Sağlık çalışma alanı, aile içi şiddet mağduru ve risk altındaki kadınların hizmet alabilecekleri temel ve öncelikli kuruluşlar olması nedeniyle bu sorumluluğun yerine getirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Kadına yönelik aile içi şiddetle mücadele için, öncelikle sorunun gizli kalmasının nedenleri ve ortaya çıkarılmasındaki engellerin tanımlanması gerekmektedir. Bu nedenler toplumdan, kadından ya da sağlık personelinin kaynaklanıyor olabilir. Toplumun bu konuyu mahrem sayması, dışarıdan birilerin olaya müdahale etmesinin hoş karşılanmaması, erkeğin kadına şiddet uygulamasını “kabul edilebilir” gören anlayışın varlığı gibi değer yargıları birçok kadının destek ve koruma hizmetlerine ulaşmasını engelleyerek aile içi şiddetin gizli kalmasına yol açabilmektedir. Kadınlar da yaşadıkları aile içi şiddeti bir suç olarak görmemekte, önemli ya da ciddi olarak algılamamakta ve bu durumla kendisinin baş etmesi gerektiğine inanmaktadırlar. Kadınların büyük çoğunluğu sorulmadıkça yaşadıkları şiddeti paylaşmaz ve konuşmazlar, bazıları ise konuşma fırsatına bile sahip değildir. Bu davranışta “utanç duyma, şiddeti hak ettiğini düşünme, yaşadığı şiddeti açıklamanın güvelliğini riske atacağından korkma” gibi nedenler rol oynamaktadır. Ayrıca şiddete uğramanın yeterince onur kırıcı ve küçük düşürücü olması nedeniyle kadınlar, kendilerini ciddiye almayan ve değer vermeyenlerle yaşadıkları şiddeti konuşmakta isteksiz kalabilirler. Gördükleri şiddeti yeterince ciddi bulmayan ve önemsemeyen kadınlar sağlık personelinin kendi problemleriyle ilgilenmeyeceğini düşünerek açıklama yapmaktan kaçınabilirler.

Kadınların şiddet karşısında sessiz kalma nedenlerinden bazıları da ekonomik desteklerinin olmaması, ilişkisinin düzelebileceğine olan inanç ve bunların dışında kendisine destek olacak ve koruyacak hizmetlerin neler olduğunu ya da bu hizmetleri almak için nereye başvuracağını bilmiyor olması da şiddeti açıklamasına engel oluşturmaktadır (KSGM, 2008e, s. 27-33).

Kadına yönelik aile içi şiddetin ortaya çıkarılmasında sağlık personelinin kaynaklanan engeller ise, aynı toplumda yaşayan sağlık personelinin benzer cinsiyetçi tutumlara sahip olarak davranması, bazı kadınların şiddeti hak ettiği yönündeki inançları nedeniyle şiddeti sorgulamaktan kaçınmaları gibi nedenlerdir. Ancak sağlık personelinin şiddete karşı tutumu, şiddeti sorgulamasını engellememelidir. Sağlık personelinin tutumundan kaynaklı engeller şöyle sıralanabilir: Moral bozucu bir konu olan aile içi şiddet kendisine çaresizlik hissettireceği için kendini konudan uzak tutuma yani olayı “*yadsıma*” davranışı içine girebilir ve bu da mağdurun şiddetin yalnız kendi başına gelen bir olay olduğu düşüncesiyle söylediklerinden şüpheye düşmesine neden olabilir. Şiddete uğrayan kadını “uğraşması zor hasta” olarak görme ve nasıl müdahale edeceğini bilmemesinden kaynaklı şiddetle ilgilenmemek için bu durumu “*gerekleştirme*” yoluyla kendini olaydan uzaklaştırmayı seçebilir ve bu davranış mağdurun umutsuzluğa düşmesine ve şiddeti normal bir olguymuş gibi algılamasına neden olabilir. Personelin olayı güç algıladığı durumlarda vakaları önemsiz olarak niteleyebilir “*küçümseme*” nedeniyle göz ardı edebilir, bu tutum da şiddete uğrayanı hayal kırıklığına uğratarak kafasını karıştırabilir. Sağlık personeli hastasından fiziksel ya da cinsel istismara uğrama gibi korkutucu bir hikaye dinlediğinde “*özdeşleştirme*” yoluyla kendisiyle bir bağ kurarak etkilenebilir ve mağdurdan uzaklaşabilir. Bu durum savunmasızlık nedeniyle personelin kendini güvende hissetme çabası olarak yorumlanabilir ancak bu durum mağdurun kendini tecrit edilmiş ve suçlu hissetmesine yol açabilir, kadın ikinci kez mağdur olmuş hissedebilir. Bir başka engel tutum ise sağlık personelinin “*akıl yürütme*” davranışdır ki, personel kendini uzman rolünde görerek kadına ne yapması gerektiğini söylemeye başlar. Bu davranış da şiddet yaşantısını dinlemeyi engelleyeceği gibi, mağdurun kendini suçlu hissetmesine de neden olabilir. Tüm bu nedenler sağlık personelinin şiddetle ilgilenmesini engelleyici davranışlar olarak, şiddete müdahalede yaşanacak olumsuzluklardır (KSGM, 2008e, s. 27-33).

Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet ile ilgilenmeme nedenlerin araştırıldığı çalışmalar, bu konu ile ilgilenmekten alıkoyan temel sorunun konu ile ilgili önyargılar olduğunu göstermektedir. Önyargıların çoğunluğu kadına yönelik şiddetin kabul edilebilir, geçerli nedenleri olan, kadının hak ettiği bazı davranışları içerdiği yaklaşımdır. Bu durum sağlık çalışanının yaşadığı toplum, aile ve okulda edindikleri davranış modellerinin profesyonel yaşamlarına yansıyan yönü olarak düşünülmektedir. Bu yaklaşım ve önyargılardan yaygın olan bazıları; “Kadına yönelik şiddet özel yaşamı ilgilendiren bir sorundur”, “Kadına yönelik şiddet bir sağlık sorunu değildir”, “Partnerleri tarafından şiddete uğrayan kadınlarla uğraşmak umutsuz bir iştir” gibi görüşlerdir (Salaçin, 2003, s. 296).

Kadına yönelik şiddetle mücadelede artan bir ulusal ve uluslararası duyarlılık bulunmakla birlikte, halen kadına yönelik şiddet sonuçları itibariyle önemli bir toplumsal sorun ve halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir.

2.4. Kadının Statüsünü Geliştirmeyi Amaçlayan Ulusal ve Uluslararası Çalışmalar

Kadın haklarına yönelik yapılan değişik çalışmalar sonucu uluslararası bir duyarlılık oluşmuş ve bu duyarlılığın sonucu olarak, 1993 yılında Viyana İnsan Hakları Konferansı’nda uluslararası boyutta ilk kez “kadının insan hakları” kavramı kullanılmaya başlanmıştır. Konferansta, BM tarafından kadının insan haklarının, temel insan haklarının ayrılmaz bir parçası olduğu resmi olarak kabul edilmiştir. Bu kararın alınmasında hazırlayıcı rolü olan çalışmaların en önemlisi, 1979 yılında BM tarafından hazırlanan ve imzaya açılan Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesidir (CEDAW). Sözleşme birçok ülke tarafından onaylanmış ve 1998 yılı itibariyle 161 ülke imzalamıştır. Bu sözleşme, kadınların insan hakları ve cinsiyete dayalı ayrımcılık kavramlarını yalnız “yasal” değil, “somut” düzeyde de tartışmaya açılmasını sağlaması nedeniyle ayrıcalıklı bir önem taşımaktadır. Sözleşmede, ayrımcılık kavramı “cinsiyete dayalı her türlü ayrımcılık, dışlanma ve kısıtlama” olarak kabul edilmekte; kadına karşı her türlü ayrımcılığın devam ettiği ve bu durumun hak eşitliği ilkesine aykırı olduğu belirtilmektedir (Akın, Esin ve Çelik, 2003, s.17-18; KSSGM ve UNİCEF, 2001, s.22).

CEDAW sözleşmesinin taraf devletler üzerinde uluslararası hukuk çerçevesinde bağlayıcılığı vardır, başka bir anlatımla, taraf devletler kurumsal ya da toplumsal yapılarında kadınlara karşı var olan her türlü ayrımcılığı ortadan kaldırma yükümlülüğü altına girmektedirler. Sözleşme, “amacı ya da sonuçları”, “doğrudan ya da dolaylı”, “kasıtlı ve kasıtsız” her türlü ayrımcılığı yasaklamakta ve yok edilmesini öngörmektedir. Bu sözleşmenin en önemli boyutlarından biri de “kadınların insan haklarının sağlanması, korunması ve geliştirilmesini, toplumda kadın-erkek eşitliğinin geliştirilmesine koşut olarak kabul etmesi” ve kadın-erkek eşitliğine dayanmayan bir “kadın hakları” anlayışını kabul etmiyor olmasıdır. CEDAW sadece biçimsel ve yasal eşitliği değil gerçek anlamda, fiili bir eşitliğin sağlanmasını öngörmekte ve savunmaktadır (Acar ve Arıner, 2009, s. 17-19).

Bu sözleşmede, tam bir kadın-erkek eşitliğine ulaşabilmek için kadın ve erkeğin toplum ve aile içindeki geleneksel rollerinin değişmesi gerektiği de vurgulanmaktadır. Bu yönüyle CEDAW, üye ülkelerin, sağlık bakımı ve aile planlaması da dahil olmak üzere sivil, siyasi, sosyal ve kültürel alanlarda kadına karşı ayrımcılığın önlenmesini yasal sorumluluk olarak kabul ettiği ilk uluslararası sözleşmedir (Akın, Esin ve Çelik, 2003, s. 18).

DSÖ Avrupa Bölgesi tarafından 2001 yılında hazırlanan Avrupa Kadın Sağlığı Stratejik Eylem Planı, uluslararası platformda toplumsal cinsiyet bakış açısıyla gerçekleştirilen kadın sağlığı çalışmalarında gelinen noktayı ve ileriye dönük hedefleri gösteren önemli bir çalışmadır. Stratejik Eylem Planında, toplumsal cinsiyet ve sağlık ilişkisini belirleyen temel faktörün kadının toplum içindeki ikincil statüsü olduğunu ve toplumun sağlığını iyileştirmek için geliştirilen tüm politikaların bu gerçeği dikkate alması gerektiği vurgulanmaktadır. Stratejik Eylem Planı, öncelikle toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve sağlık arasındaki ilişkiyi görünür kılmayı, kadın sağlığının yaşamın her dönemini kapsayacak biçimde ele alınmasını, toplumsal cinsiyet bakış açısının sağlık alanında ana plan ve politikalara entegre edilmesini amaçlamaktadır. Böylece, toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadının insan hakları uygulamalarına somut olarak katkıda bulunmayı hedeflemektedir (Akın, Esin ve Çelik, 2003, s. 19).

Son 25 yılda kadının yaşam koşulları ve bu koşullarının onların sağlık ve yaşamları üzerindeki etkilerine ilişkin anlayış değişikliği yaşanmaktadır. 1970 ve

1980’lerde geliştirilen “Kalkınmada Kadın” (Women in Development-WID) yaklaşımı kadınları kalkınma sürecine dahil etmeye yönelik bir çalışmadır ve kadını kalkınma sürecine dahil etmek üzere proje ve programlar üzerine odaklanılmıştır. Bu çalışmalar özellikle ana-çocuk sağlığı hizmetlerinde (AÇS) bir odaklaşmaya yol açarken, kadının sadece doğurganlık rolü üzerinde durulmuş ve kadın sağlığının diğer boyutlarının ihmal edilmesine neden olmuştur. “Kalkınmada Kadın-WID” yaklaşımı kadınların yaşadığı ayrımcılık ve sonucundaki sosyal ve ekonomik eşitsizliklere yeterli ve uzun vadeli değişimler getirememiştir. Bu yaklaşım daha sonra “Toplumsal Cinsiyet ve Kalkınma” (Gender and Development-GAD) yaklaşımına dönüşmüştür. Bu yaklaşım kadın-erkek arasındaki mevcut eşitsizlikleri, kadının dezavantajlı durumunu analiz ederek yeniden tanımlamayı amaçlamış ve toplumsal cinsiyete dayalı rol ve ilişkilerin yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Son dönemdeki uluslararası konferanslarda toplumsal cinsiyet üzerine odaklanma konusunda görüş birliğine varılmış, sağlık alanında da toplumsal cinsiyet rolü ve ilişkilerinin kadının sağlık ve yaşamını nasıl etkilediğini anlamaya yönelik artan bir vurgu oluşmuştur (Türmen, 2003, s.4-5). Çalışmalar, tüm alanlarda toplumsal cinsiyet duyarlılığı yaklaşımını yerleştirmeye dönük çabalar üzerine yoğunlaşmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) küresel sağlık politikası olarak 51. Dünya Sağlık Asamblesinde kabul edilen “21. yüzyılda Herkese Sağlık” anlayışı da; “herkese sağlık” hedefinin başarılmasında önemli konu başlıkları olarak insan hakları, hakkaniyet ve etik ile birlikte toplumsal cinsiyetin önemi de belirtilmektedir (Türmen, 2003, s.4-5).

Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) Eylem Planı 4. maddesine göre, toplumsal cinsiyet eşitliği ve toplumsal cinsiyette hakkaniyeti sağlamak için çalışmalar yürütülmesi, kadına yönelik her türlü şiddet biçiminin önlenmesi, kadının kendi doğurganlığı hakkında söz sahibi olmasının sağlanması nüfus ve kalkınmayla ilgili programların temel hedefleridir (Akın, Üner, Aslan, Esin, Coşkun, 2004, s. 14).

Pekin eylem platformunda kadınların ulaşılabilir en yüksek standartta sağlığa sahip olmaları önündeki en büyük engel, hem kadınlarla erkekler arasındaki, hem de coğrafi bölgelerdeki, toplumsal sınıflardaki, yerli ve etnik gruplardaki kadınlar arasındaki eşitsizlik olarak görülmektedir. Kadınların sağlığı birçok başka nedenin

yanı sıra sağlık sistemindeki cinsiyete dayalı önyargılardan ve kadınlara sunulan tıbbi hizmetlerin yetersizliğinden ve uygun olmamasından etkilenmektedir. Kadınlara sunulan hizmetler arasında en geniş yer tutanları “üreme sağlığı” kapsamında verilen kadın sağlığı hizmetleridir. (KSSGM, 2003, s.210-211). Pekin eylem platformunda farklı ölkelerde kadın sağlığının, sadece doğurgan yaş kadınlarına verilen bir hizmet olanın ötesinde, kadın yaşamının her aşamasını kapsayacak biçimde programlarda yer alması bir başarı olarak kabul edilmiş, anne ölümleri açısından, gelişmiş ve gelişmekte olan ölkeler arasında gözlenen fark ise kadın sağlığı önünde bir engel olarak tanımlanmıştır (Hodoğlugil ve Akın, 2005).

Kadına yönelik şiddetle mücadelede ulusal önlemler arasında en önemli gelişmelerden biri de 4320 sayılı “Ailenin Korunmasına Dair Kanun” dur. Her ne kadar adı aileyi korumakla ilgili olsa da bu kanun özelde aile içi şiddete karşı kadınların korunmasını amaçlamaktadır. Uluslararası gelişmeler ve toplantılarda alınan kararlar, ulusal düzeyde de önlemler alma sonucunu doğurmuş ve bu kanun da gelişmelere paralel olarak ortaya çıkmıştır. Kanunun temel amacı, aile içinde şiddet uygulayan bireyi ortak yaşam alanından uzaklaştıracak ve diğer birtakım tedbirlerin uygulamaya konmasıyla aile içi şiddetin önlenmesidir (KSGM, 2008c, s. 24).

Bu konudaki önemli gelişmelerden biri de 2002 yılında yapılan Medeni Kanundaki değişikliklerdir. Yeni Türk Medeni Kanunu ile eski Medeni Kanun’un ataerkil nitelikler taşıyan “Evlilik birliğinin reisi kocadır, evlilik birliğini koca temsil eder, karının ikametgahı, kocanın ikametgahıdır” gibi CEDAW sözleşmesinde çekince konulan konular çıkartılmıştır. Bu ifadeler yerine ise, “Eşler oturacakları konutu beraber seçerler. Birliği eşler birlikte yönetirler” (madde 186) ifadeleri getirilmiştir. Bu yasa ile birlikte “aile reisliği” kavramı ortadan kaldırılmış, kadın ve erkek eşitliği uygulamada da yer bulmuş, fiili eşitliğin sağlanması amacıyla kadının ev içi emeğini tanıyan değişiklikler de yapılmıştır (KSGM, 2008c, s.25).

Toplumsal cinsiyet sağlığın toplumsal belirleyicilerinden biri olarak sayılmaktadır (NSW, 2000). Sağlıkla ilgili sorunlar, çözüm önerileri ve programlar, son 10 yıldır ulusal ve uluslararası düzeyde, toplumsal cinsiyet bakış açısıyla değerlendirilmektedir. Bu değerlendirme, eşitsizliklerin kadınların yaşamlarına, sağlıklarına ve iyilik hallerine olan etkilerine bakmaktır. Sağlık alanında yapılan toplumsal cinsiyet değerlendirmeleri, eşitsizliklerin kadın sağlığını nasıl dezavantajlı

kıldığını, sağlık hizmetlerine ulaşmada, kadının karşılaştığı sınırlamaları ve bu sınırlamalarla baş edebilme yollarını; aynı zamanda sosyal yapının erkeklere dayattığı rolün bir sonucu olarak onların karşılaştığı sağlık risk ve problemlerini de ortaya koymaktadır (Akın, Üner, Aslan, Esin ve Coşkun, 2004, s. 30-31).

Kadın sağlığı, biyolojik faktörler yanında soyso-kültürel ve ekonomik faktörlerden etkilenmekte, bu nedenle sorunun çözümünde, bir politika bütünlüğü içerisinde, disiplinlerarası yaklaşım önemli görülmektedir. Kadın sağlığını korumak ve geliştirmek ancak; toplumda kadının statüsünün iyileştirilmesi ve “toplumsal cinsiyet” eşitliği ile gerçekleştirilebilir.

Son yıllarda toplumsal cinsiyet ve sağlık arasındaki bağlantılar hakkında artan tartışmalar olduğu görülmektedir. Kadınlar sağlığın planlanmasında gereksinimlerin daha ciddi olarak ele alınması için insan hakları boyutuyla mücadele etmektedirler. Diğer yandan, kadın sağlığının geliştirilmesinin ekonomik ve toplumsal kazanımları olacağı konusunda da bir görüş birliği bulunmaktadır. Uluslararası kuruluşlar ve ulusal hükümetler sağlıkla ilişkili konuları içeren toplumsal cinsiyet eylem planları hazırlamışlardır. Bunlar temel olarak üreme sağlığı konularına odaklanmış olsalar da, toplumsal cinsiyet temasının sağlık hizmetlerinin her yönüne entegre edilmesi gerektiği konusunda giderek artan bir kabullenme görülmektedir. Bu, tüm politika ve programlarda sürdürülen toplumsal cinsiyet perspektifini her düzeyde işleyen aktif ve görülebilir bir politikanın tavsiye edildiği Beijing Platformu ile de uyumludur (Doyal, 2000, s.1).

Beijing’de yapılan Dördüncü Dünya Kadın Konferansında (1995) kadın ve erkek arasındaki eşitsizliklerin azaltılması, kadın ve erkek sağlığının geliştirilmesi için anahtar strateji olarak teşvik edilen “Gender Mainstreaming”; toplumsal cinsiyet görüşünün sağlık alanındaki tüm araştırma, yasa, politika, hizmet ve programlara entegre edilmesi anlamına gelmektedir. Beijing Deklarasyonu ve eylem platformunda kadının statüsünü geliştirmek, toplumsal cinsiyet eşitliği hedefine ulaşmak için 12 kritik alan belirlenmiştir. Bu deklarasyonda, kadın yoksulluğu, eğitim olanaklarına eşit erişim, sağlık hizmetlerine eşit erişim, karar verme süreçlerine erkeklerle aynı düzeyde katılım, kadının insan haklarına saygı, tüm toplumsal sistemler ve medyada kadın stereotipi ve eşitsizliği, doğal kaynaklar ve

çevrenin korunmasında toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ve kız çocuklarının hakları gibi kritik alanlara yer verilmektedir (UNESCO, 2000, s.5-13).

Birleşmiş Milletler tarafından, 189 ulusun temsilcileriyle 2000 yılında gerçekleştirilen Milenyum Zirvesinde, ekonomik, toplumsal ve kültürel sorunların çözümü için tüm ülkelerin ortak çalışmasını öngören “ Milenyum Deklarasyonu – Bin Yıl Kalkınma Hedefleri” kabul edilmiştir. Bin Yıl Kalkınma Hedefleri, insani kalkınmaya yönelik olarak yoksulluk ve açlığın ortadan kaldırılması, tüm bireyler için temel eğitim, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması ve kadının durumunun güçlendirilmesi, çocuk ölümlerinin azaltılması, anne sağlığının iyileştirilmesi, HIV/AIDS, sıtma ve diğer salgın hastalıklarla mücadele, çevresel sürdürülebilirlik ve kalkınma için küresel ortaklık konularını içermektedir (DPT, 2005, s1-26).

Günümüzde ‘Bin yılın kalkınma hedeflerine, özellikle yoksulluğun ortadan kaldırılması hedefine, nüfus ve üreme sağlığı sorunlarına çare bulmadan ulaşılamayacağı görüş birliğine varılan önemli konulardan biridir. Çözüm ise, kadın haklarının desteklenmesi, kadının güçlendirilmesi, toplumsal cinsiyet temelli ayrımcılığın terk edilerek eşitlik ve hakkaniyet ilkelerinin uygulanması, yani ülkelerin bütün ana hedef, plan ve politikalarına cinsiyete duyarlı bakış açılarının entegre edilmesidir. Bin yılın kalkınma hedeflerinin tümü, doğrudan ya da dolaylı olarak sağlığı, özellikle de kadın sağlığını yakından ilgilendirmektedir. Kadın sağlığı, biyolojik faktörlerden etkilenmesinin yanında birey, aile ve topluma ait birçok sosyo-kültürel ve ekonomik faktörlerden etkilenmektedir. Kadın sağlığını korumak ve geliştirmek ise, ancak; toplumda kadının statüsünün iyileştirilmesi ve “toplumsal cinsiyet” eşitliği ile gerçekleştirilebilir (Akın, Üner, Aslan, Esin, Coşkun, 2004, s.2).

Bin yıl kalkınma hedeflerinin gerçekleştirilebilmesi için üçüncü amaç “Toplumsal Cinsiyet Eşitliği ve Kadının Güçlendirilmesi” başlığını taşımaktadır. Bu amaca ulaşmak içinse, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin, ilk ve orta öğretimde tercihen 2005 yılına kadar ve her düzeyde eğitim için 2015 yılından sonraya kalmamak koşulu ile ortadan kaldırılması öngörülmektedir. Toplumsal cinsiyet eşitliği bir insan hakkı olarak algılanmakta ve Bin Yıl Gelişim Hedeflerine ulaşabilmek için hayati önemde görülmektedir (UNITED NATIONS, 2005, s. 14).

Avrupa Birliğinin, 1957 yılında kabul edilen antlaşmadan bu yana cinsiyet eşitliğini geliştirme yönünde bir taahhüdü bulunmaktadır. Cinsiyet eşitliğinin geliştirilmesi Birliğin dış ilişkiler ve işbirliği geliştirme politikalarının önemli bir unsurudur ve özellikle kadın haklarının korunması ve geliştirilmesi AB'nin üçüncü ülkelerde insan haklarını geliştirme politikalarının ayrılmaz bir parçasıdır. Üye ülkelerde bir gelişme kaydedilmiş olsa da günlük yaşamda hala kadınların erkeklerle eşit haklardan yararlanamadığı, kadına yönelik şiddet ve kadınların temsil eksikliği, yapısal cinsiyet eşitsizliklerinin devam ettiğini göstermektedir. Kadın ve erkeklerin hayatlarını doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyecek politikaların toplumsal cinsiyet eşitliğini hedeflemesiyle bu sorunla etkili mücadele edilebileceğini savunan komisyon bu amaçla, 1996 yılında, toplumsal cinsiyet eşitliği politikalarının ana plan ve programlara yerleştirilmesi ilkesini (gender mainstreaming) benimsemiştir (Avrupa Toplulukları Komisyonu, 2000, s.2). Dünyanın yoksul bölgelerinde eşitsizliğin daha fazla öne sürülse de gelişmiş Avrupa ülkelerinde de halen kadın ve erkek toplumsal yaşamda eşit hak ve olanaklara sahip görünmemektedir. Halen sürmekte olan bu eşitsizliklerin giderilmesi için toplumsal cinsiyet eşitliği politikalarının ana plan ve programlara yerleştirilmesinin ilke edinilmesi önemli görülse de, kadınların eşit konumlarını temin için ulusal ve uluslararası boyutta özel önlemler alınması gerekmektedir.

Özellikle DSÖ başta olmak üzere, yapılan araştırmalardan elde edilen veriler dikkate alınarak, dünyada kadının statüsü ortaya konulmuş ve geliştirilmesi için birçok projeler düzenlenmiş ve birçok hedefler belirlenmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün "Kadın Sağlığı ve Gelişimi Bölümü" (WHD), kadına yönelik şiddetin önlenmesinde sağlık çalışanlarının mesleki sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için sağlık çalışanlarına yönelik olarak; duyarlılık ve bilgilendirme eğitimi yapılmasını; bireysel önyargılarının sorgulanmasının sağlanmasını; şiddete uğrayan kadının tanısının konulmasına yönelik eğitilmesini; aile bireyleri tarafından şiddete uğrayan hastalarının da tüm bulgularını kayıtlara geçirmeleri yönünde eğitilmelerini; şiddetin tüm delillerinin korunması ve belgelendirilmesinin önemi konusunda eğitilmesini ve sağlık çalışanlarının bu konu ile ilgili bir protokol hazırlanması için cesaretlendirilmesini önermektedir (Salaçin, 2003, s. 298).

Sağlık çalışanları, hizmet yöneticileri ve politika belirleyicilerin hepsi, bireysel eğilimlerini, önyargılarını ve görüşlerini işlerine yansıtmaktadırlar. Cinsiyet analizine dayalı politika, program ve uygulamalar bu önyargıların etkilerini azaltmaya ve daha iyi sağlık hizmeti vermeye yardım etmektedir (NSW, 2000, s.3).

Dünyada ekonomik ve kültürel bakımdan çok farklı yapıda olan toplumların her kesiminde cinsiyet ayrımcılığına dayalı değerler yaygın kabul görmektedir. Toplumun sahip olduğu bu değerler kadına yönelik şiddetin algılanma biçiminde ve bu tür şiddete yaklaşımda belirleyici olmaktadır. Aynı biçimde meslek gruplarının da kadına yönelik şiddetin değerlendirilmesinde benzer temel yaklaşımlar bulunmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 1980 yılında kurulan "Kadın Sağlığı ve Gelişimi Bölümü" (WHD), 1997 yılında "Violence Against Women. A Priority Health Issue" başlıklı dokümanında kadına yönelik şiddeti öncelikli sağlık sorunu olarak tanımlamıştır. Aynı dokümanda sağlık çalışanları ve hekimlerin üstlenebileceği roller ile iyi hekimlik uygulama kurallarının şiddete uğrayan bireyin tanısının konulması, tedavi edilmesi ve destek olunmasının şiddetin önlenmesinde oynayacağı rol tartışılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün konuya öncelikli sağlık sorunu olarak yaklaşmasına, eğitim ve uygulama önerilerinde bulunmasına karşın hekimler bu tavsiye ve önerilerden habersiz kalmayı yeğlemişlerdir. Bu durum Türkiye'de de farklı değildir. Birçok ülkede bu önyargılarla başa çıkma konusunda haberlilik eğitimlerinin olumlu rolü gözlenmiştir (Salaçin, 2003, s.296).

Sağlık çalışanları için kadına yönelik şiddetin öncelikli problem olma nedenleri belgede aşağıdaki biçimde yer almıştır (Salaçin, 2003, s.297; KSGM, 2003, s.178-179):

- Kadın nüfusunun önemli bir bölümü için şiddet yaygın ve ciddi sağlık sorunları yaratmaktadır (Birçok ülkede kadın nüfusunun % 20'sinden fazlası).
- Birçok kadın için sağlık çalışanları ilk ilişki kurdukları ve mahrem sayılabilecek öykülerini anlatabilecekleri kişilerdir.
- Yaşam evrelerine göre kadına yönelik şiddet türlerinin dünya genelinde özellikleri sıralanmıştır.

Her yaştan kadın ve kız, çocukları erkeğe oranla sınırlı toplumsal ve ekonomik güçlerinden dolayı, şiddetin kurbanı olabilmektedirler (PATH, UNFPA, 2002). Bu durum, kadın ve kız çocuklarının, hayatlarının her döneminde farklı ayrımcılık türlerine ve istismara maruz kalabilmeleri şeklinde tüm dünyada yaşanmaktadır. Farklı yaşam evrelerinde kadınların uğradıkları şiddet ve istismar biçimleri şunlardır (Salaçin, 2003, s. 297; KSGM, 2003, s.178-179; PATH, UNFPA, 2002):

1. Doğum Öncesi; erkek çocuk tercihi nedeniyle cinsiyet seçimi, kız gebeliklerin sonlandırılması, doğum öncesinde annenin şiddete uğraması nedeniyle anne karnındaki etkiler,
2. Çocukluk Çağı; Kız çocuklarına infantisit uygulaması (bebeğin 0-2 yaş arasında öldürülmesi), beslenme ve sağlığının ihmali, fiziksel, cinsel ve psikolojik istismar.
3. Ergenlik Çağı; flört döneminde uğranan şiddet, tecavüz, paralı seks için zorlanması, para karşılığı satılması, namus cinayetleri, ensest, kadın sünneti.
4. Erişkin Dönem; çalışma yerinde cinsel yönden istismar, fahişeliğe, pornografiye zorlama, kadın ticareti, erkek partneri tarafından her türlü şiddete uğrama, namus cinayetleri, öldürme, evlilik için ırza geçme, çeyiz ya da başlık parası ile ilgili istismar ve cinayetler, özürlü ve engelli kadınların istismarı, zorla hamilelik.
5. İleri Yaşta; ekonomik nedenlerle intihara zorlama ya da öldürme, psikolojik, cinsel ya da fiziksel şiddet biçiminde sıralanmaktadır.

Kadın sağlığı sadece erkeklerden farklı bir biyolojik yapıya sahip olmalarından dolayı değil, aynı zamanda, toplumsal cinsiyete dayalı toplumsal ve ekonomik eşitsizliklerden de etkilenmektedir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve ayrımcılık doğumdan itibaren başlamakta, yaşamın en başında, daha doğmadan erkek çocuk tercihi ve kız çocuklarına infantisit uygulaması ile kendini göstermektedir. Bazı toplumlar da kız çocukları erkek çocuklardan daha az ve daha kötü beslenmekte, beslenme ve sağlık hizmetlerinde eşitsizlikler yaşanmakta, bu durum genellikle yetişkinlik dönemlerinde de sürmektedir. Bazı kültürlerde “kadın sünneti” (FGM), geleneği kadını gene farklı bir boyutta etkilemektedir. Dünyadaki birçok kadın tecavüz, zorla evlendirme, gebelikleri ve doğumlarında yetersiz hizmet almakta, bu

ve benzeri yaşadıkları olumsuzluklar ise sağlık durumları ile ilgili riskler yaratmaktadır (PATH, 1999).

Sağlık hizmetleri ve sağlık çalışanları, değişik ihtiyaçlar, ilgiler ve değerlerin varlığına işaret ederek ve bunları kabul ederek/onaylayarak, bu eşitsizlikleri yenmek ve adil sonuçlara ulaşmak için çalışabilirler (NSW, 2000, s.2).

Sağlık çalışanları sıklıkla şiddete uğrayan kadınlarla karşılaşmaktadırlar ancak belirtilen nedenlerden dolayı tanı koyamamakta ya da tanısı kayıtlara geçmemektedir. Şiddetin kanıtlanması engellenmektedir. Özellikle aile içi şiddet olaylarında bireyin defalarca hekime başvurduğu, önemsiz görülen bazı bulgulara dayanılarak tedavilerinin yapıldığı ancak tekrar değerlendirmelerinde durumun ortaya konabildiği bu gün artık bilinen bir gerçektir (Salaçin, 2003, s. 297). Geleneksel kalıpyargılar, şiddetin dillendirilmesinden çekinme, aile üyelerinin baskısı, kayıt sonrası adli işlemler hekimin bu gibi durumlarda şiddeti telaffuz etmeksizin tedaviye endeksli bir yaklaşım sergilemesine neden olabilmektedir. Hekimlerin doğrudan muhatabı oldukları hastalarına hizmet sunarken toplumsal cinsiyet duyarlılığına sahip olup olmamaları önemlidir. Kadının sağlık hizmetlerinden yararlanma sırasında ya da şiddete maruz kalmış biçimde hekime başvurmuş olması halinde hekimin cinsiyet duyarlılığı ile yaklaşımı sorunun giderilmesinde belirleyici olacaktır.

Kadının statüsünü belirleme de eğitim ve sağlık alanlarının önemli rolleri olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarının şiddet vakaları başta olmak üzere, muayene ettikleri kadın hastalarına ilişkin sorumlulukları da oldukça önemlidir. Kadınların yaşadıkları ayrımcılık, istismar ve şiddete ilişkin veriler, doğum öncesinden başlamak üzere bilinmekte ve her aşamasında sağlık çalışanları bu durumun belirlenmesi ve giderilmesinde gerekli çabanın en önemli özneleri olarak görülmektedir.

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada nitel ve nicel araştırma yöntemlerinin bir arada kullanıldığı betimsel araştırma modeli kullanılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın iki evreni bulunmaktadır. İlki Ankara ili Kızılcahamam ilçesi Kızılcahamam Merkez Sağlık Ocağı bölgesindeki halktan, ikincisi ise aynı bölgede bulunan hastane ve sağlık ocağında görev yapan sağlık personelinde oluşmaktadır. Araştırma için gerekli veriler, birinci evrenden seçilen bir örneklemden ve ikinci evrenden alınan bir çalışma grubundan elde edilmiştir. Kırsal kesimi temsil etmesi ve araştırmacının çalışma kolaylığı açısından Kızılcahamam araştırma bölgesi olarak seçilmiştir.

Araştırma bulgularının yorumlanmasında karışıklığa neden olmamak için, halktan alınan örneklem “**Araştırma Grubu**” olarak, sağlık personelinde oluşturulan grup ise “**Çalışma Grubu**” olarak nitelendirilmiştir.

Bölgede araştırma yapmak üzere Kızılcahamam Kaymakamlığından gerekli izin (ek 3’te sunulmaktadır) Nisan 2008’de alındıktan sonra, Sağlık Ocağı ETF (Ev Halkı Tespit Fişi) kayıtları incelenerek, birinci araştırma evreni belirlenmiştir. Nicel araştırma verilerinin toplanması, Kızılcahamam ilçesi Merkez Sağlık Ocağı bölge halkından oluşan evrenden oranlı tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilen örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Örnekleme kullanılan formül aşağıda verilmektedir:

$$n = \frac{t^2(PQ)}{d^2} \div \left(1 + \frac{1}{N} \cdot \frac{t^2(PQ)}{d^2} \right)$$

N : Evren büyüklüğü

n : Örneklem büyüklüğü

d : Hoşgörü düzeyi (.05)

t : Güven düzeyinin tablo değeri (1.96)

PQ : (.50). (.50) =0.25

Örneklem tabaka genişliği ise şu formülle hesaplanmıştır:

$$nh = \frac{Nh}{N} \cdot n$$

Nh : Evren tabaka genişliği

N : Evren büyüklüğü

nh : Örneklem tabaka genişliği

n : Örneklem büyüklüğü

Araştırma örnekleminin belirlenmesinde şu aşamalar izlenmiştir:

- Kızılcahamam Sağlık Ocağı ETF (ev halkı tespit fişi) kayıtlarından yararlanarak hane sayılarına ulaşıldı.
- Kızılcahamam Merkez Sağlık Ocağı kayıtlarından, hizmet bölgesinin 3 bölgeye ayrıldığı görülerek, her üç bölgedeki hane sayıları tespit edildi.
- Buna göre; 1. bölgede 1748,
2. bölgede 1898,
3. bölgede 2319 olmak üzere toplam **5965 hane** tespit edilmiştir.

Örneklem büyüklüğü 361 olarak bulunmuş ve her bölge için örneklem tabaka genişliği hesaplanarak, birinci bölgeden 106, 2. bölgeden 115 ve 3. bölgeden 141 olmak üzere 362 hane örneklem büyüklüğünü oluşturmuştur. (Bir fazlalık yuvarlamadan kaynaklanmıştır). Her haneden görüşmeyi kabul eden kadın ya da erkek bir kişiyle görüşme yapılmıştır. Bu yolla 218 kadın ve 144 erkek katılımcı ile görüşülmüştür.

Araştırmanın çalışma grubunu ilçede bulunan hastane ve sağlık ocağında görev yapan sağlık personeli oluşturmaktadır. Bu evrenden örneklem alınma yoluna

gidilmemiş, sayıca az olan personelden ulaşılabilen ve görüşmeyi kabul edenler araştırma grubunu oluşturmaktadır. Bu gruba önceden hazırlanmış soru formu yoluyla derinlemesine mülakat yöntemi uygulanmıştır. Hastanede görev yapan ve görüşmeyi kabul eden 3 uzman, 4 pratisyen hekim, 8 hemşire, 3 ebe, 4 sağlık memuru ile sağlık ocağında görev yapan 1 pratisyen hekim, 3 hemşire ve 1 ebe olmak üzere toplam 27 sağlık personeli ile yapılan görüşmeler araştırmacı tarafından kayıt altına alınarak, veriler içerik analizi ile değerlendirilmiştir.

3.3. Verilerin Toplanması

Araştırma için gerekli veriler iki biçimde toplanmıştır:

1. Anket Yöntemi:

Halkın genel olarak cinsiyetçi tutumları, sağlık hizmetlerinden yararlanma sırasındaki cinsiyetçi tutum ve yargıları ile sağlık personelinin cinsiyetçi yaklaşımlarına ilişkin gözlemleri konusunda veri toplamak üzere yarı yapılandırılmış anket formu uygulanmıştır. Araştırma anketinin geliştirilmesinde şu aşamalar izlenmiştir:

- Konuyla ilgili literatür taraması yapılarak bir taslak bilgi toplama aracı geliştirilmiştir,
- Geliştirilen taslak araç uzman görüşüne sunulmuş ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Görüşüne başvurulmuş uzmanlar şunlardır: Prof. Dr. Ayşe AKIN, Prof. Dr. Rıfat MİSER, Doç. Dr. Hayat BOZ, Doç. Dr. Fevziye SAYILAN.
- Mayıs 2008’de aynı bölgede bir ön uygulama yapılarak anlaşılmayan, işlemeyen sorular belirlenmiş, gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra bilgi toplama aracına son şekli verilmiştir. Araştırma anketi ek 1’de sunulmuştur.

Araştırma anketi, katılımcıların demografik bilgilerini için 12 soru, toplumsal yaşama ilişkin ayrımcılık tutumlarını belirlemek üzere 13 soru, sağlık hizmetlerinden yararlanma sırasında gözlenen ayrımcı tutumları belirlemek üzere 24 soru olmak üzere toplam 49 soru maddesinden oluşmuştur. Son 5 soru açık uçlu olarak hazırlanmıştır. Bu sorularda sağlık hizmetlerinin sunulmasında halkın ve sağlık personelinin cinsiyet ayrımcı tutumları, şiddet olaylarına ilişkin tecrübeler ile sağlık personeli ve halkın bu olaylardaki tutumları sorulmuş, son iki soruda da aileleri ya da

çevrelerinde gözledikleri kız-erkek çocuklar arası ayrımcılık tutumlarına ilişkin gözlem ve deneyimler sorulmuştur.

2. Görüşme Yöntemi

Sağlık hizmetlerinden yararlanmada halkın cinsiyetçi yaklaşımlarına ve sağlık hizmetlerinin sunulması sırasında toplumsal cinsiyet duyarsızlığına tanık olmuş doktor, ebe, hemşire ve sağlık memurları ile derinlemesine mülakatlar gerçekleştirilmiştir.

Sağlık personeli ile yapılan derinlemesine görüşme için de benzer sorulardan oluşan bir görüşme formu hazırlanmıştır. Formda, halkın hizmet almada gösterdiği cinsiyetçi tutumlar, kız ve erkek çocukları arasında ayrımcılık olup olmadığı, sağlık personelinin cinsiyetçi tutumların varlığı, şiddet vakalarında şiddete uğrayanın ve sağlık personelinin tutumları ve toplumun cinsiyet ayrımcı tutumlarının giderilmesinde kendilerinin rolü ve konuya ilişkin önerilerine yönelik sorular yer almıştır. Demografik verilere ilişkin 6 soru ve cinsiyet ayrımcılığı gözlemlerine ilişkin 7 sorudan oluşan görüşme formu ek 2’de sunulmuştur.

3.4. Verilerin Analizi

Nicel araştırma verilerinin analizinde betimsel istatistiğin yüzde ve frekans tekniğinden, değişkenler arası ilişkilerin anlamlılık sınamasında da anlam çıkarıcı istatistiğin ki-kare tekniğinden yararlanılmıştır. Nicel veriler SPSS programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Açık uçlu sorular ve görüşme yöntemi ile elde edilen nitel veriler, bir sayısallaştırma kaygısı güdülmezsizin, araştırma amaçları doğrultusunda içerik analizine tabi tutulmuştur.

Bilgi toplama aracı aşağıdaki biçimde kodlanmıştır:

HK: Halk Kadın

HE: Halk Erkek

Görüşme formları ise aşağıdaki biçimde kodlanmıştır:

G-SPUD: Görüşme- Sağlık Personeli Uzman Doktor

G-SPPD: Görüşme- Sağlık Personeli Pratisyen Doktor

G-SPE: Görüşme- Sağlık Personeli Ebe

G-SPH: Görüşme- Sağlık Personeli Hemşire

G-SPSM: Görüşme- Sağlık personeli sağlık memuru

Araştırma anketi Mayıs-Haziran 2008, görüşme formları ise Haziran ve Temmuz 2008 tarihlerinde uygulanmıştır. Araştırma anketini uygulamak üzere, örnekleme uygun olarak rastlantısal yolla belirlenen haneye gidilmiş, uygulama araştırmacının kendisi ve araştırmacı tarafından eğitilen 6 anketör tarafından yüz yüze görüşme yoluyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılmayı, meşgul olma, katılmayı istememe ya da eşinin izin vermemesi gibi nedenlerle reddeden ve kapıyı açmayan kadınlar olmuştur. Erkek katılımcıları evde bulmak her zaman olanaklı olmadığı için, bulundukları yerlere gidilerek ulaşılmıştır (Örneğin, çay ocağı). Bazılarına ulaşılamaması ya da araştırmayı kabul etmemeleri nedeniyle kadınlara oranla daha az erkek katılımcıya ulaşılmıştır. Araştırmaya katılmayı reddedenler bulunmakla birlikte, özellikle kadın katılımcıların çoğu gönüllü olarak katılmıştır, önce gönüllü olmayanlar ise ikna edilerek araştırmaya katılımları sağlanmıştır. Ankette yer alan soruları yanıtlarken, içtenlikle verilen yanıtların araştırma açısından önemli olduğu vurgulanarak, bilgilerinin başka kimseye gösterilmeyeceği konusunda katılımcılara güvence verilmiştir. Önce tereddütle yaklaşan katılımcılar, ilerleyen sorularda, oldukça içten yanıtlar vererek, yaşadıkları ve gördükleri olayları eleştirel yaklaşımlarıyla birlikte anlatmışlardır. Erkek katılımcılar daha tereddüt içinde katılmış, ancak rahatladıktan sonra daha içtenlikle araştırma sorularını yanıtlamışlardır. Ancak açık uçlu soruları yanıtlarken daha kısa ve ayrıntısız bilgiler vermekle yetinmişlerdir.

BÖLÜM IV

BULGULAR VE YORUM

Araştırma bulguları 4 başlık altında ele alınmıştır.

1. Araştırma anketinin uygulandığı halka ilişkin demografik veriler,
2. Halkın cinsiyet ayrımcılığına ilişkin bulgular,
3. Sağlık personelinin cinsiyet ayrımcılığına ilişkin bulgular,
4. Yapılması gerekenlere ilişkin sağlık personelinin görüşleri.

1. Katılımcıların Demografik Bulguları

1.1. Araştırma Anketinin Uygulandığı Halka İlişkin Demografik Bulgular

Örnekleme oluşturan halka ilişkin yaş, cinsiyet, medeni durum ve ailenin aylık gelir durumlarının cinsiyetlere göre dağılımları tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1: Araştırma Grubunun Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum ve Aylık Gelir Durumlarına Göre Dağılımı - Kızılcahamam, 2008

Araştırma Grubunun Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum ve Aylık Gelir Durumu (n=362)	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Yaş						
25 yaş ve altı	24	11.0	5	3.5	29	8.0
26-35 yaş	53	24.3	36	25.0	89	24.6
36-45 yaş	71	32.6	61	42.4	132	36.5
46-55 yaş	42	19.3	27	18.7	69	19.0
56 yaş ve üzeri	28	12.8	15	10.4	43	11.9
TOPLAM	218	100.0	144	100.0	362	100.0
Cinsiyet						
Cinsiyet (n= 362)	218	60.2	144	39.8	362	100.00
TOPLAM	218	100.0	144	100.0	362	100.0
Medeni durum						
Evli	188	86.3	135	93.7	323	89.2
Bekar	5	2.3	7	4.9	12	3.3
Eşi Ölmüş	16	7.3	0	0.0	16	4.4
Boşanmış	9	4.1	1	0.7	10	2.8
Diğer	0	0.0	1*	0.7	1	0.3
TOPLAM	218	100.0	144	100.0	362	100.0
Ailenin aylık gelir durumu						
Çok iyi	4	1.8	3	2.1	7	2.0
İyi	50	22.9	41	28.5	91	25.1
Orta	132	60.6	86	59.7	218	60.2
Kötü	32	14.7	14	9.7	46	12.7
TOPLAM	218	100.0	144	100.0	362	100.0

* İki eşli katılımcı (Biri imam nikahlı)

Araştırmaya katılan kişilerin %36.5'si 36-45 yaş arasında olup, % 60.2'si kadın, % 39.8'i erkektir. Katılımcıların % 89.2'si evli, bir erkek katılımcının biri imam nikahlı, diğeri medeni nikahlı iki evliliği bulunmaktadır. Katılımcıların % 60.2'i ailelerinin aylık gelirini orta olarak tanımlamaktadır.

Tablo 2: Araştırma Grubunun Evlilik Bağlarına Göre Dağılımı

Evlilik Bağı	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Medeni	12	6.4	20	14.8	32	9.9
Medeni-İmam Nikahı	173	92.0	115	85.2	288	89.2
İmam Nikahı	3	1.6	0	0.0	3	0.9
TOPLAM*	188	100.0	135	100.0	323	100.0

* Evli olmayan 39 kişi cevap vermedi (38 evli olmayan+1 kişi iki evli)

Tablo 2'de araştırma grubunun evlilik bağları verilmektedir. Katılımcıların % 89.2'sinin hem medeni, hem de imam nikahları bulunmaktadır. Kadın katılımcılardan üçünün sadece imam nikahlı oldukları, bu durumun erkeklerde olmadığı görülmektedir. Cevap vermeyen 39 kişi içinde bekar, boşanmış ve eşi ölenler yer almaktadır.

Tablo 3: Araştırma Grubunun Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı

Öğrenim durumu	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Okur-Yazar Değil	13	6.0	0	00.0	13	3.6
Okuryazar	12	5.5	0	00.0	12	3.3
İlkokul	108	49.5	50	34.7	158	43.6
Ortaokul	27	12.4	24	16.7	51	14.1
Lise	40	18.3	45	31.2	85	23.5
Üniversite	18	8.3	25	17.4	43	11.9
TOPLAM	218	100.0	144	100.0	362	100.0

Araştırma grubunun öğrenim durumlarına göre dağılımları tablo 3'de verilmektedir. Katılımcıların yaklaşık yarısı (% 43.6) ilkokul mezunu olup, okur-yazar olmayan (%6.0) ve okur yazar olan (%5.5) katılımcıların tamamı kadın katılımcılardan oluşmaktadır. Erkek katılımcıların tamamı en az ilkokul mezunu iken, kadın katılımcıların % 11.5'inin okumaz-yazmaz ya da sadece okuryazar olması, araştırma grubunun eğitim fırsat ve olanaklarından eşit koşullarda yararlanamadıklarını göstermektedir. Üniversite mezunu olan erkek katılımcıların

sayısı (%17.4), üniversite mezunu olan kadın katılımcıların sayısından (%8.3) fazladır. Toplamda %11.9 olan üniversite mezunlarının %58.1'ini erkekler oluşturmaktadır.

Tablo 4: Araştırma Grubunun Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu

Şu Anda Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Evet	36	16.5	115	79.9	151	41.7
Hayır	182	83.5	29	20.1	211	58.3
TOPLAM	218	100.0	144	100.0	362	100.0

* Emekli olanlar çalışmıyor seçeneğini işaretlediler

Gelir getiren bir işte çalışma durumlarının gösterildiği Tablo 4'te, kadın katılımcıların % 83.5'i, erkek katılımcıların % 20.1'i gelir getiren bir işte çalışmamaktadır. Erkek katılımcılardan emekli olanlar çalışmıyor olarak tanımlandığından, erkeklerin çalışmama oranı yüksek gibi görülmekte ise de emekli gelirleri vardır. Araştırma grubunun çoğunluğunu çalışan/emekli erkek eşler ve çalışmayan kadın eşler oluşturmaktadır.

Tablo 5: Eşin Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu

Eşin Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Evet	156	83.0	14	10.4	170	52.6
Hayır	29	15.4	121	89.6	150	46.5
Diğer	3	1.6	0	00.0	3	0.9
TOPLAM*	188	100.0	135	100.0	323	100.0

*evli olmayan 39 kişi cevap vermedi

Erkek katılımcıların % 89.6'sının, kadın katılımcıların % 15.4'ünün eşleri çalışmamaktadır. Kadın katılımcıların % 83.5'inin gelir getiren bir işte çalışmaması ile erkek katılımcıların eşlerinin çalışmama oranları benzerlik göstermektedir.

1.2. Sağlık Personeline İlişkin Demografik Bulgular

Kızılcahamam Devlet Hastanesi ve Kızılcahamam Merkez Sağlık Ocağı'nda görev yapan sağlık personelinin zaman ayırabilen ve görüşmeyi kabul eden 22 kişiden yüz yüze görüşme yöntemi ile veriler toplanmıştır. Uzman doktorların çoğunlukla Ankara'da bulunan hastanelerden rotasyon usulü ile gelmesi, görüşme yapılan saatlerde klinik, poliklinik ya da ameliyathane görevlerinin bulunması, zamanlarının olmaması, yorgun olduklarının ifade edilmesi ya da görüşmeyi kabul

etmeme gibi nedenlerle evreni oluşturan personelin tamamına ulaşmak mümkün olmamıştır. Bölgede bulunan tek hastane ve tek sağlık Ocağından 3 uzman, 5 pratisyen hekim, 11 hemşire, 4 ebe, 4 sağlık memuru olmak üzere toplam 27 sağlık personeli ile görüşme yapılmıştır. 1 pratisyen hekim, 3 hemşire ve 1 ebe olmak üzere toplam 5 kişi Sağlık Ocağı personeli olup, diğer görüşmeciler hastane çalışanlarından oluşmaktadır. Hastaneden 3 uzman hekim, 4 pratisyen hekim, 8 hemşire, 3 ebe ve 4 sağlık memuru olmak üzere toplam 22 kişi ile görüşmeler yapılmıştır.

Görüşme yapılan sağlık personeline ilişkin bilgiler yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, görev süresi ve görev yapılan sağlık kuruluşlarına göre sınıflandırılarak tablo haline dönüştürülmüştür.

Görüşme Yapılan Sağlık Personelinin Meslek, Yaş, Cinsiyet, Eğitim Durumu Ve Görev Sürelerine Göre Dağılımları

Görüşmecilerin demografik bulguları	Uzman doktor	Pratisyen doktor	Ebe	Hemşire	Sağlık memuru
Meslek					
	3	5	4	11	4
Yaş					
20-29	-	-	1	1	-
30-39	2	3	2	9	4
40-49	1	1	-	-	-
50+	-	1	1	1	-
Cinsiyet					
Kadın	1	1	4	11	-
Erkek	2	4			4
Eğitim Durumu					
Lise			3	9	3
Üniversite	3	5	1	2	1
Görev Süresi					
0-9	2	1	1	2	-
10-19	1	3	2	5	4
20-29	-	-	-	3	-
30-39	-	1	1	1	-
Çalışılan Sağlık Kuruluşu					
Hastane	3	4	3	8	4
Sağlık ocağı	-	1	1	3	-
TOPLAM	3	5	4	11	4

2. Halkın Cinsiyet Ayrımcılığına İlişkin Bulgular

2.1. Halktan Alınan Bulgular

2.1.1. Toplumsal Yaşamda Halkın Cinsiyet Ayrımcı Tutumları

Araştırma grubunun okula gidememe ve eğitim alamama nedenlerine ilişkin bulgular tablo 6’da yer almaktadır.

Tablo 6: Okur-yazar olmayan katılımcıların okula gitmeme nedenlerine göre dağılımı - Kızılcahamam, 2008

Okur-yazar olmayan katılımcıların okula gitmeme nedenleri	KADIN	
	n	%
Ekonomik engeller	1	7.7
Ailem izin vermedi	7	53.8
Ulaşım sorunu	5	38.5
TOPLAM	13	100.0

* Okur yazar olmayanların tamamı kadın katılımcılardır.

Tamamı kadın olan okumaz-yazmaz katılımcılardan 7 kişi “Ailelerinin izin vermemesi” nedeni ile, 5 kişi ulaşım sorunu nedeniyle okula gitmediklerini belirtmektedirler.

Tablo 7: Üniversite Mezunu Dışındaki Katılımcıların Eğitime Devam Etmeme Durumu - Kızılcahamam, 2008

Üniversite Mezunu Dışındakiler İçin Eğitime Devam Etmeme Durumu	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Kazanamadım	13	7.0	16	13.5	29	9.5
Ailem okutmadı	93	49.7	11	9.2	104	34.0
Çalışmak zorunda kaldım	1	0.5	39	32.8	40	13.0
Evlilik yaptığım için devam edemedim	20	10.7	1	0.8	21	6.9
Diğer	60	32.1	52	43.7	112	36.6
TOPLAM	187	100.0	119	100.0	306	100.0

P<0.05 (0.000)

k= 0.5

Ki kare değeri: 109.103(a), Sd: 4, P değeri:- 0.000

Tablo 7’de, üniversite mezunu dışındaki katılımcıların eğitimlerine devam etmeme nedenleri incelendiğinde, kadın katılımcıların daha çok (% 49.7) “*ailelerinin izin vermemesi*” nedeniyle okumadıkları belirtilmekte, erkek katılımcıların okumama nedenleri arasında ise bu seçenek daha düşük olarak ifade edilmektedir. Erkek

katılımcıların okumama nedenleri daha çok “*Çalışmak zorunda kalmaları*” (% 32.8) ve diğer seçeneğinde belirttikleri gibi “*okumak istememe, kafasının almaması, aile işinde çalışma*” gibi nedenlerde yoğunlaşmaktadır. “*Evlilik yaptığı için okula devam edememe*” oranı kadınlarda, “*çalışmak zorunda kalma*” seçeneği ise erkek katılımcılarda daha yüksek bulunmuştur. Bu da toplumda cinsiyetçi öğelerin yoğun olarak varlığına, kız çocuklarının geleneklerin olumsuzluklarından daha fazla etkilendiklerine ve kadının düşük toplumsal statüsüne işaret etmektedir.

Okula gidememe nedenlerini “diğer” seçeneği ile açıklayanlar “*ailevi nedenler, ebeveyn kaybı, okutan olmadı, o zamanlar ortaokul mezunları işe girerdi, bu da etkendi, ekonomik nedenler*” gibi ifadeler kullanmışlardır. Kendine bağlı nedenlerle okumadıklarını ifade eden katılımcıların kullandıkları ifadelerden bazıları şöyledir: “*Okuyamadım, kafam almadı*”, “*Aile durumu iyi olunca gerek duymadım*”, “*Sanat enstitüsünü bitirdim, yeterli gördüm*”, “*Gerek görmedim*”, “*İş hayatına atıldım*”, “*işim vardı*”, “*Siyasi dönemde okula gitmek zordu*”. Bazı katılımcılar ise, köyde okul ve öğretmen olmadığını, o zamanki koşulların okumaya elvermediğini ifade etmektedir. Önemli görülen birkaç ifade de şöyledir: “*O zamanlar okumak yoktu, eğitim yoktu*” “*O zamanın şartları öyleydi, kızlar okutulmazdı*”. Bu ifadelerde çevrelerinde okula gitmenin, eğitim almanın önemsenmediği, verili olanla yetinip, şartların zorlanmadığı, olumsuz şartlar, baskı ve engellerin daha çok kız çocukları etkilediği, kız çocuklarına cinsiyete dayalı ayrımcılıklar yapıldığı görülmektedir.

Köyde okul olmadığını ve bu yüzden okuyamadıklarını ifade eden bazı kadın katılımcılar, köydeki erkeklerin ilçeye okumak üzere gönderildiğini ancak kızların gönderilmediğini şöyle ifade etmektedirler:

“Köyde okul yoktu, ilçeye gelemedik, erkekler ilçeye gidip okudu, kızlar gidemiyordu”

“Köyde okul yoktu, ilçeye gitmek için servis yoktu”

“Köyde okul yoktu, ulaşım sorunu vardı. Erkekler ilçeye gönderiliyordu ama kızları göndermiyorlardı”

“Köyde okul yoktu. Erkekler yatılı ya da araçla gidebiliyorlardı, kızları göndermiyorlardı”

Kızların okutulmadıklarını ifade eden 3 katılımcı ise okumama nedenlerini şöyle ifade etmektedirler:

“Babam okumamı istemiyordu. Annemin sayesinde liseyi bitirdim”

“Üniversiteyi kazandım, göndermediler.”, “Kızlar okutulmaz.”

“Çevremde kızlar okutulmazdı.”

Tüm bunlar kızların eğitime ilişkin kalıpyargıları ifade etmekte ve ilgili literatür bulguları ile de örtüşmektedir.

Tablo 8: Eşin Çalışmama Nedenlerinin cinsiyetlere göre dağılımı

Eşin Çalışmama Nedeni	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Bir mesleği yok	2	6.7	35	21.9	37	19.5
Eğitimi yok	0	0.0	15	9.4	15	7.9
İş bulamadı	5	16.6	5	3.1	10	5.2
Çocuklara bakıyor	0	0.0	42	26.2	42	22.1
Yaşadığımız yerde iş sahası yetersiz	0	0.0	15	9.4	15	7.9
Kadınların çalışmasına gerek yok	0	0.0	40	25.0	40	21.1
Diğer	23	76.7	8	5.0	31	16.3
TOPLAM	30	100.0	160	100.0	190	100.0

* Bir katılımcı birden fazla şık işaretlemiştir. Değerlendirme alınan cevaplara göre yapılmıştır.

Tablo 8’de katılımcıların eşlerin çalışmamalarının nedenleri görülmektedir. Kadın katılımcıların eşlerinin çalışmama nedenleri mesleğinin olmaması (2 kişi), iş bulamaması (3 kişi) ve diğer seçeneğinde belirttikleri gibi, askerlik (1 kişi) ve emeklilik (22 kişi) durumundan kaynaklanmaktadır. Eşleri çalışmayan erkeklerin çoğu kadınların çalışmasına gerek olmadığını (% 25.0) ve çocuklara bakmak için (%26.2) eşlerinin çalışmadığını belirtmektedir. Erkek katılımcıların eşlerinin çalışmama nedenlerini ifade ettikleri diğer seçeneğinde şu gerekçeler yer almaktadır:

“Bağ bahçe işleriyle uğraşıyor”, “Çocuklarının annesi olsun diye aldım”,

“Eskiden olsa olurdu, artık yaş geçti”, “Eşimin çalışmasını istemem”, “Ben istemiyorum”

“Maaşım iyi ise çalıştırmam, evde çocuğuna baksın”, “Hiç düşünmedim”,

Bu ifadeler erkek eşlerin, kadınların çalışma özgürlüğünü engellediği, toplumsal yaşamlarını kısıtladıkları ve kadının toplumsal statüsünü yansıtmaması açısından değerli görülmektedir.

Tablo 9: Karısı çalışmayan erkek katılımcıların eşlerinin çalışmasını isteme durumu

Eşinin bir işte çalışmasını isteme durumu (Karısı çalışmayan erkek katılımcılar için)	n	%
Evet	41	28.5
Hayır	71	49.3
Cevap vermeyen	32	22.2
TOPLAM	144	100.0

Tablo 9’da sadece eşleri çalışmayan erkek katılımcıların, eşlerinin bir işte çalışmasını isteme durumları görülmektedir. Eşleri çalışmayan erkek katılımcıların % 49.3’ü eşlerinin bir işte çalışmasını istemediklerini belirtmektedir. Cevap vermeyen katılımcılar, eşleri çalışanlar, eşi ölmüş ya da boşanmış olanlar ile evli olmayanlardan oluşmaktadır.

Tablo 10: Katılımcıların Toplumda Cinsiyete İlişkin Kalıpyargılara Katılma Durumları - Kızılcahamam, 2008

		KADINLAR (n=218)				ERKEKLER (n=144)			
		Katılıyor	Katılmıyor	Fikrim yok	Toplam	Katılıyor	Katılmıyor	Fikrim yok	Toplam
Erkekler soyun devamını sağlar	n	153	61	4	218	119	20	5	144
	%	70.2	28.0	1.8	100.0	82.6	13.9	3.5	100.0
Kadınlar kendilerine uygun işleri seçmelidir	n	188	26	4	218	134	9	1	144
	%	86.2	12.0	1.8	100.0	93.1	6.2	0.7	100.0
Kadın kocasından izin almadan çalışmamalıdır	n	143	69	6	218	126	17	1	144
	%	65.6	31.7	2.7	100.0	87.5	11.8	0.7	100.0
Evin geçimi erkeğin sorumluluğudur	n	132	85	1	218	108	33	1	142
	%	60.5	39.0	0.5	100.0	76.1	23.2	0.7	100.0
Gerektiği zaman kadının kocasından şiddet görmesi normaldir *	n	34	183	1	218	46	97	1	144
	%	15.6	83.9	0.5	100.0	31.9	67.4	0.7	100.0
Çocuk bakımı, yemek gibi ev işleri kadın işidir	n	150	67	-	217	114	29	-	143
	%	69.1	30.9	-	100.0	79.7	20.3	-	100.0
Kadınlar, erkekler tarafından korunmaya muhtaçtır	n	121	93	4	218	104	36	4	144
	%	55.5	42.7	1.8	100.0	72.2	25.0	2.8	100.0
Kız çocuklarının okutulmalarına gerek yoktur	n	8	210	-	218	5	139	-	144
	%	3.7	96.3	-	100.0	3.5	96.5	-	100.0
Kız çocukların sosyal yaşantısı daha fazla kontrol edilmeli	n	183	35	-	218	131	11	2	144
	%	83.9	16.1	-	100.0	91.0	7.6	1.4	100.0
Namus cinayetleri namusun temizlenmesi için gereklidir	n	29	186	3	218	26	111	7	144
	%	13.3	85.3	1.4	100.0	18.1	77.1	4.8	100.0
Baba evinden gelinlikle çıkılır kefenle dönülür	n	82	134	2	218	56	85	3	144
	%	37.6	61.5	0.9	100.0	38.9	59.0	2.1	100.0
Miras bölüşümünde erkeğe daha çok pay verilmelidir	n	19	197	2	218	26	117	1	144
	%	8.7	90.4	0.9	100.0	18.1	81.2	0.7	100.0
Kadınlar bazen dayağı hak eder*	n	56	158	4	218	67	75	2	144
	%	25.7	72.5	1.8	100.0	46.5	52.1	1.4	100.0
Kaynaklar kısıtlı ise eğitim için erkek çocuğa öncelik verilmeli	n	56	158	4	218	66	74	4	144
	%	25.7	72.5	1.8	100.0	45.8	51.4	2.8	100.0

Tablo 10’da kadın ve erkeğe ilişkin toplumda yaygın olduğu düşünülen yargılardan bazıları verilerek, bu önermelere katılıp katılmadıkları sorgulanmaktadır. Bu soru ile araştırma grubunun kadın-erkek kavramı ve rollerine yükledikleri anlamlara ilişkin bir fikir edinilmek istenmiştir. Toplumsal yapıda kadın ve erkek rol ve beklentilerine ilişkin olarak önemli bilgilere ulaşıldığı düşünülmektedir.

Kadın katılımcıların % 70.2’si ve erkek katılımcıların % 82.6’sı “*Erkekler soyun devamını sağlar*” önermesine katılmakta, “*Kadınlar kendilerine uygun işleri seçmelidir*” önermesine kadınların % 86.2’si, erkeklerin % 93.1’i katılmaktadır. “*Kadın kocasından izin almadan çalışmamalıdır*” diyen katılımcıların oranı kadınlarda % 65.6, erkeklerde % 87.5 olarak bulunmuştur. Evin geçimini erkeğin sorumluluğu olarak gören kadınların oranı % 60.5, erkeklerin oranı ise % 76.1’dir. Çocuk bakımı, yemek gibi ev işlerini “kadın işi” olarak görme düşüncesindeki kadınların oranı % 69.1, erkeklerin oranı % 79.7’dir.

Kız çocuklarının okutulmalarına gerek yoktur düşüncesine kadın katılımcılar % 96.3 oranında, erkek katılımcılar % 96.5 oranında katılmadıklarını ifade etmektedirler. Ancak “*Kız çocukların sosyal yaşantısı daha fazla kontrol edilmeli*” önermesine kadınlar % 83.9, erkekler % 91 oranında katılmaktadır. Kız çocuklarının eğitim görmesi yönünde düşünen katılımcıların büyük çoğunluğunun, kız çocuklarının sosyal yaşantılarının daha fazla kontrol edilmesi önermesine katılmakla, onları korumak ve disipline etmek için daha kuralcı ve baskılı bir yetiştirimi tercih ettikleri düşünülmektedir. “*Kadınlar, erkekler tarafından korunmaya muhtaçtır*” yargısına kadınların yarısından fazlası (% 55.5), erkeklerin yaklaşık dörtte üçü (% 72.2) katıldıklarını belirtmektedirler. Namus cinayetlerini namusun temizlenmesi adına haklı görenlerin sayıca az olduğu görülse de, böyle bir düşünce taşıyor olmaları cinsiyet ayrımcı tutumlar taşıdıkları yönünde önemli bir bulgu olarak değerlendirilmektedir.

Miras bölüşümünde erkeğe daha çok pay verilmesi yargısını onaylayanlar daha az görülmekle birlikte, katılımcılara yöneltilen açık uçlu sorularda, kız ve erkek çocuklar arasında en sık görülen ayrımcı tutumlar arasında miras paylaşımı da yer almaktadır. Kaynakların kısıtlı olması durumunda eğitim için erkeğe öncelik verilmesini savunan katılımcıların oranı kadınlarda yaklaşık dörtte bir (% 25.7), erkeklerde ise yaklaşık yarı yarıya (%45.8) bulunmuştur. Bu soruya cevap verme

sırasında katılımcılar ilkin ikisini de okutmak gerek düşüncesini savunmuşlar, tercih yapmak zorunda kalınca da bu tercihlerini tablodaki biçimde kullanmışlardır.

Gerektiği zaman kadının kocasından şiddet görmesini normal olarak değerlendiren kadınların oranı % 15.6, erkeklerin oranı % 31.9 olarak bulunmuştur. Kadınlar bazen dayağı hak eder düşüncesinde olanların oranı ise kadınlarda yaklaşık dörtte bir (% 25.7), erkeklerde yaklaşık yarı yarıya (% 46.5) bulunmuştur. Erkeklerin oransal üstünlüğü şiddet uygulayanın çoğunlukla kendilerinin olmasıyla açıklanabilir ancak kadınların daha düşük oranda da olsa kendilerine uygulanabilecek şiddeti haklı görebilmeleri önemli bir bulgu olarak değerlendirilmekte, toplumun bu tür inanç ve yargıları barındırıyor olması kadının güçlendirilmesi sürecine engel olarak görülmektedir.

Yapılan bir araştırmada ise kadınların % 16.5'inin kadının haksız olduğu durumlarda eşi tarafından dövülebileceği ve bunun normal olduğu ifade edilmektedir (Deniz, G; Babacan SS, 2008). Bu durum, kadınların da yaşadıkları şiddeti hak ettiklerine ilişkin bir bilinç geliştirdikleri, erkeğin gerektiğinde dövebileceği algısının yaygın olduğunu göstermektedir.

Bu tablodan edinilen veriler, katılımcıların çoğu tarafından kadınlar ve erkekler için geleneksel rollerin uygun bulunduğu, katılımcıların büyük çoğunluğunca “erkekleri soyun devamı olarak görüldüğü, evin geçiminden sorumlu olduğu, büyük oranda kadınları koruma sorumlulukları olduğu, kadınların kendilerine uygun işlerde ve eşlerinden izin alarak çalışmalarına inanıldığı, çocuk bakımı, yemek gibi ev işlerini “kadın işi” olarak görüldüğü ve kız çocuklarının sosyal yaşantısının daha çok kontrol edilmesi gerektiği” düşüncelerinin benimsendiğini, araştırma grubunda cinsiyet ayrımcı tutumların yaygın olarak var olduğunu göstermektedir.

* Geleneksel kadın ve erkek rollerinin yoğun olarak benimsendiği saptanan araştırma grubundan bir kadın katılımcının, Tablo 10'da kadına yönelik şiddete ilişkin yargıların araştırıldığı “*Gerektiği zaman kadının kocasından şiddet görmesi normaldir*” ve “*Kadınlar bazen dayağı hak eder*” sorularını yanıtlarken, “*Baskısız yongayı yel atar*” ifadesini kullanmıştır. Bu ifade, kadınların erkekler tarafından baskılanması, disipline edilmesi gerekiyorsa “terbiye” amaçlı şiddet görmesi durumunun kadınlarca da kabullenildiği, içselleştirildiği ve onaylandığı durumlar olarak yorumlanmaktadır. “*Gerektiği zaman kadının kocasından şiddet görmesi normaldir*” ve “*Kadınlar bazen dayağı hak eder*” önermelerine katıldığını belirten katılımcı, şiddetin tanımlandığı 36. soruda da tokat atmanın şiddet olmadığını ifade etmekte ve kadının kocasına cevap verirse, dayak yemesinin normal olduğunu ifade etmektedir (HK-72).

Tablo 11: Araştırma Grubunun Öğrenim Çağındaki Kız Ve Erkek Çocukları İçin En Uygun Buldukları İlk Üç Meslek - Kızılcahamam, 2008

Kız ve erkek çocukları için en uygun bulunan ilk üç meslek	KADIN (n=218)			ERKEK (n=144)		
	Meslek	n	%	Meslek	n	%
Kız Çocuklar İçin en uygun bulunan 3 meslek	1. Öğretmen	120	55.4	1. Doktor	67	46.5
	2. Hemşire	65	29.8	2. Öğretmen	39	27.1
	3. Küçük Memur	50	22.9	2. Hemşire	39	27.1
Erkek Çocuklar İçin en uygun bulunan 3 meslek	3. Hemşire	34	23.6	3. Hemşire	34	23.6
	1. Doktor	107	49.1	1. Doktor	70	48.6
	2. Mühendis	98	45.0	2. Mühendis	60	41.6
	3. Asker	56	25.7	3. Öğretmen	44	30.5

* 3 farklı tercih yapıldığı için toplamlar alınmadı

Tablo 11’de katılımcıların kız ve erkek çocuklar için en uygun buldukları mesleklere ilişkin görüşleri yer almaktadır. Katılımcılara seçenek olarak sunulan meslekler arasından, kız ve erkek çocuklar için en uygun buldukları üçer mesleği öncelik sırasıyla söylemeleri istenmiştir. Kadın katılımcıların % 55.4’ü (120 kişi) kız çocuklar için öğretmenlik mesleğini en uygun ilk meslek olarak belirtirken, ikinci sırada (% 65) hemşirelik, üçüncü sırada ise (% 50) küçük memurluğu uygun bulmaktalar. Erkek katılımcıların kız çocuklar için en uygun buldukları ilk meslek ise (% 46.5) doktorluktur. İkinci sırada en uygun bulunan iki meslek öğretmenlik ve hemşirelik (% 27.1), üçüncü öncelik sırasında ise gene hemşirelik mesleği (% 23.6) yer almaktadır.

Erkek çocuklara uygun görülen mesleklerde, kadın katılımcılar doktorluk mesleğini ilk tercih olarak belirtmişlerdir (% 49.1). İkinci sırada mühendislik ve üçüncü sırada askerlik mesleği kadın katılımcıların erkek çocuklara uygun gördükleri mesleklerdir. Erkek katılımcılar da aynı şekilde erkek çocuklar için öncelikle doktorluk mesleğini (% 48.6), ikinci olarak mühendislik ve üçüncü olarak da öğretmenlik mesleklerini uygun bulmuşlardır.

Toplumdaki yaygın kanaati doğrular biçimde kız çocuklar için en uygun meslekler öğretmenlik ve hemşirelikte yoğunlaşırken, erkek çocuklar için doktor, mühendis ve askerlikte yoğunlaşma görülmekte ve iş bulma kolaylıklarına rağmen hemşirelik mesleğinin erkek çocuklar için ilk 3 tercihleri arasında yer almadığı görülmektedir.

Hemşirelik mesleğinin kadınlara özgü meslekler arasında yer alması algısı toplumda yaygın biçimde görülmektedir. Bu kadına biçilen toplumsal cinsiyet rolleri ile ilişkilendirilmekte, kadınları bakım verici olarak görüldüğüne işaret etmektedir.

Kadın doğum kliniklerinde yatan hastaların erkek hemşirelere ilişkin görüşlerinin araştırıldığı çalışmada hastaların % 66,8'i hemşirelik mesleğinin kadın mesleği olduğunu, % 42'i erkeklerin hemşirelik yapmaması gerektiğini belirtmiştir. Hastaların, % 70,8'i erkek hemşireden bakım almak istemediğini ve % 65,1'i erkek hemşirenin kendisine bakım vermesinden rahatsız olacağını belirtmiştir. Hastaların % 60,7'si erkek hemşirelerin doğumhanede ve % 55,6'sı ise kadın doğum servislerinde çalışmaması gerektiğini ifade etmiştir. Çalışmaya katılan hastaların, % 64,1'i Türkiye'de hastanelerde çalışan erkek hemşire olup olmadığını bilmediğini ifade etmiştir. Hastaların % 52,9'u erkek hemşirelerin sadece erkek hastalara bakım vermeleri gerektiğini belirtmiştir. Hastaların % 62,4'ü erkek hemşirenin kendisine bakım vermesinden esinin/yakınlarının rahatsız olacağını belirtmiştir (Taşcı, K.D., 2007). Hemşirelik mesleği halen toplumda kızlara özgü bir meslek olarak algılanmakta ve ebeveynler tarafından erkek çocukları için “kızlara özgü” sayılan bu meslek tercih edilmemektedir.

Kız çocukları için uygun meslek tercihleri yapılırken, 2'si kadın 5'i erkek toplam 7 katılımcı tarafından, tabloda yer almayan ancak katılımcılara sunulan sekiz seçenekten biri olan “çalışmasını istemem” seçeneği işaretlenmiştir. Sayıca az olmasına rağmen, halen kız çocuklarının çalışmasını istemeyen insanların olması dikkate değer bulunmaktadır.

Tablo 12: Ailede Erkek Çocuk Tercih Edilme Durumu - Kızılcahamam, 2008

Ailede erkek çocuk tercih etme durumu	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Evet	81	37.3	72	50.3	153	42.5
Hayır	136	62.7	71	49.7	207	57.5
TOPLAM	217	100.0	143	100.0	360	100.0

P<0.05 (0.014)

k=0.12

Ki kare değeri: 5.982(b), Sd:1, P değeri: 0.014

Tüm katılımcıların % 42.5'i erkek çocuk tercih etmektedirler. Erkek çocuğun tercih edilme durumu kadın ve erkek katılımcılara göre anlamlı bir biçimde farklılık göstermektedir. Erkek çocuk beklentisi erkek katılımcılarda artmaktadır.

Tablo 13: Tek Çocuklarının Olması Halinde Cinsiyet Tercih Etme Durumu
Kızılcahamam, 2008

Tek çocuklarının olması halinde kız ya da erkek çocuk tercih etme durumu	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Kız	144	73.5	32	26.0	176	55.2
Erkek	52	26.5	91	74.0	143	44.8
TOPLAM	196	100.0	123	100.0	319	100.0

P<0.05 (0.000)

k=0.4

Ki kare değeri, 68.807(b), Sd: 1, P değeri: 0.000

Tablo 13'te görüldüğü gibi, tek çocuklarının olması halinde kız ya da erkek çocuk tercih etme durumu cinsiyetler arası anlamlı biçimde farklılık göstermektedir. Buna göre kadın katılımcıların kız çocuk, erkek katılımcıların ise erkek çocuk tercihlerinin olduğu daha yoğun olduğu gözlenmiştir. Kadın katılımcılar %73.5 oranında kız çocuk isterken, erkek çocuğa sahip olmak isteyen erkek katılımcıların oranı % 74 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre, katılımcılar arasında yaklaşık olarak her 4 kişiden 3'ü kendi cinsiyetinde bebeği olmasını tercih etmektedirler.

Tablo 14: İstenen Cinsiyette Bebek Sahibi Olmak İçin Gebelik Öncesi Özel Bir Yöntem Kullanmayı İsteme Durumu - Kızılcahamam, 2008

İstenen cinsiyette bebek sahibi olmak için gebelik öncesi özel bir yöntem kullanmayı isteme durumu	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Evet	63	28.9	35	24.6	98	27.2
Hayır	155	71.1	107	75.4	262	72.8
TOPLAM	218	100.0	142	100.0	360	100.0

P<0.05 (0.376)

Ki kare değeri: 784(b), Sd: 1, P değeri: 0.376

Tablo 14'te istenen cinsiyette bebek sahibi olmak için, gebelik öncesi çocuğun cinsiyetini belirlemeye dönük özel bir yöntem kullanma şansları olsaydı, böyle bir yöntemi kullanmayı isteyip istememe durumları sorulmuştur. Böyle bir yönteme başvurmayı isteme durumları kadın ve erkek katılımcılara göre anlamlı farklılık göstermektedir. Bu konuda hem kadın hem de erkek katılımcılar çoğunlukla olumsuz görüş bildirmekle birlikte, özel bir yöntem kullanmak isteyenlerin oranı hiç de az değildir. Bu oran kadınlarda artmaktadır (% 28.9).

Erkek ya da kız çocuk isteği belirgin olan kadın ve erkek katılımcılar, bu isteklerine karşın istedikleri cinsiyette bebeğe sahip olabilmek için özel bir yöntem

başvurmayı tercih etmemektedir. Bu durumun dini inançları gereği olduğu düşünülmektedir.

2.1.2. Kız ve Erkek Kardeşler Arası Ayrımcılıklara İlişkin Bulgular

Açık uçlu sorularla elde edilen verilerden oluşan bu bölümde katılımcılardan, kendi çocukluk dönemlerini ve çevrelerinde gözlemlediklerini düşünerek, ebeveynlerin kız ve erkek çocuklar arasında ne tür ayrımcılıklar yaptıkları konusundaki yaşantılarının, kendilerinin konuya ilişkin gözlemlerinin olup olmadığı ve var ise paylaşımları istenmiştir. Bu konudaki gözlemler ilk olarak kendi çocukluklarına ilişkin gözlemleri, sonra da çevrelerinde olagelen ayrımcılığa ilişkin gözlemlerden oluşmaktadır.

2.1.2.1. Katılımcıların Çocukluk Dönemlerinde Kız ve Erkek Kardeşleri Arasında Ayrımcılık Olup Olmadığına İlişkin Bulgular

“Erkek çocuğunun gölgesi kuvvetli olur” (HK-13)
Sen el ekmegisin, yediğin de giydiğin de zarar” (HK-218)

Anne ve babalara sorulduğunda çocukları arasında ayırım gözetmediklerini söylemeleri olağan karşılanmakta ancak kendilerine ilişkin yeterli açıklama yapmasalar da soru dolaylı yollarla sorulduğunda, katılımcıların kendileri ve çevrelerine ilişkin gözlemlerinde, kız ve erkek çocuklara gösterilen davranış modellerinin ve onlardan beklentilerin farklılaştığı gözlenmektedir. Bu farklılık sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda daha az görülür iken, eğitim, toplumsal yaşantılar ve miras paylaşımı gibi konularda yoğunluk kazanmaktadır. Bu duruma ilişkin bazı örnekler aşağıda sunulmuştur:

Tek erkek kardeşi olduğunu söyleyen katılımcı, anne ve babasının *“aile ocağını tütürsün”* diyerek, ailesinin evinde 40 yıldır abisinin oturduğunu, abisine öncelik ve ayrıcalık tanındığını, zaman zaman ayrımcılık yapıldığına ilişkin hisleri olduğunu ifade etmekte ve anne-babasının bu durumu *“erkek çocuğunun gölgesi kuvvetli olur”* şeklinde ifade ettiklerini de belirtmektedir (HK-13).

Kadın katılımcıların genel olarak her konuda erkek kardeşlerine farklı davranıldığını, bazen belirgin ayrımcılık yapıldığını hissettikleri görülmektedir. Dört

kız kardeş olduklarını söyleyen katılımcı babasının ısrarla erkek çocuk istediğini ama olmadığını (HK-108) belirtmektedir. Dört kızı olan bir babanın erkek çocuk isteği konusundaki ısrarı toplumda erkek çocuğuna verilen öneme dayandırılmaktadır.

Katılımcılar ailelerinin erkek kardeşlerine ayrıcalıklı davrandıklarını (HK-33, HK-46, HK-51, HK-60, HK-83, HK-87HK-90, HK-125, HK-127, HK-133, HK-135, HK-210, HK-214) belirtmekte, bu ayrımın bazen verilen değer anlamında, bazen beslenme, eğitim, miras, sağlık konularında olabildiğini belirtmektedirler.

Bir kadın katılımcı, erkek kardeşinin ailesi tarafından çok özen gördüğü ve şımartıldığından ve hiçbir iş ve sorumluluk verilmediğinden dolayı iyi yetişmediğini, herhangi bir işte çalışmadığını belirtmektedir (HK-27). Bunların dışında “*sen erkeksin*” deyip erkek kardeşinin yüceltildiğini (HK-51), beslenme, giyim, gezme gibi konularda öncelik verildiğine değinmektedirler (HK-33, HK-46, HK-51). Aile içinde kendilerinin “*Erkek erkektir, sen kızsın, dur, sus*” diyerek baskılandıklarını (HK-60), miras ve eğitim konularında erkek kardeşlerine ayrıcalıklı davranıldığını (HK-60, HK-83) belirtmektedirler. Erkek çocuğa biçilen değer, ona kız kardeş üzerinde hakim olma yetkisi verebilmektedir. “*O ağabeyiniz sizin, dövebilir de sevebilir de derlerdi*” (HK-97) sözleriyle katılımcı, ailesinin erkek kardeşine ayrıcalıklı davranışından duyduğu rahatsızlığı dile getirmektedir. Aile içinde edinilen bu tür öğretilerin erkeğin şiddet uygulamasının kabul edilebilirliğini teşvik ettiği ve kadın üzerinde şiddet uygulamaya hak sahibi gibi algılamasına yol açtığını düşündürmektedir. Bu durum, aynı zamanda kadınların, kendi maruz kaldıkları şiddetin beslendiği kaynaklardan biri olduğuna da işaret etmektedir.

Ailelerin özellikle tek erkek evlatları olduğunda ona daha fazla ilgi, özen ve ayrıcalık gösterdikleri de bulgulardan elde edilen ayrımcılık göstergeleri arasında yer almaktadır. “*Abim tekti, o yüzden ayrı bir ilgi ve sevgi görürdü*” (HK-101) sözleriyle duygularını ifade eden katılımcı, tek erkek çocuk olduğunda çevre ve ebeveynlerin ilgi ve özenlerini ona yöneltmelerinin hiç de seyrek olmadığını göstermektedir. Katılımcılar kendi çocukluk dönemlerinde erkek çocuklarının önemsendiğini ve ayrıcalık yapıldığını ancak kendilerinin çocuklarına ayırım yapmadıklarını “*Kendim oğlumu kızlarıma karşı korurum ama sadece tartıştıkları zaman. Yemekte ya da tedavide ayırım yapmam*” (HK-153) ya da “*Evet, ailemde ayrımcılık vardı. Eskiden beri erkek çocuklar kız çocuklardan daha önde tutuluyor. Ama ben cinsiyet yönünden*

hiç ayrımcılık yapmıyorum. Yapana da karşıyım” (HK-90) sözleriyle belirtmektedirler.

Bazı katılımcılar da kız çocuklarına öncelik ve daha fazla özen gösterildiğini ifade etmektedirler (HK-145, HK-149).

Eğitimde de kız ve erkek çocuklarına eşit davranılmadığı görülmektedir. Erkek kardeşlerinin okutulması için çaba gösteren anne-babanın kız çocuklarına aynı çabayı göstermedikleri, kızlarını okutmadıkları (HK-185, HK-24, HK-216) vurgulanırken bir katılımcı uğradığı ayrımcılığı şöyle ifade etmektedir:

“Babam erkek kardeşlerimi okuttu. Benim için masraf yapamayacaklarını söyledi. Çok paraları gidermiş. “Alan adam beslesin” dediler. Kardeşlerim et, süt, yumurta yerken biz soğan ekmek yedik. Ailem miras da vermediler, **el ekmeği** imişiz” (HK-216)

Kız çocuklara “el ekmeği” olarak bakan bir yaklaşım geleneksel kalıpların kız çocuklar aleyhine ne denli katı işleyebildiğini göstermektedir. Bu kavramın toplumsal yaşamda pek de nadir olmadığını gösteren başka bir katılımcı kendi sözleriyle uğradığı ayrımcılığı şöyle ifade etmektedir:

“Babam kardeşlerimi okutmak için elinden geleni yaptı. Beni okutmadı. Babam okumamı istemiyordu. Annemin sayesinde liseyi bitirdim. Üniversiteyi kazandım, göndermediler. Başlık parasını aldı. 12 yaş büyük olan eşimle evlendirdi. Annem yiyecek ve giyecek konusunda da hep kardeşlerime en iyilerini alırdı. “*Sen kızsın, evde oturuyorsun. Ne olursa giyersin. Onlar toplum içine giriyor. Onların iyi yemek yemesi, iyi giyinmesi lazım, soyadımızı taşıyor. **Sen el ekmeğisin, yediğin de giydiğin de zarar**” derdi*” (HK-218).

Bulgulara göre kız çocuklarının eğitim alması önündeki engellerden biri olarak görülen nedenin, onların geleneksel rol kalıplarından kaynaklanmakta olduğu düşünülmektedir. “Ev hanımı” kavramı kırsal kesimde yaygın olarak kız çocuklarının okutulmasında engel teşkil etmekte, bu nedenle de aileler kısıtlı kaynaklarını “aile geçindirecek” düşüncesiyle erkek çocukları lehine kullanmaktadır. Bir diğer katılımcının sözleriyle bu durum şöyle ifadesini bulmaktadır: “*Kız ele gidecek, okuyup da ne olacak, masraf olacak” diye düşünürlerdi. O erkek diye en iyileri ona alınırdı, o daha iyi beslenir, yedirilirdi*” (HK-84). Başka bir katılımcı da “*Erkekler okusun, kızlar evde otursun denirdi*” (HK-96) sözleriyle kız çocukları okula göndermenin gereksizliği inancında olan ve kadının statüsü hakkında bir fikir veren bu anlayışa işaret etmektedir.

Eğitim konusunda kız çocuklarının dezavantajlı durumuna vurgu yapan ilkokul mezunu başka bir katılımcı da “*Eğitim konusunda ayırım yapıldı. Kız çocuğu okula gidip de ne yapacak, başını boş bırakırsan davulcuya da gider, zurnacıya da gider diye düşünüldü. Kız çocuğu okuyup da alim mi olacakmış, kocası beslesin dendi*” (HK-85) sözleriyle ailesinin kendisini okutmama nedenini ve bu konudaki görüşünü aktarmaktadır. Kendisine ayrımcılık yapıldığını düşünen bir katılımcı da, “*3 kız bir erkek kardeşlik. Ailem beni okutmadı, köyde davar güttük. Erkek kardeşimi çok ayırırlardı, kıymetliydi, yemesi içmesi önemsenirdi. Oğlan çocuk kıymetlidir. Oğlum daha yakın akşama kadar arar, kızım eloğludur aratmazsa arayamaz*” (HK-58) ifadesiyle ailesinin erkek kardeşine verdikleri önemi vurgularken, kendisi de ailesine benzer biçimde erkek evladına farklı değer verdiğini, kızına oranla daha kıymetli olduğunu ve ileride kendisine bakacak olanın oğlu olduğu inancıyla ondan daha fazla şey beklediğini hissettirmektedir.

Ailesinin kız ve erkek kardeşleri arasında ayrımcılık yaptığını belirten katılımcı, bir sıkıntı olsa önce onun sıkıntısını giderdiklerini söylerken, “*O erkektir, sen kızsın. Kız çocuğu okuyup ta ne yapsın dediler. Erkekleri gönderdiler ama onlar da okuyamadılar*” (HK-61) sözleriyle de ailesinin kendisini okutmadıklarını ve bundan duyduğu üzüntüyü belirtmektedir. Aynı biçimde okumak istediği halde ailesi tarafından okumasına izin verilmeyen ancak erkek kardeşinin okuması için çaba gösterilen kadın katılımcı da kardeşler arası ayrıma şu sözleriyle dikkat çekmektedir:

“Ailem erkek kardeşimle bizim aramızda ayrımcılık yaptı. Erkek kardeşimin okuması için daha çok çaba gösterdiler. O zeki değildi ama oku dediler, ben okuyabilirdim ama okutmadılar. Kazandığım halde okutmadılar. Biz eve geç kalınca kızarlardı, erkek kardeşime bir şey demezlerdi” (HK-56).

Eğitim önceliğinin erkek çocuklar lehine kullanıldığını söyleyen diğer katılımcılar da (HK-64, HK-82, HK-97, HK-102) kendilerinin ve kız kardeşlerinin okumak istediklerini ancak ailelerinin okumalarına izin vermediklerini belirtmektedirler. Bir katılımcı ailesinin “*çocukları arasında hiç ayırım yapmadıklarını, köyde okul ve araç olmadığı için okula gidemediklerini*” belirtirken, erkek kardeşlerinin okul servisi tutularak okumak üzere ilçeye gönderildiğini belirtmektedir (HK-82). Bu olayda çevre koşulları ve olanaksızlıkların bir oranda rolü olsa da erkek çocuk için gösterilen özveri ve çabanın kız çocuklarına gösterilmediği, onun da geleneksel rol kalıpları içinde zaten bu önkabule sahip olduğunu düşündürmektedir. Bir diğer katılımcı ise eğitim görememesini ailesinin ve

yakın çevresinin inancına bağlamakta ve “*Akrabalarımın hepsi de hoca takımıydı, kızlardan hiç kimse okumadı*” (HK-15) sözleriyle dini inançları kadının eğitim almasını engelleyici olarak gören çevrelerin varlığına dikkat çekmektedir.

Ailesinin tek kızı olduğunu söyleyen bir katılımcının, eğitimden yoksun kalma nedenini dile getirirken “*Okur da sevgilisine mektup yazar, aşar da gider diye okutmadı*” sözlerini kullanmasının, ailenin kızlarını koruma biçimleri hakkında çarpıcı bir gerçeği yansıtmakta olduğu düşünülmektedir. Ailenin tek kızı olan başka bir katılımcı da babasının “*Kızı ne diye okutacan. Alan adam maaşını yesin diye mi? Ben okutup adam edicem, elin adamı maaşını yiyecek*” dediğini ve kendisini gerek duyduğunda hastaneye götürmediğini ama ağabeylerini çok sık götürdüğünü belirtmektedir (HK-106). Gerçekte babasının sağlık sorunları gibi özel bir alanda dahi ayrımcılık yapıp yapmadığı konusunda bir kesinlik olup olmadığı net olmamakla birlikte, katılımcının yaşantılarından edindiği, kendisinde o şekilde iz bırakmış bir olayın kendi ifadeleriyle bu biçimde açıklanması, kız ve erkek çocuklar arasındaki ayrımcı ebeveyn tutumlarının ne denli derin olabileceğini göstermesi açısından önemli ve çarpıcı bulunmaktadır.

Çocukluğunda ailesinin kız ve erkek kardeşleri arasında ayrımcı tutumlar sergilediklerini belirten bir katılımcı, “*Beslenmede, mirasta, doktora gitmede hep ihmâl edildim. Kolum kırıldı, hastaneye götürmediler. Kırıkçıya götürdüler. Şimdi kolum yamuk*” (HK-105) sözleriyle sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda da ayrımcı tutumlara maruz kaldığını ifade etmektedir.

Çocukların beslenmesi konusunda da ayrımcı tutumların sergilendiği görülmektedir. Bu durum bazen “*ağır işte çalışacak*” (HK-23), bazen de “*Oğlan çocuk kıymetlidir*” (HK-58) sözleriyle ifade edilmektedir.

Beslenme konusunda erkek çocuk lehine yapılan ayrımcılığın oldukça sık görüldüğü de saptanan bulgular arasındadır. Katılımcıların kız ve erkek kardeşleri arasında ayırım yapıldığını hissettiren ifadelerinden bazıları şu şekilde ifade edilmektedir: “*Erkek kardeşimin yemesine ayrı bir özen gösterilirdi, iyi bir şey varsa ve az ise, ona yedirilirdi*” (HK-21), “*5 kız kardeşiz, tek erkek kardeşim var. Annem ona da toleranslı davranırdı. Beslenmesine özen gösterirdi. Önceden erkek evlatlarını kaybettiği için. Ama bu bizi rahatsız etmezdi*” (HK-68), “*Yemek ve eğitim*

konularında ayrım vardı. Erkeğe yemek konusunda özel davranış vardı” (HK-89), “Erkek kardeşimi çok ayırırlardı, kıymetliydi, yemesi içmesi önemsenirdi” (HK-58), “Biz 4 kız kardeştik. Benim tek oğlum olunca da ona özeniyorum. İsteddiği yemekleri yapıyorum” (HK-67), “Erkek kardeşime sofrada daha çok yemek koyarlardı. Hastalanınca hemen kasabaya götürüyorlardı. Sürekli onun üzerinde duruyorlardı, üzerine titriyorlardı. Daha çok para veriyorlardı. Şımartıyorlardı. Beni de köle gibi kullanıp iş yaptırıyorlardı” (HK-81), “Evet, ailemde ayrımcılık vardı. Annem erkeği tutuyordu. Yemek konusunda ayrım yapardı” (HK-87), “Annem küçük erkek kardeşime daha önem verirdi. Yemesine daha çok dikkat ederdi. Erkektir ağır işte çalışacak diye” (HK-23), “Ailem erkek çocuğu ayrı tutarlardı. Tek erkek kardeşim vardı. Hala da ayrımcı davranıyorlar. Onu daha çok hastaneye götürürlerdi. Biz hastalandığımızda daha geri dururlardı. Yemesinde de ayrımcılık vardı. Erkek kardeşimi ilçeye okula gönderdiler. Kızları göndermediler” (HK-69), “Babam erkek çocuğa çok düşerdi (düşkündü). Mirastan bize hiç vermedi, onları daha üstün görürdü. Yemelerinde de ayrıcalık vardı. “Şunu yesin, bunu yesin...” (HK-95), “Evet, ailemde her türlü ayrımcılık var, yapıldı” (HK-26), “Abim evli ve eşinin izin vermemesine rağmen tatile tek başına gitti. Ailem buna “erkektir” diyerek destek çıkmışlar. Erkeklerle öncelikli ve ayrıcalıklı davranıyorlar” (HK-99), “Kızlara da şeker alınırdı çocuklukta, ama ağabeyime büyük şekerler alınırdı” (HK-83). (Eşim her yemeği yemez, o yüzden onu düşünerek yemek yaparım (HK-65). Başka bir katılımcının ise “Beslenme konusunda ayrım yapılmazdı ama ayrı sofralara oturulurdu” (HK-96) sözleri iki farklı gerçeğe işaret etmesi bakımından önemli görülmektedir. Ayrı sofralara oturma geleneğiyle kız ve erkek çocuğun statü farkını ortaya koymakta ve bunun beslenme konusunda ayrımcı bir tutum olduğunu düşünmemekle, katılımcın da aynı kültürel ortamdan beslendiğini ve bu durumu kısmen de olsa kanıksadığını, içselleştirdiğini göstermektedir.

Boşanmış, maaşı ve güvencesi olmayan, 2 çocuklu, epilepsi hastası bir kadın katılımcı annesinin kendisine yaptığını düşündüğü ayrımcı davranışları şöyle ifade etmektedir: “Annem oğullarına çok düşkündür. Ben yıllardır epilepsi hastasıyım, benle ilgilenmedi. Erkek kardeşim bel fıtığı olunca o kadar ilgilendi ki, çok büyük bir hastalık gibi ayrı özen ve ilgi gösterdi. Erkek kardeşlerime ayrı ayrı yiyecek alır yedirirdi, sofrada bile böyle ayrımları olurdu” (HK-91). Erkek çocuğa her konuda ayrıcalıklı davranıldığına işaret eden bir katılımcı, geleneksel olarak “abi” ve “abla”

kavramlarının kullanımına ilişkin olarak, anne ve babasının kendi çocuklarına da müdahale ederek, küçük erkek kardeşe erkek olmasının tanıdığı ayrıcalıkla “abi” dedirtmeye çalışılmasını şu şekilde ifade etmektedir:

Evet, ailemde ayrımcılık vardı. Erkek çocuğa ayrıcalıklı davranıyorlardı. Kızları okutmadılar. Mirasta da erkeklere öncelik tanındılar. Börek çörek yaptığı zaman bize bir veriyorsa onlara 2 verirdi. Gizli saklı onlara yedirirdi. Bize kızım onlar yesin derlerdi. Hastalansak bize “geçer nasıl olsa” derlerdi, oğlan kardeşlerimi hemen hastaneye götürürlerdi. Her konuda ayırım yapılırdı. Annem ve babam benim çocuklarıma da müdahale ettiler. Oğlum küçük olduğu halde kızıma “ona abi diyeceksin” derlerdi. 6 yaş küçük oğluma, kızım abi demek istemeyince “olsun, o erkek, abi de” diye ısrar ederlerdi (HK-98).

Kız çocuklarının en çok ayrımcılığa uğradıkları alanlardan biri de eğitimidir. Okula ya da dersaneye gitme önceliğini erkek kardeşe verildiği için ve aileleri nedeniyle okuma haklarından mahrum edilen kadın katılımcılar bu durumdan duydukları üzüntüyü dile getirmektedirler:

Erkek kardeşimi 2-3 defa dersaneye gönderdiler (ÖSS için). Bizi göndermediler. Erkekleri apayrı tutuyorlardı bizden. Anneannem ve dedem ayrımcılık yapardı, anneannem kızlara “Siz ne bulursanız yersiniz” derdi, erkek torunu için de en güzel gıdaları pişirir yedirirdi. Kızlardan malını kaçırmak için, malını oğluna sattı. Kıza miras vermediler, ilerde hak talep etmesin diye oğluna sattı /satış yaptı. “Sizin ihtiyacınız yok ki, kocanız var, işiniz var, malımı oğluma vericem” dedi. Ama annem ve babamda görmedim (HK-74).

Evet, oğlanları üstün tutuyorlardı. 3 kız, 1 erkek kardeşlik. Erkek kardeşim ayrıcalıklıydı. Soyumuzu sürdürecekt diye, okusun diye çok uğraştılar. O okumadı, bizi de okutmadılar (İlkokul mezunu). Zaman geçince babam “keşke kızları okutsaydım, seni okutmak istedim, okumadın” derdi. Mirasta erkek kardeşime 3 verdiyse, bize 1 verdiler. 3 kıza 2 ev, oğlana 3 ev verdiler (HK-100).

Kadın katılımcıların çoğunluğu aile ve yakın çevrelerinde erkeklerin daha üstün tutulduğunu belirtmekte ve bu durum “ebeveynlerin yaşlılıkta kendilerine oğullarının bakacağı beklentisi”, “soyun, neslin sürdürülmesi”, “soyadının taşınması”, “aile ocağını tütüreceği” ve “dini inançlar” gibi nedenlerle erkeğin önemsinmesi ve bu nedenle de mirasın büyük kısmının ya da bazen tamamının erkek çocuklara verilmesi, kız çocuklara ise mirastan ya daha az ya da tamamen yoksun bırakılmasına neden olarak açıklanmakta ve toplumsal yargılara dayandırılmaktadır. Bu bağlamda bir kadın katılımcı şunları ifade etmektedir:

Bu benim soyumu sürdürecekt, erkek çocuğu yesin diye ayrımcılık yapanlar var. Bizim yörede kesinlikle kızlara miras vermezler. İlk eşimden iki kızım vardı. İkinci eşimden 1 kız, 1 erkek çocuğum var. İkinci eşim, ilk eşimden olan kızımı okutmadı. Hemşireliği kazanmıştı. “..... in kızı hemşire olmuşta, gece nöbette erkeklerle bir arada çalışıyor diye duymayım” diyerek kızımı okutmadı (HK-72).

Kadın katılımcıların sıklıkla miras konularında ayrımcılığa uğradıkları görülmektedir. Ancak kadınlara miras dışında da, hatta bazı katılımcıların belirttikleri gibi “her konuda” ayrımcılık yapıldığı, erkeğe toplumda olduğu gibi aile içinde de ayrıcalıklı bir statü verildiği belirtilmektedir (HK-25, HK-62, HK-72, HK-104, HK-125, HK-165, HK-163). Bir katılımcı bu durumu destekleyen ifadesinde “*Erkekler ayrıcalıklıdır. Üstün tutulurlar. Miras kıza verilmez, erkeğe verilir*” (HK-125) demektedir.

Katılımcıların uğranan ayrımcılıkları ifadelerden bazıları kendi cümleleri ile şöyledir:

Evet. Erkekler öncelikliydi her yönden. Eğitimde ve mirasta öncelikleri vardı. Beni okutmadılar, onları okuttular. Ben evlendikten sonra okuma kursuna gittim. Mirasta da erkek ayrımı oldu. Kız kardeşim ve bana hiçbir şey verilmedi, erkekler aldılar (HK-104).

Evet, ailemde ayrımcılık vardı. Dedem oğullarına mal verdi, kızlarına vermedi. Onlar her zaman “erkekler” oldular. Tarlamızdaki ürünleri (fındık, fıstık, üzüm, zeytin) hep erkekler alır toplardı (HK-62).

Oldu, öncelikle kendi annem ve babam, biz iki kardeşiz, erkek kardeşime mal konusunda olsun, diğer konularda olsun öncelik tanıyorlar (HK-163).

Miras konusunda mal paylaşımında ailemde, erkeğe daha çok mal veriliyor. Baba ocağını tütürmek için vs (HK-25)

Evet, Mirasta ayırdılar, her şeyi erkek kardeşlere verdiler. Bana hiç vermediler, ben de istemedim, isteyemezdik de. Kızlar miras, mal isteyemez, evlenirken ne verilirse o. Mal almazlar. Evler, tarlalar onların oldu, hiç almadım (HK-72).

Ailesinde cinsiyete dayalı ayrımcılığa uğramadıklarını belirten kadın katılımcılar ise çocukluklarına ilişkin yorumlarında şunları belirtmektedirler:

Asla, babam kızlarını severdi (HK-22)

Tek çocuğum. Terör zamanıydı, ailem korktuğu için okula göndermediler (HK-70)

Annem babam çok iyiydi, hiç yokluk göstermediler (HK-79)

4 kız kardeşiz, erkek yok. Annem babam kızlarına çok düşkün (HK-112)

Erkek katılımcıların ifadeleri de kadın katılımcıların ifadeleri ile benzerlik göstermekte ve aile içinde kız ve erkek çocuklar arasında ayrımcılık yapıldığı, bu ayrımsa yoğunlukla eğitim, miras, toplumsal ilişkiler ve yaşantı da özgürlük, beslenme alanlarında görüldüğü belirtilmektedir. Bazı yorumlar şöyledir:

Evet, ailemde ayrımcı tutumlar vardı. Kız okuyup ne yapacak, otursun evinde koca beklesin denilirdi (HE-9).

Evet. Annem babam zamanında bu ayrımı yaptılar (HE-10).

Evet. Ağabeyime ayrıcalıklı davranırlardı. O da şaşırırdı. Kız kardeşlerimi ayırırlardı, ağabeyime özel davranırlardı (HE-17).

Evet, ailem erkek olarak bizlere biraz daha toleranslılardı. Bunun dışında göze çarpan fazlaca bir ayrım olmadı (HE-20).

Evet, ailemde ayrımcılık yapıldı. Erkek biraz daha üstün görülüyordu. Yeme içime ve miras konusunda erkeğe ayrıcalıklı davranılıyordu (HE-18).

Nadir de olsa evet, ayrım yapılıyor (HE-79)

Evet, ayrım yapılıyor (HE-80)

Evet, annem ayrım yaptı. (HE-104)

Yukarıda belirtilen ve erkek çocuğun üstün görülmesinden kaynaklanan ayrımcılıklar yanında, katılımcıların çoğunun benzer fikirlerle onayladığı beslenme, eğitim ve miras konularında kız çocuklar aleyhine yapılan ayrımcılıkları erkek katılımcılar şu biçimde ortaya koymaktadırlar:

Doğrusu yeme içme konularında bana ve erkek kardeşime ayrı bir özen gösterirlerdi (HE-142).

Beslenme konusunda bana olumlu ayrım yapıldı. Bebekken zâtürre geçirdiğimden özel bakım yapıldı. Babam bu konuda çok titizdi. Akşama kadar yemem gerekenleri anneme tekrar tekrar tembihlerlerdi. Bana zorla yedirilirdi. Süt içirilirdi. Ablalarım verilmezdi (HE-127).

Evet. Babam kızların okumasını istemezdi, kızlara miras ta vermezdi (HE-16).

Evet, ailemde ayrım yapılır. Kızları okutmadılar, mirasta erkeğe daha çok verdiler (HE-25).

Eğitimde ayrımcılık yapıldı. Kız kardeşim okutulmadı, ama sonra okudu (HE-42)

Ayrım yapılıyor. Miras konusunda (HE-78)

Beslenme, eğitim, miras konularında ayrım yapılıyor (HE-89)

Bazı katılımcılar da ailelerinde kız kardeşlerinin daha çok sevildiği ve önemsendiğine ilişkin yorumlarını şöyle ifade etmektedirler:

Kız kardeşime ayrı bir düşkünlükleri var (HE-13).

Evet, kızlar sevilir, öncelik verilir. Önceliği kızlara verirler. Ama hak veriyorum. Erkekler kendilerini idare ederler (HE-26).

Kız kardeşim ve abim benden çok önemsendi. O kız ele gitti siz ekmeğinizi taştan çıkarırsınız. Kız elin eline bakıyor diye kayırdılar (HE-88).

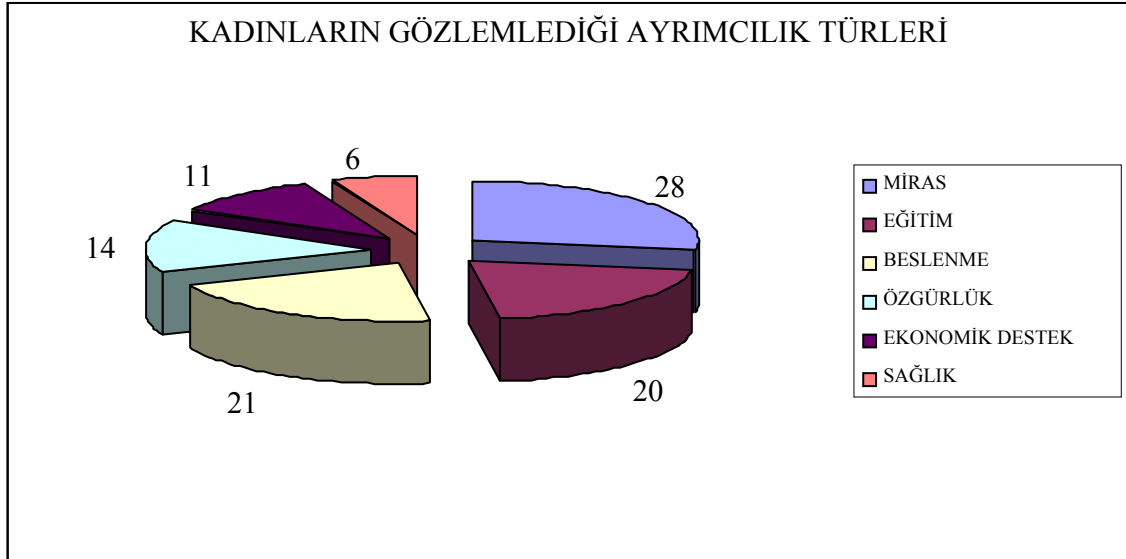
Kız ve erkek çocuklara cinsiyete dayalı olarak yapılan ayrımcılıklarla ilgili anlatımların yanı sıra, ailesinin genel olarak şiddete eğilimli olduğunu ifade eden bir katılımcı: “*Hep erkektik. Ayrımsız hepimizi döverlerdi*” (HE-19) demekte ve bir başka katılımcı da “*Sempatik olan, zeki olan, ağzı laf yapan çocuklar biraz daha ilgi görüyor*” (HE-8) sözleriyle kız ya da erkek çocuk olmaktan çok ebeveyn çocuk ilişkisinde, takdir edilen ya da edilmeyen çocuk olmanın ebeveyn davranışlarını etkilediğine dikkat çekmektedir.

2.1.2.2. Yaşadıkları Çevrede Kız Ve Erkek Kardeşler Arasında Ayrımcılık Olup Olmadığına İlişkin Bulgular

Erkek bir karış fazladır (HK-137)

“Oğlum olsun da isterse sakat olsun” (HK-65)

Yaşadıkları çevrede kız ve erkek çocuklarının uğradıkları ayrımcılıklara ilişkin gözlemlerini aktaran kadın katılımcıların anlatımlarına ilişkin içerik çözümlemesi sonuçları grafik 1’de verilmektedir. Katılımcıların gözlemledikleri ayrımcılıkların sıklıkla miras (% 28), beslenme (% 21) ve eğitim (% 20) konularında yoğunlaştığı, ekonomik destek, özgürlük ve sağlık alanlarında da kız ve erkek ayrımcılığına ilişkin yaşantıların olduğu ifade edilmektedir. Ekonomik destek başlığı altında, ailelerin erkek çocukları için daha fazla masraf yaptıkları, evlenip bir iş sahibi olsalar bile sıkıntıları olduğunda kızlarına yapmadıkları biçimde erkek evlatlarına ekonomik destek oldukları ifade edilmektedir. Özgürlük başlığında ise, erkeklerin daha rahat ve baskısız yaşadıkları, eve dönüş saatleri, arkadaşlıkları gibi toplumsal yaşamın birçok alanında kızlara tanınmayan özgürlüklere sahip oldukları katılımcıların ifadelerinde saptanan bulgulardandır.



Grafik 1. Kadınların gözlemlediği ayrımcılık türleri

Ebeveynlerin kız ve erkek çocuklarına ayrımcı tutumları bazen çok erken dönemde, anne karnında iken başlamaktadır. Anne, baba ya da aile büyüklerinin

erkek ya da kız bebek beklentileri, eşler arası anlaşmazlığa da yol açabilmektedir. Erkek çocuk beklentisi içindeki baba, kız çocuğunun olacağını öğrendiğinde anne adayını suçlayabilmektedir. Bunun bir suç olmadığını bilmeyen baba, aynı zamanda cinsiyet belirleyici kromozomun da babadan alındığı bilgisine sahip görünmemektedir. Bu duruma açıklık getirmesi açısından, katılımcılardan birinin, gebe bir kadının uğradığı haksızlık ve komşusunun onu teskin etme biçimini anlattığı öykü aşağıda sunulmaktadır:

Bir komşumuz ikinci çocuğuna hamileydi. İkinci çocukta kız olacak diye, hem kocası, hem kaynanası kadına çok kötü davranıyorlardı, kadını suçlamışlar, ağlayarak bana anlattı. Ben de “kızım doktora giderken kocanı da götür, durumu anlat, o suçun kimde olduğunu söyler” dedim. Kadıncağыз sevinerek boynuma sarıldı gitti (HK-24).

Erkek ve kız çocuklar arasında statü farklılığının olduğuna, erkek çocukların kız çocuklarına birçok konuda üstün tutulduğuna ve özen gösterildiğine ilişkin katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Bizde erkek çocuk üstündür. Çevremde çok ayrımcılık gördüm. Küçük 10-12 yaşındaki erkek çocuğa yengesi “dur, sus, şunu yapma vs” deyince, kaynana (Eşimin amca hanımı) geline “Sen nasıl ona öyle söylersin, o erkek” deyip susturdu (HK-89)

Erkekler daha üstün tutuluyor (HK-138).

Eşim erkek çocuk ister, soyun devamı için (HK-218)

Erkekler kızlara göre daha avantajlı, daha özgür. Erkektir yapar gibi bir durumla sıkça karşılaşıyoruz (HK-146)

Erkekler daha önde, kızlar daha arka planda tutuluyor. Bazen erkeklere verilen fırsatlar kızlara verilmiyor (HK-165).

Kayınvalidem de oğullarını daha çok düşünür, ilgilenir, kızlarıyla o kadar ilgilenmez (HK-69)

Kürt kökenli bir komşum vardı. Kız çocuklarını saymazdı. Kaç çocuğun var diye sorunca 3 derdi. Halbuki 3 erkek, 3 kız 6 çocuğu vardı (HK-101)

Oluyor, erkeğe ağırlık veriliyor (HK-166).

Kız çocukları geleneksel rollerle tanımlayan, onu okutmayarak, ev işleri yapmak, “koca beklemek” gibi rollerle özdeşleştiren anlayışın oldukça yaygın bir gelenek olduğunu bazı katılımcılar şöyle ifade etmektedirler:

Evet. Köyde bütün aileler erkek çocuklarını kızlardan ayırır. Kızlara iş yaptırılır, evlendirilir. Erkeklere her şeyin en iyisi yapılır. Kızları başlık parasıyla bir mal gibi satarlar (HK-81).

“Kızlar evde otursun iş yapsın, erkekler okusun, kızlar okursa evin işini kim yapacak” derlerdi (HK-85.)

Çevremde genelde her konuda erkeklere, erkek çocuklara ayrıcalıklı davranılıyor. Eğitimde, mirasta hep öncelik onlarda. Kızlar ev işi, yemek gibi işler yaparlar (HK-106).

Erkek askere gidecek, güçlü kuvvetli olmalı fikri ile daha özel davranıldığını duydum (HK-107).

Çevremizde, daha doğrusu toplum olarak erkek çocuklarına kız çocuklarından daha farklı davranışlarda bulunuluyor. En basiti, ev işlerinde kız çocukların sorumlulukları farklı verilmekte. Tabi ki yanlış (HK-92)

Evet, çoğu ailede erkek çocuklarına önem verilip kız çocuklarının geri plana atıldığını gördüm. Bu durum hem anne-baba için hem de çocuk için olmaması gereken bir durum (HK-114).

Evet, çevremdekilerde kız-erkek çocukları arasında ayrımcılık yapıyorlar. Erkeklerin eve giriş saati sorun değil, kızların ki sorun. Kız ne bulursa yer, erkeğe özel yemek hazırlanır. Kız için “nasıl olsa aşır gidecek” diye düşünülüyor. Evlenirken kıza fazla mal vermezler, erkeğe daha çok harcama yapıyorlar. Erkek her yerde çalışabilir, bayan gidemez. “kadının tek düşmanı gene kadındır. Evli erkeklerle yakınlaşıyorlar. Erkeklerde bunları görünce kendi karılarına sınırlar getiriyorlar, kısıtlıyor, baskı kuruyorlar. Böyle kadınlar cezayı hak ediyorlar.” (HK-56)

Erkek çocuğun kayrılmasının bir nedeni de, ona “yarınlarının garantisi” olarak bakılmasıdır. Katılımcılar bu yöndeki yorumlarını şöyle ifade etmektedirler:

Erkek çocuklar anne ve babaların yarına garantisi olarak görülüyor. Bazı anneler için kız çocuğu çaresiz, aciz olur. Bence bu düşünce onların kendine güvensizliğinden kaynaklanıyor (HK-75).

Gördüm, erkek daha iyi olur, bize bakar diye ona daha çok önem veriyorlar (HK-132).

Erkek çocuğun statüsünün yüksek olma nedenlerinden biri de toplumda gene çok yaygın bir kanı olan “soyadını taşıma”, “soyunu sürdürme” inancıdır:

Erkek bir karış fazladır. Kız yakın ama, erkek de soyadını taşıyor (HK-137).

Bu benim soyumu sürdürecektir, erkek çocuğu yesin diye ayrımcılık yapanlar var. (HK-72)

Araştırma grubundan alınan veriler, erkek çocuklara miras ve beslenme konularında yapılan ayrımcılığın da çok yaygın olduğunu göstermektedir:

Ev sahibimiz oğlunu çok korurdu. Oğlanın borcu çok diye. Oğlan diye neyi varsa satıp ona veriyordu, kızlarına böyle yardımlar yapmadı. Yemesine de ayrı özen gösterilirdi. “Aman oğlum ye, kendine bak, sen hasta olursan bize kim bakacak” diyorlardı (HK-57).

Mirasta erkek avantajlı. Kızları soyutlama, eve kapatma gibi ayrımcılıklar (HK-183)

Düğünde erkeğe 10 bilezik takılıyorsa, kıza 5 yeter derler. O ele gidecek, geline takılan bize gelecek derler. Mirasta ayırım var. Son dönemlerde kız çocuklarının okuması için destek artmış durumda, kızların okutulmasına önem veriyorlar eskisinin tersine. Ama hala bir çok konuda kadın çok zayıf ve ikinci sınıf gibi muamele yapılıyor (HK-80)

Komşumun kızının ekonomik durumu kötü, kocası bakmıyor. Ama komşum elindeki maaşın hepsini oğluna verir, kızına vermez. Çevremde kızları hep ihmal ediyorlar (HK-91)

Bizim yörede kesinlikle kızlara miras vermezler (HK-72).

Miras yanında beslenme konusu da ayrımcılık yapılan en önemli konular arasında yer almakta, daha az sıklıkla da sağlık hizmeti alma konusunda ayrımcılıklar belirtilmektedir;

Evet. Mirasta erkeğe daha çok pay veriyorlar. Ben de razıyım buna. Sağlık konusunda da erkeklere öncelik var. Daha öksürmeden doktora götürüyorlar, kızları ihmal edenler var. Beslenme konusunda da ayrımcılık yapılıyor. Çevremde var. Soyumuzu sürdürecektir deyip, erkeğin beslenmesine özen gösteriliyor. “Oğlum olsun da isterse sakat olsun” diyeni duydum (HK-65).

Yapanlar var. Ayşe teyze. Mesela tavuk yapıyor, budunu oğluna veriyor. Tatlı boğaz varsa şunu Salih yesin deyiverir. Kıyamaz ona (HK-79).

Beslenme konusunda “o erkektir, yesin” ayrımı duydum ama, sağlık olayında duymadım (HK-70)

Evet oldu. Komşum yemekte oğluna yedirdiyordu, kızı yedirmiyordu. “Oğlum yesin beslensin, kız yiyecek de ne yapacak, kızlar marazlıdır” dedi (HK-86.)

Erkek çocuğuna her istediği alınıyor ama kızlara alınmıyor. Erkek çocuklarını okutan ve kızlarını okutmayanlar var. Beslenme de ayrımcılık var. Örneğin, bir komşumun 4 kızı ve bir oğlu vardı. Oğluna bisküvi almış, kızlara almamış. Oğlu bisküvi yerken, 4 kız kardeşi karşıdan bakıyorlar. Çocuk bir tane bisküviyi onlara attı. Kızlar bir bisküviyi dörde bölüp yediler. Bu tür olaylar köylerde daha yoğun (HK-55).

Kayınvalidem erkeklere ayrımcıdır. “*O erkektir, o yesin*” der. Erkek torunlarını çok üstün tutar (HK-102)

Eğitimin temel insan hakkı olarak kabul edilmesine karşın, bir çok toplumda kız çocuklarına bu hak yeterince kullanılmamaktadır. Araştırma grubunda da eğitim hakkından yoksun bırakılanların oldukça fazla olduğu, çevrelerinde de bu tür ayrımcılıkları çok fazla oranda gözlemledikleri saptanan bulgular arasında yer almaktadır:

Evet, kız çocukları üniversiteyi kazandığı halde göndermediler (HK-179).

Kız okusa da olur okumasa da diyenler gördüm (HK-207).

Miras, eğitim ve beslenmede öncelik erkeğin, erkekler ayrıcalıklı tutuluyor, kızlar ne olsa yer diyorlar. Bana göre de kız evlat, öz evlat (HK-214)

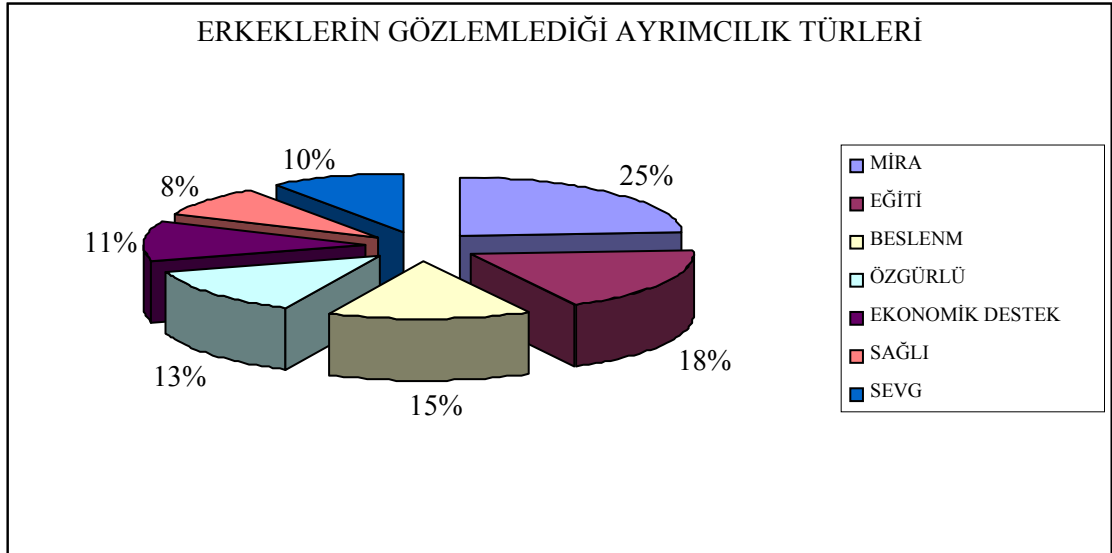
İlk eşimden iki kızım vardı. İkinci eşimden 1 kız, 1 erkek çocuğum var. İkinci eşim, ilk eşimden olan kızımı okutmadı. Hemşireliği kazanmıştı. “..... in kızı hemşire olmuşta, nöbette doktorlar eller diye duymayım” diyerek kızımı okutmadı. “**baskısız yongayı yel atar**” (HK-72)

Kızları okula göndermiyorlar. “**Kız kısmısı değil mi, okuyup ne yapacak**” deniyor (HK-208).

“*Kız kısmısı değil mi, okuyup ne yapacak*” (HK-208) söyleminin, bulgulara dayalı olarak geleneksel yapıdaki topluluklarda sıkça rastlanıldığı düşünülmektedir.

Katılımcılar eski zamanlara oranla olumlu değişimler olduğunu söylediler de halihazırda kız çocuklarının, eğitim, miras, beslenme, toplumda değer verilme ve ona tanınan özgürlükler bağlamında erkeklerle eş konumda olmadığı ve erkeğin her konudaki öncelikli konumu bulgulardan elde edilmektedir.

Erkek katılımcıların ifadelerine ilişkin içerik analizi sonuçları grafik 2’de verilmektedir. Görüldüğü üzere kadın katılımcıların ifadelerine benzer biçimde, erkekler de çevrelerinde gözlemledikleri kız ve erkek çocuk ayrımcılıklarının miras (% 25), eğitim (% 18) ve beslenme (% 15) konularında yoğunlaştığını belirtmişlerdir. Bu üç ayrımcılık türleri arasında en büyük payı aldığı görülmekte (% 58), bunların yanında özgürlük, ekonomik destek, sevgi ve sağlık konularında da gözlenebilir ayrımcılıkların yaşandığı belirtilmektedir.



Grafik 2: Erkeklerin gözlemlediği ayrımcılık türleri

Erkek katılımcıların çevrelerine ilişkin gözlemlerinden edindikleri ve görüşmede aktarmış oldukları kız ve erkek çocuklarına ebeveynlerin ayrımcı tutumlarına ilişkin aşağıda verilen anlatımlar, kadın katılımcılardan elde edilen verilerle de örtüşmekte ve araştırma grubunun yaşadığı toplumda belirgin kız ve erkek ayrımı yaşandığına işaret etmektedir:

Çok, hangi birini sayayım (HE-8).

Bazen böyle ayrımcılıklar oluyor (HE-6).

Karşı komşunun 4 kız bir oğlu vardı. Erkek olanı giyim bakımı davranışları ve tanıdıkları özgürlük açısından bariz farklılıklar vardı (HE-130).

Erkek çocuk ayrımıdır. Miras, sevgi, eğitim, maddi ve manevi ayrımcılık yapılır (HE-17).

Oldu. Kız çocuklarına davranışlarından da hissettim, erkek lehine ayrımcılık vardı (HE-27)

Evet, genelde erkek çocuk hep ön planda tutuluyor (HE-30).

Erkekler öncelikli, ekonomik destek veriyorlar (HE-34).

Genelde erkek tutuluyor (HE-48).

Erkeklerle biraz ayırım yapılır. Miras, eğitim, giyim kuşam, beslenme (HE-66).

Kadın katılımcıların dile getirdiği bir başka sorun ise, erkek çocuk olmaması durumunda kadını suçlayan anlayıştır. Bu durumun varlığı erkek katılımcıların ifadeleriyle de doğrulanmaktadır. Erkek çocuğun olmamasından kadını sorumlu tutan bir eşin baskısını bir katılımcı şöyle belirtmektedir; “Evet. Hanımına karşı “neden erkek çocuğumuz olmuyor” diye baskı kuruyordu” (HE-12). Başka bir katılımcının yorumu da bu bulguyu desteklemektedir:

Keşke oğlan olsaydı deniyor. Ayırım yapılıyor (HE-92).

Kadın katılımcıların, kız çocuklarını “el ekmeği” olarak nitelendiğine yönelik yorumlarıyla benzerlik gösteren, kız çocuklara evlenip gidecek nasılsa anlayışla bir anlamda yatırım yapmak istemeyen, eğitim almasına olanak tanımayan, öğrenmesini ev içi sorumluluklarla sınırlı tutan gelenekçi yaklaşım örneklerini destekleyen erkek katılımcı yorumları da saptanmıştır.

Kızlar ele gittiği için önemsemiyorlar (HE-44).

Miras, eğitim. Ben yetiştirdim el alacak, ne gereği var diyorlar (HE-42).

Erkekler önemsenir kızlar önemsenmez (HE-67).

Erkek çocuklar önemsenir. Miras (HE-113)

Miras, eğitim, beslenme konularda ayrımcı tutumların olduğunu kadın katılımcılar kadar erkek katılımcılar da sıkça dile getirmektedirler;

Evet, erkeği her konuda üstün tutarlar. Miras, eğitim... Bazen beslenmede de ayırım yapıyorlar, erkeğe ayrı yemek yaparlar (HE-25).

Arkadaşımız 4 kız kardeşi vardı. Tek erkek çocuktan babaannesi onu görünce “işte has torunum geldi” derdi. Bir keresinde kızı bunu duyunca “anne bizimkiler torunun değil mi” diye annesine bu konuda küsmüştü. Erkek torununu hemen eve götürüp yağlı yumurta yapıp kıyma kavururdu. Kızlara böyle yaptığını hiç görmedim. “O soyumuzu sürdürecektir” derdi. Her konuda onu ayırırdı. Okuması içinde çok desteklendi, sağlığında da. Hastalanmadan telâşe edip doktora götürürlerdi (HE-143).

Evet. Örneğin, erkek çocuğuna beslenme konusunda ayrımcılık yapan bir anne gördüm. Yemek yerken sütün içine ek olarak yumurta koyup içirdi. Hastalandığında daha çok erkek çocuk üstüne düşerdi (daha çok ilgilenirdi), onun beslenmesine daha özen gösterirdi, kızlarına böyle değildi (HE-21)

Eve nadir giren güzel bir gıda olduğunda hemen oğluna yedirirdi. Yemekte belirgin bir ayırım vardı. Eğitim konusunda da kızları ilkokuldan sonra okutmadı oğlunu zorlaya zorlaya liseyi bitirttiler (HE-130).

Erkek çocuktur eli ekmek tutacak çalışacak diye daha gıdalı beslemeye çalışıyorlar, karşı komşumun iki kızı bir oğlu vardı. Oğluna ayrıca kıyma kavurup yedirirdi (HE-142)

Beslenmede ayırım gördüm. Oğluna süt yoğurt pekmez verirdi, meyvelerin iyisini oğluna verirdi. Kalanları kızlar yerd HE-144.

Çevremde beslenme, eğitim görme konularında (erkek lehine) ayrımcılık var (HE-16).

Çevremde, yeme içme konusunda ve mirasta ayırım yapılır. Evi varsa oğluna veriyor, kızına vermiyor (HE-18).

Miras ve eğitim konusunda yaşanan ayrımcılıkların toplumda en sık görülen ayrımcılık türlerinden olduğunu erkek katılımcılar şu biçimlerde ifade etmektedirler;

Miras, eğitim konularında kız çocuklarının dezavantajlı olduklarını, erkeklerin her konuda üstün, ayrıcalıklı tutulduklarını görüyorum (HE-13).

Kendi arkadaşlarım arasında kız ve erkek çocuk ayrımı yok (polis). Akrabalarım var. Miras konusunda daha ayrımcılık yapıyorlar. Erkekleri okutup, kızları okutmuyorlar. Gezme ve eğlenme konusunda kızlar üzerinde baskı var. Erkekler daha rahat davranabiliyorlar (HE-20).

Yapılıyor. Kişi haklarından, okumada erkekleri öncelikli görüyor. Sosyal faaliyetlerde kız çocuklarına kısıtlama var (HE-23).

Evet gördüm. Yetiştirilirken kızlar okuma konusunda geri bırakılıyor. Kızlar kapalı kalıyor, ilerleyemiyor. Erkekler her şey serbest bırakılıyor (HE-24).

Miras, eğitim ve sevgide erkeğe öncelik (HE-35).

Mirasta kıza hiç pay vermezler ya da cüzi. Erkek üstün tutulur (HE-94).

Dayım kızına daha az mal verdi. Oğluna ev verdi kızına vermedi (HE-103).

Mirasta kız-erkek ayrımı yapılıyor (HE-15)

Yaşadıkları çevreye ilişkin kız erkek ayrımcılığı öykülerini olumsuz gören ve eleştiren katılımcılar yanında destekleyenler de bulunmaktadır. Erkek çocuğun statü farkının olduğunu ve bunun olması gerektiğini de ifade eden katılımcı şu sözlerle inancını dile getirmektedir: *“Erkek çocuk çalışıp yuva kuracak tabî ki aileler ona özen gösteriyorlar. Gıdalı yediyorlar. Okusun eli ekmek tutsun aile geçindirecek”* (HE-129)

Kız ve erkek çocuklar arasında ayrımcılık yapıldığını onaylayan bir erkek katılımcı ise, cinsiyetler arasındaki bu tür ayrımcılıkları olağan gördüğünü belirterek *“Evet. Zaten de olmalı”* (HE-2) sözleriyle ifade etmektedir.

Bazı katılımcılar ise kız çocuklarına daha fazla önem verildiğini, eskiden olduğu kadar ayrımcılıklar yaşanmadığını belirtmektedirler:

Oldu, her konuda kızlara daha çok önem veriliyor (HE-77).

Eniştem her türlü yiyecekten kızına ayırırdı. 4 erkek bir kızı vardı. Kızının sevdiklerini alırdı. Halam da yiyecekler konusunda eşini ayırır, iyice olanları ona verirdi (HE-127).

Kız çocukları daha çok seviliyor (HE-32).

Eskiden ayırım olurdu ama son yıllarda olmuyor(HE-65).

Bir katılımcı, kız ve erkek evlatlara yönelik tutum farklılıklarını cinsiyete değil, “tek” olma durumuna bağlamaktadır. Ebeveynin birkaç erkek çocuktan sonra kız bebeği olmuşsa ya da birkaç kız çocuktan sonra erkek evlada sahip olmuşsa farklı cinsiyette olan çocuğuna ayrı bir özen ve düşkünlük gösterdikleri ifade edilmektedir. Başka bir katılımcı ise çocuklar arasındaki ayrımcılık gerekçesini, öz evlat ve üvey evlat kavramıyla açıklamakta, öz ve üvey evlatlara karşı ebeveynlerin farklı tutumlar sergilediklerini belirtmektedir. Bu saptamaya, katılımcının geçmiş yaşantısının ve çocuklukta gözlemlediği üvey evlatlık durumlarının neden olabileceği, etkilendiği olaylar sonucu böyle bir yargıya varmış olabileceği düşünülmektedir;

Çocukların fazla olduğu ailelerde tek olana karşı kız veya erkek fark etmez, daha fazla ilgi gösteriliyor (HE-29).

Evet. Yalnız üvey ve öz kardeşler arasında. Öz evladına daha sevecen, üvey evladına daha sert davranıyorlar (HE-22).

2.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımında Halkın Cinsiyet Ayrımcı Tutumları

Bu bölümde, katılımcıların sağlık hizmeti almak üzere gittikleri sağlık kuruluşlarında, hizmetten yararlanma biçimleri ve cinsiyete dayalı davranış modellerindeki farklılıklar öğrenilmek istenmiştir.

TABLO 15. Karşı Cinsiyetten Bir Hekime Muayene Olmaktan Kaçınma Durumlarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı - Kızılcahamam, 2008

Karşı Cinsiyetten Bir Hekime Muayene Olmaktan Kaçınma Durumları	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Evet	63	28.9	19	13.2	82	22.7
Hayır	155	71.1	125	86.8	280	77.3
TOPLAM	218	100.0	144	100.0	362	100.0

p<0.05 (0.000)

Ki kare: 12.207(b), Sd: 1, p : 0.000

k=0.03

Tablo 15’te katılımcıların, karşı cinsiyetten bir hekime muayene olmaktan kaçınma durumları görülmektedir. Bu durum kadın ve erkekler arasında cinsiyete

göre anlamlı biçimde farklılık göstermektedir. Kadın katılımcıların yaklaşık %29'u karşı cinsiyetten bir hekime muayene olmaktan kaçınırken, % 71'i bu durumdan rahatsızlık duymadıklarını ifade etmektedirler. Erkek katılımcıların bu durumdan % 86.8 oranında rahatsızlık duymadıkları görülmektedir. Kadınların erkeklere oranla karşı cinsiyetten hekime muayene olmaktan kaçınmaları, geleneksel anlayış ve "mahremiyet" duygusunun kadınlarda daha yoğun gözlenmesi ile uyumlu görülmektedir.

Karşı cinsiyetten bir hekime muayene olmaktan kaçınma durumunun, cinsiyet değişkeni yanında eğitim değişkenine göre de anlamlı farklılıklar gösterdiği saptanmıştır.

TABLO 16: Karşı Cinsiyetten Bir Hekime Muayene Olmaktan Kaçınma Durumunun Eğitim Durumuna Göre Dağılımı - Kızılcahamam, 2008

	Öğrenim durumu													
	O-Y DEĞİL		OKURYAZAR		İLKOKUL		ORTAOKUL		LİSE		ÜNİVERSİTE		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EVET	5	38.5	7	58.3	44	27.8	4	7.8	17	20.0	5	11.6	82	22.7
HAYIR	8	61.5	5	41.7	114	72.2	47	92.2	68	80.0	38	88.4	280	77.3
TOPLAM	13	100.0	12	100.0	158	100.0	51	100.0	85	100.0	43	100.0	362	100.0

P<0.05 (0.000)

Ki kare değeri: 22.716(a), Sd: 5, P değeri: 0.000

Tablo 16'da karşı cinsiyetten hekime muayene olmaktan kaçınma durumlarının eğitimle ilişkisini göstermektedir. Karşı cinsiyetten bir hekime muayene olmaktan rahatsız olma durumu eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. Eğitim düzeyleri arttıkça bu durumun daha olağan karşılandığı görülmektedir.

TABLO 17: Aile Planlaması Hizmetlerini Karşı Cinsiyetten Bir Hekimden Almadan Rahatsızlık Duyma Durumunun Cinsiyetlere Göre Dağılımı (Kızılcahamam, 2008)

Aile Planlaması (AP) Hizmetlerini Karşı Cinsiyetten Bir Hekimden Almadan Rahatsızlık Duyma Durumu	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Evet	67	30.7	22	15.3	89	24.6
Hayır	151	69.3	122	84.7	273	75.4
TOPLAM	218	100.0	144	100.0	362	100.0

P<0.05 (0.001)

Ki kare değeri: 10.355, Sd: 1, P değeri: 0.001

k=0.16

Tablo 17’de aile planlaması hizmetlerini almada, karşı cinsiyetten bir hekimden rahatsızlık duyma durumları araştırılmıştır. Bu durum cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir. Kadın katılımcıların yaklaşık % 70’i rahatsızlık duymadıklarını belirtirken, erkek katılımcılarda bu oran % 84.7 olarak saptanmıştır. Rahatsızlık duymayan kadın oranının düşük olması cinsiyete dayalı bir tutum olarak yorumlanmaktadır.

TABLO 18. AP Hizmetlerini Karşı Cinsiyetten Bir Hekimden Almaktan Rahatsızlık Duyma Durumunun Yaşa Göre Dağılımı - Kızılcahamam, 2008

Yaş												
	25 yaş ve altı		26-35 yaş arası		36-45 yaş arası		46-55 yaş arası		56 yaş ve üzeri		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EVET	6	20.7	24	27.0	25	18.9	16	23.2	18	41.9	89	24.6
HAYIR	23	79.3	65	73.0	107	81.1	53	76.8	25	58.1	273	75.4
TOPLAM	29	100.0	89	100.0	132	100.0	69	100.0	43	100.0	362	100.0

P<0.05 (0.044)

Ki kare değeri: 9.773(a), Sd, 4, P değeri, 0.044

Tablo 18’de AP hizmetlerini karşı cinsiyetten bir hekimden almaktan rahatsızlık duyma durumunun yaşla olan ilişkisi görülmektedir. Bu durum yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir. AP hizmetlerini karşı cinsiyetten bir hekimden almaktan rahatsızlık duyanların 56+ yaş grubunda daha fazla olduğu, genç katılımcıların ise daha az rahatsızlık duydukları saptanmıştır.

Bu durum 56 yaş üzeri katılımcılar için, karşı cinsiyetten birine, sağlık personeli de olsa, AP hizmet gereksinimlerini ifade etmekten rahatsızlık duydukları bir hizmet alanı olduğunu gösterirken, genç katılımcıların bu durumu daha olağan karşılaması, AP hizmetlerinin, toplumca giderek daha rahat ifade edilebilen bir hizmet alanı olduğunu göstermektedir. Başka bir anlatımla, AP hizmetlerini toplumun karşı cinsiyetle paylaşılmasını mahrem sayan bir anlayıştan, daha normal gören bir anlayışa doğru evrildiğini göstermesi olarak yorumlanabilir.

TABLO-19 AP Hizmetlerini Karşı Cinsiyetten Bir Hekimden Almaktan Rahatsızlık Duymanın Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı - Kızılcahamam, 2008

	Öğrenim durumu													
	O-Y DEĞİL		Okuryazar		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EVET	5	38.5	10	83.3	46	29.1	8	15.7	12	14.1	8	18.6	89	24.6
HAYIR	8	61.5	2	16.7	112	70.9	43	84.3	73	85.9	35	81.4	273	75.4
TOPLAM	13	100.0	12	100.0	158	100.0	51	100.0	85	100.0	43	100.0	362	100.0

P<0.05 (0.000)

Ki kare değeri: 33.466(a), Sd: 5, P değeri: 0.000

Tablo 19, AP hizmetlerini karşı cinsiyetten bir hekimden almaktan kaçınma durumunun öğrenim durumu ile ilişkisini vermektedir. Bu durum öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. Ortaokul, lise ve üniversite mezunlarının AP hizmetlerini karşı cinsiyetten bir hekimden almaktan daha az rahatsız oldukları gözlenirken, okuryazar olmayan, olan ve ilkököl mezunlarının daha fazla rahatsız oldukları, en çok ta okuryazar grubun (% 83.3) rahatsızlık duydukları görülmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça, katılımcıların AP hizmetlerini karşı cinsiyetten bir hekimden almaktan rahatsızlık duyma oranının azaldığı görülmüştür.

TABLO 20: AP Hizmetlerini Karşı Cinsiyetten Bir Hekimden Alma ve Eşinin Doğum-AP Hizmetlerini Bir Erkek Doktordan Almasından Kaçınma Durumları - Kızılcahamam, 2008

Evli erkek (n=140)	Eşinizin doğum ve AP hizmetlerini bir erkek doktordan almasından kaçınır mısınız?				TOPLAM	
	EVET		HAYIR			
	n	%	n	%	n	%
Aile planlaması hizmetlerini karşı cinsiyetten bir hekimden almaktan rahatsızlık duyar mısınız?						
EVET	20	33.9	1	1.2	21	15.0
HAYIR	39	66.1	80	98.8	119	85.0
TOPLAM (4 kişi evli değil)	59	100.0	81	100.0	140*	100.0

P<0.05 (0.000)

k=0.4

Ki kare değeri: 28.565(b), Sd: 1, P değeri: 0.000

Tablo 20’de erkek katılımcıların AP hizmetlerini karşı cinsiyetten bir hekimden almak ve eşlerinin doğum ve AP hizmetlerini bir erkek doktordan almasından kaçınmak durumları karşılaştırılmış ve anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Aile planlaması hizmetlerini karşı cinsiyetten bir hekimden almaktan rahatsızlık duymadıklarını ifade eden erkek katılımcıların % 66.1’i eşlerinin doğum ve AP hizmetlerini bir erkek doktordan almasından rahatsız olduklarını ifade etmektedirler. Bu durumun bir tezat olduğu, kendilerinin çekinmeden aldıkları bir hizmete karşılık,

benzer bir durumda eşlerinin karşı cinsiyetten bir hekimden sağlık hizmetini almalarından rahatsızlık duydukları görülmektedir. Bu durum kadın ve erkeğin eşitsiz konumuna işaret etmektedir.

TABLO 21: AP Yöntemlerini Kadınlar mı Erkekler mi Kullanmalı - Kızılcahamam, 2008

AP Yöntemlerini Kadınlar mı Erkekler mi Kullanmalı?	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Kadın	104	55.9	103	75.2	207	64.1
Erkek	82	44.1	34	24.8	116	35.9
TOPLAM	186	100.0	137	100.0	323	100.0

P<0.05 (0.000)

k=0.18

Ki kare değeri: 12.726(b), Sd: 1, P değeri: 0.000

Tablo 21, AP yöntemlerini kadınlar mı erkekler mi kullanmalı sorusuna ilişkin görüşleri vermektedir. Bu soruya verilen yanıtlar cinsiyetlere göre anlamlı farklılık göstermektedir. Kadın katılımcıların yarısından fazlası (% 55.9) AP yöntemlerini kadınların kullanması gerektiğini belirtirken, erkek katılımcıların dörtte üçünden fazlası, bu yöntemleri kadınların kullanmalarını tercih ettiklerini belirtmektedirler. AP konusunda kadınlar kendilerini daha fazla sorumlu hissederken, erkeklerin de bu konudaki sorumluluğu daha çok kadına ait bir sorumluluk olarak görme eğiliminde oldukları gözlenmektedir.

TABLO 22: AP Yöntemi Olan Tüplerin/Kanalların Bağlanması Yöntemini Kendi İçin Uygun Bulanların Cinsiyetlere Göre Dağılımı - Kızılcahamam, 2008

Tüplerinin/kanalların Bağlama Yöntemini Kendi İçin Uygun Bulanlar	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Evet	59	27.7	23	16.1	82	23.0
Hayır	154	72.3	120	83.9	274	77.0
TOPLAM (cevap vermeyenler var)	213*	100.0	143*	100.0	356	100.0

Tablo 22’de tüplerin/kanalların bağlanması yöntemini kendileri için uygun bulma durumları görülmektedir. Bir AP yöntemi olan tüplerin/kanalların bağlanması yöntemini, kadın katılımcıların % 72.3’ü, erkek katılımcıların ise yaklaşık % 84’ü kendileri için uygun bulmamaktadırlar. Erkeklerin vazektomi yöntemini daha az benimsedikleri bilinmektedir. Bu nedenle yöntemi kendi için uygun bulanların oranı (% 16.1) önemli görülmektedir.

Erkekler için uygulanan aile planlaması yöntemlerinden olan vazektomi yöntemi kültürel anlamda uygun görülmemekte, buna paralel olarak vazektomi konusunda neredeyse hiçbir bilginin ve hizmetin olmaması, kadınlara uygulanmasını da olumsuz etkilemektedir. Mevzuata göre ailenin korunmasında erkek ve kadına eşit haklar verilmekte ancak gerçekte kadınlar cerrahi yöntemler konusunda da dezavantajlı durumdadırlar (HÜKSAM, 2006, s.29).

TABLO 23: Erkek Katılımcıların Eşlerinin Doğum-AP ve Kendilerinin Ürolojik Sorunlarına İlişkin Davranışları - Kızılcahamam, 2008

Eşinin doğum ve aile planlaması hizmetlerini bir erkek doktordan almasından kaçınma durumu	n (144)	%
Evet	59	41.0
Hayır	81	56.2
Cevap vermeyen	4	2.8
Ürolojik sorunlarında karşı cinsiyetten bir hekime muayene olmaktan kaçınma durumu		
Evet	43	29.9
Hayır	95	66.0
Cevap vermeyen	6	4.1
TOPLAM	144	100.0

Tablo 23 erkek katılımcıların eşlerinin doğum-AP hizmetlerini ve kendilerinin ürolojik sorunlarında karşı cinsiyetten bir hekime muayene olmaktan kaçınma durumları görülmektedir. Erkek katılımcıların yaklaşık üçte ikisi ürolojik bir sorunları olduğunda kadın doktora muayene olmaktan çekinmediklerini (%66) belirtirken, % 41'i eşlerinin doğum ve aile planlaması hizmetlerini bir erkek doktordan almasını istemediklerini ifade etmişlerdir. Erkek katılımcıların çoğunluğunun hem kendileri hem de eşleri için (doğum ve AP hizmeti ya da ürolojik sorunlarında), karşı cinsiyetten bir hekimden hizmet almada önemli bir çekinceleri olmamakla birlikte, kendileri kadın hekime muayene olmaktan çekinmeyen ancak eşlerinin doğum ve AP hizmetlerini karşı cinsiyetten bir hekimden almasından çekinen bir grubun varlığı, dikkate değer bir ayrımcılık örneği olarak değerlendirilmektedir.

TABLO 24: Çocuklukta Sağlık Nedeniyle Kardeşlerini ya da Çocuklarını Kaybetme Durumunun Cinsiyetlere Göre Dağılımları - Kızılcahamam, 2008

	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Sağlık nedeniyle kardeşlerini kaybetme						
Evet	60	27.6	33	23.1	93	25.8
Hayır	157	72.4	110	76.9	267	74.2
TOPLAM	217	100.0	143	100.0	360	100.0
Sağlık nedeniyle çocuğunu kaybetme						
Evet	38	17.4	17	12.0	55	15.3
Hayır	180	82.6	125	88.0	305	84.7
TOPLAM	218	100.0	142	100.0	360	100.0

Tablo 24’de katılımcıların çocukluklarında kardeşlerini, yetişkinliklerinde çocuklarını kaybetme durumları verilmektedir. Bu tabloda yer alan her iki sorunun ardından açık uçlu sorular yöneltilerek, kardeş/çocukların ölüm nedenleri sorulmuş ve bu yolla, kız ve erkek çocukların tedavi ya da bakımlarına ilişkin farklılık ya da ihmallerin olup olmadığı öğrenilmek istenmiştir.

Sağlık nedeniyle kardeşini ve çocuğunu kaybettiğini ifade eden kadın katılımcıların oranı daha fazla bulunmuştur. Çocukluk dönemlerine rastladığı için bazı katılımcılar kardeşlerinin ölüm nedenini ve ölen kardeşin cinsiyetini hatırlamakta zorlanmışlardır. Bu soruya evet diyen bazı katılımcılardan açık uçlu sorularla alınan yanıtlardan elde edilen bulgulara göre ölüm nedenleri arasında, kaza, hastalık, bakımsızlık, ekonomik yetersizlik, ihmal, hizmete ulaşamama, akraba evliliği gibi nedenler bulunmaktadır. Ancak kız ve erkek çocukların ölüm nedenleri arasında çarpıcı bazı farklar da bulunmaktadır. Katılımcılar erkek çocuk ölüm nedenlerini “nazar (3 kişi), ihmal, bakımsızlık ve şişmanlık” ” olarak ifade etmişlerdir. Kız kardeşini kaybedenlerin, ölüm nedenleri incelendiğinde göze çarpan bazı nedenler de şunlardır; “Annemin dikkatsizliği”, “**Ateşlenmiş, doktora götürmemişler**”, “Bakımsızlıktan, köy şartları, **hastaneye gidememişler**”, “ Kalp rahatsızlığı vardı, **doktora götürmemişler**, okuldan gelirken rahatsızlanmış, yolda ölmüş”, “Kansızlık, beslenme yetersizliği”, “imkansızlıklar”, “Emzirme esnasında boğularak ölmüş”, “tarlada çapa batmış, **doktora götürmemişler**, tetanos olmuş, son anda doktora gitmişler, ama ölmüş”, doğuştan hastalığı olduğu halde **doktora götürülmemiş**, 40 günlükken ölmüş”. Olanaksızlıklar ve koşulların hem kız çocukları hem de erkek çocukları etkilediği görülmektedir. Ancak ortalamadan farklı

olan ölüm nedenleri kız ve erkek çocuk arasında ayrımcılık yapılabildiğine de işaret etmektedir. Erkek kardeş ölümleri nedenleri arasında, 3 katılımcı erkek kardeşinin nazardan öldüğünü belirtirken, kız kardeş ölüm nedenleri arasında buna rastlanmamaktadır. Gene erkek kardeş ölüm nedenleri arasında “doktora götürülmeme” bir neden olarak gösterilmezken, kız kardeş ölüm nedenlerine bakıldığında, 5 katılımcı kız kardeşlerinin doktora/hastaneye götürülmediği için öldüklerini belirtmektedirler.

Çocukların bakımında, anne baba dışındaki aile üyelerinin de rol oynadıklarını göstermesi açısından, katılımcılardan toplanan öykülerde 4-5 aylık erkek kardeşin ölüm hikayesi önemli bir bulgudur: Ayağında gangren oluşan bebeğin, anne ve babası doktora götürmek isterken, dede ve anneanne doktora götürülmesine engel olup bebeğin şifacılara götürülmesine neden olmuşlar, sonuçta bebek ölmüştür. Bu olaydan dolayı anne ve babanın hala pişmanlıklarının sürdüğü de belirtilmektedir. Bu durum toplumun sağlık arama davranışlarını yansıtmakta ve aile büyüklerinin evli çiftin çocuklarının sağlığına ilişkin konularda bile bağımsız kararlar alamadığını ve bu nedenle sağlık hizmetine ulaşamamaya kadar sonuçları olabilen bir dizi toplumsal değer ve normlara da işaret etmektedir.

Bir başka katılımcıdan alınan verilerde, babanın iki evli olduğu, ilk eşinden 20 gebelik (19 ölü, 1 canlı bebek-kendisi), ikinci eşten sekiz doğum (beşi yaşıyor) olduğu, ölen çocuklar arasında hem kızların hem de erkeklerin bulunduğu, hastaneye götürülmedikleri, paraziter hastalıklar gibi önlenabilir nedenlerden öldükleri bulguları saptanmıştır.

Bu sorudan elde edilen bulgularda, o zaman ki koşullar, köy yaşantısı, geleneksel aile yapısı, bilgi ve ulaşım yetersizliklerinin hem kız hem erkek çocukları etkilediği görülmektedir. Cinsiyet farklılıklarına bağlı özel tutum ve davranışlar görülse de bu durumun yaygın olmadığı, ancak var olduğu söylenebilir.

Çocuklarını kaybeden katılımcıların ifadelerinde kaza ve hastalık nedenlerinin dışında dikkati çeken ve önemli görülen bir diğer bulgu da, erkek çocuk ölüm nedenleri arasında gene nazarın gösterilmesidir. Erkek çocuğunu kaybeden bir katılımcı ölüm nedenini “**nazar**” olarak ifade ederken, kız çocuklarının ölüm nedeni arasında “nazar” olarak belirtilen bir ölüm nedenine rastlanmamaktadır. Bazı yanıtlar şöyledir ; “1 erkek, 3 kızımı kaybettim. **Kızları hastaneye götürmedim, oğlumu**

çok götürdüm, kurtaramadım, 6 ay yaşadı”, “3 kız, 3 erkek, doktora götürecekt vakit olmadı, hemen öldü”, “4 erkek, 1 kız, 9 aylık dönemde aniden öldüler, doktora götüremedim”, “**iki kız**, nedenini bilmiyorum, **doktora götüremedik**, çocukken öldüler”, “**Erkek, nazardan öldü**”, “ **Kız, doktora götüremedik**. Ben yoktum, hanım doktora götürememiş, aniden ölmüş, ihmal”, “Kız, erken doğdu, **doktora götürmedim**, ihmalliğimden oldu”, “**Kız**, hastaydı, eşimle geçimsizlikten **bakamadık, ihmal ettik**”.

Kız çocukların ölümünde ihmal etme ya da doktora götürmeme nedenlerinin ve erkek çocuklarda “nazar” nedeninin çokluğu kız ve erkek çocukların bakımında cinsiyete dayalı ayrımcılıkların çok yaygın olmasa da varlığını ve halen sürdüğünü göstermesi bakımından önemli bulgular olarak görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda hastaların kadın-erkek ayrımcılığı davranışlarına ilişkin gözlemler, açık uçlu sorulardan alınan veriler ışığında yorumlanmıştır. Hastaların sağlık hizmeti alırken, kadın-erkek ayrımcılığı yaptıklarına ilişkin gözlemlerin olup olmadığının sorgulandığı açık uçlu soruda, katılımcıların çoğu ayrımcı davranışlara tanık olduklarını belirtirken, gözlemlerinin kadın hastaların, kadın doktor tercihinde yoğunlaştığı saptanmıştır. Katılımcıların kendileri ya da gördükleri diğer hastalarda kadın doktor tercihi en çok “kadın doğum” alanında yoğunluk kazanmaktadır. Bazı kadınlar, kadın doktora daha rahat içlerini açtıklarını, erkek doktordan sıkıldıklarını (HK-7), kadın hekime dertlerini daha rahat açabildiklerini (HK-91), kadın hekimle daha rahat, açık ve ayrıntılı konuşabildiklerini (HK-98), utanma duygusunun daha az olacağı için kadın doktor tercih ettiklerini (HK-107) ifade etmektedirler.

Kadınlar bazen kendileri, bazen eşleri, bazen de çevrenin etkisi ile doktor seçimlerini kadın hekim yönünde kullanabilmektedirler. Tercihlerini ifade ediş biçimlerinde farklılıklar olsa da sıklıkla bunu “mahremiyet”, “namahrem”, “ayıp” kavramıyla açıklamaya çalışmışlardır (HK-81, HK-97). Namahrem kavramını daha çok köyden hastaneye gelen katılımcılara atfederek ve “Köyden gelen kadınlar erkek kadın doğum hekimine muayene olmuyorlar” (HK-108), “Köyden gelen kadınlar “namahrem” olur diye erkek doktor istemiyor” sözleriyle (HK-81) bir anlamda kendilerini bu sınıflamadan ayrı tuttuklarını hissettirmektedirler.

Bir katılımcı gelininin “*erkekse yaklaşmam*” ifadesi ile erkek doktora muayene olmak istemediğini belirtirken (HK-72), diğeri gördüğü bir kadın hastanın “*Erkek doktora muayene olmam diye tutturuyor*” şeklinde (HK-78) ya da “*İlle de kadın doktor isterim diyen hastalar oldu. Hemşireler de onlara kızdılar, biz kadın doktor mu bulalım dediler*” (HK-148), şeklinde, bazıları da “*ben kendim için kadın doktor tercih ederim*” (HK-13), “Ben de kadın doktor isterdim” (HK-176) sözleriyle tedavi amaçlı da olsa, erkek doktora muayene olmayı reddederek cinsiyete dayalı ayrımcı tutum ve davranışlar sergilemektedirler. Kadın hastaların muayene olmaya gitmeden önce hastaneye telefon edip poliklinikte kadın hekim olup olmadığını sorarak geldikleri belirtilmekte (HK-22, HK-79, HK-80) ve diğeri iki katılımcı tarafından bu durum şöyle ifade edilmektedir: “*Bayan doktor var mı diye soruyoruz, onun sırasına yazılıyor*” (HK-79), “Kadın doğuma gelen hastalar “Bayan doktor ne zaman gelecek” diye soruyor, telefonla öğreniyorlar. O gelince muayene olmayı tercih ediyorlar. Bazen de tersi olabiliyor” (HK-80). Kadın doktor tercihinine ilişkin gözlemleri olan bazı katılımcılarda bu durumu “Evet gördüm, karşı cinsteki doktora muayene olmak istemediler” (HK-114), “Bayan doktor olsa çok iyi olurdu dediler” (HK-122) şeklindeki gözlemlerini paylaşarak açıklamaktadırlar. Bir katılımcı, poliklinikte doktorun erkek olduğunu görünce muayene olmadan geri dönen bir kadın hasta gördüğünü ve şaşkınlığını ifade etmektedir (HK-8).

Ancak bazı katılımcılar da eşlerinin erkek doktora (jinekolog) muayene olmalarına izin vermediklerini belirtmektedirler (HK-17, HK-25). Eşlerin bu durumunu kıskançlıkla açıklayanlar bulunmaktadır. “Eşleri kıskançlık yüzünden karılarını erkek doktora götürmez (Jinekolog)” (HK-87), “Evet, erkek doktora muayene olmak istemeyen kadınlar var. Eşim de benim ilk hamileliğimde Ankara’ya bayan doktora götürdü. Şimdi böyle bir sorunum yok” (HK-76), “Yeni doğum yaptım, çocuğumu emziremedim. Göğüslerim şişmişti. Eşim erkek doktorun muayenesine izin vermedi. Bayan doktor tedavi etti” (HK-93), “Adam eşinin erkek doktora (kadın doğumcu) muayene olduğunu öğrendiğinde kızdı” (HK-111), “Eşim bayan doktora gitmemi tercih eder” (HK-112), “Hanımını “erkek doktora muayene olmayacaksın” diye kocasının beklediğini gördüm. Karısını kıskandığı için”, “Eşim kadın doktora gitmemi tercih ediyor (HK-129), “Bir bayan hasta için eşinin bayan doktor istediğini görmüştüm” (HK-181), “Kadının eşi tarafından erkek doktora muayene olması engellendi” (HK-201), “Kadının eşi erkek doktora muayene

olmasına izin vermedi, Rahim İçi Araç (RIA) için” (HK-210) gibi ifadeler kullanan katılımcılar, kadının kendi bedeni üzerinde yapılacak bir işleme dahi kendi başına karar veremediğini gösteren çok önemli bulgular olarak yorumlanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda cinsiyet temelli ayrımcılık öykülerinden bir diğeri de ise katılımcı gördüklerini şöyle ifade etmektedir: “Bir hasta kadın doğum polikliniğine girince erkek doktoru görünce “Aaa erkek doktormuş” diye tepki verdi. Doktor da “Ben size kartvizit verip davet etmedim. Bayan adı yazıyordu da erkek mi çıktı” dedi” (HK-70).

Kadın doktor tercihi inancı bağlamında ifade edenler ise, “*Nadir ama var. Bayan doktor var mı diye sorarak geliyorlar. Genelde halk alıştı ama fanatikler, dinciler, nurcular ayırt ediyor*” (HK-22), “*Kadın doktor tercih eden kadınlar var, özellikle tarikata üye olanlar*” (HK-57), “*Dindar kesimin bayan doktor tercihine şahit oldum*” (HK-68) şeklindeki ifadeleriyle inançlarının doktor seçimlerini etkileyebildiğine dikkat çekmektedirler.

Kendileri erkek doktora muayene olmayan kadınların, “Hem kendileri ayrımcılık yaptıkları gibi, bizim girmemizi de ayıplıyorlardı, biz erkek doktora muayene olunca bizi ayıplıyorlar, kendileri de girmiyorlardı” (HK-163) biçiminde ifadeleriyle muayene olan diğer kadınları da eleştirdikleri belirtilmektedir.

Ayrımcılığa ilişkin deneyimlerin önceleri bu kadar olmadığını, son yıllarda bir artış gözlemlediklerini de dile getiren katılımcılar, bu durumu “Çoğalıyorlar. Kadına karşı ayrımcılığın çoğaldığını duyuyorum. Eskiden bu kadar yoktu, şimdilerde çok duyuyoruz” (HK-74), “Son yıllarda özellikle bayanların, kadın jinekolog tercih ettiklerine çevremde tanık oluyorum” (HK-92) sözleriyle açıklamaktadırlar. Bu durumun, geleneksel bir çevre olan Kızılcahamam’da kadının sosyal yapı içindeki yerine ilişkin olarak önemli ipuçları verdiği düşünülmektedir. Bununla birlikte son dönemlerdeki cinsiyete dayalı tercihlerin oluşması, toplumda egemen olan siyasal ve sosyo-kültürel değişimin yansıması olarak da değerlendirilebilecek bir bulgudur.

Kadın doktor tercihi bunlardan başka nedenlerle açıklayanlar da bulunmaktadır. Bu konuda katı olmayan kadınların önce belki kadın doktor tercih ettikleri, çekindikleri ancak mecbur kaldıklarında yani kadın doktor olmadığında erkek doktora da muayene olabildikleri ifade edilmektedir. Hatta eğer doktorun

bilgisine inanılırsa, ikinci defa daha da rahat gidebildikleri, bu konuda doktorun tavır ve davranışlarının, bilgi düzeyinin etkili olduğu belirtilmektedir (HK-102). Erkek doktoru tercih etme nedenine ilişkin görüşlerini açıklayan bir katılımcı da “Bazıları erkek jinekolog, bazıları kadın jinekolog tercih ediyor. Kadın isteyenler mahremiyetten, erkek doktor isteyenler de iyidir diye gidiyorlardı. İşini iyi yapıyordu, eli çabuktu (HK-97) biçiminde erkek doktoru tercih sebebini doktorun işini iyi yapmasıyla açıklamaktadır. Bir katılımcı da kadınlardan, yararlanma anlamında, farklı beklentileri olan insanların olduğunu, kadınların da özellikle kadın doktor istediklerini belirtmektedir (HK-56).

Katılımcılardan bir kısmı kadınların kadın doktora muayene olma tercihlerinin sıkça yaşandığını, hatta bizzat şahit olduklarını ancak onaylamadıklarını belirtmektedirler. Yaşanan durumu etik bulmayan katılımcıların, sağlık söz konusu olduğunda bu tür ayrımcılıklara yer olmadığını ifade eden sözleri şu şekildedir: *“Karşılaştığım durumlar oldu. Kesinlikle katılmıyorum. Söz konusu sağlıksa tıbbın kadını erkeği olmaz”* (HK-17), *“Kadın doğumda kadın doktor tercih ediliyor. Kadınlar konumu gereği zayıf görülüp, olumsuz muamelelere maruz kalıyor. Erkek üstünlüğü kadını eziyor”* (HK-82).

Bu soruya yanıt veren 23 erkek katılımcının gözlemleri kadın hastaların özellikle kadın doğum alanında kadın doktor tercih ettikleri yönünde bulunmuştur. İki katılımcı ise (HE-10) eşlerinin doğumunda kocaların ısrarla kadın doktor aradıklarını, doktor erkek olduğu için eşinin muayene olmasına izin vermediğini (HE-34) belirtmektedirler. Cinsiyet ayrımcılığına ilişkin davranışlarının orta yaş ve üstü insanlar arasında daha yaygın olduğu (HE-30) ve “Karşı cinsiyette olanların birbirine daha fazla ilgi gösteriyor” (HE-8) oldukları gibi saptamalarını paylaşan katılımcılar da bulunmaktadır. Erkek katılımcılardan bazıları da kadın hastaların cinsiyet temelli doktor seçimlerini “kadının cahilliği” ne (HE-12), kırsalda yaşıyor olmasına (HE-69) ya da inançlarına (HE-19) bağlayarak açıklamaktadırlar. Katılımcı kadınların inançlarının doktor tercihiine etkisini şu sözlerle dile getirmektedir: *“Nadiren oluyor, erkekler erkek doktora, kadınlar kadın doktora. Tarikatçılar, mutaassıp olanlar, radikal dini inançları olanlarda görüyorum. Koca karısını kadın doğumcu olarak kadın doktora götürüyor. Ama bu tarikatçı olmayanlarda da var”* (HE-19).

Bir katılımcı “*Erkek ya da kadın karşı cinsiyetten doktora muayene olmadıklarına şahit oldum*” (HE-23) diyerek insanların hemcinsi olan hekimlere muayene olmayı tercih ettiklerini, diğer bir katılımcı ise eşi için “*Mümkün ise kadın doktor tercih ederim*” (HE-59) sözleriyle seçimlerindeki önceliğini belirtmektedir.

Bu soruya verilen yanıtlar arasında dikkati çeken bir diğer saptama ise bir kadın doktorun erkek hastasını muayene etmekten kaçındığına ilişkin yaşanan hikayedir.

Bir diğer katılımcının soruya verdiği yanıt, diğer katılımcılardan farklı bir açıda olup, aslında böyle bir sorunun olmadığına ve sorunun amaçlı olduğuna ilişkin yorumudur:

40 yaşındayım, hastanelere genellikle sık giden bir insanım, hiç yaşamadım ve hiç şahit olmadım. Günümüz Türkiye’inde basın tarafından yönlendirme ve çarpıtma haberlere ise “Bunlar Türkiye’de mi oluyor” diye şaşıyorum ve inanmıyorum. **Yok böyle bir şey, soru bile amaçlı bence.** (HE-28-Polis)

Katılımcının “Günümüz Türkiye’inde” hastanelerde cinsiyet ayrımcılığına ilişkin tutumların yaşanmasını kabul edilebilir bulmaması, olayların abartıldığını düşünmesi ve sorunun bu abartıya bağlı “amaçlı” bulması, katılımcının kendi yaşamıyla sınırlı düşünceleri olarak ve tamamen kişisel bir yorum olarak değerlendirilmektedir.

Doktor cinsiyet tercihlerinin araştırıldığı başka bir araştırmada da benzer sonuçlara rastlanmıştır. Doğurgan çağ nüfusu kadınlar arasında yapılan çalışmada, jinekolojik muayene dışındaki muayeneler için kadınların %85.6’sı fark etmez diyerek hekim tercihi yapmazken, %11.5’i kadın doktor, %2.9’u erkek doktor tercih etmektedir. Jinekolojik muayenelerde ise kadınların %55.4’ü “fark etmez” demekte, %41.3’ü kadın doktor, %3.3’ü ise erkek doktor tercih etmektedir. Araştırmada kadın katılımcıların tercihindeki etkilerde incelenmiş, kadının öğrenim düzeyi azaldıkça, ailenin gelir düzeyi düştükçe kadın doktor tercihlerinin belirginleştiği ve gecekonduda oturan, geniş aile tipine sahip ailelerde de kadın tercihi yoğun olarak gözlenmiştir (Özyurda, F., Çöl, M., Çalışkan, D., 2005, s.291). Kadınların, kadın doktor seçimleri, daha öncede açıklandığı gibi, sosyo-kültürel nedenler, utanmak, inanç, eş ve diğer aile üyeleri gibi farklı dinamiklerden etkilenmektedir.

2.1.4. Şiddet Durumunda Halkın Cinsiyet Ayrımcı Tutumları

Şiddet önemli bir halk sağlığı sorunu ve toplumsal cinsiyet ayrımcılığının önemli bir göstergesi olarak ele alınmakla birlikte, şiddet konusunun özelliği gereği, geniş kapsamda incelenmesi gerekçesi ile şiddetle ilgili görüş ve yaşantıların ayrı bir başlık altında toplanması uygun görülmektedir. Bu nedenle sağlık alanında yapılan ayrımcılıklardan bağımsız bir başlık altında incelenmiştir.

2.1.4.1. Şiddet Algıları ve Tutumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde katılımcıların şiddeti tanımlamaları, şiddete ilişkin görüşleri ve deneyimlerine yönelik nicel bulgular yer almaktadır. Bazı sorulara ilişkin verilerin toplanması sırasında, katılımcıların birden fazla seçenek işaretleyebilecekleri söylenmiştir.

Tablo 25: Şiddeti Tanımlama Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı
Kızılcahamam, 2008

Şiddeti Tanımlama Durumu	KADIN n=218		ERKEK n=144		TOPLAM n=362	
	n	%	n	%	n	%
Fiziksel	89	20.5	71	25.9	160	22.6
Psikolojik	60	13.8	43	15.7	103	14.5
Cinsel	63	14.5	48	17.5	111	15.7
Kontrol Etme	33	7.6	15	5.5	48	6.8
Ekonomik	46	10.6	23	8.4	69	9.7
İhmal	17	3.9	9	3.3	26	3.7
Hepsi	126	29.1	65	23.7	191	27.0
TOPLAM	434	100.0	274	100.0	708	100.0

* Bir katılımcı birden fazla şık işaretlemiştir. Değerlendirme alınan cevaplara göre yapılmıştır.

Katılımcıların şiddete ilişkin algıları ve tanımlamaları tablo 25'te görülmektedir. Bu tabloya veri oluşturan soruda birden fazla seçeneğin işaretlenmesi nedeniyle toplam sayıları yüksek bulunmuştur.

Katılımcılar, en çok fiziksel şiddeti “şiddet” olarak tanımlarken (%22.6), % 27'si şiddeti fiziksel, psikolojik, cinsel, kontrol, ekonomik ve ihmal boyutlarının tümüyle tanımlamışlardır. Kontrol etme ve ihmal edilme davranışları en az oranda şiddet olarak tanımlanmıştır. Bu yaklaşımda kadınların ve erkeklerin içinde bulundukları toplumun değerlerini içselleştirdikleri, kadının var olan konumunu benimsedikleri, bu nedenle de erkeğin denetleme ya da kontrol etme davranışlarını

şiddet olarak algılamayıp, ya normal gördüklerini ya da şiddetin dışında başka bir olumsuzluk olarak değerlendirdikleri düşünülmektedir. Erkeğin kadını koruması, kollaması, evin geçiminin erkek sorumluluğu olduğu ya da kadının eşinden izin almadan çalışmaması gibi davranışların araştırma grubunda geniş oranda onaylandığı da düşünülürse, katılımcıların kontrol etme davranışını şiddet olarak algılamama nedenleri daha anlaşılır görülebilmektedir.

TABLO 26: Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Düşüncelerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı - Kızılcahamam, 2008

Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Düşünceleri	KADIN n=218		ERKEK n=144		TOPLAM n=362	
	n	%	n	%	n	%
Tamamen karşıyım	163	70.3	91	59.9	254	66.1
Erkek kadına şiddet kullanmayı alışkanlık haline getirmiş olabilir	10	4.3	5	3.3	15	3.9
Kadın yol açmış olabilir	15	6.4	19	12.5	34	8.9
İki kişi arasında özel bir mesele olabilir	44	19.0	37	24.3	81	21.1
TOPLAM	232	100.0	152	100.0	384	100.0

* Bir katılımcı birden fazla şık işaretlemiştir. Değerlendirme alınan cevaplara göre yapılmıştır.

Tablo 26’da kadına yönelik şiddete ilişkin düşüncelerinin cinsiyetlerine göre dağılımı verilmektedir.

Kadın katılımcıların % 70.3’ü ve erkek katılımcıların % 59.9’u şiddete tamamen karşı olduklarını ifade etmektedirler. Kadına yönelik şiddete kadının yol açmış olabileceği ya da bu durumun iki kişi arasında özel bir mesele olabileceğine inananların oranı erkek katılımcılarda daha yüksek bulunmuştur. Her iki önermeye katılan erkeklerin yüzdesi 36.8 olarak karşımıza çıkmakta ve bu oranda erkek katılımcıların, kadına yönelik şiddetin haklı sebepleri olacağını ve bazı durumlarda kadına yönelik şiddetin onaylanabileceğini düşündükleri şeklinde de yorumlanabilmektedir.

Şiddeti uygulayan taraf çoğunlukla erkek olduğundan bu sonuç yadırganmayabilir ancak kadın katılımcıların % 6.4 bile olsa şiddete kendilerinin yol açmış olabileceğini düşünmeleri, büyük oranda kendilerini şiddetin sebebi olarak görmeleri ya da her 5 kadından birinin şiddet olayını iki kişi arasında özel bir mesele olarak görmeleri, kadınların şiddeti içselleştirdiği, istemeseler bile normal gördükleri

ve şiddetin günlük yaşamlarında ne kadar da olağanlaştığını göstermesi açısından çarpıcı ve bir o kadar da önemli bir bulgu olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 27: Sürekli Eşinden Şiddet Gören Komşu ya da Yakınları Olması Durumunda Davranış Biçimlerinin Cinsiyetlere Göre Dağılımı -Kızılcahamam, 2008

Şiddet gören komşuya müdahale biçimleri	KADIN n=218		ERKEK n=144		TOPLAM n=362	
	n	%	n	%	n	%
Polise haber verirdim	110	23.3	63	22.7	173	23.1
Doktora götürürdüm	32	6.8	14	5.0	46	6.1
Kurtarmaya çalışırdım	61	12.9	31	11.2	92	12.3
Eşler arasına girilmez	216	45.8	147	52.9	363	48.4
Diğer	53	11.2	23	8.2	76	10.1
TOPLAM	472	100.0	278	100.0	750	100.0

* Bir katılımcı birden fazla şık işaretlemiştir. Değerlendirme alınan cevaplara göre yapılmıştır.

Tablo 27’de sürekli eşinden şiddet gören komşu ya da yakınları olması durumunda katılımcıların davranış biçimlerinin cinsiyetlere göre dağılımı verilmektedir. Sürekli eşinden şiddet gören komşu ya da yakınları olması durumunda “polise haber verirdim”, “doktora götürürdüm”, “kurtarmaya çalışırdım” seçeneklerinde kadın ve erkek katılımcı yanıtları benzerlik gösterirken, bu soruyu yanıtlayan erkek katılımcıların sayıları çok daha az olmasına karşın “eşler arasına girilmez” seçeneğini kabul etme oranları oldukça fazla bulunmuştur (% 52.9). Şiddete ilişkin kendi görüşlerin sorgulandığı önceki soruda da şiddeti “iki kişi arasında bir mesele” olarak görme eğiliminin fazla bulunduğu erkek katılımcılar, komşuları olan erkeklerin eşlerine uyguladıkları şiddet karşısında da olayı “iki kişi arasında bir mesele” olarak görmekte ve “Eşler arasına girilmez” düşüncesini savunmaktadırlar. Şiddet olayı eşler arasında kaldığı sürece toplumsal bir yara ve bir halk sağlığı sorunu olmaktan kurtulamayacağı ve sessiz bir epidemi (Salgın) biçiminde varlığını sürdüreceği düşünülmektedir.

Diğer ifadesinde katılımcıların çoğu tarafları uzlaştırmaya çalışırdım ve/veya “şiddet uygulayan kişiyi döverdim” şeklinde ifadeler kullanmışlardır. Katılımcıların kullandığı ifadelerden bazıları:

“Eşim karıştırmaz”, “hane içine giremem dışarıda ise ayırırım”, “ağzını burnunu dağıtırdım”, “bu tür olaylara karışmak riskli, karışmayabilirdim”, “polis biraz konuşup geri gönderiyor, kadın aynı eve geri dönüyor, arayı düzeltmeye çalışıyorlar, etkisi yok”, “keserdim, döverdim”, “müdahale gerekli ama karışmak sorunlara yol açıyor, çekiniyoruz”, “komşumsa karışmam, akrabam ise yardımcı olmaya çalışırım”, “kadına öğüt verirdim”

Şiddet uygulanması durumunda, insanların ne yapacağına karar verme noktasında önlerine çıkan bir başka engel de “bu tür olaylara karışmak riskli” ya da “polis biraz konuşup geri gönderiyor, kadın aynı eve geri dönüyor, arayı düzeltmeye çalışıyorlar, etkisi yok” ifadelerinde de vurgulandığı gibi, bireylerin yasal haklarından haberdar olmamaları, şikayet sürecinin zorlukları, polise olan güvensizlik, barıştıkları takdirde komşuluk ilişkilerinin zarar görebileceği endişesi ve şikayet sonrası yaşanması olası durumların varlığıdır. Bir yandan geleneksel olarak kanıksanmış olan “kadının gerektiğinde eşinden şiddet görebileceği ve bunun iki kişi arasında bir mesele olduğu”, “eşler arasına girilmemesi gerektiği”, “kadının yol açmış olabileceği” gibi yaygın kanılar, diğer yandan şikayet sürecine ilişkin endişeler şiddet durumunda karışma ya da şikayet etme konularında kişileri engellemektedir. Bunun yerine şiddet sona erdikten sonra yaraların sarılması, teskin etme ve öğütlerde bulunma gibi davranış modellerinin sıklıkla benimsendiği saptanmıştır.

Tablo 28: Aile İçinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Cinsiyetlere Göre Dağılımları - Kızılcahamam, 2008

Aile içinde şiddete maruz kalma durumu	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
EVET	117	53.7	29	20.4	146	40.6
HAYIR	101	46.3	113	79.6	214	59.4
TOPLAM	218	100.0	142	100.0	360	100.0

P<0.05 (0.000)

k=0.3

Ki kare değeri: 39.427(b), Sd: 1, P değeri - 0.000

Tablo 28’de aile içinde şiddete maruz kalma durumlarının cinsiyetlere göre dağılımları sunulmaktadır. Aile içinde şiddete uğrama, kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı bir farklılık göstermektedir. Katılımcıların şiddete maruz kalma oranı kadınlarda % 53.7 iken, erkeklerde 20.4’tür. Şiddetin mağduru her iki cinsiyetten de olabilmekle birlikte, tüm toplumlarda en çok şiddete maruz kalanlar kadınlar olarak bilinmektedir. Bu araştırmada da kadınların daha fazla şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur.

Şiddete ilişkin başka bir çalışmada kadınların % 37.2'sinin şiddete uğradığı belirtilmektedir (Verim, Sohbet, 2009, s.468). Araştırma grubu ile karşılaştırıldığında şiddet görme oranı daha az gibi görünse de katılımcıların şiddeti tanımlama, algılama ve toplumsal yaşayışa ilişkin sosyo-kültürel belirleyicilerin bu oranda etkili olduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalar aile içi şiddetin kurbanlarının % 95 oranında kadınlar olduğunu göstermektedir (Atan, Şirin, 2004, s.185). Fethiye'de yapılan bir çalışmada ise, kadınların % 40 oranında aile içi şiddete maruz kaldıkları ve şiddet uygulayıcısının eşleri olduğu belirtilmektedir (Deniz, Babacan, 2008).

Şiddete uğrama yüzdesi kadar, kim tarafından ve hangi tür şiddete maruz kalındığı da önemlidir. Kadınlar daha çok eşleri ve sonra ailenin diğer erkek figürlerinden şiddet görmektedirler. Kadının statüsü şiddete uğrama konusunda belirleyici olmakla birlikte, farklı değişkenler de rol oynamaktadır.

Tablo 29: Şiddete Maruz Kalanların Şiddet Uygulayan Yakınlarına Göre Dağılımları - Kızılcahamam, 2008

Şiddet uygulayan kişi	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
BABA	32	19.3	23	62.2	55	27.1
EŞ	96	57.8	0	0	96	47.3
AĞABEY	15	9.0	6	16.2	21	10.3
DİĞER	23	13.9	8	21.6	31	15.3
TOPLAM	166	100.0	37	100.0	203	100.0

* Bir katılımcı birden fazla şık işaretlemiştir. Değerlendirme alınan cevaplara göre yapılmıştır.

Tablo 29'da şiddete maruz kalanlara, kimler tarafından şiddet uygulandığını gösteren veriler sunulmaktadır. Kendisine şiddet uygulayan kişiler, erkek katılımcılarda daha çok baba, ağabey ve diğer kişiler (aile dışı) iken, kadınlarda en çok eş (% 57.8), baba ve ağabey gibi ailenin erkek figürleridir. Kadınlar bu figürlerin dışında diğer seçeneğinde belirttikleri gibi “anne, abla, dayı, kayınvalide, kayınpeder, kayın, görümce” gibi yakın çevresinden şiddet gördüklerini ifade etmektedirler.

Kadına yönelik şiddetin araştırıldığı bir çalışmada, şiddete uğrayan kadınların % 86.2'si eşlerinden şiddet gördükleri belirtmişlerdir (Verim, Sohbet, 2009, 468).

TABLO 30: Görülen Şiddet Türlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı Kızılcahamam, 2008

Görülen Şiddet Türlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Fiziksel	106	45.9	26	61.9	132	48.4
Psikolojik	56	24.2	9	21.4	65	23.8
Cinsel	7	3.0	0	0.0	7	2.6
Kontrol	30	13.0	5	11.9	35	12.8
Ekonomik	11	4.8	1	2.4	12	4.4
İhmal	21	9.1	1	2.4	22	8.0
TOPLAM	231	100.0	42	100.0	273	100.0

Tablo 30’da Görülen Şiddet Türlerinin Cinsiyetlere Göre Dağılımı sunulmaktadır. Şiddet türlerine maruz kalma durumu değerlendirildiğinde, kadın ve erkek oranlarının karşılaştırması oldukça çarpıcı görülmektedir. Kadın katılımcılar en çok fiziksel (% 45.9), ikinci olarak da psikolojik (% 24.2) şiddete maruz kaldıklarını ifade ederlerken, % 3’ü cinsel, % 13’ü kontrol etme, % 4.8’i ekonomik ve % 9.1’i ihmal etme biçiminde şiddete uğradıklarını ifade etmektedirler. Erkeklerin yaşadıkları şiddet boyutuna bakıldığında en fazla fiziksel şiddete maruz kaldıkları, diğer şiddet türlerini ise kadınlardan daha az yaşadıkları görülmektedir. Kadın ve erkek katılımcıların kendi grupları içindeki yüzdelere bakıldığında fiziksel şiddete uğrayan kadın sayısının (% 45.9), erkek sayısından daha az olduğu düşünülmemelidir. Kadınlar sayısal olarak tüm şiddet türlerini daha fazla yaşamaktadırlar.

DSÖ Aile İçinde Kadına Yönelik Şiddet Çok Ülkeli Araştırmasında kadına yönelik fiziksel şiddet sıklığı % 13-65, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumunun 1997 yılında yaptığı “Aile içinde ve Toplumsal Alanda Şiddet” çalışmasında %25.2, Mayda ve Akkuş’un çalışmasında %50.9, olarak bulunmuştur (WHO, 2008; Mayda ve Akkuş, 2003, s.13). Bulgular çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması (2008) sonuçlarına göre, ülke genelindeki kadınların yaşamlarının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kalma % 39, cinsel şiddete maruz kalma % 15, her iki şiddet biçiminden en az birinin yaşanma durumu % 42 olarak bulunmuştur. Bu durum cinsel şiddetin yaşandığı durumların çoğunda fiziksel şiddetin de yaşanmış olduğunu ve farklı şiddet türlerinin bir arada yaşandığını düşündürmektedir. Aynı araştırmada

duygusal şiddet sıklığı % 44, ekonomik şiddet % 23 olarak bulunmuştur (KSGM, 2009, s. 46-56).

Verim ve Sohbet'in araştırmalarında kadınların gördükleri fiziksel şiddet oranı % 84.5 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada kadınların % 37.2'si şiddet gördüğünü belirtilmektedir (2009, s.468).

Buna göre araştırma yapılan bölge halkının şiddetin tanımına ilişkin farklı algılamalara sahip oldukları düşünülmektedir. Örneklem grubunda kadınların hayatlarının herhangi bir döneminde % 53.7 oranında şiddete maruz kaldıkları, fiziksel şiddetin % 45.9, cinsel şiddetin % 3 olarak bulunması, katılımcıların cinsel şiddeti ifade etmede güçlük yaşadıkları şeklinde yorumlanmaktadır.

Tablo 31: Şiddet Nedeniyle Yaşanılan Sağlık Sorunları - Kızılcahamam, 2008

Şiddet nedeniyle yaşanan sağlık sorunları	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Evet	38	32.5	3	10.3	41	28.1
Hayır	79	67.5	26	89.7	105	71.9
TOPLAM	117	100.0	29	100.0	146	100.0

Tablo 31'de şiddet nedeniyle yaşanan sağlık sorunları sunulmaktadır. Kadın katılımcıların %32.5'i, erkek katılımcıların ise %10.3'ü şiddete bağlı sağlık sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. (Şiddet nedeniyle sağlık sorunu yaşayan tüm katılımcıların % 92.7'si kadın katılımcılardır). Kadın katılımcıların önemli bir bölümünün ciddi sağlık sorunları yaşanacak boyutta şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır.

Tablo 32: Şiddete Bağlı Fiziksel ya da Duygusal Zarara Uğrama Durumları Kızılcahamam, 2008

Şiddete bağlı fiziksel /duygusal zarara uğrama durumları	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Evet	42	82.4	3	60.0	45	80.4
Hayır	9	17.6	2	40.0	11	19.6
TOPLAM	51	100.0	5	100.0	56	100.0

Tablo 32 şiddete dayalı uğranan sağlık sorunlarını göstermektedir. Kadın katılımcıların % 82.4'ü, beş erkek katılımcıdan ise üçü şiddete dayalı fiziksel ya da

duygusal zarar gördüklerini ifade etmişlerdir. Şiddete maruz kalarak fiziksel ya da duygusal zarara uğrayanların % 93.3'ü kadın katılımcılardır. Şiddete uğradıkları halde fiziksel ya da duygusal zarar görmediklerini ifade eden kadın katılımcıların % 17.6 (9 kişi) oranında bulunması ise düşündürücü ve gerçekçi olmayan yorumlar olarak değerlendirilmekte ve insan doğasının, farklı biçim ve şiddetlerde de olsa, her tür şiddetten mutlaka bir biçimde etkileneceği düşünülmektedir. Fiziksel bir sağlık sorununun yaşanmamış olması, şiddete uğrayan bireyin hiç zarar görmediği anlamına gelmemelidir.

Tablo 33: Şiddete Maruz Kalarak Başvurulan Yerler - Kızılcahamam, 2008

Şiddete maruz kalarak başvurulacak yerler	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Hiçbir yere	50	67.6	7	70.0	57	67.8
Aile yakınları	7	9.5	1	10.0	8	9.5
Komşu ve arkadaşlar	3	4.0	0	0.0	3	3.6
Doktor	10	13.5	2	20.0	12	14.3
Polis	4	5.4	0	0.0	4	4.8
TOPLAM	74	100.0	10	100.0	84	100.0

Tablo 33 Şiddete maruz kalındığında nerelere başvurulduğunu göstermektedir. Şiddete maruz kaldıklarında herhangi bir yere gitmeyen kadınların oranı % 67.6 olarak bulunmuştur. On kadın katılımcı (% 13.5) doktora, yedi kişi (% 9.5) aile yakınlarına, 4 kişi polise ve 3 kişi de komşularına ya da arkadaşlarına başvurduklarını ifade etmişlerdir. Büyük çoğunluğun şiddet durumunda hiçbir yere başvurmayıp, olayı kendi içinde ve evinde yaşamayı ya da aile yakınlarıyla paylaşmayı tercih ettiği bir durumda, doktora başvuran 10 kişi “az” olarak nitelendirilmemektedir.

Şiddete uğrayan on erkek katılımcıdan 7 kişinin hiçbir yere başvurmadağı, şiddete uğrama durumunda polis, komşu ya da arkadaşların yardım almadıkları saptanmıştır.

Fethiye’de yapılan bir araştırmada şiddete maruz kalan kadınların % 43.5’inin sessiz kalmayı tercih ettikleri, % 58’inin ise şiddet işkence değilse evliliklerinin devam edebileceği görüşünde oldukları, % 68.7’sinin şiddete maruz kaldıkları halde evliliklerini çocukları için sürdürdükleri belirtilmektedir (Deniz, Babacan, 2008).

Araştırma grubundaki katılımcıların da benzer görüşte oldukları, şiddet durumunda kadınların hiçbir yere başvurmayıp belli gerekçelerle evliliklerini sürdürme eğiliminde oldukları görülmektedir. Şiddetin mağduru olan kadın oranlarının yüksekliği, doğal olarak şiddetten etkilenme ve yardım alma düzeylerinin de kadın katılımcılarda yüksek olarak bulunmasının nedeni olarak görülmektedir.

Tablo 34: Şiddete Uğrama Durumunda Katılımcıların Yaşanan şiddeti doktorla paylaşma ya da gizleme durumu -Kızılcahamam, 2008

Yaşanan şiddeti doktorla paylaşma durumu	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Paylaştım	8	34.8	1	12.5	9	29.0
Gizledim	15	65.2	7	87.5	22	71.0
TOPLAM	23	100.0	8	100.0	31	100.0

Tablo 34 şiddete uğrama durumunda katılımcıların yaşanan şiddeti doktorla paylaşma ya da gizleme durumunu sunmaktadır. Şiddete uğrayarak doktora başvuranlardan 8 kadın ve 1 erkek katılımcı yaşadığı şiddeti doktorla paylaştığını ifade etmektedir. Her iki cinsiyette de, yaşanan şiddeti doktordan gizleme eğiliminin ağır bastığı, sadece tedavileri için doktora gittikleri, erkek katılımcıların olayı paylaşmama, doktordan gizleme davranışlarının daha sık olduğu saptanmıştır.

TABLO 35: Şiddet Nedeniyle Doktora Başvurma Durumunda Doktor Tutumları - Kızılcahamam, 2008

Şiddet nedeniyle doktora başvurma durumunda doktor tutumları	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Gerekli tedavimi yaptı ama soruşturmadı	3	30.0	1	50.0	4	33.3
Beni suçlar, yargılar gibi davrandı	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Tedavimi yaparak yapmam gerekenleri anlattı	2	20.0	1	50.0	3	25.0
Tedavimi yaptı, adli rapor düzenledi, gerekli yasal işlemleri başlattı	3	30.0	0	0.0	3	25.0
Diğer	2	20.0	0	0.0	2	16.7
TOPLAM	10	100.0	2	100.0	12	100.0

Tablo 35 şiddet nedeniyle doktora başvurma durumunda doktor tutumlarını göstermektedir. Doktora başvuran 10 kadın ve 2 erkek toplam 12 katılımcıdan alınan

verilerde doktorun şiddete uğrayanla ilgili tutumu değerlendirilmektedir. Şiddet nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuran katılımcıların, doktor tutumuna ilişkin deneyimlerinde, “Tedavimi yaptı, adli rapor düzenledi, gerekli yasal işlemleri başlattı” seçeneğine katılanlar sadece kadın katılımcılardan oluşmaktadır. Doktorların her şiddet vakasında adli rapor düzenlemediği, daha çok tedavi odaklı yaklaştıkları ve yönlendirme yapabildikleri tablodan çıkartılan bulgulardandır. Ayrıca bu soruda yer alan bir diğer seçenek olan “Beni suçlar, yargılar gibi davrandı” maddesinin her iki katılımcı grubu tarafından da tercih edilmemesi, doktor tutumlarının büyük oranda olumlu görüldüğünü düşündürmektedir.

Tablo 36: Eşi Tarafından Şiddete Maruz Kalanların Yapması En Uygun Düşünülen Davranışlara İlişkin Görüşlerin Cinsiyetlere Göre Dağılımları Kızılcahamam, 2008

Şiddete maruz kalanların yapması en uygun düşünülen davranışlar	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Kabullenip, bir şey yapmadan evinde oturup çocuklarının başını beklemek	41	12.5	36	16.7	77	14.2
Resmi makamlara başvurup boşanmak	105	32.0	45	20.8	150	27.6
Karşılık verip, aynısını yapmak	7	2.1	2	0.9	9	1.6
Ailesinin yanına gidip, sorunun çözülmesi için bir süre beklemek	29	8.8	26	12.0	55	10.1
Nedenini sorup, konuşarak anlaşma yoluna gitmek	134	40.9	100	46.3	234	43.0
Bilmiyorum	2	0.6	4	1.9	6	1.1
Diğer	10	3.0	3	1.4	13	2.4
TOPLAM	328	100.0	216	100.0	544	100.0

Tablo 36’da eşi tarafından şiddete maruz kalanların yapması en uygun düşünülen davranışlara ilişkin görüşlerin cinsiyetlere göre dağılımları sunulmaktadır. Katılımcıların, şiddete maruz kalanların yapmasını en uygun gördükleri davranışlara ilişkin görüşlerine bakıldığında, her iki grubunda “*Sorunun konuşulması ve anlaşma yoluna gidilmesi*” seçeneğini öncelikle benimsedikleri ancak uzlaşmadığı durumlarda ikinci tercih olarak da “*resmi makamlara başvurup boşanmayı*” uygun buldukları belirlenmiştir. Erkek katılımcıların kadınlara oranla daha fazla oranda kendi aralarında konuşarak çözme eğiliminde oldukları ve boşanmayı bir çözüm olarak kadın katılımcılardan (% 32) daha az (% 20.8) benimsedikleri saptanmıştır.

Şiddet konuşarak anlaşılamayanların başvurduğu bir yol olduğu halde, şiddet sonrası konuşarak anlaşabilmek yolunun ne oranda yararlı olabileceği ve sonrasında şiddetin tekrarlanmayacağı bir ortamın ne oranda olanaklı görüldüğü gibi konular da araştırılması gereken başka bir boyut olarak düşünülmektedir. Kadın katılımcıların boşanma seçeneğini daha fazla tercih etmeleri, şiddet sorununun çözüleceğine ilişkin zayıf inançlarına, ümitsizlik ya da yılgınlık duygularına bağlanabilir.

“Kabullenip, bir şey yapmadan evinde oturup çocuklarının başını beklemek” görüşünü savunanların oranı kadınlarda %12.5, erkeklerde % 16.7 olarak bulunmuştur. Erkek katılımcılar şiddet uğrayan kadının durumu olağan karşılaması ve kabullenmesi davranışını daha çok onaylamışlardır. Ancak şiddet gören tarafın da bu durumu yaklaşık şiddetin uygulayıcıları kadar benimsemiş olmaları, sorunun çözümüne olan inançsızlıkla birlikte, şiddeti geleneksel değerler içinde yorumlama ve olağan görme biçiminde açıklanabilmektedir.

Şiddete uğrayan kadının ailesine sığınması, yardım alması, sorunun çözülmesi için bir süre orada beklemesi seçeneğini, kadın katılımcılar (%8.8), erkek katılımcılardan (%12) daha az benimsemektedir. Bu durumda ailesini de üzmenin gereksizliği ya da onlar da işin içinde olduklarında olayın çözümsüz bir hal alacağını düşünmeleri, kadınları bu seçenek konusunda daha isteksiz kılmakta, bu yöntemin işe yaramayacağını düşündükleri biçiminde yorumlanmaktadır.

Böyle bir durumda ne yapılacağını bilmediğini ifade edenler ise erkek katılımcılar da 3 kişi (%1.4), kadın katılımcılarda 10 kişi (%3) dir. Diğer olarak ifade edilen bölümde ise katılımcıların belirttikleri ifadeler şöyledir:

“üç gün sonra tatlıya bağlanır”,

“çocuk öksüz kalınca ne olacak.”,

“çocuk varsa boşanmasın anlaşma yoluna gitsin.”,

“sonuçta hiçbir şey hallolmuyor, annemin yanında üç ay, altı ay kaldım, düzelmedi. Kendinden ödün veriyorsun, psikolojim bozuluyor.”,

“polise gitsin ama boşanmasın”,

“konuşarak olmuyorsa, maddi özgürlüğü varsa ayrılsın.”,

“baksın adam neden çekiniyorsa onu yapsın.”,

“erkeklerin psikolojik desteğe ve eğitime ihtiyacı var.”

2.1.4.2. Şiddet Vakalarında Tutum ve Davranışlara İlişkin Bulgular

“Baskısız yongayı yel atar” (HK-72)
Suç vardır besbelli dövüyordur” (HK-208)
Küsmeden barışın tadı çıkmaz (HK-138)

Bu bölümde şiddete uğrama durumunda, şiddet mağdurunun ve sağlık personelinin tutumlarının sorgulandığı açık uçlu sorudan elde edilen bulgular yer almaktadır. Yukarıdaki sözler araştırma gurubundan alınan ve şiddete bakış açılarını ve algılarını yansıtan dikkat çekici bulgulardandır.

Kızılcahamam’da alkol ve şiddet döngüsü ve buna bağlı yaşanan travmalar nedeniyle kadınlar arasında psikolojik sorun yaşama durumuna sıkça rastlandığı gerek sağlık personeli gerekse katılımcılarca yoğun biçimde ifade edilmektedir. Alkol kullanımının, şiddet davranışını körüklemekle birlikte şiddet eyleminin tek nedeni olamayacağı da açıktır.

Aile içi şiddet, özellikle eşten görülen şiddet, kişilerin kendilerini kötü hissetmelerine neden olduğundan katılımcıların kolaylıkla ifade edemedikleri bir durum olarak gözlenmektedir. Kendilerine şiddete ilişkin gözlem ve yaşantılarının olup olmadığı sorulduğunda öncelikle olumsuz cevap vererek durumu reddetmekte iseler de, katılımcılar bu konudaki yaşantı ve gözlemlerini ifade etmeleri konusunda cesaretlendirildiğinde, gizlilik konusunda kendilerine güven verildiğinde yaşadıkları ve gözlediklerini biraz daha rahat ifade edebilmişlerdir. Ancak utanma duyguları ya da zayıf görünmek istememe gibi nedenlerle çoğunlukla şiddete ilişkin tecrübelerini açıkça ifade etmekten çekinmekte, şiddeti tanımlama biçimlerinin farklılığı ya da geleneksel aile yapısı içinde bu durumu olağan saydıklarından olsa gerek yaşanan şiddeti zaman zaman hafife alan ifadeler kullanmaktadırlar. Bazı katılımcıların gördükleri şiddeti *“sadece bir tokat yedim, ama hak etmiştim, doktora da gitmedim”* (HK-11, HK-60) biçiminde ifade etmeleri bu yargıya ulaşmada ip ucu olarak önemli görülmektedir. Şiddetin gizlenmesinin çok yaygın olduğunu ve yarattığı ruhsal çöküntünün büyüklüğünü düşündüren anlatımlar; *“Depresyon yaşadım, gördüğüm şiddetten psikolojim bozuldu, ağız kavgası çoktu, bu yüzden doktora gittim, ama asıl nedeni gizledim”* (HK-214), *“Şiddete nedeniyle hastaneye gelen birini gördüm, sinir*

kriziyle bayılmıştı” (HK-112), “Komşum dayak yedi, psikolojisi bozuldu, doktora götürdüm” (HK-109) şeklinde ifade edilmektedir.

Kadınlar yaşadıkları şiddet çıkmazından kurtulamama, çaresizlik hissetme, şiddeti gizlemeye çalışma gibi nedenlerle, duygularını bastırarak durumu dengelemeye çalışırken bir süre sonra psikolojik rahatsızlıklar yaşadıklarını ifade etmektedirler. Kendisinin de şiddet gördüğünü ifade eden bir katılımcı, doktora şiddet gördüğünde değil, şiddete bağlı sorunlarından dolayı gittiğini, birikimler sonucu panik atak olduğunu, sinirlenme, ağlama nöbetleri geçirdiğini ve doktora gitme nedeninin birikimler sonucu yaşadığı psikolojik çöküntü hali olduğunu ifade etmektedir (HK-70). Bir katılımcı yaşadığı üzüntüyü kelimelerle ifade etmekten kaçınarak *“Ben dayak yedim, yüzümün şekli değişti, doktora gitmedim, anlatmasam iyi olur”* (HK-25) diyerek yaşadıklarını paylaşmaktan kaçındığını ifade etmektedir. Şiddetin açıkça ifade edilmesinden kaçınma nedenlerinden biri de, kadının bu yüzden yeni şiddet olaylarına maruz kalma korkusu olduğu düşünülmektedir.

Eşiyle sorunlar yaşadığını açıklayan katılımcı, eşinden dayak yediğini, adli rapor düzenlendiğini ama çocuklar yüzünden işleme konmadığını, bu işlemlerle uğraşmak istemediğini belirtmektedir. Çocukları yüzünden şiddete katlanmayı tercih ettiğini belirten katılımcı gerekçesini şu sözlerle ifade etmektedir: *“Belki düzelme olanağı varken, mahkemeye verseydim daha çok kinlenecek, ben uzaklaşısam aynı acıları çocuklara çektirecekti. Ben her türlü şiddeti fazlasıyla yaşadım, onları korumak için kendimi feda ettim”* (HK-103). Şiddete karşı kendini savunma davranışının yeni bir şiddet olayını doğuracağı ve bunun çocuklarına olumsuz yansması korkusuyla şiddeti sineye çekerek bir anlamda kendini koruma davranışı içine girdiği düşünülmektedir.

Şiddetin süreklilik kazandığı ve yoğun yaşandığı bir başka anlatımda ifade edilenler şu biçimdedir:

“Ablam çok şiddet gördü eşinden. Ağır depresyon geçirdi. Şiddet hala devam ediyor. Ama çocukları için hala katlanıyor. Hastaneye gitmedi. Kimse duymasın diye hep evinde yattı. Bir kere tekme atıp duvara çarpmış ablamı. 2 gün baygın yattı ama hastaneye götürmedi eşi. Dengesi bozuldu. Sık sık bayılıyor. Annemlere gelemiyor, biz de ona gidemiyoruz. Kocasını “Karışmayın benim evime” dedi” (HK-108).

Şiddet yaşayan kadınlar arasında şiddeti ifade etme güçlüğü sıklıkla yaşanmakta, kadınlar gördükleri şiddeti öncelikle inkar etme ve çevrelerinden ya da sağlık personelinin gizleme eğilimindedirler. Doktora gidildiğinde ise sıradan bir sağlık sorunu gibi tedavilerini olup eve geri dönmeyi ya da rapor düzenlense bile şikayetçi olmamayı seçebilmektedirler. Bu durum mücadele azmi kırılan kadınlarda sıklıkla görülmekte, şikayetçi olduğunda yaşayacaklarından ve başına geleceklerden korkup sinerek durumu kabullenme yoluna gitmektedirler. Bir komşusunun, eşi tarafından dövülerek burnunun kırıldığını ifade eden katılımcı, hastanede “*Şikayetçi misin*” diye sorulduğunda komşusunun “*Hayır. O benim kocam, döver de sever de*” diyerek kocasına döndüğünü, hala şiddete maruz kaldığını ve gördüğü şiddet nedeniyle kendini çok güçsüz ve mutsuz hissettiğini ifade etmektedir. Katılımcı gözlemlerine dayanarak şiddet yaşantısı olan komşusu hakkında şöyle yorum yapmaktadır: “*Ailesinden destek alamayacağını biliyordu. Hiçbir güvencesi yoktu. Hem sağlık güvencesi yönünden, hem de iş açısından bir güvencesi olmadığı için kocasının hakaretlerine ve dayaklarına maruz kalmaya devam ediyor*” (HK-86).

Bir başka katılımcı gördüğü şiddeti gizleme nedenini “*Aile arası, eşim kızar*” biçiminde ifade ederek, doktora gitmediğini, olayı gizlediğini belirtmektedir (HK-81). Kadınların kendileri dışındaki kadınları “*dayak yediyse vardır bir suçu*” şeklinde yargılamaları hiç de az görülmeyen bir durum olarak göze çarpmaktadır. Bir katılımcının bu durumu “*Suç vardır besbelli dövüyordur*” biçimindeki yorumu, erkeğin otoritesini peşinen kabullenmiş, kadının gerektiğinde erkek tarafından cezalandırılması kabulü ile zaten şiddet gören kadını suçlaması toplumsal kabullerin de kadın aleyhine işlediğini gösteren çarpıcı bir örnek olarak yorumlanmaktadır (HK-208).

Kadınlar ekonomik özgürlüklerinin olmaması, yalnızlık kaygısı ve yalnız bir kadın olarak yaşayacağı güçlüklerle baş etme güçlüğü, çocuklarından uzaklaşma, şiddetin kanıtlanması ve eşin ceza görmesi işlemlerinin devam ettiği süreçte güçsüzlük nedeniyle bu durumla savaşılmıyorsa, sessiz kalıp kabullenmeye ve kendine biçilen role uyum sağlamaya itilmektedirler. Şikayetçi olduğunda da aile yakınları, eşi hatta polis ve diğer görevlilerce zaman zaman evine dönmesi konusunda ikna edilebilmektedirler. Şiddete uğrayıp hastane aciline gelmiş bir kadın gördüğünü ifade eden katılımcı, sağlık personelinin şikayetçi olma hakkının

olduğunu söylemesine ve adli rapor düzenlemesine karşın, kadının şikayetçi olmadığını, evine döndüğünü belirtmektedir. Kocasının içip içip geldiğini sonra da ne yaptığını bilmediğini, eskisi kadar olmasa da hala şiddet gördüğünü ifade eden katılımcı, kadının bu duruma katlanmasının nedeni olarak da ekonomik özgürlüğünün olmamasını, çaresizliğini göstermektedir (HK-56).

Şiddet mağdurları sıklıkla, aile yakınları ya da polisler tarafından kocasını affetmesi, evine dönmesi, aile bütünlüğünü bozmamaları konularında telkin edilmektedirler. Akrabasının 15-20 yıl kadar önce eş şiddeti nedeniyle polise başvurduğunu belirten katılımcı, polisin kadına *“Kocandır, dön evine”* dediğini ve doktora da başvurmadığını ifade ederken polise olan inançsızlığını da ifade etmektedir (HK-74). Bir katılımcı, en yakını, kızının gördüğü şiddete rağmen *“yuvasının yıkılması”* kaygısıyla hastaneye bile götürmediklerini şöyle ifade etmektedir: *“Kocası kızımın kafasını duvarlara vurmuş, morarmış her yanı, eli yüzü mordu. Ama gene de “acaba düzelir mi” diye hastaneye götürmedik”* (HK-79). Bu durumu geleneksel aile yapısı içinde erkeğin hem döver hem de sever anlayışının hakim olduğunu göstermektedir. Bu da yüzyıllardır süren aile içi şiddetin toplumca kanıksandığının ve olağanlaştığının bir göstergesi olarak düşünülmektedir.

Bir komşusunun eşinden sürekli fiziksel şiddet gördüğünü, bu durumda ya komşuların kurtardığını ya da kadının dayak yedikten sonra kapısının önünde oturduğunu ifade eden katılımcı, komşusu olan kadının birkaç kez dayak nedeniyle doktora başvurduğunu da belirtmektedir. Sağlık personelinin *“güçlü ol, böyle yapma”* gibi öğüt verdiğini, polisin ise *“Bir şey yok”* deyip gittiklerini belirten katılımcı, rapor tutulmadığını, kadının şikayetçi olmayıp yine evinde döndüğünü, hala birlikte olduklarını, kocasının yaşadıkları *“Adam hastalandı, kızları kaçırıldı, bir çocukları da öldü”* gibi olaylar nedeniyle *“eskisi kadar”* dayak olayı yaşanmadığını ifade etmektedir (HK-57). Aynı katılımcı kendisinin de çok fazla şiddete maruz kaldığını, şiddetin çözümlenmesinden duyduğu ümitsizliği, yaşadığı korkuları nedeniyle gördüğü şiddeti nasıl gizlediğini ama yine de durumu düzeltebilme umuduyla yaptıklarını şu şekilde dile getirmektedir:

“Ben de çok dayak yedim, polis biraz konuşup geri gönderiyor. Kadın aynı eve geri dönüyor. Arayı düzeltmeye çalışıyorlar, etkisi yok. Eşimin madde bağımlılığı vardı, sürekli huzursuzduk. Oğlumu kaçırdılar. Ben de bu yüzden sinir krizi geçirdiğimi söyledim, dayak yediğimi sakladım. Daha sonra gene çok dayak yedim ama doktora gitmedim. Oğlumu bana göstermezler diye

dayak yediğimi sakladım. Aynı eve gene döndük, 2-3 ay sonra ayrıldık. Kaynanamlarla iyiyim, çocuğum yanımda. Sonuçta hiç bir şey hallolmuyor. Annemin yanında 3 ay, 6 ay kaldım düzelmedi. Kendinden ödün veriyorsun, psikolojin bozuluyor. Bir kez doktora da gittim, öğüt verdiler. “Böyle yaparsan ellerine koz verirsin. Sinirlerine hakim olmalısın. Böyle yaparsan onların istediği olacak, kendini harap ettiğinle kalacaksın” dediler” (HK-57).

Şiddet durumunda polise başvurmanın da gerçek çözüm olmadığını düşünen katılımcılar sonuç alamayacakları düşüncesi içinde “*Nasıl olsa bir şey değişmeyecek*” yargısına varmakta ve durumu kabullenmek ya da boşanmanın yaratacağı sıkıntılara göğüs gerecek güçte ise boşanmak dışında çare olabileceğine inanmamaktadırlar.

Sağlık personelinin, eşinin şiddetine maruz kalan bir kadına şikayetçi olup olmadığını sorduklarına tanık olan katılımcı, kadının dayak yediğini söylediğini ancak adli rapor düzenlenmesini istemediğini, bunun üzerine rapor düzenlenmeden kadının geri kocasına döndüğünü anlatarak, kadının “*mecburen*” kocasına dönüşünü şöyle ifade etmektedir: “*Çünkü sığınacak bir yeri ve geliri yoktu, ailesi de yoktu, mecburen kocasına döndü*” (HK-98). Benzer şekilde eş şiddeti nedeniyle hastaneye başvurduğu halde eşinin korkusundan şikayetçi olmadan tedavi olup evine dönen (HK-63, HK-72, HK-172,) ya da önce şikayetçi olduğu halde, kocası gelince şikayetini geri alıp, evine dönen, hala da şiddet görmeye devam eden (HK-106), adli rapor aldığı halde şikayetçi olmayıp, boşanmaktan vazgeçip eşine dönen (HK-69) kadınların çok sayıda olduğu ifade edilmektedir.

Şiddetin toplumsal kabulü de kadın suskunluğunun nedenleri arasında görülmektedir. Bir katılımcı ciddi yaralanmayla sonuçlanan eş şiddetine maruz kalan komşusunun şikayetçi olamaması ve suskunluğunu şöyle dile getirmektedir:

“Kocasını çok kötü dövmüş, kafa göz kalmamış. Hastaneye gitti. Kadın şikayetçi olmadı. Hep dayak yedi zaten. Bizim orda öyle, dayak yer susarlardı. Şimdilerde değişti biraz. Sağlık personeli şikayetçi olup olmadığını sormuş. Ama kocam çocuklarım var deyip şikayetçi olmamış. Korku, itaat. Çocuğumun babası, nereye gider ne yaparım vs deyip şikayetçi olmadı” (HK-89).

Kardeşinin eşiyle tartışmaları sonucu, ilaç alarak intihara teşebbüs ettiğini, hastanede midesi yıkandıktan sonra şikayetçi olduğunu anlatan katılımcı, eşin tutuklandığını ancak kardeşinin şikayetini geri alıp eve döndüğünü ve geçimsizlik hala devam ettiğini ifade etmektedir (HK-88). Başka bir kadının önce şikayetçi olduğunu ama sonra gene eşine döndüğünü katılımcı şöyle ifade etmektedir: “

Komşumun kocası içer içer karısını döverdi. Polise haber verdik. Polis götürdü sorguladı. Kadın şikayetçi oldu, eşini hapse attılar. Hapisten çıkınca gene kocasına döndü” (HK-64).

Yoğun şiddet ortamında yaşayan bir kadının yaşadıkları, evliliğini bitirmeme adına katlandıkları ve çevre baskısı nedeniyle hareket alanının kısıtlandığı şu sözlerde ifadesini bulmaktadır: *“Komşumuz karısının göğsüne çatal batırdı. Bıçak, çatal batırmak gibi her gün bu tarz kavgaları vardı. Kadın hastaneye gidemezdi. Ayrılmadı da. Kadın evliyken, eşinden boşanmadan ikinci bir adamla evlendi. İkinci kocadan da şiddet görüyordu. Çevreden “bu adamda da durmadı” demesinler diye kimseye derdini söyleyemiyor, dayağı yiyip, susup, çekiyordu” (HK-91).* Aynı katılımcı başka bir komşusunun da eşini döverek kadının kolunu kırdığını, doktor olayın nasıl olduğunu sorduğunda ise, kadının gerçek nedeni saklayarak *“kapı çarptı”* dediğini belirtmekte ve doktorun dayak olup olmadığını irdelemesi üzerine de *“kapı çarptı”* diyerek dayak olmadığı konusunda ısrar ettiğini, şikayetçi olmadığını ifade etmekte ve eşlerin hala birlikte yaşadığını, şiddetin de hala sürdüğünü belirtmektedir (HK-91).

Aile içi şiddetin mağdurları yoğun biçimde kadınlar olarak görülse de eşlerden her ikisinin de şiddet uyguladığı durumların da olduğu araştırmada saptanan bir diğer bulgudur. Katılımcılardan elde edilen verilerde *“eşlerin birbirine bıçak çektiği, polise gidildiği ve boşandıkları” (HK-24), “kadının kocasını dövdüğü ve hastanede kocasının şikayetçi olduğu” (HK-12)* gibi bulgular elde edilmiştir. Bir kadının, eşinin fırlattığı çatal ile yaralanarak, elindeki bıçağı kocasına fırlattığı, bıçağın kocasının kalbine saplandığının anlatıldığı başka bir olayda kadının hapisten çıkınca yaşlı biriyle evlendirildiği ifade edilmektedir (HK-91). Bu olayda şiddetin mağduru hem kadın hem de erkektir. Başka bir şiddet türü ise kadının yaşlı olduğu söylenen biriyle istemediği halde evlendirilmesidir.

Eşinden şiddet gördüğünü söyleyen katılımcı *“O benim gözümü morarttı, ben de onun omzunu. Karşılıklı tartışıp dövüştük, eşim borç yapıyordu, biz ödüyorduk, 6-7 ay boşanma davamız sürdü. Annem, arkadaşlarım belki düzelir diye beni ikna ettiler, boşanmaktan vazgeçtim. Çocuğumun hatırı için döndüm”* diyerek, eşine hala güvenemediğini belirtmektedir (HK-94).

Aile içi şiddetin sokaklara yansıyan görüntülerine de tanık olan katılımcılardan biri, sokakta bir adamın karısını tekme tokat dövdüğünü gördüğünde kendi tutumunu “*Yabancı olduğu için ben müdahale edemedim*” diye açıklarken, “*Küfürleşmeler vardı, polis müdahale etti. Adamın başka sevgilisi varmış, ayrı yaşamaya başladılar*” şeklinde anlatmış olduğu olayda şiddetin taraflarının tanındık olmadığını, tanındık olsaydı müdahale edebileceğini ifade etmektedir (HK-101). Aynı katılımcı “*Eşi müsaade etmediği için*” çalışmadığını da belirtmektedir.

Eşinin başka kadınla da ilişkisi olması nedeniyle karı koca arasında yaşanan kavganın, tarafların ailelerine sıçradığını ifade eden bir katılımcı da durumun polise bildirildiğini ve mahkemenin devam ettiğini belirtmektedir (HK-95).

Sokakta yaşanan başka bir şiddet olayında komşusunun sokak ortasında eşinden dayak yediğini gören katılımcı, “*Utanmıyor musun sokakta kadın dövmeye*” diye kızdıklarını ve kınadıklarını, polise şikayet ettiklerini, kadının maddi imkanı olmadığı için evine döndüğünü ve hala eşinden şiddet gördüğünü belirtmektedir (HK-94).

Sokaklara taşan aile içi şiddet yaşantılarına ilişkin gözlemlerini aktaran diğer katılımcılar gördüklerini şu biçimde ifade etmektedirler:

Sokak ortasında bir adamın karısını evire çevire dövdüğünü, kimsenin de buna müdahale etmediğini, yanlarındaki 7-8 yaşlarındaki çocuklarının ağladığını gördüm (HE-13).

Site içinde bir komşum karısını dövmüş. Kadın perişan haldeydi. Morluklar içindeydi. Şikayetçi olmadı, evlilikleri devam ediyor (HE-13).

Sokakta karısını evire çevire döven birisini gördüm. Herkes izliyordu ve ben dahil kimse bir şey yapmadı. Karısıydı çünkü olay Diyarbakır’da olduğundan müdahale etmekten çekindim (HE-127).

Aile içi şiddet olgularında eşin dışında kayınbaba, kayınvalide, kayın gibi ailenin diğer üyeleri de şiddetin tarafları olabilmektedir. Farklı kişilerden çok fazla şiddet gördüğünü açıklayan bir katılımcı, kayınbabasının kendisini gelin olarak istemediğini, eşinin onu boşamasını istediğini, bu nedenle iftiraya varan suçlamalara, gerek fiziksel gerekse psikolojik, baskı ya da kontrol etme gibi hatta cinsel şiddete varan değişik şiddet türlerine maruz kaldığını ifade etmektedir. Gördüğü şiddetten dişleri dökülen, uğrayacağı şiddete karşı yastığının altında bıçakla uyuyan kadın, çocuklarına neden yastığının altında bıçakla uyuduğunu anlatmakta güçlük çektiğini belirtmektedir (HK-91):

“Ben de çok şiddet gördüm. Bir bayram günüydü, kayınbabam bizim annemlere gitmemizi istemedi. Oğlunu öğretti. Eşim işten gelince babasının yanına gitti. Babasıyla konuşunca etkilendi. Ben de gitmek isteyince eşim kızdı. Vurunca 4-5 dişim döküldü (hala dişleri yok). Kayınbabam beni boşatmak istiyordu. Sırf boşanayım diye eşim askerdeyken eşimin erkek kardeşlerini üzerime saldı. Tecavüze yeltendiler. Önce büyük kaynım tecavüze yeltendi, kurtuldum. Küçük te aynı şeyi yaptı. İnsanlar benim yalan söylediğimi sandılar. “O yaptı, küçükte mi yaptı. Zübeyde yalan söylüyor” dediler. Küçük kaynım pişman oldu, avuçla ilaç içti ve babasının zorladığını itiraf etti. Eşim askerden gelene kadar yastığımın altında bıçakla durdum. Hiç uyumadığım günler oldu. Oğlum 3 yaşındayken yastığım altında bıçağı görünce “anne o bıçakla kimi keseceksin” derdi. Annem dul kadın, babam öldü. Gidecek yerim yoktu, kardeşlerim küçüktü. Daha çok dayak yedim. Anlatsam bitmez, sayfalar yetmez. Boşandım, çocuklarıma nafaka vermedi. Benle evliyken çocuklu dul komşumla birlikte yaşadı. Yıllar sonra biz boşanınca evlendiler. Sigortam yok, param yok, 2 çocukla kaldım, epilepsi oldum. Ara sıra nöbetler geliyor. Zaman oldu ilaçlarımı bile alamıyordum. Boşanma işlemi bitene kadar çok daha sıkıntılıydım. Boşanınca yardım ettiler de yeşil kart çıkarttım. Bir okulda temizlik işleri yapıyorum. Maaşım bile yok, öğretmenlerden toplanan parayla maaş veriyorlar.”

Eşi ve eşinin ailesi tarafında farklı boyutlarda şiddete maruz kalan bir diğer katılımcı hikayesi ise şöyledir:

Kendi ailemde değil ama, eşimin ailesinde vardı. Bana karşı çok zalim davrandılar. Hizmetçi gibi gördüler, hiç değer vermediler. Görücü usulü ile evlendim, istemeden. Bana sorulmadan evlendirildim. 3 ay evli kaldım. Geçimsizlikten ve şiddet gördüğümünden ayrıldım. Yeni evliyiz, burada el öpmeye gidince geline harçlık verirler. Eşim ya yolda ya da eve dönünce parayı elimden alırdı. Bir gün vermek istemedim. Beni dövdü. Çok hırpalıyordu, psikolojim bozuldu. Ayrıldık. Kaynanamla beraber kalıyorduk. Sık sık görümcem de gelirdi. Onlar da eşimden yanaydı. Görümcem gezmeye giderdi, ben onun çocuklarına bakardım. Ben hizmetçi gibiydim (HK-73).

Tanıdığı bir kadının eşinden şiddet görerek, adli rapor düzenlendiğini ve şikayetçi olarak boşandığını belirten katılımcı, başka bir komşusunun da eşinden sürekli dayak yediğini ancak ekonomik özgürlüğünün olmaması ve babasının evine gittiğinde “Yaşlı birine verilme” korkusu ile boşanamadığını ifade etmektedir:

“Komşum sürekli dayak yedi. Dertleşirdik. Ekonomik özgürlüğü olmadığından boşanamıyordu. “Eve gidersem ailem beni yaşlı birine verir” diye korkuyordu. Eşini hiç görmeden evlenmişti. Eşi esrar çekip, erkek arkadaşlarıyla porno film izlerdi. Kadın o zamanlar ya bana gelirdi ya da evinde kendini odaya kilitler, tuvaletini bile odada yapardı. (İstanbul’da) Abisi, “Napalım bacım çekecen, eve gitsen babam seni 90 yaşında birine satacak” diyordu. Eşini gizlice ihbar etti, geldi gene dayak yedi, biliyordu da. Şimdi biraz daha düzeldi, o da bilinçlendi, dövdürmüyor.” (HK-102)

Erkek katılımcılardan bu soruya ilişkin 56 adet yorumda gözlemledikleri, yaşadıkları şiddet olayları ve bu durumlarda sağlık personeli ve şiddet mağdurunun tavırlarına ilişkin öyküleri aşağıdaki anlatımlarda görülmektedir:

Kocasından dayak yiyip hastaneye giden bir kadın bağırıp çağırıp, polise şikayetçi olduğunu, annesi ve eşi gelince vazgeçtiğini, “döver de sever de” dediğini gördüm. Maddi özgürlük ve eğitiminin olmaması, hatta manevi özgürlüğünün olmaması kadını bağımlı kılıyor. Karakola gidildi (HE-19).

Evet, kızımı gördüm. Kocasını dövüp gözlerini morartmıştı. Ben kendi eşime bir fiske bile vurmadığım halde, kızımı o halde görmek beni çok kötü yaptı. Damada hiçbir şey söylemedim. Zamanla düzelir diye düşündüm. Evlat hatırı için susmayı tercih ettim (HE-24).

Evet. Kadının psikolojisi bozulmuştu. Yüzü şiş, durgun, sürekli ağlıyordu, titriyordu. Ben o şekilde hatırlıyorum (HE-23).

Evet. Bayansa, “*ne yaptı da şiddet gördü, hak etmiştir*”, erkekse “*karısından dayak yiyen erkek mi?*” cinsinden yaklaşıyor. Erkekse aşırı mahcup, utangaç, bayansa tüm olumsuzluğa rağmen çok aşırı gururlu, eşinden özür dilemesi halinde (?) hiçbir şey olmamış gibi (HE-31)

Eşimi çok dövdüm. Attığım dayaklar buradan İstanbul’a yol olurdu. Pişman değilim. Karşılık verince döverdim. Eve girince mutlaka bir şey bulurdu, karşılık verirdi, döverdim. (HE-14)

Üreme sağlığı kadın sağlığı ve genel sağlık düzeyinin belirlenmesinde çok önemli olup kadın sağlığını çok önemli kılan bir alandır. Kadının üreme fonksiyonu ona birçok ek sağlık-hastalık yükü getirmektedir. Kadın hayatının bu önemli ve hassas dönemleri toplumsal yapı içinde de özel bir dönem olarak görülmekte ve birçok kadın için bu dönem daha fazla ilgi ve özen gördüğü, kendini değerli hissettiği dönemler olmaktadır. Ancak geçimsizlik ve şiddetin yaşandığı ailelerde, diğer zamanlarda yaşanan şiddet gebelik döneminde de yaşanabilmekte, gebelik durumu görülen şiddete engel olamamaktadır. Gebeliği sırasında eşinden fiziksel ve psikolojik şiddet gören bir katılımcı, gördüğü şiddet nedeniyle erken doğum (8 aylık) yaptığını ancak hastaneye gitmediğini belirtmektedir. Hastaneye gidiş sebebinin doğumun başlaması olduğunu belirten katılımcı, dayaktan ötürü hastaneye gitmediğini ifade etmektedir (HK-109).

Bu olay gebelik durumunda bile şiddet alışkanlığından vazgeçilmediği durumların varlığına işaret edilmektedir. Başka bir olayda doğum yapmak üzere hastanede olduğu sırada, koca dayacağı yüzünden bacakları felç olmuş bir kadın gördüğünü belirten katılımcı, kadının hamile olduğunu, doğum için hastanede bulunduğunu, doktorların ise “*neden bu bebeği yaptın*” diye kendisine kızdıklarını ifade etmektedir (HK-97).

Emniyet çalışanı olduğunu söyleyen bir erkek katılımcı da, gebelikte görülen şiddete ilişkin gözlemini aktarmakta ve Kızılcahamam’da bu tür vakalarla çok sık karşılaştığını ifade etmektedir: “*Evet, dün akşam emniyete geldi. Kadın hamileydi, psikolojisi çok bozuktur. Ağlıyordu. Bu bölgede polis olarak bu vakalarla çok karşılaşıyorum*” (HE-20). Bu öykü gebelik gibi özel durumların da şiddet yaşantısına engel olamadığını gösteren değerli bulgulara işaret etmektedir.

Sağlık kuruluşlarına yansıyan şiddet olaylarında katılımcıların sağlık personeline ilişkin gözlemleri aşağıda ifade edilmektedir:

Evet gördüm, sağlık personelinin tutumu fena değildi, yapması gerekeni yapıyordu. Şiddete uğrayan mağdur durumdaydı (HE-2).

Gördüm. Tedavisini yaptılar, polis nezaretinde karakola götürüldü. Şiddete uğrayan kişi ağlamaklı ve korkak görünüyordu (HE-5).

Sağlık personeli iyi davranıyordu, mağdur hakkını savunuyordu (HE-6).

Evet, sağlık personeli görevinin sorumluluğu içinde davranıyordu. Şiddete uğrayan ise, sağlık personeline zorluk çıkartmadan gerekli olan tedavi yardımını almaya çalışıyordu (HE-7).

Şiddete uğrayan, ona yardımcı olan görevlilere şiddet uygulamaya çalışıyor, bastırılmış duyguları açığa çıkıyor. Sağlık personeli genelde işini yapıyor, hissi davranmıyor (HE-30).

Gördüm. Olumlu yaklaştılar (HE-34).

Gördüm iyi davranıyorlardı. Şikayetçi misin diye soruyorlar. Hasta ters davranırsa bile onlar iyi davranıyorlardı (HE-53).

Gördüm gerektiği gibi davranıyorlardı (HE-57).

Evet gerekli yardımları yapıyorlar (HE-73).

Gördüm. Çok iyi davranıyorlardı. Şiddete uğrayan kişi embesil gibi davranıyordu (HE-75).

Evet oldu. Olumlu yaklaşır (HE-81).

Sağlık personeli olumlu, mağdur çekingen davranıyordu (HE-96).

Evet teyzem eşinden dayak yemişti (HE-104).

Evet. Gördüm bilmiyorum acınacak bir hali varmış (HE-121).

Sağlık personelinin şiddeti tanıladıklarında hastanın şikayetçi olup olmadığını sordukları, hastanın isteği doğrultusunda hareket ettikleri, istiyorsa adli rapor düzenlendiğine ilişkin ifadeler saptanmıştır.

Evet gördüm. Komşumuz eşini dövmüştü ve kadın hastaneye kaldırıldı. Personel “şikayetçi misin?” diye sorunca “hayır değilim” dedi. Adli rapor düzenlenmedi. Kadın kendinde değil gibiydi, fakat çok öfkeliydi (HE-9).

Gördüm. Şikayetçi olup olmadığını sordular, adli rapor düzenleyelim mi dediler. Kadın şikayetçi olmadı. Geri evine döndü (HE-11).

Gördüm. Muayene oluyordu. Sağlık personeli tedavisini yapıyor ve adli rapor düzenliyordu (HE-18).

Sağlık personelinin şiddet vakalarında tutum ve yaklaşımlarının çoğunlukla olumlu ve destekleyici bulunduğuna işaret eden yorumlar yanında, olumsuz tutum sergilediklerinin ifade edildiği gözlemler de bulgular arasında yer almaktadır:

Evet ilgisizler. Şiddete uğrayansa mağdur (HE-120)

Gördüm, personel saçma davranıyordu, orasını burasını sallıyordu (el, kol, baş?). ilgilenmiyordu. Şiddete uğrayan korkuyordu ve aynı cinsteki insanlara saldıırıyordu (HE-33).

Evet. Türk toplumunun karakteristik özelliği, “şiddete uğrayanın yanında olmak”, (dayak yiyen) boynu bükükleri oynuyordu (HE-8).

Evet sağlık personeli karşı taraftaki kişiye göre davranıyordu. Şiddete uğrayan cevap veremiyordu, pasif kalıyordu, kadın hakarete uğradığından cevap veremiyordu (sağlık personeli hakaret etmiş) HE-12

Gördüm. Daha dikkatli ve duyarlı davranmaları gerekir, maalesef gerekli duyarlılık gösterilmiyor. Şiddete uğrayan kişi, agresif ve hırçın davranıyor ve güvensizlik hakim oluyor. Üzerinde bir korkaklık ve aşağılanmışlık duygusu vardı (HE-27).

Kadın bağırıp çağırıyor ve lanet yağıdırıyordu. Hastane polisine bilgi verip tedavisini yapması ve yaptırılması lazım (HE-28)

Sağlık personeli şiddete uğrayanlara diğer insanlara davrandıkları gibi davranıyorlar. Şiddete uğrayan ise, bazıları biraz sinirli ve asabi, bazıları ise içe kapanık oluyorlar (HE-29).

Korku ve endişe içinde oluyor, personel normal hastalar gibi muayene ediyordu (HE-32).

Emniyetçi olduğum için bu soru yorumsuz (sağlık personelinin tutumu). Şiddete uğrayan hırçın bir davranış sergiliyordu (HE-10).

Şiddete uğrayan kadın görmedim, ama çok sarhoş erkek gördüm. (kavga eden erkekler). Jandarma bile dövdü. Adli rapor düzenlendi (HE-15).

2.2. SAĞLIK PERSONELİNDEN ALINAN BULGULAR

2.2.1. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmada Halkın Cinsiyet Ayrımcılığına İlişkin Bulgular

Halkın, sağlık hizmetlerinden yararlanması sırasında cinsiyet ayrımcılığına ilişkin gözlemlerinin, yaşantılarının olup olmadığı sorusu ile sağlık personelinin hizmet verdiği grupta cinsiyetçi kalıplara rastlamaları, hizmet alımında bu durumun gözlenebilen etkisi ya da çocukları arasında kız-erkek ayrımı yapıp yapmadıklarına ilişkin bilgiler edinilmesi amaçlanmıştır.

Yanıtlar incelendiğinde, hastaların sağlık hizmeti alırken, sağlık personeline cinsiyetine göre tercih ve davranışlarının olduğu, en yaygın cinsiyet ayrımcı tutum olarak kadın hastaların kadın doktora muayene olma tercihinin sıklıkla rastlandığı, kadın hastaların, özellikle “mahrem” saydıkları alanlarda muayene için kadın hekim

tercih ettiklerin belirtilmektedir (G1-SPUD-1). Bazı görüşmeciler de kadın doktor tercihinin sık olmadığını, ama olduğunu (G2-SPUD-2, G3-SPUD-3) ifade etmektedirler.

Burada bayanlar bayan doktor tercih ediyorlar. Bayan genel cerrah buradayken, bayan hastalar genelde onu tercih ediyorlardı. Hemoroid, genital bölge hastalıkları ve meme müdahalesi gerektiğinde bayan cerraha gidiyorlardı. Bayan cerrah yoksa bize muayene olmak zorunda kalıyorlar. Ama bayanların % 10'luk bir kesimi özellikle erkek doktora muayene olmak istemiyor. "Muayene olmasam olmaz mı?", "Şu anda müsait değilim" gibi bahaneler öne sürüp, erkek doktora muayene olmak istemiyor. Soru sorduğumuzda sıkıntı yok. Onlara göre mahrem sayılan konularla ilgili sorularımıza bile rahatça cevap verebiliyorlar (adet düzeni, eşiyle ilgili sorular ya da cinsel yaşamıyla). Ancak fiziksel muayenede karşı cinsiyetten olmamızdan dolayı muayene olmaktan kaçınıyorlar. (G1-SPUD-1)

Bayan doktor tercihi sık değil ama var. Belki 100 hastada 2 tanesidir, nadir. (G2-SPUD-2; G3-SPUD-3)

Kadın hastaların poliklinik muayenelerinde kadın doktor varsa, şikayet ve rahatsızlıklarını daha rahat açabilirken, erkek doktor olduğunu gördüklerinde "muayene olmadan gitme", "sıkıntılarının bir bölümünü saklama" ya da sadece "reçete edilmesi gereken ilaçlarını alıp gitme" eğiliminde oldukları ifade edilmektedir.

Erkek doktora muayene olmak istemeyen kadınlar olabiliyor. Erkek doktor olduğunu görünce muayene olmak yerine başka bir şikayetini söyleyip ilaç yazdırıp gidiyor. Bayan doktor olduğunda gerçek şikayetlerini söylüyor. Sadece kadın doğum değil normal poliklinik muayenesinde de oluyor. Bayan doktorsa şikayetini de anlatıyor. G18-SPH-10

Kadın doktor seçimini kültürel yapıyla ve inançla ilişkilendiren bir katılımcı bu tercihin, karşı cinsiyetle fiziksel temastan kaçınma amacıyla yapıldığını, "ayıp, günah" kavramların yoğunlaştığı bireylerde gözlenen bir durum olduğunu belirtmektedir:

Ekonomik-kültürel sorunları olan gelişmemiş kesimde genellikle gözlenen bir olay. Genellikle bazen doktor tercihi şeklinde görülüyor. Özellikle kadın doğum bölümünde bayan hastaların, bayan doktoru tercih etmesi, en önemlisi. Tutucu bazı kesimlerde dini inançlarına göre bir tokalaşma, erkeğin elinin teması, muayene esnasında erkek doktorun temas etmesinden dolayı kişinin abdestinin bozulacağı yönünde inançlarının fazla olduğundan genellikle erkek doktorlardan kaçıyorlar. Bayan doktoru tercih ediyorlar. Erkeklerde bu yok (G4-SPPD-1).

Bu hükümet gelmeden önce bu kadar değildi. Ses çıkaran da yoktu. Kökende olanlar vardı. Bazı insanlar var ki çok fazla dine bağlı. O yıllardır öyle gelmiş. Toplumda bayan olursa daha memnun oluruz diyenler var. Hasta bayansa bakım vereni de bayan istiyor, hemcinsi olsun istiyor. Bazı erkeklerde önemsemiyor bayanmış, değilmiş. Lakayt oluyorlar, çok fazla var. G13-SPH-5

Katılımcıların çalıştıkları hastanede, hastaların cinsiyete dayalı ayrımcılık yaptıklarına ilişkin olayların sık olmadığı belirtilmekle birlikte, çoğu katılımcının da onayladığı bu durumun özellikle kadın doğum alanında kadın doktora muayene olma isteklerinde yoğunlaştığı ve kadın hastaların kadın doğum konusunda muayene olacakları zaman önceliklerinin kadın hekim yönünde olduğu belirtilmektedir.

Bayan doktor tercihi kadın doğumda çok oluyor. Ama onun dışında kadın-erkek ayrımı bu hastanede pek dikkatimi çekmedi. Doktor sayısı az ve seçme şanslarının olmamasından olabilir. **G-20-SPE-1**

Çok az. Nadiren doktor seçiminde ayrımcılık yapıyor, kadın doğumda. **G-27-SPSM-4**

Kadın doğumda bayan doktor tercihi var. **G17-SPH-9**

Halkın seçimlerinde pek rastlamadım. Kadın doğum hastalarında çoğunlukla bayan tercihi var. **G10-SPH-2**

Aile planlamasına gelen bazı kadınların muayene olması gerekiyor. Buraya geliyorlar, hastaneye gönderiyorum gitmiyorlar. “Yok orda erkek doktor var, ben ona muayene olmam, sen yap” diyor. Benim yapabileceğim bir şey değil doktor muayene etmeli diyorum. “Bayan olsaydı giderdim. Buraya ben sen bayan olduğun için geldim” diyor. **G19-SPH-11**

Muayene ve işlemlerde hemcinsi olan sağlık personellerini tercih eden hastaların, daha çok kadın hastalar oldukları belirtilmektedir.

Genelde kadın doğumda çok fazla. Bir de acilde çok. Genelde dikkati çekiyor, bayan olunca tercihleri oluyor. Enjeksiyonda, müdahalede oluyor. Bacağında yarası var göstermek istemiyorum diyor. Daha çok bayanlar yapıyor, bazen de erkekler yapıyor. “ben utanırım hemşire hanım sizden, yaptırmayım” diyen oluyor. Ya yaşı ileri hemşire istiyor, genç istemiyor ya da erkek gelirse çok daha iyi olur diyor. Geçenlerde bir hastamız geldi. Kasık fıtığından ameliyat olmuş, iki kasığından birden. Pansuman yapılacak erkek, eşi de girdi (pansuman odasına). Biz işimizi yapıyoruz. Hasta kasık fıtığından ameliyat olmuş, pansuman yapıcam. Pansuman her zaman yapılan bir işlem. Müdahale odasına eşi de yanında girdi. Erkek olduğu zaman tersine bir şey yapmıyor, bayanlar da ne oluyor bilmem. **G13-SPH-5**

.... Bayanlar özellikle doktor seçimi yapıyor. Mesela pansuman yapmak gerekiyor. Sağlık memurları kadın hastaya pansuman yapacak. Bayan diyor ki: “Ben sağlık memuru istemiyorum.”, “Benim pansumanımı hemşire hanımlar yapsın”. Doktor tercihleri sık değil ama bazen jinekolojik muayenelerde doktor tercihi yapıyorlar. Bayanlar daha ürkek, çekingen davranıyorlar jinekolojik muayenelerde. Kadın erkek ayrımı genellikle toplum içinde var. Ama hastaneye geldiklerinde sağlık açısından olmuyor. **G9-SPH-1**

Bu tür ayrımların daha çok kadın hastalarca yapıldığı, erkek hastalarda böyle tercihlerin olabildiği ancak daha nadir olduğu belirtilmektedir.

Bayanlarda çok var, bayan doktor tercihi, bazen erkeklerde de olabiliyor. **G8-SPPD-5**

Poliklinikte erkek hastalar bazı şikayetlerini bizim yanımızda söylemekten çekiniyor ve biz dışarı çıkıyoruz. Erkek doktorla sıkıntılarını paylaşıyor. Bizim yanımızda bazı şeyleri açıklamaktan çekiniyor. **G-23-SPE-4**

Erkeklerde de sonda takılmasında, genital bölge pansumanlarında sağlık memuru istiyorlar. Ancak bulamazlarsa da hemşire hanımlar yapıyor. **G-24-SPSM- 1**

Sağlık çalışanı bayan olunca hastalar üzerinde daha iyisin, daha rahat. Dışarıdan gelen bir hasta bayan personel görünce kendini daha rahat hissediyor. **G13-SPH-5**

Hastaların, hizmet almak istedikleri sağlık çalışanlarını cinsiyetlerine göre tercih ettikleri alanların başında, özellikle kadın hastaların tercihleri ve özellikle de “kadın doğum” alanı gelmekle birlikte, acil ya da cerrahi alanlarda, enjeksiyon da dahil olmak üzere, genital organları ilgilendiren uygulamalarda, sonda ya da pansumanlarda hem kadın hem de erkek hastaların cinsiyet tercihlerine rastlanmıştır. Kadın katılımcıların, özellikle hemşirelerin müdahale etmelerini tercih ettikleri ancak cinsel organlara yapılacak bir uygulamada, sonda takılması ya da pansuman yapılması gerektiğinde kadın hastalar hemşire isterken, erkek hastaların da erkek personel tercih ettikleri, bu seçimin olanaklı olmadığı durumlarda ise personelin görevinin gereği olarak hastayı ikna edip görevlerini yaptıkları ifade edilmektedir.

Pansumanlarda, genitalde pansuman varsa sıkıntı duyuyorlar, aynı cinsiyetten personel olsun istiyorlar. Bunun dışında ayırım yok. Enjeksiyonda tercihleri olamıyor. Çünkü burada enjeksiyonu erkek personel yapmıyor hemşireler yapıyor. Bayan doktor tercihi kadın doğumda bazen oluyor ama burada acilde olmuyor, hepsi erkek. **G12-SPH-4**

Hastalar bizi tercih ederken, örneğin acile geldiklerinde bir sonda takılacaksa bayan hasta bayan personel, erkek hasta erkek personel istiyor, özellikle sonda takılırken, mahremiyet. Ama zorunluluk varsa, acil bir şey, mecbur kalınca kabul ediyorlar. Hemcinslerinden birini istiyorlar. Kabul etmeyen çok nadir. **G14-SPH-6**

..... Ama acilde sorun var, bayan hastalar enjeksiyona geldiklerinde sağlık memurlarına iğne yaptırmak istemiyor, hemşire hanımlara yaptırmak istiyorlar, bayan personeli tercih ediyorlar. Erkeklerde fark etmiyor. Doğum daha mahremiyetin olduğu bir alan ama sancıyla geliyorlar, bir an önce kurtulmak öncelikli amaçları olduğu için pek tercih olmuyor. Ama enjeksiyon için bayan çalışan tercih ediliyor. **G-21-SPE-2**

Evet oluyor. Enjeksiyonda, pansumanda. **Hemşireler sadece bayanlara, sağlık memurları da sadece erkek hastalara enjeksiyon yapıyor.** Ben bayanlara iğne yapmıyorum mesela. Hemşire hanımlar olmasa bile bayan hasta bizim ona enjeksiyon yapmamızı istemiyor. Bizim açımızdan değil ama hasta açısından bir sakınca oluyor. Hemşire hanımı istiyorlar. Erkeklerde bu sorun genelde olmuyor. Ama bayan hastalarda oluyor. Erkeklerde de sonda takılmasında, genital bölge pansumanlarında sağlık memuru istiyorlar. Ancak bulamazlarsa da hemşire hanımlar yapıyor. Bir radikal kesim dışında, kadın doğumda, kadın-erkek doktor ayırımı yapılmıyor. Bu dönemde bu ayırım daha fazla. **G-24-SPSM- 1**

Evet, karşılaştım. Bayan hastalar bizlere iğne yaptırmak istemiyor. Bazı bayan hastalar, bazı kesimdekiler enjeksiyon ya da pansuman yaptırmıyorlar. (hemşirelere yaptırmak istiyorlar). Bayan doktor tercihleri oluyor. mesela, burada bilgi işlemdeki arkadaşlara ya da santralde görevli memur arkadaşlara telefonla “yarın kadın doktor var mı” veya “yarın bayan kadın doğum uzmanı var mı, gelecek mi?” diye soruluyor ve ona göre geliniyor. **G-25-SPSM- 2**

Enjeksiyon ve pansumana gelen bayan hastalar hemşirenin yapmasını istiyorlar. Erkeklerde, genitalde pansuman olursa tercih olabiliyo, onun dışında yok. **G-26-SPSM- 3**

Acil serviste çalışan hekimler, hastalarının cinsiyet ayrımcı tutumlarına pek rastlamadıklarını ifade etmekte ve bu durumu kadın hekim seçme şanslarının olmamasına bağlamaktadırlar (acil nöbetlerinde görevli dört doktorun hepsi erkek). Karın bölgesiyle ilgili muayenelerde kadın hastaların çekince duydukları ve kadın hastalarını muayene eden erkek doktorların da muayene odasına hasta yakını ya da hemşirelerden birini üçüncü kişi almayı tercih ettikleri ifade edilmektedir. Hastanede doktor sayısının az olduğunu, bazı alanlarda tek doktor olduğunu ve acil serviste tek doktor olarak çalıştıklarını, bu nedenle de hastaların doktorun cinsiyetine göre tercih yapma şanslarının olmadığını, ancak kliniklerde özellikle de kadın doğum kliniklerinde böyle tercihlere sıkça rastlandığını belirtmektedirler. Erkek hastaların daha rahat oldukları ve böyle çekinceleri olmadığı belirtilmektedir.

Burada olmuyor. Çünkü seçme şansları yok. Burada acilde ben tek doktorum. Belki büyük hastanelerde alternatifleri olsa seçebilirler. Mesela, dahiliye doktoru tek, mecburen ona muayene olacak. Kadın doğumda iki tane erkek doktor var. Çevreden duyduğumuz ve gördüğümüz, bayanlar bayan jinekolog tercih ediyor, öncelikleri bayan hekim oluyor. Bu sık görülen, rastlanan bir şey (**G5-SPPD-2**).

Bu hastanede görmedim. Başka hastanede gördüm. Bayanların, bayan doktora muayene olma istekleri en çok karşılaştığım ayrımcılıktır, özellikle jinekoloji muayenelerinde. Acilde olduğum için. Karın muayenesi yaparken nadir de olsa çekinceler oluyor. Bu bayanlarda oluyor. Erkekler gayet rahat. Mahremiyetten olsa gerek (**G6-SPPD-330**).

Biz acil serviste çalıştığımız için karşılaşmıyoruz. Ama üst katta, kadın doğum uzmanı böyle şeylerle karşılaşıyor. Biz acil personeliyiz. Acilde bu güne kadar erkeksin diye hastamı göstermiyorum diyene rastlamadım. Biz bazen kıyafet ve sosyo-ekonomik durumunu göz önüne aldığımızda, bayan hastayı muayene odasına aldığımızda, eşini yanına almasak ta, yanına bir hemşire hanımı alıyoruz. Herhangi bir durumda mağdur olmayalım diye. **G7-SPPD-4**

Acil serviste fazla ayrımcı davranışlara rastlanmadığına ilişkin görüşler yanında bunun tersi söylemlere de rastlanmıştır:

Genelde kadın doğumda çok fazla. Bir de acilde çok **G13-SPH-5**

Ama acilde sorun var, bayan hastalar enjeksiyona geldiklerinde sağlık memurlarına iğne yaptırmak istemiyor. **G-21-SPE-2**

Hastaların doktor seçimlerinde “mahremiyet” kavramının esas olduğunu savunan, hasta mahremiyetine saygı duyulması gerektiği inancında olan görüşmeciler, sağlık personelinin bu konuda duyarlı davranması, hastanın rahatsız olduğu konularda isteği doğrultusunda korunması gerektiğini ifade etmektedirler. Bu konuda örnekler veren bir görüşmeci, hasta utanma duygusuyla geriliyorsa, vücudunun açık kalmasından huzursuz oluyorsa, sağlık personelinin de bu durumda hastanın rahatsız olmayacağı gibi davranmak durumunda olduğunu belirtmektedir:

Diyaliz kursu gördüğüm sıralarda hastaların femoralden (kasık bölgesi) kateterleri oluyor. tıbbi işlemler yapılırken hastanın her tarafı açılıyor ve mahremiyet duyguları önemsenmiyor. Erkek hastalar kadınlar kadar çekingen olmuyor. Bayanlar özellikle genç kızlar bundan rahatsızlık duyuyorlar. Kateterin çevresi görülse yeter, kateter çevresinde bir sıkıntı olmadığı anlaşılacak kadar hastanın üzeri açılır ama hastanın diğer taraflarını komple açmanın bir gereği yok. Hasta kendini örtmeye çalışırken, personel her yanını açıyor. Sonuçta bu iş vicdani bir görevdir, sorumluluktur. Hastayı memnun etmeniz, incitmemeniz gerekir. Hasta kendini örtmeye çalışıyorsa, gereğinden fazla açmanın bir anlamı yok. Ben bunları çok düşünürüm. Bir keresinde de yaşlı bir erkek hastamızın gene femoralden kateteri var ve çok aşağılara kadar iniyor. Pansumana geliyordu. Pansumanı yapmak, banları açmak için iç çamaşırlarını da sıyırmak zorunda kalıyorduk ve amca rahatsız oluyordu. Hastanın başka tarafa bakmasını söyleyerek, ilgisini başka yöne kaydırıp rahatlamasına çalışırdık. Bunları yapmak çok zor değil. Mahremiyete dikkat edilince hasta da memnun olur. Onlar rahatsız olunca ben de rahatsız oluyorum. Ben onun mahremiyetini korursam o da rahat olur. Bazen kapıyı kapatmadan muayene ediliyorlar hastalar bunlardan da rahatsız oluyorlar.

G14-SPH-6

Hekim ya da diğer sağlık personelinin müdahalesi gerektiğinde, özellikle genital bölge muayene ve pansumanlarında hastaların kendi cinsiyetinde olan personelden yardım alma taleplerine sıkça rastlandığı bulgulara en sık rastlanan ayrımcılık türüdür. Bu durum hastaların mahremiyet hislerine bağlanarak, çoğunlukla olağan karşılanmakta ve bazen de onaylanmaktadır. Hastalarının kadın hastalıkları ve doğum konusunda kadın hekim tercihlerini onaylayan, kendileri de cinsiyetçi kalıplardan etkilenen sağlık personellerinin de bulunduğu saptanmıştır.

Hastalar kadın doğum konusunda özellikle kadın hekim istiyorlar. Ben bunu onaylıyorum. Ben de böyle düşünüyorum. Kadın doğumcuya gideceksem kadın hekim isterim. Ben de erkek doktora muayene olamam. **G16-SPH-8**

Arkadaşım eşini buradaki erkek kadın doğumcuya muayene ettirmemek için, Ankara'ya götürdü, bayan doktora. **G-26-SPSM- 3**

Hastanede ve sağlık ocağında çalışan sağlık personelleri ile yapılan görüşmelerde benzer davranışların her iki kurum personeline de gözlemlendiği,

yaşandığı saptanmıştır. Sağlık ocağı çalışanları da diğer meslektaşları gibi hastaların muayene olmaları gerektiğinde personelin cinsiyetine göre hareket ettiklerini, özellikle mahrem saydıkları alanlarda kendi cinsiyetinde olan doktor ya da diğer sağlık personelinin tercih etme önceliklerinin olduğunu ifade edilmektedir. Bu tercihin yoğun olarak kadın doğum kliniklerinde jinekolojik muayenelerde yaşandığı, öncelikleri kendi cinsiyetindeki personel olsa da bazen o branşta tek hekim olduğunda, seçme şansları olmadığında muayeneyi kabul ettikleri de belirtilmektedir. Hastaların hastaneye gelmeden önce poliklinikte kadın doktor mu yoksa erkek doktor mu olduğunu sorarak, buna göre geldikleri ya da kendilerini kadın doktorun sırasına yazmalarını istedikleri, enjeksiyon yapılacaksa özellikle kadın hastaların hemşirelere enjeksiyon yaptırmayı istedikleri ifade edilmektedir.

Bazı kadın hastaların, kadın doğum konusunda erkek doktoru tercih etmelerini, aynı klinikte çalışmakta olan ebeler doktorun iletişimi ve bilgisine olan güvene ve doktorun hastasına gösterdiği hassasiyet ve saygısına bağlamaktadırlar. Hastaların kadın doğum alanı dahil olmak üzere, doktorun cinsiyetine göre değil, bilgisine ve iletişimine dayalı seçimler yaptıklarını belirtmektedirler: (G-21-SPE-2, G-22-SPE-3).

Doktor tercihi oluyor ama fazla değil. Eskiden olduğu kadar değil. Bayan doktora da erkek doktora da muayene olmak isteyen hastalar var. Bazen telefon açıp “Bu gün hangi doktor var?” diye soruyorlar. Özellikle hangi doktorun muayenesinden memnunsu onu tercih ediyorlar. Erkek doktoru da soran var, bayan doktoru da. **G-21-SPE-2**

Bayan doktora da erkek doktora da muayene olmak isteyen hastalar var. Telefon açıp “Bu gün hangi doktor var?” diye soruyorlar. Hangi doktorun muayenesinden memnunsu onu tercih ediyorlar. Erkek kadın doğum uzmanları bayanlara karşı çok nazik, hassas davranıyorlar, muayene olmak istemeyeni anlayışla karşılıyorlar, muayene olmalısın diye ısrar etmiyorlar. Davranışları, yaklaşımları olumlu olduğu için burada kadın doğum alanında erkek doktorları tercih eden çok hasta var. 3 tane erkek kadın doğum uzmanımız oldu, biri gitti. Ama hiç bu türlü sıkıntımız olmadı, aksine çok tutuldular. Hizmetinden, yaklaşımından memnun oldukları için hastalar özellikle erkek doktorlarımıza muayene olmak için telefon edip “ne zaman gelecek” diye soruyorlar. Onlar yokken poliklinik sayısı bile azaldı. **G-22-SPE-3**

Doktorun ilgisi, alakası, yaklaşımı çok etkiliyor. Yaklaşım iyi ise bayan doktor erkek doktor fark etmeyebiliyor. Doktor erkek olabilir ama hasta bilgisine güvenir, ilgi ve yaklaşımından memnun kalırsa erkek doktorada muayene oluyor, hiç bayan doktor aramıyor o zaman. Hasta esasen iyi doktor arıyor. Bayan doktorla poliklinik yaparken hasta ısrarla Ömer beyi soruyor. Çünkü onun hekimliğinden, ilgisinden memnun. Hastayı dinliyor, önemsiyor, yaklaşımı iyi, böyle olunca da hasta o doktoru tercih ediyor erkek olsa da. **G-21-SPE-2**

Sağlık personelinin yorumlarında, doktor tercihlerinin yanı sıra hastaların davranışlarına ilişkin olarak cinsiyetler arasında farklılıklar olduğu da belirtilmektedir. Kadın hastalarının bazı durumlarda daha ürkek, çekingen, pasif ve güvensiz oldukları, daha edilgen ve çekingen oldukları belirtilmektedir.

Erkek hastalar daha bir baskın, kadınlar daha pasif kalıyor genelde. Hem psikolojik açıdan, hem hakları, konumu açısından kadınlar daha pasif. Bayanlar daha ürkek, çekingen davranıyorlar jinekolojik muayenelerde. Kadın erkek ayrımı genellikle toplum içinde var. Ama hastaneye geldiklerinde sağlık açısından olmuyor. **G9-SPH-1**

Bazı kadınlar hastanede hizmet talep ederken de kendine güvensiz, kendinden emin değil, çekingen ve ürkek davranıyorlar. Özellikle kadın doğum konusunda erkek doktordan kaçınıyorlar. Bazıları inançları gereği olduğunu ve utandıklarını söylüyorlar, bazıları ise eşlerinden korktukları için, duyarsa kızacağı için erkek doktora muayene olmak istemiyorlar. Doktorun sırtını bile dinlemesinden rahatsız olan hastalar var, muayene olmak yerine ilacı alıp gitmek istiyor. **G15-SPH-7**

Hastaların sağlık personeliyle olan iletişimlerinde, sağlık personelinin cinsiyetine göre davranışlarında farklılık olduğu, özellikle erkek hasta/hasta yakınlarının kadın sağlık çalışanına karşı olumsuz tutum ve davranış sergileyebildikleri, daha sert, baskın, kaba ve yaptırım sözleriyle yaklaşımları bulunduğu da ifade edilmektedir. Hastaların personelin cinsiyetine dayalı olarak tutumlarının değişebildiği, hitap ve davranışlarında da cinsiyete dayalı farklı davranış sergiledikleri, kadın sağlık çalışanlarına “daha kaba, sert, lakayt, agresif” olarak niteledikleri olumsuz tutumlarının, bazen hakarete hatta küfüre varan boyutlara taşabildiği, terslendikleri, erkek sağlık çalışanlarına bu tarz davranamadıkları, daha “yumuşak ve alttan alarak davrandıkları” belirtilmektedir. Özellikle erkek hastaların hemşirelere ve kadın hekimlere “seslerini yükseltme, hakaret etme” hatta “küfür etme” biçimindeki olumsuz tavırlarının olduğu, bu davranışı erkek doktora ya da sağlık memurlarına yapmaya cesaret edemeyecekleri, doktoru beklerken muhatapları olan hemşirelere hakaret ve küfre varan sözler sarf ettikleri halde, doktor geldiğinde hiçbir şey yokmuşçasına birden kibar bir tavır içine girdikleri ifade edilmektedir.

Burada bayan sağlık personeli/bayan doktor olduğu zaman hastalar seslerini rahatlıkla yükseltiyor. Erkek olduğu zaman biraz daha temkinli yaklaşıyor. Bayan sağlık personeline ters cevap verme, tersleme, azarlama gibi yaklaşımları olabiliyor rahatlıkla, özellikle erkek hastalar bunu daha çok yapıyor. Bayan çalışanlara bu tür, hatta küfretmeye varan durumlar epeyce oluyor. Çok rahat terslenebiliyorlar. Ama erkeğe temkinli yaklaşıyor. Erkekseniz avantaj şu; genelde sözünüzün dinlenebileceğini düşünüyorsunuz. Ama bayan doktor ya da sağlık çalışanı olduğunda, buranın halkı pek ciddiye almıyor. **(G1-SPUD-1)**

Erkek hastaların olumsuz tutumları var bayan personele karşı (**G2-SPUD-2**)

Erkek hastaların bayanlara daha sert, baskın, kaba ve yaptırım sözleriyle yaklaşımı oluyor. Yaptırım edasıyla davranıyorlar. **G8-SPPD-5.**

Burada çok fazla doktor tercihi olmuyor. Ama bayan ve erkek sağlık personeline yaklaşımları farklı oluyor. Bayan sağlık personeline karşı daha hesap sorucu davranıyorlar. Erkek sağlık personeline asla hesap soramazlar, onlara karşı daha çekingenler. Bayan hastalar bayan personele daha kolay bağırıp çağırabiliyor, bayan olduğumuz için daha çabuk tartışmaya başlıyorlar. Hatta doktor beylerle tartışma boyutunda hesap sormuyorlar ama bayan doktorlara sorgulama yapabiliyorlar. Onlar da bayan oldukları için. **G18-SPH-10**

Hastalar, bayan sağlık çalışanlarına biraz daha lakayt, sert, kaba davranabiliyorlar. Ama erkek personele karşı aynı tutum ve davranışları gösteremiyorlar. Daha yumuşak, daha alttan alarak konuşuyorlar. İletişimleri personelinin cinsiyetine göre farklılaşıyor. **G-20-SPE-1**

Acil serviste çalışan kadın sağlık personeli bu tür davranışlarla daha sık karşılaştıklarını, bu duruma neden olarak da hasta ve yakınlarıyla ilk olarak kendilerinin iletişime geçmeleri, ortada başka sağlık personeli olmadığı ve doktorun gecikmesi durumunda bile hasta yakınlarının kendilerini hedef alarak olumsuz iletişimde bulunduklarını ifade etmektedirler.

Nöbetlerde acile hasta geliyor. Ortada sadece hemşire var. Doktor odasında, başka kimse yok. Bütün stresini, sıkıntısını, öfkesini hemşireden çıkarıyor, küfrediyor. Doktor gelince sus pus oluyor. Yaşadığım çok olay var. Bu tür olayları en az 10 kez yaşadım burada. Bir defasında bir erkek hastaya enjeksiyon yaptım, iğne yapılan yer kanadı, bu normaldir. Adam “sen hayvana mı iğne yapıyorsun, ayya mı iğne yapıyorsun, ne biçim” gibi bağırıp çağırıp hakaret etti. **G10-SPH-2**

Acilde ilk bizimle karşılaşıyorlar. Hastalar muayene için doktoru beklerken, doktor eğer gecikmişse, bize bağırıp çağırıyorlar. Doktor gelince hiç bir şey yok gibi “doktor bey, doktor bey..” şeklinde davranıyorlar. (Yaşadığım bir olaydan). Doktor eğer hastasını bekletme alışkanlığına sahipse bu durumlarla sık karşılaşıyoruz. **G17-SPH-9**

Farklı birimlerde çalışan sağlık çalışanlardan benzer olaylara ilişkin öykü ve gözlemler saptanmıştır. Kadın sağlık personeline hastaların, özellikle erkek hasta/yakınlarının olumsuz tutumları olduğu belirtilmektedir. Kadın hekimler de bu tarz tutumlara maruz kalsa da çoğunlukla, hastaların ilk ve en çok iletişime geçtikleri meslek grubu olarak yardımcı sağlık personeli, ebe ve hemşireler olumsuz tavırlara maruz kalmaktadırlar.

Hasta ve yakınlarının bayan sağlık çalışanlarına olumsuz tavırları olabiliyor, daha agresif, olumsuz, sert ve kaba hitapları olabiliyor. Sanki bayanları daha pasif, ezebilecek gibi görüyorlar. Bu erkek egosu mudur nedir? Çalışma ortamında hakarete varan, tartışmaların yaşandığı durumlar oluyor. Ben doğuda karşılaştım. Erkek ağzına gelen bütün küfürleri sayabiliyor bayan

personeler, karşısındaki bayanmış önemli değil. Burada çok olmuyor. Ama buradakiler de bize davrandıkları gibi sağlık memuruna ya da diğer erkek çalışanlara davranamıyorlar. Bayan personele daha hakaretvari, kaba ve rahat olabiliyorlar. Hasta yakınlarından biri burada hakaret edip küfredip gitti, Derviş beyin yanına gelince de el pençe oldu. Burada bize küfreden adam doktor beyin yanında kibarlaştı, el pençe. **G-21-SPE-2**

Hastalar bayan sağlık personeline çok kaba davranabiliyorlar. Bayan hastaların eşleri gelip hakaret edici konuşabiliyorlar. Bayanlara daha fazla tersleniyorlar, ama erkek doktora böyle yapamıyorlar. **G-22-SPE-3**

Sağlık personeli bu tutumları cinsiyet farklılıklarına, hangi konumda olursa olsun kadınların toplumca daha savunmasız olarak algılanmasına, toplumda kadına kolaylıkla söz söyleyebilme ya da baskı kurmanın kolaylığı biçiminde bir algının varlığına bağlamaktadırlar.

Erkek hasta/hasta yakınlarının kadın sağlık çalışanlarına çok kaba yaklaşımlarının olabildiği bir çok görüşmeci tarafından ifade edilmiş ve bunu doğrulayan hikayeler anlatılmıştır.

Hasta dekse geliyor. Ben ne kadar ilgilenirsem ilgileneyim, sesimi fazla çıkaramayacağımı düşünerek, bana fazlasıyla yüklenebiliyor. İnsanların küfür bile ettiği oluyor, erkeklerden. Bayanlardan da çok ağır konuşanlar oluyor. Bayan sağlık personeline daha rahat hakarete ve küfüre varan davranışlarda bulunabiliyorlar, daha sert davranıyorlar. Parti kanalıyla gelen bir hasta yakınının annesi rahatsızdı. Annesinin tansiyonunu yanlış ölçtüğümüzü iddia etti. İki kişi üst üste ölçüp, ayrı ayrı kulaklar, aynı sonucu aldık. Yanlış ölçtüğümüzü iddia etti. Arkasından doktor geç gelmesine rağmen bize kızıp, durumu bize aksettirip, arkasındanda küfretti. Çok kötü küfür. Bunu doktora aksettirmiyor. Erkek personele, mesela sağlık memuru olsaydı bu küfürü ona yapamazdı, kesinlikle yapamazdı. Savunmam gerektiğinde kendi kişisel sıkıntım olduğu için yapamadım. Çünkü bunu az çok dava yoluna gitsem, burası küçük yer, eşim bu kişiyi tanıdığı için olay çok farklılaşacak. Kavga boyutuna gidebilirdi. O yüzden ikimiz de ses çıkartmadık. İnsanlar eskiye nazaran çok daha uyanıklar, işlerimizi aksatmadığımız halde. **G14-SPH-6**

Erkek sağlık personelleri, özellikle acil çalışanları olan sağlık memurları, tartışma ya da kavga olduğu durumlarda, kadın sağlık çalışanlarını koruma amaçlı onları ortamdan uzaklaştırarak kendilerinin olayla ilgilendiklerini belirtmektedirler.

Tartışmalı, kavgalı ortamlarda bayan arkadaşları muhatap ettirmiyoruz. Sarhoşu geliyor, alkollüsü geliyor, psikopati geliyor hemşire arkadaşları direk içeriye alıyoruz, biz muhatap oluyoruz. Aslında biz 112 çalışanıyız ama kavgalı küfürlü ortamlarda acil nöbetçisi hemşire arkadaşımızın bu durumla muhatap olmaması için biz ilgileniyoruz, müdahale ediyoruz. **G-26-SPSM- 3**

Bir görüşmecinin hastalarından biri hakkında ayrıntılı olarak anlattığı olayda, kadının zayıf konumu, haksız yere kolayca suçlanabilmesi, uğradığı haksızlıklar anlatılmaktadır. Ayrıca kadının sadece eşi tarafından değil kendisi de bir kadın olan

kayınvalidesinin yönlendirmesiyle suçlanması, toplumsal değerlerin, kültürel yapının, aile ilişkilerinin de kadın-erkek ilişkisinde, kadının statüsünün belirlenmesinde ve uğradığı/uğrayacağı haksızlıklarda, eşitsizliklerde nasıl rol bir oynadığını göstermesi açısından değerli bir bulgu olarak görülmektedir.

Kalp ameliyatı olan bir kadının, diş muayenesine gittiğinde HBS (Hepatit B) taşıyıcısı olduğu ortaya çıkmış. Kayınvalide bu hastalığın cinsel yolla bulaştığını, gelininin de bu yolla almış olabileceği şeklinde telkin ve yönlendirmeleriyle oğluna eşini boşattırmış (oğlunun eşinden boşanmasını sağlamış). Gelinin evlilik dışı bir ilişkiyle bu hastalığı aldığını düşünüp adam eşini boşamış. Ancak bazı gerçekleri öğrenince 1 yıl sonra yeniden evlenmişler. **G15-SPH-7**

2.2.2. Hastaların Kız ve Erkek Çocukları Arasında Ayrımcılık Yapmalarına İlişkin Bulgular:

“Sağlık hizmeti sunarken, hastalarınızın kız ve erkek çocukları arasında ayrım gözettiklerini düşündüğünüz durumlar gözlediniz mi?” sorusuna yönelik sağlık personelinin gözlemlediği ayrımcılığa ilişkin yaşantılar incelendiğinde, ayrım yapılmadığını düşünenler olduğu gibi, hastalarının kız ve erkek çocuklarına tutum ve davranışlarında, doğacak çocuğun cinsiyet tercihinde, sünnet, aşılama, tedavi ve beslenme konularında ayrımcılık yapıldığına ilişkin deneyimler de paylaşılmıştır.

Kız ve erkek çocukları arasında ayrımcılık yapıldığını görmediklerini belirten katılımcı yorumları şunlardır:

Rastlamadım. **G4-SPPD-1**

Yok görmedim eşit davranıyorlar. **G5-SPPD-2**

Kız/erkek çocuk ayrımı görmedim. **G6-SPPD-3**

İnsanlar bize acil sorunlarıyla, son raddede geliyor, bu nedenle kız erkek ayrımı yapmıyorlar. **G7-SPPD-4**

Toplumda erkek çocuğa yönelik olumlu ayrımcılıklara çok sık rastlandığı, erkek çocukların ebeveynlerinden ve ailenin diğer büyüklerinden daha fazla ilgi gördüğü, önemsendiğini düşündüren deneyimlere ilişkin olarak sağlık personelinin paylaştığı hikayeler ve yorumlar şöyledir:

Erkek çocuğa toplumda genelde daha çok özen gösteriliyor. **G2-SPUD-2**

Eğer kız çocuklardan sonra erkek çocuk olduysa onun üzerine daha çok düşülüyor. Kıymetli oluyor. **G18-SPH-10**

Erkek çocuklarda biraz daha farklı, babalar erkek çocuklarında biraz daha farklı hareket edebiliyorlar. Sünnet oldu veya yaralandı mesela, “*erkekler ağlamaz*” veya kız çocuğuna “sus kızım” gibi. Eğitim düzeyi düşük olup bu tarz davranışlar var. Kızlar çok daha baskılanıyor. Farkına varmıyorlar “yok biz baskılanıyoruz” diyorlar ama bazı durumlarda benim kızdığım olmuştur yani. **G13-SPH-5**

Anne babalar küçükten başlıyorlar “sen erkeksin bunu yapamazsın”, “sen kızsın çamaşır yıka, bulaşık yıka” vs küçükten beyinlerine işleniyor. Erkekler o yüzden evlendiklerinde sorumluluk sahibi olamıyorlar. Küçükken bir sorumluluk almadıkları için. Kızlara daha fazla sorumluluk veriliyor.” **G19-SPH-11**

Bir dede kızı ve oğlunun çocuklarını getirmişti. Kızının çocuklarının yanında, oğlunun çocuklarını daha fazla önemseyen, kıymet veren bir dede, adamın kızı da yanında, kızı diyordu ki “*Bak görüyor musun, kardeşimin çocukları ne kadar değerli, benimkileri hiç önemsemiyor.*” **G11-SPH-3**

... Mesela çocuklara bir paket çips almış biri. Paket oğlanın elinde duruyor. Kız da isteyince oğlanın elindeki paketten biraz alınıp kıza veriliyor. Bunu bizzat gördüm. **G18-SPH-10**

Hastalar genellikle sağlık konusunda belirgin bir ayrımcılık yapmasalar da kız ve erkek çocukları arasında belirgin bir tutum farkı oluyor. Kızlarını daha çok dur, sus, ayıp diye engellediklerini sıkça görüyoruz. **G15-SPH-7**

Hastanede yaşamadıklarını belirttikleri kız ve erkek çocuklar arası ayrımcılığın, toplum içinde var olduğunu, yaşandığını, bölgenin kültürel yapısı ve gelenekleri içinde erkek çocuk isteğinin ne denli güçlü bir ayrımcılık türü olduğuna ilişkin bir katılımcının yorumu şu şekildedir:

Hastanede kız/erkek ayrımı yok, yaklaşımlar aynı. Burada düğünde gelin arabası giderken bir erkek bebek buluyorlar. Erkek bebeği gelinin kucağına veriyorlar. Gelin arabasının üzerinden üç defa geçiriyorlar. Buradaki amaç “gelinin erkek çocuğu olsun”, yani özellikle erkek çocuk doğursun diye yapılan böyle bir adet var. **G9-SPH-1**

Yaşadıkları bölgenin ve sosyo-kültürel özelliklerinin, hem kadınları hem de kız çocuklarını kuşattığını, hareket alanlarını daralttığını, sosyal yaşamlarını baskıladığını ifade eden bir sağlık görevlisi, cinsiyet ayrımcılığın nedeni olarak toplumun kadınlar ve kız çocuklar üzerinde kurduğu baskıyı göstermektedir:

Küçük yerdeyiz, erkekler kendi aralarında bir araya gelebiliyorlar. Kadınların gidecekleri yer yok, dışarı çıkamıyor. Ama lokaller v.s. olsa kadınlarında gidecekleri yer olsa, akşam çok geçe kalmamak şartıyla gidebilirler. Erkeklerin çalışabildiği alanlarda kadınlarda çalışabilmeli. Bartın da bir fırında kadınların çalıştığını gördüm. Burada hiç bayan göremezsiniz. Bir arkadaşımın ailesinin petrol istasyonu var. Oradaki markette çalışmak üzere bir kız arkadaşına tavsiye etmiş. Babası olmaz orası kamyoncular v.s geliyor, kızın ne işi var, öyle bir markette çalışmasın demiş. **G17-SPH-9**

Günümüzde, eskiye oranla kız ve erkek çocuklar arasında belirgin ayrımcılık yapılmadığını savunan katılımcı, “hamileyse erkek istiyor” sözü ile aslında ayrımcılık davranışının daha hayatın en başında yaşanabildiğine işaret etmektedir.

Erkek çocuğunu ayrı tutan, tercih edenler var ama az. Şimdilerde pek ayrım yok. Ama erkek çocuğunu tercih ediyorlar. Hamileyse erkek istiyor. Ama tedavide pek ayrım olmuyor. **G10-SPH-2**

Kız ve erkek çocuklar arasında ayrımcı tutumların olmadığı görüşünde olan bir başka erkek görüşmeci, çocukluğuna dair anlattıklarında, ailesinde erkek çocuklara ayrıcalıklı davranışların var olduğunu, kendisinin ayrıcalıklı konumunu anlatırken, içinde yaşadığı toplumun erkek çocuğa bakış açısını yansıtan önemli ipuçları vermektedir:

Kız erkek arasında farklılık olduğunu zannetmiyorum. Ama babaannelerden, büyükannelerden erkek çocuklara ayrımcılık yapıldığını, ayrıcalıklı davranıldığını duyuyoruz. Mesela bana da babaannem ayrımcılık yapardı. “Erkek çocuğu” derdi, “gezer dolaşır, kafasına göre takılır” derdi. Ayrı yiyecekler yedirirdi. Bunları kızlara yapmazdı. Ama bu tür şeyler eski kuşaklarda yaygındı, anneannelerimiz zamanında çok vardı, ama günümüzde olduğunu zannetmiyorum. **G-25-SPSM- 2**

Görüşmecilerden bazıları da kız ve erkek çocuk ayrımcılığının var olduğunu ve özellikle erkek çocuk isteğinin, eskiden olduğu gibi günümüzde de olduğu belirtirken, kendisinin de böyle bir isteğinin olduğunu belirtmektedir.

Ben bile şahsen bir kızım var, oğlum olmasını istiyorum. Bunlar eski zihniyettir ama hala bizde var, bu değişmez erkek çocuk istenir illaki, gene de isteniyor yani. **G-26-SPSM- 3**

Erkek çocuklar için çok önemli görülen, sevginin ve ilginin farklılaştığı abartıldığı bir durum da sünnet olayıdır. Ebeveynler kadar ailenin diğer büyükleri için de bu dönem ayrıcalıklı görülür, titizlikle yaklaşılır. Sünnet olmakla erkek olmaya adım atma durumu özdeşleştirilir, erkek çocuğa, güçlü olması, ağlamaması, artık erkek olduğu vurguları yapılmaktadır. Görüşmelerde sünnet olayı bazında erkek çocuklara gösterilen aşırı ilginin erkek çocuklara verilen önem ve kız çocuklarında farklı tutulma konumu şu biçimde ifade edilmektedir.

Bu gün çok sünnet oldu. Sünnete gelenler varsa, oğluna daha çok itina gösteriyorlar. Sen erkeksin, ağlama, erkekler dayanıklıdır gibi konuşuyorlar. **G11-SPH-3**

Acile bir çocuk geldi, 45 gün önce sünnet olmuş, pansumana geldi. Çocuğun hiçbir şeyi olmamasına rağmen babası pansuman yaptırmak istiyor. Aman ilerde bir sorun olmasın, iyileşti mi, bir şey olur mu gibi evhamlanıyor, aşırı özen gösteriyor. Hiçbir yarası yok, enfeksiyon yok, tamamen düzelmiş,

pansumana gerek olmadığını söylememize rağmen 45 gün boyunca oğlunu pansumana getirdi, sonrasını bilmiyorum. Bu konulara çok duyarlı olan aileler, kız çocuklarına aynı hassasiyeti göstermiyorlar. **G-20-SPE-1**

Hayır rastlamadım. Acilde hastaya müdahale edilen süre kısıtlı olduğu için kız erkek çocukları arasında ayırım yaptıkları bir durum gözlemedim. Sünnet durumlarında babaların oğullarına tutum farklılıkları olabiliyor. Pansuman esnasında babalar erkek çocuklarına daha fazla ilgi gösteriyorlar, müdahale odasına girip elini tutma saçını okşama gibi tavırları olurken bu kız çocuklarında daha az. **G-24-SPSM-1**

Daha doğmadan bebeklerin cinsiyetlerine ilişkin yapılan tercihlerle kız ve erkek çocuklar arasında seçim ve ayrımcılık yapıldığına ilişkin sağlık personelinin anlattığı öykülerden bazıları aşağıda yer almaktadır:

Gebelerde bebeğin cinsiyetini söyleyince, beklenen cinsiyet değilse başka doktorlara başvurarak onaylatıyorlar. Anneler daha çok kız istiyorlar. Çok doğum yapan ve kızı olan hastalarda anlıyoruz ki erkek çocuk istiyorlar, arıyorlar. **G3-SPUD-3**

Anneler ayırt etmiyor ama, baba istiyor. Erkek oluncaya kadar doğurmaya devam ediyorlar. Erkek çocuk beklentisi olan bir anne, kız çocuğu olacağını öğrenince, üzüntü burukluk yaşıyor. Başka bir hemşire: “Ben ağabeyimden biliyorum. Erkek olacak diye hevesleniyordu, yengeme daha bir özen ve ilgi gösteriyordu. Kız olduğunu öğrenince biraz hevesi kaçtı. 2 kızı var, toplumsal bir baskı da var, erkek olsun istiyordu. Erkek çocuk ailenin devamı olarak görülüyor. **G19-SPH-11**

Ailede erkek çocuk beklentisi nedeniyle, kadınların istekleri dışında çocuk yapmaya zorlandıkları da araştırma sonucunda elde edilen önemli bir bulgudur. Erkek çocuk sahibi olmak üzere beşinci kez gebelik yaşamak zorunda bırakılan ve bu kez de erkek çocuk olmaz ise kocası tarafından boşanmakla tehdit edilen bir kadının öyküsünde, kadının kendi bedeni üzerinde söz sahibi olamadığına işaret ederken, hem çocuğa hem de kadına yapılan cinsiyet eşitsiz bir durum ortaya konulmaktadır:

Adamın karısı hamile,5. çocuğu olacak, oda ikiz. Adam “bunlarda kız olursa seni boşarım” diyor karısına. 5. gebelikte ikiz olunca 6 çocuk olacak. Adam bunlarda kız olursa (6. kız), seni boşarım diyor. Neyse ki 1 kız 1 erkek oldu da kurtardı yani. Kadının 3. çocuğu arabada doğum yaptı. Kızı oldu da pek sevinemediler, 3. de kız olunca. Onlar da cahil birisi de değiller. Kızılcahamam’ın Merkezinde yaşayan insanlar. Eğitimlisi de eğitimsizi de erkek istiyor illa. **G-21-SPE-2**

Araştırmanın yapıldığı bölgede kız çocuklarının önemsendiğini belirten bir görüşmeci, sonraki sözlerinde bebeğin cinsiyeti söz konusu olduğunda ailelerin yaptığı en önemli ayrımcılık türlerinden birine ilişkin yaşantılarını anlatmaktadır.

Burada kız çocuğuna önem veriyorlar. Burada genelde kız- erkek çocuk ayırımına rastlamadım ilçe merkezinde. Ama çocuğun cinsiyetini sorarlar

ısrarla. Erkek çocuk olacak deyince kadın öyle bir sevinir ki, öyle mutlu olur ki, başta anne kendi yaratıyor böyle bir ayrımı. İlk hamile kalanların hepsinde, gözlüyorum ben bunu. Oğlan olunca seviniyor, kız olunca “ha kız mı?” diye tepkiler gelebiliyor. Belki doğunca ayrım yapmayacak ama hamilelikte bile soruyorlar;” cinsiyeti ne?” diye. Erkek deyince tutumlar çok farklı, seviniyorlar. İki tane üst üste kızı olan aileler ya da 3. de kız olan anneler üzgün olurlar, karı-koca, hatta tüm aile üzüldür, suratları asılır. Sanki ortada sakat özürlü bir bebek doğmuş gibi matem havasında. Yaşadığımız olaylar. **G-22-SPE-3**

İstenen cinsiyette bebek sahibi olma isteğinin yıkıcı boyutlar kazanabileceğini gösteren aşağıdaki öykülerde, durumun oldukça ciddi sonuçlar doğuracak bir hal aldığı görülmektedir. Bir annenin kız çocuğu olacağını öğrendiğinde intihara kakıştığı, bir diğerininse kız çocuğunu kucaklamak istemediği bu iki öykü, ayrımcı tutumların kötü sonuçlarına örnek olarak aşağıda sunulmaktadır:

Ankara hastanesinde bir gün bir kadın ultrasona giriyor ve kendisine kız çocuğu olacağı söyleniyor. Kadın 7. kattan atlamaya çalışıyor. Kız çocuğu olacağını öğrendiği için, sırf bu yüzden atlamak istiyor. Artık büyük hastanelerde gebelik süresinde, doğuma kadar bebeğin cinsiyeti söylenmiyor. Çünkü halkın bu inançlarını, adetlerini yok edemiyoruz. Hala erkek çocuğu olsun düşüncesi hakim. Babaların tavırları hala çok değişik. Burada çok halkın içinde değilim, ama hala erkek çocuk isteğinin çok yoğun olduğunu gözlüyorum. Çok yoğun. Artık kadınlar kız çocuğu olacağını öğrendiği zaman, o çocuğu düşürmeye çalışıyorlar. Kendi canına kıymaya kadar varan olaylar yaşıyor. Korkunç bir şey. **G9-SPH-1**

Tandoğan ambulans hizmetleri ALO DOĞUM SERVİSİNDE görev yapıyordum. Bir doğum hastası aldık. Yolda doğum yaptı. İlk çocuğuydu kadının ve kızı oldu. Plasentayı kesicem, epizyosu da var. Bunları ambulansla yapmam lazım. Bir de küçük bir çocuk var. Sami Ulus’a götürmem lazım. Sincan’dan alıp getiriyoruz. Çocuğu kadının kucağına vermek istedim, çünkü tek ebe çalışıyordum. Diğer işleri yapmak için bebeği annesine vermek istedim. Tutar mısın diye, kadının yanında annesi de var. Kadın; “Ben elime almam kız çocuğunu” dedi, annesine vermek istedim o da “ben almam” dedi. Biz dediler kız çocuğu istemiyoruz, biz bunu istemiyoruz dediler. Artık bir elimle çocuğu tutup, bir elimle de klempledim, epizyosunu dikmeye çalıştım. Kendi doğum yapan kadında, annesi de çocuğu kız diye almak istemediler, üstelikte bu kadının ilk çocuğu. **G-20-SPE-1**

Koruyucu sağlık hizmetlerinden biri olan aşı hizmetleri çocukluk dönemi için çok önemli bir hizmet alanıdır. Görüşmecilerden elde edilen öykülerde kimi zaman erkek çocuklarına “kısırlık” yapacağı endişesiyle yaptırılmayan aşılar, kimi zaman devletin karşılamadığı aşıları ücret karşılığı olarak erkek çocuklarına yaptıranlar, kimi zamanda aşı yaptırmamak için divanların altına saklanan erkek çocuklara ilişkin yaşanmış olaylar yer almaktadır:

Kız çocuğuna çok dikkatli değiller ama erkek çocuklarda daha dikkatli ve aşılara özellikle dikkat ediyorlar. Özellikle kızamık kızamıkçık kabakulak aşılarında erkek çocuklarına bu aşı devlet tarafından ücretsiz yaptırılmadan

önce aileler para ile alıp yaptırıyorlardı. Erkeklerin orşit olmalarından kısırlık endişesiyle aşıyı mutlaka dışardan alıp yaptırıyorlardı. Ama kız çocuklarına yaptırmıyorlardı. **G18-SPH-10**

Burada değil ama daha önce çalıştığım doğuda bir ilde polio aşı kampanyası vardı. İnsanlar erkek çocuklarını saklıyor, aşı yaptırmak istemiyorlardı. Öyle zaman oldu ki aynı eve 5-6 kez gittik aynı çocuklara polio aşısı yapmak için. Divanların altından çok çocuk çıkarttım aşı yapmak için. Kısır yapacağı inancıyla erkek çocuklarına aşı yaptırmamak için bizi görür görmez çocukları divan altlarına, gizli köşe bucağa saklıyorlardı. Halbuki kızlara da aşı yapıyoruz. Eğer kısır yapsa, kızları kısır olunca, erkekler kısır olmasa bile ne anlamı var ki. Erkek kısır olursa soylarının sürmeyeceğini düşünüyorlar. Polio da erkek çocuklarını saklayan aileler, kızamık aşısında erkek çocuklarını ilk sıraya diziyorlardı. **G15-SPH-7**

Çubuk'ta çalıştım. Kız çocuklarını hastalık ve aşılannmalarında ihmal edebilirlerken, erkek çocuklarına daha özen gösteriyorlar ve ön planda tutuyorlardı. **G-20-SPE-1**

Van-Başkale'de çalıştım. Orda erkek çocuklarını aşılammaya çıkartmıyorlar kesinlikle, özellikle polio aşısında. Ama çocukların hastalıkları söz konusu olunca da öncelikle erkek çocuklarını getiriyorlar. Hastalandığında öncelikle erkek çocuklarını doktora getirirken, kız çocuklarını hastalık iyice ilerlediğinde getiriyorlar. Kızılcahamam'da yok. Burada % 1 oranında erkek çocuğun Genital organına bir travma olmuşsa onu hemen getiriyorlar, o zaman çok hassas davranıyorlar. "Kısır kalır mı?", "Erkekliğine bir şey olur mu?" gibi. Ama kız çocukları düştüğünde daha genel soruları oluyor. Erkek çocuğunun sağlık sorunlarında üstüne düşen, özen gösteren bir kesim var ama oranı az, çok belirgin bir ayrım yok. **G1-SPUD-1**

Doğuda kısırlık yapıyor diye bazı aşıları yaptırmıyorlardı. Burada da polio yaptırmayan biri oldu. 2-3 kızı varda, en son oğlu olunca onda çok hassas oluyorlar. En ufak bir sorun olsa hemen hastaneye götürüyorlar. "4. kızıdan sonra oldu da kıymetli" diyorlar. Erkek çocuğa güvence olarak bakıyorlar. Erkek otorite görülüyor, sözünü geçiriyor. **G8-SPPD-5**

Araştırma bölgesinde yaşanan benzer bir olayda, annenin çocuğuna aşı yaptırmayı reddetmesi, çocuğunun kısır olmayacağına ilişkin güvence istemesi aşağıdaki öyküde şu biçimde anlatılmaktadır:

Polio aşısının kısır yaptığını ve diğer karma aşının da yabancı ülkede üretildiği için çocuğuna yaptırmak istemeyen bir hastamız oldu. "**Kalbim muktedir getirmiyor**" dedi ve tutanak tutuldu. Doktorlar, ebeler ikna etmeye çalıştılar, ikna olmayınca tutanak tutuldu. İçinde polio olduğu için karma aşıyı da yapmadı. "İleriki yıllarda kısır olmayacağına dair bana bir belge verin" dedi, kadın çarşafliydi, ilk çocuğuydu ve erkek çocuğuydu. Biz hepimiz Müslümanız diye konuya yakınlık kuralım dedik. Ama "Siz beni inancımınla sorguluyorsunuz ama bu farklı bir şey" dedi ve yaptırmadı. Verem aşısını yaptırdı, karma aşı ve polio aşısını yaptırmadı. Ebe "belki senin aşılarını ben yapmışımdır, bak sen kısır oldun mu" dedi ikna olmadı. Hasta 28 yaşındaydı. **G17-SPH-9**

Gene araştırma bölgesinde bulunan hastaneden yaşanmış iki olayda, kız çocuklarının tedavisine ilişkin ebeveyn ihmalleri anlatılmıştır. Sağlık görevlilerine olan kızgınlığı yüzünden kız çocuğunun tedavisine engel olan bir babanın ve

epilepsi hastası kızının sağlık kuruluşuna gitmesine dahi engel olan bir babanın hikayeleri şu biçimde anlatılmaktadır:

Acilde çalışırken bir kız çocuğu geldi düşmüş, çenesi 2 cm kadar kesilmiş. Uçta görünür bir yerde. O zaman da doktor yemektiydi. Ben yara çevresini batikonla temizleyip hazırladım, gerisini doktorun yapması gerek. Doktorun gelmesi gecikince adam sinirlendi. Aldı çocuğunu gitmeye kalktı. Biz ısrarla çocuğun yüzünde iz kalacak, sen sinirlenme, getir bunu halledelim de sen kavga yapacaksan sonra yap diye ısrar ettik. Ama adam beklemedi, aldı çocuğunu dikiş attırmadan götürdü. Annesi de vardı ama kadın eşinin baskısından çekingen duruyordu. Eşi ortalığı birbirine karıştırdığı için dikilmesini istediği halde eşinin yanında bir şey söyleyemedi. Bu olayda çok küfür, hakaret ve tehdit vardı. Ortalığı birbirine katıp o hırsıyla çocuğu aldı götürdü. Doktor yemektiydi, biraz geç geldi, bütün neden bu. Sonuçta doktora kızıp kızının sağlığını ihmal etti. Çocuk birkaç gün sonra geldi. Anne bir yakınıyla gelmiş, diktirmek istiyor. Ama çenedeki yara enfekte olmuştu, 24 saatten sonra dikiş atılamayacağını söyledik. **G14-SPH-6**

(...) bir hasta geldi. Kızı epilepsi hastası. Durumları da kötü. Kocasından gizli getirmiş çocuğu hastaneye. Kocası kızını hastaneye götürmesini istememiş, o da gizlice getirmiş. Sosyal güvenceleri de yoktu. Biz arkadaşlar arasında para topladık, ilaçlarını temin edip tekrar gelmesi gerektiğini de hatırlatarak hastayı gönderdik. Ama bir daha geldiğini görmedim” **G16-SPH-8**

Sağlık personeli görev yaptıkları başka bölgelerde yaşadıkları öyküleri paylaşarak, şu anda görev yaptıkları yer olan araştırma bölgesini karşılaştırarak, hastanelerinde kız ve erkek çocukların ayırt edildiğine ilişkin olaylar yaşandığını ancak sık olmadığını ifade etmişlerdir. Bazı ayrımcılık türleri nadir olsa da çok önemli sayılmaktadır. Özellikle erkek çocuk isteği yüzünden kadınların yaşadıkları intihar ya da boşanmaya varan sorunlar, aşıya ilişkin ayrımcılıklar, yeni doğan kız çocuğunu reddetme gibi olayların araştırma bölgesinde varlığı, eşitsiz konumdan bahsetmek için yeterli görülmektedir.

3. SAĞLIK PERSONELİNİN CİNSİYET AYRIMCILIĞINA İLİŞKİN BULGULAR

3.1. HALKTAN ALINAN BULGULAR

Sağlık personelinin hizmet sunumunda cinsiyet temelli ayrımcılık yapıp yapmadıklarının ya da cinsiyet ayrımcı davranışlar içinde olup olmadıklarının sorgulandığı bu sorudan elde edilen verilerde, sağlık personelinin yaygın olarak hastalar arasında ayırım yapmadıkları belirtilmiş olsa da, verilen örnekler ile gözlemledikleri ve aktardıkları yaşantılarında cinsiyete dayalı ayrımcılık öğelerine rastlanmaktadır.

İlk olarak katılımcıların kadın ve erkek doktoru algılayış biçimleri incelendiğinde, kadın doktorların daha sert oldukları, erkek doktorların daha anlayışlı ve merhametli (HK-7, HK-91, HK-102, HK-107), saygılı (HK-68) oldukları, kadın doktorların daha sert ve sabırsız davrandıkları (HK-78) erkek doktorların daha iyi, nazik davrandıkları ve istediklerini sorabildikleri, kadın doktorlara bir şey soramadıkları, sorduklarında bağırıp çağırdıkları, özellikle doğum için gidildiğinde kadın doğum uzmanlarının ben bilirim edasıyla hastanın psikolojisinin hafife aldıkları, doğum sırasında çok bağırarak (HK-107, HK-113), kadın jinekolog tercihinin mahremiyetten, erkek doktor tercihinin ise işini iyi yapıyor olmasından kaynaklandığı (HK-97) gibi yargılar bulunmaktadır. Kapalı, başörtüsü kullanan kadınlara köylü muamelesi yapıldığı (HK-99), insanların önemsenmedikleri de (HK-127, HK-133) katılımcıların belirttiği saptamalardan elde edilen bulgulardandır.

Sağlık personelinin hastalarına karşı ayrımcılık yaptığına ilişkin gözlemler daha çok, hastaların sosyo-ekonomik durumları (HK-179), sosyal statüleri (HK-199), giyim kuşam ve dış görünüşleri (HK-25, HK-40, HK-213), çalışan kadın ya da ev hanımı olmaları, bakımlı ya da dağınık olmaları (HK-67, HK-69, HK-89) ya da eğitimleriyle ilintili olarak ayrımcılığa uğradıklarını belirttikleri yaşantılarda yoğunluk kazanmaktadır. Bakımlı kadınlara köylü kadınlara oranla daha ilgili davranıldığı (HK-53), özellikle erkek doktorların bakımlı kadın hastalarıyla daha çok ve yakından ilgilendikleri (HK-89), sosyal konum, dış görünüş, çalışan ve bakımlı kadın olma gibi özelliklerin hizmetin ve iletişimin boyutunu değiştirdiği, iyi giyimli, durumu iyi insanlara daha büyük hürmet gösterildiği, fakir, biraz saf gibi görünenlerin ise, itelenip hakaret edildiği ve buna bizzat şahit olunduğu ifade edilmektedir (HK-71).

Bu soruyu yanıtlayan on dört erkek katılımcının yorumlarında, sağlık personeli arasında karşı cinsiyetten hastaları muayene etmek ya da tıbbi işlemler uygulamaktan kaçınma davranışlarının gözlemlendiği beş durum saptanmıştır. Katılımcıların bu konuda aktarmış oldukları gözlemlerinden birinde, “muayene için sağlık kuruluşuna giden arkadaşına kadın doktorun bakmadığı” (HE-10), diğerinde ise “kadın doktorun erkek hastasını muayene etmekten kaçındığını” (HE-120) ifade edilmektedir. Bir diğer katılımcının “*Bayan doktorlar erkek hastayı görünce bekletip, fazla ilgilenmeden sevk ediyorlar. Bunu kendim yaşadım. Erkek doktor ilgileniyor*”

(HE-20) sözleriyle bir anlamda kadın doktorun erkek hastaları muayene etmekten kaçınıp sevk etme yolu ile hasta doktor ilişkisini daha yüzeysel tuttuğu, erkek hastasına cinsiyete dayalı ayrımcılık yaptığı vurgulanmaktadır.

Sağlık ekibinin diğer üyeleri olan hemşireler için de benzer gözlemlerin varlığı saptanmıştır. Hemşirelerin erkek hastalarına yakın (!) hizmet vermekten çekindikleri (HE-16), sonda takılması ve pansuman yapılması gereken erkek hastalarına hizmet vermekten kaçınarak bu işlemleri sağlık memurlarına bırakmaları (HE-12) gibi ayrımcı tutumların gözlemlendiği belirtilmektedir. *“Evet. Hemşirelerin erkeklere sonda takmaması ve sağlık memurlarına işi bırakmaları, pansuman yapmamaları gibi ayrımcılık yaptıklarını gördüm.”* (HE-12) *“Evet. Hemşireler erkeğe yakın hizmetlerden çekiniyor.”* (HE-16). Bu gözlemlerde, hemşirelerin görevi olduğu halde, kendi yapması beklenen tıbbi bir uygulamayı, hastasının karşı cinsiyetten olması nedeniyle yapmaması, yapılan tıbbi işlemi geleneksel olarak mahrem sayılabilecek bir davranış olarak algılaması ve toplumsal kimliği ile mesleki kimliği arasında geçişler olması biçiminde yorumlanmaktadır. Meslek profesyoneli olmak ve tıbbi etik ilkeleri bu tür davranışları reddeder. Ancak Kızılcahamam gibi küçük ve herkesin birbirini tanıdığı bir bölgede, o toplum içinde ve o toplumun değerlerini sürdürerek yaşayan bir meslek mensubu olarak hemşirenin de bu durumu mahrem sayarak ve toplum içindeki yaşamını dikkate alarak çekindiği de düşünülmektedir. Hemşirelerle yapılan görüşmelerde de benzer durumların dile getirildiği, hemşirelerin erkek hastalarına sonda takmaları ya da cinsel organları da kapsayan bir bölgeye pansuman yapmaları söz konusu olduğunda bu işlemin kendi görevleri olarak kabul edildiği, çekince göstermeden yaptıkları, ancak hastanın da tercihinin dikkate alındığı ve hastaların da böyle bir işlemde karşı cinsiyetteki sağlık görevlisinden çekindiği ifade edilmekte ancak bazı durumlarda hemşirelerin bu tür işlemlerden kaçınabildikleri de belirtilmektedir.

Erkek katılımcıların ifadelerinde sağlık personelinin kadın hastalarına daha nazik davranıldığı, ayrıcalık gösterildiği, özellikle bakımlı, iyi giyimli, eğitilmiş, iyi görünümlü kadın hastalara ilgi ve alakanın daha büyük olduğu, erkek hastalara ise daha kötü ve sert davranıldığı belirtilmektedirler. Burada belirtilen kadın ya da erkek olmaktan kaynaklı bir ayrımcılık olmaktan çok, hastaların sosyo kültürel ve ekonomik durumunun dış görünümüne yansımaları ve bu durumda sağlık personelinin

daha ayrıcalıklı davranıldığı inancıdır. Bazı durumlarda kadın hastalara gösterilen ilgi ve alakanın “yılışmak” biçiminde nitelendirildiği ve bazı durumlarda kadının kapalı (baş örtülü) olması ya da olmamasının sağlık personelinin davranışlarını belirlediği aşağıdaki ifadelerde yer almaktadır:

Evet, kesinlikle. Hemşireler erkek hastalara daha sert davranıyorlar. Erkek doktorlar da kötü davranıyor. Kadınlara daha nazik davranıyorlar (HE-15).

Evet. Bir bay hastane hizmetlerinden yararlanacağı zaman personel tarafından itilip kakılıyor. Bayan olduğu zaman sanki o personel gitmiş de, yerine modern bir personel gelmiş. Tabii ki, elbette bayanlara davranış biçimleri değişik, baylara davranışları da daha değişik farklı oluyor. Bayan oldu mu yılışıyorlar, bay oldu mu hakaret ediyorlar (HE-22).

Kadınlara her zaman ayrıcalık gösteriliyor. Gerek sağlık personeli gerekse doktorlar konuşmaları ve ilgilenme şekilleri bayan olduğu için erkeklere göre daha yumuşak oluyor (HE-32).

Çok güzel, bakımlı bir bayansa ona öncelik ve özen gösterdiğini, onu doktorların paylaştığını gördüm. “Bir dakika hanımefendi sorunuz neydi?” vs diye ilgi artıyor (HE-19).

Doktorlar alımlı güzel bayan hasta görünce derhal ilgi ve alakalarını değiştiriyor. Güzel görünümlü hastalara karşı erkek doktorların zaafı olduğunu düşünüyorum Birçok örneğini gördüm, yaşadım, farklı muamele vardı (HE-127).

Kadının kapalı olmasından dolayı muayene etmemesi (HE-40)

Güzellik ve akraba ilişkileri önemli (farklı muameleye yol açıyor). Çirkinse sıranı bekle çilenle gir diyorlar (HE-26).

Ayrımcılık yapıldığını düşündüğüm oldu (HE-57).

Millet olarak agresifiz. Bizim sağlık hizmetlerinin her tarafında sorun var, çözülmesi de çok zor (HE-8).

Katılımcıların “güzel” kadınlara ilginin büyük olduğu saptamalarında güzellik kavramını bakımlı, eğitilmiş, iyi görünümlü gibi anlamlarda kullandıkları ve sosyo-ekonomik durumla ilişkilendirdikleri düşünülmektedir. Sağlık personelinin, bakımlı, eğitilmiş ve iyi görünümlü kadın hastalara yaklaşımlarının daha olumlu olduğuna ilişkin gözlem ve yorumların olması, karşılarındaki hastanın haklarını bilip kendini savunabilecek konumda insanlar olması veya daha iyi iletişim kurmaları, söylenenleri daha iyi anlamaları gibi etmenlerin rol oynayabileceğinin düşündürmektedir.

Bir katılımcının “Eli yüzü, kıyafeti düzgünse iyi davranılıyor. Bizim gibi, kapalı, ev hanımı ise “sen anlamazsın, kocan yok mu, çağır ona anlatayım” diyorlar” (HK-65) sözüyle, kadının kendisine anlatılması gereken talimatın eşine veriliyor

olması, kendiyle ilgili işlemlerde ne kadar edilgen bir pozisyona sahip olduğunu görmek açısından değerli bulunmaktadır. Okuma yazmasının olmadığını, bu yüzden sağlık personelinin kendisine kızdığını belirten katılımcı, “Hanım sen nerde yaşıyorsun, dağda mı” dediklerinde kendini kötü hissettiğini “Çok kötü oldum” sözüyle ifade etmektedir (HK-216). Bir başka katılımcı doktordan gereksiz yere azar işittiğini, bu durumu eşine anlattığında eşinin kızdığını, daha sonra hastaneye gittiklerinde eşinin de doktoru azarladığını, söylendiğini ve bunun üzerine de doktorun özür dilediğini belirtmektedir (HK-71). Kadının güçsüz konumu, uğradığı haksızlıkla baş edememesi, hakkını savunamaması, onun yerine eşinin kendini savunması ve korumasını tercih etmesi de kadının geleneksel edilgen ve korunması gereken nesne imgesiyle örtüşen başka bir örnek olarak değerlendirilmektedir.

Kadınların kendine güvensiz ve ezik görünümü nedeniyle sağlık personelinin olumsuz davranış örneklerine ilişkin yaşantılar da katılımcılar tarafından ifade edilmektedir. Bu bağlamda yaşanan başka bir olay örneğinde de bu ilişkinin olumsuz boyutunu, özellikle kadının zayıf ya da güçsüz konumunu desteklercesine, kadın hastaların hastane ortamında uğrayabilecekleri zararı göstermektedir:

Kadını ezik görüyorsa, bağırıp hakaret edebiliyorlar. FTR’ye kaynanam yattı. İlk defa gitti. Bir soru sormuş, doktor “Konuşmayı bilmiyorsunuz” diye hakaretlerle üstüne yürümüş. İki kişi doktoru tutmuş, engellemiş. Hastamızın tansiyonu yükselmiş. Bilgilendirmesi gerekirken bağırıp çağırıp hakaret etmiş. Diğer sağlık personelleri, doktorun sorunları var diye geçiştirmişler (HK-63).

Başka bir katılımcı kendi saptamalarını “*Kadın hastalara daha çok bağırıp çağırıyorlar, azarlıyorlar, hırpalıyorlar. Bilgi işlem memurları suratsız, bazı hemşireler çok iyi, bazıları azarlayabiliyor*” (HK-79) biçiminde ifade etmektedir. Bir katılımcı ise, kadın hastaların tutumlarında hata olduğunu ve doktorun bağırmakta haklı olduğunu şöyle dile getirmektedir: “*Kadın hastalar daha anlayışsız, doktoru çileden çıkarıyor. Doktor da hastaya bağırıyor. Erkek doktorlar daha anlayışlı, saygılı*” (HK-68).

İnsanlar hasta olduklarında sağlıklı oldukları zamana oranla çok daha hassas olabiliyor, ilgi ve şefkate gereksinim duyabiliyorlar. Bu nedenle hastanede görev yapan her çalışanın öncelikle iyi iletişim kurmalarının, olabildiğince hoşgörülü ve güler yüzlü olmalarının hastalara psikolojik destek sağlayarak, tedavilerine destek

nitelikte etki yapabileceği söylenebilir. Özellikle acil servislerde stres düzeyi arttıkça insanların desteğe olan gereksiniminin de artacağı kuşkusuz görülmektedir. Sağlık personeli hastasını öncelikle bir birey olarak ele almalı, onun gereksinimlerinin farkında olabilmeli, tepkilerini ölçerek uygun davranış modelini belirleyebilmelidir. Hasta ve sağlık personeli iletişimde yaşanan olumsuzluklara örnek olarak bir katılımcı, yaşadığı olumsuzluğu şöyle dile getirmektedir: *“Eski eşimden dayak yeyip rapor almıştım. “doktor nerde” diye sordum. Hemşire suratını asıp, ters ters baktı, arkasını dönüp, kapıyı çarptı ve gitti. Ama hepsi böyle değil, bazıları çok çok iyi”* (HK-57).

Hasta ve sağlık personeli ilişkisinde her ne kadar sağlık personeline daha büyük sorumluluk düşse de onların da insan olarak zayıf ya da hassas yönleri ya da anları olabilmektedir. Ancak öfke durumunun kontrolü de sağlık personelinin mesleğini icra ederken sahip olmaları gereken niteliklerden biridir. Hasta ve sağlık personeli ilişkisinde tarafların her ikisinin de karşılıklı iletişimde hakarete varan sözlerden ya da davranışlardan kaçınma sorumluluğu bulunmaktadır. Bu ilişki karşılıklı saygı ve hoşgörü temeline oturtulduğunda doğru hasta-sağlık personeli ilişkisinden söz edilebilir.

Hastane ortamında cinsiyetçi tutumların daha sık gözlemlenebildiği ortamlardan biri de kadın doğum klinikleridir. Katılımcıların birçoğunun bu konuda deneyimleri ve duyumları olduğu bulgu olarak elde edilmiştir. Bir katılımcı bu konuda yaşadığı tecrübeyi kızgınlık ifadesi olarak şöyle dile getirmiştir: *“Doğum yaparlarken doktorlar kadınların bacaklarına vuruyorlardı. Doğum yapan bir erkek olsa vururlar mıydı?”* (HK-51). Kadınlara daha rahat hakaret edilebildiğini ve kadınların kötü davranışlara maruz kalabildiğini ifade eden bir katılımcı, doğum yaptığı serviste, bir hastabakıcının doğum yapan başka bir hastaya kötü davrandığını, itip kakıp, bağırdığını, kendisinin de buna dayanamayarak duruma müdahale ettiğini belirtmektedir. Bu olaydan rahatsızlığını belirtse de, katılımcının sağlık personeli hakkındaki genel yargısı tümüyle olumsuz görünmemektedir. Katılımcı bu olayların bireysel olduğunu ifade ederek, bağıran hemşire de gördüğünü, çok iyi hemşireler de gördüğünü ifade ederek, sağlık personelinin “genel olarak” ayrımcılık yaptıklarını görmediğini belirtmektedir (HK-104). Başka bir katılımcının benzer biçimdeki eleştirisi de şu biçimde dile getirilmektedir:

“... Kadınlara daha çok bağırp hakaret edebiliyorlar. Erkeklere böyle davranmaya cesaret edemiyorlar. Ankara’da doğum yaparken ebeler çok bağırdı. Bayan doktora gidince de daha çok azar işitiyorum. Doğum yaparken bir sağlık personeline “Ebe hanım...” dedim. “Ebe mebe yok burada, herkese doktor diyeceksin aç bacaklarını” diyerek bacaklarıma vurdu. Hâlbuki ben doğumda çocuğa bir şey oldu sandım, endişelendim, onu soracaktım. Erkek doktor doğum sonunda elimden tutup “Korkma, bak bebeğin sağlıklı” diye beni yatıştırdı” HK-56.

Sağlık personeli stresli bir ortamda yaşamaktadır ve zaman zaman stresin verdiği gerginlik hasta-sağlık personeli ilişkisini olumsuz etkilemektedir. Kadın doğum klinikleri de stres düzeyinin yoğun yaşandığı alanlardandır. Ancak, hem toplumun daha savunmasız görülen kesimi, kadınlar, hem de onların daha da savunmasız oldukları hastalık ve doğum gibi durumların, kadınların bağırılıp çağırılmaya daha çok maruz kaldıkları haller olduğu katılımcıların bu konuda dile getirdikleri yaşantılarda sıkça ifade edilmesinden anlaşılmaktadır: “*Kadınlara bağırp çağırıyorlar. Doğum salonunda dövüyorlar. “Doğurmasaydın, doğurmayacaksan neden geldin buraya” diyorlar*” (HK-211) gibi ifadeler bu iletişimin boyutunu göstermektedir.

Kadın doğum kliniğinde yaşanan başka bir olay da şöyle anlatılmaktadır: “*Doğum bölümünde kadınlara “o zaman (!) bağırmıyordun da, şimdi ne bağıırıyorsun” ya da “yaparken bize mi sordun” diyorlar. Ben korkudan bağıramıyordum. İlk doğumundu çok korktum, bir daha oraya gitmek istemiyorum*” (HK-57). Hastanın mahremiyetine saldırıda bulunan bu ifadeler hem insan haklarına hem de hasta haklarına aykırı düşmektedir. Ayrıca mesleki etik ilkelerine de uymamaktadır. Doğum olayının hasta yönünden güçlüğü dikkate alındığında, sağlık personeli için hastanın strese dayalı bu tip davranışlarının, anlaşılabilir, hoşgörölür ve tahammöl edilebilir olmasının beklenmesi yanında, bu sorunun yönetiminde sağlık personeli tarafından empatik yaklaşım ve hastanın rahatlatılması usullerinin de işe koşulması gerektiği düşünülmektedir.

Sağlık personelinin, hastaların psikolojik durumunu dikkate alması, empatik yaklaşımı, verdiği hizmetlerin temelinde var olması gereken ve mesleğin etik boyutunu temsil eden davranışlardır. Bununla birlikte hastayla kurulan iyi iletişim sağlık personeli için olduğu kadar hasta için de hizmetin sunumunda rahatlık, huzur ve güven ortamı sağlayacaktır. Etkili dinleme biçimleri tıp alanında sorunun saptanması, soruna yönelik çözüm arayışlarının bulunabilmesi, hastanın kendini rahat hissedebilmesi ve sağlık personeline güven duyabilmesi için son derece önemli

görülmektedir. Tıbbi etik, sağlık personelinin mesleki eğitiminde çok vurgulanan ve önemsenen bir boyutudur. Ancak örneklerde de görüldüğü gibi bu eğitimi alan herkesin hastalarıyla mükemmel ilişkiler kurdukları söylenemez.

Kadın hastaların uğradıklarını belirttikleri ayrımcılık yanında sağlık personelinin hastasına ayrımcı davrandığına ilişkin bir başka örnekte “*Kaynım alkol almıştı. Hastanelik oldu. Türbanlı doktorlar ilgilenmedi. “Bu alkol almış bakmıyoruz” dediler. Sabaha kadar kustu, yine de bakmadılar*” (HK-217) demekte ve ayrımcılığın bir başka boyutuna işaret etmektedirler. Bir kadın katılımcı da hastalanıp hastaneye gittiğinde, erkek doktorun göz temasından bile sakınarak, şikayetleri üzerine reçete verdiğini ve kendisini muayene etmekten kaçındığını belirtmektedir (HK-92). Benzer biçimdeki bir örnekte ise hemşirenin erkek hastaya enjeksiyon yapmak istemediği belirtilmektedir” (HK-76). Bu da toplumsal cinsiyet ayrımcılığının yanı sıra sağlık personelinin inanç boyutunda davranış örüntüleri göstererek hizmet sunumunda etik ilkelere saptığına işaret etmektedir.

3.2. SAĞLIK PERSONELİNDEN ALINAN BULGULAR

3.2.1. Sağlık Personelinin Cinsiyet Ayrımcı Tutumlarına İlişkin Bulgular

“*Sağlık personelinin hizmet sunarken kadın-erkek ayrımcılığı yaptığını gözlemlediğiniz durumlar oldu mu? Kısaca anlatır mısınız?*” sorusuna verilen yanıtlarda, çalışanlar meslek antlarını da hatırlatarak, hastane ortamında sağlık personelinin ayrımcılık yapmadıklarına ilişkin yargılarını ifade etmektedirler. Görüşmecilerden bir bölümü sağlık çalışanlarının yaptığı bir ayrımcılığa rastlamadıklarını, sağlık personelinin ayrımcılık yapmayacağına ilişkin yorumlarda bulunmuşlardır:

Sağlık personeli, ayırım yapmıyor. **G18-SPH-10**

Çalıştığım ortamlarda, çalışanlar arasında kadın erkek olmak kaydıyla cinsiyet ayrımcılığı yapıldığını gözlemlemedim.. Sağlık personelinde karşılaşmadım ama TV gazetede olduğunu duyuyoruz. Nadirde olsa, bizde yok. **G4-SPPD-1**

Çalıştığım ortamlarda hiç olmadı. Çünkü kadın-erkek olarak değil, herkese hasta gözüyle bakarız. Diğer sağlık personelinde de, hemşirelerde de rastlamadım. **G7-SPPD-4**

Yok. Üroloji hastalarının bile pansumanlarını rahatlıkla yapıyoruz. İnsan mesleğini benimsemişse, bu kadın, bu erkek, bu kirli, bu temiz, bu köylü, bu kentli ayrımı yapmaz. **G11-SPH-3**

Böyle bir şey var ama tabi sağlık personelinin böyle bir çekincesi yok. **G6-SPPD-3**

Ancak anlattıkları olaylarda bazı çalışanların karşı cinsiyetten hastalara bakım verme, muayene ve tedavi uygulamalarından kaçınma davranışı sergiledikleri, enjeksiyon gibi bir işlemde dahi karşı cinsiyetten hastaya işlem yapmamayı tercih edenlerin olduğu saptanmıştır. Toplumdaki cinsiyet ayrımcı yapının, bazı sağlık kurumu çalışanlarına da yansıdığı düşünülmektedir. Karşı cinsiyetten hastasını muayene etme ya da bakım verme durumunda cinsiyete dayalı ayrımcı tutumların araştırıldığı soruya ilişkin alınan yanıtlardan bazıları aşağıda ifade edilmektedir:

Bayan hastasını muayene etmeyen doktor olduğunu duydum. Burada değil ama Yozgat'ta rastladım. Medyada da duydum, bizzat şahit de oldum. **G5-SPPD-2**

Bir bayan arkadaşımız vardı, tesettürlü doktor. Bebek bile olsa erkek çocuğa dokunmazdı, namahrem olacağı düşüncesiyle. Sözel olarak şikayet düzenleyip reçete yazmış, muayene etmemiş. Dini inançları güçlü olanlarda olabiliyor. **G8-SPPD-5**

Bizim mezun olduğumuz dönemde arkadaşımızın böyle bir şey yaptığını biliyorum (Konya). Bir kapalı arkadaş vardı. Erkek hasta gelince, sağlık memuru gelsin derdi. Erkek hastaya hizmet vermekten kaçınıyordu, sakınıyordu. Yani “istemiyorum, hoş olmuyor, abdestim kaçır” vs gibi konuşmaları oluyordu. Bu hastanede görmedim. Burada hemşire arkadaşlar da “ister istemez yapacağız, hastadır sonuçta” diyorlar. Ama eğer hasta talepte bulunursa çekiliyorlar. Bulunmazsa, problem yok derlerse biz işimizi yapıyoruz. **G13-SPH-5**

Kadın hastaya enjeksiyon yapmayan sağlık personeli ya da erkek personele enjeksiyon, pansuman yaptırmayan hastalar oluyo, sık olmasa da var. **G-22-SPE-3**

Başka bir görüşmecinin, karşı cinsiyetten biriyle tokalaşmayı reddeden bir doktora ilişkin öyküsü, sağlık çalışanlarının cinsiyet ayrımcı tutumlarının belirlenmesi açısından oldukça önemli ve değerli bulunmaktadır. Tokalaşmayı bile reddeden bir doktorun, karşı cinsiyetten bir hastasını muayene etmesi gerektiğinde de benzer biçimde davranabileceği, bu tutumun ise tıp biliminin etik değerleri ile örtüşmediği, meslek yeminine aykırı bir tutum olarak değerlendirilmektedir:

Tayin olduğum ile giderken bir komşum akrabası olan doktora bir mesaj gönderdi. Ben de kendisini tanıımıyordum, bu nedenle bir arkadaşla birlikte mesajı iletmek üzere doktor beyin yanına gittik. Arkadaşım bizi tanıştırdı, ben de memnun oldum anlamında tokalaşmak üzere elimi uzattım. Fakat elim havada kaldı. Doktor elini göğsüne uzatarak “**ben tokalaşmıyorum**” dedi. Bir kadınla tokalaşmaktan bile kaçınan bir doktorum hastasını nasıl muayene edeceğini düşünebiliyor musunuz? Hastayı muayene etmesi gerekse “olmaz, bu kadın hasta, ben dokunmam” deyip muayene etmeyecek mi. Çok üzücü bir durum. **G15-SPH-7**

Bir görüşmeci de, hastaların cinsiyetlerine dayalı ayrımcılık yapma davranışının doktorlarda görülmediğini ancak sağlık memurları arasında bu tür davranışların olduğunu belirtmektedir:

Doktor açısından ayrımcılık yok ama bazı erkek sağlık çalışanlarında var. Bayan hastalara enjeksiyon yapmak istemeyen sağlık memuru arkadaşlar var. Telefon edip bizi çağırıyorlar “Hemşire hanım enjeksiyon var, gelir misin” Tabi burada hastanın tercihi de olabilir. Ama kimisi hastanın böyle bir beklentisi olmasa da yapmıyor. Ayrıca hastaya anlatılabilir “Ben burada sağlık memuruyum ve bu benim görevim, ben bunu yapmak zorundayım” diyebilir. O anda hemşirenin başka bir işi olabilir, iğne yapamayacak durumda da olabilir. Ama o hasta hemşire gelene kadar bekletiliyor orda. **G-21-SPE-2**

Sağlık personelinin ayrımcılık yapmadığını ifade eden görüşmecilerin, idealist bir yaklaşımla var olan durumdan çok, olması gereken durumu ortaya koymaya çalıştıkları ve meslektaşlarının ayrımcı tutumlarda bulunacakları düşüncesini reddetme eğiliminde oldukları düşünülmektedir. Bu düşünceye neden olan, görüşmecilerin önce sağlık personeli ayrımcılık yapmaz/görmedim gibi yorumlar yaptıkları halde arkasından açıkça ayrımcı tutumların var olduğuna ilişkin öyküler anlatmalarındır. Bazı görüşmeciler de genel olarak ayrımcılık yapılmadığını, ancak bireysel farklılıklar olduğunu, nadir de olsa sağlık çalışanlarının da ayrımcı tutumlar sergilediklerini ifade etmektedirler. Görüşmecilerin anlattıkları öykülerden bir kısmı aşağıda verilmektedir:

Sağlık personelinde ayrımcılık olmuyor. Ama bazı şahıslardan kaynaklanan şeyler oluyor. Birkaç kişi var. Sağlık memurlarından “**Ben bayan hastaya bakmam, sen bak**” gibi tavırlar olabiliyor. Biz acilde nöbet tutunca erkek hastalara da bakabiliyoruz ama bazı sağlık memurları bayan hastalara bakmıyor, müdahale etmekten kaçınıyorlar. Doktorlarda görmedim. Ankara’da yaşadığım şeyler var. **G-20-SPE-1**

Sağlık personeli ayırım yapmıyor. Kadına da erkeğe de hizmet veriyoruz. Erkek hasta yaşlı, iğne yaparken toparlanamıyor, görmememiz gerekeni de görüyoruz, ama gene de biz işimizi yapıyoruz. **G-23-SPE-4**

Çalışanlarda hastane bünyesinde böyle bir ayrımcılık görmedim ama hastada bir tedirginlik olduğu anda, yani ben şahsım adına, yani o huzursuz olunca ben de tedirgin oluyorum. Hasta huzursuz ise, hastanın durumuna göre davranıyoruz.. Doktor, ebe, hemşire, sağlık memurunun cinsiyetçi davranmadığını düşünüyorum. **G-25-SPSM- 2**

Sağlık personeli pek ayırım yapmaz. Enjeksiyon için bayan bir hasta gelmişse de ben yapmıyorum direk hemşire arkadaşla gönderiyorum. Hasta direk talep etmese bile ben gönderiyorum. Hasta utanır çekinir diye yapmıyorum. Bakımlı bakımsız kadınlarda ayırım yapıyor. **G-26-SPSM- 3**

Sağlık personelinin ayrımcılık yaptığını düşünmüyorum. Bireysel farklılıklar olabilir. **G-27-SPSM- 4**

Muhafazakar olarak nitelendirilen bazı sağlık çalışanlarının, çalışma ortamında uyum sorunu olduğunu ifade eden görüşmeci, bu düşüncede olanları çalışma yerlerine ilişkin tercihleri olduğunu da ifade etmektedir:

Numunede alıştım. Sağlık alışanlarında genelde böyle bir sıkıntı olmuyor. Ancak muhafazakar ise, yoğun bakım ünitesinde çalışmayı tercih ediyor. Orda başörtüsü sorunu varsa, onun yerine bone takarak alışıyor. Erkek meslektaşlarıyla tokalaşmıyor, böyle tutumları var. Kızılcahamam'da da bu tür insanlar var. Biz onları bildiğimiz için ona göre davranıyoruz, mesafeli yaklaşıyoruz. Muhafazakar olduklarından erkeklerle tokalaşmıyorlar, bazı hitap şekillerini kendilerine uygun bulmuyorlar. Biz onlara samimiyetten dolayı "abla" veya ismiyle hitap ettiğimizde uygun bulmuyorlar. **G1-SPUD-1**

Sağlık personelinin cinsiyetçi tutumları nadir ama var. Onaylamıyorum. Ameliyattayken bir hemşire ekarte edecek, dar yerdesin, bana temas etmemek için rahat alışamadı, ekarte edemedi. Mutaassıp bir yapıda olduğundan. Başkası olsa belki de sorun olmayacaktı. Başka da rastlamadım. **G2-SPUD-2**

Halkın cinsiyet ayrımcı tutumlarına ilişkin verilerde ifade edilenlere paralel olarak, sağlık çalışanları arasında da, cinsel organları ilgilendiren uygulamalarda, özellikle karşı cinsiyetten bir hasta ise çekince duyanlar ya da hizmet vermeyi reddedenlerin olduğu saptanmıştır.

(...) Bazen oluyor. Pansumanlarda oluyor. Hasta erkeğe genital bölge pansumanında hemşire değil, sağlık memuru istiyor. Genital bölge pansumanlarında bayan hastalar bayan personel, erkekler erkek personel istiyor. Mahremiyetten olsa gerek. Öyle olunca da hemşireler de böyle durumlarda, erkek hasta örneğin hemoroid ameliyatları gibi genital bölge pansumanlarında sağlık memurlarına söylüyorlar. Erkek hasta gelince sağlık memurları, bayan hasta gelince hemşireler yapıyor. Genelde zaten önce hemşire hanımlar hastayı görüyor. Her hastaya değil. Mesela elinde kesi var, o zaman söylemiyor. Ama genitalde ise sağlık memurunu isteyebiliyorlar. **G5-SPPD-2**

Sağlık personelinin ayrımcılık yaptığını görmedim. Ama şu oldu. Erkek hastada anal bölgede bir pansuman var. İmknınız varsa hemşire hanımlara değil, sağlık memurlarına yaptırıyor. Ya da biz kendimiz yapıyoruz. İmknımız yoksa gayet rahat işlemi yapacaklarından eminim. **G6-SPPD-3**

Erkek hastaların genital bölgelerine pansuman gerektiğinde sağlık memurlarına söyleyince yapıyorlar. (Sağlık memurları 112 de çalışıyor acilde nöbet tutmuyorlar). Mesela sarhoş bir hasta geldiği zaman müdahaleyi sağlık memuru yapıyor. Ama sağlık memuruna ait bir oda yok (yerlerinin bilineceği bir mekan). Örneğin gündüz bir pansuman gelir. Burada pansuman sağlık memurunun işidir. Erkek hasta pansumana gelmiş. Pansuman gündüz sağlık memuruna verilmiş bir görevdir. Telefon eder ağırırısın odaları olmadığı için. **G9-SPH-1**

Sağlık personeli bazen hastalar arasında ayırım yapıyor. Erkek hastaya sonda takılacaksa sağlık memurunu çağırıyoruz. Kadınlara iğne yapılacaksa da o bizi çağırıyor. Üroloji hastalarının pansumanını biz yapıyoruz, ama yapmamayı tercih ederim. Sağlık memuru varsa ona söylüyoruz. Onun dışında kadın erkek hastalara davranışlarda farklılık yok. **G10-SPH-2**

Var. Bazı hemşire arkadaşlarda var. Bazı sağlık memuru arkadaşlarda da, hasta soğuk çekingen davranırsa, açıkça hemşire istediğini söyleyemiyorsa, biz fark edip kendimiz öneriyoruz. Bayan hemşire arkadaşlarda erkek pansumanlarına kendileri girmek istemiyorlar. Mecbur kaldıklarında yapıyorlar ancak tercihen erkek hastalara genital bölge pansumanı yapmak ve sonda takmak istemiyorlar. Acilde erkek personelin erkek hastaya, bayan personelin bayan hastaya müdahale etmesi sıkça var. Daha önce başka bir sağlık ocağında çalıştım. Köy yeri olmasına ve eğitim düzeyi daha düşük olmasına rağmen, böyle durumlar yoktu. Enjeksiyonda yapardım, pansuman da yapardım. **G-24-SPSM- 1**

Karşı cinsiyetten hastasına bakım vermeyi reddeden sağlık memurlarının olduğu belirtilmiş olsa da, görevini yaparken cinsiyet farkı gözetmeyen çalışanların olduğu bulguları da saptanmıştır:

Bayan hastalara ben müdahalemi yaparım, hiç sıkıntı yaşamadım. Ama bazen ürolojiden gelen erkek hastalarda bayan sağlık çalışanları sıkıntı yaşıyor, bizi çağırıyorlar. Bizce bir sorun yok ama bayan arkadaşlar açısından sorun var. Nadir olarak bayan hastalar da bayan personel isteyebiliyor. Bayan olursa ben pansuman yaparım ama kendisi ben hemşire hanımı isterim derse, ben onu hemşire hanıma iletiyorum. Ama tam tersi de olabiliyor. Hemşire hanım “Ben buna pansuman yapmayım, sen yap” diyebiliyorlar bize (erkek hasta). Aramızdaki fark bu. **G-25-SPSM- 2**

Sağlık çalışanlarının kadın ve erkek hastaları arasında yaptıkları belirtilen bir başka ayrımcı tutum ise, hastaların görünüşleri, giyimleri gibi sosyo-ekonomik özelliklerinin doktor tutumlarında belirleyici olabildiğidir. Çoğu görüşmeciden benzer biçimde, iyi giyimli, özenli, bakımlı, hoş hanımlar ile bakımsız ve eğitim açığı olan hastaları arasında belirgin tutum farkları bulunduğu biçiminde bulgular saptanmıştır:

Hastaların kıyafet ve sosyo-ekonomik durumlarına göre farklı davranış ve yaklaşımları olan doktorlar var. **G-20-SPE-1**

Sağlık personelinin cinsiyetçi tutumları olabiliyor. Ben bir kez hemşire olduğumu söylemeden bir doktora gittim, çocuğumun muayenesi için. Bir şeyler sordum doktor beni azarladı, çok kötü sözler sarfetti. Ben kapalıyım, bir de çok özensiz giyinince beni bir şeye benzetemedi halleder rahatlıkla azarlayabildi. **G16-SPH-8**

Bakımlı bayanlara daha ilgili davranıyorlar. Özellikle erkek doktorlar, bayan doktorlar ise tam tersi durumda **G17-SPH-9**

Bakımlı bakımsız kadınlarda ayırım yapılıyor. **G-26-SPSM- 3**

Aşağıda anlatılan durumun, bakımlı ve bakımsız görünen hastalara karşı, doktorun muayene etme sürecindeki iletişim farklılığını göstermesi açısından örnek olabilecek, oldukça dikkat çekici bir yorum olarak değerlendirilmekte ve sosyo-ekonomik, kültürel faktörlerin hastaların hizmet almasında ne ölçüde etkili

olabileceğini de göstermektedir. Bu yorumda yer alan sözler, araştırma bölgesinde görev yapan bir doktor tarafından söylenen sözler olup, yaşanan gerçek olaylardan alıntılanmıştır:

Muayenede kadın-erkekten çok bakımlı kadınlarla, bakımsız ve köylü kadınlar arasında belirgin bir yaklaşım farkı oluyor. Doktorlar eğer üstü başı kötü, çekingen, pasif bir kadınsa “*uzan şuraya, aç sırtını, teyze aç aç aç, bide lahana gibi giyinmişsin, bu sıcakta nasıl muayene edicem seni, aç sırtını aç*” derken, bakımlı hoş bir bayan hasta olduğunda “*Sırtınızı dinleyeceğim, sırtınızı açar mısınız, şimdi sırtınızı dinliyorum*” ya da “*Buyurun ne şikayetiniz vardı, şuraya uzanın*” v.s yaklaşımları oluyor. **G17-SPH-9**

Oldu. cerrahide çalışırken gelen, yaz aylarıydı, Kızıcahamam’da görmediğim bazı bekar bayan hastalar sıkça geliyorlardı. Tırnak çekilmesi, kıl dönmesi vs gibi. Yatmayı gerektirmeyen küçük operasyonlar için, geneli bayan, bekar bayan. Bir günde 2-3 tane gördüm. Normalde biz ameliyattan sonra bu tür küçük pansumanları burada acilde yapıyoruz. Bu pansumanları acile gönderirler ve burada biz yaparız. Çok acil ağır hasta değilse, mesela şeker hastasıdır vs, onların meçleri var. Doktorlar kendileri yapmak istiyor. Bu hastalar haricindeki pansumanları biz yaparız. Böyle küçük operasyonlarda poliklinikte pansuman yapılmaz. Ama o bayanları doktor özel olarak polikliniğe çağırıyor ve pansumanını kendisi yapıyor. Normalde poliklinikte pansuman yapılmaz. Bunu doktor-hasta ilişkisi dışında bir ilişki olarak yorumluyorum. (Bayanlara karşı ilgisine bağlıyorum). Böyle davranan bir doktorumuz vardı. O hastalara karşı daha ilgili, sevecen, güleç davranırdı. Güzel kelimeler, bayanlara farklı davranıyor. Konuşması, kılık kıyafeti daha düzgün olanlara daha güzel ve ilgili davranıyorlar. **G14-SPH-6**

Sağlık “bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanır. Kişinin ruhsal dengesinde sıkıntılar varsa da bir sağlık sorunudur, bedeninde bir sorun varsa da. Ancak bazı tür ruhsal rahatsızlıkların farklı algılanıp yorumlandığı, hasta bireye ilişkin farklı yorumlamaların yapıldığı aşağıdaki örnekte belirtilmektedir:

Sağlık personeli genelde ayırım yapmıyor ama, psikolojik sorunlu bayan hastalara tutumlarında bir farklılık oluyor. “Aman bu ilgiye ihtiyacı var” vs düşünüyorlar. Erkeklerle böyle yapmıyorlar. Daha önce 2-3 asker geldi bu şekilde onun için haklı sebepler buluyorlardı, işte “askerlik zor, böyle travma yaşamaları normal, komutanı hakaret etmiştir” gibi sebepler buluyorlar. Ama kadın olunca “kadın değilmi, bunlar böyle, kim bilir neye kızmıştır. “ ya da şu hasta çok geliyor, kim bilir neden geliyo, kime geliyo” kadınlar için daha sık böyle konuşabiliyorlar. **G12-SPH-4**

Yukarıdaki örnekte ruhsal sorun yaşayan kadın ve erkeğe yaklaşımların farklı olduğu, kadınların yaşadıkları hastalığı bir sıkıntılarını örtme de ya da ilgi duyduğu birini görme bahanesi olarak kullandığının ima edildiği anlaşılmaktadır. Hastaneye gelen her hasta gerekli ilgiyi görmek hakkına sahiptir ve böyle yorumlar da etik anlayışla uyuşmamaktadır.

Sağlık çalışanlarının kendi aralarında yaşadıkları cinsiyete dayalı ayrımcılık öyküleri de çalışanlar tarafından sıkça dile getirilmektedir. Sağlık memuru ve hemşireler aynı eğitimi almakla birlikte, erkekler sağlık memuru, kadınlar ise hemşire olarak adlandırılır. Şu an geçerli uygulamalarda sağlık memuru kullanılmamakta, kadın ve erkek hemşire olabilmekte, hemşire olarak eğitim alarak, kadın ve erkek personel hemşire kadrosu ile çalışmaktadırlar. Ancak araştırma bölgesindeki uygulamaya bakıldığında sağlık memurları hemşirelerle aynı eğitimleri aldıkları, aynı şartlarda çalışmaları gerekirken, hasta bakımına ilişkin bir görev yapmayıp, hastanede gece memuru (veznede), 112 çalışanı olarak ya da gündüz pansuman yapmak üzere görevlendirilmektedir. Hemşire çalışanların sıklıkla dile getirdikleri itirazlar, “aynı eğitimi aldıkları halde neden sağlık memurlarının da acilde hasta bakımı alanında çalışmadıkları, hastaya müdahalede, bakım ve tedavilerinde aktif rol almadıkları” konusunda yoğunlaşmaktadır.

Artık sağlık memurları da hemşirelerle aynı işlerde ve şartlarda çalışıyorlar. Ama burada sadece idari işlerle ve evrak işleriyle ilgileniyorlar. Sağlık memurları burada hiç iş yapmıyor. Sadece evrak işleriyle ilgileniyorlar. Kayıt gibi, normal sıradan düz memur işlerini yapıyorlar, herhangi bir tıbbi açıdan hiçbir çalışmaya katılmıyorlar. Halbuki sağlık memuru ve hemşire aynı eğitimi alan, aynı işlerde çalışması gereken sağlık çalışanlarıdır. Yeni yasaya göre de “hemşire” olarak atanıyorlar. Başka hastanelerde böyle değil, bütün büyük hastanelerde sağlık memurları hemşire gibi çalışır, tedavi yapar, nöbete kalır. Kesinlikle memur gibi çalışmazlar. Sadece bizim burada böyle, memur gibi çalışır. Sağlık işlerine karışmaz” **G-23-SPE-4**

Sağlık memurları hastayla ilgili işlere girmiyor. Bayan hastalara bakmıyorlar. Erkek hastanın yatak yarısı var, pansumanı var, mahremiyetiyle ilgili bir bölgeye, kuyruk sokumuna pansuman yapıldığı halde sağlık memurları bu bizim işimiz biz yapalım demediler, orali bile olmadılar, hemşire olarak biz yaptık. Bizim böyle bir ayrımımız olmaz. Bayan, erkek hepsine biz bakarız. Sağlık memurları tıbbi işlemlere katılmıyor. **G-23-SPE-4**

Sağlık Memurları sağlık alanında çalışmıyor. Mesela yaşlı bir erkek hasta bizden utanıyor. Sağlık memuru bu işi yapması gerekirken yapmıyor, biz yapıyoruz. Belki erkek hasta da onları tercih edecek izin verseler. Belki hasta da daha rahat edecek ama yapmıyorlar. “erkek personel daha rahat oluyor. İsteklerini daha rahat yapabiliyor, yaptırabiliyor. Şu an bayan doktorumuz yanımızda, erkek doktorumuz gelse şuraya otursa bu kadar rahat olamayız.” **G19-SPH-11**

Uygulamalarda haksızlık olduğu, sağlık memurlarının hemşirelerle aynı görevi yapması gerekirken yapmamaları ve buna ek olarak, hemşirelerin de 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışması gerekirken kısa süre önceye kadar buna izin verilmeyişi, bu alanın erkek çalışma alanı olarak görülmesi de hemşirelerin eleştirdikleri, cinsiyet ayrımcı buldukları alanlardandır. 112 çalışma alanı ile ilgili yaşanan cinsiyet ayrımcılara ilişkin yorumlar aşağıda ayrıca ele alınacaktır.

Numunede çalıştım. Orda sağlık memuru ve hemşire eşittir. Hemşire ne iş yaparsa sağlık memuru da aynı işi yapar. Bu hastanede o eşitsizlik var. Nöbette pansumanı da, enjeksiyonu da hemşire yapıyor. Sağlık memurlarına 112 nöbeti verilmiş, vezne nöbeti verilmiş, idari nöbet verilmiş. Buradaki önerim, hemşireyle sağlık memurunun eşit koşullarda çalışması gerektiğidir. Sonuçta aynı meslek, aynı koşullarda olan meslekler. hemşirenin yükü bu hastanede daha ağır. Sağlık memurlarının idari görevi ve 112 nöbetleri oluyor. Bu görevlerin onların üzerinden alınması gerekir. 112 ye ATT ya da başka görevliler olmalı. Sağlık memurları acil nöbetlerine alınsalar bizim yükümüz de hafifler. **G9-SPH-1**

Eskiden 112 de çalışalım dediğimizde “hayır çalışmayın, gerek yok” diyorlardı. 2-3 aydır bayan personel de çalışmaya başladı. İdare isteyince “hemşire 112 de çalışabilir oluyor”, istemezse “çalışamaz” oluyoruz. Sağlık memuru da hemşire. O da acilde çalışsın, nöbet tutsun. Acilde tek hemşire görev yapıyoruz, sayıca yetersiz ama sağlık memurları bu görevi yapmaları gerektiği halde acile verilmiyor. Sağlık memurlarının tek görevi akşam veznede fiş, bandrol kesmek, idari görev. Bunun dışında doktorun görevi olan dikiş atmak. SM hemşire gibi çalışması gerekirken çalışmıyor, ya idari çalışmalar yapıyor ya da doktorun işi olan dikiş atma işini yapıyorlar. Çok sayıda da sağlık memuru var, hastanede işsiz geziyorlar ama acile verilmiyorlar. Sağlık memurlarından biri de mutemet olarak çalışıyor. **G12-SPH-4**

Sağlık memurlarının hemşire gibi çalışmaları gerekirken, daha rahat çalıştıkları, mesai saatlerine uymadıkları, buna karşın hemşirelerin hastayla ilgili işlemlerde daha fazla çalıştıkları ifade edilmektedir. Ayrıca hastane idaresi tarafından daha fazla eleştirildiklerini ifade eden hemşireler, bu durumu cinsiyete dayalı bir ayrımcı tutum olarak değerlendirmekte ve çalışma ortamlarında açıkça “erkek hakimiyeti” olduğunu belirtmektedirler.

Amirler, erkek personel “ben bu işi yapmıyorum” dediğinde onlara o kadar baskı uygulayamıyorlar, ama bayan personele bunu rahatlıkla yapabiliyor. Mesai saatleri daha esnek. “Şurada bir işim var” deyip gidebiliyor, ama biz daha çok uğraşıyoruz. Tabi bayanın dışarıda işi olmaz sanki, erkeklerin olur. Biz sayı olarak göze battığımız için mi yoksa bayan olduğumuz için mi hangi eksik iş olsa bize söyleniyor, ama onlar böyle şeylerle ilgilenmiyor, bizi tamamlayıcı, eksileri giderici olarak görüyorlar. Erkek hakimiyeti çalışma ortamımızda var. Onlar daha rahat ve özgür çalışıyorlar. Mesaiyi deliyorlar. **G-23-SPE-4**

Hemşire ve sağlık memuru çalışanların, eşit çalışma şartlarının olmadığı ifade edilmekte hatta bunun onların örgün eğitim aldıkları dönemden başlayarak eşit konumda ve koşullarda görevlendirilmediklerine ilişkin yorumlarını bir görüşmeci şu biçimde aktarmaktadır:

Sağlık Meslek Lisesinden gelen stajyer öğrencilere (Hemşire ve sağlık memuru) farklı davranan bazı arkadaşlarımız ablalar vardı. Staja gelen erkek çocuklara farklı davranırdı. Bir hemşire ablamız, erkek çocuklara daha az iş verir, hastayla temas gerektirecek işlerde, erkek öğrencilere daha az iş verirdi. Daha çok getir, götür işlerinde onlar kullanılırdı. Kız öğrencilerde tam tersi. Hasta yatağı yapmaktan, birebir her türlü müdahale ve bakım işlerini hemşire

öğrencilerine verirdi. Oda düzeni ve hasta çevresinin düzeni ve hasta temizliğine kadar, hatta toz almaya kadar yaptırıyordu kız öğrencilere. Bayan öğrencilerine yaptırır. Erkeklerle yaptırmazdı. Kızlar benim nöbetime gelirlerdi. Biz bir şeyler öğrenmek istiyoruz diye, onlara tedavide yardımcı olurdum, enjeksiyon yaptırırdım. Erkek öğrencilerin böyle bir talepleri olmazdı bile, ama kızlar sırf işimizi daha iyi öğrenelim diye bizim gece nöbetlerimize gelirlerdi. Kız öğrencilere daha çabuk kızabilirken, erkek öğrencilere teyzecim, ablacım dediği zaman onları bir kenara çekerti, gördüm yani. O zamanlardan ayırım vardı. Şimdi kalmadı, onlar emekli oldular. **G13-SPH-5**

Görev yaptıkları hastanede kadın ve erkek çalışanların eşit koşullarda çalışmadıkları, haklarını aramada gene eşit koşullarda olmadıkları araştırma bulguları arasında yer almaktadır. Bu durum görüşmecilerin ifadeleri doğrultusunda doktorlar ya da sağlık memuru ve hemşireler arası ayrımcı tutumlar olarak incelenecektir.

Kadınlara olumlu ayrımcılık var. Biz intörnken nöbet yazarken hafta sonu nöbetlerini bayanlara denk getirmezdik. Gece nöbetlerini de daha çok biz alırdık. Hastaneler de acil nöbetlerini daha çok erkeklerin alması gibi mesela. Bunlar olumlu ayrımcılık. Olumsuz ayrımcılıklar da oluyor ama çok rastlamadım.

Hastane personeli arasında kadın erkek ayrımcılığı da var tabi. Sonuçta erkekleri daha ağır yorucu işlerde kullandıkları oluyor. Bayanlara daha masa başı işler veriyorlar. Mesai saatlerinde sıkıntı yok, gelişte gidişte. Ama mesai içi görevlerde farklılık var. Mesela özlük işlerinde çalışan bay ve bayan personel var. Acile bir evrak gelecekse, erkek personel getiriyor. İmzaya erkek personel evrak getiriyor. Örn. kaymakamlığa evrak gidecek, bir bayana götür de şunu kaymakama imzalat denmiyor. Görevde ayrımcılık olabilir ama iletişimde farklılık yok. **G5-SPPD-2**

112 ambulans nöbetinde ekipte bir bayanın olmasından ziyade, erkeğin olması daha iyi. Çünkü bir hasta 100 kilogramlık, 4. kattan sedye ile indirmek gerekiyor. Erkek gücü gerekli. Ama elde imkanlar yoksa bayan arkadaşlarda seve, seve çalışıyor. Sağlıkçıların böyle cinsiyet konusunda sıkıntısı yok. Sadece şey var. İşin yapılabilirlik kısmıyla ilgili. O sedyeyi taşırken ben zorlanır mıyım, ekip zorlanır. Normalde ben sağlık ocağı kadrosundayım. Orada bir bayan doktor arkadaşımız var. Onun bayan olması nedeniyle akşam nöbeti tutmaması daha iyi olur. Ben buraya (hastaneye) geçici görevle gönderiliyorum. Mesela bu bir ayrımcılık değilse bile cinsiyete dayalı fark arz eden bir uygulamadır sonuçta. Orada öyle bir uygulama var. Ona ben de katlanıyorum. Ben de hak veriyorum. Kadındır diyorum. Yazıktır diyorum. Biraz centilmenlik mi dersiniz artık buna ne denir bilemiyorum. **G6-SPPD-3**

Belli dönemlerde bayan personele daha az nöbet yazılabiliyor. Daha ağır nöbetler erkeklerle verilebiliyor. Bazen tamam deniyor, bazen bu tatsızlıklara yol açabiliyor ve o dönemde eşitlenmeye çalışılıyor. Ama bayanlar biraz daha kollanıyorlar nöbetli işlerde. Bayanlar daha ağır ve nöbetli işlerden, ekstra durumlarda, biraz daha kollanıyorlar, erkeklerle göre bir derece. Eve gidecek, çocuğu var vs. hemşireler yemekte ise ya da başka bir hastayla ilgileniyorsa, enjeksiyon için bir bayan hasta gelmişse, üstelik genç ise, yanında eşi varsa erkek sağlık personeline enjeksiyon yaptırmıyoruz. Kabul eden oluyor, etmeyen oluyor, tatsızlıklar çıkabiliyor. Bu tür detaylara dikkat ediyoruz. **G7-SPPD-4**

Kadın sağlık çalışanlarının iş ortamında dezavantajlı konumuna işaret eden, iş yüklerinin daha ağır olduğu halde eleştirilere daha fazla maruz kalabildikleri ve haklarını aramada erkek çalışanlara oranla daha savunmasız ve pasif oldukları, üzerlerinde daha kolay baskı kurulabildiği, bu durumun da kadın çalışanlara cinsiyete dayalı ayrımcılık olduğuına ilişkin yorumlar saptanmıştır. Bu yorumlar hem erkek hem de kadın personel tarafından onaylandığı da durumun daha nesnel değerlendirildiğini düşündürmektedir.

Sağlık personeli ayrımcılık yapmıyor. Ankara’da çalışırken bu ayrımcılığa rastlamadım. Bayan olduğu ve pasif kaldığı için daha üstüne baskı uygulandığını gördüm. Özellikle zel sağlık merkezlerinde iletişim sorunu var. Başka yerlerde var, ama bu hastanede rastlamadım. Bayanlar daha hassas oluyor. İş yükünün ağırlığı konusunda, bayanlara nedense fazla iş yükü veriliyor, çoğu yerde. şu anlayış var. Bayanlar her zaman susar, pasif kalır. O, yüzden her görevi verebilirsin, susar ve yapar. Bu anlayış çoğu iş ortamına yansıyor. Burada çok az. Çok fazla diyemem. Ama diğer çalıştığım yerlerde çok karşılaştım. Hatta zel sağlık merkezlerinde erkek personel almak istemiyorlar. Çünkü erkek personele laf söyleyemiyorlar. Bayan personel almak istiyorlar ki, her istedikleri (işi) yaptırabilsinler. Bu konuda özel yerlerde (Hastane, sağlık merkezinde) gerçekten çok cinsiyet ayrımı yapılıyor.

G9-SPH-1

Bu hastanede erkek sağlık personeli olarak çalışmanın avantajlı olduğunu düşünüyorum. Çünkü durumları daha net ifade edebiliyorlar. Bayanlar daha aciz görülüyorlar. Bir müdahalede amiri karşısında “sus” denildiğinde onun susabileceğini ht denildiğinde daha korkutabileceği düşünülüyor. Eşit düzeyde çalışan da olsa bayan sağlık çalışanları daha aciz görülüyor, çekingen, sinik oluyorlar. Bu hastanede böyle. Olanaklar ve fırsatlar söz konusu ise, erkek personel istediğini daha çabuk alabiliyor, hakkını daha fazla koruyabiliyor, bayanlarda böyle olmuyor. Toplumdaki kadın erkek eşitsizliği durumu aynen hastanedeki çalışma ortamına da yansıyor. **G-24-SPSM- 1**

Sağlık kuruluşlarında kadın çalışanların daha fazla iş yükü olduğu halde, haklarını savunmada ve kendilerini ifade etmede daha yetersiz oldukları bir çok görüşmeci tarafından ifade edilmekte, bu durumun idari bir kadroda olan kadın çalışanlarda da farklılık göstermediği belirtilmektedir. Hemşire görüşmecilerden çoğu, hastanede çalışan sağlık memuru, röntgen ve laboratuvar çalışanlarının hiç birine kendilerine uygulanan kurallar, denetimler, baskıların uygulanmadığını, bu durumun hemşireliğin kadın çalışanlardan oluşan bir alan olduğu ve kadınlara kolay söz söylenebileceği, baskı kurulacağı biçimindeki anlayışlardan, erkek personele bu tür davranmaya çekince duymalarından ve özellikle idari kadronun da erkeklerden oluşması durumundan kaynakladığı biçiminde yorumlamışlardır.

Bayan personele çok ykleniyorlar, bayan personel daha sessiz, birlik olamıyor, erkeklere bir şey diyemiyorlar. İdarecilerin çoğu tabi erkek. Erkek

personel kendilerine yapılan bir haksızlıkta daha çok idari kata gidip işlerini halledebiliyorlar. Ama biz bayanları daha çok eziyorlar. Erkekler mesaiye riayet etmezler. Mesai söz konusu olduğunda ne doktor, ne sağlık memuru ya da laboratuvar ya da röntgen çalışanı çağrılmaz, hemen hemşireler çağrılır. “Geç geliyorsunuz, bundan sonra şu saatler arasında geleceksiniz”. Halbuki sağlık memurlarında mesai kavramı yoktur, istedikleri zaman mesai içinde olduğu halde dışarı çıkabilirler, bulamazsınız onları. Bir kılık kıyafet konusu olur. Bütün hemşireler forma giymesine rağmen ki, sağlık personeli forma giymiyordu, sivil geziyordu, diğer personel giymez, daha şuraya gelip “Biz bugün burada çalışıyoruz” demiyorlardı. Böyle bir durum olsa onları çağırıyorlar, gene hemşireleri çağırıyorlar. Diyorlar ki kılık kıyafete dikkat edin, tek tip forma giyin. Bizim saçımızla başımızla ilgileniliyor. Bu kadına daha kolay söz söyleme cesaretinden kaynaklanıyor. Sağlık memurları hiçbir iş yapmaz ve kurallara uymazken onları kimse toplayıp bunları konuşmuyor. İdareciler erkek çoğunlukta. Başhemşire ve yardımcısı bayan, birçok hastanede olduğu gibi etkinlikleri yok, idareci olmalarına rağmen. **G12-SPH-4**

Doktor ve hemşirelerin çalışma alanları, görev analizleri belirlenmiş bir durumdur. Ancak uygulamada bazı sıkıntıların bulunduğu görüşmecilerin sözlerinden anlaşılmaktadır. Hemşirelere görevleri olmadığı halde “yapıverseniz ne olur” yaklaşımının olduğunu, bu durumun ise işler yolunda gittiğinde bir ödülü olmadığı ancak işler yolunda gitmediğinde hemşirenin ceza alabileceği gibi bir sakınca doğuracağı ifade edilmektedir. Doktor-hemşire ilişkilerinde bir baskı unsurunun, hak eşitsizliği durumunun olduğunu ifade eden görüşmeci bunu bir “doktor ve erkek egemenliği” olarak yorumlamaktadır:

Acilde bizim dışımızdaki görevleri de yapabiliyoruz. Hastanın teşhisini bilgisayara doktorun girmesi gerek bize bırakılıyor, itiraz edince de “siz ne iş yapıyorsunuz, yapıverseniz ne olur” deniyor. Çözüm sürekli hemşirenin görevi gibi görülüyor. Anlayışlı olması gereken, alttan alması gereken hep o gibi davranılıyor. Bir doktora bu yüzden tutanak tuttum. Personeli keyfi kullanıyor, hastayı bekletiyor. İçerde odasından çıkmıyor. Burada hastayla yüz göz olan biziz. Sesleniyoruz, gelene kadar en az 10 dk sesleniyoruz, hastayı idare etmeye çalışıyoruz. Hastanın durumu ne olursa olsun, bebek de olsa önemli değil, acımiyor, bekletiyor. Tedavi bizim değil doktorun görevidir. Acil durumlarda atropin adrenalin yapmak yapılması gerekebiliyor. Atropin, adrenalin doktor yanımızda değilse resmen hukuken görevimiz olmamasına rağmen, eğitimi veren bu doktor hasta canlandırmayla ilgili bize eğitim verirken şöyle diyebiliyor “bu sizin vicdanen sorumluluğunuzda” doktorun görevi olan işler nedense hemşirenin vicdanen sorumluluğu olabiliyor, ama nedense doktorun asıl görevi asıl görevi olmayabiliyor. Onlara bu cümleler kurulmuyor. Onlara böyle tenkitler eleştiriler gelmiyor. Hak ve özgürlükler sürekli doktorlara var, hemşirelere yok. Erkek doktor arkamdan “terbiyesiz” diye bağıyor, ben hastaların içinde tartışmamak için susuyorum. Amirim olan hemşireler de sessiz kalıyorlar. Bu doktor ve erkek hakimiyetidir. **G12-SPH-4**

Sağlık çalışanları arasındaki eşitsizliklerden bahsederken, yukarıda da ifade edilmiş olan bir sorunun da 112 acil sağlık hizmetlerinin bir erkek alanı olarak algılandığı, hemşire ve sağlık memurlarının çalışma alanlarıyla ilgili ciddi sorunların

bulunduğu ve hastane idaresince bu iki meslek çalışanlarına tutum ve iletişim farklılıklarının olduğu saptanmıştır.

Güç gerektiren işlerde tabi erkekler tercih ediliyor. Mesala 112 ambulans nöbeti. Orda ekipte bir bayanın olmasından ziyade, erkeğin olması daha iyi. Çünkü bir hasta 100 kilogramlık, 4. kattan sedye ile indirmek gerekiyor. Erkek gücü gerekli. Ama elde imkanlar yoksa bayan arkadaşlarda seve, seve çalışıyor. **G6-SPPD-3**

Sağlık memurlarının eşleri vardı onlar çalışıyordu. 112 erkeklerin çalışma alanı düşüncesi. Belki korumak vasfında ayırım yapılmıştır sağlık memurlarının eşleri olduğu için. Biz bayan elemanla da çalıştık. Bize hiç uçurumdan hasta çıkarmak denk gelmedi. En fazla 3. kattan hasta indirmekle karşılaştık. Onu da yani herkes bir ucundan, şoför de tutuyor, sağlık memuru da tutuyor, bayan da erkek de bir ucundan tutuyor. Ama uçurumdan biri çıkarılacaksa, mesela doktor olarak ben, daha cüsseli bir erkek yanımda olsun isterim. En azından uçurumdan insan çıkarmak, kamyonundan insan çıkarmak gerçekten zor iş. Bu konuların dışında hastanede ayrımcılık yok. **G5-SPPD-2**

Güç gerektiren işlerde tabi erkekler tercih ediliyor. Mesala 112 ambulans nöbeti. Orda ekipte bir bayanın olmasından ziyade, erkeğin olması daha iyi. Çünkü bir hasta 100 kilogramlık, 4.kattan sedye ile indirmek gerekiyor. Erkek gücü gerekli. Ama elde imkanlar yoksa bayan arkadaşlarda seve, seve çalışıyor. Sağlıkçıların böyle cinsiyet konusunda sıkıntısı yok. Sadece şey var. İşin yapılabilirlik kısmıyla ilgili. O, sedyeyi taşıırken ben zorlanır mıyım, ekip zorlanır. Normalde ben sağlık ocağı kadrosundayım. Orada bir bayan doktor arkadaşımız var. Onun bayan olması nedeniyle akşam nöbeti tutmaması daha iyi olur. Ben buraya (hastaneye) geçici görevle gönderiliyorum. Mesela bu bir ayrımcılık değilse bile cinsiyete dayalı fark arz eden bir uygulamadır sonuçta. Orada öyle bir uygulama var. Ona bende katlanıyorum. Bende hak veriyorum. Kadındır diyorum. Yazıktır diyorum. Biraz centilmenlik mi dersiniz artık buna ne denir bilemiyorum. *Genital bölgede bir uygulama /pansuman varsa erkek hastada sağlık memuru, bayan hastada hemşire ilgileniyormuş böyle bir şey var mı?* Evet, böyle bir şey var. Ama tabi sağlık personelinin böyle bir çekincesi yok. **G6-SPPD-3**

Acil servis çalışmalarında sağlık memuru ve hemşireler de çalışabilmektedir. Ancak sağlık memurunun daha çok arazi ortamında hastayı kurtarma ve ambulansa taşımada, hemşirelerinse hastaya verilecek bakım işlerinde aktif rol aldıkları belirtilmektedir:

Sağlık personelinde görev dağılımı yapılırken, bunu erkek personel yapar, bunu bayan personel yapar gibi yorumlar var, özellikle ambulans hizmetlerinde. 112 şoförü erkek oluyor. Sedye varsa yardım için erkek personel isteniyor. Ya da bir trafik kazasında hastanın alınmasında güç bir pozisyondaysa muhakkak bir erkek gücü isteniyor. Ama onun haricinde, ambulans bakım hizmetlerinde, nakil esnasında ambulans içi hasta takibinde bayan personel (hemşire) çalışıyor. Hastanede genelde erkek-kadın ayrımı yok. Bu yapabilir, bu yapamaz gibi. Hangisi yapabilecekse o yapar, o pozisyonunda en uygun kim çalışabilecekse, cinsiyete bakılmaksızın, hangisi o işin yükünü götürebilecekse o yapar. Hastanede ayırım yok. Acil şartlarında bayan çalışan da var, erkek çalışan da. Acil hasta bakım ve takibinde genelde bayan sağlık personeli çalışıyor. **G1-SPUD-1**

Erkek sağlık personelinden bir kısmının (doktor ve sağlık memuru), hemşirelerin 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışmaya başlamalarını onaylamadıklarını, tepkiyle karşıladıkları, onların bu işi yapamayacağına ilişkin itirazlarda bulundukları ifade edilmektedir:

112'ye geçeli 1 ay oldu. Önceden hemşireler acilde çalışıyorlardı, 112 de çalışmıyordu. Bir kaç gün öncesinde sağlık memuru ve doktorlar “ hıh hemşire mi, (112 hizmetlerinde) onlar bizim yükümüzü nasıl kaldıracak? Hastayı nasıl taşıyacak hemşireler?” diye düşünüyörlerdi. Bayan sağlık personelinin 112'de çalışmasına sağlık memurları ve doktorlardan bayağı çok tepki geldi. İstemediler, hissettim. Benim başıma geldi. Sağlık personeli arasında cinsiyet temelli ayrımcılıklar var. Geçen ay problem olmuş, sağlık memurları arasında. Başhekimde demiş ki: “Hemşireler de 112'de çalışabilir” o şekilde iki arkadaşı verdiler. Sağlık memurları, hemşirelerin 112'de çalışmasını istemedikleri için. “alışamazlar” diyorlar, örnek te veriyorlar. “uçurumdan hasta çıkartıyoruz. Hemşireler kadın, nasıl güçleri yetecek” diyorlar. Bu şekilde tüm arkadaşlar beline ip bağlayıp ta müdahale edebilir. Yapılmayacak bir şey olduğunu sanmıyorum. Sadece bizim sıkıntımız 112'de hasta taşımakta, şoför tek başına kalıyor. O kötü yanı var. Onda da biz yardım edebileceğimiz kadar yardım ediyoruz. Bir bayan olarak gücü yetmiyor bazı yerde. Ama müdahalede bir sağlık memuru arkadaşımız “Hıh 112'de bayan olarak siz ne yapabilirsiniz ki” diyor. Ben 112'de ta 10 yıl önce, bu arkadaşların atamaları yapılmadan önce de çalıştım. Sistemi işlemi bilersen 100 kilogramın üstündeki hastayı bile kaldırma yöntemini söylersin. Ama sağ olsunlar bu arkadaşlar güç, direk güç kullandıkları için, sedyeyi kaldırmada o, şekilde yorum yapmışlar. Doktorların gözünde de öyle görüntü olurmuş. 112 alanını erkek mesleği olarak görüyorlar. Kendi haklarıymış gibi ve bu alanı bayan sağlık çalışanıyla paylaşmak istemiyorlar. Buradakiler öyle, diğer tüm hastane ve 112 merkezlerinde bayan personel alışıyor. Kızılcahamamın eltiki ilçesinde 112'nin şoförü 112'nin şoförüne kadar bayanmış. Hemşiresi ve doktoru, şoförü hep bayan. Bunlar bu tip işi beceriyorlarsa biz niye beceremeyelim diye düşünüyörsün. Birde şu var. “arkadaşlar hıh sizde ne yapacaksınız.” iyi de biz nasıl acilde müdahale ediyorsak, aynı şekilde ambulanda da müdahale ederiz. Bizim işimiz bu nerede olsa yaparız. Buraya gelince, 2 gün acilde nöbet tuttum, 3. gün Mürüvvet abla sen 112'ye geçtin dediler. Başhekim öyle deyince ben ne yapabilirim ki. Görevim bu mecbursun nereye verilirsen orada çalışsın. Bayanlar her zaman memnun değil.(hastane şartlarından) şartlarda ayırım var.112'ye geçince sağlık memuru arkadaşların “hıh siz bu işimi yapabilecek misiniz” sözleri rahatsız ediyor. Kardeşim elimden geleni yaparım. Yapabileceğimi, benim gücümün ve vücudumun yettiği yere kadar yaparım. Ama bunu çok defa rahatsızlık derecesinde hissettiriyorlar. Doktorlar 112 nöbetinde “A sen mi geldin, bayan mı” gibi tepki veriyorlar. Bayağıda bastırarak birkaç defa söylediler. Bende “istemeyerek, görevlendirmeyeyle geldiğimi” söyledim. Çok uzun zamandır 112'de erkek sağlık personeli çalıştığı için bunu kabul edemiyorlar, kadın personeli hazmedemiyorlar. Hastane içinde, bunun dışında bir ayırım yok. **G13-SPH-5**

Acil sağlık hizmetlerinin verildiği 112 servisinde kadın çalışanların yani hemşirelerin çalışmasıyla ilgili ciddi sıkıntı ve rahatsızlıkların olduğu farklı meslek alanlarından sağlık çalışanları tarafından ifade edilmektedir.

Kadın sağlık personelinin 112 acil serviste çalışmasıyla ilgili bir sıkıntı var. 10 yıllık çalışma süremde 112'de çalıştım ama hiçbir zorluk çekmedim, niye çekmedim? Yani yaralıyı alıp taşıma vs de erkek olarak daha güçlü olduğum için. Bu işte arazi ortamında trafik kazasıyla karşılaştığımız zaman, dere

yatağından hasta çıkardığımız zaman da biz bu tür vakalarda zorlanmıyoruz. Ama bayan arkadaşlar bu tür görevlere gittiklerinde, doktorlardan biz bunun sıkıntısını duyduk, gözlemledik. Onun için çalışma yerleri açısından böyle kadın erkek arasında bir takım farklılıklar var, güce dayalı farklılıklar. Bu zaten doğanın kanunu, ister istemez oluyor yani. **G-25-SPSM- 2**

Fark var. Neden? Burada çalıştığım süre içinde, ben oluyum arkadaşlarım olsun, gözlemlediğim süre içinde, birim olarak acilde, 112 de, serviste görevde bulundum, aşılamaya çıktık vs. burada acilde bizim karşılaştığımız zorluklar şunlar. Burada dikiş olayı geliyor. “Dikiş atmak sağlık memurunun görevi mi, değil mi?” onun gibi sıkıntılar oluyor. Hemşire arkadaşlar diyor ki “Bu bizim görevimiz değil, doktorun görevi”. Ama biz burada 10 yıldır görev yapıyoruz, çatır çatır da dikiş atıyoruz. Yani gelen hasta ve yaralıları dikişlerini atıyoruz, sondalarını takıyoruz, mide yıkıyoruz. Branş olarak hemşire ve sağlık memuru ikimiz de aynı statüdeyiz. Buradaki bayan hemşire arkadaşların bunu yapmadıklarını gördük (dikiş). Sonda, dikiş, mide lavajı olsun, bu tür işlemler bizim görevimiz değil, yapmayız vs deniyor. Bu tür çatışmalar oldu. **G-25-SPSM- 2**

Bayan hastalara ben müdahalemi yaparım, hiç sıkıntı yaşamadım. Ama bazen ürolojiden gelen erkek hastalarda bayan sağlık çalışanları sıkıntı yaşıyor, bizi çağırıyorlar. Bizce bir sorun yok ama bayan arkadaşlar açısından sorun var. Nadir olarak bayan hastalar da bayan personel isteyebiliyor. Bayan olursa ben pansuman yaparım ama kendisi ben hemşire hanımı isterim derse ben onu hemşire hanıma iletiyorum. Ama tam tersi de olabiliyor. Hemşire hanım “Ben buna pansuman yapmayım, sen yap” diyebiliyorlar bize (erkek hasta). Aramızdaki fark bu. **G-25-SPSM- 2**

112 acil hizmetlerinde hemşirelerin çalışması ya da çalışmaması ile ilgili sorunlar yanında, burada görev yapan erkek personel, sağlık memuru, haklarını alabilirken, hemşire olarak görev yapan kadın çalışanların uğraşmalarına rağmen haklarını alamadıkları da görüşmecilerin ifadelerinde yer alan cinsiyet ayrımcı bir davranış olarak saptanmıştır:

112’de benim eşim de çalıştı. Orası erkek çalışma alanı olarak görülüyor. 112 de bizde bayanlarla aynı şartlarda çalıştık. Ama hastane yönetimi onlara izinlerini kullandırmadı, biz izinlerimizi kullandık. Öyle yerler var. Nöbet paralarını almadıkları için, 9 nöbet karşılığında izin kullanma hakları var, yani ayda 200 saat çalışmasını tamamlamışsa, hastaneye gelmeyebilir, izinlidir. Daha fazla çalıştığında parasını alma gibi bir şansı yok. Ama hastane yönetimi sağlık memurlarına bu izinlerini kullandırırken, hemşirelerin izin haklarını vermedi. Biz çok rahat bu izni kullanabildik. Benim eşimde burada olduğu için Ben bu kanuni hakkımız diye eşimin hakkını aramama rağmen bir şey elde edemedik. Erkekler rahatlıkla izinlerini kullanabildiler, bayan çalışanlar kullanamadı. Belki de yönetimin onlara karşı bir tavrı vardı. Ben kendim hakkımı aradım ve aldım. Onlar bayan oldukları için alamadılar. Hemşireler de aynı şekilde. Ben bir erkek olarak eşimin hakkını aramış oldum ama, ben müdahale etmiş oldum ama Eşimin hakkını da ben aradım., ama olmadı. Bayanların hakkını aramaları burada daha zor. Haklarını daha zor elde edebiliyorlar. Sıkıntı çekiyorlar. Bu çok net görülüyor. Hangi birime giderseniz gidin, bayanların daha çekingen kaldığını, daha fazla sıkıntı yaşadıklarını, haklarını almakta zorluk çektiklerini, daha çekingen kaldıklarını fark edeceksiniz, söyleyeceklerdir. Bu hastanede böyle, neden bilmiyorum. Belki hastane yönetiminin yaklaşım tarzından kaynaklanıyor olabilir. Ataerki aile düzeninin yansıması bu hastanede var. Bu da var kesinlikle doğru. Bizim toplumumuzun genelinde böyle. **G-24-SPSM- 1**

Sağlık personeli ile yapılan görüşmelerde, sorulara verilen yanıtlar dışında dikkat çekici bulunan bir olay da, bir uzman cerraha (G2-SPUD-2) araştırmacının kendini ve araştırmasını tanıtarak görüşme talebi iletildiğinde, ilk sorusunun araştırmacıya yönelik olarak “Feminist misin” ve “Bu feminist bir çalışma mı?” soruları olmuştur. Görüşmeci, yapılan çalışmanın adını soran ve adından bunun feminist bir çalışma olduğunu çıkararak, bu konuda önyargılı olma nedenini ve soruları yanıtlamak istemediğini belirtmiştir. Ancak, bu önyargı ile görüşme talebini reddeden görüşmeci, çalışmanın *feminist bir çalışma değil*, sağlık hizmetlerinden yararlanma sırasında yaşanan “eşitsizlikler” üzerine kurulu olduğu anlatıldığında, soruları yanıtlamayı kabul etmiştir.

3.2.2. Sağlık Personelinin Şiddete Uğrayan Hastalara İlişkin Tutumları

Şiddet insanların sorunlarını çözümsüz hissettiklerinde, zayıf kaldıklarında başvurdukları, öğrenilen bir yaşıttır ve bazı kesimlerce bir terbiye aracı olarak da algılanmaktadır. Dayağın cezalandırıcı ve terbiye edici görüldüğü durumlar, erkek egemen toplumlarda, kadının ikincil, aciz ve savunmasız olduğu durumlarda aile içi şiddet vakalarına yol açmaktadır.

Bulgulara dayanarak, araştırmanın yapıldığı bölge olan Kızılcahamam’da da benzer bir anlayışın hüküm sürdüğünü söylemek olanaklıdır. Kadınların çoğunluğunun ekonomik özgürlüğünün olmaması, onu her ne pahasına olursa olsun, eşinden ayrılmamak, onları olanları sineye çekmek durumunda bırakabiliyor. Erkek eşin, para kazanan ve ailenin ekonomik yükünü üstlenen rolde olması, aile reisliği pozisyonunda görülmesi nedeniyle, zaman zaman uyguladığı şiddeti olağan gören “erkektir, döver de sever de” zihniyetinin doğuşuna neden olabiliyor. Bu yöndeki katılımcı ifadeleri aşağıda yer almaktadır:

Burada “ekmek veriyor” diyen çok fazla. Çok sinir krizi geçiren var, çok fazla, istem dışı. İkinci bir kişiyi (kuma) kabul eden var. Senin kocandır ne olacak bir şey olmaz diyorlar. **G13-SPH-5**

Bazen kavga ediyorlar, “ne olacak döver de sever de” diyorlar. O da insan değil mi? Bekârken “erkektir döver de sever de” diyen sağlık memuru arkadaşlarımız vardı. Evlendikten sonra, eşi de iyi bir maaşla çalıştığından olsa gerek, “eşlerimize şiddet kullanmak olmaz, kaba kuvvet kullanmaktan hoşlanmıyoruz” diyorlar, bekârken “erkektir döver de sever de” diyen erkekler evlenince söylemlerini değiştirdiler. Ekonomik özgürlüğü olan kadınlar, çalışan bayan olunca sesini çıkaramayacağını erkek biliyor. Çalışanlar % 90 hâkimiyeti eline almış. Kadın güçlü olunca erkek sesini çıkaramıyor. Bir şey

olduğunda ayrılacağını biliyorlar. Mecburen, tartışmalar da, kavga ederken vurmaktan çekiniyorlar. **G13-SPH-5**

Yukarıdaki örnekte görüşmeci, kadınların statüleri yüksek olduğunda, ekonomik özgürlükleri ve aileye ekonomik katkı sağladıklarında, eşlerinin onlar üzerinde baskı kuramadıklarını belirtmektedir.

Araştırmanın yapıldığı bölgede, küçük yaşta yapılan evliliklerin sık olduğu, bunların sıklıkla ayrılıkla sonuçlandığı belirtilmekte ve bu olaylarda aile ilgisizliğinin temel neden olduğu ifade edilmektedir.

Burada küçük yaşta evlilik yapan da çok. Boşanma oranı da çok, şiddet çok oluyor. Erken yaşta evleniyorlar, 15-16 yaşlarında, 1 sene ancak dayanıyorlar, sonra şiddet başlıyor, alkol alıyorlar. Ya bir bebek oluyor ya da hamileyken boşanıyorlar. Alkol çok tüketiliyor. Kızın ailesi “Sen istediğin için evlendin, şimdi bunu çek” diyor. Gelenlere ben de anlatıyorum “Kızım madem sen bununla nişanlandın, 2 sene bekle, tanı, evlenip de ayrılmaktansa iyice tanıyın birbirinizi” diyoruz ama kız “Biz karar verdik, evlendirmezlerse kaçırım” diyor. Gidip evleniyor, bir sene sonra boşanmaya geliyor. Kızım ben sana söylemiştim diyemiyoruz. Genç kızlar iyi yönlendirilmiyor. Ailelerin ilgisizliği ve başıboşluktan oluyor bu işler. Çocuğunun nerde olduğunu sormaz, nereye gittiğini, kiminle gittiğini sormaz, ilgi yok, alaka yok. **G-22-SPE-3**

Burada okula giden kızlar çok küçük yaşta ilişki yaşayıp, hamile olarak gelen kızlar var. Çok, tanıdığımız, bildiğimiz 2 tane var. Adam almıyor, işi gücü yok, kız lise öğrencisi, okulu bırakıyor, aileye söyleyemiyor, sağlıksız koşullarda gidip kürtaj oluyor. Adamlar kesinlikle sahip çıkmıyor. Köylerde daha çok oluyor. Mesela bir defa 7 aylık hamile kızı babası karnı ağrıyor diye alıp getirmişti. Aileler sahip çıkmıyor. Lütfen tezinize şunu da yazın “aileler lütfen kızlarına sahip çıksınlar” **G-21-SPE-2**

Görüşmecilerin ifade ettikleri gibi, küçük ve kapalı toplumlarda gençlerin birbirlerini rahatça tanıyabilecekleri ortamların olmayışı/az oluşu, gizli davranışlarda bulunmalarına yol açmakta, çevre baskısı ya da korkusu ile gizli yaptıkları davranışlar da, ailelerine yalan söylemeye kadar olumsuz davranışlara neden olabilmektedir. Bu ise kendini henüz yeterince tanımaya ve ifade etmeye alışmamış genç insan için geri dönüşü olanaksız durumlar yaratabilmektedir. Görüşmeciler bu yaşananları ailelerin ilgisizliklerine ve olay olduktan sonra da destek vermemelerine bağlamaktadırlar:

Anne-Baba da diyor ki “çocuğunla birlikte seni kabul etmem”. Annede çocuğunu bırakmamak için bunlara, şiddete katlanıyor. Bir tane hastamız var, kadına ısrarla çocuk doğurtmak istiyorlar. Çocuğunu kendisi de sevemiyor. Çocuğunu eline alamıyor, biraz da saf gibi, zaten ikinci eşi, birinci eşi aldatmış. Şimdi kadına sürekli doğur diye baskı uyguluyorlar. Şimdi 2. bebeğini bekliyor, iki tane de eski eşinden var. Kadına doğur diyorlar, eşinin pek rolü, etkisi yok. Kaynana ve görümce yönlendiriyorlar. Acaba çocuk benden değil mi, benden olsaydı bir daha olurdu diyor, yoksa kadında bir

sorun mu var diyorlar. Bu nedenle de doğurmaya teşvik ediyorlar kadını. Kaynana ve görümce gelini de kocasını da evirip çevirip yönlendiriyorlar. Geline işleri yaptırıyorlar. Bir gün hastaneye geldi, “gidecek yerim yok” dedi, bıraksak hastanede yatacak. Kadın Adıyaman’dan gelmiş, orda da iki çocuğunu eski eşine bırakmak zorunda kalmış, buraya bilmediği bir yere gelmiş, hiç tanımadığı bilmediği bir adamla evlendirilmiş. Öyle bir yere düşmüş ki, şimdi buradan da kurtulamıyor, burada da bir çocuğu var. “2 tane orda bıraktım, bir tane de burada mı bırakayım” diyor, eziyeti çekiyor ama gidemiyor da. **G-21-SPE-2**

Şiddeti doğuran nedenler farklı olmakla birlikte haklı görülür bir tarafı da bulunmamaktadır. Kadınların erken evlenme, evliliğe ilişkin yeterli bilgi ve donanımına sahip olmaması, erkeğin şiddetinin sıklıkla olağan ve hoş görülebilir karşılanması da kadının olur olmaz nedenlerle kolayca suçlanabileceği durumlar yaratmaktadır. Aşağıdaki örnekte evliliğin ilk gecesinde yaşanan sorunlar, erkeğin de kadının da bilinçsizliğini ve eğitim gereksinimi olduğunun açık göstergesi olarak yorumlanmaktadır.

Buraya bir kadın geldi, ilk gece beraber olamamışlar. Kızı suçlayarak geldiler. Muayene edildi, bir sorun yok, her şey normal. Artık kadın anlattı, eşimden kaynaklanıyor dedi. Eşini çağırdık, konuştuk. Ama kayıncıvalide ısrarla gelinden kaynaklanıyor diyor. “Bütün suç gelinde” diyor. Gene ilk gece sorunuyla bir çift geldi. Kız tir tir titriyor, korkuları var. Kıza hiçbir şey anlatılmamış, konuşulmamış. Kız “Ben çok korkuyorum, kesinlikle yanıma yavaşamaz” diyor. Psikiyatriye yönlendirildi. **G-22-SPE-3**

Kadınların özellikle kadın doğum alanında kadın doktor tercih ettikleri halktan alınan verilerle daha önce dile getirilmişti. Bu durumun nedeni bazen kadının kendi mahremiyet duygularından kaynaklansa da bazen de eşlerinin bu konudaki katı tutumlarından kaynağını almaktadır. Aşağıdaki örnekte eşini erkek doktor tarafından muayene ettirmek istemeyen, hatta doğum gibi acil ve önemli bir durumda erkek doktor istemeyen bir eş anlatılmaktadır.

“Doğum için bir kadın geldi. O gün erkek doktorumuz nöbetçi idi. Doktorum hastayı muayene edeceğini öğrenince kocası kapıyı kilitledi ve bize “bu doğumu siz yaptıracaksınız, ben erkek doktora” dedi. **G16-SPH-8**

Toplumsal öğrenmeler ve içinde yaşanılan toplumun olumlu ya da olumsuz değerleri kadını kuşatmış, zaman zaman kendi aleyhine de olsa yanlış inançları kadınlar da benimsemekte ve haksız yere kendilerini suçlayabilmektedirler.

Çocuğu olmuyor diye kadını dövenler de oluyor. Halbuki kendinin olmuyor ama adam kabul etmiyor. Çocuk istiyorlar ama erkekler asla tedaviye yanaşmıyor. Hep kadını öne sürüyor tedavi olsun diye. Kadını muayene ediyoruz, her şey normal, eşine söyle o da muayene olması gerekiyor deniyor. Kadın “Eşim gelmez ki” diyor. Böyle bir zihniyet var, kadınlar da kendilerini küçümsüyorlar. **G-21-SPE-2**

Kadının çocuğu olmuş, 2. çocuk istiyor ama olmuyormuş. Doktor “Eşin şu tahlilleri yaptırın” diyor, kadın “Ama bizim bir çocuğumuz var” diyor. Ben de dayanamayıp “O zaman o çocuk senden değil mi, senin de çocuğun olmuş daha önce (neden sorun sen de olsun ki)” dedim. Sonradan kısırlık erkekte de olur, kadında da. Kadın bunu bile kabullenmek istemiyor, sorunu kendinde arıyor. Kadınlarda da anormallik var, öyle yetişmiş. Kadın hep suçlanmaya alışmış, kendini öne atıyor. Çocuk olmuyorsa sorun kadındadır önyargıları var.

G-21-SPE-2

Aile içi şiddet toplumumuzda karı-koca ilişkisinin “özel alan” kabul edilmesi gereği “karışılmaması gereken alan” olarak görülmekte. Bu nedenle de kavga eden eşlere müdahale etmek, olaya müdahale etmeyi güçleştirmekte, müdahale çabalarını kırmaktadır. Sıklıkla dillendirilen “Eşler arasına girilmez”, “Kocasıdır, bir şey yapılamaz”, “Döver de sever de” gibi söylemler, karı-koca ilişkisinin dayak söz konusu dahi olsa karışılmaması gereken alanlar olarak algılanmasına ve böyle davranılması sonucuna varmaktadır.

Bir şiddet olayına tanık oldum. Yol ortasında tartışan bir aile gördüm. Adam bir taraftan çocuğu almaya çalışırken, diğer taraftan kadını dövüyordu. Arabadan inip ayırdık. Adamın ilk söylediği şey ‘*Ben kocayıym kardeşim karışma*’ idi. Yasal olarak da bizim yapacaklarımız sınırlıydı. Doğal olarak ben de polisi aradım. Polis müdahale etti. **G-24-SPSM- 1**

Bölgede aile içi şiddet vakalarına sıkça rastlandığı belirtilmektedir. Şiddetin mağduru daha çok kadınlar olmakta ve çoğunlukla da eş şiddetine maruz kalmaktalar. Bununla birlikte kadınlar, ailenin diğer üyeleri, en çok ta ailenin erkek figürleri ile kayıncı, görümce gibi diğer aile üyelerince uygulanan şiddete maruz kalabilmektedirler.

Acilde bu tür olayları çok sık yaşıyoruz ne yazık ki. Eşler arası şiddete sıkça rastlıyoruz. Adli rapor için eşle birlikte geliyor. Bazen kayıncı, kayınpederden de şiddet gören oluyor ya da evin içindeki diğer kişilerden, ama bu daha nadir. Böyle bir vaka geldi. Kayıncı, kayınpeder kadını dövmüşler, biz hastayı gözlem odasına aldık. Hasta yakınları gizlice odasına girip hastayı tekrar dövmeye kalktılar. **G-20-SPE-1**

Görüşmecilerden alınan şiddet öykülerinin çoğunda erkek eşin alkol alıp eve geldiğini, basit bir sorunda bile alkolün etkisinde daha kolay ortaya çıkan öfke dürtüsü ile eşlerine şiddet uyguladıkları belirtilmektedir:

Burada alkol ve şiddet çok yoğun, kavga ve darp nedeniyle, acile çok gelen oluyor. Karı-koca kavgasıyla gelen epey var. Adam karısını dövmüş, kadının gözleri morarmıştı.” Karım beyin kanaması geçiriyor” diye feryat figan acile geldi. Eşi de kocasından dayak yediğini gizliyordu. Doktor muayene sonunda dayak yediğini anladı ve adama “utanmıyor musun hem dövüp hem yalan söylüyorsun kandırmaya çalışıyorsun” dedi. Adam ruhsal sorunları var gibiydi, bir yandan “çabuk karımla ilgilenin” v.s. diyordu. Kadın ısrarlarımıza rağmen şikayetçi olmadı. **G17-SPH-9**

Acilde çok şiddet vakası oluyor, alkole bağlı şiddet. **G-21-SPE-2**

Ben nöbet usulü çalıştığım için görüyorum, bu tür vakalar çok geliyor. Özellikle bayan kesimden. Ayda ortalama 4-5 defa böyle bir olaya bizzat şahit oluyorum. Aile içi şiddet, yani kocası karısını dövmüş ve hastaneye adli vaka olarak gelmiş en azından ayda 4-5 vaka ile karşılaşırız. Alkol ve şiddet, kendimi bildim bileli burada yani son 10 yıl öncesine kadar böyle bir şey olduğunu düşünüyordum (Alkol ve kadına yönelik aile içi şiddetin Kızılcahamam'da yaygın olduğunu). Yani eşinin alkol alması sonucu şiddete uğrayan kadınlar olduğunu düşünüyordum. Ama şimdi eskiye nazaran daha iyi, Kızılcahamam'ın eskiye göre daha iyi olduğunu düşünüyorum. **G-25-SPSM- 2**

Alkol ve madde kullanımı kadın istismarının nedenlerinden biri olarak görülmektedir. Bu alandaki literatürde de alkol ve madde kullanımı durumunda, kullanılan madde etkisiyle kadınların, eşleri ya da partnerleri tarafından büyük ölçüde istismara ve şiddete uğrama riski altında oldukları belirtilmektedir (PATH, 1997).

Araştırma bölgesindeki kadınların eşlerinden gördükleri şiddetin nedeni olarak temelde alkol görünse de, çocuklara sinirlenmek gibi çok basit nedenlerden ya da çocukları olmamasının bütün yükünün kadın eşe yüklenmesinden dolayı erkeklerin şiddete başvurdıkları gözlenmiştir.

Tanıdığım çalışan bir bayanın eşi sürekli alkol alır, ortada bir sebep yokken kızıp eşini döverdi. Örneğin çocuklara sinirlenir kadını döverdi. Bir gün kavga sırasında karısının kolunu kırdı. Kadın burada hastanede çalışıyor, genelde gördüğü şiddeti gizlerdi ama artık saklayamayacağı boyutta olunca açık açık anlatmak durumunda kaldı. Hastaneye geldiğinde ben yoktum ama yakın oturduğumuz için olayları biliyorum. Halen eşiyle birlikte yaşıyor. **G14-SPH-6**

Ev hanımı, 20 yıllık evli, çocukları yok. Eşi sürekli alkol alıyor ve kadına özellikle bu yönde yükleniyor. Çocukları olmadığı için sürekli eksik bulmaya çalışıyor, açıkça ifade edemiyor ama çocuğu olmadığı için kızıyor, en ufak bir eksiğini gördüğünde bunu dayak atmak için bahane edip, eşine sürekli şiddet uyguluyordu. Kadın şeker hastası, eşi üzüntüden evde şeker komasına bile girdiği oldu ve eşi hastaneye götürmedi. Hastaneye dayak nedeniyle başvurmadı, ama buna bağlı sorunlar ile geldi, tabi şiddeti gizleme eğilimleri var. **G14-SPH-6**

Bazı durumlarda erkeğin şiddeti alışkanlık haline getirdiği, kızgınlığına sebep karısı olmasa bile öfkesini karısını döverek atan kocalar ve sürekli dayağa maruz kaldığı halde çaresizlik, ekonomik güvensizlik ve destek yoksunluğu çıkmazında şiddete boyun eğip evini terk etmeyen, daha da önemlisi şikayet etmeyen, olayı sineye çekmekle yetinen kadınlar olduğu görüşmecilerin ifade ettikleri bulgulardandır:

Bir arkadaş var alkollü, sürekli alkol alır. Başkasına kızıp gidip eşini dövmüş, hırsını ondan almış. Acile geldi, adli rapor düzenlendi. Kadın sürekli dayak yediği için normal karşılıyor gibiydi, tepkisizdi. Şikayetçi olmadı. Şiddet nedeniyle sürekli hastaneye gelen belli kişiler var. Alkolikler, içip içip eşlerini döverler, genelde onlar geliyor. Alkol kullanımı burada çok yaygın, bu da şiddete yol açıyor. İşsizlik te var. Sağlık personeli şikayetçi olup olmadığını sorup yönlendiriyor mu? O zaten kendisini biliyor yani, şikayetçi olsa ne yapabilecek, gitse nereye gidecek, gidecek yeri yok kabulleniyor. Söylüyoruz ama, şikayetçi olmuyor. **G-26-SPSM- 3**

Şiddet vakası oluyor. Bir kadın evlilik dışı bir ilişkisi var ve dayak yiyip gelmiş (acile). Sorguladığınız zaman “Benim bir şeyim var mı?” deyip sadece “sağlığına ilişkin bir şey var mı” ya odaklı kalıp, sanki biraz sonra gene aynı kişiye dönecek gibiydi. Kadın da eğitilmeli, bilinçlenmeli. Kadın konsültasyona gelmişti acilden. Adli rapor acilde tutuluyor. Ben tutmadım. Konsültasyona gelmişti bana. Kadının şikayetçi olacak, şikayet edecek bir hali yoktu zaten. **G2-SPDU-2**

Aşağıdaki öyküde alkol ve aile içi şiddetin bölgede yaygınlığını doğrulayan ifadeler yanında, şiddetin çoğunlukla erkek eş tarafından uygulanmakla birlikte nadir de olsa kadının da kocasına şiddet uyguladığı durumlara rastladıkları belirtilmektedir. Bu tür durumlarda sağlık personelinin görevini yaptığı ve olaya temkinli yaklaştıkları da ifade edilmektedir:

4-5 ay önce aile içi kavga, karı-koca arasında, nedenini söylemiyor. Koca alkollü, kadının yüzüne, vücuduna zarar verecek kadar dövmüş. Polisle birlikte geldiler, adli rapor düzenlendi. Sağlık personeli bu tür olaylara temkinli yaklaşır, mesafeli davranıyor. Hoş bir şey değil. Sosyal güvenceyle alakalı. Şüphelendiğimizde polise bilgi veriyoruz. O sorguluyor. Bunun dışında bizlik bir olay değil. Biz tedavisiyle ilgileniriz. Alkol ve şiddet bu bölgede çok yoğun. Genel olarak şarhoş kavga edip gelen erkekler var (erkekler arası kavgalar). Ama aile içi şiddet, karı-koca kavgaları da var. Kocasını döven kadın da gördük. Kocasının kaburgasını kırmış. Adam daha pasifti, çekingen, pısırtıktı. **G-27-SPSM- 4**

Araştırma bölgesinde aile içi şiddet vakalarına sıkça rastlandığını belirten görüşmeciler, bu duruma neden olarak bölgede alkol tüketiminin çokluğunu göstermekte, alkolün şiddete yol açtığı, şiddetin ise bölge kadınlarında psikolojik travmaların sessiz epidemiler halinde yoğunlaştığını belirtmektedirler.

Burada darp olayı çok gelir. Acile aile içi, özellikle eşler arası şiddet olayları çok fazla gelir. Kimse kimsenin evinde neler olur bilmez ama biz nöbette gece saat 10’dan sonra neredeyse her gün bir darp olayına şahit olabiliyoruz. Ben bu tür şiddet vakalarıyla çok karşılaşıyorum. Burada bunalım, depresyon, psikolojik, psikiyatrik problemi olan çok kadın var. Ev hanımlarında yoğun olmakla birlikte çalışan hanımların da bir çoğunun ortak sorunları, eşlerinin dışarıda içip içip, alkol alıp eve gelmesi, parayı dışarıda harcaması, eve para getirmemesi sonucu çıkan kavga ve tartışmalarda eşlerinden sürekli şiddet görmeleri ve buna bağlı gelişen ruhsal sorunlar. Kocalar alkol alıp eve geldiklerinde kolayca kavga çıkabiliyor ve eşlerine şiddet uygulayabiliyor, kadın ise ses çıkaramıyor, kimse duymasın diye gördüğü şiddeti gizlemeye ve duygularını baskılamaya çalışıyor, bu da onun ruh sağlığını bozuyor. Burada çok yaygın. Kadın ses çıkaramadığı için, bir süre sonra olay konversiyona

dönüşüp ayla bayıla acile geliyorlar. Temelinde alkolün olduğu aile içi şiddetin sonucu olarak gördüğümüz konversiyon durumlarında bazı çalışanların maalesef kadını aciz görüp, “histerik” yakıştırmaları yaptıklarını da görüyoruz. **G14-SPH-6**

Kadınların uğradıkları şiddet ve haksızlıkların en önemlilerinden biri de taciz ve tecavüz olaylarıdır. Bu durum özellikle aile içinden ya da yakınlarından birinin neden olduğu bir durum ise açıkça söylemek kadınlar için bazen çok güç olabiliyor. Uğradığı haksızlığa ek olarak bir de çevresi tarafından suçlanmak, bazı durumlarda ikinci kez cezalandırılmak tehlikesi yaşayan kadın olayı gizlemeyi tercih edebiliyor. Bu duruma örnek olarak yaşanmış bir öykü, kadının yaşadıkları ve ailenin etkileniş biçimlerini göstermektedir:

Kızılcahamam’da alkol ve şiddet olayı yaygın. Buna bağlı olarak da aile içi şiddet de artıyor. 27 yaşındaki bekar kıza 57 yaşındaki eniştesi tecavüz ediyor, ve ondan sonra da adam kıza söylememesi için tehdit ediyor. Kız da annemle teyzemin arası açılır diye susuyor. Sonra kız hamile kalıyor. Karın ağrısı ile hastaneye getiriliyor. Olayın sonunda kız doğumunu yaptı çocuğu teyzesi alıp baktı. Teyzesi kesinlikle kocasından ayrılmayı düşünmedi bile. Sonra kızda yaşlı bir adamla evlendirdiler. Olayı kapattılar. Enişte hiç suçlanmadı, kimse bir şey yapmadı. Kız hamileliğinin hamama gittiği için olduğunu söylüyor. Doğum anında hastanede ısrar edilince gerçeği açıklamış. Enişte şikayet edilmediğinden bir şey yapılmamış. Bize kız diye geldi, karın ağrısı ile. Ben tabii ki doğumda karın ağrısı olacak, doğum ağrısız olmaz dedim, kadın bana çok kızdı “ne diyosun, bu kız, ne hamileliği” dedi. Halbuki gebelik maskesi oluşmuş, karnı büyümüş, hamile olduğu belli, doğum sancısıyla gelmiş. **G18-SPH-10**

Araştırma bölgesinde şiddet sıklığının yüksek olduğu, bu tür olaylarının gebelik gibi kadının özel hallerinde de sürdüğü ifade edilmektedir. Gebelik kadının çok özel yaşadığı bir zaman dilimidir. Kadına ve onun bedenine getirdiği ek sağlık yükleri, yeni bir canlının oluşması için daha fazla ilgi ve bakımın gerektiği bir dönemdir. Kadının böyle bir durumda bile şiddete maruz kalması, şiddetin kontrolden çıktığı bir durum olarak yorumlanmaktadır.

Alkol aldığı için, şiddete başvuruyorlar. Alkol alınca öyle hamile falan dinlemiyorlar. Eşlerini dövüp dövüp geliyorlar. Kadın şikayet edemiyor, karakola gidemiyor. Yani açıkta kalacak kadın, adam eve sokamayacak. Korkuyor şikayet edemiyor. **G-22-SPE-3**

Bir defasında da dayak yemiş bir gebe geldi adli vaka olarak. Yapabileceğimiz bir şey yok, doktor hanımda yanımızdaydı. Elimizden gelen kadıyla yatıştırmaya çalıştık. Eşinden dayak yemiş hamile bir kadın. Çok üzüldük, doğumu yakın bir kadındı. Şikayetçi oldular. Adli vaka kaydı alındı. Bize kontrole gelmişti. Sonra doğum yaptı. Çok dayak yemiş, kaçınıcı defa, en sonunda şikayet etmiş, dayanamayıp. **G-21-SPE-2**

Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması sonuçlarına göre yaşamı boyunca en az bir kez gebe kalmış her on kadından birinin gebeliği sırasında eşi ya da birlikte olduğu kişi tarafından şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (KSGM, 2009, s. 75). Aşağıdaki öyküde gebelikte şiddete maruz kalmak başlı başına bir insanlık suçu olmakla birlikte, doğum yaptıktan sonra anne ve bebeğin görüştürülmemesi de başka bir insanlık dramı olup, hukuk devletinde bu tür uygulamaların olması, kadının hala hak ettiği konumda olamaması, devletin korumasının yetersiz olduğu ve kadınların hala savunmasız kaldığı durumların varlığına işaret etmektedir. Burada yapılan haksızlık kadına yönelik cinsiyet eşitsizliğinin bir göstergesi olsa da, aynı zamanda daha anne karnında şiddetle tanışan, doğduktan sonra annesinden ve anne sütünden mahrum bırakılan bebeğe karşı da yapılan çok önemli bir haksızlık olarak yorumlanmaktadır.

Gebe bir kadın eşinden şiddet görmüş, vücudunda morluklar, ısırık yaraları var, oldukça hırpalanmış, hatta karnında bile ısırıklar var ve 8.5 aylık hamile. Bebeğinin durumunu öğrenmek üzere doğum kliniğine kontrole gelmişti. Doktor “*Git adli vaka olarak girişini yaptır bakayım*” dedi. Kadın “*Hayır, doğum yaparsam çocuğumu göstermezler*” dedi. O hasta doğum yaptı ve şikayetçi olmadığı halde çocuğunu da göstermediler. Sonra mahkemeye verdi ve boşandılar, mahkeme çocuğu annesine verdi. Ama kocası gidip kadını babasının evinde dövdü ve bebeği de zorla elinden aldı. Kadın artık uğraşacak halde değildi “Artık şikayetçi olmayacağım, baksın çocuğuna” dedi. Kadını bıktırdılar ve o kadın çocuğunu hiç görmedi. Halen o kadını görünce içim yanar. Çocuk burada büyüdü, kamyonculuk yaparlardı, kamyonu durdurup, çocuğu ana kucağına yatırıp mama yedirirlerdi de annesine vermezler, göstermezlerdi. Amaç bebeğe bakmak değil, anneye işkence çekirtmekti. Erkeklerde karşı tarafa işkence çekirtmek gibi bir düşünce oluyor. çocuğa bakacaklarından değil, burada çocuk düşünülüyor. Annelerin eğitilmesi lazım. Bu çocukluktan başlamalı, genç kızların okullarda eğitilmesi gerek, evlilik yaşı, sorunları anlatılmalı, cinsel eğitim verilmeli. Aile çok önemli. **G-22-SPE-3**

Fiziksel şiddetin çarpıcı boyutlarda olduğunu düşündüren yukarıdaki örneklerin yanı sıra, psikolojik şiddetin de yaygınlığını düşündüren katılımcı görüşleri de saptanmıştır. Şiddetin tek başına fiziksel olamayacağı, fiziksel şiddetin yaşandığı bir olayda farklı düzeylerde psikolojik sorunların da yaşanacağı düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarından olan bir görüşmeci, fiziksel şiddete maruz kalmasa da, eşi tarafından, ailesinde görmediği ve alışık olmadığını ifade ettiği davranışlara, sözlere maruz kalmanın psikolojisini bozduğunu, bununsa psikolojik şiddet olduğunu ifade etmektedir.

(...) Ben kendim de özellikle sözel rahatsız edici kelimelerden hoşlanmam ve insanlara karşı bu tarz iletişimde bulunmamaya gayret ederim. Ama eşim sürekli basit şeyleri, mesela evin dağınıklığı, yemek, çocuklara olan bir davranışımı bahane ederek bana karşı ithamlarda bulunur, isim takar. Bunlar belki çoğu kişi için büyük bir şiddet ya da çok kötü kelimeler değil ama ben ailemde böyle kötü sözler ya da kötü küfürler görmediğim için yadırgıyorum, eşimden bu tür sözler duymak gücümüne gidiyor. Bu da psikolojik şiddettir kesinlikle. Bu duruma dayanamayıp 2 yıl önce (11 yıllık evliydim) psikologa gittim, olayı anlattım, dayanamadığımı, bu tür muameleden rahatsız olduğumu anlattım. Benim dengem bozuluyor nerdeyse. Eşimin söylediği sözlerden sonra ben artık kopuyorum, evde durmak istemiyorum. Maddi konuda eşim biraz tutucudur, gelecek için birikim yapmak ister, bense kendim için olmasa da çocuklarımı yedireyim, giydireyim, gezdireyim isterim. Haklı olabilir belki ama ifade ediş biçimi sert ve kırıcı, bu da zoruma gidiyor. **G14-SPH-6**

Şiddet nedeniyle hastane aciline başvuran vakalarda, sağlık personelinin tutumları önemli ve belirleyici olabilmektedir. Şiddet mağduru, durumunun etkisi ile zaman zaman sağlık personeline karşı da olumsuz davranabilmektedir. Sağlık personeli sıklıkla şiddet mağdurunu teskin ve teselli edici, akıl verici tutumlar içinde oldukları ve yol gösterici oldukları da belirtilmektedir. Ancak bazı durumlarda hastaların ya da yakınlarının tehdit ve hakaretlerin, sağlık personelinin çok zor durumda bıraktığı ve çalışma motivasyonlarının kırıldığı da belirtilmektedir:

Bu tür vakalarda sağlık personeli genelde yardımcı olmaya çalışır. Eğer şiddete uğrayan kişi halen olayın etkisinde ise bizim en ufak bir gecikmemizde bize sert çıkabiliyor, çıkışıyor. “Niye beni bekletiyorsunuz? Niye bakmıyorsunuz? Benim buram ağrıyor, iç kanama geçiriyor olabilirim” vs. hasta agresif olabiliyor. Ama sağlık personelinin yaklaşımı olumlu, yardımcı oluyor, anlayış gösteriyor. **G1-SPDU-1**

Bir tane mafya gibi bir adam geldi ve parmağında çizik vardı, alkollüydü. Parmağındaki çizige dikiş atılmasını istedi. Doktor bu çizige dikiş atılamayacağını, pansuman yapılabileceğini söyledi. Adam “dikiş atacaksın buna, sen doktorsun ne işe yararsın, sen benim kim olduğumu biliyor musun?” diye bir mafya adamının adını verdi, onun yeğeni olduğunu söyledi ve küfür etti. Doktor dikiş atılamayacağına dair ikna etti. Sonra gecenin 4’ünde, hemşire odasının kapısını çalıp” hemşire hanım bugün yanınızda küfür ettim özür dilerim” dedi. “Şu sakızı lütfen çiğneyin” dedi. Ben çiğnemeyeceğim dediğimde ısrar etti ve bende sakızı aldım hasta gidince de sakızı çöpe attım. **G17-SPH-9**

Personeler saldırı boyutunda olaylar da oluyor. Yani sarhoş, birileriyle kavga edip, gelip burada hastaneyi mesken tutuyorlar. Hemşire hanıma küftürtiler, hizmetli personele saldırdılar. Ben de idari nöbette olduğum için karakol boyutunda gittim, ben de hastane adına şikayetçi oldum gece. Böyle olaylar olunca personelin motivasyonu da azalıyor. Gece iki sarhoş geldiğinde ilk muhatap olduğu kişiler hemşireler. Böyle küfürleşmeler olunca da ilk muhatap olan kişi rahatsız oluyor, bayan arkadaş sonuçta ve motivasyonları bozuluyor. **G-25-SPSM- 2**

Görüşmelerde oldukça fazla şiddet olgusu saptanmıştır. Şiddet olgularında personel yaklaşımının ve hasta tutumunun değerlendirildiği bu bölümden elde edilen verilerde, kadınların şiddet olaylarına sıklıkla maruz kaldıkları, gördükleri şiddeti aile baskısı, eş korkusu, çaresizlik, ekonomik yoksunluk, çocuklarını görememe kaygısı, benlik saygılarını yitirme korkusu ya da utanma gibi gerekçelerle saklama eğiliminde oldukları, bazen şiddeti ifade etseler de şikayetçi olma konusunda da benzer nedenler ve şikayet sürecinin başlamasıyla birlikte yaşanacak olaylardan korkma ve prosedürlerden yılma nedenleriyle isteksiz oldukları belirtilmektedir. Şikayetçi olanlar, adli rapor alınıp şikayet süreci başladığında çevredekilerin etkileri ile şikayetinden vazgeçtiği, barışma için ikna edildikleri, büyük çoğunlukla evlerine dönerek eski yaşamlarına devam ettikleri saptanmıştır.

Bazı kesimlerde bayan hastalar, aile içinde gördüğü şiddeti, çevrenin etkisinde kalarak gizlemektedir. Bu da kadının bazı haklarını yeteri kadar kullanamamasına neden oluyor. Darba uğrayan kişinin ailesinden yakınlarından gördüğü baskı kendisinde eziklik meydana getirmektedir ve yalana yöneltmektedir. Gördüğü baskı ve şiddeti İnkâr etmektedir. Acil nöbetinde karşılaştık. Kişi kendi adli vaka olarak direktmedikçe bizde bir şey yapamıyoruz. Çünkü bu tür olaylarda tamamen şikâyeteye dayalı olaylar olduğu için. **G4-SPPD-1**

Bursa’da eşinden dayak yemiş bir bayan geldi. Durumundan rahatsız ama *“şikayetçi olursam ne yaparım, evden atar, daha çok döver”* diye korkuyordu. Adli tıpa gönderdik. Kadın olayı büyütme istemiyordu. Rapor istemedi, *“boşanmaya kadar olay gider, gidecek yerim yok”* diyordu. Sağlık personelinin yaklaşımı iyi oluyor, merhametli davranıyordu. **G8-SPPD-5**

Komşum dayak yedi ama hastaneye gitmedi. Hastane ortamında görmedim. Kadının gözü morarmış, seslerini duydum ama kadın kapıya çarptım dedi. **G10-SPH-2**

Kadınların yaşadıkları şiddeti, gene kadınların toplumdaki konumu ve statüsüyle ilişkilendiren, kadının ikincil konumundan oldukça rahatsız olan, bu konuda çözüme ilişkin bir şeyler yapma isteğinde olan görüşmeci yaşanan bir şiddet olayını anlatmakta ve gene kadının ekonomik özgürlüğünün onu güçsüz ve çaresiz bıraktığına işaret etmektedir:

Kadın her zaman erkeğin şiddet duygularını giderici, hırsını çıkaracağı, şiddet uygulayabileceği bir nesne, işini yapan, az konuşan, ikinci sınıf olarak görülüyor. Erkeğin malı gibi. Hiç hoşlanmadığım şey. Param olsa kadınlar için kadın sığınma evi açmak isterdim. Bir sağlık personeli (burada çalışıyor) şiddet görmüş, kimseye söyleyemiyordu. Arkadaşımdı, kocası da sağlıkçıydı. Dayak yiyip hastaneye geldi. Eşi bankamatik kartını da elinden almış ve hadi boşanalım dedi. Sonra da karısına *“Hiç utanmadın mı? Ben boşanalım deyince peşimden geldin. Şimdi hangi yüzle bakıyosun bana. Ben desem bile sen gelmeseydin vs”* demiş. Dövülmüş ama kanama, kırık yoktu. Morlukları vardı. Adli rapor düzenlenmedi. Bir başka örnek. Kadının eşi bir şeyler satıyormuş

evde telefonla konuşuyormuş. Kadın da ona ne yaptığını sormuş. Adam “*Sen bana ne hakla ne yaptığımı soruyorsun başkasının yanında*” diye kadını öyle bir dövmüş ki, kaza geçirdi sandık, her yeri morarmış, mahvolmuştu. Kimseye kocasının dövdüğünü söylemedi, eşinin dövdüğünü hastanede gizledi. Kaza olmuş gibi geldi. Gece nöbette kadın bana anlattı. Ama sonunda gene eşine döndü. Ekonomik özgürlüğü yok ki ne yapacak **G11-SPH-3**

Yaşanılan çevre, görülen şiddetin gizlenmesinde oldukça etkili bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Şiddeti gören için zaten bu durumu dillendirmek yeterince güç iken, aile ve çevredeki yakınlarını ısrarı, baskısı, bazen de tehdidi ile şiddete uğrayan birey durumunu ifade etmekte güçlük çektiği ve şikayetçi olma hakkını kullanamadığı belirtilmektedir. Şiddet vakalarının “gizli şiddet” olarak devamında çevresel etkenler de aşağıdaki örnekte olduğu gibi önemli boyutta görülmektedir.

Şiddet vakaları oluyor. Kimisi gördüğü şiddeti anlatmak istemiyor, gizliyor, kimisi de alenen anlatıyor. 2 vaka gördüm. Kadının biri oğluyla geldi. Kocası dövmüş. Kadın şikayetçi olmak istiyor. Oğlu hayır olmayalım diyor. Annemi dinlemeyin diyor. Ama biz rapor tutmaktan yanaydık. Sonra kocası da geldi. Hatta hastaneye giriş işlemlerini de kocası yaptı. Ama kadın sonra oğlunun da ısrarlarıyla “şikayetçi değilim” deyince, sanırım rapor tutulmadı. **G12-SPH-4**

Ailenin desteğinden yoksun olan ve ekonomik desteği de olmayan kadınlar, şiddet görseler bile çaresizlik içinde verili durumu kabullenmek zorunda bırakılmaktadırlar. Çaresizlik ve sonrasında başına gelecekleri düşündüğünde ise kadınlar yaşadıkları şiddeti gizleme yolunu seçmek durumunda bırakılmaktadırlar.

Bir arkadaş var alkollü, sürekli alkol alır. Başkasına kızıp gidip eşini dövmüş, hırsını ondan almış. Acile geldi, adli rapor düzenlendi. Kadın sürekli dayak yediği için normal karşılıyor gibiydi, tepkisizdi. Şikayetçi olmadı. Şiddet nedeniyle sürekli hastaneye gelen belli kişiler var. Alkolikler, içip içip eşlerini döverler, genelde onlar geliyor. Alkol kullanımı burada çok yaygın, bu da şiddete yol açıyor. İşsizlik de var. Sağlık personeli şikayetçi olup olmadığını sorup yönlendiriyor mu? O zaten kendisini biliyor yani, şikayetçi olsa ne yapabilecek, gitse nereye gidecek, gidecek yeri yok kabulleniyor. Söylüyoruz ama şikayetçi olmuyor. **G-26-SPSM- 3**

....Ama hasta şikayetçi olmak istiyorsa adli raporunu düzenliyoruz. Yok, ben şikayetçi değilim diyorsa biz ne yapabiliriz ki, sadece bilgilendirmeye yönlendirmeye çalışıyoruz. Ama zaten burada şikayetçiyim deseler de, karakola gidince vazgeçiyorlar, polisler bir yandan, akrabalar, araya girenler diğer yandan kadın ikna ediliyor. Tabi bir de kadının sığınacak yeri yoksa, çalışmıyorsa, destek çıkacak ailesi yoksa, hele çocukları da varsa mecburen şikayetini geri alıyor, yapacak bir şeyi olmadığından kendi ayakları üzerinde duramayacağını düşündüğünden ve eşinin korkusundan eve geri dönüyorlar. **G15-SPH-7**

Şiddet vakalarına tanık olan sağlık personeli sıklıkla konuya duyarlı yaklaşıtlarını, şiddet mağduruna anlayışlı, sevecen yaklaşıtlarını, ona telkinlerde ve yönlendirmelerde bulunduklarını, hakları konusunda bilgilendirme yaptıklarını, adli rapor düzenlediklerini ifade etmektedirler.

Şiddet vakalarına çok rastlamadım ama genelde biz sağlık çalışanları görevimizin gereğini yapıyoruz o kadar. İnsanız üzölüyoruz, yapması gerekenleri anlatıyoruz, tedavimizi yapıyoruz. **G15-SPH-7**

Sağlık personeli yardımcı olmaya çalışır. Yılların verdiği tecrübe ile belli lezyonların, belli travmaların neden olup olmadığını anlıyoruz. Özellikle sosyo-ekonomik durumu düşük olan kişileri bilgilendirmeye, yönlendirmeye çalışıyoruz. Sosyal bilinci gelişmemiş kişilere “şikayet et, rapor al” diyoruz. Hastane polisini bilgilendiriyoruz, yönlendiriyoruz. Resmi kimlik gördüğü zaman saklamak istediğı şeyleri acaba açıklar mı diye. Ama tabi yine de saklamak isteyen saklıyor, şikayetçi olmuyor. Ama bu telkinlerimizle şikayet eden, adli rapor alan, resmi mercilere başvuran bir çok hasta da oluyor. Sağlık personeli bu tür durumlarda bilgilendiriyor, yönlendiriyor. **G7-SPPD-4**

1 ay önce gelen hasta kadını kaynanası ve kocası dövmuş, vücudunda morluklar var. Bayağı çok adli olarak şikâyetinde bulundu, boşanacaklarmış o,derece. Şikâyetçi oldu ama sonra olay kapandı. Arabuluculuk edilmiş, aralarını düzeltmeye çalışmışlar. Sağlık personeli direkt yapması gerekeni yaptı. Adli rapor düzenlendi, işleme geçti. Nejat hoca vardı. Manyak herif diye kızdı. Küfür ettiğini de bilirim. Kadına şiddete karşı biridir. Hastaneye ölü olarak gelen bir kadın vardı. Kadın bir gün önce kavga etmiş eşiyile, ertesi gün barajda bulundu. İntihar olarak geçti ama üzerinde kan bulundu. Olay sonra kapandı. Aile duyulmasını istemiyordu. İntihar olarak kayıtlara geçti. **G13-SPH-5**

Görölen şiddetin gizlendiğı durumlarda ise sağlık personelinin, şiddete uğrayan kadınla konuşarak, ona güven vererek olayı anlatmasının sağlandığı, kadına hakları konusunda bilgilendirme yapıldığı, adli rapor düzenlendiğı belirtilmektedir:

Başta biraz çekingen davranıyorlar. Ya başkasına söylerse diye bir güven duygusu olmuyor. Yaklaşımınız iyi olduğı zaman hasta rahat bir şekilde anlatabiliyor. Tabi ki bilgilendiriyoruz. Bir güven oluşması açısından özellikle en başta kapıyı kapatmak gerekiyor. Ayrıca özel görüşme yapıyoruz. O zaman hem hasta da bir güven oluşuyor, hem de rahat bir şekilde anlatabiliyor. Hakları konusunda da ayrıntılı olarak bilgilendiriyoruz. Haklarını anlattığımızda, hem hasta bize güven duyuyor. Güvenince de benim hakkım diyebiliyor. Şikâyetçi olabiliyor. Başta bir korkusu oluyor. Onu aştıktan sonra şikâyetçi olabiliyor. Adli rapor düzenleniyor. Hasta gördüğü şiddete gizliyorsa.. Tabi önce hastayı dinliyoruz. Ona göre bir yaklaşımımız oluyor. Olayı soruşturuyoruz. Darp varsa adli rapor düzenliyoruz. **G9-SPH-1**

Çiftler genelde adli vaka olarak polis eşliğinde bize geliyorlar. Biz olayı soruştururken bayanı ayrı tutuyoruz, koruma altına alarak, psikolojik destek sağlamaya çalışıyoruz. Rahatlatmaya çalışarak, dinleyerek, önerilerde bulunarak yardım etmeye çalışıyoruz. Bize polisle birlikte geldikleri için şikayetçi olmak isteyen kişiler geliyor, şikayetçi olmayan zaten evinde kalıp gidiyor, haberimiz olmuyor. Önce hastaneye gelmişse de hastane polisini bilgilendiriyoruz, şikayetçi olursa adli rapor düzenliyoruz. Adli boyutuna ve haklarına ilişkin bilgi vermiyoruz. Önce polisle görüştüğü için az çok bilgi sahibi oluyor. Biz burada tedavisini yapıp rapor düzenliyoruz. En fazla, hastayı

rahatlatmak için, dinleyip, konuşup, öğüt vererek sakinleştirmeye çalışıyoruz. Acil şartlarında daha fazlası için zaman ve olanağımız yok. **G-20-SPE-1**

Şiddette tutum olması gerektiği gibi oluyor. Şiddeti saklamaması konusunda telkinler oluyor. Bazı bayanlar saklayabiliyor. Çünkü anlatırsa daha fazla şiddete maruz kalacağını düşünüyor. Sonuç alamayacağını düşünerek saklıyor. Şiddete uğradığını saklıyorsa irdeliyoruz. Hakları konusunda bilgilendiriyoruz. Yasal boyutu varsa, adli raporu tutuyoruz. Tutmak zorundayız. Darp olduğunda rapor tutmalıyız. Tutmama gibi şansımız yok. Söylemişse, gizlese de, gördüğümüzü şeyi raporlaştırmak zorundasınız. **G6-SPPD-3**

Kocası tarafından kafasına sıcak su dökülen bir kadın geldi. Bankada çalışan bir kadın Sağlık Personeli olarak şefkatle davrandık, pansumanını yaptık. Polis getirmişti, kadın şikayetçi oldu. Adli rapor düzenlendi. **G17-SPH-9**

Başka bir hasta; Kafasına şişe vurmuş kocası, dikiş atmıştı. Şikayetçi olmadı, oğulları getirmişti. Rapor düzenlenmedi: Polis eşini bulmaya gitti fakat bulamadı. **G17-SPH-9**

Tutanak tutuluyor. Kişi istemese bile tutanak tutuluyor. Kadın başka bir yerden düştüğünü söyledi ama doktor bunun dayak olduğunu düşünerek tutanak tuttu. Sağlık ocağına genelde adli vaka olarak başvuruyordu şiddet vakaları o zaman zaten rapor tutuluyordu. Karakola başvurduktan sonra sağlık ocağına rapor için geliyorlar adli rapor için. **G18-SPH-10**

Burada hastanede de öyle dayak yemiş kadın geldiğinde sadece pansumanını yapabiliyoruz. Yapabileceğimiz bir şey var mı diye sordüğümüzda da o kendi ailesiyle ilgili olayları anlatıyor. Bu durumda bizde çekiniyoruz. Çok fazla işine karışmıyoruz. Şikayetçi oluyor. Araya üçüncü kişi olarak girdiğinizde kabak sizin başınıza patlıyor. Bu nedenle aralarına pek fazla girmiyoruz. Dayak olaylarında sağlık personeli sadece tıbbi müdahalesiyle ilgileniyor. Yönlendirme yok. Şikayetçiyim derse adli rapor düzenleniyor.

Şiddet olaylarında hasta genelde polisle birlikte bize geliyor. Müdahalenin sonunda biz adli rapor düzenliyoruz. **G-24-SPSM- 1**

Şiddete uğrayan kadınlara karşı sağlık personelinin olumlu tutum ve yaklaşımlarının olduğunu ancak bu tavırların bazen amacını aşarak, tedavi ve bilgilendirmenin ötesinde bireylerin ev içi sorunlarına kadar girildiğini, bunun ise gereksiz olduğunu düşünen bir görüşmeci olayı şu biçimde ifade etmektedir:

Kızılcahamam'da aile içi şiddet vakalarına rastlıyoruz ama az. Acile gelen şiddet vakalarında hemşireler de, sağlık memurları da fazla olayın içine girmek istemiyorlar. Genelde erkekler müdahale ediyor. Bayan hasta eşinden dayak yemişse daha sevecen bir tutum sergileniyor. Yardımcı olmaya çalışıyorlar bazen gereğinden fazlasını yapmaya çalışıyorlar. Sağlıklarıyla ilgilenmenin ötesinde ev içi sorunlarına kadar girmeye çalışıyorlar. **G-24-SPSM- 1**

Sağlık personelinin tutumları incelendiğinde ise, hastanın beyanını esas aldıkları, hasta şikayetçi olmak istemiyorsa adli rapor düzenlemedikleri, bazen de şiddet gizlense bile eğer buna yönelik şüpheleri varsa hastayı rahatlatarak ve telkinle yönlendirdikleri bulguları elde edilmiştir.

(...) Düştüm, çarptım dediğinde yani, gördüğü darbu, şiddeti gizlemeye çalıştığı zaman şikâyetçi olması için baskı yapamıyoruz. Tedavi yapıp gönderiyoruz. Kendi ifadesine göre davranıyoruz. **G4-SPPD-1**

Şiddet vakalarında yaptığımız hastanın muayene ve tedavi edilmesi ve adli rapor düzenlenmesidir. Şikayetçi olma hakkını kullanıp kullanmaması adli mercilerin işi. Biz onu bildirmiyoruz. Biz sadece muayene ve tedavimizi yapar, gerekirse adli raporunu düzenleriz. Bazıları gelip eşinden dayak yediğini söyleyip rapor istiyor. Biz o zaman hastanın şikayeti, yaralanması varsa rapor tutup gönderiyoruz. Numunede çok yaşadık. Bazısı da, annesi ya da kız kardeşinin zoruyla geliyor, illa rapor tutturuyor. Aslında eşinden şikayetçi değil, annesinin ya da kız kardeşinin zoruyla gelip rapor istiyor. Dayak var ama şikayetçi olmak istemiyor, yakınlarının zorlamasıyla hastaneye geliyor. **G1-SPUD-1**

Darp olayı olduğu anlaşılan her vakada kesinlikle adli rapor düzenliyoruz. Özellikle kadın kocasından dayak yemişse, şikayetçi olsun olmasın rapor yazıyoruz. Sonrasında adli boyutu için, “siz gidip karakolda şikayetçi olup olmadığınızı anlatırsınız” diyoruz. Biz sadece rapor düzenleyip, karakola yönlendiriyoruz. **G14-SPH-6**

Şiddete uğrayan kadınların ilk tedavisi yapıldıktan sonra karakola yönlendirildikleri, eğer şikayetçi olurlarsa da tekrar hastaneye gelip adli rapor düzenlendiği ancak şikayetçi olanların sayısının oldukça düşük olduğu belirtilmektedir. Görüşmeciler görevlerini yaptıklarını fakat hasta şikayetçi değil ise adli rapor düzenlemediklerini ifade etmektedir:

Var, oluyo tabi. Oğlu, kocası, babası tarafından dövülmüş olarak gelen hastalar var. Ama onlar adli vaka olduğu için biz önce karakola yönlendiriyoruz. Bizim karakola ya da polise yönlendirdiğimiz, çünkü biz onların istemiyle rapor tutabiliyoruz, 10 vaka gönderiyorsak belki 1 ya da 2 si geri geliyor rapor için. Şiddeti saklıyorsa hastanın beyanını esas alırsın. Ben öncelikle ısrar ediyorum. “*bak bu belli, ya dayakla olmuş, ya birisi yapmış*” diyorum. Özellikle, üstüne basa basa “*yok darp değil*” diyorsa ısrar edemiyoruz. Ama “*evet darp, ama ben şikayetçi değilim*” de diyebiliyorlar. Kişisel tercih. İstemiyorsa tutanak tutmuyoruz. Özellikle, üstüne basa basa diyorsa ki darp değil... Bazen diyor ki, yok öyle olmadı, darp değil, düştüm ondan oldu diyor. Sonuçta onda da öncelikle hastanın beyanını esas almak zorundayız. Ancak şikayetçi olursa adli rapor düzenliyoruz. Veyahut dahası öyle durumlar oluyor ki, hastanın da inkar edemeyeceği vakalar oluyor. Darp belli oluyor, ortada ise, o zaman diyoruz ki “*Tamam sen kendin bile olsa biz buna rapor tutacağız*”. İlk başvuruda önce şikayetçi oluyorlar. Biz raporunu yazıp karakola gönderiyoruz. Ya ertesi gün, ya savcılığa intikal edeceği zamanda, araya ya eş dost, tanıdık giriyor ikna ediyorlar, şikayetini geri alıyor, vazgeçiyor. Eşine dönüyor. Dava düşüyor ya da dava savcılığa gitse bile zannedersen davacı olayı takip etmediği için mahkemede düşüyor. Bizim yapacağımız darp gördüğüne ilişkin raporu yazmak. **G5-SPPD-2**

Birini kaynı dövmüş, eşinden ayırmış. Onda rapor tutuldu. Muayene edildi. Adli vakalarda en küçük bir şey sezsek, kendim yaptım dese bile şüphelenmişsek polise haber veriyoruz. Geçenlerde bir çocuk evinde fişek patlatmış. Ne kadar o elimde fişek patlattım dese de biz polise muhakkak bildiriyoruz. Sonuçta kendi mi yaptı, başkası mı bilmiyoruz. Geçenlerde nöbetimde bir kız geldi, 15 yaşında. İlaç içmiş, ne içtiğini bilmiyoruz. Annesi ısrar etti “Çamlıdere’de oturuyorum, duyulsun istemiyorum”. Kardeşi şişko dediği için intihara kalkmış. Babası da yokmuş. Anne de öyle ısrar ettiği için

rapor tutmadık, sabaha kadar gözlemde tuttuk. Ciddi vakalarda doktor kendini riske atmamak için rapor tutar. Ama bunda çocuğun durumu iyiydi, anne de öyle ısrar edince tutulmadı. **G12-SPH-4**

Şiddet gören kadına yardım etmek isteyen doktorun, adli rapor düzenlediği, kadının eşinden boşandığı ancak bir süre sonra tekrar evlendiklerinin anlatıldığı öykü ise şöyledir:

Bir bayan dayak yiyip gelmiş. Daha öncede eşinden defalarca dayak yemiş. Bir defasında eşi evden uzaklaştırılmış. Bize geldiğinde, ikinci olayında da bayan doktorumuz vardı. Muayene sonucunda, hastanın beyanını da dikkate alarak azami derecede ne yazması gerekiyorsa yazarak rapor tuttu. Tekrarlayan şiddet olduğu için, bayanı korumak amacıyla, bayanın lehine olacak biçimde rapor düzenlendi. Doktor çok hassas davrandı, kadına yardımcı olmak için elinden gelen her şeyi yaptı. Kadın şuram ağrıyor dediyse yazdı, buram ağrıyor dedi yazdı. Dava kadının lehine sonuçlansın diye iyi niyetli davrandı. Boşandılar, ama şimdi yeniden evlendiler. **G-23-SPE-4**

Sağlık personelinin çoğunlukla profesyonel davranış sergilediği ifade edilse de şiddete uğrayana karşı önyargılı ya da “şikayetçi olup ne yapacaksın, kocandır dön evine” biçiminde yaklaşımları da saptanmıştır.

Bir bayan hasta geldi, psikolojik sıkıntıları var, baygındı, gözlerini sıkıca kapatmış açmıyordu. Doktor alkolü pamuğa damlatıp koklatmak yerine burnuna boca etti. Bir de iyi bir tokat vurdu. Yani inledi resmen orası. Yani kadınlara genelde böyle bir tavır uygulanıyor. **G12-SPH-4**

Bir sağlık çalışanının acil servise yansıyan bir şiddet olayında, kadının eşinden ciddi biçimde fiziksel şiddet gördüğü ve belki yaşamını tehdit edecek türden bir yaralanma olduğu halde, doktorun kadına “şikayetçi olma, kocandır, dön evine” biçimindeki yaklaşımını eleştirmekte ve bu durumu doktorun ciddi bir mesleki hatası olarak yorumlayarak, ikaz ettiğini dile getirmektedir.

Bazen çok bilinçli doktor ve sağlık personelimiz var. Ama bazıları da “yer, ne olacak kocalarından. İki gün sonra anlaşır onlar” diyorlar. Olağan karşılıyorlar. Sonra düzelir diyorlar. Bir nöbetimde geçici görevle gelen bir doktor (50 yaşında, mühendisten sonradan doktor olmuş) vardı. Darp nedeniyle bir bayan hasta geldi. Hastanın kafasında darp izi var. Kocasını demir sopayla vurmuş. Doktor “Git, kocan olmadıktan sonra sen ne yapacaksın. O sana bakıyor ediyor, geri barışın” dedi. Ben de dayanamadım “doktor bey siz ne yapıyorsunuz. Bu darp. Bu kişi şikâyet etmezse, iki saat sonra öldüğünde buraya gelirse biz soruşturma geçiririz. Başına bir şey gelir kanaması olursa, bu kadının, ki başına demir sopayla vurulmuş, iki saat sonra beyin kanamasından giderse nasıl vicdanınız rahat edecek” dedim. İki saat “sen ona muhtaçsın, ekmeğini vermiyorsun, o sana veriyor, bakıyor” diyor. Ben de “hocam siz ne yapıyorsunuz. Bu kadın darp görmüş, bu kadar sıkıntı yaşamış, sen buna adli yolunu göstermezsen, kadına haklarını göstermezsen, şimdi şikâyetçi olmazsa bile en azından tutanak tutulur, resmi bir şey, yaptığı bir işlemden dolayı, iki gün sonra gene geldiğinde, bu kadına daha önceden de darp edildiği bilinir en azından. Hiç değilse sağlığı konusunda bir şey yapılır. Onu da bırak resmi bir işlem yapılmazsa, hadi tedavisi yapıldı, ama resmi bir

işlem yapılmamışsa, bu kadın öldüğünde o zaman siz de vicdan azabı hissedeceksiniz, göz göre kadının resmen ölümüne sebep olabilirsiniz” dedim. İkna olmadı ama kadın “Başıma bir şey gelirse ölürsem kocamdan bilirim” dedi. Direkt suçlamasını yaptı. Sonra eşine döndü. Hasta şikâyetçiyim dedi. Benim tutumum da belli olunca, doktorun sesi kesildi ve adli rapor düzenlendi. İki gün içinde herhangi bir durum olursa, hayatım tehlikeye girerse eşimden şikâyetçiyim, eşim suçludur dedi. Sonra anlaştılar. Eşini her zaman dövüyordu. Bu olaydan sonra pek cesaret edemedi. Bu olay korkutma gibi bir şey oldu, gözdağı verilmiş oldu. **G13-SPH-5**

Sağlık çalışanlarının şiddet vakalarına yaklaşımlarının zaman zaman olumsuz olduğunu, eksik ya da hatalı tutumların olduğunu, hasta-sağlık personeli iletişiminin olması gerektiği gibi işlemediğini gösteren yorumların da azımsanmayacak kadar olduğu saptanmıştır:

Alkollü, kavga etmiş, dayak atmış ya da yemiş kişiler acile geldiğinde hemşire arkadaşlar özellikle ve sağlık memurları da tavır ve davranışlarında daha sert oluyorlar, sanki bizimle kavga etmiş gibi. **G-24-SPSM- 1**

Şiddet yaşayan kadınların sıklıkla ruhsal sorunlar da yaşadıklarını, bazen şiddet nedeniyle değilse bile sürekli şiddet yaşamaya bağlı gelişen ruhsal sıkıntılar nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurdıkları, acil serviste bu tür hastalara yeterli ilgi ve bakımın sağlanmadığına, yapılanların sınırlı olduğuna ilişkin yorumlara da rastlanmıştır. Bunlardan bazıları aşağıda verilmektedir:

Acile ayda en az 4-5 defa şiddet nedeniyle başvuru geliyor. Ama teşhis ne koyuyorlar, anksiyete, depresyon, konversiyon, histeri koyuyorlar teşhisini. Bir diazem yapılıyor. Gözlem odasında yaklaşık yarım saat-bir saat gözlem altında tutup sonra evine gönderiyorlar. Ondan sonra işin adli boyutu var, doktor burada adli raporunu doldurup gönderiyor. Şikâyetçi olursa devam ediyor. **G-25-SPSM- 2**

Bir bayanın şiddet nedeniyle müracaat ettiğini gördüm. Yine aynı şekilde baygın vaziyette taksiyle getirmişler. Hasta kabuldeki arkadaşlar getirip gözlem odasına aldılar. Yine aile içi bir şiddetti, darp ve cebir izi yoktu ama gene de aile içi bir şiddetti, eşyle tartışmışlar, şahit olduğum bir olay. Gözleme yattı. Doktor geldi, diazem yapıldı. Görüntüde darp yoktu ama hasta sinir krizi geçiriyordu. Gözlem odasında yaklaşık bir saat kaldı, tedavisi yapıldı. Kocasından şikâyetçi olduğunu biliyorum. Karakola resmi olarak başvurduğu zaman işin adli boyutu savcılığa kadar gidiyor. Ondan sonrasını bilmiyoruz. **G-25-SPSM- 2**

Sağlık personelinin hastaya haklarını bildirdiğini düşünmüyorum. Yani burada hiçbir arkadaşımın hastayı bilgilendirdiğini düşünmüyorum. Sadece ilaç tedavisi ve gözlem altına alınan hastanın burada 1-2 saat kalması, gözlenmesi vs. ama böyle oturup konuşma ya da psikolojik destek verildiğini sanmıyorum. Şikâyetçi olursa da adli rapor düzenleniyor. Hasta gördüğü şiddeti saklıyorsa, ısrarla sen kavga mı ettin, şunu mu ettin denilmiyor. Hasta saklıyor esasında. Ben oluyum, doktor olsun gözle görülüyor zaten, anlaşılıyor şiddet olup olmadığı. Göz morarmasının kapı çarpmasıyla alakalı olup olmadığını anlayabiliyoruz. Ama ısrarla dayak değil, düştüm veya kapıya çarptım diyebiliyor. Anksiyete durumunda bir hasta. Ama saklıyorsa da ısrarcı oluyoruz biz de. Niye saklıyorsun, neden böyle yapıyorsun diye ısrar

etmiyoruz. Yine yapılacak tedavi aynı sonuçta. Hastanın beyanını esas alıyoruz. **G-25-SPSM- 2**

Sağlık personeli şiddet vakaların önlenmesine çözüm olarak kadının eğitilmesi ve bilinçlenmesi gereğine vurgu yapmakta ve kadının sosyal statüsünün karşılaştığı şiddet vakasıyla doğrudan ilgisine dikkat çekmektedirler.

(...) Kadının şikayetçi olacak, şikayet edecek bir hali yoktu zaten. Kadın da eğitilmeli, bilinçlenmeli. **G2-SPUD-2**

3.2.3. Doktorların Branş Seçimlerinde Gözlenen Cinsiyete Dayalı Ayrımcılıklara İlişkin Bulgular:

Doktorların branş seçimlerinde gözlenen cinsiyet temelli farklılıkların neler olduğu, böyle bir farklılaşmanın olağan karşılanıp karşılanmadığı sorusuna verilen yanıtlarda, daha çok kadınların bedensel güç bağlamında kendilerini ağır çalışma gerektiren branşlar için uygun görmedikleri, evlilik, annelik sorumlulukları ile birlikte yürütebileceği “daha rahat” olarak ifade edilen branşları seçtikleri, bu alanlarda çalışmasının uygun görüldüğü belirtilmekte ve bu tercihleri onaylanmaktadır.

Bayan hekimler genelde ağır branşları tercih etmez. Ortopedi, genel cerrahi, beyin cerrahisi vb. Ama son yıllarda bayan genel cerrahi uzmanlarında sayıca bir artış var. **G1-SPUD-1**

Branş seçimlerinde cinsiyet temelli farklılaşma var. İş yükü açısından olmalı da. Kadın ortopedist, beyin cerrahi, genel cerrahi uzmanı da olmamalı. Zaten de tercih etmiyorlar. Kadınlar ya pratisyen olarak kalıyorlar ya da anestezi, patoloji, FTR, dermatoloji gibi branşları seçiyorlar. İş yükünden dolayı olağan karşılıyorum. **G2-SPUD-2**

Branş seçiminde cinsiyet temelli farklılıklar bazen oluyor tabi. Kadın doğum, çocuk, FTR, Kadın hekimler çocuk, göz, cildiye daha çok seçiyor. En çok bayanların tercih ettiği kadın doğum, çocuk, göz, FTR vardı bizim zamanımızda, dermatologların çoğu bayandır. Kadınların çoğu kadın doğumu tercih etmez. Erkek kadın doğumcu daha çok. Üroloji, doğum, genel cerrahi, göğüs cerrahisi, kalp-damar cerrahisi, beyin cerrahisinde erkek doktor hakimiyeti var. Plastik cerrahi, onkoloji, ortopedi özellikle erkek. ortopedi uzun süreli güç gerektiren bir alan olduğu için kadınlar tercih etmiyor. Cinsiyet açısından değil ama insanın kendi kapasitesini bilerek belli bir branşa yönelmesi gerek. Bayan olarak bir genel cerrahi ya da ortopediyi istemiyorsa sonuçta o onun tercihidir. Bir dermatolojiye göre cerrahi daha ağır bir branş. En azından belki günün 15-20 saati ayakta kalabileceği bir branş. O yüzden yani kendi kapasitelerinden dolayı veya bayan olmanın verdiği durumdan dolayı tercih ediyor olabilirler. Mesela çoğu dermatoloji, FTR alana girdiklerinde ileriki hayatlarını düşünerek bu alana giriyorlar. **G5-SPPD-2**

Bayanlar daha rahat branşları seçer. Nöroloji, göz, dermatoloji, FTR. Ürolog bayan yok. Ne istiyorsa onu seçsin. **G11-SPH-3**

Branş seçiminde bayanlar genelde daha rahat alanları seçmeye çalışıyorlar. Hastaneyle bağı daha az olsun, aile hayatı bundan olumsuz etkilenmesin diye. Üroloji dışında cinsiyete göre farklılaşmaya pek rastlamadım, ürolojide sıkıntı var ama kadın doğumu her iki cinsiyetteki doktorlar seçebiliyor, sıkıntı yok. **G14-SPH-6**

Bazı branşlarda, özellikle FTR % 90 bayan hekim oluyor. İnsanlar daha rahat edebilecekleri branşları tercih ediyorlar. Cinsiyete göre branş seçimini doğru bulmuyorum ama bu kişilerin özgür düşüncesi, yorumu ve tercihi onlara kalmış. **G-20-SPE-1**

Kadınların annelik rolü ve ev içindeki rollerinin daha önemli olduğunu, bu durumun ise onları ev hayatı ve iş hayatının uyumlu sürdürülebileceği branşlara yönelttiğini savunanlar durumu şöyle açıklamaktadırlar:

Bayanlar ilk önce anne olduğu için daha rahat branşlar seçiyorlar. FTR, cildiye vs. Hayat kalitesiyle alakalı. Olağan karşılıyorum. Kadın-erkek ayrımı değil ama, rahatlık ve hayat kalitesi açısından seçiliyor. **G3-SPUD-3**

Kadınlar ev sorumlulukları, annelik rolleri gibi nedenlerden dolayı, hayatlarını daha kolaylaştıracak rahat branşları tercih ediyorlar. **G-25-SPSM-2**

Bayanlar çalışma koşulları daha rahat olan branşları seçiyor. Kadının fiziksel güçsüzlüğü, anne rolü, ev içinde yapması gerekenler, eksik etek ya, nedeniyle ağır branşları seçmiyorlar. Örneğin, çocuk polikliniğinde çalışırken doktorumuz eve gidince ne pişiricem diye düşünüyordu. Olağan karşılıyorum, öyle düşünüyorlar. **G10-SPH-2**

Bir görüşmeci branş seçiminde, o alanın getirdiği sorumluluk ve iş yüküne tahammül etme gücünün etkili olduğunu, örneğin çocuk sesinden rahatsız olan birinin çocuk alanında ihtisas yapmayı tercih etmediklerini belirtmektedir:

Eskisi kadar bir cinsiyet ayrımı yok. Ama gene bazı erkek doktorlar kadın doğum branşını istemezler. Sürekli bayanlarla uğraşmak istemezler. Kimisi de çocuklarla uğraşmak istemez, çocuğun derdini anlayamaz, çocuk sesine, ağlamasına tahammül edemez, o branşı seçmez. Bayanlar bunu daha kolay tolere edebiliyorlar ve seçiyorlar. Ben mesela, çocuk sesine, ağlamasına tahammül edemediğim için çocuk branşını seçmedim, sürekli kadınların olduğu bir ortamda çalışmak istemediğimden de kadın doğumu seçmedim. Sürekli kadın hastalarla çalışınca kadınlardan soğuyabilirdim ve belki bu durumu eşime yansıtabilirdim. **G1-SPUD-1**

Kadın ya da erkek hekimlerin tercih ettikleri uzmanlık alanlarının farklılığını kabul eden görüşmeciler, bu durumun cinsiyetle ilgili olmadığını söyleseler de seçimlerini etkileyen faktör olarak cinsiyetin etkili olduğu görülmektedir:

Var tabi ama temelde cinsiyetle ilgili değil. Genel de cerrahi branşları erkekler tercih eder. Nöbetlerinden, yorgunluğundan ve yoğunluğundan dolayı asistanlık döneminde FTR, dermatoloji, göz gibi branşları daha çok bayanlar tercih ediyor. Cerrahi branşları da cinsiyet daha çok erkekler tercih ediyor. Mesela ürolog bir bayan doktorla hiç karşılaşmadım. Belli branşlarda belli cinsiyette doktorlar yoğunlaşıyor. Bu daha çok dahili branşları kadın, cerrahi branşları erkeklerin tercih etmesi şeklinde görülüyor. Kadın KBB da çok

görmedim. Ortopedi de güç gerektiren bir alan, fazla kadın ortopedist yok. Ama beyin cerrahı kadın duydum. Ürolog hanım görmedim. Acil tıp eğitimi de ağır, 5 yıllık. Bayanların pek tercih edeceğini sanmıyorum. **G7-SPPD-4**

Kadın hekimlerin tercih etmedikleri branşların başında üroloji alanı, güç söz konusu olduğu için ortopedi, uzun çalışmalar gerektirdiği için de cerrahi alanının olduğu katılımcıların ortak görüşleri arasındadır.

Ortopedi, üroloji alanlarda kadın doktor duymadık. Ortopedi güç gerektiren bir alan. Cerrah bayan da çok az. Ultrasonda da bayan doktor var, erkek hastalar çekiniyor. **G-21-SPE-2**

Var. Ortopedist bayan doktor görmedim. Ürolog bayan doktor da görmedim. Genellikle enfeksiyon hastalıklar ve radyolojide bayan doktor çoktur. Cildiye, göz, çocuk branşlarında bayan doktor fazla. Bu tercihlerini olağan karşılamıyorum. Hepsi her branşta çalışabilmeli. Belki bazı dallarda sıkıntı olabilir. Örneğin ortopedi güç gerektiren bir alandır. Güç gerektirdiği için de bayanların burada çalışması zor. Bundan dolayı erkeklerin bu alanı seçmesi normal. Toplumsal yapıdan dolayı kadınların ürolojide çalışmaması da normal olabilir. Gözde bayan doktorların fazla olması mantıklı gelmiyor. Erkekler de görev almalı. Genel anlamda dağılım eşit olmalı ama güç gerektiren alanlarda ve mahremiyetin sorun olacağı alanlarda cinsiyet farklılaşmasını olağan karşılıyorum. **G-24-SPSM- 1**

Branş farklılığı var. Üroloji de bayan yok. Ortopedide cerrahide pek bayan doktor yok. Olağan mıdır? Ortopedi güç gerektirdiği için olabilir ama diğer branşlarda olağan değil. Bayanlar daha rahat branşlar seçiyorlar, ev yaşantısıyla uyumlu, iş ve ev yaşamını birlikte kolayca götürebileceği alanları seçiyorlar. FTR, “genel anlamda branş farklılığı yok, birkaç alanda var” **G-23-SPE-4**

Branş seçerken tabi erkeklerin ürolojiyi seçmesi, kadınların seçmemesi doğal olabilir ama mahremiyetle alakalı. Ama kadın doğumda böyle bir şey yok. Kadın doğumcu çok erkek var._Cerrahi branş olmasına rağmen/mesela ortopedi mahrem bir alan olmadığı için, yani bazı bölümlerle yapılabilirlikle alakalı, Mesela bayanlar çocuklara daha duyarlılar, çocukların dilinden daha iyi anlarlar. Genelde çocuk doktorları bayanmış gibi algılanır. Ama kadın doğum öyle değildir. Kadın doğumun geliri de yüksek olduğu için. O yüzden de erkekler hoşlanmasalar da kadın doğum hekimi oluyorlar. Ama bu tabi ki meslek seçiminde cinsiyetle alakalı değil de yapılabilirlikle alakalı görülüyor **G6-SPPD-3**

Karşılaşmadım. Burada iki doktorumuzda erkek. Ürolog genelde erkek oluyor. Sağlık açısından cinsiyet ayrımı yapılmaması gerek. Bazen oluyor ki Genital bölge pansumanı yapıyor ve sonda takabiliyoruz erkek hastaya. Bunlar olağan işlerdir. **G9-SPH-1**

Genelde isteklerine göre oluyor. Bayanlar ürolojiyi tercih etmiyorlar. Branş farklılığı var. Erkekler çok fazla cinsiyet ayrımı yapmıyorlar, sorun olmuyor. Ama kadınlar da var. Onlar da daha rahat, huzurlu olmak için mi deyim yoksa.. bizim ülkemizde aşırı derecede var, dini yönden ya da mahremiyet v.s. **G13-SPH-5**

Çalışanlar, sağlık kuruluşlarında gördükleri üzerinden yorum yaparken de branş tercihlerinde cinsiyete dayalı farklılıkların olduğunu, ürolog kadın hekim olmadığını, ancak kadın doğum alanında erkek doktorların fazla olduğunu, cerrahi

alanında son zamanlarda bir derece kadın hekim sayısında artış görülse de bu branşta ağırlıklı olarak erkek hekim gördüklerini, uygulamada kadın hekimleri daha “rahat” olarak nitelenen branşlarda gördüklerini ifade etmektedirler:

Branş farklılığı olduğunu düşünüyorum. Yaklaşık 10 yıldır buradayım. Bir defa cerrahi uzmanı bir bayan doktor geldi. Onun dışında genel cerrahlar hep erkek, ortopedi uzmanları da erkek, ürologlar da öyle. Buraya gelen bayan doktorlar genelde göz, kadın doğum, FTR, aile hekimliği branşlarındaydı. Bu farklılaşmayı olağan karşılıyorum. Onun kendi yapıp yapamayacağıyla ilgili, onu kendi kıyaslar artık. Yapamam diyorsa zaten tam verimli de olamayacağını düşünüyorum. **G-25-SPSM- 2**

Ürolojide bayan doktor Türkiye’de belki birkaç tanedir. Kadın doğumda eşit değil. Hastalarda böyle istiyor. İster, istemez. Çocuk ve kadın doğumda değil ama ürolojide cinsiyet temelli branş tercihi var. Çocuk hekimliğinde ayırım olduğunu sanmıyorum. Bayanlar çocuklara daha çok düşkün ve tolere ediyor olabilir. Ama ben çocuk doktorluğunda cinsiyete bağlı tercih olduğunu sanmıyorum. Çalışan ve çalışmayan her annede çocukların bakım yükü hep bayana düşüyormuş gibi. Temel sorumlu annedir. Bunun etkisi olabilir. **G6-SPPD-3**

İki sene önce ürologlar kongresine gittim Selçuk ta. Tüm ürologların toplandığı bir kongre, hiç bayan ürolog yoktu. Zannedersen Türkiye’de bir tane varmış o zaman ben orda sormuştum. **G5-SPPD-2**

Ürolog bayan yoktur. Kadın ürolog Türkiye koşullarında yapamaz, çok zor. Tabi olsa bir sürü sapık gitmeye can atar. Sapık hastaları olur. **G2-SPDU-2**

Üroloji alanında kadın hekimin çalışmasının doğru bulunmaması yanında, kadın doğum alanında çoğunlukla erkek hekimlerin olduğunu, buna neden olarak ta kadın doğum branşının para getiren bir alan olduğu gösterilmektedir.

Üroloji erkek hastalar gittiği için, belki böyle bir alanda bir bayan doktor çalışmak istemiyordur. Çoğu kadın doğumu istiyor, talep görüyor ama para getiren bir meslek olduğu için. **G12-SPH-4**

Toplumsal yapı, kültür ve mahremiyet duygusunun da branş seçiminde etkili olduğuna dikkat çeken görüşmecilerin yorumları da şu şekildedir:

Her ne kadar kültürel düzey yükselse de, maalesef ülkenin belli gelenek ve görenekleri var. Toplumun hazmedemediği şeyler var. Örneğin kadın üroloji uzmanının çok fazla hasta bakabileceğini, iyi bir cerrah olsa da hasta potansiyelinin fazla olacağını sanmıyorum. Toplumun en kültürlü düzeyinde bile, erkek toplumundan bahsediyorum, mahremiyetten dolayı, belki yabancılarda da bu böyledir, muhtemelen bayan üroloğa gideceğini sanmıyorum. **G7-SPPD-4**

Doktorlar da bu toplumun içinden insanlar sonuçta. Belli branşların seçiminde yoğunluk olabiliyor. Bu bazen ekonomik getirisi, bazen toplumsal yapı, inançlar, TUS ta gösterdiği başarı, bazen de cinsiyetlerinden etkilenecek tercih yapılabilir. Ben hiç kadın ürolog görmedim mesela. Ama kadın doğumcu erkeklerin sayıları oldukça fazla. **G15-SPH-7**

İki branş için geçerli. Kadın doğum bayan ağırlıklı, üroloji erkek ağırlıklı. Bu olay toplumun gelişmesiyle (kültürel ekonomik) paralel olduğu için, eğitilmiş toplumlarda böyle bir ayırım yoktur. Tam eğitilmemiş toplumlarda, kırsal kesimde doktor seçimi daha çok olağan karşılıyor. **G4-SPPD-1**

Doktorların branş seçimini genel alanlarda doğru bulmadıkları halde, araştırma grubunun bazı üyeleri, üroloji ve kadın doğum alanının mahremiyetini vurgulayarak, bu alanlarda cinsiyete dayalı tercih yapılmasını olağan karşılamaktadırlar.

Branş farklılaşmasını olağan karşılıyor. Örneğin, ürolojide bayan doktorsa, erkek hastaların çoğu muayene olmak istemeyecek. Ama adamın ruhunda bir bozukluk varsa seve seve gidip muayene olacaktır tabi. Bu ayırım hastaların talebine bağlı oluyor. Çünkü erkek hastalar bayan doktora muayene olmak istemeyeceklerdir. Son yıllarda doğu ve güneydoğuda açılan özel hastanelerin personel alım ilanlarında “Kadın doğum uzmanı aranıyor (Özellikle bayan)” şeklinde tercihler oluyor. Doğuda buna daha çok rastlıyoruz. Ama burada böyle bir sıkıntımız yok. **G1-SPUD-1**

Fikrim yok. Olağan karşılamıyorum. Bazı durumlarda ürolog bayan olmamasını olağan karşılayabilirim. **G17-SPH-9**

Ortopedi, üroloji alanlarda kadın doktor yok. Ama bence de bir bayanın gerçekten ürolog olmaması gerek, erkeklerde çekinir. 30 yıllık çalışma hayatımda hep erkek kadın doğumcularla çalıştım, sadece 2 tane bayan doktorumuz oldu. **G-22-SPE-3**

Kadın sağlık çalışanlarının güç gerektiren işlerde çalışmaması, üroloji gibi mahrem sayılan alanlarda çalışmaması gerektiği ve zaten hastalarında sıkıntı duyacağı biçimindeki yorumlar yoğunlukta olmakla birlikte, branş seçiminde cinsiyetçi seçimleri olağan bulmayanların da olduğu görülmektedir. Ancak, her ne kadar cinsiyetçi tutumların olmaması gerektiği ifade edilse de, istisna olarak kabul ettikleri alanlar da bulunmakta, üroloji alanının mahremiyeti göz önüne alındığında kadınların bu alanda çalışmamaları gerektiğini savunmaktadırlar.

Hiç bayan ürolog duymadım. Olsaydı iyi olurdu bayanlar açısından. Sağlık alanında cinsiyet ayrımı olmaması gerektiğini düşünüyorum ama halkı düşünürsek bir erkek ürologa gidip sıkıntılarının tamamını rahatça anlatamayan bayanlar var. Doktor bayan olsa daha iyi hissedecek, bayan hastalar için de bayan ürologlar olsun tabi. Erkek hastalar da bayan ürologa giderken, kadınlar kadar olmasa da sıkıntı duyarlar. Çünkü bu özel bir alan. Üroloji polikliniğinde çalışırken erkek hastalar doktora şikayetlerini anlatırken, utanıp göz ucuyla da bana bakıyorlardı. Ben de başhemşire hanıma durumu anlattım, burada bayan personelin çalışması pek hoş olmuyor dedim. Zaten bayan hastalar erkek doktor olduğu için ürolojiye pek gelmez, erkek hastalarda hemşirenin varlığında sıkıntılarını paylaşırken rahatsız oluyorlar, şikayetlerini rahatça ifade edemiyorlar, burada bir erkek personelin çalışması daha iyi olur diyerek yerimin değiştirilmesini istedim. Bayan hastalar gelince sadece “İdrarında yanma var” ya da “böğürlerim ağrıyor” deyip bırakıyorlar, farklı şikayetlerini dile getirmekten çekiniyorlar, sadece tahlil ve ilaç. Hasta böyle hissetmemesi gerektiğini bilmeli ama çekiniyorlar. **G14-SPH-6**

Olağan karşılıyor muyum? Kararsızım. Mesela kaza sonucu acile bir bayan hasta geldiğinde, sedyede yatıyor, eteği açılmış, pantolonu yırtılmış, üzeri açık. Hasta üzerini örtmek istiyor. Bu durumda hastanın mahremiyeti de önemlidir ama göz ardı ediliyor sağlık personeline. Çalışanlar sadece işimi yapayım diyor ama tedavi dışında hasta mahremiyeti de önemlidir, o onun özeldir. Kadın üzerini örtmeye çalışıyor, sağlık personeli tedavisiyle ilgileniyor, bana kalırsa tıbbi görevlerini yapmanın yanında kadını rahatlatmak için üzerine bir örtü verilmeli, mahremiyetini önemsemeliler ama dikkat edilmiyor

G14-SPH-6

Sağlık personelinin eğitimlerinde “Tıpta ayıp yoktur” yargısı geniş yer bulmakta, “ırk, dil, din ve cinsiyet ayrımı gözetmeksizin hastalara eşit muamele edilmesi” ilkesi meslek yemininde yer almakta ve etik değer taşımaktadır. Ancak, bu toplumun temel özelliklerini benzer biçimde taşıyan sağlık personeli zaman zaman aldığı eğitim ve kültürel değerler arasında kalmakta ve kültürel kimliği, gelenek ve görenekleri doğrultusunda düşünceler barındırmaktadır.

Araştırma grubunda yer alan ve sağlık memuru olarak görev yapan bir katılımcı, *“Kadınların çalışma hayatına katılımları arttıkça, çocuklarına yeterli ilgi ve özeni gösterememesine bağlı çocuk suçluların arttığını, erkeklerin ise işsiz kaldıklarını”* ve bu nedenle kadınların tercihen çalışmaması ve evde çocuklarıyla ilgilenmeleri gerektiğine ilişkin düşüncesini ifade etmektedir. Görüşmecinin, kadınların çalışmaması gerektiğine, çalışması gerekiyorsa da *“her işte çalıştırılmaması gerektiği”* ne ilişkin sözleri, kadının geleneksel roller bağlamında değerlendirildiği, belli geleneksel kalıplar içinde tutulmak istendiği, erkeklerin işsiz kalmasının sorumlusu olarak görüldüğüne işaret etmekte, kadına yönelik cinsiyet ayrımcı tutumları ve cinsiyet eşitsizliğini yansıtmaları bakımından çarpıcı bir bulgu olarak yorumlanmaktadır:

Kadınların annelik rolleri, aylık sıkıntıları (fizyolojik), ev içi sorumlulukları düşünülürse ağır branşları tercih etmiyorlar, normal olarak. Eskiden anneler hep ev hanımıydı, oğullarına ev işi yaptırmazdı. Anneler çocuklarına daha çok vakit ayırırdı, çocuklar daha mutluydu. **Bayanlar zaten her işte çalıştırılmamalı.** Evde anne ilgisizliğinden çocuklar kötü yetişiyor. Bunu çocuklar arasında suç oranının artmasının bir nedeni olarak görüyorum, akşama kadar işte çalışıyor, eve gelince ev işi vs, çocuğuna yeterli zaman ayırmıyor. Eşi çalışmayan erkeğe daha fazla maaş verilmeli. Kadınların evde iş yükü çok, ev işi, çocuk. Çocuklar daha sağlıklı olsun diye kadınlar çalışmasalar daha iyi olur. Erkekler çalışsın, kadınlarda evde işlerini yapsın, çocuklarına bakım, sevgi ve ilgilerini versin, onlara zaman ayırsın, çocukları daha iyi yetişir böyle. Sağlıklı nesiller adına çocuk evde anne görmek istiyor.

G-27-SPSM- 4

Aynı görüşmeci kadınların çalışma alanlarının ayarlanması gerektiğini, güç gerektiren yerde kadının çalışmasını anlamlı bulmadığını, bazı becerilerin erkeklerde çocukluklarından gelen bir yetenek olduğunu ve bu alanlarda erkeklerin

olması gerektiğini ifade ederek, cinsiyet farklılaşmasını olağan karşıladığını belirtmektedir:

Kazan'da 112 servisinin ambulans şoförü, ATT (Acil Tıbbi Teknisyen) ve doktoru, hepsi kadın. Kaza yapan adam 120 kg. ve kadınlar sedyeyi bile taşıyamıyorlar. Bayanların çalışma alanları ayarlanmalı, güç gerektiren yerde o olmamalı. Burada güvenlik görevlisi bayan, gecenin yarısında 3 sarhoş adam gelse ne yapabilir. Kadınlar çalışacaksa bile belli yerlerde ve gündüz çalışmalı, uygun olan yerlerde. 3 ATT ambulans kaza yapınca öldüler. Şoförü daha yeni mezun bir kız. 18-19 yaşlarında, ehliyeti var ama şoförlüğü yetersiz. Erkekler şoförlüğe daha yatkın. Çocukluktan beri ilgi alanı. Branşların cinsiyete göre farklılaşmasını olağan karşılıyorum. **G-27-SPSM- 4**

Yukarıdaki anlatıma benzer nitelikte görüşler barındıran bir yorumda da gene kadının çalışmayıp evde çocuklarıyla yeteri kadar ilgilendiği durumda suç oranlarının azalacağına ilişkin yargıların sahibi araştırma bölgesinde görev yapan bir hekimdir. Olayı nakleden kadın hekim, duyulmasından endişeyle anlattığı olayda, arkadaşının kendisine “kadınların çalışması nedeniyle erkeklerin işsiz kaldığını, çocuk suçlarının arttığını” söylediğini ve “çalışma, evde otur çocuğuna bak” yaklaşımını hayretle karşıladığını belirtmektedir:

Ben hamileyim, Doktor arkadaşım (erkek) bana dedi ki “Ne gereği var çalışmasana, çocuğumu bakıcıya verene kadar, evde otursan, çocuğuna kendin baksan olmaz mı?”, “Kadınlar çalışıyor, erkekler iş bulamıyor, bunalıma giriyorlar, suç oranı artıyor evinde otur” dedi. Buradaki sağlık memurları ve erkek doktorların çoğundan benzer lafları duyabilirsiniz. “Doğum öncesi-sonrası izin, süt izni, dismenore v.s kadınlar çalışmasalar daha iyi olur” diyorlar. Gene o doktor arkadaş “Madem doğum öncesi izini doğum sonrasına aktarıyor, demek ki çalışabilecek durumda, gelebildiği kadar gelsin” dedi. **G8-SPPD-5**

Cinsiyet ayrımcı tutumların eğitim durumu ile ilişkili olduğu bilinmekle birlikte, yukarıdaki örnekte cinsiyet duyarlılığına sahip olması beklenen bir meslek grubunda yer alan hekimin, kadını geleneksel rollerle sınırlayan sözleri, iyi bir mesleki eğitim almanın yanı sıra, cinsiyet duyarlılığının kazanılmasında, cinsiyete duyarlı eğitim programlarının gerekliliğine işaret etmektedir.

4. YAPILMASI GEREKENLERE İLİŞKİN SAĞLIK PERSONELİ GÖRÜŞLERİ

4.1. Halkın Cinsiyetçi Yaklaşımlarından Uzaklaştırılmasında Sağlık Personelinin Tutum ve Davranışlarının Etkililiğine İlişkin Bulgular

Halkın cinsiyetçi yaklaşımlarından uzaklaştırılmasında sağlık personelinin tutum ve davranışlarının etkililiğinin sorgulandığı bu bölümde, görüşmecilerin bir kısmı hastane ortamındaki çabaların geçmiş öğrenmeleri değiştirmeye yetmeyeceğini, bir kısmı böyle bir çabanın anlamsız olduğunu, yapılamayacağını düşündüklerini, bir kısmı ise sınırlı da olsa bunun olanaklı olduğunu ve çaba gösterdiklerini ifade etmektedirler.

Sağlık personelinin cinsiyet ayrımcı tutumların giderilmesinde etkin rol alamayacağı inancında olan görüşmecilerin yorumları şu biçimdedir:

Sağlık personelinin cinsiyetçi tutumların giderilmesinde pek etkili olacağını sanmıyorum, sınırlı bir etki olabilir. **G3-SPUD-3**

Sağlık personelinin cinsiyetçiliğin giderilmesinde etkin rolü olamaz **G-26-SPSM- 3**

Sağlık personeli tutumu etkili olabilir ama cinsiyetçilik den uzaklaşmada sınırlı etki yapabilir **G8-SPPD-5**

Sadece bu konuda bilgilendirme yapılabilir. **G6-SPPD-3**

Özellikle hastanelerde bizim yeri geldiğinde hastaya bilgilendirme yapmaktan başka etkimiz olacağını sanmıyorum, ki o da ne kadar etkili olabilir. Kadının o yaşa kadar biriktirdiği kültür, yaşadığı çevre cinsiyetçi tutumlarla doluyorsa, bizim bir çift sözümüzün ne etkisi olabilir ki, bir anda kadını bu tutumlarından uzaklaştırabileceğimizi sanmıyorum. Belki sağlık ocağı çalışanlarının bize göre daha fazla şansları olabilir. Onların tabi düzenli ev ziyaretleri yapılırsa, hizmet ettikleri gruba ulaşma, onları bilgilendirme, etkileme düzeyleri daha yüksek olabilir. **G15-SPH-7**

Sınırlı, öneri ve telkinlerle çok fazla etkili olabileceğini sanmıyorum. **G17-SPH-9**

Sağlık personelinin rolü pek olamaz. Ama **telkinlerimiz oluyor**. Arka arkaya çocuk doğuran ve hep de kızı olan hastaları “erkek çocuk mu istiyorsun?” diye sorguladığım oldu. Tabii ki evet cevabını alıyoruz. Eşin mi istiyor diyoruz, evet diyor. Ama **ikna etme** gibi bir rolümüz olmuyor, neden diye soramayız. **G-23-SPE-4**

Çoğu zaman konuşuyorsun ama anlamıyorlar. Kabul etmiyorlar. Çünkü temelden öyle yetişiyorlar. “Sen kızsın, bayansın, her tarafını gösteremezsin, mini etek giyemezsin” Çocuğa herhangi bir şey olduğunda; “kız çocuğu ağaca çıktığı zaman şöyle olur. Ata binemez, bisiklete binemez” bu tür yorumlar çok fazla ve böyle yetiştiriyorlar. Anne kızını bu şekilde yetiştiriyor. Oğlunu ise

“her yere, sen erkek çocuğusun v.s.” erkek güçlendiriliyor. Kız baskılanıyor. Bu öğrenmeler bizim bilgilendirme ve sözlerimizle bir çırpıda değiştirilemiyor, yıkılamıyor. Biz ne kadar “tıpta ayıp yoktur” desekte bazılarını inançlarından döndüremiyorsun. Kafaları böyle yerleşmiş ikna edemiyorsun. **G13-SPH-5**

Hastane ortamında hastalarla gerçekleştirilen kısa süreli iletişimin, onların cinsiyetçi yaklaşımlarını gidermede yetersiz olacağı görüşü savunulmaktadır. Cinsiyet ayrımcı tutumların giderilmesinde sağlık personelin etkisinin çok sınırlı alanlarda kalacağı ve bu nedenle de hastalarında en sık gördükleri cinsiyet ayrımcı tutum olarak, kadınların erkek doktora muayene olmayı istememeleri durumunda, hastayı muayeneye ikna için çaba göstermenin yararsızlığı ifade edilmektedir.

Bayan hasta muayene olmak istemiyorsa ben direk “muayene olmak zorunda değilsiniz” diyorum. Ya da hastanın dış görünüşüne, giyim tarzına ve yaklaşımına bakıp “müsaitseniz muayene edebilir miyim?” diyorum. Daha ılımlı davranıyorum. Hasta direnç gösteriyorsa muayene etmiyorum. Muayene etmeden tedavi yazamam diyorum. İlk yaklaşımda biraz daha yumuşak ve basit oluyor. **G1-SPUD-1**

Hastaların doktor seçme hakları var. Tercih ediyorsa geliyor... Hastalar sebep göstermeden hekim seçebiliyorlar. Hekim de hasta seçebiliyor. Bu hastayı muayene etmem diyebiliyor, ama hastayı muayene etmemesi için geçerli bir sebep göstermesi gerek. Bu haksızlık. Hasta muayene olmaz istemezse ikna etmek için fazla da uğraşmam, gerek duymuyorum. Çünkü 2-5 dakikalık ikna süresiyle onun birikimlerini yıkmamanın olanağı olmadığını düşünüyorum. **G2-SPUD-2**

Hasta muayene olmak istemiyorsa, ikna etmeye çalışıyoruz. **G-21-SPE-2**

Erkek doktora muayene olmam diyen bir hastayı ikna etme çabası göstermiyoruz. Sağlık personelinde hiçbir ikna etme eğilimi olmadığını düşünüyorum burada. Olmalı mı? Olmalı ama zaten hem ekonomik açıdan tatmin edici bir mesleği yok, hem de bazen bu tür kötü olaylara maruz kaldığı için yani hastanede hemşireler, hasta ve yakınlarından kötü muamelelere maruz kaldığı için bazen “üzerime vazife değil” diyebiliyorlar. Görevi dışında fazla da ilgilendiklerini sanmıyorum. **G-25-SPSM- 2**

Cinsiyet ayrımcı tutumların giderilmesinde sağlık personelinin etkisine inananlar, sağlık personeli arasında farklılıklar olduğunu, bir kısmının bu duyarlılığa sahip olarak hastayı telkinler yoluyla ikna etmeye çalışırken, bir kısmının da bunu görev olarak algılamadığı ve hastanın tercihine uygun davrandığını belirtmektedirler.

Sağlık personelinin rolü olabilir. Aslında bunu yaratan biraz da biziz. Az önce söylediğim gibi, hasta geliyor biraz soğuk duruyorsa, enjeksiyon yapması için hemşire hanımı çağırmak yerine hastayı enjeksiyon yapmaya ikna edebiliriz. “Sağlıkta böyle bir ayırım olmaz, ben sizin kardeşiniz sayılırım”, “Bu benim işim. Utanmanıza gerek yok” vs. şeklinde yaklaşarak bunu aşmak lazım. Ama bu yola hiç gidilmiyor. Bu tür ayrımcılık aşılmalı, kesinlikle aşmak lazım, ama yapılmıyor. Gene bayan hastada hemşire çağırılıyor. **G-24-SPSM- 1**

Her sağlık personelinin faydalı olacağını sanmıyorum, faydalı olanın da etkin bir rol oynayacağını sanmıyorum. Bütün personelde aynı düzeyde duyarlılık yok. Gözünün önünde ayrımcılık yapılıyor olabilir, ama o ilgilenmediği için fark edemez, karışmaz. Benim gibi müdahale edici, öğüt verici bir tip ise konuşur. Geçenlerde bir hastanın bir sorunu vardı ve ben ayrıca görüşüp sorununu irdelediğim zaman ortaya çıktı. Ben soruşturmasan söylemeyecekti. Ben konuşarak sorununu ortaya çıkardım. Hasta özellikle bayan personel isterse ve benim görevim değilse ben yapmam, onlar da zaman içinde böyle ayırım yapmamaları gerektiğini öğrenir. Ama evinin içinde cinsiyetçi tutumlarına tabi ki etki edemeyiz. Burada izah edebiliriz, ikna ederiz o kadar. Annelere çocuklarıyla ilgilenmeleri için telkin edebiliyoruz. Meningoselli bir kız çocuğu geldi annesiyle konuştum. Bacağı yanan bir çocuk geldi. Konuştum. İnsanın en büyük yatırımı çocuktur. Kız çocuğu diye ihmal etmemelerini telkin edebiliyoruz. Gerekli özeni göster diyoruz. **G12-SPH-4**

Sağlık personelinin cinsiyet ayrımcı tutumların giderilmesinde etkisinin sınırlı olacağı, kritik önemde olanın ise aile içinde alınan eğitimin ve geçmiş kültürel öğrenmelerin olduğu vurgulanmaktadır. Hastalarında ve toplumda gördükleri cinsiyetler arası eşitsiz konumun ve cinsiyet ayrımcı yaklaşımların temelinde, toplumdaki eğitim açıklarının da olduğu belirtilmektedir:

Benim inandığım kadarıyla cinsiyetsizliğin giderilmesinde en büyük etki yapacak kısım ailenin kendi temel yapısıdır. Biz ancak ikinci derece yardımcı olabiliriz. Ama aileden yeterince eğitim aldığında, çocuklar arası cinsiyet farkının olmayacağı, çocuklara eğitim verildiğinde sonraki nesillerde böyle bir olay olamayacaktır. Karşılaşmayacaktır. İki yönlü bir eğitim verilmiş olacak. O zaman böyle bir problem ortadan kalmış olacaktır. **G4-SPPD-1**

Cinsiyetçi tutumların giderilmesi temelde eğitim sorunu. Burada geçici çözümler olabilir ve sınırlı etkili olabilir. **G11-SPH-3**

Bizim rolümüz olabilir ama, etkili rol dersiniz bizden önceki aşamalarda, öncelikle ailesinde başlıyor. Doğar doğmaz hemen başlıyor. “sen kız çocuksun” rol biçiliyor, “sen erkek çocuksun” rol biçiliyor. Okula gidiyo öyle, toplumda öyle, çevresinde öyle. Yani bizimle tanışıp da gelene kadar zaten aldığı rol modeller var. Zaten bizim onu değiştirme şansımız yok. Bizim o konuda, çok radikal gruplar dışında belli düzeyde bir etkimiz olabilir. Örneğin, ben kadın doğumcu olsam, İstanbul’da Fatih semtinde muayenehane açsam bir tane hasta gelmez bana bayan. Nişantaşı’nda açsam belki 10 tane gelir. Zaten o grupları değiştiremezsiniz, çok zor. **G5-SPPD-2**

Sıklıkla savunulan, sağlık personelinin hastaların cinsiyetçi tutumlarının giderilmesinde etkisiz ya da sınırlı etkide bulunabileceği yorumlarına karşın, etkili olunacağına ilişkin yorumlar da saptanmıştır. Ancak bu etkinin daha çok telkinlerle, muayene olmak istemeyen hastayı ikna çabaları ve mahremiyetine saygı gösterme yoluyla olabileceği inançları dile getirilmektedir.

Sağlık personelinin rolü olabilir. Muayenede yanında dururum, üzerini örtüp, mahremiyetine dikkat ederek rahatlatırım, bilgilendiririm, açıklama yaparım, iknaya çalışırım, muayeneyi kabul etmiyorsa da yapacak bir şey yok. **G10-SPH-2**

Tabi ki ikna ve izahla, açıklamayla yardımcı olunabilir. Anlayışlı yaklaşmak gerek. **G11-SPH-3**

Bayan hastalar bayan doktor tercihlerini belirttiklerinde konuşarak ikna yoluna gidilebilir. Ancak her zaman başarılı olmuyor. **G18-SPH-10**

Sağlık personeli etkili olabilir ama telkinle, konuşmayla. Biz tedavisiyle ilgiliyiz **G-27-SPSM- 4**

Sağlık personeli sabit fikirli olanlara bir şey yapamaz ama, genelde bizim toplumda kadınlar kadın jinekolog ararlar. En çok karşılaştığımız bu. Ama erkeklerin de cerrahisinin daha iyi olduğu söylenir. O da onu dengeleyen bir unsur. İnsanlara elimizden geldiğince kadın erkek ayrımının önemli olmadığını, önemli olanın iyi doktor, iyi cerrah olmak, mesleğinde iyi olmak, doğru teşhis ve tedavi olduğunu söylüyoruz, telkin ediyoruz. Çok radikal kesim dışında insanlar bu telkinlere uyuyorlar. Zaten o kesimin de düşüncelerini değiştirmek mümkün değil. Kısım de olsa etkili olmaya çalışıyoruz. **G7-SPPD-4**

Cinsiyetçilikten uzaklaşmak sağlık personelinde etkili olabilir. Aslında burada tabi ki direkt erkek/kadın doktor kadın istendiğinde hastayla konuşma olayına gidilmiyor. Tamamen erkek istiyorsa erkek doktor, bayan istiyorsa bayan doktor olsun deyip, imza attırılıyor. Ama yaklaşımları değiştirilebilir. Sağlık personeli hastayla konuşabilir. Mesela bazen kadın hasta doktor erkek diye muayene olmak istemiyor. Ama hastayla konuşurken “*canım bak bu senin için gerekli, sağlığın için muayene olman gerekiyor*” dendiği zaman kabul ediyor. Öncelikle eğitim, yaklaşım ve güven duygusu önemli. Örn. nöbetimde kene ısırtığı şikayetiyle bir hasta geldi. Kene bacağından ısırılmış ve bacağına doktora göstermek istemiyor. Ama benim yaklaşımım ve hastaya verdiğim telkin ve güven duygusu ile hasta ikna oldu, muayeneyi kabul etti. Erkek doktora bacağına göstermek istemeyen hasta, yaklaşımımızdan sonra gösterdi. **G9-SPH-1**

Hastalarının cinsiyetçi tutumlarının giderilmesinde etkileri olabileceğini gösteren sağlık personeli, hastanede tedavi odaklı çalışmanın onları sınırladığını, bu konuda telkinden öte gidemediklerini ancak bu çabaların birinci basamak sağlık kurumları olarak ifade edilen sağlık ocaklarında ya da okullarda daha uygulanabilir olduğunu, özellikle de eğitim yoluyla bilinçlendirmenin yararına olan inançlarını ifade etmektedirler.

Bu gibi durumlarda sağlık personelinin mutlaka bir rolü olur. Buradaki sağlık personelinde bir yetersizlik var. Çok fazla eğitime dayalı hizmet veremiyoruz. Genellikle hastanede tedavi odaklı çalışılıyor. Sağlık ocağında bu iş daha iyi yapılabilir. Ama insanlar en ufak şikayette ya da ilaç yazdırmak için bile, sağlık ocağında yapılabilecek işlerde bile hastaneye gelmek istiyorlar burada. Sağlık ocağında halka eğitim yapılabilir, hastanede de bununla ilgili bir birim kurulabilir, halkın eğitimini üstlenebilir. **G-20-SPE-1**

Hasta muayene olmak istemiyorsa, ikna etmeye çalışıyoruz. Erkek bayan fark etmez, sonuçta o doktor diyip, ikna etmeye çalışıyoruz. Sağlık personelinin de önemli rolleri olabilir. Gidip okullarda bu tür eğitimleri verebilirler. Ya da hastanede bir eğitim merkezi açılabilir. Oraya gelen genç kızlara eğitim verilebilir. Sonuçları anlatılıp, beyinlerine yerleştirilir. Belki bu hizmetler I. Basamak sağlık kuruluşlarında daha iyi yapılabilir. **G-22-SPE-3**

I. Basamakta daha etkili olunabilir. Onlar köylere, aşılamalara, sağlık taramalarına gidiyorlar. Ebe, doktor korunma yöntemleri ile ilgili dersler veriyorlar. Onlar daha bir halkla iç içeler. Birebir gözleyebilir, iletişim kurabilirler. Mesela bir erkek doktor bir bayan grubuna doğum kontrolle ilgili dersler verebiliyor. Orda daha anlamlı olabilir. Acilde sınırlı. **G5-SPPD-2**

1.Basamakta daha etkili olabilir. Hem sağlık hizmeti, hem de aile eğitimi verilmiş olacak ve bu ikisi birbirini desteklemiş olacaktır. 1.Basamak hizmetlerinin güçlendirilmesi gerekir. **G4-SPPD-1**

4.2. Sağlık Personelinin Cinsiyet Eşitsizliklerinin Giderilmesine İlişkin Önerileri

Yapılan görüşmelerin sonunda, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve hizmet sunumunda cinsiyet eşitsizliklerinin giderilmesine ilişkin önerileri olup olmadığı sorulmuştur.

Hastalarının bir kısmının dini inançları boyutunda radikal olduklarını belirten sağlık personeli, özellikle kadın hastaların erkek doktora muayene olmak istemedikleri yönünde inanç ve tutumlara sahip olduğunu, radikal olan bu grupları ikna çabalarının hastane ortamında olanaksızlığını dile getirmektedir. Görüşmeci bu durumun çözümü olarak, inançları gereği muayene olmayı reddeden hastalar ve halka dini önderler yoluyla yapılacak olan eğitimlerin, yönlendirmelerin etkisi olacağını vurgulamakta ve benzer ayrımcı tutumları olan hekim adaylarına ise, radikal bir çözüm olarak diploma verilmemesi gerektiğini savunmaktadır.

Dini inançlar insanların tercihlerinde önemli. % 90'ımız müslüman isek, % 10 umuz aşırı uçtayız. Bu kesimde en azından doktor muayenesinin, bu temasın namahrem olmadığının anlatılması gerek, hem erkeklere hem de kadınlara. Doktor çalışan açısından da öyle. **Eğer cinsiyet ayrımı yapıyorsa bu mesleği yapmalarına müsaade etmemeleri lazım.** Eğer hastasını kadın-erkek diye ayıracaksa, hocaların o kişiye uzmanlığı vermemesi gerekir. Bir çocuk doktoru, belli bir yaştan sonraki çocuk hastaları "namahrem" diye muayene etmiyorsa, ona uzmanlığı vermemek lazım. Bu biraz radikal bir çözüm ama vatandaş olarak da bu konuyu özellikle din görevlilerinin, diyanet işlerinin anlatması lazım. Doktora gitmenin namahrem olmayacağını, şikayetlerini en ince detaylarına kadar anlatabileceğini, karşı cinsiyetten bir hekime muayene olmanın günah olmadığını insanlara anlatılması lazım. Bunları biz söylesek, hasta kendi dini inançlarını yargıladığımızı düşünebilir ama din adamları anlatırsa yardımcı olduklarını düşünür. **G1-SPDU-1**

Hastaların erkek doktora muayene olmayı reddettiği durumların çok yoğun olduğu bölgelerde, sağlık personelinin etkin bir rolü olamayacağı, bilgilendirme ve ikna dışında etkisi olamayacağı, gelenek ve göreneklerin katı kurallarının işlediği

durumlarda ise kendisinin de onlar kadar katı olacağını ifade eden görüşmecinin yorumları şu biçimdedir:

Hastalar, erkek doktora muayene olmayan kadın hastalar var. Bunlar tamamen cahillikten kaynaklanıyor. Bizim burada yaptığımız işin sapıkça bir yönü yok. Biz tamamen işimizi yapmaya çalışıyoruz. Onların anlatılması gerekiyor. Sonuçta böyle bir yemin var, yani böyle bir işin düşünce olması mümkün değil. Toplumsal yapıdan, gelenekten, görenekten kaynaklı şeyler daha çok. Ama bu bölgede çok değil. Ben aşırı rastlamadım. Başka yerde çalışan arkadaşlarım anlatıyor. Çok daha sert. Kıyafetini, eldivenini çıkartmak istemeyen hastalar varmış mesala. Van'da baldızım diş hekimi. Bırakın Genital bölge muayenesini, bayan hata erkek diş doktoruna gelmek istemiyormuş. Cinsiyetçiliğin giderilmesinde, sağlık personeli en fazla bilgi verebilir. Biz bu tarz hastaları ikna etmeye çalışıyoruz. Ben bunu kendi adıma söyleyebilirim. Yani o kurallar beni de rahatsız ediyor. Çünkü yani bana sapık muamelesi yapılıyor. Benim başıma çok az geldi. Bir iki defa. O da bu hastanede değil. Bu konuda yani onlar ne kadar katıysa bende o kadar katıyım.

G6-SPPD-3

Görüşme yapılan sağlık çalışanlarının çoğu tarafından, cinsiyet ayrımcı tutumların giderilmesinde “eğitim” başlıca etkin faktör olarak görülmektedir.

Hizmet sunumunda cinsiyetçiliğin giderilmesinde kültürel ekonomik sorunlar, eğitim sorunları giderildiğinde aile içi sağlık hizmetlerinin verdiği eğitimler yeterince yapılırsa böyle ayrımlar olmayacaktır. Toplumsal gelişmeyle paralel oluyor. Toplum istenen sosyal, kültürel, ekonomik yapıya ulaştığında, eğitildiğinde kadın, erkek hizmet alımlarında farklılık görülmeyecektir. Her şeyin temeli eğitimidir. **G4-SPPD-1**

Öncelikle eğitim, yaklaşım ve güven duygusu önemli. **G9-SPH-1**

Eğitim gerekli, eğitimsiz olmaz, okulda, aile içinde. **G-26-SPSM- 3**

Halkın bilinçlenmesi olarak, eğitimsiz kesime, köylü kesime bilgilendirmek maksatlı okullar açılabilir, eğitimler verilebilir. Medyanın etkili olacağını sanmıyorum, okumuş kesim zaten köyde pek yok. (medya zaten erkek egemen mesajlar veriyor). Bu konuda pek etkili olacağını sanmıyorum. Kaymakamlık kanalıyla, öğretmenler vasıtasıyla daha iyi bilinçlendirilebilir diye düşünüyorum. **G-25-SPSM- 2**

Görüşme talebini ilk başta feminist bir çalışma olduğu düşüncesiyle reddeden ve sonra ikna edilerek görüşlerini açıklayan sağlık personeli, kadın erkek eşitsizliğinin varlığını, düzeltilmesi gereken konuların olduğunu, bu nedenle eğitime önem vermek gerektiğini belirtirken, bu çalışmaların feminizm boyutuna gitmemesi gerektiğine ilişkin görüşlerini de dile getirmektedir:

Tüm toplumun zorunlu eğitimden itibaren, aileden, aile eğitiminden başlayarak halkın eğitilmesi, kadınların erkeklere köle olarak dünyaya gelmediklerini anlatmak gerek. İnsan olma temelinde düşünülmeli. Sırf daha kaslı diye erkeklerin tahakkümü olmamalı. Ama kadınlar da uç noktalarda feminizm boyutunda olmamalı. Bazen sınırı aşan çalışmalar oluyor, feminist çalışmaları, onlara da karşıyım. **G2-SPUD-2**

Eğitimin cinsiyet ayrımcı tutumların yok edilmesinde eğitimin temel etken olduğunu savunanlar, bu eğitimlerin ilk olarak ailede başlaması gerektiğine vurgu yapmaktadırlar:

İlk olarak ailenin eğitiminden başlamalı. Anne çocukları yetiştirirken “oğlum sen yapma” yerine, kız ve oğluna görev dağılımını eşit yapmalı. Kız ev işi yapıyorsa erkek de yapmalı, “sen erkeksin yapma” olmaz. Erkek şımartılmamalı. **G17-SPH-9**

Eşitsizliğin giderilmesinde, başta eğitim verilmesi şart. Anne babadan başlar. Onlar yetiştiriyor ve öğretmenler. **G13-SPH-5**

Cinsiyet ayrımının kaynağı erkekler, bunu iyice üstüne basa basa anlatıp, erkeklerin kafasına yerleştirmek, empoze etmek gerek. Çocuğun cinsiyetinin tayini erkekteki Y kromozomlarına bağlıdır. Kadının cinsiyet tayininde bir rolü yoktur, her iki kromozomu da XX tir. Bu televizyonlarda da söyleniyor ama yeterli değil. Herkes inanmak istediğine inanıyor. Kız çocuk doğuruyor diye yeni hanım alıyorlar, bekliyor ki o erkek doğursun ama gene kızı oluyor. Bilmiyor ki bebeğin cinsiyetini kendisindeki Y kromozomu tayin eder, bu konular insanlara özellikle erkeklere anlatılmalı. **G-21-SPE-2**

Eğitimlerin ailede, örgün eğitimde verilmesini savunanlar olduğu gibi, sağlık ocakları ve halk eğitim merkezlerinin bu amaçla uygun hizmet verebileceklerini ifade edenler de bulunmaktadır. Eğitimin, cinsiyete dayalı ayrımcılık yapılması tutumlarını engelleyici etkisine inananlar, bu çalışmaların birinci basamak sağlık kurumlarında daha iyi yapılacağını, temel sağlık hizmetleri alanının halkla iç içeliğini vurgulayarak, hastayla daha yüz yüze ve uzun süreli birlikteliklerin, onların dönüşümünde daha etkin role sahip olacağı inançlarını dile getirmektedirler. Özellikle ebe ve hemşirelerin bu yönde eğitim verebileceği önerileri de çözüm için ileri sürülen görüşler arasında yer almaktadır.

Öncelikle eğitim. Aile içinde eğitim. Sağlık ocaklarında, I. basamakta yaygın halk eğitimi olabilir. **G5-SPPD-2**

Eğitim gerekli. Kızlar da okutulmalı. Ev içindeki ayrımcılıklar giderilmeli. Okulda, anne baba eğitimiyle, kitle iletişim araçlarıyla halkın eğitilmesi gerekir. I. basamakta (sağlık ocakları) daha iyi yapılabilir. **G10-SPH-2**

I.Basamakta hastaneye göre bu konuda çok daha fazla şeyler yapılabilir. **G13-SPH-5**

Kızı da doğuran bayan, anne, erkeği de doğuran bayan. Annelerin eğitilmesi lazım. Bu çocukluk tan başlamalı, genç kızların okullarda eğitilmesi gerek, evlilik yaşı, sorunları anlatılmalı, cinsel eğitim verilmeli. Aile çok önemli, sağlık personelinin de önemli rolleri olabilir. Gidip okullarda bu tür eğitimleri verebilirler. Ya da hastanede bir eğitim merkezi açılabilir. Oraya gelen genç kızlara eğitim verilebilir. Sonuçları anlatılıp, beyinlerine yerleştirilir. Belki bu hizmetler I. Basamak sağlık kuruluşlarında daha iyi yapılabilir. **G-22-SPE-3**

I. Basamakta daha etkili olunabilir. Onlar köylere, aşılamalara, sağlık taramalarına gidiyorlar. Ebe, doktor korunma yöntemleri ile ilgili dersler veriyorlar. Onlar daha bir halkla iç içeler. Birebir gözleyebilir, iletişim kurabilirler. Mesela bir erkek doktor bir bayan grubuna doğum kontrolle ilgili dersler verebiliyor. Orda daha anlamlı olabilir. Acilde sınırlı. **G5-SPPD-2**

Sağlık ocağında halka eğitim yapılabilir, hastanede de bununla ilgili bir birim kurulabilir, halkın eğitimini üstlenebilir. **G-20-SPE-1**

Hasta muayene olmak istemiyorsa, ikna etmeye çalışıyoruz. Erkek bayan fark etmez, sonuçta o doktor diyip, ikna etmeye çalışıyoruz. Sağlık personelinin de önemli rolleri olabilir. Gidip okullarda bu tür eğitimleri verebilirler. Ya da hastanede bir eğitim merkezi açılabilir. Oraya gelen genç kızlara eğitim verilebilir. Sonuçları anlatılıp, beyinlerine yerleştirilir. Belki bu hizmetler I. Basamak sağlık kuruluşlarında daha iyi yapılabilir. **G-22-SPE-3**

Eğitimin birinci basamak sağlık kurumlarında, sağlık ocaklarında yapılmasının daha etkili olacağını savunanlar, ev ziyaretleri yoluyla kadını evinde, yerinde ziyaret ederek onlar üzerinde daha etkili olunabileceğini vurgulamaktadırlar.

Sağlıkta esas olanın doğru teşhis ve tedavi olduğu anlatılmalı. Bu teşhis ve tedaviyi uygun zaman ve zeminde, güzel hastanelerde, iyi ortamlarda, eğitimli insanlardan aldıktan sonra, cinsiyetin bunda çok da önemli bir yer teşkil etmediğini bu insanlara anlatmak lazım. Tıpta ayıp yoktur lafını herkes kullansa da herkes belli bir düzeyde halen utanıyor. Herkesin belli sınırları var. O sınırların dışına çıkmak ta çok zor. I. basamakta daha birebir diyaloglar var. Çevre sağlığı, halk sağlığı, aşılama, gebe takipleri var. Ama acil serviste bu uygulanabilir değil, süre az hasta çok. Acilde bu tür eğitimlerin verilmesi zor, ama I. basamakta mümkün, ebe-hemşireler bu eğitimleri verebilir. **G7-SPPD-4**

Öncelikle toplumun eğitilmesi, bilinçlenmesi gerek. Bu temel eğitimin yanında, halkın sürekli eğitilmesi ile olabilir. Biz eskiden ev ziyaretlerine giderdik, şimdilerde sadece ETF tespitleri için geziliyor. Zaten onda bile bazı insanlar gerekli bilgileri vermekten kaçınıyorlar, bazıları kapılarını bile açmak istemiyorlar, bundan şikayetçi hemşire arkadaşlarım var. Halbuki bu ziyaretlerde biz kadının ihtiyacı olan bir çok bilgi verirdik, gerektiğinde uygulamalı olarak gösterirdik. Yerel toplumlarda, ki zaten bu bölge insanların sosyal statülerini güçlendirmek gerek, bu eğitimlerde cinsiyetçi tutumlarından onları uzaklaştıracak çabalar gösterilebilir. **G15-SPH-7**

Halkın eğitilmesinin, cinsiyetçi tutumlarının giderilmesinin ve sonuçta sağlık hizmetlerini alırken cinsiyetçi tutumlar sergilemekten uzaklaştırılmasının yolu olarak, kitlesel araçların yararına işaret edenler, kitap ve broşürlerin, medyanın, televizyon ve basın-yayın araçlarının bu amaçla işe koşulmasının önemini vurgulamaktadırlar.

Temelde aile önemli, eğitimler yoluyla yapılabilir. Medya cinsiyetçi tutumların güçlenmesine yardım ediyor. Medyada da erkek hakimiyeti var. Çocuklar duymasında Hüseyin ve karısı Emine vardı. Çaycı Hüseyin ufak tefekti ama hakim olan oydu. Son dönemler dizilerinde hep “ağa” temaları işleniyor ve sanki bu erkek egemen yapı özendiriliyor. Ağalar ikinci eşi alıyor, birinci eş bir şey diyemiyor” Çocuklar özendiriliyor. **G19-SPH-11**

Eşitsizliklerin giderilmesi için eğitim gerekli. Bu medya ya da okul ile olabilir. TV, diğer kitle iletişim araçları yoluyla yapılabilir. Başarılı örnekleri var. Kız çocuklarının okutulmasına ilişkin medya destekli güzel projeler yapıldı, belli bir yol da kat edildi. Halk önderleri de bu eğitimlere destek olabilir. **G-20-SPE-1**

Toplumumuzda en büyük eğitim aracı bence televizyon. Bir şekilde, TV de anlatılmalı, toplantı sempozyumlarda anlatılmalı. Özellikle küçük yaştakiler televizyonla daha fazla haşır neşir olduğundan televizyon aracılığı ile toplumun geneli cinsiyetçilikten uzaklaşma konusunda eğitilebilir. Gazete, dergi, kitaplar, TV. Toplumun eğitilmesinde kullanılabilir. Yüz yüze söylenenleri kulak arkası edebiliyorlar. Ayrıca hastanede halkla ilişkiler birimi adı altında bir görevli gelen hastayı bu şekilde yönlendirebilir. Bir oda ayrılır. **G-24-SPSM- 1**

Eğitim, okul, aile eğitimi önemli. Özellikle ilköğretimde. Medya da önemli rol alabilir. **G-27-SPSM- 4**

Cinsiyetçi tutumların giderilmesinde birçok önerinin yanında, kadınların bilinçlendikçe, toplum içindeki ikincil rolü azaldıkça ve toplumun her kademesine etkin katılımı sağlandıkça bu sorunun aşılabileceğini belirten katılımcıların olması da dikkat çekici görülmektedir. Zira eğitim, yönlendirme, bilinçlendirme gibi bütün çabaların, sonuçta kadının toplumda etkin roller alması, özgüveninin artırılması, yeterli ölçüde temsil edilmesi ve ikincil konumunun giderilmesine yönelik olarak hizmet edeceği düşünülmektedir.

Kadınlar çalışma durumu arttıkça, bilinçlendikçe, özgüveni oluştuğunda düzelebilir. Senelerce kadın ikinci planda, devlet eliyle de böyle. Erkek daha güçlü. Boşanma durumunda kadının KEY ödemesi boşanmış olmasına rağmen eski eşine verilmektedir. **G8-SPPD-5**

Bir defa kadının ekonomik özgürlüğü olacak ki, hem maddi hem manevi bir takım yerlerden destek alacak ki, yani bilinçlenmiş olacak. Hem buradaki sağlık personeli hem halkın kendisi bilinçlendirilmeli. **G-25-SPSM- 2**

Başlı başına bir öneri içermese de aşağıda yer alan yorumlarda, Kızılcahamam'da kadınların yeri ve konumuna ilişkin saptamalar, bu duruma serzenişler ve toplumun kadına bakış açısına ilişkin yargılar yer almakta, sorunun temelinde yatanı görmek amacı ile aşağıdaki paylaşım dikkate değer ve çarpıcı örnekler içermektedir.

Kızılcahamam'da kadını ikinci sınıf vatandaş olarak görüyorlar. Ancak bu daha yeni yeni aşıyor. Mesela bayanların araba kullanmasına "Aaa kocası dururken kadın araba kullanıyor" diyorlar. Ama artık çok tepki yok. Cinsiyetçiliğin aşılması için kadınlar daha cesaretli olmalıdır. Ev ziyaretlerinde karşılaştığımız bazı durumlarda kadın içerde kapıyı açamıyor. Kocası eşinin çok gezmesinden rahatsız olmasından ötürü kapıyı kadının üzerinden kilitleyip gidiyor. Aşı için gittiğimizde kapıyı kadın açamıyor. "eşim kapıyı üzerimden kilitledi" diyor. Sık olmasa da oluyor. Bazı kadınlar bunu açıkça söylemeyip kapıyı açmıyorlar, evde yok zannedebiliyoruz. Kızılcahamam'da ikinci eş

yaygın. Burada bir evi var ikinci eş içinde Kazanda da bir ev tutuyor. Kadın bunu biliyor ama yapacak bir şey yok. Kadın evinde oturup çocuğunu bekliyor. Evet, bildiğim kişiler var. Bayağı var. Ya da adam Ankara’da burada da ikinci karısı var. ETF ya da aşı için gittiğimizde kadın eşinin bilgilerini tam olarak vermiyor/vermekte zorlanıyor. Kimlik istediğimiz zaman eşin soyadı başka kendi soyadı başka çıkıyor. Çünkü kadın ikinci eş. Kadın bu konuda bilgi vermek istemiyor. Çocuklarına aşı yaptıracığı zaman çocukların ikisi benim ikisi kız kardeşimin diyerek çocuklarını gizliyor. Bu aşı için kayıt yaparken çelişkili ifadelerinden anlıyoruz. Erkeklerin iki eşlilik durumu bilinmesine rağmen çevresi olumsuz tepki vermiyor, dışlamıyor. Ailesi sahip çıkıyor. Bizim oğlumuz geline haksızlık etti demiyorlar. Yapmıştır, demek ki gelin eksiktir diyerek gelini suçluyorlar. Kocanı tutsaydın diyorlar. Erkekler hep hakim. Kadın çalışsa bile adam parayı bana vereceksin, ben dağıtacam (borçları) diyor. Ben güçlüyüm diyor o kadar. Egolarından mı testosterondanmış bu güçlü olma arzuları. Derviş bey (Orda görev yapmış bir jinekolog) derdi ki hep “dünyanın dengesini kadınlar sağlıyor. Kadını rezil eden de bir kadın vezir eden de bir kadın. Sonuçta kadının mutsuzluğu da başka bir kadına bağlı. Eşinden dolayı mutsuz ama, onu tedirgin eden bir kadın vardır orda mutlaka. Kadınlar menapoza kadar erkeğin dediğini yapıyor ama menapozdan sonra iş tersine dönüyo, kadına güven geliyor. Hakimiyet ona geçiyor. **G18-SPH-10**

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

1. Halkın Toplumsal Yaşama İlişkin Cinsiyet Ayrımcı Tutumları

1. Eğitim düzeyi ortalama olarak düşük sayılabilecek olan araştırma gurubunun okuryazar ya da okumaz yazmaz katılımcılarının tamamı kadınlardan oluşmaktadır.
2. Araştırma bölgesinde geleneksel cinsiyetçi kalıp yargıların yaygın olduğu, kadınlara geleneksel rollerin uygun görüldüğü ve kadınların sosyal statüsünün düşük olduğu saptanmıştır.
3. Kadınların okula gitmeme nedenlerinin, erkeklerin okula gitmeme nedenlerinden farklı bulunmuştur. Kadınlar daha çok ailelerinin okula göndermemesi, ulaşım sorunu ya da evlilik yapmaları gerekçeleri ile eğitimlerine devam edemediklerini ifade etmişlerdir. Ulaşım sorunu olarak ifade elden yanıtlarda, neden irdelendiğinde köyde okul olmadığı, ilçeye gönderilmedikleri ancak erkeklerin servisle ilçeye gidebildikleri belirtilmektedir. Aynı konumdaki kız ve erkek çocuklara farklı yaklaşımlar olduğu, eğitim önceliğinin erkeklere tanındığı, kız çocuklarının eğitim almalarında ihmaller olduğu, bu durumda özellikle kadının özel alandaki temsiliyle bağlantılı olduğu görülmüştür.
4. Erkek katılımcıların çoğunluğunun eşi çalışmamaktadır. Eşi çalışmayan erkek katılımcıların dikkate değer bir bölümü “kadınların çalışmasına gerek olmadığını” ya da “çocuklara bakması gerektiği için çalışmadığını” ifade ederken, eşlerinin çalışmalarını istemediklerini belirtmektedirler. Bu durum da gene kadınların özel alanda tutulma çabasının örneklemini oluşturan grupta yaygın olmasından kaynaklanmaktadır.
5. Araştırma gurubunda toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin kalıpyargılar, kadına ve erkeğe ilişkin geleneksel rollerin büyük oranda kabul gördüğü yoğun olarak

gözlenmiştir. “*Erkeğin soyun devamını sağladığı, kadının eşinden izin almadan çalışmaması gerektiği, kendine uygun işlerde çalışması gerektiği, ev işlerinin kadın işi olduğu, erkeğin sorumluluğunun evin geçimini sağlamak olduğu, kız çocukların sosyal yaşamının daha fazla kontrol edilmesi gerektiği*” gibi yargılar kadın ve erkek katılımcılar tarafından geniş oranda benimsendiği saptanmıştır. “*Kız çocuklarının okutulmalarına gerek olmadığı, namus cinayetlerinin gerekliliği, miras bölüşümünde erkeğe daha fazla pay verilmesi, baba evinden gelinlikle çıkılır, kefenle dönülür*” gibi yargıların daha az oranlarda kabul edildiği belirlenmiştir. “*Kaynaklar kısıtlı olduğunda eğitimde erkek çocuğa öncelik vermesi, kadınların bazen dayağı hak edebileceği, kadınların erkekler tarafından korunması gerektiğine*” ilişkin yargılar erkekler tarafından daha fazla benimsenmekte, ancak kadınlar da önemli ölçüde onaylamaktadırlar.

6. Kız çocuklarının sosyal yaşamlarının daha fazla baskılandığı, eğitim, miras, beslenme ve tanınan özgürlükler bakımından erkek çocuk lehine ayrımcılıklar yapıldığı saptanmıştır.
7. Kız çocuklar ile erkek çocuklara uygun görülen meslekler farklılık göstermektedir. Kız çocuklar için öğretmenlik, hemşirelik ve doktorluk ön sıralarda tercih edilirken, erkek çocuklar için doktorluk, mühendislik meslekleri öncelikle tercih edilmekte, hemşirelik mesleği bu tercihler arasında yer almamaktadır.
8. Erkek katılımcıların ailelerinde, erkek çocuk tercihinin daha yoğun olduğu görülmekte, tek çocuk olması halinde kadınlar kız çocuk, erkekler erkek çocuk istemekte ve istenen cinsiyette bebek sahibi olma konusunda her iki katılımcı gurubu da büyük oranda özel bir yöntem almayı reddetmektedirler.
9. Araştırma grubunda “Erkek çocuğun gölgesi kuvvetli olur”, “Erkek bir karış fazla olur”, “Oğlum olsun da isterse sakat olsun” gibi ifadelerle erkek çocuğun önemsendiği, yarımlar için anne ve babanın garantisi olarak görüldüğü, daha ayrıcalıklı bir konumda olduğu belirlenmiştir. Kız çocuklarının “El ekmeği” olarak değerlendirilmesinin, “Sen el ekmeğisin yediğin de giydiğin de zarar” gibi ifadelerle daha düşük statüye sahip olduğu, kız çocuklarının, eğitim ve sağlık dahil olmak üzere, miras, beslenme, tanınan özgürlükler, ekonomik

destek gibi konularda erkeğe oranla dezavantajlı konumda olduğu belirlenmiştir.

10. Çocuklukta sağlık nedeniyle kardeşlerini kaybeden katılımcılar, ölen kız ve erkek kardeşlerinin ölüm nedenlerini açıklarken dikkati çeken fark, erkek kardeş ölüm nedenlerinde “nazar” olgusu, kız kardeş ölümlerinde ise “doktora götürülmedi” ifadelerinin sıkça yer almasıdır. Aynı şekilde çocuklarının ölüm nedenleri için de “doktora götürülmedi” ya da “ihmal ettik” seçenekleri kız çocuklarda daha yoğun olarak belirlenmiştir.
11. Eşler arası ilişkilere aile yakınlarının (örn: kayınvalide) müdahale ettiği, kadın eşin daha kolaylıkla suçlanabildiği görülmüştür.
12. Kızılcahamam ilçesinde kadına yönelik aile içi şiddet vakalarının nedenleri sıklıkla alkol tüketimi ve buna bağlı gelişen eş tutumlarına bağlanmaktadır. Hastane aciline yansıyan ya da yansımayan oldukça fazla şiddet öyküsü toplanmıştır. Araştırma örneklemini oluşturan toplumda, şiddet sıklığı oldukça fazla bulunmuştur. Yaşanan şiddetin kimi zaman normal görüldüğü, çoğu zaman gizlendiği, şikayet etme durumunun sık olmadığı, şikayet edildiğinde ise dışarıdan yapılan karışmaların barıştırma yönünde gerçekleştiği ve işe yaradığı, şiddete uğrayan kadınların çoğunlukla çaresizlikten ve olayı normal saydıklarından dolayı durumlarını kabul edip, kaldıkları yerden aynı yaşamlarına devam ettikleri görülmüştür.
13. Şiddete uğrayan kadınların çoğunlukla ekonomik bağımlılık, eğitimsizlik, çocuklarından ayrı kalmamak, şiddeti ifade etmekteki güçlükleri, toplum baskısı, belki düzelir anlayışı, yuvayı dağıtmamak ya da şikayet sonrası yaşanacaklardan korkma gibi nedenlerle yaşadıkları şiddeti gizli tuttukları, mecbur kaldıklarında tedavi için doktora başvurdıkları ancak çoğunlukla doktordan gizledikleri, barıştırma çabalarının işe yaradığı ve genellikle evlerine dönüp durumu unutmaya çalıştıkları gözlenmiştir.
14. Bölgede küçük yaşta evliliklerin, kısa sürede boşanmanın sıkça görüldüğü, boşanma söz konusu durumlarda kadının ailesinin “çocuğunla kabul etmem”, ya da “sen istedin, şimdi bunu çek” yaklaşımlarının kadını çaresiz bıraktığına ilişkin olguların sık olduğu ifade edilmektedir.

15. Çocuğu olmadığı ya da erkek çocuk doğurmadığı için şiddet gören kadınların olduğu ve bu durumun kadının intihar girişimine varan sonuçları olduğu görülmüştür.
16. Araştırma grubunda halk arasında şiddeti özellikle eş şiddetini normalleştiren geleneksel yaklaşımlar ve deyimlere rastlanmıştır. “Baskısız yongayı yel atar”, “Küsmeyen barışın tadı çıkmaz” ya da “Suç vardır besbelli dövüyordur” gibi halk arasında şiddeti olağanlaştıran, erkeğin kadına şiddet uygulamasını haklı gösteren söylemlerin varlığı saptanmıştır.
17. Kadınların şiddet sonrası tedavi görüp evlerine dönmeleri, yaşadıkları fiziksel ve ruhsal travma ile başa çıkmada yalnız kalmaları onların benlik saygısına ve ruhsal sağlıklarına zarar vermektedir. Kadına yönelik aile içi şiddetin ve buna bağlı yaşanan psikolojik rahatsızlıkların araştırma bölgesinde önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu bulunmuştur.
18. Katılımcılar şiddeti en çok fiziksel boyutuyla tanımlamışlar ancak katılımcıların çoğunluğu verili seçeneklerden hepsinin şiddet olduğunu belirtmişlerdir.
19. Şiddete tamamen karşı olma durumu kadınlarda daha yüksek oranda bulunmuş (% 70) ancak şiddetin nesnesi konumundaki kadınların bir bölümünün, “şiddete tamamen karşı” olmadıkları görülmektedir. Gene şiddete kadının yol açtığı görüşü erkeklerde daha fazla oranda olduğu, kadınların da azımsanmayacak oranlarda aynı görüşte oldukları bulunmuştur.
20. Şiddetin “iki kişi arasında bir mesele” olarak görülmesi her iki cinsiyette de azımsanmayacak ölçülerde olmakla birlikte erkeklerde daha yüksek oranda bulunmuştur.
21. Şiddete uğrayan bir komşuları olduğu durumda “eşler arasına girilmez” görüşü erkeklerde daha fazla olmakla birlikte (yarıdan fazlası) her iki cinsiyettekilerce en çok tercih edilen seçenek olmuştur. İkinci sırada ise “polise haber vermek” seçeneği tercih edilmiştir.
22. Kadınların yarıdan fazlasının erkeklerin ise beşte birinin aile içinde şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur. Okur-yazar ve okumaz-yazmazlarda şiddet sıklığı daha fazla bulunmuştur.

23. Kadınlar en fazla eşlerinden, erkekler ise babalarından şiddet gördüklerini belirtmişlerdir. Kadınlar ailenin diğer erkek figürleri olan baba, ağabey, kayınları yanında kayınvalide ve görümce gibi yakınlarından da şiddet görmektedirler.
24. Kadınlar en fazla fiziksel, sonra psikolojik, kontrol etme ve ihmal edilme gibi şiddet türlerine, erkekler ise en fazla fiziksel, sonra psikolojik şiddete uğramışlardır. Cinsel şiddet sıklığı daha az olmakla birlikte, açık uçlu sorulardan ve görüşmelerden, kadının cinsel şiddete uğramakla kalmayıp suçlandığı durumlar da bulunmuştur.
25. Şiddete dayalı olarak kadınların fiziksel ya da duygusal zarara uğramaları, sağlık sorunları yaşamalarının daha sık olduğu görülmüştür.
26. Şiddete maruz kalan kadınların çoğu hiçbir yere başvurmadıklarını, daha azı ise doktora ve aile yakınlarına başvurduklarını belirtmişlerdir. Erkeklerse büyük oranda hiçbir yere başvurmadıklarını, daha azı da doktora başvurduklarını belirtmişlerdir.
27. Şiddet durumu, her iki cinsiyette de çoğunlukla doktordan gizlenmiş, kadınlarda paylaşma oranı daha fazla bulunmuştur.
28. Şiddet yaşadığını doktorla paylaşma durumunda doktorun tutumu “gerekli tedaviyi yapma, ama soruşturmama” ya da “adli rapor düzenleme” biçiminde görülmüştür.
29. Şiddete uğrayanların yapması gerekenlere ilişkin görüşlerde her iki cinsiyettekiler de en çok “nedenini sorup, konuşarak anlamak” olmaz ise “boşanmak” seçeneklerini tercih etmişlerdir.

2. Toplumun Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Konusunda Cinsiyet Ayrımcı Tutumları

1. Hastaların sağlık çalışanına karşı tutum ve davranışları personelin cinsiyetine göre farklılık göstermektedir.
2. Kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmasında en sık gözlenen cinsiyet ayrımcı tutum, hizmet alınacak sağlık görevlisinin cinsiyetine ilişkin tercihleridir. Doktorun cinsiyeti konusunda kadınların daha fazla cinsiyet

ayrımcı tutumlara sahip olduğu, özellikle jinekolojik muayene ve genital organları ilgilendiren muayene ve işlemlerde kadın doktor tercih ettikleri görülmüştür.

3. Özellikle enjeksiyon, pansuman gibi cinsel organları ilgilendiren muayene ve işlemlerde kadın hastaların hemcinsi olan hemşirelerden hizmet almayı tercih ettikleri görülmüştür. Cinsel organları ilgilendiren uygulamalarda kadınlar yanında erkeklerin de kendi cinsiyetindeki sağlık personelinen hizmet almayı tercih ettikleri gözlenmiştir.
4. Aile planlaması hizmetlerinin karşı cinsiyetten bir hekimden almada kadınlar daha fazla rahatsızlık duymakla birlikte, büyük çoğunluk rahatsız olmadıklarını belirtmişlerdir. Bu rahatsızlığın eğitim durumu yükseldikçe ve bir işte çalışma durumunda azaldığı, ileri yaşlarda ise arttığı belirlenmiştir.
5. Aile planlaması hizmetlerini karşı cinsiyetten bir hekimden almaktan rahatsızlık duymadıklarını ifade eden erkek katılımcıların yarıdan fazlası eşlerinin doğum ve AP hizmetlerini bir erkek doktordan almasından rahatsız oldukları görülmüştür. Bu durum ise bir tezat olarak yorumlanmıştır.
6. Aile planlaması yöntemlerini kullanma sorumluluğunu her iki cinsiyetteki katılımcılar “kadın sorumluluğu” olarak görmekte, bu görüş erkeklerde daha fazla bulunmuştur.
7. Aile planlaması yöntemi olarak tüplerin/kanalların bağlanması yöntemini, her iki cinsiyetteki katılımcılar kendileri için büyük oranda uygun bulmamaktadırlar. Bu yöntemi erkek katılımcılar daha az kabul ediyor görünseler de bulunan oran azımsanmayacak ölçüde görülmektedir.
8. Erkek katılımcıların çoğu eşlerinin doğum ve aile planlaması hizmetlerini bir erkek doktordan almasından rahatsızlık duymakta ancak ürolojik sorunlarında kendileri karşı cinsiyetten bir hekimden almaktan rahatsızlık duymamaktadırlar.
9. Kadınların kadın doktor tercih etmelerine gerekçe olarak, utanma duygusu, inançları, eşlerinin istememesi gibi nedenler gösterilmekte. Eşlerinin doğum gibi acil ve önemli durumlarda bile erkek doktora muayene olmalarını engelleyen erkeklerin olduğu görülmüştür.

10. Eğitim düzeyinin yükselmesi ve çalışma durumunda karşı cinsiyetten hekime muayene olmak durumunda duyulan rahatsızlığın daha az görüldüğü bulunmuştur.
11. Hasta ve hasta yakınlarının hastanede görev yapan kadın sağlık çalışanlarına olumsuz tavırlarının olduğu, daha kaba, hakaret dolu hatta küfre varan sözler kullanabildikleri, üzerlerinde baskı kurma çabalarının olduğu hem halktan, hem de sağlık personelinden edinilen bulgularda yer almaktadır. Bu durum hemşire olarak çalışan personelde daha sık yaşanmaktadır. Hastalarla ilk olarak hemşirelerin iletişime geçmeleri, ortamda başka sağlık görevlisinin olmaması bu duruma neden olarak gösterilmektedir.
12. Sağlık personeli hastanede kız ve erkek çocuklar arası ayrımcı tutumlara sık olmasa da rastladıklarını belirtmişlerdir. Bu konudaki gözlemler;
 - a. Erkek çocuk beklentisinin yoğun olduğu, özellikle kız çocuklardan sonraki bir gebelikte beklentinin yükseldiği,
 - b. Erkek çocuk olmama durumunda anne, baba ve diğer aile üyelerinin mutsuzluğu, kadınların intihara varan, erkeklerin eşlerini boşamaya varan tutumlarına rastlandığı,
 - c. Kız çocuklarını daha fazla baskıladıkları, erkek çocuklarını yücelttikleri, özellikle sünnet olayının abartıldığı,
 - d. Sağlık hizmetlerinde sık olmamakla birlikte ayrımcı tutumların var olduğu, özellikle polio aşısının kısırlık yapacağı endişesiyle erkek çocuklarına yaptırmayanların, tedavi konusunda erkek çocukları öncelikle hastaneye getirdikleri, erkek çocuklarına dışarıdan özel aşıların alındığı halde kız çocuklarına böyle bir özenin gösterilmediği, kız çocukların tedavilerinde ihmal ve kusurların olduğu, doktora götürülmeleri konusunda yaşanan ihmallerin erkek çocuklara oranla kız çocuklarında oldukça sık görüldüğü bulunmuştur.

3. Sağlık Personelinin Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Toplumsal Cinsiyet Duyarlılığı ve Cinsiyet Ayrımcı Tutumları

1. Karşı cinsiyetten bir hastasını muayene etmek istemeyen hekim, karşı cinsiyetten bir hastasına bakım vermekten kaçınan hemşire ve sağlık

memurlarının olduğuna ilişkin yaşantılara, oransal olarak az sayıda da olsa rastlandığı hem halktan hem de sağlık personelinin edinilen bulgularla belirlenmiştir.

2. Sağlık çalışanlarının karşı cinsiyetten hastasına hizmet vermekten kaçındıkları durumlar, enjeksiyon, pansuman, sonda takılması gibi ve özellikle cinsel organlarla ilgili uygulamalarda yoğunlaşmaktadır. Bu durum halktan alınan verilerle de örtüşmektedir. Acil serviste görev yapan hekimler de olanaklı durumlarda bu tür uygulamalarda kadın hastalarını hemşirelere, erkek hastalarını da sağlık memurlarına yönlendirdiklerini, ancak olanaklı değilse personelin çekinmeden görevlerini yaptıklarını ifade etmişlerdir. Bunun yanında görevinin gereği olduğu için, bu işlemleri rahatsızlık duymadan yaptıklarını belirten sağlık personeli sayısı da oldukça yüksek bulunmuştur. Hastanın karşı cinsiyetten sağlık personelinin hizmet almayı reddettiği durumlarda personelin yaklaşımı farklılaşmaktadır. Bu durumda personelin bir kısmı istemiyorsa zorlamadıklarını hatta uğraşarak vakit kaybetmek istemediklerini, nasıl olsa bu tutumların hastane ortamında giderilmesinin mümkün olamayacağını belirtmişlerdir. Diğer bir bölümü ise, özellikle hemşirelerden oluşan sağlık personeli, hastaya güven duygusu vererek, telkin ve ikna edici yaklaşımlarda bulunduklarını ve bu yaklaşımların işe yaradığını belirtmişlerdir.
3. hastalarının kız ve erkek çocukları arasında yaptıkları ayrımcılıklara tanık olan sağlık personeli, bu tutumlarını gidermeye dönük telkin ve yönlendirmelerde bulunarak, halkın cinsiyetçi yaklaşımlarının giderilmesine yönelik çaba gösterdiklerini belirtmişlerdir.
4. Kadın hekimlerin kadın hastalarına daha sert, sabırsız davrandıkları, erkek doktorların daha anlayışlı oldukları, özellikle doğum sırasında sağlık personelinin kadına bağırma ve hakaret etmeye kadar olumsuz tavırlarının olduğu belirtilmektedir. Kadın hekimlerin erkek hastalarını muayene etmeden sevk ettikleri, daha sert davrandıkları, hemşirelerin de erkek hastalara kötü davrandıkları, erkek hekimlerin güzel kadın hastalarına daha iyi davrandıkları erkek katılımcılarca belirtilmektedir.

5. Doktorların hastaların eğitim, sosyoekonomik ve kültürel özelliklerine göre farklı davranışlarının olduğu, özellikle erkek doktorların bakımlı, hoş görünen, eğitilmiş ve güzel kadın hastaları ile daha yakından ilgilendikleri, iyi bir iletişim dili kullandıkları ancak eğitimsiz, ev hanımı, düşük sosyoekonomik ve kültürel düzeydeki kadın hastalarına daha kaba davrandıkları belirtilmektedir.
6. Tesettürlü olması nedeniyle bebek dahi olsa erkek hastasına bakmayan kadın hekim varlığı, kadınlarla tokalaşmaktan kaçınan erkek doktor varlığı, gene kadın hastaya enjeksiyon yapmaktan kaçınan sağlık memurları ve erkek hastasına bakım vermekten kaçınan hemşirelerin varlığı ifade edilmektedir.
7. Erkek doktorlardan bazılarının psikolojik rahatsızlıkları olan kadın ve erkek hastalarına davranışları farklılaşmaktadır. Hekimlerce, erkek hastalarının psikolojik travmalar, yaşadıkları sıkıntılar, travmalar ve yaşamla baş etme güçlüklerine bağlanarak, daha fazla önemsenirken, kadın hastaların durumlarını abarttıklarına ilişkin inançları nedeniyle, daha çok konversif durumlar olarak yorumlandığı belirlenmiştir.
8. Sağlık memuru ve hemşirelerin aynı eğitimi aldıkları, hastanede her ikisinin de hemşire olarak çalışması gerektiği ancak çalıştıkları ortamda sağlık memurlarının klinikler ve acil serviste hemşire olarak çalışmadıkları belirtilmiştir. Sağlık memurlarının acilde gece memuru olarak çalıştıkları, bunun yanında 112 acil sağlık hizmetlerinin erkek sağlık personelinin alanı olarak görüldüğü, bunun kas gücüne bağlandığı, kadın sağlık çalışanlarının bu alanda çalıştırılmadıkları, idari eğilimin de bu yönde olduğu belirtilmektedir. Sağlık ocağında da benzer şekilde sağlık memurlarının normal memur gibi çalıştırıldıkları, hastaya ilişkin hizmetlerde rol almadıkları, sağlık hizmetlerinin hemşirelerce yürütüldüğü görülmüştür.
9. Hastanede kadın ve erkek sağlık personeli olarak çalışmanın farklı olduğu, erkek çalışanların daha avantajlı oldukları, haklarını arayabildikleri, idari birimlerle yakın iletişimlerinin, hak aramaları durumunda önemli olduğu vurgulanmaktadır. Kadın çalışanların dezavantajlı konumları, üzerlerinde daha kolay baskı, denetim ve yaptırım uygulanabildiği, haklarını alamadıkları ve bu tür girişimlerde daha pasif ve edilgen oldukları eleştirisi sıkça dile getirilmiştir. Hastane yöneticilerinin de kadın sağlık çalışanları üzerinde daha rahat baskı

kurdukları, erkek sağlık personeline bu turlu davranamadıkları, erkek sağlık personeli mesai kavramına uygun hareket etmez ve kadın çalışanlar buna uyarken bile kadın çalışanların daha fazla denetlendiği ve baskılandığı, bu durumun kadın olmalarından kaynaklandığı sıkça dile getirilmiştir.

10. Doktor nöbetlerinde ve ağır çalışma ortamlarında, kadın hekimlere olumlu ayrımcılık yapıldığı belirtilmektedir. Benzer biçimde sağlık memurları acil serviste karşılaşılan hasta-sağlık personeli tartışmalarda kadın sağlık çalışanlarını koruma içgüdüğü ile onları ortamdan uzaklaştırarak kendilerinin muhatap olduklarını belirtmişlerdir.
11. Doktorların branş seçimlerinde cinsiyete dayalı farklılıklar olduğu, kadın hekimlerin evlilik yaşamlarını etkilemeyecek, çalışma ve ev yaşantısını bir arada sürdürebilmelerini sağlayacak, daha “rahat” olarak tanımlanan branşları tercih ettikleri tüm sağlık personeline onaylanan ortak görüştür. Bunun yanında güç gerektiren, ağır çalışma şartları olan branşları özellikle, cerrahi, beyin ve kalp-damar cerrahisi, ortopedi ve üroloji branşlarını kadınların çoğunlukla tercih etmedikleri ifade edilmiştir. Bu durum çoğunlukla olağan görölmekle birlikte, bu ayrımı doğru bulmayanlarında olduğu saptanmıştır.
12. Branş seçiminde cinsiyete dayalı tercihleri onaylayanlar bu durumu çoğunlukla yapabilirlikle, güç faktörüyle, kadınların eş ve annelik sorumluluklarıyla açıklamaktadırlar. Üroloji alanında kadın hekimin olmaması gerektiği, zaten de tercih etmedikleri yönündeki görüşler sıkça ifade edilmiştir. Buna karşılık erkek hekimlerin kadın doğum uzmanlığı alanını daha fazla tercih ettiklerini, bu duruma ekonomik kaygının yol açtığı belirtilmiştir. Bir kısmı da cinsiyete dayalı seçimlerin olmaması gerektiğini, “tıpta ayıp yoktur” sözüne dayalı olarak açıklamışlardır.
13. Sağlık personelinin cinsiyet ayrımcı tutumlarına ilişkin yorumlarda en çarpıcı sonuçlardan biri de, bir sağlık memuru ve bir erkek doktordan alınmıştır. Her ikisinin de görüşleri benzerlik göstermekte ve “kadınların çalışma oranları arttıkça erkeklerin işsiz kaldıkları, psikolojilerinin bozulduğu, çalışan kadınların çocuklarına yeteri kadar ilgi gösteremedikleri, bu nedenle çocuk suçluluğunun arttığı” belirtilmektedir. Bu nedenle kadınların çalışmamaları

gerektiği, çalışacaksa da her işte çalışmaması gerektiği, çalışma şartlarının ayarlanması gerektiği belirtilmektedir.

4. Sağlık Personelinin Karşılaştıkları şiddet Vakalarına İlişkin Tutumları

1. Sağlık personelinin şiddet vakalarında tutumları genellikle olumludur. Yardımcı, anlayışlı ve yol gösterici bir tavır içindedirler. Bazı sağlık personeli ifadelerinde, hemşirelerin şiddet mağduru kadınlara tutumlarının abartıldığı, yardımcı olmaktan öte, özel alana varan irdeleme ve destek olma çabaları, yaklaşmaları eleştirilmekte ve abartılı bulunmaktadır.
2. Özellikle hemşire ve ebeler, şiddete uğrayan hastaya yaklaşımda daha fazla duyarlı, yardımcı, anlayışlı yaklaşarak, güven duygusu oluşturarak mağduru dinleme ve yardımcı olma çabaları göstermektedir. Ancak bu konuda yapılabilecek teknik yardım ve yasal boyutu konusunda yetersiz bilgiye sahip görünmektedirler.
3. Darp olduğu anlaşılan vakalarda, hasta durumu gizlemeye çalışsa da detaylı sorgulamalar yapılmakta, şiddet mağduru kadına şikayetçi olup olmadıkları sorulmaktadır. Ancak kadın ısrarla şikayetçi olmadığını belirtmiş ise, sağlık personeli hastanın beyanına uygun davranmaktadır. şiddet durumunda adli rapor düzenlenmesi konusunda sorumluluklarının bilincinde görülen hekim/sağlık personeli görevinin gereği gibi davranmakta ancak, hastanın ısrarla şikayetçi değilim dediği durumlarda adli rapor dzenlememektedirler. Ancak bazı sağlık personelinin ifadelerinde şikayetçi olunsa da olunmasa da adli rapor tutulduğu belirtilmektedir. Buna göre, adli rapor düzenleme konusunda istekli olma durumu personel arası farklılıklar göstermektedir.
4. Çoğu personel şiddet durumunda tedavi odaklı yaklaşmakta, şikayet süreci içinde aktif rol almaktan çekinmekte ve böyle vakaları “adli mercilerin işi” olarak görmekte ve sağlık sorunlarının çözümüyle sınırlı kalmak istemektedirler. Hasta şikayeti ve sözlü beyanına göre adli rapor düzenlenmektedir.
5. şiddete uğrama durumunda nadir de olsa olumsuz tutumların grldğu ifade edilmiştir. Bu tutuma neden olarak bazı vakalarda “Kocandır, dn evine, o senin ekmeğini veriyor, dn evine” ifadesinde olduğu gibi toplumda yaygın

gelenek ve kanaatlere benzer yaklaşımların kimi sağlık personeline de paylaşıldığı görülmüştür. Açıkça şiddet olduğu görülse de hastanın şikayet etmemesi biçiminde yönlendirildiği nadir vakalarda saptanmıştır.

5. Yapılması Gerekenlere İlişkin Sağlık Personeli Görüş ve Önerileri

1. Görüşme yapılan doktorlar, halkın o güne kadarki yaşamına ait birikimin, hastanede muayene için verilen kısıtlı sürede giderilemeyeceği, sağlık personelinin cinsiyetçi tutumların giderilmesinde etkin rol alamayacağı görüşünü daha çok benimsemektedirler. Telkinler yapabileceklerini ancak bunun da sınırlı etki yapacağını, esas görevin aileye ve eğitim sektörüne düştüğünü belirtmişlerdir.
2. Diğer sağlık personeli de bu konuda sağlık personelinin etkisi olacağını ancak sınırlı etkide bulunacaklarını belirtmişlerdir. Ancak bir kısmı hastaya yaklaşımlarını ayarlayarak, onu rahatlatarak, mahremiyetine saygı gösterileceğine ilişkin güven vererek, telkinlerde bulunarak sağlık personelinin etkili olacağını savunmaktadırlar.
3. Halkın cinsiyet ayrımcı tutumlarını gidermede personelinin çoğu, bu durumun öncelikle toplumsal, kültürel ve ekonomik kökenlerinin olduğunu, temelde bir eğitim sorunu olduğunu, bu nedenle sorunun öncelikle aile eğitimleri ve okul eğitim sistemi ile çözülmesi gerektiğini belirtmektedir. Temel eğitim açıklarının giderilmesi, kitle iletişim araçlarında verilen mesajların düzenlenmesi ile toplumun eğitilmesi yoluyla ve uzun vadede sorunun aşılabileceği görüşü yaygındır.
4. Temel sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık ocaklarında, hastayla ve ailesiyle daha yakın iletişimin olduğu, ev ziyaretleri yoluyla da hastalarının tutumları üzerine daha etkili olunabileceği görüşü oldukça yaygın bulunmuştur.
5. Ayrıca sağlık ocaklarında hastalara yönelik eğitimlerin düzenlenebileceği, sağlık ocağının fiziksel ve eğitim donanımını bu yönde düzenleyerek, halkın eğitimi için uygun yerler oluşturulabileceği ifade edilmiştir. Bu tür eğitim etkinliklerinde özellikle ebe ve hemşirelerin aktif rol alabileceği ebe, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarınca sıkça belirtilmiştir.
6. Halkın cinsiyet ayrımcı tutumlarını gidermede sağlık personelinin uygulamaya dönük ve kendilerini de bu çabanın içinde gören önerileri vardır. Hastanede bir

eğitim odası açılarak halka bu konuda eğitim verilebileceği, okullarda ya da halk eğitimi merkezlerinde kurslar açılabilceği, bu kurslarda sağlık personelinin gönüllü, aktif rol alabileceği, kitle iletişim araçlarının bu yönde güçlü etki yapabileceği, yerel televizyon kanallarından yararlanılabileceği gibi görüşler ifade edilmiştir.

7. Cinsiyet ayrımcı tutumları gidermek üzere hem halkın hem de bölgede görev yapan sağlık personelinin eğitilmelerine ihtiyaç olduğu da belirtilmektedir.

ÖNERİLER

Halkın sağlık hizmetlerinden yararlanmasında ve sağlık personelinin hizmet sunumunda hem halktan hem de sağlık personelinin alanan verilere göre cinsiyet ayrımcı yaklaşımlar saptanmıştır. Bu durum;

- Hem halkın sağlık hizmetlerinden yararlanmada cinsiyet ayrımcı yaklaşımlarının ortadan kaldırılması konusunda eğitim ihtiyacına,
- Hem sağlık personelinin halkın cinsiyet ayrımcılığı konusundaki duyarlılığını geliştirmek üzere eğitim ihtiyacına ve
- Hem de personelin kendi cinsiyet ayrımcı yaklaşımlarından uzaklaştırılması konusunda hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim ihtiyacına işaret etmektedir.

Halka yönelik yapılması planlanan eğitimlerde, Halk Eğitimi Merkezleri, okul ya da sağlık kurum/kuruluşlarında düzenlenecek etkinlikler, kitle iletişim araçları yoluyla verilen mesajlar ve özellikle televizyon yoluyla yapılacak eğitim ve bilgilendirmelerin yararlı olacağı düşünülmektedir. Bu amaçla yapılacak etkinliklerde cinsiyet ayrımcı tutumların giderilmesine dönük mesajlar verilmelidir.

1. Halka Dönük Eğitim Programlarının İçeriğinde Yer Alması Önerilen Konular:

- Toplumsal yaşamda yer alan kadına yönelik ayrımcı kalıp yargılar ve geleneklerin giderilmesi ve duyarlılık geliştirmeye dönük içeriklere yer verilmelidir.

- Kız ve erkek çocuklara davranışların eşitlik ve hakkaniyete dayalı olmasının önemine, sağlık, beslenme, aşılama, eğitim ve miras gibi konularda yapılan ayrımcılıkları önlemek üzere duyarlılık geliştirici eğitim içeriklerine yer verilmesi ile kız ve erkek çocuklar arasında yapılan bu ayrımcılıkların yalnız çocuklarına değil toplumun geleceğine etkilerinin tartışıldığı ortamların yaratılması gereklidir.
- Kız çocuklarının eğitim almalarının önemi ve gereği vurgulanmalı. Toplumda eğitim alan ve almayan bireylerin yaşamları, konumları, eğitilmiş bireylerden oluşan toplumların özelliklerinin de tartışıldığı, bu yönde kız çocuklarının eğitime gereklerine yapılan vurgu ile kız ve erkek çocukları arasındaki eğitimsel eşitsizliklerin giderilmesi amacıyla destek ve yönlendirilmeler yapılmalı.
- Erkek çocuk beklentisi içindeki ebeveyn ve aile yakınlarına, cinsiyetin belirlenmesinde kadının rolü olmadığı ve bu durumun biyolojik açıklaması yapılmalı, erkek çocuk beklentilerinin gerçekleşmediği durumda kadınların suçlanmasının gereksizliği konularda bilgilendirmeler yapılmalı.
- Sağlık hizmetlerinden yaralanma konusunda bilinç geliştirmeye dönük içeriklere yer verilmeli. Özellikle gebe kadınların eşleri ve diğer aile yakınlarınca hastaneye gitmelerine izin verilmeyen gelenekçi yaklaşımların yoğun yaşadığı ataerkil gruplarda bu durumun düzeltilmesine ve uygun doğum öncesi bakım hizmetlerinin alınmasının gerekliliğine yönelik eğitim önlemleri alınmalı.
- Sağlık hizmeti sunanların, tıbbi gereklilikleri yerine getirdikleri ve etik anlayış çerçevesinde hareket edecekleri belirtilerek, sağlık personelinin cinsiyetin dönük tercihlerin eğitimler yoluyla önlenmesine çalışılmalı.
- Hastane ortamındaki olumsuz iletişimlere yok etmek için halk ve personele dönük iletişim becerilerinin geliştirilmesini amaçlayan eğitim içeriklerine yer verilmeli.
- Hastalar, hasta hakları ve şiddet durumundaki yasal boyutun işleyişi ve hakları konusunda bilinçlendirilmeli, şiddet durumunda başvuracakları,

yardım alacakları kurum ve kuruluşlar hakkında ve bu birimlerde alacakları hizmet türleri ve hakları konusunda bilgilendirilmeli.

- Araştırma grubunda halk arasında şiddeti özellikle eş şiddetini normalleştiren geleneksel yaklaşımlar ve deyimlere rastlanmıştır. “Baskısız yongayı yel atar”, “Küsmeden barışın tadı çıkmaz” ya da “Suç vardır besbelli dövüyordur” gibi halk arasında şiddeti olağanlaştıran, erkeğin kadına şiddet uygulamasını haklı gösteren bu söylemler, küçük toplumlarda daha yaygın kabul görmekte ve durumu kabul etmeyen kadın mağdurları çaresiz bırakacak boyutlara kadar sonuçlanabilmektedir. Bu nedenle şiddetin önlenmesine dönük bilinç oluşturacak eğitim içerikleri belirlenmelidir.

2. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Hizmet İçi ve Hizmet Öncesi Eğitim Programlarının İçeriklerine Yer Alması Önerilen Konular

- Sağlık personelinin hizmet verdiği/vereceği kitlenin gelenekleri ve toplumsal yapısına ilişkin bilgi sahibi olmasının önemi ile bu grubun yaygın inançları hakkında bilgi edinmesinin önemi vurgulanmalıdır.
- Toplumsal cinsiyet duyarlılığını geliştirmek üzere sağlık personelinin örgün eğitimleri ve hizmet içi eğitimlerinde ilgili içerik yer almalıdır.
- Hastaların cinsiyet, eğitim, sosyokültürel ve ekonomik özelliklerine göre ayrımcı tutumlar saptandığından, yapılacak eğitimlerde bu konuda bilinç yükseltici, etik değer taşıyan içeriklere yer verilmelidir. Hastaları arasında ayrımcılık gözetmeyeceklerine ilişkin olarak meslek antlarına da uygun yönlendirmelere gerek vardır.
- Sağlık personelinin halkın cinsiyetçi tutumlarından arındırılmasında önemli bir rol ve kimlik üstlenmelidirler. Bu konuda etkin rol alabilecekleri vurgusu yapılarak isteklendirilmeli, duyarlılık geliştirmeye dönük içerikler hazırlanmalıdır.
- Enjeksiyon, pansuman, doğum ve aile planlaması hizmetleri gibi halktan bir kesimin çekince duyacakları hizmetler hakkında personel bilgilendirmeli.

Hastalarını rahatlatma ve ikna etme konusunda istekli olmalılardır. Bu anlamda doktor ve hasta iletişim becerilerinin geliştirilmesi gereklidir.

- Kız çocuklarının sağlık hizmetlerinden daha az ya da geç yararlanması, erkek çocukların daha öncelikle sağlık hizmeti aldığı buna karşın erkek çocuklara bazı aşıların yaptırılmaması gibi cinsiyet ayrımcı tutumların giderilmesinde sağlık personelinin kilit rolünün hatırlatılması gerekmektedir.
- Karşı cinsiyetten hastasını muayene etmekten kaçınan ya da hizmet vermemeyi tercih eden personelin varlığı sık olmasa da dile getirilmiştir. Bu konuda sağlık personelinin mesleğine bağlılığının geliştirilmesine, mesleğinin etik boyutunun vurgulanmasına, kadın ya da erkek olarak değil hasta olarak görme becerilerinin geliştirilmesine ve bu konuda duyarlılık geliştirilmesine gerek vardır. Personele cinsiyet eşitliğine dayalı bir bakış açısı kazandırmak için duyarlılığı artırıcı yönde eğitim etkinlikleri düzenlenmelidir.
- Sağlık personelinin çalışma alanlarında, kendi aralarında yaşadıkları kadın ve erkek personel ayrımcılığının giderilmesine dönük içerikler gereklidir. Sağlık personelinin hizmet sunarken kadın ve erkek olmalarından kaynaklanan ayrımcılıkların, haksızlıkların giderilmesine dönük cinsiyet duyarlılığı geliştirilmelidir.
- Şiddete uğrayan kadınlara davranışlara ilişkin olarak, önyargıların giderilmesi amacıyla yapılacak bilinç yükseltme ve duyarlılık geliştirme çabaları eğitim içeriklerinde yer almalıdır.
- Adli vakalarda personel yaklaşımları, şiddeti tanılama, adli rapor hazırlanması ve hastanın bu durumda hangi kurumlardan ne tür yardımlar alabileceğine ilişkin eğitim programlarının hizmetiçi ve öncesi sağlık personeli eğitimlerinde yer almasına gerek vardır. Adli rapor düzenlemeye ilişkin çekincelerin ve eksikliklerin giderilmesine dönük eğitimlere büyük ölçüde ihtiyaç vardır. Hekimler arasında adli rapor düzenleme konusunda kararlılık ve yapılan hataların giderilmesi amacıyla isteklendirilmeli ve bilgilendirilmelidir. Bunun sağlanması için de cinsiyete duyarlı eğitim politika ve programlarının izlenmesi gerekmektedir.

3. Araştırmaya İlişkin Öneriler

- Bu çalışma bir ilçedeki halktan alınan örneklemden ve sağlık personeli olarak da bir sağlık ocağı ve bir hastanede yapılan görüşmelerden elde edilen verilerle sınırlıdır. Bu nedenle durumun daha geniş boyutlu olarak araştırılmasına ihtiyaç vardır.
- Halkın sağlık hizmetlerinden yararlanma, personelle iletişim ve personel tercihlerine ilişkin geniş çaplı araştırmalara ihtiyaç vardır.
- Yapılacak diğer çalışmalarda, sağlık kurum/kuruluşları ve sağlık personelinin cinsiyetçi yaklaşımlarının belirlenmesine dönük daha geniş boyutta çalışmalara ihtiyaç vardır.
- Personelin halkın cinsiyetçi yaklaşımlarını gidermeye dönük duyarlılıkları ve bu çabaların etkinliğini araştırarak çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKÇA

- Acar, F., Ayata, A.G., ve Varoğlu, D. (1999). **Cinsiyete Dayalı Ayrımcılık: Türkiye’de Eğitim Sektörü Örneği**, Cinsiyete Dayalı Ayrımcılık ve Kadın Çalışanlara Karşı Tutumlar, Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Acar, F. ve Arıner, HO. (2009). **Kadınların İnsan Hakları ve Toplumsal Cinsiyet Eşitliği**, TC İçişleri Bakanlığı, Ankara.
- Akan, N.Y., Fındıklı, M., Alaysa, E., Gökçakıroğlu, H. (2008). Mersin’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde ve Polikliniklerde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Şiddete maruz Kalan Kadınlara Yaklaşımları”, **I. Kadın Sağlığı Kongresi, “Kadına Yönelik Şiddet” Kongre Kitabı**, HUKSAM, TTB, Ankara.
- Akın, A., Esin, Ç., Çelik, K. (2003). “Kadının Sağlık Hakkı ve Dünya Sağlık Örgütü’nün Avrupa’da Kadın Sağlığının İyileştirilmesine Yönelik Stratejik Eylem Planı”, **Toplumsal Cinsiyet Sağlık ve Kadın**, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), HÜ Yayınları, Ankara.
- Akın, A., Üner, S., Aslan, D., Esin, Ç., Coşkun, A. (2004). **Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık**. KSGM, HÜKSAM ve UNFPA Yayını, Ankara.
- Akın, A. ve Mihçioğur, S. (2003). “Kadının Statüsü ve Anne Ölümleri”, **Toplumsal Cinsiyet Sağlık ve Kadın**, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), HÜ Yayınları, Ankara.
- Akın, A (2005). “**Toplumsal Cinsiyet**”, www.gençgazeteciler.org, Erişim: 15-01-2009
- Akın, A. (2007). **Üniversite-Sağlık merkezleri 2 sempozyumu**, www.medimagazin.com Erişim Tarihi: 15-01-2009.

- Aşırdizer, M. (2006). Acil Servislere Başvuran Çocuk Ve Kadın İstismarı Olgularına Hekimlerin Yaklaşımı, **Türkiye Klinikleri, J Surg Med Sci**, cilt: 2, sayı: 50:39-48. www.tipdizini.turkiyeklinikleri.com
- Atan, Ş.Ü., Şirin, A. (2004). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Üreme Sağlığına Etkileri, **I. Ulusal Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu** (Uluslararası katılımlı), Bildiri Özetleri, Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, Sağlık Eğitimi Bölümü, 24-26 Kasım 2004, Ankara: Palme Yayıncılık.
- Avrupa Toplulukları Komisyonu (2000). **Komisyon Tarafından Hazırlanarak Avrupa Konseyine, Avrupa Paramentosuna, Ekonomik ve Sosyal Komiteye ve Bölgelerarası Komiteye Sunulan Tebliğ**, Brüksel.
- Ayrancı, Ü., Günay, Y., Ünlüoğlu, İ. (2002). Hamilelikte Aile İçi Şiddet: Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Başvuran Kadınlar Arasında Bir Çalışma, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, Vol: 3, ss: 75-87.
- Berktaş, F. (2004). **Kadınların İnsan Haklarının Gelişimi ve Türkiye**, İstanbul Bilgi Üniversitesi, Sivil Toplum Kuruluşları, Eğitim ve Araştırma Birimi, Sivil Toplum ve Demokrasi Konferans Yazıları no 7.
- BMMYK (2001). **Mülteci Krizlerinde Cinsel ve Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddeti Önleme ve Müdahale**, Kuruluşlar Arasında Alınan Dersler Konulu Konferans Tutanakları, Cenevre.
- Celbiş, O., Kaya, M., Güneş, G. (2002). Malatya’da Beş Yıllık Süreçte Adliye Yansıyan Kadın Mağdurların Değerlendirilmesi, **Adli tıp dergisi**, cilt 1, sayı 2, s. 75-83, www.dicle.edu.tr
- Çelebi, N. (1990). **Kadınlarımızın Cinsiyet Rolü Tutumları**, Konya: Sebat Ofset
- Çetin, H., Kuzu, N., Sargutan, E., Ak, B., Pekcan, H. (2005). Ankara Batıkent’te Aile İçi Şiddet Olayı. **Hastane ve Yaşam Dergisi**. 7: 14-7.
- Çiftçi Ersoy, Ö. ve Yıldız Eryılmaz, H. (2006). Yaşadıkları Şiddet Nedeniyle Sığınma Evlerine Başvuran Kadınların Umutsuzluk, Depresyon ve Üreme

Sağlığı Durumlarının Değerlendirilmesi, **5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi**, 2007.

Demren, Ç. (2003). Erkeklik, Ataerkillik ve İktidar İlişkileri, **Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın**, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), HÜ Yayınları, Ankara.

_____ (2008). Ortadoğu’da Ataerkillik ve Erkeklik İlişkileri, **C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi Aralık 2008 Cilt: 32 No:2**, 321-329.

Deniz,G., Babacan S.S. (2008). Sağlık Kuruluşuna Başvuran Kadınların Aile İçi Şiddet Konusundaki Görüşlerinin İncelenmesi, Fethiye Devlet Hastanesi Örneği, **Uluslararası Multidisipliner Kadın Kongresi, Kongre Özet Kitabı**, s.520.

Dindaş, H., Ege, E., Akın, B. (2007). Gebelikte Şiddetin Görülme Sıklığı ve Nedenleri, **5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi**, 19-22 Nisan 2007.

Donovan, J. (2005). **Feminist Teori**, Amerikan Feminizminin Entelektüel Gelenekleri, Çeviri: Aksu Bora, Meltem Ağduk Gevrek, Fevziye Sayılan, İletişim Yayınları, İstanbul.

Doyal, L. (2000). **Gender Equity And Public Health In Europe - A Discussion Document**, School for Policy Studies, University of Bristol, Gender Equity Conference, Dublin.

_____ (2001). **Sex, gender, and health: the need for a new approach**, *BMJ* 2001;323:1061-1063, www.bmj.com/cgi/content. Erişim:30/01/2009

Dökmen, Z.Y (2004). **Toplumsal Cinsiyet**, Sosyal Psikolojik Açıklamalar, İstanbul: Sistem Yayıncılık.

DPT (2005). **Bin Yıl Kalkınma Hedefleri Raporu**, Devlet Planlama Teşkilatı ve Birleşmiş Milletler Mukim Koordinatörlüğü.

Ecevit, Y. (2003). Toplumsal Cinsiyetle Yoksulluk İlişkisi Nasıl Kurulabilir? Bu İlişki Nasıl Çalışılabilir?, **C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4)**, Özel Eki.

- Eken, H. (2006). **Toplumsal Cinsiyet Olgusu Temelinde Mesleğe İlişkin Rol İle Aile İçi Rol Etkileşimi: Türk Silahlı Kuvvetlerindeki Kadın Subaylar**, www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/sos_mak/articles/2006/./HEKEN.PDF Erişim: Aralık, 2009.
- Erel, Ö., Özkök, M.S., Katkıcı, U. (2005). Eş İstismarı, **Adli Bilimler Dergisi**, cilt 4, sayı 3, ss. 17-21, www.adlibilimler.info/index
- Ereş, F. (2006). Türkiye’de Kadının Statüsü ve Yansımaları, **Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi Sayı:19**, s.40-52
- Ergöner, A.T., Özdemir, M.H., Can, İ.Ö., Salaçin, S. (2006). Aile İçi Şiddet Öykülü Abortus Olgularında Medikolegal Sorunlar, Bir Olgu Sunumu, **Adli Bilimler Dergisi**, cilt 2 sayı 4, ss: 39-43. www.adlibilimler.info/index
- Ertürk, Y. (1997). **Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesine (CEDAW) Sunulan 2. ve 3. Birleştirilmiş Dönemsel, Ülke Raporu**, Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Ankara: Takav matbaacılık-Yayıncılık.
- Gödelek, K. (2005). Güç İktidar İlişkisi Bağlamında Kadına Yönelik Şiddet, **Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı 15, Güz.
- Gümüsoğlu, F. (2003). Ders Kitaplarında Cinsiyetçiliğin Seksen Yıllık Serüveni’, **Toplumsal Cinsiyet Sağlık ve Kadın**, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), HÜ Yayınları, Ankara.
- Gürses, F. (2003). **Medya ve Kadın Öğretmenler, Türkiye’de Yazılı Basında Kadın Öğretmenlerin Temsili**, Eğitim-Sen Yayınları, Ankara.
- Güzel, D. (1995). Neden Kadın Hakları. **Türk Hemşireler Dergisi**. 45(3-4): 32-6.
- Heise, L.L. (1998). **Violence Against Women, An Integrated, Ecological Framework**, **Sage Journals Online**, Vol. 4, No. 3, 262-290 (1998) www.pubmed.gov

- Helvacioğlu, F. (1996). **Ders Kitaplarında Cinsiyetçilik 1928-1995**, Analiz Basım Yayın Tasarım Uygulama Ltd Şti, Kaynak Yayınları: 179. İstanbul.
- Hodoğlugil, N.Ş., Akın, A. (2005). **Cinsiyet Eşitliği, Barış ve Gelişme Yolunda Pekin+5 Sonuçları ve Türkiye’de Durum**, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), HÜ Yayınları, Ankara.
- HÜKSAM (2006). **Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin sağlık Politikasına Entegre Edilmesi: Bir Vaka Çalışması**, Hacettepe Üniversitesi Kadın sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Editör: Ayşe Akın, Ankara.
- Kahya, İ., Sözen, Ş., Arıcan, N., Ekizoğlu, O. (2006). Acil Servislere Başvuran Adli Olgularda Muayene Süreci ve Kayıt Sistemi, **VII. Adli Bilimler Kongresi Bildiri Özet Kitabı**, Konya: 11-14 Mayıs 2006.
- Kalemoğlu, M. (2005). Acil Serviste Hekim Sorumluluğu, **Türkiye Klinikleri J Med Sci, 2005, 25**: 824-828. www.turkiyeklinikleri.com/download_pdf
- Kandiyoti, D.(1988). **Bargaining With Patriarchy**, Gender & Society, Vol.2, No. 3, 274-290
- _____ (1997). **Cariyeler, Bacılar, Yurttaşlar: Kimlikler ve Toplumsal Dönüşümler** (Çev: Ferhunde Özbay, Hüseyin Tapınç, Şirin Tekeli, Fevziye Sayılan, Aksu Bora), Metis Yayınları: İstanbul.
- Khawaja, M; Habib, R.R. (2007). Husbands' Involvement in Housework and Women's Psychosocial Health: Findings From a Population-Based Study in Lebanon, **American Journal of Public Health; May 2007; volume: 97**, no: 5; ABI/INFORM Global, ss: 860-866.
- Köşgeroğlu, N. (2008). **Şiddet Çıkmazında Kadın**, Editör: Nedime Köşgeroğlu, İstanbul: Anfora Yayıncılık.
- Krug, EG. **Violence by intimate partners**. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. World Report on Violence and Health. Geneva. WHO; 2002, p. 87-123.

KSSGM; UNICEF (2001). **Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi ve İhtiyari Protokol**, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Ankara.

KSSGM (2003). **Pekin+5 Siyasi Deklarasyonu ve Sonuç Belgesi, Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu**, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Cem web-ofset, Ankara.

_____ (2008a). **Kadın ve Eğitim, Politika Dokümanı**, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Ankara.

_____ (2008b). **Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Temel Eğitim Seti**, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Hazırlayan: Sarp Üner.

_____ (2008c). Aile İçi Şiddetle İlgili Yasal Düzenlemeler, **Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Temel Eğitim Seti**, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Hazırlayan: Sarp Üner.

_____ (2008d). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, **Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Temel Eğitim Seti**, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Hazırlayan: Sarp Üner.

_____ (2008e). **Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Hizmetleri**, Editör: Ayşe Akın, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Ankara.

_____ (2009). **Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması**, Ankara.

Lowe, J. (1985). **Dünyada Yetişkin Eğitime Toplu Bakış**, Çeviren: Turhan Oğuzkan, Unesco Türkiye Milli Komisyonu, Ankara.

Mardin, N.B. (2003). Sağlık Sektöründe Kadın, **Toplumsal Cinsiyet Sağlık ve Kadın**, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), HÜ Yayınları, Ankara.

Mardin, N.B., Tulun, A. M., Elhan, G. S., Metin, P., Pervizat, L. (2000). Sağlık Sektöründe Kadın, Sağlık Sektöründeki Kadınlara Yönelik Tutum ve Davranışlar, **Cinsiyete Dayalı Ayrımcılık**, Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Ankara.

Mayda A.S., Akkuş, D. (2003). Ev kadınlarına yönelik aile içi şiddet. **Sağlık ve Toplum. 2003; 13**: 51-8.

Moreno, CG. (1999a). **Violence Against Women, Gender and Health Equity**, Global Programme on Evidence for Health Policy, World Health Organization, Harvard Center for Population and Development Studies Working Paper Series Number 99.15.

_____ (1999b). **WHO recommendations put women first. Lancet; 354(9195):2075-6.**

Novello, A.C., Shosky, J, Froehlke, R. (1992). From the Surgeon General, **US Public Health Service. JAMA. 1992, 267(22): 3007.**

NSW (2000). **Gender Equity in Health**, Better Health Good Health Care, NSW Health Department, www.health.nsw.gov.au.

Otaran, N., Sayın, A., Güven, F., Gürkaynak, İ., Atakul, S. (2003). **Eğitimin Toplumsal Cinsiyet Açısından İncelenmesi, Türkiye 2003**, UNICEF, web: www.unicef.org/turkey.

Östlin, P., Eckermann, E., Mishra, U.S., Nkowane, M., Wallstam, E. (2006). Gender and health promotion: A multisectoral policy approach, Health Promotion International (Supplement 1):25-35; **Health Affairs The Policy Journal Of The Health Sphere**. content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract, Erişim tarihi: 30/01/2008

Özaydın, N., Üner, O., Akın, A. (1998). Kadın ve Şiddet. **Sağlık ve Toplum 1998; 8(3-4): 73-8.**

Özerdoğan, N. (2008). **Şiddet Çıkmazında Kadın**, Editör: Nedime Köşgeroğlu, İstanbul: Anfora Yayıncılık.

- Öztürk, H., Sevil, Ü. (2005). Gebelikte Şiddet, **Sağlık ve Toplum**, Yıl: 15, Sayı: 1, Ocak-Mart 2005.
- Özyurda, F., Çöl, M., Çalışkan, D. (2005). Park Sağlık Ocağı Bölgesinde Doğurgan Çağdaki Kadınlarda Doktor Cinsiyet Tercihi, **4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve aile Planlaması Kongresi**, Kongre Kitabı 20-23 Nisan 2005, Ankara.
- Paksoy, N. (2007). Kadına Yönelik Şiddetin Sağlık Sonuçları, **5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi**, Kongre Kitabı, 19-22/04/2007.
- PATH (1997). Involving Men in Reproductive Health, Program for Appropriate Technology in Health (PATH), **Outlook**, Volume 14, Number 3.
- PATH, UNFPA (1999). **Gender Inequities and Women's Health**, Volume 16, Number 4, February, 1999.
- _____ (2002). Violence Against Women: Effects on Reproductive Health, **Outlook**, Volume 20, Number 1, September 2002.
- Sağlık Bakanlığı (2007). **Sağlık Arama Davranışı Araştırması, Türkiye Üreme Sağlığı Programı**, Mart 2007, Nihai Rapor, Sağlık Bakanlığı, Avrupa Birliği, Ankara.
- Salaçin, S. (2003). Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesinde Üstlenebilecekleri Roller, **Toplumsal Cinsiyet Sağlık ve Kadın**, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), HÜ Yayınları, Ankara.
- Sayılan, F. ve Özkazanç, A. (2009). İktidar ve Direniş Bağlamında Toplumsal Cinsiyet: Bir Okul Etnografisi, **Toplum ve Bilim**, sayı 114, 2009, s:51-73.
- Sözen, Ş., Tüzün, B., Dokgöz, H., Fincancı, Ş.K. (1999). Bireysel ve Toplumsal Şiddetin Sorgulanması: Bir Anket Çalışması. **Adli Tıp Bülteni**. 1999; 4: 54-9.
- Subaşı, N., Akın, A. (2003). **Kadına Yönelik Şiddet; Nedenleri ve Sonuçları**, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), HÜ Yayınları, Ankara.

- Taşcı, K.D. (2007). Kadın doğum servislerinde yatan hastaların erkek hemşireler hakkındaki düşünceleri. **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**. 10(2):12-19
- Taşpınar, A., Bolsoy, N., Kaya, F., Şirin, A., Şirin, G. (2004). Çanakkale’de gebe kadınların fiziksel şiddete uğrama durumlarının incelenmesi, **4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve aile Planlaması Kongresi**, Kongre Kitabı 20-23 Nisan 2005, Ankara.
- TC Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı (2000). **Aile İçi Şiddetin Sebepleri ve Sonuçları**, Aralık 1993-Aralık 1994, İkinci baskı, yayın no: 86, s.321, Ankara.
- TNSA (2003). **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması**, ss. 40-42.
- TNSA (2008). **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması**, s. 197
- Tuğcu, H., Yorulmaz, C., Ceylan, S., Baykal, B., Celasun, B., Koç, S. (2003). Acil Servis Hizmetine Katılan Hekimlerin, Acil Olgularda Hekim Sorumluluğu Ve Adli Tıp Sorunları Konusundaki Bilgi Ve Düşünceleri, **Gülhane Tıp Dergisi** 45 (2): 175-179. http://gulhanetip.dergisi.org/pdf/pdf_GMJ_61.pdf
- Tuğcu, H. (2009). Acil Olgularda Hekim Sorumluluğu, Klinik Gelişim, GATA Adli Tıp Anabilim Dalı, Ankara. www.istabip.org.tr/media/upload/klinik_2009_22/13.pdf
- Turhan, E., Güraksın, A., İnandı, T. (2006). Erzurum’da Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, **Sağlık ve Toplum, Yıl: 16, Sayı.3**, ss. 24-30.
- Türmen, T. (2003). Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı, **Toplumsal Cinsiyet Sağlığı ve Kadın**, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), HÜ Yayınları, Ankara.
- Ulusoy, D. (1999). Plastik Sanatlarda Toplumsal Cinsiyet. **H.Ü. Edebiyat Fakültesi Dergisi**, 16, Sayı 2: 47-74.
- Uno, H., Ui, S., Aoyama, A. (2004). **Domestic Violence, Public Health Perspectives**, Nippon Koshu Eisei Zasshi. 2004 May;51(5): 305-10.

UNESCO (2000). **Gender Equality and Equity**, A Summary Review of UNESCO's accomplishments since Fourth World Conference on Women (Beijing 1995).

UNCHR (2005). **Temel Tanımlamalar**, www.unchr.org.tr , Erişim tarihi:15.07.2005

UNICEF (2003). **Eğitimin Toplumsal Cinsiyet Açısından İncelenmesi**, Türkiye.

UNITED NATIONS (2005). **The Millennium Development Goals Report**, New York.

UNITED NATIONS (2006). **Glossary of Gender-related Terms and Concepts**. www.un-instraw.org/en/index.php. Erişim Tarihi: 10 Şubat 2006.

UNFPA, UNDP (2005). **Türkiye’de Namus Cinayetlerinin Dinamikleri, Eylem Programı İçin Öneriler, Sonuç Raporu**, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA), Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP), Nüfus Bilim derneği, Hazırlayan: Filiz Kardam, Ankara.

UNFPA (2006). **Supporting Gender Equality Across The World**. www.unfpa.org

Vahip I. Evdeki şiddet ve gelişimsel boyutu: Farklı bir açıdan bakış. (2006). **Türk Psikiyatri Dergisi**. 2006; 17(2): 107-14.

Verim, E. ve Sohbet, R. (2009). Kadınların Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi, **Uluslararası Multidisipliner Kadın Kongresi, Kongre Özet Kitabı**, s.468.

Yavuz, M.F., Yavuz, M. S. (2006). Adli Rapor Standardizasyonu ve Adli Raporlarda Görülen Eksiklikler, **Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2006, cilt: 2, sayı: 50:28-33**.

Yavuz, M.S. (2006). Tıbbi Kayıtların Düzenlenmesi Ve Saklanmasıda Görülen Eksiklikler ve Hukuki Sonuçları, **Türkiye Klinikleri, J Surg Med Sci 2006, cilt: 2, sayı: 50:20-7**.

WHO (1993). **Violence Against Women**. www.who.int.

_____ (2002). **WHO Gender Policy**, Integrating Gender Perspectives in the work of WHO, www.who.int/gender/en.

_____ (2005a). **Addressing Violence Against Women and Achieving the Millennium Development Goals**, Department of Gender, Women and Health, Family and Community Health, www.who.org.

_____ (2005b). **WHO Multi-Country Study On Women's Health and Domestic Violence Against Women, Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses**, Summary Report, World Health Organization.

_____ (2006). **Gender, Women and Health**, World Health Organization: www.who.int/gender/en.

WHO Media Centre (2008). **The WHO Multi-Country Study On Women's Health and Domestic Violence Against Women**. www.who.int/gender/violence.

Zeyfeoglu, Y. (2006). Acil Hekiminin Hukuki Yüklölölükleri, **Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri**, cilt: 2: sayı:50,10-19. <http://cbaciltip.turkiyeklinikleri.com>.

Zeyneloğlu, S. ve Terzioğlu, F. (2007). Toplumsal Cinsiyet ve Hemşirelik, **5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi**, 19-22/04/2007, Ankara.

EKLER

1. Halka uygulanan yarı yapılandırılmış anket formu
2. Sağlık personeline uygulamam derinlemesine mülakat formu
3. Kızılcahamam Kaymakamlığı'ndan alınan araştırma onayı

EK 1:

Bu araştırma, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Eğitimin Kültürel Temelleri ABD “Halk Eğitimi” Bilim Dalında yapılmakta olan doktora tezine veri toplamak amacı ile planlanmıştır. Sorulara vereceğiniz doğru ve samimi yanıtlar araştırmaya katkı sağlayacaktır. Verdiğiniz yanıtlar yalnızca bilimsel bir amaçla kullanılacaktır. Soruları yanıtlarken gösterdiğiniz samimiyet ve ayırdığınız zaman için şimdiden teşekkür ederim.

Mesude ULUŞEN

1. Yaşınız?.....

2. Cinsiyetiniz ? 1. () Kadın 2. () Erkek

3. Medeni durumunuz? 1.() Evli 2.() Bekar 3.() Eşi ölmüş 4.() Boşanmış 5.() Diğer

4. Evlilik bağınız? 1. () Medeni 2 () Medeni-İmam nikahı 3. () İmam nikahı

5. Öğrenim durumunuz? (Mezun olduğunuz okul)

1. () Okur-yazar değil 2. () Okuryazar 3. () İlkokul 4. () Ortaokul 5. () Lise

6. () Üniversite / Yüksek Okul 7. () Diğer (Belirtiniz)

6. (**Okur-yazar olmayanlara**) Neden okula gitmediniz?

1. () Ekonomik engeller 2. () Ailem izin vermedi

3. () Ulaşım sorunu 4. () Diğer

7. (**Üniversite Mezunu Dışındakilere**); Neden eğitiminize devam etmediniz?

1. () Kazanamadım 2. () Ailem okutmadı 3. () Çalışmak zorunda kaldı

4. () Evlilik yaptığım için devam edemedim 5. () Diğer

8. Eşinizin öğrenim durumu?

1.() Okur-yazar değil 2.() Okuryazar 3. () İlkokul 4. () Ortaokul 5. () Lise

6. () Üniversite / Yüksek Okul 7. () Diğer (Belirtiniz)

11. Ailenizin aylık gelir durumunu nasıl değerlendirirsiniz?

1. () Çok iyi 2. () İyi 3. () Orta 4. () Kötü

12. Şu anda gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

1. () Evet 2. () Hayır

13. Eşiniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu? (Evet ise 17. soruya geçin)

1. () Evet 2. () Hayır 3. () Diğer (belirtiniz)

14. (Hayır İse) Eşiniz neden çalışmıyor? (**Birden fazla işaretleyebilirsiniz**)

1.() Bir mesleği yok 2.() Eğitimi yok 3.() İş bulamadı 4.() Çocuklara bakmak için

5.() Yaşadığımız yerde iş sahası yetersiz 6.() Kadınların çalışmasına gerek yoktur

7. () Diğer

15. (**Karısı çalışmayanlara**) Eşinizin bir işte çalışmasını ister miydiniz?

1. () Evet 2. () Hayır

16. Halen yaşayan kaç çocuğunuz var?

18. Kadın ve erkeğin toplumdaki yeri ve rollerine ilişkin aşağıdaki önermelerle ilgili görüşlerinizi belirtiniz

	Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok
1. Erkekler soyun devamını sağlar			
2. Kadınlar kendilerine uygun işleri seçmelidir			
3. Kadın kocasından izin almadan çalışmamalıdır			
4. Evin geçimi erkeğin sorumluluğudur			
5. Gerekliği zaman kadının kocasından şiddet görmesi normaldir			
6. Çocuk bakımı, yemek gibi ev işleri kadın işidir			
7. Kadınlar, erkekler tarafından korunmaya muhtaçtır			
8. Kız çocuklarının okutulmalarına gerek yoktur			
9. Kız çocukların sosyal yaşantısı daha fazla kontrol edilmeli			
10. Namus cinayetleri namusun temizlenmesi için gereklidir			
11. Baba evinden gelinlikle çıkılır kefenle dönülür			
12. Miras bölüşümünde erkeğe daha çok pay verilmelidir			
13. Kadınlar bazen dayağı hak eder			
14. Kaynaklar kısıtlı ise eğitim için erkek çocuğa öncelik verilmeli			

19. Öğrenim çağındaki kız çocuklar için en uygun bulduğunuz 3 mesleği **öncelik sırasıyla** belirtiniz.

1. () Doktor 2. () Hemşire 3. () Mühendi 4. () Öğretmen 5. () Asker/Polis
6 () Küçük memur, sekreter vb masa başı iş 7 () Çalışmasını istemem 8 () Diğer ...

20. Öğrenim çağındaki erkek çocuklar için en uygun bulduğunuz 3 mesleği **öncelik sırasıyla** belirtiniz.

1. () Doktor 2. () Hemşire 3. () Mühendis 4. () Öğretmen 5. () Asker/Polis
6. () Küçük memur, sekreter vb masa başı iş 7. () Çalışmasını istemem 8. () Diğer

21. Karşı cinsiyetten bir hekime muayene olmaktan rahatsız olur musunuz?

1. () Evet 2. () Hayır

22. Karşı cinsiyetten bir hekimin sizi muayene etmekten kaçındığı bir durum yaşadınız mı?

1. () Evet 2. () Hayır

23. Aile planlaması hizmetlerini karşı cinsiyetten bir hekimden almaktan rahatsızlık duyar mısınız?

1. () Evet 2. () Hayır

24. **Erkek İse:** Eşinizin doğum ve aile planlaması hizmetlerini bir erkek doktordan almasından kaçınır mısınız/rahatsızlık duyar mısınız?

1. () Evet 2. () Hayır

25. **Erkek İse:** Ürolojik bir sorunuz olsa (Bevliye/idrar yolu sorunları) karşı cinsiyetten bir hekime muayene olmaktan kaçınır mıydınız?

1. () Evet 2. () Hayır

26. Doğum kontrol yöntemlerini daha çok kadınlar mı erkekler mi kullanmalıdır?

1. () Kadın 2. () Erkek

27. **Kadın ise** Çocuğunuzun olmaması için tüplerinizin bağlanması yöntemine başvurur musunuz?

1. () Evet 2. () Hayır

28. **Erkek İse:** Çocuğunuzun olmaması için vazektomi yöntemine yani tohum kanallarının bağlanması başvurur musunuz ?

1. () Evet 2. () Hayır

29. Ailenizde erkek çocuk tercih edilir mi?

1. () Evet 2. () Hayır

30. Tek çocuğunuz olsaydı kız mı / erkek mi olmasını tercih ederdiniz?

1. () Kız

2. () Erkek

31. İstedığınız cinsiyette bebeğe sahip olmanız mümkün olsaydı gebelik öncesi özel bir yöntemle başvurur muydunuz?

1. () Evet

2. () Hayır

32. Çocukken sağlık sorunu nedeniyle kardeşinizi kaybettiniz mi? 1. () Evet 2. () Hayır

33. **Evet ise;** Cinsiyeti Nedeni

34. Sağlık sorunu nedeniyle çocuğunuzu kaybettiniz mi? 1. () Evet 2. () Hayır

35. **Evet ise;** Cinsiyeti Nedeni

36. Sizce şiddet nedir? (**Birden fazla işaretlenebilir**)

1 () **Fiziksel saldırı** (Tokat atma, yumruklama, tekmeleme, dövme gibi)

2 () **Psikolojik taciz** (Sindirme, tehdit, isim takma, küçük düşürme, alay etme, aşağılama)

3 () **Cinsel ilişkiye zorlama, tecavüz, hırpalama, cinsel taciz, ensest ilişki, fuhuşa zorlama**

4 () **Kontrol etme** (Aile ve arkadaşlarından uzaklaştırma, hareketlerini gözleme, giyim kuşamına karışma, bilgi, yardım veya sağlık hizmetlerine ulaşmasını kısıtlama gibi)

5 () **Ekonomik** (Çalıştırmama, parasına el koyma, ihtiyaçlarından yoksun bırakmak)

6 () **İhmal etme**

7 () Hepsi

37. Kadına yönelik şiddet konusunda ne düşünüyorsunuz?

1 () Tamamen karşıyım 2 () Erkek kadına şiddet kullanmayı alışkanlık haline getirmiş olabilir

3 () Kadın yol açmış olabilir 4 () İki kişi arasında özel bir mesele olabilir

38. Sürekli eşinden şiddet gören bir komşu ya da yakınınız olsaydı ne yapardınız? (birden fazla işaretlenebilir)

1. () Polise haber verirdim 2. () Doktora götürürdüm 3. () Kurtarmaya çalışırdım

4. () Eşler arasına girilmez 5. () Diğer

39. Bu güne kadar aile içinde (siz) şiddete maruz kaldınız mı? (**"hayır" ise 47.ci soruya geçiniz**) 1. () Hayır 2. () Evet

40. Şiddet gördüğünüz kişi kimdi?

1. () Baba 2. () Eş 3. () Ağabey 4. () Diğer

41. Gördüğünüz şiddetin türünü nasıl tanımlarsınız?

1. () Fiziksel 2. () Psikolojik 3. () Cinsel istismar

4. () Kontrol etme 5. () Ekonomik 6. () İhmal

42. Şiddet nedeniyle bir sağlık sorunu yaşadığınız oldu mu? (**Hayırsa 47. soruya geç**)

1. () Evet 2. () Hayır

43. (**Yanıtınız evet ise**) Fiziksel ya da duygusal zarar gördünüz mü?

1. () Evet 2. () Hayır

44. Şiddete maruz kaldığınızda nereye başvurdunuz?

1. () Hiçbir yer 2. () Aile yakınlarına 3. () Komşu/arkadaşlara

4. () Doktor 5. () Polise 6. () Kadın sığınma evine 7. () Diğer

45. Başınıza gelen olayı doktorla paylaştınız mı / gizlediniz mi?

1. () Paylaştım

2. () Gizledim → Neden?

46. Doktora gittiyseniz doktorun tutumu ne oldu?

1. () Gerekli tedavimi yaptı, ama hiç soruşturmadı
2. () Beni suçlar, yargılar gibi davrandı
3. () Tedavimi yaparak, bana yapmam gerekenleri anlattı
4. () Tedavimi yaptı, adli rapor düzenledi, gerekli yasal işlemleri başlattı
5. () Diğer

47. Eşi tarafından şiddete maruz kalan kadınların yapması en uygun davranış nedir?

1. () Kabullenip, bir şey yapmadan evinde oturup çocuklarının başını beklemek
2. () Resmi makamlara şikayet edip boşanmak
3. () Karşılık verip, aynısını yapmak
4. () Ailesinin yanına gidip, sorunun çözülmesi için bir süre beklemek
5. () Nedenini sorup, konuşarak anlaşma yoluna gitmek
6. () Bilmiyorum
- 7 () Diğer

48. Sağlık hizmeti alırken, hastaların kadın-erkek ayrımcılığı yaptıklarına ilişkin gözlemlerinizi oldu mu? Bizimle paylaşır mısınız?

49. Sağlık personelinin (doktor, ebe, hemşire, sağlık memuru) hizmet sunarken kadın-erkek ayrımcılığı yaptıklarına ilişkin gözlemlerinizi/duyumlarınız oldu mu? (Ayrımcılığa uğradığınızı düşündünüz mü?) Bizimle paylaşır mısınız?

50. Şiddete uğrayıp sağlık kuruluşuna başvuran birini gördünüz mü? Gördüyseniz; Sağlık personeli nasıl davranıyordu?

Şiddete uğrayan kişi nasıl davranıyordu?

51. Anne babanızın çocukluğunuzda kız ve erkek kardeşleriniz arasında **beslenme, aşılanma, muayene-tedavi konusunda** ayrımcılık yaptığını düşündüğünüz oldu mu? 1. ()

Evet 2. ()

Yanıtınız “evet” ise açıkla mısınız?

52. Çevrenizde anne ve babaların kız ve erkek çocukları arasında ayırım gözettiklerini düşündüğünüz durumlar oldu mu?

EK 2: SAĞLIK PERSONELİ GÖRÜŞME FORMU

Yaşınız

Cinsiyetiniz 1. Kadın 2. Erkek

Mesleğiniz 1. Doktor 2. Ebe 3. Hemşire 4. Sağlık memuru

Branşınız

Mesleğinizin kaçınıcı yılındasınız? (Kaç yıldır bu mesleği yapmaktasınız?)

.....

1. Halkın, sağlık hizmetlerinden yararlanması konusunda kadın-erkek ayrımcılığına (cinsiyetçiliğe) ilişkin gözlemlerinizi, yaşantılarınızı nelerdir?
2. Sağlık personelinin hizmet sunarken kadın-erkek ayrımcılığı yaptığını gözlemlediğiniz durumlar oldu mu? Kısaca anlatır mısınız?
3. Sağlık hizmetini sunarken, hastalarınızın kız ve erkek çocukları arasında ayırım gözettiklerini düşündüğünüz durumlar gözlediniz mi? (Beslenme, aşılanma, tedavi vb)
4. Şiddete uğradığı anlaşılan hastalarla ilgili olarak sağlık personelinin tutumuna ilişkin gözlemlerinizi oldu mu? Bizimle paylaşır mısınız?
5. Doktorların branş seçimlerinde gözlediğiniz cinsiyet temelli farklılıklar nelerdir? Böyle bir farklılaşmayı olağan karşılıyor musunuz?
6. Halkın cinsiyetçi yaklaşımlarından (cinsiyet ayrımcılığı) uzaklaştırılmasında sağlık personelinin tutum ve davranışları etkili olur mu?
7. Tüm bu konuşulanlar ışığında, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve hizmet sunumunda cinsiyet eşitsizliklerinin giderilmesine ilişkin olarak neler önerirsiniz? Neler yapılmalıdır/yapılabilir?

EK 3: Kızılcahamam Kaymakamlığından alınan araştırma izni

T.C.
KIZILCAHAMAM KAYMAKAMLIĞI

Sayı :B054VLK4067100/491/817

21.04.2008

Konu :Tez Çalışması

İLÇE SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞINA
KIZILCAHAMAM

Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünden alınan 21.03.2008 tarih ve 1437 sayılı "Halkın ve Sağlık Personelinin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği" konulu tez çalışması ile ilgili yazısı ekte gönderilmiştir.

Bilgi ve gereğini rica ederim.


Bilal ÇELİK
Kaymakam

EK :

5

DAĞITIM:

Belediye Başkanlığına

kızılcahamam

İlçe Sağlık Grup Başkanlığına

kızılcahamam

MAHALLE MUHTARLIKLARINA

KIZILCAHAMAM

İlçe Emniyet Müdürlüğüne

kızılcahamam