



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA
TOPLUMSAL CİNSİYET ALGISI VE
DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Seçil DÖNMEZ

UZMANLIK TEZİ

Bursa-2022



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA
TOPLUMSAL CİNSİYET ALGISI VE
DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Seçil DÖNMEZ

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Kayıhan PALA

Bursa-2022

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iii
İNGİLİZCE ÖZET	v
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER.....	5
Toplumsal Cinsiyet ile İlgili Kavramsal Çerçeve	5
Dünyada ve Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Mücadeleleri	16
Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı	21
Kadın Ruh Sağlığı ve Depresyon	37
Toplumsal Cinsiyet ve Depresyon İlişkisi	44
GEREÇ VE YÖNTEM	50
Araştırmanın Tipi	50
Araştırmanın Yürütüldüğü Yer	50
Araştırmanın Evreni	50
Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Yöntemi	60
Araştırmada İncelenen Değişkenler	63
Araştırmada Kullanılan Tanım ve Kriterler	65
Etik Konular ve İzinler.....	70
BULGULAR.....	72
Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri.....	72
Toplumsal Cinsiyet Algısı ve İlişkili Etmenler	130
Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler.....	144
Toplumsal Cinsiyet Algısı ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişki.....	168
TARTIŞMA	172
Tanımlayıcı Özellikler	172
Toplumsal Cinsiyet Algısı ve İlişkili Özellikler	199
Depresyon ve İlişkili Etmenler.....	213

Toplumsal Cinsiyet ve Depresyon İlişkisi.....	233
SONUÇ VE ÖNERİLER	240
KAYNAKLAR.....	251
EKLER	291
TEŞEKKÜR.....	301
ÖZGEÇMİŞ	302

ÖZET

Kadın sağlık alışanlarında depresyon yaygın görülen bir ruhsal hastalıktır ve toplumsal cinsiyet algısının depresyon gelişiminde etkili olabileceği öngörülmektedir. Bu çalışmanın amacı; kadın sağlık alışanlarında toplumsal cinsiyet algısı ve depresyon ilişkisinin ve ilgili etmenlerin belirlenmesidir.

Tanımlayıcı tipte olan araştırma, Kasım 2021-Mayıs 2022 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde yapılmıştır. Çalışmanın evrenini kurumda çalışan tüm kadın sağlık çalışanları (2116) oluşturmaktadır ve çalışmaya 1502 kişi (%70,9) katılmıştır. Veri toplama aracı olarak, genel bilgi formu, Toplumsal Cinsiyet Algısı leği (TCA) ve Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon leği (CES-D) kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Ki-kare testi, Kruskal-Wallis, Man-Whitney U, Student-t, Anova testleri ve lojistik regresyon kullanılmıştır. Analizler SPSS 23.0 programı kullanılarak yapılmış ve anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalaması 37,19'dur, %74,6'sı lisans ve üzeri öğrenim düzeyine sahiptir ve %65,5'i evlidir. Katılımcıların TCA puan ortalaması 101,34'dir (%95 G.A: 100,62-102,06). TCA puan ortalaması; sosyodemografik, sosyoekonomik, mesleki, ebeveyn ve sosyal evre, evlilik hayatı ve "Toplumsal Cinsiyet" kavramı ile ilişkili bazı özelliklere göre anlamlı farklılık göstermektedir. Katılımcıların CES-D puan ortalaması 20,05'tir (%95 G.A: 19,52- 20,57) ve konut mülkiyeti, haftalık çalışma saati, geçmiş depresyon tanısı, ailede psikiyatrik hastalık tanısı, sağlık algısı, ilgisiz ebeveyn özellikleri, büyüdüğü ve yaşadığı ailede toplumsal cinsiyet eşiitsizliği durumu depresyon için yordayıcı değişkenlerdir.

TCA- VE CES-D puanları arasında negatif yönlü ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamaya y6nelik atılan her adımın, kadın ruh sağlığında koruyucu ve iyileştirici etki sağlayacağı d6ř6n6lmektedir.

Anahtar Kelimeler: toplumsal cinsiyet, depresyon riski, kadın sağlık 7alışanı, toplumsal cinsiyet eşitliği

İNGİLİZCE ÖZET

THE RELATIONSHIP OF GENDER PERCEPTION AND DEPRESSION IN FEMALE HEALTH WORKERS

Depression is a common mental illness among female healthcare professionals, and it is thought that gender perception may be effective in the development of depression.

The aim of this study is to determine the relationship between gender perception and depression in female health workers and related factors.

This descriptive study was conducted at Bursa Uludağ University Health Application and Research Center between November 2021 and May 2022. The universe of the study consists of all female health workers (2116 people) in this institution and 1502 people (%70,9) participated in the study. General information form, Gender Perception Scale (TCAÖ) and Epidemiological Research Center Depression Scale (CES-D) were used as data collection tools. Descriptive statistics, chi-square, Kruskal-Wallis, Man-Whitney U, Student-t, Anova and logistic regression tests were used in the analysis of the data. Analyzes were made using the SPSS 23.0 program and the level of significance was accepted as $p < 0.05$.

The mean age of the participants is 37.19, 74.6% of them have undergraduate or higher education level and 65.5% of them are married. The mean TCAS score of the participants is 101.34 (95% CI: 100.62-102.06). TCAÖ mean score changes according to the some sociodemographic, socioeconomic, occupational, parental and social environment, marital life and concept of "Gender" characteristics. The mean CES-D score of the participants was 20.05 (95% CI: 19.52-20.57), and the ownership of the residence, weekly working hours, previous diagnosis of depression, diagnosis of psychiatric illness in family, perception of health, unrelated parent characteristics, gender inequality in the family in which he

grew up and lived are predictive variables for depression. A negative and weak correlation was found between TCA-S and CES-D scores.

It is thought that every step taken to ensure gender equality will have a protective and curative effect on women's mental health.

Keywords: gender, risk of depression, female health worker, gender equality

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı "yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali" olarak ifade etmektedir. Bu tanımla, modern sağlık anlayışının ruh sağlığına yapmış olduğu vurgu da göz önüne serilmektedir. Ruh sağlığı ise, sadece ruhsal hastalığın yokluğu değil, aynı zamanda bireyin günlük yaşantıdaki stres etmenleri ile baş edebilme, kişisel kapasitesinin farkına varabilme ve topluma katkıda bulunabilme becerisi olarak tanımlanmaktadır (1,2).

Dünya çapında tahminen 450 milyon insanın ruhsal bir hastalığa sahip olduğu, her dört kişiden birinin yaşamı boyunca ruhsal bir hastalık tanısı aldığı bilinmektedir ve bu nedenlerden ötürü ruhsal hastalıklar bulaşıcı olmayan hastalıkların önemli bir kısmını oluşturmaktadır (3–5). Ruhsal hastalıkların en büyük grubunu oluşturan olan depresyon ise, dünya çapında 350 milyon insanı etkilemektedir (1). Unipolar depresyonun, HIV ve iskemik kalp hastalığı ile birlikte 2030 yılında küresel hastalık yükü açısından ilk üç sırada yer alacağı öngörülmektedir. Oldukça yaygın olması, kronikleşebilmesi, tekrarlama riskinin yüksek olması, intihar riskini artırma potansiyeli ve neden olduğu iş gücü kaybı dolayısıyla depresyon, bireysel ve toplumsal sağlık bir sağlık sorunu olarak önem arz etmektedir. Depresyonu tanımlamak, risk faktörlerini belirlemek, önlemek, tedavi etmek ve tekrarlamasını engellemek özellikle önemlidir (6).

Kadınlarda depresif bozukluk prevalansı erkeklerden daha yüksek olup, depresyonda kronikleşme riski kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir. Kadınlarda majör depresyon ve distimik bozukluk açısından yaşam boyu risk de önemli ölçüde yüksektir ve kadın/erkek risk oranları farklı ülkelerde 1,3-2,6 arasında değişkenlik göstermektedir (7).

Ruhsal sağlık biyolojik, sosyal ve kültürel etmenlerle yakından ilişkilidir ve bu faktörler erkekleri ve kadınları farklı şekilde etkilemektedir. Biyolojik cinsiyet, ruhsal hastalıklarla ilgili önemli bir belirleyicidir. Kadın ve erkekler arasında

biyolojik cinsiyet ve fizyolojik işlevler açısından olan farklılıkların yanında, toplumun tarafından dayatılan "toplumsal cinsiyet" rolünden kaynaklanan etkilerin de sağlık üzerinde olumsuz yansımaları mevcuttur. Sağlık üzerindeki bu olumsuz etkilerin şekli ve boyutu toplumlar arasında farklılık gösterse de, özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadınları etkileyen olumsuz sağlık etkilerinin boyutu daha büyüktür (8).

Toplumsal cinsiyet rollerinin etkilediği ve eşitsizliğe neden olduğu en önemli alanlardan biri sağlıktır. Toplumsal cinsiyet ve sağlık arasında gizli ve ayrılmayan bir ilişki vardır. Birçok çalışmada toplumsal cinsiyetin kadınların ruh sağlığında önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir. Birçok toplumda erkek ve kadınlar farklı bireyler olarak kabul edilmektedir ve kendi cinsiyetlerine özgü rolleri, fırsatları ve yükümlülükleri mevcuttur. Hem kadınlar hem de erkekler, yaşadıkları toplumda yerleşik olan toplumsal cinsiyet normlarına ve rollerine uymadıklarında damgalanma, ayrımcı uygulamalar ya da sosyal dışlanma gibi sağlık üzerinde negatif etkileri olan durumlara maruz kalmaktadırlar. Cinsiyet normları, optimal sağlığa erişmek için gerekli olan ekonomik, sosyal, politik ve eğitim kaynaklarına erişim ile de yakından ilişkilidir (9–14).

Toplumsal cinsiyet rollerinin gerektirdiği sorumlulukları yerine getirmeye çalışırken kadınların hem iş ve ev hayatlarında zamanlarının ve enerjilerinin bölünmesi kadınlarda rol çatışmasına neden olmaktadır (15). Kadınlar; ailesi, çocukları ve arkadaşları arasında bir denge kurmaya çalışırken, strese maruz kalmakta, bu da bazı ruhsal hastalıklara yol açmaktadır (11). Ev işleri, çocuk bakımı ve ailedeki büyüklerin bakımı toplumlarda genellikle kadın işi olarak görülmekte, bu durumun yol açtığı stres ve artan iş yükü genel bir stres faktörü oluşturarak kadınlarda tükenmişlik sendromu ve depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (16).

Majör depresif bozukluğun yaşam boyu görülme yaygınlığı dünya genelinde %0,6 ile %1,5 arasında, Türkiye'de ise %10 ile %20 arasında değişmektedir (17,18). Sağlık çalışanları arasında depresyonun diğer meslek gruplarına göre daha yaygın olduğu bilinmekte olup, çeşitli çalışmalarda sağlık

alışanlarında depresyon prevalansının %10 ila %30 arasında değiştiği gösterilmiştir (19). Sağlık sektöründe diğer tüm çalışma ortamlarından daha fazla iş stresi yaşandığı kabul edilmektedir. Bunun nedeni ise sağlık çalışanların yoğun stres altında olabilen insanlara hizmet etmesi ve çalışan personelin sıklıkla stresli deneyimlerle karşı karşıya kalmasıdır. Kadın olmanın biyolojik etkileri, iş hayatındaki stres etmenleri (olumsuz çalışma koşulları, terfi, ücret vb. konularda eşitsizlik), annelikle ilgili sorunlar, cinsiyet ayrımcılığı ve toplumsal baskılar, kadın sağlık alışanlarında ruh sağlığı sorunlarının başlıca nedenleri olarak görülmektedir (20).

Kadın sağlık çalışanlarının ruh sağlığının korunması ve güçlendirilmesi, hem ülkemiz hem de tüm dünya açısından özellikle üzerinde durulması gereken bir konudur. Depresyon kadın sağlık çalışanları arasında oldukça yaygın görülen bir ruhsal hastalıktır ve toplumsal cinsiyet algısının depresyon gelişiminde etkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının hastalıkları nleme, toplum sağlığını koruma ve geliştirme gibi mesleki sorumlulukları vardır. Bu sorumluluğun bilinciyle kadın sağlık çalışanları; toplumsal cinsiyet algılarına ilişkin eşiqliki bir bakış açısı geliştirmeli ve bu bakış açısıyla ailelerine ve hizmet ettikleri bireylere rehberlik etmelidir. Bu düşüncelerden yola çıkarak; kadın sağlık alışanlarında toplumsal cinsiyet algısı ve depresyon ilişkisinin ve ilgili etmenlerin belirlenmesi amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

Araştırmanın Amacı

Kısa Dönem Amaçlar:

Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çalışan kadın sağlık çalışanlarında;

- *Toplumsal cinsiyet algısını ve ilişkili etmenleri belirlemek,*
- *Depresif belirti düzeyini saptamak,*
- *Depresif belirti düzeyinin depresyon ile ilişkisi olduğu düşünülen etmenlerle ilişkisini saptamak ve*
- *Depresif belirti sıklığı ile toplumsal cinsiyet algısı arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amaçlanmıştır.*

Orta-Uzun Dönem Amaçlar:

- *Veri toplama formunda toplumsal cinsiyet eşitliğinin tanımı bilgisine yer verilerek, kadın sağlık çalışanlarında "toplumsal cinsiyet eşitliği" ile ilgili farkındalık düzeyini artırmak,*
- *Çalışmada kullanılan depresyon tarama ölçeğindeki sorular vasıtasıyla, katılımcıların kendi duygu ve düşüncelerini sorgulamasına ve olumsuz duyguduruma sahip katılımcıların yardım arama davranışı göstermesine dolaylı yoldan katkıda bulunmak,*
- *Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde bulunan çalışma birimlerine araştırma sonucunda dağıtılacak bir bilgilendirme formu ile kadın sağlık çalışanlarının depresyon hastalığı ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeylerini artırmak ve*
- *Gelecek dönemde bu konuda yapılacak bilimsel çalışmalara katkı sunmak amaçlanmıştır.*

GENEL BİLGİLER

Toplumsal Cinsiyet ile İlgili Kavramsal Çerçeve

Cinsiyet

Cinsiyet, bireyin kadın ya da erkek olarak gösterdiği genetik, fizyolojik ve biyolojik özellikler bütünüdür (8,21). Günlük hayatta cinsiyet ve toplumsal cinsiyet kavramları birbiri yerine kullanılıyorsa da bunlar çok farklı anlamları olan iki ayrı kavramdır (22).

Toplumsal Cinsiyet

Biyolojik cinsiyetle etkileşime giren ancak ondan farklı olan bir sosyal yapıdır. Belirli bir toplumun kadınlar ve erkekler için uygun gördüğü toplumsal olarak oluşturulmuş normları, rolleri, davranışları ve nitelikleri betimler. O toplumdaki yerleşik cinsiyet normlarına uymayan bireyler genellikle damgalanma, ayrımcı uygulamalar veya sosyal dışlanma gibi sorunlarla karşı karşıya kalırlar (23).

Toplumsal Cinsiyet Kavramının Tarihçesi

Toplumsal cinsiyet kavramı literatüre 1972'de İngiliz sosyolog Ann Oakley tarafından sunulmuş ve yazar "*Cinsiyet, Toplumsal Cinsiyet ve Toplum*" (1972) isimli kitabında kadınların ezilmişliğinde cinsiyetin belirleyici olmadığını öne sürerek toplumsal cinsiyet kavramını gündeme getirmiştir. Toplumsal cinsiyet bir toplumda kadınlar ve erkekler için kültür, gelenek ve görenekler, dini inançlar ve diğer sosyal yapılar tarafından uygun görülen toplumsal roller, sorumluluklar, davranışlar, beklentiler, güç ve ayrıcalıklar, hak ve fırsatlar olarak geniş bir yelpazede tanımlanmaktadır. Bunların toplum tarafından kadınlar ve erkeklere yüklenmesine ise "toplumsal inşa" denilmektedir. Toplumsal cinsiyet, iki cinsiyet üzerine yüklenen ve dayatılan ve toplumsallaşma yolu ile öğrenilen bir kavramdır (24).

Toplumsal cinsiyet kavramı; kadınlarla erkekler arasındaki ilişkileri, eşitsizlik ve güç ilişkileri(sınıfsallık ve ataerkillik) açısından çözümlenmeyi hedeflemektedir. Kavramın ilk ortaya çıktığı yıllarda, her iki cinse atfedilen biyolojik özelliklerin, toplumsal, ekonomik ve politik eşitsizlikleri meşrulaştıramayacağı fikri savunulmuştur. Toplumsal cinsiyeti uluslararası ve ulusal kuruluşlar ve sivil toplum kuruluşları önce eşitlik, sonra da farklılık çerçevesinde benimsemiş ve kullanmışlardır (24).

Toplumsal cinsiyet kavramı Türkçeye 1990'ların başında girmiştir. İngilizcesi "gender" olan kavrama Türkçede tek sözcük ile karşılık bulunamamış, ancak "toplumsal cinsiyet" olarak ifade edilerek hem açıklayıcı hem de kendini tanımlayan bir kavram olarak kullanılmaya başlanmıştır. Özünde "toplumsallaşarak elde ettiğimiz cinsiyet" olarak açıklanabilen bu kavramın hem anlaşılması ve hem de kabul edilmesi oldukça zaman almıştır ve halen bu kavram birçok akademik tartışmanın odağında yer almaktadır (25).

Bugün toplumsal cinsiyet kavramı, bir yandan önemini giderek artırırken, bir yandan da feminizme karşı çıkan görüşler tarafından eleştirilmektedir. Aslında bu karşı çıkış ve tepki, toplumsal cinsiyet kavramının kullanılmaya başlanmasından itibaren süregelmiştir. Toplumsal cinsiyet kavramını özellikle muhafazakâr kesim tarafından tartışmalı hale getiren şey, özellikle cinsel farklılık gibi kavramların kullanımında biyolojinin belirleyici olduğu düşüncesine, bu kavram ile karşı çıkılıyor olmasıdır (26). Dolayısıyla günümüzde toplumsal cinsiyet kavramı bu tartışmalar ve karşı çıkışlarla birlikte daha da siyasallaşmıştır (25).

Toplumsal cinsiyet kavramına karşı tarih boyunca süregelen bu çıkışlara rağmen kavram çok önemli bir meşruluk zemini de kazanmıştır. Örneğin; İstanbul Sözleşmesi toplumsal cinsiyet tanımını içeren en önemli uluslararası sözleşmelerden biri olmuştur (24).

Toplumsal cinsiyet kavramı, erkeklere ve kadınlara yüklenen rol ve sorumlulukların kurgusal olduğunu ve belirli bir toplumda zaman içinde veya değişik topluluklarda, siyasal, sosyal, ekonomik ve kültürel dönüşümler sonucu

değişebileceklerini varsaymaktadır. Bu nedenler toplumsal cinsiyet sabit değildir ve değişebilir (25).

Toplumsal Cinsiyet Eşitliği

Toplumsal cinsiyet eşitliği tek bir bakış açısı ile tanımlanamayacak çok boyutlu bir kavramdır. En genel tanımı itibariyle toplumsal cinsiyet eşitliği, kadın ve erkeklerin, en temel insan haklarını kullanmak, potansiyellerini gerçekleştirmek ve yaşadıkları toplumun ekonomik, sosyal, kültürel ve politik gelişimine katkıda bulunmak ve bunlardan faydalanmak için eşit koşullara, muameleye ve fırsatlara sahip olmasıdır. Toplumsal cinsiyet eşitliği kavramının zemininde eşit koşullar, eşit muamele ve eşit fırsat vurgusu olsa da, ayrıca; kaynak dağılımında eşitlik, eşit değer, özgürlük, farklılık ve çeşitlilik ve ayrımcılığa uğramama gibi boyutları da olan geniş bir kavramdır (23,27–30).

Toplumsal cinsiyet eşitliği *“fırsatları kullanma, kaynakların ayrılması ve kullanımında, hizmetleri elde etmede bireyin cinsiyeti nedeniyle herhangi bir ayrımcılığa uğramaması”* olarak da ifade edilebilmektedir (12,31). Toplumsal cinsiyet eşitliği, ücretli ve ücretsiz çalışma, gelir, mülk, eğitim, sağlık, karar alma, alışkanlıklar, kadın ve erkeklere atfedilen roller ve onlardan beklenenler de dahil olmak üzere, yaşamın her alanındaki sosyal ve kültürel farklılıklarla ilgilenir. Kadınlar ve erkekler arasındaki yüz yıllardır süre gelen eşitsizlikler, birçok ülkede kamu politikaları da dahil olmak üzere, her türlü insan faaliyetini ve kurumu etkilemiştir. Günümüzde bile, politika yapımındaki norm “standart insanı” erkek olarak görmektir. Bu farklılıklar dünya genelinde incelendiğinde, özellikle aile, sosyoekonomik düzey, özgürlük ve insan hakları alanlarındaki mevcut durumların genel olarak kadınlar aleyhine olduğu görülmektedir (24,32).

Toplumsal Cinsiyette Hakkaniyet

Kadınlar ve erkekler arasında hem sorumlulukların hem de kazançların dağılımının adaletli ve hakkaniyetli bir şekilde olması olarak tanımlanır. Bu tanım ile, kadın ve erkeğin farklı gereksinimleri ve güçleri olduğu kabul edilerek bu farklılıklar belirlenir ve iki cinsiyet arasındaki dengeyi sağlayacak şekilde yapılan düzenleme ve uygulamalar ile toplumsal cinsiyette hakkaniyeti sağlanır (33,34).

Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı

Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamada en büyük engellerden birisidir. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, 1960'lı ve 1970'li yıllarda BM'ye üye ülkelerin en önemli toplumsal sorun alanlarından biri olarak gördüğü konulardan olmuştur. Bu nedenle de 1979'da toplumsal cinsiyet ayrımcılığının ortadan kaldırılması için BM tarafından "*Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi (CEDAW)*" hazırlanmıştır. O dönemde toplumsal cinsiyet ayrımcılığının tanımını en kapsamlı şekilde yapan CEDAW, günümüzde de kadın hakları alanında en temel sözleşmelerden biri olmaya devam etmektedir. Bu sözleşmede ayrımcılık şöyle tanımlanmaktadır (35):

"Kadınlara karşı ayrımcılık terimi; siyasal, ekonomik, sosyal, kültürel, kişisel veya diğer alanlardaki kadın ve erkek eşitliğine dayanan insan haklarının ve temel özgürlüklerin, medeni durumları ne olursa olsun kadınlara tanınmasını, kadınların bu haklardan yararlanmasını veya kullanmasını engelleme veya hükümsüz kılma amacını taşıyan veya bu sonucu doğuran cinsiyete dayalı herhangi bir ayırım, dışlama veya kısıtlama anlamına gelir."

CEDAW'dan yaklaşık 30 yıl sonra, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı kavramı, Avrupa Konseyince hazırlanan ve 2011'de imzalanıp 2014'te yürürlüğe giren "*Kadınlara Yönelik Şiddetin ve Ev içi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadele Hakkındaki Avrupa Konseyi Sözleşmesi*" nde yer almıştır. Bu sözleşmenin en önemli amacı, kadınları her türlü şiddete karşı korumak ve kadınlara karşı şiddeti ve aile içi şiddeti önlemek ve ortadan kaldırmaktır. Bu sözleşme, kadınlara yönelik şiddete hiçbir uluslararası sözleşmenin yapmadığı kadar ağırlık vermiştir ve bu konuda hazırlanmış en kapsamlı uluslararası metin olmuştur. İlk imzalayan ülke Türkiye olduğu için "*İstanbul Sözleşmesi*" olarak da anılan bu sözleşme, kadınlara karşı her türlü ayrımcılığı kınama, önleme ve yasaklama, kadınlara karşı ayrımcılık yapan yasa ve uygulamaları yürürlükten kaldırma konusunda imzacı ülkelere/tafllara sorumluluk yüklemektedir (36).

İstanbul Sözleşmesi Madde 4 (36):

“Taraflar kadınlara yönelik her türlü ayrımcılığı kınar ve bunu önlemek için özellikle;

✓ Kadın erkek eşitliği ilkesini kendi ulusal Anayasalarına veya diğer uygun mevzuatına dâhil edip, bu ilkenin uygulamada da gerçekleştirilmesini sağlayarak;

✓ Gerektiğinde kadınlara karşı ayrımcılığı, yaptırımların kullanılması yoluyla yasaklayarak;

✓ Kadınlara yönelik ayrımcılığı içeren kanunları ve uygulamaları yürürlükten kaldırarak, gerekli yasal veya diğer tedbirleri gecikmeksizin alır.”

İstanbul Sözleşmesi, tarafların şiddet mağdurlarının haklarını korumak için alacakları önlemlerin cinsiyet, toplumsal cinsiyet, ırk, renk, dil, din, siyasi veya başka tür görüş, ulusal veya sosyal köken, bir ulusal azınlıkla bağlantılı olma, mülk, doğum, cinsel yönelim, toplumsal cinsiyet kimliği, sağlık durumu, engellilik, medeni hal, göçmen veya mülteci statüsü temelinde ayrımcılık yapılmaksızın uygulanmasını şart koşmakta olup, sadece kadınlara karşı ayrımcılık tanımlarının çok ötesine geçmekte ve CEDAW’da yapılan ayrımcılık tanımında içerilmemiş kişi ve grup özelliklerini ve toplumsal ilişkileri de içererek daha kapsamlı bir ayrımcılık tanımı yapmaktadır.

Toplumsal Cinsiyet Roller ve Kalıp Yargılar

Rol, elde ettiği sosyal statü veya çeşitli kurumlarda işgal ettiği konum nedeniyle bireyin kendisinden beklenen davranışlar bütünü olarak ifade edilmektedir. Bir rolün şekillenmesinde üç ana faktörden söz edilebilir; çevresel beklentiler, bireysel algılar ve bireysel davranışlar (37).

Toplumsal cinsiyet rolleri ise, toplum tarafınca üretilen, bireye bir ödev olarak yüklenen ve özünde biyolojik cinsiyetteki farklılıklara dayanan beklentilerdir (38). Bir başka ifadeyle cinsiyet rolleri, erkek ya da kadının toplumda nasıl davranması gerektiği konusunda belirleyici olan kültürel beklentilerdir. Biyolojilerinin değil toplumsallaşmanın ürünü olup kadınlığın ve erkekliğin

toplumsal ortamlarda anlatımıdır. Daha çocukluk çağından başlayarak kız ve erkek çocuklar, neyi yapıp yapmamak gerektiğini sosyalleşme süreciyle öğrenirler. Kadın davranışları feminen - kadınsı, erkek davranışları maskülen - erkeksi cinsiyet rolleri olarak tanımlanır (39,40). Kadın ve erkeğe yüklenmiş olan toplumsal cinsiyet rolleri sosyalleşme öğeleri ile öğrenilmektedir. Cinsiyet rolleri ayrıca zaman ve kültürel açıdan da değişkenlik gösterebilmektedir (38,41).

Kalıp yargılar; bir gruba bir kültüre ilişkin inançları ve beklentileri içeren yapılardır (39). Toplumsal cinsiyet kalıp yargıları ise, erkeklerin ve kadınların taşıdıkları varsayılan özellikleri ve rolleri içeren, öncesinde tasarlanmış toplumsal ve kültürel kalıplar ya da düşüncelerdir. Bu kalıp yargılar, sosyal yapının derinlerine işlemiş tutumların, değerlerin, normların ve önyargıların sebebi ve aynı zamanda sonucudurlar. Toplumsal cinsiyet kalıp yargılarının oluşumu, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasında ciddi bir engeldir. Toplumsal cinsiyet kalıp yargısı sosyal cinsiyet ayrımcılığıyla beslenir. Kalıp yargıların varlığı, kız ve erkek çocuklarının gideceği okulları ve mesleki tercihlerini ve hatta daha genel hatlarıyla yaşam fırsatlarını sınırlandırabilir. Toplumsal cinsiyet kalıp yargıları, erkekler tarafından kadınlar üstündeki tarihsel sürece dayanan güç ilişkilerini ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin toplumsal olarak benimsenmesini engelleyen cinsiyetçi tutumlarını sürdürmek için kullanılabilirler (24).

Toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin iki temel yaklaşım vardır ve bunlar; geleneksel roller ve eşitlikçi roller olarak sınıflandırılır (39,40,42). Geleneksel rollerde kadına biçilen roller; ev işlerinden sorumlu olmak ve çalışma hayatında hareketsiz kalmak gibi eşit olmayan sorumluluklardır. Erkeklerin geleneksel olarak sahip olduğu roller ise; aileyi yönetme, hane reisi rolü gibi sorumlulukları ifade eder. Eşit roller, kadın ve erkeğin aile, kariyer, evlilik ve sosyal yaşamda eşit sorumlulukları paylaşması anlamına gelir (43-49).

Kız ve erkek çocuklarının aile içinde, sokakta ve eğitimde sosyalleşmelerinde toplumsal cinsiyet rollerinin ve kalıp yargıların varlığı çok önemlidir. Bu kalıp yargıların etkisi sadece eğitim hayatlarıyla sınırlı değildir; işgücü piyasasında kadın ve erkeğe yönelik önyargılar, mesleklerin ve işlerin

aranan özelliklerine bağlı olarak devam etmektedir. Dolayısıyla kadınlara uygun görülen meslek ya da işler erkeklerle aynı değildir. Bazı kadın grupları (özellikle sınırlı eğitim ve mesleğe sahip olanlar, bekar anneler, göçmenler ve etnik azınlıklar, engelliler) işgücü piyasasında, güvencesiz ve düşük ücretli işlerde çalışmakta ve zorluk çekmektedir. Bu sonuçların bazıları, onlar hakkındaki toplumsal yargıların sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Kadınların yeterli eğitimden yoksun ve vasıfsız görülmeleri, ev işleri ve aile sorumlulukları nedeniyle işgücüne uzun süreli katkı sağlayamayacakları, anneliklerinin işlerinden daha önemli olduğu, işlerine tam olarak konsantre olamadıkları gibi kalıp yargılar kadını işgücü piyasasından soyutlayan kalıp yargılardır. Dolayısıyla kadınların işgücü piyasasındaki konumlarını doğrudan ve olumsuz etkilerler (24).

Toplumsal cinsiyet kalıp yargıları ve ataerkillik sadece kadınları ve kız çocuklarını etkilemekle kalmaz, aynı zamanda erkekleri ve erkek çocukları da olumsuz etkiler. Erkek stereotipleri de toplumda erkeklere uygun görülen tutum, değer, norm ve önyargıların sonucudur. Erkekliğin hegemonik anlayışı, toplumsal cinsiyet kalıp yargılarının savunulmasına ve pekiştirilmesine katkıda bulunur (24).

Toplumsal Cinsiyet Rollerinin ve Kalıp Yargılarının Gelişimini Etkileyen Etmenler

Kadın ve erkeğin toplumsal olarak tanımlanmış rol ve sorumluluklarını temsil eden ve toplumsal yapılar tarafından şekillendirilen toplumsal cinsiyet kavramı, toplumlar arasında farklılık göstermektedir ve zaman içerisinde değişime ve düzelmeye açık olan dinamik bir kavramdır (37,50). Toplumsal cinsiyet birçok etmen tarafından belirlenir ve bireyleri hayatlarının her aşamasında farklı şekillerde etkiler. Toplumsal cinsiyet, kişinin içinde yaşadığı toplumdaki aileden başlar ve çeşitli örüntüler gözlemlenerek elde edinilir. Böylece cinsiyet normları sosyalleşme sürecinin bir parçası olarak öğrenilir. Sosyalleşme sürecinde çocukların toplumsal cinsiyet rollerine yönelik tutumlarının gelişimini etkileyen faktörlerden birkaç tanesi şöyledir; ev ve aile ortamı, anne-babanın eğitim ve kariyer durumu, anne, kardeş ve arkadaş grupları, okul hayatı ve kitle iletişim araçları vb. (51,52).

Aile ve Aile Ortamı

Ailenin toplumsal cinsiyet rollerinin gelişimindeki etkisi yadsınamaz. Çünkü aile, sosyalleşmenin ilk aşamasıdır. Erken aile sosyalleşme deneyimleri de daha sonraki yaşamda devreye girer. Hayatın daha sonraki döneminde farklı yaşam hikayelerine tanıklık etmiş olsa da sosyalleşmedeki değişiklikler bu erken deneyimlere dayanacaktır (53). Aileler daha ilk günden çocuğun cinsiyetini şekillendirmeye başlar. Ebeveynler, oğullarını güçlü, çevik, kararlı olarak, kızlarını ise tatlı, hassas olarak tanımlama eğilimindedir. Örneğin, oğlunun makas kullanmasına, karşıdan karşıya geçmesine veya tek başına bir arkadaşının evine gitmesine izin veren bir aile, aynı yaştaki kızlarının bunu yapması için büyümesi gerektiğini düşünebilir (53,54). Çocuklar için seçilen oyuncaklar da türün şekillenmesine büyük bir etkendir. Fiziksel aktivitelere bakıldığında kız çocukları için oyuncak bebek veya çay takımları tercih edilirken, erkek çocuklar için satın alınan bir kamyon onları evin bahçesinde oynamaya ve kalıplaşmış cinsiyet rollerine bürünmeye teşvik eder (55). Kızlarla ev işi, kuaförlük gibi oyunlar oynanırken, araba yarışı, futbol gibi dinamik aktiviteler erkekler tarafından daha sıklıkla tercih edilmektedir. Bütün bunlar bazen bilinçli, bazen bilinçsizce yapılsa da ilk sosyalleşme sürecinin başladığı, toplumun en küçük birimi olan ailenin, her konuda olduğu gibi toplumsal cinsiyet eşitliği ile doğrudan ilişkili olduğu bu örneklerde görülmektedir.

Toplumsal cinsiyet rollerinin gelişimde yaşanan aile tipi de etkili olabilmektedir. Geniş ailelerde yaşayan çocukların toplumsal cinsiyet rollerine yönelik daha geleneksel tutumlara sahip oldukları literatürde belirtilmektedir. Çünkü geniş ailede yaşayan kadınlar, aileye bağlı olma, çocuk doğurma, ailenin ihtiyaçlarını karşılama gibi sorumlulukları nedeniyle geleneksel rollerini içselleştirmektedir (56–59). Yine tek ebeveynle büyüyen çocukların, eksik olan ebeveyn modelinden sıyrılmadıkları veya uygun olmayan kişileri rol model aldıkları bazı araştırmalarda gözlemlenmiştir (51,52).

Ebeveynlerin Öğrenim Düzeyi ve Annenin Çalışma Durumu

Cinsiyet rollerine yönelik tutumları etkileyen faktörlerden biri de anne babanın eğitim düzeyi ve annenin mesleki durumudur. Literatürde ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça çocukların daha eşitlikçi tutumlara sahip oldukları yazmaktadır. Özellikle annelerin eğitim düzeyinin artmasının çocuklarının eşitlikçi tutumlar geliştirmesini önemli ölçüde etkilediği bilinmektedir (55–57,59). Öte yandan anne-baba eğitim düzeyinin çocuklarının cinsiyet rollerine yönelik tutumlarını etkilemediğini gösteren bazı araştırmalar da mevcuttur (60,61).

Yapılan çalışmalarda çalışan annelerin çocuklarının, annelerinin babaları ile evde eşit roller üstlendiklerini gözlemlediklerinde, toplumsal cinsiyet rollerine karşı daha eşitlikçi bir tutuma sahip oldukları saptanmıştır (55–57,59). Her iki ebeveynin de çalıştığı bir aile ortamında çocuklar, iki ebeveyni temizlik yaparken ve işe giderken görürler ve sosyalleşme sürecinde toplumsal cinsiyet eşitliğinin olumlu örnekleriyle karşılaşır (52). Örneğin lise ve üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarını belirlemek için yapılan bir çalışmada, anneleri çalışan öğrencilerin toplumsal cinsiyet rolleri açısından daha eşitlikçi tutum sergiledikleri saptanmıştır (59).

Kardeş ve Arkadaş Grupları

Cinsiyet rollerine ilişkin tutumları etkileyen diğer bir faktör ise akran ve kardeş gruplarıdır. Araştırmalar, büyük kardeşlerin küçük kardeşleri için rol model olduğunu göstermiştir. Aynı cinsiyetten kardeşler arasında büyük kardeş davranışı, küçük olan kardeşin cinsiyete uygun görülen davranışları kazanma sürecini etkilemektedir (62).

Çocukların toplumsal cinsiyet rollerini kazanmaları için aile ortamı ve kardeşler kadar arkadaş çevresi de önemlidir. Çocuklar genellikle dış dünyadan arkadaşlarıyla oyun oynarken, bu oyunları ailede yerleşik cinsiyet kalıp yargılarına göre yapılandırır. Örneğin bir erkek ve bir kız oynarken kız büyük ihtimalle anneyi, oğlan babayı oynayacak ve bu cinsiyet rolleri ile uyumlu bir şekilde oyunu

sürdürecektir. Bu durumda da çocuk, oyunlarda edindiği deneyimlere ve toplumla bütünleştiği çevreye göre cinsiyet rollerini pekiştirecektir (53,54).

Öğrenim Hayatı

Yaşamın ilk yıllarında çocuklar, aile üyeleri ve arkadaşlarıyla etkileşim kurarak toplumsal cinsiyet rollerini öğrenirler. Eğitim hayatında bu sürece okul ortamı ve öğretmenler de katkıda bulunur (52,63).

Çocukların sosyalleşmesinde öğretmenin yeri çok önemlidir. Çocuklarla etkinlikler düzenleyen ve eğitim faaliyetleri yürüten öğretmenlerin tüm tutum ve davranışları çocuklara örnek olmaktadır. Bu nedenlerle çocuklarda geleneksel ya da eşitlikçi toplumsal cinsiyet algılarının oluşmasında, toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin öğretmen davranışları oldukça önemlidir. Öğretmenler yaşadıkları kültürün toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin farkında olup uygun yaklaşımlar sunabilir. Destekleyici ve eşitlikçi tutumları çocukların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarını etkileyebilir (52,63). Okul ve ders ortamında öğretmenler, öğrencilere eşit davrandıklarına inansalar da bilinçli veya bilinçsiz olarak kız ve erkek çocuklara farklı davranabilirler (64). Bu durum bazı araştırmalarda tespit edilmiştir. Örneğin öğretmenler, gelecekteki çalışma hayatına hazırlama ve daha dinamik ve girişimci bir birey olma konusunda erkek öğrencileri daha fazla desteklerken, kız öğrencileri ev işi ve çocuk bakımı konusunda daha fazla teşvik edebilmektedir (53,63,64).

Eğitim hayatıyla ilgili toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları etkileyen bir diğer etmende çocuklar için hazırlanan öğretim materyalleridir. Okul öncesi ve genel okul ders kitaplarının görsel ve yazılı öğelerindeki eşitlikçi veya geleneksel yaklaşımlar, çocuklarda cinsiyet rolü tutumlarının gelişmesinde önemlidir (63). Kitaplarda genellikle ev işlerini yapan, aile için yemek ve temizlik yapan kadınlardır. Masallarda genellikle geleneksel bir tavır uygulanır. Bazı masallarda eş ve anne olmayan kadınlar cadı veya peri gibi hayali yaratıklar olarak karşımıza çıkar. Masallarda tasvir edilen erkekler çoğunlukla kahramandır ve güçlüdürler, savaşır ve sonunda her zaman kazanırlar. Öte yandan kadınlar genellikle zayıf,

bir kurtarıcı bekleyen, her zaman iyi niyetli, saf, iyiliksever ya da olmaya zorlanmış bireyler olarak tasvir edilmektedir (52).

Kitle İletişim Araçları

Kitle iletişim araçları, toplumsal cinsiyet tutumlarını ve kalıp yargılarını etkileyen bir diğer önemli faktördür. Kitle iletişim araçları, içerdiği metinler ve görseller aracılığıyla toplumun var olan kültürel değerlerini, rollerini ve tutumlarını gösterdiği ve topluma benimsettiği için önemli bir eğitim ve sosyalleşme aracı olarak görülmektedir (52).

Sosyolojik teoriye göre insan, diğer insanları gözlemleyerek öğrenen bir yaratıktır. Bu nedenle çocukların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin bilgileri; başta aile ortamı olmak üzere sosyal çevre ve kitle iletişim araçlarının aktardığı mesajlardan etkilenir (65). Çocuklar için en erişilebilir kitle iletişim araçları televizyondur. Televizyon, çocukların davranışları gözlemleyerek öğrendikleri bir araçtır ve bu şekilde çocukların tutumlarını etkiler. Yapılan araştırmalarda dizilerde erkek karakterlere daha çok yer verildiği ve dizilerde hem erkek hem de kadın karakterlerin geleneksel cinsiyet rollerine göre davrandıkları gözlemlenmiştir. Literatürde bazı çalışmalarda, TV izleyen çocukların geleneksel toplumsal cinsiyet rolleriyle ilişkili tutumlar sergilediği görülmüştür (56–58).

Ayrıca, kitle iletişim araçlarında yaygın olarak kullanılan reklamlar, tüketicilere ve çocuklara da birçok toplumsal cinsiyet mesajı iletmektedir. Özellikle çocuk reklamları, çocukların toplumsal cinsiyet algısı ile ilgili fikirlerinin şekillenmesinde önemlidir (65).

Dünyada ve Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Mücadeleleri

Dünyada Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Mücadelesi

Toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması konusundaki mücadele, dünyanın farklı bölgelerinde farklı şekillerde kendini göstermiştir. 1791 tarihli Mary Wollstonecraft tarafından yazılan “Kadın Haklarının Gerekçelenirilmesi” adlı belge, kadınların erkeklerle eşit haklara sahip olması için verilen mücadelenin ilk yazılı dayanağı olarak bilinir. 1789’da Fransız Devrimi’nde kadınların oynadıkları önemli toplumsal rollere ve Olympe de Gouges’in “*Kadın özgür doğar ve erkeklerle eşit haklara sahip olarak yaşar. Kadın idam sehpasına çıkma hakkına sahipse o halde konuşma kürsüsüne de çıkma hakkına sahip olmalıdır*” şeklinde Kadınların Hakları kitabında yazdıklarına ayrıca dikkat çekmek gerekir. Olympe de Gouges o dönemde kadınlara biçilen “yeni yurttaşlar yetiştirme” görevinin aynı zamanda kadınlara statü de kazandırması gerektiğine işaret etmiştir (66).

Kadınların erkeklerle eşit haklara sahip olmak için mücadele verdikleri en belirgin hak mücadelesi, oy verme hakkının kazanılmasıdır. Kadınlar, Amerika Birleşik Devletleri’nde 1920’den sonra, pek çok Avrupa ülkesinde 1. Dünya Savaşı sonrasında, Fransa’da ve Japonya’da ise 2. Dünya Savaşı sonrasında, oy verme hakkını elde etmişlerdir (67).

Feminizm, ilk kez 1882’de Fransız aktivist Hubertine Auclert tarafından “*Kadınların hayatlarını iyileştirmeyi amaçlayan mücadele*” şeklinde tanımlanmıştır. Bunun üzerine aktivist Rebecca West 1913’te feminizmi “*Şahsen feminizmin tam olarak ne olduğunu asla bulamadım. Tek bildiğim beni kapı paspasından ayıran hissiyatları ifade ettiğimde insanların bana feminist dediği*” olarak tanımlamıştır. Feminist aktivist yazar Bell Hooks ise; “*Basitçe söylemek gerekirse feminizm, cinsiyetçiliği, cinsiyete dayanan sömürüyü ve baskıyı bitirmeyi amaçlayan bir harekettir*” olarak tanımlar (68).

Kadınlar, yüksek öğrenime erişim, mülk edinme ve kazanç elde edebilme gibi ekonomik bağımsızlıklarını kazanmalarının önünü açabilecek hakları ise 19. yüzyılın sonlarında kazanmışlardır (67).

20. yüzyılın ilk yarısında kadınların istedikleri zaman çocuk sahibi olması, doğum kontrol yöntemlerinin gelişmesi ve yaygınlaşması, doğum kontrol yöntemleri hakkında kadınların bilgilendirilmesi gibi elde edilen bazı kazanımlar, kadınların kendi bedenleri üzerinde söz sahibi olmalarına imkan sağlamış ve eşitlik mücadelesinde diğer önemli bir konu olarak dikkat çekmiştir (69).

“Birinci Dalga” olarak ele alınan kadınların oy verme, ekonomik kazanç elde etme, yasal haklara erişme gibi eşitlik mücadelesinde elde ettiği kazanımlar dünyanın farklı yerlerinde aynı dönemde gerçekleşmemiştir. Hatta bazı temel yasal haklara erişim konusunda, halen dünyanın belli bölgelerinde ataerkil sisteme bağlı bazı mekanizmalar kadınların önünde büyük bir engel olarak varlığını sürdürmektedir.

20. yüzyılın ilk yarısında, bazı ülkelerde yaşayan kadınlar için ‘oy verme hakkının elde edilmesi’ mücadelenin sona ermesi anlamına gelmiş ve kadınların eşitlik ve hak mücadelelerinde, 1920-1960 arasındaki dönemde düşüş yaşanmıştır. Ancak özellikle oy verme hakkının en önemli kazanım olarak öne çıktığı bu “Birinci Dalga Kadın Hareketi” bazı kadınlar için yeni bir dönemin başlamasına sebep olmuştur. İkinci Dünya Savaşı sonrası, Avrupa’da pek çok alanda toplumsal dönüşümler görülmeye başlamıştır. Özellikle İkinci Dünya Savaşı sırasında kadınların üstlendikleri sorumluluklar, kadınların birçok ülkede çeşitli haklar elde etmelerinde zemin hazırlamıştır. 1960’larda başlayan İkinci Dalga Kadın Hareketi, 1970’lerde kitlesel bir hareketliliğe dönüşmüş ve 1980’lerde de bu hareketlilik devam etmiştir. Tüm dünyada toplumsal hareketlerin farklı konularda varlık gösterdiği dönem 1960-1980 arasındaki dönemdir. Bu dönemdeki farklı toplumsal hareketler kadınların bedenleri ve kimlikleri üzerine düşünmelerine de zemin hazırlamıştır (67).

Geleneksel cinsiyet rollerini reddeden kadınlara “feminist” denmesi İkinci Dalga kadın hareketinin önemli simgelerinden biri olmuştur. Kadınların

yaşamlarında karşılaştıkları ezilmenin ataerkil baskının bir sonucu olduğuna işaret eden, kadınların toplumda karşı karşıya kaldıkları eşitsizliklere bağlı gelişen kişisel sorunlarının, politik olduğuna işaret eden ve bu sorunların ancak toplumsal değişim ile çözüme kavuşacağını vurgulayan “Kişisel olan politiktir” sloganı 1969’da Amerikalı feminist Carol Hanisch tarafından kaleme alınmış olan bir makale ile bilinir hale gelmiş ve İkinci Dalga Kadın Hareketi’nin ilkesi olmuştur.

İkinci Dalga kadın hareketinin dışarıda bıraktığı kimliklerin yani ataerkil örüntülerin dayattığı kalıpların dışında kalan erkeklerin de kendine yer bulduğu, diğer kimlik bileşenlerinin görünmezden gelinmediği ve farklı yaşam tarzlarının da dahil olduğu “Üçüncü Dalga Hareketi” 1990’lı yılların sonundan itibaren ortaya çıkmıştır (67).

1990’larla birlikte toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin içerisinde yer alan ataerkil örüntülerin dayattığı erkeklik baskısı, kadınların ezilmesine yol açtığı kadar bu kalıpların dışında kalan erkeklerin de ezilmesine zemin hazırlamıştır. “Üçüncü Dalga” ile birlikte LBGQTQI (lezbiyen, biseksüel, gay, trans, queer ve interseks) bireylerin sağlık, çalışma ve medeni haklarına dair dünyada pek çok farklı girişim mümkün hale gelmiştir (67)(70).

Kadınların üreme haklarından, çalışma, eğitim ve medeni haklarına dair bölümlerin de yer aldığı, yanı sıra hak ihlallerinin bildirileceği mekanizmaların da tanımlandığı “CEDAW- Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi” Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nun 19 Aralık 1979 tarih ve 34/180 sayılı kararıyla kabul edilmiş ve 1 Mart 1980 tarihinde imzaya açılmış ve sözleşme 3 Eylül 1981 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Kadınların yoksulluk, eğitim, şiddet, çatışma, ekonomi ve politikadaki varlıklarını tehdit eden durumların tespiti ve raporlanması, 1995’te dördüncüsü yapılan Dünya Kadın Konferansı’nda “Pekin Deklarasyonu ve Eylem Planı” ile gündeme gelmiştir. Türkiye de 2000 yılında anne ve bebek ölümlerinin azaltılması, zorunlu eğitimin sekiz yıla çıkarılması dolayısıyla kız çocuklarının erken evliliklerinin engellenmesi gibi somut hedeflerle eylem planını yürürlüğe koymuştur (67).

2000'lerden sonra ise, savaş ve çatışmalara bağlı göç hareketleri ve iklim değişikliğine bağlı olarak kadınların yaşadığı diğer eşitsizlikler kadın hakları mücadelesinde dikkat çekilmesi gereken diğer konular arasına yer almıştır (67).

Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Mücadelesi

Türkiye'de kadın hareketlerinin başlangıcına bakıldığında; Türkiye Cumhuriyeti'nin de öncesine, 19. yüzyıl Osmanlı İmparatorluğu'nun Tanzimat düzenlemeleri ve I. ve II. Meşrutiyet ilanı ile evlilikte mülkiyet hakkı, kız okullarının açılması gibi kadınlar lehine bazı yasal düzenlemeler sayesinde kadınlar feminizm kavramını düşündüğünden de erken yıllarda tanımıştır. 1860'lı yıllardan itibaren kadın dergilerinin sayısında büyük bir patlama yaşanmaya başlamıştır. 1911'de İstanbul'da yapılan Beyaz Konferans'a 300'ün üzerinde kadın katılmıştır (70).

Kurtuluş Savaşı'nda kadınların aldıkları aktif sorumluluklar ile kadınlar daha güçlü ve daha özgüvenli olmuşlardır. Böylece kadınlar eğitim hakkı, erkeğin tek taraflı boşanmasının kaldırılması, çok eşliliğin durdurulması, seçme ve seçilme hakkı gibi haklarını kendilerinden emin şekilde dillendirmeye başlamışlardır. 1913'te yayın hayatına başlayan ve kendisini feminist olarak tanımlayan Kadınlar Dünyası dergisi bu dönem Batıdaki Birinci Dalga Feminizm ile örtüşmektedir (67).

Kadınlar mücadeleye hız kesmeden devam etmiş, 16 Haziran 1923'te Kadınlar Halk Fırkası'nı kurmak için başvuruda bulunmuş ancak başvuruları gerekçesiz bir şekilde reddedilmiştir. Yine aynı oluşum, 1924'te Türk Kadın Birliği olarak başka isimle kurulmuş ancak Birlik, 1935 senesinde hükümetin talebiyle gereksiz kılınıp yürürlükten kaldırılmıştır (71).

Kadınlar 1975 senesinde üye sayısı 20.000'i bulan sosyalist düşüncelerin etkili olduğu İlerici Kadınlar Derneği'ni kurmuştur. Ancak halen kendi bedensel deneyimlerini, yaşadıkları baskıyı ve şiddeti dile getirememiş daha sonraki süreçte yavaş yavaş dillendirmeye başlamışlardır (71).

1980 darbesinin meydana getirdiği toplumsal baskı ortamında bile kadınlar mücadelelerini bırakmamışlardır. Kadınlar özel yaşam alanlarında, ev toplantılarında, derneklerde bir araya gelerek birbirlerine kendi kişisel ve bedensel deneyimlerini anlatmaya başlamışlardır. “Özel olan politiktir” sloganı o dönemde Türkiye’de de gündeme gelmeye başlamıştır. Kadınlar, bu toplantılarında menstruasyonun utançla baskılanmasının ancak erkeğin sünnetinin övünçle kutlanmasının yanlış olduğu, kız çocuklarının sadece “iyi bir eş, anne, ev kadını” olarak nitelendirilemeyeceğini, erkeğin kadın bedeni üzerindeki hem cinsel hem fiziksel şiddetini, bekaret muayenelerini ve jinekolojik deneyimleri gibi konuları konuşmaya başlamışlardır (71).

1986’da Kadınlar Dilekçesi eylemini bir grup kadın organize etmiş ve 7000 kadının imzaladığı, devletten Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi’nin (CEDAW) kabulünü talep eden bir imza kampanyasını başarmışlardır. 1987’de İstanbul’da kitlesel bir eylem ile “Dayağa Hayır” kampanyası gerçekleştirilmiştir. Bu eylem ile “*Kadınlar artık ayaklarının altına cennet değil adımlayacakları koca bir dünya*” istediklerini güçlü bir şekilde vurgulamışlardır. Bu kampanya ve kadın hareketlerinin ardından 1980’lerin sonunda birçok kadın grubu oluşmuştur (71).

Kadın mücadeleleri Türkiye’de 1990’larda kurumsallaşmaya başlamıştır. Sığınma evlerinin açılmış, Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı ve Kadın Dayanışma Vakfı kurulmuştur (71).

Reglin kirlenmek sözüyle ifade edilmesi, ‘kadın gibi’ gülmenin, ağlamanın bir aşağılama olarak kullanılması eleştirel bir yaklaşımla ele alınmış ve dildeki cinsiyetçilik ifşa edilmiştir (72).

2000’lerden sonra kadın örgütleri özellikle savaş koşullarının kadınlar açısından ortaya çıkardığı şiddet, tecavüz ve seks köleliği gibi şiddet ve hak ihlallerine dikkat çekmiştir. Ayrıca 2000’lerden sonra kadın mücadelesine eşcinsellerin hak mücadeleleri de eklenmiştir.

Kadınlar 2010’lu yıllarda en az üç çocuk yapmanın teşviki ve kürtajın yasaklanması konusundaki politik açıklamalara “Benim bedenim, benim kararım”

kampanyasıyla cevap vermişlerdir. Günümüzde ise kadınlar, haklarını koruyan uluslararası sözleşmelerin (Örn; İstanbul Sözleşmesi) tekrar devreye sokulması konusunda hak mücadelesine devam etmektedirler.

Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı

Sağlık ve Toplumsal Cinsiyet İlişkisi

Toplumsal cinsiyet, biyolojik cinsiyetle kesişen, ancak ondan farklı olan sosyal bir yapıdır. Toplumsal cinsiyet, belirli bir toplumun kadınlar ve erkekler için uygun gördüğü sosyal olarak oluşturulmuş normları, rolleri, davranışları, nitelikleri ve ilişkilerini ifade eder. Bireyler veya gruplar yerleşik cinsiyet normlarına, rollerine ve ilişkilerine uymadıklarında, genellikle damgalanma ve ayrımcı uygulamalar ve sosyal dışlanma ile karşı karşıya kalırlar. Bununla birlikte, cinsiyet normları, rolleri ve ilişkileri zamanla değişir ve farklı kültürlerde ve topluluklarda farklılık gösterir (23,73).

Cinsiyet eşitliği varsa, kadınlar ve erkekler, sağlık kaynakları, hizmetler, yasalar ve politikalar gibi sosyal ve ekonomik kaynaklara erişme ve bunlardan yararlanma konusunda eşit fırsatlara sahiptir (23,73,74).

Cinsiyet eşitsizliği sadece bir insan hakları sorunu değildir. Cinsiyet normları, kadın ve erkeklerin belirli sağlık risklerine maruz kalmalarını, bakım arama davranışı ve bakıma erişimlerini, sağlıklarını ve sağlık sisteminin ihtiyaçlarını nasıl karşıladığını etkilemektedir. Veriler, cinsiyet eşitsizliğinin sağlık ve esenlik üzerinde de olumsuz bir etkisi olduğunu göstermektedir (75).

Toplumsal cinsiyet, sağlığın sosyal belirleyicileri ve eğitim, gelir, etnik köken, cinsel yönelim, cinsiyet kimliği veya ikamet yeri gibi diğer etmenlerle yakından ilişkilidir. Cinsiyet normları, kadınları ve erkekleri, hastalık ve yaralanma için risk faktörlerine karşı farklı maruz kalma ve savunmasızlık seviyelerine sokabilmektedir. Erkekler ve kadınların fiziksel aktivite düzeyleri, beslenme alışkanlıkları, tütün ve alkol tüketimleri, cinsel davranış paternleri, şiddet ve yaralanmaya maruz kalma düzeyleri, toplumsal cinsiyet norm ve kalıplarından güçlü bir şekilde etkilenmektedir (74,76).

Cinsiyet, bakım arama davranışlarını da etkiler ve hem kadınların hem erkeklerin kendi sağlık ihtiyaçlarını nasıl algıladıklarını şekillendirir. Kadınların sağlık ihtiyaçları genellikle anne ve üreme sağlığına ilişkin ihtiyaçları ile sınırlı kalsa da bulaşıcı olmayan hastalıklar aslında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nde hem kadınlar hem de erkekler için sağlık sorunlarının önde gelen nedenidir (77). Geleneksel erkek normları ise, erkeklerin birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimi, bulaşıcı olmayan hastalıkların yönetimi, HIV ve diğer hastalıklar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve kontraseptif kullanımı da dahil olmak üzere birçok alanda sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilir (75).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda politika yapıcılar ve hizmet sağlayıcılar, stratejileri ve uygulamaları 'cinsiyet eşitliği' perspektifinden değerlendirebilmelidir. Çünkü sağlık hizmetlerinin kullanımı azaldıkça kadın sağlığı morbidite ve mortalite açısından olumsuz etkilenecektir. Çoğu zaman, bu bakış açısının gelişmemiş olması, tanıyı, önleyici tedbirleri ve çözümleri geciktirmektedir. Durum dünyanın farklı yerlerinde değişiklik gösterse de sağlık hizmeti sunumunda cinsiyetler arası bir fark olduğuna dair önemli kanıtlar var. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri gibi zengin ülkelerde bile, yoksul kadınların sağlık hizmetlerine erişimi aynı sosyal gruptaki erkeklere göre daha azdır (67).

Ailede parayı ve aile bütçesini genellikle erkekler kontrol eder, bu da kadınların sağlık hizmetlerine erişimini ve harcama yapmasını engelleyebilir. Dünyanın birçok ülkesinde genel olarak ailelerde kadınların sağlığına daha az önem verilmektedir. Bunda geleneksel ve kültürel değerlerin de etkisi var. Örneğin, kadının kendi başına dışarı çıkamadığı ve/veya kadın sağlık çalışanının bulunmadığı durumlarda kadınlar sağlık bakımından kaçınabilmektedir (67).

Birçok kültürde kadınlar acı çekmenin kader olduğuna inanır. Örneğin, baş ağrısı veya vajinal akıntı gibi sorunların normal olduğunu düşünürler. Düşük benlik saygısı, bir kadının talepkâr olma yeteneğini sınırlar ve baş etmeye çalıştığı sorun toplumun onaylamadığı bir konuya, bu sorun beraberinde utanç duygularıyla pekişebilir. Eğitim eksikliği sadece özgüvenini olumsuz etkilemekle kalmaz, aynı zamanda kadınların benlik saygısını da düşürür, bedenlerinden

habersiz olmalarına ve dolayısıyla sağlık ihtiyaçlarını doğru belirleyememelerine neden olur (67).

Ulaşılabilir en yüksek sağlık standardına sahip olma hakkı, Dünya Sağlık Örgütü anayasasında ve uluslararası insan hakları hukukunda yer almaktadır. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin seçimi, tasarımı ve düzenlenmesi genellikle kadın ve erkeklerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için toplumsal cinsiyet normlarını, rollerini ve güç ilişkilerini dikkate almamaktadır. Aynı zamanda toplumsal cinsiyet, sağlık sistemlerinin tasarımını da etkilemektedir. Örneğin; Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'ndeki sağlık iş gücünün çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır, ancak sağlık sisteminde cinsiyet farklılıkları devam etmektedir. Kadın sağlık çalışanları, liderlik pozisyonlarına yükselme, gelir eşitliği ve kadınların sağlık hizmetlerindeki yerine dair cinsiyetçi bazı kalıp yargıların üstesinden gelme konusunda hâlâ önemli engellerle karşı karşıyadır. Ücretsiz bakım hizmetlerinin eşit olmayan dağılımı, özellikle yaşlılıkta kadınların sağlığını, ekonomik durumunu ve yaşam kalitesini etkilerken, erkeklerin bakıma katılımının az olmasına neden olmaktadır (76). Ek olarak, araştırmalarda cinsiyet yanlılığı ve klinik araştırmalarda kadınların yeterince temsil edilmemesi, biyoloji ve cinsiyete dayalı farklılıkların dikkate alınmasını etkilemektedir (78).

Erkeklerin ve kadınların sağlık ve hastalık durumları önemli ölçüde farklıdır. Çünkü biyolojik ve sosyal faktörler bir kişinin sağlığını veya hastalığını etkiler. Kadınların ortalama yaşam süresi erkeklerden daha uzundur ve yaşam süresi uzadıkça yaşam kalitesi daha da fazla önem kazanmaktadır. Ancak araştırmalar, birçok toplumda kadınların erkeklere göre daha fazla hastalık ve stres yaşadığını açıkça ortaya koymaktadır (67).

Bazı gelişmekte olan ülkeler dışında, ekonomik ve endüstriyel gelişme ve çeşitli sosyal ve kültürel faktörlerin değişmesi nedeniyle, kadınların bulaşıcı hastalıklara yakalanma riski ve gebelik dönemine bağlı riskler önemli ölçüde azalmıştır. Ancak sağlık ve hastalık halinin değerlendirilmesiyle ilgili yapılan çalışmalarda, gelişmiş ülkelerde kadınların kendi sağlıklarını erkeklere göre daha olumsuz değerlendirdikleri tespit edilmiştir (67).

Cinsiyet rolleri, erkeklerin "yaşamlarını sürdürmek, ailelerine bakmak" için daha fazla risk almasına ve işle ilgili ölümlerden daha fazla etkilenmelerine neden olmaktadır. Aynı zamanda, erkeklerin sosyal kısıtlamalardan kurtulması ve kaynaklara daha fazla erişimi, tehlikeli maddelerle karşılaşma/kullanma riskini artırmaktadır. Dünyanın birçok ülkesinde genç erkekler, genç kadınlara göre trafik kazaları (alkolle ilgili) ve şiddet içeren ölümler açısından daha yüksek risk altındadır. Erkeklerde ileri yaşlardaki "erken ölümlerin" büyük bir kısmı miyokard iskemisinden kaynaklanmaktadır. Bu sadece biyolojik cinsiyetteki duyarlılıktan değil, aynı zamanda erkeklerin kadınlardan daha fazla "risk almasından" kaynaklanmaktadır. Örneğin erkekler sigara ile mesleki kanserojenlere daha fazla maruz kaldıkları için, erkeklerin akciğer kanserinden ölme riskleri kadınlara göre daha fazladır (67).

Kadınların erkeklerden daha fazla hastalık ve sakatlık yaşadığı birçok toplumda bilinen bir gerçektir. Bu sonuca katkıda bulunan üç faktör tespit edilmiştir. Bu faktörler şu şekilde açıklanabilir (67,79):

- 1. Kadınların üreme sağlığı sorunları yaşama olasılığı erkeklere göre daha fazladır. Erkekler ve kadınlar için üreme hastalıklarının yüküne bakıldığında, kadınlar erkeklere göre önemli ölçüde daha fazla üreme sağlığı sorunu yaşamaktadır. Bu duyarlılık doğurganlık çağında (15-49 yaş) daha da artar. Dünya çapında yapılan araştırmalar, kadınlarda üreme hastalıkları yükünün, erkeklerde hastalık yükünden üç kat daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, her iki cinsiyetin üreme sağlığı hizmetlerine olan ihtiyacı yaşa göre farklılık göstermektedir.*
- 2. Kadınlar daha uzun yaşadıkça, kronik hastalıkların görülme sıklığı da artar. Çoğu ülkede kadınlar yaşlı nüfusun çoğunluğunu oluşturmaktadır. Örneğin, Türkiye'de kadınların ortalama yaşam süresi erkeklere göre daha uzundur. Dolayısıyla yaşlı kuşakta daha fazla kadın yaşamaktadır. TÜİK 2019 sonuçlarına göre Türkiye genelinde ortalama yaşam süresi 78,3'dür. Erkeklerde ortalama yaşam süresi 75,6 ve kadınlarda ortalama yaşam*

süresi 81'dir. Genel olarak, kadınlar erkeklerden daha uzun yaşar ve beklenen yaşam süresi farkı 5,4 yıldır.

- 3. Kadın ve erkekler biyolojik işlev ve fizyolojik farklılıkların oluşturduğu yüklerin yanı sıra, toplumun onlara yüklediği toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklanan ve sağlıklarını etkileyen olumsuz sonuçlarla da karşı karşıyadırlar. Bu olumsuzlukların boyutu toplumlar arasında farklılık gösterse de özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadınların daha fazla olumsuz etkilendiğini söylemek yanlış olmaz.*

Kadının Yaşam Dönemleri ve Toplumsal Cinsiyet ile İlişkisi

Toplumun kadınlara cinsiyetleri nedeniyle yüklediği roller ve beklentiler, kadınların bazı temel insan haklarını elde etmelerini veya kullanmalarını engellemektedir. Bu durum toplumda kadın için bir kısır döngü oluşturmakta ve kadın sağlığını doğrudan veya dolaylı olarak etkilemektedir (80).

“Kadın ve sağlık” alanındaki bir diğer toplumsal cinsiyet sorunu da, sağlık sisteminin yapısında ve sağlık hizmetlerinin sunumunda ortaya çıkmaktadır. Sağlık politikalarının toplumsal cinsiyete duyarlı olması, sağlık sorunlarının sadece üreme döneminde değil doğumdan ölüme kadar ele alınması ve hizmet sunucularının toplumsal cinsiyet perspektifinden hareket etmesi önemlidir. Gerçek şu ki, kadınların birinci basamak sağlık hizmeti almalarında toplumsal cinsiyet temelli birçok sorunla karşılaşmaktadır. Çünkü kadınlar çocuk bakımı ve ailevi sorumluluklar nedeniyle aile bakıcısı ve kişisel bakıcı gibi birçok rolü üstlenmek zorunda kalmaktadır (67).

Sınırlı sağlık kaynaklarının kullanımında hakkaniyet, yalnızca her zaman aynı ve eşit muameleyi değil, aynı zamanda her bir kişinin özel ihtiyaçlarına göre gerektiğinde farklı muameleyi de gerektirir. Bugüne kadar, üreme sağlığı dışındaki kadın sağlığı ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik çok az araştırma bulunmakta olup ve kadın sağlığı “anne- çocuk sağlığı” olarak kabul edilmektedir. Bu durum da kadınlara karşı yapılan ayrımcı uygulamalardan biri olarak görülmektedir (81).

Aşağıda yaş gruplarına göre kadın sağlığını etkileyen sorunlar sıralanmaktadır (79,82):

- Çocukluk Dönemi: Çocukluk döneminde cinsiyeti nedeni ile kız çocuklarının yaşadığı ve sağlığını etkileyen bazı olumsuzluklar şunlardır; kadın sünneti, ihmal, gebeliğin bebeğin cinsiyeti nedeni ile istenmemesi, bebeğin cinsiyeti nedeniyle yapılan isteyerek düşükler, malnütrisyon, vb.
- Ergenlik (Adolesan) Dönemi (10-19 yaş): Her iki cinsiyet için özellikli olan bu dönemde kız adolesanlar için daha fazla risk vardır. Ergenlik dönemine kadın sağlığını etkileyen bazı riskler; cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, istenmeyen gebelikler, isteyerek düşükler, cinsel taciz/istismar, paralı seks, anemi / malnütrisyon, madde bağımlılığı, şiddet, vb.
- Erişkinlik Dönemi (15-19 yaş): Üreme fonksiyonlarının en yoğun olarak yaşandığı bu dönemde izlenen en önemli sağlık sorunlarından bazıları şunlardır; istenmeyen gebelikler/isteyerek düşükler, gebelik, doğum, doğum sonu dönemlerde hizmetten yeterince yararlanamama, komplikasyonlara zamanında müdahale edilememesi, doğurganlık davranışında kadının karar verememesi, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, anemi / malnütrisyon, kadına yönelik cinsiyet temelli şiddet, paralı seks/cinsel taciz–istismar, anne ölümleri, vb.
- Menopoz ve menopoz sonrası dönem (50 yaş): Kadınların sağlık sorunlarının en fazla ihmal edildiği dönemdir. Bu dönemde karşılaşılan sorunlar çoğu kez kadının cinsiyeti ya da üreme fonksiyonları ile ilişkili değildir. Kadının ekonomik açıdan bağımlılığı, söz konusu ihmali güçlendirmekte ve kadının savunmasızlığın derinleştirmektedir. Kadınların bu dönemde yaşadığı en önemli sorunlardan bazıları; menopozal semptomlar, osteoporoz, iskemik kalp hastalıkları, maligniteler, kadına yönelik şiddet, yoksulluk-yalnızlık-hastalık kombinasyonu, vb.

Dünyada Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Açısından Sağlık Alanında Mevcut Durum ve Gelişmeler

Toplumsal cinsiyet eşitliği ölçümlerine göre, DSÖ üye devletlerinden hiçbirinde henüz cinsiyet eşitliği sağlanamamıştır. Toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, özellikle ekonomik güç ve siyasi fırsat eşitliği alanında daha belirgindir. 2018 WEF Küresel Cinsiyet Uçurumu Raporu'nda en iyi performans gösteren ülke olan İzlanda' da dahi erkekler ve kadınlar arasında hala %33'ün üzerinde bir fark olduğu görülmektedir. Bunun tersine, bölgedeki en kötü performansı gösteren ülke olan Macaristan'da, bakanlık pozisyonlarında kadının yer almama oranı %95,5'tir (83) .

Çocuk evlilikleri kız ve erkek çocuklarını farklı şekillerde etkiler ve kızlar arasında daha yaygındır. Erkeklerin uyguladığı toplumsal cinsiyete dayalı şiddet mağdurlarının büyük çoğunluğu kadınlar ve kız çocuklarıdır. Aynı zamanda şiddet mağduru kadınlar sağlık arama davranışında daha fazla engelle karşılaşırlar. Erken yaşta evliliğe zorlanan kızlar daha erken doğum yaparlar ve doğum sırasındaki komplikasyonlara maruz kalma olasılıkları daha yüksektir ve daha geç yaşta evlenen kadınlara kıyasla cinsellikleri ve sağlık bakımları üzerinde daha az karar verme gücüne sahiptirler. Erken evlilik nedeniyle, kızlar genellikle eğitimi bırakmaktadır ve eğitimsiz annelerin çocuklarında 5 yaşın altı çocuk ölüm oranı, orta öğretim veya daha yükseköğrenim gören annelerin çocuklarına göre neredeyse üç kat daha fazladır (76).

Avrupa Birliği'ndeki neredeyse tüm ülkelerde, kadınlar erkeklerden daha yüksek yoksulluk riskiyle karşı karşıyadır. 2015 yılında, ortalama olarak, yaşlı bekar kadınların üçte birinin, erkeklerin ise beşte birinin yoksulluk riski altında olduğu saptanmıştır (76).

DSÖ'ye göre dünyadaki kadınların yaklaşık %25'i hayatlarının bir noktasında cinsiyet temelinde şiddete maruz kalacaktır (84). Şiddetin kadınların fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde ciddi etkileri vardır. Fiziksel yaralanma, sakatlık veya ölüme ek olarak, diğer sonuçlar kötü anne sağlığı ve perinatal sağlık sonuçları, stres ve depresyondur (76). Yakın partner şiddeti yaşayan kadınlarda

HIV olasılığı 1,5 kat, depresyon ve alkol kullanım bozuklukları yaşama olasılığı 2 kat daha fazladır (78). 2014 yılında AB üye devletlerinde, partner kaynaklı olmayan şiddet yaygınlığında, değişik mesleklerden kadınlar arasında büyük ve şaşırtıcı farklılıklar bulunmuştur. En yüksek oran (%28-30) profesyoneller ve yöneticilerde; en düşük oran ise vasıflı el işi yapanlarda (%17) veya para kazanmayan kadınlarda (%13) bulunmuştur (85).

Kadın ölümlerinde sorumlular çoğunlukla kadının partneri olan erkeklerdir (86). 2013 yılında dünya genelinde kadın cinayetlerinin % 38 kadarı erkek partnerler tarafından işlenirken, erkekler için buna karşılık gelen sayı %6'dır (84). Alkol kötüye kullanımının, erkeklerin kadına karşı uyguladığı yakın partner şiddeti ve cinsel şiddetteki rolü olduğuna dair artan kanıtlar vardır (87,88). Dünya genelinde karşılaştırılabilir veriler olmamasına rağmen, ulusal raporlar, kadın sünneti, sözde namus cinayetleri gibi kadına yönelik belirli şiddet biçimlerinin varlığına işaret etmektedir (76).

DSÖ Avrupa Bölgesinde anne ölüm oranı 2000'den 2015'e kadar olan sürede yarıdan fazla düşmüştür (100.000 canlı doğumda 33'ten 17'ye) (76). Bu genel azalmaya rağmen, bazı üye devletlerde anne ölümü oranları diğerlerine göre 25 kat daha fazla olduğu için bölge içindeki tutarsızlıklar belirgindir (Örn; 2015'te Kırgızistan'da anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 76 iken, Finlandiya, Yunanistan, İzlanda ve Polonya'da 100.000 canlı doğumda 3'tür) (89). Adölesan doğurganlık hızı (15-19 yaş arası 1000 adölesan kadın başına yıllık canlı doğum sayısı) Avrupa bölge genelinde 2015 yılında Hollanda'da yaklaşık 3,2'den Tacikistan'da 47,9'a kadar değişirken, bölge için ortalama 16,6'tır (90). Adölesan doğurganlık hızının yüksek olması, kontrasepsiyona sınırlı erişim veya kullanımın, sınırlı cinsellik eğitiminin ve / veya çocuk yaşta evliliklerinin bir yansıması olabilir. Adölesan doğumlar, kadınlar ve kızlar için daha zayıf eğitim ve istihdam fırsatlarıyla ilişkilidir (76).

Bulaşıcı olmayan hastalıklar, tüm dünyada hem kadınlar hem de erkekler için kötü sağlığın ana nedenidir, ancak göstergeler yaşam boyunca erkekler ve kadınlar arasında önemli farklılıklar olduğunu ortaya koymaktadır. Biyoloji, bu

farklılıkların şekillenmesinde önemli olsa da hepsini açıklayamamaktadır. Cinsiyet normları, erkekler ve kadınlar için bulaşıcı olmayan hastalık risk faktörlerine maruz kalma düzeyini, savunmasızlığı, sağlık hizmetlerini kullanma biçimlerini ve aldıkları yanıtları etkilemektedir (91). Örneğin, Avrupa bölgesindeki bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin %18'inin tütün kullanımına bağlı olabileceği tahmin edilmektedir. Erkekler için tahmini yüzde, kadınlardaki kullanım oranının dört katıdır (sırasıyla %28 ve %7). Erkekler arasında sigara içme yaygınlığı azalırken, kadınların durumu karışıktır ve bazı ülkelerde yaygınlık artmaktadır (92,93). 15 yaşındaki ergenler arasında, kızların %43'ünün erkeklerin ise %22'sinin vücutlarından memnun olmadığı saptanmıştır. Kızların %26'sı diyet yaptığını bildirmiş, ancak sadece %13'ünün aşırı kilolu olduğu saptanmıştır (94). Anoreksiya nervoza, genç kadınlar arasında %0,3'lük bir prevalansa ve yüksek bir ölüm oranına sahiptir, ancak anoreksiyalı genç kadınların sadece %30'u sağlık sistemi tarafından tedavi edilmektedir (95). Sosyoekonomik faktörler, kadınlarda fazla kilo ve obezite üzerinde erkeklere göre daha fazla etkiye sahiptir; düşük sosyoekonomik koşullarda kadınlar, obezite konusunda erkeklerden daha savunmasızdır. 2014 yılında, 15-29 yaş arası genç kadınlarda obezite, yüksek gelire sahip olanlar arasında en düşük düzeyde saptanmıştır (76,96).

Geleneksel erkek normları, erkeklerin ruh sağlığı için yardım arama davranışını etkileyebilir ve depresyon dahil olmak üzere zihinsel sağlık koşullarının gecikmiş teşhisi ile sonuçlanabilir (97). Alkol kullanım bozukluklarının yaygınlığı DSÖ Avrupa Bölgesinde erkekler ve kadınlar arasında önemli ölçüde farklılık göstermektedir; erkekler için %14,8 iken, kadınlar için %3,5'tir (87). İntihar oranı, Avrupa bölgesinde erkeklerde kadınlara göre dört katın üzerindedir (sırasıyla %17,4 ve %4,2). Kendine zarar verme ise, 15-19 yaş arası genç kadınların ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (90,93).

Sağlık sistemleri, sağlık meslek gruplarında birçok cinsiyet önyargısını ve eşitsizliği devam ettirebilir (76). Dünya genelinde kadın ve erkek tıp uzmanları arasında, uzmanlık seçimi ile ilgili olarak önemli farklılıklar görülmektedir; kadınlar, yüksek prestijli liderlik rollerinde ve cerrahi gibi yüksek ücretli uzmanlık

alanlarında yetersiz temsil edilmektedir (98). Kanıtlar, iş ortamlarında aile ilişkilerinin kadınları erkeklerden daha fazla kısıtladığını göstermektedir. Kadınlar tıpta, daha düşük ücret ve daha az prestij ile karakterize ve esnek çalışma saatleri olan (genel pratisyenlik ve aile hekimliği gibi) çalışma ortamlarında aşırı temsil edilme eğilimindedir (99). Cinsiyet ayrımı tıp hiyerarşisinde de belirgindir (dikey ayrım); kadınlar genellikle hemşirelik ve ebelik hizmetlerinde ve bakım mesleklerinde fazla temsil edilirken, erkekler genellikle hekimlik ve diş hekimliği gibi yüksek ücretli mesleklerde fazla temsil edilmektedir (76). DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki sağlık çalışanlarının çoğunluğu kadındır, ancak bu sağlık hizmetlerindeki liderlik rollerine yansımamaktadır; sağlık bakanlarının yalnızca %30'u kadındır (100). 2016'da Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'nün (OECD) 16 üye devlette sağlık işgücü ücret verilerinin gözden geçirilmesi konusundaki araştırmasında, kadınların aynı meslek grubundaki erkeklerle kıyaslandığında, aynı veya benzer işleri yapmak için daha düşük ücret aldığını ortaya koymuştur (101).

2008 yılındaki küresel mali kriz, birçok ülkede kamu harcamalarında ve sosyal koruma önlemlerinde büyük kesintilere yol açmış ve bu özellikle yoksul hanelerde kadınlar için ücretsiz çalışma yükünde artışa yol açmıştır (102). Ücretsiz bakım vermenin eşit olmayan dağılımı, özellikle ileri yaşta, kadınların sağlığını, ekonomik güçlenmesini ve yaşam kalitesini etkilemektedir (93). Neredeyse tüm ülkelerde yaşlılar için enformel bakım sorumluluklarını kadınlar üstlenmekte, ancak erkek bakım sağlayıcıların oranı bakım verilen kişilerin yaşı ile artmaktadır (103). Dengesiz cinsiyet dağılımı, resmi uzun süreli bakımda da belirgindir. Resmi uzun süreli bakım açısından, 2016'da OECD ülkelerinde yapılan bir çalışma, işgücünün %80'inden fazlasını kadınların oluşturduğunu göstermektedir (104). Ücretsiz bakım konusunda cinsiyet eşitliğinin daha fazla sağlanması, hem kadın hem de erkek sağlığı üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir. Örneğin, çocuk bakımıyla ilgilenen erkeklerin alkol ve uyuşturucu kullanma, kaza geçirme ve fiziksel ve zihinsel sağlık sorunları yaşama olasılıkları daha düşüktür (74).

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Açısından Sağlık Alanında Mevcut Durum ve Gelişmeler

Birleşmiş Milletler sözleşmeleri, konferans ve bildirgeleri sağlık hakkının tanınmasında, yaşama geçirilmesinde ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasında temeldir. Ekonomik ve Sosyal Kültürel Haklar Sözleşmesi, Avrupa Sosyal Şartı, Kadınlara Yönelik Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW), İstanbul Sözleşmesi ve diğer uluslararası belgeler (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (UNKK), Pekin Platformu ve Eylem Planı ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri) hem sağlık hakkının çerçevesini belirlemekte hem de sağlık hakkının toplumsal cinsiyet eşitliğine dayalı olarak nasıl gerçekleştirileceği konusunda ışık tutmaktadır (105).

2019 yılında, 1994’de Kahire’de kabul edilen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (UNKK) taahhütlerinin 25. yıldönümünde 170 ülkeden temsilcilerin katılımıyla Kenya’da ICPD+25 Nairobi Zirvesi gerçekleştirilmiştir. UNKK, 25 yıl önce getirdiği yaklaşımla sadece nüfus ve kalkınma alanında değil; kadınların insan hakları konusunda da önemli bir dönüm noktası olmuştur. Kabul edildiği tarihten sağlığın önemli bir bileşeni olan kadınların, kız çocuklarının ve gençlerin üreme ve cinsel hakları konusunda yol gösterici olmuştur. Bireylerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili kararlarını özgür, sorumlu, şiddetten ve baskıdan uzak bir şekilde vermelerinin sağlanmasının hükümetler tarafından garanti altına alınması gerektiği UNKK’da belirtilmiş ve kadınların demografik bir araç olarak görüldüğü geleneksel nüfus planlama yaklaşımlarının terkedilmesi gerektiği vurgulanmıştır (105).

ICPD 25 Nairobi Zirvesi'nde 2030'a dek ulaşılması gereken 4 temel hedef belirlenmiştir (106);

1. *Önlenebilir nedenlere bağlı anne ölümlerinin sıfıra indirilmesi*
2. *Aile planlamasında karşılanmayan gereksinimin sıfıra indirilmesi*
3. *Toplumsal cinsiyete dayalı şiddet ve kadınlara yönelik şiddet ve zararlı geleneksel uygulamaların (çocuk yaşta evlilikler ve kadın genital organlarının sakatlanması ortadan kaldırılması gerekmektedir.*
4. *Gençlere haklar bağlamında öncelik ve önem verilmesi- özellikle cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularında hizmet sunulması hedefleridir.*

Kadın sağlığına ilişkin önemli göstergelerden biri anne ölümleridir. Gelişmekte olan ölkelerde doğurganlık çağındaki kadınlar arasındaki en yaygın ölüm nedeni, gebelik, doğum ve lohusalık sırasında meydana gelen komplikasyonlardır. Anne ölümleri dünya genelinde hala kabul edilemez derecede yüksektir ve sadece 2017 yılında yaklaşık 295 000 kadın gebelik, doğum ve lohusalık sırasında meydana gelen komplikasyonlar nedeniyle ölmüştür. Bu ölümlerin büyük çoğunluğu (%94) kaynakların yetersiz olduğu ortamlarında meydana gelmiş olup ve çoğu önlenebilir ölümlerdir. Anne ölümlerinde son 20 yıllık sürede küresel olarak %47'lik bir azalma söz konusudur. Bununla birlikte Sahra Altı Afrika ve Güney Asya, 2017 yılındaki tahmini küresel anne ölümlerinin yaklaşık %86'sından (254.000) sorumludur (107).

2005 yılında gerçekteştirilen Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Araştırması'na göre anne ölüm oranı Türkiye için 100.000 canlı doğumda 28,5'tir (kent için 20,7; kır için 40,4). En düşük seviyeyle Batı Anadolu ve en yüksek seviyeyle Doğu Karadeniz ve Kuzeydoğu Anadolu bölgeleri öne çıkmaktadır. Anne ölüm oranı kentsel alanlar için 100.000 canlı doğumda 20,7, kırsal alanlar için ise 100.000 canlı doğumda 40,3 olarak hesaplanmıştır. Anne ölümlerinin %79'u; kanama (%25), preeklampsi/ eklampsi (%18) ve enfeksiyonlar (%5) gibi doğrudan nedenlerden kaynaklanmaktadır (108). Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Araştırması'nda anne ölümlerine neden olan önlenebilir faktörlere bakıldığında,

anne ölümlerinin %61,6'sında bir ya da daha fazla önlenbilir faktör mevcuttur. Hane halkı faktörleri ve toplumsal faktörler, özellikle de sorunun tanımlanmasında ve tedavi için başvuru yapılmasında yaşanan gecikmeler ve doğum öncesi bakımın alınmamış olması hem kentsel (%26,1) hem de kırsal yerleşim yerlerinde (%32,7) en sık karşılaşılan önlenbilir faktörler olarak ortaya çıkmaktadır ve bunlar toplumsal cinsiyet eşitliği ile yakından ilişkilidir. Buna karşın, sağlık kuruluşundan kaynaklanan faktörlerin anne ölümlerine etkisi yok denecek kadar azdır (108).

Aile planlamasında karşılanmayan gereksinim, kadın sağlığının ve kadının üreme haklarını kullanımının en somut göstergelerinden biridir. Aile planlamasında karşılanmayan gereksinimin sifıra indirilmesi hedefi ICPD Nairobi zirvesinde oluşturulan tüm dokümanlarda anne ölümleri ile ilişkisi içinde ele alınmış ve *“eğer bu hedef gerçekleşemez ise önlenbilir anne ölümlerinin sifıra indirilmesi hedefine de ulaşamayacağı”* vurgulanmıştır (109). Türkiye’de toplam doğurganlık hızı yıllar içerisinde izlenen politika ve programlarla giderek azalmış, etkili doğum kontrol yöntem/kontraseptif yöntem kullanımı ise giderek artmıştır (105). Ancak, bölgeler arası etkili/modern yöntem kullanımı arasında farklılıklar devam etmekte ve bazı aileler istedikleri halde etkili AP yöntemine ulaşamamaktadır. Son yapılan TNSA’ya göre son beş yılda Türkiye’de, artık çocuk istemediği halde hiçbir yöntemle korunmayanların oranı %6’dan %12’ye çıkmış, yani ikiye katlanmıştır (110). Aile planlamasında karşılanmayan gereksinimin artmasının “isteyerek düşüklerin”, istenmeyen riskli gebeliklerin, istenmeyen doğumların önümüzdeki yıllarda artmasında da önemli bir faktör olabileceği üzerinde önemle durulması gereken bir konudur (105).

Güvensiz düşük/kürtaj nedeniyle gelişmekte olan ülkelerde her yıl yaklaşık 7 milyon kadın hastaneye yatmaktadır ve tüm dünya genelindeki anne ölümlerinin %4,7- %13,2'si güvensiz düşükle ilişkilidir. İsteyerek düşüklere bağlı hastalık ve ölümler, gebeliğin güvenli olarak düşükle sonlandırılması, cinsellik eğitimi, doğum kontrol yöntemlerinin etkili kullanılması, komplikasyonlara zamanında müdahale ile önlenbilir. Türkiye’de 2018 TNSA sonuçlarına göre isteyerek düşük 100

gebelikte 5,9'dur. 2008 yılında 100 gebelikte 10 olan isteyerek düşükler; 2013'de 4,7'ye düşmesi ve daha sonra 2018 TNSA sonuçlarına göre 5,9'a çıkması dikkat çekicidir. 2008 yılından beri isteyerek düşüklerde beklenmeyen bir düşüş, bunun aksine kendiliğinden düşüklerde beklenmeyen bir yükseliş gözlenmiştir. Bu trendi doğru yorumlayabilmek için olayın politik bağlamı konusunda son yıllardaki farklılıkların da dikkate alınması gerekmektedir (105).

Kadına yönelik şiddet toplumsal cinsiyet ayrımcılığından kaynaklanan önemli bir halk sağlığı sorunudur ve kadınların insan haklarının ihlalidir. Kadınlara yönelik şiddet uygulanmasının temelinde, toplumsal cinsiyet eşitsizliği yer almaktadır. Kız çocuğunun doğumundan önce başlayan ve yaşamı süresince devam eden şiddet, çok çeşitli şekillerde ortaya çıkmakta ve birçok sağlık sorununa neden olmaktadır. DSÖ tarafından yayınlanan tahminler, küresel olarak dünya çapındaki kadınların yaklaşık 3'te 1'inin (%30) yaşamları boyunca partner kaynaklı veya partner dışı şiddete maruz kaldığını göstermektedir. Bu şiddetin çoğu yakın partner şiddetidir. Dünya çapında, ilişkisi olan 15-49 yaş arası kadınların yaklaşık üçte biri (%27), birlikte oldukları partnerleri tarafından bir tür fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kaldıklarını bildirmektedir. Şiddet, kadınların fiziksel, zihinsel, cinsel ve üreme sağlığını olumsuz etkilemekte ve bazı ortamlarda HIV bulaşma riskini artırmaktadır. Hem yakın partner kaynaklı hem de partner dışı şiddet için risk faktörleri şunlardır (111):

- *Düşük eğitim seviyeleri*
- *Çocukluk döneminde kötü muameleye maruz kalma öyküsü*
- *Aile içi şiddete tanık olma*
- *Antisosyal kişilik bozukluğu*
- *Alkolün zararlı kullanımı*
- *Birden fazla partnere sahip olmak veya şiddete göz yuman tutumlar da dahil olmak üzere zararlı erkeksi davranışlar*
- *Erkeklerle daha yüksek statü ve kadınlara daha düşük statü atfeden veya ayrımcılığa neden olan topluluk normları*

- o *Kadınların ücretli istihdama erişimlerinin düşük olması ve düşük düzeyde cinsiyet eşitliği*

Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması'na (2015) göre Türkiye genelinde yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten kadınların oranı %36'dır. Bir başka ifadeyle, her on evli kadından neredeyse dördü eşi veya birlikte olduğu erkeklerin fiziksel şiddetine maruz kalmıştır. Kırsal veya kentsel yerleşim yeri farklılığı, yaşam boyu veya son dönemde maruz kalınan şiddet düzeyinde önemli bir farklılaşmaya neden olmaz iken, bölgeler arasında fiziksel şiddet düzeyinin yaşam boyu şiddet için %27 ila %43 arasında; son 12 ayda yaşanan şiddet için ise % 5 ila %11 arasında değiştiği görülmektedir. Her iki zaman diliminde de şiddet düzeyinin en yüksek olduğu bölge Orta Anadolu'dur. Türkiye genelindeki kadınların % 36'sı fiziksel şiddete, % 12'si cinsel şiddete maruz kaldığını belirtirken, kadınların %38'inin iki şiddet biçiminden en az birine maruz kalması, çoğunlukla cinsel şiddetin fiziksel şiddet ile bir arada olduğunu göstermektedir. Araştırma kapsamındaki en genç yaş grubu olan, 15-24 yaşları arasındaki kadınlar arasında fiziksel şiddet, en yaşlı grup olan 45-59 yaşlarındaki kadınlara oranla yaklaşık üç kat daha fazladır. Genç yaşların aynı zamanda evliliğin ilk yıllarına karşılık geldiği dikkate alındığında, şiddete maruz kalma riski açısından en dezavantajlı grubun genç ve evli kadınlar olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu ilişkiyi destekleyen bir başka bulgu ise, erken yaşta evlenmiş kadınların (18 yaş öncesi) her iki şiddet türüne de daha fazla maruz kalmasıdır. On sekiz yaşından önce evlenen kadınların yaklaşık yarısı fiziksel şiddete, beşte biri ise cinsel şiddete maruz kalmıştır. Eğitim düzeyinin artması fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalma sıklığını azaltmaktadır. Öyle ki, hiç eğitimi olmayan/ilkokulu bitirmemiş kadınların % 43'ü fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalırken, lisans ve üzeri eğitimi olan grupta bu oran, % 21'e düşmektedir. Eğitime göre farklılık, özellikle lise ve üzeri eğitimle birlikte başlamaktadır. Eğitime göre farklılaşma önemli düzeydedir ancak, yüksek eğitimi olan kadınlar arasında her beş kadından birinin şiddet mağduru olması azımsanamayacak kadar yüksek bir şiddet düzeyini göstermektedir (112).

Şiddet davranışını daha iyi yorumlayabilmek için, kadınların toplumsal cinsiyet rolleri ve şiddete ilişkin tutumlarını öğrenmek önemlidir. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması'nda, kadınlara toplumsal cinsiyet rolleri, fiziksel şiddete gerekçe olarak gösterilen durumlar ve cinsel şiddet konularında çeşitli sorular yöneltilmiştir. Türkiye genelinde, evli kadınların %43'ü "kadın, herhangi bir konuda eşyle aynı fikirde değilse tartışmamalı ve susmalıdır" ifadesine, evli kadınların %42'si ise "kadının tavır ve davranışlarından ailenin erkekleri sorumludur" ifadesine katıldığını belirtirken, %27'si "çocukları terbiye etmek için bazen dövme gerekebilir" ifadesine katılmıştır. Buna karşın evli kadınların %68'i "kadın elindeki parayı kendi istediği gibi harcayabilmelidir" ve %71'i "yemek, bulaşık, çamaşır ve ütü gibi ev işlerini erkekler de yapmalıdır" ifadelerine katıldıklarını belirtmişlerdir. Dikkat çekici bir bulgu olarak; tutumlar açısından kadının yaşadığı yerleşim yerinin önemli bir farklılık yarattığı izlenmiştir. Ayrıca kadınların refah düzeyine göre toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarda görülen farklılaşma şiddet düzeyindeki farklılaşmadan daha belirgindir (112).

Eğitim ve çalışma hakkı da kadınların insan hakları temelinde sahip oldukları haklar arasındadır. Ancak ülke genelinde eğitime ve çalışma hayatına katılmanın aileler, akrabalar ve tanıdıklar tarafından engellendiği bilinmektedir. Araştırma kapsamında, kadınlara, eğitimlerine devam etmelerinin ve 15 yaşından sonra çalışma yaşamına katılmalarının engellenip engellenmediği sorulmuş ve engellenmesi durumunda bunun kimler tarafından gerçekleştirildiği soruları yöneltilmiştir. Ülke genelinde kadınların %32'si ailesi, akrabası ya da tanıdık biri tarafından okula devam etmesinin engellendiğini belirtmiştir. Kırsal yerleşim yerinde yaşayan kadınlarda bu oran %39'a yükselmektedir. Kadınların eğitim haklarının en fazla ellerinden alındığı bölge ise kadınların %42'sinin okula devam etmediği Kuzeydoğu Anadolu bölgesidir. Bölgeler arasında okula devamı engellenen kadın oranının en düşük olduğu Batı Marmara bölgesinde bile, her dört kadından birinin eğitim hakkının elinden alındığı görülmektedir. Eğitime engel olma durumuna en fazla maruz kalan kadınlar; eğitimi olmayan/ilkokul mezunu olanlar ile en düşük refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan kadınlar ve daha

yaşlı kadınlardır. Ülke genelinde kadınların eğitimini engelleyenlerin başında %71 ile babalar ilk sırada gelmektedir. Babaları %29 ile anneler ve %9 ile erkek akrabalar izlemektedir (112).

Türkiye'deki kadın cinayetlerinin de endişe verici bir noktaya ulaştığı görülmektedir. Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu'nun topladığı verilere göre 2019 yılında 417; 2020'de 245 kadın erkekler tarafından öldürülmüştür. 2015'ten beri 2000'e yakın kadın eşleri, akrabaları veya diğer erkekler tarafından öldürülmüştür. Kadın cinayetleri ve kadına yönelik şiddet, ne yazık ki devletin yeterli müdahalesi olmadan devam etmekte ve kadınlar için bir insani kriz ortamı yaratmaktadır (105,113).

Çocuk yaşta (18 yaşından küçük) evlilikler de Türkiye'nin önemli bir sorunu olmaya devam etmektedir. TNSA 2018 sonuçlarına göre, 15-19 yaş grubundaki kadınların %5'i evlidir. 25-49 yaş grubundaki kadınların %39'u 20 yaşından; %21'i 18 yaşından, %4'ü 15 yaşından önce evlenmektedir (110).

Kadın Ruh Sağlığı ve Depresyon

Bütün dünyada yaşanan sosyal, kültürel, teknolojik ve demografik değişikliklerle sağlık olgusu yeni bir anlam ve görünüm kazanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, "sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir" biçiminde tanımlamaktadır. Bu tanım, çağdaş sağlık anlayışının ruh sağlığına verdiği önemi gösterir (114).

Günümüzde ruhsal ve fiziksel hastalıkların çoğunun biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin birlikteliği olduğu bilinmektedir. Ruhsal sorun ve davranış bozuklukları, tüm ülkelerde tüm yaş gruplarını etkileyen ve kişilerde olduğu gibi ailelerde ve toplumlarda da önemli sorunlara yol açan hastalıklardır (115). Tüm dünyada yaklaşık 450 milyon kişi ruhsal ve davranışsal bozukluklarla karşı karşıyadır (116). Her dört kişiden biri hayatı boyunca bu tür hastalıklardan birisine yakalanmaktadır (117).

ABD'de yapılan ruhsal hastalık epidemiyolojisi çalışması, nüfusun neredeyse yarısının hayatları boyunca en az bir ruhsal hastalık geçirdiğini ortaya

koymaktadır (118). Gelişmiş ülkelerde 15-44 yaş grubundaki kadınlarda da toplam hastalık yükü içerisinde, depresyon ve diğer nöropsikiyatrik durumların yükü %12 olarak saptanmıştır (119). Türkiye’de de saha araştırmaları ruh sağlığı bozukluklarının yaygınlığını %20 dolayında olduğuna işaret etmektedir (120). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasına göre 18 yaş üstü nüfusta ruhsal bozuklukların görülme sıklığı %17,2’dir. Bunu en çok %10-12 oranında anksiyete bozuklukları ve depresyon oluşturmaktadır. Kadınlarda ruhsal rahatsızlık görülme oranını erkeklerden iki kat daha fazladır (121).

Toplumda yapılmış yaygın ruh sağlığı, davranış ve sosyal problemlere ilişkin araştırmalarda; yaygın olan anksiyete, depresyon, ev içi şiddet etkileri, cinsel şiddet etkileri ve artmış madde kullanım hızı gibi spesifik ruh sağlığı bozukluklarının erkeklerden daha çok kadınları olumsuz etkiledikleri bulunmuştur (122). Bunun nedeninin ise kadınların incinebilirlikleri, toplum içindeki rolleri, işleri ve evlilikleri ile yakın ilişkili olduğu gösterilmiştir (123).

Ruhsal bozukluklar toplumda yaygın olarak görülmeleri, kronikleşme eğilimi göstermeleri, en az diyabet, hipertansiyon ve artrit gibi bedensel hastalıklar kadar yeti kaybı ile sonuçlanabilmeleri ve iş gücü-iş günü kayıplarına neden olmaları nedeniyle öncelikle ele alınması zorunlu hastalıklardandır. Bu hastalıklar içinde, depresyonun toplumda en yaygın görülen ruh sağlığı sorunu olması nedeniyle önemli bir yeri vardır (124).

Depresyon kişinin işlevselliğini, yaratıcılığını, mutluluğunu ve doyumunu engelleyerek yaşam kalitesini düşürmekte ve işgücü kayıplarına yol açmaktadır. En şiddetli halinde intihara yol açabilmektedir. Aynı zamanda, diyabet ve kardiyovasküler hastalık gibi çeşitli hastalıklar için risk artışı oluşturmaktadır (125,126). Güncel tahminler, tüm dünyada sık görülen önemli bir ruh sağlığı sorunu olan depresyonun 2030 yılına kadar küresel hastalık yükünün önde gelen nedeni olacağına işaret etmektedir (127).

Dünyada 350 milyondan fazla kişinin depresyonla mücadele ettiği düşünülmektedir. Ancak depresyona bağlı etiketlenme nedeniyle daha az depresyon tanısı konulmaktadır. Aynı nedenle; hastanın profesyonel yardım

almaktan ve tedavi görmekten kaçınması söz konusudur (128). Depresif bozukluklar genellikle genç yaşlarda başlamakta ve insanların fonksiyonlarını azaltıp tekrarlamaktadırlar. Depresyon %3,8'lik DALY ile dünya çapındaki üçüncü sıradaki yeti yitimi sebebidir (129).

Depresyon; yaygınlık, kronikleşme ve tekrarlama oranının yüksek olması, iş gücü kaybını ve ayrıca intihar riskini artırması nedeniyle önemli bireysel ve toplumsal bir sağlık sorunudur. Depresyonun tanımlanması, önlenmesi, tedavisi ve tekrarlamasındaki risk etmenlerinin belirlenmesi özel bir önem arz etmektedir (130). Depresyona karşı, etkin önleme ve tedavi biçimleri olmasına rağmen, yalnızca ülkemizde değil bütün dünyada, önleme ve tedavi olanaklarının olmadığı şeklinde genel bir kanı vardır. Bu sebeple birçok insan hayatını mutsuz duygu, düşünce ve deneyimlerle doldurmaktadır. Bu durum kişinin yaşamı algılamasında, sahip olduğu duygular, değerler ve çevreye bakış açısında değişikliklere neden olmaktadır (131).

Depresyon Tanımı

Latince kökü “depressus” olan depresyon kelimesi aşağı doğru bastırmak, bitkin, gamlı, donuklaştırmak, durgunlaştırmak anlamına gelmektedir. Depresyonun Türkçe karşılığı ruhsal çöküntü veya çökkünlüktür (132).

Depresyon; çökkün duygulanım, ilgisizlik, isteksizlik ve zevk alamama, enerji azlığı, suçluluk duyguları, özgüven azalması, uyku düzeninde bozulma, iştah değişiklikleri ve konsantrasyon bozukluğu ile seyreden bir duygudurum bozukluğudur (133). İnsanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içerisinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek ile ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır. Ayrıca depresyonda dünyaya karşı ilginin azalması veya tam kaybı, diğer insanlara yatırım yapma veya bağlanma kapasitesinin kaybolması; kendini ayıplama, kınama, kendine serzenişte bulunma, sitem etme ve kendini

aşağılama, hor görme gibi duygularla bir arada olan ciddi benlik saygısı ve kendilik değeri düşmesi saptanır (134).

Depresyon bir duygudurum bozukluğudur. Duygudurum içsel olarak yaşantılanan, kişinin davranışları ve dünyayı algılamasını değiştiren hâkim ve sürekli duygu tonudur. Duygulanım ise duygudurumunun dışı ifade edilmesidir. Duygudurum normal, yükselmiş ya da çökkün olabilir. Depresyonda duygudurumunun çökkün hali görülür (135). Duygulanım bozukluklarının kategorize edilmesi, klinik olarak ikiye ayrılır; depresyon sendromları (bipolar ve unipolar depresif bozukluklar) ve depresif belirtiler. Depresif sendrom; disforik(huzursuzluk, tedirginlik) duygudurum veya ilgizevk kaybı, uyku, apati bozuklukları, enerji kaybı, psikomotor retardasyon veya ajitasyon, yoğun suçluluk duygusu, kendine güvensizlik, konsantrasyon azlığı gibi semptomlarla görülen majör klinik tablodur. Depresif belirtiler; sıklıkla depresyonun özelliklerine eşlik eden disfori varlığını gösterir fakat klinik olarak depresyon sendromunun kriterlerini karşılamaz. Klinik olarak depresyon sendromu klinik görüşmeciler tarafından yapılırken, semptomlar sıklıkla kendini değerlendirme anketleri ile yapılır (136).

Depresyon, ortaya çıkış nedenleri, gidişi ve tedavisi bakımından oldukça karmaşık bir ruhsal bozukluktur. Depresyon sadece ruhsal bir çöküntü durumu değildir, depresyon olarak tanımlanan belirtiler ve bulgular kümesinin bütünüdür(137). Depresyonun çeşitli tipleri ve nedenleri vardır. Bunlar temelde biyolojik, psikolojik ya da her ikisinin birlikte olduğu nedenler olabilir. İnsanın biyopsikososyal bir varlık olması da bu durumu desteklemektedir (138).

Depresyon Epidemiyolojisi

Bulaşıcı olmayan hastalıklar, bir başka deyişle kronik hastalıklar, tüm dünyada en önemli hastalık yükünü oluşturmaktadır. Dünyada her yıl 36 milyon kişi bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Bu ölümlerin 29 milyonu düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin 9 milyondan fazlası 60 yaş altında gerçekleşmektedir. Söz konusu erken ölümlerin %90'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde olmaktadır (3). 2030

yılında bulaşıcı olmayan hastalık nedenli ölümlerin orta gelirli ülkelerde yüksek gelirli ülkelere göre yaklaşık 8 kat fazla olacağı öngörülmektedir (140).

Ruhsal hastalıklar bulaşıcı olmayan hastalıkların önemli bir grubunu oluşturmaktadır. Dünyada 450 milyondan fazla kişinin ruhsal hastalığı olduğu tahmin edilmektedir. Ruhsal ve nörolojik hastalıkların 2004 yılında küresel hastalık yükünün %13,0'ünü oluşturduğu saptanmıştır (5,141). Depresyon tek başına %4,3'lük küresel hastalık yükü oluşturmaktadır. Özellikle kadınlar için depresyon, %11'lik yeti yitimi ile geçirilen yıl kaybı ile tek başına en çok yeti yitimi yapan hastalıklardan biridir (4). Küresel Hastalık Yükü çalışmasına göre 1990 ve 2010 yıllarında major depresyon en çok yeti yitimi yapan hastalıklar arasında ikinci sırada yer almıştır. Yeti yitimine göre uyarlanmış yaşam yılı kaybına göre ise unipolar depresyon %3,8'lik DALY (Disability Adjusted Life Year) ile üçüncü sırada yer almaktadır (4,142). Nöropsikiyatrik hastalıklar Avrupa'da, kardiyovasküler hastalıklar (%26,6) ve kanserlerden (%15,4) sonra %15,2'lik DALY kaybı ile en çok yaşam yılı kaybı yapan hastalıklar arasında üçüncü sıradadır. 2030 yılında unipolar depresyonun HIV ve iskemik kalp hastalığı ile birlikte küresel hastalık yükünde ilk üç sırada olacağı tahmin edilmektedir (140).

Ülkemizde mental hastalıklara yönelik 1960'lara gelinceye dek yalnızca kurum içi kayıtlara dayalı çalışmalar yapıldığı, alan araştırmalarının ise 1960'lardan sonra başladığı görülmektedir. 1975'lerden sonra ise mental hastalık epidemiyolojisi üzerine yöntemi güvenilir, standart tanı ölçek ve ölçütlerinin kullanıldığı araştırmalar yapılmıştır (143). 1990'lı yıllara kadar olan bu dönemde, kurumlara belli bir zaman diliminde başvuranlara tanı araçları uygulanarak mental hastalık sıklıkları belirlenmiştir. Bu çalışmaların yanı sıra İstanbul, Ankara, İzmir ve Sivas illerinde alan çalışmaları da gerçekleştirilmiştir (144). Türkiye'de il, bölge veya ülke düzeyinde geniş ölçekli çalışmalar ise 1990 sonrası dönemde gerçekleştirilmiştir (143,145).

1998 yılında Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi işbirliği ile yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda 18-85 yaş arası 7479 kişiye ulaşılmış

ve ruh sağlığı ile ilgili olarak Birleşik Uluslararası Tanı Görüşmesi (CIDI) ve Genel Sağlık Anketi (GHQ) uygulanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre herhangi bir ruhsal bozukluğa sahip olma sıklığı %17,2 olarak bildirilmiş, depresif nöbet sıklığı %4 olarak saptanmıştır. Çalışmada alkol bağımlılığı dışında tüm bozuklukların yaygınlığı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bildirilmiştir. Çalışmanın diğer sonuçlarına göre, ruhsal bozukluk oranı eğitimli kişilerde daha düşük, kentsel alanlarda ve Türkiye'nin Batı bölgesinde yaşayanlarda daha yüksek bulunmuştur (146–148).

2000'li yıllardan başlayarak Türkiye'de yerel düzeyde mental hastalık sıklıklarını belirlemeye yönelik epidemiyolojik çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmaların çoğu, kesitsel tiptedir. Örneğin, Manisa'da Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15-49 yaş kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılarak kadınlarda depresyon sıklığı ve aile içi şiddet ile ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre kadınlarda depresif belirti sıklığı (BDE≥17 eşik değer alınarak) %14,7 olarak saptanmıştır (149). İzmir'de sosyoekonomik düzeyi düşük olan bir sağlık ocağı bölgesinde yapılan bir çalışmada ise 15-49 yaş arası kadınlarda depresyon sıklığı BDE ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ile değerlendirilmiş, BDE>14 olan kişiler ile psikiyatrik görüşme yapılmış; sıklık %25,8 olarak bildirilmiştir. Bu sıklık, önceden geçirilmiş depresyon ve son bir yıl içinde evlilik sorunu yaşama etmenleri ile ilişkili bulunmuştur (150).

Türkiye'nin güney doğusunda, Urfa'da yapılan başka bir kesitsel bir çalışmada, 270 kadından oluşan bir örnekte, yapılandırılmış görüşme yöntemi, SCID-I kullanılmış ve depresyon sıklığı %7,3, anksiyete sıklığı %3,2, panik bozukluk sıklığı %1,2 olarak bildirilmiştir. Çalışma örneğindeki kadınların %25,9'unun yaşamlarında en az bir mental hastalık geçirdiği, %4,7'inin ise hali hazırda mental hastalık nedeniyle tedavi gördüğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda herhangi bir mental hastalığın var olması sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (151). Edirne şehir merkezindeki 15-49 yaş kadınlarda ruhsal belirti düzeylerinin ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi

amacıyla yapılan başka bir çalışmada, katılımcıların %9,9'unda depresyon, olduğu bildirilmiştir (152). Eskişehir Beylikova ilçe merkezinde 20 yaş ve üzeri 500 kadın üzerinde yapılmış toplum tabanlı kesitsel bir çalışmada ise BDE ile depresyon sıklığı %25,4 olarak bulunmuştur (153). Eskişehir'de 40 yaş ve üzeri 537 kişi üzerinde yapılan toplum tabanlı başka bir kesitsel bir çalışmada ise BDE ile belirlenen depresyon sıklığı %15,1'dir. Aynı çalışmada depresif belirtileri gösterme sıklığı kadınlarda, işi ve sosyal güvencesi olmayanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (154).

2004 yılında yapılan Türkiye Hastalık Yükü Çalışması'nda ise kardiyovasküler hastalıklardan sonra %19,0 ile ikinci sırada psikiyatrik hastalık grubunun yer aldığı görülmektedir. Cinsiyete göre yeti yitimi ile yaşanan yıllara (YLD) sebep olan ilk 20 neden arasında erkeklerde beş psikiyatrik hastalığın, kadınlarda dört psikiyatrik hastalığın (birinci sırada unipolar depresyon, diğerleri şizofreni, bipolar affektif bozukluk, panik bozukluk olmak üzere) yer aldığı saptanmıştır (155). 2012 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre 15 yaş ve üzeri nüfusta ruh sağlığı bozukluğu sıklığı %11,7 olarak bildirilmiştir. Depresif bozukluk sıklığı %9,3, somatizasyon bozukluğu sıklığı %5,0, panik bozukluk sıklığı %1,6 olarak bildirilmiştir (156). Kadınlarda bildirilen depresyon kentsel bölgede yaşayanlarda daha sık olmakla birlikte, erkeklerde kıy-kent farkı bulunmamaktadır. Söz konusu çalışmada toplam mental hastalık sıklığı yerleşim yerine göre değerlendirildiğinde kentte yaşayanlardaki sıklığın (%12,0), kıyda yaşayanlara benzer olduğu (%11,0) bildirildiği görülmektedir. NUTS1 bölgelerine göre değerlendirildiğinde ise mental hastalık sıklığı, Batı Marmara'da en düşük (%8,0), Ortadoğu Anadolu'da (%17,0) en yüksektir. Mental hastalığın Ortadoğu Anadolu Bölgesi'nden sonra ikinci en yüksek sıklıkta görüldüğü bölge ise %14,0 ile Güneydoğu Anadolu bölgesi olarak bildirilmiştir (156).

Tüm bu adı geçen çalışmalar dışında, özel gruplarda yapılmış yerel psikiyatrik çalışmalar da vardır. Bunlara örnek olarak üniversite öğrencilerinde, ergen ve çocuklarda, askere alınan genç erkeklerde, hemşirelerde, acil servis

hekimlerinde, kapalı cezaevi yükümlülerinde yapılmış depresyon sıklığı çalışmaları sayılabilir (147,157–159). Ayrıca yaşlılarda geriatrik depresyon ölçeği kullanılarak yapılmış depresyon sıklığı belirlemeye yönelik yerel çalışmalar da vardır (147,160,161). Binbay ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptıkları derlemede, Türkiye’de yapılan psikiyatrik epidemiyolojik çalışmalar değerlendirilmiştir. Bu derlemenin bulgularına göre, Türkiye’de yapılan psikiyatrik epidemiyolojik çalışmaların sistematik olmak yerine belirli alanlarda ve kurumlarda yoğunlaştığı, depresyon gibi temel araştırma alanlarında nitelikli epidemiyolojik araştırmaların azaldığı ve neden-sonuç ilişkisine veri sağlayabilecek yeni kuşak epidemiyolojik araştırmaların nadir bulunduğu belirtilmiştir. Aynı derlemede, sağlık politikalarına ve genel toplum ruh sağlığına katkısı olan ve veri sağlayan araştırma yapılmasına duyulan ihtiyaç vurgulanmaktadır (147).

Toplumsal Cinsiyet ve Depresyon İlişkisi

Pek çok toplumda kadın ve erkek farklı bireyler olarak görülmektedir ve her birinin kendine özgü rolleri, olanakları ve sorumlulukları vardır (162). Medeni durum, iş ve toplumda sahip olunan cinsiyet rolleri ruh sağlığı üzerinde etkilidir (11).

Davranışçı ve feminist teorilere göre, kadınları ruhsal durumu erkeklere göre çevresel olaylardan daha fazla etkilenebilmektedir. Kadınların sosyal konumlarındaki güçsüzlük bu duruma yol açabilir ve kendi yaşamlarında kontrolü kaybetmeleri ile sonuçlanabilir. Özel hayattaki sorunlar, çalışma yaşamındaki yükler ve eşitsizlikler kadınları depresyondan daha fazla etkilenmelerinde rol oynamaktadır. Kadın erkekten daha az para kazanmasına rağmen, sorumlulukları erkekten daha fazladır. Ev işleri, çocuk bakımı ve aile büyüklerinin bakımı genellikle kadının görevi olarak algılanmakta, bu durum kadında gittikçe artan bir stres oluşturmaktadır ve kadında tükenmişlik sendromu ve depresif belirtilere yol açmaktadır. Yaşam olayları üzerindeki kronik kontrol eksikliği kadında, kendisinden ve çevresinden olan beklentide artış yol açmaktadır. Bu durum daha

sonra düşük motivasyon, pasiflik, kendine güven kaybı, çevreyi kontrol edememe, beklenti düzeyinin artması, öğrenilmiş çaresizlik, kendi kendine yardım edememe gibi depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (16).

Kadının toplumsal cinsiyet rolleri birçok toplumda üreme ve üretme olarak görülmektedir. Genelde kadınlara üreme rolünden dolayı daha çok saygı gösterilmekte, böylece kadının statüsü yükseltilmektedir. Özellikle erkek çocuğu sahibi olmak kadının toplumsal statüsünü artıran diğer bir faktördür. Doğurganlığın yüksek olması kadına önemli bir prestij ve otorite sağlarken diğer taraftan da kadının sosyal, mesleki alanlarda ilerlemesini engellemektedir (163). Türk toplumunda ise, kadına küçük yaşlardan itibaren erkeklerden daha değersiz olduğu öğretilmekte ve düşük düzeyde bir benlik saygısı ile yetişmektedir. Kadının sosyalleşme süreci erkeklere göre çok daha büyük bir baskı ve kontrol altında geçmektedir. Tüm bunların sonucunda ise daha tutucu ve daha az başarı güdüsüne sahip bir benlik yapısı oluşturarak geleneksel rol beklentilerine uymaktadır (164).

Toplumsal cinsiyete dayalı kalıp yargılar nedeniyle kadının evde üstlendiği ve sağlığını etkileyen roller iki şekilde karşımıza çıkmaktadır; evde kadının ev içi görevleri ile fiziksel ve psikolojik sağlığı arasında ilişki ve evde bakım verilen aile ferdinin (bebek, yaşlı veya hasta) sağlık ve bakımı ikincisini oluşturmaktadır. Kadının ev içi yaşamının doğası fiziksel sağlığının yanında ruhsal sağlığı için de tehlikeli olabilmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki çalışmalarda çocuklarına bakmak için evde yalnız oturan kadınlarda depresyonun yaygın olduğu bulunmuştur. Literatürde pek çok tam zamanlı ev hanımı ve bakıcının, boşluk, mutsuzluk, değersizlik, duygularını hissettikleri belirtilmiştir (15).

Kadınlarda depresyon üzerine yapılan araştırmalarda odaklanan diğer konular ergenlik dönemi ve üreme ile ilgili olaylardır. Sorumluluklar ve beklentiler dramatik olarak değişmeye başladığı zaman, kadınlarda depresyon insidansı ergenlik döneminden itibaren erkeklere göre daha yüksek düzeyde görülmeye başlamaktadır. Yaşanan bu değişiklikler, genellikle erkekler ve kadınlar için farklıdır ve kadınlarda depresyon ile daha sıkı ilişkilidir Kadınların üreme ile ilgili

olayları, menstruel siklus, hamilelik, hamilelik sonrası dönem, çocuk sahibi olamama ve menopoz dönemidir ve bu dönemlerin tamamı kadınların duygu durumlarında dalgalanmalara yol açabilmektedir. Örneğin çocuk sahibi olamayan kadınlar, genç yaşta anne olan kadınlar depresyon için yüksek derecede risk grubunu oluşturmaktadır. Yine psikiyatrik hastalık ve depresyon oranlarının kadınlarda doğumu sonrası dönemde önemli ölçüde arttığına ilişkin önemli kanıtlar vardır.

Çalışma hayatında da yer alan kadınlar ise toplumsal cinsiyete dayalı ciddi bir ayrımcılıkla; aşırı çalışma saatleri ve eşit olmayan ücret gibi sorunlarla da mücadele etmektedirler. Ayrıca kadının çalışma hayatı ile evdeki görevi birbiri ile çatışmakta ve kadında stres ve depresyon başta olmak üzere birçok sağlık sorununa yol açmaktadır. Evine daha fazla zaman ayırmak zorunda olan kadının mesleki olarak bazı sıkıntılarla karşılaşması da muhtemeldir (165). Çalışma, beraberinde ekonomik özgürlüğü getirmekle birlikte, çalışan kadınlar hem evdeki rollerinin getirdiği sorumlulukları gerçekleştirmek hem de çalışmak zorunda olduklarından bu tempo altında tükenmekte ve ezilmektedirler. Sonuç olarak bu çatışmada kadının fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle eşi ölmüş veya eşinden ayrılmış olan yalnız anneler için bu şartlar daha ağır olabilmektedir (15). Ancak bazı çalışmalarda çalışmayan kadınlarda depresif belirtilerin ve psikolojik stresin daha fazla olduğu gösterilmiştir. Orta yaşlı kadınların ücretli bir işte çalışmaları, duygu durumları üzerinde olumlu etki yapmaktadır. Yine düşük sosyoekonomik durumdaki kadınların bir işte çalışmasının koruyucu psikolojik etkiye sahip olduğu bulunmuştur (164).

Kırsal kesimlerde yaşayan kadınlar, geleneksel ev kadınlığını benimserken, kentlerde çalışma hayatı ön plandadır. Kadınlar için meslek ve iş sahibi olmak kırsal kesimde stres unsuru değilken kentlerde ekonomik ve sosyal açıdan stres yaratan bir faktördür. En iyi ruhsal sağlık evli ve işi olan erkeklerde izlenirken, en kötü ruhsal sağlık evli ev kadınlarında görülmektedir. Bekar, dul veya boşanmış kadınların ruh sağlığı evlilere göre daha iyidir (123). Evlilik ve anneliğin kadınlarda depresyon riskini artırdığı gösteren bazı çalışmalar

mevcuttur (166). Yapılan bir araştırmada depresyonun şiddeti ve evli olmak arasında pozitif bir ilişki bulunmuşlardır (167). Brown ve Harris'in yaptığı çalışmada kadınlardaki depresyon şiddeti ile evde çocukların varlığı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu gösterilmiştir (168). Başka bir araştırmada kadınlarda depresyonun şiddeti, evlilik durumu, evdeki çocuklar ve eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (169).

Kadının alışma yaşamı ile aile yaşamındaki rollerinin gerektirdiği sorumlulukları gerçekleştirmeye çalışırken çaba, zaman, ilgi ve enerjisinin bölünmesi, rol çatışmasına ve bunun sonucu olarak kendini ifade edememesine neden olmaktadır. Bir diğer yandan erkekler, hem kadının çalışmasında hem söz sahibi olmak, hem de evde üstünlüklerini sürdürmek istemektedirler (15). Kadın; iş hayatı, sosyal yaşamı ve ailesi arasında denge kurmaya çalışırken strese maruz kalmaktadır, bunun sonucunda psikolojik ve psikosomatik hastalıklar oluşmaktadır. Aşırı rol yüklenilmesi, daha fazla belirtiler çıkmasına ve daha düşük kişisel kontrol hissine neden olabilir. Otonominin ya da kişinin hayatı üzerindeki kontrolünün yokluğu hissi, depresyonla ilişkilidir (11). Yine geleneksel toplumsal cinsiyet normlarında kadının kendi bedeni ve geleceği üzerinde karar verebilme özgürlüğü kısıtlıdır. Tüm bunlara bakıldığında, kadın ruh sağlığı kadının toplumsal statüsünden ve toplumsal cinsiyet rollerinden etkilenmektedir (170).

Kadın Sağlık alışanlarında Depresyon ve Toplumsal Cinsiyet İlişkisi

Toplumsal cinsiyet rollerinin çalışma yaşamına etkisine bakıldığında, kadınların "bakım verme rolleri" ofis işleri, hizmet endüstrisi ve sağlık sektörü gibi kadın hkimiyetinin daha yüksek olduğu iş alanlarında kendini göstermektedir (171). Çalışma yaşamı içerisinde sağlık alanı, tarihsel olarak kadınların çoğunlukta olduğu bir sektör olmasının yanı sıra, günümüzde de kadınların yoğun olarak istihdam edildikleri bir alandır (172). Sağlık alışanlarının cinsiyetlerine göre dağılımı göz önüne alındığında büyük çoğunluğunun kadın olduğu görülmektedir. Bu nedenle, iş yaşamından gelen zorlukların yanı sıra ev yaşamında kadın ve anne rolünün getirdiği sorunlar ile toplumsal cinsiyet

rollerinden kaynaklanan baskıların neden olduğu stresin kadın sağlık çalışanlarının depresyon yaşamada göz ardı edilemeyecek önemli etmenler olduğu düşünülmektedir (173).

Sağlık bakım alanı, hem yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesi hem de çalışan personelin stres yaşantıları ile çok sık karşılaşması nedeniyle, diğer iş ortamlarından daha fazla iş stresinin yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir. Bireyin sağlığının tehdit altında olduğu, belirsizlik ve bilinmezlik nedeniyle yoğun stresin yaşandığı bu durumlar hasta birey kadar sağlık çalışanlarını da etkilemektedir. Kadın sağlık çalışanlarının ruhsal sorun yaşama nedenlerinin başında, kadın olmanın biyolojik etkileri, iş yaşamında yaşanan stresler, anne rolünün getirdiği sorunlar ve toplumsal baskılar gelmektedir. Yapılan bir araştırmada kadın sağlık çalışanın daha fazla strese maruz kaldığı, evlilik ve çocuk bakımı gibi nedenlerden dolayı çökkünlük, depresyon gibi bozuklukların ortaya çıktığı belirlenmiştir (20,174). Bununla beraber; rol tanımlarının tam olarak belirlenmemesi, cinsiyete dayalı ayrımcılık, çalışma koşullarının uygunsuzluğu, terfi ve motivasyon etkenlerinin yetersizliği gibi faktörler de büyük rol oynamaktadır (175).

Dünyada major depresif bozukluğun yaşam boyu yaygınlık oranları %1,5 ile %19,6 arasında bildirilmiştir. Ülkemizde ise bu oranlar %10 ile %20 arasında değişmektedir (17,18). Sağlık çalışanlarında ise, depresyon yaygınlığı çeşitli çalışmalarda %10,0 ila %30,0 arasında değişmektedir ve sağlık çalışanlarında depresyonun, diğer meslek gruplarına göre daha sık görüldüğü bilinmektedir (19,176). Sağlık çalışanlarında depresyon sıklığına bakıldığında; Cihan'ın sağlık personeli üzerinde yaptığı çalışmada bu oran %9, Taycan ve ark.'nın hemşirelerle yaptığı çalışmada %11, Demir ve ark.'nın araştırma görevlisi hekimlerde yaptığı çalışmada %16, Japonya'da yapılan bir çalışmada %18 olarak tespit edilmiştir (160,176–179) Nijerya'da sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada ise, depresyon prevalansı %14,9 olarak saptanmış ve kadın çalışanlarının (%18,0) erkek meslektaşlarıyla (%8,7) karşılaştırıldığında neredeyse 2 kat daha fazla depresyonda olduğu gözlenmiştir (19). İçerisinde

sağlık çalışanlarının da olduğu bir kamu çalışanı örneğinde depresyon yaygınlığı ve iş özellikleri ile ilişkisi incelenmiş ve yine kadınlarda erkeklerden daha yüksek depresyon oranları saptanmıştır (%26'ya karşı %13) (180). Depresyon ve depresif belirtilerin kadın sağlık çalışanlarında daha yaygın olduğunu gösteren diğer birçok çalışma mevcuttur (181,182).

Kadın sağlık çalışanlarının ruh sağlığının korunması ve güçlendirilmesi için ruh sağlığı ile ilişkili etmenlerin belirlenmesi gerekmektedir. Depresyon kadın sağlık çalışanlarında oldukça sık rastlanan bir ruhsal hastalık olup, toplumsal cinsiyet algısının özellikle kadın sağlık çalışanlarında depresyon gelişiminde etkili olabileceği öngörüsüyle bu araştırma planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, Kasım 2021 ile Mayıs 2022 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çalışan kadın sağlık çalışanlarında yürütülen tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırmanın Yürütüldüğü Yer

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde yürütülmüştür.

Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Uludağ Üniversitesi bünyesinde Haziran 1990'da Görükle Kampüsünde kurulmuştur. Fili 900 yatak kapasiteli bir araştırma hastanesi olan merkez, poliklinik olanakları ile günde ortalama 3000 - 3500 hastaya poliklinik hizmeti vermektedir (183).

Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çalışmakta olan tüm kadın sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Çalışmaya Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çalışmakta olan, mesleklerine ve çalıştıkları birimlere göre ayırım yapılmaksızın tüm kadın sağlık çalışanları dahil edilmiştir.

Veri toplamaya başlanılan Kasım 2021 tarihinde Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü'nden alınan bilgiye göre, araştırmanın yürütüleceği kurumda toplamda 2116 kadın sağlık personeli çalışmaktadır. Örneklem seçilmemiş olup, Kasım 2021 ile Mayıs 2022 tarihleri arasında, Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma

Merkezi'nde çalışmakta olan 2116 kadın sağlık çalışanı araştırma evreni olarak kabul edilmiş ve tüm kadın sağlık çalışanlarına ulaşmak hedeflenmiştir.

Çalışmada 1502 kişi ile gerçekleştirilmiş ve evrenin %70,9'una ulaşılmıştır. Ancak çalışmanın evrenini oluşturan 2116 kadın sağlık çalışanından; 53 kişiye çalıştığı yere üç kez gidilmesine rağmen ulaşılamamıştır. 172 kişiye doğum izni/yıllık izin almış olmaları nedeniyle, 35 kişiye de sağlık sorunu kaynaklı istirahat raporu almış olmaları nedeniyle ulaşılamamıştır. Bunlarla birlikte 345 kadın sağlık çalışanı da araştırmaya katılmayı reddetmiştir.

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının çalıştıkları birimler ve anabilim dalları beş grup şeklinde sınıflandırılmıştır: "Dahili Tıp Birimleri", "Cerrahi Tıp Birimleri", "Temel Tıp Birimleri", "Ameliyathane ve Yoğun Bakım", "Tıbbi Laboratuvarlar ve Diğer Tıbbi Birimler" ve "Yönetim ve Destek Birimleri".

"Dahili Tıp Birimleri" sınıfında şu bölümler yer almaktadır: Acil Tıp, Adli Tıp, Aile Hekimliği, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Deri ve Zührevi Hastalıklar, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Göğüs Hastalıkları, Halk Sağlığı, İç Hastalıkları, Kardiyoloji, Nöroloji, Nükleer Tıp, Radyasyon Onkolojisi, Radyoloji, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Spor Hekimliği, Tıbbi Farmakoloji, Tıbbi Genetik.

"Cerrahi Tıp Birimleri" sınıfında şu bölümler yer almaktadır: Anestezi ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Çocuk Cerrahisi, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Göz Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kalp ve Damar Cerrahisi, Kulak Burun Boğaz, Ortopedi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, Tıbbi Patoloji, Üroloji.

"Temel Tıp Birimleri" sınıfında yer alan bölümler şunlardır: Anatomi, Histoloji Ve Embriyoloji, Tıbbi Biyokimya, Tıbbi Biyoloji, Tıbbi Farmakoloji, Tıbbi Fizyoloji, Tıbbi Mikrobiyoloji.

“Ameliyathane ve Yoğun Bakım” sınıfında; ameliyathane ve tüm yoğun bakım üniteleri yer almaktadır.

“Tıbbi Laboratuvarlar ve Diğer Tıbbi Birimler” sınıfında yer alan birimler; Laboratuvarlar, Hemodiyaliz, Kan Merkezi, Organ Nakil Merkezi Aşı Birimi, Beslenme ve Diyetisyenlik Birimi ve İş Sağlığı Ve Güvenliği Birimi olarak belirlenmiştir.

“Yönetim ve Destek Birimleri” sınıfında ise; İdari Yönetim ve Destek Birimleri (Personel Birimi, Başhekimlik Sekreterliği, Başhekimlik Yazı İşleri, Bilgi İşlem Merkezi, Bütçe-Plan Birimi, Gerçekleştirme Birimi, Hasta Kabul Birimi, Çağrı Merkezi, Destek Hizmetleri Birimi, Engelli Sağlık Kurulu, Fatura İnceleme Komisyonu, Finansman Birimi, Halkla İlişkiler Birimi, Hastane Başhemşireliği, İnsan Kaynakları Birimi Personel Bürosu, İstatistik Birimi, Performans Tahakkuk Birimi, Satın Alma Birimi, Sosyal Hizmet Birimi, Taşınır Kayıt Kontrol Birimi, Teknik Hizmetler Birimi, Tıbbi Malzeme Yönetim Birimi, Vezneler) ve Eczane yer almaktadır.

Çalışılan birim sınıflamasına göre kadın sağlık çalışanlarının araştırma evreninde yer alma ve katılım oranları Tablo-1’de sunulmaktadır. Çalışma yeri ve anabilim dalına göre araştırmaya katılım oranları dahili tıp birimlerinde %78,1, cerrahi tıp birimlerinde %66,8, temel tıp birimlerinde %57,5, ameliyathane-yoğun bakım sınıfında %78,7, tıbbi laboratuvarlar ve diğer tıbbi birimlerinde %48,1, yönetim ve destek birimlerinde ise %52,5 olmuştur.

Tablo-1: Çalışılan birim sınıflamasına göre kadın sağlık çalışanlarının araştırma evreninde yer alma ve katılım oranları

Çalışılan Birim	Çalışan Kişi Sayısı	%**	Katılımcı Sayısı	%**	Katılım Oranı (%)*
Dahili Tıp Birimleri	1101	52,0	860	57,3	78,1
Cerrahi Tıp Birimleri	482	22,8	322	21,4	66,8
Temel Tıp Birimleri	66	3,1	38	2,5	57,5
Ameliyathane-Yoğun Bakım	174	8,2	137	9,1	78,7
Tıbbi Laboratuvarlar ve Diğer Tıbbi Birimler	133	6,3	64	4,3	48,1
Yönetim ve Destek Birimleri	160	7,6	81	5,4	52,5
Toplam	2116	100,0	1502	100,0	70,9

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Dahili tıp birimlerinde görev yapan kadın sağlık çalışanlarının araştırma evreninde yer alma ve katılım oranları Tablo-2’de, cerrahi ve temel tıp birimlerinde görev yapan kadın sağlık çalışanlarının araştırma evreninde yer alma ve katılım oranları Tablo-3’te, ameliyathane-yoğun bakım, tıbbi laboratuvarlar ve diğer tıbbi birimler ve yönetim ve destek birimlerinde görev yapan kadın sağlık çalışanlarının araştırma evreninde yer alma ve katılım oranları Tablo-4’te sunulmaktadır.

Tablo-2: Çalışılan birim/anabilim dalına göre dahili tıp birimlerinde görev yapan kadın sağlık çalışanlarının araştırma evreninde yer alma ve katılım oranları

	Çalışılan Birim/Anabilim Dalı	Çalışan Kişi Sayısı	%**	Katılımcı Sayısı	%**	Katılım Oranı (%)*
Dahili Tıp Birimleri	Acil Servis	81	7,4	73	8,5	90,1
	Adli Tıp	8	0,7	4	0,5	50,0
	Aile Hekimliği	22	2	16	1,9	72,7
	Çocuk Hastalıkları	229	20,8	165	19,2	72,1
	Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	22	2	18	2,1	81,8
	Dermatoloji	27	2,5	24	2,8	88,9
	Enfeksiyon Hastalıkları	20	1,8	15	1,7	75,0
	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	42	3,8	36	4,2	85,7
	Göğüs Hastalıkları	31	2,8	26	3	83,9
	Halk Sağlığı	11	1	9	1	81,8
	İç Hastalıkları	377	34,2	314	36,5	83,3
	Kardiyoloji	54	4,9	36	4,2	66,7
	Nöroloji	40	3,6	35	4,1	87,5
	Nükleer Tıp	9	0,8	7	0,8	77,8
	Psikiyatri	22	2	13	1,5	59,1
	Radyasyon Onkolojisi	17	1,5	11	1,3	64,7
	Radyoloji	65	5,9	42	4,9	64,6
	Spor Hekimliği	4	0,4	4	0,5	100,0
	Tıbbi Farmakoloji	6	0,5	4	0,5	66,7
	Tıbbi Genetik	14	1,3	8	0,9	57,1
	Toplam	1101	100	860	100	78,1

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Tablo-3: Çalışılan birim/anabilim dalına göre cerrahi ve temel tıp birimlerinde görev yapan kadın sağlık çalışanlarının araştırma evreninde yer alma ve katılım oranları

	Çalışılan Birim/Anabilim Dalı	Çalışan Kişi Sayısı	%**	Katılımcı Sayısı	%**	Katılım Oranı (%)*
Cerrahi Tıp Birimleri	Anestezi ve Reanimasyon	72	14,9	42	13	58,3
	Beyin ve Sinir Cerrahisi	40	8,3	24	7,5	60,0
	Çocuk Cerrahisi	39	8,1	20	6,2	51,3
	Genel Cerrahi	66	13,7	51	15,8	77,3
	Göğüs Cerrahisi	20	4,1	13	4	65,0
	Göz Hastalıkları	27	5,6	20	6,2	74,1
	Kadın Hastalıkları ve Doğum	61	12,7	37	11,5	60,7
	Kalp ve Damar Cerrahisi	35	7,3	26	8,1	74,2
	Kulak Burun Boğaz	23	4,8	16	5	69,6
	Ortopedi	22	4,6	18	5,6	81,8
	Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	23	4,8	13	4	56,5
	Tıbbi Patoloji	39	8,1	33	10,2	84,6
	Üroloji	15	3,1	9	2,8	60,0
	Toplam	482	100	322	100	66,8
	Temel Tıp Birimleri	Anatomi	4	6,1	1	2,6
Histoloji Ve Embriyoloji		4	6,1	3	7,9	75,0
Tıbbi Biyokimya		18	27,3	11	28,9	61,1
Tıbbi Biyoloji		12	18,2	9	23,7	75,0
Tıbbi Farmakoloji		6	9,1	4	10,5	66,7
Tıbbi Fizyoloji		5	7,6	1	2,6	20,0
Tıbbi Mikrobiyoloji		17	25,8	9	23,7	52,9
Toplam		66	100	38	100	57,5

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Tablo-4: Çalışılan birim/anabilim dalına göre diğer birimlerde görev yapan kadın sağlık çalışanlarının araştırma evreninde yer alma ve katılım oranları

	Çalışılan Birim/Anabilim Dalı	Çalışan Kişi Sayısı	%**	Katılımcı Sayısı	%**	Katılım Oranı (%)*
Ameliyathane-Yoğun Bakım	Ameliyathane	104	59,8	85	62,0	81,7
	Yoğun Bakım	70	40,2	52	38,0	74,2
	Toplam	174	100	137	100	78,7
Tıbbi Laboratuvarlar ve Diğer Tıbbi Birimler	Aşı Birimi	9	6,8	6	9,3	66,7
	Beslenme Ve Diyetisyenlik Birimi	8	6	7	10,7	87,5
	Hemodiyaliz	26	19,9	15	23,4	57,7
	Kan Merkezi	13	9,8	9	14,0	69,2
	Organ Nakil Merkezi	4	3	2	3,1	50,0
	Laboratuvarlar	70	52,6	25	38,9	35,7
	İş Sağlığı Ve Güvenliği Birimi	3	2,5	1	1,5	33,3
	Toplam	133	100	64	100	48,1
Yönetim ve Destek Birimleri	İdari Yönetim Ve Destek Birimleri	151	94,4	79	97,5	52,3
	Eczane	9	5,6	2	2,5	22,2
	Toplam	160	100	81	100	52,5

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının mesleklerine göre sınıflandırılmasında; Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından hazırlanan ISCO-08 (Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması) ve DSÖ tarafından hazırlanan “Dünya Sağlık Raporu 2006” da belirtilen sağlık çalışanlarının sınıflandırılmasına dair bilgilerden yararlanılmış ve meslekler beş grup şeklinde sınıflandırılmıştır. Araştırmada kullanılan sınıflama biçimi Tablo-5’te sunulmaktadır (184,185).

Grup 1, “Hekimler “ olarak tanımlanmıştır ve bu grupta tüm tıp doktorları (profesör doktor, doçent doktor, yardımcı doçent doktor, öğretim görevlisi doktor ve araştırma görevlisi doktor) yer almaktadır.

Grup 2, “Hemşireler” şeklinde tanımlanmıştır ve bu grupta hemşireler, ebeler ve sağlık memurları yer almaktadır.

Grup 3, “Yardımcı Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Profesyonel Meslek Çalışanları” olarak tanımlanmıştır. Bu grupta; tıbbi görüntüleme ve laboratuvar teknisyenleri, acil tıp teknisyenleri, diğer sağlık teknisyenleri, psikologlar, fizikçiler ve biyologlar yer almaktadır.

Grup 4, “Yönetim ve Destek Personeli” olarak sınıflandırılmıştır. Bu grupta; genel büro elemanları ve klavye kullanan operatörler (bilgisayar işletmenleri) bulunmaktadır.

Grup 5, “Hizmet İşlerinde Çalışanlar” olarak tanımlanmıştır ve bu grupta da; sağlık hizmetlerinde kişisel bakım hizmeti veren elemanlar (hasta bakıcılar), koruma hizmetleri veren elemanlar (güvenlik görevlileri) ve temizlik görevlileri yer almaktadır.

Tablo-5: Araştırma evreninin mesleklere göre sınıflandırılması

DSÖ Sağlık Çalışanı Sınıflaması	ISCO-08 Meslek Sınıflaması	ISCO-08 Geniş Kapsamlı Grup Kodu	Meslekler	Araştırmada Kullanılan Meslek Sınıflaması
Profesyonel Sağlık Çalışanları	Sağlık ile İlgili Profesyonel Meslek Mensupları	221	Tıp Doktorları	Hekimler
		222	Hemşire, Ebe ve Sağlık Memuru	Hemşireler
	Sağlık ile ilgili diğer profesyonel meslek mensupları	226	Eczacılar	Yardımcı Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Profesyonel Meslek Çalışanları
		226	Fizyoterapistler	
		226	Diyetisyenler ve Beslenme Uzmanları	
Yardımcı Profesyonel Sağlık Çalışanları	Sağlık ile ilgili yardımcı profesyonel meslek mensupları	321	Tıbbi Görüntüleme ve Laboratuvar Teknisyenleri	
		325	Acil Tıp Teknisyenleri	
		325	Diğer sağlık teknisyenleri	
Sağlık Yönetimi ve Destek Personeli	Sosyal ve Kültür ile İlgili Profesyonel Meslek Mensupları	263	Psikologlar	
	Bilim ve Mühendislik ile İlgili Profesyonel Meslek Mensupları	211	Fizikçiler	
		213	Biyologlar	
Sağlık Yönetimi ve Destek Personeli	Büro Hizmetlerinde Çalışanlar	411	Genel Büro Elemanları	
		413	Klavye Kullanan Operatörler (Bilgisayar İşletmeni)	
Sağlık Hizmetlerinde Kişisel Bakım Hizmeti Veren Sağlık Çalışanları	Hizmet ile İlgili İşlerde Çalışanlar	532	Sağlık Hizmetlerinde Kişisel Bakım Hizmeti Veren Elemanlar (Hasta Bakıcı)	Hizmet İşlerinde Çalışanlar
Sağlık Yönetimi ve Destek Personeli Sağlık Yönetimi ve Destek Personeli		541	Koruma Hizmetleri Veren Elemanlar (Güvenlik Görevlisi)	
		911	Temizlik Görevlisi (Hastane)	

Tablo-6: Mesleklerine ve meslek sınıflarına göre kadın sağlık çalışanlarının araştırma evreninde yer alma ve katılım oranları

Araştırmada Kullanılan Meslek Sınıflaması	Meslek Tanımı	Çalışan Kişi Sayısı	%**	Katılımcı Sayısı	%**	Katılım Oranı (%)*
Grup 1 Hekimler	Tıp Doktoru	444	21,0	287	19,1	64,6
Grup 2 Hemşireler	Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru	846	40,0	725	48,3	85,6
Grup 3 Yardımcı Sağlık Profesyonelleri Ve Diğer Profesyonel Meslek Çalışanları	Yardımcı Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Profesyonel Meslekler	239	11,3	159	10,6	66,5
Grup 4 Yönetim ve Destek Personeli	Büro Hizmetlerinde Çalışanlar	371	17,5	192	12,8	51,7
Grup 5 Hizmet İşlerinde Çalışanlar	Sağlık Hizmetlerinde Kişisel Bakım Hizmeti Verenler ve Elementer İşlerde Çalışanlar	216	10,2	139	9,2	63,3
Toplam		2116	100	1502	100	70,9

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Araştırmada kullanılan meslek sınıflamasına göre kadın sağlık çalışanlarının araştırma evreninde yer alma ve katılım oranları Tablo-6'da sunulmaktadır. Hekimlerin %64,6'sı, hemşirelerin %85,6'sı, yardımcı sağlık profesyonelleri ve diğer profesyonel meslek çalışanlarının %66,5'si, yönetim ve destek personelinin %51,7'si ve hizmet işlerinde çalışanların %63,3'ü araştırmaya katılmıştır.

Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen “*Kadın Sağlık Çalışanlarında Toplumsal Cinsiyet Algısı ve Depresyon ile İlişkisi*” başlıklı anket formu kullanılmıştır (Ek-1). Katılımcılara ankette kimlik bilgilerine yer verilmeyeceği ve sonuçların bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacağı açıklanarak onamları alınmıştır. Anket formu katılımcıya kapalı bir zarf içinde verilmiş, anket formunun katılımcının kendisi tarafından doldurulması istenmiş ve yine kapalı zarf içinde katılımcıdan teslim alınmıştır. Anket formunda katılımcılardan ad, soyad ya da kimlik bilgisi alınmamaktadır.

Anket formu; sosyodemografik özellikler, özgeçmiş, soygeçmiş, sağlıkla ilgili genel değerlendirme, alışkanlıklar, depresyon ile ilişkili risk faktörleri ve toplumsal cinsiyet algısı ile ilişkili bazı etmenleri sorgulayan 58 soruluk bir genel bilgi anketinden oluşan birinci bölüm, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği'nden (CES-D) oluşan ikinci bölüm ve Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği'ni içeren üçüncü bölüm olmak üzere toplamda 3 bölümden oluşmaktadır.

1. Genel Bilgi Anketi

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan genel bilgi anketi; tanımlayıcı sosyodemografik özellikler (yaş, medeni durum, gelir durumu, eğitim, meslek, anne ve baba öğrenim durumu vb.), özgeçmiş (hekim tarafından tanısı konulmuş kronik bir hastalık, depresyon veya psikiyatrik hastalık varlığı vb.), soygeçmiş (birinci derece yakınlarında tanı almış ruhsal bir hastalık varlığı, ailede bakım gerektiren hastalık varlığı vb.), alışkanlıklar (sigara-alkol kullanımı, egzersiz yapma durumu, vb.), sağlıkla ilgili değerlendirme (algılanan sağlık düzeyi, vb.), depresyon ile ilişkili olabileceği düşünülen etmenler (yaşam olayları ve sosyal destek, ebeveyn özellikleri, aile içi şiddete maruz kalma durumu, evlilik ve aile yaşamı ilgili sorular vb.) ve toplumsal cinsiyet algısı ile ilişkili sorulardan (ev içi sorumluluklar, çocuk sahibi olma kararı, vb.) oluşmaktadır.

2. Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D)

Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D), depresyon ve depresif bozukluk için bir tarama testidir. CES-D, Amerikan Psikiyatri Birliği Teşhis ve İstatistik El Kitabı (DSM-V) tarafından majör depresyon için tanımlanan semptomları değerlendiren bir ölçüm aracıdır (186). Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D), 1977'de Laurie Radlof tarafından oluşturulmuş ve 2004'te William Eaton ve diğerleri tarafından revize edilmiştir (187,188). CES-D bir "kendini değerlendirme (patient-rated)" ölçeğidir ve psikiyatrik epidemiyoloji alanında en yaygın kullanılan araçlardan biridir (189,190).

Ölçekte depresif semptomlar (3, 6, 9, 10, 14, 17, 18), pozitif duygusal durum (4, 8, 12, 16) somatik semptomlar (1, 2, 5, 7, 11, 13, 20) ve kişiler arası ilişkiler (15, 19) alt boyutları yer almaktadır. Bireylere geçen hafta boyunca nasıl hissettikleri sorulmaktadır. Cevap seçenekleri "Hiçbir Zaman-Nadiren (1 günden daha az), Birazcık-Birkaç Kez (1-2 gün), Arada Sırada-Bazen (3-4 gün), Çokça-Çoğu Zaman (5-7 gün)"dan oluşmaktadır. "Hiçbir Zaman-Nadiren (1 günden daha az)" cevabı 0, "Birazcık-Birkaç Kez (1-2 gün)" cevabı 1, "Arada Sırada-Bazen (3-4 gün)" cevabı 2 ve "Çokça-Çoğu Zaman (5-7 gün)" cevabı 3 olarak puanlanmaktadır. Ölçekteki 4, 8, 12 ve 16 numaralı maddeler ters yönlü olarak puanlanmaktadır. Katılımcılar vermiş oldukları cevaplara göre 0 ile 60 arasında puanlar almaktadırlar. Yüksek puanlar kişilerin yüksek düzeyde depresyonda olduklarını göstermektedir. Her ne kadar genel kabul görmüş kesim noktaları olmasa da ölçeğin kullanıldığı birçok çalışmada 0-15 arası puanlar kişilerin depresyon içerisinde olmadıklarını, 16-20 arası puanlar hafif düzeyde bir depresyonu, 21-30 arası puanlar orta dereceli bir depresyon düzeyine işaret etmektedir. 31 ve üzeri puanlar ise ciddi bir depresyon düzeyini belirtmektedir (187,191).

CES-D ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tatar ve Saltukoğlu tarafından 2010 yılında gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0,75 ile 0,90 arasında, Guttman iki yarım test güvenilirliği 0,89, iki hafta arayla yapılan test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0,69 olarak bulunmuştur. Ölçeğin kesim noktası olarak da 16 puan belirlenmiştir. 16 puan üstü depresif belirti gösteriyor anlamına gelmektedir. CES-D ölçeğinin avantajı, farklı kültürlerde yaygın olarak kullanılan bir araç olması ve farklı kültürler arasında karşılaştırmalı çalışmaları kolaylaştırmasıdır. Ölçek bir tarama aracı olarak geliştirildiği için Türkçedeki diğer depresyon ölçeklerinden farklılık göstermektedir (191).

3. Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ)

Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) yetişkin insanların toplumsal cinsiyet rol ve algılarını değerlendirmek için düzenlenen kendi kendini bildirim tarzında bir değerlendirme aracıdır. Altınova ve Duvan tarafından geliştirilen ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) 5'li likert tipinde olup 25 maddeden oluşmaktadır. Maddelerin 10'u olumlu, 15'i olumsuz olarak yazılmıştır. Beşli likert şeklinde oluşturulan ölçekte maddelerde belirtilen düşünceye, katılımcıların "tamamen katılıyorum (5), katılıyorum (4), kararsızım (3), katılmıyorum (2), tamamen katılmıyorum (1)" olmak üzere beş dereceden birini seçerek görüş bildirmeleri istenmektedir. Ölçekte 2., 4., 6., 9., 10., 12., 15., 16., 17.,18., 19., 20., 21., 24. ve 25. maddeler olumsuz olup tersten hesaplanmaktadır (45).

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 25, en yüksek puan 125'dir. Puanın yüksek olması toplumsal cinsiyet algısının yüksek olduğunu, düşük olması ise toplumsal cinsiyet algısının düşük olduğunu gösterir. Ölçeğin geliştirilme ve geçerlik güvenilirlik çalışmasının erişkin popülasyonda yapıldığı görülmektedir. Ölçeğe uygulanan güvenilirlik analizi sonucunda, ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının 0,872 olduğu gösterilmiştir (45).

Araştırmada İncelenen Değişkenler

Çalışmada incelenen bağımlı ve bağımsız değişkenler Tablo-7’de sunulmaktadır.

Tablo-7: Çalışmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri

Bağımlı Değişkenler	
<ul style="list-style-type: none">• Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) toplam puanı• Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) toplam puanı	
Bağımsız Değişkenler	
Sosyodemografik Değişkenler <ul style="list-style-type: none">➤ Yaş➤ Doğum yeri➤ İlköğrenim bitinceye kadar en uzun süre yaşanan yerleşim yeri➤ Öğrenim durumu➤ Medeni durum➤ Çocuk sahibi olma durumu➤ Anne ve baba öğrenim durumu➤ Aile tipi ve ailedeki kişi sayısı➤ Kardeş sayısı	Sosyoekonomik Değişkenler <ul style="list-style-type: none">➤ Aylık toplam hane halkı geliri➤ Eve giren toplam paranın giderleri karşılama durumu➤ Toplam gelir ile tasarruf yapma durumu➤ Çalışılan kurumdan alına ücretle ilgili düşünce➤ Konut sahibi olma durumu➤ Ulaşım aracına sahip olma durumu
Meslek Özellikleri ile İlgili Değişkenler <ul style="list-style-type: none">➤ Meslek➤ Çalışılan anabilim dalı/birim➤ Meslekteki toplam çalışma süresi➤ Haftalık çalışma saati➤ Çalışma şekli➤ Meslek seçimi ile ilişkili durumlar➤ Meslekle ilgili emeklilik planı	Sağlıkla İlgili Değişkenler <ul style="list-style-type: none">➤ Son bir yıl içindeki hekime başvuru sayısı➤ Kişilerin kendi beyanına göre tanı konulmuş kronik hastalık varlığı➤ Geçmişte depresyon tanısı alma durumu➤ Geçmişte depresyon tedavisi alma durumu➤ Halen depresyon tedavisi alma durumu➤ Ailede bakım gerektiren kronik hastalık varlığı➤ Birinci derece yakınlarında ruhsal bir hastalık varlığı➤ Son altı ay içinde doğum yapmış olma durumu➤ Sigara kullanma durumu➤ Alkol kullanma durumu➤ Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu➤ Algılanan sağlık

Tablo-7: Çalışmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri (Devam)

Bağımsız Değişkenler	
<i>Evlilik Hayatı ile İlgili Değişkenler</i> <ul style="list-style-type: none">➤ Yapılan evlilik sayısı➤ İlk evlenme yaşı➤ Evlilik kararının şekli➤ Eşin yaşı, eğitim durumu ve çalışma durumu➤ Çocuk sahibi olma kararı➤ Kişinin herhangi bir sağlık problemi olduğunda sağlık kuruluşuna başvurmak için eşinden izin alma durumu➤ Kişinin herhangi bir sosyal aktiviteye katılmak için eşinden izin alma durumu	<i>Toplumsal Cinsiyet Algısı ile İlişkili Değişkenler</i> <ul style="list-style-type: none">➤ “Toplumsal cinsiyet” kavramı hakkında bilgi durumu➤ Büyüdüğü ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olma durumu➤ Şu an yaşadığı ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olma durumu➤ Yaşadığı toplumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği olma durumu➤ Çalıştığı kurumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği olma durumu➤ Çalışma yaşamında kişinin cinsiyetinden dolayı herhangi bir zorluk yaşama durumu➤ Hastanın cinsiyetinin sağlık hizmeti sunumunu etkileme durumu konusunda katılımcının görüşü

Veri Analizi

Veri analizinde SPSS (Statistical Package for Social Science, versiyon 23.0) istatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışmada anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Tanımlayıcı istatistiklerde ortalama, ortanca, minimum ve maksimum değerler sunulmuştur. Kategorik veriler sayı ve yüzde olarak belirtilmiştir. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde Chi-square (χ^2) analizi kullanılmıştır. Chi-square (χ^2) analizlerinde, 2x2 gözlü çapraz tablolarda “Yates süreklilik düzeltmesi” uygulanmıştır. Chi-square (χ^2) analizlerinde, herhangi bir gözde beklenen değer 5’in altında olduğunda “Fisher’in kesin testi” uygulanmıştır.

Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) ve Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) puan ortalamaları %95 güven aralıkları ile (%95 G.A.) hesaplanmıştır. Normal dağılım gösteren ikili grupların ortalamalarının

karşılaştırılmasında Student's t-testi, normal dağılım göstermeyen ikili grupların ortalamalarının karşılaştırılmasında ise Man-Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren ikiden fazla grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında One-Way ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi), normal dağılım göstermeyen ikiden fazla grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İki'den fazla grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında farkın hangi gruptan kaynaklandığı; varyansların homojen olduğu durumda Bonferroni testiyle, varyansların homojen olmadığı durumda ise Tamhane's T2 testiyle analiz edilmiştir.

Değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ve şiddetinin değerlendirilmesinde ise Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Depresyon varlığı ve ilişkili bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi tanımlamak için standart (enter) yöntemi kullanılarak binary lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

Araştırmada Kullanılan Tanım ve Kriterler

Katılımcıların yaş grupları; "19-29 yaş", "30-39 yaş" ve "40 yaş ve üzeri" şeklinde sınıflandırılmıştır.

Katılımcıların anne ve babalarının öğrenim durumu analiz edilirken; "Herhangi bir okul mezunu değil", "İlkokul/Ortaokul" ve "Lise" seçenekleri "Lise ve altı" olarak; "Önlisans", "Lisans", "Yükseklisans" ve "Doktora" seçenekleri "Önlisans ve üzeri" olarak sınıflandırılmıştır.

Aile tipinde "Diğer" seçeneğini işaretleyenlerden açık uçlu ifade ile açıklama istenmiştir. Verilen açık uçlu yanıtlar, diğer seçeneği içerisinde "arkadaş", "partner" ve "akraba" olarak belirtilmiştir.

Hanedeki kişi sayısı, "3 kişiden az" ve "3 kişi ve üzeri" şeklinde gruplandırılmıştır.

Aylık toplam hane geliri; “Yoksulluk sınırının altında” ve “Yoksulluk sınırı ve üzerinde” şeklinde sınıflandırılmıştır. Birleşik Metal-İş Sınıf Araştırmaları Merkezi (BİSAM) tarafından hazırlanan “Açlık ve Yoksulluk Sınırı Mart 2022 Dönem Raporu”na göre, Mart 2022’de Türkiye’de yoksulluk sınırı 15.405 TL olarak belirlenmiştir (192). Çalışmamızda aylık toplam hane geliri 15.405 TL’nin altında olan katılımcılar “Yoksulluk sınırının altında” olanlar, aylık toplam hane geliri 15.405 TL ve üzerinde olan katılımcılar ise “Yoksulluk sınırı ve üzerinde” olanlar şeklinde sınıflandırılmıştır.

Gelir-gider karşılama durumu; “Toplam gelir giderlerimizi karşılamaya yetmiyor” ve “Toplam gelir giderlerimizi yaklaşık/rahatlıkla karşılıyor” olarak sınıflandırılmıştır. Bu soruda “Diğer” seçeneğini işaretleyen katılımcı olmadığı için bu seçenek sınıflamaya dahil edilmemiştir.

Toplam gelir ile tasarruf yapabilme durumu analiz edilirken; “Hayır, hiç tasarruf yapamıyoruz” seçeneğini işaretleyenler “Tasarruf yapamayanlar”, “Evet, az da olsa tasarruf yapabiliyoruz” ve “Evet, rahatlıkla tasarruf yapabiliyoruz” seçeneklerini işaretleyenler ise “Tasarruf yapabilenler” şeklinde gruplandırılmıştır.

Çalışılan kurumdan alınan ücreti değerlendirme durumu; “Yeterli buluyorum” ve “Yetersiz buluyorum” şeklinde sınıflandırılmış, bu soruda “Diğer” seçeneğini işaretleyen katılımcı olmadığı için bu seçenek sınıflamaya dahil edilmemiştir.

Konut mülkiyeti analiz edilirken; “Kendime/eşime/aileme ait” seçeneği “Kendine/eşine/aileme ait”; “Kira”, “Lojman” ve “Diğer” seçenekleri ise “Kira ve diğerleri” olarak tanımlanmıştır. “Diğer” seçeneğini işaretleyenlerden açık uçlu ifade ile açıklama istenmiştir. Verilen açık uçlu yanıtlar, diğer seçeneği içerisinde “aile apartmanı”, “yurt”, “ortak ev” ve “kredi-ipotek” olarak belirtilmiştir.

Medeni durum değişkenin değerlendirilmesinde; “Hiç evlenmemiş” ve “Birlikte yaşıyor” seçenekleri “Bekar”; “Evli” seçeneği “Evli”; “Boşanmış”, “Eşinden

ayrı yaşıyor” ve “Eşi ölmüş” seçenekleri ise “Boşanmış/Eşinden ayrı yaşıyor/Eşi ölmüş” olarak tanımlanmıştır.

Öğrenim durumu analiz edilirken; “Herhangi bir okul mezunu değil”, “İlkokul/Ortaokul” ve “Lise” seçenekleri “Lise ve altı” olarak; “Önlisans”, “Lisans”, “Yükseklisans” ve “Doktora” seçenekleri “Önlisans ve üzeri” olarak sınıflandırılmıştır.

Meslekte toplam çalışma süresi; “10 yıl altı”, “10-19 yıl” ve “20 yıl ve üzeri” olarak gruplandırılmıştır.

Haftalık çalışma saati; “40 saat ve altı” ve “40 saat üzeri” şeklinde gruplandırılmıştır.

Çalışma şekli değişkeninin değerlendirilmesinde; “Yalnız gündüz” ve “Yalnız gece” seçenekleri “Yalnız gündüz/gece” olarak; “Gündüz- gece vardiyalı” seçeneği “Gündüz- gece vardiyalı” olarak tanımlanmıştır.

Meslekle ilgili emeklilik planı değişkeninin analizinde “Diğer” seçeneğini işaretleyenlerden açık uçlu ifade ile açıklama istenmiştir. Verilen açık uçlu yanıtlar diğer seçeneği içerisinde; “Emekliliğin hak edilmesine rağmen çalışıyor durumda”, “Sağlık durumu elverdiği sürece çalışmak”, “Çocuk/çocukların okulu bitene kadar çalışmak”, “Emekliliği beklemeden istifa etmek”, “Başka iş alanlarına yönelmek”, “Yasal düzenlemeleri (3600 ek gösterge) beklemek”, “Ekonomik şartlara göre karar almak” ve “Kararsız” şeklinde belirtilmiştir.

Son bir yıl içindeki hekime başvuru sayısı; “5’ten az” ve “5 ve üzeri” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Kronik hastalık varlığı durumunu sorgulayan soruya “Evet” seçeneğini işaretleyen katılımcılardan, açık uçlu ifade ile açıklama istenmiştir. Verilen açık uçlu yanıtlar; “Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları”, “Solunum Sistemi Hastalıkları”, “Allerjik Hastalıklar”, “Endokrinolojik Hastalıklar”, “Kas/İskelet Sistemi Hastalıkları”, “Dermatolojik Hastalıklar”, “Psikiyatrik Hastalıklar”,

“Nörolojik Sistem Hastalıkları”, “Göz Hastalıkları”, “Gastrointestinal Sistem Hastalıkları”, “Hematolojik Hastalıklar”, “Romatolojik Hastalıklar”, “Kulak Burun Boğaz Hastalıkları”, “Onkolojik Hastalıklar”, “Üriner Sistem Hastalıkları”, “Jinekolojik Hastalıklar” ve “Diğer” şeklinde sınıflandırılmıştır. Verilen açık uçlu yanıtlardan “engelli” olarak ifade edilen bir katılımcı yanıtı “Diğer” seçeneğinde değerlendirilmiştir.

Birinci derece yakınlarda psikiyatrik hastalık durumunu sorgulayan soruya “Evet” seçeneğini işaretleyen katılımcılardan, açık uçlu ifade ile açıklama istenmiştir. Verilen açık uçlu yanıtlar; “Depresyon Bozuklukları”, “Anksiyete Bozuklukları”, “Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar”, “Bipolar Bozukluklar” “Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar”, “Öğrenme Bozuklukları”, “Mental Retardasyon”, “Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar”, “Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları”, “Otizm”, “Demans”, “Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetim ve Davranış Bozuklukları” ve “Kişilik Bozuklukları” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Kardeş sayısı; “Kardeş yok”, “1 kardeş” ve “2 ve üzeri sayıda kardeş” olarak gruplandırılmıştır.

Çocuk sayısı; “Çocuk yok”, “1 çocuk” ve “2 ve üzeri sayıda çocuk” olarak gruplandırılmıştır.

İlgisiz ebeveyn özelliklerini sorgulayan değişkenin analizinde; “Evet” seçeneğini işaretleyenler “İlgisiz ebeveyn özellikleri olan katılımcılar”; “Hayır” ve “Fikrim yok” seçeneğini işaretleyen katılımcılar ise “İlgisiz ebeveyn özellikleri olmayan katılımcılar” olarak sınıflandırılmıştır.

Sigara kullanma durumu analiz edilirken; “Hiç içmedim”, “Sadece denedim” ve “Bir süre içtim bıraktım” seçenekleri “Halen sigara içmiyor”; “Arada sırada içiyorum” ve “Düzenli içiyorum” seçenekleri “Halen sigara içiyor” olarak sınıflandırılmıştır.

Alkol kullanma durumu analiz edilirken; “Düzenli kullanıyorum” ve “Ara sıra kullanıyorum” seçenekleri “Halen alkol kullanıyor”, “Hiç kullanmıyorum” seçeneği “Halen alkol kullanmıyor” olarak sınıflandırılmıştır.

Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu analiz edilirken; “Her zaman” ve “Sık sık” seçenekleri “Sık olarak düzenli fiziksel aktivite yapıyor; “Bazen” “Nadiren” ve “Hiç” seçenekleri ise “Bazen ve daha az düzenli fiziksel aktivite yapıyor” olarak tanımlanmıştır.

Sağlık algısı durumu sorgulanırken sağlığını “Mükemmel”, “Çok iyi” ve “İyi” olarak tanımlayanların algılanan sağlığı “İyi”; “Orta” ve “Kötü” olarak tanımlayanların algılanan sağlığı ise “İyiden kötü” olarak değerlendirilmiştir.

Evlilik sayısı; “Hiç evlenmeyen”, “1 kez evlenen” ve “2 ve üzeri sayıda evlenen” olarak gruplandırılmıştır.

İlk evlenme yaşı; “25 yaş altı” ve “25 yaş ve üzeri” şeklinde tanımlanmıştır.

Evlilik kararı değişkeninin değerlendirilmesinde, “Diğer” seçeneğini işaretleyen katılımcı olmadığı için bu seçenek analize dahil edilmemiştir.

Katılımcıların eşlerinin yaş grupları; “19-29 yaş”, “30-39 yaş” ve “40 yaş ve üzeri” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Eş öğrenim durumu analiz edilirken; “Herhangi bir okul mezunu değil”, “İlkokul/Ortaokul” ve “Lise” seçenekleri “Lise ve altı” olarak; “Önlisans”, “Lisans”, “Yükseklisans” ve “Doktora” seçenekleri “Önlisans ve üzeri” olarak sınıflandırılmıştır.

Eş çalışma durumu; “Çalışmıyor”, “Ücretli veya maaşlı”, “İşveren- Kendi hesabına” ve “Yevmiyeli-Ücretsiz aile işlerinde” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Çocuk sahibi olma kararı; “Ben”, “Ben ve eşim” ve “Eşim/Aile büyükleri/ Aile büyükleri ve eşim/Hep beraber” şeklinde gruplandırılmıştır.

Çalışma yaşamında cinsiyet kaynaklı zorluk yaşama durumunu sorgulayan soruya “Evet” seçeneğini işaretleyen katılımcılardan, açık uçlu ifade ile açıklama istenmiştir. Verilen açık uçlu yanıtlar diğer seçeneği içerisinde; “Yükselmenin engellenmesi”, “Mobbing”, “Ciddiye alınmamak”, “Fiziksel güç gerektiren işlerde zorlanma”, “Erkekler sunulan iş fırsatlarının daha fazla olması”, “Erkekler göre daha düşük ücret”, “Gebelik, annelik sorumlulukları gibi nedenlerle yapılan baskı ve yargılamalar”, “Hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan sözel şiddet”, “Kılık kıyafet konusunda yaşanan sorunlar” ve “İtaatkar olmanın beklenmesi” şeklinde belirtilmiştir.

“Hastanın cinsiyeti sağlık hizmeti sunumunu etkiler mi?” sorusuna “Hastanın kadın ya da erkek olmasına göre sağlık hizmeti sunumunda farklılıklar olabilir” seçeneğini işaretleyen katılımcılardan, açık uçlu ifade ile açıklama istenmiştir. Verilen açık uçlu yanıtlar; “Hastaların kültür ve inanç yapısına göre farklılıklar olabilir”, “Mahremiyet açısından hastalar kendi hemcinslerinden sağlık hizmeti almak isteyebilirler”, “Kadın hastalara hizmet sunumunda özellikle mahremiyete dikkat edilmelidir”, “Kadın hastalar evdeki sorumlulukları nedeniyle sağlık hizmetine erişimde sıkıntı yaşayabilirler” şeklinde belirtilmiştir.

Etik Konular ve İzinler

Araştırmaya başlamadan önce Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 30.06.2021 tarih ve 2021-9/16 sayılı kurul kararı ile araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna dair izin alınmıştır (Ek-2). Ayrıca Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü tarafından 18.08.2021 tarih ve E-73115338-819-22822 sayılı yazı ile çalışmanın kadın sağlık çalışanlarında yürütülmesinin uygun görüldüğü tarafımıza bildirilmiştir.

Araştırmaya katılımında gönüllülük esas olup katılımcıların aydınlatılmış onamları alınmıştır. Veri toplama sırasında katılımcıların kimlik bilgileri alınmamıştır.

Araştırma sonucu Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü ile paylaşılmıştır.

Araştırma sonucunda, Dünya Sağlık Örgütü, Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH) ve Türk Psikiyatri Derneği'nin depresyon ile ilgili yayınlarından yararlanılarak araştırmacılar tarafından hazırlanan, depresyon ile ilgili bazı genel bilgilerin ve bu araştırmaya dair bazı önemli bulguların yer aldığı bir bilgilendirme broşürü hazırlanmıştır (6,193,194). Bu bilgilendirme broşürü araştırma sonuçlandıktan sonra araştırmacının yürütüldüğü tüm birim ve bölüm sorumlularına iletilmiştir.

Zaman Çizelgesi

	2021 (aylar)								2022 (aylar)						
	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	3	5	6
Konu Seçimi															
Literatür tarama															
Anket oluşturma															
Plan ve izinler															
Veri Toplama															
Veri Girişi															
Veri Analizi															
Yazım															

BULGULAR

Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Demografik Özellikler

Araştırmaya 1502 kadın sağlık çalışanı katılmıştır. Katılımcıların yaşlarının ortalaması 37,19 yıl olup (%95 G.A: 36,76- 37,62), yaşlarının ortancası 37,00 yıldır (min-max: 22,00-64,00) (Tablo-8).

Tablo-8: Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Değişkenler		n (%)
Yaş grubu (n=1502)	18-29 yaş	384 (25,6)
	30-39 yaş	517 (34,4)
	≥40 yaş	601 (40,0)
Doğum yeri (n=1502)	İl	834 (55,5)
	İlçe	526 (35,0)
	Köy	142 (9,5)
İlköğrenim sonuna kadar en uzun süre yaşanılan yer (n=1502)	İl	848 (56,5)
	İlçe	458 (30,5)
	Köy	196 (13,0)
Öğrenim durumu (n=1498)	İlköğretim	83 (5,6)
	Lise	115 (7,7)
	Önlisans	182 (12,1)
	Lisans	783 (52,3)
	Yüksek lisans	285 (19,0)
	Doktora	49 (3,3)
Medeni durum (n=1500)	Hiç evlenmemiş	410 (27,3)
	Evli	982 (65,5)
	Birlikte yaşıyor	9 (0,6)
	Boşanmış	86 (5,7)
	Eşinden ayrı yaşıyor	4 (0,3)
	Eşi ölmüş	9 (0,6)

Katılımcıların %55,5'inin (n=834) doğum yeri ve %56,5'inin (n=848) ilköğrenim sonuna kadar en uzun süre yaşadığı yer il olarak bildirilmiştir. Katılımcıların %74,6'sı (n=1117) lisans ve üzeri öğrenim düzeyindedir ve %65,5'i (n=982) evlidir (Tablo-8).

Katılımcıların %74,9'unun (n=1125) aile tipi çekirdek ailedir. Katılımcıların hanesindeki kişi sayılarının ortalaması 3,10'dur (%95 G.A: 3,06-3,18) ve ortalama kardeş sayısı 1,99'dur (%95 G.A: 1,92-2,06). Katılımcıların % 61,0'i (n=904) çocuk sahibi olup, ortalama çocuk sayısı 1,00'dir (%95 G.A: 0,95-1,05) (Tablo-9).

Tablo-9: Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Değişkenler		n (%)
Aile tipi (n=1502)	Çekirdek aile	1125 (74,9)
	Geniş aile	106 (7,1)
	Parçalanmış aile	52 (3,5)
	Yalnız	190 (12,6)
	Diğer*	29 (1,9)
Hanedeki kişi sayısı (n=1500)	<3 kişi	432 (28,8)
	≥3 kişi	1068 (71,2)
Kardeş sayısı (n=1502)	Yok	103 (6,9)
	1 kardeş	527 (35,1)
	≥2 kardeş	872 (58,0)
Çocuk sayısı (n=1483)	Yok	579 (39,0)
	1 çocuk	394 (26,6)
	≥2 çocuk	510 (34,4)

*Arkadaş, partner, akraba

Katılımcıların sosyoekonomik özelliklerine ilişkin bazı bilgiler Tablo-10'da sunulmaktadır. Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının aylık toplam hane geliri ortalaması 14946,12 TL (%95 G.A: 14584,27-15307,96) olup, ortancası 14000,00 TL'dir (min-max: 4250-60000). Katılımcıların %51,7'si (n=776) aylık toplam hane gelirinin giderlerini karşılamaya yaklaşık olarak yettiğini ifade ederken, %56,8'i (n= 849) aylık toplam hane geliri ile hiç tasarruf yapamadığını belirtmektedir. Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının %91,8'i (n=1359) çalıştıkları kurumdan aldıkları ücreti yetersiz bulduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %64,9'unun (n=969) yaşadığı ev kendine/eşine/ailesine aittir ve %53,3'ünün (n=799) kendine ait aracı/otomobili bulunmaktadır.

Tablo-10: Katılımcıların bazı sosyoekonomik özelliklere göre dağılımı

Değişkenler		n (%)
Aylık toplam hane geliri (n=1468)	Yoksulluk sınırının altında	938 (63,9)
	Yoksulluk sınırı ve üzerinde	530 (36,1)
Gelir-gider durumu (n=1502)	Yetmiyor	425 (28,3)
	Yaklaşık olarak karşılıyor	776 (51,7)
	Rahatlıkla karşılıyor	301 (20,0)
Tasarruf yapabilme durumu (n=1495)	Hiç yapamayanlar	849 (56,8)
	Az da olsa yapabilenler	597 (39,9)
	Rahatlıkla yapabilenler	49 (3,3)
Aldığı ücreti yeterli bulma durumu (n=1481)	Yeterli	122 (8,2)
	Yetersiz	1359 (91,8)
Konut mülkiyeti (n=1494)	Kendine/eşine/ailesine ait	969 (64,9)
	Kira	507 (33,9)
	Lojman	2 (0,1)
	Diğer*	16 (1,1)
Kendine ait araç (n=1499)	Var	799 (53,3)
	Yok	700 (46,7)

*Yurt, ortak ev, aile apartmanı, kredi-ipotek

Tablo-11’de, katılımcıların aylık toplam hane gelirlerinin bazı sosyodemografik özelliklerle ilişkisi sunulmaktadır. Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının aylık toplam hane geliri “Yoksulluk sınırının altında” ve “Yoksulluk sınırı ve üzerinde” şeklinde sınıflandırıldığında, katılımcıların aylık toplam hane geliri; öğrenim durumuna ($\chi^2=115,055$; $p<0,01$); meslek sınıfına ($\chi^2=175,270$; $p<0,01$) ve medeni duruma ($\chi^2=70,214$; $p<0,01$) göre anlamlı olarak farklılık göstermektedir ($p<0,01$).

Tablo-12’de, katılımcıların aylık toplam hane gelirinin ile bazı sosyoekonomik değişkenlerle ilişkisi incelenmektedir. Geliri giderini karşılamaya yaklaşık/rahatlıkla yetenlerin %57,0’sinin ($n=601$), karşılamaya yetmeyenlerin ise %81,6’sinin ($n=337$) aylık toplam hane geliri yoksulluk sınırının altındadır ve aralarında anlamlı bir fark vardır ($\chi^2=76,995$; $p<0,01$). Toplam geliri ile tasarruf yapabilenlerin %54,6’sinin ($n=348$), tasarruf yapamayanların ise %71,0’inin ($n=586$) aylık toplam hane geliri yoksulluk sınırının altındadır ve aralarında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($\chi^2=41,191$; $p<0,01$). Yaşadığı ev kendine/eşine/ailesine ait olanların %61,1’inin ($n=581$), kendisine ait olmayanların (kira ve diğerleri) ise %68,7’sinin ($n=351$) aylık toplam hane geliri yoksulluk sınırının altındadır ve aralarında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($\chi^2=7,972$; $p<0,01$). Kendine ait aracı/otomobili olanların %53,3’ünün ($n=416$), olmayanların ise %75,8’inin ($n=520$) aylık toplam hane geliri yoksulluk sınırının altındadır ve aralarında anlamlı bir fark vardır ($\chi^2=78,856$; $p<0,01$).

Tablo-11: Aylık toplam hane gelirinin bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi

Değişkenler	Aylık toplam hane geliri			χ^2	p
	Yoksulluk sınırının altında	Yoksulluk sınırı ve üzerinde	Toplam**		
Öğrenim durumu				115,055	0,000
Önlisans ve altı	324 (86,9)	49 (13,1)	373 (25,5)		
Lisans ve üzeri	611 (56,0)	481 (44,0)	1092 (74,5)		
Toplam*	935 (63,8)	530 (36,2)	1465 (100,0)		
Meslek sınıfı				175,270	0,000
Hekimler	110 (38,7)	174 (61,3)	284 (19,3)		
Hemşireler	435 (61,9)	268 (38,1)	703 (47,9)		
Yardımcı Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Profesyonel Meslek Çalışanları	103 (65,6)	54 (34,4)	157 (10,7)		
Yönetim ve Destek Personeli	160 (85,1)	28 (14,9)	188 (12,8)		
Hizmet İşlerinde Çalışanlar	130 (95,6)	6 (4,4)	136 (9,3)		
Toplam*	938 (63,9)	530 (36,1)	1468 (100,0)		
Medeni durum				70,214	0,000
Bekar	311 (75,3)	102 (24,7)	413 (28,2)		
Evli	540 (56,5)	416 (43,5)	956 (65,2)		
Boşanmış/Eşinden ayrı yaşıyor/Eşi ölmüş	86 (87,8)	12 (12,2)	98 (6,7)		
Toplam*	937 (63,9)	530 (36,1)	1467 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Tablo-12: Aylık toplam hane gelirinin ile bazı sosyoekonomik değişkenlerle ilişkisi

Değişkenler	Aylık toplam hane geliri			χ^2	p
	Yoksulluk sınırının altında	Yoksulluk sınırı ve üzerinde	Toplam**		
Gelir-gider durumu				76,995	0,000
Karşılamıyor	337 (81,6)	76 (18,4)	413 (28,1)		
Rahatlıkla/Yaklaşık olarak karşılıyor	601 (57,0)	454 (43,0)	1055 (71,9)		
Toplam*	938 (63,9)	530 (36,1)	1468 (100,0)		
Tasarruf yapabilme durumu				41,191	0,000
Tasarruf yapamayanlar	586 (71,0)	239 (29,0)	825 (56,4)		
Tasarruf yapabilenler	348 (54,6)	289 (45,4)	637 (43,6)		
Toplam*	934 (63,9)	528 (36,1)	1462 (100,0)		
Konut mülkiyeti				7,972	0,005
Kendine/Eşine/Ailesine ait	581 (61,1)	370 (38,9)	951 (65,0)		
Kira ve diğerleri****	351 (68,7)	160 (31,3)	511 (35,0)		
Toplam*	932 (63,7)	530 (36,3)	1462 (100,0)		
Kendine ait araç varlığı				78,856	0,000
Yok	520 (75,8)	166 (24,2)	686 (46,8)		
Var	416 (53,3)	364 (46,7)	780 (53,2)		
Toplam*	936 (63,8)	530 (36,2)	1466 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

****Diğerleri: Lojman, yurt, ortak ev, aile apartmanı, kredi-ipotek

Tablo-13: Katılımcıların gelir-gider karşılama durumunun meslek sınıfı ile ilişkisi

Değişkenler	Gelir-gider karşılama durumu				
	Karşılamiyor	Rahatlıkla/ Yaklaşık karşılıyor	Toplam**	χ^2	p
Meslek sınıfı				122,3	0,000
Hekimler	35 (12,2)	252 (87,8)	287 (19,1)		
Hemşireler	204 (28,1)	521 (71,9)	725 (48,3)		
Yardımcı Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Profesyonel Meslek Çalışanları	39 (24,5)	120 (75,5)	159 (10,6)		
Yönetim ve Destek Personeli	59 (30,7)	133 (69,3)	192 (12,8)		
Hizmet İşlerinde Çalışanlar	88 (63,3)	51 (36,7)	139 (9,3)		
Toplam*	425 (28,3)	1077 (71,7)	1502 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının gelir-gider karşılama durumlarının meslek sınıfları ile ilişkisine bakıldığında; hekimlerin %12,2'si (n=35), hemşirelerin %28,1'i (n=204), yardımcı sağlık profesyonelleri ve diğer profesyonel meslek çalışanlarının %24,5'i (n=39), yönetim ve destek personelinin %30,7'si (n=59) ve hizmet işlerinde çalışanların %63,3'ü (n=88) toplam gelirlerinin giderlerini karşılamaya yetmediğini ifade etmiş olup, meslek sınıflarına göre gelir-gider karşılama durumu açısından anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($\chi^2=122,3$; $p<0,01$) (Tablo-13).

Katılımcıların öğrenim durumu ve ilgili bazı sosyodemografik etmenler Tablo-14'de sunulmaktadır.

Katılımcıların doğum yeri ($\chi^2=18,190$; $p<0,01$) ve ilköğrenim sonuna kadar en uzun süre yaşadıkları yerleşim yeri ($\chi^2=12,112$; $p<0,01$) açısından öğrenim durumları arasında anlamlı bir fark vardır. Annesinin öğrenim durumu önlisans ve üzeri olanlar, lise ve altı olanlara göre ($\chi^2=36,747$; $p<0,01$); babasının öğrenim durumu önlisans ve üzeri olanlar, lise ve altı olanlara göre ($\chi^2=68,728$; $p<0,01$) daha yüksek öğrenim düzeyine sahiptir.

Tablo-14: Katılımcıların öğrenim durumunun bazı sosyodemografik özelliklerle ilişkisi

Değişkenler	Öğrenim durumu			χ^2	p
	Önlisans ve altı	Lisans ve üzeri	Toplam**		
Doğum yeri				18,190	0,000
İl	180 (21,6)	652 (78,4)	832 (55,5)		
İlçe	149 (28,4)	375 (71,6)	524 (35,0)		
Köy	52 (36,6)	90 (63,4)	142 (9,5)		
Toplam*	381 (25,4)	1117 (74,6)	1498 (100,0)		
İlköğrenim sonuna kadar en uzun süre yaşanan yer				12,112	0,002
İl	193 (22,8)	653 (77,2)	846 (56,5)		
İlçe	120 (26,3)	336 (73,7)	456 (30,4)		
Köy	68 (34,7)	128 (65,3)	196 (13,1)		
Toplam*	381 (25,4)	1117 (74,6)	1498 (100,0)		
Anne öğrenim durumu				36,747	0,000
Lise ve altı	367 (28,1)	940 (71,9)	1307 (87,2)		
Önlisans ve üzeri	14 (7,3)	177 (92,7)	191 (12,8)		
Toplam*	381 (25,4)	1117 (74,6)	1498 (100,0)		
Baba öğrenim durumu				68,728	0,000
Lise ve altı	352 (30,6)	798 (69,4)	1150 (76,8)		
Önlisans ve üzeri	29 (8,3)	319 (91,7)	348 (23,2)		
Toplam*	381 (25,4)	1117 (74,6)	1498 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Meslekle İlgili Özellikler

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının 19,1'ini (n=287) hekimler, %48,3'ünü (n=725) hemşireler, %10,6'sını (n=159) yardımcı sağlık profesyonelleri ve diğer profesyonel meslek çalışanları, %12,8'ini (n=192) yönetim ve destek personeli ve %9,3'ünü (n=139) hizmet işlerinde çalışanlar oluşturmaktadır (Tablo-15).

Katılımcıların %57,3'ü (n=860) dahili tıp birimlerinde, %21,4'ü (n=322) cerrahi tıp birimlerinde, %2,5'i (n=38) temel tıp birimlerinde, %9,1'i (n=137) ameliyathane ve yoğun bakımda, %4,3'ü (n=64) tıbbi laboratuvarlar ve diğer tıbbi birimlerde, %5,4'ü (n=81) yönetim ve destek birimlerinde çalışmaktadır.

Tablo-15: Katılımcıların mesleklerine ve meslek sınıflarına göre dağılımı

Meslek	n (%)	Meslek Sınıfı	n (%)
Tıp Doktorları	287 (19,1)	Hekimler	287 (19,1)
Hemşire, Ebe ve Sağlık Memuru	725 (48,3)	Hemşireler	725 (48,3)
Eczacılar	2 (0,1)	Yardımcı Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Profesyonel Meslek Çalışanları	159 (10,6)
Fizyoterapistler	13 (0,9)		
Diyetisyen ve Beslenme Uzmanları	7 (0,5)		
Sağlık Teknisyenleri	118 (7,8)		
Psikologlar	2 (0,1)		
Fizikçiler	4 (0,3)		
Biyologlar	13 (0,9)		
Genel Büro Elemanları	140 (9,3)		
Klavye Kullanan Operatörler (Bilgisayar İşletmeni)	52 (3,5)	Hizmet İşlerinde Çalışanlar	139 (9,3)
Sağlık Hizmetlerinde Kişisel Bakım Hizmeti Veren Elemanlar (Hasta Bakıcı)	25 (1,7)		
Koruma Hizmetleri Veren Elemanlar (Güvenlik Görevlisi)	7 (0,5)		
Temizlik Görevlileri	107 (7,1)		
Toplam	1502 (100)		

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının meslekteki çalışma sürelerinin ortalaması 13,10 yıldır (%95 G.A:12,67- 13,53). Katılımcıların haftalık çalışma sürelerinin ortalaması ise 46,85 saattir (%95 G.A: 46,26- 47,44). Katılımcıların %56,7'si (n=849) yalnız gündüz, %42,0'ı (n=629) gündüz-gece vardiyalı ve %1,3'ü (n= 20) yalnız gece çalışmaktadır (Tablo-16).

Tablo-16: Katılımcıların meslekte toplam çalışma süresi, haftalık çalışma saati ve çalışma şekli özelliklerinin dağılımı

Değişkenler		n (%)
Meslekte toplam çalışma süresi (n=1485)	<10 yıl	576 (38,8)
	10-19 yıl	539 (36,3)
	≥20 yıl	370 (24,9)
Haftalık çalışma saati (n=1495)	≤40 saat	671 (44,9)
	40 + saat	824 (55,1)
Çalışma şekli (n=1498)	Yalnız gündüz	849 (56,7)
	Yalnız gece	20 (1,3)
	Gündüz- gece vardiyalı	629 (42,0)

Katılımcıların %73,5'i (n=1099) mesleğini isteyerek seçtiğini ifade ederken, %43,3'ü (n=649) eğer mesleğini tekrar seçme şansı olsaydı sahip olduğu mesleği seçmeyeceğini bildirmiştir. Katılımcıların %71,2'si (n=1020) emekliliği hak eder etmez emekli olmak istediğini belirtmiştir. Katılımcıların meslek seçimi ve emeklilik planlarına ilişkin diğer özellikler Tablo-17'de sunulmaktadır.

Tablo-17: Katılımcıların meslek seçimi ve emeklilik planı ile ilgili bazı özelliklere göre dağılımı

Değişkenler		n (%)
Mesleğini isteyerek seçme (n=1495)	Evet	1099 (73,5)
	Hayır	396 (26,5)
Mesleğini tekrar seçme isteği (n=1498)	Hayır	649 (43,3)
	Evet	398 (26,6)
	Kararsız	451 (30,1)
Emeklilik planı (n=1433)	Emekliliği hak eder etmez emekli olmak	1020 (71,2)
	Yaş haddine kadar çalışmak	234 (16,3)
	Diğer*	
	<i>Emekliliğin hak edilmesine rağmen çalışıyor durumda</i>	12 (0,8)
	<i>Sağlık durumu elverdiği sürece çalışmak</i>	64 (4,5)
	<i>Çocuk/çocukların okulu bitene kadar çalışmak</i>	8 (0,6)
	<i>Emekliliği beklemeden istifa etmek</i>	11 (0,8)
	<i>Başka iş alanlarına yönelmek</i>	15 (1,0)
	<i>Yasal düzenlemeleri (3600 ek gösterge) beklemek</i>	6 (0,4)
	<i>Ekonomik şartlara göre karar vermek</i>	24 (1,7)
	<i>Kararsız</i>	39 (2,7)

*Açık uçlu ifade şeklinde belirtilen bu seçeneğe yönelik cevaplar "Emekliliğin hak edilmesine rağmen çalışıyor durumda", "Sağlık durumu elverdiği sürece çalışmak", "Çocuk/çocukların okulu bitene kadar çalışmak", "Emekliliği beklemeden istifa etmek", "Başka iş alanlarına yönelmek", "Yasal düzenlemeleri (3600 ek gösterge) beklemek", "Ekonomik şartlara göre karar almak" ve "Kararsız" şeklinde gruplandırılmıştır.

Meslek sınıfının; yaş grubu, meslekte toplam çalışma süresi, çalışma şekli ve haftalık çalışma saati değişkenleriyle olan ilişkisi Tablo-18'de sunulmaktadır.

Tablo-18: Meslek sınıfları ve ilişkili etmenler

Değişkenler	Meslek sınıfı ^a						χ^2	p
	Grup 1	Grup 2	Grup 3	Grup 4	Grup 5	Toplam**		
Yaş grubu							251,555	0,000
18-29 yaş	155 (54,0)	150 (20,7)	40 (25,2)	33 (17,2)	6 (4,3)	384 (25,6)		
30-39 yaş	112 (39,0)	226 (31,2)	49 (30,8)	87 (45,3)	43 (30,9)	517 (34,4)		
≥ 40 yaş	20 (7,0)	349 (48,1)	70 (44,0)	72 (37,5)	90 (64,7)	601 (40,0)		
Toplam**	287 (100,0)	725 (100,0)	159 (100,0)	192 (100,0)	139 (100,0)	1502 (100,0)		
Çalışma süresi							432,349	0,000
<10 yıl	247 (87,6)	198 (27,5)	55 (35,3)	44 (23,3)	32 (23,0)	576 (38,8)		
10-19 yıl	25 (8,9)	262 (36,4)	52 (33,3)	115 (60,8)	85 (61,2)	539 (36,3)		
≥ 20 yıl	10 (3,5)	259 (36,0)	49 (31,4)	30 (15,9)	22 (15,8)	370 (24,9)		
Toplam**	282 (100,0)	719 (100,0)	156 (100,0)	189 (100,0)	139 (100,0)	1485 (100,0)		
Çalışma şekli							360,028	0,000
Yalnız gündüz/Yalnız gece	91 (31,7)	332 (45,8)	133 (84,2)	187 (97,9)	126 (92,0)	869 (58,0)		
Gece- gündüz vardiyalı	196 (68,3)	393 (54,2)	25 (15,8)	4 (2,1)	11 (8,0)	629 (42,0)		
Toplam**	287 (100,0)	725 (100,0)	158 (100,0)	191 (100,0)	137 (100,0)	1498 (100,0)		
Haftalık çalışma saati							222,673	0,000
≤40 saat	54 (18,8)	400 (55,3)	105 (66,9)	101 (53,2)	11 (8,0)	671 (44,9)		
40 + saat	233 (81,2)	323 (44,7)	52 (33,1)	89 (46,8)	127 (92,0)	824 (55,1)		
Toplam**	287 (100,0)	723 (100,0)	157 (100,0)	190 (100,0)	138 (100,0)	1495 (100,0)		

^a Grup1: Hekimler, Grup 2:Hemşireler, Grup 3:Yardımcı Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Profesyonel Meslek Çalışanları, Grup 4:Yönetim ve Destek Personeli, Grup 5:Hizmet İşlerinde Çalışanlar

**Sütun yüzdesi

Meslek sınıfının; mesleğini isteyerek seçme durumu, mesleğini tekrar seçme isteği durumu ve emeklilik planı değişkenleriyle olan ilişkisi Tablo-19’da sunulmaktadır.

Tablo-19: Meslek sınıfları ve bazı ilişkili etmenler

Değişkenler	Meslek sınıfı ^a						χ^2	p
	Grup 1	Grup 2	Grup 3	Grup 4	Grup 5	Toplam**		
Mesleğini isteyerek seçme								
Evet	263 (91,6)	514 (71,1)	118 (74,7)	122 (64,9)	82 (59,0)	1099 (73,5)	72,928	0,000
Hayır	24 (8,4)	209 (28,9)	40 (25,3)	66 (35,1)	57 (41,0)	396 (26,5)		
Toplam**	287 (100,0)	723 (100,0)	158 (100,0)	188 (100,0)	139 (100,0)	1495 (100,0)		
Mesleğini tekrar seçme isteği								
Evet	81 (28,2)	156 (21,5)	51 (32,5)	61 (31,9)	49 (35,3)	398 (26,6)	38,754	0,000
Hayır	128 (44,6)	329 (45,4)	52 (33,1)	70 (36,6)	70 (50,4)	649 (43,3)		
Kararsız	78 (27,2)	239 (33,0)	54 (34,4)	60 (31,4)	20 (14,4)	451 (30,1)		
Toplam**	287 (100,0)	724 (100,0)	157 (100,0)	191 (100,0)	139 (100,0)	1498 (100,0)		
Emeklilik planı								
Emekliliği hak eder etmez emekli olmak	208 (75,1)	500 (71,6)	88 (59,5)	119 (67,2)	105 (78,9)	1020 (71,2)	19,433	0,013
Yaş haddine kadar çalışmak	38 (13,7)	111 (15,9)	36 (24,3)	36 (20,3)	13 (9,8)	234 (16,3)		
Diğer ^b	31 (11,2)	87 (12,5)	24 (16,2)	22 (12,4)	15 (11,3)	179 (12,5)		
Toplam**	277 (100,0)	698 (100,0)	148 (100,0)	177 (100,0)	133 (100,0)	1433 (100,0)		

^a Grup1: Hekimler, Grup 2:Hemşireler, Grup 3:Yardımcı Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Profesyonel Meslek Çalışanları, Grup 4:Yönetim ve Destek Personeli, Grup 5:Hizmet İşlerinde Çalışanlar

^b Açık uçlu ifade şeklinde belirtilen bu seçeneğe yönelik cevaplar; “Emekliliğin hak edilmesine rağmen çalışıyor durumda”, “Sağlık durumu elverdiği sürece çalışmak”, “Çocuk/çocukların okulu bitene kadar çalışmak”, “Emekliliği beklemeden istifa etmek”, “Başka iş alanlarına yönelmek”, “Yasal düzenlemeleri (3600 ek gösterge) beklemek”, “Ekonomik şartlara göre karar almak” ve “Kararsızım” şeklinde gruplandırılmıştır.

**Sütun yüzdesi

Meslek sınıfları arasında; yaş grubu ($\chi^2=251,555$; $p<0,01$), meslekte toplam çalışma süresi ($\chi^2=432,349$; $p<0,01$), haftalık çalışma saati ($\chi^2=222,673$; $p<0,01$) ve çalışma şekli ($\chi^2= 360,028$; $p<0,01$) açısından anlamlı fark vardır. Hekimlerin %81,2'sinin ($n=233$), hemşirelerin %44,7'sinin ($n=323$), yardımcı sağlık profesyonelleri ve diğer profesyonel meslek çalışanlarının %33,1'inin ($n=52$), yönetim ve destek personelinin %46,8'inin ($n=89$), hizmet işlerinde çalışanların ise %92,0'inin ($n=127$) haftalık çalışma süresi 40 saat ve üzerindedir (Tablo-18).

Çalışmada, mesleğini isteyerek seçme ($\chi^2=72,928$; $p<0,01$), mesleğini tekrar seçme isteği ($\chi^2=38,754$; $p<0,01$) ve emeklilik planı ($\chi^2=19,433$; $p<0,01$) değişkenlerine göre meslek sınıfları arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir. Hekimlerin %91,6'sı ($n=263$), hemşirelerin %71,1'i ($n=514$), yardımcı sağlık profesyonelleri ve diğer profesyonel meslek çalışanlarının %74,7'si ($n=118$), yönetim ve destek personelinin %64,9'u ($n=122$), hizmet işlerinde çalışanların ise %59,0'ı ($n=82$) mesleğini isteyerek seçtiğini ifade ederken; hekimlerin %28,2'si ($n=81$), hemşirelerin %21,5'i ($n=156$), yardımcı sağlık profesyonelleri ve diğer profesyonel meslek çalışanlarının %32,5'i ($n=51$), yönetim ve destek personelinin %31,9'u ($n=61$), hizmet işlerinde çalışanların ise %35,3'ü ($n=49$) sahip olduğu mesleği tekrar seçmek istemektedir (Tablo-19).

Sağlık Durumu, Sağlık Algısı ve Alışkanlıklar ile İlgili Özellikler

Katılımcıların son bir yıl içindeki hekime başvuru sayılarının ortalaması 3,71'dir (%95 G.A:3,55-3,88). Katılımcıların %37,7'sinin (n=552) hekim tarafından tanısı konulmuş en az bir kronik hastalığı mevcuttur.

Katılımcılar tarafından en sık belirtilen ilk üç kronik hastalık grubu; kardiyovasküler hastalıklar, solunum sistemi hastalıkları ve alerjik hastalıklardır. Katılımcılar tarafından belirtilen kronik hastalıkların dağılımı Tablo-20'de gösterilmektedir.

Tablo-20: Katılımcıların kronik hastalıklarının dağılımı

Değişken	n (%)**	
Kronik Hastalıklar	Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	112 (20,3)
	Solunum Sistemi Hastalıkları	104 (18,8)
	Allerjik Hastalıklar	80 (14,5)
	Endokrin Sistem Hastalıkları	73 (13,2)
	Kas/İskelet Sistemi Hastalıkları	58 (10,5)
	Dermatolojik Hastalıklar	43 (7,8)
	Psikiyatrik Hastalıklar	40 (7,2)
	Nörolojik Sistem Hastalıkları	34 (6,2)
	Göz Hastalıkları	25 (4,5)
	Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	24 (4,3)
	Hematolojik Hastalıklar	21 (3,8)
	Romatolojik Hastalıklar	15 (2,7)
	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	7 (1,3)
	Onkolojik Hastalıklar	6 (1,1)
	Üriner Sistem Hastalıkları	5 (0,9)
Jinekolojik Hastalıklar	1 (0,2)	
Diğer*	1 (0,2)	

*Diğer: "Engelli" olarak ifade edilen 1 kronik hastalık bu grupta değerlendirilmiştir.

**Bazı katılımcıların birden fazla kronik hastalığa sahip olmasından dolayı yüzdelerin toplamı %100 olmamaktadır.

Katılımcıların depresyon öyküsüne bakıldığında; %27,9'u (n=419) daha önce depresyon tanısı aldığını, %25,4'ü (n=382) daha önce depresyon nedeniyle tedavi gördüğünü, %10,7'si ise (n=161) halen depresyon tedavisi aldığını bildirmiştir. Ailesinde bakım gerektiren bir kronik hastalık olan katılımcıların oranı %17,2 (n=249), birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık tanısı olan katılımcıların oranı ise %14,5'tir (n=214). Katılımcılar arasında son 6 ayda doğum yapanların oranı %0,8 (n=12) olarak bildirilmiştir (Tablo-21).

Tablo-21: Katılımcıların sağlık durumu ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı

Değişkenler		n (%)
Daha önce depresyon tanısı (n=1500)	Evet	419 (27,9)
	Hayır	1081 (72,1)
Daha önce depresyon tedavisi (n=1502)	Evet	382 (25,4)
	Hayır	1120 (74,6)
Halen depresyon tedavisi (n=1502)	Evet	161 (10,7)
	Hayır	1341 (89,3)
Birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık (n=1472)	Evet	214 (14,5)
	Hayır	1258 (85,5)
Ailede bakım gerektiren kronik hastalık (n=1502)	Evet	249 (17,2)
	Hayır	1198 (82,8)
Son 6 ay içinde doğum yapma (n=1502)	Evet	12 (0,8)
	Hayır	1490 (99,2)

Birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık tanısı olduğunu bildiren katılımcıların en sık bildirdiği ilk üç hastalık grubu; depresyon bozuklukları, anksiyete bozuklukları, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklardır. Katılımcıların birinci derece yakınlarındaki psikiyatrik hastalıkların dağılımı Tablo-22’de sunulmaktadır.

Tablo-22: Katılımcıların birinci derece yakınlarında mevcut olan psikiyatrik hastalıkların dağılımı

Değişken	n (%)	
Birinci derece yakınlarında mevcut olan psikiyatrik hastalıklar*	Depresyon Bozuklukları	108 (51,9)
	Anksiyete Bozuklukları	59 (28,4)
	Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	13 (6,93)
	Bipolar Bozukluklar	6 (2,9)
	Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar	6 (2,9)
	Öğrenme Bozuklukları	3(1,4)
	Mental Retardasyon	3(1,4)
	Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar	2(1,0)
	Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları	2(1,0)
	Otizim	1 (0,5)
	Demans	2(1,0)
	Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetim ve Davranış Bozuklukları	1 (0,5)
	Kişilik Bozuklukları	2(1,0)
Toplam	208 (100,0)	

*Psikiyatrik hastalıkların sınıflandırılması “Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-V (DSM-V) sınıflama sistemine göre yapılmıştır.

Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre kronik hastalık durumu Tablo-23'de sunulmaktadır. Kronik hastalık durumu yaş grubuna ($\chi^2=27,126$; $p<0,01$) ve medeni duruma ($\chi^2=11,807$; $p<0,01$) göre anlamlı farklılık göstermektedir. Kronik hastalık varlığı açısından gelir-gider karşılama durumuna göre katılımcılar arasında anlamlı farklılık yoktur ($\chi^2=0,002$; $p>0,05$).

Tablo-23: Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre kronik hastalık durumu

Değişkenler	Kronik hastalık			χ^2	p
	Yok	Var	Toplam **		
Yaş grubu				27,126	0,000
18-29 yaş	268 (71,3)	108 (28,7)	376 (25,7)		
30-39 yaş	325 (64,1)	182 (35,9)	507 (34,6)		
≥ 40 yaş	319 (54,9)	262 (45,1)	581 (39,7)		
Toplam*	912 (62,3)	552 (37,7)	1464 (100,0)		
Medeni durum				11,807	0,003
Bekar	283 (69,0)	127 (31,0)	410 (28,0)		
Evli	565 (59,2)	389 (40,8)	954 (65,2)		
Boşanmış/Eşinden ayrı yaşıyor/Eşi ölmüş	63 (63,6)	36 (36,4)	99 (6,8)		
Toplam*	911 (62,3)	552 (37,7)	1463 (100,0)		
Gelir-gider karşılama durumu				0,002	0,962
Karşılamiyor	257 (62,1)	157 (37,9)	414 (28,3)		
Yaklaşık/rahatlıkla karşılıyor	655 (62,4)	395 (37,6)	1050 (71,7)		
Toplam*	912 (62,3)	552 (37,7)	1464 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Tablo-24: Katılımcıların bazı mesleki özelliklerine göre kronik hastalık durumu

Değişkenler	Kronik hastalık			χ^2	p
	Yok	Var	Toplam**		
Meslek sınıfı				4,713	0,318
Hekimler	176 (63,3)	102 (36,7)	278 (19,0)		
Hemşireler	429 (61,1)	273 (38,9)	702 (48,0)		
Yardımcı Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Profesyonel Meslek Çalışanları	100 (64,5)	55 (35,5)	155 (10,6)		
Yönetim ve Destek Personeli	128 (67,4)	62 (32,6)	190 (13,0)		
Hizmet İşlerinde Çalışanlar	79 (56,8)	60 (43,2)	139 (9,5)		
Toplam*	912 (62,3)	552 (37,7)	1464 (100,0)		
Haftalık çalışma süresi				3,053	0,081
≤40 saat	422 (64,8)	229 (35,2)	651 (44,7)		
40 + saat	486 (60,2)	321 (39,8)	807 (55,3)		
Toplam*	908 (62,3)	550 (37,7)	1458 (100,0)		
Çalışma şekli				1,172	0,279
Yalnız gündüz/gece	519 (61,1)	330 (38,9)	849 (58,1)		
Gündüz- gece vardiyalı	392 (64,1)	220 (35,9)	612 (41,9)		
Toplam*	911 (62,4)	550 (37,6)	1461 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının kronik hastalık durumunun bazı mesleki özelliklerle ilişkisi Tablo-24'de sunulmaktadır. Meslek sınıfına, haftalık çalışma süresine ve çalışma şekline göre kronik hastalığa sahip olma durumu açısından katılımcılar arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Daha önce depresyon tanısı alma ve bazı sosyodemografik etmenlerin ilişkisine bakıldığında; çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının yaş grubu ($\chi^2=9,978$; $p<0,01$), medeni durumu ($\chi^2=21,994$; $p<0,01$) ve meslek sınıfına ($\chi^2=16,315$; $p<0,01$) göre geçmişte depresyon tanısı alma durumlarında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Geçmişte depresyon tanısı alma durumu açısından öğrenim durumları arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ($\chi^2=1,081$; $p>0,05$) (Tablo-25).

Daha önce depresyon tanısı alma ve sağlık durumu ile ilgili bazı etmenlerin ilişkisine bakıldığında; kronik hastalığı olanlar olmayanlara göre ($\chi^2=92,998$; $p<0,01$) ve birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık tanısı olanlar olmayanlara göre ($\chi^2=45,239$; $p<0,01$) anlamlı olarak daha yüksek oranda geçmişte depresyon tanısı almıştır (Tablo- 26).

Tablo-25: Daha önce depresyon tanısı alma ve bazı ilişkili etmenler

Değişkenler	Geçmişte depresyon tanısı			χ^2	p
	Yok	Var	Toplam **		
Yaş grubu				9,978	0,007
18-29 yaş	292 (76,0)	92 (24,0)	384 (25,6)		
30-39 yaş	383 (74,2)	133 (25,8)	516 (34,4)		
≥ 40 yaş	406 (67,7)	194 (32,3)	600 (40,0)		
Toplam*	1081 (72,1)	419 (27,9)	1500 (100,0)		
Medeni durum				21,994	0,000
Bekar	316 (75,4)	103 (24,6)	419 (28,0)		
Evli	713 (72,6)	269 (27,4)	982 (65,5)		
Boşanmış/Eşinden ayrı yaşıyor/Eşi ölmüş	51 (52,0)	47 (48,0)	98 (6,5)		
Toplam*	1080 (72,0)	419 (28,0)	1499 (100,0)		
Öğrenim Durumu				1,081	0,299
Önlisans ve altı	282 (74,2)	98 (25,8)	380 (25,4)		
Lisans ve üzeri	796 (71,3)	321 (28,7)	1117 (74,6)		
Toplam*	1078 (72,0)	419 (28,0)	1497 (100,0)		
Meslek sınıfı				16,315	0,003
Hekimler	187 (65,2)	100 (34,8)	287 (19,1)		
Hemşireler	538 (74,2)	187 (25,8)	725 (48,3)		
Yardımcı Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Profesyonel Meslek Çalışanları	115 (72,3)	44 (27,7)	159 (10,6)		
Yönetim ve Destek Personeli	151 (79,1)	40 (20,9)	191 (12,7)		
Hizmet İşlerinde Çalışanlar	90 (65,2)	48 (34,8)	138 (9,2)		
Toplam*	1081 (72,1)	419 (27,9)	1500 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Tablo-26: Daha önce depresyon tanısı alma ve sağlık durumu ile ilgili bazı etmenlerin ilişkisi

Değişkenler	Geçmişte depresyon tanısı			χ^2	p
	Yok	Var	Toplam **		
Kronik hastalık				92,998	0,000
Var	318 (57,7)	233 (42,3)	551 (37,7)		
Yok	740 (81,1)	172 (18,9)	912 (62,3)		
Toplam*	1058 (72,3)	405 (27,7)	1463 (100,0)		
Birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık				45,239	0,000
Yok	953 (75,8)	305 (24,2)	1258 (85,5)		
Var	114 (53,3)	100 (46,7)	214 (14,5)		
Toplam*	1067 (72,5)	405 (27,5)	1472 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Daha önce depresyon tedavisi alma ve bazı sosyodemografik etmenlerin ilişkisine bakıldığında, depresyon tanısı alma durumu ile benzer şekilde; yaş grubu ($\chi^2=11,146$; $p<0,01$), medeni durum ($\chi^2=18,760$; $p<0,01$) ve meslek sınıfına ($\chi^2=20,151$; $p<0,01$) göre geçmişte depresyon tedavisi alma durumunda anlamlı farklılık vardır. Geçmişte depresyon tedavisi alma durumu açısından öğrenim durumları arasında ise anlamlı fark bulunmamaktadır ($\chi^2=0,821$; $p>0,05$) (Tablo-27).

Daha önce depresyon tedavisi alma ve sağlık durumu ile ilgili bazı etmenlerin ilişkisine bakıldığında; kronik hastalığı olanlar olmayanlara göre ($\chi^2=75,434$; $p<0,01$) ve birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık tanısı olanlar olmayanlara göre ($\chi^2=51,441$; $p<0,01$) anlamlı olarak daha yüksek oranda geçmişte depresyon tedavisi almıştır (Tablo-28).

Tablo-27: Daha önce depresyon tedavisi alma durumu ile ilişkili etmenler

Değişkenler	Geçmişte depresyon tedavisi			χ^2	p
	Yok	Var	Toplam **		
Yaş grubu				11,146	0,004
18-29 yaş	294 (76,6)	90 (23,4)	384 (25,6)		
30-39 yaş	405 (78,3)	112 (21,7)	517 (34,4)		
≥ 40 yaş	421 (70,0)	180 (30,0)	601 (40,0)		
Toplam*	1120 (74,6)	382 (25,4)	1502 (100,0)		
Medeni durum				18,760	0,000
Bekar	324 (77,3)	95 (22,7)	419 (27,9)		
Evli	738 (75,2)	244 (24,8)	982 (65,5)		
Boşanmış/Eşinden ayrı yaşıyor/Eşi ölmüş	56 (56,6)	43 (43,4)	99 (6,6)		
Toplam*	1118 (74,5)	382 (25,5)	1500 (100,0)		
Öğrenim Durumu				0,821	0,365
Önlisans ve altı	291 (76,4)	90 (23,6)	381 (25,4)		
Lisans ve üzeri	825 (73,9)	292 (26,1)	1117 (74,6)		
Toplam*	1116 (74,5)	382 (25,5)	1498 (100,0)		
Meslek sınıfı				20,151	0,000
Hekimler	190 (66,2)	97 (33,8)	287 (19,1)		
Hemşireler	555 (76,6)	170 (23,4)	725 (48,3)		
Yardımcı Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Profesyonel Meslek Çalışanları	125 (78,6)	34 (21,4)	159 (10,6)		
Yönetim ve Destek Personeli	155 (80,7)	37 (19,3)	192 (12,8)		
Hizmet İşlerinde Çalışanlar	95 (68,3)	44 (31,7)	139 (9,3)		
Toplam*	1120 (74,6)	382 (25,4)	1502 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Tablo-28: Daha önce depresyon tedavisi alma ve sağlık durumu ile ilgili bazı etmenlerin ilişkisi

Değişkenler	Geçmişte depresyon tedavisi			χ^2	p
	Yok	Var	Toplam **		
Kronik hastalık				75,434	0,000
Yok	752 (82,5)	160 (17,5)	912 (62,3)		
Var	342 (62,0)	210 (38,0)	552 (37,7)		
Toplam*	1094 (74,7)	370 (25,3)	1464 (100,0)		
Birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık				51,441	0,000
Yok	986 (78,4)	272 (21,6)	1258 (85,5)		
Var	118 (55,1)	96 (44,9)	214 (14,5)		
Toplam*	1104 (75,0)	368 (25,0)	1472 (100,0)		
Toplam*	1080 (72,1)	418 (27,9)	1498 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Halen depresyon tedavisi alma ve bazı sosyodemografik etmenlerin ilişkisine bakıldığında; yaş grubu ($\chi^2=11,576$; $p<0,01$), medeni durum ($\chi^2=10,275$; $p<0,01$) ve gelir-gider karşılama durumu ($\chi^2=6,667$; $p<0,05$) açısından halen depresyon tedavisi alma durumunda anlamlı farklılık vardır. Meslek sınıfı ($\chi^2=5,509$; $p>0,05$) ve öğrenim durumuna göre ($\chi^2=0,220$; $p>0,05$) halen depresyon tedavisi alma durumu açısından anlamlı farklılık yoktur (Tablo-29).

Daha önce depresyon tanısı alma ve sağlık durumu ile ilgili bazı etmenlerin ilişkisine bakıldığında; kronik hastalığı olanlar olmayanlara göre ($\chi^2=38,793$; $p<0,01$) ve birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık tanısı olanlar olmayanlara göre ($\chi^2=18,289$; $p<0,01$) anlamlı olarak daha yüksek oranda halen depresyon tedavisi aldığını bildirmiştir (Tablo-30).

Tablo-29: Halen depresyon tedavisi alıyor olma durumu ile ilişkili bazı etmenler

Değişkenler	Halen depresyon tedavisi			χ^2	p
	Hayır	Evet	Toplam**		
Yaş grubu				11,576	0,003
18-29 yaş	345 (89,8)	39 (10,2)	384 (25,6)		
30-39 yaş	478 (92,5)	39 (7,5)	517 (34,4)		
≥ 40 yaş	518 (86,2)	83 (13,8)	601 (40,0)		
Toplam*	1341 (89,3)	161 (10,7)	1502 (100,0)		
Medeni durum				10,275	0,006
Bekar	380 (90,7)	39 (9,3)	419 (27,9)		
Evli	880 (89,6)	102 (10,4)	982 (65,5)		
Boşanmış/Eşinden ayrı yaşıyor/Eşi ölmüş	79 (79,8)	20 (20,2)	99 (6,6)		
Toplam*	1339 (89,3)	161 (10,7)	1500 (100,0)		
Öğrenim Durumu				0,220	0,639
Önlisans ve altı	343 (90,0)	38 (10,0)	381 (25,4)		
Lisans ve üzeri	994 (89,0)	123 (11,0)	1117 (74,6)		
Toplam*	1337 (89,3)	161 (10,7)	1498 (100,0)		
Meslek sınıfı				5,509	0,239
Hekimler	252 (87,8)	35 (12,2)	287 (19,1)		
Hemşireler	655 (90,3)	70 (9,7)	725 (48,3)		
Yardımcı Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Profesyonel Meslek Çalışanları	147 (92,5)	12 (7,5)	159 (10,6)		
Yönetim ve Destek Personeli	167 (87,0)	25 (13,0)	192 (12,8)		
Hizmet İşlerinde Çalışanlar	120 (86,3)	19 (13,7)	139 (9,3)		
Toplam*	1341 (89,3)	161 (10,7)	1502 (100,0)		
Gelir-gider durumu				6,667	0,010
Karşılımiyor	365 (85,9)	60 (14,1)	425 (28,3)		
Yaklaşık/rahatlıkla karşılıyor	976 (90,6)	101 (9,4)	1077 (71,7)		
Toplam*	1341 (89,3)	161 (10,7)	1502 (100,0)		

*Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi

Tablo-30: Halen depresyon tedavisi alma ve sağlık durumu ile ilgili bazı etmenlerin ilişkisi

Değişkenler	Halen depresyon tedavisi			χ^2	p
	Hayır	Evet	Toplam **		
Kronik hastalık				38,793	0,000
Yok	852 (93,4)	60 (6,6)	912 (62,3)		
Var	458 (83,0)	94 (17,0)	552 (37,7)		
Toplam*	1310 (89,5)	154 (10,5)	1464 (100,0)		
Birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık				18,289	0,000
Yok	1147 (91,2)	111 (8,8)	1258 (85,5)		
Var	174 (81,3)	40 (18,7)	214 (14,5)		
Toplam*	1321 (89,7)	151 (10,3)	1472 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Tablo-31’de çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının sağlık algısı durumuna ve alışkanlıklarına ilişkin bazı özelliklere yer verilmiştir. Katılımcıların %34,9’u (n=523) sağlığını “iyiden kötü (orta/kötü)” olarak tanımlamaktadır. Katılımcıların %32,1’i (n=482) halen (arada sırada/düzenli olarak) sigara içmekte, %43,6’sı (n=653) halen (arada sırada/düzenli olarak) alkol kullanmaktadır. Katılımcıların %18,2’si (n=272) sık (her zaman/sık sık), %81,8’i (n=1226) bazen ve daha az fiziksel aktivite yaptığını ifade etmektedir.

Sağlık algısı ve ilgili bazı sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi incelendiğinde; yaş grubu ($\chi^2=22,471$; $p<0,01$), öğrenim durumu ($\chi^2=6,218$; $p<0,05$), medeni durum ($\chi^2=30,431$; $p<0,01$) ve meslek sınıfına ($\chi^2=52,426$; $p<0,01$) göre algılanan sağlık açısından anlamlı farklılık olduğu görülmektedir (Tablo-32).

Tablo-31: Katılımcıların sağlık algısı ve alışkanlıklarına ilişkin bilgilerin dağılımı

Değişken		n (%)
Sağlık algısı (n=1499)	Mükemmel	26 (1,7)
	Çok iyi	183 (12,2)
	İyi	767 (51,2)
	Orta	467 (31,2)
	Kötü	56 (3,7)
Sigara içme durumu (n=1500)	Hiç içmemiş	468 (31,2)
	Sadece denemiş	357 (23,8)
	Bir süre içmiş bırakmış	193 (12,9)
	Arada sırada içiyor	161 (10,7)
	Düzenli içiyor	321 (21,4)
Alkol kullanma durumu (n=1498)	Düzenli kullanıyor	34 (2,3)
	Ara sıra kullanıyor	619 (41,3)
	Hiç kullanmıyor	845 (56,4)
Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu (n=1498)	Her zaman	63 (4,2)
	Sık sık	209 (14,0)
	Bazen	518 (34,6)
	Nadiren	477 (31,8)
	Hiç	231 (15,4)

Kronik hastalığı olanlar olmayanlara göre ($\chi^2=58,520$; $p<0,01$); daha önce depresyon tanısı ($\chi^2=23,200$; $p<0,01$) ve tedavisi alanlar ($\chi^2=23,045$; $p<0,01$) almayanlara göre; halen depresyon nedeniyle tedavi alanlar almayanlara göre ($\chi^2=32,012$; $p<0,01$) anlamlı olarak sağlıklarını daha kötü algılamaktadır. Çocuğu olanların çocuğu olmayanlara göre ($\chi^2=47,158$; $p<0,01$); geliri giderini karşılamayanların karşılayanlara göre ($\chi^2=19,094$; $p<0,01$) sağlık algıları anlamlı olarak daha kötüdür (Tablo-33).

Tablo-32: Bazı sosyodemografik değişkenlere göre algılanan sağlık

Değişkenler	Sağlık Algısı			χ^2	p
	İyi	İyiden kötü	Toplam **		
Yaş grubu				22,471	0,000
18-29 yaş	281 (73,2)	103 (26,8)	384 (25,6)		
30-39 yaş	343 (66,6)	172 (33,4)	515 (34,4)		
≥ 40 yaş	352 (58,7)	248 (41,3)	600 (40,0)		
Toplam*	976 (65,1)	523 (34,9)	1499 (100,0)		
Öğrenim Durumu				6,218	0,013
Önlisans ve altı	226 (59,6)	153 (40,4)	379 (25,3)		
Lisans ve üzeri	747 (66,9)	370 (33,1)	1117 (74,7)		
Toplam*	973 (65,0)	523 (35,0)	1496 (100,0)		
Medeni durum				30,431	0,000
Bekar	318 (75,9)	101 (24,1)	419 (28,0)		
Evli	600 (61,2)	380 (38,8)	980 (65,4)		
Boşanmış/Eşinden ayrı yaşıyor/Eşi ölmüş	57 (57,6)	42 (42,4)	99 (6,6)		
Toplam*	975 (65,1)	523 (34,9)	1498 (100,0)		
Meslek sınıfı				52,426	0,000
Hekimler	213 (74,2)	74 (25,8)	287 (19,1)		
Hemşireler	444 (61,3)	280 (38,7)	724 (48,3)		
Yardımcı Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Profesyonel Meslek Çalışanları	123 (77,4)	36 (22,6)	159 (10,6)		
Yönetim ve Destek Personeli	134 (70,2)	57 (29,8)	191 (12,7)		
Hizmet İşlerinde Çalışanlar	62 (44,9)	76 (55,1)	138 (9,2)		
Toplam*	976 (65,1)	523 (34,9)	1499 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Tablo-33: Sağlık algısı ve bazı ilişkili özellikler

Değişkenler	Sağlık Algısı			χ^2	p
	İyi	İyiden kötü	Toplam **		
Kronik hastalık				58,520	0,000
Yok	666 (73,1)	245 (26,9)	911 (62,3)		
Var	294 (53,4)	257 (46,6)	551 (37,7)		
Toplam*	960 (65,7)	502 (34,3)	1462 (100,0)		
Daha önce depresyon tanısı almış olma				23,200	0,000
Hayır	744 (68,9)	336 (31,1)	1080 (72,1)		
Evet	232 (55,5)	186 (44,5)	418 (27,9)		
Toplam*	976 (65,2)	522 (34,8)	1498 (100,0)		
Daha önce depresyon tedavisi almış olma				23,045	0,000
Hayır	767 (68,6)	351 (31,4)	1118 (74,6)		
Evet	209 (54,9)	172 (45,1)	381 (25,4)		
Toplam*	976 (65,1)	523 (34,9)	1499 (100,0)		
Halen depresyon nedeniyle tedavi alıyor olma				32,012	0,000
Hayır	904 (67,6)	434 (32,4)	1338 (89,3)		
Evet	72 (44,7)	89 (55,3)	161 (10,7)		
Toplam*	976 (65,1)	523 (34,9)	1499 (100,0)		
Çocuk varlığı				47,158	0,000
Yok	436 (75,4)	142 (24,6)	578 (39,0)		
Var	522 (57,8)	381 (42,2)	903 (61,0)		
Toplam*	958 (64,7)	523 (35,3)	1481 (100,0)		
Gelir-gider durumu				19,094	0,000
Karşılıyorum	238 (56,4)	184 (43,6)	422 (28,2)		
Yaklaşık/rahatlıkla karşılıyorum	738 (68,5)	339 (31,5)	1077 (71,8)		
Toplam*	976 (65,1)	523 (34,9)	1499 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Ebeveynler ve Sosyal Çevre ile İlişkili Özellikler

Katılımcılardan annesinin öğrenim durumu lise ve altı olanların oranı %87,3 (n=1311), babasının öğrenim durumu lise ve altı olanların oranı ise %76,8'dir (n=1154). Katılımcıların ebeveynlerine ve sosyal çevrelerine ilişkin bazı özellikler Tablo-34'de sunulmaktadır.

Tablo-34: Katılımcıların ebeveynleri ve sosyal çevreleri ile ilişkili bazı özelliklerin dağılımı

Değişkenler		n (%)
Anne öğrenim durumu (n=1502)	Herhangi bir okul mezunu değil	160 (10,7)
	İlkokul/Ortaokul	856 (57,09)
	Lise	295 (19,6)
	Önlisans	59 (3,9)
	Lisans	105 (7,0)
	Yükseklisans	22 (1,5)
	Doktora	5 (0,3)
	Baba öğrenim durumu (n=1502)	Herhangi bir okul mezunu değil
İlkokul/Ortaokul		705 (46,9)
Lise		400 (26,6)
Önlisans		84 (5,6)
Lisans		216 (14,4)
Yükseklisans		31 (2,1)
Doktora		17 (1,1)
Otoriter ebeveyn özellikleri (n=1500)		Var
	Yok	715 (47,7)
İlgisiz ebeveyn özellikleri (n=1499)	Var	313 (20,9)
	Yok	1186 (79,1)
Çocukluk döneminde aile içi şiddet (n=1500)	Var	295 (19,7)
	Yok	1205 (80,3)
Çocukluk döneminde ebeveyn ölümü/ayrılığı (n=1501)	Var	168 (11,2)
	Yok	1333 (88,8)
Aile ve sosyal çevreden duygusal destek alma durumu (n=1496)	Hayır	275 (18,4)
	Evet	1221 (81,6)

Evlilik Hayatına İlişkin Özellikler

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının ortalama evlilik sayısı 1,03 (%95 G.A: 1,01- 1,04) olup, ilk evlenme yaşlarının ortalaması 25,10'dur (%95 G.A: 24,86- 25,33). Katılımcıların %90,3 'ü (n=968) kendi istediği kişi ile evlilik kararı aldığını bildirmiş, %9,7'si ise (n=104) görücü usulü ile evlilik kararı aldığını belirtmiştir (Tablo-35).

Tablo-35: Katılımcıların evlilik hayatına ilişkin bazı özelliklerinin dağılımı

Değişkenler		n (%)
Evlilik sayısı (n=1498)	Hiç evlenmeyen	427 (28,5)
	1 kez	1044 (69,7)
	≥ 2 kez	27 (1,8)
İlk evlenme yaşı (n=1068)	<25 yaş	483 (45,2)
	≥25 yaş	585 (54,8)
Evlilik kararı (n=1072)	Kendi istediği kişi ile	968 (90,3)
	Görücü usulü	104 (9,7)

Katılımcıların ilk evlenme yaşı “25 yaş altı” ve “25 yaş ve üzeri” şeklinde sınıflandırıldığında, ilk evlenme yaşının bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi olduğu izlenmektedir. Doğum yerine ($\chi^2=15,692$; $p<0,01$), ilköğrenim sonuna kadar en uzun süre yaşanan yerleşim yerine ($\chi^2=14,216$; $p<0,01$), öğrenim durumuna ($\chi^2=78,609$; $p<0,01$) ve meslek sınıfına göre ($\chi^2=144,275$; $p<0,01$) ilk evlenme yaşında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir (Tablo-36).

Ayrıca, anne öğrenim durumu lise ve altı olanların, önlisans ve üzeri olanlara göre ($\chi^2=27,359$; $p<0,01$), baba öğrenim durumu lise ve altı olanların önlisans ve üzeri olanlara göre ($\chi^2=42,792$; $p<0,01$), ilgisiz ebeveynlere sahip olanların olmayanlara göre ($\chi^2=7,719$; $p<0,01$) ve çocukluk döneminde aile içi şiddete maruz kalanların kalmayanlara göre ($\chi^2=8,266$; $p<0,01$) ilk evlenme yaşının “25 yaş altı” olma oranı anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo-37).

Tablo-36: Katılımcıların ilk evlenme yaşının bazı değişkenlerle ilişkisi

Değişkenler	İlk evlilik yaşı			χ^2	p
	<25 yaş	≥25 yaş	Toplam **		
Doğum yeri				15,692	0,000
İl	222 (39,5)	340 (60,5)	562 (52,6)		
İlçe	198 (51,7)	185 (48,3)	383 (35,9)		
Köy	63 (51,2)	60 (48,8)	123 (11,5)		
Toplam*	483 (45,2)	585 (54,8)	1068 (100,0)		
İlköğretim sonuna kadar en uzun süre yaşanılan yer				14,216	0,001
İl	224 (39,8)	339 (60,2)	563 (52,7)		
İlçe	171 (51,2)	163 (48,8)	334 (31,3)		
Köy	88 (51,5)	83 (48,5)	171 (16,0)		
Toplam*	483 (45,2)	585 (54,8)	1068 (100,0)		
Öğrenim Durumu				78,609	0,000
Önlisans ve altı	210 (66,2)	107 (33,8)	317 (29,7)		
Lisans ve üzeri	273 (36,4)	476 (63,6)	749 (70,3)		
Toplam*	483 (45,3)	583 (54,7)	1066 (100,0)		
Meslek sınıfı				144,275	0,000
Hekimler	15 (11,2)	119 (88,8)	134 (12,5)		
Hemşireler	246 (44,8)	303 (55,2)	549 (51,4)		
Yardımcı Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Profesyonel Meslek Çalışanları	39 (35,8)	70 (64,2)	109 (10,2)		
Yönetim ve Destek Personeli	81 (52,3)	74 (47,7)	155 (14,5)		
Hizmet İşlerinde Çalışanlar	102 (84,3)	19 (15,7)	121 (11,3)		
Toplam*	483 (45,2)	585 (54,8)	1068 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Tablo-37: Katılımcıların ilk evlenme yaşının ebeveynlere ilişkin bazı özelliklerle ilişkisi

Değişkenler	İlk evlilik yaşı			χ^2	p
	<25 yaş	≥25 yaş	Toplam **		
Anne öğrenim durumu				27,359	0,000
Lise ve altı	461 (47,9)	501 (52,1)	962 (90,1)		
Önlisans ve üzeri	22 (20,8)	84 (79,2)	106 (9,9)		
Toplam*	483 (45,2)	585 (54,8)	1068 (100,0)		
Baba öğrenim durumu				42,792	0,000
Lise ve altı	439 (49,9)	441 (50,1)	880 (82,4)		
Önlisans ve üzeri	44 (23,4)	144 (76,6)	188 (17,6)		
Toplam*	483 (45,2)	585 (54,8)	1068 (100,0)		
Otoriter ebeveyn özellikleri				0,166	0,684
Yok	218 (44,4)	273 (55,6)	491 (46,0)		
Var	264 (45,8)	312 (54,2)	576 (54,0)		
Toplam*	482 (45,2)	585 (54,8)	1067 (100,0)		
İlgisiz ebeveyn özellikleri				7,719	0,005
Yok	362 (42,9)	482 (57,1)	844 (79,2)		
Var	119 (53,6)	103 (46,4)	222 (20,8)		
Toplam*	481 (45,1)	585 (54,9)	1066 (100,0)		
Çocukluk döneminde aile içi şiddet				8,266	0,004
Yok	367 (43,0)	487 (57,0)	854 (80,0)		
Var	116 (54,2)	98 (45,8)	214 (20,0)		
Toplam*	483 (45,2)	585 (54,8)	1068 (100,0)		
Çocukluk döneminde ebeveyn ölümü/ayrılığı				0,576	0,448
Yok	429 (44,8)	529 (55,2)	958 (89,7)		
Var	54 (49,1)	56 (50,9)	110 (10,3)		
Toplam*	483 (45,2)	585 (54,8)	1068 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Tablo-38'de katılımcıların evlilik kararının bazı değişkenlerle ilişkisi gösterilmektedir. Katılımcıların meslek sınıfları arasında evlilik kararı durumu açısından anlamlı farklılık olduğu görölmektedir ($\chi^2=116,710$; $p<0,01$). Ayrıca, anne öğrenim durumu lise ve altı olanların, önlisans ve üzeri olanlara göre ($\chi^2=8,447$; $p<0,01$); baba öğrenim durumu lise ve altı olanların, önlisans ve üzeri olanlara göre ($\chi^2=13,176$; $p<0,01$); kendi öğrenim durumu önlisans ve altı olanların, lisans ve üzeri olanlara göre ($\chi^2=88,782$; $p<0,01$) ve ilk evlenme yaşı 25 yaş altı olanların, 25 yaş ve üzeri olanlara göre ($\chi^2=28,795$; $p<0,01$) görücü usulü evlenme oranı anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo-38: Katılımcıların evlilik kararının bazı değişkenlerle ilişkisi

Değişkenler	Evlilik Kararı			χ^2	p
	Kendi istediği kişi ile	Görücü usulü	Toplam **		
Anne öğrenim durumu				8,447	0,006
Lise ve altı	862 (89,4)	102 (10,6)	964 (89,9)		
Önlisans ve üzeri	106 (98,1)	2 (1,9)	108 (10,1)		
Toplam*	968 (90,3)	104 (9,7)	1072 (100,0)		
Baba öğrenim durumu				13,176	0,000
Lise ve altı	783 (88,8)	99 (11,2)	882 (82,3)		
Önlisans ve üzeri	185 (97,4)	5 (2,6)	190 (17,7)		
Toplam*	968 (90,3)	104 (9,7)	1072 (100,0)		
Öğrenim Durumu				88,782	0,000
Önlisans ve altı	244 (77,0)	73 (23,0)	317 (29,6)		
Lisans ve üzeri	722 (95,9)	31 (4,1)	753 (70,4)		
Toplam*	966 (90,3)	104 (9,7)	1070 (100,0)		
Meslek sınıfı				116,710	0,000
Hekimler	134 (100,0)	0 (0,0)	134 (12,5)		
Hemşireler	517 (93,7)	35 (6,3)	552 (51,5)		
Yardımcı Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Profesyonel Meslek Çalışanları	105 (96,3)	4 (3,7)	109 (10,2)		
Yönetim ve Destek Personeli	140 (89,7)	16 (10,3)	156 (14,6)		
Hizmet İşlerinde Çalışanlar	72 (59,5)	49 (40,5)	121 (11,3)		
Toplam*	968 (90,3)	104 (9,7)	1072 (100,0)		
İlk evlenme yaşı					
<25 yaş	410 (84,9)	73 (15,1)	483 (45,3)		
≥25 yaş	552 (94,7)	31 (5,3)	583 (54,7)		
Toplam	962 (90,2)	104 (9,8)	1066 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

^a Fisher'in kesin test değeri verilmiştir.

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının eşlerine ilişkin bazı özellikler Tablo-39'da sunulmaktadır. Katılımcıların eşlerinin yaş ortalaması 42,22 yıldır (%95 G.A: 41,71- 42,74). Katılımcıların eşlerinin %50,4'ü (n=497) önlisans ve altı, %49,6'sı (n=489) lisans ve üzeri öğrenim düzeyine sahiptir ve %81,1'i (n=800) ücretli veya maaşlı bir işte çalışmaktadır.

Tablo-39: Katılımcıların eşlerine ilişkin bazı özelliklerin dağılımı

Değişkenler		n (%)
Eşin yaşı (n=980)	18-29 yaş	55 (5,6)
	30-39 yaş	326 (33,3)
	≥ 40 yaş	599 (61,1)
Eş eğitim durumu (n=986)	İlköğretim	52 (5,3)
	Lise	286 (29,0)
	Önlisans	159 (16,1)
	Lisans	346 (35,1)
	Yüksek lisans	104 (10,5)
	Doktora	39 (4,0)
Eş çalışma durumu (n=987)	Çalışmıyor	69 (7,0)
	Ücretli veya maaşlı	800 (81,1)
	İşveren	62 (6,2)
	Kendi hesabına	49 (5,0)
	Yevmiyeli (mevsimlik, geçici)	2 (0,2)
	Ücretsiz aile işlerinde	5 (0,5)

Evli olan katılımcıların %88,6'sı (n=873) çocuk sahibi olma konusundaki kararı kendisi ve eşinin vermesinin gerektiğini düşünmektedir. Evli katılımcılar arasında sağlık kuruluşuna başvurmak için eşinden izin alanların oranı %2,4 (n=24), herhangi bir sosyal aktiviteye katılım için eşinden izin alanların oranı ise %29,8'dir (n=294) (Tablo-40).

Tablo-40: Katılımcıların evlilik hayatına ilişkin bazı özelliklerin dağılımı

Değişkenler		n (%)
Çocuk sahibi olma kararını verme (n=985)	Ben	96 (9,7)
	Eşim	7 (0,7)
	Ben ve eşim	873 (88,6)
	Aile büyükleri	0 (0,0)
	Aile büyükleri ve eşim	2 (0,2)
	Hep beraber	7 (0,7)
	Sağlık kuruluşuna başvuru için eşinden izin alma (n=984)	Evet
	Hayır	960 (97,6)
Sosyal aktivitelere katılım için eşinden izin alma (n=986)	Evet	294 (29,8)
	Hayır	692 (70,2)

Katılımcıların sağlık kuruluşuna başvuru için eşinden izin alma durumlarının bazı değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; öğrenim durumuna ($\chi^2=9,644$; $p<0,01$) ve meslek sınıfına göre ($\chi^2=18,941$; $p<0,01$) izin alma durumunda anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Öğrenim durumu önlisans ve altı olanların sağlık kuruluşuna başvuru için eşlerinden izin alma durumu, lisnas ve üzeri olanlara göre anlamlı olarak daha fazladır ($\chi^2=19,820$; $p<0,01$) (Tablo-41).

Tablo-41: Katılımcıların sağlık kuruluşuna başvuru için eşinden izin alma durumlarının bazı değişkenlerle ilişkisi

Değişkenler	Sağlık kuruluşuna başvuru için eşinden izin alma			χ^2	p
	Hayır	Evet	Toplam **		
Yaş grubu				2,210	0,331
18-29 yaş	136 (99,3)	1 (0,7)	137 (13,9)		
30-39 yaş	364 (97,6)	9 (2,4)	373 (37,9)		
≥40 yaş	460 (97,0)	14 (3,0)	474 (48,2)		
Toplam*	960 (97,6)	24 (2,4)	984 (100,0)		
Öğrenim Durumu				9,644	0,002
Önlisans ve altı	262 (94,9)	14 (5,1)	276 (28,1)		
Lisans ve üzeri	696 (98,6)	10 (1,4)	706 (71,9)		
Toplam*	958 (97,6)	24 (2,4)	982 (100,0)		
Meslek sınıfı				18,941 ^a	0,000
Hekimler	128 (100,0)	0 (0,0)	128 (13,0)		
Hemşireler	499 (97,5)	13 (2,5)	512 (52,0)		
Yardımcı Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Profesyonel Meslek Çalışanları	101 (100,0)	0 (0,0)	101 (10,3)		
Yönetim ve Destek Personeli	146 (98,6)	2 (1,4)	148 (15,0)		
Hizmet İşlerinde Çalışanlar	86 (90,5)	9 (9,5)	95 (9,7)		
Toplam*	960 (97,6)	24 (2,4)	984 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

^a Fisher'in kesin test değeri verilmiştir.

Katılımcılar arasında; ilk evlenme yaşı 25 yaş altı olanların, 25 yaş ve üzeri olanlara göre ($\chi^2=9,236$; $p<0,01$); evlilik kararını görücü usulü şeklinde alanların, kendi istediği kişi ile karar alanlara göre ($\chi^2=33,906$; $p<0,01$) ve eşlerinin öğrenim durumu önlisans ve altı olanların, lisans ve üzeri olanlara göre ($\chi^2=4,919$; $p<0,05$) sağlık kuruluşuna başvuru için eşlerinden izin alma oranları anlamlı olarak daha fazladır (Tablo-42).

Tablo-42: Katılımcıların sağlık kuruluşuna başvuru için eşinden izin alma durumlarının evlilik hayatı ile ilgili bazı özelliklerle ilişkisi

Değişkenler	Sağlık kuruluşuna başvuru için eşinden izin alma				
	Hayır	Evvet	Toplam **	χ^2	p
İlk evlenme yaşı				9,236	0,002
<25 yaş	419 (95,9)	18 (4,1)	437 (44,5)		
≥25 yaş	538 (98,9)	6 (1,1)	544 (55,5)		
Toplam*	957 (97,6)	24 (2,4)	981 (100,0)		
Evlilik kararı				33,906 ^a	0,000
Kendi istediği kişi ile	883 (98,4)	14 (1,6)	897 (91,3)		
Görücü usulü	75 (88,2)	10 (11,8)	85 (8,7)		
Toplam*	958 (97,6)	24 (2,4)	982 (100,0)		
Eş öğrenim durumu				4,919	0,027
Önlisans ve altı	479 96,4%	18 3,6%	497 50,6%		
Lisans ve üzeri	480 98,8%	6 1,2%	486 49,4%		
Toplam*	959 97,6%	24 2,4%	983 100,0%		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

^a Fisher'in kesin test değeri verilmiştir.

Tablo-43'de katılımcıların sosyal aktivitelere katılım için eşlerinden izin alma durumlarının bazı değişkenlerle olan ilişkisi sunulmaktadır. Öğrenim durumuna ($\chi^2=55,461$; $p<0,01$) ve meslek sınıfına göre ($\chi^2=96,324$; $p<0,01$) izin alma durumunda anlamlı farklılık olduğu görülmektedir.

Tablo-43: Katılımcıların sosyal aktivitelere katılım için eşten izin alma durumlarının bazı değişkenlerle ilişkisi

Değişkenler	Sosyal aktivitelere katılım için eşinden izin alma				
	Hayır	Evet	Toplam **	χ^2	p
Yaş grubu				1,445	0,486
18-29 yaş	102 (74,5)	35 (25,5)	137 (13,9)		
30-39 yaş	259 (69,1)	116 (30,9)	375 (38,0)		
≥40 yaş	331 (69,8)	143 (30,2)	474 (48,1)		
Toplam*	692 (70,2)	294 (29,8)	986 (100,0)		
Öğrenim Durumu				55,461	0,000
Önlisans ve altı	145 (52,5)	131 (47,5)	276 (28,0)		
Lisans ve üzeri	545 (77,0)	163 (23,0)	708 (72,0)		
Toplam*	690 (70,1)	294 (29,9)	984 (100,0)		
Meslek sınıfı				96,324	0,000
Hekimler	115 (88,5)	15 (11,5)	130 (13,2)		
Hemşireler	389 (76,0)	123 (24,0)	512 (51,9)		
Yardımcı Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Profesyonel Meslek Çalışanları	62 (61,4)	39 (38,6)	101 (10,2)		
Yönetim ve Destek Personeli	94 (63,5)	54 (36,5)	148 (15,0)		
Hizmet İşlerinde Çalışanlar	32 (33,7)	63 (66,3)	95 (9,6)		
Toplam*	692 (70,2)	294 (29,8)	986 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Sosyal aktivitelere katılım konusunda; ilk evlenme yaşı 25 yaş altı olanların, 25 yaş ve üzeri olanlara göre ($\chi^2=21,113$; $p<0,01$); evlilik kararını görücü usulü şeklinde alanların, kendi istediği kişi ile anlaşarak karar alanlara göre ($\chi^2=23,620$; $p<0,01$) ve eşlerinin öğrenim durumu önlisans ve altı olanların, lisans ve üzeri olanlara göre ($\chi^2=32,854$; $p<0,01$) eşlerinden izin alma oranları anlamlı olarak daha fazladır (Tablo-44).

Tablo-44: Katılımcıların sosyal aktivitelere katılım için eşten izin alma durumlarının evlilik hayatı ile ilgili bazı özelliklerle ilişkisi

Değişkenler	Sosyal aktivitelere katılım için eşinden izin alma				
	Hayır	Evet	Toplam **	χ^2	p
İlk evlenme yaşı				21,113	0,000
<25 yaş	274 (62,7)	163 (37,3)	437 (44,5)		
≥25 yaş	416 (76,2)	130 (23,8)	546 (55,5)		
Toplam*	690 (70,2)	293 (29,8)	983 (100,0)		
Evlilik kararı				23,620	0,000
Kendi istediği kişi ile	650 (72,3)	249 (27,7)	899 (91,4)		
Görücü usulü	40 (47,1)	45 (52,9)	85 (8,6)		
Toplam*	690 (70,1)	294 (29,9)	984 (100,0)		
Eş öğrenim durumu				32,854	0,000
Önlisans ve altı	307 (61,8)	190 (38,2)	497 (50,5)		
Lisans ve üzeri	384 (78,7)	104 (21,3)	488 (49,5)		
Toplam*	691 (70,2)	294 (29,8)	985 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Toplumsal Cinsiyet Kavramı ile İlişkili Özellikler

Katılımcıların toplumsal cinsiyet kavramı ile ilişkili özelliklerinin dağılımı Tablo-45’de sunulmaktadır. Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının %79,5’i (n=1188) toplumsal cinsiyet kavramı hakkında bilgisi olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların %37,6’sı(n=563) büyüdüğü ailede, %19,3’ü (n=289) şu an yaşadığı ailede, %83,9’u (n=1255) yaşadığımız toplumda, %37,9’u (n=568) ise çalışılan kurumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünmektedir.

Tablo-45: Katılımcıların “Toplumsal Cinsiyet” kavramı ile ilişkili algılarının dağılımı

Değişkenler		n (%)
“Toplumsal Cinsiyet” kavramı hakkında bilgi (n=1494)	Yok	306 (20,5)
	Var	1188 (79,5)
Büyüdüğü ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği (n=1497)	Yok	934 (62,4)
	Var	563 (37,6)
Şu an yaşadığı ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği (n=1495)	Yok	1206 (80,7)
	Var	289 (19,3)
Yaşadığımız toplumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği (n=1495)	Yok	240 (16,1)
	Var	1255 (83,9)
Çalışılan kurumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği (n=1500)	Yok	932 (62,1)
	Var	568 (37,9)

Katılımcıların toplumsal cinsiyet kavramı hakkındaki bilgi durumu; yaş grubuna ($\chi^2=35,577$; $p<0,01$), medeni duruma ($\chi^2=15,210$; $p<0,01$), öğrenim durumuna ($\chi^2=46,841$; $p<0,01$) ve meslek sınıfına göre ($\chi^2=104,159$; $p<0,01$) anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo-46).

Tablo-46: Katılımcıların “Toplumsal Cinsiyet” kavramı hakkındaki bilgi durumunun bazı değişkenlerle ilişkisi

Değişkenler	“Toplumsal Cinsiyet” kavramı hakkında bilgi durumu				χ^2	p
	Yok	Var	Toplam **			
Yaş grubu					35,577	0,000
18-29 yaş	40 (10,4)	344 (89,6)	384 (25,7)			
30-39 yaş	111 (21,6)	404 (78,4)	515 (34,5)			
≥ 40 yaş	155 (26,1)	440 (73,9)	595 (39,8)			
Toplam*	306 (20,5)	1188 (79,5)	1494 (100,0)			
Medeni durum					15,210	0,000
Bekar	60 (14,4)	357 (85,6)	417 (27,9)			
Evli	218 (22,3)	759 (77,7)	977 (65,4)			
Boşanmış/Eşinden ayrı yaşıyor/Eşi ölmüş	28 (28,3)	71 (71,7)	99 (6,6)			
Toplam*	306 (20,5)	1187 (79,5)	1493 (100,0)			
Öğrenim Durumu					46,841	0,000
Önlisans ve altı	125 (32,9)	255 (67,1)	380 (25,5)			
Lisans ve üzeri	181 (16,3)	930 (83,7)	1111 (74,5)			
Toplam*	306 (20,5)	1185 (79,5)	1491 (100,0)			
Meslek sınıfı					104,159	0,000
Hekimler	32 (11,1)	255 (88,9)	287 (19,2)			
Hemşireler	127 (17,6)	593 (82,4)	720 (48,2)			
Yardımcı Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Profesyonel Meslek Çalışanları	30 (18,9)	129 (81,1)	159 (10,6)			
Yönetim ve Destek Personeli	45 (23,8)	144 (76,2)	189 (12,7)			
Hizmet İşlerinde Çalışanlar	72 (51,8)	67 (48,2)	139 (9,3)			
Toplam*	306 (20,5)	1188 (79,5)	1494 (100,0)			

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının büyüdüğü ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğuna dair görüşleri; anne öğrenim durumu, baba öğrenim durumu, otoriter ve ilgisiz ebeveyn özellikleri ve çocukluk döneminde aile içi şiddet yaşama durumuna göre katılımcılar arasında anlamlı farklılık göstermektedir. Anne öğrenim durumu lise ve altı olanlar, önlisans ve üzeri olanlara göre ($\chi^2=15,771$; $p<0,01$); baba öğrenim durumu lise ve altı olanlar, önlisans ve üzeri olanlara göre ($\chi^2=9,875$; $p<0,01$); otoriter ($\chi^2=77,727$; $p<0,01$) ve ilgisiz ($\chi^2=116,096$; $p<0,01$) ebeveyn özelliklerine sahip olanlar olmayanlara göre ve çocukluk döneminde aile içi şiddete maruz kalanlar kalmayanlara göre ($\chi^2=162,567$; $p<0,01$) anlamlı olarak daha fazla oranda büyüdüğü ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği yaşadığını düşünmektedir (Tablo-47).

Katılımcıların şu an yaşadıkları ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğuna dair görüşleri; yaş grubuna ($\chi^2=18,364$; $p<0,01$), medeni duruma ($\chi^2=6,903$; $p<0,05$), aile tipine ($\chi^2=15,542$; $p<0,01$) ve gelir gider karşılama durumuna göre ($\chi^2=15,554$; $p<0,01$) anlamlı farklılık göstermektedir. Toplam geliri giderini karşılamayanlar karşılayanlara göre anlamlı olarak daha fazla oranda şu an yaşadığı ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu ifade etmektedir (Tablo-48).

Evlilik hayatına ilişkin bazı özellikler de katılımcıların yaşadığı ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğu görüşü ile ilişkili bulunmuştur. Evlilik kararına ($\chi^2=20,253$; $p<0,01$), eş öğrenim durumuna ($\chi^2=4,409$; $p<0,05$), eş çalışma durumuna ($\chi^2=20,762$; $p<0,01$), sağlık kuruluşuna ($\chi^2=13,817$; $p<0,01$) ve sosyal aktivitelere ($\chi^2=62,200$; $p<0,01$) katılım için eşten izin alma durumuna göre, katılımcılar arasında yaşadığı ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğuna dair görüşler anlamlı farklılık göstermektedir. İlk evlenme yaşı ile yaşanan ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğu görüşü arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo-49).

Tablo-47: Katılımcıların büyüdüğü ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği durumu ve ilişkili etmenler

Değişkenler	Büyüdüğü ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği			χ^2	p
	Yok	Var	Toplam **		
Anne öğrenim durumu				15,771	0,000
Lise ve altı	790 (60,5)	516 (39,5)	1306 (87,2)		
Önlisans ve üzeri	144 (75,4)	47 (24,6)	191 (12,8)		
Toplam*	934 (62,4)	563 (37,6)	1497 (100,0)		
Baba öğrenim durumu				9,875	0,002
Lise ve altı	692 (60,2)	457 (39,8)	1149 (76,8)		
Önlisans ve üzeri	242 (69,5)	106 (30,5)	348 (23,2)		
Toplam*	934 (62,4)	563 (37,6)	1497 (100,0)		
Otoriter ebeveyn özellikleri				77,727	0,000
Yok	527 (74,0)	185 (26,0)	712 (47,6)		
Var	407 (51,9)	377 (48,1)	784 (52,4)		
Toplam*	934 (62,4)	562 (37,6)	1496 (100,0)		
İlgisiz ebeveyn özellikleri				116,096	0,000
Yok	819 (69,3)	363 (30,7)	1182 (79,1)		
Var	113 (36,1)	200 (63,9)	313 (20,9)		
Toplam*	932 (62,3)	563 (37,7)	1495 (100,0)		
Çocukluk döneminde aile içi şiddet				162,567	0,000
Yok	845 (70,3)	357 (29,7)	1202 (80,3)		
Var	89 (30,2)	206 (69,8)	295 (19,7)		
Toplam*	934 (62,4)	563 (37,6)	1497 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Tablo-48: Katılımcıların yaşadığı ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği durumu ve bazı sosyodemografik etmenlerle ilişkisi

Değişkenler	Yaşadığı ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği			χ^2	p
	Yok	Var	Toplam **		
Yaş grubu				18,364	0,000
18-29 yaş	286 (75,1)	95 (24,9)	381 (25,5)		
30-39 yaş	405 (78,9)	108 (21,1)	513 (34,3)		
≥ 40 yaş	515 (85,7)	86 (14,3)	601 (40,2)		
Toplam*	1206 (80,7)	289 (19,3)	1495 (100,0)		
Medeni durum				6,903	0,032
Bekar	319 (76,7)	97 (23,3)	416 (27,8)		
Evli	809 (82,6)	170 (17,4)	979 (65,5)		
Boşanmış/Eşinden ayrı yaşıyor/Eşi ölmüş	78 (78,8)	21 (21,2)	99 (6,6)		
Toplam*	1206 (80,7)	288 (19,3)	1494 (100,0)		
Öğrenim Durumu				1,158	0,282
Önlisans ve altı	299 (78,7)	81 (21,3)	380 (25,5)		
Lisans ve üzeri	905 (81,4)	207 (18,6)	1112 (74,5)		
Toplam*	1204 (80,7)	288 (19,3)	1492 (100,0)		
Aile tipi				15,542	0,004
Çekirdek aile	922 (82,2)	199 (17,8)	1121 (75,0)		
Geniş aile	75 (70,8)	31 (29,2)	106 (7,1)		
Parçalanmış aile	37 (71,2)	15 (28,8)	52 (3,5)		
Yalnız	145 (77,5)	42 (22,5)	187 (12,5)		
Diğer***	27 (93,1)	2 (6,9)	29 (1,9)		
Toplam*	1206 (80,7)	289 (19,3)	1495 (100,0)		
Gelir-gider karşılama durumu				15,554	0,000
Karşılamiyor	597 (76,5)	183 (23,5)	780 (53,4)		
Yaklaşık/rahatlıkla karşılıyor	578 (84,8)	104 (15,2)	682 (46,6)		
Toplam*	1175 (80,4)	287 (19,6)	1462 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

***Diğer: Arkadaş, partner, diğer aile üyeleri, akraba

Tablo-49: Katılımcıların yaşadığı ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği durumu ve evlilik hayatı ile ilgili bazı özelliklerle ilişkisi

Değişkenler	Yaşadığı ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği			χ^2	p
	Yok	Var	Toplam **		
İlk evlenme yaşı				2,193	0,139
<25 yaş	387 (80,5)	94 (19,5)	481 (45,1)		
≥25 yaş	491 (83,9)	94 (16,1)	585 (54,9)		
Toplam*	878 (82,4)	188 (17,6)	1066 (100,0)		
Evlilik kararı				20,253	0,000
Kendi istediği kişi ile	812 (84,1)	154 (15,9)	966 (90,3)		
Görücü usulü	69 (66,3)	35 (33,7)	104 (9,7)		
Toplam*	881 (82,3)	189 (17,7)	1070 (100,0)		
Eş öğrenim durumu				4,409	0,036
Önlisans ve altı	396 (80,0)	99 (20,0)	495 (50,3)		
Lisans ve üzeri	417 (85,3)	72 (14,7)	489 (49,7)		
Toplam*	813 (82,6)	171 (17,4)	984 (100,0)		
Eş çalışma durumu				20,762	0,000
Çalışmıyor	50 (72,5)	19 (27,5)	69 (7,0)		
Ücretli-Maaşlı	666 (83,5)	132 (16,5)	798 (81,0)		
İşveren- Kendi hesabına	96 (86,5)	15 (13,5)	111 (11,3)		
Yevmiyeli-Ücretsiz aile işlerinde	2 (28,6)	5 (71,4)	7 (0,7)		
Toplam*	814 (82,6)	171 (17,4)	985 (100,0)		
Sağlık kuruluşuna başvuru için eşinden izin alma				13,817 ^a	0,001
Hayır	798 (83,3)	160 (16,7)	958 (97,6)		
Evet	13 (54,2)	11 (45,8)	24 (2,4)		
Toplam*	811 (82,6)	171 (17,4)	982 (100,0)		
Sosyal aktivitelere katılım için eşinden izin alma				62,200	0,000
Hayır	613 (88,8)	77 (11,2)	690 (70,1)		
Evet	200 (68,0)	94 (32,0)	294 (29,9)		
Toplam*	813 (82,6)	171 (17,4)	984 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

^a Fisher'in kesin test değeri verilmiştir.

Tablo-50'de, katılımcıların yaşadığımız toplumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği durumuna ilişkin görüşlerinin bazı sosyodemografik etmenlerle ilişkisi sunulmaktadır. Yaşanılan toplumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğuna dair görüş; yaş grubuna ($\chi^2=13,328$; $p<0,01$), medeni duruma ($\chi^2=17,064$; $p<0,05$), öğrenim durumuna ($\chi^2=56,254$; $p<0,01$) ve meslek sınıfına göre ($\chi^2=78,636$; $p<0,01$) katılımcılar arasında anlamlı olarak farklılık göstermektedir. Öğrenim durumu lisans ve üzeri olanlar, önlisans ve altı olanlara göre, yaşadığımız toplumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu anlamlı olarak daha fazla oranda düşünmektedir ($\chi^2=56,254$; $p<0,01$).

Tablo-50: Yaşadığımız toplumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği durumuna ilişkin katılımcıların görüşü ve bazı sosyodemografik etmenlerle ilişkisi

Değişkenler	Yaşadığımız toplumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği			χ^2	p
	Yok	Var	Toplam **		
Yaş grubu				13,328	0,001
18-29 yaş	40 (10,4)	344 (89,6)	384 (25,7)		
30-39 yaş	86 (16,7)	428 (83,3)	514 (34,4)		
≥ 40 yaş	114 (19,1)	483 (80,9)	597 (39,9)		
Toplam*	240 (16,1)	1255 (83,9)	1495 (100,0)		
Medeni durum				17,064	0,000
Bekar	41 (9,8)	378 (90,2)	419 (28,0)		
Evli	180 (18,4)	796 (81,6)	976 (65,3)		
Boşanmış/Eşinden ayrı yaşıyor/Eşi ölmüş	19 (19,2)	80 (80,8)	99 (6,6)		
Toplam*	240 (16,1)	1254 (83,9)	1494 (100,0)		
Öğrenim Durumu				56,254	0,000
Önlisans ve altı	108 (28,4)	272 (71,6)	380 (25,5)		
Lisans ve üzeri	132 (11,9)	980 (88,1)	1112 (74,5)		
Toplam*	240 816,1)	1252 (83,9)	1492 (100,0)		
Meslek sınıfı				78,636	0,000
Hekimler	17 (5,9)	270 (94,1)	287 (19,2)		
Hemşireler	109 (15,1)	611 (84,9)	720 (48,2)		
Yardımcı Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Profesyonel Meslek Çalışanları	15 (9,5)	143 (90,5)	158 (10,6)		
Yönetim ve Destek Personeli	51 (26,7)	140 (73,3)	191 (12,8)		
Hizmet İşlerinde Çalışanlar	48 (34,5)	91 (65,5)	139 (9,3)		
Toplam*	240 (16,1)	1255 (83,9)	1495 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Katılımcılar arasında, çalıştığı kurumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünme durumu açısından meslek sınıfına göre anlamlı fark bulunmakta iken ($\chi^2=64,330$; $p<0,01$), katılımcıların çalıştıkları birime göre anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=3,107$; $p>0,05$) (Tablo-51).

Tablo-51: Katılımcıların çalıştığı kurumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği durumu ve bazı sosyodemografik etmenlerle ilişkisi

Değişkenler	Çalışılan kurumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği			χ^2	p
	Yok	Var	Toplam **		
Meslek sınıfı				64,330	0,000
Hekimler	121 (42,2)	166 (57,8)	287 (19,1)		
Hemşireler	478 (66,0)	246 (34,0)	724 (48,3)		
Yardımcı Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Profesyonel Meslek Çalışanları	100 (62,9)	59 (37,1)	159 (10,6)		
Yönetim ve Destek Personeli	139 (72,8)	52 (27,2)	191 (12,7)		
Hizmet İşlerinde Çalışanlar	94 (67,6)	45 (32,4)	139 (9,3)		
Toplam*	932 (62,1)	568 (37,9)	1500 (100,0)		
Çalıştığı Birim					
Dahili Tıp Birimleri	533 (62,0)	326 (38,0)	859 (57,3)		
Cerrahi Tıp Birimleri	205 (63,7)	117 (36,3)	322 (21,5)		
Temel Tıp Birimleri	25 (65,8)	13 (34,2)	38 (2,5)		
Ameliyathane-Yoğun Bakım	81 (59,6)	55 (40,4)	136 (9,1)		
Tıbbi Laboratuvarlar ve Diğer Tıbbi Birimler	43 (67,2)	21 (32,8)	64 (4,3)		
Yönetim ve Destek Birimleri	45 (55,6)	36 (44,4)	81 (5,4)		
Toplam*	932 (62,1)	568 (37,9)	1500 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının cinsiyetleri nedeniyle çalışma yaşamında zorluk yaşama durumlarının dağılımına bakıldığında; %94,0'ı (n=1340) cinsiyeti nedeniyle çalışma yaşamında zorluk yaşamadığını ifade ederken, %6,0'sı (n=85) zorluk yaşadığını belirtmiştir. Katılımcıların cinsiyetleri nedeni ile çalışma yaşamında zorluk yaşama durumlarının dağılımı ve yaşadıkları zorluklar Tablo-52'de sunulmaktadır.

Tablo-52: Katılımcıların cinsiyetleri nedeni ile çalışma yaşamında zorluk yaşama durumlarının dağılımı

Değişken	n (%)	
Cinsiyet nedeniyle çalışma yaşamında zorluk yaşama durumu	Hayır	1340 (94,0)
	Evet*	
	<i>Yükselmenin engellenmesi</i>	17 (1,2)
	<i>Mobbing</i>	15 (1,1)
	<i>Ciddiye alınmamak</i>	14 (1,0)
	<i>Fiziksel güç gerektiren işlerde zorlanma</i>	11 (0,8)
	<i>Erkeklerle sunulan iş fırsatlarının daha fazla olması</i>	8 (0,6)
	<i>Erkeklerle göre daha düşük ücret</i>	5 (0,4)
	<i>Gebelik, annelik sorumlulukları gibi nedenlerle yapılan baskı ve yargılamalar</i>	5 (0,4)
	<i>Hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan sözel şiddet</i>	5 (0,4)
	<i>Kılık kıyafet konusunda yaşanan sorunlar</i>	3 (0,2)
	<i>İtaatkar olmanın beklenmesi</i>	2 (0,1)
Toplam	1425 (100,0)	

*Açık uçlu ifade şeklinde belirtilen bu seçeneğe yönelik cevaplar; "Yükselmenin engellenmesi", "Mobbing", "Ciddiye alınmamak", "Fiziksel güç gerektiren işlerde zorlanma", "Erkeklerle sunulan iş fırsatlarının daha fazla olması", "Erkekler göre daha düşük ücret", "Gebelik, annelik sorumlulukları gibi nedenlerle yapılan baskı ve yargılamalar", "Hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan sözel şiddet", "Kılık kıyafet konusunda (örneğin; başörtüsü) yaşanan sorunlar" ve "İtaatkar olmanın beklenmesi" şeklinde gruplandırılmıştır.

Tablo-53: Cinsiyet nedeniyle çalışma yaşamında zorluk yaşama durumunun bazı değişkenlerle ilişkisi

Değişkenler	Cinsiyet nedeniyle çalışma yaşamında zorluk yaşama durumu			χ^2	p
	Hayır	Evet	Toplam **		
Yaş grubu				12,546	0,002
18-29 yaş	328 (90,4)	35 (9,6)	363 (25,5)		
30-39 yaş	453 (94,6)	26 (5,4)	479 (33,6)		
≥ 40 yaş	559 (95,9)	24 (4,1)	583 (40,9)		
Toplam*	1340 (94,0)	85 (6,0)	1425 (100,0)		
Medeni durum				10,696	0,005
Bekar	360 (91,1)	35 (8,9)	395 (27,7)		
Evli	894 (95,5)	42 (4,5)	936 (65,7)		
Boşanmış/Eşinden ayrı yaşıyor/Eşi ölmüş	85 (91,4)	8 (8,6)	93 (6,5)		
Toplam*	1339 (94,0)	85 (6,0)	1424 (100,0)		
Meslek sınıfı				40,595	0,000
Hekimler	221 (86,3)	35 (13,7)	256 (18,0)		
Hemşireler	664 (96,0)	28 (4,0)	692 (48,6)		
Yardımcı Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Profesyonel Meslek Çalışanları	144 (92,3)	12 (7,7)	156 (10,9)		
Yönetim ve Destek Personeli	187 (98,9)	2 (1,1)	189 (13,3)		
Hizmet İşlerinde Çalışanlar	124 (93,9)	8 (6,1)	132 (9,3)		
Toplam*	1340 (94,0)	85 (6,0)	1425 (100,0)		
Çalıştığı Birim				11,197 ^a	0,039
Dahili Tıp Birimleri	753 (93,1)	56 (6,9)	809 (56,8)		
Cerrahi Tıp Birimleri	285 (93,4)	20 (6,6)	305 (21,4)		
Temel Tıp Birimleri	33 (91,7)	3 (8,3)	36 (2,5)		
Ameliyathane-Yoğun Bakım	130 (97,0)	4 (3,0)	134 (9,4)		
Tıbbi Laboratuvarlar ve Diğer Tıbbi Birimler	60 (96,8)	2 (3,2)	62 (4,4)		
Yönetim ve Destek Birimleri	79 (100,0)	0 (0,0)	79 (5,5)		
Toplam*	1340 (94,0)	85 (6,0)	1425 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

^a Fisher'in kesin test değeri verilmiştir.

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanları arasında, cinsiyet nedeniyle çalışma yaşamında zorluk yaşama durumu; yaş grubuna ($\chi^2=12,546$; $p<0,01$), medeni duruma ($\chi^2=10,696$; $p<0,01$), meslek sınıfına ($\chi^2=40,595$; $p<0,01$) ve çalıştığı birime göre ($\chi^2=11,197$; $p<0,05$) anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo-53).

Katılımcılar arasında; çalıştıkları kurumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünen katılımcılar, düşünmeyen katılımcılara göre anlamlı olarak daha fazla oranda çalışma yaşamında cinsiyetleri nedeni ile zorluk yaşadıklarını ifade etmektedir ($\chi^2=59,281$; $p<0,01$). Cinsiyet nedeniyle çalışma yaşamında zorluk yaşama durumu açısından toplumsal cinsiyet kavramı hakkında bilgi sahibi olan ve olmayan katılımcılar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=3,622$; $p>0,05$) (Tablo-54).

Tablo-54: Cinsiyet nedeniyle çalışma yaşamında zorluk yaşama durumunun bazı değişkenlerle ilişkisi

Değişkenler	Cinsiyet nedeniyle çalışma yaşamında zorluk yaşama durumu			χ^2	p
	Hayır	Evet	Toplam**		
“Toplumsal Cinsiyet” kavramı hakkında bilgi durumu				3,622	0,057
Yok	276 (91,7)	25 (8,3)	301 (21,2)		
Var	1057 (94,6)	60 (5,4)	1117 (78,8)		
Toplam*	1333 (94,0)	85 (6,0)	1418 (100,0)		
Çalışılan kurumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği				59,281	0,000
Yok	898 (97,6)	22 (2,4)	920 (64,6)		
Var	441 (87,5)	63 (12,5)	504 (35,4)		
Toplam*	1339 (94,0)	85 (6,0)	1424 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının %93,3'ü (n=1343), hastanın cinsiyetinin sağlık hizmeti sunumunu etkilemediğini düşündüğünü ifade ederken, %4,5'i (n=65) fikri olmadığını, %2,2'si (n=31) ise hizmet sunumunda farklılıklar olabileceğini ifade etmiştir (Tablo-55).

Tablo-55: Katılımcıların “Hastanın cinsiyeti sağlık hizmeti sunumunu etkiler mi?” ifadesine verdikleri yanıtların dağılımı

Değişken	n (%)	
“Hastanın cinsiyeti sağlık hizmeti sunumunu etkiler mi?” ifadesi hakkındaki düşünce	Etkilemez	1343 (93,3)
	Fikrim yok	65 (4,5)
	Farklılıklar olabilir*	
	<i>Hastaların kültür ve inanç yapısına göre farklılıklar olabilir</i>	10 (0,7)
	<i>Mahremiyet açısından hastalar kendi hemcinslerinden sağlık hizmeti almak isteyebilirler</i>	9 (0,6)
	<i>Kadın hastalara hizmet sunumunda özellikle mahremiyete dikkat edilmelidir</i>	9 (0,6)
	<i>Kadın hastalar evdeki sorumlulukları nedeniyle sağlık hizmetine erişimde sıkıntı yaşayabilirler</i>	3 (0,2)
Toplam	1439 (100,0)	

*Açık uçlu ifade şeklinde belirtilen bu seçeneğe yönelik cevaplar; “Hastaların kültür ve inanç yapısına göre farklılıklar olabilir”, “Mahremiyet açısından hastalar kendi hemcinslerinden sağlık hizmeti almak isteyebilirler”, “Kadın hastalara hizmet sunumunda özellikle mahremiyete dikkat edilmelidir”, “Kadın hastalar evdeki sorumlulukları nedeniyle sağlık hizmetine erişimde sıkıntı yaşayabilirler” şeklinde gruplandırılmıştır.

Katılımcılar arasında, medeni duruma ($\chi^2=12,070$; $p<0,01$) ve öğrenim durumuna göre ($\chi^2=11,040$; $p<0,01$), hastanın cinsiyetinin sağlık hizmeti sunumunu etkilediğini düşünmeleri açısından anlamlı fark vardır. Yaş grubu ile hastanın cinsiyetinin sağlık hizmeti sunumunu etkilediğini düşünme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($\chi^2=3,017$; $p>0,05$) (Tablo-56).

Tablo-56: Katılımcıların “Hastanın cinsiyeti sağlık hizmeti sunumunu etkiler mi?” ifadesine verdikleri yanıtların bazı değişkenlerle ilişkisi

Değişkenler	“Hastanın cinsiyeti sağlık hizmeti sunumunu etkiler mi?”***			χ^2	p
	Etkilemez	Farklılıklar olabilir	Toplam**		
Yaş grubu				3,017	0,221
18-29 yaş	351 (93,6)	24 (6,4)	375 (26,1)		
30-39 yaş	454 (92,1)	39 (7,9)	493 (34,3)		
≥ 40 yaş	538 (94,7)	30 (5,3)	568 (39,6)		
Toplam*	1343 (93,5)	93 (6,5)	1436 (100,0)		
Medeni durum				12,070	0,002
Bekar	383 (94,8)	21 (5,2)	404 (28,2)		
Evli	886 (93,8)	59 (6,2)	945 (65,9)		
Boşanmış/Eşinden ayrı yaşıyor/Eşi ölmüş	72 (84,7)	13 (15,3)	85 (5,9)		
Toplam	1341 (93,5)	93 (6,5)	1434 (100,0)		
Öğrenim Durumu				11,040	0,001
Önlisans ve altı	307 (89,5)	36 (10,5)	343 (24,0)		
Lisans ve üzeri	1032 (94,8)	57 (5,2)	1089 (76,0)		
Toplam*	1339 (93,5)	93 (6,5)	1432 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

***Fikrim yok yanıtını veren 65 kişi analiz dışında bırakılmıştır.

Hastanın cinsiyetinin sağlık hizmeti sunumunu etkilediğini düşünmeleri açısından katılımcılar arasında, meslek sınıfına göre ($\chi^2=21,984$; $p<0,01$) anlamlı fark varken, çalışılan birime göre anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=1,394$; $p>0,05$) (Tablo-57).

Tablo-57: Katılımcıların “Hastanın cinsiyeti sağlık hizmeti sunumunu etkiler mi?” ifadesine verdikleri yanıtların bazı mesleki özelliklerle ilişkisi

Değişkenler	“Hastanın cinsiyeti sağlık hizmeti sunumunu etkiler mi?”****				
	Etkilemez	Farklılıklar olabilir	Toplam**	χ^2	p
Meslek sınıfı				21,984	0,000
Hekimler	258 (92,8)	20 (7,2)	278 (19,4)		
Hemşireler	677 (95,6)	31 (4,4)	708 (49,3)		
Yardımcı Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Profesyonel Meslek Çalışanları	147 (94,8)	8 (5,2)	155 (10,8)		
Yönetim ve Destek Personeli	165 (90,7)	17 (9,3)	182 (12,7)		
Hizmet İşlerinde Çalışanlar	96 (85,0)	17 (15,0)	113 (7,9)		
Toplam*	1343 (93,5)	93 (6,5)	1436 (100,0)		
Çalıştığı Birim				1,394	0,925
Dahili Tıp Birimleri	773 (93,7)	52 (6,3)	825 (57,5)		
Cerrahi Tıp Birimleri	282 (92,8)	22 (7,2)	304 (21,2)		
Temel Tıp Birimleri	33 (91,7)	3 (8,3)	36 (2,5)		
Ameliyathane-Yoğun Bakım	125 (94,7)	7 (5,3)	132 (9,2)		
Tıbbi Laboratuvarlar ve Diğer Tıbbi Birimler	60 (95,2)	3 (4,8)	63 (4,4)		
Yönetim ve Destek Birimleri	70 (92,1)	6 (7,9)	76 (5,3)		
Toplam*	1343 (93,5)	93 (6,5)	1436 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

***Fikrim yok yanıtını veren 65 kişi analiz dışında bırakılmıştır.

Cinsiyeti nedeniyle çalışma yaşamında zorluk yaşadığını düşünen katılımcılar, düşünmeyen katılımcılara göre anlamlı olarak daha fazla oranda hastanın cinsiyetinin sağlık hizmeti sunumunu etkilediğini düşünmektedir ($\chi^2=22,453$; $p<0,01$). Hastanın cinsiyetinin sağlık hizmeti sunumunu etkilediğini düşünmeleri açısından katılımcılar arasında toplumsal cinsiyet kavramı bilgi durumuna göre anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=0,523$; $p>0,05$) (Tablo-58).

Tablo-58: Katılımcıların “Hastanın cinsiyeti sağlık hizmeti sunumunu etkiler mi?” ifadesine verdikleri yanıtların bazı değişkenlerle ilişkisi

Değişkenler	“Hastanın cinsiyeti sağlık hizmeti sunumunu etkiler mi?”***			χ^2	p
	Etkilemez	Farklılıklar olabilir	Toplam**		
“Toplumsal Cinsiyet” kavramı hakkında bilgi durumu				0,523	0,470
Yok	253 (92,3)	21 (7,7)	274 (19,2)		
Var	1082 (93,8)	72 (6,2)	1154 (80,8)		
Toplam*	1335 (93,5)	93 (6,5)	1428 (100,0)		
Cinsiyet nedeniyle çalışma yaşamında zorluk yaşama durumu				22,453	0,000
Yok	1213 (94,5)	70 (5,5)	1283 (93,9)		
Var	68 (81,0)	16 (19,0)	84 (6,1)		
Toplam*	1281 (93,7)	86 (6,3)	1367 (100,0)		

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

***Fikrim yok yanıtını veren 65 kişi analiz dışında bırakılmıştır.

Toplumsal Cinsiyet Algısı ve İlişkili Etmenler

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) sorularına verdikleri yanıtların dağılımı Tablo-59'da sunulmaktadır.

Yanıtlar incelendiğinde, en sık kararsızlık bildirilen ilk üç maddenin; çalışan bir kadının çocuklarına daha iyi anne olacağı (%32,2 n=483), çalışma hayatının kadının ev işlerini aksatmasına neden olmayacağı (%29,2 n=438) ve çalışan kadının da çocuklarına yeterince zaman ayırabileceği (%28,0 n=421) düşüncelerini içeren maddeler olduğu görülmektedir.

Katılımcıların en fazla oranda katıldıkları (tamamen katılmak ve katılmak) maddenin kadınların yönetici olabileceği düşüncesini içeren madde olduğu izlenmektedir (%85,6 n=1286). Bunu sırasıyla “Kadın siyasetçiler de başarılı olabilir” (%83,9 n=1260) ve “Erkekler de çamaşır, bulaşık gibi ev işlerini yapmalıdır” (%83,2 n=1250) maddeleri izlemektedir.

Katılımcıların en fazla oranda katılmadıkları (tamamen katılmamak ve katılmamak) ilk üç maddenin ise; ailedeki önemli kararları erkeklerin vermesi gerektiği (%88,3 n=1326), kadınların birinci görevinin ev işlerini üstlenmek olduğu (%88,2 n=1324) ve toplumun liderliği genellikle erkeklerin elinde olması gerektiği (%88,1 n=1323) düşüncelerini içeren maddeler olduğu görülmektedir.

En sık kararsızlık bildirilen madde olan “Çalışan bir kadın çocuklarına daha iyi anne olur” önermesine, çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının; %4,8'i (n=72) tamamen katılmadığını, %13,3'ü (n=200) katılmadığını, %32,2'si (n=483) kararsız olduğunu, %28,7'si (n=431) katıldığını, %21,0'i ise (n=316) tamamen katıldığını bildirmiştir.

Tablo-59: Katılımcıların Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçek İfadelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

İfadeler		Tamamen Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.	Evlilik, kadının çalışmasına engel olmaz.	151	10,1	77	5,1	104	6,9	461	30,7	709	15,1
2.	Kadın sadece ailesinin ekonomik sıkıntısı varsa çalışmalıdır.	701	46,7	543	36,2	112	7,5	89	5,9	57	3,8
3.	Çalışan kadın da çocuklarına yeterince zaman ayırabilir.	109	7,3	230	15,3	421	28,0	425	28,3	317	21,1
4.	Kadınlar anne olduktan sonra çalışmamalıdır.	578	38,5	511	34,0	236	15,7	118	7,9	59	3,9
5.	Kadın siyasetçiler de başarılı olabilir.	74	4,9	55	3,7	113	7,5	501	33,4	759	50,5
6.	Kadınlar evlendikten sonra çalışmamalıdır.	805	53,6	488	32,5	105	7,0	58	3,9	46	3,1
7.	Çalışma hayatı kadının ev işlerini aksatmasına neden olmaz.	179	11,9	335	22,3	438	29,2	313	20,8	236	15,7
8.	Çalışan bir kadın hayattan daha çok zevk alır.	78	5,2	142	9,5	365	24,3	487	32,4	430	28,6
9.	Kadınlar erkekler tarafından her zaman korunmalıdır.	477	31,8	496	33,0	242	16,1	189	12,6	98	6,5
10.	Kocasını izin vermiyorsa kadın çalışmamalıdır	832	55,4	463	30,8	118	7,9	66	4,4	23	1,5
11.	Kadınlar yönetici olabilir.	88	5,9	57	3,8	71	4,7	376	25,0	910	60,6
12.	Çalışan bir kadın kazandığı	683	45,5	455	30,3	277	18,4	54	3,6	33	2,2

	geliri eşine vermelidir											
13.	Çalışan bir kadın çocuklarına daha iyi anne olur.	72	4,8	200	13,3	483	32,2	431	28,7	316	21,0	
14.	Erkekler de çamaşır, bulaşık gibi ev işlerini yapmalıdır.	109	7,3	69	4,6	73	4,9	337	22,4	913	60,8	
15.	Kocasız kadın sahipsiz eve benzer.	844	56,2	390	26,0	144	9,6	71	4,7	53	3,5	
16.	Bir ailenin gelirini erkekler sağlamalıdır.	657	43,7	529	35,2	126	8,4	109	7,3	81	5,4	
17.	Kadınlar kendi başına ticarethane gibi yerler (kafe, market, emlakçı gibi) açmamalıdır.	889	59,2	427	28,4	88	5,9	50	3,3	48	3,2	
18.	Kadınların birinci görevi ev işlerini üstlenmektir.	869	57,9	455	30,3	98	6,5	50	3,3	30	2,0	
19.	Bir kadın kocasından fazla para kazanmamalıdır.	752	50,1	454	30,2	179	11,9	78	5,2	39	2,6	
20.	Erkek her zaman evin reisi olmalıdır.	779	51,9	485	32,3	119	7,9	91	6,1	28	1,9	
21.	Toplumun liderliği genellikle erkeklerin elinde olmalıdır.	841	56,0	482	32,1	90	6,0	59	3,9	30	2,0	
22.	Kız çocuklarına da erkek çocuklar kadar özgürlük verilmelidir.	87	5,8	93	6,2	142	9,5	345	23,0	835	55,6	
23.	Bir kadın kendi haklarına sahip olabilmesi için gerekirse kocasına karşı çıkabilmelidir.	108	7,2	119	7,9	140	9,3	449	29,9	686	45,7	
24.	Kadın kocasından yaş olarak daha küçük olmalıdır.	591	39,3	400	26,6	301	20,0	160	10,7	50	3,3	
25.	Ailedeki önemli kararları erkekler vermelidir.	858	57,1	468	31,2	95	6,3	49	3,3	32	2,1	

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) toplam puanları 31 ile 125 arasında değişmektedir. Katılımcıların ölçek toplam puanlarının ortalaması 101,34'tür (%95 G.A: 100,62-102,06) (Tablo-60).

Tablo-60: Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) Puan Ortalaması

Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ)	Soru sayısı	Ortalama	%95 G.A.
	25	101,34	100,62-102,06

Katılımcıların TCAÖ puan ortalamalarının bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi Tablo-61'de sunulmaktadır. Yaş grubuna göre TCAÖ puan ortalamaları açısından anlamlı fark vardır (F: 54,297; $p<0,01$). Farklılığın hangi gruptan kaynakladığını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalara göre; 18-29 yaş grubundaki katılımcıların TCAÖ puan ortalaması; 30-39 yaş grubundaki ($p<0,01$) ve 40 yaş ve üzeri gruptaki ($p<0,01$) katılımcıların TCAÖ puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksektir. Ayrıca, 30-39 yaş grubu katılımcıların da TCAÖ puan ortalaması, 40 yaş ve üzeri katılımcıların puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,01$).

Doğum yerine göre TCAÖ puan ortalamaları açısından anlamlı fark vardır (F: 18,090; $p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; doğum yeri il ve ilçe olan katılımcıların TCAÖ puan ortalaması, doğum yeri köy olan katılımcıların TCAÖ puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,01$).

Doğum yerine benzer şekilde, ilköğrenim sonuna kadar en uzun süre yaşanan yere göre TCAÖ puan ortalamalarında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (F: 16,290; $p<0,01$). İlköğrenim sonuna kadar en uzun süre yaşadığı yer, il ve ilçe olan katılımcıların TCAÖ puan ortalaması, köy olan katılımcıların TCAÖ puan ortalamalarına göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,01$).

Öğrenim durumu önlisans ve altı olan katılımcıların TCAÖ puan ortalaması, öğrenim durumu lisans ve üzeri olan katılımcıların puan ortalamasından anlamlı olarak daha düşüktür (t: -10,728; p<0,01).

Tablo-61: Sosyodemografik bazı özelliklere göre Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) puan ortalamaları

Değişkenler		TCAÖ puan ortalamaları (%95 G.A)	*	p
Yaş grubu	18-29 ^a	106,86 (105,60-108,12)	F: 54,297	0,000 a>b, c
	30-39 ^b	101,23 (100,01-102,46)		
	≥40 ^c	97,91 (96,77-99,04)		
Doğum yeri	İl ^a	102,51 (101,55 -103,46)	F:18,090	0,000 a, b>c
	İlçe ^b	102,51 (101,55 -103,46)		
	Köy ^c	94,84 (92,48-97,19)		
İlköğrenim sonuna kadar en uzun süre yaşanan yer	İl ^a	102,39 (101,45 -103,34)	F:16,290	0,000 a, b>c
	İlçe ^b	101,65 (100,38 -102,91)		
	Köy ^c	96,06 (93,99-98,13)		
Öğrenim durumu	Önlisans ve altı	94,57 (93,10-96,04)	t: -10,728	0,000
	Lisans ve üzeri	103,66 (102,88 -104,45)		
Medeni durum	Bekar ^a	105,16 (103,83-106,48)	F:25,342	0,000 a>b, c b>c
	Evli ^b	100,42 (99,58-101,27)		
	Boşanmış/ Eşinden ayrı yaşıyor/ Eşi ölmüş ^c	94,53 (91,00-98,05)		

TCAÖ: Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (25 soru)

* F: One-Way ANOVA, t: Student's t-test

**İkiden fazla olan ölçüm değerlerinin karşılaştırmasında farkın hangi gruptan kaynaklandığı; varyansların homojen olduğu durumda Bonferroni testiyle, varyansların homojen olmadığı durumda ise Tamhane's T2 testiyle analiz edilmiştir.

Medeni duruma göre de TCAÖ puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık olduğu görülmektedir (F: 25,342; $p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; bekar katılımcıların TCAÖ puan ortalaması; evli ($p<0,01$) ve “boşanmış/eşinden ayrı yaşayan/eşi ölmüş” katılımcıların ($p<0,01$) TCAÖ puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksektir. Evli katılımcıların TCAÖ puan ortalaması da, “boşanmış/eşinden ayrı yaşayan/eşi ölmüş” katılımcıların katılımcıların puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,01$) (Tablo-61).

Tablo-62’de katılımcıların aile tipi, hanelerindeki kişi sayısı ve kardeş sayılarına göre Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) puan ortalamaları sunulmaktadır. Aile tipine göre TCAÖ puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık vardır (H:31,366; $p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda; yalnız yaşayan katılımcıların TCAÖ puan ortalamasının; çekirdek ($p<0,01$) ve geniş aile tipine ($p<0,01$) sahip olan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer grupların TCAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların hanelerindeki kişi sayısına göre (t:7,412; $p<0,01$) ve kardeş sayısına göre (F:17,677; $p<0,01$), TCAÖ puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Hanesinde 3 ve daha fazla kişi olan katılımcıların TCAÖ puan ortalaması, hanesinde 3’ten daha az kişi olan katılımcılara göre anlamlı olarak daha düşüktür. Kardeş sayısı açısından yapılan ikili karşılaştırmalara bakıldığında ise; kardeşi olmayan ($p<0,01$) ve 1 kardeşi olan katılımcıların ($p<0,01$) TCAÖ puan ortalamalarının, “2 ve üzeri kardeşi” olan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo-62).

Tablo-62: Katılımcıların aile tipi, hanedeki kişi sayısı ve kardeş sayısı özelliklerine göre Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) puan ortalamaları

Değişkenler		TCAÖ puan ortalamaları (%95 G.A)	*	p
Aile tipi	Çekirdek aile ^a	100,55 (99,73-101,37)	H: 31,366	0,000 d>a, b
	Geniş aile ^b	100,48 (97,60-103,36)		
	Parçalanmış aile ^c	100,85 (96,69-105,00)		
	Yalnız ^d	106,12 (104,18-108,07)		
	Diğer ^e	104,66 (99,91-109,40)		
Hanedeki kişi sayısı	<3kişi	105,55 (104,29-106,81)	t: 7,412	0,000
	≥3 kişi	99,65 (98,80-100,50)		
Kardeş sayısı	Yok ^a	104,38 (101,33-107,43)	F: 17,677	0,000 a, b>c
	1 kardeş ^b	103,75 (102,63-104,87)		
	≥2 kardeş ^c	99,52 (98,57-100,48)		

TCAÖ: Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (25 soru)

^dArkadaş, partner, akraba

* t: Student's t-test, H: Kruskal Wallis, F: One-Way ANOVA

Katılımcıların TCAÖ puan ortalamalarının bazı sosyoekonomik değişkenlerle ilişkisi Tablo-63'de sunulmaktadır. Aylık toplam hane geliri "yoksulluk sınırı ve üzerinde" olanlar, aylık toplam hane geliri "yoksulluk sınırının altında" olanlara göre (t: -4,798; p<0,01); geliri giderini "yaklaşık/rahatlıkla" karşılayan katılımcılar, geliri giderini karşılamayanlara göre (t: -7,102; p<0,01); çalıştığı kurumdan aldığı ücreti yetersiz bulanlar, yeterli bulanlara göre (Z: -2,443; p<0,05); yaşadığı konut "kira ve diğerleri" olanlar, yaşadığı konut kendisine/eşine/ailesine ait olanlara göre (t: -2,185; p<0,05) ve kendine ait aracı olanlar olmayanlara göre (t:-2,796; p<0,01) anlamlı olarak daha yüksek TCAÖ puan ortalamalarına sahiptir.

Tablo-63: Katılımcıların bazı sosyoekonomik özelliklerine göre Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) puan ortalamaları

Değişkenler		TCAÖ puan ortalamaları (%95 G.A)	*	p
Aylık toplam hane geliri	Yoksulluk sınırının altında	100,15 (99,23-101,04)	t: -4,798	0,000
	Yoksulluk sınırı ve üzerinde	103,80 (102,60-104,97)		
Gelir-gider durumu	Karşılmıyor	96,92 (95,41-98,44)	t: -7,102	0,000
	Yaklaşık/rahatlıkla karşılıyor	103,08 (102,30 -103,87)		
Tasarruf yapabilme durumu	Hiç yapamayanlar	101,06 (100,09-102,03)	t:-,791	0,429
	Az da olsa/rahatlıkla yapabilenler	101,64 (100,57 -102,72)		
Aldığı ücreti yeterli bulma durumu	Yeterli	98,57 (96,04-101,10)	Z:-2,443	0,015
	Yetersiz	101,58 (100,83-102,34)		
Konut mülkiyeti	Kendine/eşine/ailesine ait	100,78 (99,92-101,63)	t: -2,185	0,029
	Kira ve diğerleri**	102,52 (101,21 -103,83)		
Kendine ait araç	Yok	100,27 (99,16-101,39)	t:-2,796	0,005
	Var	102,34 (101,41-103,26)		

TCAÖ: Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (25 soru)

*t: Student's t-test, Z: Man-Whitney U

** Diğerleri: Lojman, ortak, aile apartmanı, kredi-ipotek

Tablo-64'de çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının bazı mesleki özelliklerine göre TCAÖ puan ortalamaları sunulmaktadır. Meslek sınıfına göre, TCAÖ puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık olduğu görülmektedir (F: 74,084; $p < 0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; hekimlerin TCAÖ puan ortalaması diğer bütün meslek gruplarının TCAÖ puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0,01$). Hizmet işlerinde çalışanların TCAÖ puan ortalaması ise diğer tüm meslek gruplarının TCAÖ puan ortalamalarından anlamlı olarak daha düşüktür ($p < 0,01$). Ayrıca; hemşirelerin TCAÖ puan ortalaması, yönetim ve destek personelinin TCAÖ puan ortalamasından anlamlı olarak daha

yüksek iken ($p<0,05$), yardımcı sağlık profesyonelleri ve diğer profesyonel meslek çalışanlarının TCAÖ puan ortalamasından anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0,01$).

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanları arasında, çalıştıkları birimlere göre TCAÖ puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık yoktur ($H: 2,862$; $p>0,05$).

Tablo-64: Katılımcıların bazı mesleki özelliklerine göre Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) puan ortalamaları

Değişkenler		TCAÖ puan ortalamaları (%95 G.A)	*	p
Meslek sınıfı	Hekimler ^a	109,23 (107,88-110,58)	F: 74,084	0,000 a>b, c, d, e b>d, e c>b, d, e d>e
	Hemşireler ^b	101,03 (100,05-102,01)		
	Yardımcı Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Profesyonel Meslek Çalışanları ^c	105,35 (103,56-107,15)		
	Yönetim ve Destek Personeli ^d	97,66 (95,81-99,50)		
	Hizmet İşlerinde Çalışanlar ^e	87,17 (84,76-89,57)		
Çalıştığı birim	Dahili Tıp Birimleri	101,40 (100,40-102,40)	H: 2,862	0,581
	Cerrahi Tıp Birimleri	101,76 (100,33-103,20)		
	Temel Tıp Birimleri	105,66 (101,83-109,48)		
	Ameliyathane-Yoğun Bakım	102,16 (99,98-104,34)		
	Tıbbi Laboratuvarlar ve Diğer Tıbbi Birimler	102,27 (99,00-105,53)		
	Yönetim ve Destek Birimleri	94,84 (91,91-97,77)		

TCAÖ: Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (25 soru)

* t: Student's t-test, H: Kruskal Wallis, F: One-Way ANOVA

Katılımcıların ebeveynlerine ve sosyal çevrelerine ilişkin bazı özelliklerine göre TCAÖ puan ortalamaları Tablo-65’de sunulmaktadır. Anne öğrenim durumu lise ve altı olan katılımcıların, anne öğrenim durumu önlisans ve üzeri olan katılımcılara göre TCAÖ puan ortalaması anlamlı olarak daha düşüktür (t: -6,124; p<0,01). Benzer şekilde, baba öğrenim durumu lise ve altı olan katılımcıların, baba öğrenim durumu önlisans ve üzeri olan katılımcılara göre TCAÖ puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmektedir (t: -9,025; p<0,01).

Otoriter (Z: -0,032; p>0,05) ve ilgisiz (Z: -0,815; p>0,05) ebeveyn özellikleri, çocukluk döneminde aile içi şiddet (Z: -0,639; p>0,05), çocukluk döneminde ebeveyn ölümü/ayrılığı (Z: -0,933; p>0,05) ve aile ve sosyal çevreden duygusal destek alma durumuna göre (Z: -2,674; p>0,05) katılımcılar arasında TCAÖ puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo-65: Katılımcıların ebeveynleri ve sosyal çevreleri ile ilişkili özelliklerine göre Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) puan ortalamaları

Değişkenler		TCAÖ puan ortalamaları (%95 G.A)	*	p
Anne öğrenim durumu	Lise ve altı	100,49 (99,73-101,25)	t: -6,124	0,000
	Önlisans ve üzeri	107,15 (105,11-109,20)		
Baba öğrenim durumu	Lise ve altı	99,66 (98,84-100,48)	t: -9,025	0,000
	Önlisans ve üzeri	106,90 (105,55-108,24)		
Otoriter ebeveyn özellikleri	Yok	101,30 (100,25-102,35)	Z: -0,032	0,975
	Var	101,40 (100,40-102,39)		
İlgisiz ebeveyn özellikleri	Yok	101,54 (100,74-102,34)	Z: -0,815	0,415
	Var	100,66 (99,01-102,31)		
Çocukluk döneminde aile içi şiddet	Yok	101,54 (100,76-102,33)	Z: -0,639	0,523
	Var	100,56 (98,80-102,32)		
Çocukluk döneminde ebeveyn ölümü/ayrılığı	Yok	101,61 (100,86-102,35)	Z: -0,933	0,351
	Var	99,39 (96,80-101,97)		
Aile ve sosyal çevreden duygusal destek alma durumu	Hayır	99,19 (97,40-100,98)	Z: -2,674	0,007
	Evet	101,86 (101,07-102,64)		

TCAÖ: Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (25 soru)

* t: Student’s t-test, Z: Man-Whitney U

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının evlilik hayatına ilişkin bazı özelliklerine göre TCAÖ puan ortalamaları Tablo-66'da sunulmaktadır.

Evlilik yapma durumuna ve sayısına göre, TCAÖ puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık olduğu görülmektedir (H: 45,804; $p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; hiç evlenmeyen katılımcıların TCAÖ puan ortalaması, "1 kez evlilik yapan" ($p<0,01$) ve "2 ve üzeri evlilik yapan" ($p<0,01$) katılımcıların TCAÖ puan ortalamalarına göre anlamlı olarak daha yüksektir.

İlk evlenme yaşı 25 yaşın altı olan katılımcıların TCAÖ puan ortalaması, ilk evlenme yaşı 25 yaş ve üzeri olan katılımcıların TCAÖ puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha düşüktür (t: -6,314; $p<0,01$).

Evlilik kararını görücü usulü şeklinde alan katılımcıların TCAÖ puan ortalaması, evlilik kararını kendi istediği kişi ile anlaşarak alan katılımcıların TCAÖ puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha düşüktür (Z: -8,528; $p<0,01$).

Eşinin öğrenim durumu önlisans ve altı olan katılımcıların TCAÖ puan ortalaması, eşinin öğrenim durumu lisans ve üzeri olan katılımcılara göre anlamlı olarak daha düşüktür (Z: -8,473; $p<0,01$). Katılımcılar arasında, eşlerinin çalışma durumuna göre TCAÖ puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık yoktur (H: 6,708; $p>0,05$).

Çocuk varlığı ve sayısına göre, TCAÖ puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık olduğu görülmektedir (F: 64,531; $p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; çocuğu olmayan katılımcıların TCAÖ puan ortalaması, bir çocuğu olan ($p<0,01$) ve iki ve üzeri sayıda çocuğu olan ($p<0,01$) katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Bir çocuğu olan katılımcıların TCAÖ puan ortalaması da iki ve üzeri sayıda çocuğu olan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,01$). Katılımcılar arasında, Çocuk sahibi olma kararına göre TCAÖ puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık yoktur (F: 3,100; $p>0,05$).

Tablo-66: Katılımcıların evlilik hayatına ilişkin bazı özelliklerine göre Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) puan ortalamaları

Değişkenler		TCAÖ puan ortalamaları (%95 G.A)	*	p
Evlilik sayısı	Hiç evlenmeyen ^a	104,84 (103,51-106,17)	H: 45,804	0,000 a>b, c
	1 kez ^b	100,09 (99,24-100,94)		
	≥ 2 kez ^c	95,37 (88,83-101,91)		
İlk evlenme yaşı	<25 yaş	97,20 (95,95-98,46)	t: -6,314	0,000
	≥25 yaş	102,51 (101,42-103,59)		
Evlilik kararı	Kendi istediği kişi ile	101,32 (100,49-102,16)	Z: -8,528	0,000
	Görücü usulü	87,94 (85,01-90,88)		
Eş öğrenim durumu	Önlisans ve altı	97,05 (95,89-98,21)	Z: -8,473	0,000
	Lisans ve üzeri	103,99 (102,83-105,14)		
Eş çalışma durumu	Çalışmıyor	97,13 (93,45-100,82)	H: 6,708	0,082
	Ücretli-Maaşlı	100,97 (100,05-101,89)		
	İşveren- Kendi hesabına	99,03 (96,36-101,70)		
	Yevmiyeli-Ücretsiz aile işlerinde	104,86 (94,75-114,97)		
Çocuk sayısı	Yok ^a	105,95 (104,86 -107,03)	F: 64,531	0,000 a>b, c b>c
	1 çocuk ^b	100,84 (99,54-102,13)		
	≥2 çocuk ^c	96,60 (95,36-97,85)		
Çocuk sahibi olma kararı	Ben	98,11 (95,63-100,60)	F: 3,100	0,057
	Ben ve eşim	100,84 (99,94-101,75)		
	Eşim/Aile büyükleri/ Aile büyükleri ve eşim/Hep beraber	93,81 (84,07-103,55)		
Sağlık kuruluşuna başvuru için eşinden izin alma	Hayır	100,69 (99,83-101,549)	Z: -2,993	0,003
	Evet	92,33 (86,52-98,15)		
Sosyal aktivitelere katılım için eşinden izin alma	Hayır	102,24 (101,23 -103,24)	t: 6,262	0,000
	Evet	96,44 (94,95-97,93)		

TCAÖ: Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (25 soru)

* t: Student's t-test, F: One-Way ANOVA, H: Kruskal Wallis, Z: Man-Whitney U

Katılımcılar arasında, sağlık kuruluşuna başvurmak için eşinden izin alanların TCAÖ puan ortalaması, izin almayanların TCAÖ puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha düşüktür (Z: -2,993; $p<0,01$). Benzer şekilde, sosyal aktivitelere katılım için eşinden izin alan katılımcıların TCAÖ puan ortalamasının, izin almayanların TCAÖ puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmektedir (t: 6,262; $p<0,01$) (Tablo-66).

Tablo-67’da “Toplumsal Cinsiyet” kavramı ile ilişkili bazı özelliklere göre katılımcıların TCAÖ puan ortalamaları sunulmaktadır. “Toplumsal Cinsiyet” kavramı hakkında bilgisi olan katılımcılar, olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek TCAÖ puan ortalamasına sahiptir (t: -8,587; $p<0,01$).

Büyüdüğü ailede (t: 2,350; $p<0,05$) ve şu an yaşadığı ailede (t: 3,139; $p<0,01$) toplumsal cinsiyet eşitsizliği olmadığını düşünen katılımcıların TCAÖ puan ortalaması, olduğunu düşünen katılımcıların TCAÖ puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Yaşadığımız toplumda (t: -9,239; $p<0,01$) ve çalışılan kurumda (t: -5,704; $p<0,01$) toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünen katılımcıların TCAÖ puan ortalaması, olduğunu düşünmeyen katılımcıların TCAÖ puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Cinsiyeti nedeniyle çalışma yaşamında zorluk yaşadığını düşünen katılımcıların TCAÖ puan ortalaması, cinsiyeti nedeniyle çalışma yaşamında zorluk yaşadığını düşünmeyen katılımcıların TCAÖ puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha yüksektir (Z: -2,338; $p<0,05$).

Hastanın cinsiyetinin sağlık hizmeti sunumunda farklılıklara yol açabileceğini düşünen katılımcıların TCAÖ puan ortalaması, hastanın cinsiyetinin sağlık hizmeti sunumunu etkilemediğini düşünen katılımcılara göre anlamlı olarak daha düşüktür (Z: -5,170; $p<0,05$).

Tablo-67: Katılımcıların “Toplumsal Cinsiyet” kavramı ile ilişkili özelliklerine göre Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) puan ortalamaları

Değişkenler		TCAÖ puan ortalamaları (%95 G.A)	*	p
“Toplumsal Cinsiyet” kavramı hakkında bilgi	Yok	95,04 (93,38-96,70)	t: -8,587	0,000
	Var	103,01 (102,24-103,78)		
Büyüdüğü ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği	Yok	102,03 (101,12-102,93)	t: 2,350	0,019
	Var	100,25 (99,06-101,43)		
Şu an yaşadığı ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği	Yok	101,92 (101,14-102,71)	t: 3,139	0,002
	Var	98,82 (97,03-00,60)		
Yaşadığımız toplumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği	Yok	93,28 (91,36-95,19)	t: -9,239	0,000
	Var	102,92 (102,18 -103,67)		
Çalışılan kurumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği	Yok	99,73 (98,81-100,66)	t: -5,704	0,000
	Var	104,00 (102,89-105,11)		
Cinsiyet nedeniyle çalışma yaşamında zorluk yaşama durumu	Hayır	100,95 (100,18-101,71)	Z: -2,338	0,019
	Evet	104,78 (101,83-107,72)		
“Hastanın cinsiyeti sağlık hizmeti sunumunu etkiler mi?” **	Etkilemez	102,29 (101,55-103,02)	Z: -5,170	0,000
	Farklılıklar olabilir	94,62 (91,72-97,53)		

TCAÖ: Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (25 soru)

* t: Student’s t-test, Z: Man-Whitney U

**Fikrim yok yanıtını veren 65 kişi analiz dışında bırakılmıştır.

Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) ifadelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo-68'de sunulmaktadır.

Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği'nde; depresif semptomlar (3, 6, 9, 10, 14, 17 ve 18 numaralı ifadeler), pozitif duygusal durum (4, 8, 12 ve 16 numaralı ifadeler), somatik semptomlar (1, 2, 5, 7, 11, 13 ve 20 numaralı ifadeler) ve kişiler arası ilişkiler (15 ve 19 numaralı ifadeler) alt boyutları yer almaktadır.

Katılımcıların Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği'ne (CES-D) verdikleri yanıtlar, ölçeğin alt boyutları açısından incelendiğinde; depresif semptomlar alt boyutu içerisinde, katılımcılar tarafından son bir haftada en sık oranda "Çokça-Çoğu Zaman (5-7 gün)" hissedildiği bildirilen ifade %8,3 (n=125) ile "Kendimi yalnız hissettim" olmuştur.

Pozitif duygusal durum alt boyutu açısından bakıldığında; katılımcılar tarafından son bir haftada en düşük oranda "Çokça-Çoğu Zaman (5-7 gün)" hissedildiği bildirilen ifadenin %19,2 (n=289) ile "Gelecek için umutlu hissettim" ifadesi olduğu görülmektedir.

Somatik semptomlar alt boyutu açısından bakıldığında; katılımcılar tarafından son bir haftada en sık oranda "Çokça-Çoğu Zaman (5-7 gün)" hissedildiği bildirilen ifade %21,3 (n=320) ile "Her şeye çaba harcamam gerektiğini hissettim" olmuştur.

Kişiler arası ilişkiler alt boyutu içerisinde ise; katılımcılar tarafından son bir haftada en sık oranda "Çokça-Çoğu Zaman (5-7 gün)" hissedildiği bildirilen ifade %6,4 (n=96) ile "İnsanlar arkadaş canlısı değildi" ifadesi olmuştur.

Tablo-68: Katılımcıların Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçek (CES-D) ifadelerine verdikleri yanıtların dağılımı

İfadeler	Hiçbir Zaman – Nadiren (1 günden daha az)		Birazcık - Birkaç Kez (1-2 gün)		Arada Sırada – Bazen (3-4 gün)		Çokça - Çoğu Zaman (5-7 gün)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Genellikle canımı sıkmayan şeyler canımı sıktı.	408	27,2	617	41,1	370	24,6	107	7,1
2. Açlık hissetmedim, iştahım yerinde değildi.	658	43,8	469	31,2	290	19,3	85	5,7
3. Arkadaşlarım veya ailemin yardımına rağmen kötü ruh halinden kurtulamadım.	731	48,7	436	29,0	246	16,4	89	5,9
4. Ruh halimin diğer insanlar kadar iyi olduğunu hissettim.	223	14,8	376	25,0	439	29,2	464	30,9
5. Yaptığım işe odaklanmakta zorlandım.	593	39,5	467	31,1	341	22,7	101	6,7
6. Kendimi depresyonda hissettim.	649	43,2	445	29,6	294	19,6	114	7,6
7. Her şeye çaba harcamam gerektiğini hissettim.	302	20,1	477	31,8	403	26,8	320	21,3
8. Gelecek için umutlu hissettim.	284	18,9	440	29,3	489	32,6	289	19,2
9. Hayatımın bir başarısızlık olduğunu düşündüm.	744	49,5	443	29,5	234	15,6	81	5,4
10. Korktuğumu hissettim.	626	41,7	502	33,4	288	19,2	86	5,7
11. Huzursuz uyudum.	552	36,8	488	32,5	322	21,4	140	9,3
12. Mutluydum.	149	9,9	362	24,1	569	37,9	422	28,1
13. Her zamankinden az konuştum.	510	34,0	557	37,1	347	23,1	88	5,9
14. Kendimi yalnız hissettim.	587	39,1	473	31,5	317	21,1	125	8,3
15. İnsanlar arkadaş canlısı değildi.	583	38,8	517	34,4	306	20,4	96	6,4
16. Yaşamdan zevk aldım.	165	11,0	393	26,2	511	34,0	433	28,8
17. Ağlama nöbetleri geçirdim.	940	62,6	335	22,3	164	10,9	63	4,2
18. Kendimi üzgün hissettim.	524	34,9	575	38,3	308	20,5	95	6,3
19. İnsanların benden hoşlanmadığını hissettim.	764	50,9	488	32,5	197	13,1	53	3,5
20. İşler yolunda gitmedi.	557	37,1	548	36,5	313	20,8	84	5,6

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) toplam puanları 0 ile 58 arasında değişmektedir. Katılımcıların ölçek toplam puanlarının ortalaması 20,05'tir (%95 G.A: 19,52- 20,57) (Tablo-69).

Tablo-69: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) puan ortalaması

Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D)	Soru sayısı	Ortalama	%95 G.A
	20	20,05	19,52- 20,57

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının CES-D toplam puanları, ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında belirtilen kesme noktalarına göre sınıflandırıldığında; katılımcıların %38,2'sinin (n=574) depresyonda olmadığı, %61,8'inin ise (n= 928) herhangi bir düzeyde depresyon durumuna sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların; %16,2'sinin "hafif düzeyde depresyon", %29,6'sının "orta düzeyde depresyon" ve %16,0'sının ise "ciddi düzeyde depresyon" durumunda olduğu saptanmıştır (Tablo-70).

Tablo-70: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) puan kesim noktalarına göre depresyon durumu ve depresyon düzeylerinin dağılımı

Değişken		n (%)	
Depresyon durumu	Depresyon yok (<16 puan)	Depresyon yok (< 16 puan)	574 (38,2)
	Depresyon var (≥16 puan)	Hafif düzeyde depresyon (16-20 puan)	243 (16,2)
		Orta düzeyde depresyon (21-30 puan)	444 (29,6)
		Ciddi düzeyde depresyon (≥31 puan)	241 (16,0)
Toplam			1502 (100,0)

Katılımcıların CES-D puan ortalamalarının bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi Tablo-71'de sunulmaktadır. Yaş grubuna göre CES-D puan ortalamaları açısından anlamlı fark vardır (F: 11,480; $p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; 18-29 yaş grubundaki katılımcıların CES-D puan ortalaması; 30-39 yaş grubundaki ($p<0,01$) ve 40 yaş ve üzeri gruptaki ($p<0,01$) katılımcıların CES-D puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksektir.

Öğrenim durumu lise ve altı olan katılımcıların CES-D puan ortalaması, öğrenim durumu önlisans ve üzeri olan katılımcıların puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir (Z: -4,446; $p<0,01$).

Medeni duruma göre de CES-D puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık olduğu görülmektedir (F: 40,097; $p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; evli katılımcıların CES-D puan ortalaması; bekar ($p<0,01$) ve "boşanmış/eşinden ayrı yaşayan/eşi ölmüş" katılımcıların ($p<0,01$) CES-D puan ortalamalarından anlamlı olarak daha düşüktür.

Aile tipine göre CES-D puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık vardır (H: 55,602; $p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda; yalnız yaşayan katılımcıların CES-D puan ortalamasının; çekirdek aile tipine ($p<0,01$) sahip olan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların hanelerindeki kişi sayısına göre CES-D puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık olduğu görülmektedir (t: 2,224; $p<0,05$). Hanesinde üç ve üzeri kişi olan katılımcıların CES-D puan ortalaması, hanesinde üçten daha az kişi olan katılımcılara göre anlamlı olarak daha düşüktür.

Katılımcıların kardeş sayısına göre, CES-D puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (F:1,114; $p>0,05$).

Tablo-71: Sosyodemografik bazı özelliklere göre Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) puan ortalamaları

Değişkenler		CES-D puan ortalamaları (%95 G.A)	*	p
Yaş grubu	18-29 ^a	22,21 (21,10-23,32)	F: 11,480	0,000 a>b, c
	30-39 ^b	19,45 (18,58-20,32)		
	≥40 ^c	19,18 (18,38-19,98)		
Doğum yeri	İl	19,66 (18,98-20,35)	F: 2,683	0,070
	İlçe	20,25 (19,29-21,20)		
	Köy	21,56 (20,07-23,05)		
İlköğrenim sonuna kadar en uzun süre yaşanan yer	İl	19,76 (19,05-20,47)	F: 0,743	0,476
	İlçe	20,46 (19,47-21,45)		
	Köy	20,32 (19,12-21,52)		
Öğrenim durumu	Lise ve altı	22,66 (21,38-23,95)	Z: -4,446	0,000
	Önlisans ve üzeri	19,64 (19,07-20,21)		
Medeni durum	Bekar ^a	23,70 (22,66-24,74)	F: 40,097	0,000 b<a, c
	Evli ^b	18,32 (17,71-18,92)		
	Boşanmış/ Eşinden ayrı yaşıyor/ Eşi ölmüş ^c	21,75 (19,50-23,99)		
Aile tipi	Çekirdek aile ^a	19,06 (18,46-19,65)	H: 55,602	0,000 d>a
	Geniş aile ^b	20,93 (18,78-23,09)		
	Parçalanmış aile ^c	22,83 (19,89-25,76)		
	Yalnız ^d	24,14 (22,73-25,54)		
	Diğer ^e	23,52 (20,42-26,61)		
Hanedeki kişi sayısı	<3kişi	20,99 (20,02-21,97)	t: 2,224	0,026
	≥3 kişi	19,68 (19,05-20,30)		
Kardeş sayısı	Yok ^a	21,47 (19,31-23,62)	F:1,114	0,328
	1 kardeş ^b	19,80 (18,90-20,70)		
	≥2 kardeş ^c	20,03 (19,35-20,71)		

CES-D: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (20 soru)

^dArkadaş, partner, akraba

* t: Student's t-test, H: Kruskal Wallis, F: One-Way ANOVA, Z: Man-Whitney U

Katılımcıların CES-D puan ortalamalarının bazı sosyoekonomik değişkenlerle ilişkisi Tablo-72’de sunulmaktadır. Aylık toplam hane geliri “yoksulluk sınırının altında” olanlar, aylık toplam hane geliri “yoksulluk sınırı ve üzerinde” olanlara göre (t: 2,580; p<0,01); geliri giderini karşılamayan katılımcılar, geliri giderini “yaklaşık/rahatlıkla” karşılayanlara göre (t: 4,440; p<0,01); aylık toplam hane geliri ile hiç tasarruf yapamayanlar, tasarruf yapabilenlere göre (t: 2,837; p<0,01); yaşadığı konut “kira ve diğerleri” olanlar, yaşadığı konut kendisine/eşine/ailesine ait olanlara göre (t: -4,237; p<0,05) ve kendine ait aracı olmayanlar, olanlara göre (t: 3,722; p<0,01) anlamlı olarak daha yüksek CES-D puan ortalamalarına sahiptir.

Tablo-72: Katılımcıların bazı sosyoekonomik özelliklerine göre Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) puan ortalamaları

Değişkenler		CES-D puan ortalamaları (%95 G.A)	*	p
Aylık toplam hane geliri	Yoksulluk sınırının altında	20,57 (19,92-21,23)	t: 2,580	0,005
	Yoksulluk sınırı ve üzerinde	19,13 (18,24- 20,00)		
Gelir-gider durumu	Karşılamıyor	21,93 (20,89-22,97)	t: 4,440	0,000
	Yaklaşık/rahatlıkla karşılıyor	19,31 (18,70-19,91)		
Tasarruf yapabilme durumu	Hiç yapamayanlar	20,74 (20,05-21,44)	t: 2,837	0,005
	Az da olsa/rahatlıkla yapabilenler	19,21 (18,41-20,01)		
Aldığı ücreti yeterli bulma durumu	Yeterli	19,43 (17,70-21,15)	Z:-,376	0,707
	Yetersiz	20,08 (19,52-20,63)		
Konut mülkiyeti	Kendine/eşine/ailesine ait	19,16 (18,51-19,82)	t: -4,237	0,000
	Kira ve diğerleri**	21,53 (20,66-22,40)		
Kendine ait araç	Yok	21,10 (20,33-21,87)	t: 3,722	0,000
	Var	19,11 (18,39-19,83)		

CES-D: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (20 soru)

*t: Student’s t-test, Z: Man-Whitney U

** Diğerleri: Lojman, ortak, aile apartmanı, kredi-ipotek

Tablo-73'de çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının bazı mesleki özelliklerine göre CES-D puan ortalamaları sunulmaktadır. Meslek sınıfına göre, CES-D puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık olduğu görülmektedir (F: 24,674; $p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; hekimlerin CES-D puan ortalaması; hemşirelerin, yardımcı sağlık profesyonelleri ve diğer profesyonel meslek çalışanlarının ve yönetim ve destek personelinin CES-D puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,01$). Benzer şekilde, hizmet işlerinde çalışanların CES-D puan ortalaması; hemşirelerin, yardımcı sağlık profesyonelleri ve diğer profesyonel meslek çalışanlarının ve yönetim ve destek personelinin CES-D puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,01$). Hemşirelerin CES-D puan ortalaması, yönetim ve destek personelinin CES-D puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksektir CES-D puan ortalaması. Hekimler ve hizmet çalışanları arasında CES-D puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanları arasında, çalıştıkları birimlere göre CES-D puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık yoktur (H: 4,590; $p>0,05$).

Meslekte toplam çalışma süresine göre CES-D puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık olduğu görülmektedir (H: 8,205; $p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; meslekte toplam çalışma süresi "<10 yıl" olan katılımcıların CES-D puan ortalaması, ; meslekte toplam çalışma süresi "10-19 yıl" olanlara ($p<0,01$) ve " ≥20 yıl" olanlara göre ($p<0,01$) anlamlı olarak daha yüksektir.

Haftalık çalışma saati 40 saatin üzerinde olan katılımcıların CES-D puan ortalamasının, haftalık çalışma saati 40 saat ve altı olan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir (t: -4,610; $p<0,01$).

Çalışma şekli gündüz- gece vardiyalı olan katılımcıların CES-D puan ortalaması, yalnız gündüz/gece çalışan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (t: -3,027; $p<0,01$).

Tablo-73: Katılımcıların bazı mesleki özelliklerine göre Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) puan ortalamaları

Değişkenler		CES-D puan ortalamaları (%95 G.A)	*	p
Meslek sınıfı	Hekimler ^a	23,26 (21,97-24,54)	F: 24,674	0,000 a>b, c, d b>d e>b, c, d
	Hemşireler ^b	19,57 (18,84-20,30)		
	Yardımcı Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Profesyonel Meslek Çalışanları ^c	18,14 (16,51-19,78)		
	Yönetim ve Destek Personeli ^d	15,77 (14,50-17,03)		
	Hizmet İşlerinde Çalışanlar ^e	23,99 (22,41-25,58)		
Çalıştığı birim	Dahili Tıp Birimleri	20,22 (19,52-20,92)	H: 4,590	0,468
	Cerrahi Tıp Birimleri	20,23 (19,14-21,33)		
	Temel Tıp Birimleri	20,66 (17,34-23,97)		
	Ameliyathane-Yoğun Bakım	19,20 (17,39-21,00)		
	Tıbbi Laboratuvarlar ve Diğer Tıbbi Birimler	18,44 (15,85-21,02)		
	Yönetim ve Destek Birimleri	19,86 (17,55-22,18)		
Meslekte toplam çalışma süresi	<10 yıl ^a	21,43 (20,56-22,30)	F: 8,205	0,000 a>b, c
	10-19 yıl ^b	19,25 (18,39-20,10)		
	≥20 yıl ^c	19,12 (18,08-20,17)		
Haftalık çalışma saati	≤40 saat	18,67 (17,91-19,44)	t: -4,610	0,000
	40 + saat	21,14 (20,42-21,85)		
Çalışma şekli	Yalnız gündüz/gece	19,36 (18,66-20,05)	t: -3,027	0,003
	Gündüz- gece vardiyalı	21,00 (20,19-21,81)		

CES-D: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (20 soru)

** t: Student's t-test, H: Kruskal Wallis, F: One-Way ANOVA

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanları arasında, mesleklerini isteyerek seçme durumlarına göre CES-D puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık olduğu görülmektedir (Tablo-74). Mesleğini isteyerek seçmediğini ifade eden katılımcıların CES-D puan ortalaması, mesleğini isteyerek seçen katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksektir (t: 2,476; p<0,05).

Katılımcıların mesleklerini tekrar seçme isteği durumlarına göre CES-D puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır (F: 15,660; p<0,01). Sahip olduğu mesleği tekrar seçmek istemediğini ifade eden katılımcıların CES-D puan ortalaması, bu konuda kararsız olan (p<0,01) ve mesleğini tekrar seçmek istediğini bildiren (p<0,01) katılımcıların CES-D puan ortalamalarına göre anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo-74).

Tablo-74: Katılımcıların bazı mesleki özelliklerine göre Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) puan ortalamaları

Değişkenler		CES-D puan ortalamaları (%95 G.A)	*	p
Mesleğini isteyerek seçme	Hayır	21,16 (20,08-22,24)	t: 2,476	0,013
	Evet	19,66 (19,06-20,26)		
Mesleğini tekrar seçme isteği	Hayır ^a	21,75 (20,94-22,55)	F:15,660	0,000 a>b, c
	Kararsızım ^b	18,96 (17,99-19,92)		
	Evet ^c	18,55 (17,58-19,51)		
Emeklilik planı	Emekliliği hak eder etmez emekli olmak	20,36 (19,71-21,02)	F: 2,407	0,090
	Yaş haddine kadar çalışmak	19,98 (18,73-21,24)		
	Diğer ^{**}	18,52 (17,07-19,96)		

CES-D: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (20 soru)

* t: Student's t-test, F: One-Way ANOVA

**Açık uçlu ifade şeklinde belirtilen bu seçeneğe yönelik cevaplar "Emekliliğin hak edilmesine rağmen çalışıyor durumda", "Sağlık durumu elverdiği sürece çalışmak", "Çocuk/çocukların okulu bitene kadar çalışmak", "Emekliliği beklemeden istifa etmek", "Başka iş alanlarına yönelmek", "Yasal düzenlemeleri (3600 ek gösterge) beklemek", "Ekonomik şartlara göre karar almak" şeklinde gruplandırılmıştır.

Tablo-75’de, çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının sağlık durumu ile ilgili bazı özelliklere göre CES-D puan ortalamaları sunulmaktadır.

Katılımcılar arasında son bir yıl içinde hekime başvuru sayısına göre CES-D puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık yoktur (t: -1,820; p>0,05).

Katılımcılar arasında; kronik hastalığı olanlar olmayanlara göre (t: -2,733; p<0,01); daha önce depresyon tanısı (t: -6,442; p<0,01) ve tedavisi alanlar (t: -6,581; p<0,01) almayanlara göre; halen depresyon tedavisi alanlar almayanlara göre (Z: -7,315; p<0,01); birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık tanısı olanlar olmayanlara göre (Z: -3,752; p<0,01) ve ailesinde bakım gerektiren kronik hastalık olanlar olmayanlara göre (Z: -2,289; p<0,01) anlamlı olarak daha yüksek CES-D puan ortalamalarına sahiptir.

Son altı ay içinde doğum yapama durumuna göre katılımcılar arasında CES-D puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık yoktur (Z: -0,660; p>0,05).

Katılımcıların bazı alışkanlıkları ve CES-D puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; halen sigara içenlerin halen sigara içmeyenlere göre (t: -3,215; p<0,01), halen alkol kullananların halen alkol kullanmayanlara göre (t: 2,642; p<0,01), “bazen ve daha az” düzenli fiziksel aktivite yapanların, “sık” düzenli fiziksel aktivite yapanlara göre (Z: -2,716; p<0,01) anlamlı olarak daha yüksek CES-D puan ortalamalarına sahip olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanları arasında, algılanan sağlık durumuna göre de CES-D puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Sağlığını “iyiden kötü” olarak tanımlayan katılımcıların CES-D puan ortalaması, sağlığını “iyi” olarak tanımlayan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksektir (t: -10,876; p<0,01).

Tablo-75: Katılımcıların sağlık durumu ile ilgili bazı özelliklerine göre Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) puan ortalamaları

Değişkenler		CES-D puan ortalamaları (%95 G.A)	*	p
Son bir yıl içinde hekime başvuru sayısı	<5 kez	19,77 (19,14-20,40)	t: -1,820	0,069
	≥5 kez	20,85 (19,88-21,82)		
Kronik hastalık durumu	Yok	19,39 (18,73-20,05)	t: -2,733	0,006
	Var	20,92 (20,02-21,82)		
Daha önce depresyon tanısı almış olma	Hayır	18,98 (18,37-19,58)	t: -6,442	0,000
	Evet	22,77 (21,75-23,79)		
Daha önce depresyon tedavisi almış olma	Hayır	18,99 (18,40-19,57)	t: -6,581	0,000
	Evet	23,15 (22,05-24,25)		
Halen depresyon nedeniyle tedavi alıyor olma	Hayır	19,31 (18,78-19,85)	Z: -7,315	0,000
	Evet	26,17 (24,42-27,92)		
Birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık tanısı	Hayır	19,59 (19,02-20,16)	Z: -3,752	0,000
	Evet	22,53 (21,10-23,96)		
Ailede bakım gerektiren kronik hastalık varlığı	Hayır	19,63 (19,04-20,22)	Z: -2,289	0,022
	Evet	21,28 (20,00-22,56)		
Son 6 ay içinde doğum yapma durumu	Hayır	20,07 (19,54-20,59)	Z: -0,660	0,509
	Evet	17,75 (13,41-22,09)		
Sigara içme durumu	Halen içmiyor	19,46 (18,84-20,08)	t: -3,215	0,001
	Halen içiyor	21,30 (20,33-22,26)		
Alkol kullanma durumu	Halen kullanmıyor	19,42 (18,74-20,11)	t: 2,642	0,008
	Halen kullanıyor	20,85 (20,04-21,67)		
Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu	Sık	18,41 (17,21-19,60)	Z: -2,716	0,007
	Bazen ve daha az	20,43 (19,85-21,02)		
Sağlık algısı	İyi	17,89 (17,31-18,47)	t: -10,876	0,000
	İyiden kötü	24,09 (23,13-25,04)		

CES-D: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (20 soru)

* t: Student's t-test, Z: Man-Whitney U

Tablo-76: Katılımcıların ebeveynleri ve sosyal çevreleri ile ilişkili özelliklerine göre Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) puan ortalamaları

Değişkenler		CES-D puan ortalamaları (%95 G.A)	*	p
Anne öğrenim durumu	Lise ve altı	19,77 (19,21-20,33)	t: -2,731	0,006
	Önlisans ve üzeri	21,96 (20,42-23,50)		
Baba öğrenim durumu	Lise ve altı	19,73 (19,13-20,32)	t: -2,176	0,030
	Önlisans ve üzeri	21,11 (20,01-22,21)		
Otoriter ebeveyn özellikleri	Yok	19,41 (18,66-20,17)	Z: -2,150	0,032
	Var	20,61 (19,88-21,34)		
İlgisiz ebeveyn özellikleri	Yok	19,10 (18,53-19,67)	Z: -6,488	0,000
	Var	23,64 (22,41-24,87)		
Çocukluk döneminde aile içi şiddet	Yok	19,35 (18,78-19,91)	Z: -4,867	0,000
	Var	22,92 (21,64-24,20)		
Çocukluk döneminde ebeveyn ölümü/ayrılığı	Yok	19,84 (19,29-20,40)	Z: -2,346	0,019
	Var	21,67 (20,04-23,29)		
Aile ve sosyal çevreden duygusal destek alma durumu	Hayır	25,00 (23,65-26,34)	Z: -8,147	0,000
	Evet	18,96 (18,41-19,51)		

CES-D: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (20 soru)

* t: Student's t-test, Z: Man-Whitney U

Katılımcıların ebeveynlerine ve sosyal çevrelerine ilişkin bazı özelliklerine göre CES-D puan ortalamaları Tablo-76'da sunulmaktadır. Anne öğrenim durumu lise ve altı olan katılımcıların, anne öğrenim durumu önlisans ve üzeri olan katılımcılara göre CES-D puan ortalaması anlamlı olarak daha düşüktür (t: -2,731 ;p<0,01). Benzer şekilde, baba öğrenim durumu lise ve altı olan katılımcıların, baba öğrenim durumu önlisans ve üzeri olan katılımcılara göre CES-D puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmektedir (t: -2,176; p<0,05).

Katılımcılar arasında; ailesinde otoriter ebeveyn özellikleri olanlar, olmayanlara göre (Z: -2,150; $p<0,05$); ailesinde ilgisiz ebeveyn özellikleri olanlar, olmayanlara göre (Z: -6,488; $p<0,01$); çocukluk döneminde aile içi şiddete maruz kalanlar kalmayanlara göre (Z: -4,867; $p<0,01$) ve çocukluk döneminde ebeveyn ölümü/ayrılığı olanlar olmayanlara göre (Z: -2,346; $p<0,05$), anlamlı olarak daha yüksek CES-D puan ortalamalarına sahiptir (Tablo-76).

Katılımcılar arasında aile ve sosyal çevreden duygusal destek alma durumuna göre CES-D puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. İhtiyacı olan duygusal desteği aile ve sosyal çevresinden alamadığını ifade eden katılımcıların CES-D puan ortalaması, alabildiğini ifade eden katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksektir (Z: -8,147; $p<0,01$) (Tablo-76).

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının evlilik hayatına ilişkin bazı özelliklerine göre CES-D puan ortalamaları Tablo-77’de sunulmaktadır. Evlilik sayısına göre, CES-D puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık olduğu görülmektedir (H:66,775; $p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; hiç evlenmeyen katılımcıların CES-D puan ortalaması, “1 kez evlilik yapan” ($p<0,01$) katılımcıların CES-D puan ortalamalarına göre anlamlı olarak daha yüksektir. Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

İlk evlenme yaşı 25 yaşın altı olan katılımcıların CES-D puan ortalaması, ilk evlenme yaşı 25 yaş ve üzeri olan katılımcıların CES-D puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha yüksektir (t: 2,589; $p<0,05$) (Tablo-77).

Evlilik kararını görücü usulü şeklinde alan katılımcıların CES-D puan ortalamasının, evlilik kararını kendi istediği kişi ile anlaşarak alan katılımcıların CES-D puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir (Z: -2,950; $p<0,01$) (Tablo-77).

Tablo-77: Katılımcıların evlilik hayatına ilişkin bazı özelliklere göre Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D)puan ortalamaları

Değişkenler		CES-D puan ortalamaları (%95 G.A)	*	p
Evlilik sayısı	Hiç evlenmeyen	23,55 (22,53-24,58)	H: 66,775	0,000 a>b
	1 kez	18,58 (17,98-19,19)		
	≥ 2 kez	19,70 (17,48-21,93)		
İlk evlenme yaşı	<25 yaş	19,45 (18,60-20,30)	t: 2,589	0,010
	≥25 yaş	17,88 (17,06-18,70)		
Evlilik kararı	Kendi istediği kişi ile	18,39 (17,76-19,01)	Z: -2,950	0,003
	Görücü usulü	21,14 (19,28-23,01)		

CES-D: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (20 soru)

* t: Student's t-test, H: Kruskal Wallis, Z: Man-Whitney U

Eşinin öğrenim durumu önlisans ve altı olan katılımcıların CES-D puan ortalaması, eşinin öğrenim durumu lisans ve üzeri olan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksektir (Z: -2,065; $p<0,05$). Katılımcılar arasında, eşlerinin çalışma durumuna göre CES-D puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık yoktur (H:3,527; $p>0,05$) (Tablo-78).

Çocuk varlığı ve sayısına göre, CES-D puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık vardır (F:14,508; $p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; çocuğu olmayan katılımcıların CES-D puan ortalaması, bir çocuğu olan ($p<0,01$) ve iki ve üzeri sayıda çocuğu olan ($p<0,01$) katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo-78).

Sosyal aktivitelere katılım için eşinden izin alan katılımcıların CES-D puan ortalamasının, izin almayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir (t: -2,350; $p<0,05$). Katılımcılar arasında, sağlık kuruluşuna başvuru için eşinden izin alma durumuna göre CES-D puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık yoktur(Z: -1,564; $p>0,05$) (Tablo-78).

Tablo-78: Katılımcıların evlilik hayatına ilişkin bazı özelliklere göre Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) puan ortalamaları

Değişkenler		CES-D puan ortalamaları (%95 G.A)	*	p
Eş öğrenim durumu	Önlisans ve altı	18,90 (18,09-19,70)	Z: -2,065	0,039
	Lisans ve üzeri	17,85 (16,95-18,75)		
Eş çalışma durumu	Çalışmıyor	20,14 (17,82-22,47)	H: 3,527	0,317
	Ücretli-Maaşlı	18,17 (17,50-18,83)		
	İşveren- Kendi hesabına	19,14 (17,20-21,09)		
	Yevmiyeli-Ücretsiz aile işlerinde	15,14 (9,98-20,30)		
Çocuk sayısı	Yok ^a	21,88 (20,98-22,78)	F: 14,508	0,000 a>b,c
	1 çocuk ^b	18,57 (17,58-19,57)		
	≥2 çocuk ^c	19,10 (18,26-19,93)		
Çocuk sahibi olma kararı	Ben ^a	19,25 (17,03-21,47)	F: 10,558	0,000 c>a,b
	Ben ve eşim ^b	18,08 (17,45-18,71)		
	Eşim/Aile büyükleri/ Aile büyükleri ve eşim/Hep beraber ^c	28,94 (25,50-32,37)		
Sağlık kuruluşuna başvuru için eşinden izin alma	Hayır	18,33 (17,71-18,94)	Z: -1,564	0,118
	Evet	20,54 (17,55-23,54)		
Sosyal aktivitelere katılım için eşinden izin alma	Hayır	17,90 (17,16-18,64)	t: -2,350	0,019
	Evet	19,47 (18,45-20,50)		

CES-D: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (20 soru)

* t: Student's t-test, H: Kruskal Wallis, F: One-Way ANOVA, Z: Man-Whitney U

Tablo-79'da "Toplumsal Cinsiyet" kavramı ile ilişkili bazı özelliklere göre katılımcıların CES-D puan ortalamaları sunulmaktadır. "Toplumsal Cinsiyet" kavramı hakkında bilgi durumuna göre olan katılımcılar arasında, CES-D puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark yoktur (t: 0,012; p>0,05).

Büyüdüğü ailede (t: -6,136; p<0,01) ve şu an yaşadığı ailede (t: -6,052 ; p<0,01) toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünen katılımcıların CES-D puan ortalaması, olmadığını düşünen katılımcıların CES-D puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Yaşadığımız toplumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünme durumuna göre katılımcılar arasında CES-D puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık yoktur (t: -0,643; p>0,05).

Çalışılan kurumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünen katılımcıların CES-D puan ortalamasının, olduğunu düşünmeyen katılımcıların CES-D puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir (t: -3,410; p<0,01).

Cinsiyeti nedeniyle çalışma yaşamında zorluk yaşadığını düşünen katılımcıların CES-D puan ortalaması, cinsiyeti nedeniyle çalışma yaşamında zorluk yaşadığını düşünmeyen katılımcıların CES-D puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha yüksektir (Z: -2,311; p<0,05).

Hastanın cinsiyetinin sağlık hizmeti sunumunda farklılıklara yol açabileceğini düşünen katılımcıların CES-D puan ortalaması, hastanın cinsiyetinin sağlık hizmeti sunumunu etkilemediğini düşünen katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksektir (Z: -2,979; p<0,01).

Tablo-79: Katılımcıların “Toplumsal Cinsiyet” kavramı ile ilişkili özelliklerine göre Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) puan ortalamaları

Değişkenler		CES-D puan ortalamaları (%95 G.A)	*	p
“Toplumsal Cinsiyet” kavramı hakkında bilgi	Yok	20,07 (19,03-21,11)	t: 0,012	0,991
	Var	20,06 (19,46-20,67)		
Büyüdüğü ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği	Yok	18,80 (18,16-19,44)	t: -6,136	0,000
	Var	22,16 (21,28-23,04)		
Şu an yaşadığı ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği	Yok	19,24 (18,66-19,82)	t: -6,052	0,000
	Var	23,31 (22,14-24,48)		
Yaşadığımız toplumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği	Yok	19,66 (18,28-21,05)	t: -0,643	0,520
	Var	20,13 (19,56-20,70)		
Çalışılan kurumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği	Yok	19,34 (18,69-19,99)	t: -3,410	0,001
	Var	21,21 (20,34-22,09)		
Cinsiyet nedeniyle çalışma yaşamında zorluk yaşama durumu	Hayır	19,83 (19,28-20,39)	Z: -2,311	0,021
	Evet	22,39 (20,03-24,74)		
“Hastanın cinsiyeti sağlık hizmeti sunumunu etkiler mi?” **	Etkilemez	19,56 (19,01-20,11)	t: -2,979	0,003
	Farklılıklar olabilir	22,85 (20,70-25,00)		

CES-D: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (20 soru)

* t: Student’s t-test, H: Kruskal Wallis, Z: Man-Whitney U

**Fikrim yok yanıtını veren 65 kişi analiz dışında bırakılmıştır.

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) puan ortalaması 20,05 olarak bulunmuş ve ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasındaki kesme puanlarına göre katılımcıların %61,8'inin herhangi bir düzeyde depresyona sahip olduğu saptanmıştır. Oluşturulan binary lojistik regresyon modelinde, depresyon durumu bağımlı değişkeni “depresyon yok” ve “depresyon var” şeklinde kategorize edilmiş, “depresyon var” grubu referans grup olarak belirlenmiş ve farklı değişkenlerle oluşturulan farklı modellerde lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Bu modeller, çalışmada yapılan Ki-Kare (χ^2) analizlerinde Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) puanı ile arasında anlamlı ilişki saptanan değişkenler üzerinden kurulmuş olup, oluşturulan modeller aşağıdaki gibidir;

- *Sosyodemografik-Sosyoekonomik Etmenler ve Depresyon İlişkisi Modeli*
- *Meslek Özellikleri ve Depresyon İlişkisi Modeli*
- *Sağlık Durumu ve Depresyon İlişkisi Modeli*
- *Aile Özellikleri ve Depresyon İlişkisi Modeli*
- *Evlilik Özellikleri ve Depresyon İlişkisi Modeli*
- *Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Depresyon İlişkisi Modeli*

“Sosyodemografik-Sosyoekonomik Etmenler ve Depresyon İlişkisi” modeline göre; konut mülkiyeti durumunun “kira ve diğerleri” olması depresyonda olma durumunu 1,506 kat artırmaktadır (Tablo-80).

Tablo-80: Depresyon ile ilişkili olabilecek bazı sosyodemografik ve sosyoekonomik değişkenlerin lojistik regresyon modeli analiz sonuçları

Depresyon Durumu					
Sosyodemografik-Sosyoekonomik Etmenler ve Depresyon İlişkisi Modeli	Değişkenler	B(β)	p	O.R.	%95 G.A
	Yaş	-0,056	0,658	0,945	0,736-1,213
	○ <35 yaş *				
	○ ≥35 yaş				
	Medeni durum	-0,703	0,000	0,495	0,380-0,646
	○ Evli olmayanlar*				
	○ Evli olanlar				
	Öğrenim durumu	-0,075	0,637	0,928	0,679-1,268
	○ Önlisans ve altı*				
	○ Lisans ve üzeri				
	Meslek sınıfı	-0,353	0,032	0,702	0,509-0,969
○ Sağlık hizmeti sunucuları*					
○ Destek ve hizmet personeli					
Aylık toplam hane geliri	-0,087	0,498	0,917	0,712-1,179	
○ Yoksulluk sınırının altı*					
○ Yoksulluk sınırı ve üzeri					
Gelir-gider karşılama durumu	-0,054	0,704	0,947	0,717-1,252	
○ Karşılmıyor*					
○ Yaklaşık/rahatlıkla karşılıyor					
Tasarruf yapabilme durumu	-0,349	0,005	0,706	0,553-0,899	
○ Hiç yapamayanlar					
○ Az da olsa/rahatlıkla yapabilenler					
Konut mülkiyeti	0,409	0,001	1,506	1,179-1,923	
○ Kendine/eşine/ailesine ait*					
○ Kira ve diğerleri					
Kendine ait araç	-,0117	0,320	0,890	0,707-1,120	
○ Yok*					
○ Var					
Sabit	1,283	0,000	3,607		

Model Ki-Kare=81,383; p<0,01
-2 Log likelihood: 1852,126

* Referans grup

“Meslek Özellikleri ve Depresyon İlişkisi” modeline göre; haftalık çalışma saatinin 40 saat ve üzerinde olması, depresyonda olma durumunu 1,493 kat artırmaktadır.

Depresyon durumu ve meslek özelliklerine ilişkin bazı değişkenler arasında yapılmış olan binary lojistik regresyon analizinin sonuçları Tablo-81’de sunulmaktadır.

Tablo-81: Depresyon ile ilişkili olabilecek bazı meslek özelliklerinin lojistik regresyon modeli analiz sonuçları

Depresyon Durumu					
Meslek Özellikleri ve Depresyon İlişkisi Modeli	Değişkenler	B(β)	p	O.R.	%95 G.A
	Yaş	-0,331	0,046	0,718	0,519- 0,994
	○ <35 yaş*				
	○ ≥35 yaş				
	Meslek sınıfı	-0,178	0,226	0,837	0,627- 1,117
	○ Sağlık hizmeti sunucuları*				
	○ Destek ve hizmet personeli				
	Meslekte toplam çalışma süresi	0,016	0,919	1,016	0,742- 1,393
	○ <15 yıl*				
	○ ≥15 yıl ve üzeri				
Çalışma şekli	0,086	0,507	1,090	0,844- 1,407	
○ Yalnız gündüz/Yalnız gece*					
○ Gece-gündüz vardiyalı					
Haftalık çalışma saati	0,401	0,000	1,493	1,200- 1,859	
○ ≤40 saat*					
○ 40 + saat					
Mesleğini isteyerek seçme	-0,252	0,052	0,778	0,603- 1,002	
○ Hayır*					
○ Evet					
Mesleğini tekrar seçme isteği	-0,339	0,006	0,712	0,559- 0,908	
○ Hayır/Kararsızım*					
○ Evet					
Sabit	0,736	0,000	2,087		
Model Ki-Kare= 40,626; p<0,01 -2 Log likelihood: 1917,905					

* Referans grup

“Sağlık Durumu ve Depresyon İlişkisi” modeline göre, depresyonda olma durumunu; katılımcının sağlık algısının “iyiden kötü” olması 2,243 kat, daha önce depresyon tanısı almış olması 2,203 kat ve birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık tanısı olması 1,605 kat artırmaktadır (Tablo-82).

Tablo-82: Depresyon ile ilişkili olabilecek bazı sağlık durumu özelliklerinin lojistik regresyon modeli analiz sonuçları

		Depresyon Durumu				
Sağlık Durumu ve Depresyon İlişkisi Modeli		Değişkenler	B(ß)	p	O.R.	%95 G.A
		Sağlık algısı	0,808	0,000	2,243	1,736- 2,898
		○ İyi*				
		○ İyiden kötü				
		Kronik hastalık durumu	-0,163	0,194	0,849	0,664- 1,087
		○ Yok*				
		○ Var				
		Daha önce depresyon tanısı almış olma	0,790	0,047	2,203	1,010- 4,849
		○ Hayır*				
		○ Evet				
		Daha önce depresyon tedavisi almış olma	-0,377	0,374	0,686	0,298- 1,576
		○ Hayır*				
		○ Evet				
		Halen depresyon nedeniyle tedavi alıyor olma	-0,007	0,979	0,993	0,609- 1,621
		○ Hayır*				
		○ Evet				
		Birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık tanısı	0,473	0,007	1,605	1,140- 2,258
		○ Yok*				
		○ Var				
		Ailede bakım gerektiren kronik hastalık varlığı	0,228	0,147	1,256	0,923- 1,709
		○ Yok*				
		○ Var				
		Sigara içme durumu	0,142	0,267	1,152	0,897- 1,479
		○ Halen içmiyor*				
		○ Halen içiyor				
		Alkol kullanma durumu	-0,213	0,076	0,808	0,638- 1,023
		○ Halen kullanıyor*				
		○ Halen kullanmıyor				
		Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu	0,048	0,749	1,049	0,782- 1,407
		○ Sık*				
		○ Bazen ve daha az				
		Sabit	0,065	0,683	1,067	
Model Ki-Kare= 79,935; p<0,01 -2 Log likelihood: 1778,996						

* Referans grup

“Aile Özellikleri ve Depresyon İlişkisi” modeline göre, ailesinde ilgisiz ebeveyn özellikleri olanlarda depresyonda olma durumu 1,943 kat daha fazla saptanmıştır.

Depresyon durumu ve aile özelliklerine ilişkin bazı değişkenler arasında yapılmış olan binary lojistik regresyon analizinin sonuçları Tablo-83’de sunulmaktadır.

Tablo-83: Depresyon ile ilişkili olabilecek bazı aile özelliklerinin lojistik regresyon modeli analiz sonuçları

		Depresyon Durumu				
		Değişkenler	B(β)	p	O.R.	%95 G.A
Aile Özellikleri ve Depresyon İlişkisi Modeli	Anne öğrenim durumu	0,321	0,100	1,378	0,941- 2,018	
	○ Lise ve altı*					
	○ Önlisans ve üzeri					
	Baba öğrenim durumu	0,175	0,246	1,191	0,886- 1,600	
	○ Lise ve altı*					
	○ Önlisans ve üzeri					
	Otoriter ebeveyn özellikleri	0,111	0,320	1,117	0,898- 1,390	
	○ Yok*					
	○ Var					
	İlgisiz ebeveyn özellikleri	0,664	0,000	1,943	1,432- 2,638	
○ Yok*						
○ Var						
Çocukluk döneminde aile içi şiddet	0,217	0,160	1,242	0,918- 1,682		
○ Yok*						
○ Var						
Çocukluk döneminde ebeveyn ölümü/ayrılığı	0,335	0,066	1,398	0,978- 1,999		
○ Yok*						
○ Var						
Aile ve sosyal çevreden duygusal destek alma durumu	-0,681	0,000	0,506	0,373		
○ Hayır*						
○ Evet						
Sabit	0,715	0,000	2,045			
Model Ki-Kare= 72,795; p<0,01 -2 Log likelihood: 1911,718						

* Referans grup

Depresyon durumu ve evlilik özelliklerine ilişkin bazı değişkenler arasında yapılmış olan binary lojistik regresyon analizinin sonuçları Tablo-84'de sunulmaktadır.

Tablo-84: Depresyon ile ilişkili olabilecek bazı aile özelliklerinin lojistik regresyon modeli analiz sonuçları

Depresyon Durumu					
Evlilik Özellikleri ve Depresyon İlişkisi Modeli	Değişkenler	B(β)	p	O.R.	%95 G.A
	Öğrenim düzeyi	0,309	0,064	1,362	0,982-1,890
	○ Önlisans ve altı*				
	○ Lisans ve üzeri				
	İlk evlenme yaşı	-0,305	0,031	0,737	0,558-0,973
	○ <25 yaş*				
	○ ≥25 yaş				
	Evlilik kararı	0,139	0,584	1,149	0,699-1,887
	○ Kendi istediği kişi ile*				
	○ Görücü usulü				
Eş öğrenim düzeyi	-0,088	0,557	0,916	0,683-1,228	
○ Önlisans ve altı*					
○ Lisans ve üzeri					
Sağlık kuruluşuna başvuru için eşinden izin alma	0,890	0,089	2,435	0,874-6,785	
○ Hayır*					
○ Evet					
Sosyal aktivitelere katılım için eşinden izin alma	0,291	0,052	1,337	0,997-1,794	
○ Hayır*					
○ Evet					
Sabit	0,071	0,656	1,074		

Model Ki-Kare=34,517; p<0,01
-2 Log likelihood: 1300,936

* Referans grup

“Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Depresyon İlişkisi” modeline göre, depresyonda olma durumunu; büyüdüğü ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünmesi durumu 1,386 kat ve şu an yaşadığı ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünmesi durumu 1,525 kat artırmaktadır (Tablo-85).

Tablo-85: Depresyon ile ilişkili olabilecek toplumsal cinsiyet kavramı ile ilgili bazı değişkenlerin lojistik regresyon modeli analiz sonuçları

	Depresyon Durumu				
	Değişkenler	B(β)	p	O.R.	%95 G.A
Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Depresyon İlişkisi Modeli	“Toplumsal Cinsiyet” kavramı hakkında bilgi ○ Yok* ○ Var	0,054	0,720	1,056	0,784- 1,421
	Büyüdüğü ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği ○ Yok* ○ Var	0,326	0,019	1,386	1,054- 1,822
	Şu an yaşadığı ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği ○ Yok* ○ Var	0,422	0,018	1,525	1,074- 2,164
	Yaşadığımız toplumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği ○ Yok* ○ Var	0,267	0,115	1,306	0,937- 1,820
	Çalışılan kurumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği ○ Yok* ○ Var	0,123	0,346	1,131	0,875- 1,462
	Cinsiyet nedeniyle çalışma yaşamında zorluk yaşama durumu ○ Hayır* ○ Evet	0,418	0,108	1,520	0,912- 2,531
	“Hastanın cinsiyeti sağlık hizmeti sunumunu etkiler mi?”ifadesi hakkındaki görüş ○ Etkilemez* ○ Farklılıklar olabilir	0,355	0,169	1,427	0,860- 2,367
	TCAÖ puanı	-,027	0,000	0,973	0,964- 0,982
	Sabit	2,309	0,000	10,061	
	Model Ki-Kare= 79,389; p<0,01 -2 Log likelihood: 1727,042				

* Referans grup

Toplumsal Cinsiyet Algısı ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişki

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) puanları ile Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) puanları arasındaki ilişki Tablo-86'da sunulmaktadır.

Tablo-86: Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) ve Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) puanları arasındaki korelasyon

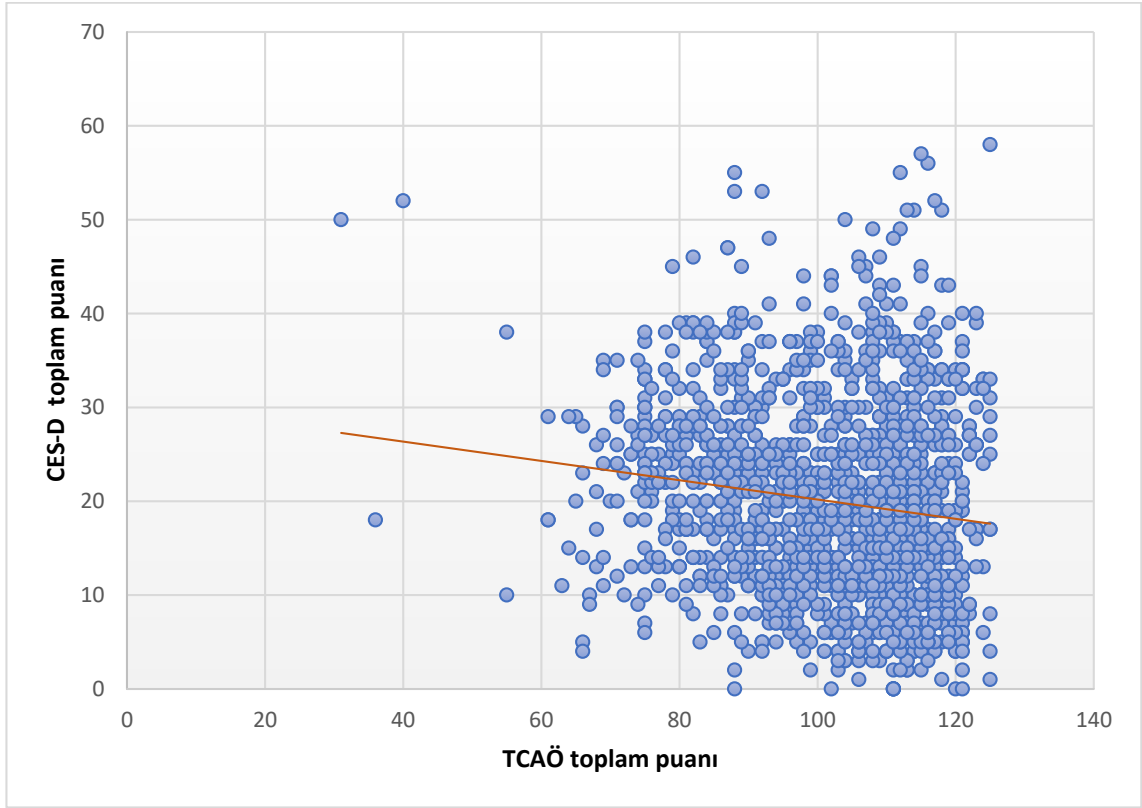
Ölçekler	*	CES-D	TCAÖ
Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D)	r	1	-0,141
	p		<0,001
Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ)	r	-0,141	1
	p	<0,001	

TCAÖ: Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (25 soru)

CES-D: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (20 soru)

r: Pearson Korelasyon Katsayısı

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) puanları ile Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) puanları arasında; negatif yönlü ve zayıf düzeyde olan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r: -0,141$; $p=0.001$; $p<0.01$) (Şekil-1).



Şekil-1: Katılımcıların Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) ve Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) puanları arasındaki ilişki

Tablo-87: Katılımcıların depresyon düzeyine göre Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) puan ortalamaları

Değişken	TCAÖ puan ortalamaları (%95 G.A)	*	p
Depresyon varlığı			
Depresyon yok (<16 puan)	104,00 (102,97-105,02)	t: 6,010	0,000
Depresyon var (≥16 puan)	99,70 (98,73-100,66)		
Depresyon düzeyi			
Depresyon yok (< 16 puan) ^a	104,00 (102,97-105,02)	F: 15,804	0,000 a>c, d c<b, d
Hafif düzeyde depresyon (16-20 puan) ^b	101,50 (99,71-103,29)		
Orta düzeyde depresyon (21-30 puan) ^c	98,00 (96,62-99,39)		
Ciddi düzeyde depresyon (≥31 puan) ^d	100,99 (99,01-102,97)		

TCAÖ: Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (25 soru)

CES-D: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (20 soru)

* t: Student's t-test, F: One-Way ANOVA

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının CES-D toplam puanları, ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında belirtilen kesme noktalarına göre sınıflandırıldığında; depresyonu olan ve olmayan katılımcıların TCAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır (Tablo-87). CES-D toplam puanına göre depresyonda olduğu saptanan katılımcıların TCAÖ puan ortalaması, depresyonda olmayan katılımcıların TCAÖ puan ortalamasına göre anlamlı olarak düşüktür (t: 6,010; p<0,01).

Katılımcıların depresyon düzeyine göre de TCAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır (F: 15,804; $p < 0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre ise; depresyonda olmayan katılımcıların TCAÖ puan ortalaması; orta düzeyde ($p < 0,01$) ve ciddi düzeyde ($p < 0,05$) depresyonu olan katılımcıların TCAÖ puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksektir. Orta düzeyde depresyonu olan katılımcıların TCAÖ puan ortalaması ise; hafif düzeyde ($p < 0,05$) ve ciddi düzeyde ($p < 0,05$) depresyonu olan katılımcıların TCAÖ puan ortalamalarından anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo-87).

TARTIŞMA

Çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Çalışmada örneklem seçilmemiş, Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çalışan bütün kadın sağlık çalışanları çalışmaya dahil edilmiş ve %70,9'una ulaşılmıştır. Çalışmada kadın sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet algısı ve depresyon durumları araştırılmış ve bunlara etki edebileceği düşünülen etmenlerle aralarındaki ilişkiler incelenmiştir.

Tanımlayıcı Özellikler

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 37,19 yıl olup oran olarak en büyük yaş grubunu %40,0 ile 40 yaş ve üzerinde olan katılımcılar oluşturmaktadır. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2021 verilerine göre Türkiye'de yaşayan kadınların ortanca yaşı 33,8'dir (195). Çalışmamızda yer alan katılımcıların yaş aralığı 22-64 arasında değişiyor olduğu için, ortanca yaş Türkiye ortalamasının biraz üzerindedir.

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının %65,5'i evlidir ve bu oran Türkiye'de 2021 yılında kadınlarda %61,4 olan evli olma oranına yakın seyretmektedir.

Eğitim, kişilerin ebeveynlerinin sosyoekonomik düzeyinden kişinin kendi yetişkinlik dönemindeki sosyoekonomik düzeyine geçişi yakalayan ve aynı zamanda gelecekteki istihdam durumunu ve gelirini etkileyen güçlü bir sosyoekonomik düzey göstergesidir (196). Ebeveynlerin maddi, entelektüel ve diğer kaynaklarını yansıtır, erken yaşlarda başlar, erişim ve performanstan etkilenir. Bu nedenle eğitim, hem erken yaşam koşullarının yetişkin sağlığı üzerindeki uzun vadeli etkilerini, hem de yetişkinlik dönemindeki kaynaklarının (örneğin, istihdam durumu) sağlık üzerindeki etkisini yakalayan önemli bir göstergedir (197,198). Çalışmamızda katılımcıların öğrenim düzeyine

bakıldığında; büyük çoğunluğunun önlisans ve üzeri (%86,7) öğrenim düzeyine sahip olduğu görülmekte olup, bu oranın Türkiye’de 2020 yılında yüksekokul ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olan kadın nüfus oranının (%19,6) oldukça üzerinde olduğu izlenmektedir (195). Çalışma kapsamındaki katılımcıların büyük çoğunluğunun (%72,3) profesyonel meslek mensupları olduğu düşünüldüğünde, çalışmada Türkiye ortalamasına göre oldukça yüksek saptanan öğrenim düzeyi beklenen bir durumdur. Ayrıca çalışmamızda katılımcıların öğrenim düzeyi ebeveynlerinin öğrenim düzeyi ile ilişkili bulunmuş olup, anne ve babası önlisans ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olan katılımcıların kendi öğrenim düzeylerinin de daha yüksek olduğu saptanmıştır ve bu bulgumuz literatürü desteklemektedir.

Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğu (%74,9) çekirdek ailede yaşamakta olup, hanede yaşanan ortalama kişi sayısı 3,12’dir. TÜİK 2021 verilerine göre ise, Türkiye’de hanehalklarının %64,4’ü “tek çekirdek aileden oluşan hanehalkı” tipindedir, ortalama hane halkı büyüklüğü 3,23’tür ve bu veriler çalışmamızdaki sonuçlarla benzerlik göstermektedir (199).

Gelir, sosyoekonomik düzeyin maddi kaynaklar bileşenini en doğrudan ölçen göstergesidir. Eğitim gibi diğer göstergelerde olduğu gibi, gelirin de sağlıkla “doz-yanıt” ilişkisi vardır ve sağlık üzerinde doğrudan etkileri olan çok daha başka kaynakları da etkilemektedir (196,200). Çalışmalarda çoğu zaman bireylerin değil hane halkının geliri ölçülür. Bireysel gelir, bireysel maddi özellikleri daha iyi yansıtırsa da, hane geliri özellikle hanenin ana geçim kaynağı olamayan kadınlar için yararlı bir göstergedir. Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının aylık toplam hane geliri ortalaması 14.946 TL’dir. Birleşik Metal-İş Sınıf Araştırmaları Merkezi (BİSAM) tarafından hazırlanan “Açlık ve Yoksulluk Sınırı Mart 2022 Dönem Raporu”na bakıldığında; TÜİK madde fiyatları üzerinden yapılan hesaplama göre, dört kişilik bir ailenin sağlıklı beslenmesi için aylık yapması gereken harcama tutarı olan açlık sınırı Mart 2022 için 4.453 TL, açlık sınırı üzerinden hanehalkı tüketim harcamaları esas alınarak hesaplanan yoksulluk sınırı ise 15.405 TL olarak belirlenmiştir (192). Bu veriler ışığında çalışmamızdaki

katılımcıların ortalama aylık toplam hane gelirinin yoksulluk sınırının altında olduğu söylenebilir. Ancak yoksulluğun nasıl tanımlanacağı, bu kavrama nasıl yaklaşıldığı ile de yakından ilişkilidir. Sosyal bilimlerde birçok açıdan tanımlı yapılabilen bir kavram olan yoksulluğun en genel tanımlarından biri şudur; *“nüfusun belli bir bölümünün, birçok nedene bağlı olarak yaşadığı coğrafyada içinde bulunan zamanın asgari yaşam standartlarına erişebilecek yeterli kaynağa ulaşamaması”* (201). Ancak bu genel tanım, yoksulluğun biyolojik bir sorun mu yoksa toplumsal bir sorun mu olduğu konusunda net bir fikir vermemektedir. Literatürde yoksulluğa dair birçok tanım yer almakta olup, bazı tanımlar yoksulluğu sadece biyolojik ihtiyaçların karşılanamaması olarak ele alırken, bazı tanımlar yoksulluğun toplumsal boyutunu da vurgulayarak karşılaştırmalı analizlere dayanmaktadır. Örneğin “mutlak yoksulluk” bireyin yaşam fonksiyonlarının devamı için gerekli olan besin ve kaloriyi alamaması olarak ifade edilirken, “görelî yoksulluk” toplumdaki gelir dağılımına odaklanır ve bireyin yaşam standartlarını diğer bireylerle karşılaştırarak yoksulluğu tanımlar. Öznel yoksulluk ise; bireylerin kendilerini yoksul görüp görmemeleri ile ilgili bir kavramdır (202). Örneğin bir araştırmancının nesnel kriterlere göre yoksul olarak tanımlamadığı bir kişi, kendisini yoksul olarak görüyor olabilir. Ya da tam tersi; özellikle Türkiye gibi kadercilik kültürünün yaygın olduğu ve şükretme, eldekiyle yetinme gibi değerlerin üstün tutulduğu toplumlarda, kişiler açlık sınırının altında olsa dahi kendisini yoksul olarak tanımlamıyor olabilir. Örneğin Türkiye’de yoksulların kendi özel durumlarını nasıl tanımladıklarına dair Denizli’de alt gelir gruplarının yaşadığı gecekondu mahallelerinde yapılan bir çalışmada; katılımcıların aylık toplam hane gelirleri sorgulanmış ve bizim çalışmamızda olduğu gibi katılımcıların bir kısmı bu soruyu yanıtlamakta çekingen davranmışlardır. Yine bizim çalışmamıza benzer şekilde, katılımcıların ortalama aylık gelirlerinin, çalışmanın gerçekleştirildiği dönemdeki açlık sınırının altında olduğu saptanmıştır. Katılımcılara “yoksul” olarak kimleri gördükleri sorulmuş ve sadece %4,5’i “bizim gibi olanlar” yanıtını vermiş, dörtte üçü ise yoksul olduğunu düşünmediğini bildirmiştir. Yani katılımcıların neredeyse tamamına yakını yoksulluk sınırının altında yaşadığı

halde, kendilerini yoksul olarak görmediğini belirtmiştir (203). Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının aylık toplam hane geliri ortalaması yoksulluk sınırının altında olduğu halde; katılımcıların %28,3'ü aylık toplam hane gelirinin giderini karşılamaya yetmediğini, %51,7'si yaklaşık olarak yettiğini, %20,0'si ise rahatlıkla yettiğini ifade etmiştir. TÜİK tarafından hazırlanan "Toplumsal Cinsiyet İstatistikleri 2021" raporuna göre; Türkiye'de kadınların %1,2'sinin hanehalkı gelirinden çok memnun olduğu, %33,9'unun memnun olduğu, %22,3'ünün orta düzeyde memnun olduğu, %34,2'sinin memnun olmadığı ve %8,5'inin hiç memnun olmadığı bildirilmiştir (195). Türkiye'de bir ildeki Sağlık Müdürlüğü'nde çalışan sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını araştıran ve 175 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilen başka bir çalışmada; katılımcıların %34,9'u gelirinin giderinden az olduğunu, %55,5 gelirinin giderine denk olduğunu ve %9,6'sı gelirinin giderinden fazla olduğunu ifade etmiştir (204). Görüldüğü üzere gelir-gider karşılama durumuna dair farklı çalışmalardan elde edilen sonuçlar, çalışmaların yöntemlerine ve çalışılan örneklem gruplarına göre de farklılık göstermektedir. Gelir gider karşılama durumu önemli bir sosyoekonomik gösterge olmakla birlikte, aylık toplam hane geliri ve kişi başına düşen aylık ortalama gelir ile birlikte ele alınması gereken bir değişkendir. Ayrıca hanehalkı gelir bilgileri yorumlanırken, gelir dağılımının hane içindeki kişilere eşit dağıldığını varsayar, ki bu doğru olabilir veya olmayabilir. Gelirin haneler arasında karşılaştırılabilir olması için, aile büyüklüğü veya rapor edilen gelire bağlı olan kişi sayısı hakkında ek bilgiler ortaya çıkarılmalıdır (205). Ancak yukarıda olduğu gibi farklı yöntemlerle ve amaçlarla yürütülen çalışmaların çoğunda bu bilgilere aynı anda ulaşmak mümkün olmadığı için, çalışmalar arasında doğrudan bir karşılaştırma yapmak da doğru olmayacaktır. Ayrıca bireylere gelirlerinin sorulmasının hassas bir konu olduğuna dair kanıtlar vardır ve insanlar bu tür bilgileri vermek konusunda isteksiz olabilirler. Farklı ortamlarda (farklı ülkeler, farklı doğum grupları, farklı cinsiyetler dahil) gelir, eğitim kazanımı ve mesleğe göre daha "hassas" bir gösterge olarak kabul edilmektedir. Gelir sorusu hassas bir soru olduğu için diğer sosyoekonomik düzey sorularına göre daha fazla yanıtızılığa maruz kalabilmektedir (7). Nitekim

bizim çalışmamızda da her ne kadar “aylık toplam hane geliri” sorusuna verilen yanıt oranı yüksek olsa da (%97,7), anket formu içerisinde katılımcıların en yüksek oranda yanıtı bıraktığı soru bu soru olmuştur (yanıtlamayan katılımcı sayısı=34). Bazı katılımcıların aylık toplam hane gelirlerini kendilerine göre düşük ya da yüksek olarak algılamaları ve bu nedenle belirtme konusunda çekince duymaları bu soruyu yanıtlamamalarına neden olmuş olabilir.

Araştırmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının %91,8'i çalıştığı kurumdan aldığı ücreti yetersiz bulduğunu ifade etmiştir. TÜİK verilerine göre Türkiye’de kadınların %2,4’ünün kazancından çok memnun olduğu,%40,6’sının memnun olduğu,%19,0’ının orta düzeyde memnun olduğu, %26,6’sının memnun olmadığı,%5,3’ünün hiç memnun olmadığı, %6,2’sinin ise parasal kazancı olmadığı bildirilmiştir (195). Kadın sağlık çalışanlarının ruhsal durumları ve ruhsal durumlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla 315 kadın sağlık çalışanı üzerinde yürütülen bir çalışmada ise; kadın sağlık çalışanlarının %90,5'i aldığı ücreti yetersiz bulduğunu ifade etmiştir ve bu bulgu bizim çalışmamızın sonucu ile oldukça benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda katılımcıların, aylık toplam hane geliri ile giderlerini karşılayamadığını bildirme oranı %28,3 iken, kurumdan aldığı ücreti yetersiz bulma oranının %91,8 olması oldukça dikkat çekicidir. Çalışmamızda katılımcıların öğrenim düzeyi oldukça yüksektir ve %86,7’si önlisans ve üzeri öğrenim düzeyine sahiptir. Eğitim seviyesi ise, kişinin kendi sınıfsal konumunu değerlendirmesine olanak kılan bilinç düzeyiyle yakından ilişkilidir (206). Dolayısıyla, eğitilmiş bir birey, öğrenim düzeyine ve sosyal statüsüne uygun gördüğü ücreti kazanmadığını düşündüren görece bir bakış açısı nedeniyle, kazandığı ücreti yetersiz bulabilir. Ayrıca, çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının önemli bir kısmının (%65,5) evli olduğu düşünüldüğünde, eşlerin aylık toplam hane gelirine olan katkısının aile refah düzeyini artırdığı ve gelir-gider karşılama durumu konusunda katılımcıların algısını olumlu yönde etkilediği düşünülebilir.

Çalışmamızda katılımcıların %56,8'i aylık toplam hane geliri ile hiç tasarruf yapamadığını,%39,9'u az da olsa yapabildiğini, %3,3'ü ise rahatlıkla tasarruf yapabildiğini belirtmiştir. Sivas'ta Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışan sağlık personelinin finansal okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılan ve 338 sağlık çalışanı üzerinde yürütülen bir çalışma; çalışmamıza benzer şekilde katılımcıların %53,9'unun hiç tasarruf yapmadığını bildirmiştir (207).

Sosyoekonomik düzey (SED), bireylerin veya grupların bir toplum yapısı içerisinde sahip oldukları pozisyonları etkileyen sosyal ve ekonomik etmenler olarak tanımlanmaktadır (208). Genel olarak tüm dünyada sosyoekonomik düzey gruplarını belirleyen temel etmenler arasında eğitim, ev sahipliği ya da kiracı olma durumu, gelir ve iş yer almaktadır. Çalışmamızda katılımcıların %64,9'unun oturduğu konut kendine/eşine/ailesine aittir, %33,9'u kirada oturmaktadır, %1,2'si ise diğer (lojman, yurt, ortak aile apartmanı, kredi-ipotek) seçenekleri işaretlemiştir. TÜİK tarafından sunulan "Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması" sonuçlarına göre, 2021 yılında konutların mülkiyet durumları incelendiğinde, fertlerin %57,5'inin oturduğu konutun kendilerine ait olduğu, %26,8'inin kiracı olduğu, lojmanda oturanların oranının %1,2, kendi konutunda oturmayıp kira ödemeyenlerin oranının ise %14,6 olduğu olarak belirtilmiştir. Çalışmamızın kapsamında yer alan katılımcıların hepsinin çalışıyor olması ve aralarında geliri olmayanların mevcut olmaması nedeniyle, araştırmamızda Türkiye ortalamasına göre daha yüksek oranda konut sahipliği gözlenmiş olabilir.

Birleşik Krallık'ta yararlı bir sosyal sınıf göstergesi olduğu kanıtlanan, ancak diğer popülasyonlarda daha az kullanılan bir gösterge de, araç erişimi ve araç sahipliğidir (209). Sanayileşmiş ülkelerin kırsal alanlarında, en yoksul hanelerin bile çoğu zaman sırf zorunluluktan dolayı araçları olabildiği için, araç sahipliği sosyoekonomik düzeyin yararlı bir göstergesi olmayabilir (210). Çalışmamızda kadın sağlık çalışanlarının %53,3'ü kendine ait aracı olduğunu bildirmiştir. Katılımcılar arasında neredeyse her 2 kadından birinin kendine ait aracı olması oldukça dikkat çekicidir. Sosyoekonomik düzeyi değerlendirmenin

dışında özellikle kadınlarda araç sahipliği toplumsal cinsiyet kalıp yargıları açısından üzerinde durulması gereken bir konu olabilir. Nitekim trafik gibi farklı kuralların olduğu hiyerarşik bir ortamda “kadın sürücü” tabiri gibi cinsiyetçi yargılamalar, kadınların toplumda maruz kaldıkları baskı ve şiddetin trafikte de devam etmesine neden olmaktadır. Ulaşım sorunu ise sınıfsal, bölgesel ve ekonomik nedenlerle ortaya çıkabilen ve toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin etkisi altında olan başka bir konudur. Özel aracı olan bir kadınla, toplu taşıma kullanımının sınırlayıcı bazı zorlukları nedeniyle kolay hareket edemeyen bir kadının gündelik hayatta karşılaştıkları sorunlar arasında önemli farklılıklar vardır (211). Emniyet Genel Müdürlüğü verilerine göre, Türkiye’de 2014 yılında erkekler toplam sürücülerin %77,2’sini, kadınlar ise %22,8’ini oluşturmaktadır ve kadın sürücü sayısı her yıl giderek artmaktadır. Ancak ehliyet sahibi olsa da toplumsal cinsiyet kalıp yargıları, kadınların kendi öz-yeterliliklerini küçümsemelerine, belki de araç kullanmaktan kaçınmalarına ya da kullanmayı ertelemelerine sebep olabilmektedir. Ve hatta bu durum kadınların ulaşım tercihini dahi değiştirerek, yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere yol açabilmektedir. Ayrıca kadınlar genellikle tüm toplumlarda erkeklerden daha az gelir getirici işlerde çalıştığından ve gelir genelde erkeğin kontrolünde olduğundan, kadının araç sahibi olması aile içerisinde ikinci plana atılan konulardan biri olarak karşımıza çıkabilmektedir (212). Tüm bu düşüncelerden yola çıkarak, çalışmamızda kadın sağlık çalışanlarında saptadığımız bu yüksek araç sahipliği oranı toplumsal cinsiyet dinamikleri açısından olumlu bir bulgu olarak değerlendirilmektedir.

Meslek, bir kişinin sosyal konumu, geliri ve öğrenim hayatındaki kişisel performansının toplumdaki yerinin bir yansıması olarak betimlenebilir. Meslek gelire güçlü bir şekilde ilişkilidir ve bu nedenle sağlıkla olan ilişkisi, maddi kaynaklar ve sağlık arasındaki doğrudan bir ilişkiye bağlı olabilir. Meslekler, sosyal konumu yansıtır ve daha iyi sağlık hizmetlerine daha kolay erişim, eğitime erişim ve daha sağlıklı konut tesisleri gibi daha yüksek statüdekilere tanınan belirli ayrıcalıklar nedeniyle sağlık sonuçlarıyla ilişkili olabilir (208). Çalışmamıza katılan

kadın sağlık çalışanlarının %19,1'ini hekimler, %48,3'ünü hemşireler, %10,6'sını yardımcı sağlık profesyonelleri ve diğer profesyonel meslek çalışanları, %12,8'ini yönetim ve destek personeli, %9,3'n i se hizmet işlerinde çalışanlar oluşturmaktadır. Nerdeyse tüm meslek gruplarından sağlık çalışanlarının çalışmamızda temsil ediliyor olması, çalışmanın en olumlu yanlarından birini oluşturmaktadır. Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunu (%57,3') dahili tıp birimlerinde çalışan kadın çalışanlar oluşturmaktadır. Araştırma kapsamındaki evrenin özelliklerine bakıldığında; dahili tıp birimlerinde çalışan kadın sağlık çalışanı sayısının yine evrenin büyük çoğunluğunu oluşturduğu (%52) görülmekte olup, bu bulgumuzu desteklemektedir.

Çalışmamızda kadın sağlık çalışanlarının meslekteki çalışma sürelerinin ortalaması 13,10 yıl olarak bulunmuştur. Sağlık alışanlarının stres düzeylerinin incelendiği ve bizim çalışmamıza benzer şekilde hekim, hemşire, sağlık teknikeri, hasta bakıcı, tıbbi sekreter, fizyoterapist gibi birçok meslek grubunun katıldığı yakın tarihli bir araştırmada, sağlık çalışanlarının mesleklerinde ortalama çalışma süreleri 7,08 yıl olarak bulunmuştur (213). 2009 yılında, Sakarya'da yer alan bir kamu hastanesindeki tüm meslek gruplarından sağlık çalışanlarının yer aldığı ve sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada ise, katılımcıların %72,4'ünün meslekte toplam çalışma sürelerinin 10 yıl ve altında olduğu bildirilmiştir (214). Çalışmamızda dikkat çeken noktalardan biri de, meslek gruplarına göre toplam çalışma süresi arasında anlamlı farklılık olduğunun görülmüş olmasıdır. Hekimlerin %87,6'sının meslekte çalışma süresi on yılın altında iken, bu oran hizmet işlerinde çalışanlarda %23,0'dır. Çalışmamıza katılan hekimler arasında tıpta uzmanlık eğitimi alan araştırma görevlilerinin ağırlıkta olması, hekimlerin büyük kısmının meslekte çalışma süresinin on yılın altında olmasına neden olmuş olabilir. Ancak yaş gruplarına göre de meslek grupları arasında anlamlı farklılık vardır ve hekimlerin yaklaşık yarısı (%54,0), hizmet işlerinde çalışanların ise yalnızca %4,3' 18-29 yaş aralığındadır. Yaş arttıa meslekte toplam çalışma süresinin artması beklenen bir durumdur ve bu durum

meslek sınıfları arasında meslekteki toplam çalışma süresi açısından izlenen farkı açıklayabilir.

Araştırmamızda katılımcıların haftalık çalışma sürelerinin ortalaması 46,85 saat bulunmuştur. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nda devlet memurlarının çalışma süreleri haftada 40 saat olarak belirtilmiş, 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun'da ise sağlık personellerinin haftalık çalışma süresinin 45 saat olduğu ifade edilmiştir (215,216). 4857 sayılı İş Kanunu'na tabi olarak çalışanlar için ise haftalık çalışma süresi 45 saattir (217). Avrupa Birliği Mahkemesi ise hekimlerin nöbetler de dâhil olmak üzere haftalık 48 saatten fazla çalışamayacağını belirtmektedir (218). Mevzuattaki tüm bu sınırlamalara rağmen, sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri nedeniyle sağlık çalışanlarının çalışma şekilleri nöbet, vardiya, icap şeklinde olabilmekte ve çalışma hayatlarında esnek çalışma saatleri gündeme gelebilmektedir. Çalışmamızda saptanan haftalık ortalama çalışma saati, bahsedilen kanunlarda belirlenen tüm sınırların üzerindedir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde de benzer sonuçlara ulaşmak mümkündür. Örneğin; bir sağlık kurumundaki sağlık çalışanlarının memnuniyetinin değerlendirildiği ve farklı meslek gruplarından 96 sağlık çalışanının katıldığı bir araştırmada, katılımcıların %60,4'ü haftalık mesai saatinden daha fazla çalıştığını bildirmektedir (219). Çalışmamızda ayrıca meslek grupları ve çalışılan birimler arasında haftalık çalışma süresi açısından anlamlı farklılık saptanmış olup; hizmet işlerinde çalışanların %92,0'sinin, hekimlerin %81,2'sinin, hemşirelerin %44,7'sinin, yönetim ve destek personelinin %46,8'inin ve yardımcı sağlık profesyonelleri ve diğer profesyonel meslek çalışanlarının %33,1'inin haftalık çalışma süresinin 40 saatten fazla olduğu görülmüştür. Çalışılan birimler arasında ise, 40 saat ve üzerinde çalışma oranının en yüksek olduğu yer "Cerrahi Tıp Birimleri" olmuştur (%60,9). Çalışan sağlığı açısından bakıldığında, çalışanların ruh ve beden sağlığının korunması ve meslek hayatları ile özel hayatlarının dengelenmesi için çalışma saatlerinin belirli sınırlar içinde tutulması gerekmektedir (220,221). Farklı

ülkelerde yapılan birçok araştırma, özellikle araştırma görevlisi olan hekimlerin haftada 80 saatten fazla çalıştığını göstermektedir. Bu durum sadece çalışan sağlığını etkilemekle kalmayıp, hastalara iyi ve kaliteli sağlık hizmeti verilmesi ilkesi ile de çelişkiye düşmektedir (220,222). Yapılan çalışmalarda, uzun bir süre günde 10 saatten daha fazla çalışan hekimlerde tükenmişlik sendromunun daha fazla olduğu gösterilmiştir. Tükenmişlik sendromu ise iş kaybı, aile içi sorunlar, alkol-madde-sigara kullanımı ve depresyon gibi bazı ruhsal hastalıklarla yakından ilişkilidir (222). Bu konuyla ilgili Türk Tabipler Birliği'nin 3000 hekim üzerinde yaptığı bir araştırma, tükenmişlik sendromu yaşayan hekimlerin yaşadıkları psikolojik sorunların üstesinden gelmekte oldukça zorlandıklarını göstermektedir (223). Çalışmamızda dikkate değer bulgulardan biri de şudur; hekimlerin %91,6'sı mesleğini isteyerek seçtiğini ifade ederken, %44,6'sı eğer tekrar meslek seçme şansı olsaydı hekimlik mesleğini seçmeyeceğini, %27,2'si ise bu konuda kararsız olduğunu ifade etmiştir. Yani çalışmamızdaki hekim katılımcıların çok büyük bir kısmı mesleğini isteyerek seçmiş olmasına rağmen, nerdeyse her 2 hekimden biri mesleğini tekrar seçmek istemediğini bildirmektedir.

Bulaşıcı olmayan hastalıklar, bir başka ifadeyle kronik hastalıklar, tüm dünyada en önemli hastalık yükünü oluşturmaktadır. Yaşamın süresinin uzamasıyla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı ve oluşturduğu hastalık yükü artmaktadır (224). Dünya genelinde ölümlerin yaklaşık olarak %60'ının nedeni kronik hastalıklar olup bu kronik hastalıkların yarısını kardiyovasküler sistem hastalıkları oluşturmaktadır. Ayrıca gelecek 10 yılda tüm ülkelerde kronik hastalıklar nedeniyle olan ölümlerin %17 oranında artacağı öngörülmektedir (140). TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri'ne göre ise, 2017 yılında ülkemizde ölümlerin %40'ı dolaşım sistemi hastalıklarından, %20'si kanserlerden, %12'si ise solunum sistemi hastalıklarından ilgili hastalıklardan kaynaklanmıştır (225). Ulusal Hastalık Yükü Çalışması'nın 2013 yılı sonuçlarına göre de koroner kalp hastalığı Türkiye'de kaybedilen yaşam yıllarının ilk sıradaki nedenidir. Erkeklerde toplam ölümlerin %43'üne, kadınlarda ise %52'sine kalp-damar hastalıkları neden olmaktadır (226). Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının ise %37,7'sinin

hekim tarafından tanısı konulmuş en az bir kronik hastalığı vardır ve en sık bildirilen ilk üç kronik hastalık grubu sırasıyla; kardiyovasküler hastalıklar, solunum sistemi hastalıkları ve alerjik hastalıklardır. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı çalışan 1122 sağlık çalışanı üzerinde yapılan ve sağlık çalışanlarında kronik hastalık sıklığı ve ilişkili faktörleri araştıran bir çalışmada; erkek sağlık çalışanlarının %39,7'sinde, kadın sağlık çalışanlarının ise %30,5'inde kronik hastalık varlığı bildirilmiştir (227). Bir devlet hastanesindeki sağlık çalışanlarının iş doyumu ve etkileyen faktörlerin araştırıldığı, 280 sağlık çalışanı üzerinde yapılan ve katılımcıların büyük çoğunluğunu kadınların oluşturduğu (%71) bir çalışmada ise, kronik hastalık sıklığı bizim çalışmamıza göre çok daha düşük (%17,5) saptanmıştır. Yine sağlık çalışanları üzerinde yapılan başka bir araştırmada, kronik hastalık sıklığı %31,6 olup, en sık görülen ilk üç kronik hastalık sırasıyla; hipertansiyon, kalp ve damar hastalığı ve diabetes mellitus olarak bildirilmiştir. Çalışmamızda katılımcıların kronik hastalık varlığı, yaş grubu ve meslekte toplam çalışma süresi ile ilişkili bulunmuştur. Kronik hastalıklar çoğunlukla ileri yaşlardaki kişilerin hastalığı olarak karşımıza çıkmaktadır ve bir toplumda ileri yaştaki nüfusun oranı ne kadar yüksekse kronik hastalığa yakalanabilecek kişi sayısı da o kadar fazla olacaktır (228). Çalışmamızda katılımcıların önemli bir kısmını (%40,0) 40 yaş ve üzerindeki kadın sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Dolayısıyla, literatürdeki diğer çalışmalara göre daha yüksek bir oranda saptadığımız kronik hastalık sıklığı katılımcıların yaş özellikleri ile ilişkili olabilir. Ayrıca, kronik hastalık varlığı meslekte toplam çalışma süresi ile de ilişkili bulunmuştur. Katılımcıların yaş grubuna göre meslekte toplam çalışma sürelerinin de değişiyor olması beklenen bir durum olduğu için, bu bulgularımız birbirini desteklemektedir. Çalışmamızda ayrıca medeni duruma göre kronik hastalık varlığı açısından anlamlı bir farklılık bulunmuş olup, evli katılımcılarda kronik hastalık sıklığı (%40,8) bekar ve boşanmış/eşinden ayrı yaşayan/eşi ölmüş katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu bulgu oldukça dikkat çekicidir. Evli katılımcıların yaşları evli olmayanlara göre daha yüksek olabilir ve evlilerde kronik hastalık sıklığının daha fazla olmasında bu da bir etken olabilir.

Literatüre göre; sosyal ilişkiler sağlık ve esenliğe önemli katkılar sağlamaktadır. Bazı sosyal ilişkilerin sağladığı destek ise diğerlerinden daha önemli olabilmektedir ve çoğu yetişkin için temel sosyal ilişki evliliktir (229). Yapılan birçok çalışmada evli bireylerde evli olmayanlara göre daha fazla mutluluk hali ve yaşam doyumu olduğu saptanırken, daha düşük depresyon riski bildirilmiştir (230,231). Evliliğin; birlikte yaşama, ekonomik refah ve sosyal destek gibi çeşitli yollarla sağlığı ve esenliği desteklediğini öne süren çalışmalar vardır (232). Araştırmalar, son iki açıklamayı daha çok desteklemektedir, çünkü birlikte yaşayan yetişkinlerin evli yetişkinlere göre kötü sağlık durumu bildirme olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (233). Bununla birlikte, evliliğin hem koruyucu hem de zararlı sağlık etkileri olduğunu varsayan bir hipotez de öne sürülmektedir; “stres/sosyal destek hipotezi”. Bu hipoteze göre evlilik ilişkisindeki stres ve sosyal destek, sağlık durumunu çeşitli yollarla etkilemektedir (234). Bu hipoteze göre, sıkıntılı evlilikler önemli bir stres kaynağıdır ve genel olarak, mutsuz evlilik yaşayan kişilerin refah durumu, evli olmayan kişilere göre daha kötüdür. Bu konuda evlilik kaynaklı stresin, kişinin kendisinin bildirdiği ve nesnel sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Örneğin yapılan bir çalışmada; akut koroner sendrom nedeniyle başvuran 292 kadın hasta 5 yıl süresince takip edilmiş ve başlangıçta orta ve şiddetli evlilik stresi bildiren kadınların tekrarlayan bir akut koroner sendrom yaşama olasılığının -demografik değişkenler, sağlık davranışı ve hastalık durumu değişkenleri kontrol edildikten sonra bile- stres yaşamayanlara göre neredeyse üç kat daha fazla olduğu saptanmıştır (235). Evlilik kalitesinin kardiyovasküler hastalık varlığı ve seyri üzerinde etkisi olduğu ve daha düşük evlilik kalitesinin artan morbidite ve mortalite ile ilişkili olduğu bazı çalışmalarda da gösterilmiştir. Evlilik çatışması, yüksek kan basıncı ve yüksek kalp atım hızı ile ilişkili bulunmuş olup, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık gelişimi için bir risk faktörü olarak görülmüştür (236–238).

Algılanan sağlık, bir kişinin sağlığına ilişkin bireysel değerlendirmesidir ve bireyin gelecekteki sağlık durumunun da önemli bir öngörücüsü olarak

görülmektedir (239). Araştırmamızda kadın sağlık çalışanlarının algılanan sağlık düzeyine bakıldığında, %31,2'sinin sağlığını orta düzeyde bulduğu, %3,7'sinin ise kötü bulduğu saptanmış olup, neredeyse her üç kadın sağlık çalışanından birinin sağlığını iyi olarak değerlendirmedeği görülmüştür. TÜİK tarafından hazırlanan 2021 yılı Yaşam Memnuniyeti Araştırması'na göre Türkiye'de kadınların %37,6'sı sağlığını "iyiden daha kötü" olarak değerlendirmektedir ve bu veri bizim bulgumuzu da desteklemektedir (195). Yozgat il merkezindeki sağlık çalışanlarında sağlık sorunları görülme durumu ve etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada; sağlık durumu orta ve kötü algılayan sağlık çalışanlarının oranı %17,4 olarak saptanmıştır ve çalışmamıza göre sağlığını iyiden kötü algılayanların oranı daha düşüktür (240). Engbers ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hemşirelerin %58'nin sağlıklarını kötü olarak algıladıkları saptanmıştır (241). Ferri-garcía ve arkadaşlarının, sağlık çalışanlarında ve genel popülasyonda algılanan sağlık düzeyini karşılaştırmak amacıyla yaptıkları bir çalışmada; erkek sağlık çalışanlarının %8,4'ünün, kadın sağlık çalışanlarının ise %7,8'inin kendi sağlıklarını kötü olarak algıladıkları bildirilmiştir ve bu bilgi bizim çalışmamızda saptadığımız bulguya göre oldukça düşüktür (242). Ancak bahsedilen çalışmada yalnızca üniversite ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olan kişilerin çalışmaya dahil edilmiş olması, sosyoekonomik düzeyin ve eğitim düzeyinin sağlık algısı üzerindeki etkileri düşünüldüğünde, bu sonucun bizim saptadığımız sonuçtan daha düşük olmasını açıklayabilir (242). Çalışmamızda ayrıca öğrenim durumu, meslek sınıfı, gelir-gider karşılama durumu gibi bazı önemli sosyodemografik değişkenler algılanan sağlık ile ilişkili bulunmuştur. Şimşek ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, düşük eğitilmiş kadınlar ile gelir düzeyi düşük/çok düşük olan kadınların, sağlıklarını daha kötü olarak algıladıkları saptanmıştır (243). Sağlık algısının önemli bir özelliği sosyoekonomik özelliklerden etkilenmesidir ve birçok çalışmada düşük sosyoekonomik düzeyin kötü sağlık algısı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (244–246). Çalışmamızda ayrıca, kronik hastalığı olanların, daha önce depresyon tanısı ve tedavisi alanlar ve halen depresyon nedeniyle tedavi alanların, algılanan sağlık düzeyi daha kötü

bulunmuştur. Sağlık algısı, kronik hastalıklar için önemli bir fonksiyonel durum belirleyicisidir ve sağlık algısı düşük olan bireylerin genel olarak hastalıklara bağlı morbidite ve mortalite riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (247).

Sağlık yaşam davranışları bireyin; sağlığını korumak, geliştirmek, sürdürmek ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve yaptığı davranışların bütünü olarak tanımlanmaktadır (241). Sağlığın korunması için de, sağlık üzerinde etkili olan sigara kullanımı, alkol kullanımı, hareketsiz yaşam tarzı gibi sağlığı olumsuz yönde etkileyen yaşam biçimi davranışlarının bilinmesi gerekmektedir. Dünyada, tüm yaşlarda ve her iki cinsiyette kronik hastalıklar için majör davranışsal risk faktörleri olarak; sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel aktivite ve sigara kullanımı sayılmaktadır. Küresel Sağlık Riskleri Raporu'na göre, kronik hastalıkların önlenmesinde esas olan önlenebilir, kontrol edilebilir ve değiştirilebilir olan yaşam tarzı riskleridir (248). Çalışmamızda kadın sağlık çalışanlarının %32,1'i halen sigara içtiğini, %43,5'i arada sırada veya düzenli olarak alkol kullandığını ve yalnızca beşte biri her zaman veya sık sık fiziksel aktivite yaptığını bildirmiştir. "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 Araştırması" na göre erkeklerin %43,6'sı, kadınların %19,7'si halen tütün ürünü kullanmaktadır. Erkeklerin %13,1'i, kadınların %3,0'ı son 30 gün içerisinde alkol kullanmıştır (249). Çalışmamızda sağlık çalışanlarında saptadığımız sigara kullanım oranının Türkiye genelindeki kadınlara göre oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Kılıç ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık çalışanlarında sigara kullanım sıklığının %43,1 olduğu, sigara kullanım sıklığının en yüksek olduğu meslek grubunun hekimler olduğu (%39,1) ve sağlık çalışanlarının %3'ünün haftada bir/ daha sık alkol aldığını bildirilmiştir (240). Sağlık çalışanlarında yapılan başka bir araştırmada ise; katılımcıların %35,4'ünün sigara kullandığı, %26,8'inin alkol kullandığı ve %26,8'inin düzenli fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır ve sağlık çalışanlarında sigara kullanım sıklığı bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Sigara kullanmanın günümüzde, az gelişmiş ülkelerde alt sosyal sınıfın, gelişmiş ülkelerde ise üst sosyal sınıfın sorunu olduğu belirtilmektedir (250). İngiltere'de 1980 yılında, Ivan Reid'in sağlık

sistemiyle ilgili hazırladığı bir raporda "*sosyal ölçekte ne kadar düşük yerde yer alırsan, daha az sağlıklı olursun ve daha çabuk ölmeyi bekleyebilirsin*" ifadesi sağlıklı yaşam davranışları geliştirme açısından sosyoekonomik düzeyin önemine vurgu yapmaktadır. Düşük eğitim ve düşük ekonomik durum, özellikle kadınlarda sağlıksız beslenme ve fiziksel hareketsizlik ile daha fazla ilişkili bulunmuştur (250). Eğitimin sağlığın en iyi sosyoekonomik belirleyicisi olduğu, hastalıklara neden olan risk faktörleri ve sağlık davranışları açısından da önemli bir belirleyici olduğu belirtilmektedir. Eğitim, sağlık davranışlarını etkileyerek bilgiye erişimi kolaylaştırır ve sosyokültürel özellikleri yansıttığı için de ayrıca önem taşır (251). Her ne kadar çalışmamızda katılımcıların öğrenim düzeyi oldukça yüksek olsa da, sosyoekonomik düzeyi belirleyen ve birbiriyle ilişkili olan birçok etmenin karıştırıcılığı düşünüldüğünde, bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarını sadece eğitim düzeyine göre değerlendirmek doğru olmayacaktır. Fiziksel aktivite alışkanlığı çocukluk ve ergenlik döneminde kazanılır ve ileri yaşlarda bu alışkanlığın kazanılmasının daha zor olduğu bilinmektedir. Fakat gençlik dönemindeki yoğun çalışma koşulları fiziksel aktivite için engelleyici de olabilmektedir. Sosyoekonomik düzeyden bağımsız olarak, erkeklerin çalışan nüfusta olma olasılığı kadınlardan daha fazladır, bu nedenle erkekler kadınlara göre fiziksel olarak daha aktif yaşıyor olabilirler. İleri yaştaki yetişkinlerde yapılmış bir çalışmada kadınlar arasında, eğitimsiz ve düşük sosyoekonomik düzeye sahip olanların fiziksel hareketsizlik riski daha yüksek olmasına rağmen, vasıflı çalışan/beyaz yakalı kadınlarda fiziksel hareketsizliğin daha düşük olduğu bulunmuştur (243). Buna karşılık, fiziksel aktiviteyi değerlendirmek, ölçümü zor olan bir sağlıklı yaşam davranışıdır ve çalışmalar arasında yöntem farklılıklarının olması da karşılaştırmayı zorlaştırmaktadır (252).

Bireyin sosyal sınıfını belirleyen önemli belirleyicilerden birisi de ailesidir. Sosyal sınıflandırmayı etkileyen belirleyiciler arasında anne ve babanın öğrenim düzeyi, anne ve babanın mesleği ve kişiler arası sosyal ilişkileri de yer almaktadır (253). Çalışmamızda katılımcıların annesinin öğrenim durumu lise ve altı olanların oranı %87,3, babasının öğrenim durumu lise ve altı olanların oranı ise %76,8

olarak saptanmıştır. Bir bireyin ebeveynleri yetersiz eğitimliyse, yüksek düzeyde kişisel eğitim, aile geçmişiyle ilişkili sağlık dezavantajlarının üstesinden gelebilmektedir. Öte yandan, bir bireyin ebeveynlerinin eğitim düzeyi düşükse ve birey de düşük eğitimliyse, sağlık dezavantajları artar ve bunların her biri diğerini daha da kötüleştirir (254). Ebeveynleri kötü eğitimli olan kişiler, ebeveynleri daha iyi eğitimli olan kişilere kıyasla, iyi sağlık hali için kendi eğitim kazanımlarına daha fazla bağımlıdırlar. Yüksek düzeyde kişisel eğitim, dezavantajlı aile kökenlerinin üstesinden gelebilmektedir; ancak düşük kişisel eğitim sağlık eşitsizliklerini sürdürür (255).

Çalışmada kadın sağlık çalışanlarının bazı evlilik özellikleri incelendiğinde, ortalama ilk evlenme yaşının 25,1 olduğu saptanmıştır. TÜİK 2021 Evlenme İstatistikleri'ne göre ise, Türkiye'de yaşayan kadınların ortalama ilk evlenme yaşı 25,4'tür (195). Çalışmamızda katılımcılar arasında öğrenim düzeyi lisans ve üzeri olanların oranının, Türkiye'de 2020 yılında yüksekokul ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olan kadın nüfus oranının oldukça üzerinde olmasına ve öğrenim süresinin ilk evlilik yaşını etkilediği bilinmesine rağmen, çalışmamızda saptanan ilk evlenme yaşının Türkiye'de genel popülasyondaki kadınlarla benzerlik göstermesi dikkat çekici bir bulgudur. 2017 yılında Şanlıurfa'da 1129 evli kadın sağlık çalışanı ile yürütülen ve kadın sağlık çalışanlarının doğurganlık özellikleri ve doğurganlığa bakış açılarını araştıran bir çalışmada ise; ortalama ilk evlenme yaşı 24,4 bulunmuş olup yine çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğiyle ilişkili olan erken yaşta evlilikler, kız çocuklarının eğitimlerini kesintiye uğramakta ve bu durum kadınların iş gücüne katılım oranlarının da erkelerden daha düşük olmasına neden olmaktadır (256). Erken yaşta evlilikler, yine kadının cinsiyet rollerinden biri olarak görülen doğurganlık ve gebelik rolleri nedeniyle erken yaşta çocuk sahibi olma ile sonuçlanabilmektedir. Gebelik ve çocuk sahibi olma ise, kadının çalışma yaşamına katılımında sınırlılık olarak görülmekte ve işe alımlarda dahi kadınların tercih edilmeme sebeplerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (257). Her ne kadar çalışmamızda kadın sağlık

çalışanlarının ortalama ilk evlenme yaşı 25,1 olarak saptansa da, bu durumun kadın sağlık çalışanlarının öğrenim düzeyine ve meslek sınıflarına göre farklılık gösterdiği de görülmektedir. Öğrenim düzeyi lisans ve altı olan kadın sağlık çalışanlarının 25 yaşın altında evlenme oranı, öğrenim düzeyi lisans ve üzeri olanlara göre anlamlı olarak yüksektir. Yine meslek sınıfları arasında da ilk evlenme yaşı açısından anlamlı bir farklılık olup, hizmet işlerinde çalışan kadın sağlık çalışanlarında 25 yaşın altında evlenme oranı %84,3 ile en yüksek düzeydedir. Çalışmamızda, kadın sağlık çalışanlarının öğrenim düzeyini belirleyen etmenler olan anne ve baba öğrenim düzeyi de yine ilk evlenme yaşı ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca katılımcılar arasında ilgisiz ebeveyn özelliklerine sahip olanlar ve çocukluk döneminde aile içi şiddete maruz kalanlar arasında, ilk evlenme yaşının 25 yaşın altında olması anlamlı olarak yüksektir. Tüm bu etmenler birlikte ele alındığında, öğrenim düzeyinin ve aile özelliklerinin kadınların ilk evlenme yaşında oldukça önemli etkileri olduğu düşünülmektedir. Kız çocuklarının ve kadınların eğitim hayatlarına devam ediyor olması, onların evlenilebilir görünmelerine engel olmakta ve aynı zamanda kazandıkları eğitimle birlikte bilgi ve becerilerini arttırmaları ve sosyal ağlarını geliştirmeleri, evlilik konusunda da kendileri için en doğru kararı vermelerine yardımcı olmaktadır. Ayrıca eğitimin dolaylı etkisi olarak iş gücüne katılımları ile sağladıkları ekonomik gelir, hem ailelerine hem de topluma olan katkılarının daha görünür olmasını sağlamaktadır (258). Bu nedenlerden ötürü, önce ailelerde daha sonra toplumda, özellikle kız çocuklarının ve kadınların eğitimi için olanak sağlanmalı, kadınlar işgücüne katılım konusunda teşvik edilmelidir. Kız çocukları ve kadınlar arasında erken yaşta evliliklerin önlenmesinde en önemli koruyucu etmen, eğitim konusundaki toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin yok edilmesidir (259).

Çalışmada katılımcıların %90,3'ü kendi istediği kişi ile anlaşarak, %9,7'si ise görücü usulü evlendiğini bildirmiştir. 2016 TÜİK Aile Yapısı Araştırması'na göre, Türkiye'de kadınların %32,7'si kendi kararı ile evlendiğini belirtirken, %47,8'i görücü usulü şeklinde ve kendi rızası ile evlendiğini, %14,8'i ise görücü usulü

şeklinde ve kendi görüşü sorulmadan ailesinin kararıyla evlendiğini ifade etmiştir. Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının evlilik kararlarını verirken, Türkiye verilerine göre daha yüksek oranda “kendi” kararlarına göre tutum sergilemiş olması olumlu bir bulgu olarak değerlendirilmiştir. Elbette ki bu farklılığı açıklarken, kadınların evlilik kararı şekillerinde birçok etmenin rolü olduğunu göz önünde bulundurmak gerekir. Çalışmamızda, anne ve baba öğrenim düzeyinin, bireyin kendi öğrenim düzeyinin ve ilk evlenme yaşının 25 yaşın altında olmasının kadın sağlık çalışanlarının evlilik kararı şekli ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Evlilik öncesi eşlerin birbirlerini tanımaları, aşk ve sevgi duygularıyla evliliğe karar vermelerinin evlilik uyumunu arttırdığı düşünülmektedir (260). Kişinin kendi istediği kişi ile flört ederek yaptığı evliliklerde, evliliğin nasıl sürdürüleceğini genellikle gelenekler yerine eşlerin kendileri belirler ve bu evliliklerin uyumunun daha yüksek olması daha olasıdır. Geleneksel evlenme biçimlerinden olan görücü usulü evliliklerde ise, eşlerin bazı durumlarda söz hakkının, rızasının diğer aile bireylerinin baskısıyla ikinci planda kalması evlilik uyumu ve doyumunun daha düşük olmasına neden olabilir (261). Literatürde, flört ederek evlenen çiftlerin görücü usulü evlenenlere göre iletişimlerinin daha iyi olduğu, evlenme şekline göre eşlerin evlilik ilişkisinden duydukları memnuniyetin değiştiği ve görücü usulü evlenen eşlerin daha fazla çatışma yaşadıklarını gösteren çalışmalar vardır (262,263).

Çalışmamızda kadın sağlık çalışanlarının %2,4’ü herhangi bir sağlık sorunu olduğunda sağlık kuruluşuna başvurmak için eşinden izin aldığını ifade etmiştir. TNSA 2018 verilerine göre, Türkiye’de 15-49 yaş grubundaki evli kadınların %60’ı kendi sağlık bakımları ile ilgili kararları eşleri ile birlikte aldığını, %35’i tek başına aldığını, %4’ü ise kararları eşinin aldığını belirtmiştir (110). Kadınların ailede karar vermeye etkisini değerlendirmek amacıyla bir sağlık kurumuna başvuran kadınlar üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise, kadınlara doktora gitme konusunda kararı kimin verdiği sorulmuş ve %27,1’i kararı kendisinin verdiği, %59,3’ü eşi ile birlikte verdiklerini, %2,9’u ise eşinin verdiği

ifade etmiştir ve bu bulgu bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir (264). Ancak tamamını sağlık çalışanlarının oluşturduğu ve %74,6'sının yüksek düzey öğrenime sahip olduğu bir çalışma grubu için bu bulgu oldukça üzücüdür. Çalışmamızda, sağlık kuruluşuna başvuru için eşinden izin aldığını ifade eden katılımcıların meslek sınıfları ve öğrenim düzeyleri arasında da anlamlı farklılık olduğu bulunmuş olup, hizmet işlerinde çalışanlarda ve lisans ve altında öğrenim düzeyine sahip olanlarda bu oran daha fazladır. Ayrıca ilk evlenme yaşı 25 yaşın altında olanlarda, evlilik kararını görücü usulü alanlarda ve eş öğrenim düzeyi lisans ve altında olanlarda da sağlık kuruluşuna başvuru için eşinden izin alma oranı daha yüksektir. Genel itibari ile tüm bu etmenler birlikte değerlendirildiğinde, sağlık gibi temel bir hak için dahi bir kadının eşinden izin almasına gerek duymasının, kadının ailesindeki ve toplumdaki statüsü ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Toplum oluştururan tüm bireylerin cinsiyet gözetmeksizin, eşit şartlarda ve koşullarda sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı vardır (265). Biyolojik cinsiyete göre sağlık sorunları ve sağlık hizmetleri değişim göstermekle birlikte, toplumsal cinsiyete göre de sağlık hizmetlerine ulaşım olanakları farklılık göstermektedir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği nedeniyle kadınlar sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda erkeklerle eşit fırsatlara sahip olamamakta, sağlık hizmeti almaya bağımsız karar verememekte, sağlık kuruluşuna ulaşmada sorun yaşamakta ve tüm bunlar sonucunda sağlık hizmeti almada geç kalmaktadır (266).

Çalışmamızda kadın sağlık çalışanlarının %29,8'i herhangi bir sosyal aktiviteye katılım için eşinden izin aldığını bildirmiştir. Başka bir ifadeyle, her üç kadından biri herhangi bir sosyal aktiviteye katılım için eşinden izin almaktadır ve bu bulgu oldukça düşündürücüdür. Çalışmada ayrıca kadın sağlık çalışanları arasında sosyal aktivitelere katılmak için eşinden izin alma durumu; öğrenim durumu, meslek sınıfı, ilk evlenme yaşı, evlilik kararı ve eş öğrenim durumu ile ilişkili bulunmuştur. İstanbul'un Anadolu yakasında "üst", "orta" ve "alt" sosyoekonomik seviyedeki bölgelerde 600 evli kadında yapılan bir çalışmada;

katılımcılara kadının evden çıkarken eşinden izin alması konusundaki fikirleri sorulmuş ve %84,8'i haber vermelidir, %12,3'ü izin almalıdır ve %2,9'u ise ne izin almalıdır ne de haber vermelidir cevaplarını vermişlerdir ve kadınların ve/veya erkeklerin öğrenim seviyesi yükseldikçe, evde erkek otoritesinde azalma olduğu saptanmıştır (267). Yapılan bazı çalışmalara göre, kadınların alışverişe çıkmaktan aileleriyle görüşmeye kadar her adımda eşlerinden iznini aldığı izlenmektedir; her 10 kadından yalnızca üçü eşinden izin alma ihtiyacı duymadan ailesini ziyaret edebilmekte veya alışverişe/çarşıya gidebilmekte, dördü eşinin iznine tabi olmadan komşu/arkadaş ziyareti yapabilmektedir (268). TÜİK Zaman Kullanım Araştırması 2014-2015'te, son dört hafta içinde yapılan veya katılım sağlanan faaliyetlerin cinsiyete göre dağılımına bakıldığında ise, kadınlarla erkekler arasında sosyal faaliyetler açısından da bazı farklılıklar olduğu görülmektedir. Örneğin, eğlence ve sosyalleşme yerlerine gitme sıklığı erkeklerde % 43,2 iken, kadınlarda %36,1; örgü örme, dikiş, nakış vb. faaliyetleri yapma sıklığı erkeklerde %0,3 iken, kadınlarda %24,8; seyirci olarak spor faaliyetlerine katılmak erkeklerde %5,69 iken, kadınlarda %1,2 olarak saptanmıştır (269). Görüldüğü üzere kadınlar daha çok evde vakit geçirdikleri faaliyetlerde yer alırken, erkekler sosyal faaliyetlere daha çok katılım göstermektedir ve bunda toplumsal cinsiyet rollerinin etkisi olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda da saptandığı üzere, aile içinde kararların alınmasında hem kadının hem eşinin statüsü ve eğitimi önemli bir belirleyici olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızda neredeyse her 3 kadından biri sosyal faaliyetlere katılmak için eşinden izin aldığını bildirmiştir ve bu durum kadınların toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle sosyal hayattan geri çekilmelerine, sadece ev ortamlarındaki imkanlar içerisinde sosyalleşmelerine ve dolayısıyla benlik saygısı ve özgüven başta olmak üzere pek çok konuda erkeklerin gerisinde hissetmelerine neden olabilir.

Ataerkil toplumların çoğunda kadının sosyal bir statü kazanmasının tek yolu anneliktir. Ancak bu toplumlarda kadın için uygun görülen en iyi rolün annelik olması, kız çocuklarının ve kadınların hayatları boyunca kazanacakları pek çok

fırsata engel olmaktadır. Annelik rolünün kutsanması ile, kız çocuklarından babaya bağılı bir hayat şekline eşlerine bağılı bir hayat şekline geçmeleri beklenmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, otorite sadece ev ortamında ve ev işlerinde kadına aittir ve bu nedenle çocuklar kadının evdeki otoritesini genişletebilmekte hatta artırabilmektedir. Dolayısıyla böyle bir sistemde, çocuk sahibi olmak ve çok çocuk kadının statüsünü artırmaktadır. Ancak dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta şudur; doğurganlığının yüksek olması kadına toplumsal cinsiyet rolleriyle beslenen bir sistemde prestij ve otorite sağlarken, aslında eğitim, ve işgücüne katılım alanlarında ilerlemesini engelleyerek kadının statüsünün düşmesine neden olmaktadır (270). Ailede ve toplumda statüsü düşük olan kadın ise, doğurganlığı ile ilgili kararları kendisi verememekte, eşinin ve belki de diğer aile üyelerinin istekleri doğrultusunda hareket etmektedir. Lindholm'un ifadesine göre *"kadın, eşinin kendisine uygulayacağı şiddetin, kayınvalide otoritesinin, yetişkin gibi davranmama ihtimalinin ve hepsinden öte boşanarak ya da üstüne kuma getirilerek aşağılanacağı korkularını taşır. Ona göre vazifesi, kendine verilmiş koşullar içinde mevkiini ve şerefini elinden geldiğince en üst seviyeye çıkarmaktır"* (270,271). Doğurganlığın ataerkil toplum yapısında erkekler tarafından kontrol altında tutulmaya çalışılması, kadınların bu kararda etkin rol almalarını engelleyebilmektedir (272). Çalışmamızda kadın sağlık çalışanlarına çocuk sahibi olma konusundaki kararı ailede kimin vermesi gerektiği sorulmuş ve %88,6'sı kararı eşi ile birlikte almaları gerektiğini, %9,7'si kendisinin alması gerektiğini, %0,7'si kararı eşinin alması gerektiğini, %0,7'si aile büyükleri ile birlikte almaları gerektiğini ve %0,2'si ise aile büyükleri ve eşinin alması gerektiğini belirtmiştir. Çimen'in çalışmasında ise kadınlara aile planlaması konusunda kararı kimin verdiği sorulmuş ve çalışmamıza benzer şekilde %81,3'ü kararı eşi ile birlikte aldıklarını ifade etmiştir (267). Anne olmaya karar verme süreçlerinde kadının rolünün incelendiği bir çalışmada ise, ücretli bir işte çalışan veya çalışmayan tüm kadınların üzerinde aynı baskı mekanizmasının olduğu ancak ücretli bir işte çalışan kadınların karar mekanizmalarında daha fazla söz sahibi olduğu ifade edilmiştir (272). Kadınların eğitim düzeyinin yükselmesi ve iş

yaşamına dahil olmaları ile gebeliği önleyici yöntemlere ilişkin bilgiler ve hizmetler edinmeleri, kadınlar arasında doğurganlığın ve dolayısıyla anneliğin önemini azaltabilmektedir. Eğitim düzeyinin artması, kadının ekonomik yaşama katılımını ve statü kazanmasını sağladığı gibi, ailedeki çocuk sayısını ve çocukların sağlık durumlarını da etkiler (273). Ancak Özbay'a göre, kadınlar arasında doğurganlığın önemi büyük ölçüde azalsa dahi, aile içinde alınan kararlarda aile büyüklerinin önemi azalmadıkça ve kadınların kararlara katılımı artmadıkça doğurganlıkta düşüşler büyük ölçüde olmayacaktır. Bu değişimi de ataerkil aile ilişkileri ve toplumsal cinsiyet rolleri aracılığıyla kadının anneliğine yüklenen anlamın zayıflaması belirleyecektir (274).

Çalışmamızda kadın sağlık çalışanlarının %79,5'i toplumsal cinsiyet kavramı hakkında bilgisi olduğunu bildirmiştir. Ancak bu soruda, katılımcıların bilgilerinin doğruluğu ve bilgi düzeyleri sorgulanmamış, sadece kendi ifadeleri baz alınmıştır. Dolayısıyla, toplumsal cinsiyet kavramı hakkında bilgisi olduğunu ifade eden katılımcıların, doğru ve yeterli bilgiye sahip olup olmadığı yorumlanamamıştır. Toplumsal cinsiyet kavramı hakkındaki bilgi durumu katılımcılar arasında yaş grubuna, medeni duruma, öğrenim durumuna ve meslek sınıfına göre farklılık göstermektedir. Kadın sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet kavramına dair bilgi düzeylerinin yüksek olması; toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin yarattığı sorunların farkına varmaları ve sağlık hizmeti sunumunda toplumsal cinsiyet eşitliğini benimsemeleri açısından oldukça önemlidir. Bununla birlikte çalışmamızda saptandığı üzere, kadın sağlık çalışanlarının neredeyse dörtte birinin toplumsal cinsiyet kavramı hakkında bilgisinin olmaması üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. Çünkü, toplumsal cinsiyet kavramı hakkında bilgisi olmayan kadın sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet eşitliğini benimseyen bir sağlık hizmeti sunması ve toplumsal cinsiyet eşitliği bakış açısını kendi aile yaşantılarına yansıtması mümkün görünmemektedir. Bireylere eşitlikçi bakış açısının kazandırılmasında eğitim önemli bir faktördür. Toplumsal cinsiyet eğitimi ile bireylerin kendi yaşamları üzerindeki kontrol duygusunu güçlendirdiği,

cinsiyetçi yaklaşımlara ve diğer toplumsal eşitsizliklere karşı farkındalık ve motivasyon kazandıkları bilinmektedir (275,276).

Çalışmamızda saptanan diğer önemli bir bulgu ise; katılımcıların %37,6'sı büyüdüğü ailede, %19,3'ü şu an yaşadığı ailede, %83,9'u yaşadığımız toplumda ve %37,9'u ise çalıştığı kurumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünmektedir. Bir üniversite hastanesinde çalışan sağlık personelinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada; katılımcıların %77'si toplumsal cinsiyet kavramına ilişkin bilgisi olduğunu ifade etmiştir ve bu sonuç bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Aynı çalışmada, %76,7'si çocukluğunun geçtiği ailede, %88,6'sı ise mevcut ailesinde toplumsal cinsiyete dayalı eşitsizlik yaşanmadığını belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarının %87'si ülkemizde toplumsal cinsiyete dayalı bir eşitsizlik yaşandığını düşünürken, %86,8'i bu eşitsizlikten kadın cinsiyetinin etkilendiğini belirtmiştir ve bu bulgu çalışmamızla benzerlik göstermektedir (277). Dünya Ekonomi Forumu tarafından 2006 yılından itibaren hazırlanan Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Endeksi; eğitime erişim, ekonomik katılım ve fırsatlar, sağlık ve sağ kalım, politik güçlenme gibi 4 temel alana ilişkin göstergelerin bileşiminden oluşmaktadır ve Türkiye 2020 yılında 0.638 endeks değeriyle 156 ülke arasında 133. sırada yer almaktadır (278). Bu veriler çalışmamızda saptadığımız kadın sağlık çalışanlarının yaşadığımız toplumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğuna dair görüşlerini desteklemektedir.

Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarına, cinsiyetleri nedeniyle çalışma yaşamında zorluk yaşayıp yaşamadıkları sorulmuş, %94,0'ü cinsiyeti nedeniyle çalışma yaşamında zorluk yaşamadığını ifade ederken, %6,0'sı zorluk yaşadığını belirtmiştir. Zorluk yaşadığını ifade edenlerin en sık belirttikleri ilk üç neden ise sırasıyla; yükselmenin engellenmesi, mobbing ve ciddiye alınmamak olmuştur. İstihdam eden kadın sayısının ve feminizasyon oranının en yüksek olduğu sektörlerin başında sağlık sektörü yer almaktadır (279). Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve tedavi edici hizmetlerinin yoğunlukta olduğu

hastanelerde kadınlar büyük bir çoğunlukta yer almalarına karşın, cam tavan engeli dolayısıyla yönetim pozisyonunda görev alan kadın sağlık çalışanı sayısı çok azdır (279). “*Cam Tavan Sendromu*”, kadın çalışanların üst yönetim kademelerine ilerlemelerini engelleyen bir kavram olup; tavan, yukarıya çıkmayı engelleme, cam ise resmi olmayan ama hissedilebilen olguyu temsil etmektedir (275,276). Kısacası cam tavan, resmi olmayan ve görünmez bir engeldir (280). Bir diğer görüşe göre ise; kadınların başarı ve yetkinliklerinin neler olduğu önemsenmeksizin, yalnızca belli bir pozisyona kadar gelebilmeleri ve sebebi tam olarak açıklanamayan nedenlerden ve önyargılardan dolayı daha üst basamaklara terfilerinin engellenmesi olarak ifade edilmektedir (281,282). Hoşgör ve arkadaşlarının, sosyodemografik özellikler ile cam tavan sendromu arasındaki ilişkiyi sağlık çalışanları örneğinde incelediği bir çalışmada; en yüksek ortalamaya sahip olan cam tavan sendromu alt boyutunun ‘Kadınların Kişisel Tercih ve Algıları’ olduğu belirlenmiştir ve bu bulgu kadın sağlık çalışanlarının kendi kişisel tercihleri sonucunda (evlilik, çocuk sahibi olma, çalışmaya ara verme gib) cam tavan engeline takıldıkları düşüncesini içermesi bakımından oldukça önemli bir sonuç olarak değerlendirilmiştir (279). Kadın yönetici akademisyen ve kadın sağlık çalışanlarının iş ve aile rolleri ile ilgili düşünce ve tutumlarının incelendiği bir çalışmada ise, kadın sağlık çalışanları ve akademisyen kadınlar kadın erkek karşılaştırması sorularında kadınların erkeklerden daha negatif şartlara sahip olduklarını düşündüğünü bildirmiş olup, kadın sağlık çalışanları ayrıca bedenen ve ruhen çok yorulduklarını ve yoğun mesai harcadıklarını ifade etmiştir. Akademisyen ve sağlık çalışanı kadınlar, sözlü şiddet ve mobbinge sık maruz kaldıklarını ve bekâr kadınların evli kadınlardan daha kolay terfi ettiğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Kadın sağlık çalışanları çocukları ve eşleriyle yeterince ilgilenemediklerini, mümkün olsa ev hanımlığını tercih etmek istediklerini, ailelerinde maddi paylaşım ve karar alma konularında eşleri ile aralarında eşitlik durumu söz konusu iken ev işleri ve çocuk bakımı konularında sorumluluğun daha çok kendilerinde olduğunu ifade etmişlerdir (119). Dikkate değer bir diğer nokta ise; cam tavan sendromunda kadın çalışanların çalışma

hayatında yükselmesinin önündeki engellerin çoğunun erkekler tarafından oluşturulduğu kabul görse de, bu engelleri yaratan kişiler bazen erkekler değil kendi hemcinsleri olmaktadır ve bu durum da literatürde “*Kraliçe Arı Sendromu*” olarak yer almaktadır. Kraliçe arı sendromu, diğer kadın çalışma arkadaşlarına karşı ayrımcı olan kadınları ifade eden bir stereotipi ifade eder ve üst düzey pozisyonlarda yer alan kadın çalışanların, kendi statüsünü korumak için diğer kadınları bu üst düzey pozisyonlardan bilinç dışı veya bilinçli olarak uzaklaştırmaları olarak tanımlanmaktadır (283). Kadın çalışanlar açısından çalışma ortamlarında söz konusu olan bir diğer sorun ise mobbinge maruz kalmaktır. Mobbing, bir çalışanın bir ya da daha fazla kişi tarafından korkutma, sindirme ya da küçük düşürme amaçlı davranışlara maruz kalmasını ifade eden bir kavramdır (284). Mayhewvd’e göre ise mobbing; mesleki şiddetin tekrarlanan psikolojik ya da yönetsel bir şekli olarak tanımlanmaktadır (285). Mobbingin, genel kabullerin geçerli olduğu bir kavram olması yanında yerel dokudan beslenen yanları da vardır. Shallcross ve arkadaşları tarafından yapılan ve mobbing mağduru olan 8 kadınla yapılan bir çalışmada, mağdur olan kadınlar; iş ortamında dedikodu, ima ve küçümseyici ifadelerle karşılaştıklarını, idareciler tarafından mobbing davranışlarına göz yumulduğunu ve hatta bunların teşvik edildiğini ifade etmişlerdir (286). Yapılan başka bir çalışmada ise, mobbing hikayelerini anlatan kadın çalışanların karşılaştığı sorunların birçok kadın çalışan ile benzerlikler gösterdiği görülmüş, ancak buna ilaveten gelenekler ve kültürel dokuya uygun bir kadın profili üzerinden de kadın çalışanlara mobbing yapıldığı görüşüne varılmıştır (287). Yine yapılan başka çalışmalarda da, birçok erkeğin ev işleri ve aile sorumlulukları konusunda çalışan eşine yardımcı olmadığı, kadınların çalışma hayatında erkeklere göre daha az ücret kazandığı ve gerekli niteliklere sahip olmalarına rağmen terfi edemediği belirtilmiştir (288–290). Tüm bu bulgu ve değerlendirmeler ışığında görülmektedir ki, sağlık sektörü de olmak üzere tüm sektörlerde, üst düzey yöneticilerin kadın sağlık çalışanlarını desteklemeleri ve kadın çalışanların karşılaştıkları kariyer engellerini aşmalarına yardımcı olacak bir yönetim anlayışı sergilemeleri oldukça önemlidir. Ancak bu

engellerini aşmak için sadece örgütsel çabaların yetmeyeceği, kadın çalışanların da kendi yeterliliklerinin farkında olarak özgüvenlerini geliştirmeleri gerektiği üzerinde durulması gereken bir diğer sonuçtur.

Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarına “Hastanın cinsiyeti sağlık hizmeti sunumunu etkiler mi?” sorusu yöneltilmiş ve %93,3’ü hastanın cinsiyetinin sağlık hizmeti sunumunu etkilemediğini, %4,5’i bu konuda fikri olmadığını, %2,2’si ise hizmet sunumunda farklılıklar olabileceğini ifade etmiştir. Sağlık hizmeti sunumunda cinsiyete göre farklılık olabileceğini ifade edenler arasında öğrenim düzeyine ve meslek sınıfına göre anlamlı farklılık saptanmış olup, öğrenim düzeyi lisans ve altı olan ve hizmet işlerinde çalışan kadın sağlık çalışanlarının daha fazla oranda bu fikre sahip olduğu görülmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda cinsiyete göre farklılık olabileceğini belirtenlerin en sık bildirdikleri ilk üç neden ise sırasıyla; “Hastaların kültür ve inanç yapısına göre farklılıklar olabilir”, “Mahremiyet açısından hastalar kendi hemcinslerinden sağlık hizmeti almak isteyebilirler” ve “Kadın hastalara hizmet sunumunda özellikle mahremiyete dikkat edilmelidir” olmuştur. Türkiye, küreselleşme ve gelenekselliğin tüm çelişkilerini bir arada bulunduran, kadınların büyük çoğunluğunun ailesinde, toplumda ve çalışma hayatında geleneksel ve kültürel zorluklar ve bunun yarattığı ayrımcı uygulamalar ile karşılaştığı bir ülkedir (97). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve toplumsal cinsiyet ayrımcılığı hem kadın hem erkek için sağlıklı olma halinin önündeki önemli engellerden biridir. Sağlık alanında kadın erkek arasında eşitsizliklerin oluşmasında biyolojik cinsiyetin yanı sıra sağlık hizmetlerinin sunumunda karşımıza çıkabilen cinsiyetçi bakış açısının da önemli etkisi vardır (126). “Sağlık hakkı”, sağlıklı bireyler ve sağlıklı toplum hedefine ulaşabilmek için gerekli tesislere ve şartlara ulaşma, bunları kullanma hakkı olarak tanımlanmaktadır (291). Türkiye’de yürürlükte olan Hasta Hakları Yönetmeliği ise; sağlık hizmeti alma ihtiyacı bulunan bireylerin, sadece insan olmalarından dolayı sahip oldukları ve Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, diğer kanun ve mevzuatlar ile hasta haklarını güvence altına almış ve herhangi bir sebepten

dolayı hastalar arasında farklı muamelede bulunmayı yasaklamıştır. (292). Ayrıca, hasta hakları alanında en eski belgelerden biri olan Hipokrat yemininde de bu konu "*Tıp fakültesinden aldığım bu diplomanın bana kazandırdığı hak ve yetkileri kötüye kullanmayacağıma.....,din, milliyet, cinsiyet, ırk ve parti farklarının görevimle vicdanım arasına girmesine izin vermeyeceğime, mesleğimi dürüstlükle ve onurla yapacağıma namusum ve şerefim üzerine yemin ederim.*" şeklinde yer almıştır (293). Sağlık eşitsizlikleri 1800'lü yıllarda temel olarak toplumsal sınıfla ilişkilendirilmiş olsa da, 1960'larda toplumsal cinsiyetle de ilişkilendirilmeye başlanmış ve 1980 sonrasında toplumsal cinsiyet sağlığın temel ve sosyal belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmeye başlanmıştır (294)(295). Toplumsal cinsiyet, bireylerin sağlık statüsünü, sağlık risklerinin dağılımını, sağlık hizmetlerine erişimini, sağlık hizmeti alımlarını etkileyen bir belirleyicidir (296). Tüm bu eşitsizliklerin yanı sıra sağlık çalışanlarının kadın ve erkek arasındaki farklılıklara ve eşitsizliklere dair görüş ve tutumları da, sağlık alanında eşitlik ve adalet açısından önemlidir (297). "Toplumsal cinsiyet rolü ideolojisi" sağlık çalışanlarının hastaların cinsiyetine göre tutum almasını ifade eder ve toplumsal cinsiyetin bireylerin sağlık hakkına erişimini kötü yönde etkilemesine yol açar (298). Foss ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre, hekim ve hemşireler kadın hastaların çok fazla ve dağınık soru sorduklarını ve daha talepkar olduklarını düşünmekte ve bu nedenle kadın hastalara karşı daha negatif tutum sergilemektedir (299). Kadın ve erkek arasındaki güç asimetrisi ve toplumsal cinsiyet rolleri tıbbi araştırmalarda ve tıp eğitiminde de biasa neden olmaktadır (300). Örneğin, tarihsel süreçte tıp eğitiminin erkek anatomisi üzerinden yapılandırılmış olması "toplumsal cinsiyet körü" yaklaşımının bir örneği olarak karşımıza çıkmaktadır. Sadece erkek bedeni üzerinde yapılan çalışmalara göre hastalıkların tanımlanması, hem tanı hem de tedavi aşamalarında toplumsal cinsiyetin ve psikososyal etkilerin göz ardı edilmesine neden olmuştur (301). Bunun neticesinde de, örneğin depresyon gibi bazı hastalıkların tanı ve tedavi süreçlerinde cinsiyet eşitsizliği oluşmuş ve bu eşitsizlik yeniden üretilmiştir (301,302). Toplumsal cinsiyet körü yaklaşımlarda sağlık çalışanının cinsiyeti de

etkili olabilmektedir. Bazı çalışmalar, erkek sağlık çalışanlarının kadın sağlık çalışanlarına göre daha cinsiyet körü olduklarını göstermiştir (298). Çalışmamızda sağlık hizmeti sunumunda hastanın cinsiyetinin farklılıklara yol açabileceğini düşünen sağlık çalışanlarının en sık belirttikleri nedenlerden biri mahremiyet olmuştur. İstanbul'da bir üniversite hastanesinin kadın doğum kliniğinde yatan hastalar üzerinde yapılan ve kadın hastaların erkek hemşirelere ilişkin görüşlerinin araştırıldığı bir çalışmada, hastaların neredeyse yarısının (%49) erkek hemşirelere karşı olumlu bir tutum sergilediği saptanmıştır. Blanchard'a göre, hastalar arasında yapılan ayrımcı uygulamalar, hastalarda kendisine saygısızca ya da adaletsizce davranıldığına dair bir algı oluşturarak, hasta ile sağlık çalışanı arasındaki ilişkiyi olumsuz etkilemektedir (303). Sağlık çalışanları toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi tutumların topluma kazandırılmasında önemli sorumlulukları olan kişilerdir. Bu nedenle sağlık çalışanları tüm hastalara cinsiyetlerinden bağımsız bir şekilde ve toplumsal cinsiyet eşitliğini benimseyen bir bakış açısı ile yaklaşmalıdır.

Toplumsal Cinsiyet Algısı ve İlişkili Özellikler

Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) puan ortalaması 101,34 olarak bulunmuştur. Ölçeğin geliştirildiği Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasına göre ölçekten alınabilecek en düşük puan 25, en yüksek puan ise 125'tir ve ölçekten alınan puan yükseldikçe bireylerin daha eşitlikçi bir toplumsal cinsiyet algısına sahip oldukları öngörülmektedir (45). Bu bilgiden yola çıkarak çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının nispeten eşitlikçi bir toplumsal cinsiyet algısına sahip olduğu sonucuna varılabilir.

Toplumsal cinsiyet ile ilgili yapılan çalışmalar literatürde incelendiğinde birçok farklı ölçeğin araştırmacılar tarafından kullanıldığı görülmektedir. "*Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği*", "*Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ölçeği*" ve çalışmamızda kullanılan "*Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği*" bu alanda sıkça kullanılan başlıca değerlendirme araçlarıdır (45,304,305). Tartışmanın bu

bölümünde ağırlıklı olarak “*Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği*” kullanılarak yapılan çalışmalar değerlendirilmiş ancak diğer ölçeklerin ve bazı çalışmalarda araştırmacıların kendilerinin oluşturduğu değerlendirme araçlarının kullanıldığı çalışmalara da yer verilmiştir.

Hemşirelerin toplumsal cinsiyet algısının incelendiği bir çalışmada TCAÖ ölçeği puan ortalaması 94,0 olarak bulunmuştur (306). Üniversite öğrencilerinin öz yeterlilik düzeyi ile toplumsal cinsiyet algısı ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada ise kız öğrencilerin puan ortalaması 95,84, erkek öğrencilerin puan ortalaması ise 72,09 olarak saptanmıştır (307). Kul ve Karahan’ın 2016 yılında sağlık yüksekokulu öğrencileri üzerinde yürüttüğü bir çalışmada, TCAÖ puan ortalaması 94,76 olarak bulunmuştur (308). Ebelik öğrencileri üzerinde yapılan başka bir çalışmada TCAÖ puan ortalaması 110,60 olarak saptanmıştır (309). Yine üniversite öğrencileri üzerinde yapılan başka bir araştırmada, üniversite öğrencilerinde toplumsal cinsiyet algısı toplumsal cinsiyet rolü ve cinsiyet değişkenlerine göre incelenmiş ve TCAÖ puan ortalaması 92,45 olarak belirtilmiştir (49) . Toplumsal cinsiyet algısı ile sosyoekonomik değişkenler arasındaki ilişkinin araştırıldığı ve Ankara’nın üç farklı ilçesindeki bazı okullarda öğrenim gören öğrencilerin velileri üzerinde yapılan bir araştırmada, kadın katılımcıların TCAÖ puan ortalaması 91,04, erkek katılımcıların puan ortalaması ise 81,96 bulunmuştur (310). 18 yaş ve üzeri Türkiye kent nüfusunu temsil eden, toplamda 1206 kadın ve erkek ile gerçekleştirilen ve TCAÖ’nin kullanıldığı bir araştırmada; TCAÖ toplam puanının kadınlarda 2016 yılında 66 iken, 2017 yılında 70, 2018 yılında 71, 2019 yılında 73 ve 2020 yılında 74 olduğu ve kadınların ölçek puan ortalamalarının her yıl erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (araştırmada ölçek puanı 1-100 arası şeklinde değerlendirilmiştir). Yine aynı araştırmaya göre, çalışmanın yapıldığı yıllar içinde katılımcılar arasında eşitlikçi yaklaşımda bir artış olduğu ve bu artışın hem kadınlarda hem de erkeklerde olduğu gözlenmiştir (311). İstanbul’da bir ilçede toplumsal cinsiyet algısı ile ilgili yönelimlerin genel popülasyon örnekleminde incelendiği bir çalışmada

(katılımcıların %70,0'i kadın, %30,0'u erkek) ise TCAÖ puan ortalaması 91,67 olarak saptanmıştır (312). Mardin'de yaşayan 20-65 yaş arası kişilerin toplumsal cinsiyet algısı ve etkileyen faktörlerin incelendiği bir araştırmada, kadınların aldıkları ortalama toplumsal cinsiyet algısı puanı 81,65 iken erkeklerin aldıkları puan 74,60 olarak saptanmıştır (313). 21- 64 yaşları arasında, İstanbul, Ankara, Bursa illerinde ikamet eden 402 evli kadın üzerinde yapılan bir araştırmada ise kadınların TCAÖ puan ortalaması 94,51 olarak bulunmuştur (314). Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet algısının araştırıldığı başka bir çalışmada ise, TCAÖ puan ortalaması 100,03 olarak saptanmıştır (315)

Araştırmacılar tarafından geliştirilen soruların yer aldığı ve 15 adet önerme içeren bir anket çalışmasında; çalışma yaşamı ve evlilik yaşamı ile ilgili önermelerde erkeklerin daha geleneksel görüşlere sahip olduğu, toplumsal yaşam ve aile yaşamı ile ilgili önermelerde ise kadın ve erkeklerin eşitlikçi görüşlere sahip oldukları bildirilmiştir (316).

Sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada "Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği (TCRTÖ)" kullanılmış ve katılımcıların ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması $141,55 \pm 19,25$ olarak bulunmuş ve ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 190 olduğu göz önüne alındığında, katılımcıların genel olarak eşitlikçi toplumsal cinsiyet rol tutumlarına sahip oldukları sonucuna varılmıştır (277). Bir üniversite hastanesinde görev yapan 128 araştırma görevlisi hekimle yapılan bir çalışmada ise katılımcıların TCRTÖ'den aldıkları toplam puan ortalamasının $124 \pm 4,48$ olduğu belirtilmiştir (317). Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla yürütülen bir araştırmada da TCRTÖ puan ortalaması 139,0 bulunmuştur (318).

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde eğitim görmekte olan 731 kadın ve erkek öğrenci ile yapılan bir çalışmada ise "Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ölçeği" kullanılmıştır. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ölçeği'nin bazı maddeleri "Erkeği Üstün Gören Anlayış" boyutunu oluşturmakta ve bu alt boyuttan

yüksek puan almak erkeğin kadından üstünlüğünü, kabul etmek anlamına gelmekte iken, bazı maddeleri de “Kadını Erkeğe Bağımlı Kılan Anlayış” boyutunu temsil etmekte ve bu alt boyuttan yüksek puan almak aile içi ilişkilerde kadının erkeğe bağımlılığını onaylamak anlamına gelmektedir (305). Yapılan bu çalışmada erkek öğrencilerin “Erkeği Üstün Gören Anlayış ” ve “Kadını Erkeğe Bağımlı Kılan Anlayış” puan ortancalarının kadın öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu yani kadın öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha eşitlikçi bir tutuma sahip oldukları görülmüştür (319).

Hem Türkiye’de hem de bazı diğer ülkelerde yapılan birçok çalışmada kadınların erkeklere göre daha eşitlikçi bir toplumsal cinsiyet algısına sahip oldukları belirtilmiştir (60,311,316,320,321).

Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının TCAÖ puan ortalaması literatürden edinilen tüm bu bilgiler ışığında değerlendirildiğinde; kadın sağlık çalışanlarının nispeten eşitlikçi bir toplumsal cinsiyet algısına sahip olduğunu söylemek mümkün olabilir. Ancak bu bulgumuzu yorumlarken, çalışma grubumuzun tamamını kadınların oluşturduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmada evrenin tamamını kadın sağlık çalışanları oluşturmaktadır ve kadınların hayatları boyunca deneyimledikleri toplumsal cinsiyet temelli kalıp yargılar ve ayrımcılıklar, kadınların toplumsal cinsiyet konusundaki algılarını değiştiriyor olabilir. Ayrıca, mevcut toplumsal cinsiyet kalıp yargıları ve rolleri nedeniyle erkeklerin kadınlara göre daha avantajlı bir konumda yer almaları erkeklerin statüsünü artırmakta ve dolayısıyla da bu durumdan duyulan memnuniyet erkeklerin yer aldığı çalışmalarda TCAÖ puan ortalamalarının daha düşük saptanıyor olmasına yol açıyor olabilmektedir. Erkeklerin eşitlikçi bir toplumsal cinsiyet algısına sahip olmaları, basmakalıp yargılar sayesinde kazandıkları birçok avantajı da kaybetmelerine yol açacağı için, toplumsal cinsiyet konusunda eşitlikten uzak bir algıya sahip olmaları mümkündür. Bu durum, çalışmamızda saptadığımız TCAÖ puan ortalamasının, literatürde hem kadın hem de erkek katılımcıların yer aldığı çalışmaların birçoğunun TCAÖ puan

ortalamasından yüksek olmasını açıklıyor olabilir. Ayrıca çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun öğrenim düzeyi lisans ve üzerindedir (%74,6) ve tartışmanın ilerleyen bölümlerinde de değinileceği gibi, eğitimin toplumsal cinsiyet algısı üzerinde oldukça önemli bir etkisi olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla çalışmamızda saptadığımız bu nispeten yüksek TCAÖ puan ortalaması çalışma grubunun eğitim düzeyinin yüksek olmasından da kaynaklanıyor olabilir. Öyle ki, çalışmamızda saptanan TCAÖ puan ortalaması genel popülasyonu temsil eden örneklemeler üzerinde yapılan bazı çalışmalardan oldukça yüksek bulunmuştur ve bu bulgu savımızı desteklemektedir (312–314).

Çalışmada katılımcıların toplumsal cinsiyet algısının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuş, 18-29 yaş grubu katılımcıların TCAÖ puan ortalaması hem 30-39 yaş grubu hem de 40 yaş ve üzeri katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde de çalışmamıza benzer şekilde, gençlerin toplumsal cinsiyet algısının ileri yaştakilere göre daha eşitlikçi olduğunu belirten çalışmalar yer almaktadır (311,312,322). Ancak bizim bulgumuzdan farklı olarak yaş arttıkça toplumsal cinsiyet algısı puanının arttığını bildiren çalışmalarda vardır. Örneğin; sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada, 34 yaş ve altı sağlık çalışanlarına göre, 35 yaş ve üzerindeki sağlık çalışanlarının daha eşitlikçi bir tutum içinde oldukları saptanmıştır (277). Toplumsal cinsiyet, nispeten son yıllarda daha çok üzerinde durulan bir kavramdır ve bazı eğitim programlarında da yeni yeni yer almaya başlamıştır. Hem medyada hem de bazı eğitim müfredatlarında toplumsal cinsiyet kavramına daha fazla yer veriliyor olması, genç kuşağın toplumsal cinsiyet algısının şekillenmesinde ve dolayısıyla daha eşitlikçi bir tutum kazanmasında rol oynuyor olabilir. Öyle ki, “Toplumsal Cinsiyet Eşitliği ve Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Eğitici Eğitimi” başlıklı bir eğitime katılan lisans düzeyi ve üzerinde eğitime sahip 23 katılımcıyla gerçekleştirilen ve eğitimin toplumsal cinsiyet algı ve tutumuna olan etkisinin araştırıldığı bir çalışmada; eğitim öncesinde katılımcıların TCAÖ puan ortalamaları 97,17 iken;

eğitim sonrasında bu ortalamanın 115,00'e çıktığı görülmüş ve verilen eğitim sonunda erkek katılımcıların puanlarının daha fazla yükseldiği saptanmıştır (323).

Çalışmamızda "bekar" katılımcıların, "evli" ve "boşanmış/ eşinden ayrı yaşayan/ eşi ölmüş" katılımcılara kıyasla daha yüksek TCA puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Çiftçi'nin çalışmasında da bizim bulgumuza benzer şekilde, evli olan katılımcıların toplumsal cinsiyet algısı leğine göre aldığı puan ortalaması 77,35 bulunurken, bekâr katılımcıların aldıkları puan ortalamaları 83,90 olarak bulunmuştur (313). Okulların toplumsal cinsiyete duyarlılık açısından değerlendirildiği ve farklı bir meslek grubu olarak öğretmenler ile yapılan başka bir çalışmada ise, toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin farkındalığın özellikle bekâr kadın öğretmenlerde daha yüksek olduğu saptanmıştır (324). Literatürle de desteklediğimiz bu bulgumuz, kadınların evlendikten sonra toplumsal cinsiyet algı düzeylerinin değiştiğini ya da toplumsal cinsiyet algısı düşük olan kadınların evliliği daha çok tercih ettiğini dşndrebilir. Ancak evlilik kurumunun çoğu toplumda kadına yüklediği "iyi bir ev hanımı olma", "iyi bir eş olma", "ocuk sahibi olma" vb toplumsal cinsiyet rolleri ve zamanla bu rollerin kadınlar tarafından kanıksanıp meşrulaştırılması, evli kadınların toplumsal cinsiyet algılarının evlilik yapısı içerisinde değişiyor olmasına ve dolayısıyla bekar kadınlara göre toplumsal cinsiyet algılarının eşitlikten daha uzak olmasına yol açıyor olabilir.

Çalışmamızda toplumsal cinsiyet algısının aylık toplam hane geliri, gelir-gider karşılama durumu, konut ve araç sahipliği ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Aylık toplam hane geliri "yoksulluk sınırı ve üzerinde" olanların, aylık toplam hane geliri "yoksulluk sınırının altında" olanlara göre; geliri giderini yaklaşık/rahatlıkla karşılayan katılımcıların, geliri giderini karşılamayanlara göre; kendine ait aracı olanların, olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek TCA puan ortalamalarına sahip olduğu bulunmuştur. İlginç bir bulgu olarak da, oturduğu ev kendine ait olan katılımcıların TCA puan ortalaması daha düşük saptanmıştır. Bu değerkenler birbiriyle ilişkili olup, her biri önemli sosyoekonomik belirleyicilerdir. Sosyoekonomik düzeyin toplumsal cinsiyet algısında önemli bir

rolü olduğu düşölmektedir ve bu savımızı literatürde yapılan birçok çalışma da desteklemektedir. Sosyoekonomik değişkenlerle toplumsal cinsiyet algısı arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, aylık toplam hane geliri değişkeni ile toplumsal cinsiyet algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (310). Çıtak'ın çalışmasında ise, sosyoekonomik düzeylerine göre üst, orta-üst ve orta sosyoekonomik düzeye sahip katılımcıların; orta-alt ve alt sosyoekonomik düzeye sahip olanlara göre toplumsal cinsiyet rolleri açısından daha eşitlikçi tutuma sahip oldukları saptanmıştır (43). Kodan'ın evli bireylerin evlilik kalitesi toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları ve yaşam doyumları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında da benzer şekilde, katılımcıların ortalama aylık hane gelirlerine göre toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (325). Tüm bu bulgular sosyoekonomik düzeyin toplumsal cinsiyet algısı üzerinde önemli bir belirleyici olduğu savımızı doğrulamaktadır.

Çalışmamızın en önemli ve öngörülebilir bulgularından biri de, öğrenim düzeyi ve toplumsal cinsiyet algısı arasındaki ilişki olmuştur. Çalışmada öğrenim düzeyi lisans ve üzeri olan katılımcıların TCAÖ puan ortalaması, önlisans ve altı katılımcıların TCAÖ puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İstanbul'da bir ilçede toplumsal cinsiyet algısının araştırıldığı bir çalışmada; üniversite ve üzeri düzeyde öğrenim düzeyine sahip olan katılımcıların ortalama TCAÖ puanları lise mezunu katılımcılardan, lise mezunu katılımcıların ortalama puanı da ilköğretim ve altı mezunu katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca öğrenim süresi ile TCAÖ puanı arasında pozitif yönlü (eğitim süresi arttıkça, TCAÖ puanı da artan) bir ilişki saptanmıştır (312). Literatürde birçok başka çalışmada da, öğrenim düzeyinin yüksek olmasının toplumsal cinsiyet algısını olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir (43,311,313,322,326). Altuntaş ve Altınova'nın Ankara'da yaptığı çalışmada ise, üniversite mezunlarının ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarına göre toplumsal cinsiyet algı puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (310). Toplumsal cinsiyet zamanla değiştirilebilir,

dönüştürülebilir bir olgudur ve toplumsal cinsiyet algısının en önemli belirleyicilerinden birinin eğitim olması aynı zamanda umut verici bir bulgudur. Öyle ki, bir toplumun veya bir bireyin de eğitim seviyesi zamanla ve çaba ile değiştirilebilir, yükseltilebilir ve sonuç olarak bu olumlu değişim o toplumda toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasına da katkı sağlar. Dolayısıyla bireylerin özellikle de kadınların öğrenim düzeylerinin yükselmesi ve dolayısıyla sosyoekonomik statülerinin artması, yalnızca bireysel kazanım sağlamakla kalmaz ayrıca toplumsal cinsiyet eşitliğine giden yolda önemli kazanımlar da getirir.

Çalışmamızda doğum yerinin ve ilköğrenim bitinceye kadar en uzun süre yaşanan yerleşim yerinin de TCAÖ puanıyla ilişkili olduğu saptanmış olup; il/ilçede doğanların ve ilköğrenim bitinceye kadar en uzun süre il/ilçede yaşayanların TCAÖ puanları, köyde doğan ve ilköğrenim bitinceye kadar en uzun süre köyde yaşayan katılımcıların TCAÖ puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Mardin’de 20-65 yaş aralığındaki kişilerde toplumsal cinsiyet algısının araştırıldığı bir çalışmada da bizim bulgumuza benzer şekilde, doğum yeri il olan katılımcıların doğum yeri köy olanlara göre daha toplumsal cinsiyet konusunda daha eşitlikçi bir tutum sergiledikleri, köyde doğan ve en az 12 yaşına kadar köyde yaşayan bireylerin TCAÖ puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır (313). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise, kırsal bölgede doğan öğrencilerin kent doğumlu öğrencilere göre toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının daha geleneksel olduğu gözlenmiştir (327).

Çalışmada aile tipi, hanedeki kişi sayısı ve kardeş sayısı ile toplumsal cinsiyet algısı arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Yalnız yaşayanların çekirdek ailede ve geniş ailede yaşayanlara göre, hanedeki kişi sayısı üçten az olanların üç ve daha fazla olanlara göre ve kardeşi olmayanların kardeşi olanlara göre TCAÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelerde yapılan bir çalışmada, kardeş sayısının toplumsal cinsiyet algısı ile ilişkili olduğu belirtilmiş

ve hemşirelerden dört ve üzeri kardeşi olanların toplumsal cinsiyet algısının daha olumsuz olduğu saptanmıştır (327). Aydın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, kardeş sahibi olma durumunun toplumsal cinsiyet algısını etkilediği saptanmıştır (165). Dinç'in yaptığı çalışmada ise, hanede yaşayan kişi sayısına göre katılımcıların TCAÖ puanları arasında anlamlı farklılık saptanmış, hanesinde dörtten az sayıda kişi ile yaşayan katılımcıların TCAÖ puan ortalamaları, hanesinde dört ve üzeri kişi ile yaşayan katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur ve bu sonuç bizim saptadığımız bulguyu desteklemektedir (312). Kardeş sayısını fazla olduğu ailelerde ebeveynlerin çocukların hepsinin bakımı ve eğitimi için yeterince zaman ayıramıyor olması kişilerin sadece aile dışı sosyal kaynaklardan edindiği izlenimlerle bir takım cinsiyet rollerini benimsemesine neden olabilir. Bir diğer etken de kardeş sayısının fazla olduğu bir ailede yaşayan bir birey, özellikle kendisinden büyük kardeşlerini rol model alıyor olabilir ve bunun sonucunda toplumsal cinsiyet algısı rol model alınan kardeşin toplumsal cinsiyet rolleri konusundaki tutumuna göre şekilleniyor olabilir. Toplumsal cinsiyet algısı aile tipi ve hanedeki kişi sayısı açısından değerlendirildiğinde ise, kalabalık ve geniş ailelerde yaşamak kültürel ve geleneksel bazı cinsiyet rolleri nedeniyle, özellikle ev işleri gibi konularda kadınlara daha fazla yük binmesine ve kadınların da zamanla bu geleneksel toplumsal cinsiyet algısını benimsemelerine neden oluyor olabilir.

Bireylerin yetiştikleri aile ortamı ve ebeveyn özellikleri, onların eşitlikçi bir toplumsal cinsiyet algısı geliştirmesinde rol oynayabilmektedir. Çalışmamızdaki önemli bulgulardan biri de anne ve baba öğrenim düzeyinin toplumsal cinsiyet algısı üzerindeki etkisi olmuştur. Anne ve babası önlisans ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olan katılımcıların TCAÖ ortalama puanları, anne ve babası lise ve altı öğrenim düzeyinden sahip olan katılımcıların TCAÖ puan ortalamasından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Anne ve baba öğrenim düzeylerinin, gerek çocuklarına sundukları rol model ve sosyoekonomik imkanlar açısından, gerekse çocuk yetiştirme tarzı açısından bireylerin toplumsal cinsiyet algısı üzerinde

eşitlikçi bir bakış açısının gelişmesinde katkı sağlayacağı düşünülmektedir (63, 64). Ancak bu konuda literatürde fikir birliğine varılamamış olup, farklı sonuçları olan çalışmalar yer almaktadır. Literatürde; hem anne hem de baba eğitiminin bireyin toplumsal cinsiyet algısını etkilediğini bildiren (43,312,313), ikisinin de etkilemediğini bildiren (58,328), anne eğitiminin toplumsal cinsiyet algısını etkilediğini fakat baba eğitiminin etkisiz bulunduğunu bildiren (329) veya anne eğitiminin etkisiz baba eğitimin ise etkili olduğunu bildiren çalışmalara rastlanmıştır (47). Her ne kadar farklı çalışmalarda farklı sonuçlar bulunsa da genel kabul, annenin eğitim düzeyinin toplumsal cinsiyet algısının gelişimini etkileyen faktörlerden biri olduğu yönündedir (330). Yurt dışında yapılan bazı çalışmalarda da, annenin öğrenim düzeyi ile çocukların eşitlikçi toplumsal cinsiyet tutumu benimsemeleri arasında olumlu bir ilişki olduğu gösterilmiştir (331,332). Burada belirleyici olan etmen, çocuğun doğduğu andan itibaren annesi ile çok daha fazla birlikte vakit geçirmesi ve annenin ev içinde sergilediği cinsiyet rolünün çocuk üzerinde etkili olması olabilir (313). Bizim çalışmamızda olduğu gibi, baba öğrenim düzeyinin toplumsal cinsiyet algısını olumlu yönde etkilediği pek çok çalışmada da gösterilmiştir (61,304,333–335). Çalışmamızda yapılan ileri analizlerde anne eğitime nazaran baba eğitiminin toplumsal cinsiyet algısı gelişiminde daha etkili bir belirleyici olduğu saptanmıştır. Eğitim sosyoekonomik statüsünün en önemli belirleyicilerinden biridir. Dolayısıyla eğitilmiş bir anne ve baba ile ailenin sosyoekonomik statüsü yükselir, çocuklara sunulan imkanlar artar, çocukların eğitimini desteklenir ve tüm bunların sonucunda çocukların eğitim, bilinç ve farkındalık düzeylerinin yükselmesi sağlanarak ailedeki tüm bireylerde eşitlikçi bir toplumsal cinsiyet algısı oluşması için zemin hazırlanmış olur. Ayrıca özellikle Türkiye gibi ataerkil kültürün hala devam ettiği bir ülkede, eğitilmiş babaların öğrenim hayatları ile kazandıkları eşitlikçi bakış açısı, ailesindeki bireylere, özellikle de eşlerine karşı eşitlikçi bir tutum sergilemesine, bu şekilde çocuklarına rol model olmasına ve sonuçta da toplumsal cinsiyet eşitliğini benimseyen nesiller yetiştirmesine yol açar.

Çalışmamızda kadın sağlık çalışanlarının evlilik hayatlarına ilişkin bazı özellikler ve toplumsal cinsiyet algısı arasındaki ilişki de incelenmiş ve önemli bazı bulgular elde edilmiştir. Çocuğu olmayan katılımcıların olan katılımcılara göre, bir çocuğu olan katılımcıların ise iki ve üzeri sayıda çocuğu olan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek TCAÖ puanlarına sahip olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Dinç'in çalışmasında da, çocuğu olmayan ve bir çocuğu olan katılımcıların TCAÖ puan ortalamaları iki çocuğu olan katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur (336). Evli olmanın, çocuk sahibi olmanın ve kalabalık bir ailede yaşamının daha geleneksel bir aile yapısına yol açtığı ve bunun da özellikler kadınlarda daha olumsuz bir toplumsal cinsiyet algısı oluşturduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (48,326,337). Öyle ki çalışmamızda da katılımcıların TCAÖ ifadeleri arasında en yüksek oranda kararsız kaldıkları önerme "Çalışan bir kadın çocuklarına daha iyi anne olur" önermesi olmuş ve çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının %4,8'i tamamen katılmadığını, %13,3'ü katılmadığını, %32,2'si kararsız olduğunu, %28,7'si katıldığını, %21,0'i ise tamamen katıldığını bildirmiştir. Genel popülasyonu temsil eden bir örneklem grubunda yapılan bir çalışmada, çocuk sahibi olan katılımcıların TCAÖ puan ortalamaları 77,13 olarak bulunurken, çocuk sahibi olmayan katılımcıların puan ortalamaları 81,75 olarak bulunmuştur ve çocuk sahibi olma durumu ile toplumsal cinsiyet algısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (313). Boehnke'ye göre çocuk sahibi olmanın kadınların toplumsal cinsiyet algısı üzerinde gelenekselleştirici bir etkisi bulunmaktadır (183).

Çalışmamızda kadın sağlık çalışanlarının ilk evlenme yaşı, evlenme kararı şekli ve eş öğrenim durumları TCAÖ puanları ile ilişkili bulunmuştur. İlk evlenme yaşı 25 yaşın altında olanların, görücü usulü evlenenlerin ve eş öğrenim düzeyi önlisans ve altı olanların TCAÖ ortalama puanları anlamlı olarak daha düşüktür. Yapılan bir çalışmada, eşleri üniversite ve üzeri mezunu ve lise mezunu katılımcıların TCAÖ puanları, ilköğretim ve altı mezunu katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek bulunurken, eş öğrenim durumu üniversite ve üzeri mezunu

olanlar ile lise mezunu olan katılımcıların TCAÖ puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (312). Gökçay'ın çalışmasında ise, kadınların eş öğrenim durumu ve evlenme şekline göre "Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği" toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu vurgulanmıştır. Eşi üniversite mezunu olanların "Evlilikte Cinsiyet Rolü" alt boyut puan ortalamalarının, eşi ilköğretim ve lise mezunu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca görücü usulü tanımadan evlenenlerin "Evlilikte Cinsiyet Rolü" alt boyut puan ortalamalarının, görücü usulü daha sonra tanışılardan ve tanışıp anlaşarak evlenenlerden düşük olduğu saptanmıştır (338). Çalışmamızda, ilk evlenme yaşı ve evlenme şekli değişkenleri ile katılımcıların TCAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptansa da, üzerinde durulması gereken önemli bir nokta şudur ki; yaptığımız istatistiksel analizlerde bireyin kendi öğrenim düzeyinin de ilk evlenme yaşı ve evlenme şekli ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla aslında bireyin kendi öğrenim düzeyi evlilik özellikleri ile ilgili değişkenleri ve yine dolaylı yolla da olsa toplumsal cinsiyet algısını etkilemiş olabilir. Eş öğrenim düzeyinin katılımcıların yüksek toplumsal cinsiyet algısına sahip olma durumu ile ilişkili olması ise iki farklı şekilde yorumlanabilir. Birincisi, çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanları genellikle kendi eğitim düzeylerine yakın veya denk kişilerle evlenmiş olabilirler ve bu nedenle de toplumsal cinsiyet algısı üzerinde yine bireyin kendi öğrenim düzeyinin etkisini görüyor olabiliriz. Diğer bir açıklama da şu şekilde yapılabilir; yukarıda bahsedilen öğrenim düzeyi yüksek baba modelinde olduğu gibi, öğrenim düzeyi yüksek bir eş aile içerisinde daha eşitlikçi bir tutum sergilediği için kadın da bu durumdan dolayı daha olumlu bir toplumsal cinsiyet algısına sahip olabilir.

Çalışmamızda katılımcılar arasında, sağlık kuruluşuna başvurmak için eşinden izin alanların TCAÖ puan ortalaması, izin almayanların TCAÖ puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Benzer şekilde, sosyal aktivitelere katılım için eşinden izin alan katılımcıların TCAÖ puan ortalamasının, izin almayanların TCAÖ puan ortalamasına göre anlamlı olarak

daha düşük olduğu gör÷lmektedir. Aslında burada eşten izin alma durumu ile toplumsal cinsiyet algısı arasında doğrudan bir neden sonuç ilişkisi kurmanın zor olduğu gör÷lmektedir. Çünkü her iki durumda da bireyin kendi öğrenim düzeyi potansiyel karıştıracı bir etmen olarak karşımıza çıkabilir. Öyle ki, öğrenim düzeyi düşük kadınlar öğrenim düzeyi yüksek olanlara göre erken yaşlarda öğretim hayatının dışında kaldığı için daha erken yaşta evlenir, evliliklerini görücü üsülü yapma olasılığı daha fazladır, kendi öğrenim düzeyleri düşük olduğu için muhtemelen eşlerinin öğrenim düzeyi de düşük olur ve tüm bunların sonucunda gelişen eşitlikçi olmayan bir toplumsal cinsiyet algısı nedeniyle de hem bir sağlık kuruluşuna giderken hem de herhangi bir sosyal aktiviteye katılırken eşlerinden izin almak zorunda hissederler veya zorunda bırakılırlar. Bu savımızı çalışmamızda saptadığımız, katılımcının öğrenim düzeyinin hem ilk evlenme yaşı hem de evlilik kararı ile ilişkili olması bulgusu da desteklemektedir.

Çalışmamızda toplumsal cinsiyet kavramı hakkında bilgisi olan katılımcıların, bilmeyenlere göre daha yüksek TCAÖ puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. Petek'in çalışmasında, hemşirelerin toplumsal cinsiyet konusunda eğitim alma durumu ile TCAÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmış ve toplumsal cinsiyet eğitimi aldığını belirtenlerin toplumsal cinsiyet algısının daha olumlu olduğu bulunmuştur (339). Üniversite öğrencilerine yönelik yapılan bir çalışmada ise, toplumsal cinsiyet rolleri hakkında verilen eğitim sonrasında, toplumsal cinsiyet rolleri ile ilgili geleneksel tutumlarının, eşitlikçi tutuma doğru değişim gösterdiği belirlenmiştir (62). Ebelik öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise, toplumsal cinsiyet dersi alan öğrencilerin TCAÖ puan ortalamalarının almayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (309). Bireylere eşitlikçi bir toplumsal cinsiyet bakış açısının kazandırılmasında eğitim önemli bir etmendir. Toplumsal cinsiyet eğitiminin ise, bireylerin kendi yaşamları üzerindeki otokontrol duygusunu ve özsaygısını güçlendirdiği bildirilmiştir (275). Ayrıca toplumsal cinsiyet eğitimi alan kişilerin, cinsiyetçi yaklaşımlara ve diğer toplumsal eşitsizliklere karşı farkındalık kazandıkları da belirtilmektedir (276).

Öyle ki bu bilgi, çalışmamızda saptadığımız, öğrenim düzeyi yüksek olan katılımcıların yaşadığımız toplumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu daha fazla düşünüyor olması bulgusunu desteklemektedir. Benzer şekilde çalışmamızda, yaşadığımız toplumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünenlerde, çalıştığı kurumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünenlerde ve çalışma yaşamında cinsiyeti nedeniyle zorluk yaşadığını düşünenlerde TCAÖ puan ortalaması düşünmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir başka araştırmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde, sağlık çalışanlarının ülkede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünme durumlarına göre, eşitsizlik olduğunu düşünenlerin düşünmeyenlere göre toplumsal cinsiyet rolleri konusunda daha eşitlikçi bir tutum sergiledikleri saptanmıştır (277). Dolayısıyla, bireyin daha eşitlikçi bir toplumsal cinsiyet algısına sahip olması, yaşadığı toplumun ve çalıştığı kurumun var olan sorunları hakkındaki farkındalık ve bilinç düzeyini etkiliyor olabilir.

Çalışmamızda büyüdüğü ailede ve halen yaşadığı ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünen katılımcıların TCAÖ puan ortalaması, düşünmeyenlere göre anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Öyle ki, burada da katılımcının büyüdüğü ailede ve halen yaşadığı ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünmesi durumunu etkileyen bazı karıştırıcı etmenlerin varlığı karşımıza çıkmaktadır. Yine çalışmamızda saptadığımız üzere, kişinin anne ve baba öğrenim düzeyi büyüdüğü ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünme durumu ile ilişkilidir ve anne ve babasının eğitim düzeyi düşük olanlar daha fazla oranda büyüdüğü ailede eşitsizlik olduğunu düşünmektedir. Ayrıca, kişinin halen yaşadığı ailenin geniş aile tipinde olması ve gelirin giderinin karşılamaya yetmemesi, kişinin şu an yaşadığı ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünme durumu ile ilişkili bulunmuştur. Dolayısıyla birbiriyle etkileşim halinde olan bu etmenler toplumsal cinsiyet algısı üzerinde dolaylı veya doğrudan etkili olmuş olabilir.

Depresyon ve İlişkili Etmenler

Dünyada ve ülkemizde sağlık çalışanlarında depresyon düzeyinin araştırıldığı pek çok çalışma yapılmıştır. Ancak Türkçe literatürde, çalışmamızda depresyon varlığını değerlendirmek için kullandığımız Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) kullanılarak yapılan ve sağlık çalışanlarında depresyon durumunu araştıran herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. CES-D ölçeği yurtdışında pek çok araştırmada kullanılan bir depresyon tarama aracıdır, ancak Türkiye’de yapılan çalışmalar genellikle bazı hasta grupları ile sınırlı kalmıştır. Dolayısıyla çalışma bulgularımızın literatürdeki diğer kadın sağlık çalışanlarında yapılan çalışmalarla doğrudan karşılaştırılması mümkün olmamıştır. Bu nedenle tartışmanın bu bölümünde, sağlık çalışanlarında yapılan ve hem CES-D ve hem de farklı depresyon değerlendirme araçlarının kullanıldığı (Örn; Beck Depresyon Ölçeği, Hasta Sağlık Anketi, Zung Depresyon Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği vb) çalışmalara yer verilecek, ayrıca sağlık çalışanları dışında farklı çalışma gruplarında yapılan ve CES-D’nin kullanıldığı çalışmalardan da bahsedilecektir.

Çalışmamızda katılan kadın sağlık çalışanlarının Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) puan ortalaması 20,05 olarak bulunmuştur. Katılımcıların aldığı CES-D toplam puanları, ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında belirtilen kesme noktalarına göre sınıflandırıldığında; katılımcıların %61,8’inin, yani neredeyse her üç katılımcıdan ikisinin, depresyonda olduğu saptanmıştır ve bu bulgumuz kadın sağlık çalışanları ruh sağlığı ve esenliği açısından oldukça tedirgin edici bulunmuştur.

2020 yılında Japonya’da sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada, katılımcıların CES-D ortanca skoru 12 olarak bulunmuş ve çalışanların %27,9’unun depresyonda olduğu saptanmıştır (340). İran’da sağlık çalışanlarında yapılan başka bir çalışmada ise, CES-D skor ortalaması 18,64 olarak saptanmış ve katılımcıların anksiyete ve depresyon durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu

bildirilmiştir (341). 2012 yılında yoğun bakım ünitesinde çalışan hekimlerde yapılan araştırmada, CES-D ölçeği ile hekimlerin %23,8'ünün depresyon belirtileri gösterdiği saptanmıştır (342).

Yoğun bakım ünitesi çalışanlarında yapılan ve 1532 katılımcının yer aldığı bir çalışmada CES-D ölçeği kullanılmış, ölçeğin Fransa'da yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmasına göre kesme noktası erkekler için 17 puan, kadınlar içinse 23 puan olarak kabul edilmiş ve hekimlerin %18,8'inde, diğer sağlık çalışanlarının ise %15,6'sında depresyon varlığı tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliğini optimize etmeye yönelik davranışlarını, depresyonda olma durumları da etkileyebilmektedir. Yapılan bu çalışmada da, sağlık çalışanlarında depresif belirtiler arttıkça tıbbi hataların arttığı gözlenmiştir (343).

COVID-19 pandemisinin, bireylerin ruhsal sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olduğu literatürde pek çok çalışmada gösterilmiştir. Örneğin Japonya'da tüm nüfusun ruh sağlığı olumsuz etkilenmiş; ancak sağlık çalışanlarının ruh sağlığı sorunlarının daha da ciddi boyutta olduğu saptanmıştır. Bu süreçte sağlık çalışanlarında, COVID-19 kaynaklı korku ve kaygıya ek olarak ruhsal hastalıkların da önemli ölçüde arttığı bildirilmiştir (344). Japonya'da 4239 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada, CES-D kesme puanı bizim çalışmamızda olduğu gibi ≥ 16 olarak kabul edilmiş ve tüm çalışanlar arasında depresyon sıklığı 2020'de son on yılda ölçülen en yüksek oran ile %31,3 olarak bulunmuştur ve kadın sağlık çalışanı olmanın CES-D puanını 1,22 kat daha fazla artırdığı saptanmıştır (345).

COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanlarının ruh sağlığı üzerine etkilerinin araştırıldığı çok uluslu bir diğer araştırmada ise CES-D ölçeğine göre yapılan değerlendirmede sağlık çalışanlarında depresyon prevalansı %48,0 bulunmuştur ve kadın cinsiyetin depresyon sıklığını anlamlı olarak ilişkili olduğu saptanmıştır (342).

2016 yılında sağlık çalışanlarında psikolojik etmenler ile depresif belirtiler arasındaki ilişkinin araştırıldığı, Çin'de bir üniversiteye bağlı 6 hastanede çalışan

1179 kişi ile yürütülen bir çalışmada ise; CES-D leği ile yapılan değerlendirmede sağlık çalışanları arasında depresif belirtilerin yaygınlığı %48,12 olarak bulunmuştur (346).

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde ise, literatürde sağlık alışanlarında depresyon düzeyinin araştırılmasında CES-D leğinin kullanıldığı bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu nedenle farklı değerlendirme araçlarının kullanıldığı çalışmalar ele alınarak bir değerlendirme yapılacaktır.

İzmir'de bir niversite hastanesinde çalışan 300 hekim ile yürütülen ve hekimlerde iş doyumunun anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, Hastane Anksiyete ve Depresyon leğiyle (HAD) anksiyete ve depresyon düzeyleri değerlendirilmiş ve katılımcı hekimler arasında depresyon sıklığı % 27,4 olarak saptanmıştır (347).

Bursa ili kamu hastanelerindeki acil servis hekimlerinde yürütülen bir çalışmada ise Beck Depresyon leği ile yapılan değerlendirme sonucunda, hekimlerin %47,39'unun minimal, %29,86'sının hafif, %19,91'inin orta ve %2,84'ünün şiddetli düzeyde depresyon belirtileri gösterdiği bulunmuştur (348). Polat ise, katılımcıların çoğunluğunu evli, çocuklu ve kadın hekimlerin oluşturduğu ve 177 katılımcının yer aldığı çalışmasında hekimlerin %70' inde minimal ve hafif depresyon olduğunu tespit etmiştir (349).

Bir niversite hastanesinde çalışanların depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörlerin araştırıldığı ve işyeri hekimliği polikliniğine başvuran çalışanlardan rastgele 337 kişinin katıldığı bir çalışmada ise, Beck Depresyon leği ile yapılan değerlendirme sonucunda depresyon sıklığı %11,30 olarak bulunmuştur (350).

Türkiye'de bir eğitim araştırma hastanesinde görev yapan 178 tıpta uzmanlık ğrencisi hekim ile yürütülen ve Beck Depresyon leği'nin kullanıldığı başka bir çalışmada ise, depresyon sıklığı %49,50 olarak bulunmuştur (351).

Sağlık alışanları dışında, özellikle yaşadığımız toplumda kadınların ruhsal durumlarını toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle etkileyen etmenleri

karşılaştırmalı olarak değerlendirebilmek için, bizim çalışma grubumuzda olduğu gibi çalışma evrenini ve/veya örneklemini sadece kadın katılımcıların oluşturduğu bazı çalışmalardan da bahsetmenin gerekli olduğu düşünülmektedir. 15-49 yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansının saptanması ve depresyon durumları ile psikososyal stres faktörleri ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkinin araştırılması amacıyla yapılan ve 232 kadın katılımcının yer aldığı bir araştırmada, Beck Depresyon Envanteri'nden (BDE) 14 ve üstünde puan alan kadınlarla psikiyatrik görüşme yapılmış, görüşülen bütün kadınların depresif belirtileri Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ile derecelendirilmiştir ve depresyon tanısı psikiyatrik görüşme ile konmuştur. Araştırmaya katılan kadınların %51,3'ü BDE'den 14 ve üzeri puan almış ve daha sonra yapılan psikiyatrik görüşmeler sonucunda da katılımcılar arasında depresyon prevalansının %25,8 olduğu saptanmıştır (352). Manisa'da 15-49 yaşları arasındaki evli kadınlarda depresif belirti yaygınlığının saptanması amacıyla yapılan başka bir araştırmada da, kadınlar arasında depresif belirti yaygınlığı (BDE≥17) %14,7 olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda kadın sağlık çalışanlarında depresyon sıklığı CES-D ölçeği ile %61,8 olarak bulunmuştur ve bu sonuç literatürdeki pek çok çalışmaya göre oldukça yüksektir. Ancak burada üzerinde durulması gereken üç önemli nokta vardır. Birincisi; araştırmalarda kullanılan yöntemler, değerlendirme araçları ve evren/örneklem özellikleridir. Çalışmamız sadece kadın sağlık çalışanlarında yapılmıştır ve kadınlarda depresyon sıklığının erkeklere göre daha fazla olduğu, yine sağlık çalışanlarında depresyonun genel popülasyona göre daha sık görüldüğü birçok araştırmada gösterilmiştir. Dolayısıyla çalışma gruplarının farklılığı, kullanılan değerlendirme araçlarının farklı olması ve hatta aynı ölçekler kullanılsa bile ölçek kesme noktalarının farklı alınması, çalışmalar arasında farklı sonuçlar olmasını açıklayabilir. İkinci dikkat edilmesi gereken nokta; çalışmanın yapıldığı zaman dilimidir. Çalışma Kasım 2021-Mayıs 2022 tarihleri arasında, yani COVID-19 pandemisinin hem dünyada hem de Türkiye'de hala dalgalanmalarla seyrettiği bir dönemde yapılmıştır. COVID-19 pandemisi

süresince sağlık çalışanlarının oldukça yoğun stres ve iş yükü ile karşılaştıkları bilinmektedir. Dolayısıyla COVID-19 pandemisi sırasında sağlık çalışanlarında ruhsal hastalıkların ve özellikle de depresyonun görülme sıklığı daha da artmış olabilir, ki yukarıda bahsedildiği üzere COVID-19 pandemisi sürecinde yapılan bazı çalışmalarda da olduğu gibi bizim çalışmamızda da yüksek bulduğumuz depresyon sıklığı bu savımızı desteklemektedir. Üçüncü ve belki de en önemli nokta ise, çalışmalarda kullanılan değerlendirme yöntemlerinin çoğunun depresyon tanısını kesin olarak koymamasıdır. Öyle ki, bu değerlendirme araçları çoğunlukla depresif belirti sıklığını ölçmekte olup, kesin depresyon tanısının klinik görüşmeler ile konulması gerekmektedir. CES-D bir depresyon tarama ölçeğidir ve çalışmamızda da bu amaçla kullanılmıştır.

Depresyon gibi afektif bozukluklar, kadınlarda erkeklere göre neredeyse iki kat daha fazla görülmektedir (7,353–355). Kadınların bu savunmasızlığı yaşa göre değişmekte olup; ergenliğin ortasından önce erkeklerin depresyona girme olasılığı kızlardan daha fazla iken, 15 ila 19 yaş arasında ise kızlarda depresyon prevalansı iki katına çıkmakta, bu eğilim 50'li yaşlara kadar devam etmekte ve menopoz dönemine girilen ileri yaşlarla birlikte azalmaktadır. Bazı hormonal ve fizyolojik mekanizmaların bu depresyon-yaş ilişkisi eğilimde etkili olabileceği düşünülmektedir (353,356). Kadınların hormon düzeylerinin erkeklere göre daha geniş bir aralıkta döngüsel olarak dalgalanmasının, ruh hali ve davranışın modülasyonunda yer aldığı bilinen bazı beyin bölgelerini (örneğin, prefrontal korteks, hipokampus) etkilediği bilinmektedir (357). Döngüsel dalgalanmalar nedeniyle tekrarlayan östrojen yoksunluğu, östrojenlerin stres sırasında salınan glukokortikoidlerin etkilerini nötralize etme yeteneğini azaltarak kadınları strese karşı daha savunmasız hale getirir ve dolayısıyla depresyon riskini de artırır (358). Genel nüfusu temsil eden, 14 yaş ve üzeri 2500 katılımcıdan oluşan rastgele bir örnekleme yapılan, yaş ortalamasının 49,9 yıl olduğu ve katılımcıların %54,6'sını kadınların oluşturduğu bir çalışmada, kadınlarda 14-19 yaş grubunda, depresif bozukluk görülme sıklığı daha yüksek bulunmuştur (359). Katsuta'nın sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmasında da, 20'li yaş grubundaki

sağlık çalışanlarında depresyonun sıklığı daha yüksek bulunmuştur (345). Genel popülasyonda depresyon sıklığı üzerine yakın zamanda yapılan yakın tarihli bir sistematik inceleme ise, genç yaş grubunda (≤ 40 yaş) yaşlı gruba (≥ 40 yaş) kıyasla daha yüksek depresif semptom prevalansı bildirmiştir (360). Bizim çalışmamızda da literatürdeki bu verileri destekleyen bulgular saptanmış olup, 18-29 yaş grubundaki katılımcıların CES-D puan ortalaması; 30-39 yaş grubundaki ve 40 yaş ve üzeri gruptaki katılımcıların CES-D puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda evli katılımcıların CES-D puan ortalaması; bekar ve boşanmış/ eşinden ayrı yaşayan/eşi ölmüş katılımcıların CES-D puan ortalamalarından anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Bu değişkenler açısından literatürde farklı sonuçları olan çalışmalar yer almaktadır. Bazı çalışmalarda kadınlar için evli olmanın, bekarlara nazaran duygudurum bozukluğu görülme riskini 2.8 kat artırdığı bulunmuştur ve bu sonuç evliliğin kadınlar için bir stres faktörü olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Ayrıca mutsuz evliliklerde kadınlar erkeklerden üç kat daha fazla depresif belirti gösterdiği saptanmıştır. BDE kullanılarak 60 evli çift üzerinde yapılan bir çalışmada, kadınların depresyon puan ortalamaları erkeklerden daha yüksek saptanmıştır (361,362). Kayahan'ın çalışmasında ise evli olan ve evli olmayan kadınlarda depresyon durumu açısından anlamlı bir fark saptanmamış, ancak son bir yıl içinde evlilik sorunu yaşayan kadınların depresyon puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (352). Literatürde, evli olan bireylerin psikolojik iyilik halinin; hiç evlenmemiş, boşanmış, dul veya ayrılmış bireylere göre daha yüksek düzeyde olduğunu bildiren çalışmalar da vardır. Ayrıca bazı çalışmalar da, evliliğin, kadınlarda depresyondaki düşüşle, erkeklerde de alkol kötüye kullanımındaki düşüşle ilişkili olduğunu bulmuştur (363–365). Ancak evliliğin kimlere ve hangi koşullar altında ruh sağlığına yararı olduğunu araştıran az çalışma vardır ve burada bazı sosyodemografik faktörlerin (örneğin; yaş) rol oynadığı bildirilmiştir. Sosyodemografik faktörlerin yanı sıra evlilik kalitesi de evlilik ve ruh sağlığı arasındaki ilişkinin önemli bir belirleyicisidir. Williams düşük evlilik kalitesi bildiren

evli bireylerin, evli olmayan akranlarına göre daha yüksek düzeyde ruhsal sıkıntı bildirdiklerini saptamıştır (363). Bizim çalışmamızda evli katılımcıların CES-D puan ortalaması bekarlara ve boşanmış/eşinden ayrı yaşayan/eşi ölmüş katılımcılara göre daha düşük bulunmuştur ve literatürde evliliğin psikolojik iyilik halini artırdığını belirten çalışmaları desteklemektedir. Ancak çalışmamızda evli katılımcılara evlilik kalitesi ve evlilik uyumu ile ilgili herhangi bir soru yöneltilmediği için, bu değişkenin depresyon durumu ile olan ilişkisini sadece evli olmak ya da evli olmamak üzerinden değerlendirmenin doğru olmayacağı, evlilik kalitesinin ruh sağlığı üzerindeki etkisinin de dikkate alınması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda yalnız yaşayanlarda, hanesindeki kişi sayısı az olanlarda ve çocuğu olmayan katılımcılarda CES-D puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdaki bu bulgularla ilgili olarak da literatür de pek çok farklı sonuç yayınlayan çalışma yer almaktadır. Örneğin yapılan bir çalışmada, gelişmiş ülkelerde üç ve daha fazla çocuğa sahip olmanın özellikle emekçi sınıfındaki kadınlarda depresyon riskini artırdığı bildirilmiştir (366). 15-49 yaş evli kadınlarda yapılan bir araştırmada ise kadının çocuk sahibi olması ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (367). Ankara'nın bir ilçesinde yaşayan 15 yaş ve üzeri kişilerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin sıklığı ile ilişkili risk etmenlerinin araştırıldığı bir çalışmada ise, aile tipi ve hanedeki kişi sayısı depresyon ile ilişkili bulunmamıştır (368). Çalışmamızda saptadığımız bu bulgular, yani yalnız yaşamanın, hanede az kişi ile yaşamanın ve çocuk sahibi olmamanın depresyon durumu üzerindeki etkisi, sosyal destek eksikliği ve yalnızlık hissinin depresyon gelişindeki rolü ile açıklanabilir. Öyle ki, yine çalışmamızda aile ve sosyal çevresinden yeterli sosyal desteği almadığını düşünenlerde CES-D puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bireylerin yalnızlık ve sosyal destek durumu psikosoyal iyilik halini ve dolayısıyla da depresyonda olma durumlarını yakından etkilemektedir. Yalnızlık sosyal ilişkilerin nicelik ve nitelik açısından bozulması olarak tanımlanır (369). Sosyal destek ise, kişinin stresli yaşam olayları ile baş etmesine yardımcı olan ve yokluğu depresyon ile ilişkili olan oldukça önemli bir etmendir (370). Arslantaş'ın ileri yaştaki

bireylerde yaptığı bir çalışmada, evli olmayan ve çocuğu olmayan katılımcıların kendilerini daha yalnız hissettiği ve depresif belirti görülme durumunun evli olmayanlarda 2,59 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (371).

Çalışmamızda öğrenim düzeyi daha düşük olan (önlisans ve altı) katılımcıların CES-D puan ortalaması, öğrenim düzeyi yüksek (lisans ve üzeri) olan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu nokta da eğitimin depresyon üzerindeki direkt etkisine değinmeden önce, eğitimin bir bireyin sağlığını genel olarak nasıl etkilediğini değerlendirmek gerekmektedir. Sağlığın en önemli sosyal belirleyicilerinden biri olan eğitimin kendisi bir kaynaktır ve eğitim yoluyla kazanılan insan sermayesi, insanların başka kaynaklar üretmesine de yardımcı olmaktadır. Hatta eğitim, diğer ekonomik kaynakların ötesine de geçer, öyle ki bireylerin karşılaştıkları yaşam olaylarını etkili bir şekilde karşılama, bazen kabullenme ve sorunlarla baş etme yeteneğini, insan sermayesi olarak adlandırılan gerçek beceri ve yetenekleri yaratarak kazandırır (372,373). Eğitim birçok düzeyde yetkinliği geliştirmekte; insanlara hayatlarını şekillendirme ve kontrol etme yeteneği ve motivasyonu vermektedir (254). Eğitim düzeyinin yüksek olması, kişisel kontrol duygusunu artırır; kişinin çevreye ve hayatına hakim olabileceği, kontrol edebileceği veya isterse bir şekilde değiştirebileceği inancı katar (254,374,375). Buna karşılık, düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde, güçsüzlük, kadercilik ve çaresizlik duygusu daha fazla hakimdir. Eğitim, öğrenilen etkinliği artırırken; eğitimsizlik ise öğrenilmiş çaresizliğe yol açmaktadır (376). Kendi hayatlarını kontrol altında hisseden insanlar, hayatlarını ve sağlıklarını iyileştirecek bilgileri de daha fazla ararlar ve bu şekilde örneğin; düzenli fiziksel egzersiz yapmak ve sigara kullanmamak gibi sağlıklı bir yaşam tarzı benimseyebilirler (377,378). Ayrıca eğitim yoluyla kazanılan bilgi ve beceriler, bireylerin bilişsel işleyişini etkileyerek onların sağlık okuryazarlığını da artırır ve bu şekilde bireyler ihtiyaçları olan sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda daha bilinçli davranır (379,380). Tüm bu bilgiler ışığında düşük eğitim düzeyinin depresyon gelişimi üzerindeki rolü daha iyi anlaşılabilir. Pakistan'da kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada, sosyal eşitsizliklerin ve düşük eğitim

düzeşinin depresyon ile çok güçlü bir ilişkisi olduğu saptanmış ve hatta kentsel alanlarda yaşayan kadınlarda eğitim düzeyi düşüklüğünün depresyon gelişiminde yoksulluktan bile daha belirleyici olduğu vurgulanmıştır (381). Bazı çalışmalarda, kadınlarda depresyon yaygınlığının erkeklere göre daha yüksek olması biyolojik farklılıklardan çok eğitim eşitsizliği ve toplumsal eşitsizlikler bağlamında açıklanmıştır (382).

Çalışmamızda kadın sağlık çalışanlarının depresyon durumu bazı sosyoekonomik değişkenlerle de ilişkili bulunmuştur. Aylık toplam hane geliri “yoksulluk sınırının altında” olanlarda, geliri giderini karşılamayanlarda, aylık toplam hane geliri ile hiç tasarruf yapamayanlarda, yaşadığı konut kendine ait olmayıp “kira ve diğerleri” olanlarda ve kendine ait aracı olmayanlarda CES-D puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda da, depresyonun yaşadığı konut kendine ait olmayanlarda, yaşadığı konut kendine ait olanlara göre 1,5 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Konut sahipliği ve hatta yaşanan konut özellikleri önemli sosyoekonomik belirleyicilerdendir (383). Türkiye’de enflasyonun etkisiyle özellikle son yıllarda kira fiyatlarındaki artış oranlarının giderek yükselmesi, bireylerin gelir-gider dengesini zorlayarak sosyoekonomik statülerinde bazı kayıplara yol açmış olabilir. Literatürde yer alan birçok çalışmada da, düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerde depresyon sıklığı orta ve üst sosyoekonomik düzeye sahip bireylere göre çok daha yüksek bulunmuştur (384,385). Sosyal sınıf ve ruhsal hastalıklar arasındaki ilişkiyi açıklamak için kullanılan iki teorik yaklaşım vardır; “*sosyal ayıklanma*” ve “*sosyal nedensellik*”. Sosyal ayıklanma, ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasında bireysel ve genetik özelliklere vurgu yaparken, sosyal nedensellik yoksulluk ve düşük sosyoekonomik düzey belirleyicilerinin ruh hastalıklarının nedeni olabileceğini işaret eder (384). Sosyal ayıklanma teorisine örnek olarak, erkelerde görülen şizofreni ve psikotik bozukluklar gösterilirken, sosyal nedensellik teorisine yineleyici depresyon tanısı alan kadınlar örnek gösterilmektedir (386). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda

da bizim çalışma sonucumuzla benzer bulgulara rastlanmış, gelir düzeyi ve öğrenim düzeyi düşük olan kadınlarda depresyonun daha sık olduğu bildirilmiştir (352,367,387) Literatürde, depresyonun yüksek sosyoekonomik sınıftaki insanların hastalığı olduğunu öne süren çalışmalar da vardır (388). Örneğin Bagley'e göre de mesleki statü yükseldikçe depresyon sıklığı artmaktadır ve bu sosyal sınıf atlama sırasında yaşanan stres ile açıklanmıştır (389). Ayrıca, depresyon ve sosyoekonomik belirleyiciler arasında bir ilişki olmadığını savunan çalışmalar da mevcuttur (390).

Sağlık sektörü farklı meslek gruplarından çalışanların bulunduğu ve sağlık hizmetinin farklı boyutlarının sunulduğu bir hizmet alanıdır. Sağlık iş kolu, emek yoğun, stresli ve tehlikeli iş alanlarından biri olarak kabul edilmektedir (347). Çalışmamızda bazı iş özellikleri ile depresyon durumu arasında da anlamlı ilişki saptanmıştır. Hekimlerin ve hizmet işlerinde çalışanların (hasta bakıcı, temizlik görevlisi, güvenlik görevlisi) CES-D puan ortalaması; hemşirelerin, yardımcı sağlık profesyonelleri ve diğer profesyonel meslek çalışanlarının ve yönetim ve destek personelinin CES-D puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş, hekimler ve hizmet işlerinde çalışanların CES-D puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu bulgumuzdan yola çıkarak, araştırmadaki çalışma grubunda depresyon varlığı açısından en riskli iki meslek sınıfının hekimler ve hizmet işlerinde çalışanlar olduğunu söylemek mümkündür. Literatürde hekimlerde depresyon sıklığının genel popülasyona göre oldukça sık olduğunu bildiren çalışmalar yer almaktadır (391). Firth-Cozen ve ark. yaptıkları çalışmada, genel popülasyonda %15 olarak saptanan depresyon prevalansının, araştırma görevlisi hekimlerde %38,0'lerde olduğu gözlenmiştir (392). Caplan'ın çalışmasında ise hekimlerde depresyon sıklığı %27,0 olarak saptanmıştır (393). Bir üniversite hastanesindeki araştırma görevlisi hekimlerde yapılan bir çalışmada, depresyon sıklığı %27,4 olarak bulunmuştur (347). Çalışma temposu yüksek ve/veya beceri takdir yetkisi düşük olan mesleklerde ruh sağlığı bozuklukları riskinin daha fazla olduğu bilinmektedir (394). Genel olarak temizlik

işi, düşük ücretli, itibarı daha az, çalışma koşulları üzerinde kontrol eksikliği olan ve terfi beklentilerinden uzak bir iş olarak kabul edilmektedir (395). Bununla birlikte, mevcut çalışmaların çoğu, psikosozal işyeri faktörlerini görmezden gelerek, temizlik mesleğinin ergonomik ve kimyasal tehlikelerine odaklanmaktadır (396,397). Çalışmamızda hizmet işlerinde çalışanların önemli bir kısmını oluşturan temizlik görevlileri ile yapılan bir araştırmada ise, Norveç'te yedi farklı şehirde yedi temizlik kuruluşundan 661 temizlik personeline anket çalışması gerçekleştirilmiş ve çalışanların ruh sağlığını değerlendirmek için Hopkins Semptom Tarama Listesi (HSCL-25) kullanılmıştır. Çalışma sonucunda, çoğunluğunu kadınların oluşturduğu bu araştırma grubunda, ruh sağlığı sorunu sıklığı %17,5 olarak saptanmıştır ve bu sonuç Norveçli kadınlar arasında ruh sağlığı sorunlarının görülme sıklığına göre (%8,4) oldukça yüksek bulunmuştur (398). Literatürde sağlık çalışanları arasında yapılan çalışmalarda, depresyon sıklığının en yüksek olduğu meslek grubunun hemşireler olduğunu bulan araştırmalar da yer almaktadır (340,345). Çalışmamızda da saptadığımız üzere meslek grupları arasında CES-D puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık vardır ancak bu farklılığı sadece mesleğin doğası ile açıklamak yeterli olmayacaktır. Öyle ki, yaptığımız analizlerde meslek sınıfları arasında aynı zamanda gelir düzeyi ve öğrenim düzeyine göre de anlamlı farklılıklar olduğu bulunmuştur ve bu değişkenlerin her biri aynı zamanda depresyon için risk faktörü olan değişkenlerdir. Meslek, aynı zamanda sosyal ağları, iş kaynaklı stresi, otokontrolü ve özerkliği yansıtmakta ve böylece bu psikosozal süreçler yoluyla da ruh sağlığı çıktılarını etkileyebilmektedir (208).

Çalışmada meslekte çalışma yılı 10 yıldan az olanlarda, haftalık çalışma saati 40 saatin üzerinde olanlarda ve gece-gündüz vardiyalı çalışanlarda CES-D puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Meslekte toplam çalışma süresi yaş ile de ilişkili bir değişkendir ve yine çalışmada daha genç yaşlarda CES-D puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla bu iki bulgu birbirini desteklemektedir. Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda,

kadın sağlık alışanlarında hastalık çalışma saatinin depresyon üzerinde yordayıcı bir etkisi olduğu saptanmış ve haftalık çalışma saatinin 40 saatin üzerinde olmasının, depresyonda olma durumunu 1,4 kat artırdığı bulunmuştur. Bir niversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin araştırıldığı bir çalışmada, haftalık ortalama 46-50 saat arasında çalışanların duygusal tükenmişlik puanlarının haftada ortalama 40 saat çalışanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuş ve depresyon ile tükenmişlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır (176). Ameliyathanede alışan sağlık çalışanlarının tükenmişlik, mesleki doyum, depresyon belirti düzeylerinin araştırıldığı bir başka çalışmada ise, yine bizim bulgumuza benzer şekilde haftada 60 saatin üzerinde çalışan katılımcılarda hem duygusal tükenme leği hem de Beck Depresyon Envanteri (BDE) puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (399). Erol'un çalışmasında ise, günde 8 saat üzeri çalışan hekimlerde depersonalizasyon ve depresyon düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmiştir (400). Vardiyalı alışma sistemi ise, sağlık çalışanlarının uyku kalitesini bozmakta ve sağlık alışanlarında depresyon ve anksiyete bozukluklarının görülme riskini artırmaktadır. Kadın sağlık çalışanları bu durumdan ruhsal olarak daha fazla etkilenmekte ve yaşam kaliteleri azalmaktadır (401). Vardiyalı alışma sisteminin; başta uyku bozuklukları ve depresyon olmak üzere somatizasyon, anksiyete ve sosyal işlev bozuklukları gibi birçok ruhsal hastalığı tetiklediği bildirilmiştir (402). Sağlık alışanlarında ruhsal durumu etkileyen faktörler ve vardiyalı çalışma sisteminin etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada bizim bulgularımıza benzer şekilde, vardiyalı çalışan sağlık alışanlarının BDE lek puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve yine bizim de çalışmamızda saptadığımız gibi depresyon durumunun en önemli yordayıcısının 41 saat ve üzeri çalışmak olduğu saptanmıştır (401). Vardiyalı alışma ve uykusuzluğun etkisinin başka bir sektörde incelendiği prospektif bir çalışmada ise, araştırma başlangıcında CES-D ortalama puanı 16'nın altında olan 1332 imalathane çalışanı altı yıl süre ile izlenmiş ve altı yıl sonunda bu çalışanların %26,4'nde depresyon gelişmiştir. Bu çalışmada uykusuzluk şiddeti ve

depresyon ilişkisi araştırılmış ve araştırma sonucunda uykusuzluk şiddeti arttıkça depresyon riskinin de arttığı sonucuna varılmıştır (403). Sağlık çalışanlarının vardiyalı ve uzun saatler çalışmasının ruhsal etkilerinden biri olan depresyon ile olan ilişkisini göstermesi bakımından bu bulgularımızın oldukça dikkate değer olduğu düşünülmektedir. Öyle ki, depresyon gelişimine zemin hazırlayan risk faktörleri arasında, belki de kısa süre içerisinde en değiştirilebilir olanlar çalışma koşullarının yarattığı risk faktörleridir. Sağlık çalışanlarının uzun çalışma saatlerinin azaltılması, çalışma ve dinlenme saatlerinin ulusal ve uluslararası mevzuata uygun şekilde düzenlenmesi ve hayata geçirilmesi bu konuda atılacak en somut adımlardan biri olacaktır.

Çalışmada, mesleğini isteyerek seçmediğini ifade eden kadın sağlık çalışanlarının ve sahip olduğu mesleği tekrar seçmek istemediğini belirten kadın sağlık çalışanlarının CES-D puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Araştırma görevlisi hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada, çalıştığı branşı isteyerek seçenlerde depresyon sıklığı daha az bulunmuş ve depresyonun rastgele branş seçimi yapanlarda istediği çalıştığı branşı isteyerek seçenlere göre 2,98 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (351). Hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada ise bizim bulgumuza benzer şekilde, meslek seçimini isteyerek yapmayanların yapanlara göre BDE puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (176). Meslek seçimi ve CES-D puanları arasında zaman ilişkisinden dolayı kısmen bir neden-sonuç ilişkisi olduğu tahmin edilse de, aynı tahmini tekrar aynı meslek seçimi konusundaki görüş ve depresyon ilişkisi için yapmak doğru olmayacaktır. Çünkü bir ihtimal, katılımcılar sahip oldukları mesleği tekrar seçmek istemedikleri için düşük bir iş doyumu algısına sahip olabilirler. İş doyumunun da ruh sağlığı üzerinde etkisi olduğu bilinmekte olup, iş doyumu düşük olan bireylerde depresyon görülme sıklığının daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (347). Diğer bir ihtimal ise, depresyonda olma durumunun katılımcıların sahip oldukları mesleği tekrar seçmek isteme düşüncelerine olan etkisidir ve

depresyonun yarattığı karamsarlık ve umutsuzluk katılımcının sahip olduğu mesleği tekrar seçmek istemediğini bildirmesine neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların sağlık durumu ile bazı özellikler ve depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde; kronik bir hastalığı olanlarda, daha önce depresyon tanısı almış olan, daha önce depresyon tedavisi almış olan halen depresyon nedeniyle tedavi alıyor olan, birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık tanısı olan, ailesinde bakım gerektiren kronik hastalığı olan ve sağlık algısı iyiden kötü olan katılımcıların CES-D ortalama puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Kronik bedensel hastalıklarla depresyon arasındaki ilişki karmaşıktır ve bedensel hastalıkların bazılarının doğrudan etki ile, bazılarının ise stres etkeni olarak sekonder depresyona yol açtığı belirtilmektedir (404). Patten ve meslektaşlarının Kanada’da yaptığı kapsamlı ve toplum temelli bir çalışmada, kronik tıbbi hastalıkları olan katılımcıların, bu tür hastalıkları olmayanlara göre majör depresyon geliştirme riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna benzer şekilde pek çok araştırmada da kronik hastalık varlığı depresyon ile ilişkili bulunmuştur (405–408). Çalışmamızda daha önce depresyon tanısı ve tedavisi almış katılımcılarda CES-D puanı anlamlı olarak daha yüksek saptanmış ve yapılan lojistik regresyon analizinde de katılımcının daha önce depresyon tanısı almış olmasının depresyonda olma durumunu 2,2 kat artırdığı bulunmuştur. Depresyon kronikleşme ve tekrarlama riski yüksek olan bir ruhsal hastalıktır (409). Yapılan bir çalışmada, uzmanlaşmış kişiler tarafından verilen tedavi sonrası bile majör depresif bozukluğun tekrarlama oranının çok yüksek olduğu (5 yıl sonra %60, 10 yıl sonra %67 ve 15 yıl sonra %85) bildirilmiştir (410). Ayrıca önceki atak sayısı ve kalıntı semptomlar, nüksün en önemli belirleyicileri olarak vurgulanmıştır (411). Kolombiya’da, bir öğrenci örnekleminde depresif semptom düzeylerinin ve ilişkili risk faktörlerinin değerlendirildiği bir araştırmada da, bizim bulgumuza benzer şekilde, daha önce depresyon tanısı almış olmak depresyonla ilişkili bir risk faktörü olarak bulunmuştur (412). Çalışmamızda ailesinde bakım gerektiren kronik bir hastalığı olan bireylerde CES-D puan

ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Özellikle kronik bir hastalığı olan aile üyelerine bakan bireylerde bedensel ve ruhsal hastalıklarla sık karşılaşılmakta, ruhsal hastalıklardan ise en sık depresyon görülmektedir (413). Kemoterapi alan hasta yakınlarının depresyon düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada, araştırmaya katılan hasta yakınlarının depresyon düzeyi orta-ciddi olarak bulunmuş ve bakım süresi arttıkça hasta yakınlarındaki depresyon düzeyinin şiddetinin arttığı bildirilmiştir (414). Araştırmamızda birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık tanısı olan katılımcıların CES-D ortalama puanları, olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş ve yapılan çok değişkenli analizde de katılımcının birinci derece yakınında psikiyatrik hastalık tanısı olmasının depresyonda olma durumunu 1,60 kat artırdığı saptanmıştır. Birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık tanısı olduğunu bildiren katılımcılar tarafından en sık bildirilen hastalık ise depresyon bozuklukları olmuştur. Sullivan ve arkadaşlarının 18-44 yaş arasındaki kadınlarda yaptığı bir çalışmada, daha önce depresyon tanısı alan 54 kadın, depresyon için klinik araştırmaya katılan 41 kadın ve depresyonu olmayan 37 kadının ebeveynlerinde ve kardeşlerinde depresyon varlığı araştırılmış ve bizim çalışmamıza benzer şekilde, depresyon tanısı almış olan kadınların ailelerinde depresyon öyküsünün daha yüksek olduğu bulunmuştur (415). Genetik geçiş, depresyon gelişimi için bir risk faktörü olabilir ve çevresel stres kaynaklarının bu hastalığın başlangıcını hızlandırma olasılığını da artırabilir (416). İkiz çalışmalarına dayanan bazı araştırmalarda, majör depresyonun etiyolojisinin önemli bir kalıtsal bileşene sahip olduğu bildirilmiştir (417). Bir başka çalışmada da, majör depresyon tanısı alan kadınlarda kalıtım derecesinin erkeklere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (418). Ayrıca ebeveyn özellikleri (ilgisiz, aşırı korumacı vb.) ve genetik yatkınlık etkileşime girebilir; örneğin, nörotransmitter işlevini etkileyen hatalı bir gen bireyi çevresel stres faktörlerine karşı daha savunmasız hale getirebilir veya bireyin mizaç özelliklerini etkileyerek kişiler arası ilişkilerinin bozulmasına yol açabilir, tüm bunlar da depresyon gelişimini tetikleyebilir (419). Çalışmamızda ayrıca algılanan sağlık ve depresyon durumu arasında ilişki olduğu bulunmuş ve depresyonda olma

durumunun sağlık algısı “iyiden kötü” olanlarda, iyi olanlara göre 2,24 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Depresyonun algılanan sağlık durumuna etkisinin araştırıldığı ve kalp yetmezliği olan bir hasta grubu üzerinde yapılan bir araştırmada, CES-D ölçeği ile katılımcıların % 85’inde şiddetli depresif belirtiler bulunmuş ve depresif belirtilerin varlığının sağlık algısını anlamlı düzeyde kötüleştirdiği saptanmıştır (420).

Çalışmamızda bazı evlilik özellikleri ile depresyon durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. İlk evlenme yaşı 25 yaşın altı olan, evlilik kararını görücü usulü şeklinde alan ve eşinin öğrenim durumu önlisans ve altı olan kadın sağlık çalışanlarının CES-D puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada ayrıca ilk evlenme yaşı ve evlilik kararının katılımcıların eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu ve düşük öğrenim düzeyine sahip kadın sağlık çalışanlarında 25 yaşın altında evlenme ve görücü usulü evlenme sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır. Özyurt ve arkadaşlarının çalışmasında da bizim çalışmamızda olduğu gibi, eğitim düzeyi düşük olan ve erken yaşta evlenen katılımcıların depresyona daha yatkın oldukları saptanmıştır (367). Pakistan’da yapılan bir çalışmada ise kadınlar arasında çeşitli üreme hakları, aile içi şiddet ve evlilik içi tecavüz ile depresyon arasındaki ilişki araştırılmış, evlilik yaşının 18 yaşın altında olmasının ve anne baba kararı ile görücü usulü şeklinde evlenmenin kadınlarda depresyon riskini artırdığı bulunmuştur (421). Psikiyatri polikliniğine başvuran evli kadınlarla yapılan bir çalışmada ise, erken yaşta evlenen, eğitim düzeyi düşük olan ve sosyal ilişkileri zayıf olan kadınların duygusal olarak örselenmeye karşı daha duyarlı oldukları bulunmuştur (422). Evli kadınlarda evlilik yaşı ve evlenme biçiminin evlilik doyumu ve depresyon düzeyine olan etkisinin incelendiği bir araştırmada da, evlenme biçiminin evlilik yaşı ile ilişkili olduğu görülmüş, anlaşarak evlenenlerin BDE puan ortalaması 9,71 olarak bulunurken, görücü usulü evlenenlerin puan ortalaması 13,14 olarak saptanmıştır ve evlilik biçimi ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (423). Özellikle ebeveynler tarafından alınan görücü usulü evlilik kararının yarattığı çaresizlik

duygusu ve ömür boyu dayatılan bir eşle yaşama hali, kadınları depresyona karşı daha savunmasız hale getirebilmektedir (424). Erken yaşta evlenen kadınların eşleri ile aralarındaki yaş farkı genellikle büyüktür ve bu da eşler arasındaki iletişim boşluğunu ve güç dengesizliğini yoğunlaştırabilir (421). Ayrıca kadının eğitim hayatının devam etmemesi ve erken yaşta sonlanması erken yaşta evlilik kararı almasına yol açabileceği gibi, erken yaşta alınan bir evlilik kararı da kadını evliliğin getirdiği sorumluluklar ve evlilik içindeki cinsiyet rolleri nedeniyle eğitim hayatından uzaklaştırabilir, hatta eğitim sürecinin sonlanmasına neden olabilir. Dolayısıyla, bu değişkenlerin depresyon durumu ile ilişkisi incelenirken, kadının öğrenim düzeyinin doğrudan ve dolaylı etkileri de göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmada çocuk sahibi olma kararını ailede kimin verdiği sorulduğu soruya “eşim/aile büyükleri/ aile büyükleri ve eşim/hep beraber” yanıtını veren katılımcıların CES-D puan ortalaması “ben” ve “ben ve eşim” yanıtını veren katılımcıların CES-D puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Başka bir ifadeyle kadının çocuk sahibi olma yani üreme hakkı ve sağlığı konusunda özgürlüğünün kısıtlandığı ve kendisi dışındaki aile büyüklerinin daha fazla söz sahibi olduğu durumlar kadınlar için depresyon varlığı ile ilişkili bulunmuştur. Cinsel haklar ve üreme hakları, temel insan haklarından ve bu haklar sadece kadına özel tanımlanan bir hak olmamakla birlikte, kadının toplumdaki sosyal statüsü ve toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri bu haklar konusunda kadınların özel olarak ele alınmasını gerektirmektedir (425). Üreme hakları "*bütün çiftlerin ve bireylerin, çocuklarının sayısına, aralığına ve zamanlamasına özgürce ve sorumlu bir şekilde karar verme, bunu yapacak bilgi ve araçlara sahip olma ve en yüksek cinsel sağlık ve üreme sağlığı standardına ulaşma hakkı*" olarak tanımlanmaktadır ve ayrımcılık, zorlama ve şiddet olmaksızın cinsiyet ve üreme ile ilgili karar verme hakkı da bu tanım içinde yer almaktadır. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ise, kadınları üreme haklarından mahrum bırakan önemli bir etmendir (421). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, kadınların sağlıklı bir cinsel yaşama sahip olmalarına da engel olmakta ve kadınlarda ruhsal hastalık görülme riskini artırmaktadır (426,427). Kadının aile planlaması hakkında karar verme özerkliği

ile depresyon arasındaki ilişki geçmişte çok araştırılmamış olmasına rağmen, istenmeyen bir gebelik stresinin kadınlarda ciddi ruh sağlığı sorunlarına neden olabileceği düşünülmektedir (428). Türkiye cinsel haklar ve üreme hakları konusunda uluslararası birçok bildirgeye imza atmış bir ülke olmakla birlikte; çocuk gelinler, kadının rızası dışında evlendirilmesi, cinsel şiddet, kadının bedeni ile ilgili kararlara katılımı gibi konularda yasal düzenlemelere rağmen halen bazı hak ihlalleri yaşanabildiği bir ülkedir (425). Çalışmamızda saptadığımız kadınların kendi üreme hakları konusundaki kontrol duygusunun depresyonla ilişkili olabileceği bulgusu, özellikle ülkemiz gibi, kadınların üreme hakları ve cinsel ihtiyaçları konusunda konuşmasının zor olduğu, bazen yargılandığı/damgalandığı ve halen birçok ailede geleneksel bakış açısının hakim olduğu bir ülkede daha da önem taşımaktadır.

Toplum “kurum” olarak adlandırılan alt sistemlerin oluşturduğu bir sistemdir ve toplumu oluşturan parçalar sürekli birbirleri ile etkileşim halinde iken aynı zamanda diğer parçaları da işlevleri bakımından etkilerler. Aile ise, toplumsal alt sistemlerden ve toplumsal bütünü oluşturan parçalardan biri olarak ifade edilebilir. Statüler ve roller ağı ile oluşmuş aile sistemi, ailedeki tüm bireyleri etkiler. Dolayısıyla bir ailede ele alınan her aile üyesinin, aileyi oluşturan bireylerin kendi aralarında ve bütün yapıyla olan ilişkisi içinde ele alınması gerekmektedir (429). Çalışmamızda ebeveynlerinin öğrenim düzeyi lise ve altında olanlarda, CES-D puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Park ve arkadaşlarının, ebeveynlerin eğitiminin erken yetişkinlikte depresyon gelişimi riskini nasıl etkilediği konusunda yaptıkları çalışmada ise, özellikle anne eğitiminin düşük olmasının çocuklarında depresyon gelişim riskini 2,15 kat artırdığı bulunmuştur (430,431) Anne baba öğrenim düzeyi ailenin sosyoekonomik statüsünün önemli bir belirleyicisidir ve erken yaşlardaki düşük sosyoekonomik düzeyin yetişkinlikte depresyon riskini artırdığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (432–435). Anne eğitimi, çocuğun fiziksel ve psikolojik sağlığının en güçlü belirleyicilerinden biridir (436). Anneler genel olarak çocuk yetiştirmede daha

büyük bir rol oynadıkları için, çocukların annelerinin ebeveynlik becerilerini ve sorunlarla baş etme becerilerini gözlemleyerek kazandıkları sosyal öğrenme, yetişkinlikte depresyon gelişimine zemin hazırlayan risk etmenlerini etkilemesi bakımından önemli olabilir. Bununla birlikte, baba eğitimi, eğitim ve gelir düzeyi başta olmak üzere elde edilen bazı statülerde daha etkilidir ve doğrudan etkileri ileri yaşlarda daha belirgin hale gelmektedir (431). Literatürde, her iki ebeveynin de eğitim düzeylerinin ve meslek statülerinin yüksek olmasının, çocuklarında depresyon gelişme riskini azalttığını bildiren çalışmalar vardır (432,433,437,438). Erken yaşam koşullarının yetişkin sağlığını ve depresyon gelişimini nasıl etkilediği iki modelle örneklendirilmektedir; “*gecikme modelinde*”, erken yaşam dönemindeki düşük sosyoekonomik düzey, yetişkin dönemdeki koşullardan bağımsız olarak, kritik ve hassas gelişim dönemlerinde maruz kalma yoluyla yetişkinlikte depresyon gelişimini doğrudan etkilerken, “*risk zincirleri*” modelinde, erken yaşam dönemindeki düşük sosyoekonomik düzey ara risk faktörleri veya yollarla dolaylı olarak depresyon oluşumunu etkiler (439).

Çalışmamızda da katılımcıların büyüdüğü ailelere ait bazı özellikler de depresyon durumu ile ilişkili bulunmuştur. Ailesinde otoriter ebeveyn özellikleri olanlarda ve ilgisiz ebeveyn özellikleri olanlarda CES-D puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan lojistik regresyon analizinde ise, ailesinde ilgisiz ebeveyn özellikleri olanların depresyonda olma durumunun 1,9 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Ebeveyn-çocuk ilişkisi özelliklerinin yetişkinlikte depresyon gelişimi açısından risk faktörü olduğu uzun zaman önce öne sürülmüştür (440). Bir ebeveynin rolleri farklı şekillerde tanımlanabilse de, bir çocuğun yetişkinlikte sosyal yetkinliğe ulaşması için, ebeveynin hem ulaşılabilir hem de duyarlı olduğu, aynı zamanda çocuğun bu ebeveyn tabanından aşamalı olarak uzaklaşmasına izin veren ve onu teşvik etme kapasitesine sahip olan ve güvenli bir sevgi temelini sağlayan ebeveyn özellikleri vurgulamıştır (441). Ebeveyn tarzı ölçütlerinin çoğunda “aşırı koruma” ve “ebeveyn ilgisizliği” boyutları yer almakta ve bu iki rolün de depresyon ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu kabul edilmektedir (442). Parker

ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada, çalışma bulgularımıza benzer şekilde, her iki ebeveyninden de az ilgi gördüğünü bildiren, ayrıca kadın cinsiyette olan, boşanmış veya ayrılmış olan ve daha genç olan katılımcılarda yaşam boyu majör depresif bozukluk epizodu geçirme olasılığı önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca düşük ebeveyn bakımının genel olarak psikopatolojik olaylar için bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (443). Ancak çalışma bulgularımızı yorumlarken, burada karıştırıcı bir faktör olarak depresyonda olma durumunun aile özelliklerine ilişkin algıyı da etkileyebileceği ve depresyonda olan bir kişinin var olan kızgınlık, üzüntü ya da pişmanlık duyguları nedeniyle bu soruların yanıtlarını duygusal bir kararla vermiş olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmada ayrıca çocukluk döneminde aile içi şiddete maruz kalanlarda ve çocukluk döneminde ebeveyn ölümü/ayrılığı yaşayanlarda da CES-D puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır. Stresli yaşam olayları ile depresyon arasında oldukça önemli bir ilişkinin olduğu bilinmektedir ve stresli yaşam olayları depresyonun hem doğrudan nedeni olabilmekte hem de ortaya çıkmasında kolaylaştırıcı bir faktör olarak yer alabilmektedir. Özellikle yakın kaybı, ayrılık, boşanma fiziksel, cinsel ve duygusal şiddet gibi stresli yaşam olayları depresyon gelişimi için zemin hazırlayabilmektedir. Her ne kadar bu zorlu yaşam olayları bireylerin sorunlarla baş etme mekanizmalarının güçlenmesine katkı sağlasa da, baş etme mekanizmalarının üzerine çıkan ve/veya aşırı travmatik yaşam olayları ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (444). Takeuchi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, majör depresif bozukluğu olan 187 hasta ile klinik görüşmeler yapılmış ve çocukluk döneminde ebeveyn kaybı olanların CES-D puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (445). Depresyon tanısı olan yetişkinlerle yapılan bazı çalışmalar çocukluk döneminde şahit olunan veya maruz kalınan aile içi şiddetin de depresyon ile ilişkili olduğunu bildirmektedir (446). Stresli yaşam olayları ve depresyon ilişkisi konusunda, bu stresli yaşam olayların tek başına oluşturduğu etkiden çok diğer etmenler ile birlikte olan etkisinin depresyon gelişiminde rol oynadığı vurgulandığı çalışmalar

da mevcuttur. Öyle ki, stresli yaşam olayları bireye özgüdür ve bireyin olaya yüklediği anlam, baş etme mekanizması ve çevresinden aldığı sosyal destek, bu stresli yaşam olaylarının depresyon gelişimdeki rolüne tüm bu etmenler de katkı sağlamakta veya koruyucu özellik göstermektedir (447).

Toplumsal Cinsiyet ve Depresyon İlişkisi

Çalışmamızda kadın sağlık çalışanlarının Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) puanları ile Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) puanları arasında; negatif yönlü ve zayıf düzeyde olan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yani, TCAÖ puanına göre toplumsal cinsiyet algısı eşitlikçi tutumdan uzaklaştıkça depresyon puanının arttığı izlenmiştir.

Çalışmamızın başlangıcında, toplumsal cinsiyet algısının eşitlikçi yönde olmasının depresyon belirtilerini olumlu yönde etkilediği, toplumsal cinsiyet algısının eşitlikçi yönde olmamasının ise depresyon belirtilerini olumsuz yönde etkilediği hipotezi kurulmuş ve bu hipotezimiz doğrulanmıştır.

Çalışmada depresyon düzeyi ve toplumsal cinsiyet algısı arasında da anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur. Öyle ki, depresyonda olmayan katılımcıların TCAÖ puan ortalamasının orta düzeyde ve ciddi düzeyde depresyonu olan katılımcıların TCAÖ puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu; orta düzeyde depresyonu olan katılımcıların TCAÖ puan ortalamasının ise, hafif düzeyde ve ciddi düzeyde depresyonu olan katılımcıların TCAÖ puan ortalamalarından anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır.

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde, toplumsal cinsiyet algısı ve depresyon ilişkisini araştıran oldukça az çalışma olduğu görülmüş ve bu araştırmalarda kullanılan ölçüm yöntemleri arasında, bizim çalışmamızda birlikte kullandığımız Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) ile Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği'ne (CES-D) rastlanmamıştır. Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) Türkiye'de geliştirilen bir ölçek olup, toplumsal

cinsiyet ve depresyon ilişkisinin araştırıldığı yurtdışı kaynaklı çalışmalar arasında da kullanıldığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Yurtdışında yapılan çalışmalarda ve ülkemizde yapılan çalışmalarda toplumsal cinsiyet ve depresyon ile ilgili farklı değerlendirme araçları kullanıldığı için, tartışmanın bu bölümünde doğrudan bir karşılaştırma yapılmayacak, genel olarak araştırmalarda incelenen toplumsal cinsiyet ve depresyon ilişkisi üzerinden bir değerlendirme yapılacaktır.

Cinsiyet ve psikopatoloji ilişkisi uzun süredir birçok bilim insanı tarafından araştırılmış ve pek çok çalışma başta depresyon olmak üzere, kadınların birçok ruhsal hastalığı yaşamaya daha yatkın olduğunu göstermiştir (16,353,448). Ancak bazı çalışmalar bu yatkınlığı kadın ve erkekler arasındaki biyolojik ve hormonal farklılıklar ile açıklarken (449,450), toplumsal cinsiyet rollerinin depresyon üzerindeki etkisine vurgu yapan birçok çalışma da vardır (450–452). Depresyondaki cinsiyet farklılığını açıklamak amacıyla yapılan çalışmalarda güçsüzlük ile depresyon ilişkisine de vurgu yapılmaktadır. Logan ve Kaschak'a göre, kadınlar toplumsal hayatta cinsiyet rolleri nedeniyle bağımsız hareket etme özgürlüğüne ve gücüne sahip olamadıkları için bir öğrenilmiş çaresizlik durumuna düşerler (453). Aslında günümüzde toplumların kadınlardan beklentisi çok fazla ve çelişkilerle doludur. Öyle ki, kadınlardan hem anaç, hem iddialı, hem rekabetçi, hem itaatkar olması beklenmekte, güçlü olması istenirken bir taraftan da geleneksel zayıf ve incinebilir kadın rollerini bırakmamaları istenmektedir. Dolayısıyla kadınlardan bir taraftan geleneksel kadın rollerine uyması bir taraftan da tam tersi modern özellikler göstermesinin beklenmesi, kadınlarda bir baskı ve stres unsuru yaratarak depresyon gelişimine zemin hazırlayabilir. Tang ve arkadaşları toplumsal cinsiyet rolleri ve ruh sağlığı ilişkisini bir “kaybet-kaybet” modeli ile açıklamaktadır. Bu modele göre, kadınların toplumsal cinsiyet rollerine uymaması ve başkaldırması olumsuz sosyal ilişkilere ve psikolojik sorunlara yol açarken, bu rollere uyması da başka olumsuz ruh sağlığı sorunlarına yol açmaktadır (454). Foster ve arkadaşlarının sunduğu “Sistemi Meşrulaştırma Kuramı” na (System Justification Theory) göre ise, kadınlar toplumsal cinsiyet

rolleri konusunda yapılan baskıyı kabullendikçe ve geleneksel cinsiyet rollerine uydukça kendilerine yapılan ayrımcılığın daha az olduğunu düşünmektedirler (455).

Türkiye’de farklı iki sosyoekonomik statüden kadınların, toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutum ve davranışlarının incelendiği bir çalışmada, en az üniversite mezunu olan, iş yaşantısında çeşitli unvanlara sahip orta-üst sosyokültürel yapıdan 26 kadın ve en fazla lise mezunu olan alt sosyokültürel yapıdan 26 kadın ile yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler sonucunda, bu iki ayrı kadın grubunda farklılıklar bulunmakla beraber, esas olarak geleneksel temel rollerin aynı kaldığı görülmüştür. Bu temel roller, geleneksel cinsiyet normlarına dayanan kadınlık ve erkeklik tanımları ve buna dayanan işbölümü olmuştur. İki farklı sosyoekonomik düzeydeki kadınlar arasında saptanan farklılıklar ise, özellikle eğitilmiş grupta görülen “aslında bu şekilde devam etmesine neden biziz, biz alıştıırıyoruz” ve “aslında istesem eşim her şeyi yapar” şeklinde özetlenen sahte bilinç olmuştur. Bu durum bilinç olarak tanımlanmıştır, çünkü kadınlar aslında her şeyin farkında olduklarını belirtmişlerdir. Sahte bilinç olarak tanımlanmasının nedeni ise, aslında isterlerse her an mevcut durumu değiştirebileceklerine dair olan inançlarıdır. Ayrıca bu çalışmaya göre, her iki gruptaki kadınların eşleri tarafından kendilerine biçilen rollere genel olarak uyum gösterdiği, fakat uyum göstermekte zorlandıklarında ya da gösteremediklerinde kendilerini yetersiz ve değersiz hissettiği gözlenmiştir (456).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, üniversite öğrencisi kadınlarda toplumsal cinsiyet ideolojisi ile depresyon ilişkisi araştırılmış ve çalışmada ölçüm aracı olarak Kadına Yönelik Tutumlar Ölçeği (KYTÖ), Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığına İlişkin Geçmiş Deneyimler (TCAİGD) ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılmıştır. Katılımcılara ayrıca dini inançları ve politik görüşleri ile ilgili sorular da yöneltilmiştir. Kadına Yönelik Tutumlar Ölçeği’nden (KYTÖ) yüksek puanlar feminizm yanlısı, eşitlikçi ve liberal görüşleri, düşük puanlar ise geleneksel, ataerkil ve muhafazakar tutumları temsil etmektedir.

Araştırma sonucunda, bizim çalışmamızın sonucuna benzer şekilde depresif belirtilerin kadına yönelik tutumlar ölçeği ile ters yönde bir ilişki içinde olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada, toplumsal cinsiyet rollerine dair muhafazakâr ve eşitlikçi olmayan ideolojileri olan kadınların daha fazla depresif yakınma yaşadığı gösterilmiştir (457).

Yine ülkemizde yapılan bir başka çalışmada, kadın ruh sağlığı ve toplumsal cinsiyet ilişkisi incelenmiş, 18- 60 yaş arasında, çocuğu olan, en az ilkokul mezunu olan ve ruh sağlığı uzmanına herhangi bir yakınması nedeniyle başvurmuş olan 145 kadın ile anket çalışması yapılmıştır. Araştırmacılar tarafından geliştirilen soru ve önermelerde, kadınlara yüklenen toplumsal cinsiyet rollerinin kadın ruh sağlığının bozulmasındaki etkisini ölçmek için; çoklu roller, ev kadınlığı, çalışma yaşamı, annelik, güzel ve estetik olma zorunluluğu ve şiddet konularına odaklanılmıştır. Araştırma sonucunda kadına yüklenen çoklu roller, ev kadınlığı, çalışan kadın, annelik, güzel ve estetik olma zorunluluğu ve şiddet görmenin kadın ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkisi olduğu saptanmıştır (458).

Yapılan bir çalışmada, evli ve üst düzey kadın çalışanların ruh sağlığı sorunlarının; anne, meslek ve eş rollerindeki artış ve bu roller arasındaki çatışmayla ilişkili olduğu saptanmıştır (459).

Toplumsal cinsiyet rolleri sağlık alanında çalışan kişileri hatta ruh sağlığı profesyonellerini dahi etkileyebilmektedir. Yapılan bir çalışmada, ruh sağlığı profesyonellerinden; sağlıklı bir yetişkini, sağlıklı bir kadını ve sağlıklı bir erkeği tanımlamaları istenmiştir ve çalışma sonucunda sağlıklı bir yetişkin ile sağlıklı bir erkeğin tanımlamalarının katılımcılar arasında çok benzer olduğu görülmüştür. Sağlıklı bir erkeğe yönelik sıfatlar genellikle; bağımsız atılgan şeklinde ifade edilmiştir. Sağlıklı bir kadına yönelik tanımlamalar ise; boyun eğici, bağımlı, duygusal şeklinde olmuştur (460).

Ataerkil ilişkiler ve geleneksel cinsiyet rolleri, yaygınlığını ve gücünü gücünü sadece aile içinde değil, aile dışında da oldukça kuvvetli bir şekilde

göstermektedir (461). Bu nedenle geleneksellikten uzak toplumsal cinsiyet rollerini benimseyen kadınlar hem ailelerinde hem de kamusal alanda önemli bir hak mücadelesi vermektedir. Mücadelenin kazanılmasından ziyade, bu mücadelenin verilmesi dahi kadınların duygudurumları üzerinde olumlu bir etki yaratıyor olabilir (457). Diğer taraftan bu mücadeleyi vermek istememek çoğu zaman boyun eğici tutumlar ile ilişkilidir ve birçok çalışma kadınların boyun eğici tutumlarının depresif yakınmalar ile ilişkili olabileceğini göstermektedir (462–464).

Çalışmamızda ayrıca; büyüdüğü ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu, şu an yaşadığı ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu, çalıştığı kurumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünen ve cinsiyeti nedeniyle çalışma yaşamında zorluk yaşadığını düşünen katılımcıların CES-D puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan lojistik regresyon analiz sonuçlarına göre ise, depresyonda olma durumunu katılımcının büyüdüğü ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünmesi durumu 1,3 kat ve şu an yaşadığı ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünmesi durumu 1,5 kat artırmaktadır. Başka bir ifadeyle, büyünülen ve yaşanan ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olması kadın sağlık çalışanlarında depresyonun yordayıcıları olarak saptanmıştır ve çalışmamızın amacı ve hipotezi açısından da bu bulgu oldukça dikkate değer bulunmaktadır.

Literatürde cinsiyet temelli ayrımcılık ve eşitsizliğin ruhsal hastalıklarla ilişkisi olduğunu gösteren çalışmalar yer almaktadır (465,466). İspanya'da 10927 kadınla gerçekleştirilen kapsamlı bir çalışmada, gündelik hayatta cinsiyet nedenli ayrımcılığa uğradığını hissetmek psikolojik problemlerle ilişkili bulunmuştur (467). Hünler'in çalışmasında da, çalışmamıza benzer şekilde, kadınların toplumsal cinsiyet nedeniyle ayrımcılığa uğradıklarını hissetmelerinin depresif yakınmalarını artırdığı saptanmıştır (457).

Çalışmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri

Çalışmamıza, toplumsal cinsiyet rollerinin olumsuz etkilerinin ağırlıklı olarak kadınlar üzerinde görülmesi ve depresyonda gözlemlenen cinsiyet farklılıkları nedeniyle, yalnızca kadın sağlık çalışanları dahil edilmiş ve erkek sağlık çalışanları bu çalışmanın dışında tutulmuştur. Bununla birlikte, erkek sağlık çalışanlarının da yer alacağı bu tasarımda yapılacak gelecekteki araştırmalar literatüre katkı sağlayabilir.

Bulgularımızın çoğu literatürle uyumludur. Bununla birlikte çalışmamız tanımlayıcı tipte bir çalışmadır ve her ne kadar örneklem seçilmemiş ve evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmış olsa da katılımcıların hepsinin sağlık sektöründe çalışması, bir iş ve gelir sahibi olması ve büyük çoğunluğunun lisans ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olması nedeniyle çalışmamız toplumu temsil etmemektedir ve sonuçları genellenemez.

Bir diğer önemli sınırlama ise çalışmamızda depresyon belirtilerini tespit etmek için kullanılan Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) nin bir tanı aracı değil tarama aracı olarak kullanılmış olmasıdır. Tarama, potansiyel bir hastalığı veya durumu tespit etmek için asemptomatik bireylerin sistematik olarak test edilmesidir. Depresyon taraması da, potansiyel depresyon belirtileri gösteren kişileri belirleyerek, kesin tanı ve tedaviye daha erken erişmelerini sağlar. Depresyon ölçekleri, uygulandıkları zaman çerçevesine, uygulanma zamanına ve depresyon şiddetini belirleme özelliklerine göre farklılık gösterir. Ayrıca tarama testinin yapıldığı sırada bireylerde görülen depresif belirtiler geçici olabilir ve klinik depresyon yerine genel psikolojik stresi yansıtır olabilir. Tüm bu nedenlerden dolayı bir depresyon tarama testinin pozitif çıkması durumunda depresyon kesin tanısı ancak bir klinisyen tarafından yapılan muayene ve değerlendirme ile konulmalıdır. Bizim çalışmamızda ise ölçek puanları yüksek çıkan kişiler klinik muayene ile değerlendirilmemiştir. İleride yapılacak olan çalışmalarda klinik görüşmelerin de çalışma dizaynında yer

alabilmesi, kesin tanı üzerinden değerlendirme yapılabilmesi bakımından önem taşıyacaktır.

Bir diğer sınırlılık ise; katılımcılar özellikle ruhsal sıkıntıları ya da travmatik yaşam olayları ile ilgili sorularda damgalanma veya yargılanma korkusuyla gerçek yanıtlarını sunmamış olabilirler ve bu durum anket çalışmalarının çoğunda karşılaşılan bir sınırlılıktır. Ayrıca çalışmamız gönüllülük esasına göre yapılmıştır ve aslında depresif semptomları olan bazı kadın sağlık çalışanları çökkünlük, halsizlik gibi anketi doldurmak istememelerine neden olacak depresif semptomları nedeniyle çalışmaya katılmamış olabilir.

Bunlarla birlikte çalışmamızda örneklem seçilmemiş olması, katılım oranının yüksek olması, neredeyse tüm meslek gruplarından ve tüm birimlerden kadın sağlık çalışanlarının çalışmada temsil edilmiş olması çalışmamızın güçlü yanlarından birini oluşturmaktadır.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, toplumsal cinsiyet ve depresyon arasındaki ilişkiyi, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, ölçülebilir ve standart ölçüm araçları ile gösteren başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yurt dışında yapılan çalışmalar arasında da, farklı ölçüm yöntemleri veya araştırmacılar tarafından geliştirilen ve standart olmayan anketlerin kullanıldığı az sayıda çalışmaya rastlanılmıştır. Dolayısıyla çalışmamızın bu yönleri ile bilimsel literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kasım 2021-Mayıs 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilen, evrenini Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çalışan bütün kadın sağlık çalışanlarının oluşturduğu ve 1502 kadın sağlık çalışanının katıldığı, kadın sağlık çalışanlarında toplumsal cinsiyet algısı ve depresyon ilişkisinin araştırıldığı tanımlayıcı tipteki çalışmamızda;

- Kadın sağlık çalışanlarının çalışmamıza katılım oranı %70,9 olmuştur.
- Çalışılan birimler arasında katılım oranının en yüksek olduğu birim %78,1 ile Dahili Tıp Birimleri olurken, meslek sınıfları arasında katılım oranının en yüksek olduğu meslek sınıfı %85,6 ile hemşireler olmuştur.
- Katılımcıların yaş ortalaması 37,19'dur, %74,6'sı lisans ve üzeri öğrenim düzeyine sahiptir ve %65,5'i evlidir.
- Kadın sağlık çalışanlarının ortalama aylık hane geliri 14.946 TL'dir ve katılımcıların %28,3'ü aylık toplam hane gelirinin giderlerini karşılamaya yetmediğini bildirmiştir.
- Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının %19,1'ini hekimler, %48,3'ünü hemşireler,%10,6'sını yardımcı sağlık profesyonelleri ve diğer profesyonel meslek çalışanları, %12,8'ini yönetim ve destek personeli ve %9,3'ünü hizmet işlerinde çalışanlar oluşturmuştur.
- Katılımcıların mesleklerindeki ortalama çalışma süresi 13,10 yıl olup, haftalık çalışma sürelerinin ortalaması 46,85 saattir. Haftada 40 saatten fazla çalışma sıklığının en yüksek olduğu iki meslek sınıfı; hizmet işlerinde çalışanlar (%92) ve hekimler (%81,2) olmuştur.
- Kadın sağlık çalışanlarının %37,1'inin hekim tarafından tanısı konulmuş en az bir kronik hastalığı mevcuttur ve en sık bildirilen kronik hastalık kardiyovasküler sistem hastalıkları olmuştur.
- Katılımcıların %27,9'u daha önce depresyon tanısı aldığını, %25,4'ü daha önce depresyon nedeniyle tedavi gördüğünü ve %10,7'si halen depresyon

tedavisi aldığını bildirmiştir. Birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık tanısı alan katılımcıların oranı %14,5 olup, en sık bildirilen psikiyatrik hastalık depresyon bozuklukları olmuştur.

- Katılımcıların %32,1'i halen sigara içtiğini, %43,6'sı halen alkol kullandığını, %81,8'i bazen ve daha az fiziksel aktivite yaptığını bildirmiştir. Kadın sağlık çalışanlarının %34,9'u sağlığını "iyiden kötü (orta/kötü)" olarak tanımlamıştır.
- Çalışmada katılımcılardan annesinin öğrenim durumu lise ve altı olanların oranı %87,3, babasının öğrenim durumu lise ve altı olanların oranı ise %76,8 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %52,3'ü ebeveynlerinin otoriter özelliklere sahip olduğunu, %20,9'u ebeveynlerinin ilgisiz olduğunu ifade etmiş, %19,7'si çocukluk döneminde aile içi şiddete maruz kaldığını, %11,2'si çocukluk döneminde anne/baba kaybı yaşadığını bildirmiştir.
- Kadın sağlık çalışanlarının ortalama ilk evlenme yaşı 25,10'dur ve %90,3'ü kendi istediği kişi ile anlaşarak evlendiğini belirtmiştir. Evli olan katılımcıların %81,1'nin eşinin öğrenim düzeyi lisans ve üzeridir ve eşlerin %81,2'si ücretli veya maaşlı bir işte çalışmaktadır.
- Kadın sağlık çalışanlarının %88,6'sı çocuk sahibi olma kararını eşi ile birlikte alması gerektiğini düşünmektedir. Evli kadın sağlık çalışanlarının %2,4'ü sağlık kuruluşuna başvuru için, %29,8'i ise herhangi bir sosyal aktiviteye katılım için eşinden izin aldığını bildirmiştir ve her iki durum için de eşinden izin alma durumu öğrenim düzeyi, meslek sınıfı, eşinin öğrenim durumu, ilk evlenme yaşı ve evlilik kararı ile ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$).
- Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının %79,5'i toplumsal cinsiyet kavramı hakkında bilgisi olduğunu bildirmiştir ve bilgi durumu yaş grubuna, medeni duruma, öğrenim düzeyine ve meslek sınıfına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,01$).
- Katılımcıların %37,6'sı büyüdüğü ailede, %19,3'ü şu an yaşadığı ailede, %83,9'u yaşadığımız toplumda, %37,9'u ise çalışılan kurumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünmektedir. Anne ve baba öğrenim düzeyi düşük olanlarda, ebeveynleri otoriter ve ilgisiz olanlarda ve çocukluk

döneminde aile içi şiddete maruz kalanlarda büyüdüğü ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu bildirme durumu anlamlı olarak daha yüksektir.

- Katılımcıların %19,3'ü şu an yaşadığı ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünmektedir ve bu durum yaş grubuna, medeni duruma, aile tipine, gelir-gider karşılama durumuna, evlilik kararına, eş öğrenim durumuna, eş çalışma durumuna, sağlık kuruluşuna başvurmak ve sosyal aktivitelere katılmak için eşten izin alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$).
- Katılımcıların %83,9'u yaşadığımız toplumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünmektedir ve bu düşünce yaş grubuna, medeni duruma, öğrenim düzeyine ve meslek sınıfına göre anlamlı farklılık göstermektedir.
- Kadın sağlık çalışanlarının %37,9'u ise çalışılan kurumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşündüğünü bildirmiştir ve bu düşünce meslek sınıfları arasında anlamlı farklılık göstermektedir.
- Katılımcıların %6,0'sı cinsiyetleri nedeniyle çalışma yaşamında zorluk yaşadığını bildirmiş olup, bu konuda en sık bildirilen zorluk "yükselmelerin engellenmesi" olmuştur.
- Kadın sağlık çalışanlarının %2,2'si hastanın cinsiyetine göre sağlık hizmeti sunumunda farklılıklar olabileceğini düşünmektedir ve bu konuda en sık bildirilen gerekçe "Hastaların kültür ve inanç yapısına göre farklılıklar olabilir" düşüncesi olmuştur.
- Çalışmada kadın sağlık çalışanlarının Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) puan ortalaması 101,34 olarak bulunmuştur ve kadın sağlık çalışanlarının nispeten eşitlikçi bir toplumsal cinsiyet algısına sahip olduğu düşünülmektedir.
- Sosyodemografik bazı değişkenlerle toplumsal cinsiyet algısı arasında ilişki olduğu görülmüştür. TCAÖ ortalama puanları katılımcıların; yaş grubuna, doğum yerine, ilköğrenim sonuna kadar en uzun yaşanan yerleşim birimine, öğrenim durumuna ve medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,01$).

- Toplumsal cinsiyet algısı ile bazı sosyoekonomik değişkenler arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. TCAÖ puan ortalamalarının; aylık toplam hane geliri, gelir-gider karşılama durumu, çalıştığı kurumdan aldığı ücreti yeterli bulma durumu, konut mülkiyet ve kendine ait araç sahipliği ile ilişkili olduğu görülmüştür ($p<0,05$).
- Meslek sınıfına göre TCAÖ puanları anlamlı farklılık göstermektedir ve TCAÖ puan ortalamasının en yüksek olduğu meslek sınıfı hekimler olmuştur.
- Aile tipi, hanedeki kişi sayısı, kardeş sayısı ve anne- baba öğrenim düzeyi ile TCAÖ ortalama puanları arasında anlamlı ilişkili olduğu bulunmuştur ($p<0,01$). Anne ve baba öğrenim düzeyi düşük olanların TCAÖ puan ortalamaları anlamlı olarak daha düşüktür.
- Toplumsal cinsiyet algısının bazı evlilik özellikleri ile ilişkili olduğu saptanmıştır. İlk evlenme yaşı, evlilik kararı, eş öğrenim durumu, çocuk sayısı, sağlık kuruluşuna başvuru için ve herhangi bir sosyal aktiviteye katılım için eşinden izin alma durumu ile TCAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,01$).
- Toplumsal cinsiyet kavramı hakkındaki bilgi durumu, büyüdüğü ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği, şu an yaşadığı ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği, yaşadığımız toplumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği, çalışılan kurumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği, cinsiyet nedeniyle çalışma yaşamında zorluk yaşama durumu ve hastanın cinsiyetinin sağlık hizmeti sunumunu etkilemesi hakkındaki görüş değişkenleri ile TCAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
- Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) toplam puan ortalaması 20,05'tir.
- Kadın sağlık çalışanları arasında depresif belirti sıklığı %61,8 olarak bulunmuştur. Katılımcıların; %16,2'sinin "hafif düzeyde depresyon", %29,6'sının "orta düzeyde depresyon" ve %16,0'sinin ise "ciddi düzeyde depresyon" durumunda olduğu saptanmıştır.

- Katılımcılar arasında depresyon durumunun sosyodemografik bazı değişkenlerle ilişkili olduğu görülmüştür. CES-D ortalama puanları; yaş grubuna, öğrenim durumuna, medeni duruma, aile tipine ve hanedeki kişi sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir.
- Kadın sağlık çalışanlarının CES-D puan ortalamalarının, bazı sosyoekonomik değişkenlerle ilişkili olduğu saptanmıştır. Aylık toplam hane geliri, gelir-gider karşılama durumu, tasarruf yapabilme durumu, konut mülkiyeti ve kendine ait araç varlığı ile CES-D puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.
- Mesleki bazı özelliklere ile CES-D puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. CES-D puan ortalamaları; meslek sınıfına, meslekte toplam çalışma süresine, haftalık çalışma saatine, çalışma şekline, mesleğini isteyerek seçme ve tekrar seçmek isteme durumlarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.
- Sağlık durumu ve depresyon durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Kronik bir hastalığı olan, daha önce depresyon tanısı almış olan, daha önce depresyon tedavisi almış olan halen depresyon nedeniyle tedavi alıyor olan, birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık tanısı olan, ailesinde bakım gerektiren kronik hastalığı olan ve sağlık algısı iyiden kötü olan katılımcıların CES-D ortalama puanlarının anlamlı olarak daha yüksektir.
- Aile özellikleri ve depresyon durumu arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır. Anne ve baba öğrenim düzeyi düşük olanlarda, ebeveynleri otoriter ve ilgisiz olanlarda, çocukluk döneminde aile içi şiddete maruz kalanlarda, çocukluk döneminde ebeveyn ölümü/ayrılığı yaşayanlarda ve aile ve sosyal çevresinden duygusal destek alamayanlarda CES-D puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.
- Evlilik özelliklerine göre CES-D puan ortalamalarında anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir. İlk evlenme yaşı, evlilik kararı, eş öğrenim durumu, çocuk sayısı, çocuk sahibi olma kararı ve sosyal aktivitelere katılım için eşten izin alma

durumu ile CES-D puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur.

- Toplumsal cinsiyet kavramı ile ilişkili özellikler açısından bakıldığında; büyüdüğü ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu, şu an yaşadığı ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu, çalıştığı kurumda toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu, cinsiyeti nedeniyle çalışma yaşamında zorluk yaşadığını ve hastanın cinsiyetinin sağlık hizmeti sunumunda farklılıklara yol açacağını düşünen kadın sağlık çalışanlarının CES-D puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.
- Yapılan lojistik regresyon analizleri sonucunda; konut mülkiyetinin, haftalık çalışma saatinin, daha önce depresyon tanısı alma durumunun, birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık tanısı olması durumunun, sağlık algısının, ilgisiz ebeveyn özelliklerinin, büyüdüğü ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünme durumunun ve yaşadığı ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünme durumunun, depresyon için yordayıcı değişkenler olduğu saptanmıştır.
- Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği (TCAÖ) puanları ile Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) puanları arasında; negatif yönlü ve zayıf düzeyde olan anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.
- Depresyonu olan ve olmayan katılımcıların TCAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu, depresyonda olduğu saptanan katılımcıların TCAÖ puan ortalamasının, depresyonda olmayan katılımcıların TCAÖ puan ortalamasına göre anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak;

Toplumsal cinsiyet algısının şekillenmesinde, yalnızca geçmişten gelen ve nesilden nesile aktarılan geleneksel toplumsal cinsiyet rolleri ve kalıp yargılar değil, aynı zamanda birçok sosyodemografik ve sosyoekonomik etmenin etkili olduğu bu çalışma ile gösterilmiştir. Bir kadının doğduğu ve büyüdüğü yer, yetiştiği ailenin sosyal sınıfı, öğrenim düzeyi, gelir durumu, mesleği, evlilik hayatı, eş seçimi ve eşinin sosyoekonomik statüsü toplumsal cinsiyet algısının şekillenmesinde ve dolayısıyla toplumsal cinsiyet eşitliğini benimsemesinde rol oynamaktadır. Toplumsal cinsiyet algısının gelişimini etkileyen birçok etmen birbiriyle de yakın ilişki içerisinde olup, bulgularımız en önemli ortak belirleyicinin eğitim olduğunu göstermektedir. Ancak burada bahsedilen kadının sadece kendi eğitim düzeyi olmayıp; annesi, babası ve hatta eşinin eğitim düzeyinin dahi kadının toplumsal cinsiyet algısı ile yakın ilişkili olduğu çalışmamızın dikkat çeken sonuçlarından biri olmuştur. Eğitim en iyi ve uzun vadeli insan sermayesidir ve kuşaktan kuşağa aktarılan bu miras toplumsal cinsiyet algısının tüm belirleyicileri ile yakın ilişki içindedir.

Depresyon, hem dünyada hem de ülkemizde kadınlar arasında en sık görülen hastalıklardan biridir. Depresyon etiyojisine yönelik çok sayıda araştırma yapılmasına rağmen günümüzde halen biyolojik ve sosyal etmenlerin depresyon ile olan ilişkisi net olarak ortaya konamamıştır. Özellikle kadınlarda toplumsal cinsiyet rolleri gibi sosyal etmenlerin depresyon gelişimdeki etkisi üzerinde önemle durulması gereken konular arasındadır. Sağlık çalışanlarında ise, gerek mesleklerinin yol açtığı risk ve sorumluluklar gerekse iş ortam stresinden kaynaklanan nedenlerle depresyonun daha sık görüldüğü bilinmektedir ve çalışmamızda kadın sağlık çalışanlarının %61,8'inde depresyon varlığının gösterilmesi sağlık çalışanlarının ruh sağlığı açısından kaygı uyandırıcı bir sonuç olarak görülmektedir.

Araştırmamızda; sosyoekonomik statü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, ilgisiz ebeveyn özellikleri ve geçmiş depresyon öyküsü depresyonun belirleyici

etmenleri olarak saptanmış ve daha önceki çalışmalarda da bu etmenlerin depresyon etiolojisinde yer aldığı bildirilmiştir. Daha önce kanıtlanmış ve depresyon gelişiminde rolü olduğu bilinen çok sayıda biyolojik ve çevresel risk faktörünün depresyon ile ilişkisinin incelendiği bu çalışmada ayrıca “*yetiştirilen ve yaşanan ailede toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin varlığının*” kadın sağlık çalışanlarında depresyonun önemli yordayıcılarından biri olarak saptanmış olması en önemli sonuçlardan biri olarak görülmektedir. Çalışmada ayrıca; toplumsal cinsiyet algısı puanı ile depresyon ölçeği puanı arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Başka bir deyişle, eşitlikçi olmayan bir toplumsal cinsiyet algısı kadın sağlık çalışanlarında depresyon gelişiminde etkili olabilmektedir. Bu sonuç ile; kadın sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet algısının kadın ruh sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamaya yönelik her adım, kadın ruh sağlığında da koruyucu ve iyileştirici etki sağlayacaktır.

Öneriler;

Toplumsal cinsiyet, değiştirilebilir ve dönüştürülebilir bir kavramdır. Dolayısıyla da, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması zamanla veya kendiliğinden gelişen bir süreç olmayıp, öncelikle bu eşitsizliğe neden olan sosyal yapının incelenmesi, alınacak önlemler ve yapılacak müdahalelerin buna göre planlanması gerekmektedir.

Sağlıklı bir toplumun oluşabilmesi için; toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlığın sosyal belirleyicilerinden biri olduğu benimsenmeli, toplumsal cinsiyet rollerinin kadın ve erkekler arasında eşitsizliğe neden olan tüm alanlardaki olumsuz etkileri ortadan kaldırılmalı, politik ve kamusal yaşama, eğitime, çalışma hayatına eşit katılım sağlanmalı, evlilik ve aile içi ilişkilerde kadınlara karşı yapılan ayrımcılık ve geleneksel cinsiyet rollerinin oluşturduğu baskı önlenmelidir.

Toplumsal cinsiyet eşitliği algısının gelişiminde birçok sosyodemografik faktör iç içe ve etkileşim halindedir ve nesilden nesile aktarılan en önemli etmenin eğitim olduğu görülmektedir. Eğitim adeta bir domino taşı etkisi ile zincirleme

olarak bir diğerk faktörü kötüleştirebileceği gibi, diğerk faktörlerin düzelmesine olumlu katkı da sağlayabilir. Bu nedenle özellikle kız çocukları olmak üzere, hiçbir bireyin eğitim hakkından mahrum kalmaması için eğitim ve fırsat eşitliğinin sosyal politikalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Karar vericiler tarafından toplumsal cinsiyete duyarlı politikalar ve programlar geliştirilmeli, bu politikalar sadece yazılı metinlerde kalmamalı ve hayata geçirilmelidir. Ayrıca bu politikaların izlem ve takibi için toplumsal cinsiyet eşitliğini değerlendirme amaçlı göstergeler geliştirilmeli, izlem ve takipler bilimsel göstergeler ışığında yapılmalı ve raporlanmalıdır.

Sağlık hizmetleri sunumunda çok önemli rol üstelenen kadın sağlık çalışanlarına; bireylerin ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli görevler düşmektedir. Kadın sağlık çalışanları kadınların aile ve toplumdaki statülerinin ve yükseltilmesi konusunda farkındalık yaratarak ve rol model olarak, kadın sağlığının iyileştirilmesine ve geliştirilmesine katkı sağlamalıdır. Bu nedenle öncelikle kadın sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet eşitliğini savunan bir bakış açısıyla sağlık hizmeti sunması gerekmektedir.

Sağlık çalışanlarına toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda periyodik aralıklarla hizmet içi eğitimler verilmelidir. Ancak eşitlikçi bir toplumsal cinsiyet algısının oluşumunda eğitim ve farkındalık tek başına yeterli olmayabilir, bu nedenle tutum ve davranış değişikliği yaratacak müdahale ve izlem programları da oluşturulmalıdır.

Sağlık sistemleri ve sağlık yöneticileri toplumsal cinsiyet eşitliğine duyarlı bir yapı içerisinde olmalı, tıp ve diğerk sağlık bilimlerinde verilen eğitimler, sağlık sistemleri ve sağlık araştırmaları bütüncül bir bakış açısıyla ve toplumsal cinsiyet eşitliği perspektifinde değerlendirilmeli ve cinsiyet ayrımcılığına izin verilmemelidir.

Toplumun her kesiminde toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamaya yönelik bilimsel müdahale çalışmaları yapılmalı ve bu konunun bilimsel ortamlarda daha fazla gündeme gelmesi sağlanmalıdır.

Çalışmamızda kullandığımız depresyon tarama ölçeğine göre, Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çalışan ve çalışmamıza katılan neredeyse her üç kadın sağlık çalışanından ikisi depresyondadır ve bu sonuç oldukça kaygı uyandırıcıdır. Depresyonun kesin tanısı klinik muayene ve görüşmelerle konulmaktadır. Bu nedenle bu çalışmanın sonucu da dikkate alınarak, Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde görev yapmakta olan tüm sağlık çalışanlarında, ilgili anabilim dallarının yürütücülüğünde bir depresyon prevalans çalışması yapılmalı ve daha sonra yapılacak klinik görüşmelerle kesin tanı alan sağlık çalışanları için gerekli müdahale stratejileri geliştirilmeli ve tedavileri planlanmalıdır.

Ruhsal hastalıklar konusunda sosyal damgalanma, bireylerin sağlık arama davranışını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının ruh sağlığının korunmasında bireysel sağlık hizmeti başvurularından ziyade, ruhsal bozukluklar başlamadan önce çalışanlara ulaşmak hedeflenmeli ve depresyon başta olmak üzere sağlık çalışanlarında sık görülen ruhsal hastalıklar ve ruh sağlığının korunması hakkında hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir. Sağlık çalışanlarının ruhsal bir sıkıntı ile karşılaştıklarında yardım arama davranışlarının desteklenmesi için ayrıca bilgilendirme videoları ve/veya inografik araçlar geliştirilmeli ve belirli periyodlarla çalışanlara iletilmelidir.

Sağlık kuruluşlarının İş Sağlığı ve Güvenliği Birimleri tarafından depresyon konusunda sağlık çalışanlarında durum analizi ve risk değerlendirmesi yapılmalı, öncelikli meslekler, çalışma alanları, çalışma koşulları ve/veya birimler belirlenmeli ve müdahaleler buna göre planlanmalıdır.

Literatürde toplumsal cinsiyet algısı ve depresyon ilişkisini araştıran çok az sayıda araştırma vardır. Dolayısıyla depresyon gelişiminde toplumsal cinsiyet rollerinin etkisini daha net ortaya koymak için bu alanda yapılacak daha ileri düzeyde çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Son söz olarak ise; hem toplumsal cinsiyet eşitsizliği hem de depresyon gelişiminde etkili olduğu saptanan sosyoekonomik eşitsizliklerle m¼cadele edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organisation. Mental Health Action Plan 2013-2020 [Internet]. [cited 2020 Feb 5]. Available from: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/bw_version.pdf
2. Akın A, Esin C, Çelik K. Kadın sağlığı hakkı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa'da kadın sağlığının iyileştirilmesine yönelik stratejik eylem planı. In: Akın A, editor. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2003. p. 17–32.
3. Collaborators H et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet*. 2015;386(10009):2145–91.
4. WHO. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010 [Internet]. [cited 2018 Oct 16]. Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/. %0A
5. Mental Health Foundation. The Fundamental Facts 2007 [Internet]. [cited 2020 Jan 5]. Available from: https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/fundamental_facts_2007.pdf.
6. World Health Organization. Depression [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 8]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
7. Seedat S. Cross-National Associations Between Gender and Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Vol. 66, *Arch Gen Psychiatry*. 2009.
8. AKIN A, DEMİREL S. Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkisi. *C Ü Tıp Fakültesi Derg*. 2003;25(4):73–82.
9. Şimşek H. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi: Türkiye Örneği. *DEÜ Tıp Fakültesi Derg*. 2011;25(2):119–26.
10. Gülay G, Bener Ö. Kadınların Toplumsal Cinsiyet Rollerini Çerçevesinde Aile İçi Yaşamı Algılama Biçimleri. *Türkiye Sos Araştırmalar Derg*. 2011;15(3):157–71.
11. Türmen T. Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı. In: Akın A, editor. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2003. p. 3–16.

12. Akın A. Toplumsal Cinsiyet (Gender) Ayrımcılığı ve Sağlık. Toplum Hekim Bülteni. 2007;26(2):1–9.
13. World Health Organization. Gender and Health [Internet]. [cited 2021 Jan 6]. Available from: https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1
14. Ökten Ş. Toplumsal Cinsiyet ve İktidar: Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin Toplumsal Cinsiyet Düzeni. Uluslararası Sos Araştırmalar Derg. 2009;2(8):302–12.
15. Adak N. Kadın ve Sağlık. Sağlık Ve Toplum Derg. 2002;12(3):15–21.
16. Nolen-Hoeksema , S Grayson C. Explaining the gender difference in depressive symptoms. J Pers Soc Psychol. 1999;77:1061–72.
17. Helvacı Çelik F, Hocaoğlu Ç. Major Depresif Bozukluk' Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. J Contemp Med [Internet]. 2016 Oct 19 [cited 2021 Jun 16];6(1):51–66. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gopctd/255971>
18. Yalvaç H. Depresyonun epidemiyolojisi. 2012;5(2):7-13. Türkiye Klin J Psychiatry-Special Top. 2012;5(2):7–13.
19. Obi IE, Aniebue PN, Okonkwo KOB, Okeke TA, Ugwunna NCW. Prevalence of depression among health workers in Enugu, South East Nigeria. Niger J Clin Pract [Internet]. 2015 May 1 [cited 2021 Jun 16];18(3):342–7. Available from: <https://www.njconline.com/article.asp?issn=1119-3077;year=2015;volume=18;issue=3;spage=342;epage=347;aulast=Obi>
20. Estry-Behar M, Kaminski M, Peigne E. Stress at work and mental health status among female hospital workers. Vol. 47, British Journal of Industrial Medicine. 1990.
21. Kızılaslan İ, Diktaş İ. The role of university education in changing the gender role perceptions of Turkish ELT Student Teachers. Int Online J Educ Sci. 2011;3(2):510–25.
22. Dökmen Y. Toplumsal cinsiyet sosyal psikolojik açıklamalar. Ankara: Remzi Kitabevi; 2016.
23. UN Women. Gender equality glossary [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 1]. Available from: <https://trainingcentre.unwomen.org/mod/glossary/view.php?id=36>
24. Ecevit Y. Türkiye'de Katılımcı Demokrasinin Güçlendirilmesi: Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin İzlenmesi Projesi Faz II Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin Temel Kavramları. 2021.
25. Toplumsal cinsiyet ve toplumsal cinsiyet eşitliği nedir, ne değildir? -

- Sarkaç [Internet]. [cited 2021 Aug 9]. Available from: <https://sarkac.org/2020/02/toplumsal-cinsiyet-nedir-ne-degildir/>
26. A New Momentum: Gender Justice in the Women’s Movement, Winter 2015 - TPQ [Internet]. [cited 2021 Aug 9]. Available from: <http://turkishpolicy.com/article/719/a-new-momentum-gender-justice-in-the-womens-movement-winter-2015>
 27. One hundred words for equality - Publications Office of the EU [Internet]. [cited 2021 Aug 9]. Available from: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/7342d801-86cc-4f59-a71a-2ff7c0e04123>
 28. Report on equality between women and men, 2009 - Publications Office of the EU [Internet]. [cited 2021 Aug 9]. Available from: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/34102ac0-f1d5-488d-b1fd-38c347987c8a>
 29. Gender Equality Strategy 2014-2017 | United Nations Development Programme [Internet]. [cited 2021 Aug 9]. Available from: <https://www.undp.org/publications/gender-equality-strategy-2014-2017>
 30. Nomoto R. Glossary of Terms and Concepts [Internet]. 2017. Available from: [https://www.unicef.org/rosa/media/1761/file/Gender glossary of terms and concepts .pdf](https://www.unicef.org/rosa/media/1761/file/Gender%20glossary%20of%20terms%20and%20concepts.pdf)
 31. World Health Organization. “Gender and Health” Technical Paper. Geneva; 1998.
 32. Saraç S. Toplumsal cinsiyet, toplumsal cinsiyet ve yansımaları. Ankara: Atılım Üniversitesi Yayınları; 2013.
 33. Akın A, Demirel S. Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri. 2003;25:73-82. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fak Derg. 2003;25:73–82.
 34. Özyurda F. Toplumsal cinsiyet ve sağlık. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 3. Sınıf Halk Sağlığı Ders Notları. Ankara; 2015.
 35. Gülmez M. İnsan Haklarında Ayrımcılık Yasaklı Eşitlik İlkesi: Aykırı Düşünceler. Çalışma ve Toplum. 2010;2.
 36. Kadınlara Yönelik Şiddet ve Ev İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi (İstanbul Sözleşmesi) | Human Rights Center | İstanbul Bilgi University [Internet]. [cited 2021 Aug 11]. Available from: <https://insanhaklarimerkezi.bilgi.edu.tr/tr/content/158-kadnlara-yonelik-siddet-ve-ev-ici-siddetin-onlenmesi-ve-bunlarla-mucadeleye-iliskin-avrupa-konseyi-sozlesmesi-istanbul-sozlesmesi/>
 37. World Health Organization. Gender and health : technical paper [Internet]. 1998 [cited 2021 Dec 26]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63998>

38. Bhasin K. Toplumsal Cinsiyet "Bize Yüklenen Roller". 1.Baskı. İstanbul: Kadınlarla Dayanışma Vakfı Yayınları; 2003.
39. Dökmen YZ. Toplumsal Cinsiyet Sosyal Psikolojik Açıklamalar. Sistem Yayıncılık; 2004.
40. Kurşun E. Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde Çalışan Personelin Toplumsal Cinsiyet Rol Tutumlarının Belirlenmesi. Samsun; 2016.
41. Çınar P. Hangimiz daha saldırgan? Türk Psikol Bülteni. 2005;11(36):76–80.
42. Coşkun A, Özdilek R. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Sağlığa Yansıması ve Kadın Sağlığı Hemşiresinin Rolü. HEMŞİRELİKTE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA DERGİSİ. 2012;9(3):30–9.
43. Çıtak A. Kadınların Çalışmasına Yönelik Tutum: Cinsiyet, Cinsiyet Rolü ve Sosyoekonomik Düzeye Göre Bir Karşılaştırma. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2008.
44. Öngen B, Aytaç S. Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları ve yaşamdeğerleri ilişkisi. Sosyol Konf. 2013;48:1–18.
45. Altınova H, Duyan V. Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Toplum ve Sos Hizmet. 2013;24(2):9–22.
46. Kahraman A, Tunçdemir N, Kekillioğlu A, Özcan A, Kahraman L. Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Algıları. Sos Bilim Derg / J Soc Sci. 2015;2(4):304–22.
47. Aydın M, Bekar EÖ, Gören ŞY, Sungur MA. Hemşirelik Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları. AİBÜ Sos Bilim Enstitüsü Derg. 2016;1:223–42.
48. Uzun Z, Erdem S, Güç K, Uzun AMŞ, Erdem E. Toplumsal Cinsiyet Algısı Ve Toplumsal Cinsiyet Rollerine Eğitimin Etkisi: Deneysel Bir Çalışma. J Hum Sci. 2017;14(1):678–93.
49. Esen E, Siyez D. Üniversite Öğrencilerinde Toplumsal Cinsiyet Algısının Toplumsal Cinsiyet Rolü ve Cinsiyet Değişkenlerine Göre İncelenmesi. E-Uluslararası Eğitim Araştırmaları Derg. 2017;8(1):46–63.
50. European Communities. A roadmap for equality between women and men 2006-2010. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. COM (2006) 92 final, 1 March 2006 - Archive of [Internet]. [cited 2021 Dec 26]. Available from: <http://aei.pitt.edu/45627/>
51. Kavuran E. Hemşirelik Öğrencilerinin Cinsiyet Eşitliğine Bakışlarının

- Belirlenmesi. Erzurum; 2011.
52. Yaşar B. Öğretmen Adaylarının Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutumlarının Kadın Sağlığı Hemşireliği Açısından Değerlendirilmesi. Mersin; 2011.
 53. Yögev Ş. Ergenlerde Toplumsal Cinsiyetin Kazanılması Aile, Okul ve Arkadaş Etkisi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2006.
 54. Yağan Güder S, Güler Yıldız T. Okul öncesi dönemdeki çocukların toplumsal cinsiyet algılarında ailenin rolü. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg. 2016;31(2):424–46.
 55. Campenni C. Gender stereotyping of children's toys: a comparison of parents and non parents. Sex Roles. 1999;40:121–38.
 56. Staggenborg S. Gender, family and social movements. California: Pine Forge Press; 1998.
 57. Burt K, Scott J. Parent and adolescent gender role attitudes in 1990's Great Britain. Sex Roles. 2002;46(7/8):239–45.
 58. Baykal S. Üniversite öğrencilerinin cinsiyet rolleri ile ilgili kalıp yargılarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derg. 1991;1(2):66–75.
 59. McHale S, Crouter A, Whitenon S. The family context of gender development in childhood and adolescence. Soc Dev. 2003;12(1):125–48.
 60. Vefikuluçay D, Zeyneloğlu S, Eroğlu K, Taşkın L. Kafkas üniversitesi son sınıf öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin bakış açıları. HÜ Hemşirelik Yüksekokulu Derg. 2007;14(2):26–38.
 61. Aydın M, Bekar EÖ, Gören ŞY, Sungur MA. Hemşirelik öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg. 2016;1:223–42.
 62. Özcan A. Toplumsal Cinsiyet Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rol Tutumlarına Etkisi. Soc Sci Stud. 2017;5(4):53–67.
 63. Atış F. Ebelik/ Hemşirelik 1. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. Adana; 2010.
 64. Duffy J, Warren K, Walsh W. Classroom interactions: gender of teacher, gender of student and classroom subject. Sex Roles. 2001;45:579–93.
 65. Gündüz Kalan Ö. Reklamda Çocuğun Toplumsal Cinsiyet Teorisi Bağlamında Konumlandırılışı: "Kinder" Reklam Filmleri Üzerine Bir İnceleme. İletişim Fakültesi Derg. 2010;38:75–89.
 66. Karakuş Öztürk H. Mary Wollstonecraft'ın Kadın Haklarının Gerekçelenmesi Kitabında Rousseau Eleştirisi. Ahi Evran Üniversitesi

- Kırşehir Eğitim Fakültesi Derg. 2017;18(2):471–85.
67. Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği [Internet]. Aksu B, İnce Ş, editors. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2021 [cited 2021 Aug 13]. Available from: <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/25019>
 68. Budak C. The Past and The Present of Feminist Movement in Turkey. Dijital Çağda İşletmecilik Derg [Internet]. 2018 Jul 16 [cited 2021 Aug 16];1(1):38–49. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jobda/423375>
 69. Donovan J. Feminist Teori. 14. baskı. İletişim Yayınları; 2021.
 70. Cinsiyet belasından feminist bir yaşam sürmeye: Sara Ahmed'in Judith Butler'la söyleşisi - Çatlak Zemin [Internet]. [cited 2021 Aug 13]. Available from: <https://catlakzemin.com/judith-butler-ile-soylesi/>
 71. Davaz A. Eşitsiz kız kardeşlik : Uluslararası ve Ortadoğu kadın hareketleri, 1935 Kongresi ve Türk Kadın Birliği. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları; 2014.
 72. Altınay AG. Bedenimiz ve biz: Bekaret ve cinselliğin siyaseti. In: Bora A, Günal A, editors. 90'larda Türkiye'de Feminizm. İstanbul: İletişim Yayınları; 2002. p. 323–43.
 73. World Health Organization. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Participant's notes [Internet]. Geneva; 2011. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44516/9789241501064_eng.pdf;jsessionid=FA05BF025CE373090039B4E1C843A1B0?sequence=2
 74. WHO Regional Office for Europe. The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach. [Internet]. Copenhagen; 2018. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/380716/mhr-report-eng.pdf%0A
 75. World Health Organisation. Policy Brief, Health and gender equality [Internet]. 2019. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/sustainable-development-goals/publications/2019/policy-briefs-on-health-and-the-sustainable-development-goals>
 76. WHO Regional Office for Europe. Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage [Internet]. Copenhagen; 2016. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/318147/EWHR16_int

eractive2.pdf?ua=1

77. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2016 [Internet]. Available from: <https://ghdx.healthdata.org/gbd-2016>
78. UN Women. Turning promises into action: gender equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. New York; 2018. Available from: <http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2018/sdg-report-summary->
79. Akına A, Özvarış Ş. Kadın sağlığı, üreme sağlığı ve aile planlaması. In: Akın L, Güler Ç, editors. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012. p. 210–360.
80. Özvarış Ş. TÜRKİYE'DE KADIN SAĞLIĞINDAKİ EŞİTSİZLİKLER. Toplum ve Hekim. 2014;29(1).
81. Büken NÖ. Feminist hukuk açısından Mackinnon'un feminizme, cinselliğe ve üremeye bakışı. Sağlığın Sesi Gazetesi [Internet]. 2012; Available from: http://www.deontoloji.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/sagligin_sesi_aralik2012.pdf
82. WHO. Gender and health : technical paper [Internet]. 1985. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63998/WHO_FRH_WHD_98.16.pdf?sequence=1&isAllowed=y
83. World Economic Forum. Global gender gap report 2018 [Internet]. Geneva; 2018. Available from: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2018.pdf
84. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva; 2013.
85. European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU-wide survey. Vienna; 2014.
86. World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014 [Internet]. Geneva; 2014. Available from: http://www.who.int/violence_injury_
87. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. [Internet]. Geneva; 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/>
88. World Health Organization. Intimate partner violence and alcohol fact

- sheet. Geneva; 2010.
89. WHO Regional Office for Europe. Estimated maternal mortality. In: European health information gateway: health for all explorer. Copenhagen; 2019.
 90. World Health Organization. Global health observatory data repository [Internet]. Geneva; 2018. Available from: <http://apps.who.int/gho/>
 91. World Health Organization. Health and Gender Equality; Policy Brief. Copenhagen; 2019.
 92. WHO Regional Office for Europe. European tobacco use: trends report 2019. [Internet]. Copenhagen; 2019. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/402777/Tobacco-Trends-Report-ENG-WEB.pdf?ua=1
 93. WHO Regional Office for Europe. Why using a gender approach can accelerate noncommunicable disease prevention and control in the WHO European Region. [Internet]. Copenhagen; 2019. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/399063/GenderAppro%0AachAndNCDsPreventionAndControl-eng.PDF?ua=1%0A
 94. WHO Regional Office for Europe. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen; 2016.
 95. Hoek W. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2006;19:389–94.
 96. European, Commission. Self-perceived health by sex, age and educational attainment level [Internet]. Brussels; 2014. Available from: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=h1th_silc_02&lang=en
 97. Oliffe J, Phillips M. Depression and masculinities: a review and recommendations. *J Mens Heal*. 2008;5(3):194–202.
 98. Alders M, Van Leerdam L, Dielissen P, Lagro-Janssen A. Gendered specialities during medical education: a literature review. *Perspect Med Educ*. 2014;3(3):163–78.
 99. Diderichsen S, Johansson E, Verdonk P, Lagro-Janssen T, Hamberg K. Few gender differences in specialty preferences and motivational factors: a cross national Swedish study on last-year medical students. *BMC Med Educ*. 2013;13(39).
 100. WHO Regional Office for Europe. International Women's Day: women in health innovating for change [Internet]. 2019. Available from:

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/news/news/2019/3/internationalwomens-day->

101. Tijdens K, De Vries D, Steinmetz S. Health workforce remuneration: comparing wage levels, ranking, and dispersion of 16 occupational groups in 20 countries. *Hum Resour Heal*. 2013;11(11).
102. Sepulveda Carmona M. Report of the Special Rapporteur on Extreme Poverty and Human Rights: unpaid care work and women's human rights. (23rd session of the Human Rights Council of the General Assembly A/HRC/23/36 [Internet]. New York; 2013. Available from: [https://www.un.org/esa/socdev/egms/docs/2013/EmpowermentPolicies/Report of the Special Rapporteur %0Aon extreme poverty and human rights.pdf%0A](https://www.un.org/esa/socdev/egms/docs/2013/EmpowermentPolicies/Report%20of%20the%20Special%20Rapporteur%20on%20extreme%20poverty%20and%20human%20rights.pdf)
103. Rodrigues R, Huber M, Lamura G. Facts and figures on healthy ageing and long-term care. Vienna; 2012.
104. Organisation for Economic Co-operation and Development. Long-term care resources and utilisation. In: OECD Stat [online database] [Internet]. Paris; 2016. Available from: https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTCR#
105. Akın A, Türkel E. Sağlık Hizmetlerine Erişimde Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Haritalama ve İzleme Çalışması: 2017-2020 Güncellemesi [Internet]. Ankara; 2020. Available from: [https://dSPACE.ceid.org.tr/xmlui/bitstream/handle/1/1080/Sağlık - Güncelleme Raporu ISBN.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://dSPACE.ceid.org.tr/xmlui/bitstream/handle/1/1080/Sağlık%20-%20Güncelleme%20Raporu%20ISBN.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
106. ICDP. The Nairobi Summit Commitments on ICPD25 [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 29]. Available from: <https://www.nairobisummiticpd.org/>
107. WHO. Maternal mortality: Levels and trends 2000 to 2017 [Internet]. 2019. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516488>
108. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. TÜRKİYE ULUSAL ANNE ÖLÜMLERİ ÇALIŞMASI 2005 [Internet]. Ankara; 2005. Available from: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop_ankara/UAOC_ana_rapor.pdf
109. UNFPA. UNFPA consultation on ending unmet need for family planning [Internet]. Available from: [https://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/consultation newsletters_combined final.pdf](https://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/consultation_newsletters_combined_final.pdf)
110. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018. Available from: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
111. WHO. Violence against women [Internet]. [cited 2021 Sep 8]. Available

from: https://www.who.int/health-topics/violence-against-women#tab=tab_1

112. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması [Internet]. Ankara; 2015. Available from: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/KKSA-TRAnaRaporKitap26Mart.pdf>
113. Kadın Cinayetlerini Durdurma Platformu. VERİLER [Internet]. [cited 2021 Sep 9]. Available from: <http://kadincinayetlerinidurduracagiz.net/kategori/veriler>
114. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi. Herkes İçin Sağlık Hedefleri 2000. Ankara; 1986.
115. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva; 2001.
116. ERGİNÖZ E. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. 2008;62:31–40.
117. Yılmaz E. Şizofreni ve Bipolar Afektif Bozukluk Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Kişilerde Kaygı Durumu ve Mizaç-Karakter İlişkisi. Sağlık Bakanlığı Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2009.
118. Roades L. Mental Health Issues For Women. In: Bioggio M, editor. Issues In The Psychology Of Women. Kluwer Academic Publishers; 2000. p. 251–70.
119. Tinker A. Women’s Health: The Unfinished Agenda. Int J Gynaecol Obs. 2000;70(1):58–149.
120. Ocaktan M, Özdemir O, Akdur R. Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. Kriz Derg. 2004;12(2):63–73.
121. Erol N, Kılıc C, Ulusoy M, Kececi M, Simsek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara; 2001.
122. Yardım N. Cinsiyet; Sağlık Ve Yoksulluk. Aktuel Tıp Derg. 2011;6(1):78–82.
123. Sadıkoğlu G. Aile Hekimliğinde Kadınların Ruh Sağlığı. Bilgel N, editor. Bursa: Medikal Tıp Kitapevi; 2006. 571–81 p.
124. Ocaktan E, Özdemir O, Akdur R. Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. Kriz Derg. 2004;12(2):63–73.
125. Pouver F, Kupper N, Adriaanse M. Does emotional stress cause type 2 diabetes mellitus? a review from the European Depression in Diabetes

- (EDID) Research Consortium. *Discov Med*. 2010;9(45):112–8.
126. Glassman A. Depression and cardiovascular comorbidity. *Dialogues Clin Neurosci*. 2007;9(1):9–17.
 127. WHO. *DEPRESSION: A Global Crisis*. 2012.
 128. Wolpert L. Stigma of depression-a personal view. 2001;57:221-4. *Br Med Bull*. 2001;57:221–4.
 129. WHO. Prevalence of mental disorders [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 6]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources>
 130. Marakoğlu K, Çivi S, Şahsivar Ş, Özdemir S. Tıp fakültesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerde sigara içme durumu ve depresyon yaygınlığı arasındaki ilişki. *Bağımlılık Derg*. 2006;7:129–34.
 131. AŞKIN R. *Depresyon El Kitabı*. 1999. 158–159 p.
 132. KÖKNEL Ö. *Ruhsal Çöküntü: Depresyon*. 6. Baskı. İstanbul: Altın Kitaplar; 2005.
 133. WHO. Depression [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 1]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
 134. ÇEVİK A, VOLKAN V. Depresyonun psikosomatik etiyojisi. *Depresyon Monogr Serisi*. 1993;3:109–22.
 135. KARAMUSTAFALIOĞLU, O YUMRUKÇAL H. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. *ŞEEAH Tıp Bülteni*. 2011;65–74.
 136. Hirschfeld R, Cross Christine K. Epidemiology of Affective Disorders: Psychosocial Risk Factors. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;39:39–46.
 137. AYYILDIZ H. Major Depresyon ve Panik Bozuklukta Serum S100b Seviyeleri. 2008;8:89.
 138. Alper Y. *Bütün Yönleriyle Depresyon*. İstanbul: Gendaş A.Ş; 1999.
 139. Collaborators, GBDRF Forouzanfar M, Alexander L, Anderson H, Bachman V, Biryukov S. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386(10010):2287–323.
 140. Mathers C, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006;3(11):442.
 141. World Health Organisation. *Mental health: strengthening our response*

- Fact sheet N.220 [Internet]. [cited 2018 Oct 16]. Available from: url: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/%0A>
142. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. Measuring the Global Burden of Disease and Risk Factors, 1990-2001. In: Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL, editors. Global Burden of Disease and Risk Factors. Washington (DC)2006.
 143. Küey L. Dünyada ve Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyolojinin Tarihsel Gelişimi Üzerine Kısa Bir Derleme. Türkiye Psikiyatr Derneği Bülteni. 2010;13(1):6–11.
 144. Cimilli C. Türkiye’de Priskiyatrik Epidemioloji Sunum [Internet]. [cited 2018 Oct 16]. Available from: http://78.189.53.61/-/bs/ess/c_cimilli.pdf.
 145. Doğan O. Türkiye’de Psikiyatrik Epidemioloji Çalışmalarında Özgün Bir Örnek: Sivas’ta Yapılan Araştırmaların Önemli Bulguları. Türkiye Psikiyatr Derneği Bülteni. 2010;13(1):12–22.
 146. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023) [Internet]. 2011. [cited 2018 Oct 16]. Available from: <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-73168/h/ulusal-ruh-sagligi-eylem-planı.pdf.%0A>
 147. Binbay T, Direk N, Aker T, Akvardar Y, Alptekin K, Cimilli C. Psychiatric epidemiology in Turkey: main advances in recent studies and future directions. Turk Psikiyatr Derg = Turkish J psychiatry. 2014;25(4):264–81.
 148. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Erişkin Nüfus Sonuçları. Ankara; 1988.
 149. Ozyurt B, Deveci A. Manisa’da Kırsal Bir Bölgedeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Depresif Belirti Yaygınlığı ve Aile İçi Şiddetle İlişkisi. Türk Psikiyatr Derg. 2011;2(1):10–6.
 150. Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. Anatol J Psychiatry. 2003;4:208–19.
 151. Simsek Z, Ak D, Altındag A, Gunes M. Prevalence and predictors of mental disorders among women in Sanliurfa, Southeastern Turkey. J Public Heal. 2008;30(4):487–93.
 152. Altınel T. Edirne şehir merkezindeki 15-49 yaş kadınlarda ruhsal durum ve etkileyen faktörler [Internet]. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008. Available from: <http://193.255.140.18/Tez/0069782/METIN.pdf>
 153. Unsal A ve ark. Eskişehir İli Beylikova İlçe Merkezinde 20 Yaş ve Üzeri Kadınlar Arasında Üriner İnkontinans, İlişkili Faktörler ve Depresyon. TAF Prev Med Bull. 2013;12(3).

154. Tozun M, Unsal A. 40 Yaş ve Üzeri Bireylerde Eşik Üstü Depresif Belirti Gösterenlerin Sıklığı. TAF Prev Med Bull. 2008;7(6).
155. T.C Sağlık Bakanlığı RSH, Merkezi Başkanlığı HMM. Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004 [Internet]. 2006. Available from: http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf.%0A
156. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. 2013.
157. Kaya N, Kaya H ve ark. Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik. Uluslararası İnsan Bilim Derg. 2010;7(1):401–19.
158. Kaya M, Genc M, Kaya B, Pehlivan E. Prevalence of depressive symptoms, ways of coping, and related factors among medical school and health services higher education student. Turk Psikiyatri Derg. 2007;18(2):137–46.
159. Ayla R. Sağlık yüksekokulu öğrencileri arasındaki depresyon sıklığı ve ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatr Derg. 2007;8(1):46–51.
160. Nahcivan N, Demirezen E. Depressive symptomatology among Turkish older adults with low incomes in a rural community sample. J Clin Nurs. 2005;14(10):1232–40.
161. Varma G, Oguzhanoglu N ve ark. Huzurevindeki Yaslılarda Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri. Klin Psikiyatr Derg. 2008;11:25–32.
162. Özvarış S. Kadın ve Sağlık. Surekli Tıp Eğitim Derg. 2007;16(3):7–8.
163. Akın A, Mihciokur S. Kadın Statüsü Ve Anne Olumleri. In: Akın A, editor. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık Ve Kadın. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2003. p. 127–39.
164. Bromberger J, Matthews K. Employment Status And Depressive Simptoms İn Mildeaged Women: A Longitudinal İvestigation. Am J Public Heal. 1994;84(2):202–6.
165. AYDIN M, BEKAR EÖ, GÖREN ŞY, SUNGUR MA. HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN TOPLUMSAL CİNSİYET ROLLERİNE İLİŞKİN TUTUMLARI. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg [Internet]. 2016 Apr 3 [cited 2022 Jul 15];16(1):223–42. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/basbed/issue/38792/455842>
166. National Institute of Mental Health. Depression: What every women should know? [Internet]. Bethesda, Maryland; 1995. Available from: https://www.bellevuehospital.org/jm/pdf/depression_what_every_woman_should_know.pdf
167. Hirschfeld R, Cross C. Epidemiology of affective disorders. Psychosocial

- risk factors. Arch Gen Psychiatry. 1982;39(3):39–46.
168. Brown G, Harris T. Social Origin of Depression. A Study of Psychiatric Disorders in Women. 1978;
169. Barnow S, Linden M, Lucht M. The importance of psychosocial factors, gender, and severity of depression in distinguishing between adjustment and depressive disorders. J Aff Dis. 2002;72:71–8.
170. Gokalp P. Stres, Anksiyete Ve Kadın. In: Akın A, editor. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık Ve Kadın. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2003. p. 165–73.
171. AKIN A. Cinsiyet Rollerinin Kadının Günlük Yaşamına Etkisi. 2007.
172. Urhan B, Etiler N. Sağlık sektöründe kadın emeğinin toplumsal cinsiyet açısından analizi. Çalışma ve Toplum. 2011;29:191–216.
173. Yüksel Ç, Özgür G. Hemşirelerin Stresle Baş Etme Tarzları İle Depresyon Belirti Düzeyleri Arasındaki İlişki. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Derg. 2008;24(1):67–82.
174. Yılmaz A, Bozkurt Y, İzci F. Kamu Örgütlerinde Çalışan Kadın İşgörenlerin Çalışma Yaşamlarında Karşılaştıkları Sorunlar Üzerine Bir Araştırma. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sos Bilim Derg. 2008 Jun 1;9(2):89–114.
175. Taşçı K, Özer F, Koştu N. Pamukkale Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Stresle Baş Etme Stratejilerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg. 2007;10(2).
176. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. Anadolu Psikiyatr Derg. 2006;2:100–8.
177. Buğdaycı R, Öner Kurt A, Şaşmaz T, Öner S. Mersin İli'nde Pratisyen ve Uzman Hekimlerde Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Toplum Hekim Bülteni. 2007;26(1).
178. Tsutsumi A, Kawanami S, Horie S. Effort-reward imbalance and depression among private practice physicians. Int Arch Occup Environ Health [Internet]. 2012 Feb [cited 2021 Jun 16];85(2):153–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21655960/>
179. Aktürk N, Akman F, Ellidokuz H, Kinay AM, Eylül D, Tıp Ü, et al. Türkiye'de radyasyon onkolojisi anabilim dalında çalışmakta olan araştırma görevlisi hekimlerde tükenmişlik ve depresyon düzeyleri ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi Burnout syndrome and depression levels and related factors in Turkish radiation oncology residents. Türk

- Onkol Derg. 2015;30(3):109–17.
180. Luca M, Bellia S, Bellia M, Luca A, Calandra C. Prevalence of depression and its relationship with work characteristics in a sample of public workers. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014;10:519–25.
 181. Adebayo S, Chineye O. Gender differences in burnout among health workers in the Ekiti State University Teaching Hospital Ado-Ekiti. *Int J Soc Behav Sci*. 2013;1(6):112–21.
 182. Aguwa EN, Nduka I, Arinze-Onyia SU. Assessment of burnout among health workers and bankers in Aba South Local Government area, Abia state, South east Nigeria. *Niger J Clin Pract* [Internet]. 2014 [cited 2021 Jun 16];17(3):296–302. Available from: <https://www.njconline.com/article.asp?issn=1119-3077;year=2014;volume=17;issue=3;spage=296;epage=302;aulast=Aguwa>
 183. BUÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi. Tarihçe Tanıtım [Internet]. [cited 2022 Jun 25]. Available from: <https://suam.uludag.edu.tr/tarihce-tanitim.htm>
 184. International, Organization L. International Standard Classification of Occupations. 2009.
 185. WHO. A global profile (Chapter one). In: *World Health Report 2006 “Working together for health”*. [Internet]. Available from: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf.
 186. APA. Depression Assessment Instruments [Internet]. Available from: <https://www.apa.org/depression-guideline/assessment>
 187. Radloff L. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*. 1977;1:385–401.
 188. Eaton W, Muntaner C, Smith C, Tien A, Ybarra M. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and revision (CESD and CESD-R). In: *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment*. 3rd ed.; 2004. p. 363–77.
 189. Snaith P. What do depression rating scales measure? *Br J Psychiatry*. 1993;163:293–8.
 190. Murphy J. Symptom scales and diagnostic schedules in adult psychiatry. In: Tsuang M, Tohen M, editors. *Textbook in Psychiatric Epidemiology*. New York; 2002. p. 273–332.
 191. Tatar A, Saltukoğlu G. The Adaptation of the CES-Depression Scale into Turkish through the use of Confirmatory Factor Analysis and Item Response Theory and the Examination of Psychometric

Characteristics, ;20:213-227, 2010. Bull Clin Psychopharmacol. 2010;20:213–27.

192. Birleşik Metal-İş Sendikası. Açlık ve Yoksulluk Sınırı Mart 2022 Dönem Raporu [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 2]. Available from: <http://www.birlesikmetal.org/index.php/tr/guncel/basin-aciklamasi/1892-bisam-0422>
193. The National Institute of Mental Health (NIMH). What is depression? [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 8]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression>
194. Türkiye Psikiyatri Derneği. Depresyon Konusunda Bilmek İstedikleriniz? [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 8]. Available from: <https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/24/depresyon-konusunda-bilmek-istedikleriniz>
195. TÜİK. Toplumsal Cinsiyet İstatistikleri 2021. Ankara; 2021.
196. Lynch J, Kaplan G. Socioeconomic position [Internet]. Berkman L, Kawachi I, editors. Social epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 2000 [cited 2022 Jul 6]. Available from: <https://books.google.com/books?hl=tr&lr=&id=i0qWxy5-X1gC&oi=fnd&pg=PA13&dq=Lynch+J,+Kaplan+G.+Socioeconomic+position.+In:+Berkman+LF,+Kawachi+I,+eds.+Social+epidemiology.+1st+ed.+Oxford:+Oxford+University+Press,+2000:13-35.&ots=NKU92crt7f&sig=1DLxK4jXWAS8>
197. Smith GD, Hart C, Hole D, Gillis C, Watt G, Hawthorne V. Education and occupational social class: which is the more important indicator of mortality risk? J Epidemiol Community Health [Internet]. 1994 Oct 1 [cited 2022 Jul 6];48(5):500–500. Available from: <https://research-information.bris.ac.uk/en/publications/education-and-occupational-social-class-which-is-the-more-importa>
198. White IR, Blane D, Morris JN, Mourouga P. Educational attainment, deprivation-affluence and self reported health in Britain: a cross sectional study. J Epidemiol Community Heal [Internet]. 1999 Sep 1 [cited 2022 Jul 6];53(9):535–41. Available from: <https://jech.bmj.com/content/53/9/535>
199. TÜİK Kurumsal. İstatistiklerle Aile, 2021 [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 4]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Aile-2021-45632>
200. Ecob R, Davey Smith G. Income and health: what is the nature of the relationship? Soc Sci Med. 1999 Mar 1;48(5):693–705.
201. Mimgione E. The New Urban Poverty and Underclass Introduction. Int J Urban Reg Res. 1993;17(3):24–326.

202. Şengül T, Ersoy M. Kentsel Yoksulluk ve Geçinme Stratejileri- Ankara Örneği. Ankara: ODTÜ Yayınları; 2000.
203. Şahin H, Çiçek Z. Yoksulların Kendi Öznel Durumları ile ilgili Farkındalıklarına Dair Bir Alan Çalışması: Denizli ili Örneği. Beykent Üniversitesi Sos Bilim Derg. 2015;8(1):48–74.
204. ÇALIŞKAN Z, SAYKILI S. İl Sağlık Müdürlüğü Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Antropometrik Ölçümlerinin Belirlenmesi. Ankara Sağlık Bilim Derg [Internet]. 2020 Dec 30 [cited 2022 Jul 4];9(2):1–12. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ausbid/issue/59001/769912>
205. Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring Social Class in US Public Health Research: Concepts, Methodologies, and Guidelines. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publhealth.18.1.341> [Internet]. 2003 Nov 28 [cited 2022 Jul 6];18:341–78. Available from: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.publhealth.18.1.341>
206. Robbins D. The Origins, Early Development And Status Of Bourdieu's Concept Of Cultural Capital. Br J Sociol. 2005;56(1):13–31.
207. Altan F, Biçer EB. Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Çalışan Sağlık Personelinin Finansal Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi: Sivas İli Örneği. BMİJ. 2017;5(2).
208. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Smith GD. Indicators of socioeconomic position (part 1). J Epidemiol Community Health [Internet]. 2006 Jan [cited 2022 Jul 6];60(1):7–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16361448/>
209. Macintyre S, Ellaway A, Der G, Ford G, Hunt K. Do housing tenure and car access predict health because they are simply markers of income or self esteem? A Scottish study. J Epidemiol Community Heal [Internet]. 1998 Oct 1 [cited 2022 Jul 6];52(10):657–64. Available from: <https://jech.bmj.com/content/52/10/657>
210. Asthana S, Halliday J, Brigham P. Rural deprivation and service need: a review of the literature and an assessment of indicators for rural service planning. South West Public Heal Obs. 2002;
211. HANÇER A. Kentsel Feminizm Perspektifinden Kadınların Kent Alanındaki Görünürlüğü | Noticability of Women in City in Perspective of Urban Feminism. Mediterr J Gend Women's Stud [Internet]. 2021 Nov 30 [cited 2022 Jul 4];4(2):230–43. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/ktc/issue/65987/953298>
212. Kaypak Ş. Toplumsal Cinsiyet Bakış Açısından Kente Bakmak. Niğde

- Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg [Internet]. 2014 [cited 2022 Jul 4];7(1). Available from:
<https://dergipark.org.tr/en/pub/niguiibfd/issue/19754/211474>
213. Çamkerten S, Tatar A, Saltukoğlu G. Sağlık Çalışanlarının Stres Düzeylerinin İncelenmesi. Sağlık Akad Derg. 2020;7(4):257–65.
 214. AKBOLAT M, IŞIK O. Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik düzeyleri: Bir Kamu Hastanesi Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg. 2008;
 215. Devlet Memurları Kanunu. Kanun no: 657 23.07.1965 tarihli 12056 sayılı Resmi Gazete;
 216. Sağlık Personelinin Tazminat Ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun. Kanun No: 2368 31.12.1980 tarihli, 17207 sayılı Resmi Gazete;
 217. İş Kanunu. Kanun No: 4857 10.06.2003 tarihli 25134 sayılı Resmi Gazete;
 218. TTB. Avrupa Mahkemesi hekimlerin çalışma saatlerini yeniden düzenledi: Her şey dahil; 48 saat. 2004; Available from:
<https://www.ttb.org.tr/TD/TD121/25.php>
 219. Aytuğ Kanber N, Gürlek Ö, Çiçek H, Ayşe Gözlükaya U. Bir Sağlık Kurumunda Sağlık Çalışanlarının Memnuniyeti.
 220. David M, Sten K. Fatigue among clinicians and the safety of patients. N Engl J Med. 2002;347(17):1249–55.
 221. Samkoff J, Jacques C. A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on residents' performance. Acad Med. 1991;66:687–93.
 222. Hot İ, Karlıkaya E. Hekimlerin Çalışma Sürelerinin Düzenlenmesinin Etik Açısından Değerlendirilmesi. Türkiye Klin [Internet]. 2007 [cited 2022 Jul 5];15(1):39–44. Available from: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-hekimlerin-calisma-surelerinin-duzenlenmesinin-etik-acidan-degerlendirilmesi-47308.html>
 223. TTB. Türkiye'de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu Ve Etkileyen Faktörler. Türk Tabipler Birliği Yayınları. 2005.
 224. WHO. The World Health Report 2008, Primary Health Care- Now More Than Ever [Internet]. 2008. Available from:
http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf
 225. TÜİK. Ölüm Nedeni İstatistikleri-2017 [Internet]. 2018. Available from:
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620>
 226. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional,

and national age-sex specific all cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;385.

227. Adıgüzel İ, Nohutçu N, Bayrakcı H. İzmir’de Sağlık Çalışanlarının Kronik Hastalık Sıklığı ve İlişkili Faktörler. In: 3International 21National Public Health Congress, 3International 21National Public Health Congress [Internet]. 2019. Available from: <https://2019.uhsk.org/ocs236/index.php/UHsk21/UHsk/paper/view/208>
228. Bilir N. Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları. *Toplum Hekim Bülteni*. 2006;25(3).
229. House JS, Landis KR, Umberson D. Social Relationships and Health. *Science (80-)* [Internet]. 1988 [cited 2022 Jul 5];241(4865):540–5. Available from: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.3399889>
230. Mastekaasa A. Marital status, distress, and well-being: an international comparison. *J Comp Fam Stud*. 1994;25:183–206.
231. Robins L, Regier D. *Psychiatric disorders in America*. New York: Free Press; 1991.
232. Ross CE, Mirowsky J, Goldsteen K. The impact of the family on health: the decade in review. *J Marriage Fam*. 1990;1059–78.
233. Ren XS. Marital status and quality of relationships: the impact on health perception. *Soc Sci Med*. 1997;44:241–9.
234. Burman B, Margolin G. Analysis of the association between marital relationships and health problems: an interactional perspective. *Psychol Bull*. 1992;112:39–63.
235. Coyne JC, Rohrbaugh MJ, Shoham V, Sonnega JS, Nicklas JM, Cranford JA. Prognostic importance of marital quality for survival of congestive heart failure. *Am J Cardiol*. 2001 Sep 1;88(5):526–9.
236. Ewart CK, Taylor CB, Kraemer HC, Agras WS. High blood pressure and marital discord: not being nasty matters more than being nice. *Health Psychol* [Internet]. 1991 [cited 2022 Jul 5];10(3):155–63. Available from: </record/1991-33675-001>
237. Mayne TJ, O’Leary A, McCrady B, Contrada R, Labouvie E. The differential effects of acute marital distress on emotional, physiological and immune functions in maritally distressed men and women. <https://doi.org/10.1080/08870449708407405> [Internet]. 2007 [cited 2022 Jul 5];12(2):277–88. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870449708407405>

238. Broadwell SD, Light KC. Family support and cardiovascular responses in married couples during conflict and other interactions. *Int J Behav Med* 1999 6(1):40–63. Available from: https://link.springer.com/article/10.1207/s15327558ijbm0601_4
239. Svedberg P, Lichtenstein P, Pedersen NL. Age and sex differences in genetic and environmental factors for self-rated health: a twin study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* [Internet]. 2001 [cited 2022 Jul 6];56(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11316842/>
240. Kılıç M, Çetinkaya F. YOZGAT İL MERKEZİNDEKİ SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA SAĞLIK SORUNLARI GÖRÜLME DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER. *Sağlık Bilim Derg.* 2011;20(3):Sağlık Bilimleri Dergisi.
241. Engbers LH, Van Poppel MNM, Paw MCA, Van Mechelen W. The effects of a controlled worksite environmental intervention on determinants of dietary behavior and self-reported fruit, vegetable and fat intake. *BMC Public Health* [Internet]. 2006 Oct 17 [cited 2022 Jul 6];6(1):1–10. Available from: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-6-253>
242. Ferri-García R, Del Mar Rueda M, Cabrera-León A. mathematics Self-Perceived Health, Life Satisfaction and Related Factors among Healthcare Professionals and the General Population: Analysis of an Online Survey, with Propensity Score Adjustment. 2021; Available from: <https://doi.org/10.3390/math9070791>
243. Simsek H, Doganay S, Budak R, Ucku R. Relationship of socioeconomic status with health behaviors and self-perceived health in the elderly: A community-based study, Turkey. *Geriatr Gerontol Int* [Internet]. 2014 Oct 1 [cited 2022 Jul 6];14(4):960–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ggi.12166>
244. Schöllgen I, Huxhold O, Tesch-Römer C. Socioeconomic status and health in the second half of life: Findings from the German Ageing Survey. *Eur J Ageing* [Internet]. 2010 Feb 4 [cited 2022 Jul 6];7(1):17–28. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10433-010-0140-x>
245. Cheng YH, Chi I, Boey KW, Ko LSF, Chou KL. Self-rated economic condition and the health of elderly persons in Hong Kong. *Soc Sci Med.* 2002 Oct 1;55(8):1415–24.
246. Robert SA, Cherepanov D, Palta M, Dunham NC, Feeny D, Fryback DG. Socioeconomic Status and Age Variations in Health-Related Quality of Life: Results From the National Health Measurement Study. *Journals*

- Gerontol Ser B [Internet]. 2009 May 1 [cited 2022 Jul 6];64B(3):378–89. Available from: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/64B/3/378/578799>
247. Damian J, Pastor-Barriuso, R Valderrama-Gama E. Factors associated with self-rated health in older people living in institutions. 2008; 8: 5. BMC Geriatr. 2008;8(5).
 248. WHO. Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. Geneva; 2009.
 249. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması. Ankara; 2021.
 250. Kubzansky L, Berkman L, Glass T, Seeman T. Is educational attainment associated with shared determinants of health in the elderly? Findings from the MacArthur Studies of successful aging. Psychosom Med. 1998;60:578– 585.
 251. Kempen GJM, Brilman EI, Ranchor A V., Ormel J. Morbidity and quality of life and the moderating effects of level of education in the elderly. Soc Sci Med. 1999 Jul 1;49(1):143–9.
 252. Pickering G, Brunet F, Roussel M, Pastor JM. Evaluation of the offer of physical activity for the elderly in a region of France. Arch Gerontol Geriatr. 2001 Aug 1;33(1):1–6.
 253. AÇIKALIN S, Gül E. Sosyal Sınıflarda Tüketimin Sınıf Belirleyicilik Rolü. Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fak Derg. 2010;19(13):15–28.
 254. Mirowsky J, Ross C. Education, Social Status, and Health. 1st Editio. New York; 2003.
 255. Ross CE, Mirowsky J. The interaction of personal and parental education on health. Soc Sci Med. 2011 Feb 1;72(4):591–9.
 256. Bulut D, Kızıldağ D. Cinsiyet Ayrımcılığı ve Kadın İnsan Kaynakları Yöneticilerinin Kariyerleri Üzerindeki Etkileri. Yönetim ve Ekon Araştırmaları Derg. 2017;15(2):81–102.
 257. Hüseyinli N, Hüseyinli T. Çocuk Bakımının Kadın İşgücü Üzerinde Etkileri Ve Hukuki Düzenlemeler. Akdeniz İİBF Derg. 2016;1(34):108–37.
 258. Malhotra A, Warner A, Mcgonagle A, Lee-Rife S. WHAT THE EVIDENCE SHOWS Solutions to End Child Marriage Solutions to End Child Marriage. 2011 [cited 2022 Jul 12]; Available from: www.icrw.org/childmarriage
 259. Boran P, Gökçay G, Devecioğlu E, Eren T. Çocuk gelinler. Marmara Med J. 2015;26(2):58–62.

260. Demiray Ö. Evlilikte Uyumun Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi. Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2006.
261. Akpınar B, Kırılıoğlu M. Bazı Değişkenler Açısından Evlilik Uyumunun İncelenmesi ve Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutumunun Evlilik Uyumuna Etkisi. Selçuk Üniversitesi Sos Bilim Mesl Yüksekokulu Derg. 2020;23(2):736–46.
262. Güçlü Ergin N. Evli Ve Boşanmış Kişilerin Evlilik Uyumunu Ve Cinsiyetçilik Açısından Karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2008.
263. Hortaçsu N. İnsan İlişkileri. Ankara: İmge Kitabevi; 2003.
264. Erbil N, Pasinoğu T. Kadının ailede karar vermeye etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg. 2004;7(2):1–11.
265. Ayata R, Çamur G. Sosyal hizmet perspektifinden Covid-19 Pandemi Süreci ve Sosyal Sorunlara Yönelik Kriz Değerlendirmesi. Sos Polit ve Sos Hizmet Çalışmaları Dergisi,. 2020;1(1):21–38.
266. Karacan E, Gökçe S. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği ve Kadın Sağlığı. Sos Polit ve Sos Hizmet Çalışmaları Derg. 2020;1(1):39–59.
267. Kabaklı Çimen L. Bir Faktör Olarak Eğitimin Kadının Aile İçeri Kararlara Katılımı Üzerine Etkisi. Int J New Trends Arts, Sport Sci Educ [Internet]. 2012 [cited 2022 Jul 12];1(2). Available from: <http://ijtase.net/index.php/ijtase/article/view/279>
268. TÜBAKKOM. TÜRKİYE BAROLAR BİRLİĞİ KADIN HUKUKU KOMİSYONU 1. KADIN AVUKATLAR KURULTAYI [Internet]. Antalya; 2012. Available from: <http://tbbyayinlari.barobirlik.org.tr/TBBBooks/444-tubakkom.pdf#page=69>
269. TÜİK. Zaman Kullanım Araştırması, 2014-2015 [Internet]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Zaman-Kullanim-Arastirmasi-2014-2015-18627#:~:text=Gün içinde en fazla zaman,saat 44 dakika olarak görüldü.>
270. Akın A, Mihçioğur S. Kadının Statüsü ve Anne Ölümleri [Internet]. 2003. Available from: http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/kadinin_statusu_anne_olumlari.pdf
271. Lindholm C. İslami Ortadoğu-Tarihsel Antropoloji. Ankara: İmge Kitabevi; 2004.
272. Tuğrul Y. Toplumsal Cinsiyet Bağlamında Kadınların Annelik Deneyimleri Üzerine Bir Saha Çalışması. Toplum ve Kültür Araştırmaları Derg [Internet]. 2019 [cited 2022 Jul 13];3(71). Available from:

<https://dergipark.org.tr/en/pub/jscs/issue/49688/637035>

273. Arat N. Türkiye’de Kadın Olmak. 2. Basım. İstanbul: Say Yayınları,; 1996.
274. Özbay F. Dünden Bugüne Aile, Kent ve Nüfus. İstanbul: İletişim Yayınları;
275. Haris K, Melas K, Rodacker E. The impact of women’s studies courses on college students of the 1990s. *Sex Roles*. 1999;40(11–12):969–77.
276. Stake JE. Pedagogy and student change in the women’s and gender studies classroom. *Gend Educ*. 2006;18(2):199–212.
277. Özden S, Gölbaşı Z. Sağlık Çalışanlarının Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. *KOU Sag Bil Derg*. 2018;4(3):95–100.
278. World Economic Forum. Global Gender Gap Report 2021 [Internet]. 2021. Available from: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2021.pdf
279. Hoşgör H, Hoşgör Gündüz D. Sosyo-Demografik Özellikler ile Cam Tavan Sendromu Arasındaki İlişki ve Farklılıkların İncelenmesi: Sağlık Çalışanları Örneği / The Research of Relationship and Differences Between Socio-Demographic Features and Glass Ceiling Syndrome Healthcar. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg [Internet]*. 2016 [cited 2022 Jul 13];13(35):0–0. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/mkusbed/issue/24546/260001>
280. ERÇEN AE. Kadınların Cam Tavanı Aşma Stratejileri: Büyük Ölçekli Türk İşletmelerinde Bir İnceleme. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2008.
281. Karcıoğlu F, Leblebici Y. Kadın yöneticilerde kariyer engelleri: cam tavan sendromu üzerine bir uygulama. *Ankara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Derg*. 2014;28(4):1–20.
282. Tükeltürk ŞA, Perçin NŞ. Turizm sektöründe kadın çalışanların karşılaştıkları kariyer engelleri ve cam tavan sendromu: cam tavanı kırmaya yönelik stratejiler. *Yönetim Bilim Derg*. 2008;6(2):113–28.
283. PLACE RK. Power and Gender of the Crossroads: Aqualitative Examination of the Rexus of Power and Gender in Public Relation. *Prism*. 2011;8(1).
284. Namie G, Namie R. *The Bully at Work*. Source Books Inc; 2009.
285. MAYHEW C. Measuring The Extent of Impact From Occupational Violence and Bullying on Traumatized Workers. *Empl Responsib Rights J*. 2004;6(3):117–34.
286. Shallcross L, Sheehan M, Ramsay S. Workplace Mobbing: Experiences in The Public Sector. 2008;13(2):56–70.

287. KARAKUŞ H. KRALIÇE ARI SENDROMU - PEMBE TACİZ. *J Acad Soc Sci.* 2014 Jan 1;2(2):334–334.
288. Allen T., Herst DE., Bruck CS, Sutton M. Consequences associated with work to family conflict: A review and agenda for future research. *Occup Heal Psychol.* 2000;5(2):278–308.
289. Bhowon U. Role salience, work-family conflict and satisfaction of dual-earner couples. *J Bus Stud Q.* 2013;5(2):78–90.
290. Mizrahi R, Aracı H. Kadın yöneticiler ve cam tavan sendromu üzerine bir araştırma. *Organ ve Yönetim Bilim Derg.* 2010;2(1):149–56.
291. Daher M. Patient Rights. *Encycl Glob Bioeth* [Internet]. 2016 [cited 2022 Jul 13];2165–72. Available from: https://link.springer.com/10.1007/978-3-319-09483-0_329
292. Hasta Hakları Yönetmeliği. 23420 Resmi Gazete;
293. Altuner İ. Hipokrat Yemini. *Iğdır Üniversitesi Sos Bilim Derg* [Internet]. 2015 [cited 2022 Jul 13];7(1):1–7. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/igdirsosbilder/issue/66812/1044838>
294. Wamala S. Gender inequity and public health. *Eur J Public Heal.* 2002;12(3):163–5.
295. Inhorn M, Whittle K. Feminism meets the “new” epidemiologies: toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women’s health. *Soc Sci Med.* 2001;53(5):553–67.
296. Şavran T. Sağlıkta Toplumsal Cinsiyet Eşitsizlikleri: Eskişehir’de Kırsal ve Kentsel Alanlarda Kadın Sağlığı. *Fe J Fem Crit Dergi Fem Elestiri.* 2014;6(1):98–116.
297. Doyal L. Gender equity in health. *N S W Public Heal Bull.* 2000;11(2):11.
298. Verdonk P, Benschop Y, De Haes H, Lagro-Janssen T. From gender bias to gender awareness in medical education. *Adv Heal Sci Educ.* 2009;14(1):135–52.
299. Foss C, Sundby J. The construction of the gendered patient: Hospital staff’s attitudes to female and male patients. *Patient Educ Couns.* 2003;49(1):45–52.
300. Verdonk P. *Gender Matters in Medical Education: Integrating a gender perspective in medical curricula.* Amsterdam; 2007.
301. Govender V, Penn-Kekana L. Gender biases and discrimination : a review of health care interpersonal interactions. *Glob public Heal.* 2008;3(1):90–103.

302. Celik HH, Klinge II, Van Der Weijden TT, Widdershoven GGAM, Lagro-Janssen TALM. Gender sensitivity among general practitioners: Results of a training programme. BMC Med Educ [Internet]. 2008 Jun 26 [cited 2022 Jul 13];8(1):1–6. Available from: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-8-36>
303. Blanchard J, Lurie N. Patient Reports of Disrespect In The Health Care Setting and Its Impact On Care. J Fam Pract. 2004;53(9):721– 30.
304. Zeyneloğlu S, Terzioğlu F. Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeğinin geliştirilmesi ve psikometrik özellikleri. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg. 2011;40:409–20.
305. Gözütok FD, Toraman Ç, Acar-Erdol T. Toplumsal cinsiyet eşitliği ölçeğinin (Tceö) geliştirilmesi. Elem Educ Online [Internet]. 2017 Apr 21 [cited 2021 Jun 2];16(3):1036–48. Available from: <http://ilkogretim-online.org.tr>
306. Demirkoparan B. Hemşirelerin Toplumsal Cinsiyet Algısının Lezbiyen ve Gaylere Yönelik Tutumlarına Etkisi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.
307. Özpulat F. Üniversite Öğrencilerinin Öz Yeterlilik Düzeyi ile Toplumsal Cinsiyet Algısı İlişkisi; Beyşehir örneği. Int J Hum Sci. 2016;13(1):1222–32.
308. Kul U, Karahan N. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Cinsiyet Rollerini, Toplumsal Cinsiyet Algısı ve Şiddet Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İnsan ve Toplum Bilim Araştırmaları Derg. 2016;5(8):2882–905.
309. Gönenç İM, Topuz Ş, Yılmaz Sezer N, Yılmaz S, Büyükkayacı Duman N. Toplumsal Cinsiyet Dersinin Toplumsal Cinsiyet Algısına Etkisi. Ankara Sağlık Bilim Derg. 2018;7(1):22–9.
310. Altuntaş O, Altınova H. Toplumsal Cinsiyet Algısı ile Sosyoekonomik Değişkenler Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Int Period Lang Lit Hist Turkish or Turkic. 2015;10(6):83–100.
311. Kadir Has Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Araştırma Merkezi. Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Algısı Araştırması (2020) [Internet]. 2020 [cited 2022 Jul 14]. Available from: <https://dspace.ceid.org.tr/xmlui/handle/1/324>
312. Dokudan Dinç EY. İstanbul’da Bir İlçede Toplumsal Cinsiyet Algısının Araştırılması. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.
313. Çiftçi S. 20-65 Yaş Arası Kişilerin Toplumsal Cinsiyet Algısı ve Etkileyen Faktörler: Mardin Örneği. Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;

2018.

314. Kılıç FMŞ. Evli Kadınların Psikolojik İyi oluş Düzeylerinde Toplumsal Cinsiyet Rollerini, Algılanan Sosyal Destek ve Eş Desteği Etkisinin Bazı Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi; 2021.
315. Öztürk A. Üniversite Öğrencisi Kadın Ve Erkeklerin Toplumsal Cinsiyet Algısının Anksiyete Ve Öfke Düzeyleri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ; 2018.
316. Yılmaz D, Zeyneloğlu S, Kocaöz S, Kısa S, Taşkın L, Eroğlu K. Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin görüşleri. Uluslararası İnsan Bilim Derg. 2009;6(1):775–92.
317. Bekleviç Çelik A. Bir Üniversite Hastanesi Araştırma Görevlilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği ve Çalışma Yaşamında Toplumsal Cinsiyet Rollerini Algısının Değerlendirilmesi. İnter Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.
318. Seyitoğlu D, Güneş G, Gökçe A. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının belirlenmesi. Med Sci. 2015;5(1):102–16.
319. Üniversitesi D, Bilimleri S, Dergisi E, Dü /, Bil S, Derg E, et al. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Tutumlarının İncelenmesi. J Duzce Univ Heal Sci Inst [Internet]. 2020 May 31 [cited 2022 Jul 14];10(2):164–71. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/duzcesbed/issue/54269/534403>
320. Zhang N. Gender role egalitarian attitudes among Chinese college students. Sex Roles. 2006;55(7–8):545–53.
321. Kimberly AM. The Gendering Of Adolescents' Childbearing And Educational Plans: Reciprocal Effects And The Influence of Social Context. Sex Roles. 2002;11(46):403–17.
322. Baydur H, Uçan G, Şeker D, Özpınar S, Gerçeklioğlu G, Horosan GD. Manisa Kent Merkezinde Yaşayan Yetişkinlerde Toplumsal Cinsiyet Tutumunun Değerlendirilmesi: Yöntem ve Temel Bulgular. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg. 2016;3(1):126–33.
323. Uzun Z, Erdem S, Güç K, Uzun A, Erdem E. Toplumsal Cinsiyet Algısı ve Toplumsal Cinsiyet Rollerine Eğitimin Etkisi: Deneysel Bir Çalışma. "The effect of education on gender perception and gender role attitudes: An experimental study." 14(1), 678-693. J Hum Sci. 2017;14(1):678–93.
324. Engin Demir C, Kılıç A, Çalışkan B, Hanbay Çakır E, Güney Kahraman, N Özbek Ü. Okulların Toplumsal Cinsiyete Duyarlılık Açısından

- Değerlendirilmesi. Eğitimde Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin Geliştirilmesi Projesi (Başlangıç Durum Değerlendirilmesi ve İhtiyaç analizi Raporu). Ankara; 2016.
325. Kodan S. Evli Bireylerin Evlilik Kalitesi Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları ve Yaşam Doyumları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2013.
326. Hoffman L, Kloska D. Parents' gender-based attitudes toward marital roles and child rearing: Development and validation of new measures. *Sex Roles*. 1995;32(5-6):273-95.
327. Öngen B, Aytaç S. Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları ve yaşam değerleri ilişkisi. *Sosyol Konf*. 2013;48(2):1-18.
328. Dinç A, Çalışkan C. Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Bakış Açıları. *J Hum Sci*. 2016;13(3):3671-83.
329. Aylaz RG. Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rolüne Yönelik Görüşleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg*. 2014;23(5):183-9.
330. Dökmen ZY. Toplumsal Cinsiyet. İstanbul: Sistem Yayıncılık; 2004.
331. Antill J, Cunningham J, Cotton S. Gender-Role Attitudes İn Middle Childhood: İn What Ways Do Parents Influence Their Children? *Aust J Psychol*. 2003;55:148-53.
332. Carine T, Ex Jan J, Janssens M. Maternal Influences on Daughters' Gender Role Attitudes. *Sex Roles*. 1998;38(3):171-86.
333. Başçı B, Giray S. Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlarının Çok Değişkenli İstatistiksel Tekniklerle Analizi. *J Life Econ*. 2016;3(4):117-42.
334. Davis S. Gender İdeology Construction From Adolescence to Young Adulthood. *Soc Sci Res*. 2007;36:1021-41.
335. Fan P, Marini M. Influences on Gender-Role Attitudes During The Transition to Adulthood. *Soc Sci Res*. 2000;29:258-83.
336. Dinç E. İstanbul'da Bir İlçede Toplumsal Cinsiyet Algısının Araştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.
337. Çıtak A. Kadınların çalışmasına yönelik tutum: Cinsiyet, cinsiyet rolü ve sosyoekonomik düzeye göre bir karşılaştırma. T.C. Ankara Üniversitesi; 2008.
338. Gökçay G. Kadınların Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.
339. Petek Çetinkol H. Hemşirelerin Toplumsal Cinsiyet Algısının Evlilikte

Kadına Yönelik Fiziksel Şiddete İlişkin Görüşlerine Etkisi. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.

340. Awano N, Oyama N, Akiyama K, Inomata M, Kuse N, Tone M, et al. Anxiety, Depression, and Resilience of Healthcare Workers in Japan During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak. *Intern Med.* 2020;59:2693–9.
341. Motahedi S, Aghdam NF, Khajeh M, Baha R. Anxiety and depression among healthcare workers during COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Heliyon.* 2021 Dec;7(12):e08570.
342. Jagiasi BG, Chanchalani G, Nasa P, Tekwani S. Impact of COVID-19 Pandemic on the Emotional Well-being of Healthcare Workers: A Multinational Cross-sectional Survey. *Indian J Crit Care Med.* 2021;25(5):499.
343. Garrouste-Orgeas M, Perrin M, Soufir L, Vesin A, Blot F, Maxime V, et al. The Iatref study: medical errors are associated with symptoms of depression in ICU staff but not burnout or safety culture. *Intensive Care Med.* 2015 Feb;41(2):273–84.
344. Sasaki N, Kuroda R, Tsuno K, Kawakami N. The deterioration of mental health among healthcare workers during the COVID-19 outbreak: A population-based cohort study of workers in Japan. *Scand J Work Environ Health.* 2020;46(6):639–44.
345. Katsuta N, Ito K, Fukuda H. Elevated depressive symptoms among newer and younger healthcare workers in Japan during the COVID-19 pandemic. *Neuropsychopharmacol Reports [Internet].* 2021 Dec 1 [cited 2022 Jul 15];41(4):544–7. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/npr2.12217>
346. Li X yang, Guo Y song, Lu W jun, Wang S jü, Chen K. [Association between social psychological factors and depressive symptoms among healthcare workers]. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi [Internet].* 2006 Aug 1 [cited 2022 Jul 15];24(8):454–7. Available from: <https://europepmc.org/article/med/16978508>
347. Demiral Y, Akvardar Y, Ergör A, Ergör G. Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerde İş Doyumunun Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerine Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2006;20(3):157–64.
348. KATI S, DURAK VA, AYDIN ŞA. ACİL SERVİSTE ÇALIŞMAKTA OLAN HEKİMLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE DEPRESYON OLASILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg [Internet].* 2020 Apr 11 [cited 2022 Jul 15];29(2):131–6. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sted/issue/53712/572372>

349. Polat Z. Hekimlerde Yaşam Kalitesi, Tükenmişlik ve Etki Eden Faktörler. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; 2018.
350. Taştan K, Öztekin C, Kaya A, Demirhan Bİ, Üniversitesi A, Fakültesi T, et al. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışanların Depresyon Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Ankara Med J.* 2016;16(4):354–60.
351. Başpınar R, Cihan F, Kutlu R. Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Hekimlerde Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Derg.* 2016;7(25):1–9.
352. Kayahan B. On Beş-Kırk Dokuz Yaşları Arasındaki Kadınlarda Depresyon Prevalansı ve Depresyon Şiddeti İle Risk Faktörleri Arasındaki İlişki 2003; 4:208-219 218. *Anadolu Psikiyatr Derg.* 2003;4:208–19.
353. Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK. Adolescent Onset of the Gender Difference in Lifetime Rates of Major Depression: A Theoretical Model. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2000 Jan 1 [cited 2022 Jul 15];57(1):21–7. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/481554>
354. Bijl R, De Graaf R, Ravelli A, Smit F, Vollebergh A. Gender and age-specific first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002 378 [Internet]. 2014 Feb 3 [cited 2022 Jul 15];37(8):372–9. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-002-0566-3>
355. Leach LS, Christensen H, Mackinnon AJ, Windsor TD, Butterworth P. Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: The role of psychosocial mediators. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2008 Jun 23 [cited 2022 Jul 15];43(12):983–98. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-008-0388-z>
356. Bebbington PE, Dunn G, Jenkins R. The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. *Psychol Med* [Internet]. 1998 Jan [cited 2022 Jul 15];28(1):9–19. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/influence-of-age-and-sex-on-the-prevalence-of-depressive-conditions-report-from-the-national-survey-of-psychiatric-morbidity/BB4F73D799657CEE6101B3D7278712DF>
357. Oldehinkel AJ, Bouma EMC. Sensitivity to the depressogenic effect of stress and HPA-axis reactivity in adolescence: A review of gender differences. *Neurosci Biobehav Rev.* 2011 Aug 1;35(8):1757–70.
358. Solomon MB, Herman JP. Sex differences in psychopathology: Of

gonads, adrenals and mental illness. *Physiol Behav.* 2009 May 25;97(2):250–8.

359. Faravelli C, Alessandra Scarpato M, Castellini G, Lo Sauro C. Gender differences in depression and anxiety: the role of age. *Psychiatry Res* [Internet]. 2013 Dec 30 [cited 2022 Jul 15];210(3):1301–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24135551/>
360. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord.* 2020 Dec 1;277:55–64.
361. Kaygısız A, Alkın T. Konversiyon bozukluğundaki ruhsal bozukluk eş tanılarının değişkenlerle ilişkisi. *Türk Psikiyatr Derg.* 1999;10:40–9.
362. Kastro R, Kozacıoğlu G. Evlilik uyumu ve depresyon. In: 9 Anadolu Psikiyatri Günleri. 2000. p. 663–9.
363. Williams K. Has the future of marriage arrived? A contemporary examination of gender, marriage, and psychological well-being. *J Health Soc Behav.* 2003;44(4):470–87.
364. Simon RW. Revisiting the Relationships among Gender, Marital Status, and Mental Health1. <https://doi.org/10.1086/339225> [Internet]. 2015 Jul 17 [cited 2022 Jul 16];107(4):1065–96. Available from: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/10.1086/339225>
365. Marks NF, Lambert JD. Marital Status Continuity and Change Among Young and Midlife Adults: Longitudinal Effects on Psychological Well-Being. <http://dx.doi.org/10.1177/019251398019006001> [Internet]. 2016 Jun 30 [cited 2022 Jul 16];19(6):652–86. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/019251398019006001>
366. Ialongo N, McCreary B, Pearson J. Major depressive disorder in a population of urban, African-American young adults: prevalence, correlates, comorbidity and unmet mental health service need. *J Affect Dis.* 2004;79:127–36.
367. Özyurt B, Deveci A. Manisa’da Kırsal Bir Bölgedeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Depresif Belirti Yaygınlığı ve Aile İçi Şiddetle İlişkisi. *Türk Psikiyatr Derg.* 2011;22(1):10–6.
368. Madeni İ. Bir İlçede 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Depresyon ve Anksiyete Belirtileri Sıklığı İle İlişkili Risk Etmenleri. *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi;* 2016.
369. Cacioppo J, Hughes M, Waite L, Hawkley L, Thisted R. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging.* 2006;21:140–51.

370. Chalise HN, Saito T, Takahashi M, Kai I. Relationship specialization amongst sources and receivers of social support and its correlations with loneliness and subjective well-being: A cross sectional study of Nepalese older adults. *Arch Gerontol Geriatr.* 2007 May;44(3):299–314.
371. Arslantaş H, Ergin F. 50-65 Yaş Arasındaki Bireylerde Yalnızlık, Depresyon, Sosyal Destek ve Etki Eden Faktörler. *Turkish J Geriatr.* 2011;14(2):135–44.
372. Kingston PW, Hubbard R, Lapp B, Schroeder P, Wilson J. Why education matters. *Sociol Educ.* 2003;76(1):53–70.
373. Hyman HH, Wright CR. Reed The enduring effects of education. Chicago: University of Chicago Press; 1976.
374. Pearlin LI, Lieberman MA, Menaghan EG, Mullan JT. The stress process. *J Health Soc Behav.* 1981;22(4):337–56.
375. Ross CE, Van Willigen M. Education and the Subjective Quality of Life. *J Health Soc Behav.* 1997;38(3):275–97.
376. Mirowsky J, Ross CE. Education, learned effectiveness and health. *London Rev Educ [Internet].* 2005 Nov 1 [cited 2022 Jul 6];3(3):205–20. Available from: <https://www.scienceopen.com/hosted-document?doi=10.1080/14748460500372366>
377. Seeman M, Lewis S. Powerlessness, health and mortality: A longitudinal study of older men and mature women. *Soc Sci Med.* 1995 Aug 1;41(4):517–25.
378. Mirowsky J, Ross CE. Education, Personal Control, Lifestyle and Health: A Human Capital Hypothesis. <http://dx.doi.org/10.1177/0164027598204003> [Internet]. 2016 Aug 19 [cited 2022 Jul 6];20(4):415–49. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0164027598204003>
379. Kaufman J. Whad'Ya Know? Another View on Cultural Literacy. *Epidemiology.* 2002;13(5):500–3.
380. Kelleher J. Cultural Literacy and Health. *Epidemiology.* 2002;13(5):497–500.
381. Husain N, Gater R, Tomenson B, Creed F. Social factors associated with chronic depression among a population-based sample of women in rural Pakistan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004 Aug;39(8):618–24.
382. Nicholson A, Pikhart H, Pajak A. Socio-economic status over the life-course and depressive symptoms in men and women in Eastern Europe. *J Affect Disord [Internet].* 2008 Jan [cited 2022 Jul 16];105(1–3):125–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17561267/>

383. Kalaycıoğlu S, Çelik K, Çelen Ü, Türkyılmaz S. Temsili Bir Örneklemede Sosyo-Ekonomik Statü (SES) Ölçüm Aracı Geliştirilmesi: Ankara Kent Merkezi Örneği. *Turkey J Sociol Res*. 2009;(13).
384. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. *Soc Sci Med [Internet]*. 2004 Oct [cited 2022 Jul 16];59(7):1339–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15246165/>
385. Link BG, Lennon MC, Dohrenwend BP. Socioeconomic Status and Depression: The Role of Occupations Involving Direction, Control, and Planning. <https://doi.org/10.1086/230192> [Internet]. 2015 Oct 15 [cited 2022 Jul 16];98(6):1351–87. Available from: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/10.1086/230192>
386. Ritsher JEB, Warner V, Johnson JG, Dohrenwend BP. Inter-generational longitudinal study of social class and depression: a test of social causation and social selection models. *Br J Psychiatry Suppl [Internet]*. 2001 [cited 2022 Jul 16];40(SUPPL. 40). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11315232/>
387. Çetin İ, Bilici M, Bekaroğlu M. Sağlık ocaklarına başvuran hastalarda depresyon yaygınlığı ve depresyonun sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. In: 35 Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslar Arası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu. Trabzon; 1999.
388. Murphy H, Wittkower E, Chance N. Crosscultural inquiry into the symptomatology of depression: A preliminary report. , 3: 6-15. *Int J Psychiatry*. 1967;3:6–15.
389. Bagley C. Occupational class and symptoms of depression. *Soc Sci Med*. 1973 May 1;7(5):327–40.
390. Bebbington PE. The epidemiology of depressive disorder. *Cult Med Psychiatry [Internet]*. 1978 Dec [cited 2022 Jul 16];2(4):297–341. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/569567/>
391. Farooq S, Khan T, Zaheer S, Shafique K. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and their association with multimorbidity and demographic factors: a community-based, cross-sectional survey in Karachi, Pakistan. *BMJ Open*. 2019 Nov 1;9(11).
392. Firth-Cozens J. Depression in doctors. In: Robertson M, Katona C, editors. *Depression and physical illness*. New York: John Wiley & Sons Ltd; 1997. p. 95–111.
393. Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *BMJ Br Med J*

- [Internet]. 1994 Nov 11 [cited 2022 Jul 16];309(6964):1261. Available from: [/pmc/articles/PMC2541798/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15255497/)
394. Calnan M, Wainwright D, Wadsworth E, Smith A, May M. Job strain, effort-reward imbalance, and stress at work: competing or complementary models? *Scand J Public Health* [Internet]. 2004 [cited 2022 Jul 16];32(2):84–93. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15255497/>
395. Gamperiene M, Nygård JF, Brage S, Bruusgaard D, Bjerkedal T. Duration of employment is not a predictor of disability of cleaners: A longitudinal study. *Scand J Public Health* [Internet]. 2003 Sep 5 [cited 2022 Jul 16];31(1):63–8. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1080/14034940210133898>
396. Woods V, Buckle P. Musculoskeletal ill health amongst cleaners and recommendations for work organisational change. *Int J Ind Ergon*. 2006 Jan 1;36(1):61–72.
397. Wolkoff P, Schneider T, Kildesø J, Degerth R, Jaroszewski M, Schunk H. Risk in cleaning: chemical and physical exposure. *Sci Total Environ*. 1998 Apr 23;215(1–2):135–56.
398. Gamperiene M, Nygård JF, Sandanger I, Wærsted M, Bruusgaard D. The impact of psychosocial and organizational working conditions on the mental health of female cleaning personnel in Norway. *J Occup Med Toxicol* [Internet]. 2006 Nov 1 [cited 2022 Jul 16];1(1):1–10. Available from: <https://occup-med.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-6673-1-24>
399. Naldan M, Karayağmurlu A, Yayık M, Arı M. Ameliyathanede Çalışan Sağlık Profesyonellerinde Tükenmişlik, İş Doyumu ve Depresyon. *Selcuk Med J* [Internet]. 2019 [cited 2022 Jul 15];35(3):152–8. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-7492-1975>
400. Erol A, Saricicek A, Gülseren S. Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyum ve depresyonla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2007;8(4):241.
401. Geniş B, Cosar B, Taner ME. Sağlık çalışanlarında ruhsal durumu etkileyen faktörler ve vardiyalı çalışma sisteminin etkileri. *J Psychiatr Nurs*. 2020;11(4):275–83.
402. Zamanian Ardekani Z, Kakooei H, Ayattollahi SMT, Choobineh A, Nasle Seraji G. Prevalence of mental disorders among shift work hospital nurses in Shiraz, Iran. *Pakistan J Biol Sci PJBS* [Internet]. 2008 [cited 2022 Jul 16];11(12):1605–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18819649/>
403. Nishitani N, Kawasaki Y, Sakakibara H. Insomnia affects future

- development of depression in workers: a 6-year cohort study. *Nagoya J Med Sci.* 2019;81(4):637.
404. Oğuzhanoğlu N. Tıbbi durumlar ve depresyon. *Duygudurum Bozuklukları ve Depresyon.* 2001;3:116–25.
405. Ahlström G. Experiences of loss and chronic sorrow in persons with severe chronic illness. *J Clin Nurs [Internet].* 2007 Mar [cited 2022 Jul 17];16(3A):76–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17518872/>
406. Pier C, Shandley KA, Fisher JL, Burstein F, Nelson MR, Piterman L. Identifying the health and mental health information needs of people with coronary heart disease, with and without depression. *Med J Aust [Internet].* 2008 [cited 2022 Jul 17];188(S12). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18558916/>
407. Knowles SE, Chew-Graham C, Adeyemi I, Coupe N, Coventry PA. Managing depression in people with multimorbidity: A qualitative evaluation of an integrated collaborative care model. *BMC Fam Pract.* 2015;16(1).
408. Cabassa LJ, Hansen MC, Palinkas LA, Ell K. Azúcar y nervios: explanatory models and treatment experiences of Hispanics with diabetes and depression. *Soc Sci Med [Internet].* 2008 Jun [cited 2022 Jul 17];66(12):2413–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18339466/>
409. Kutlu R, Civi S, Karaoglu O. The Assessment of Quality of Life and Depression Among Police Officers. *Turkiye Klin J Med Sci.* 2009;29(1):8–15.
410. Hardeveld F, Spijker J, De Graaf R, Nolen WA, Beekman ATF. Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatr Scand [Internet].* 2010 Sep [cited 2022 Jul 17];122(3):184–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20003092/>
411. Ten Doesschate MC, Bockting CLH, Koeter MWJ, Schene AH. Prediction of recurrence in recurrent depression: a 5.5-year prospective study. *J Clin Psychiatry [Internet].* 2010 Aug [cited 2022 Jul 17];71(8):984–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20797379/>
412. Richards D, Sanabria AS. Point-prevalence of depression and associated risk factors. *J Psychol [Internet].* 2014 May 1 [cited 2022 Jul 17];148(3):305–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24839729/>
413. Yilmaz Karabulutlu E, Akyil R, Karaman S, Karaca M, Bilimleri Fakültesi S,

Bölümü H, et al. Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi Investigation of sleep quality and psychological problems in cancer caregivers Atatürk Üniversitesi. Türk Onkol Derg. 2013;28(1):1–9.

414. SOFTA HK, ÇELİK A, BAŞBİLEN H. KEMOTERAPİ ALAN HASTA YAKINLARINDA DEPRESYON. Sağlık Akad Kastamonu [Internet]. 2016 Dec 29 [cited 2022 Jul 17];1(1):56–70. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/sak/issue/26817/259436>
415. Sullivan PF, Wells JE, Joyce PR, Bushnell JA, Mulder RT, Oakley-Browne MA. Family history of depression in clinic and community samples. J Affect Disord [Internet]. 1996 Oct 14 [cited 2022 Jul 17];40(3):159–68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8897115/>
416. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington HL, et al. Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science (80-) [Internet]. 2003 Jul 18 [cited 2022 Jul 17];301(5631):386–9. Available from: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.1083968>
417. Kendler KS. Twin Studies of Psychiatric Illness: An Update. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2001 Nov 1 [cited 2022 Jul 17];58(11):1005–14. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/481844>
418. Prescott CA, Aggen SH, Kendler KS. Sex Differences in the Sources of Genetic Liability to Alcohol Abuse and Dependence in a Population-Based Sample of U.S. Twins. Alcohol Clin Exp Res [Internet]. 1999 Jul 1 [cited 2022 Jul 17];23(7):1136–44. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1530-0277.1999.tb04270.x>
419. Wurtman RJ. Genes, stress, and depression. Metabolism. 2005 May 1;54(5):16–9.
420. Zuccala G, Carbonin P, Yaretsky A, Arzi T, Meir Hospital Kefar Saba M, Ashkenazi E. THE IMPACT OF DEPRESSION ON SELF-PERCEIVED HEALTH STATUS. J Am Geriatr Soc [Internet]. 1995 Feb 1 [cited 2022 Jul 17];43(2):198–9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1532-5415.1995.tb06393.x>
421. Ali FA, Israr SM, Ali BS, Janjua NZ. Association of various reproductive rights, domestic violence and marital rape with depression among Pakistani women. BMC Psychiatry [Internet]. 2009 Dec 1 [cited 2022 Jul 16];9(1):1–13. Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-9-77>
422. Sarımurat N. Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Evli Kadınlar ve Ortak

- Özellikleri. *Nöro Psikiyatir Arşivi*. 1993;30:302–8.
423. Kanburpğlu B. Evli Kadınlarda Evlilik Yaşı ve Evlenme Biçiminin Evlili Doyumu ve Depresyon Düzeyine Olan Etkisi. Işık Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi,; 2019.
424. Ho-Yen SD, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, Bjorvatn B. Factors associated with depressive symptoms among postnatal women in Nepal. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(3):291–7.
425. Özcan M, Berkiten Ergin A, Acar Z. Türkiye’de Cinsel ve Üreme Hakları: Genel Bir Bakış. *Kocaeli Üniversitesi Sos Bilim Derg [Internet]*. 2013 [cited 2022 Jul 16];26:122–36. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kosbed/issue/25693/271150>
426. O’Campo P, Eaton WW, Muntaner C. Labor market experience, work organization, gender inequalities and health status: results from a prospective analysis of US employed women. *Soc Sci Med [Internet]*. 2004 [cited 2022 Jul 16];58(3):585–94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14652054/>
427. Manzoor K. An Attempt to Measure Female Status in Pakistan and its Impact on Reproductive Behaviour. *Pak Dev Rev [Internet]*. 1993 [cited 2022 Jul 16];32:917–27. Available from: https://www.jstor.org/stable/41259706#metadata_info_tab_contents
428. WHO. Mental Health Aspects of Women’s Reproductive Health:A global review of the literature [Internet]. Geneva; 2009 [cited 2022 Jul 16]. Available from: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=6gF4bHe3dWoC&oi=fnd&pg=PP2&ots=NvnpzKvkrO&sig=XOLK6gJSohVcsiLxaB3xC05EXXY&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
429. Bottomore T, Nisbet R. *Sosyolojik Çözümleme Tarihi*, V Yayınları, Ankara. Ankara: Kırmızı Yayınları; 1990.
430. Parker G, Brotchie H. Gender differences in depression. *Int Rev Psychiatry [Internet]*. 2010;22(5):429–36. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=iirp20>
431. Park AL, Fuhrer R, Quesnel-Vallée A. Parents’ education and the risk of major depression in early adulthood. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]*. 2013 Nov 10 [cited 2022 Jul 16];48(11):1829–39. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-013-0697-8>
432. Reynolds JR, Ross CE. Social Stratification and Health: Education’s Benefit Beyond Economic Status and Social Origins. *Soc Probl [Internet]*. 1998 May 1 [cited 2022 Jul 16];45(2):221–47. Available from: <https://academic.oup.com/socpro/article/45/2/221/1641844>

433. Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka SL. Socio-economic status, family disruption and residential stability in childhood: Relation to onset, recurrence and remission of major depression. *Psychol Med*. 2003 Nov;33(8):1341–55.
434. Elovainio M, Pulkki-Råback L, Jokela M, Kivimäki M, Hintsanen M, Hintsanen T, et al. Socioeconomic status and the development of depressive symptoms from childhood to adulthood: A longitudinal analysis across 27 years of follow-up in the Young Finns study. *Soc Sci Med*. 2012 Mar;74(6):923–9.
435. Power C, Atherton K, Strachan DP, Shepherd P, Fuller E, Davis A, et al. Life-course influences on health in British adults: effects of socio-economic position in childhood and adulthood. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2007 Jun [cited 2022 Jul 16];36(3):532–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17255345/>
436. Chen Y, Li H. Mother's education and child health: is there a nurturing effect? *J Health Econ* [Internet]. 2009 Mar [cited 2022 Jul 16];28(2):413–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19058866/>
437. Mossakowski KN. Dissecting the Influence of Race, Ethnicity, and Socioeconomic Status on Mental Health in Young Adulthood: <http://dx.doi.org/10.1177/0164027508322693> [Internet]. 2008 Sep 10 [cited 2022 Jul 16];30(6):649–71. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0164027508322693>
438. Melchior M, Moffitt TE, Milne BJ, Poulton R, Caspi A. Why do children from socioeconomically disadvantaged families suffer from poor health when they reach adulthood? A life-course study. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2007 Oct [cited 2022 Jul 16];166(8):966–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17641151/>
439. Kuh D, Ben-Schlomo Y. A life course approach to chronic disease epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 2004.
440. Parker G. Parental Characteristics in Relation to Depressive Disorders. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1979 [cited 2022 Jul 16];134(2):138–47. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/parental-characteristics-in-relation-to-depressive-disorders/568B1EEBF250E366C3473B2E30BF7306>
441. Bowlby J. The Making and Breaking of Affectional Bonds: I. Aetiology and Psychopathology in the Light of Attachment Theory. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1977 [cited 2022 Jul 16];130(3):201–10. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/making-and-breaking-of-affectional-bonds/12BE02CC4F59067D79FC64534E36FC5E>

442. Gerlsma C, Emmelkamp PMG, Arrindell WA. Anxiety, depression, and perception of early parenting: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 1990 Jan 1;10(3):251–77.
443. Parker G, Hadzi-Pavlovic D, Greenwald S, Weissman M. Low parental care as a risk factor to lifetime depression in a community sample. *J Affect Disord.* 1995 Mar 14;33(3):173–80.
444. Aker A. 1999 Marmara Depremleri: Epidemiyolojik Bulgular ve Toplum Ruh Sağlığı Uygulamaları Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyat Derg [Internet].* 2006 [cited 2022 Jul 16];17(3):204–12. Available from: <https://studylibr.com/doc/1073238/1999-marmara-depremleri--epidemiyolojik-bulgular-ve-toplu...>
445. Takeuchi H, Hiroe T, Kanai T, Morinobu S, Kitamura T. Childhood parental separation experiences and depressive symptomatology in acute major depression. *Psychiatry Clin Neurosci [Internet].* 2003 Apr [cited 2022 Jul 16];57(2):215–9. Available from: /record/2003-02305-012
446. Straus MA. Physical violence in American families : risk factors and adaptations to violence in 8,145 families [Internet]. New Brunswick [N.J.], U.S.A.: Transaction Publishers; 1990. Available from: <https://archive.org/details/physicalviolence0000stra>
447. Ünal S, Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyat Derg.* 2000;1(1):41–8.
448. Kessler R, Mcgonagle K, Swartz M. Sex and Depression İn The National Comorbidity Survey. 1: Lifetime Prevalence, Chronicity And Recurrence. *J Affect Disord.* 1993;29:85–96.
449. Stoppard JM. I. moving towards an understanding of women’s depression. *Fem Psychol.* 2010 May;20(2):267–71.
450. Parry BL. Mood Disorders Linked to the Reproductive Cycle in Women. *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress.* In: Bloom E, Kupfer DJ, editors. New York; 1995. p. 1029–42.
451. McBride C, Bagby RM. Rumination and interpersonal dependency: Explaining women’s vulnerability to depression. *Can Psychol.* 2006 Aug;47(3):184–94.
452. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. *Br J Psychiatry [Internet].* 2000 [cited 2022 Jul 17];177(DEC.):486–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11102321/>
453. Logan DD, Kaschak E. The Relationship of Sex, Sex Role, and Mental Health. *Psychol Women Q [Internet].* 1980 Jun 1 [cited 2022 Jul

- 17];4(4):573–80. Available from:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-6402.1980.tb00727.x>
454. Tang TN, Tang CS. GENDER ROLE INTERNALIZATION, MULTIPLE ROLES, AND CHINESE WOMEN'S MENTAL HEALTH. *Psychol Women Quortedy*. 2001;181–96.
455. Foster MD, Arnt S, Honkola J. When the Advantaged Become Disadvantaged: Men's and Women's Actions Against Gender Discrimination. *Sex Roles* 2004 501 [Internet]. 2004 Jan [cited 2022 Jul 17];50(1):27–36. Available from:
<https://link.springer.com/article/10.1023/B:SERS.0000011070.24600.92>
456. Belek Erşen U. Farklı Sosyal Kategorilerden Kadınların Toplumsal Cinsiyet Algıları. *Moment J* [Internet]. 2015 [cited 2022 Jul 14];2(2):184–213. Available from:
<https://dergipark.org.tr/en/pub/moment/issue/36281/409692>
457. Kadın/Woman. Üniversite öğrencisi kadınlarda toplumsal cinsiyet ideolojisi ile depresyon ilişkisi [Internet]. 2000. 14AD [cited 2022 Jul 17]. p. 39–53. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/305033427_Universite_ogrencisi_kadınlarda_toplumsal_cinsiyet_ideolojisi_ile_depresyon_iliskisi_The_Relationship_between_Gender_Role_Ideology_and_Depression_among_Female_University_Students
458. Cengiz A. Kadın Ruh Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet; Antalya İlinde Bir Klinikte Uygulama. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2013.
459. Tiedje L, Wortman C, Downey G, Emmons C, Biernat M, Lang E. Women With Multiple Roles: Role Compatibility Perceptions, Satisfaction, And Mental Health. *J Marriage Fam*. 1990;52:63–72.
460. Dökmen Z. Toplumsal Cinsiyet. 2. Basım. İstanbul: Remzi Kitapevi; 2010.
461. Ecevit Y. Kentsel Üretim Sürecinde Kadın Emeğinin Konumu ve Değişen Biçimleri. 1980'ler Türkiye'sinde kadın bakış açısından kadınlar. İstanbul: İletişim Yayınları; 2010. 105–14 p.
462. Pearson KA, Watkins ER, Mullan EG. Submissive interpersonal style mediates the effect of brooding on future depressive symptoms. *Behav Res Ther* [Internet]. 2010 Oct [cited 2022 Jul 17];48(10):966–73. Available from: /record/2010-13973-001
463. O'Connor LE, Berry JW, Weiss J, Gilbert P. Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *J Affect Disord* [Internet]. 2002 [cited 2022 Jul 17];71(1–3):19–27. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12167497/>

464. Cheung S-P, Gilbert P, Irons C. An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. [cited 2022 Jul 17]; Available from: www.elsevier.com/locate/paid
465. Kira I, Ashby J, Lewandowski L, Smith I, Odenat L, Kira I, et al. Gender Inequality and Its Effects in Females Torture Survivors. *Psychology [Internet]*. 2012 Apr 17 [cited 2022 Jul 17];3(4):352–63. Available from: <http://www.scirp.org/Html/18415.html>
466. Kira IA, Smith I, Lewandowski L, Templin T. The effects of gender discrimination on refugee torture survivors: a cross-cultural traumatology perspective. *J Am Psychiatr Nurses Assoc [Internet]*. 2010 Sep [cited 2022 Jul 17];16(5):299–306. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21659280/>
467. Borrell C, Artazcoz L, Gil-González D, Pérez G, Rohlfs I, Pérez K. Perceived sexism as a health determinant in Spain. *J Womens Health (Larchmt) [Internet]*. 2010 Apr 1 [cited 2022 Jul 17];19(4):741–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20350207/>

EKLER

Ek-1: Araştırmada kullanılan anket formu

KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TOPLUMSAL CİNSİYET ALGISI VE DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ			
Anket No:	Tarihi:/...../2021		
Bölüm 1: Genel Bilgi Anketi			
1. Doğum yiliniz:			
2. Doğum yeriniz:			
1. İl	2. İlçe	3. Köy	
3. İlköğreniminizi bitirinceye kadar en uzun süre yaşadığınız yerleşim yeri:			
1. İl	2. İlçe	3. Köy	
4. Annenizin öğrenim durumu:			
1. Herhangi bir okul mezunu değil	2. İlkokul/Ortaokul	3. Lise	4. Önlisans
4. Lisans	5. Yüksek lisans	6. Doktora	
5. Babanızın öğrenim durumu:			
1. Herhangi bir okul mezunu değil	2. İlkokul/Ortaokul	3. Lise	4. Önlisans
4. Lisans	5. Yüksek lisans	6. Doktora	
6. Şu anda yaşadığınız aile hangi aile tipi ile uyumludur?			
1. Çekirdek aile (anne, baba ve/veya çocukların birlikte yaşadığı aile)			
2. Geniş aile (Anne, baba, çocuklar, büyükanne, büyükbaba ve diğer birinci derece akrabaların birlikte yaşadığı aile)			
3. Parçalanmış aile(Anne, baba ayrı)			
4. Yalnız yaşıyorum			
5. Diğer (Lütfen belirtiniz:.....)			
7. Haneinizdeki kişi sayısı:			
8. Aylık toplam hane geliriniz: TL			
9. Evinize giren toplam paranın giderlerinizi karşılama durumu nedir?			
1. Toplam gelir giderlerinizi karşılamaya yetmiyor			
2. Toplam gelir giderlerinizi yaklaşık olarak karşılıyor			
3. Toplam gelir giderlerinizi rahatlıkla karşılıyor			
4. Diğer (Lütfen belirtiniz:.....)			
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır Tarih : 30.06.2021 Korur No : 2021-3/16			

10. Toplam geliriniz ile tasarruf yapabiliyor musunuz?
1. Hayır, hiç tasarruf yapamıyoruz
 2. Evet, az da olsa tasarruf yapabiliyoruz
 3. Evet, rahatlıkla tasarruf yapabiliyoruz
11. Çalıştığınız kurumdan aldığınız ücreti nasıl değerlendiriyorsunuz?
1. Yeterli buluyorum
 2. Yetersiz buluyorum
 3. Diğer (Lütfen belirtiniz:.....)
12. Yaşadığınız konut kime ait?
1. Kendime/çime/aileme ait
 2. Kiralı
 3. Lejant
 4. Diğer (Lütfen belirtiniz:.....)
13. Kendinize ait otomobiliniz/aracınız var mı?
1. Hayır
 2. Evet
14. Medeni durumunuz:
1. Hiç evlenmemiş
 2. Evli
 3. Boşanmış
 4. Birlikte yaşıyor
 5. Eşinden ayrı yaşıyor
 6. Eşi ölmüş
15. Eğitim durumunuz:
1. İlköğretim
 2. Lise
 3. Önlisans
 4. Lisans
 5. Yüksek lisans
 6. Doktora
16. Mesleğiniz:
17. Çalıştığınız anabilim dalı/ Çalıştığınız birim:
18. Mesleğinizde toplam çalışma süreniz:(yıl)
19. Haftalık çalışma saatiniz:..... saat/hafta
20. Çalışma şekliniz:
1. Yalnız gündüz
 2. Yalnız gece
 3. Gündüz- gece vardiyalı
21. Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?
1. Hayır
 2. Evet
22. Eğer seçme şansınız olsaydı yine bu mesleği seçer miydiniz?
1. Hayır
 2. Kararsızım
 3. Evet

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Birekenden onay belgesi
Tarih : 30.06.2021
Karar No : 2021-9/16

23. Mesleğinizde ilgili emeklilik planınız nedir?
1. Emekliliği hak eder etmez emekli olmayı planlıyorum
2. Yaş haddine kadar çalışmayı planlıyorum
3. Diğer (Lütfen açıklayınız:.....)
24. Geçtiğimiz bir yıl içinde kaç kez hekime başvurduunuz? kez
25. Hekim tarafından tanısa konmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
1. Hayır 2. Evet (Lütfen belirtiniz:.....)
26. Daha önce bir hekim tarafından depresyon tanısı aldınız mı?
1. Hayır (Lütfen 29.soruya geçiniz) 2. Evet
27. Daha önce hiç depresyon tanısı ile tedavi gördünüz mü?
1. Hayır 2. Evet
28. Halen depresyon tanısı ile tedavi görüyor musunuz?
1. Hayır 2. Evet
29. Ailenizde bakım gerektiren kronik hastalığı olan var mı?
1. Hayır 2. Evet (Lütfen belirtiniz:.....)
30. Birinci derece yakınlarınızda (anne, baba, kardeş, çocuk) ruhsal bir hastalık tanısı alan var mı?
1. Hayır 2. Evet (Lütfen belirtiniz:.....)
31. Siz dahil kaç kardeşiniz?
32. Çocuğunuz var mı?
1. Hayır 2. Evet (Çocuk sayısı :
33. Son 6 ay içinde doğum yaptınız mı?
1. Hayır 2. Evet
34. Yaşadığınız ailede acemiler ebeveyn özellikleri var mıydı?
1. Hayır 2. Evet
35. Yaşadığınız ailede ilgisiz ebeveyn özellikleri var mıydı?
1. Hayır 2. Evet 3. Fikrim yok
36. Çocukluk döneminde ebeveyn öflemasıyrılığı var mı?
1. Hayır 2. Evet

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Anestezistlik Ekli Kurulu
Seslendirilme onaylanmıştır
Tarih : 30.06.2021
Kamer No : 2021-5/16

37. Çocukluk döneminde aile içi şiddete maruz kaldınız mı?

1. Hayır 2. Evet

38. İhtiyacınız olan duygusal yardımı ve desteği nilerizden ve arkadaş çevresizden alabiliyor musunuz?

1. Hayır 2. Evet

39. Sigara kullanıyor musunuz?

1. Hiç içmedim 2. Sadece denedim 3. Bir süre içtim bıraktım
4. Arada sırada içiyorum 5. Düzenli içiyorum

40. Alkol kullanıyor musunuz?

1. Düzenli kullanıyorum 2. Arada sırada kullanıyorum 3. Hiç kullanmıyorum

41. Düzenli fiziksel aktivite yapıyor musunuz?

Düzenli fiziksel egzersiz: haftada en az 150 dk. orta şiddette aerobik ya da 75 dk. ağır şiddette aerobik egzersiz ya da eşdeğer ağır ve orta egzersiz kombinasyonu

Orta şiddette egzersiz: tempolu yürüyüş, idare, balık ya da av işleri, yağ kaybı <20kg/yr

Hiç şiddette egzersiz: kayma, tekerle tırmanma ya da yürüme, aklı yürüme, aklı bisiklete binme, rekabetsiz sporlar-tenbol, basketbol gibi, yağ kaybı >20 kg

1. Her zaman 2. Sık sık 3. Bazen 4. Nadiren 5. Hiç

42. Genel olarak sağlığını için hangisini söyleyebilirsiniz?

1. Mükemmel 2. Çok iyi 3. İyi 4. Orta 5. Kötü

Evlü iseniz ve/veya daha önceden evlenmiş iseniz lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız. **HİÇ EVLENMEMİŞ iseniz lütfen 52. soruya GECİNİZ.**

43. Kaç evlilik yaptınız:

44. İlk evlenme yaşı:

45. Evlilik kararınız:

1. Kendi istediğim kişi ile anlaşarak 2. Görücü usulü ile
3. Diğer (Lütfen belirtiniz:)

Şu anda evli iseniz lütfen aşağıdaki soruları **YANITLAYINIZ**. Eğer evli **DEĞİLSENİZ** lütfen **52. soruya GECİNİZ.**

46. Eşinizin doğum yılı:

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Araştırma Gözetleme Birim Kurulu
İzmir'den online olarak
Tarih : 20.06.2021
Form No : 2021-3/96

47. Eşinizin eğitimi durumu:

1. İlköğretim 2. Lise 3. Önlisans 4. Lisans
5. Yüksek lisans 6. Doktora

48. Eşinizin çalışma durumu:

1. Çalışmıyor (Örneğin: emekli, işsiz, öğrenci, çalışmak istemiyor, iş arıyor vb.)
.....
2. Ücretli veya maaşlı 3. Yevmiyeli (mevsimlik, geçici) 4. İşveren
5. Kendi hesabına 6. Ücretsiz aile işlerinde

49. Herhangi bir sağlık probleminiz olduğunda sağlık kuruluşuna başvurmak için eşinizden izin alırsınız mı?

1. Hayır 2. Evet

50. Herhangi bir sosyal aktiviteye (aile ziyareti, sinemaya gitmek, arkadaş toplantıları vb.) katılmak için eşinizden izin alırsınız mı?

1. Hayır 2. Evet

51. Sizce çocuk sahibi olmanız ve çocuk sayınız kim karar vermeli?

1. Ben 2. Eşim 3. Eşim ve ben
4. Aile büyükleri 5. Aile büyükleri ve eşim 6. Hep beraber
7. Diğer (Lütfen belirtiniz:

52. "Toplumsal cinsiyet" kavramı hakkında bilginiz var mı?

1. Hayır 2. Evet

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre:

"Toplumsal Cinsiyet Eğitimi: Kadınlar ve erkeklerin işit haklarına, sorumluluklarına ve fırsatlara sahip olması, her iki kadınlara hem de erkeklerin çıkarlarına, ihtiyaçlarına ve önceliklerine dikkate alınmasıdır.

Toplumsal Cinsiyet Eğitsizliği ise: fırsatların, kaynakların ayrılması ve kullanımında, ayrımların elde edilmesinde birine cinsiyet nedeniyle ayrıcalıklı yapılması" olarak ifade edilmektedir. Bu tanımlarda yola çıkarak:

	Var	Yok
53. Büyüdüğüm ailede toplumsal cinsiyet eğitsizliği		
54. Şu an yaşadığım ailede toplumsal cinsiyet eğitsizliği		
55. Yaşadığımız toplumda toplumsal cinsiyet eğitsizliği		
56. Çalıştığım kurumda toplumsal cinsiyet eğitsizliği		

Uludağ (Uludağ)
Tıp Fakültesi
Nöroloji Anabilim Dalı Etik Kurul
Baskı No: 30.06.2021
Sayı No: 251-3/16

57. Çalışma yaşamınızda cinsiyetinizden dolayı herhangi bir zorluk (yükselmenin engellenmesi, düşük ücret vb.) yaşadınız mı?

1. Hayır 2. Evet (Lütfen açıklayınız:.....)

58. Size göre hastanın cinsiyeti, sağlık hizmeti sunumunu etkiler mi?

1. Hastanın kadın ya da erkek olması sağlık hizmeti sunumuna etkilemez

2. Hastanın kadın ya da erkek olmasına göre sağlık hizmeti sunumunda farklılıklar olabilir (Lütfen açıklayınız:.....)

3. Fikrim yok

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Baskından sorumlu
Tarih : 30.06.2021
Karar No : 2021-9/16

Bölüm 2: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D)

Center for Epidemiological Studies Depression Scale (Turkish Form)	Hiçbir Zaman - Nadiren (1 günden daha az)	Birazcık - Birkaç Kez (1-2 gün)	Arada Sırada - Bazen (3-4 gün)	Çoğu Zaman (5-7 gün)
Aşağıda duygu ve davranışlarınızda ilgili ifadeler yer almaktadır. Lütfen geçen hafta boyunca aşağıdakileri ne sıklıkla hissettiğinizi veya yaşadığınızı belirtin.				
1. Genellikle canımı sıkmayan şeyler canımı sıkı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Açlık hissetmedim, iştahım yerinde değildi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Arkadaşlarım veya ailemin yardımına rağmen kötü ruh halinden kurtulamadım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ruh halimin diğer insanlar kadar iyi olduğunu hissettim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Yapacağım işe odaklanmakta zorlandım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kendimi depresyonda hissettim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Her şeye çaba harcamam gerektiğini hissettim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gelecek için umutlu hissettim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hayatımın bir başansızlık olduğunu düşündüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Korktuğumu hissettim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Huzursuz uyudum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mutluydum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Her zamankinden az konuştum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Kendimi yalnız hissettim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. İnsanlar arkadaş canlısı değildi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Yaşamdan zevk aldım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ağlama nöbetleri geçirdim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Kendimi üzgün hissettim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. İnsanların benden hoşlanmadığını hissettim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. İşler yolunda gitmedi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Başından onaylanmıştır
Tarih : 30.02.2021
Görüş : 2021-3/16

Bölüm 3: Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği

Bu ölçekteki cümleler, sizin toplumsal cinsiyet algınıza ile ilgili tutumlarınızı belirlemek için hazırlanmıştır. Bu cümlelerden hiçbirisinin doğru ya da yanlış olarak görülme. Her cümle ile ilgili görüş, kişiden kişiye değişebilir. Bunun için lütfen: herşeyden önce kendi görüşünüzü yazınız. Her cümle ile ilgili görüşünüzü belirtirken, önce cümleyi dikkatlice okuyunuz, sonra cümlede belirtilen düşünceyi, sizin düşünce ve duygularınıza ne derecede uygun olduğuna karar veriniz.

Aşağıdaki cümleler size:

Hiç uygun değilse..... "Tamamen Katılmıyorum"

Uygun değilse..... "Katılmıyorum"

Karar veremiyorum ise:..... "Kararsızım"

Uygunsa..... "Katılıyorum"

Tamamen uygundur..... "Tamamen Katılıyorum"

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

İfadeler

	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Evlilik, kadının çalışmasına engel olmaz.	()	()	()	()	()
2. Kadın sadece ailesinin ekonomik sıkıntısı varsa çalışmalıdır.	()	()	()	()	()
3. Çalışan kadın da çocuklarına yeterince zaman ayarabilir.	()	()	()	()	()
4. Kadınlar anne olduktan sonra çalışmamalıdır.	()	()	()	()	()
5. Kadın siyasetçiler de başanlı olabilir.	()	()	()	()	()
6. Kadınlar evlendikten sonra çalışmamalıdır.	()	()	()	()	()
7. Çalışma hayatı kadının ev işlerini aksatmasına neden olmaz.	()	()	()	()	()
8. Çalışan bir kadın hayattan daha çok zevk alır.	()	()	()	()	()
9. Kadınlar erkekler tarafından her zaman korunmalıdır.	()	()	()	()	()
10. Kocası izin vermiyorsa kadın çalışmamalıdır	()	()	()	()	()
11. Kadınlar yönetici olabilir.	()	()	()	()	()









Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Anestezistler Ekibi Kuruldu
İstanbul'dan dönüşte
Tarih : 30.06.2021
Kontrol No : 2021-5/16

12.	Çalışan bir kadın kazandığı geliri eşine vermemelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Çalışan bir kadın çocuklarına daha iyi anne olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Erkekler de çamaşır, bulaşık gibi ev işlerini yapmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Kocasız kadın sığınsız eve benzer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Bir ailenin gelirini erkekler sağlamalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Kadınlar kendi başına ticarethane gibi yerler (kafe, market, emlakçı gibi) açmamalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Kadınların birinci görevi ev işlerini üstlenmektir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Bir kadın kocasından fazla para kazanmamalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Erkek her zaman evin reisi olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Toplumun liderliği genellikle erkeklerin elinde olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Kız çocuklarına da erkek çocuklar kadar özgürlük verilmelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Bir kadın kendi haklarına sahip olabilmesi için gerekirse kocasına karşı çıkabilmelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Kadın kocasından yaş olarak daha küçük olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Ailedeki önemli kararları erkekler vermemelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Tarih: 30.06.2021
Karar No: 2021-3/16

Ek-2: Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onay Formu

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Kadın Sağlık Çalışanlarında Toplumsal Cinsiyet Algısı ve Depresyon İle İlişkisi							
KARAR BİLGİLERİ		Karar No: 2021-0/16		Tarih: 30 Haziran 2021					
<p>Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelendi.</p> <p>1-Araştırmanın başvurusu dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna,</p> <p>2-Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kasesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına,</p> <p>3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine,</p> <p>4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tamamının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.</p>									
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve İbuprofen Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI/ADI BOYADI		Prof.Dr.Mustafa HACİMUSTAFAOĞLU							
ÜYELER									
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kuruma	Cinsiyet		Araştırma İle İlgili		Kesim *	İmza	
Prof.Dr.Mustafa HACİMUSTAFAOĞLU Başkan	Cocuk Sağlık ve Hastalıkları	Bursa ÜD.Tıp Fakültesi Cocuk Sağlık ve Hastalıkları AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ehmet BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	Bursa ÜD.Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.M. Seray YILMAZ Üye	Farmakoloji	Bursa ÜD.Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.İbrahim ÖZKAN Üye	Cocuk Sağlık ve Hastalıkları	Bursa ÜD.Tıp Fakültesi Cocuk Sağlık ve Hastalıkları AD Yardımcısı BD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Alpaslan TÜRKERAN Üye	Halk Sağlık	Bursa ÜD. Tıp Fakültesi Halk Sağlık AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Kağan HÜYSAL Üye	Biyo kimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyo kimya	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Özlem ÖZGÜL Üye	İç Hastalıkları Endokrin ve Metab.	BÜ.C.Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Endokrinoloji ve Metabolizma BD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Kağan SAĞDOLUK Üye	Biyoetik	Bursa ÜD.Tıp Fakültesi Biyoetik AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Sencer ERER KAPA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	Bursa ÜD. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
As. Akın BAYRAM	Halk	Bursa ÜC Halk Sağlığı Halk Bilimi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Tolga MUHTAR Üye	Sağlık çalışmaları etrafında etrafında üye	Serbest Meslek	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Katılımcı

*Toplamda Dilekçe

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince ve tez çalışmamın her aşamasında engin bilgi birikimi ve tecrübesiyle bana yol gösteren, bilimsel, çağdaş ve etik bakış açısıyla bir hekim olarak her zaman rol modelim olacak olan ve öğrencisi olmaktan gurur duyduğum hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Kayıhan PALA'ya, ne zaman ve ne konuda kendisine danışsam büyük bir sabır ve hoşgörü ile bana yardımcı olmaya çalışan, her durumda güler yüzünü ve samimiyetini asla bizlerden esirgemeyen kıymetli hocam Prof. Dr. Alpaslan TÜRKKAN'a en içten teşekkürlerimi ve şükranlarımı sunarım.

Tez çalışmamın başından itibaren beni her konuda destekleyen, bana yardımcı olan ve asistanlık eğitimimin bana kazandırdığı en kıymetli insanlardan biri olan meslektaşım ve dostum Dr. Yasemin KALKAN'a, hayatımdaki her zorlu mücadelede pozitif bakış açısı ve sonsuz yardımı ile hep yanı başımda duran dostum Oya DABAKOĞLU'na sonsuz teşekkür ederim.

Bölümümüzün samimi, yardımsever ve güler yüzlü çalışanları Mukadder EKİN ve Gülsüm AKCAN'a hem tez döneminde hem de uzmanlık eğitimim süresince vermiş oldukları destekten dolayı çok teşekkür ederim. Ayrıca bana destek olan tüm çalışma arkadaşlarıma, zorlu ve yoğun geçen veri toplama aşamamda bana yardımcı olan başhemşiremiz Fatma DÜZGÜN'e ve çalışmama katılarak bana ve bilime destek olan tüm kadın sağlık çalışanlarına teşekkürü bir borç bilirim.

Son olarak, çağdaş, eğitilmiş ve kendi ayakları üzerinde durabilen bir kadın olarak yetişmem için tüm hayatları boyunca ellerinden geleni yapan aileme ve tezimi yazdığım uzun saatler ve geceler boyunca uyuyarak bile olsa hep yanı başımda duran canım kedim Cumcur'a çok teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

1987 yılında Ankara'da doğdum. 2005 yılında Ankara Cumhuriyet Anadolu Lisesi'nden, 2012 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldum. 2012-2014 yılları arasında Ordu Devlet Hastanesi'nde, 2015-2016 yılları arasında ise Ankara Özel Çankaya Yaşam Hastanesi'nde pratisyen hekim olarak görev yaptım. 03.05.2017 tarihinde Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında araştırma görevlisi olarak göreve başladım.