

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**



**TOPLUMSAL CİNSİYET İLE İLGİLİ BAZI ÖZELLİKLERİN
KADIN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ: SOMALİ ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Najah Ahmed OGLEH

Danışman

Dr. Öğretim Üyesi Figen ÇAVUŞOĞLU

**SAMSUN
2023**

TEZ KABUL VE ONAYI

Najah Ahmed OGLEH tarafından, **Dr. Öğretim Üyesi Figen ÇAVUŞOĞLU** danışmanlığında hazırlanan “**TOPLUMSAL CİNSİYET İLE İLGİLİ BAZI ÖZELLİKLERİN KADIN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ: SOMALİ ÖRNEĞİ**” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 6.4.2023 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	Sonuç
Başkan	Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI Ondokuz Mayıs Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Figen ÇAVUŞOĞLU Ondokuz Mayıs Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Doç. Dr. Ayşe ÇALOĞLU Ankara Medipol Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Ahmet TABAK
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım Yüksek Lisans tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

Etik Kurul Gerekli mi ?

Evet ☒ (Gerekli ise ekler kısmına ekleyiniz)

Hayır ☐

06 /04/ 2023

Najah Ahmed OGLEH

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı : TOPLUMSAL CİNSİYET İLE İLGİLİ BAZI ÖZELLİKLERİN KADIN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ: SOMALİ ÖRNEĞİ

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 06. 04. 2023 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 9

Tek kaynak oranı : % 3 çıkmıştır.

06/04/ 2023

Dr. Öğretim Üyesi Figen ÇAVUŞOĞLU

ÖZET

TOPLUMSAL CİNSİYET İLE İLGİLİ BAZI ÖZELLİKLERİN KADIN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ: SOMALİ ÖRNEĞİ

Najah Ahmed OGLEH
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans, Mart/2023

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Figen ÇAVUŞOĞLU

Bu araştırma toplumsal cinsiyet ile ilgili bazı özelliklerin Somali'deki kadın sağlığı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu araştırma, tanımlayıcı bir araştırmadır. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve formu eksiksiz dolduran toplam 250 kişi ile araştırma tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri Google Forms kullanılarak toplanmıştır. Bu form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular bulunurken, ikinci bölümde toplumsal cinsiyet özelliklerine yönelik sorular yer almaktadır. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistikler ile ki-kare testi kullanılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce etik kurul izni alınmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 25.61 ± 5.19 olup %53.6'sının erkektir. Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde, kadınların %88.8'inin ve erkeklerin %90.3'ünün üniversite mezunu olduğu bulunmaktadır. Kadınların %54.3'ünün ve erkeklerin %56'sının gelir durumu gider oranına eşit olduğu saptanmıştır. Kadınlar gebelikten korunmaya yönelik bir yöntem kullanmalıdır" önermesine katılımcıların %40.8'inin katıldığı ve bu ifade cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). "Evdeki işlerin sorumluluğu kadınlara aittir" önermesine katılımcıların %37.6'sının katıldığı ve bu ifade cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettiği görülmüştür ($p < 0.05$). Kadın sünnetinin gerekli olup olmadığı sorulmuş ve grubun %12.8'inin gerekli olarak ifade ettiği ve cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkekler daha fazla katıldıklarını belirtmişlerdir ($p < 0,05$). Sonuç olarak, karar alma mekanizmalarına katılım alt grubuna ait ifadeler arasında "Ailede alınan kararları erkek verir", kadın cinsiyetine yönelik tutum alt grubuna ait ifadeler arasında "Kadın doğurduğu sürece değerlidir", kadın sağlığına yönelik tutuma alt grubuna ait ifadeler arasında "Kadının 18 yaş altında evlenmesinde sakınca yoktur" "18 yaş altındaki bir kadının çocuk doğurmasında bir sakınca yoktur", ve cinsiyet eşitsizliğine yönelik tutum alt grubuna ait tüm ifadelere erkekler anlamlı olarak daha fazla katıldıklarını belirtmiştir ($p < 0,05$).

Anahtar Sözcükler: Toplumsal cinsiyet, Özellikler, Somali, Kadın, Sağlık

ABSTRACT

THE EFFECT OF SOME GENDER-RELATED CHARACTERISTICS ON WOMEN'S HEALTH: THE CASE OF SOMALIA

Najah Ahmed OGLEH
Ondokuz Mayıs University
Institute of Graduate Studies
Department of Nursing
Master, March/2023

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Figen ÇAVUŞOĞLU

This research is a descriptive study that aims to determine the effects of gender-related characteristics on women's health in Somalia. The research included 250 male and female individuals from Hargeisa, Somalia. The data was collected using Google Forms, and it consists of two parts to determine the socio-demographic and gender-related characteristics of the participants. SPSS 25 was used. While evaluating the data, descriptive statistics and the chi-square test were used. Ethics committee approval was obtained. The mean age of the participants was 25.61 ± 5.19 . 53.6% of the participants were male. It was found that 88.8% of the women and 90.3% of the men were university graduates. Also, the income status of 54.3% of women and 56% of men was equal to the expense ratio. 40.8% of the participants agreed with the statement "Women should use contraceptive methods, and a statistically significant difference was discovered between men and women. It was found that 37.6% agreed with the statement "Women are responsible for household chores", and a statistically significant difference was discovered; it was stated that men agreed at a higher rate ($p < 0.05$). Participants were asked whether female circumcision is necessary, and 12.8% of the participants (most of them were men) agreed with its necessity. As a result, among the statements of the subgroup of participation in the decision-making mechanisms "Man makes the decisions in the family", and from the subgroup of attitudes towards the female gender "Woman is valuable as long as she gives birth", and from attitudes towards women's health, "There is no problem when women marry under the age of 18", "It is okay for a woman to give birth to a child at the age of under 18", and all statements related to attitudes towards gender inequality were found to be agreed by men at a higher rate ($p < 0.05$).

Keywords: Gender, Characteristics, Somalia, Women, Health

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim sürecinde, bana rehberlik eden, ihtiyacım olan her an yardımlarını sağlayan ve öğrencisi olmaktan onur duyduğum çok değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğretim Üyesi Figen ÇAVUŞOĞLU'na teşekkür ederim.

Lisansüstü eğitim sırasında bana hocalığı yapan, her ihtiyacım olduğunda yardımcı olan inanılmaz derecede yardımcı olan hocam Sayın Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI'ya şükranlarımı sunarım.

Yüksek lisans öğrenimim boyunca kendilerinden öğrendiğim Anabilim Dalı'ndaki hocalarım Doç.Dr. Birsen ALTAY, Doç.Dr. Esra TURAL BÜYÜK, Dr. Öğretim Üyesi Nuran MUMCU, Dr Öğretim Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN ve tez jüri üyesi hocalarıma teşekkür ederim. Eğitimim süresince beni destekleyen Yurtdışı Türkler ve Akraba Topluluklar Başkanlığı (YTB)'a, ve değerli arkadaşlarıma teşekkür ederim. Son olarak, beni bu günlere getiren, her zaman yanımda ve kararlarımın arkasında duran, bir ömür haklarını ödeyemeyeceğim sevgili annem Zahra ADEN'e ve babam Ahmed OGLEH'e, ve başarabileceğime inanan sevgili ablalarım ve sevgili kardeşlerim Nasra OGLEH'e, Mazna OGLEH'e, Asma OGLEH'e, Nura OGLEH'e ve Naima OGLEH'e teşekkür ederim.

Najah Ahmed OGLEH

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAYI	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI	ii
TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Toplumsal Cinsiyet ile İlgili Kavramlar	4
2.1.1. Cinsiyet (Sex)	4
2.1.2. Toplumsal Cinsiyet (Gender)	4
2.1.3. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği ve Hakkaniyet	4
2.1.4. Sosyal Statü	5
2.1.5. Toplumsal Cinsiyet Rollerini	5
2.1.6. Toplumsal Cinsiyet Rollerini Etkileyen Faktörler	5
2.2. Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık	7
2.2.1. Dünyada ve Somali’de Toplumsal Cinsiyete Dayalı Sağlıkta Eşitsizliğe İlişkin Göstergeler	7
2.2.2. Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı	11
2.3. Toplumsal Cinsiyet Bağlamında Kültürün Kadın Sağlığı Üzerine Etkisi	12
2.3.1. Somali Bölgesinde Kadın Sağlığı	12
2.4. Toplumsal Cinsiyet Eşitliğine Dayalı Kadın Sağlığını Korumada Hemşirenin Rolü	16
3. MATERYAL VE METOT	18
3.1. Araştırmanın Şekli	18
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.4. Verilerin Toplanması	18
3.4.1. Veri Toplama Araçları	18
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	19
3.5.1. Bağımlı Değişkenler	19
3.5.2. Bağımsız Değişkenler	19
3.7. İstatistiksel Değerlendirme	20
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	20
3.9. Araştırmanın Sınırlılıklar	20
4. BULGULAR	21
Tablo 4.1 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	21
Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (devam)	22
Tablo 4.2. Katılımcıların Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Dağılımları	23
Tablo 4.3. Katılımcıların kadın sünnetinin gerekliliğine ilişkin görüş düzeyleri	26
Tablo 4.4 Bireylerin Kadın Sağlığına Yönelik Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlarının Cinsiyete Göre Dağılımları	27
Tablo 4.4. Bireylerin Kadın Sağlığına Yönelik Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlarının Cinsiyete Göre Dağılımları (devam)	28
Tablo 4.4. Bireylerin Kadın Sağlığına Yönelik Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlarının Cinsiyete Göre Dağılımları (devam)	29
Tablo 4.5. Katılımcıların kadın sünnetinin gerekliliğine ilişkin görüş düzeyleri	33

5. TARTIŞMA	34
5.1. Katılımcıların Karar Verme Mekanizmalarına Katılım ile ilgili ifadelere Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi.....	34
5.2. Katılımcıların Kadın Cinsiyetine Yönelik Tutum İle İlgili İfadeler Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi.....	35
5.3. Katılımcıların Kadın Sağlığına Yönelik Tutum ile ilgili ifadelere Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi.....	36
5.4. Katılımcıların Cinsiyet Eşitsizliğine Yönelik Tutum ile ilgili ifadelere Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi.....	39
5.5. Katılımcıların Kadın Sünnetinin Gerekliliğine İlişkin Yanıtların Değerlendirilmesi .	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44
6.1. Sonuç	44
6.2. Öneriler	45
KAYNAKLAR	46
EKLER	51
Ek-1 Anket.....	51
Ek-2 İngilizce Anketi	53
Ek-3 Somalice Anketi	55
Ek-4 Etik Kurul Raporu	57
ÖZ GEÇMİŞ.....	58

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
GII	: Cinsiyet Eşitsizliği İndeksini
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
LAM	: Laktasyonel Amenore Metodu
SDGs	: Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
UN	: United Nations
UNDP	: United Nations Development Programme
UNICEF	: United Nations Children's Fund
UNFPA	: United Nations Population Fund
WEF	: World Economic Forum
WHO	: World Health Organization

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	21
Tablo 4.2. Katılımcıların Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Düzeyleri	23
Tablo 4.3. Katılımcıların kadın sünnetinin gerekliliğine ilişkin görüş düzeyleri	26
Tablo 4.4. Bireylerin Kadın Sağlığına Yönelik Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları Cinsiyete Göre Dağılımları.....	27
Tablo 4.5. Katılımcıların kadın sünnetinin gerekliliğine ilişkin görüş düzeyleri	33



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

“Cinsiyet” ve “Toplumsal cinsiyet” benzer olarak kabul edilse de aslında farklı anlamları vardır. Cinsiyet “sex”, kişinin doğuştan kadın veya erkek olarak gösterdiği genetik, biyolojik ve fizyolojik özellikleri ifade etmektedir. Toplumun iki ana unsuru olan kadın ve erkek biyolojik özellikleri bakımından farklıdır. Toplumsal cinsiyet “gender” terimi ise, kadın ya da erkek olmaya toplumun ve kültürün yüklediği anlamları, beklentileri, psikososyal özellikleri ve farklılıkları anlamına gelmektedir (Coşkun & Özdilek, 2012; Dökmen, 2015).

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SDGs), her düzeyde sürdürülebilir sağlık için bir dizi küresel hedeftir. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri’nin amacı, yoksulluğu sona erdirmek ve tüm insanların şimdi ve gelecekte barış ve refah içinde yaşamasını sağlamaktır. Bu hedefler, 2016-2030 dönemi için 2015’te Birleşmiş Milletler’in tüm üye devletleri tarafından kabul edilmiştir (UN, 2015b; Morton, Pencheon, ve Squires, 2017). SDGs hedefleri arasında, toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamak ve tüm kadınları güçlendirmek olan Hedef.5 bulunur. Bu hedef, her yerde tüm kadınlara ve kızlara yönelik her türlü ayrımcılığı sona erdirmek, insan ticareti ve cinsel sömürü türleri dahil olmak üzere, tüm kadınlara ve kızlara yönelik her türlü şiddeti ortadan kaldırmak, erken ve zorla evlilik ve kadın sünneti gibi tüm zararlı uygulamaları ortadan kaldırmak, kadınların siyasi, ve ekonomik yaşamın her düzeyindeki karar alma süreçlerine tam ve etkin katılımını için eşit fırsatlar sağlamasını sağlamak, cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile üreme haklarına evrensel erişimin sağlanmak amaçlamaktadır (UN, 2015b).

Birleşmiş Milletler Toplumsal Cinsiyet Eşitliği ve Kadının Güçlenmesi Birimi (UN Women) ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA)’ya (2020) göre, Somali, cinsiyet eşitliği açısından küresel olarak dördüncü sırada yer alıp, 100.000 canlı doğumda 829 anne ölüm oran ile dünyadaki en yüksek oranlardan bazıları olmakta ve erken evlilik yaygın olduğu görülmektedir (UNDP, 2022). Eğitim durumu, sosyal, ekonomik ve cinsiyet eşitliğinin sağlanmasında kritik öneme sahip olan, Somali’de toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin önemli göstergelerini yansıtmaktadır. Somali’de, erkek öğrencilerden daha az kız öğrenci orta ve yüksek öğrenime ilerlemektedir (ALiGN, 2019). Somali’de 2022 yılında kadınlarda işgücüne katılım oranı %20.9’dur

(UNDP, 2022). İşgücündeki cinsiyet farklılıkları, sosyoekonomik faktörlerin yanı sıra ekonomik problemlerden de kaynaklanmaktadır (WEF, 2022). Ayrıca, Somali'de 2022'de ulusal parlamentodaki koltukların %24.6'sı kadınlar tarafından tutulmaktadır (UNDP, 2022).

Araştırmalar, toplumsal cinsiyetin kadın sağlığı üzerinde önemli bir etkisi olduğunu göstermeye devam etmektedir. Anne ölüm göstergeleri, bir nüfusun sağlık durumunu değerlendirmek için kullanılabilir. Somali için Anne Ölüm Oranı, 100.000 canlı doğumda 829 ölümdür (UNDP, 2022). Anne ve yenidoğan morbidite ve mortalitesini azaltmak için, her çocuğun eğitilmiş ve profesyonel doğum görevlilerinin yardımıyla doğum yapmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Ayrıca doğum öncesi bakım erkenden istendiğinde ve gebelik boyunca devam ettirildiğinde gebeliğin olumsuz sonuçlarını önlemede daha faydalıdır. Ancak Somali'deki doğumların %33'ü yetenekli bir sağlık uzmanının yardımıyla gerçekleşmektedir. Ayrıca gebeliğin dördüncü ayından önce ilk ziyarete başlayan gebelerin hastaneleri kullanım oranı sadece %33'tür (Directorate of National Statistics; 2020). Araştırmalar, ekonomi, karar verme gücü eksikliği, eğitim ve farkındalık düzeyinin kadınların sağlık tesislerine erişimini etkileyen önemli faktörler olduğunu göstermektedir. Kültürel ve geleneksel inançlar, sağlık kaynaklarına erişimde engel olmaktadır. Somali'de doğum kontrolü, Somalili normlarına ve geleneklerine aykırı olan bir batı geleneği olarak kabul edilmektedir (Gele ve ark., 2021). Kültüre ek olarak, Yoonis'e (2018) göre, karşılanmayan aile planlaması ihtiyacı ile ilişkili faktörlerin eşin eğitimi, eşin onayı, kültürel yasak, çalışma durumu ve aile planlaması bilgisi olduğu ortaya çıkmıştır.

Somali örneklemini üzerinde sağlıkta cinsiyet eşitsizliğinin bir diğer göstergesi de kadın sünneti uygulamasıdır. Kadın sünneti dünyanın başka ülkelerinde de uygulanmasına karşın en yüksek yaygınlık Somali, Gine, Cibuti ve Mısır'da bulunmuştur. Ancak, Avustralya, Yeni Zelanda ve birçok Avrupa Ülkesi gibi ülkelerin bu uygulamaya karşı yasaları bulunmaktadır (Zurynski ve ark., 2015). Somali Nüfus ve Sağlık Araştırması (2020), kadın sünneti prevalansının %99 olduğunu göstermiştir (Directorate of National Statistics, 2020). Somali'de kadın sünneti, kadınların yaşaması gereken önemli bir uygulama olarak algılanmaktadır. Adigüzel ve ark., (2018)' nin Somali'de yaptığı çalışmasında katılımcıların %70.3'ünün kadın sünnetini gerekli bulmadığı, %91.01'nin durdurulması gereken

zararlı geleneksel bir uygulama olarak gördüğü ancak kız çocuklarını sünnet ettirmeyi istedikleri (%52) görülmüştür. Ayrıca, evlilik olasılığı genellikle kadın sünnetine bağlı olduğu belirtilmiştir. Kadın sünneti ile artan sağlık riskini göstermek için araştırmalar yapılmıştır. Klein ve arkadaşlarına (2018) göre, kadın sünnetinin bazı fizyolojik ve psikolojik komplikasyonları arasında idrar yolu enfeksiyonları, HIV, Chlamydia trachomatis, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon anksiyete ve psikoz yer almaktadır.

Literatür incelendiğinde, Somali'deki kadın sağlığı durumunun tartışılmasının gerekliliği görülmektedir. Somalili kadınların karşılaştıkları sağlık sorunlarının sosyal faktörlerle ilişkili olabileceği anlaşılmaktadır. Bu açıdan Somali'deki kadın sağlığını etkileyen toplumsal cinsiyet özellikleri saptanması oldukça önemlidir. Cinsiyet ve kadın sağlığı üzerindeki etkisi ile ilgili çalışmaların çoğu gelişmiş olan Somalili bireyler ile yapılmış olup bir kısmı da gelişmekte olan ülkelerdeki Somalili bireylerle yapılmıştır. Bu yüzden, yapılan çalışma ile doğrudan Somali bölgesinde yaşamını sürdüren bireylerle yapılarak toplumsal cinsiyetin ilgili özelliklerinin Somali'deki kadınların sağlığı üzerindeki etkilerini ortaya koyması hedeflenmektedir. Bu çalışma, ileride yapılacak araştırmalara da temel oluşturacak ve toplumsal cinsiyet konusunda literatüre katkı sağlayacak, Somali bölgesini özelliğini ortaya koymada bir örnek oluşturmuş olacaktır. Ayrıca yapılan çalışma kapsamına kadın ve erkek her iki cinsiyetin görüşleri alınarak iki cinsiyete özgü durum ortaya konulacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma toplumsal cinsiyet ile ilgili bazı özelliklerin Somali'deki kadın sağlığı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Bireylerin sosyo-demografik özelliklerini nelerdir?
2. Bireylerin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin özellikleri nelerdir?
3. Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre toplumsal cinsiyet rollerindeki farklılıkları nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Toplumsal Cinsiyet ile İlgili Kavramlar

2.1.1. Cinsiyet (Sex)

Cinsiyet, kadın ya da erkek olmanın biyolojik yönünü ifade etmektedir (Dökmen, 2015; Atalay ve Dinç, 2020). Cinsiyet, kromozomlar, hormon işlevi ve cinsel anatomi gibi fiziksel ve fizyolojik özelliklerle ilişkili bir dizi biyolojik özellik olarak tanımlanmaktadır. Başka bir deyişle, insanların üreme sistemleri ile bağlantılı olarak, “kadın” ve “erkek” olarak kategorize ederek ifade etmektedir (Atalay ve Dinç, 2020).

2.1.2. Toplumsal Cinsiyet (Gender)

Toplumsal cinsiyet, cinsiyet teriminin aksine, kadın ve erkek olmaya toplumsal olarak inşa edilmiş farklılıkları vurgulamaktadır. Toplumsal cinsiyet, kadın ve erkek arasındaki bireysel, kurumsal, yapısal ve kültürel farklılıklarla ilişkilendirilmektedir (Atalay ve Dinç, 2020). Aynı şekilde, toplumsal cinsiyet “kadın” ya da “erkek” olma arasındaki toplumun beklentilerini ifade etmektedir (Dökmen, 2015). Toplumsal cinsiyet, kadın ve erkek arasındaki ilişkilerin yanı sıra kültürel gelenekler, roller ve davranışlarla ilgili bir sosyal yapıyı ifade etmektedir (Atalay ve Dinç, 2020). Bu kavram, kültürel, biyolojik ve psikolojik özellikleri de içermektedir (Dökmen, 2015).

2.1.3. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği ve Hakkaniyet

Cinsiyet eşitliği, erkeklerin ve kadınların ekonomi, politika ve sağlık kaynakları gibi çeşitli kaynaklara erişmek için aynı fırsatlara sahip olması anlamına gelmektedir (Eryılmaz, 2020). Toplumsal cinsiyet eşitliği kavramı ise; eğitim, ekonomik ve sağlık gibi alanlarda bireye cinsiyeti nedeniyle farklılık yapılmamasını, kadın ve erkek grupları arasında eşitliği ifade etmektedir (Coşkun ve Özdilek, 2012).

Toplulukta cinsiyet eşitliği kilit bir bileşendir. Kadınların çoğunluğu toplumsal cinsiyet eşitliğinin olmamasından etkilenmektedir. Bu etkiler, özellikle dünyanın okuma yazma bilmeyen nüfusunun çoğunluğunu kadınların oluşturduğu eğitim alanında belirgindir (Coşkun ve Özdilek, 2012). Ek olarak, cinsiyet eşitsizlikleri, kadınların işyerinde daha düşük dereceli işlerde çalışma olasılığını artırabilir. Sonuç

olarak, kadınlar çok fazla stres ve yük altına girebilir ve tıbbi bakım alma yeteneklerini sınırlayabilir (Hosang ve Bhui, 2018).

Toplumsal cinsiyette hakkaniyet ise, kadın ve erkek arasında görevlerin ve gelirin paylaşılmasında hakkaniyetin olması anlama gelir. Aynı zamanda ahlaki ve etik yönü de kapsamaktadır (Coşkun ve Özdilek, 2012).

2.1.4. Sosyal Statü

Sosyolojide, sosyal statü kavramı, bir kişinin toplum içindeki konumunu kavramak için teorik bir araç olarak yaratılmıştır. Bir kişinin sosyal konumu, toplumdaki yerini, ortak iyiye olan katkısını, toplum için yeteneklerinin değerini ve hak ve yükümlülüklerini yansıtır (Farkas, 2022).

2.1.5. Toplumsal Cinsiyet Roller

Toplumsal cinsiyet rolleri terimi cinsiyet kalıp yargılarını yansıtmak üzere kadınlara ve erkeklere verilen farklı roller olarak tanımlanmaktadır. Çocuklar, toplum tarafından kız ya da erkek olarak etiketlenmelerinden sonra cinsiyetin kültürel anlamlarını kazanmaya başlarlar. Kız ve erkek çocuklar, çeşitli etkinlikleri, oyunları, meslekleri uygun ya da uygun değil olarak ayırt etmeyi öğrenirler. Toplumsal cinsiyet rolleri kadınların ve erkeklerin, toplumun yazdığı senaryoyu oynamaları beklentisidir (Dökmen, 2015).

2.1.6. Toplumsal Cinsiyet Rollerini Etkileyen Faktörler

2.1.6.1. Aile

Aile, cinsiyet sosyalleşmesi, cinsiyet farklılaşması, rollerin bölünmesi ve farklı ebeveyn rolü yoluyla cinsiyet farklılıkları bilgisinin anlaşılmasında dönüm noktasıdır. Aile, bireylere cinsiyete uygun davranışları öğretir ve onlara kültürel ve toplumsal beklentileri öğretmek rehberlik eder (Hussain ve ark., 2015).

Ailede insanlar, ilgili sosyal statülerine göre belirli toplumsal cinsiyet rolü sorumluluklarını öğrenirler. Ayrıca insanlar, kendilerini uymaya zorlayan dış güçlerin baskısını da tanımayı öğrenirler (Hussain ve ark., 2015).

Aileler, kızlarını narin, zayıf ve duygusal, erkek çocuklarını güçlü ve cesur olarak görmek istedikleri için çocuklarını farklı görebilirler (Hussain ve ark., 2015).

Çocukların cinsiyet rolü uyumu açısından nasıl davrandıkları üzerinde etkisi olan faktörlerden biri ebeveyn davranışlarıdır. Dolayısıyla çocukların oyun ve arkadaş seçimlerinde bu beklentileri temel aldıkları açıktır. Bu tercihlerini de çevrelerinin ve sosyal çevrelerinin taleplerine göre şekillendirirler (Saygan ve Uludağlı, 2021).

2.1.6.2. Okul

Okul ortamı, çocukların günlük olarak akranlarıyla etkileşimde bulunduğu ortamdır (Halimi ve ark., 2016). Cinsiyet sosyalleştirme uygulamalarına okul ortamlarında sıklıkla rastlanmaktadır (Kangethe ve ark, 2014).

Okul, seviyeleri, konumu, yapısı ve hatta öğretmenleri ve öğrencileri bir öğrencinin cinsiyet sosyalleşmesini etkiler. Halimi ve ark., (2016) tarafından yapılan incelemede, öğrencilerin eğitim düzeyi eşitlikçi cinsiyet rolü tutumu ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Öğretmenlerin cinsiyet rolü tutumları, öğrencilerin cinsiyet rolü tutumlarını önemli ölçüde yordamaktadır. Çocukların akranlarının cinsiyet rolü tutumları da önemli bulunmuştur (Halimi ve ark, 2016). Ayrıca okul yapısının çocukların cinsiyet rolü üzerinde önemli bir etkisi vardır. Halimi ve arkadaşları (2016)' na göre sosyoekonomik düzeyi yüksek bir mahallede bulunan bir okula gitmek, kız öğrencilerin sosyal hayata ve aile yaşamına yönelik eşitlikçi tutumlarının olumlu bir yordayıcısıdır.

Cinsiyet ve erkeklik ve kadınlığa yönelik algılar, okullaşma ve akademik performansta önemli bir rol oynamaktadır. Örneğin kızlar, koltuklarına güzelce oturmak, öğretmenleri dinlemek gibi yönergeleri takip etmeye şartlandırıldıkları için okulda daha iyi performans gösteriyorlar. Erkek çocuklarının ise yaramazlık yapmaları, sürekli kınamalara maruz kalmaları ve okuldan ayrılmaları beklennemtedir (Legewie ve DiPrete, 2012).

2.1.6.3. Arkadaşlık

Köse'nin çalışmasında (2015), ergenler için arkadaşlık, anne baba ya da diğer yetişkin gruplarından farklıdır. Ergenler için arkadaşlığın çok daha önemli olduğu gösterilmektedir. Arkadaşlar, ortak bir geçmişi paylaşan ve onlarla otoriteyi ve toplumsal normları sorgulayan kişilerdir. Akran ilişkileri sayesinde ergen, yetişkinliğe geçiş için ihtiyaç duyduğu sosyal rollere de hazırlanır ve arkadaşları bu konuda yardımcı olur.

Arkadaşlığın toplumsal cinsiyet rollerinin oluşturulmasında önemli bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir. Saygan ve Uludağlı (2021)'na göre, çocuklar, cinsiyete dayalı ayrımcılığın ve davranışların daha belirgin olduğu akran ortamında olduklarında, cinsiyet kalıp yargılarını ve onunla ilgili fikirleri kazanmaktadır. Ancak cinsiyet kavramının önemsenmediği ortamlardaki çocuklarda bu eğilimler gözlenmemiştir.

2.1.6.4. Medya

Kitle iletişim araçları ve teknoloji, erkek ve kız öğrencilerin erkeklik ve kadınlık açısından sosyalleşmesini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Genel olarak, medyanın öğrencilerin davranışlarını ve akademik performansını etkilediği açıkça belirtilmiştir. Akademik etkisinin yanı sıra, mesajları iletmede güçlü bir aracı olarak görülmektedir. Örneğin şiddet, sigara, alkol gibi bazı davranış ve eylemleri yüceltebilir. Kitle iletişim araçları aynı zamanda her iki cinsiyet için de güçlü rol modeller sağlar (Kangethe, 2014).

Çocuklar sıklıkla televizyon, çizgi film, veya bilgisayar oyunları gibi medya araçlarına maruz kalmaktadır. Görsel medya materyalleri, çocuklara toplumda sağlıklı cinsiyet gelişimini öğretmenin temel yollarından biridir (Saygan & Uludağlı, 2021).

Medyanın kız ergenlerin beden imajı üzerinde önemli bir etkisi vardır. Medya görselleri, önyargılı içerik sunarak kendileri hakkında olumsuz bir algıya neden olmaktadır. Kız ergenlerin idealize edilmiş medya içeriklerine maruz kalmalarının, erkek ergenlere göre dış görünüşleri ile ilgili daha fazla karşılaştırma yapmalarına neden olarak beden algılarını olumsuz etkilediği görülmektedir (Saygan ve Uludağlı, 2021).

2.2. Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık

2.2.1. Dünyada ve Somali'de Toplumsal Cinsiyete Dayalı Sağlıkta Eşitsizliğe İlişkin Göstergeler

Cinsiyet eşitsizliği, bir dizi deneyimi ve yapısal eşitsizliği kapsamaktadır. Bunlar, çalışma ortamlarında daha düşük pozisyonlarda veya hatta toplumlarda daha düşük statüde olan kadınları içerir. Aynı zamanda kadınların eğitim ve bağımsız yaşam aramaktan vazgeçmelerine de yol açmaktadır (Hosang ve Bhui, 2018). Ancak,

cinsiyet eşitsizliğinin en belirgin yansımalarından biri sağlık alanında yaşanmaktadır (Eryılmaz, 2020).

Toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması, cinsiyetler arası rol dağılımının eşitlenmesi ve daha birçok açıdan önem taşımaktadır. Bu eşitlik sağlanamadığı takdirde toplumsal cinsiyet eşitsizliği ortaya çıkmaktadır. Cinsiyet eşitsizliği, bireylerin cinsiyetlerine dayalı olarak eşit olmayan muamele veya algılarını ifade etmektedir. Biyolojik olarak kromozomlar, beyin yapısı ve hormonal farklılıklar yoluyla sosyal olarak inşa edilmiş cinsiyet rollerindeki farklılıklardan kaynaklanmaktadır (De Austria, 2014). Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı en güçlü önyargılardan biridir. Cinsiyete özgü kalıplaşmış yargılar, önyargılar ve ayrımcılığın sonuçlarından kadının ve erkeğin farklı fiziksel ve ruhsal problemler yaşamasına neden olmaktadır. Bu durum iş ve eğitim gibi farklı alanlarda da ortaya çıkmaktadır (Coşkun & Özdilek, 2012; Dökmen, 2015).

Toplumsal cinsiyet, çevre koşullarına, sosyal koşullara ve ekonomik durumlara bağlı olarak ülkeden ülkeye, hatta bölgeden bölgeye değişmektedir (Yıldırım, Ergüt, & Camkıran, 2018). Farklı ülkelerde cinsiyet eşitsizliğini ölçmek için bazı indeksler ve raporlar geliştirilmiştir. Bunlardan biri Dünya Ekonomik Forumu tarafından Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksidir. 146 ülkede cinsiyet eşitliğini ölçmek için 2022 yılında hazırlanan Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksi'ne göre küresel cinsiyet farkı %68.1 oranında kapatılmıştır. Genel cinsiyet eşitliği puanı 2021'de %67.9'dan 2022'de %68.1'e yükselmiştir. Henüz hiçbir ülke tam cinsiyet eşitliğine ulaşamamış olsa da, İzlanda, Finlandiya ve Norveç gibi bazı gelişmiş ülkeler eğitim, sağlık, ekonomik ve politik alanlarda cinsiyet eşitsizliklerini azaltmayı başarmıştır. Örneğin, İzlanda cinsiyet farklarının %90.8'ini kapatarak listede 146 ülke arasında birinci sırada yer almıştır (WEF, 2022). Ancak, diğer birçok ülke farklı sektörlerde toplumsal cinsiyet eşitsizliğini azaltmayı başaramamıştır. Hindistan Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksi'ndeki sıralamada 135. sırada yer almaktadır (WEF, 2022). Hindistan eğitim, istihdam ve sağlıkta cinsiyet eşitsizliği sergilemiştir. Yüksek ölüm oranlarından muzdarip kızlar ve kadınlar bulmak yaygındır (United Nations Development Programme [UNDP], 2016; Nilerd, 2018). Bununla birlikte aynı endekse göre son sırada yer alan ülkedir (WEF, 2022). Afganistan Halk Sağlığı Bakanlığı (2011) verileri, genel olarak kadınların erkeklerden daha fazla hastalanma oranına sahip olduğunu göstermektedir. Hastalığa karşı artan savunmasızlığın

muhtemelen stresli yaşam tarzlarından kaynaklandığı belirtilmektedir (Samar ve ark., 2014).

UNDP'nin İnsani Gelişme Raporu'nda, üç boyut kullanarak (üreme sağlığı, güçlendirme ve işgücü piyasası) cinsiyet eşitsizliğinin bileşik bir ölçüsü olan Cinsiyet eşitsizliği indeksini (GII) tartışmaktadır (UNDP, 2022). UNDP'nin 2012 yayınlamış olduğu raporu'nda, Somali için Cinsiyet Eşitsizliği Endeksi 0.776 olup, Somali'yi küresel olarak dördüncü en yüksek konuma yerleştirmektedir (UNDP, 2012). Ayrıca, UNDP'nin 2022 yılında yayınlamış olduğu Raporu'nda Somali'de anne ölüm oranı 829 iken, Cinsiyet Eşitsizliği'nde 1. ülke olan İsviçre anne ölüm oranı 5'tir ve aynı Endekste 48. ülke olan Türkiye anne ölüm oranı 17 ve dünyadaki anne ölüm oranının ortalaması 225'tir (UNDP, 2022).

Somali'deki yüksek anne ölümleri birçok nedene bağlanmaktadır. Aden ve ark. (2019)'na göre, obstetrik bakıma erişimde gecikme ve hastaneye ulaşıktan sonra sağlık hizmeti almada gecikmenin, kan eksikliği ve mevcut personelin yetersizliğinin bu yüksek oranlara bağlandığını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada sağlık hizmeti alma kararındaki gecikmenin de ölüm oranında önemli bir etken olduğu gösterilmiştir. Nafiu ve ark., (2016)'e göre, toplam doğurganlık hızı ve HIV yaygınlık oranı, anne ölüm oranı ile doğrudan ilişkilidir. Ayrıca araştırmalar, annenin ekonomik durumunun da anne ölümünü ters yönde etkilediğini göstermektedir.

Araştırmalar, Somali'de birçok kadının üreme sağlığı nedeniyle öldüğünü göstermektedir. Ayrıca üreme çağındaki kadınların sağlık hizmetlerine erişim ve üreme sorunlarından erkeklere göre daha fazla etkilendiği belirtilmektedir. 2020'deki Somali Sağlık ve Demografik Araştırması, kadın ölüm oranlarının en yüksek doğurganlık çağında (30-35) olduğunu belirten bir rapor saptanmıştır. Aynı raporda en yüksek erkek ölüm oranları ise 40-44 yaş üstü olarak belirtilmektedir (Directorate of National Statistics, 2020).

Ekonomik durum göstergesi, Somali'de sağlıkta cinsiyet eşitsizliğini değerlendirmek için kullanılabilir. Sağlık harcamaları, aileleri yoksulluğa sürükleyen felaket düzeylerinde olabilir. Somali sağlık altyapısının otuz yıl önce çökmesinden bu yana, çoğu Somalili hastalandıklarında ceplerinden ödeme yapmak zorunda kalmaktadır (Directorate of National Statistics, 2020). Nafiu ve ark.'nın (2016) çalışması, Somali'nin Gayri safi yurt içi hasıla (GSYİH)'da düşüş yaşadığını

göstermektedir. Kişi başına düşen GSYİH azaldıkça anne ölümleri artar ve bunun tersi de geçerlidir (Nafiu ve ark., 2016).

Gelir düzeyi, kadınların doğurganlık konusunda karar vermelerini etkileyen önemli bir faktördür. Gelir düzeyi düşük olan kadınlar ise doğurganlık sorunlarını ve endişelerini dile getirememekte ve sağlık hizmet sunucularından yeterli ilgiyi görmemektedir. Eğitim düzeyi ve meslekten ziyade ekonomik durumun etkisi daha önemli kabul edilmektedir (Khazaeian ve ark., 2018). İstihdamda cinsiyet eşitsizliği de kadınların sağlık durumu üzerinde etkilidir. 2020 insani gelişme raporu sonuçlarına göre Somali'de erkeklerin işgücüne katılım oranı %47.0, kadınların oranı ise sadece %20.9'dur. İstihdamda cinsiyet eşitsizliği, kadınların sağlık durumunu etkileyebilir. Bu, Khazaeian ve ark., (2018) tarafından yapılan çalışma ile tutarlıdır. Khazaeian ve arkadaşların (2018) çalışmasında, çalışan kadınlarda arzu edilen üreme sağlığına sahip olma olasılığının ev kadınlarına göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Kızların ve kadınların eğitimi, anne sağlığının iyileştirilmesi gibi çok çeşitli faydalara yol açabilir. Son yirmi yılda dünyada eğitime katılımda kayda değer bir ilerleme kaydedilmiştir. Çocukların ilköğretime kaydı bu günlerde evrenseldir. Ancak, cinsiyet eşitliğine ulaşmamış bazı gelişmekte olan ülkelerde, eğitimde eşitsizlikler çok belirgindir. 2015 yılında dünya genelinde ilkokul çağındaki 58 milyon çocuk okula gitmemektedir. Bunların yarısından fazlası kız ve dörtte üçü Sahra altı Afrika ve Güney Asya'da yaşamaktadır (UN, 2015a). Ayrıca, daha yüksek bir eğitim seviyesi, bireyin sağlık çıktılarına yönelik algısının iyileştirilmesine yol açmaktadır (Khazaeian ve ark., 2018). Somali Sağlık ve Nüfus Araştırması 2020, kadınlar arasında eğitim düzeyinin çok düşük olduğunu göstermiştir. Ayrıca kadınlar arasındaki okuryazarlık düzeyleri değerlendirilmiş ve 15-49 yaş arası Somalili kadınların yaklaşık üçte birinin okuryazar olduğu belirtilmiştir (Directorate of National Statistics, 2020).

Yoonis'e (2018) göre, karşılanmayan toplam aile planlaması ihtiyacı, şu anda hayatta olan çocuk sayısı, annelerin eğitimi, kocanın modern doğum kontrol yöntemlerini onaylaması, kültürel yasak, çalışma durumu ve aile planlaması bilgisi ile önemli ölçüde ilişkilidir. Aynı çalışmada, herhangi bir eğitim almamış kadınların, okula devam edenlere göre aile planlaması için karşılanmamış ihtiyaçların 4 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Yoonis, 2018). Somalili kadınların üreme hakları söz

konusu olduğunda, aile planlamasının erişilebilirliği ve kullanımına bakılarak değerlendirilebilir. Doğum aralığı programlarının başarısını değerlendirmek için en sık kullanılan göstergelerden biri, mevcut kontraseptif kullanım düzeyini incelemektir. Aynı araştırmaya göre, evli kadınların %7'si herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmakta ve %1'i modern yöntemler kullanmaktadır.

Literatür incelediğinde, Somali'de doğum kontrolüne erişimin ve kullanımın düşük olmasına birçok nedenin yol açtığı anlaşılmaktadır. Gele ve ark. (2021)'na göre, somali'de kadınların doğum kontrol yöntemlerine erişimini kısıtlayan nedenleri bilgi eksikliği, sağlık çalışanlarının yanıtıcı olması, kocanın varlığı ve onayı, doğum kontrolüne karşı olumsuz kültürel ve dini inançlar, görüşler ve kalıcı kısırlık korkusudur (Gele ve ark., 2021). Aynı çalışmada, araştırmacılar, mevcut çok sayıda çocuk sahibi olma geleneğine rağmen, katılımcıların olumlu bir tutum sergilediklerini ve çocukların arasına mesafe koymanın önemini çok iyi anladıklarını belirttikleri saptanmıştır. Ayrıca, Somalili kadınlar, kontrasepsiyonun bir çocuğun emzirmesi için yeterli bir süreye izin verdiğini ifade etmiştir (Gele ve ark., 2021).

2.2.2. Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı

Kadınlar çok hastalık yüküne sahip olmaktadır. Ayrıca, kadınlar, farklı dönemlerde farklı olumsuzluklarla karşılaşmaktadır. Çocukluk döneminde cinsiyete bağlı olarak sağlığını etkileyen problemleri şunlardır: fetüsün cinsiyetinin belirlenmesi, isteyerek düşükler, kadın sünneti, ve malnütrisyon. Ergenlik döneminde ise kız adölesanların sağlığını etkileyen olumsuz etkiler şunlardır: cinsel taciz, toplumsal baskı, istenmeyen gebelikler, isteyerek düşükler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve şiddet. Erişkinlik döneminde en önemli sağlık sorunları ise şunlardır: gebelik, doğum, doğum sonu komplikasyonlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, şiddet, cinsel taciz ve anne ölümü. Menopoz ve menopoz sonrası dönemde karşılaşılan önemli sağlık sorunları şunlardır: menopozal semptomlar, kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz ve şiddettir (Özvarış, 2014).

Cinsiyet ayrımcılığı, kadının istihdam fırsatlarına ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişimini sınırlayarak yaşamının tüm yönlerini etkiler, ve sonuç olarak kadının sağlık sorunlarına neden olabilir (Hosang ve Bhui, 2018). Kadınlar, sağlıklı bir yaşam sürmelerini engelleyen cinsiyet eşitsizliğinden daha fazla etkilenmektedir. Toplum, kadınlardan mükemmel görünüme sahip olma, çocuk sahibi olabilme gibi özellikler beklemektedir. Sonuç olarak, kadınların uzun vadede sağlık sorunları ile mücadele

etmelerine neden olmaktadır. Ayrıca, cinsiyet eşitsizliği, kadının beden imajına ilişkin olumsuz algılar, üreme sağlığı sorunları, kadına yönelik şiddet ve sosyokültürel etkilere neden olmaktadır (Karaduman, 2021).

Kadınları erkeklerden farklı özelliklerinden biri de doğurganlık özelliklerine sahip olmalarıdır. Üreme sağlığı hem erkekler hem de kadınlar için çok önemli olmasına ve toplumdaki konumlarını ve algılarını etkilemesine rağmen, kadınların üreme sağlığı ile ilgili sorunlar toplum tarafından daha fazla ilgi görmektedir. Bu aşamada toplum, bir çocuğun doğumuyla ilişkili olarak bir kadının tamamen sağlıklı kabul edildiğini de düşünmektedir. Bu nedenle üreme sorunları yaşayan kadınların büyük çoğunluğu, toplum veya yakın çevreleri tarafından beklenen annenin rolü nedeniyle bu sorunları aşmada güçlük çekmektedir. Bu anlamda kadınlar, var olan üreme sorunlarının daha da olumsuz hale gelmesine neden olmaktadır (Karaduman, 2021).

Şiddet, kadınların fiziksel, zihinsel ve üreme sağlığını olumsuz etkilemektedir. Şiddet oranlarına bakıldığında, üç kadından birden fazlası (%35) aile içi şiddet mağduru olmuş veya olacaktır. Yakın partner şiddeti, bazı fiziksel, zihinsel, cinsel etkileri ile ilişkilendirilmektedir. Bunlar arasında genç gebelik, istenmeyen gebelik, düşük, ölü doğum, beslenme yetersizlikleri, karın ağrısı ve diğer gastrointestinal problemler, nörolojik bozukluklar, kronik ağrı, sakatlık, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), yüksek tansiyon, kanser ve kardiyovasküler hastalık gibi hastalıklar (WHO, 2013).

Ruhsal bozuklukların yükü kadınlarda erkeklere göre daha fazladır. Bunların hormonal farklılıklar, kadınlara özgü tıbbi hastalıklar ve lohusalık psikiyatrik bozuklukları nedeniyle biyolojik nedenleri olabilir. Ayrıca, kadınların düşük statüye sahip olması, strese ve kötü ruh sağlığı durumlarına maruz bırakılmaktadır (Hosang ve Bhui, 2018).

2.3. Toplumsal Cinsiyet Bağlamında Kültürün Kadın Sağlığı Üzerine Etkisi

2.3.1. Somali Bölgesinde Kadın Sağlığı

Somali, Doğu Afrika'da bulunan bir ülkedir. Kuzeybatıda Cibuti, batıda Etiyopya ve güneybatıda Kenya ile sınır komşudur. Somali'de gerçekleştirilen Nüfus Tahmini Araştırması'nın bulguları, savaş öncesi 18 bölgede kentsel, kırsal, göçebe

alanlar ve ülke içinde yerinden edilmiş kişiler için kamplarda tahmini toplam nüfusu 12.316.895 olarak bulmuştur (UNFPA, 2014). Somali, İngilizler ve İtalyanlar tarafından sömürgeleştirilmiştir. İngilizler tarafından sömürgeleştirilen bölge 1960 yılında bağımsızlığını kazanmış ve bunu kısa süre sonra İtalyanlar tarafından sömürgeleştirilen bölge takip etmiştir. İki koloni daha sonra Somali Federal Cumhuriyeti'ni oluşturmak için birleşti. 1991'den beri kendi bağımsızlığını ilan eden bir devlet olan Somaliland Cumhuriyeti, uluslararası olarak Somali'nin özerk bir bölgesi olarak kabul edildi. Kuzeybatı Somali'de bulunur; resmi dilleri Somalice, Arapça ve İngilizce'dir (Unicef 2016).

Somali'de aile hayatın en önemli unsurudur. “Aile”, geniş aile üyeleri de dahil olmak üzere geniş bir akrabalık ağına atıfta bulunur. Her aile, diğer Somalililerle ortak atalarına dayalı olarak daha geniş bir kabileye ve alt kabileye aittir. Tüm kabile bağlantıları babanın soyundan gelir. Somalili aileler, toplumsal sorumlulukları olan çok kolektivisttir. Örneğin, bir çocuğun ebeveynliği ve yetiştirilmesinden tüm aile ve topluluk sorumlu kabul edilir. Somalili bir çocuğun toplumdaki ebeveynleri olmayan başka bir yetişkin tarafından disipline edilmesi olağandır ve kabul edilir. Somali'de cinsiyet rolleri açıkça tanımlanmış ve ev işleri ayrılmıştır. Erkekler geleneksel olarak en fazla otoriteye ve karar verme gücüne sahiptir. Ailenin maddi refahından ve güvenliğinden sorumludur. Aynı zamanda, kadınlardan farklı, tamamlayıcı yükümlülükleri yerine getirmeleri beklenmektedir (Evason, 2019)

Somali halkının sağlığı, dünyadaki en kötü sağlık göstergelerinden bazılarıyla kritik bir durumdadır. Genel nüfus ishal, akut solunum yolu enfeksiyonları, sıtma, yetersiz beslenme ve diğer aşı ile önlenemez hastalıklar dahil olmak üzere aynı hastalıklardan etkilenirken, morbidite ve mortalite eğilimleri yıllarca benzer kalmıştır (Directorate of National Statistics, 2020). Örneğin, Somali'de anne ölümleri toplam 100.000 canlı doğumdan 829'dur (UNDP, 2022). Somali'nin yüksek anne ölüm oranı, o yıllarda yaşanan kuraklıklar ve şiddetli çatışmalarla açıklanabilir (Nafiu ve ark., 2016). Ayrıca, kültürün Somali'deki ölüm oranı üzerinde etkisi olabilir.

Kadın sünneti, genç kızlarda ve kadınlarda dış genital organları değiştiren uygulamaları tanımlamaktadır (Klein ve ark., 2018). “Kızın cinsel kısıtlama, kadınlık, saygınlık ve olgunluk” gibi temel sosyal normlara uygun olmasını sağladığı inancıdır (WHO, 2012). Kadın sünneti, dünyadaki birçok ülke tarafından uygulanan zararlı bir uygulamadır (UNICEF, 2013). Sahra altı Afrika, Orta Doğu ve Asya'daki

birçok ülkede yaygın olan bir uygulamadır. Ancak en yüksek yaygınlık oranı %99 ile Somali'de görülmektedir (Directorate of National Statistics, 2020).

Somali'de kadın sünnetinin uygulanması noktasında birden çok sebep bulunduğu ifade edilebilir. Kadın sünneti, toplumsal normlar yaratan derin sosyolojik köklere sahiptir. Toplum, ebeveynlere kızlarını evliliğe hazırlamak için kadın sünneti yapmaları yönünde baskı yapmaktadır. Kızların bekaretini koruduğu ve hijyeni geliştirdiği düşüncesine yol açan kültürel bir uygulamadır (Klein ve ark., 2018). Kadın sünnetinin devam etmesini sağlayan temel faktörler, sosyal zorunluluk ve evlenilebilirliktir (Varol, 2015). Gele ve ark. (2013), Somalili erkeklerin %96'sının sünnetli kadınlarla evlenmeyi tercih ettiğini açıklamaktadır.

Sosyolojik faktörlerin yanında, kadın sünnetinin yaygınlığını etkileyen diğer faktörlerden biri karar verme sorumlusudur. Lunde ve Sağbakken (2014)'e göre kadın sünnetinin gerçekleşip gerçekleşmeyeceğine karar vermek annenin görevidir. Bununla birlikte, geniş aile ve sosyal yapıların karar vermede önemli roller oynayabileceği açıktır. Ayrıca, Bazı din bilginleri, kadın sünnetinin herhangi bir biçimde İslam'ın bir parçası olmadığını iddia etseler de, Somali Hargeisa'daki dini liderler bu günlerde sünnet kesmenin dini bir zorunluluk olduğunu iddia ettikleri saptanmıştır. Ayrıca aynı çalışmada Sivil Toplum Kuruluşları çalışanlarının çoğu genel olarak Somalili insanların kadın sünnetinin dini yükümlülükleri olduğunu düşündüklerine inandıklarını belirtmişlerdir (Lunde ve Sağbakken, 2014).

Kadın sünnetinin Somali kadın sağlığı üzerinde çok farklı fizyolojik ve psikolojik sonuçları vardır. Bu komplikasyonlar idrar yolu enfeksiyonları, HIV, Chlamydia gibi CYBE'ler ve anksiyete, depresyon, psikoz, gibi psikolojik komplikasyonlardır (Klein ve ark., 2018). Ayrıca Somali'de yapılan bir araştırmaya göre kadın sünneti yaptıran kadınlar yaşadıkları cinsel deneyimlerin acı verici olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca bazı kadınların doğum yaparken zorlandıkları belirtilmiştir (İbrahim, 2019).

Aile planlaması, birçok sağlık riskini azaltarak kadınların sağlıklı olmasını sağlamaktadır. Bununla birlikte, gelişmekte olan bölgelerde, yaklaşık 214 milyon kadın, bilgi veya hizmet eksikliğinden eşlerinden veya topluluklarından destek eksikliğine kadar değişen nedenlerle şimdiye kadar güvenli ve etkili aile planlaması yöntemlerinden yoksundur. Bu, kendileri, aileleri ve toplulukları için iyi bir gelecek inşa etme yeteneklerini tehdit etmektedir (UNFPA, 2018).

Somali Sağlık ve Nüfus Araştırması 2020'ne göre, evli kadınların %7'si herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmakta ve %1'i modern yöntemler kullanmaktadır (Directorate of National Statistics, 2020).

Somali bölgesinde kontrasepsiyon kullanılmamasının nedenleri bilgi eksikliği ile ilgili olabilir. Güre ve arkadaşları (2015)'na göre Somalili kadınların kontrasepsiyon yöntemleri hakkında sınırlı bilgileri olduğunu saptanmıştır. Ayrıca doğum kontrol yöntemleri kullandıktan sonra HIV kapma olasılığı konusunda da yanlış bilgilerin yaygın olduğu belirtilmiştir.

Gele ve arkadaşların (2020)' çalışmasında, kadınların çoğunluğu, kanama, düzensiz adet görme ve kanser gibi kontrasepsiyonun yan etkilerinden korktuklarını bildirmiştir. Ayrıca, bu çalışmaya katılanlar, doğum kontrolünü kullanan ve sonunda kısır hale gelen veya kanser gibi tehlikeli hastalıklara yakalanan çok sayıda Somalili kadın olduğunu duyduklarını belirtmiştir. Sonuç olarak, bilgi ve eğitimin kadın sağlığında önemli bir rol oynadığı ifade edilmektedir.

Modern doğum kontrol yöntemlerinin engellerinden biri Somali'deki sağlık sistemidir. Sağlık sistemleri, hastanın kocasından izin almadıkça kadınlara aile planlaması yöntemleri sunmayı reddedebilir. Ayrıca sağlık çalışanları, doktorların bu yöntemlerle ilişkili olduğunu algıladıkları yan etkiler nedeniyle kadınları doğum kontrol yöntemleri kullanmaktan caydırmaktadır (Gele, 2021).

Üstelik, Somalili kadınların doğum kontrol yöntemlerine sınırlı erişimiyle ilgili bazı sosyo-ekonomik faktörler de vardır. Gele'nin (2021) çalışmasında, doğum kontrolünün batılı bir gelenek olarak kabul edildiği, norm ve geleneklerine aykırı olduğu ve bu nedenle kullanımını engellediği belirtilmiştir. Aynı çalışmada, çalışmanın katılımcıları bu uygulamayı Somali'ye getirmek için yabancıları suçladıkları saptanmıştır.

Yakın partner şiddeti, bir koca, erkek arkadaş veya başka bir partner tarafından fiziksel, cinsel veya psikolojik zarara neden olan davranışları ifade etmektedir. Bunlar; başkalarının önünde küçük düşürülmek, vurulmak, yakılmak veya bıçak, silah veya başka bir silahla tehdit edilmekdir (WHO, 2013).

Partner dışı cinsel şiddet, yakın olmayan bir partner tarafından zorlama kullanılarak bir kişinin cinselliğine yönelik herhangi bir cinsel eylem olarak tanımlanmaktadır. Bu, silahlı aktörler, aile veya topluluk üyeleri, öğretmenler veya

diğer kişiler tarafından işlenen cinsel şiddet eylemlerini içermektedir. Yakın partner şiddeti ve partner dışı cinsel şiddete maruz kalmanın sağlık üzerindeki etkilerine ilişkin incelemeler yapılmıştır. Çalışmalara göre, yakın partner şiddeti, HIV enfeksiyonu, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), erken doğum, depresyon, alkol kullanımı ve intihar, yaralanmalar ve ölüme neden olabilir. Ayrıca, partner dışı cinsel şiddetin sağlığa etkilerinin depresyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) dahil anksiyete bozuklukları ve Alkol kullanım bozuklukları olduğu belirtilmiştir (WHO, 2013).

Kadına yönelik şiddet dünyada farklı derecelerde bulunmaktadır. Küresel olarak, kadınların %35.6'sı ya partneri dışında cinsel şiddete, ya da birlikte olduğu partnere karşı şiddete ya da her ikisine birden maruz kalmıştır (WHO, 2013). Somali Sağlık ve Nüfus Araştırması 2020'ne göre, 15-49 yaş grubundaki Somalili kadınların %14'ünün 12 yaşından itibaren fiziksel şiddete maruz kaldığını göstermektedir. Aynı Araştırmaya göre, hayatında evlenen ve fiziksel şiddete maruz kalan kadınların %62'sine göre, en yaygın failin kocası olduğu saptanmaktadır. Ayrıca, sadece %17'sinin yardım aradığını, %83'ünün ise hiç yardım istemediğini gösteriyor (Directorate of National Statistics, 2020). Aynı araştırmada, Somali'de, hiç evlenmemiş kadınların %34'ü birinci derece akrabası olmayan bir akrabadan fiziksel şiddet gördükleri ve %29'u anneleri/üvey anneleri olduğunu bildirilmiştir. Ayrıca, %19'u babaları/üvey babaları tarafından dövüldüğünü bildirmiştir (Directorate of National Statistics, 2020). Yakın partner şiddeti, birçok kültürel ve sosyal nedenden dolayı ortaya çıkmaktadır. Bunlardan kadınların sosyal statüsünün erkeklerden daha düşük olduğunu düşünen toplumlarda ve onlara belirli roller verildiğinde olmaktadır. Sharma ve ark., (2020) araştırmasının bulgusuna göre, Etiyopya'daki Somali mülteci kampında tutulan bazı katılımcılar tarafından zorla evlilik de fiziksel yakın partner şiddeti ile doğrudan ilişkili olarak tanımlanmıştır.

Somalililer genellikle aynı cinsiyetten sağlık çalışanlarını tercih etmektedir. Degni ve ark'ın (2012) çalışmasında, tıbbi muayeneler için kadın doktorların bulunması gibi çeşitli özellikler, doktora ihtiyaç duyduklarında Somalili kadınlar için hassas kültürel konular olarak tanımlanmaktadır.

2.4. Toplumsal Cinsiyet Eşitliğine Dayalı Kadın Sağlığını Korumada Hemşirenin Rolü

Kadınlar güvenli annelik, jinekolojik sorunlar, aile planlaması vb. konularında üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanmada yetersiz kalabilmektedir. Kadınların, sağlık hizmeti almaya karar vermede zorluk yaşadıkları, hastanelere ya da sağlık kuruluşuna gitmede zorlandıkları ve sağlık hizmetleri almada geciktikleri belirlenmektedir (Coşkun&Özdilek, 2012).

Sağlık çalışanları, özellikle hemşireler toplumla etkileşim halindedir. Hemşireler, rol modeli olup, iyi örnekleri temsil edebilirler. Hemşirelerin cinsiyeti nedeniyle kadının yaşadığı sağlık problemlerinin azaltılmasında ve önlenmesinde önemli rolü bulunmaktadır (Aydin, 2016).

Hemşireler toplumun bireylere özellikle kadınlara farklı şekilde sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Bunlardan biri; çocukların toplumsal cinsiyet rolü gelişimde anne babayı rol model aldığını için, anne-babanın bilinçlendirilmesi ve toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi bakış açısını kazandırma konusunda hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Ayrıca, hemşirelerin görevlerinden biri toplumun sağlıkla ilgili eğitim ve danışmanlık hizmetini sunmaktadır (Atış, 2010).

Sağlık çalışanları ve hemşireler, kadınlara verecekleri sağlık bakımını, eşit, nitelikli ve sağlığı geliştirmeyi kapsayacak biçimde sürdürmelidir. Ayrıca, hemşireler, toplumsal cinsiyete dayalı eğitimler verme, toplumsal cinsiyet konusunda bilinçlendirme ve danışmanlık gibi görevleri gerçekleştirme açısından yeterli niteliktedir (Coşkun ve Özdilek, 2012).

Ayrıca, toplumsal cinsiyet ayrımcılığının karşısına uygulayıcı rol üstlenen hemşirelerin görevleri arasında,

- Cinsiyet ayrımcılığının farkında olmak
- Kültürel faktörlerin cinsiyet ayrımcılığına etkisinin farkında olmak
- Şiddetin önlenmesinde rol almak
- Kadın hakları savunucularının rolü ve sektörler arası işbirliği ile sorunun çözülmesine yardımcı olmak
- Sağlık hizmetini sunarken ayrımcı uygulamalardan kaçınmak ve iş arkadaşlarını uyarmak yer almaktadır (Dinç ve Çalışkan, 2016).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, Somali'de toplumsal cinsiyet ile ilgili bazı özelliklerin kadın sağlığı üzerine etkisini belirlemeyi amaçlayan tanımlayıcı-kesitsel türde bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Haziran-Aralık 2022 tarihleri arasında Somali'nin Hargeisa şehrinde yapılmıştır.

Somali, doğu Afrika'da bulunmaktadır. Somali'nin, Cibuti, Etiyopya ve Kenya ile doğrudan ulusal sınırları vardır. Somali'nin toplam nüfusu 12.316.895 olarak bulunmuştur (UNFPA, 2014). Somali'nin resmi dilleri Somalice, Arapça ve İngilizce'dir (Unicef, 2016).

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Somali Hargeisa'da yaşayan bireyler oluşturmuştur. Bu araştırmaya 18 yaş üstü, görme ve işitme engeli olmayan, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan, araştırmaya katılmaya katılmaya gönüllü olan kadın ve erkek bireyler dahil edilmiştir. Araştırmada olasılıksız örneklem yöntemlerinden kartopu örneklem yöntemi kullanılmış çalışmaya katılmayı kabul eden ve formu eksiksiz dolduran toplam 250 kişi ile araştırma tamamlanmıştır. Veri toplamının ardından örneklem gücünü belirleyebilmek için post hoc power analizi yapılmıştır. Buna göre post hoc power analizinde bilinen grupta kadın sünnetinin gerekliliği değişkeninin sıklığı çalışma grubunda 250 kişilik popülasyonda %87.2 olarak elde edilmiştir. Yapılan analizde %95 güven aralığı %5 hata payı ile örneklem gücü %100 olarak hesaplanmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri online ortamda Google Forms kullanılarak toplanmıştır. Google Forms sosyal medya aracılığı ile paylaşılmış ve araştırmanın amacı, katılımcıların özellikleri açıklanarak gönüllü kişilerin formu doldurmaları talep edilmiştir. Veri toplama formunun uygulanması ortalama 5-10 dakika sürmüştür.

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Veri toplamada araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucu hazırlanmış olan anket formu kullanılmıştır (Atalay, 2019; Adigüzel, 2018; Deyo, 2012, Gele ve ark, 2021; Sünbül, 2019). Oluşturulan anket formu alanda uzman üç öğretim üyesine (Toplumsal cinsiyet eşitsizliği alanında çalışan Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalından bir ve Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalından iki öğretim üyesi) gönderilmiş alınan uzman görüşleri sonrasında gerekli düzenlemeler yapılarak son hali verilmiştir. Bu form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular bulunurken, ikinci bölümde toplumsal cinsiyet özelliklerine yönelik sorular yer almaktadır (Ek-1). Anket formu İngilizce ve Somalice dillerine çevrilerek kullanılmıştır (Ek-2) (Ek-3).

Anket formunun ilk bölümü katılımcıların sosyo demografik özelliklerinden yaş, evlilik yaşı, cinsiyet, medeni durumu, çocuk durumu, aile tipi, eğitim durumu, anne-babanın eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumunu belirleyen toplam 12 sorudan oluşmaktadır.

Anket formunun ikinci bölümünde kişilerin toplumsal cinsiyet özelliklerine ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla oluşturulan toplam 26 sorudan oluşan ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelere kişilerin “katılıyorum”, “kısmen katılıyorum” ve “katılmıyorum” seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir. Oluşturulan soru formundaki toplumsal cinsiyet özelliklerine yönelik yanıtlara yönelik yapılan değerlendirmede Cronbach Alfa değeri 0.77 olarak hesaplanmıştır. Aynı zamanda sorular içerdiği ifadelere göre alt gruplara da ayrılmıştır. Alt gruplara “Karar verme mekanizmalarına katılım” (2, 8, 18, 19,20), “Kadın cinsiyetine yönelik tutum” (3,7, 9, 11,14), “kadın sağlığına yönelik tutum” (1,5,6.12,13,24,25,26) ve “Cinsiyet eşitsizliğine yönelik tutum” (4,10,15,16,17,21,22,23) başlıkları verilmiştir (Ek-1).

Anket formunda katılımcıların kadın sünnetine yönelik tutumlarını belirlemeyi amaçlayan iki adet de açık uçlu soru bulunmaktadır (Ek-1).

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişkenler

Somali Hargeisa’da yaşayan katılımcıların toplumsal cinsiyet özelliklerine ilişkin tutumları bağımlı değişkeni oluşturmaktadır.

3.5.2. Bağımsız Değişkenler

Hargeisa’da yaşıyan katılımcıların sosyo-demografik özellikleri bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.7.İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 25 bilgisayar programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, ortanca ve standart sapma kullanılmıştır.

Veriler değerlendirilirken normallik testi yapılarak Kolmogorov-Smirnov’la çarpıklık/ basıklık incelenerek değerlendirilmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında karşılaştırmaların yapılırken ki-kare testi kullanılmıştır. Ayrıca, Fisher exact testi, tablolarda küçük değer bulunduğu zaman kullanılmıştır. Gruplar arası farklılık hangisinden kaynaklandığını bulmak için Bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlanmadan önce çalışmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulundan onay alınmıştır (2021-1107) (Ek-4).

Çalışmaya katılan kişilere çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiştir. Google Forms üzerinde kişilere çalışmanın amacı, kapsam ve önemine ilişkin bilgilendirme yapılmış, kimliklerinin gizli olacağını ifade edilmiştir. Ayrıca, katılmaya gönüllü olma durumu sorgulanmış ve izin alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıklar

Bu çalışma, sosyal medya ve diğer formlar gibi elektronik yollarla paylaşılan Google Forms’u aracılığıyla yanıtlayanlara ulaştırmıştır. Çalışma bulguları yalnızca Hargeisa’da yaşıyan araştırma kapsamına dahil edilen bireyleri kapsamakta olup sadece bu gruba genellenebilir.

4. BULGULAR

Bu çalışma, Somali Hargeisa’da yaşayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 250 kişi ile yapılmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular bu bölümde verilmiştir.

Tablo 4.1 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı(n=250)

Özellikler	$\bar{x} \pm SS$			
Yaş	25.61± 5.19 (min-max=18-51)			
Evlilik yaşı (n=49)	24.94± 4.40 (min-max=13-35)			
Çocuk sayısı (n=37)	3.05±2.58 (min -max=1-14)			
İlk gebelik yaşı (n=13)	23.15± 3.82 (min-max=17-31)			
Cinsiyet	Kadın		Erkek	
	n	%	n	%
Yaş	116	46.4	134	53.6
18-25	76	65.5	69	51.5
26-30	26	22.4	48	35.8
31+	14	12.1	17	12.7
Medeni durum				
Bekar	98	84.5	113	84.3
Evli	18	15.5	21	15.7
Çocuk durumu				
Var	14	12.1	23	17.2
Yok	102	87.9	111	82.8
Aile tipi				
Çekirdek aile	78	67.2	81	60.5
Geniş aile	33	28.5	46	34.3
Parçalanmış aile	5	4.3	7	5.2
Eğitim durumu				
İlköğretim	6	5.2	4	3.0
Lise	7	6.0	9	6.7
Üniversite	103	88.8	121	90.3
Anne eğitim durumu				
Okur Yazar değil	16	13.8	28	20.9
Okur yazar	22	19.0	25	18.7
İlkokul	34	29.3	22	16.4
Ortaokul	17	14.6	21	15.7
Lise	16	13.8	9	6.7
Üniversite	11	9.5	29	21.6
Baba eğitim durumu				
Okur Yazar değil	4	3.4	13	9.7
Okur yazar	14	12.1	23	17.2
İlkokul	12	10.3	15	11.2
Ortaokul	27	23.3	13	9.7
Lise	19	16.4	17	12.7
Üniversite	40	34.5	53	39.5

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=250) (devam)

Cinsiyet	Kadın		Erkek	
Özellikler	n	%	n	%
Gelir durumu				
Gelir giderden az	29	25.0	25	18.6
Gelir gidere eşit	63	54.3	75	56.0
Gelir giderden fazla	24	20.7	34	25.4
Çalışma durumu				
Çalışan	61	52.6	78	58.2
Çalışmayan	55	47.4	56	41.8

* : $\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart Sapma

Tablo 4.1’de katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalamalarının 25.61 ± 5.19 (min-max=18-51) olduğu görülmektedir. Ayrıca, katılımcıların evlilik yaş ortalamalarının 24.94 ± 4.40 (min-max=13-35) olduğu görülmektedir. Katılımcıların çocuk sayısı ortalamasının 3.05 ± 2.58 (min-max=1-14) ve ilk gebelik yaşı ortalamalarının da 23.15 ± 3.82 yıl olduğu elde edilmiştir. Çalışmaya katılanların %53.6’sının erkek ve %46.4’ünün kadın olduğu bulunmaktadır. Katılımcıların yaş dağılımı incelendiğinde, kadınların %65.5’inin, ve erkeklerin ise %51.5’inin 18-25 yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca kadınların %84.5’inin ve erkeklerin %84.3’ünün bekar olduğu bulunmaktadır. Kadınların %12.1’inin ve erkeklerin %17.2’sinin çocuğu olduğu tespit edilmiştir. Aile tipleri incelendiğinde kadınların %67.2’sinin ve erkeklerin %60.5’inin çekirdek aileye sahip olduğu bulunmuştur. Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde, kadınların %88.8’inin ve erkeklerin %90.3’ünün üniversite mezunu olduğu bulunmaktadır. Anne eğitimi düzeyleri kadınların annelerinin %29.3’ünün İlkokul mezunu olduğu iken erkek katılımcıların annelerinin %21.6’sının üniversite mezunu olanların olduğu bulunmaktadır. Baba eğitimi düzeyleri kadınların babalarının %34.5’inin ve erkeklerin babalarının %39.5’inin üniversite mezunu olduğu bulunmaktadır. Kadınların %54.3’ünün ve erkeklerin %56’sının gelir durumu gider oranına eşit olup kadınların %52.6’sının ve erkeklerin ise %58.2’si çalışmaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Katılımcıların Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Dağılımları (n=250)

İFADELER	Katılıyorum		Kısmen katılıyorum		Katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%
1. Kadınlar gebelikten korunmaya yönelik bir yöntem kullanmalıdır	102	40.8	75	30.0	73	29.2
2. Kadınlar doktora gitme kararını kendileri verebilir	154	61.6	55	22.0	41	16.4
3. Kadın doğurduğu sürece değerlidir	99	39.6	43	17.2	108	43.2
4. Kadının ailede söz sahibi olması için erkek çocuk doğurması gerekir	38	15.2	41	16.4	171	68.4
5. Kadının 18 yaş altında evlenmesinde sakınca yoktur	75	30.0	58	23.2	117	46.8
6. 18 yaş altındaki bir kadının çocuk doğurmasında bir sakınca yoktur	79	31.6	53	21.2	118	47.2
7. Kadının sağlıklı olduğu sürece doğurmasında bir engel yoktur	118	47.2	88	35.2	44	17.6
8. Ailede alınan kararları erkek verir	124	49.6	66	26.4	60	24.0
9. Kadınlar çocuk yetiştirmekle sorumludur	84	33.6	81	32.4	85	34.0
10. Evdeki işlerin sorumluluğu kadınlara aittir	94	37.6	89	35.6	67	26.8
11. Kadınlar ev dışında çalışabilir	171	68.4	45	18.0	34	13.6
12. Kadının sağlıklı olması kendi sorumluluğudur	132	52.8	48	19.2	70	28.0
13. Kadınlar sağlıklı olmak için düzenli doktora gitmelidir	188	75.2	47	18.8	15	6.0
14. Kadınlar ihtiyaç duyduklarında sağlıkları için doktora gidebilirler	192	76.8	41	16.4	17	6.8
15. Kadınlar sadece kadın doktora muayene olabilirler	88	35.2	82	32.8	80	32.0
16. Kadınlar bir problemi olmadığı sürece doğumu evde yapmalıdır	50	20.0	54	21.6	146	58.4
17. Gebe kadının doğuracağı çocuğun cinsiyeti önemlidir	53	21.2	47	18.8	150	60.0
18. Kadınlar kendi sağlıkları ile ilgili kararları tek başına alabilirler	100	40.0	70	28.0	80	32.0
19. Çocuk doğurma kararını eşler birlikte verebilir	196	78.4	31	12.4	23	9.2
20. Kadınlar kiminle evleneceğine kendi kendilerine karar verebilir	188	75.2	33	13.2	29	11.6
21. Bir erkek gerektiğinde karısını dövebilir	25	10.0	32	12.8	193	77.2
22. Kadının asıl görevi anne olmaktır	90	36.0	52	20.8	108	43.2
23. Kadının sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için sağlık çalışanının cinsiyetinin kadın olması gerekir	81	32.4	74	29.6	95	38.0
24. Gebelikten korunma yöntemleri kansere neden olabilir	68	27.2	89	35.6	93	37.2
25. Doğumhaneye erkekler girmemelidir	56	22.4	51	20.4	143	57.2
26. Emzirme etkili bir doğum kontrol yöntemidir	138	55.2	57	22.8	55	22.0

Tablo 4.2’de katılımcıların kadın sağlığını etkileyebilecek toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarını içeren ifadelere verilen cevapların dağılımları verilmiştir.

Katılımcıların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları belirlemeye yönelik ifadelerine verdikleri yanıtlar incelendiğinde “Kadınlar gebelikten korunmaya yönelik bir yöntem kullanmalıdır” önermesine katılımcıların %40.8’inin katıldığı saptanmıştır.

“Kadınlar doktora gitme kararını kendileri verebilir” önermesine %61.6’sının katıldığı bulunmuştur.

“Kadın doğurduğu sürece değerlidir” önermesine katılımcıların %43.2’sinin katılmamışlardır.

“Kadının ailede söz sahibi olması için erkek çocuk doğurması gerekir” önermesine katılımcıların %68.4’ünün katılmadığı saptanmıştır.

“Kadının 18 yaş altında evlenmesinde sakınca yoktur” önermesine katılımcıların %46.8’inin katılmadığı bulunmuştur.

“18 yaş altındaki bir kadının çocuk doğurmasında bir sakınca yoktur” önermesine %47.2’sinin katılmadığı bulunmuştur.

“Kadının sağlıklı olduğu sürece doğurmasında bir engel yoktur” önermesine katılımcıların %47.2’sinin katıldığı, 35.2’sinin de kısmen katıldığı saptanmıştır.

“Ailede alınan kararları erkek verir” önermesine katılımcıların %49.6’sının katıldığı bulunmuştur.

“Kadınlar çocuk yetiştirmekle sorumludur” önermesine katılımcıların %34’ünün katılmadığı saptanmıştır.

“Evdeki işlerin sorumluluğu kadınlara aittir” önermesine katılımcıların %37.6’sının katıldığı bulunmuştur.

“Kadınlar ev dışında çalışabilir” önermesine katılımcıların %68.4’ünün katıldığı saptanmıştır.

“Kadının sağlıklı olması kendi sorumluluğudur” önermesine katılımcıların %52.8’inin katıldığı bulunmuştur.

“Kadınlar sağlıklı olmak için düzenli doktora gitmelidir” önermesine %75.2’sinin katıldığı saptanmıştır.

“Kadınlar ihtiyaç duyduklarında sağlıkları için doktora gidebilirler” önermesine %76.8’inin de katıldığı saptanmıştır.

“Kadınlar sadece kadın doktora muayene olabilirler” önermesine katılımcıların %35.2’sinin katıldığı, 32.8’inin de kısmen katıldığı bulunmuştur.

“Kadınlar bir problemi olmadığı sürece doğumu evde yapmalıdır” önermesine katılımcıların %58.4’ünün katılmadığı bulunmuştur.

“Gebe kadının doğuracağı çocuğun cinsiyeti önemlidir” önermesine %60’ının katılmadığı saptanmıştır.

“Kadınlar kendi sağlıkları ile ilgili kararları tek başına alabilirler” önermesine katılımcıların % 40’ının katıldığı saptanmıştır.

“Çocuk doğurma kararını eşler birlikte verebilir” önermesine %78.4’ünün katıldığı bulunmuştur.

“Kadınlar kiminle evleneceğine kendi kendilerine karar verebilir” önermesine %75.2’sinin katıldığı bulunmuştur.

“Bir erkek gerektiğinde karısını dövebilir” önermesine katılımcıların %77.2’sinin katılmadığı bulunmuştur.

“Kadının asıl görevi anne olmaktır” önermesine %43.2’sinin de katılmadığı bulunmuştur.

“Kadının sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için sağlık çalışanının cinsiyetinin kadın olması gerekir” önermesine katılımcıların %38’inin katılmadığı saptanmıştır.

“Gebelikten korunma yöntemleri kansere neden olabilir” önermesine %35.6’sının kısmen katıldığı, %37.2’sinin katılmadığı saptanmıştır.

“Doğumhaneye erkekler girmemelidir” önermesine katılımcıların %57.2’sinin katılmadığı saptanmıştır.

“Emzirme etkili bir doğum kontrol yöntemidir” cümlesine ise %55.2’sinin katıldığı bulunmuştur. (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Katılımcıların kadın sünnetinin gerekliliğine ilişkin görüş düzeyleri (n=250)

Cinsiyet	Kadın		Erkek	
Kadın sünneti gerekli	n	%	n	%
Gerekli	9	7.8	23	17.2
Gerekli değil	107	92.2	111	82.8
Kadın sünnetinin yapılma nedenlerine ilişkin görüşlerinin dağılımı (n=19)				
	N	%		
Kültür	6	31.6		
Din	5	26.3		
Cinsellik	3	15.8		
Sağlık	2	10.5		
Diğer (İyi bir şeydir, sevilen bir şeydir, aranan bir şeydir)	3	15.8		

Tablo 4.3. katılımcılara kadın sünnetinin gerekli olup olmadığı sorulmuş ve grubun %12.8'inin gerekli olarak ifade ettiği, cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde ise kadınların %7.8'inin ve erkeklerin de %17.2'sinin kadın sünnetini gerekli olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır. Katılımcılar arasında kadın sünnetini gerekli bulanlara “neden gerekli olduğu sorusu sorulmuş ve Tablo 4.3'te verilen yanıtlar alınmıştır. Buna göre “Kadın sünneti gerekli” yanıtını verenlerin %31.6'sı kültürel sebeplerle, %26.3'ü dini nedenlerle ve %15.8'i de cinselliğe bağlı nedenlerden dolayı gerekli olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4 Bireylerin Kadın Sağlığına Yönelik Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlarının Cinsiyete Göre Dağılımları

Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları			Cinsiyet				χ^2 *	p
			Kadın		Erkek			
			n	%	n	%		
Karar Verme Mekanizmalarına Katılım								
Kadınlar gitme kendileri verebilir	doktora kararını	Katılıyorum	86	74.2	68	50.8	15.73	0.000
		Kısmen katılıyorum	20	17.2	35	26.1		
		Katılmıyorum	10	8.6	31	23.1		
Ailede kararları erkek verir	alınan	Katılıyorum	37	31.9	87	64.9	36.11	0.000
		Kısmen katılıyorum	33	28.4	33	24.6		
		Katılmıyorum	46	39.7	14	10.5		
Kadınlar sağlıkları ile kararları tek alabilirler	kendi ile ilgili kararları tek başına	Katılıyorum	59	50.9	41	30.6	11.88	0.003
		Kısmen katılıyorum	30	25.9	40	29.8		
		Katılmıyorum	27	23.2	53	39.6		
Çocuk doğurma kararını eşler verebilir	doğurma eşler birlikte	Katılıyorum	98	84.5	98	73.1	4.762	0.092
		Kısmen katılıyorum	10	8.6	21	15.7		
		Katılmıyorum	8	6.9	15	11.2		
Kadınlar evleneceğine kendilerine verebilir	kiminle kendi karar	Katılıyorum	93	80.2	95	70.9	3.019	0.221
		Kısmen katılıyorum	13	11.2	20	14.9		
		Katılmıyorum	10	8.6	19	14.2		
Kadın Cinsiyetine Yönelik Tutum								
Kadın doğurduğu sürece değerlidir	doğurduğu	Katılıyorum	40	34.5	59	44.0	10.00	0.007
		Kısmen katılıyorum	14	12.1	29	21.7		
		Katılmıyorum	62	53.4	46	34.3		
Kadının olduğu doğurmasında engel yoktur	sağlıklı sürece bir	Katılıyorum	48	41.4	70	52.2	3.688	0.158
		Kısmen katılıyorum	43	37.1	45	33.6		
		Katılmıyorum	25	21.5	19	14.2		
Kadınlar yetiştirmekle sorumludur	çocuk	Katılıyorum	35	30.2	49	36.6	1.757	0.415
		Kısmen katılıyorum	37	31.9	44	32.8		
		Katılmıyorum	44	37.9	41	30.6		
Kadınlar ev dışında çalışabilir	ev dışında	Katılıyorum	95	81.9	76	56.7	18.462	0.000
		Kısmen katılıyorum	13	11.2	32	23.9		
		Katılmıyorum	8	6.9	26	19.4		
Kadınlar duyduklarında sağlıkları için doktora gidebilirler	ihtiyaç duyduklarında sağlıkları için doktora	Katılıyorum	89	76.7	103	76.9	1.226	0.542
		Kısmen katılıyorum	21	18.1	20	14.9		
		Katılmıyorum	6	5.2	11	8.2		
Kadın Sağlığına Yönelik Tutum								
Kadınlar gebelikten korunmaya bir kullanmalıdır	gebelikten korunmaya yönelik yöntem	Katılıyorum	62	53.4	40	29.8	24.42	0.000
		Kısmen katılıyorum	37	31.9	38	28.4		
		Katılmıyorum	17	14.7	56	41.8		

Tablo 4.4. Bireylerin Kadın Sağlığına Yönelik Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlarının Cinsiyete Göre Dağılımları (devam)

Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları		Cinsiyet				χ^2 *	p
		Kadın		Erkek			
		n	%	n	%		
Kadın Sağlığına Yönelik Tutum (devam)							
Kadının 18 yaş altında evlenmesinde sakınca yoktur	Katılıyorum	22	19.0	53	39.6	36.36	0.000
	Kısmen katılıyorum	16	13.8	42	31.3		
	Katılmıyorum	78	67.2	39	29.1		
18 yaş altındaki bir kadının çocuk doğurmasında bir sakınca yoktur	Katılıyorum	27	23.3	52	38.8	13.26	0.001
	Kısmen katılıyorum	20	17.2	33	24.6		
	Katılmıyorum	69	59.5	49	36.6		
Kadının sağlıklı olması kendi sorumluluğudur	Katılıyorum	77	66.4	55	41.0	18.42	0.000
	Kısmen katılıyorum	20	17.2	28	20.9		
	Katılmıyorum	19	16.4	51	38.1		
Kadınlar sağlıklı olmak için düzenli doktora gitmelidir	Katılıyorum	87	75.0	101	75.4	1.442	0.486
	Kısmen katılıyorum	24	20.7	23	17.1		
	Katılmıyorum	5	4.3	10	7.5		
Gebelikten korunma yöntemleri kansere neden olabilir	Katılıyorum	24	20.7	44	32.8	7.804	0.020
	Kısmen katılıyorum	39	33.6	50	37.3		
	Katılmıyorum	53	45.7	40	29.9		
Doğumhaneye erkekler girmemelidir	Katılıyorum	13	11.2	43	32.1	24.41	0.000
	Kısmen katılıyorum	18	15.5	33	24.6		
	Katılmıyorum	85	73.3	58	43.3		
Emzirme etkili bir doğum kontrol yöntemidir	Katılıyorum	61	52.6	77	57.5	1.178	0.555
	Kısmen katılıyorum	30	25.9	27	20.1		
	Katılmıyorum	25	21.5	30	22.4		
Cinsiyet Eşitsizliğine Yönelik Tutum							
Kadının ailede söz sahibi olması için erkek çocuk doğurması gerekir	Katılıyorum	8	6.9	30	22.4	13.41	0.001
	Kısmen katılıyorum	17	14.7	24	17.9		
	Katılmıyorum	91	78.4	80	59.7		
Evdeki işlerin sorumluluğu kadınlara aittir	Katılıyorum	31	26.7	63	47.0	15.34	0.000
	Kısmen katılıyorum	42	36.2	47	35.1		
	Katılmıyorum	43	37.1	24	17.9		
Kadınlar sadece kadın doktora muayene olabilirler	Katılıyorum	31	26.7	57	42.6	9.323	0.009
	Kısmen katılıyorum	38	32.8	44	32.8		
	Katılmıyorum	47	40.5	33	24.6		
Kadınlar bir problemi olmadığı sürece doğumu evde yapmalıdır	Katılıyorum	16	13.8	34	25.4	11.73	0.003
	Kısmen katılıyorum	19	16.4	35	26.1		
	Katılmıyorum	81	69.8	65	48.5		

Tablo 4.4. Bireylerin Kadın Sağlığına Yönelik Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlarının Cinsiyete Göre Dağılımları (devam)

Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları			Cinsiyet				χ^2^*	p
			Kadın		Erkek			
			n	%	n	%		
Cinsiyet Eşitsizliğine Yönelik Tutum (devam)								
Gebe doğuracağı kadının cinsiyeti önemlidir	kadının çocuğun	Katılıyorum	18	15.5	35	26.1	10.30	0.006
		Kısmen katılıyorum	16	13.8	31	23.1		
		Katılmıyorum	82	70.7	68	50.8		
Bir gerektiğinde erkek dövebilir	erkek karısını	Katılıyorum	4	3.4	21	15.7	10.86	0.004
		Kısmen katılıyorum	14	12.1	18	13.4		
		Katılmıyorum	98	84.5	95	70.9		
Kadının asıl görevi anne olmaktır	görevi	Katılıyorum	24	20.7	66	49.2	33.24	0.000
		Kısmen katılıyorum	20	17.2	32	23.9		
		Katılmıyorum	72	62.1	36	26.9		
Kadının sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için sağlık çalışanının cinsiyetinin kadını olması gerekir	sağlık kadını	Katılıyorum	26	22.4	55	41.0	13.82	0.001
		Kısmen katılıyorum	33	28.5	41	30.6		
		Katılmıyorum	57	49.1	38	28.4		

*: ki-kare testi

Tablo 4.4’de cinsiyete göre toplumsal cinsiyet eşitsizliğine yönelik tutumlarına ait ifadelerin dağılımı incelenmiştir. İfadeler alt gruplara ayrılmıştır. Alt gruplara “Karar verme mekanizmalarına katılım”, “Kadın cinsiyetine yönelik tutum”, “kadın sağlığına yönelik tutum” ve “Cinsiyet eşitsizliğine yönelik tutum” başlıkları verilmiştir.

Buna göre, “Kadınlar doktora gitme kararını kendileri verebilir” ifadesine kadınların erkeklere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek oranda katıldığı görülmüştür (χ^2 :15.73; $p<0.05$).

“Ailede alınan kararları erkek verir”, ifadesi cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettiği görülmüştür (χ^2 :36.11; $p<0.05$).

“Kadınlar kendi sağlıkları ile ilgili kararları tek başına alabilirler” ifadesine kadınların erkeklere oranlara daha yüksek anlamlılık oranında katıldığı tespit edilmiştir (χ^2 :11.88; $p<0.05$).

“Kadın doğurduğu sürece değerlidir” ifadesi cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettiği görülmüştür (χ^2 :10.00; $p<0.05$).

“Kadınlar ev dışında çalışabilir” ifadesine kadınların erkeklere oranlara daha yüksek anlamlılık oranında katıldığı tespit edilmiştir (χ^2 :18.46; $p<0.05$).

“Kadınlar gebelikten korunmaya yönelik bir yöntem kullanmalıdır” ifadesi ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu kadınların %53.4’ünün katıldığı tespit edilmiştir (χ^2 :24.42; $p<0.05$).

“Kadının 18 yaş altında evlenmesinde sakınca yoktur” ifadesi cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettiği görülmüştür (χ^2 :36.36; $p<0.05$).

“18 yaş altındaki bir kadının çocuk doğurmasında bir sakınca yoktur” ifadesi cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettiği görülmüştür (χ^2 : 13.26; $p<0.05$).

“Kadının sağlıklı olması kendi sorumluluğudur” ifadesine kadınların erkeklere oranlara daha yüksek anlamlılık oranında katıldığı tespit edilmiştir (χ^2 :18.42; $p<0.05$).

“Gebelikten korunma yöntemleri kansere neden olabilir” ifadesine cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettiği görülmüştür (χ^2 : 7.804; $p<0.05$).

“Doğumhaneye erkekler girmemelidir” ifadesine cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettiği görülmüştür (χ^2 :24.41; $p<0.05$).

“Kadının ailede söz sahibi olması için erkek çocuk doğurması gerekir” ifadesi cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettiği görülmüştür (χ^2 :13.41; $p<0.05$).

“Evdeki işlerin sorumluluğu kadınlara aittir” ifadesi cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettiği görülmüştür (χ^2 :15.34; $p<0.05$).

“Kadınlar sadece kadın doktora muayene olabilirler” ifadesi cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettiği görülmüştür (χ^2 : 9.32; $p<0.05$).

“Kadınlar bir problemi olmadığı sürece doğumu evde yapmalıdır” ifadesi cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettiği görülmüştür (χ^2 :11.73; $p<0.05$).

“Gebe kadının doğuracağı çocuğun cinsiyeti önemlidir” ifadesi cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettiği görülmüştür (χ^2 :10.30; $p<0.05$).

“Bir erkek gerektiğinde karısını dövebilir” ifadesine cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettiği görülmüştür (χ^2 :10.86; $p<0.05$).

“Kadının asıl görevi anne olmaktır” ifadesine cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettiği görülmüştür (χ^2 : 33.24; $p<0.05$).

“Kadının sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için sağlık çalışanının cinsiyetinin kadın olması gerekir” ifadesine cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettiği görülmüştür (χ^2 : 13.82; $p<0.05$).

“Kadının sağlıklı olduğu sürece doğurmasında bir engel yoktur”, “Kadınlar çocuk yetiştirmekle sorumludur”, “Kadınlar sağlıklı olmak için düzenli doktora gitmelidir”, “Kadınlar ihtiyaç duyduklarında sağlıkları için doktora gidebilirler”, “Çocuk doğurma kararını eşler birlikte verebilir”, “Kadınlar kiminle evleneceğine kendi kendilerine karar verebilir” ve “Emzirme etkili bir doğum kontrol yöntemidir”, ifadeleri cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Eğitim durumuna göre katılımcıların toplumsal cinsiyet eşitsizliğine yönelik tutumlarına ait ifadelerin karşılaştırması yapılmıştır. Bunlardan sadece “Kadının ailede söz sahibi olması için erkek çocuk doğurması gerekir” ifadesi ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu İlköğretim mezunu olanların %40.1'inin bu ifadeye katıldığı tespit edilmiştir (χ^2 : 5.526; $p<0.05$).

Katılımcıların gelir durumuna göre toplumsal cinsiyet eşitsizliğine yönelik tutumları karşılaştırılmıştır. Buna göre “Kadınlar ev dışında çalışabilir” ifadesi ile gelir durumu grupları arasında anlamlı fark bulunmakta ve yapılan ileri analizde bu farkın gelir giderden fazla olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir (χ^2 : 11.31; $p<0.05$).

“Kadınlar kendi sağlıkları ile ilgili kararları tek başına alabilirler” ifadesi ile gelir durumu grupları arasında anlamlı fark bulunmakta ve yapılan ileri analizde bu farkın gelir giderden az olan gruptan kaynaklandığı görülmüştür (χ^2 : 11.07; $p<0.05$).

“Kadınlar gebelikten korunmaya yönelik bir yöntem kullanmalıdır” ifadesi ile gelir durumu grupları arasında anlamlı fark bulunmakta ve yapılan ileri analizde bu farkın gelir gidere eşit olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir (χ^2 : 11.06; $p<0.05$).

“Kadının 18 yaş altında evlenmesinde sakınca yoktur” ifadesi ile gelir durumu grupları arasında anlamlı fark bulunmakta ve yapılan ileri analizde bu farkın gelir giderden fazla olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir (χ^2 : 13.85; $p<0.05$).

“Kadınlar sadece kadın doktora muayene olabilirler” ifadesi ile gelir durumu grupları arasında anlamlı fark bulunmakta ve yapılan ileri analizde bu farkın gelir giderden az olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir (χ^2 : 11.26; $p<0.05$).

Tablo 4.5. Katılımcıların kadın sünnetinin gerekliliğine ilişkin görüş düzeyleri

Tanımlayıcı Özellikler		Kadın sünneti gerekli mi				χ^2 *	p
		Gerekli	Gerekli değil	Gerekli	Gerekli değil		
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	9	7.8	107	92.2	4.928	0.026
	Erkek	23	17.2	111	82.8		
Eğitim durumu	İlköğretim	1	10.0	9	90.0	0.073	1.000
	Lise ve üzere	31	12.9	209	87.1		
Gelir durumu	Gelir giderden az	8	14.8	46	85.2	0.517	0.772
	Gelir gidere eşit	18	13.0	120	87.0		
	Gelir giderden fazla	6	10.3	52	89.7		

*: ki-kare testi

Tablo 4.5'te cinsiyet, eğitim durumu, ve gelir durumuna göre "Kadın sünneti gerekli mi" sorusun dağılımı incelenmiştir. Bu soru cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve kadınların %92.2'si gerekli değil derken erkeklerin de %82.8'inin gerekli değil şeklinde ifade ettiği görülmüştür (χ^2 : 4.928; $p < 0.05$). Aynı soru ile eğitim ve gelir durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu araştırma kapsamında toplumsal cinsiyet ile ilgili bazı özelliklerin Somali'deki kadın sağlığı üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmış ve elde edilen bulgular bu bölümde tartışılmıştır.

İfadeler alt gruplara ayrılmıştır. Alt gruplara “Karar verme mekanizmalarına katılım”, “Kadın cinsiyetine yönelik tutum”, “kadın sağlığına yönelik tutum” ve “Cinsiyet eşitsizliğine yönelik tutum” başlıkları verilmiştir.

5.1. Katılımcıların Karar Verme Mekanizmalarına Katılım ile ilgili ifadelere Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi

“Karar verme mekanizmalarına katılım alt grubunda “Kadınlar doktora gitme kararını kendileri verebilir”, “Ailede alınan kararları erkek verir”, “Kadınlar kendi sağlıkları ile ilgili kararları tek başına alabilirler”, “Çocuk doğurma kararını eşler birlikte verebilir” ve “Kadınlar kiminle evleneceğine kendi kendilerine karar verebilir” ifadeleri bulunmaktadır.

Buna göre, karar verme mekanizmalarına katılım alt grubunda, “Kadınlar doktora gitme kararını kendileri verebilir” önermesine grubun büyük çoğunluğunun katıldığını ifade ettiği (%61.6'sının katıldığı, %22'sinin de kısmen katıldığı) ve kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek oranda katıldığı görülmüştür (Tablo 4.4; $p<0.05$). Ghose ve ark 'nın (2017) Bangladeşli kadınlar arasında kadınların karar verme gücü ile anne sağlığı hizmetlerinden yararlanma arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçlayan çalışmasında, sağlık kararlarında özerkliğe sahip olmanın kırsal kesimdeki kadınlar arasında daha düşük olduğunu, kararların çoğu zaman kadın ve koca tarafından birlikte alındığını belirtmiştir. Yapılan çalışmada yaşanan yer sorgulanmamış olup buna paralel olarak gelir durumu ve eğitim durumu incelenmiş ancak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak geliri giderinden az ve eşit olanların daha yüksek oranda bu ifadeye katıldıkları saptanmıştır.

Aynı grupta, “Ailede alınan kararları erkek verir” önermesine katılımcıların %49.6'sının katıldığı bulunmuştur (Tablo 4.2). Sharma ve ark'nın (2020)'de Etiyopya'daki Somalili mültecileriyle yapmış olduğu çalışmasında, hem erkekler hem de kadınlar, her türlü evlilikte iyi bir kadının söz dinler olması gerektiğini kabul ettikleri saptanmıştır. Ayrıca, erkeklerin evlilik ilişkileri içinde asıl karar vericiler olarak tanımlandığını belirtmektedir. Aynı çalışmada, katılımcıların çoğunluğu,

yerinden edildikten sonra haksız cinsiyet standartlarının nasıl devam ettiğini ve Somali toplumundaki kadınların erkeklerden daha az sosyal statüye sahip oldukları belirtilmiştir. Yapılan çalışmada da erkeklerin anlamlı olarak daha yüksek oranda bu ifadeye katılım gösterdiği görülmüştür. Somali ve benzer kültüre sahip bölgelerde toplumsal cinsiyet rolleri ile ilişkili olarak karar mekanizmalarında erkeklerin daha önde olduğu söylenebilir.

Aynı şekilde, karar verme mekanizması ile ilgili bir diğer ifade olan “Kadınlar kendi sağlıkları ile ilgili kararları tek başına alabilirler” ifadesi cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve kadınların %50.9’unun bu ifadeye katıldığı bulunmuştur (Tablo 4.4; $p<0.05$). Francis, Griffith, Leser (2014) Somalili kadınların sağlık, sağlığı teşvik edici davranışlar ve kanseri önleme konulu inançlarını, uygulamalarını ve tutumlarını araştıran çalışmasında, kadınlara kendi sağlıkları hakkında kimin karar verdiği sorulduğunda, katılımcıların %83.3’ünün kendilerinin karar verici olduğunu belirttiğini göstermektedir. Alemayehu & Meskele (2017) çalışmasında, kadınların kendi sağlıkları ile ilgili karar verme otonomisi ile ilgili olarak, kadınların %20.6’sı kararları genellikle kendileri alırken, %37.8’i eşleri ile birlikte karar verdiğini bulmuştur. Yapılan çalışmada da katılımcıların yüksek eğitim seviyesine sahip olması da bu durumda etkili olmuş olabileceği düşünülebilir.

5.2. Katılımcıların Kadın Cinsiyetine Yönelik Tutum İle İlgili İfadelere Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi

“Kadın cinsiyetine yönelik tutum” alt grubunda ise, “Kadın doğurduğu sürece değerlidir”, “Kadının sağlıklı olduğu sürece doğurmasında bir engel yoktur”, “Kadınlar çocuk yetiştirmekle sorumludur”, “Kadınlar ev dışında çalışabilir”, ve “Kadınlar ihtiyaç duyduklarında sağlıkları için doktora gidebilirler” ifadeleri bulunmaktadır.

Buna göre, “Kadın doğurduğu sürece değerlidir” önermesine katılımcıların yarıdan fazlasının katıldığı (%39.6’sının katıldığı, %17.2’sinin kısmen katıldığı) ve bu ifade cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettiği görülmüştür (Tablo 4.4; $p<0.05$). Lowe ve ark (2022)’de Kenya’da yapmış olduğu çalışmada, çok sayıda çocuğa sahip olmanın hem normal, hem de arzu edilir olarak tanımlandığını, büyük aile için tanımlayıcı bir norm olarak 8-12 çocuğa sahip olduklarını

belirtmişlerdir. Kadının doğurganlığı ile özdeşleşmiş olması ve ne kadar doğurgan ise o kadar değerli ve toplum gözünde daha önemli olduğu ve dolayısıyla da bu durumdan eşi olan erkeğin de etkilenecek toplumda daha iyi bir konumda olacağı söylenebilir. Bu ifadeye erkeklerin daha fazla oranda katılma nedeni toplumsal cinsiyet rollerine paralel olarak da bu şekilde açıklanabilir.

Aynı grupta, “Kadınlar ev dışında çalışabilir” önermesine katılımcıların %68.4’ünün katıldığı saptanmıştır. Bu ifade cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve kadınların daha yüksek oranda katıldığı görülmektedir (Tablo 4.4; $p<0.05$). Johnson-Agbakwu ve ark’ (2014) nın çalışmasında, erkekler, mesleğe giren annelerin ortaya çıkmasının geleneksel cinsiyet rollerinin değişen doğası nedeniyle evde ek stres yarattığını iddia ederek kadın istihdamı konusundaki olumsuz görüşlerini ifade ettiği bulunmuştur. Aynı çalışmada erkek katılımcılar evlerinin kontrolünü kaybettiklerini de belirtmiştir. Kadınlar arasında özellikle eğitim düzeyi ve gelir seviyesi daha yüksek olanlar kadınların da ev dışında çalışabileceklerini ve ekonomik olarak bağımsızlığını vurgularken erkekler sosyal konumlarının sektöre uğramasından ve kadının güçlenmesinden endişe duymaları sebebiyle ev dışında çalışmasından hoşnut olmayabilirler. Toplumsal cinsiyet rolleri açısından da düşünüldüğünde kadın daha çok ev içindeki sorumluluklarını yerine getirmekle yükümlü olarak görülmektedir.

5.3. Katılımcıların Kadın Sağlığına Yönelik Tutum ile ilgili ifadelere Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi

“Kadın sağlığına yönelik tutum” alt grubunda, “Kadınlar gebelikten korunmaya yönelik bir yöntem kullanmalıdır”, “Kadının 18 yaş altında evlenmesinde sakınca yoktur”, “18 yaş altındaki bir kadının çocuk doğurmasında bir sakınca yoktur”, “Kadının sağlıklı olması kendi sorumluluğudur”, “Kadınlar sağlıklı olmak için düzenli doktora gitmelidir”, “Gebelikten korunma yöntemleri kansere neden olabilir”, “Doğumhaneye erkekler girmemelidir”, ve “Emzirme etkili bir doğum kontrol yöntemidir” ifadeleri bulunmaktadır.

Buna göre, “Kadınlar gebelikten korunmaya yönelik bir yöntem kullanmalıdır” önermesine katılımcıların %40.8’inin katıldığı, %30’nun da kısmen katıldığı bulunmuştur. Bu ifade ile cinsiyet arasında bir farklılık olup olmadığı incelenmiş kadınlar bu ifadeye anlamlı düzeyde daha fazla katıldıkları görülmüştür (Tablo 4.4; $p<0.05$). Bu sonuç, Yoonis’in (2018), Hargeisa’da Somalili kadınlar ile yaptığı

çalışmasının sonuçlarında da kadınların modern aile planlaması yöntemleri kullanmaları üzerinde eğitim durumu, eşinin tercih etmesi, yaşanılan bölge ve kültürel yasakların etkili olduğu bulunmuş ve annelerin %50 den fazlasının, modern aile planlaması yöntemleri kullanan çiftleri onayladığını göstermektedir. Ancak, eşlerine modern doğum kontrol yöntemlerine karşı tutumlarını sorduklarında sadece %23'ü eşlerinin onayladığını söyledikleri bulunmuştur. Gele ve ark'ın (2021) Mogadişu'da yaşayan Somalili kadınlar ile yaptığı çalışmasında, sistemsel, bireysel ve sosyo-kültürel engellerin kadınların modern doğum kontrol yöntemlerine erişimini engellediğini belirtmişlerdir. Bu çalışmada, katılımcıların tümü sağlık hizmetlerinde yaygın bir sistemden bahsettiği bulunmaktadır; bu sistem sayesinde sağlık hizmeti sunucuları, kadınlara enjeksiyon veya başka herhangi bir doğum kontrol yöntemi sağlamak için kocanın varlığını ve onayını gerekli kılmaktadır. Yapılan çalışma ile literatürdeki bulgular karşılaştırıldığında da kadınların bu ifadeye yüksek oranda katılım göstermelerine karşın kültürel etmenler nedeniyle uygulamaya geçirmekle ilgili problemler olduğu söylenebilir.

“Kadının 18 yaş altında evlenmesinde sakınca yoktur” önermesine katılımcıların %30'unun katıldığı, 23.2'sinin de kısmen katıldığı ve cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettiği görülmüştür (Tablo 4.4; $p<0.05$). Kenya'daki kapılarda kalan Somalili mültecilerde yapılan çalışmada erken evlilik (18 yaşından önce) ve çocuk doğurmanın, bu grup arasında yaygın bir uygulama olmaya devam ettiği bulunmuştur. Aynı çalışmada anne ve babalara evlenmek ve çocuk doğurmaya başlamak için uygun yaş sorulduğunda, 9-25 yaş arasında cevaplar verdikleri; birçok katılımcının 18'in altında bir yaş belirttiği bulunmuştur (Gee, Vargas ve Foster, 2019). Yine kültürel uygulamaların evlilik yaşını belirlemede de etkili olduğu söylenebilir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun yüksek eğitim seviyesine sahip olmasına rağmen özellikle erkeklerin bu ifadelere yüksek düzeyde katılım göstermeleri kültürel normların ne kadar etkin olduğunun bir göstergesi olabilir.

“18 yaş altındaki bir kadının çocuk doğurmasında bir sakınca yoktur” ifadesi cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettiği görülmüştür (Tablo 4.4; $p<0.05$). Osaikhuwuomwan ve Osemwenkha'nın (2013) Nijerya'da bir

üniversite öğrencileriyle cinsellik, gebelik ve doğum kontrolüne yönelik algılarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, katılımcıların çoğunluğunun, adölesan gebelik hakkında olumsuz bir tutuma sahip olduğu ve %85'inin bunu yanlış olduğu ve bunun tıbbi, sosyo-ekonomik ve eğitimsel sorunlarla ilişkili olduğunu düşündükleri saptanmıştır. Titiloye ve Ajuwon'un (2017) Nijerya'da ebeveynler ve ergen çocuklar arasındaki ergen üreme sağlığı iletişiminin bilgi ve kalitesini araştırdığı çalışmasında ebeveynlerin istenmeyen gebelik, kürtaj ve CYBE'nin ergenler arasında yaygın olduğunu ve bu gebeliklerini, ölümle sonuçlanabilecek güvenli olmayan kürtajlara yol açtığı için tehlikeli olarak değerlendirdiği bulunmaktadır. Ahinkorah ve ark'ın (2021) 2010-2018 yılları arasında 32 Sahra altı Afrika ülkesinde gerçekleştirilen Demografi ve Sağlık Araştırmalarından elde edilen kesitsel verileri analiz eden çalışmasında, ilk adölesan gebelik prevalansının Kongo'da en yüksek ve Ruanda 'da en düşük olduğunu saptanmıştır. Aynı çalışmada, evli ya da ilişki içinde olmanın ergenlerde ilk gebelik ile ilişkili bir faktör olduğu ve ergen kızların evlendikten sonra çocuk sahibi olmak için sosyal baskı yaşadıkları tespit edilmiştir.

Aynı alt grupta, “Kadının sağlıklı olması kendi sorumluluğudur” ifadesi kadınların erkeklere oranlara daha yüksek anlamlılık oranında katıldığı tespit edilmiştir (Tablo 4.4; $p<0.05$). Teklesilasie ve Deressa'nın (2020) Etiyopya'da yaptığı çalışmada, hamilelik ve doğumun kadınların işi olduğu, bu sorumluluğun onlara ait olduğu ve bunun da kocaların eşlerinin anne sağlığı hizmetlerine katılmamasına neden olduğu bildirilmiştir.

Ayrıca, “Gebelikten korunma yöntemleri kansere neden olabilir” önermesine erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettiği görülmüştür (Tablo 4.4; $p<0.05$). Jangu'nun (2013) Uganda'da yaptığı çalışmasında, erkekler, kadınların aile planlaması yöntemleri kullanmasının kanserle sonuçlanabileceğine inandığı bulunmakta ve aile planlaması yöntemlerinin eşleri üzerindeki tehlikeleri ve etkileri genellikle erkekleri endişelendirdiği görülmektedir. Ayrıca, Gele ve ark (2022) Somali'nin Mogadişu kentinde kadınlarla yapılan çalışmada, araştırmaya katılanların çoğu doktorlardan kısırlık nedeninin uzun süreli doğum kontrol yöntemi kullanımı olduğunu duyduklarını bildirmiştir.

Aynı şekilde, “Doğumhaneye erkekler girmemelidir” önermesine katılımcıların çoğunluğunun katılmadığı ve cinsiyet ile karşılaştırıldığında yüksek anlamlılıkta

erkeklerin katıldığı bulunmuştur (Tablo 4.4; $p<0.05$). Deyo (2012) ABD’da yaptığı çalışmada, kadınlar Somali’de kültürel gelenek nedeniyle erkeklerin doğumhaneye girmesine izin verilmediğini ve bu deneyim kültürel olarak kadın için uygun olarak kabul edildiği saptanmıştır. Ayrıca çalışmada bir kadın eşinin doğum sırasında şiş, çirkin ve kanamalı bir şekilde vajinasını görmesini istemediğini belirtmiştir. Aynı çalışmada, Somalili erkeklerin çoğu, ABD’de çekirdek bir aile olduklarını ve aileleri büyürken eşlerinin doğum yapmasına yardım edecek kimsenin olmadığını, bu nedenle erkeklerin eşlerini desteklemesinin çok önemli olduğuna inandığı bulunmuştur. Lwanga ve ark (2017), tüm erkek katılımcıların hamilelik ve doğum sırasında bir refakatçinin varlığının önemli olduğunu, erkeklerin doğum sırasında katılımını teşvik ettiğini ve bunu diğer erkeklere de tavsiye ettiğini göstermektedir.

5.4. Katılımcıların Cinsiyet Eşitsizliğine Yönelik Tutum ile ilgili ifadelerle Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi

“Cinsiyet eşitsizliğine yönelik tutum” alt grubunda ise, “Kadının ailede söz sahibi olması için erkek çocuk doğurması gerekir”, “Evdeki işlerin sorumluluğu kadınlara aittir”, “Kadınlar sadece kadın doktora muayene olabilirler”, “Kadınlar bir problemi olmadığı sürece doğumu evde yapmalıdır”, “Gebe kadının doğuracağı çocuğun cinsiyeti önemlidir”, “Bir erkek gerektiğinde karısını dövebilir”, “Kadının asıl görevi anne olmaktır”, ve “Kadının sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için sağlık çalışanının cinsiyetinin kadın olması gerekir” ifadeleri bulunmaktadır.

Buna göre, “Kadının ailede söz sahibi olması için erkek çocuk doğurması gerekir” önermesine katılımcıların %68.4’ünün katılmadığı ve ifade cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettikleri görülmüştür (Tablo 4.4; $p<0.05$). Bu sonuç yukarıdaki ifadeyle de uyumludur. Hem çok çocuk hem de erkek çocuğa sahip olmak erkeğin toplum gözündeki sosyal statüsünü belirleyici bir faktör olabilir. Ayrıca düşük eğitim seviyesine sahip olmak bu düşünceyi destekler nitelikte bir etki göstermektedir. Tilahun ve Ark’ın (2013) Etiyopya’da evli çiftlerin aile planlaması bilgi, tutum ve uygulamalarına yönelik yapmış olduğu çalışmasında, daha fazla çocuk isteyen katılımcıların %44’ü bir sonraki çocuk için cinsiyet tercihinin dile getirdiği ve erkeklerin %35’i erkek, kadınların ise %27’si erkek çocuk tercih ettiği bulunmuştur. Çalışmada, bu tercih kadınlarda en az bir erkek, erkeklerde ise iki erkek çocuk sahibi olduktan sonra azaldığı saptanmıştır. Erkek çocuk tercihinin ilişkin

kültürel norm, ekonomik güvence elde etmek ve geleneksel aile yapısı içinde ebeveyn statüsünü korumaktan kaynaklandığı bulunmaktadır (fuse, 2010).

“Evdeki işlerin sorumluluğu kadınlara aittir” önermesine katılımcıların %37.6’sının katıldığı bulunmuştur. Bu ifade cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettiği görülmüştür (Tablo 4.4; $p<0.05$). Amerika Birleşik Devletleri’nde Somali mülteci topluluğundaki erkeklerle obstetrik müdahaleler ve kadın üreme sağlığı hakkındaki görüşlerini incelemek amacıyla yapılan çalışmada, kadınların genellikle çocukların bakıcıları ve aynı zamanda evin koruyucusu olarak görüldüğü, erkeklerin ise, evin patronu ve finansal sağlayıcı olarak tanımlandığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada, katılımcılar, hem Somali’de hem de şu anda Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’de mutlu bir evliliği sürdürmek için işbirlikçi karar verme değerini de vurguladığı saptanmıştır (Johnson-Agbakwu ve ark, 2014). Kültürel yapının etkisiyle erkek daha çok dışarının işlerini yaparken kadın evde çocuk ve ev sorumluluğu ile yüklenmiş ve diğer ifadelerde olduğu gibi bu ifadeye de erkeklerin katılım oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Sonuç literatür ile benzerlik göstermektedir.

“Kadınlar sadece kadın doktora muayene olabilirler” önermesine katılımcıların %35.2’sinin katıldığı, 32.8’inin de kısmen katıldığı bulunmaktadır. Bu ifade cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettiği görülmüştür (Tablo 4.4; $p<0.05$). Ancak, Deyo (2012) ile Degni ve ark’nın (2012) çalışmasında, Somalili kadınların kadın ebe tercih ettikleri bulunmuştur. Aynı şekilde, Yanıkkerem ve ark, (2009) Türkiye’nin Manisa ilinde yapılan bir araştırmada muayene eden doktorun cinsiyeti ile ilgili olarak kadınların tercihlerinin ortaya çıktığını, kadınların %45.5’inin kadın doktoru tercih edeceği saptanmıştır. Benzer olan bir diğer ifade de “Kadının sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için sağlık çalışanının cinsiyetinin kadın olması gerekir” önermesi idi. Bu önermeye de katılımcıların %38’inin katılmadığı, ve cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve diğerinde olduğu gibi erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettiği görülmüştür ($p<0.05$). Deyo’nun (2012) ABD’de Somalili kadınlarla yaptığı çalışmasında, Somalili kadınların kadın doktorları çok güçlü bir şekilde tercihi ettiği ve en tercih edilen üreme sağlığı uzmanı ebe olduğu

bulunmaktadır. Kimani ve ark'nın (2020) çalışmasında, Somali kültürüne göre bir kadının cinsel sağlık konularını kocası dışında başka bir erkekle tartışması yasak olduğu göstermektedir. Ayrıca, Yanikkerem ve ark'nın (2009) yaptığı Türkiye'de Manisa'da çalışmasında, kadınların muayene eden doktorun cinsiyetine göre tercihleri sorulduğunda, kadınların %45.5'i kadın doktoru tercih edeceğini bildirilmiştir.

Aynı şekilde, “Kadınlar bir problemi olmadığı sürece doğumu evde yapmalıdır” önermesine katılımcıların %58.4'ünün katılmadığı bulunmaktadır. Bu ifade cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin daha yüksek oranda katıldığı bulunmaktadır ($p<0.05$). Gee, Vargas ve Foster (2019)'nın doğu Kenya'daki Somalili mültecilerle yaptığı çalışmaya göre, birçok Somalili kadın daha önce geleneksel olarak evde, geleneksel bir ebenin yardımıyla doğum yaptığı bulunmaktadır. Ancak, sağlık personelinin bulunması, ücretsiz bakım, güvenlik gibi çeşitli nedenlerle hastanenin doğumlar için tercih edilen yer haline geldiği bununla birlikte anne ve babalar, tıbbi bir kurumda doğum yapmalarının önünde bir dizi engel olduğunu ve bu nedenle evde doğum yaptıklarını bildirdiği saptanmıştır. Ambulansın geç gelmesi, hastanın sezaryen için yoğun endişesi ve aile üyelerinin doğum sırasında yardım edememesi bunlar arasındadır.

Aynı grupta, “Gebe kadının doğuracağı çocuğun cinsiyeti önemlidir” ifadesi cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin %26.1 oranla katıldığı, kadınlarda ise bu oranın %15.5 olduğu görülmektedir (Tablo 4.4; $p<0.05$). Fuse (2010)'un çalışmasında, 2000 ile 2008 yılları arasında 50 az gelişmiş ülkenin demografi ve sağlık verilerinin incelendiği araştırmada ülkelerin büyük çoğunluğunda denge tercihinin en yaygın tercih türü olmasına karşın, kız ve erkek çocuk tercihlerinin yaygınlığının ülkeler/bölgeler arasında farklılık gösterdiğini göstermektedir. Bu çalışmada, erkek çocuk tercih eden kadınların yüzdesi, %35.3 ile en yüksek Pakistan'da; ve ikinci sırada %29.2 ile Nepal bulunmaktadır. Ayrıca, Güney Asya ülkelerinde de kız çocuk tercih eden kadınların son derece düşük yüzdelere sahip olduğu saptanmıştır. Khandelwal ve ark'ın (2012) Hintli kadınlarla yaptığı araştırmada, tercih edilen cinsiyet kompozisyonunda erkek ve kız sayısı eşit bulunmuştur (% 64.5). Ayrıca, Kansal ve ark (2023) çalışmasına katılan Hintli gebelerin çoğunluğu (%66.0) herhangi bir cinsiyet tercihi göstermezken, bunu erkek tercihi (%22.2) ve kadın tercihi (%11.8) izledi. Bununla

birlikte, Hoq'un (2020) Bangladeş'te erkek çocuk tercihinin kontraseptif kullanımı üzerindeki etkisini incelemek için yapılan araştırmada, yalnızca kız çocuğu olan katılımcılar arasında doğum kontrol yöntemi kullanımının, erkek çocuk tercihi nedeniyle erkek çocuğu olanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

“Bir erkek gerektiğinde karısını dövebilir” önermesine katılımcıların %77.2'sinin katılmadığı ve cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettiği görülmüştür (Tablo 4.4; $p<0.05$). Dalal, Lee, & Gifford'un (2012) yaptığı çalışma, Bangladeş, Hindistan ve Nepal'daki erkek ergenlerin (15-19 yaş arası) ulusal olarak temsili örneklerinden elde edilen ikincil verileri kullanmıştır. Araştırmanın sonucu, Bangladeş'te yanıt verenlerin %42'sinin; Hindistan'da ergenlerin %51'i; ve Nepal'da, yanıt verenlerin %28'i eş şiddeti desteklediği bulunmaktadır. Rashid ve ark'ın (2014) çalışmasında, Bangladeş'te kadınlar arasında eşin dövülmesinin en yaygın kabul gören nedeni kocasıyla tartışmak olduğu saptanmaktadır. Sharma ve ark'ın (2020) Etiyopya'daki somalili kadınlar ve erkeklerle yaptığı çalışmasında, çalışmaya katılanların bir kısmı, evlilikteki uyumsuzluk ve çatışmanın, bir eşin görevlerini yerine getirmediğinde ortaya çıktığını ve kadınların genellikle evlilik sorunlarının kaynağı olduğunu bulunmaktadır. Örneğin, bir erkek katılımcı kadınların çatışma ve şiddetin nedeni olduğunu ifade ettiği bulunmaktadır. Literatürden örnekler incelendiğinde sonuçlar kültürel uygulamalar ile ilişki olduğu söylenebilir. Bu ifadeye paralel olarak yapılan çalışmada toplumsal cinsiyet rollerine yönelik diğer ifadelere de erkeklerin daha fazla oranda katılım gösterdiği görülmektedir.

Ayrıca, “Kadının asıl görevi anne olmaktır” önermesine %43.2'sinin de katılmadığı ve bu ifade cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin daha yüksek oranda katıldığını ifade ettiği görülmüştür (Tablo 4.4; $p<0.05$). Gee, Vargas ve Foster'in (2019) çalışmasında, Kenya'daki Somalili mülteci topluluğunda büyükanne ve anne grupları, çok çocuk doğurmanın toplumda yüksek statü ve ödül kazandırdığı, kabilenin gücünü artırdığını ve toplumda iyi bir şöhret/nam sağladığını ifade etmişlerdir.

5.5. Katılımcıların Kadın Sünnetinin Gerekliliğine İlişkin Yanıtların Değerlendirilmesi

Yapılan çalışmada katılımcılara “kadın sünneti gerekli mi” sorusu sorulmuş ve çoğunluğu “hayır” yanıtını vermiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre katılımcıların %88'den fazlası üniversite mezunudur. Bu nedenle katılımcıların çoğunun yüksek eğitim düzeyine sahip olduğu anlaşılmaktadır. Ancak, erkeklerin %17.2'si kadın sünneti gerekli olduğu yanıt verdiği bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların verdiği cevapların cinsiyet ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin %17.2'si “evet” derken kadınların %92.2'sinin “hayır” olarak ifade ettiği görülmüştür (Tablo 4.5; $p < 0.05$). Adıgüzel ve ark'ın (2018) çalışmasının katılımcılarının kadın sünnetini durdurmak isteyenlerin oranının %91 olduğu ile uyumludur. Aynı çalışmada, katılımcıların çoğu kadın sünnetinin cinsel duyuların azalması ve bulaşıcı hastalıklar gibi birçok sağlık sorununa neden olabileceğini belirttiği saptanmıştır. Ancak katılımcıların %52'si kızların kadın sünneti edilmesini istediği bulunmaktadır. Gele ve ark (2012) araştırması, kadınların erkeklere göre kadın sünneti uygulamanın devamını daha az desteklediklerini göstermektedir. Aynı çalışmada, Oslo'daki Somalililerin %70'i kadın sünnetinin durdurulması desteklerken, devam etmesini destekleyen %30'luk bir oran olduğundan, batıya göçün Somali toplumu arasında kadın sünneti için sona erme olasılığının yüksek olduğu belirtilmektedir. Gele ve ark (2013) Somalili erkeklerin kadın sünnetine karşı tutumlarını incelemek için yaptığı çalışmada, Somalili erkeklerin %96'sı sünnetli kadınlarla evlenmeyi tercih ederken, sadece %2.8'i sünnetsiz kadınları eş olarak seçtiği görülmektedir. Ayrıca, erkeklerin %96'sı kadın sünnetini dini bir gereklilik olarak algılamıştır. Varol ve ark. (2015), 15 ülkeden erkeklerin kadın sünneti ile ilgili tutumlarını, inançlarını ve davranışlarını araştıran bir çalışmada, kadın sünneti uygulamasının değişmesinin önündeki en büyük engelin cinsiyetler arasında sessiz bir kültür olduğunu göstermektedir. Kadın sünnetinin terk edilmesinde din, eğitim, etnik köken, kentsel yaşam, göç ve kadın sünnetinin olumsuz sonuçlarının anlaşılması gibi nedenlerin de etkili olduğu gösterilmiştir. Ancak araştırmaya göre eğitim düzeyi, erkeklerin kadın sünnetini terk etmelerindeki desteğin en önemli göstergelerinden biridir. Bir başka çalışmada da kadın sünneti algılarını incelemek için Somalili bir mülteci topluluğundaki erkeklerle yapılan Johnson-Agbakwu ve ark'nın (2014) çalışmada, katılımcılar, kadın sünneti ile ilgili morbiditenin, kadın sünneti için devam eden anaerkil desteğin farkında olduğu ve genel olarak kadın sünnetini desteklemediği bulunmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu araştırma kapsamında toplumsal cinsiyet ile ilgili bazı özelliklerin Somali'deki kadın sağlığı üzerine etkisini belirlenmesi amaçlanmış ve elde edilen araştırmanın sonucu ve önerileri bu bölümde verilmiştir.

Çalışma kapsamındaki katılımcıların yaş ortalaması 25.61 ± 5.19 , çoğunluğu erkek (%53.6) ve bekar (%84.8) olup ve tamamına yakını (kadınların %88.8'inin ve erkeklerin %90.3'ünün) üniversite mezunudur.

Çalışmada katılımcıların kadınların cinsiyet rolüne yönelik çok çeşitli tutumlar gösterdiği saptanmıştır. Buna göre, katılımcıların karar verme mekanizmalarına katılım alt grubuna ait ifadelerinden “Kadınlar doktora gitme kararını kendileri verebilir” ifadesine anlamlı olarak kadınlar daha fazla katılım gösterirken, “Ailede alınan kararları erkek verir” ifadesine erkekler daha yüksek anlamlılık oranında katılım göstermişlerdir ($p < 0.05$).

Katılımcıların kadın cinsiyetine yönelik tutum alt grubuna ait ifadelerde “kadın doğurduğu sürece değerlidir” ifadesine erkekler yüksek oranda katılım gösterirken kadınlar katılmadığını ifade etmiştir. “Kadınlar ev dışında çalışabilir” ifadesine de anlamlı olarak kadınlar daha fazla oranda katıldıkları belirtmişlerdir ($p < 0.05$).

Kadın sağlığına yönelik tutuma yönelik ifadelerden “kadınlar gebelikten korunmaya yönelik bir yöntem kullanmalıdır” ve “kadının sağlıklı olması kendi sorumluluğudur” ifadelerine kadınlar anlamlı olarak daha yüksek katılım gösterirken “kadının 18 yaş altında evlenmesinde sakınca yoktur”, “18 yaş altındaki bir kadının çocuk doğurmasında bir sakınca yoktur”, “gebelikten korunma yöntemleri kansere neden olabilir”, “doğumhaneye erkekler girmemelidir” ifadelerine erkekler daha fazla katılım göstermiştir ($p < 0.05$).

Katılımcıların cinsiyet eşitsizliğine yönelik tutum ile ilgili ifadelerde ise “kadının ailede söz sahibi olması için erkek çocuk doğurması gerekir”, “evdeki işlerin sorumluluğu kadınlara aittir”, “kadınlar sadece kadın doktora muayene olabilirler”, “kadının sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için sağlık çalışanının cinsiyetinin kadın olması gerekir”, “kadınlar bir problemi olmadığı sürece doğumu

evde yapmalıdır”, “gebe kadının doğuracağı çocuğun cinsiyeti önemlidir”, “bir erkek gerektiğinde karısını dövebilir” ve “kadının asıl görevi anne olmaktır” ifadelerine erkekler anlamlı olarak daha fazla katıldıklarını belirtmişlerdir ($p<0.05$).

Katılımcıların %12.8’inin kadın sünnetinin gerekli olduğunu belirttikleri, bu ifadede kadınların %7.8’i gerekli görürken erkeklerin %17.2’sinin gerekli olduğunu belirttikleri bulunmuştur. Gerekliklik sebepleri arasında en yüksek oranda kültür ve din etken olarak gösterilmiştir.

Çalışma bulguları doğrultusunda, toplumsal cinsiyet rollerine yönelik eşitlikçi tutumların kazandırılmasına, kadın sağlığı, sağlık eğitimi ve farkındalığının geliştirilmesine yönelik öneriler geliştirmiştir.

6.2. Öneriler

- Somali toplumdaki bireylerden özellikle erkeklere yönelik daha fazla sayıda toplumsal cinsiyet eşitsizliğini önlemeyi içeren eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Somali toplumunda kadın sünnetinin sağlık ve psikolojik etkilerini içeren daha fazla sayıda çalışmaların yapılması ve
- Kadın sünnetini önlemeye yönelik her iki cinsiyetin katılımının olduğu, sünnetin çok boyutlu etkilerini içeren eğitimler düzenlenmesi,
- Kadın sünneti uygulamasını toplumsal boyutuyla daha derinlemesine incelemek için nitel araştırmalar yapılması,
- Somali örnekleminde toplumsal cinsiyet eşitsizliğini önlemeye yönelik gelecekte kültüre uyumlu eğitim programları geliştirilerek deneysel araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Aden, J. A., Ahmed, H. J., & Östergren, P. O. (2019). Causes and contributing factors of maternal mortality in Bosaso District of Somalia. A retrospective study of 30 cases using a Verbal Autopsy approach. *Global Health Action*, 12(1), 1672314. <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1672314>
- Adigüzel, C., Baş, Y., Erhan, M., & Gelle, M. (2018). The Female Genital Mutilation/Cutting Experience in Somali Women: Their Wishes, Knowledge and Attitude. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 84(2), 118–127. <https://doi.org/10.1159/000493130>
- Ahinkorah, B. O., Kang, M., Perry, L., Brooks, F., & Hayen, A. (2021). Prevalence of first adolescent pregnancy and its associated factors in sub-Saharan Africa: A multi-country analysis. *PLoS One*, 16(2), e0246308
- Alemayehu, M., & Meskele, M. (2017). Health care decision making autonomy of women from rural districts of Southern Ethiopia: a community based cross-sectional study. *International journal of women's health*, 213-221.
- ALiGN. (2019). Understanding the barriers to girls' and women's access to higher education in Puntland, Somalia: A video and blogging project.
- Atalay, E., Dinç, A. (2020). “Toplumsal cinsiyet ve kadın sağlığı”. *Sağlık Bilimlerinde Güncel Araştırmalar*, eds. Demir, H. & Duran, N.. 1. Baskı. İpe Cetinje
- Atış, F (2010). “Ebelik/ Hemşirelik 1. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi”. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Aydın, M., Bekar, E. Ö., Gören, Ş. Y., Sungur, M. A . (2016). Hemşirelik öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları . *Aibu Journal Of Social Sciences*, 16 (1), 223-242. <https://doi.org/10.11616/basbed.vi.455842>
- Coşkun, A., & Özdilek, R. (2012). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Sağlığa Yansıması ve Kadın Sağlığı Hemşiresinin Rolü. *Hemşirelik Eğitim ve Araştırmaları Dergisi*, 9 (3), 30-39.
- Dalal, K., Lee, M. S., & Gifford, M. (2012). Male adolescents' attitudes toward wife beating: a multi-country study in South Asia. *Journal of Adolescent Health*, 50(5), 437-442.
- De Austria, J. J. (2014). The Fine Line between Gender Equity and Gender Equality. *The International Journal Research Publications*, 4(7), 1–4.
- Degni, F., Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Communication and cultural issues in providing reproductive health care to immigrant women: health care providers' experiences in meeting Somali women living in Finland. *Journal of immigrant and minority health*, 14, 330-343.
- Deyo, N. S. (2012). *Cultural traditions and the reproductive health of Somali refugees and immigrants*.
- Dinç, A., & Çalışkan, C. (2016). Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin bakış açıları. *Journal of Human Sciences* , 13/3 3671-3683.
- Directorate of National Statistics, Federal Government of Somalia. (2020). *The Somali Health and Demographic Survey 2020*. Mogadishu.
- Dökmen, Z. Y. (2015). *Toplumsal cinsiyet sosyal psikolojik açıklamalar*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

- Evason, N. (2019). Family Retrieved from <https://culturalatlas.sbs.com.au/somali-culture/somali-culture-family>
- Eryilmaz, S. (2020). Toplumsal Cinsiyet Rolü ve Kadın Sağlığı. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(1), 5–13.
- Farkas, Z. (2022). Social position and social status: An institutional and relational sociological conception. *Human Studies*, 45(3), 417-445
- Francis, S. A., Griffith, F. M., & Leser, K. A. (2014). An investigation of Somali Women's beliefs, practices, and attitudes about health, health promoting Behaviours and Cancer prevention. *Health, Culture and Society*, 6(1), 1-12.
- Fuse, K. (2010). Variations in attitudinal gender preferences for children across 50 less-developed countries. *Demographic Research*, 23, 1031-1048.
- Gee, S., Vargas, J., & Foster, A. M. (2019). "The more children you have, the more praise you get from the community": exploring the role of sociocultural context and perceptions of care on maternal and newborn health among Somali refugees in UNHCR supported camps in Kenya. *Conflict and health*, 13(1), 1-10.
- Gele, A. A., Bø, B. P., & Sundby, J. (2013). Have we made progress in Somalia after 30 years of interventions? Attitudes toward female circumcision among people in the Hargeisa district. *BMC research notes*, 6, 1-9.
- Gele, A. A., Johansen, E. B., & Sundby, J. (2012). When female circumcision comes to the West: Attitudes toward the practice among Somali Immigrants in Oslo. *BMC public health*, 12, 1-10.
- Gele, A. A., Musse, F. K., Shrestha, M., & Qureshi, S. (2020). Barriers and facilitators to contraceptive use among Somali immigrant women in Oslo: A qualitative study. *PLoS ONE* 15(3): e0229916. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229916>
- Gele, A., Shrestha, M., Khalif, F., & Qureshi, S. (2021). Barriers and Facilitators to Modern Contraception Among Married Women in Conflict Affected Town of Mogadishu, Somalia. *Research Square*.1-16. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-6-122>
- Gele, A. A., Shrestha, M., Sheikh, N. S., & Qureshi, S. A. (2022). Pregnant and Powerless: Exploring Barriers to Contraceptive use among Women in Mogadishu, Somalia. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*, 9, 23333928221117057
- Ghose, B., Feng, D., Tang, S., Yaya, S., He, Z., Udenigwe, O., & Feng, Z. (2017). Women's decision-making autonomy and utilisation of maternal healthcare services: results from the Bangladesh Demographic and Health Survey. *BMJ open*, 7(9), e017142.
- Gure, F., Yusuf, M & Foster, A.M. (2015) Exploring Somaliwomen's reproductive health knowledge and experiences: results from focus group discussions in Mogadishu, *Reproductive Health Matters*, 23:46, 136-144, DOI: 10.1016/j.rhm.2015.11.018
- Halimi, M., Consuegra, E., Struyven, K., & Engels, N. (2016). The Relationship Between Youngsters' Gender Role Attitudes and Individual, Home, and School Characteristics. *SAGE Open*, 6(3), 215824401665623. <https://doi.org/10.1177/2158244016656230>
- Hoq, M. N. (2020). Influence of the preference for sons on contraceptive use in Bangladesh: a multivariate analysis. *Heliyon*, 6(10), e05120.
- Hosang, G. M., & Bhui, K. (2018). Gender discrimination, victimisation and women's mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 682–684. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.244>
- Hussain, M., Naz, A., Khan, W., Daraz, U., & Khan, Q. (2015). Gender Stereotyping in Family. *SAGE Open*, 5(3), 215824401559525. <https://doi.org/10.1177/2158244015595258>

- İbrahim, S.H. (2019). *Kadına yönelik şiddetin bir boyutu: somali’de kadın sünneti*. (Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi). İstanbul.
- Jangu, W. I. (2013). Attitude and willingness of men towards the use of modern family planning methods in Budondo Sub-County. Makerere University, *School of Public Health*, Jinja, Uganda.
- Johnson-Agbakwu, C. E., Helm, T., Killawi, A., & Padela, A. I. (2014). Perceptions of obstetrical interventions and female genital cutting: insights of men in a Somali refugee community. *Ethnicity & Health*, 19(4), 440-457.
- Kangethe, N. S., Lyria, K. S., & Nyamanga, A. M. (2014). The gender socialization question in education: influence on boys’ and girls’ academic achievement. *European Scientific Journal*, 10(19), 279–294.
- Karaduman, A. (2021). Women's health on the aspect of gender inequality in turkey. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(1), 208-219.
- Khandelwal, V., Chakole, S. V., Gupta, H., & Mehta, S. C. (2012). Gender preference, attitude and awareness regarding sex determination among married women attending general OPD & antenatal clinic of RDGMC Ujjain, MP, India. *National Journal of Community Medicine*, 3(02), 269-273.
- Khazaeian, S., Kariman, N., Ebadi, A., & Nasiri, M. (2018). Effect of Socio-Economic Factors on Reproductive Health in Female Heads of Household: A Cross-Sectional Study in Iran. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. Published. <https://doi.org/10.7860/jcdr/2018/37739.12409>
- Klein, E., Helzner, E., Shayowitz, M., Kohlhoff, S., & Smith-Norowitz, T. A. (2018). Female Genital Mutilation: Health Consequences and Complications—A Short Literature Review. *Obstetrics and Gynecology International*, 2018, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2018/7365715>
- Köse, N. (2015). Ergenlerde akran ilişkilerinin mutluluk düzeyine etkisi. *İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(4), 1-6.
- Lowe, H., Kenny, L., Hassan, R., Bacchus, L. J., Njoroge, P., Dagadu, N. A., ... & Cislighi, B. (2022). ‘If she gets married when she is young, she will give birth to many kids’: a qualitative study of child marriage practices amongst nomadic pastoralist communities in Kenya. *Culture, health & sexuality*, 24(7), 886-901.
- Lunde, I. B., & Sagbakken, M. (2014). Female genital cutting in Hargeisa, Somaliland: is there a move towards less severe forms? *Reproductive Health Matters*, 22(43), 169–177. [https://doi.org/10.1016/s0968-8080\(14\)43759-5](https://doi.org/10.1016/s0968-8080(14)43759-5)
- Lwanga, H., Atuyambe, L., Sempewo, H., Lumala, A., & Byaruhanga, R. N. B. (2017). An exploratory study of men’s companionship, perceptions and experiences during pregnancy and delivery in Uganda. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 1-8.
- Morton, S., Pencheon, D., & Squires, N. (2017). Sustainable Development Goals (SDGs), and their implementation. *British Medical Bulletin*, 1–10. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldx031>
- Nafiu, L.A., A.A. Aau’ud, and R.N. Adiukwu. (2016). “Determinants of Maternal Morality in Somalia”. *Pacific Journal of Science and Technology*. 17(2):318-328.
- NILERD, (2018). *Growth, Health and Gender Imbalance: Evidence from India*. India
- Osaikhuwuomwan, J. A., & Osemwenkha, A. P. (2013). Adolescents' perspective regarding adolescent pregnancy, sexuality and contraception. *Asian pacific journal of reproduction*, 2(1), 58-62.

- Özvarış Ş. B., (2014). Türkiye’de kadın sağlığındaki eşitsizlikler. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 29(1), 41-48,
- Samar, S., Aqil, A., Vogel, J., Wentzel, L., Haqmal, S., Matsunaga, E., Vuolo, E., & Abaszadeh, N. (2014). Towards gender equality in health in Afghanistan. *Global Public Health*, 9(sup1), S76–S92. <https://doi.org/10.1080/17441692.2014.913072>
- Saygan, B. B., & Uludağlı, N. P. (2021). Lifespan Development of Gender Roles. *The British Journal of Psychiatry*, 13(2), 354–382. <https://doi.org/10.18863/pgy.789615>
- Sharma, V., Amobi, A., Tewolde, S., Deyessa, N., & Scott, J. (2020). Displacement-related factors influencing marital practices and associated intimate partner violence risk among Somali refugees in Dollo Ado, Ethiopia: a qualitative study. *Conflict and Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00267-z>
- Sünbül, A. (2019). *Kadin sağlığını etkileyen faktörler: kocagür örneği*. (Yüksek lisans tezi, Aydin adnan menderes üniversitesi). Aydin.
- Teklesilasie, W., & Deressa, W. (2020). Barriers to husbands’ involvement in maternal health care in Sidama zone, Southern Ethiopia: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 1-8.
- Tilahun, T., Coene, G., Luchters, S., Kassahun, W., Leye, E., Temmerman, M., & Degomme, O. (2013). Family planning knowledge, attitude and practice among married couples in Jimma Zone, Ethiopia. *PloS one*, 8(4), e61335.
- Titiloye, M. A., & Ajuwon, A. J. (2017). Knowledge and quality of adolescents reproductive health communication between parents and their adolescents children in Ibadan, Nigeria. *Journal of public health in Africa*, 8(1).
- United Nations, (UN). (2015a). *The World's Women 2015: Trends and Statistics*. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division. Sales No. E.15.XVII.8.
- United Nations. (UN). (2015b). *Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*. New York. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
- United Nations Children’s Fund. (UNICEF). (2013). *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*, UNICEF, New York. FGM
- United Nations Children’s Fund. (UNICEF). (2016). *Somalia The impact of language policy and practice on children’s learning: Evidence from Eastern and Southern Africa*.
- United Nations Development Programme (UNDP). (2012). *Somalia Human Development Report 2012: Empowering Youth for Peace and Development*, p. xviii.
- United Nations Development Programme (UNDP). (2022). *Human Development Report 2022: Uncertain times, unsettled lives Shaping our future in a transforming world*. New York
- UNFPA. (2014). *Population estimation survey for the 18 pre-war regions of Federal Republic of Somalia*, Somalia.
- UN Women & UNFPA. (2020). *Funding for Gender Equality and the Empowerment of Women And Girls in Humanitarian Programming*.
- Varol, N., Turkmani, S., Black, K., Hall, J., & Dawson, A. (2015). The role of men in abandonment of female genital mutilation: a systematic review. *BMC public health*, 15(1), 1-14.
- WEF (World Economic Forum) (2022). *The Global Gender Gap Report 2022*. Erişim tarihi 09.09.2022

- World Bank. Gender Data Portal. Worldbank. org.
<https://genderdata.worldbank.org/countries/somalia/> Erişim tarihi 01.09.2022
- World Health Organization. (2012). *Understanding and addressing violence against women: Female genital mutilation* . World Health Organization.
- World Health Organisation (WHO). (2013). *London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: World Health Organization;
- Yanikkerem, E., Özdemir, M., Bingol, H., Tatar, A., & Karadeniz, G. (2009). Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. *Midwifery*, 25(5), 500-508.
- Yildirim, İ. E., Ergüt, Ö., & Camkiran, C. (2018). "Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Konusundaki Farkındalığın Belirlenmesine Yönelik Akademisyenler Üzerine Bir Araştırma." *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, 2: 37-46.
- Yoonis, A. (2018). Assessment of the Magnitude and Determinants of Unmet Need for Family Planning Among Currently Married Women in Reproductive Age in Hargeisa, Somaliland. *International Journal of Social Science and Humanities Research*, 6(4), 1128–1143.
- Zurynski Y, Sureshkumar P, Phu A, Elliott E. (2015). Female genital mutilation and cutting: a systematic literature review of health professionals' knowledge, attitudes and clinical practice. *BMC Int Health Hum Rights*,15:32

EKLER

Ek-1 Anket

TOPLUMSAL CİNSİYET İLE İLGİLİ BAZI ÖZELLİKLERİN KADIN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ: SOMALİ ÖRNEĞİ Tanımlayıcı Sorular

Araştırmaya katılmayı kabul ediyor musunuz?

Kabul ediyorum

Kabul etmiyorum

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: () Erkek () Kadın
3. Medeni haliniz: () Bekar () Evli
4. Evliyse evlilik yaşı:
5. Çocuğunuz var mı? () Evet ise sayı belirtiniz () Hayır
6. Çocuğu varsa ilk gebelik yaşı:
7. Aile tipi: () Çekirdek aile () Geniş aile () Parçalanmış aile
8. Eğitim durumunuz: () Okur Yazar değil () Okur yazar () İlkokul
() Ortaokul () Lise () Üniversite
9. Annenin eğitim durumu: () Okur Yazar değil () Okur yazar () İlkokul
() Ortaokul () Lise
10. Babanın eğitim durumu: () Okur Yazar değil () Okur yazar () İlkokul
() Ortaokul () Lise
11. Gelir durumu: () Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla
12. Çalışma durumu: () Çalışıyor () Çalışmıyor
13. Kadın sünneti sizce gerekli midir? () Evet () Hayır
14. Cevabınız evetse nedenlerini yazar mısınız.

İFADELER	Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılmıyorum
1. Kadınlar gebelikten korunmaya yönelik bir yöntem kullanmalıdır			
2. Kadınlar doktora gitme kararını kendileri verebilir			
3. Kadın doğurduğu sürece değerlidir			
4. Kadının ailede söz sahibi olması için erkek çocuk doğurması gerekir			
5. Kadının 18 yaş altında evlenmesinde sakınca yoktur			
6. 18 yaş altındaki bir kadının çocuk doğurmasında bir sakınca yoktur			
7. Kadının sağlıklı olduğu sürece doğurmasında bir engel yoktur			
8. Ailede alınan kararları erkek verir			
9. Kadınlar çocuk yetiştirmekle sorumludur			
10. Evdeki işlerin sorumluluğu kadınlara aittir			
11. Kadınlar ev dışında çalışabilir			
12. Kadının sağlıklı olması kendi sorumluluğudur			
13. Kadınlar sağlıklı olmak için düzenli doktora gitmelidir			
14. Kadınlar ihtiyaç duyduklarında sağlıkları için doktora gidebilirler			
15. Kadınlar sadece kadın doktora muayene olabilirler			
16. Kadınlar bir problemi olmadığı sürece doğumu evde yapmalıdır			
17. Gebe kadının doğuracağı çocuğun cinsiyeti önemlidir			
18. Kadınlar kendi sağlıkları ile ilgili kararları tek başına alabilirler			
19. Çocuk doğurma kararını eşler birlikte verebilir			
20. Kadınlar kiminle evleneceğine kendi kendilerine karar verebilir			
21. Bir erkek gerektiğinde karısını dövebilir			
22. Kadının asıl görevi anne olmaktır			
23. Kadının sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için sağlık çalışanının cinsiyetinin kadın olması gerekir			
24. Gebelikten korunma yöntemleri kansere neden olabilir			
25. Doğumhaneye erkekler girmemelidir.			
26. Emzirme etkili bir doğum kontrol yöntemidir			

Ankete katıldığınız için teşekkür ederim

Ek-2 İngilizce Anketi

THE EFFECT OF SOME GENDER-RELATED CHARACTERISTICS ON WOMEN'S HEALTH: THE CASE OF SOMALIA

Do you agree to participate in the research?

I agree

I don't agree

Descriptive Questions

1. What is your age?.....
2. What is your gender? ☐ Male ☐ Female
3. What is your marital status? ☐ Single ☐ Married
4. If married, At what age did you marry?
5. Do you have children? ☐ If yes, specify number..... ☐ No
6. If you have a child/ children, At what age did you first get pregnant?
7. What is your Family type? ☐ Nuclear family (consists of parents of two adults and their children) ☐ Extended family (consists of parents like father, mother, and their children, aunts, uncles, grandparents, and cousins, all living in the same household) ☐ Broken family (includes unhealthy or severed relationships)
8. What is your educational status? ☐ Illiterate ☐ Literate ☐ Primary school ☐ Secondary School ☐ High School ☐ University
9. What is your Mother's education level? ☐ Illiterate ☐ Literate ☐ Primary school ☐ Secondary school ☐ High school ☐ University
10. What is your Father's educational level? ☐ Illiterate ☐ Literate ☐ Primary school ☐ Secondary school ☐ High school ☐ University
11. What is your Income status? ☐ Income is less than expenses ☐ Income is equal to expenses ☐ Income is more than expenses
12. What is your work status? ☐ I am working ☐ I am not working
13. Do you think FGM is necessary? ☐ Yes ☐ No
14. If your answer is yes, please write the reasons.

EXPRESSIONS	I agree	I partially agree	I don't agree
1. Women should use contraception methods			
2. Women can make the decision to go to the doctor by themselves			
3. Woman is valuable as long as she gives birth			
4. In order for a woman to have a right or power to make a decision in the family, she must give birth to a son			
5. There is no problem when women marry under the age of 18			
6. It is okay for a woman to give birth to a child at the age of under 18			
7. There is no obstacle for a woman to give birth as long as she is healthy			
8. Man makes the decisions in the family			
9. Women are responsible for raising children			
10. Women are responsible for household chores.			
11. Women can work outside the house			
12. A woman's health is her own responsibility			
13. Women should go to the doctor regularly to be healthy			
14. Women can go to the doctor for their health when they need it			
15. Women can only be examined by a female doctor			
16. Women should give birth at home as long as there is no problem			
17. The gender of the child that the pregnant woman will give birth to is important			
18. Women can make decisions about their own health alone			
19. The husband and wife can decide to give birth to children together			
20. Women can decide for themselves who to marry			
21. A man can beat/ hit his wife when necessary			
22. A woman's main duty is to be a mother			
23. In order for a woman to benefit from health services, the gender of the health worker must be female			
24. Contraceptive methods can cause cancer			
25. Men should not enter the delivery room			
26. Breastfeeding is an effective method of birth control			

Thank you

Ek-3 Somalice Anketi

Saamaynta Qaar Ka Mid Ah Sifooyinka La Xidhiidha Jinsiga Ay Ku Leeyihiin Caafimaadka Haweenka

Miyaad ogolaatay inaad ka qayb qaadatao cilmi-baarista?"

Waan ogolahay

Ma ogola

1. Da'daada:
2. Jinsiga: () Lab () Dhedig
3. Xaalada guurka: () kali () Qof La Qawo
4. Da'da aad ku guursatay:
5. Caruur ma leedahay? () Hadday haa tahay, imisa caruur () Maya
6. Haddi aad ilmo leedahay, da'da aad uurka ku yeelatay:
7. Nooca qoyska: () Qoys yar (oo ka kooban waalid iyo carruurtooda) () Qoys weyn (waxay ka kooban yihiin waalid sida aabbe, hooyo, iyo carruurtooda, abtiyaal, awoowe, iyo ilma adeer, dhammaan ku wada nool hal guri) () Qoys is la furay (waxaa ku jira kara xiriirada go'ay)
8. Heerkaaga waxbarasho: () Qof aan waxna qorin waxna akhriyin () Qof wax qori kara iyo akhriyi kara () Dugsiga hoose () Dugsiga dhexe () Dugsiga sare () jaamacad
9. Heerka waxbarashada hooyadaa: () Qof aan waxna qorin waxna akhriyin () Qof wax qori kara iyo akhriyi kara () Dugsiga hoose () Dugsiga dhexe () Dugsiga sar () jaamacad
10. Heerka waxbarashada aabbahaa: () Qof aan waxna qorin waxna akhriyin () Qof wax qori kara iyo akhriyi kara () Dugsiga hoose Dugsiga dhexe () Dugsiga sare () jaamacad
11. Heerka dakhliga: () dakhli hoose () dakhli dhexe () dakhli sare
12. Heerka shaqada: () waan shaqeeyaa () ma shaqeeyo
13. Ma kula tahay gudniinka dumarku waa waajib? () Haa () Maya Haddii
14. Jawaabtaadu haa tahay, ma qori kartaa sababaha?

Bayaan	Waan ku raacsanahay	Qeyb ahaan ku raacsanahay	Kuma raacsani
1. Dumarku waa inay isticmaalaan ka hortagga uurka			
2. Dumarku waxay qaadan karaan go'aanka ah inay u tagaan dhakhtarka laftooda			
3. Haweenka waxaa lagu qiimeeyaa markay dhalaan			
4. Si ay haweeneydu awood ugu yeelato qoyska waa inay wiil u dhasho			
5. Waa caadi in haweeneydu ey guursato da'da 18 sano ka yar			
6. Wax dhib ah malahan markii haweeney ka yar 18 sano ay ku dhasho ilmo			
7. Markay haweeney caafimaad qabato, dhalmada ilmaha wax carqalad ah ma leh			
8. Ragga ayaa go'aannada reerka qaadha			
9. Haweenka ayaa mas'uul ka ah korinta carruurta			
10. Masuuliyadda shaqooyinka guriga waxaa iska leh haweenka			
11. Haweenku shaqo ayey yeelan karaan			
12. Caafimaadka haweeneyda ayaa ah mas'uuliyadeeda gaarka ah			
13. Haweenku waa inay u tagaan dhakhtar si joogto ah si ay u caafimaad qabaan			
14. Haweenka waxay u tagi karaan dhaqtarka markay u baahdaan			
15. Haweenka waxaa baari kara oo keliya dhakhtar dumar ah			
16. Haweenku waa inay ku dhalaan guriga haddii aysan dhibaato jirin			
17. Jinsiga cunugga waa muhiim			
18. Haweeneydu oo keliya ayaa go'aan ka gaari karta caafimaadkeeda			
19. Labada qof ee isqaba waxay ku wada gaari karaan go'aanka ah in la dhalo			
20. Haweenka ayaa go'aan ka gaari karta cidda ay is guursan doonaan			
21. Ragga ayaa garaaci kara xaasaskooda markii loo baahdo			
22. Hawsha ugu weyn ee haweeneyda waa inay ahaataa hooyo			
23. Si ay haweeneydu u hesho adeegyada caafimaadka, jinsiga shaqaalaha caafimaadka waa inuu noqdaa qof dumar ah			
24. Hababka ka hortagga uurka ayaa kanser sababi kara kansar			
25. Ragga ma aha inay galaan qolka dhalmada			
26. Naasnuujintu waa hab ka hortagga uurka oo waxtar leh			

Mahadsanid

Ek-4 Etik Kurul Raporu



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
31.12.2021	12	2021-1107

KARAR NO: 2021-1107
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Najah Ahmed Ogleh'in Dr. Öğr. Üyesi Figen ÇAVUŞOĞLU danışmanlığında "Toplumsal Cinsiyet İle İlgili Bazı Özelliklerin Kadın Sağlığı Üzerine Etkisi: Somali Örneği" isimli yüksek lisans tezine ilişkin anket çalışmasını içeren 44666 sayılı dilekçesi okunarak görüşüldü.

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Najah Ahmed Ogleh'in Dr. Öğr. Üyesi Figen ÇAVUŞOĞLU danışmanlığında "Toplumsal Cinsiyet İle İlgili Bazı Özelliklerin Kadın Sağlığı Üzerine Etkisi: Somali Örneği" isimli yüksek lisans tezine ilişkin anket çalışmasının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

ÖZ GEÇMİŞ

Najah Ahmed OGLEH, Alkharan Lisesi'ni bitirdikten sonra Admas Üniversitesi Fakültesi'nden 2018 yılında mezun oldu. 2020 yılında OMÜ Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans öğrenimine başlamıştır, İngilizce/Arapça bilmektedir.

İletişim Bilgileri

ORCID : 0000-0002-0801-3944

Yayınlar:

1. Ogleh, N. ve Çavuşoğlu, F. (2022), Kadınlarda Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler: Somali Örneği, Uluslararası Katılımlı V. Hemşireliği Güçlendirme Sempozyum, Samsun (Tam metin /bildiri, Sözlü Sunum)

Kazanılan Ödüller, Teşvikler ve Burslar

1. Türkiye Bursları
2. Admas Üniversitesinin biricisi 2018