

# II. KADIN HEKİMLİK ve KADIN SAĞLIĞI KONGRESİ



KADINI  
GÖRMEYEN  
BİLİM VE  
SAĞLIK  
POLİTİKALARI

**20-23** MAYIS 2010

Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi - ANKARA

**KONGRE KİTABI**



**KASAUM**  
Ankara Üniversitesi  
Kadın Sorunları Araştırma ve  
Uygulama Merkezi

**II. KADIN HEKİMLİK ve  
KADIN SAĞLIĞI KONGRESİ**  
**KADINI GÖRMEYEN BİLİM ve SAĞLIK POLİTİKALARI**

**KONGRE KİTABI**

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ SİYASAL BİLGİLER FAKÜLTESİ**

**20-23 Mayıs 2010**

**ANKARA**



# II. KADIN HEKİMLİK ve KADIN SAĞLIĞI KONGRESİ “KADINI GÖRMEYEN BİLİM VE SAĞLIK POLİTİKALARI”



Birinci Baskı Ağustos 2010



**Kapak - Sayfa Düzeni**  
Sinan Solmaz



**Baskı Hazırlık:**  
Mucize Reklam  
Matbaacılık Tasarım Hizmetleri  
Tel: (0312) 417 10 56



**Baskı:**  
Başak Matbaacılık Ltd. Şti. • Tel: (0312) 384 27 61



**Bu kitap UNFPA katkılarıyla basılmıştır.**



**TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ MERKEZ KONSEYİ**  
GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sokak  
No: 2 Kat: 4, 06570 Maltepe/ANKARA  
Tel: (0312) 231 31 79 • Faks: (0312) 231 19 52-53  
e-posta: ttb@ttb.org.tr • <http://www.ttb.org.tr>



**ANKARA ÜNİVERSİTESİ**  
**SİYASAL BİLGİLER FAKÜLTESİ - ANKARA**  
Ankara Üniversitesi Kadın Çalışmaları Anabilim Dalı  
<http://kasaum.ankara.edu.tr>

# SUNUŞ

## Değerli Konuklar, Meslektaşlarım, Dostlar

Türk Tabipleri Birliği Kadın Sağlığı ve Kadın Hekimlik kolu ile Ankara Üniversitesi Kadın Çalışmaları Ana Bilim Dalının birlikte düzenlediği II. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongremize hoş geldiniz.

Mart 2008 de Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi ile otaklaşa düzenlediğimiz “Kadına Yönelik şiddet” ana temalı birinci kongremizin heyecanını 2010 mayısında “Kadını Görmeyen Bilim ve Sağlık Politikaları” ana teması ile sürdürüyoruz..Devamlılığın, kurumsallaşmanın, köklenmenin, sosyal bilimler alanından kadın emeği ile süreci bir üst boyuta taşımanın onurunu hep birlikte duyumsuyoruz.

2006 yılında hiyerarşik olmayan bir yapılanmayla çok sayıda ilde kurulmaya başlayan kadın komisyonlarımız bir yandan .kadın çalışmalarına katkı sağlarken öte yandan demokratik mesleki örgütlenme modelimize de yeni bir bakış açısı getirmektedir... Zenginleşen birikimlerimiz, etkinlikler, çalıştaylar, sempozyumlar, kongreler aracılığıyla kadın emeğini görünür hale getiriyor.

### Bu kongreyi;

- piyasa ortamında ucuzlayan emek ile birlikte mesleki değerlerin olumsuz olarak değiştiği bir ortamda,
- neoliberal küresel politikaların kadın sağlığını olumsuz olarak etkilediği,
- sağlığın bir hak olmaktan çıkarıldığı,
- nüfus politikaları aracılığı ile kadınların dışlandığı,
- bilimde cinsiyetçiliğin egemen olduğu,

kadın bedeni üzerinde eril tahakkümün halen çok cılız olarak sorgulandığı,

yönetmelik süreçlere kadınların yeterince katılmadığı, bir dünyada gerçekleştiriyoruz.

Kongremiz çatışmalı ve gergin bir ortamda, yükün ağırlığını kadınların ve çocukların çektiği bir ülke tablosunda gerçekleşse de yüksek entelektüel tartışmaların ötesinde pratik olarak da gerçek bir dönüşüm umudu içeriyor. Çünkü değişim zihinlerde başlar.

Kapitalizmin ataerkil bakışını değiştirip başka bir “görme biçimi” ile tıp kurumunun eleştirisinin yapılması gecikmiş ama doğru bir adım.

Bu yoğun geçecek üç günün bizleri yeni ufuklara taşımasını diliyorum.

Kadın sağlığı ve kadın hekim hareketine emek vermiş aramızdan ayrılmış tüm meslektaşlarımız adına sevgili Füsun Ablayı anarken bu kongreyi gerçekleştirmekte emeği geçen herkese yüreğinden teşekkür ederim.

21.05.2010

Elif Kırtke

TB Merkez Konsey Üyesi

## II. KADIN HEKİMLİK ve KADIN SAĞLIĞI KONGRESİ PROGRAMI

### 20 Mayıs 2010 PERŞEMBE

#### 09:00-16:30 Kurs

Gülşah Seydaoğlu, Meltem Çiçekoğlu, Çağla Sarıtürk, "Kadın Çalışmalarında Araştırma Tasarımı, Analizi ve Yazımı"

### 21 Mayıs 2010 CUMA

#### 09:00-13:00 Kurs

Gülşah Seydaoğlu, Nebahat Göçeri, "Kadın Araştırmalarında Yöntem Bilim"

#### 13:30-14:00 Açılış Konuşmaları

Elif Kırtke, TTB Merkez Konseyi Üyesi

Prof. Dr. Gülay Tokgöz, Ankara Üniversitesi Kadın Çalışmaları Anabilim Dalı

#### 14:00-14:30 Açılış Konferansı

Şirin Tekeli, "Bilimin Konusu Olarak Kadın Bedeni"

#### 14:30-14:45 Ara

#### 14:45-16:45 Bilimde Cinsiyetçilik Oturumu

##### Oturum Başkanı: Feride Aksu Tanık

Alev Özkazanç, "Bilim ve Toplumsal Cinsiyet"

Gülnur Savran, "Modern Tıp ve Bilimin Kadın Bedenini Denetleme Biçimi"

Ayşe Akın, "Tıp Alanında Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı ile Mücadele"

Ayşecan Terzioğlu, "Kadın Bedeni Üzerine Tıbbi Çeşitlemeler: Kanserli Kadınlar Rahim ve Meme Kaybı Süreçlerini Nasıl Anlatıyor?"

#### 16:45-18:45 Kadın Bedeninin Medikalizasyonu Oturumu

##### Oturum Başkanı: Alev Özkazanç

Özge Yenier Duman, "Histeriden Somatizasyona; Cinsiyetçi Ortam ve Ruh Sağlığımız"

Dilek Cindoğlu, "Türkiye'de Doğumların Medikalizasyonu; Feminist Bir Bakışla Sezaryen Problemini Düşünmek"

Ayşe Dayı, "ABD Feminist Sağlık Merkezlerinin Tıbbileşme İle Başa Çıkma Stratejileri"

#### 19:15-20:30 Kokteyl ve Konser

### 22 Mayıs 2010 CUMARTESİ

#### 10:00-12:00 Neoliberal Politikaların Kadın Sağlığına Etkileri Oturumu

##### Oturum Başkanı: Emel Memiş

Gamze Yücesan Özdemir, "Değişen Çalışma Biçimlerinin Kadın Sağlığına Etkisi"

Meltem Çiçeklioğlu, "Sağlık Refomlarının Kadın Sağlığına Etkisi"

Arzu Çerkezoğlu, "Neoliberal Sağlık Politikalarının Kadın Sağlık Çalışanlarına Etkisi"

**12:00-13:00 Ara****13:00- 13:30 Konferans**

Şahika Yüksel, “Yıldırımın Yol Açtığı Ruhsal Sorunlar ve Belgelenmesi”

**13:30-15:30 Nüfus Politikaları Oturumu****Oturum Başkanı: Uğur Işık**

Şevkat Bahar Özvarış, “Nüfus Politikaları ve Uygulamalar”

Doç. Dr. Elif Ekin Akşit, “Osmanlı’da ve Cumhuriyet Türkiye’sinde Nüfus Politikaları”

Miki Suzuki Him, “Kürt Göçmen Kadın Devlet Ataerkilliği ile Karşı Karşıya: Sağlık Politikasının Kadının Üreme Pratikleri Üzerindeki Etkisi”

**15:30-15:45 Ara****15:45-17:45 Sözlü Bildiriler****Oturum Başkanı: Prof. Dr. Gülay Tokgöz****Sözlü Bildiriler**

10 dk / konuşmacı + 5 dk Tartışma

**Atölyeler**

- **Hemşireler**
  - Kolaylaştırıcılar: Satı Atakul, Hasbiye Günaçtı
- **Cerrah Kadınlar**
  - Kolaylaştırıcılar: Seher Demirer, Kuzey Aydın Uras
- **Kadın Hasta Gözüyle Tıp**
  - **Kolaylaştırıcılar:** Fevziye Sayılan, Hazal Halavut

**23 MAYIS 2010 PAZAR****10:00-12:00 Mesleki Kimlik Oturumu****Oturum Başkanı: Ful Uğurhan Torlak**

Hafize Öztürk Türkmen, “Tıbbın Evriminde Kadınlar”

Gökçe Bayrakçeken Tüzel, “Kadın Hekimler Açısından Mesleki Kimliğin Anlamları”

Salime Tarihçi Delice, “Hemşirelik Mesleği ve Toplumsal Cinsiyet Rollerinin Hemşirelik Mesleğine Etkilerinin Betimlenmesi”

**12:00-12:15 Ara****12:15-13:30 Kapanış Oturumu****Oturum Başkanları: Müge Yetener, Lale Tırtıl**

Atölye Çalışmaları Raporlarının Sunumu

Atölye Çalışmaları Raporlarına İlişkin Tartışma

Kongre Sonuç Bildirgesinin Sunumu

## İÇİNDEKİLER

Sayfa no

**SUNUŞ**

Elif Kırteke, TTB Merkez Konseyi Üyesi .....3

**II. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi Programı** .....4**Açılış Konferansı**.....9

Bilimin Konusu Olarak Kadın Bedeni

Şirin Tekeli .....10

**Bilimde Cinsiyetçilik**.....15

Bilim ve Toplumsal Cinsiyet

Alev Özkazanç.....16

Modern Tıp ve Bilimin Kadın Bedenini Denetleme Biçimi

Gülner Savran .....23

Tıp Alanında Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı İle Mücadele

Ayşe Akın .....31

Kadın Bedeni Üzerine Tıbbi Çeşitlemeler: Kanserli Kadınlar Rahim ve Meme Kaybı Süreçlerini Nasıl Anlatıyor?

Ayşecan Terzioğlu .....42

**Kadın Bedeninin Medikalizasyonu** .....45

Histeriden Somatizasyona; Cinsiyetçi Ortam ve Ruh Sağlığımız

Özge Yenier Duman .....47

Türkiye'de Doğumların Medikalizasyonu; Feminist Bir Bakışla Sezaryen Problemini Düşünmek

Dilek Cindoğlu.....51

ABD Feminist Sağlık Merkezlerinin Tibbileşme İle Başa Çıkma Stratejileri

Ayşe Dayı .....65

**Neoliberal Politikaların Kadın Sağlığına Etkileri** .....75

Değişen Çalışma Biçimlerinin Kadın Sağlığına Etkisi

Gamze Yücesan Özdemir .....77

Sağlık Refomlarının Kadın Sağlığına Etkisi

Meltem Çiçeklioğlu .....84

Neoliberal Sağlık Politikalarının Kadın Sağlık Çalışanlarına Etkisi

Arzu Çerkezoğlu .....88

**Konferans** .....90

Yıldırımın Yol Açtığı Ruhsal Sorunlar ve Belgelenmesi

Şahika Yüksel.....90

**Nüfus Politikaları** .....99

Nüfus Politikaları ve Uygulamalar

Şevkat Bahar Özvarış.....101

Osmanlı'da ve Cumhuriyet Türkiye'sinde Nüfus Politikaları Elif Ekin Akşit .....	105
Kürt Göçmen Kadın Devlet Ataerkilliği ile Karşı Karşıya: Sağlık Politikasının Kadının Üreme Pratikleri Üzerindeki Etkisi Miki Suzuki Him.....	111
<b>Mesleki Kimlik.....</b>	<b>121</b>
Tıbbın Evriminde Kadınlar Hafize Öztürk Türkmen.....	123
Kadın Hekimler Açısından Mesleki Kimliğin Anlamları Gökçe Bayrakçeken Tüzel .....	131
Hemşirelik Mesleği ve Toplumsal Cinsiyet Rollerinin Hemşirelik Mesleğine Etkilerinin Betimlenmesi Salime Tarihçi Delice.....	139
<b>Sözlü Bildiriler.....</b>	<b>143</b>
Çocuk Cerrahlarının Cinsiyet Rollerine İlgili Düşünceleri ve Kadın Çocuk Cerrahlarının Cinsiyetleriyle İlgili Karşılaştıkları Sorunlar Canan Ceran Özcan-Gülşen Güneş-Mihriban Şengül .....	145
Bedene Zimmetlenmiş Cinsiyet ve Tıp :Homo sexus Elifhan Köse .....	153
Feminist Kadınların Sağlık Ortamında Cinsiyetçilik Değerlendirmeleri Lale Tırtıl-Suzan Saner.....	156
Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyete İlişkin Tutumları Filiz Ak Parlak ve ark. ....	163
Evlü Kadınların Aile Planlaması Bilgi Tutum ve Davranışlarının Bazı Sosyo-Demografik Değişkenlerle İlişkisi Üzerine Bir İnceleme Nuriye Karadağ-Ferda Özbaşaran-Günay Akay-Esra Bayram-M.Eda Kaya-Hilal Karasu-Eda Eren-Esra Çetin-Gün Mukadder .....	164
Bir Güvencesiz Çalışma Biçimi Olarak Ev Eksenli Çalışma ve Kadın Sağlığı Gülşüm Coşkun-Durdu Çetiner-Habibe İnan-Emel Sefa .....	171
<b>Poster Bildirileri .....</b>	<b>175</b>
Aile Planlamasının Erkekler Üzerinden Sürdürülmesi; Vazektomi Yönteminin Cinsiyete Göre Bilgisi ve Kabul Edilebilirlik Düzeyi Gülşah Seydaoğlu, Çağla Sarıtürk, Zeynep Çam.....	177
Kenar Semtlerde Yaşayan Kadınların Sağlık Hizmetinden Yararlanmasını Etkileyen Faktörler Gülşah Seydaoğlu, Zeynep Çam, Çağla Sarıtürk.....	178
Gebelikte Cinsel Yaşam ve Sağlık Personelinin Görünmeyen Rolü Gülşah Seydaoğlu, Zeynep Çam, Çağla Sarıtürk.....	179
Cinsiyete Göre Tıpta Uzmanlık Alanları Tercihlerinin Saptanması Ayşe Koyun, Şenay Akgün, Şevkat Bahar Özvarış.....	186
Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Doktora Dersi Deneyimi Serpil Salaçın, Zuhâl Bahar, Türkan Günay, Candan Algun .....	187
Nevşehir Üniversitesi Öğrencilerinin Evlilik ve Eş Seçimiyle İlgili Görüşlerinin İncelenmesi Ayşegül Özcan .....	188



Şanlıurfa İli Kadın Doğumevi Hastanesinde Düşük Yapan Kadınlarda Şiddet Görme Durumları Birgül Taş, Feray Kabalcıoğlu .....	189
Dicle Üniversitesi Öğrencilerinin Aile Planlaması Yöntemleri Hakkında Bilgi Düzeyi Rojan Arcak, Özlem Sezgin Anlı, Evin Evinç .....	194
Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'nde Öğretim Üye ve Görevlileri Arasında Akademik İlerleme İle Toplumsal Cinsiyet İlişkisinin İncelenmesi (İzmir-Uluslararası Multidisipliner Kadın Kongresinde 14 Ekim 2009 Tarihinde Sözel Bildiri Olarak Sunulmuştur) Şevkat Bahar Özvarış, Şenay Akgün, İlknur M. Gönenç .....	199
Mersin'de Çalışan Kadın Hekimlerin Eğitim ve Meslek Yaşamlarındaki Cinsiyet Ayrımcılığına Bakış Açıları Gülçin Yapıcı, Ful Uğurhan Torlak, Oya Ögenler, Keriman Çiçek, Sakine Emir, Şebnem Atıcı, Zeliha Kurtoğlu .....	201
Türkiye'de Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dallarında Cinsiyet Eşitsizliği Aslı Davas, Işıl Ergin, Burcu Samanyolu, Meltem Çiçeklioğlu .....	203
Kadın, Sağlık ve Osmanlı Feryal Saygılıgil .....	204
Türkiye'de Sağlık Politikalarında Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ayşe Akın, Şevkat Bahar Özvarış, Kezban Çelik, Nalan Ş. Hodoğlugil, Aslıhan Coşkun, Sarp Üner, Türküler Erdost .....	206
<b>Atölyeler .....</b>	<b>207</b>
Hemşireler: Melekler ve Cadılar .....	209
Kadın Cerrahlar .....	211

## **AÇILIŞ KONFERANSI**

## Bilimin Konusu Olarak Kadın Bedeni

### Şirin Tekeli

#### Feminist yazar

Sevgili kadın hekimler, dostlar,

Ben, bir sosyal bilimciyim, hekim değilim, üstelik kadın sağlığı ve hekimliği üzerine fazla düşünmüşlüğüme de yok. Size bu konuşmada, bir daldan ötekine atlayarak kimi gözlemlerimi, izlenimlerimi aktarmakla yetineceğim. Önce şunu söyleyerek başlayayım, eğer bu konuşma daveti, sevgili dostum, feminist psikanalist Dr. Şahika Yüksel'den gelmiş olmasaydı, huzurunuzda bu konuşmayı yapamaya cüret edemezdim. Onunla, taa 1975'lerde, o zaman bünyesinde üniversite asistanlarını bir araya getiren TÜMAS'ta tanıştık. Sonra ben üniversiteden istifa ettim... ve hep üniversitenin dışında kaldım. Ama, dostluğumuz ve ortak kavgalarımız sürdü. Konuşmamın son bölümünde, buna, Türkiye'de feminist kadın hareketinin gelişimine değineceğim. Ama, şimdiden, o hareketin özgünlüğünü belirleyen temel ilkesine değinmek isterim: Kişisel (özel) olan politiktir. 1980'lerin başında bizim en önemli keşfimiz bu oldu.

Buradan devam edersem, sizlerle kadın bedeni, tıp ilişkileri konusunda bir iki kişisel deneyimimi paylaşmak isterim. Hayatım boyunca, üçü de hayli önemli üç ameliyat geçirdim. İlki 1974'te, kısmen hekim hatasından kaynaklanan- teşhis için gereken tuşe'yi ideolojik nedenlerle yapmamıştı- bir dış gebelik ameliyatı geçirdim. Ölümünden döndüm. Öbür tüpte de benzer bir problem olma ihtimali nedeniyle, çocuk doğurma serüvenimi noktaldım. 1990'da kötü bir rahim miyomunu, gene bana göre Türkiye'deki doktorların ideolojik yaklaşımı nedeniyle gecikmiş bir ameliyatla güç bela atlattım. Bana "Miyom mu? Biz hormon falan kullanıp doğaya müdahale etmeyiz, bununla yaşarsınız, ölmezsiniz" dediler ama karnımda küçük bir portakaldan bir tür kırkağaç kavununa evrilen bu kitleyle yaşamam mümkün değildi, bütün hareket kabiliyetimi kaybetmişim. Eski üniversitemin polikliniğinde (Lozan) ameliyat oldum. Hekimlerin ifadesiyle *histeriktomi total*. Yani, rahim, yumurtalıklar vs. alındı. Beş yıl yapay yoldan hormon aldım. Kurtuldum. Son maceram da 2002'de geçirdiğim bir göğüs kanseri ameliyatı. Bu kez, göğsümdeki kitleyi farketdiğimde Fransa'daydım. Bir haftada tüm kontroller, biyopsi, testler yapılmış ve ameliyat olmuşum. Sonradan Türkiye'de yaraya bakan bir erkek hekim dostum, "Biz olsak göğsü bütünüyle alırdık; daha emniyetli olurdu...Fransız doktorların meme kanserine bile 'kadın psikolojisi' gibi yaftalarla yaklaşmalarını gülünç buluyorum" demişti. Belki hekim olarak haklıydı ama, sağ göğsümün üçte ikisini alıp, küçük bir üçte birini bana bırakan Fransız doktoruma şükran borçluyum. Kadın psikolojisi denerek küçümsenen şey, aslında sizin yaralı da olsa bedeninizle barışık olmanızı sağlıyor. Denize girerken, mayo giyerken, bedenimden utanç duymuyorum.

Şimdi bu uzun, "kişisel olan..." parantezini kapatıp başka konulara geçersen, ne söyleyebilirim?

Önce, kısa bir değinme: 1991 yılında, İstanbul Üniversitesi Kadın Araştırmaları Bölümü kurulduktan sonra bir toplantı düzenlenmiş ve ben orada, "Bilimlerde Metodolojinin 'Kadın Bakış Açısından' İrdelenmesi" başlıklı uzun bir bildiri sunmuşum. Tabii ki, size orada, el yordamıyla bulduğum keşifleri tekrarlamayacağım, zaten aradan geçen neredeyse yirmi yılda o düşünceler çok eskimiş olmalı. Sadece iki düşünceyi aktaracağım. Bunlardan biri bildirinin sonunda dile getirdiğim şu fikir veya davet: "Kadın bakış açısıyla bilimlere bakmak bize yeni ufuklar açmaktadır; bütün düşünce alanlarında, tarihte, sosyolojide, iktisatta ufak ufak atılan bu adımlar her alanda benimsenmeli, yeni dernekleşmelere gidilmeli" demişim (s. 49-50). Bu yıl ikincisi düzenlenen "Kadın Sağlığı ve Kadın Hekimliği" toplantısı tam da bunu yapmakta. Bu son derece sevindirici bir gelişmedir.

O yazıda tıpla ilgili olarak da, bugün genel geçer bilgiler olması gereken şu keşiflerimi sıralamışım: Aslında sağlıkla ilgili insanlığın önemli tarihi adımlarını daima kadınlar atmışlardır. Zira, taa "avcı toplayıcı" toplumlardan beri, otları, bitkileri toplayan, kaynatan, sağaltıcı etkilerini keşfeden ilk hekimler kadınlar olmalıdır. Yerleşik tarım toplumlarına geçildikten sonra da, daha "kutsal" bir nitelik atfedilerek, "doğurgan olduklarına göre doğanın dilini

okuyanlar” kadınlar olmaya devam etti. Bereketi temsil ettiler, tohum geliştirdiler, hekimliği de sürdürdüler. Modern çağlara, 17. yüzyıla geldiğimizde, özellikle Doğu dünyasında, tek tük ünlü saray hekiminin dışında toplum hekimliğini “kocakarılar”, “kocakarı ilacı” denen tedavi yöntemleriyle sürdürmekteydiler. Bunun en ünlü kanıtlarından birisi, 18. yüzyıl başında büyükelçi kocasıyla birlikte İstanbul’a gelen ve kadın olması hasebiyle, başka hiç bir seyyahın sahip olmadığı “harem”e, kadınların dünyasına girme ayrıcalığını elde eden Lady Mary Montagu ile ilgilidir. Leydi, haremle ilgili yaptığı, kendi Batılı dünyasına kimi ciddi eleştiriler getirmesine de yol açan gözlemlerinin yanısıra, o sırada kadınlar tarafından uygulanan “çiçek aşısı”nı öğrenmiş, ülkesine dönerken bu çok değerli bilgiyi götürmüştür. Batı dünyası, Lady Montagu’yü “insanlığa” yaptığı bu önemli katkıyla tanır.

Ancak, o dönemde Batı’da kadınlar tüm ortaçağ boyunca sahip oldukları benzer hekimlik statülerini kaybetmekteydiler. Kilise ve erkek hekimlerin (hekim loncalarının) işbirliği ile yürütülen, bir tür “soykırım” olan “cadı avcılığı” yoluyla kadınlar meslekten sürülmüşler, yok edilmişlerdir. Suçları neydi? Esas olarak, kilisenin yasakladığı kürtaj ve doğum kontrolü araçlarını kullanarak, çok çocuk doğurmak sonucu sağlıklarını ve hayatlarını yitiren kadınları ölümden kurtarma çabasıydı. Sonrası iyi biliniyor. Modern çağa gelindiğinde artık kadınlar hekimlik mesleğinden tamamen dışlanmışlardır. 1856 Kırım Savaşı’ndan sonra, Florence Nightingale’in öncülüğünde meslekten hastabakıcı, yani erkek hekimin yardımcısı statüsünü kazanmak için mücadele vermişlerdir. Tıp fakültelerinin kapılarını kadınlara açması yenidir. Birçok Batı ülkesinde 20. yüzyıl başına gider.

Şimdi, bu çok kısaltılmış birkaç yüzyıllık tarihin ardından kısaca, 20. yüzyılda olan bitenlere göz atmak istiyorum.

Bunun için en kestirme yol, Nobel ödüllerinin zaman içindeki evrimine bakmak. Bütün ödülleri ele almayacağım, ama şu kadarını söyleyeyim ki, ödüllerin başladığı 1901 ile 2009 arasında, ödül verilmeyen I. ve 2. Dünya Savaşı yılları bir yana bırakıldığında 100 yıllık bir dönem söz konusu. Bu dönem içinde ödül verilen kadınlar, bir avucu geçmez. En düzenli olarak kadınların onurlandırıldığı dal, her şeye rağmen, “edebiyat”tır ve 1909’da Selma Lagerlöf ile başlayan bu dizide, 1926, 1928, 1938, 1948 gibi makul (!) aralıklarla edebiyat ödülünü dünyanın her bir yanından kadınlar kazanmışlardır. Bilim ödüllerinde durum çok farklıdır. Nobel kazanan ilk kadın Marie Curie’dir. İlk kez fizik ödülünü kocası Pierre’le birlikte kazanır. Ancak, bilim tarihinin istisnai bir dehasıdır ve 1911’de, ikinci kez, kimya ödülüyle ödüllendirilir (bu onura sahip olan tek Nobellidir). Kızı ve damadı da yıllar sonra ödülü gene birlikte kazanacaklardır. Uzun yıllar, ödül kazanan kadınların özelliği, ödüle eşleriyle birlikte layık görülmesidir. 1947 tıp ödülünü kazanan Carl Frederick Cori ve karısı Gerty Theresa Cori gibi. 1947’den 1977’ye kadar bir daha bir kadın tıp nobeli görmüyoruz. O yıl, üç kişilik ekip içindeki Roselyne Yallow ödüllendirilmiş. 1983’te Barbara McClintock, genetik üzerine çalışmalarıyla tek başına tıp ödülünü almış, 1986’te Rita Levi-Montalcini, büyüme faktörleri konusundaki iki kişilik bir ekip çalışmasıyla ödülü almış. 1988’de Gertrude B. Elion üç kişilik bir ekip ile tedavi alanındaki çalışmaları için ödüllendirilmiş, 2004’te Linda B. Buck iki kişilik bir ekip ile koku alma konusundaki çalışmasıyla ödül almış ve nihayet, 2009’ta tarihte ilk kez, kromozomlar üzerine çalışmalarıyla ödüllendirilen üç kişilik ekip içerisinde iki kadın, Elisabeth H. Blackburn ve Carol W. Greider ödüle layık bulunmuşlar.

Bu kısa tarihe biraz dikkatli bir gözle bakıldığında, kadınların bilim tarihindeki yerinde 1983’ten bu yana bir hızlanma görülüyor. Bunun, 1970’lerde Batı dünyasını çok derinden etkileyen “feminist kadın hareketi”nin bilimler üzerinde yarattığı doğrudan etkiyle açıklanabilmesi büyük bir olasılık. Gerçekten de, bu dönem, bilim kadınlarının kendi mesleklerine, orada kadınlara verilegelen yere kadın bakış açısından eleştirel bir gözle bakmaya başladıkları, üniversitelerde kadın araştırmaları bölümleri kurdukları, araştırma ekiplerinde yer almak ve araştırma fonlarına talip olmak için zorlu bir mücadele başlattıkları yıllardır. Laboratuvarların karanlık köşelerinden çıkıp kendi adlarına bilim yapmaya talip olmuşlardır.

Günlük hayattan çarpıcı bir örnek vermek gerekirse, Amerika ve Avrupa’da, Margaret Sanger gibi doğum kontrolü araçlarının geliştirilmesi için 20. yüzyıl başlarında, başka bir deyişle ilk feminist dalganın rüzgarından yararlanan kadınların başlattığı ivme 2. Dünya Savaşı sonrasında durulmuş, hatta unutturulmuştu. Gerek doğum kontrolü araçları, gerek kadınları birinci derecede etkileyen göğüs ve rahim kanserleri üzerine çalışmalar, gerekse o tarihe kadar pek doğal görüldüğü için hekimlerin dikkatinden kaçan, ama kadınların hayatını altüst eden “menopoz” gibi sadece kadınlara özgü alanlarda ciddi araştırmaların başlaması, kadın hareketlerinin tıp camiası

üzerinde bir baskı grubu olarak etkisini duyurduğu yetmişli seksenli yıllara rastlar. Geçerken, bu yıl ABD’de piyasaya sürülen ilk doğum kontrolü haplarının ellinci yılının kutlandığına da bir selam durmak gerekir. Önce ABD’de yasallaşan bu haplar, yasak yollardan sınırları geçerek Avrupa’yı fethetti. Ama yasallaşması zaman alacaktı. Bu arada belirtiyim ki, doğum kontrolü çabalarının sadece kadınlara yüklenmesi, bu alanda erkeklerle ilgili çalışmaların sürekli ertelenmesi bir skandal olarak görülebilirse de, ben şahsen, erkeklere güvenilemeyeceği genel prensibinden yola çıkarak, bu yüksek bedeli, kadınların ödemesinin kaçınılmaz olduğunu düşünenlerdenim. Uçkurun nihai kontrolü bizde olsun, yeter! 1970’lerin ünlü bir feminist sloganını kullanarak söylersem, “İstedığımız kadar çocuğu istediğimiz zaman” doğurmaya biz kadınlar karar vermeliyiz.

Nobel konusunu kapatmadan önce, muhtemelen pek çoğunuzun bildiği ama bilmeyenlerin de mutlaka bilmesi gerektiğini düşündüğüm, bana göre çok hazin, hatta trajik bir bilim kadını öyküsünü sizlerle paylaşmak istiyorum: Rosalin Franklin (1920-1958). Rosalin, Birinci Dünya Savaşı sonrasında, henüz kadınların okutulmadıkları, zira evlenip çoluk çocuğa karışmalarını öngören Victoria dönemi değerlerinin, 1910’lu yıllarda İngiltere’yi şaşırtan ve sarsan *sufragist* (oy hakkı) harekete rağmen üst ve orta sınıflarda geçerli olmayı sürdürdüğü bir dönemde, varlıklı bir Yahudi banker ailesinin kızı olarak dünyaya gelir. Liberal düşünceli babası ona bir şans tanır. Rosalin Cambridge’de fizik, kimya ve biyoloji okur. Kristallerin fotoğrafları konusunda öncü çalışmalar yapar. O sırada Cambridge’de DNA üzerine çalışmalar yürütmekte olan Watson ve Crick ekibi çıkmaz bir yola sapmıştır. Yanlış bir hipotez geliştirmişlerdir. Ne var ki, gene Cambridge’de, Rosalin’in çalıştığı ekipten Wilkins, onun çalışmalarını yakından izlemektedir ve Rosalin’in bilgisi dışında onun kristal fotoğrafları ile istatistik dizilerini Watson ve Crick’e servis eder. Böylece doğru hipotezi bulan ekip DNA’nın yapısını çözer. Bu çalışmayla Watson, Crick ve Wilkins, 1962’de “double helix” konusundaki keşifleriyle Nobel tıp ödülünü kazanacaklardır. Ne var ki, bundan bir kaç yıl önce Rosalin, 37 yaşında kanserden ölmüştür. Aslında DNA çalışmasına katkısı bilinmekle birlikte Nobel jürisi, ödülün ancak hayatta olanlara verildiği ve üçten fazla kişiye verilmediği gerekçesiyle Rosalin Franklin’in bilime olan büyük katkısını görmezden gelir. Bunda anti-semitizm kadar, bilim dünyasının o zamanlar genel geçer bir kuralı olan “maşizm”in etkili olduğu çok açıktır. Nitekim, sonradan yayınladığı hatıralarında Watson (1968) Rosalin’den bahisle son derece cinsiyetçi ve küçümseyici bir tavır sergiler. Hatta, Crick’le aralarında geçen bir konuşmada Rosalin’le ilgili olarak “ben kadının akıllısını değil, iri memelisini severim” lafını eder. Nitekim sonradan, Rosalin’in yakın arkadaşı Sayre, yükselmekte olan 70’ler feminizminin ivmesiyle Rosalin’i savunan, yenen hakkının iadesini isteyen bir kitap yazar; bu polemik yakın zamana kadar sürer (bkz. Mick Jackson’un 1987’de çevirdiği çok etkileyici TV filmi, *Life Story* ve Brando Madox’un 2002’de yayınladığı, *Rosalin Franklin, The Dark Lady of DNA* kitabı gibi...) ve hâlâ sürmektedir.

1962’den bu yana köprülerin altından çok su aktı. Artık, her bilim dalında, tıpta da, kadınlar önemli araştırmalara, ekip şefi olarak imza atıyorlar.

Peki, bizde durum nasıl? Bunu, önümüzdeki günlerde bu toplantıya sunulacak bildirimler ortaya koyacak. Ben heyecanla bu sonuçları beklerken, son söz olarak size, 1980’li yılların başından itibaren İstanbul’da ve ardından başka yerlerde feministlerin başlattıkları “topyekun” mücadele hakkında birkaç anımı aktarmak istiyorum.

Başta da söylediğim gibi, Dr. Şahika, Dr. Rezzan, Dr. Huri, Gülnur, ben, 1975 ile 1980 yılındaki askeri darbe arasında üniversite sorunları üzerinde kafa yoran asistanlar derneği TÜMAS’ın üyesiydik. Hatta kadınlar konusundaki ilk bilinçlenmemiz, TÜMAS bünyesinde, daha feminizmin “f”si bilinmezken, el yordamıyla başlamıştı. Yola, şaşırtıcı biçimde “kişisel” olandan başlayarak çıkmıştık. Bizler de kendi dallarımızda uzman kişilerdik ama birden farkettiler ki, her hafta yapılan uzun tartışma toplantılarımızda, sadece bir kaç ağzı laf yapan erkek arkadaşımız söz alır, biz söze karışmaya cesaret edemezdik. Neden diye sorduk kendimize ve bir alt-komite oluşturduk. Bir tür tartışma platformu da sayılabilecek bu komitede, pekala ders verebildiğimiz halde, kamuoyu önünde konuşmaktan bizi alıkoyanın ne olduğunu keşfe çalıştık. Sonra darbe oldu; ben, Gülnur, başka birkaç arkadaş daha üniversiteden istifa ettik ve yarım bıraktığımız bu toplu düşünme sürecini, YAZKO’nun önerisiyle 1981 Aralık ayından itibaren feminist “bilinç yükseltme” toplantılarında sürdürdük. Keşiflerimiz gerçekten çok ilginçti. O tarihe kadar “kadın sorunları”na daha çok, sol bir perspektiften ve kadınların kamusal hayattaki statüsüne odaklanarak bakılırdı. Çalışma hayatında kadın, eğitimde kadın, siyasette kadın v.s. Benim doçentlik tezimde de bu konular ir-

delenmişti (*Kadınlar Toplumsal-Siyasal Hayat*, Birikim, 1982). Ne var ki, sadece bir kaç yıl sonra, 1981 sonunda bu meseleye eğildiğimiz zaman, 1970'lerden beri Batılı kadınların çok ciddi bir feminist mücadele başlattıklarını, bu mücadelede eksenin kamusal hayattan, özel hayata, başka bir deyişle kadın bedenine kaymış olduğunu gördük. Artık, kadınlar eğitilmiyor, mesleklerden dışlanıyor ya da alt kademelerde tutuluyorsa, bunun nedeni, toplumdaki yerleşik patriarchal/ataerkil ilişkiler sistemi nedeniyle "kadınların bedenine, emeğine, kimliğine" erkekler tarafından el konulması idi. Dünyanın her yanında kadın bedeni, feminist mücadelenin temel birimi olmuş, strateji de "özel olan politiktir" şeklinde belirlenmişti. Ev işi, ev dışında çalışsa da, çalışmasa da her kadının işiydi, çocuk ve yaşlıların bakımı (*caring*) onlara düşen asli görevdi. Dolayısıyla kamusal alana, işe, mesleğe, siyasete ayrıracak zaman ve güç bulmak kadınlar için neredeyse imkansızdı. Bu durumda önemli olan, kadınların bilinç yükseltme yoluyla, sadece kendilerine özgü sandıkları bedene ve özel hayata ilişkin sorunlarının "ortak niteliğinin" kavranması ve mücadelenin buna göre yeniden kurgulanmasıydı. Fransız ve Amerikalı kadınlar önceliği kürtaj hakkına verdiler ve bu hakkı zorlu mücadelelerden sonra kazandılar. Örneğin Fransa'da 1942'den beri kürtaj, kilisenin etkisi altında gerici Vichy hükümeti tarafından, ölüm cezasıyla cezalandırılan bir cürüm haline getirilmişti. 1974'te kabul edilen ve yasayı geçiren kadın bakanın adıyla anılan Simone Veil yasası ile kürtaj, sadece kadının seçimiyle kararlaştırılan ve masrafları sosyal sigortalarca karşılanan bir hak haline geldi. İtalya'da binlerce kadın, boşanma hakkı için sokaklara döküldü. Almanya'da kadınlar, yerleşik aile ideolojisinin kadınları eve hapseden değerlerine karşı ayaklandılar. Ve nihayet Türkiye'de mücadele 1987'den itibaren kadın bedenine yönelik **şiddet** üzerinde yoğunlaştı. Zira, aile içinde koca dayağı (evli kadınların % 35'i), sokakta ve işyerlerinde sık sık rastlanan cinsel taciz, sayıları dehşet verici boyutlara ulaşan tecavüz olayları, namus cinayetleri ve son olarak bugün tam anlamıyla bir "cinnete" dönüşmüş görünen, kocaların boşandıkları eski karılarını öldürmeleri gibi biçimleriyle kadınlara yönelik şiddet, ürkütücü bir toplumsal sorun haline dönüşmüştü. Onun için, bildiğim kadarıyla, dünya genelinde kadın bedenine yönelik şiddetin, feminist mücadelede sadece Türkiye'de bu kadar merkezi bir yer tuttuğunu görüyoruz. Ateş düştüğü yeri yakar!

Ama kuşkusuz kadın bedeniyle ilgili sorunlar sadece şiddetle sınırlı değil. 1980'lerin başındaki ilk keşif günlerimizde "*Our Bodies Ourselves*" (Bedenimize Sahip Çıkalım) gibi çok ünlü birkaç kitabı Türkçe'ye çevirmeyi planlamıştık. Yapamadık. Buna karşılık, 1990'da ilk baskısı yapılan, yirminci yılında bu yıl dördüncü baskısı çıkan, "*Kadın Bakış Açısından Türkiye'de Kadınlar*" (İletişim) adlı ortak kitabımızda Arşalus Kayır, "vajinismus" u gündeme getirdi. O yıllarda Duygu Asena da yayınladığı, *Kadınca*, *Kim* gibi dergilerde, cesaretle kadınların "orgazm" hakkını savunuyordu. Sonunda, kadın bedenine kadın bakış açısından yaklaşmanın feminist militanları aşan ve öncelikle kadın hekimleri ilgilendiren tıbbi bir hedef de olduğu kavrandı. Bu perspektifle düzenlenen ikinci Kadın Sağlığı ve Kadın Hekimler Ulusal kongresine başarılı çalışmalar dileyerek hepinizi selamlıyorum.



## **BİLİMDE CİNSİYETÇİLİK**



## Bilim ve Toplumsal Cinsiyet

Alev Özkazanç

A. Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi

### Toplumsal Cinsiyet Kavramı:

Öncelikle toplumsal cinsiyet kavramı üzerine temel saptamalar yaparak başlamak istiyorum. 1970'li yıllarda feministlerin yeni bir anlam yükleyerek kullanıma soktukları bu kavram, o günlerden bugüne hem merkezi önemi hem de tartışılabilir niteliğini korudu. Toplumsal cinsiyet (gender) kavramı, ilk başlarda cinsiyet (sex) kavramı ile karşılıklı ilişkisi içinde tanımlanmıştı. Buna göre cinsiyet, kadın ile erkek arasındaki biyolojik-anatomik farklara işaret ederken, toplumsal cinsiyet cinsel kimliklerin kuruluşunun ve aralarındaki ilişkinin toplumsal ve kültürel olduğuna işaret ediyordu. Aslında feminizmin ilk ortaya çıkışından itibaren cinsiyet eşitsizliğine karşı mücadele eden kadınların asıl dersi, bu eşitsiz sistemin doğal, tanrısal, biyolojik kökenli olduğunun reddedilmesi, kadın ve erkekliğin toplumsal iktidar ilişkileri yoluyla kurulduğunu vurgulamak olmuştur. Feminist kuramsal çabaların derinleştiği 1970'lerden itibaren cinsiyet ile toplumsal cinsiyet arasındaki ilişkinin niteliğinin tam olarak ne olduğu konusunda farklı yaklaşımlar sergilendi ve farklı feminist konumlar oluştu. Ne de olsa, biyolojik olan ile toplumsal olanı kesin ve net bir şekilde ayırarak düşünmek olanaksızdı. Nitekim feminist kuramın son kırk yıldaki genel seyri, toplumsal-kültürel kuruluşun dışında bir doğal, biyolojik, beden gerçeği olmadığı vurgusunun artması yönünde gerçekleşti. Bu bağlamda, beden varsayılan "doğallığı" da sorunsallaştırılmaya ve bizzat bedenin kendisinin bu toplumsal cinsiyet sistemine nasıl dahil olduğu araştırılmaya başlandı.

Toplumsal cinsiyet kavramı tartışılmalıdır çünkü bu kavram, bir kısmı feminizm içindeki farklı konumlara işaret eden farklı bağlamlarda farklı anlamlarda kullanılmaktadır. Çoğu durumda toplumsal cinsiyet kavramının "kadınlar" yerine kullanıldığını görürüz. Toplumsal cinsiyet kavramının daha nezih ve makul (daha nötr ve nesnel) görüldüğü için tercih edildiği bu tür bağlamları bir kenara koyarsak kavram, cinsiyet ayrımcı eril sistemin işleyişini daha bütünsel olarak anlamamızı sağlar. Örneğin tarih alanında toplumsal cinsiyet bakış açısı sadece kadınların tarihini yazmak değil tarihi yeni baştan yazmak anlamına gelecektir.<sup>1</sup> Benzer şekilde bilim alanında toplumsal cinsiyeti açığa çıkarmak, sadece kadınların bilim alanından dışlanmış oldukları gerçeğini ve bilime katkılarını gün yüzüne çıkarmaya değil, asıl olarak tüm bir bilimsel bilgi alanının nasıl cinsiyetlendirilmiş olduğunu ortaya koymaya yönelecektir. Dolayısıyla toplumsal cinsiyet kavramı, "toplumsal cinsiyet, sınıf ve ırk" üçlüsünün kullanımından da anlaşılacağı üzere, toplumsal cinsiyet ayrımı sistemini, kapitalizm, ırkçılık gibi diğer tabiiyet sistemleriyle ilişki içinde düşünmeye zemin hazırlar. Daha genel olarak toplumsal cinsiyet kavramı, şu daha genel sorular bağlamında anlam kazanır: toplumsal cinsiyet ile diğer toplumsal ilişkiler arasında bağlantı nedir? toplumsal cinsiyet genel olarak toplumsal ve siyasal olanın kuruluşuna nasıl katılmaktadır? Sonuç olarak toplumsal cinsiyetin toplumsal olarak kurulan bir şey olduğu saptamasından kalkarak, artık toplumsalın kuruluşu dinamiklerine daha derinden bakan bir bakış açısı geliştirmiş durumdayız.

Bu genel değerlendirmeler ışığında toplumsal cinsiyetin daha somut olarak nasıl işlediğini anlamak için Joan Scott'un tanımlamasına bakalım: Scott, toplumsal cinsiyet kavramını, aralarında içsel bir bağlantı olmak üzere, iki önermeye dayalı olarak tanımlar: "toplumsal cinsiyet, cinsler arasında kavranabilen farklılıklara dayalı toplumsal ilişkilerin kurucu ögesidir ve toplumsal cinsiyet iktidar ilişkilerini belirgin kılmamanın asli yoludur."<sup>2</sup>

İlk önermede toplumsal cinsiyet dört ögeyi içerir: ilki, aydınlık-karanlık, arınma-kirlilik, masumiyet-yozlaşma gibi kültürel simgeler. İkincisi bu simgelere bağlı gelişen normatif kavramlar ki bunlar değişmez bir ikili karşılıklı içinde ortaya konurlar. Burada tüm normatif yapıların eril-dişil üzerinden ayrışması sözkonusudur. Üçüncüsü, bu ikili karşılıklı sisteminin siyaset-iktidar ile olan ilişkisi ve toplumsal kurumlar (aile, akrabalık, işgücü piyasası, eğitim ve siyaset kurumları) içinde üretilmesi-yeniden üretilmesidir. Dördüncüsü, toplumsal cinsiyet kimliklerinin inşasının

<sup>1</sup> Joan Scott, W. *Toplumsal Cinsiyet: Faydalı bir Tarihsel Analiz Kategorisi*, (İstanbul, agorakitaplığı: Feminist Kitaplık: 152, 2007).

<sup>2</sup> Scott, *Toplumsal Cinsiyet*, s. 38

öznel kimlik yani psikanalitik boyutudur. Scott, tarihsel araştırmanın konusunun bu dört unsur arasındaki ilişkilerin neler olduğunu saptamak olduğunu söyler.<sup>3</sup>

İkinci önermeye göre toplumsal cinsiyet, iktidar ilişkilerini belirgin kılmanın asli yoludur. “Toplumsal cinsiyet, iktidarın doğrudan ortaya konduğu asli alandır. Nesnel referanslar olarak kurulan toplumsal cinsiyet kavramları, algıyı ve toplumsal yaşamın somut ve simgesel örgütlenmesini yapılandırır. Böylece iktidarın kendisinin kavranması ve inşa edilmesinde belirgin hale gelir” ... “Bedenler arasındaki cinsel farklılıklar, cinsellikle ilgisi olmayan bir dizi toplumsal ilişkilerin meşrulaştırılması için devreye sokulur. Kavramsal diller anlamı kurmak için farklılaşmayı öne çıkarır ve farklılaşmayı göstermenin asli yolu cinsel farklılıktır.”<sup>4</sup> Evlilik, aile, cinsellik ile ilgili metaforlar; ister birlik, bütünleşme, uyum, ister tahakküm ve kontrol olsun farklı biçimlerde siyasi ilişkileri düşünmek için başlıca yol olmuştur. Toplumsal cinsiyet, siyasi iktidarı kavramak, meşrulaştırmak ve eleştirmek için sürekli yinelenen bir referanstır.

### Bilimin Cinsiyeti

Toplumsal cinsiyeti, hem toplumu ikili bir karşıtlık sistemi olarak kuran hem de iktidar ilişkilerinin kuruluşunda merkezi bir öge olarak tanımladığımızda, bilim ile toplumsal cinsiyet ilişkisi üzerine düşünmeye başlayabiliriz.

Öncelikle bilimi özel bir insani ve toplumsal pratik olarak görmeliyiz. Bilim, toplumsal cinsiyetin kuruluşuna ve işleyişine doğrudan ya da dolaylı, çok farklı biçim ve düzeylerde katıldığı bir toplumsal kurumdur. Başka birçok toplumsal kurum, modern bilimde ikili karşıtlıklar söylemi üzerinden işleyen bir kurumdur. Bu alana özgü kurucu ikili karşıtlıklar, özne ile nesne, doğa ile akıl, doğa ile ruh-tin gibi ayrımlardır ki bu modern karşıtlıklar sistemi asli olarak toplumsal cinsiyet ayırımına yaslanarak kurulmuştur. Öte yandan modern bilim, bu karşıtlıklar dili üzerinden doğa üzerinde güçlü bir hâkimiyet-tahakküm-denetim kurma arayışı olarak da somutlanmıştır. Elbette bilim, toplumsal cinsiyetin yanı sıra ve bununla ilişkili biçimde kapitalizm ve kapitalist devlet ve siyaset tarafından çevrelenmiş olan bir toplumsal kurumdur. Günümüzde toplumsal cinsiyet bakış açısı, modern bilimin kapitalizm, sınıflar ve devlet ile olan ilişkisini inceleyen araştırmaların eksik parçasını tamamlamaktadır.

Bilimin cinsiyetini düşünürken sorunu en görünür olgulardan en soyut olanlara kadar farklı düzeylerde ele almak gerekir. Önce en görünür sorunlara bakalım. Kadınlar ile modern bilim ve teknoloji pratiği arasında baştan beri bir sorun olduğu açıktır. Bu sorunlu ilişki birçok açıdan gösterilebilir. Bilim erkek işi olarak görülmektedir. Kadınlar bilimsel bilginin üretiminde ve kurumsallığı içinde çok marjinal bir konumdadırlar. Bilim eğitimi kız çocuklar için hala sorun olmaya devam etmektedir.<sup>5</sup> Bilim, özellikle “sert” bilimler olarak adlandırılan doğa bilimleri ve özellikle de uygulamalı bilimler kadınlara göre değildir. Bilim eğitimindeki cinsiyet eşitsizliği, çok daha güçlü bir şekilde mesleklere de yansımaktadır. Bilim eğitimi almış olan kadınlar arasından pek azı mesleği icra etmeye yanaşmaktadır. Sadece bilim eğitimi değil, eğitimle edinilen meslekler de erkek hâkimiyetinde kalmaya devam etmektedir.<sup>6</sup> Kadınlar, siyasi kararlar ve fonlama yoluyla bilim politikalarına yön veren ve teknolojiye hakim olan siyasi ve ekonomik iktidar mevzilerinde de yoksulturlar. Bu nedenle başka ezilen grupların yanı sıra kadınlar da, bilimsel ve teknolojik gelişmelerin nesnesi durumundadırlar ve bu nedenle hem bilimin faydalarından eşitsiz olarak yararlanma hem de olumsuz etkilere çok daha açık olma riski taşırlar. Ve nihayet, hem maruz kalma biçimleri hem de farklı biçimlerde etkilenme, alımlama ve kullanma açısından erkeklerden farklılaşırlar.

Bilim ile toplumsal cinsiyet ilişkisini düşünürken, çoğu zaman bu düzeyde takılıp kalma riski vardır. Kadınların başka birçok toplumsal kurumdan olduğu gibi bilimden de dışlanmış olduklarını söylemek ve daha çok kadını, bilim eğitimi, meslek ve siyasi karar mekanizmalarına dâhil etmek için öneriler geliştirmekle yetinebiliriz. Nitekim

<sup>3</sup> Scott, *Toplumsal Cinsiyet*, s. 38-42.

<sup>4</sup> Scott, *Toplumsal Cinsiyet*, s. 43-46.

<sup>5</sup> Liz Whitelegg, “Girls in Science Education”, *Inventing women: Science, Technology and Gender*, der. Gill Kirkup & Laurie Smith Keller, (United Kingdom, Polity & open University Press, 1992), 178-188.

<sup>6</sup> Margaret A. Eisenhart & e. Finkel, “Women (stil) need not apply”, *The Gender and Science Reader*, der. Muriel Lederman & Ingrid Bartsch, (London & NY, Routledge, 2001), s.13-24.

son 30 yılda bu amaçla geliştirilmiş pek çok politika kısmen de olsa olumlu sonuçlar vermiştir. Bu gelişmeler önemli olmakla birlikte kısmi ve tartışmalıdır. Tüm bu “kadınları daha fazla katalım” söylemindeki zaaf, kadın ve erkeklerin varoluş alanlarını radikal olarak ayıran ve kadınları dışlama üzerine kurulmuş olan toplumsal kurumların asıl yapılarında radikal değişiklikler gerçekleşmeden, kadınların bu alanlara katılmaya çağrılmasının pek sonuç vermiyor olmasıdır. Üstelik kısmen de olsa başarının kaydedildiği durumlarda da, bu katılım biçiminin kadınlar arasındaki sınıfsal, ırksal, etnik vb ayrımları pekiştiriyor olmasıdır. Sonuç olarak bu, daha çok reformist olarak adlandırabileceğimiz bir yaklaşımdır. Reformist yaklaşımların bir diğer özelliği, bilim ile teknoloji arasında ayırım yaparak, olumsuz özellikleri daha çok teknolojiye atfetmektir. Bir diğeri ise, iyi bilim-kötü bilim ayrımı üzerinden, bilimi, kendi üzerindeki toplumsal ve kültürel etkilerden sıyrılabilecek saf bir pratik olarak kurgulamalarıdır.<sup>7</sup>

Peki o halde bu konudaki radikal tutum ne olabilir? Burada aralarında önemli geçişler olmakla birlikte, “sahte radikalizm” olarak niteleyeceğim eğilimler ile gerçekten “radikal” olan iki farklı yaklaşım arasında bir ayırım yapmak istiyorum. Her ikisinde de ortak vurgu, bilimin eril karakterinin, bilimsel pratiğe “dışsal”, toplumsal-kültürel yapılarla sınırlı olmayıp, bizzat pratiğin kendisini, temel kavram, değer ve yöntemlerini kuşatmış olduğu saptamasıdır.

“Sahte radikalizm” eğilimi, bilimi ve teknolojiyi giderilemez biçimde bir eril tahakküm faaliyeti olarak kodlayıp, kadınları bu alana dair yaratıcı ve dönüştürücü emek sarfetmekten alıkoyan birtakım post-modern eğilimlerden beslenmektedir. Bununla bağlantılı ancak karşıt yönden ilerleyen bir diğer eğilim, tamamen kadınlara özgü yeni bir dışi bilim geliştirme arayışıdır. Her ikisinin de sorunu, tarihsel ve toplumsal yapıların karmaşık dinamiklerini indirgemeleri, iktidar sorununu içinden çıkılmaz bir kuyu olarak görmeleri ve nihayet, tarihin ve toplumsal kurumların dönüşüme açık ve sürekli dönüşen vasfını inkar etmeleridir.

Öte yandan, adına yakışır bir radikal eleştiri, bilimin erilliği sorusunu, özsel bir şey olarak değil, tarihsel ve toplumsal olarak kurulan bir şey olarak görür ve de tam da kurulmuş bir şey olduğu için farklı şekillerde kurulmaya da açık olduğunu göstermeye çalışır. Üstelik bu farklı kuruluş imkanı, sadece geleceğe yönelik ütopyik bir vizyon olarak iş görmeye kalmaz aynı zamanda geçmişe ve günümüze dair bir eleştirel perspektif olarak da anlam kazanır. Yani, geçmişte de bilimsel düşünce ve pratik giderilemez ve mutlak şekilde eril olmamıştır. Her zaman belirli bir eril hegemonik yapının etkili olduğu doğrudur ancak, bilimsel pratik aynı zamanda farklı, direngen ya da en azından çelişkili söylemlere de zemin sağlamıştır. Bilimsel bilginin kuruluş biçimi, tam da kendi dönüşümünün tohumlarını içinde barındırmaktadır.

O halde şimdi şu soruları yanıtlamaya geçebiliriz: 1. Bilim tarihsel-toplumsal olarak neden ve nasıl eril bir faaliyet olarak kurulmuştur? 2. Geçmişten günümüze bu kuruluşun içindeki dönüşüm kaynakları, dinamikleri nelerdir? 3. Geleceğe dair neler umabiliriz?

## 1. Bilimin Eril Kuruluşu:

Carolyn Merchant, Susan Bordo ve Evelyn Fox Keller gibi feminist bilim tarihçileri, bilimin tarihsel kuruluşundaki toplumsal cinsiyet bağlamını farklı boyutlarıyla açığa çıkaran önemli çalışmalar yaptılar.<sup>8</sup> Bu çalışmalardan

<sup>7</sup> Sandra Harding, benim “reformist” olarak adlandırdığım yaklaşıma yönelik benzer eleştirileri “feminist ampirisizme” yöneltmektedir. Bkz, Sandra Harding, “How the women’s movements benefits science: two views”, *Inventing women: Science, Technology and Gender*, der. Gill Kirkup & Laurie Smith Keller, (United Kingdom, Polity & open University Press, 1992), 57-73.

<sup>8</sup> Carolyn Merchant, “Dominion over Nature”, *The Gender and Science Reader*, der. Muriel Lederman & Ingrid Bartsch, (London & NY, Routledge, 2001). 68-82.

Susan Bordo, “Selections from the Flight to Objectivity”, *The Gender and Science Reader*, der. Muriel Lederman & Ingrid Bartsch, (London & NY, Routledge, 2001). 82-98.

Evelyn Fox Keller, “Secrets of God, Nature and Life”, *The Gender and Science Reader*, der. Muriel Lederman & Ingrid Bartsch, (London & NY, Routledge, 2001). 98-111.

Keller, Evelyn Fox. *Toplumsal Cinsiyet ve Bilim üzerine Düşünceler*, (İstanbul, Metis, 2007).

öğrendiğimize göre, onyedinci yüzyıldan itibaren gelişen modern bilimin belirli ve belirgin bir eril söylemsel yapısı vardır. Bilimsel bilginin temelini oluşturan özne ile nesne arasındaki ilişki sorusu, baştan beri tipik olarak cinsel ilişki, cinsiyet ve toplumsal cinsiyet metaforlarıyla düşünülmüştür. Örneğin Merchant ve Keller, modern bilimin kurucu babası sayılan Francis Bacon'ın düşüncesinde modern bilimin ne kadar belirgin ve ağır bir cinsiyetçi söylemle iç içe geçtiğini gösteriyorlar. Buna göre, Bacon, doğa ile insan aklı arasındaki bilme ilişkisini, tam bir tahakküm ilişkisi olarak kurarken, hem ataerkil aile ve evlilik metaforlarından hem de döneminde ayyuka çıkmış olan cadı avı söylemlerinden çokça faydalanmıştır.<sup>9</sup> Bilgi iktidardır diyen Bacon aklı eril, doğayı dişil ilke olarak görür. Bedenden tamamen soyutlanmış akıl ile tanrısal niteliğinden tamamen soyutlanıp salt mekanik-ruhsuz maddeye indirgenmiş olan doğa arasındaki ilişki, ancak bir elegeçirme, fethetme, ayartma ilişkisi olabilir. Yani zorla sınırlarına vakıf olmak, onu kendine yararlı kılmak için girilen saldırgan bir ilişki. Bu yoğun cinsiyetçi metafor kullanımı, modern bilimin kuruluşunda, özne ile nesne, akıl ile doğa, tin ile akıl, akıl ile beden, madde ile tin arasında ne kadar güçlü bir ikili karşıtlıklar sisteminin geçerli olduğunu ve tüm bu ayrımların çok güçlü bir eril ile dişil olan ayrımına yaslandığını kanıtlamaktadır.

Modern bilimin güçlü eril söylemi, bilimsel pratiğin erkekler tarafından icra edilmesinden kaynaklanmıştır. Birçok feminist araştırma bize, nesnel bir faaliyet olarak görülen bilim ile erkeklerin kişisel, duygusal ve cinsel deneyimleri arasındaki anlamlı bir ilişki olduğunu gösteriyor. Mary Ellman'a referansla Keller şu ifadeyi aktarır: "Kadınların her zaman olayı kişisel aldıkları ithamıyla karşılaşan Ellman şu yanıtı yapıyor: "Ben erkeklerin her zaman olayı gayri-şahsi aldıklarını söylemeyi tercih ederim. Duygularını incitirseniz, hemen oradan bir Boyle yasası çıkarırlar."<sup>10</sup> Bordo ve Keller gibi feministler, psikanalize dayanarak, kendini öteki, doğa, beden, anne-dişil olandan ayrıştırma, ötekini nesneleştirme yoluyla kendini hakim özne olarak kurma yöneliminde olan eril cinsel ve duygusal deneyimler ile bilimsel söylem ve etkinliğin, "nesnelcilik" kavrayışı arasındaki bağlantılara işaret ediyorlar. Keller, "atomcu ve durağan bir özerklik anlayışının öncelikle öteki insanları, ikinci olarak da soyut ya da insan olmayan ötekileri denetleme gereksinimi ve tahakküm altına alma arzusunu nasıl şiddetlendirdiğini anlamak için, erkek çocukların ruhsal gelişmelerinin nasıl sakatlandığına bakmayı" önerir.<sup>11</sup> Bordo ise, Descartes'ın rasyonalizminin merkezinde yer alan "Kartezyen kaygı"yı aslında ortaçağın ve Rönesansın organik dişil evreninden ayırmaya dair bir kaygı olarak okumayı önerir. Ona göre bu kaygıya yönelik reaksiyonun sonucunda, sezgisel, empatik ve ilişkisel öğeler bilim ve felsefeden dışlanmış ve böylece uzaklaşma, soyutlanma, açıklık, kesinlik ve aşkınlığın kilit önem taşıdığı süper-erilleştirilmiş bir bilim anlayışı ortaya çıkmıştır.<sup>12</sup>

Feminist bilimcilerin yaptığı birçok çalışma, bu tür bir bilim anlayışının, bilimsel faaliyetin nesne seçimi, kuram oluşturma ve yorum faaliyetlerinde ne düzeyde ve nasıl etkili olduğunu farklı örnekler üzerinden göstermektedir. Örneğin, tıp alanından verilebilecek örnekler içinde en ilginç olanı, Emily Martin'in, bilimin, kadın-erkek rollerine dayalı olarak yumurta ile sperm arasındaki ilişkiyi nasıl da bir romans olarak kavramsallaştırdığına dair çarpıcı analizidir.<sup>13</sup> Bu "bilimsel masala" göre, dölllenme ilişkisi, kahraman spermin, uyuyan güzel yumurtayı fethetme öyküsüdür. Bu öyküde, sperm ısrarlı bir mücadele sonucunda, orada öylece durarak ele geçirilmeyi bekleyen yumurtaya nüfuz ederek, yeni bir hayatı başlatan aktif öge olarak öne çıkmaktadır.

<sup>9</sup> Keller, *Toplumsal Cinsiyet ve Bilim üzerine Düşünceler*, s.55.

<sup>10</sup> Keller, *Toplumsal Cinsiyet ve Bilim üzerine Düşünceler*, s.34.

<sup>11</sup> Keller, *Toplumsal Cinsiyet ve Bilim üzerine Düşünceler*, s.98.

<sup>12</sup> Susan Bordo, "Selections from the Flight to Objectivity", *The Gender and Science Reader*, der. Muriel Lederman & Ingrid Bartsch, (London & NY, Routledge, 2001). 82-98.

<sup>13</sup> Emily Martin, "The Egg and the Sperm: how Science has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles", *Feminist Theory and The Body: A Reader*, der. Janet Price & Margrit Shildrick, (New York, Routledge, 1999), 179-190.

## 2. Bilimin Farklı Potansiyelleri

Bilimin en derin düzeyde eril bir faaliyet olarak kurulduğunu göstermek bilimin kaçınılmaz ve zorunlu olarak böyle olması gerektiği anlamına gelmediği gibi, geçmişte de hep böyle olduğu anlamına da gelmez. Peki o halde, bilimsel faaliyetin içinde farklı bir bilimi mümkün ve gerekli kılan nedir? Ya da bilime, içinde taşıdığı potansiyeli görebilmek için nasıl bakmak gerekir?

Öncelikle, bilimsel söylemin kendisinin, “nesnellığı” katı eril bir tahakküm mantığı içine hapsetmeye çalışan bir yönü olsa da, bu eğilimi mutlak saymamak gerekir. Çünkü, bu eril bilimsel söylem, bilimsel pratiğin bütünü anlamlandıran ve mutlak olarak yönlendiren bir şey olmamıştır. Bilimin nasıl ve neden bilim dışı gibi görünen toplumsal ve kültürel etkilere açık olduğunu ilk gösterenler yine doğa bilimleri içinden gelen bilimciler olmuştur. Keller’in dediği gibi “bilimsel geleneğin pratikte, herhangi bir tanımın telkin ettiğinden çok daha çoğulcu olduğunu ve egemen ideolojisinden kesinlikle daha çoğulcu olduğunu kavramak esastır.”<sup>14</sup>

Öte yandan, “nesnellik” ideali de farklı bir şekilde yorumlayarak sahiplenmemiz gereken bir idealdir. Nesnenin hak ettiği gibi ona eğilmek, onun özgüllüğünü tanımak, kendimizle ilişkili biçimde nesnenin gerçekliğine daha fazla vakıf olmak hala bizim için temel bir insani kaygı olmayı sürdürmelidir. “Nesnellik”, “doğruluk”, “gerçeklik” ve hatta “hakikat” bizim için kolay elden çıkarılan değerler değildirler. Bir toplumsal faaliyet ve iktidar alanı olarak bilim ve teknolojiyi, tekil bir kaynaktan türeyen, mutlak ve homojen bir biçimde değil, çoğul kaynakları olan, çoğul kaynaklar arasında çatışmaların olduğu ve her zaman direniş, mücadele ve alternatif stratejilere de zemin sağlayan bir karmaşık süreç olarak görmek gerekir.

Bilimin toplumsal gerçekliğini tüm karmaşası içinde kavramak için akıldan tutmamız gereken bir diğer önemli nokta şudur: ne bilim ne de teknoloji, tarihsel kuruluşundaki tahakküm ve hâkimiyet arayışı net olarak gösterilmiş, tekil ve muktedir bir eril tahakküm pratiğine indirgenemez. Bilim ve teknolojinin mutlak bir tahakküm pratiği olarak tartışıldığı en paradigmatik örnek olarak öne çıkan üreme teknolojileri örneği üzerinden giderek, bilime farklı bir bakış açısının gerekli olduğunu göstermek isterim.

Jana Sawicki, özellikle Amerika’da üreme teknolojilerinin tarihine bakarak, bu tarihin, kadın bedenini kontrol etme ya da doğurma gücüne elkoyma yönündeki eril arzu ile açıklanamayacağını gösteriyor.<sup>15</sup> Bu analiz iki şeye dikkat çekmektedir. İlk, pasif mağdurlar olmak yerine, kadınlar ve hatta feminist kadınlar da doğumun tbbileşmesi sürecinde iyi ya da kötü rol oynamışlardır. İkinci olarak, feminist olmayan ya da anti-feminist olan toplumsal güçler birleşik ve tek biçimli olmadıkları için, süreç üzerindeki denetimleri mutlak, bütünsel ve merkezi olarak yönetilmiş değildir. Sonuç olarak üreme teknolojilerindeki mevcut durum, birçok farklı toplumsal özne arasındaki mikro-pratiklerin, mücadelelerin, taktik ve karşı-taktiklerin etkileşiminin bir sonucudur. Doğumun tbbileştirilmesi sürecine ve anneliğin söylemsel kuruluş mücadelesine katılan farklı özneler arasında sadece tıp otoritelerini saymak yetmez, buna hukuk, din, aile planlaması uzmanları, sigorta ve ilaç endüstrisi, kadın sağlığı hareketi, sosyal refah aygıtının profesyonellerini de eklemek gerekir.<sup>16</sup> Bu süreçte, tıbbın doğum üzerinde tekeli bir konum elde ettiği doğrudur ancak bu yukarıdan ve tek merkezden dayatılan bir şey olmamıştır. Doğumun tbbileştirilmesinin feminist ve anti-feminist savunucuları olduğu gibi, doğal doğum savunuculuğu da feminist ve anti-feminist kaygılara hizmet etmiştir. Bu yeni teknolojilerin bedenler üzerinde denetim kurdukları doğrudur ancak bu denetim, şiddet ve zor yoluyla değil, tipik olarak yeni ihtiyaçlar, arzular ve öznellikler tanımlamak yoluyla gerçekleşir ki bu sürece kadınlar da bir yönüyle katılmaktadırlar. Tam da bu nedenle kadınlar yeni teknolojileri, kendi bedenlerini zorla ele geçirmeye çalışan kötücül güçler olarak değil, muktedir kılıcı yönleriyle deneyimlerler. Sonuç olarak Sawicki, bizi modern tıp bilimi ve teknolojisinin, kadına yönelik şiddetin bir diğer örneği olarak indirgenmemesi gerektiği konusunda uyarır. Çünkü bu bakış açısı bizi bir yanda eril öte yanda dışı bilimin, bir yanda teknoloji öte yanda doğanın karşıkarşıya getirildiği ikili bir mantığa sürüklemektedir.<sup>17</sup>

<sup>14</sup> Keller, *Toplumsal Cinsiyet ve Bilim üzerine Düşünceler*, s.208.

<sup>15</sup> Jana Sawicki, “Disciplining Mothers: Feminism and the New Reproductive Technologies”, *Feminist Theory and The Body: A Reader*, der. Janet Price & Margrit Shildrick, (New York, Routledge, 1999), 190-203.

<sup>16</sup> Sawicki, *Disciplining Mothers*, s.191.

<sup>17</sup> Sawicki, *Disciplining Mothers*, s.195.

### 3. Gelecek Vizyonu: Feminen ya da feminist bir bilim mi?

Ne bilim alanına daha fazla kadının girmesi, ne de şimdiye kadar yapılagelenden tümüyle farklı bir feminen bilim ütopyası, yani ne reformist ne de sahte radikal seçenekler, gelecek vizyonumuzu belirleyecek ufka sahip değildir.

Harding, bilimin toplumsal hiyerarşilerini ve gerici siyasi gündemlerini sorgulamaksızın, bilimin nesnelere ve sosyal yapısına kadın ve toplumsal cinsiyeti ekleme yönündeki kahramanca kampanyaların ilerici olmadığını ileri sürer.<sup>18</sup> Ona göre, kendi seçimimiz olmayan koşullarda bilimi yeniden yapmak zorundayızdır ve bunun için, “kötü bilimi” eleştiren feminist ampirist yaklaşımlar ile “olağan haliyle bilimi” eleştiren feminist bakış açısı yaklaşımları arasında bir diyalog geliştirilmesi önemlidir.

Sadece kadınlara özgü, kadın deneyiminin özgüllüğünü yansıtan, kadınların yaptığı anlamında bir feminen ya da feminist bilim anlayışı baştan hatalıdır. Keller’ın Nobel ödüllü ünlü genetik bilimci Barbara McClintock ile ilgili analizi, hem sezgi, his, bağlantı, ilişkililik kavramlarına vurgu yapan farklı bir bilimin nasıl mümkün olabildiğini hem de bu bilim pratiğini kolayca “feminist bilim” olarak adlandırmanın mümkün olmadığını göstermektedir. Keller’e göre Clintock’un mevcut bilimsel paradigmadaki dönüştürücü bir farklılık yaratmasını sağlayan şey, onun toplumsal cinsiyetten azade bir bilim, gerçekten “nesnel” bir bilim anlayışına olan bağlılığı olmuştur. “Doğanın verdiği yanıtlara kulak vermek, “elimizdeki malzemeyi dinlemek”, bilim anlayışımızı eril diye damgalanan dar perspektiften değil de insan deneyiminin geniş perspektifinden doğan terimlerle yeniden inşa etmemize yardımcı olabilir.”<sup>19</sup> Keller’ın savunduğu ve son kertede doğa, akıl ve nesneye referans veren “toplumsal cinsiyetten azade bir bilim anlayışı ne eril ve dişi perspektiflerin sonucu ya da tamamlayıcısıdır ne de bir dar görüşlülüğün yerini bir başka dar görüşlülüğün almasıdır. Daha ziyade, tam da eril ve dişi kategorilerinin ve buna mukabil akıl ve doğa kategorilerinin dönüştürülmesi ilkesine dayalıdır.”<sup>20</sup>

Keller, eril ile dişi bilim, akıl ve doğa karşıtlığı içinde düşünmekten kaçınmakta ve geleceği bu ikili karşıtlıklar sisteminden çıkış olarak tahayyül etmektedir. Donna Haraway ise, çok farklı bir yerden farklı bir sorunsaldan hareket ederek, geleceği benzer bir kaynaşma, melezlenme olarak tahayyül eder.<sup>21</sup> Haraway, ünlü Siborg mitini geliştirme çabasında, makine ile organizma, insan ile hayvan arasındaki ayrımları bulanıklaştıran, çağımızın dehşet verici bilim ve teknolojik gelişmesinden sosyalist ve feminist amaçlarla faydalanmayı önerir. Haraway, tekniğin zorunlu tahakkümünü vurgulayıp, buna karşı hayali bir organik bedene dönüş çağrısı yapan Merchant gibi feminist düşünürlerle karşı, insanlar, hayvanlar ve makineler arasındaki geçişler, kaynaşmalar ve sınır ihlallerinin ima ettiği siyasal imkanlara dikkat çeker. Ona göre, ileri teknoloji toplumsal ilişkilerde kök salmış olan ırk, cinsiyet ve sınıfa dair düzenlemelerin bir kısmı, sosyalist feminizmi fiili ilerici siyasette daha etkili duruma getirecektir.<sup>22</sup>

### Sonuç Yerine

Sonuç olarak bilim ve teknolojinin mevcut eril yapısını kırmak için birden çok cephede aynı anda mücadele etmek gerektiğini vurgulamak isterim. Hem mevcut pratikler içinde her düzeyde daha fazla kadının yer almasını sağlamak, hem bu kadınların feminist bir bakış açısıyla donanmalarını önemsemek, hem de mevcut eleştirel bilim pratikleriyle ve bunu yapan erkeklerle diyalog içinde olmak gerekir. Öte yandan bir diğer gereklilik, bilimin sadece bilim insanlarına bırakılmayacak kadar önemli olduğu gerçeğinden hareketle, bilimi ve teknolojiyi, onu zaten hiçbir zaman bilim adamlarına bırakmamış olan siyasi ve iktisadi egemen güçlerin elinden almak ve hepimizin

<sup>18</sup> Harding, “How the women’s movements benefits science, s.59.

<sup>19</sup> Keller, *Toplumsal Cinsiyet ve Bilim üzerine Düşünceler*, s.210.

<sup>20</sup> Keller, *Toplumsal Cinsiyet ve Bilim üzerine Düşünceler*, s.212.

<sup>21</sup> Donna Haraway, *Siborg Manifestosu: Geç Yirminci Yüzyılda Bilim, Teknoloji ve Sosyalist-Feminizm*, (İstanbul, agorakitaplığı: Feminist Kitaplık: 135, 2006).

<sup>22</sup> Haraway, *Siborg Manifestosu*, s.38.

“ortak şeyi” olarak, kamusal olarak yeniden örgütlemektir. Bu amaçla, bilim ve teknolojinin ataerkillik, militarizm ve kapitalizmle bağlantılarını kırmak üzere, ilgili herkesi ortak mücadeleye davet etmeliyiz. Ve elbette bu mücadelede bizzat bilim ve teknolojiye yararlanmamız kaçınılmaz olduğu gibi, aynı zamanda yaratıcı ve ufuk açıcı da olabilir. Bu mücadele içinde özel olarak bilim ve teknoloji ile uğraşan kadın ve erkekler için yeni hedefler tanımlanması bağlamında Haraway’in sorduğu şu soruları sormak ve yanıtlamak yol gösterici olacaktır: “Bilim yapan gruplar, farklı bir tahayyül ve pratiğin üretilmesinde ne tür bir kurucu rol oynayabilirler? Bu gruplar ilerici toplumsal ve siyasal hareketlerle nasıl ittifak kurabilirler?”<sup>23</sup>

### Kaynakça

- Bordo, Susan. “Selections from the Flight to Objectivity”, *The Gender and Science Reader*, der. Muriel Lederman & Ingrid Bartsch, (London & NY, Routledge, 2001). 82-98.
- Eisenhart, Margaret A. & Finkel, E. “Women (stil) need not apply”, *The Gender and Science Reader*, der. Muriel Lederman & Ingrid Bartsch, (London & NY, Routledge, 2001), s.13-24.
- Haraway, Donna. *Siborg Manifestosu: Geç Yirminci Yüzyılda Bilim, Teknoloji ve Sosyalist-Feminizm*, ((İstanbul, agorakitaplığı: Feminist Kitaplık: 135, 2006).
- Harding, Sandra. “How the women’s movements benefits science: two views”, *Inventing women: Science, Technology and Gender*, der. Gill Kirkup & Laurie Smith Keller, (United Kingdom, Polity & open University Press, 1992), 57-73.
- Keller, Evelyn Fox. “how gender matters, or, why it’s so hard for us to count past two”, *Inventing Women: Science, Technology and Gender*, der. Gill Kirkup & Laurie Smith Keller, (United Kingdom, Polity & open University Press, 1992), 42-57.
- Keller, Evelyn Fox. “Secrets of God, Nature and Life”, *The Gender and Science Reader*, der. Muriel Lederman & Ingrid Bartsch, (London & NY, Routledge, 2001). 98-111.
- Keller, Evelyn Fox. *Toplumsal Cinsiyet ve Bilim üzerine Düşünceler*, (İstanbul, Metis, 2007).
- Martin, Emily. “The Egg and the Sperm: how Science has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles”, *Feminist Theory and The Body: A Reader*, der. Janet Price & Margrit Shildrick, (New York, Routledge, 1999), 179-190.
- Merchant, Carolyn. “Dominion over Nature”, *The Gender and Science Reader*, der. Muriel Lederman & Ingrid Bartsch, (London & NY, Routledge, 2001). 68-82.
- Sawicki, Jana. “Disciplining Mothers: Feminism and the New Reproductive Technologies”, *Feminist Theory and The Body: A Reader*, der. Janet Price & Margrit Shildrick, (New York, Routledge, 1999), 190-203.
- Scott, Joan W. *Toplumsal Cinsiyet: Faydalı bir Tarihsel Analiz Kategorisi*, (İstanbul, agorakitaplığı: Feminist Kitaplık: 152, 2007).
- Whitelegg, Liz. “Girls in Science Education”, *Inventing women: Science, Technology and Gender*, der. Gill Kirkup & Laurie Smith Keller, (United Kingdom, Polity & open University Press, 1992), 178-188.

<sup>23</sup> Haraway, *Siborg Manifestosu*, s.48.

## Modern Tıp ve Bilimin Kadın Bedenini Denetleme Biçimi

Gülnur Savran

Feminist yazar

### Giriş<sup>1</sup>

Tarih boyunca, erkek egemenliğinin kadınları bağımlı kılma ve kadınlar üzerinde tahakküm kurma pratiklerinin ve mekanizmalarının ayrıcalıklı alanı kadın bedeni olagelmıştır. Bu pratikler, tarih içinde ve bölgelere<sup>2</sup> göre farklı biçimlere bürünür ve kadın bedenine ilişkin değişen, kimi zaman birbiriyle çelişen algı ve kavrayışlara yol açar. Uzun bir dönem boyunca patriyarkanın öncelikli kurumlarından olan tek tanrılı dinler de bu bakımdan kendi içlerinde farklılık gösterir. Yahudilik ve Hıristiyanlık kadın bedenini kötülüğün ve günahın cisimleşmiş biçimi olarak görür ve bu bedenden uzak durulmasını (cinsel perhiz/bekâret) vaaz ederken, İslam hem kadınlar hem erkekler için cinselliğin gerçekliğine kapı aralar. İslam için kadın bedeni kötülüğün değil kışkırtıcılığın simgesidir: Erkeği baştan çıkarması işten bile değildir; mutlak biçimde denetlenmesi, kapatılması gerekir. Ne var ki fitrat buyruğuna göre, tohum verilmesi gereken topraktır, anadır bu beden. Akdeniz havzası toplumlarında hüküm süren ve akra-ba evliliği ile kan bağlarına dayalı bir mülkiyet düzeniyle İslam dininin harmanlanmasından oluşan patriyarkal yapıda bekâret, günahsızlıktan ziyade iffetin ve erkeğin namusunun simgesi haline gelir (Tillion 2005). Erkeğin ayrıcalıklı statüsünü korumak için kadının cinselliği ve bekâretine yönelik olarak beslenen saplantılı takıntı ve bunun yol açtığı namus cinayetleri, günümüzde her ne kadar Kürtlere özgülenmeye çalışılıyorsa da, Endülüs'ten doğu Akdeniz'e yaygınlık gösteren bir pratiktir.

Batı'da cadı avlarının ardından kadın bedeni üzerindeki ayrıcalıklı erkek egemen otorite konumuna yerleşen tıpla birlikte ise, bu beden artık çeşitli sıvılarıyla, âdet kanıyla, plasentasıyla, pislüğün, mikrobun yuvasıdır (Koçtürk 1985). Modern tıp paradigması içinde çalışan Freud, bu bedene bir de penis hasetini yükler. Kadın olmanın koşulu bu haseti doğru yere kanalize etmek ve çocuk sahibi olmayı arzulamaktır. Kısacası, ergenlikten kadınlığa geçmenin anlamı, klitoristen vazgeçip, vajinaya ve üreme merkezli bir cinselliğe yönelmektir.

Öte yandan, bereketin toplumsal üretim açısından kritik önem taşıdığı günlerden bu günlere gelinirken, kadın bedenine atfedilen makbul ölçüler de değişir. Tarım toplumlarında ve tek tanrılı dinlerin pagan kültürlerle yoğrulduğu toplumlarda (örneğin Latin Amerika ve Karayipler) günümüzde de geçerliliğini sürdüren, yapılı, geniş kalçalı, büyük göğüslü kadın yerini, batı toplumlarının sıfır bedenli kadınına bırakır. Anoreksi, başka nedenlerin yanı sıra, patriyarkanın modern/kapitalist biçiminin kadınlara uygun gördüğü yer ve biçtiği değerle de yakından ilgilidir. Bir yanı sıra, kadınların, kendilerini değersiz, bağımlı ve görünmez kılan patriyarkal pratiklere tepki olarak bedenleriyle ifade ettikleri yer kaplamama, var olmama, görünmeme arzusudur (Yüksel 1988; Ögüt 2000).

Patriyarkanın tarih boyunca kadınlara yönelik olarak başvurduğu beden politikaları, doğrusal bir gelişme gibi görünmekle birlikte, aslında bu politikaların birbirinin üstüne yığıldığı bir süreçtir ve günümüzde çok katmanlı bir beden politikasına tekabül eder. Kadın bedeni artık hem günahkâr ve kışkırtıcıdır, hem namus simgesidir; hem kutsal anneliğin taşıyıcısıdır, hem pornografi nesnesidir; ince ama dolgun göğüslü ve kalçalı olmak zorundadır. Bunlar bazen Meryem ve Magdalena kişiliklerinde başka başka kadınlara atfedilir, bazen de aynı kadından yatakta fahişe, mutfakta hizmetçi, salonda hanım olması beklenir. Sevişirken kadınlardan aynı anda hem orgazm olmaları hem gebe kalmaları beklenir. Aslında kadınların çoğu için birbirinden ayrılmış süreçleri ve farklı organları ima eden cinsel haz ve üreme, kadına erkek cinselliğinin dayatıldığı bir çerçevede böylece tek bir talep olarak

1 Giriş'te yazdıklarımın farklı bir versiyonu, "Hâlâ ve yeniden: Bedenimiz bizimdir!" (*Feminist Politika*, sayı 4, Sonbahar 2009) başlıklı yazımın bir bölümünü oluşturuyordu.

2 Bu yazının çerçevesini modern tıp ve bilim oluşturduğu ölçüde, göndermelerimi Akdeniz havzası ve batı dünyasıyla sınırlı tutacağım.



ortaya çıkar. Hem âdet kanının pislüğünden dem vurulur, hem kadınların doğurganlığı/analığı yüceltilir. Kadınlardan hem cinselliklerini bastırmaları, gizlemeleri beklenir; hem bedenleri parçalanır, çeşitli organları fetişler halinde seyirlik malzeme haline getirilir. Patriyarkal ideolojilerin çarpıcı ikiyüzlülüklerinin altında yatan da, bir anlamda, bu çok katmanlı, çatışmalı ve çelişkili beden politikalarının eşzamanlı olarak varlığını sürdürmesidir.

Ne var ki on sekizinci yüzyıla birlikte, bu yığılımlı süreçteki bir kırılmadan, bir paradigma değişikliğinden söz etmek mümkündür. Dinsel, büyümlü bir dünya yerini doğanın hegemonyasına bırakırken, kadınların bedenleri ve emekleri günahatan, şeytanla yaptıkları işbirliğinden arındırılır ve doğal süreçlerin belirlediği ileri sürülen doğal kategorilerin tahakkümüne teslim edilir. “Kadın cinsiyeti” artık biyoloji, tıp ve psikanaliz tarafından, erkekten doğal farklılığı içinde kategorileştirilmekte, tanımlanmakta ve nesneleştirilmektedir.

### Modern paradigma: Biyoloji, tıp, psikanaliz

Modern paradigmanın nasıl işlediğini, bu paradigma içinde kadın bedeninin nasıl kurulduğunu kavrayabilmek için “cinsiyet”, “toplumsal cinsiyet” ve “cinsellik” kategorilerinden hareket etmek yararlı olabilir. İlk bu kategorilerin her birinden ne anladığımı açıklamaya çalışayım. Cinsiyet, kadınlarla erkekler arasındaki, üreme anatomisine dayalı temel bazı farklılıklardan hareket edilerek kurulmuş bir kavramdır. Cinsiyetler, yani kadınlarla erkekler arasındaki temel biyolojik *farkların*, yine bedenin biyolojik yapısı açısından bu iki grup arasında ortaya çıkan *ortaklıklardan* daha az olduğu söylenebilir. Toplumsal cinsiyet ise, hem ayırımçı, eşitsiz, baskı ve egemenliğe dayalı bir *toplumsal düzenin* adıdır, hem de bu ilişkinin taraflarını oluşturan toplumsal *grupları* (yani, egemenlik ilişkisi içindeki kadın ve erkek kategorilerini) ifade eder. Öte yandan aynı kavram, bu toplumsal grupların mensuplarının psikolojik ve davranışsal özelliklerine göndermede bulunur. Ayrıca kavramın kapsamını kültüre-ideolojik sembollere ve temsil biçimlerine doğru genişletmek de mümkündür<sup>3</sup>. Cinselliğe gelince, özellikle bu bağlamda oto-erotizmi dışarıda bırakacak olursak, cinselliği farklı ya da aynı cinsiyetten insanlar arasında, bedensel iletişim ve hazza yönelik olarak kurulan ilişki olarak tanımlamanın mümkün olduğu kanısındayım. Cinsellik, karşı cinsler arasında yaşadığında ve bazı durumlarda üremeye yol açar. Kuşkusuz bu haliyle, bu tanımların tüketici olduğunu söylemek güç. Ancak modern paradigmanın bu kavramları nasıl kurduğunu açıklamaya ve eleştirmeye çalışırken daha geniş bir bakışa kavuşabileceğimizi umuyorum.

Bu paradigma içinde, (biyolojik) cinsiyet - toplumsal cinsiyet - cinsellik arasında koparılamaz bir nedensellik zinciri, son derece sıkı bir belirlenim ilişkisi kurulur. (Biyolojik) Cinsiyetin kuruluşunda, kadınların ve erkeklerin bedenleri arasındaki benzerlikler bastırılır ve insan anatomisindeki üreme işleviyle bağlantılı olan bazı farklılıklar kadın ve erkek bireylerin temel nitelikleri haline getirilir. Öte yandan, bu farklılıklar dizisi, üreme işlevinin çok ötesine taşınan ve toplumsal cinsiyet düzeninden taşınan insan davranışları ve pratikleri dahil edilerek kurulur. Erkek cinsiyetinin özellikleri sperm saçmak/atmak, dölemek, aktif ve agresif olmaktır; kadın cinsiyetinininkiler ise, spermi beklemek ve kabul etmek, pasif olmak, içermek, doğurmak, büyütme...

Kuşkusuz, üreme işlevine bağlı olan anatomik farklılık ölçüsünde, iki cinsiyetten ya da cinsiyet farklılığından söz etmek mümkün ve gereklidir. Ancak sözünü ettiğim paradigma içinde, bu iki cinsiyet kendi içinde birlikli/bütünlüklü olan ve mutlak kategoriler olarak kurulur. Üremeye bağlı bir biyolojik işlev farklılaşmasının yerine böylece, özellikleri sabitleştirilmiş iki insan sınıfı/cinsi geçer. Bu sınıflar, yani cinsiyetler, geçirgen olmayan ve birbirini dışlayan iki kategoriye tekabül eder; bir ikili karşıtlık oluşturur (Delphy 2002). Bu iki kategori arasındaki, aslında bir yelpaze oluşturan farklılıkların bu kategorilere paylaştırılmasıyla, salt doğallıktan ibaret olan, ama ayrıntılı bir biçimde işlenmiş iki cinsiyetli bir yapı elde edilir. Örneğin kadınlarda da testosteron hormonu bulunduğu halde, testosteroon “erkeklik hormonu” denir ve geçirgenlik böylece bastırılır.

<sup>3</sup> Cinsiyet, toplumsal cinsiyet ve cinsellik, feminizm içinde büyük tartışmalara yol açmış kavramlar. Bu terimlere atfedilen farklı anlamlar ve bunlar arasında kurulan farklı ilişkiler konusunda bkz. Acar-Savran 2004, s.233-242. Ayrıca yazının bütününde bu eski yazımdan geniş ölçüde yararlandım.

Aslında bu kategoriler bu halleriyle *toplumsal* cinsiyetlerdir ama modern paradigma bunları biyolojik cinsiyetler olarak kurar ve algılar. Hormonlarla davranış biçimleri bu ikili cinsiyet karşıtlığına aynı biçimde dahil edilir, sığdırılır. Cinsiyetler arasındaki üremeye dair farklılığın, güçlülük, cinsel iştah, fiziksel beceriler gibi “doğal” olduğu ileri sürülen bir dizi alanda yansıdığı varsayılır (Connell 1999). Kısacası modern paradigma içinde “cinsiyet” farklılığı, fazla yük bindirilmiş ve bu fazlayla birlikte doğallaştırılmış bir kategoridir. Toplumsal cinsiyet kavramı, bu paradigma içinde kurulmuş olan birlikli cinsiyet kategorisini parçalamak açısından kaçınılmazdır; anatomi ve üreme ile toplumsal cinsiyete dayalı işbölümü ve cinsiyet rolleri birbirinden ayrılmadığı sürece, mevcut cinsiyetçi işbölümü ve mevcut psikolojik özellikler doğallaştırılmış demektir (Delphy 2001).

Ayrıca, yine modern paradigmada, doğallaştırılmış bu ikili karşıtlığın üzerine cinsellik yerleştirilir. Üreme anatomisinin “tamamlayıcılığı” mistifikasyonu, cinselliği, özellikle de kadın cinselliğini salt üreme amaçlı olarak kurar ve cinselliğin karşı cinsellikle sınırlandırılmasına yol açar. Kadın cinselliği hazdan koparılır ve üremeyle özdeşleştirilir. Böylece üreme - cinsiyet - cinsellik tek bir bütün haline getirilir. Doğal bedensel gereksinimleri ve davranışları olduğu iddia edilen kadın cinsiyeti ile erkek cinsiyeti sadece ya da en yaygın olarak birbirleriyle sevişecektir. “Anatomik uyum” ve cinsiyetlere atfedilen “uygun cinsel yönelimler” bu nedensellik zincirini kuran en önemli kavramlardır.

Gördüğümüz gibi, toplumsal cinsiyetin cinselliğe ve cinsel yönelime müdahalesi, tıpkı cinsiyet gibi onu da doğallaştırmaktır. Uygun erkek davranışı/yönelimi “erkeksi” olmak ve kadınlarla sevişmek, uygun kadın davranışı/yönelimi “kadınsı” olmak ve erkeklerle sevişmektir. Bu çerçevede, tıpkı cinsiyetlere olduğu gibi, gerek kadın gerekse erkek eşcinsellere de toplumsal cinsiyet davranışları atfedilir. Eşcinsel olduğunda toplumsal cinsiyet de değişmelidir. Gay’ler kadın toplumsal cinsiyetine bürünmelidir, lezbiyenlerse erkek toplumsal cinsiyetine. Toplumsal cinsiyet düzeni cinsel yönelime müdahale etmek zorundadır çünkü toplumsal cinsiyet kimliklerinin ve asıl önemlisi de *erkekliğin* korunması gerekmektedir. Erkek; tohum veren, doğurtan, aktif olan taraf olmaktan feragat etmemelidir. Şayet “pasif”se, o zaman da kadınsılaştırılmalıdır ki erkeklik sarsılmasın. Her tür “pasiflik”, “yapmak”tan geçen bir iktidardan dışlanmalıdır.

Aslında heteroseksist patriyarkal düzenin ezilenlerinin de ezilenleri lezbiyenlerdir. Hem kadın olarak patriyarkal baskı altındadırlar, hem de kadınları seven kadınlar olarak heteroseksizmin baskısına maruz kalırlar. Dolayısıyla, potansiyel olarak belki de bu düzenin en radikal muarızlarıdır. Ancak erkeklerin homofobisi -sadece değil amasas olarak erkek eşcinsellere, kadın travestilere ve trans kadınlara<sup>4</sup>, yönelik olarak ortaya çıkar; çünkü bunlar erkekliği sarsan pratiklerdir. Ve erkekler açısından hayati olan da budur! Böyle olduğu için de lezbiyenler ve biseksüel kadınlar bu erkek egemen bakışta görünmezleştirilir. Tarih boyunca erkek eşcinsellere ve trans kadınlara göre daha az kovuşturulmuşlardır, günümüzde de daha az “araştırılırlar”. Erkekliği sarsmadığı için, bu bakış açısından lezbiyenlik daha az tehdit edici görünür. Kuşkusuz *erkekleri* reddetmek de çok önemli bir tehdittir. Haz almak ve duygusal paylaşım için erkeklere gerek duymamak heteroseksizm açısından yeterince sarsıcıdır. Ancak bu, erkekler açısından, *erkekliğin* reddedilmesinden yine de daha az ürkütücüdür (Brown 2001).

Homoseksüel/heteroseksüel terimleri ilk kez on dokuzuncu yüzyılda Batı’da kullanılır (Halperin 2001). On yedinci yüzyıldan itibaren alt kültür topluluklarında yaşanmaya başlanmasının ardından, modern/batılı anlamıyla eşcinselliğin tıp/psikiyatri tarafından bir kimlik olarak ayrıştırılıp tanımlanması bu tarihe denk düşer. Bu tanımla birlikte eşcinseller, erkeklerle sevişen erkekler olarak “kadınsı” bir azınlığa dahil edilirler. Artık, tohum vermemenin, kadınları doğurtmamanın ima ettiği “pasiflik”, nüfusun tam olarak erkek sayılmayan bir azınlığına özgüdür. Artık “tam anlamıyla” erkek olanların hayatlarının hiçbir evresinde, hiçbir anlamda “pasif” olmalarına izin yoktur. Oysa daha önceleri, Antik Yunan ve Rönesans dönemlerinde, belli biçimler altında olmak koşuluyla, eşcinsel pratik-

4 Burada gaylerin erkek olmanın avantajlarından yararlanmadıklarını kast etmiyorum. Bu açıdan bakıldığında lezbiyenler karşısında erkek egemenliğinin ayrıcalıklarından yararlanan bir gruptur gayler. Vurgulamak istediğim, erkek *cinselliğini* reddediyor olmanın diğer erkekler için ürkütücülüğü. Öte yandan trans erkekler ise, (erkekliği reddetmenin doğurduğu öfkeden olmasa da) toplumsal cinsiyet düzenini bozmuş olmanın karşılığı olarak ayrımcılığa maruz kalıp aşağılanmaktadır.

ler bütün erkek nüfus için geçerlidir. Yetişkin erkeklerin genç erkeklerle, üst sınıftan erkeklerin alt sınıftan erkeklerle, ustaların çıraklarla giriştikleri sodomi (livata) pratikleri bu dönemlerde yaygındır (Chauncey ve diğerl. 2001). Bu pratikler çerçevesinde, bütün erkekler “aktif” eşcinsel ilişkiye, bütün erkekler yaşamlarının bir döneminde “pasif” eşcinsel ilişkiye girebilmektedirler. “Aktif” ve “pasif” erkekler arasında, sınıf/ırk/yaş hiyerarşisi gözetilerek kurulan ilişkiler meşrudur. Modern paradigmada ise eşcinsellik sabitlenmiş bir azınlık grubuna özgülenir.

Kuşkusuz, on dokuzuncu yüzyılda psikanalizin kurucu babası Freud’un ve daha sonra bir kurum olarak psikanalizin, eşcinselliğin damgalanmasında ve psikoseksüel bir aksaklık olarak nitelendirilmesinde oynadığı rol çok önemlidir. Gerçi Freud’un yapıtında bu konuda birbiriyle çelişen iki farklı teorik yönelim olduğu söylenebilir (Paker 2009). Daha erken sayılabilecek yaklaşımda Freud, çok biçimli cinsellikten hareket ederek cinsiyetin, toplumsal cinsiyetin ve cinselliğin tek bir kimlik halinde birleştirilmesi sürecini açıklar. Toplumsal cinsiyet kimliğinin istikrarlı bir birlik olarak oluşmasını, travmalarla örülü bir süreç olarak betimler. Ne var ki, teorisini geliştirdikçe, üremeyi bir norm olarak koyar Freud. Penis olmayan kız çocuk, bu yokluktan kaynaklanan haseti doğru yönetmeli ve penis yerine çocuk istemelidir; klitoristen vazgeçmeli vajinaya yönelmelidir. Bu normatif yapıda, özdeşleşim nesnesiyle arzu nesnesinin farklı cinsiyetlerden olması gerekir. Nesnelere karşısındaki bu farklı konumlar birbirini dışlar. Norm, kız çocuğun anneye özdeşleşmesi, babayı arzu etmesi şeklinde sabitlenir.

Ancak sonraları kimi feministler ve feminist psikanalistler Freud’un normatif değil betimleyici yönelimini benimseyerek, mevcut toplumsal cinsiyet düzeni ve aile yapısı içinde psikoseksüel gelişimin bu şekilde gerçekleştiğini ileri sürer ve cinsiyet – toplumsal cinsiyet – cinsellikten oluşan birlikli toplumsal cinsiyet kimliğinin parçalanmasını bir hedef olarak önlerine koyarlar (Örneğin Chodorow 1994; Butler 1990). Psikanalizin bu şekilde tarihselleştirilmesi, Freud’un başlangıçtaki teorisinde betimleyici bir kavram olan çok biçimli cinselliğin insanlığın bir ufku olarak benimsenmesinin önünü açmaktadır.

Ne var ki, başka konularda olduğu gibi, eşcinsellik konusunda da modern paradigma içinde yaygın olan, biyolojizm ve psikolojizmden yana meyleden yaklaşımdır. Doğrudur, eşcinsellik artık ne psikoloji, ne psikiyatri, hatta ne de psikanaliz kurumları ve otoriteleri tarafından hastalık olarak nitelendirilmektedir (Bolak 2009; Paker 2009). Ancak bu, söz konusu disiplinlerde gen arayışlarının ve psikolojik etiyojik açıklamaların sona erdiğini göstermez. Verili toplumsal cinsiyet düzenine tehdit oluşturmayacak şekilde, eşcinselliğe genetik ve/ya da psikolojik açıklamalar getirmek ve eşcinselliği sınırlı ve tanımlanabilir bir gruba özgülemek bu disiplinlerde baskın olan anlayıştır. Eşcinsellik, “solak olmak, disleksi, albinizm” (Fernbach 1998) türünden, nüfusun içinde bir azınlık grubunda ortaya çıkan bir “farklılık” olarak kategorize edilir. Tarih boyunca nüfusun ancak belirli bir oranının kendini eşcinsel olarak algılaması, bu sabitleme için yeterli bir neden olarak görülür. Oysa heteroseksizmin şiddete varan biçimlerde denetimini sürdürdüğü bir dünyada, bu “sabitliğin” insanlar arasında cinsel yönelim dağılımının bir özelliği değil, toplumsal cinsiyet düzeninin bir dayatması olduğunu görmek o kadar da güç değildir. Sorun “cinsel kimlik” kavramının mutlaklaştırılmasındadır. Tıp, psikoloji, psikanaliz; eşcinselliği kişinin kimliğinin bir parçası olarak, onun kimliğinde kök salmış bir özellik biçiminde algılama eğilimindedir (D’Emilio 1997).

Modern paradigmada, toplumsal cinsiyete ilişkin yargılar biyolojik süreçlere ve doğa temsillerine olduğu gibi yansıtılır. Hayvanlar âlemine ilişkin belgeselleri seyretme alışkanlığı olanlar bu mekanizmayı yakından bilirler... Tıp ve biyolojinin, toplumsal cinsiyet düzeninden kaynaklanan bazı özelliklerini insan bedenine ve onun parçalarına atfetme eğiliminin çarpıcı bir örneğini ise sperm ve yumurtaların davranışlarını anlatan teknik/bilimsel yazında bulmak mümkündür. Daha önce de değindiğim gibi, bu metinlerde cinsiyetli bedenlere fiziksel olmayan bazı ek özelliklerin (aktif/pasif, bağımsız/bağımlı, birincil/ikincil) eklenmesiyle karşılaşırız. Emily Martin’in (1991) dikkatlerimize sunduğu bu yazında sperm ile yumurtanın serüveni şöyle anlatılır: “Etkin”, “güçlü” olan ve “kendi kendine hareket eden” sperm, yumurtanın zarını delip ona duhul etme yeteneğine sahiptir. Duhulle birlikte yumurtaya genlerini aktarır ve “büyüme programını harekete geçirir”. Yumurta ise, duhul edilip döllenmeyi beklerken, fallop kanalı boyunca “taşınır”. Yumurtanın bu süreçte hiçbir etkinliği yoktur. Oysa daha yenilerde, bilim insanları farklı bir birleşme tablosu çizmektedirler. Bu yeni tabloda, spermin yumurtaya yapışmasını sağlayan, yumurtanın protein üreten faaliyetidir. Döllenme burada, yumurta ile spermin “birbirleriyle karşılaşıp birbirinin içinde erimesi” olarak tanımlanmaktadır (Keller 2009).

Öte yandan modern tıp kadın bedenini tıbbileştirir ve patolojikleştirir (Köse 2009). Kadınların âdet süreci, gebelik/doğurma ve menopoz bu patolojikleştirmeden en çok nasibini alan biyolojik süreçlerdir. Kadınların âdet öncesi yaşadıkları tekil belirtiler ve rahatsızlıklar, PMT ya da PMD (premenstrual tension ya da premenstrual syndrome: âdet öncesi gerginlik ya da âdet öncesi sendromu) olarak birleştirilir ve bir hastalık olarak kodlanır. Bu paketin içinde sıralanan belirti ya da rahatsızlıkların bazıları, baş ağrısı, göğüslerin ağrması, cinsel isteğin artması, cinsel isteğin azalması, ani duygusal patlamalar, fobik panik ataklar, çabuk sinirlenme, şiddete başvurmaz... Kuşkusuz bu deneyimlerin bazılarının, bazı kadınlar için gerçekliği yadsınamaz. Ancak bu tekil deneyimler ve kadın bedenindeki dönmesel değişimler bütünlüklü bir sendrom olarak kurulduğunda, bir patolojikleştirme söz konusudur. Nitekim günlük yaşamımızda çeşitli geçici rahatsızlıklar yaşadığımızda bunların her birini bir sendromun bileşeni olarak algılamayız. Ya da kahvaltıdan önce asosyal hisseden insanların bir sendrom yaşadıklarından söz etmeyiz (Laws 1985). PMD, kadınları hormonlarının esiri olmuş kurbanlar ya da canavarlar olarak inşa eder. Başka bir dizi haklı nedeni varken, “kocaya öfke duymak” ve “saldırmak” ya da “aşırı duygusal olmak”, kadınların hastalıkları olarak sunulur. Böylece, evlilik-içi ilişkilerde büyük ölçüde erkek egemenliğinin ve erkekliğin nedenini oluşturduğu sorunların üstü örtülür. Modern öncesi dönemde kadınların âdet kanında kötülük ya da doğaüstü bir takım güçlerin etkisi aranırken, modern tıp kadınların hormonlarının ve kimyalarının doğurduğu canavarın peşine düşmüştür. Birçok kadın için âdet sancısı âdet öncesi gerginlikten daha gerçek bir sorunken, ilki sadece kadının kendisini ilgilendirdiği için fazla kale alınmaz<sup>5</sup>. Erkek egemenliğinin kadın bedenini ve cinselliğini nasıl denetlediğinin belki de en çarpıcı örneğini, âdet öncesinde kadınların libidosunun düştüğü tezi oluşturur. Kadınların erkekler her istediğinde cinsel olarak hazır olmaması, bir hastalık belirtisi olarak sunulmaktadır (Laws 1985).

PND (post-natal depression) ya da doğum sonrası depresyona gelince, bu sendromun kuruluşunda da, cinsiyetçi işbölümünün çocuk besleme ve büyütmenin bütün yükünü kadına yüklemesi ve bunun kadında yol açtığı kaygı yok sayılmaktadır. Bu soyutlama ve yalıtma, hiyerarşik toplumsal ilişkilerin tıbbi bir durum olarak fetişleştirilmesi anlamına gelir (Yazgan 1985). Kısacası, modern tıp ve bilim söylemlerinde, cinsiyet kategorisine ve biyolojik/kimyasal süreçlere yüklenen çeşitli fazlalarla (davranışlar vb.) toplumsal cinsiyet doğallaştırılırken, kadın bedeni de çeşitli biçimlerde tıbbileştirilir, patolojikleştirilir.

### **Modern paradigmanın tarihsel zemini: Modern/kapitalist patriyarka**

Modern tıp ve bilimin cinsiyet, toplumsal cinsiyet ve cinsellik kategorilerini yukarıda anlatmaya çalıştığım biçimde kurması ve doğal bir zorunluluk zinciri içinde ele alması boşlukta değil, *tarihsel bir zemin* üzerinde gerçekleşir. Karşı karşıya olduğumuz söylemsel kuruluş kendinden menkul değildir, belirli bir toplumsal yapının dayattığı pratiklere bağlıdır ve tarihsel bir arka planı vardır. Başka türlü söylemek gerekirse, doğallaştırma mekanizmasının baskın hale gelmesi, bir yandan Batı’da yaşanan cadı avları, aydınlanma süreci ve sanayileşmeyle, diğer yandan patriyarkanın modern/kapitalist biçimine bürünmesiyle yakından ilgilidir.

Kurulmakta olan modern/kapitalist patriyarkal yapıya özgü cinsiyetçi işbölümünde, kadınların üreme ve yeniden üretim emekleri görünmeyen ve karşılıksız emektir. Oluşturulan yeni “kadınlık” normu, kadınların üreme ve yeniden üretim emeğini biyolojik bir süreç olarak kurmaktadır. Yeni patriyarkal düzende; hukuksal, söylemsel ve ideolojik düzlemlerde eşitlikçi bir paradigma hakimdir. Bu paradigma eşit yurttaşlar ve eşit haklar paradigmasıdır. Ama bu eşitlik söyleminin altında, kadınlarla erkekler arasındaki, özellikle de aile ve evlilik içindeki, eşitsizlik ve egemenlik ilişkisi yatar. Bu egemenlik ilişkisinde, erkekler tarafından kadınların emeklerine ve bedenlerine el konur. Carole Pateman’ın ifadesiyle, eşitler arasında gerçekleştirilen toplumsal sözleşmenin berisinde, eşit olmayanlar arasında aile bağlamında gerçekleşen bir “cinsel sözleşme” yatar.

<sup>5</sup> Belki de, son dönemde yaşadığımız regl izni tartışmasının feministleri yer yer ikileme sürüklemesinde, dönmesel rahatsızlıkların hastalık biçiminde sendromlaştırılmasının kadınları tehdit edici boyutunu saptamak mümkün: Bkz. “Regl izni tartışması: kırk katır mı kırk satır mı?”, *Mutfak Cadıları*, Mart 2010.

Kadınların bu farklı yurttaşlık statülerini kuran temel etkenlerden birisi, belki de en önemlisi; onların aile ve evlilik içinde; kocalarının, çocuklarının, erkek yakınlarının yeniden üretimlerinin sorumluları olarak harcadıkları görünmeyen ve karşılıksız emektir. “Anne ve eş yurttaş” olmanın maddi içeriği budur. Yakınlık ilişkileri içinde kadınların erkekler için harcadıkları karşılıksız emek bir el koyma, bir baskı olduğu ölçüde; başlı başına haksız/adaletsiz bir durumdur. Ama bunun da ötesinde, kadınlar, kamusal alana, topluma, ücretli işlere hep “anne ve eş yurttaş” kimliğiyle katılırlar. Kadınların bu statüleri nedeniyle, örneğin işgücü piyasasında yatay ve dikey bir hiyerarşi oluşur. Kadınlar daha değersiz görülen “kadın işleri”ne mahkûm edilir; erkeklerle birlikte çalıştıkları işkollarında ise daha düşük ücretlere, kısmi zamanlı, güvencesiz işlere layık görülürler. Bu işler ve aldıkları ücretler, kadınların aileden bağımsızlaşmalarını güçleştirir, çoğu kez olanaksızlaştırır ve onları aile içinde karşılıksız emek harcamaya bir kez daha mahkûm eder.

Kadınların bedenlerine el konması, emeklerine el konmasıyla çok yakından bağlantılıdır. Örneğin evlilik içinde, kocayla cinsel ilişkide bulunmak bir karlık görevi, bir hizmet olarak görülür. Bir hizmet olduğu ölçüde de düpedüz emek harcamaktır. Kadınların bedensel ve ruhsal bütünlüklerine yönelik bir şiddet olan zorunlu cinsellik, onların emeklerine el konmasıyla bedenlerine el konmasının iç içe geçtiğini açık bir biçimde sergiler. Yine fuhuş, kadınların bedenlerine ve emeklerine el konmasının iç içe girdiği koskoca bir alana işaret eder. Üçüncüsü, artık küresel kapitalizmin bir işleyiş biçimi haline gelmiş olan kuralsızlaşmayla birlikte, formel olsun enformel olsun ücretli emek alanında zaten var olan cinsel taciz ve kadın bedeninin çeşitli yollarla denetlenmesi giderek yaygınlaşmaktadır.

Bu yeni patriyarkal düzene tarihsel geçişte Batı’daki cadı avlarının oynadığı rol belirleyici bir nitelik taşır. Bu avlar, bir yandan sağaltıcılık bilgileri ile doğurganlığın ve kadın cinselliğinin denetiminin kadınlardan erkeklere; ebelerden, bilge kadınlardan modern tıbbı geçişini belgeler; diğer yandan da, kadın emeğinin üreme ve yeniden üretime yönlendirilmesine ve kadınların bedenleriyle emeklerine el konma biçiminin dönüşümüne tanıklık eden bir süreçtir. On altıncı yüzyılın ortalarıyla on yedinci yüzyılın ortaları arasında doruğuna ulaşan bu avlarda peşine düşülen kadınların ortak bir takım özellikleri vardı. Bu kadınlar, topluluk içinde geleneksel ve doğal yöntemlerle sağaltıcılık işini gören, ebelik yapan, doğum kontrol yöntemlerinin bilgisini ellerinde tutan ve bu yöntemleri uygulayan, çocuk düşürme yöntemlerine vakıf, bir bölümü evlilik dışı cinsel ilişkiler sürdüren, yine bir bölümü üremeye yönelik olmayan cinsellik biçimleri (lezbiyen ilişkiler, anal seks, yaşlı kadınların cinsel olarak faal olmaları vb.) yaşayan kadınlardı. Üremeye yönelik olmayan cinselliğin, çocuk düşürme ve aldırmanın “üremeye yönelik suçlar” (Federici 2004) olarak damgalandığı bir dönemdi bu. Aynı zamanda, sözünü ettiğimiz dönemde Avrupa’nın birçok bölgesinde demografik ve ekonomik bir kriz yaşanmaktaydı. Nüfus hızla düşmeye başlamıştı. Bu ise, gelişmekte olan kapitalist ilişkiler açısından emek gücü kıtlığı anlamına geliyordu. Bu bağlamda cadı avları devletlerin uyguladığı, doğurganlığı artırmaya yönelik aktif bir nüfus politikasının bir vechesini oluşturuyordu. Bütün Avrupa devletleri cadı avının yanı sıra, daha genel bir anlamda da doğum kontrolü ve çocuk düşürmeye ağır cezalar getirmekteydi.

Cadı avları, eski bir patriyarkal düzenden yenisine geçiş döneminin nüfus politikasına tekabül ediyordu aslında. Genellikle ileri sürüldüğünün aksine, bu süreç; eskinin, geleneksel olanın, kilisenin bağınazlığının bir kalıntısına değil, eski ile yeninin, kilise ile yenilenmekte olan politik iktidarın işbirliği halinde sürdürdüğü bir politikaya işaret ediyordu (Federici: 166-168; 202-203). Çocuk düşürtme, doğum kontrolü, geleneksel sağaltıcılık gibi daha önceleri kabul gören bir takım pratikler suç olarak damgalanıp cezalandırılıyordu. Artık kadın bedenine ve sağlığa yönelik bilgilerin kadınların elinde olması bir tehdit oluşturmaya başlamıştı. Kadınların cinselliklerini ve üreme kapasitelerini kendilerinin denetliyor olması, yeni nüfus politikalarıyla çatıştıyordu. Nitekim on sekizinci yüzyılın ortalarından itibaren bu denetim tıbbı ve erkeklere geçecekti (Yazgan 1985).

Cadı avlarında damgalanan kadın imgesinin karşısına çıkarılan yeni kadın imgesi, bedensel ve zihinsel olarak güçsüz, pasif ve biyolojik olarak denetlenmesi gereken kadındı. Bu sürecin baskın söylemi kadını farklı bir doğal tür olarak kurmuştu. Bu yeni normla birlikte, on sekizinci yüzyıldan başlayarak, kadın ve erkek cinsiyetleri doğal

farklılık temelinde tanımlanmaya ve aralarındaki farklılıklar mümkün olduğu kadar ençoka çıkarılmaya, kadınsı ve erkeksi prototipler oluşturulmaya başlanmıştı (Federici: 100). Kadınların üreme ve yeniden üretim için harcadıkları emek de artık doğal bir özellik olarak kuruluyordu. Kısacası kurulmakta olan bu patriyarka biçiminde, üremeye yönelik kadın cinselliğinin ve kadınların görünmeyen-karşılıksız ev emeğinin doğal bir görüngü haline gelmesinin koşulları hazırlanmaktaydı.

On sekizinci yüzyılda bu tarihsel geçişin bir ayağını da aydınlanmanın ve Fransız Devrimi'nin eşitlikçi ideolojisi oluşturmaktaydı. Toplumsal hiyerarşilerin yıkılmasıyla birlikte artık erkek egemenliği bir toplumsal statü eşitsizliği olarak savunulamazdı. Aşkın, dinsel bir düzen ya da ezelden gelen gelenekler, egemenliği açıklayıcı ve gerekçelendirici güçlerini yitirmişti. Modern/kapitalist patriyarka çerçevesinde, erkek egemenliği varlığını eşit haklara dayalı bir hukuksal düzenleme çerçevesinde sürdürmeliydi. Bunun tek yolu da erkek ve kadın cinsiyetlerinin doğal farklılık etrafında kurulmasıydı. Eşitsizlikler artık "doğal olan"a gönderme yapılarak sağlama alınmaya başlamıştı. Yukarıda anlatmaya çalıştığım, her iki cinsiyetin katı, geçirgen olmayan, doğal kategoriler olarak oluşturulması bu ihtiyacı karşılayan bir inşa biçimiydi. Eşitlik söylemi çerçevesi içinde toplumsal cinsiyet hiyerarşisini meşrulaştırmanın yolu doğal farklılık tezinin geliştirilmesiydi.

On dokuzuncu yüzyıla gelindiğinde, sınıf/ırk/yaş hiyerarşilerinin ideolojik olarak meşruluğunu yitirmesiyle birlikte, eşcinseller için de eşitlik ideolojisi çerçevesi içinde, eşitler arasında geçerli olacak bir dışlama yöntemi bulmak zorundaydı patriyarka. Eşcinselliğin, yalnızca erkeklerle sevişme yöneliminde olan, *sayısı sabit* ve sınırları belirlenip adı konmuş bir *azınlık* grubu ve türdeş bir kimlik olarak tanımlanması bu ihtiyaca yanıt veriyordu. Tam anlamıyla erkek sayılmayan, "gerçek" erkeklerden farklı bir grup oluşturuluyordu böylece. Başka bir deyişle, geçmişten farklı olarak, cinsellik pratikleri artık toplumsal cinsiyet uyarınca sınırlandırılmakta ve adlandırılmaktaydı. Bazı cinsel edimler/pratikler bir kimlik olarak sabitlenip, erkeklikten dışlanıyordu böylece.

Thomas Laqueur, toplumsal hiyerarşiye dayalı bir toplum düzeninden hak eşitliğine dayalı toplum anlayışına geçişin cinsellik algısında yol açtığı dönüşümü şöyle anlatır: Eski paradigmada kadın cinselliği ile erkek cinselliği türdeş ama hiyerarşik olgulardır. Cinselliğin malzemesi ve mekanizmaları her iki cinsiyet için aynıdır ama kadın cinselliği ile erkek cinselliği bir hiyerarşinin farklı basamaklarında yer alır. Erkek cinselliği, kadın cinselliğinin daha olgun, daha yetkin biçimidir. Yeni paradigmayla birlikte türdeş ama hiyerarşik cinsellik anlayışından, bu dikey bölünmeden, farklı ama eşit cinsellik algısına, yani yatay bir bölünmeye; tek cinsellikten ikili bir cinsellik anlayışına geçilmiştir. Kadın orgazmı eski anlayışta üremenin koşulu olarak görülürken, on sekizinci yüzyılın sonlarında artık fizyolojinin çeperlerine doğru itilir. On dokuzuncu yüzyılın başında ise, bazı memelilerin, bu arada insan dışısının, cinsel birleşme, haz ve orgazmdan bağımsız olarak, kendiliğinden yumurtladığı keşfedilir. Kadının yumurtlaması ile erkeğin sperm salması farklı süreçlerdir. Bunun ardından kadınlar, onları erkeklerden ayıran özelliğe, yani kendiliğinden yumurtlamaya indirgenir. On dokuzuncu yüzyılın sonunda Jacobi, kadınların özünü onların üreme fonksiyonlarında bulur. Ancak Laqueur'e göre cinsellik algısındaki bu paradigma değişikliğinin nedeni, kendi başına bilimsel bulgular ve gelişmeler değildir. Tersine, hiyerarşik cinsellik düzeninin terk edilmesine yol açan aydınlanmanın kurduğu eşitlik ideolojisidir. "On sekizinci yüzyıldan itibaren yazarlar, cinsiyetler arasındaki kültürel ve politik farklılıklar için... biyolojik olgularda bir gerekçe arıyorlardı." (Laqueur 1997: 228). Yazara göre, bilimsel bulguların ortaya çıkışı, derlenip toparlanmaları, toplumsal ilkelerin benimsenmesinden daha düşük bir tempoyla gerçekleşiyordu.

Aslında Laqueur'ün tezlerinde, Foucault'nun teorisinde eksik kalan çok önemli bir boyutun bir anlamda tamamlanmasını bulmak mümkündür: Foucault'nun bir yandan aydınlanmanın diğer yandan modern tıp ve bilimin söylemsel evreninde kurulduğunu ileri sürdüğü ikili karşıtlıkları Laqueur somut egemenlik ve hiyerarşi ilişkilerinde temellendirmektedir. Onun yaklaşımında, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin değişim geçirmesi yeni bir söylemsel paradigmaya duyulan ihtiyacın tarihsel zeminini oluşturur.

### Bitirirken...

Bu son söylediklerim, beni bu yazıdan ne murat ettiğimi daha belirtik hale getirmeye yöneliyor. Modern tıp ve bilimin kadın bedenine yaklaşımını, kenarından-kıyısından da olsa eleştirel bir biçimde ele almaya çalışmamın ardında yatan saik, bu disiplinlerin temelindeki toplumsal ilişkileri, özel olarak da patriyarkal ilişkileri ve toplumsal cinsiyet hiyerarşisini gündeme getirmek. Tıpla ve bilimlerle hiçbir ilgisi olmayan birisi olarak, bu konulara girme cüretini göstermemin nedeni de, kadın bedeni üzerindeki patriyarkal denetimi ifşa edip eleştirmeye çalışmaktı. Öte yandan, toplumsal cinsiyet hiyerarşisinin salt söylemsel pratiklerle kurulmadığı doğrultusundaki kanaatim, yazıda ayrıca kadın emeğinin kapitalist patriyarka içindeki konumuna kısaca da olsa değinmeme neden oldu. Kadın bedeninin sözünü ettiğim toplumsal yapı içindeki denetleniş biçiminin, kadın emeğine erkekler tarafından el konmasıyla yakından bağlantılı olduğunu metin içinde en azından ima etmem bu yüzdendi.

### Kaynakça

- Acar-Savran, Gülnur, "Cinsiyet/Toplumsal Cinsiyet/Cinsellik: Biyolojizm ve Toplumsal Kuruluşçuluğun Ötesinde," in *Beden Emek Tarih* (İstanbul, Kanat Kitap, 2004).
- Bolak, Hale, "Psikolojide Heteroseksizm", in *Uluslararası Homofobi Karşıtı Buluşma* (Ankara: Kaos GL, 2009).
- Brown, Judith C., "Ortaçağ Avrupası'nda ve Modern Avrupa'nın İlk Zamanlarında Lezbiyen Cinselliği," in *Tarihten Gizlenenler: Gey ve Lezbiyen Tarihine Yeni Bir Bakış* eds. George Chauncey ve diğerl. (Ankara: Phoenix Yayınevi, 2001).
- Butler, Judith, *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity* (Londra: Routledge, 1990).
- Chauncey, George ve diğerl, "Giriş".
- Chodorow, Nancy J., *Femininities, Masculinities, Sexualities* (Londra: Free Association Boks, 1994).
- Connel, R.W., *Toplumsal Cinsiyet ve İktidar* (İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 1999).
- Delphy, Christine, *L'ennemi principal 2: Penser le genre* (Paris: Editions Syllepse, 2001).
- Delphy, Christine, "Rethinking Sex and Gender" in *Gender* eds. Stevi Jackson ve Sue Scott (Londra:Routledge, 2002).
- D'Emilio, John, "Capitalism and Gay Identity" in *The Gender Sexuality Reader* eds. Roger N. Lancaster ve Micaela di Leonardo (Londra: Routledge, 1997).
- Federici, Sylvia, *Caliban and the Witch* (Brooklyn: Aotonomedia, 2004).
- Fernbach, David, "Biology and Gay Identity" *New left Review*, sayı 228 (1998).
- Fox Keller, Evelyn, "Bilimsel Dil(in Cinsiyetlendirilmesi)", in *Eleştirel Feminizm Sözlüğü* (İstanbul: Kanat Kitap, 2009).
- Halperin, David M., "Cinsellikten Önce Seks" in *Tarihten Gizlenenler: Gey ve Lezbiyen Tarihine Yeni Bir Bakış*.
- Koçtürk, Tahire, "Kadın ve Vücudu" YAPIT, sayı 9 (1985),
- Köse, Elifhan, "Bir keşif olarak modern kadınlık: tıp, beden ve cinsellik" *Fe Dergi* 1, sayı 2 (2009).
- Laqueur, Thomas, "Orgasm, Generation and the Politics of Reproductive Biology" in *The Gender Sexuality Reader*.
- Laws, Sophie, "Seeing Red" in *Gender*.
- Martin, Emily, "The Egg and the Sperm" in *Gender*.
- Paker, Murat, "Psikanalizde Eşcinsellik" in *Uluslararası Homofobi Karşıtı Buluşma*.
- Yazgan, Zeynep, "Kadın: Sağlık Sisteminin Nesnesi" YAPIT, sayı 9 (1985).
- Yüksel, Şahika, "Niye Şişmanım, Niye İnceyim?" *Kaktüs*, sayı 2 (1988).

## TIP ALANINDA TOPLUMSAL CİNSİYET AYRIMCILIĞI İLE MÜCADELE

Prof.Dr. Ayşe AKIN

**Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve B.Ü. Kadın-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi**

Tıp alanında , toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ile mücadele denildiği zaman iki yöne bakılması gerekir; birinci yön, sağlık personeli özellikle de hekimler yönünden böyle bir ayrımcılık mevcut mudur, mevcut ise boyutu nedir, zaman içindeki gelişmeler nasıl olmuştur vb.

İkinci yön ise sağlık personelinin hizmet sunduğu populasyon, yani toplumda böyle bir ayrımcılık söz konusu mudur, boyutu nedir ve bütün bu konularda çözüm ne olmalıdır?...

Bu yazı kapsamında kısaca bu hususlara değinilecektir.

### **Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı toplumlarda mevcut mudur ?**

Toplumsal cinsiyet rolü: Biyolojik cinsiyetten farklı olarak, toplumun kadın ve erkeği nasıl gördüğü, nasıl algıladığı ve onlardan beklentileri ile ilgili bir kavramdır. Toplumsal cinsiyet kavramının içeriği toplum tarafından kurgulanan normlarla belirlenir. Kadın ve erkekler bu normları sosyalleşme süreci içinde öğrenirler ve bu normların içeriği zaman içinde, toplumdan topluma, kültürden kültüre değişim gösterir.Kadının ve erkeğin rollerini, sorumluluklarını, güç ilişkilerini ve toplumsal konumlarını belirler.

Bir kişinin kendi kimliğini birincil olarak erkek ya da kadın diye belirlemesi, bu belirlemeye eşlik eden tutum, düşünce ve istekler toplamlarıyla birlikte, bu kişiye çocukken hangi kimliğin yüklendiğine bağlıdır. Olayların olağan seyrinde, bu kimlikler, uyumlu kromozom, hormon ve morfoloji farklılıklarına karşılık gelir. Dolayısıyla, biyolojik farklılıklar, toplumsal roller arasındaki farklılaşmanın bir nedeni olmak yerine bir habercisi haline gelir . Bir örnek verilirse, bilindiği gibi tek yumurta ikizleri, aynı genetik yapıya sahiptirler. Verilen örnekteki, erkek tek yumurta ikizlerinden birisi, sünnet edilirken ciddi biçimde yaralanmış ve cinsel organlarının bir kadın olarak yeniden yapılmalarına karar verilmiş. Çocuklar büyüdükçe küçük kız diğer kızlarla oynuyor, ev işlerine yardım ediyor ve büyüdüğünde evlenmek istiyor. İkiz eşi diğer erkek çocuk ise öteki erkek çocuklarının yanında olmayı yeğlemiş; gözde oyuncakları arabalar ve kamyonlar ve büyüdüğünde bir polis ya da itfaiyeci olmak istemiş.

Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı (Gender Discrimination): Toplumsal olarak kurgulanan toplumsal cinsiyet rolleri ve normlarından kaynaklanan, kişinin insan haklarını ihlal eden her türlü ayrımcılık, dışlanma ve engellenme durumudur.

Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı hukuk, eğitim, çalışma yaşamı, eşit işe eşit ücret, siyaset, karar mekanizmalarına katılım ve sağlık gibi konularda eşitliğin sağlanmasını engellemektedir.

### **Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı ile İlgili GERÇEKLER:**

Ataerkil değer yargılarına bağlı olarak toplum, erkek çocuğa ve erkeğe daha fazla değer vermektedir. Nerede ise bütün toplumlarda kız çocuğu ve kadınların rolü daha değersiz görülür.

Kadının sosyalleşme süreci daha çok “iyi eş” ve “iyi anne” olmaya yönelik olurken, erkekler dış dünyaya ve aile reisi olmaya yönelik olarak sosyalleşmektedirler. Ailenin ekonomik imkanları yeterli ise kız çocuklar da okutulmakta, ancak ekonomik zorluklar nedeniyle tercih yapmak gerekirse erkek çocuklar tercih edilmektedir. Sonuçta pek çok toplumda kadınların eğitim düzeyleri erkeklere göre geri kalmaktadır.



Denilebilir ki;

Dünyada, kadın ve erkek geleneksel olarak daha doğmadan başlayıp ölümüne dek farklı bir sosyal kalıba konulmaktadır.

Toplumun kadın ve erkekte farklı beklentileri vardır, her iki cinsiyete farklı roller biçmişlerdir.

Sonuçta bireyler de cinsiyetlerine uygun davranışlar geliştirmektedirler. Cinsiyete ilişkin toplumsal kalıp yargılar, kuşaktan kuşağa aktarılmaktadır. Benzer şekilde kadının ve erkeğin ev içinde oynadığı geleneksel rollerin çocuk için model oluşturması, kalıp yargıların değişmeden kalması sonucunu doğurmaktadır.

Bu kalıp-yargılar kadının fiziksel, zihinsel ve sosyal tam iyilik hali olarak tanımlanan sağlığını da çeşitli mekanizmalarla çok yakından etkilemektedir.

**Bütün Dünyada Kadın ve Erkek Arasında Temel Eşitsizlikler Mevcuttur**

Dünyada genel olarak; kadınlar dünya nüfusunun yarısını oluşturmakta ancak dünya gelirinun 1/10'una, çalışma süresinin 2/3'üne, mülklerin 1/100'üne sahiptirler. Toplumsal statüleri daha düşüktür, beklenen yaşam süreleri daha uzundur ancak yaşam niteliği daha kötüdür.

Yine mevcut istatistikler göstermektedir ki dünyadaki 3,1 milyar yoksul insanın % 70'i kadın, 960 milyon okur-yazar olmayanlarda oran 1 erkeğe karşılık 2 kadın, malnütrasyon, anemi görülmesi kadınlarda iki misli daha fazla, aynı tür işte çalışan kadına erkeğe göre % 30-40 daha az ücret ödenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde 7 erkek yöneticiye karşılık 1 kadın yönetici mevcuttur, parlamentolardaki sandalyelerin %10'u kabinedeki bakanlıkların ise sadece % 6'sı kadınlara aittir.

Gelişmekte olan ülkelerde: 1-4 yaş grubunda kadınlarda mortalite daha yüksek, kadınlar daha az kalori alıyorlar, okula gitme daha düşük, okuldan ayrılma daha fazla, kız çocuğu ölüm nedenleri arasında ihmal ve ayrımcılık daha sık görülüyor, eğer fetüs dişi ise düşükle sonlandırılması daha fazla. Yine kadın sünneti olarak bilinen ve kadına cinsiyeti nedeni ile çocuk yaşlarında uygulanan "female genital mutilation" bazı Afrika ülkelerinde % 100'e varan sıklıkta yapılmaktadır. Bütün bunlar, gelişmekte olan ülkelerde daha fazla olmak üzere bütün dünyada kadına yönelik ayrımcılığın ne ölçüde yaygın olduğunu göstermektedir.

Kadına karşı ayrımcılığın diğer bir göstergesi de kadına yönelik, cinsiyeti nedeniyle uygulanan şiddettir. **Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ)** 11 ülkede yürüttüğü kadına yönelik şiddet (KYŞ) araştırmasının sonuçları, fiziksel şiddetin, % 13 - 61, cinsel şiddetin, % 6 - 59, fiziksel veya cinsel şiddetin birlikte, % 15 - 71 arasında olduğunu göstermektedir. Yine bu raporda belirtildiği gibi, dünyada yaklaşık 1 milyar kadın yani 3 kadından biri, yaşamının bir noktasında aile içi şiddete maruz kalmaktadır.

Anne ölümü de kadına karşı yapılan ayrımcılık sonucu kadının özellikle üreme sağlığı hizmetlerine ulaşamaması, hizmetlerden yararlanamaması sonucu oluşmaktadır, bu konuda dünyada yaşam boyu maternal mortalite riski:

Dünya için 1/75, gelişmiş ülkeler için 1/4000-10.000, gelişmekte olan ülkeler için 1/50, en gelişmemiş ülkeler için 1/15 ve kadının statüsünün en düşük olduğu ülkelerden biri olan Afganistanda 1/7 olarak bildirilmektedir.

Yine cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve HIV/AIDS, biyolojik ve toplumsal cinsiyet faktörlerinin çok belirgin olarak etkilediği hastalıklardır. Kadının biyolojik duyarlılığındaki farklılık bulaşmayı kolaylaştırırken kadının sosyal konumundan kaynaklanan duyarlılığı da bulaşmayı kolaylaştırmaktadır (ekonomik bağımlılık, "hayır" diyememe).

Sağlık Hizmeti Kullanımında Toplumsal Cinsiyet Rollerinin Etkisi son derece belirleyicidir. Şöyle ki, genellikle kadınlar, hizmete ulaşmada karar verici değillerdir, ekonomik olarak bağımlı olup, sosyal güvence yönünden ise doğrudan kendisine ait sosyal güvencesi olan kadın sayısı azdır, Sosyal güvence genellikle anne, baba/kocaya bağımlı olarak vardır. Boşanma ve ölüm durumunda ise sosyal güvence ortadan kalkmaktadır.

Kadına yönelik yapılan bütün bu ayrımcılıklar sonuçta, kadının özgüvenin düşük olmasına, kadının istekte bulunma yeteneğinin sınırlanmasına yol açar. Ekonomik, sosyal ve kültürel engeller sağlık hizmetlerine erişimlerini

sınırlandırır. Eğitimsizlik, kadınların kendi bedenlerini anlayamamalarına veya sağlık hizmeti gereksinimleri konusunda uygun bir değerlendirme yapamamalarına yol açmaktadır.

Diğer bir ifade ile uygulanan cinsiyet temelli ayrımcılık sonucu kadın;

- yaşam hakkını elde etmekten, eğitimden,
- çalışma yaşamından,
- eşit işe eşit ücret almaktan,
- karar mekanizmalarında yer almaktan
- Yani “insan haklarını kullanmaktan” dışlanmaktadır. Ne yazık ki kadın giderek bu durumu içselleştirmektedir de.

Kadın Konuları ile İlgili Uluslar arası Yaklaşımlar “From Women to Gender”

- 1946; Birleşmiş Milletler (BM) Sistemi içinde Kadının Statüsü Komisyonu kuruldu
- 1975: BM, Kadın Yılı olarak ilan edildi
- 1975 -1985 BM, Dünya Kadın On Yılı olarak ilan etti
- Dünya Kadın On Yılında, kadının statüsünü genel olarak olumlu etkileyen pek çok aktivite yapıldı.
- 1979: Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW)

Bu onyl süresince dünyada, önemli kadın konferansları düzenlendi. Bu konferanslar;

- 1975: Meksika’da 1. BM Kadın Konferansı
- 1980: Kopenhag’da 2. BM Kadın Konferansı
- 1985: Nairobi’de 3. Dünya Kadın Konferansı
- 1993: Viyana’da Dünya İnsan Hakları Konferansı
- 1994: Kahire’de Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD)
- 1995: Pekin’de 4. Dünya Kadın Konferansı.

Türkiye’de kadının birey olarak görünür hale gelmesi, “insan haklarının” verilmesi ve kullanabilmesi ile ilgili başlangıçlar Türkiye’deki pek çok konuda olduğu gibi büyük Atatürk’ün önderliğinde yapılmıştır.

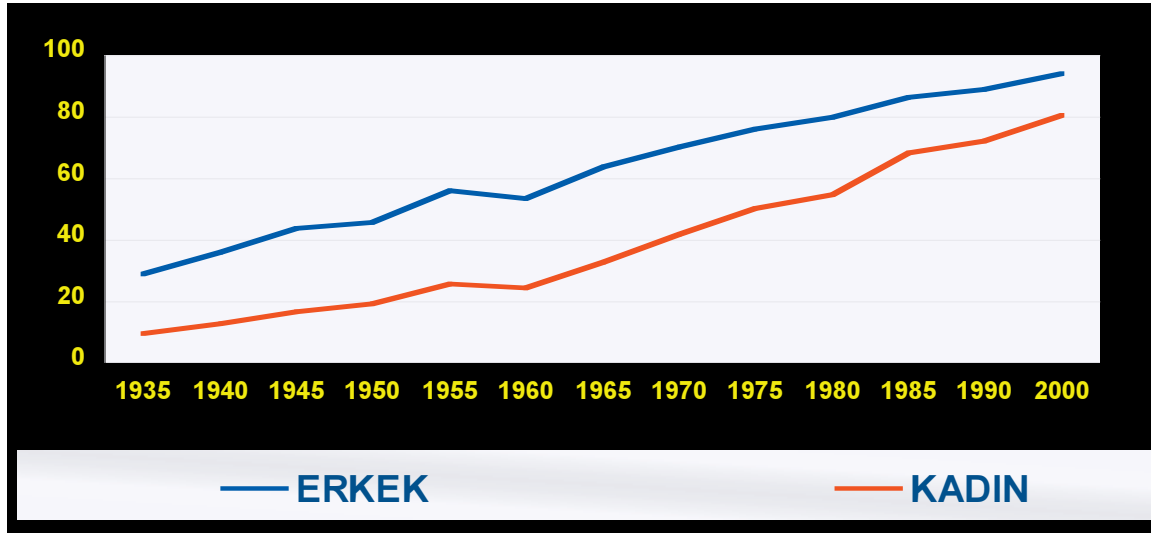
### **Türkiye’de Kadın Sağlığının/Konumunun İyileşmesine Yönelik Cumhuriyetin İlk Yıllarında Yapılanlar:**

- 1920: TC. Sağlık Bakanlığı kuruldu.
- 1923: Cumhuriyet ilan edildi.
- 1924: Eğitim ve öğretim birliğini sağlayan (Tevhidi tedrisat) kanunu çıkarıldı.
- 1926: Türk medeni kanunu kabul edildi.
- 1930: Umumi Hıfzıssıha Kanunu ile anne ve çocuklara verilecek sağlık ve sosyal hizmetlerde önemli düzenlemeler getirildi.
- 1934: Anayasa değişikliği ile kadınlara seçme ve seçilme hakkı tanındı.
- 12. Uluslararası Kadın Konferansı, 1935 yılında Atatürk’ün himayelerinde İstanbul – Beylerbeyi Sarayında toplandı.
- 1961 TSH Sistemi (# 224 sayılı yasa)
- 1965 İlk NP Yasası (#557)
- 1983: İkinci NP Yasası (#2827).

- 1989: Türkiye CEDAW'ı imzaladı.
- 1990: Türkiye Çocuk Hakları Sözleşmesi'ni imzaladı.
- 1990: Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü kuruldu.
- 1994: Türkiye ICPD'yi imzaladı.
- 1995: Türkiye Pekin'i imzaladı.
- 1997: Zorunlu temel eğitimi 8 yıla çıkararak yasa kabul edildi.
- 1998: Ailenin korunmasına dair kanun kabul edildi.
- Medeni Yasa revize edildi (2002).
- TCK revize edildi (2004).
- Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığının Önlenmesi ve KYŞ ile ilgili Ulusal Stratejik Plan ve Aksiyon Planı hazırlandı (2009).
- TBMM'de Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu kuruldu (2009)

Ne var ki bütün bunlara rağmen;

### Türkiye'de yıllara ve cinsiyete göre okur yazarlık durumu (1935-2000)



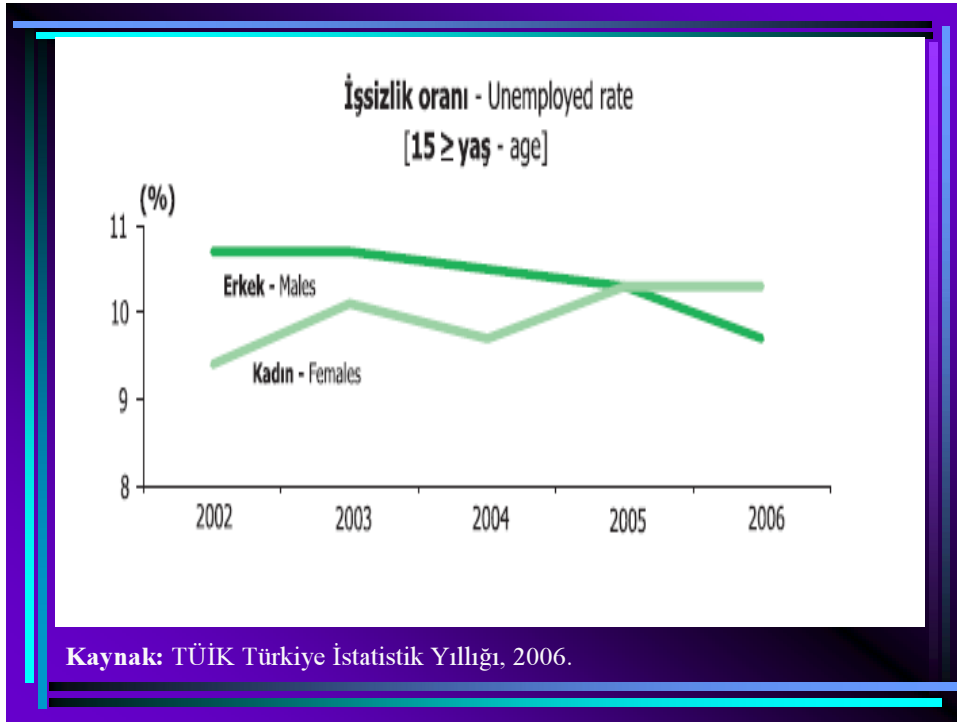
2000 Verilerine Göre Türkiye'de Yetişkin Okuryazarlık Oranı

Kadın: % 80.64

Erkek: % 93.86

2000 yılı genel nüfus sayımı sonuçları göstermektedir ki Türkiye'de hala, 5.732.525 kadın ve 1.857.132 erkek okur-yazar değildir.

Hala okur yazarlıkta bile iki cinsiyet arasında kadınların aleyhine olmak üzere çok ciddi fark devam etmektedir. Benzer şekilde, erkeklerdeki işsizlik oranı azalırken, kadınlardaki işsizlik artmaktadır.



#### TBMM'de Yıllara ve Cinsiyete Göre Milletvekilleri (1935-2007)

1935	395	18	4.6
1943	435	16	3.7
1946	455	9	2.0
1950	487	3	0.6
1977	450	4	0.9
1983	450	12	3.0
1987	450	6	1.3
2002	550	24	4.4
2007	550	50	9.1

TBMM'de kadın millet vekil yüzdesi 2007 yılı için bile sadece % 9.1 dir.

Belediye Meclisinde Kadın üye bulunma sıklığında da 2000 li yıllar için aşağıdaki yüzdeler söz konusudur;

	%
• İsveç	42
• Hollanda	22
• Nikaragua	34
• Peru	25
• Uganda	33
• Gana	30
• Avustralya	26
• Pakistan	25
• Tunus	20
• Suriye	7
• TÜRKİYE	2,5

Türkiye’de , Kamu ve Vakıf Üniversitelerinde mevcut kadın öğretim elemanlarının durumu incelenildiğinde;

<b>Türkiye’de Devlet ve Vakıf Üniversitelerinde Öğretim Elemanlarının Sayılarının Cinsiyete Göre Dağılımı (2008-2009)</b>							
		Toplam	PROF.	DOÇ.	Y.DOÇ.	ÖĞR.GR	DiĞER
DEVLET	T	87605	12195	6580	16365	11354	41111
	K	35468	3464	2094	5641	4416	19853
	E	52137	8731	4486	10724	6938	21258
VAKIF	T	10318	1285	576	1910	2896	3651
	K	5194	279	225	795	1532	2363
	E	5124	1006	351	1115	1364	1288
Genel Toplam	T	97923	13480	7156	18275	14250	44762
	K	40662	3743	2319	6436	5948	22216
	E	57261	9737	4837	11839	8302	22546

\* okutman, uzman, araştırma görevlisi vb. (MEB web sitesi 2010)

<b>Türkiye’de Devlet ve Vakıf Üniversitelerinde Öğretim Elemanlarının Cinsiyete Göre Yüzde Dağılımı (2008-2009)</b>							
		Toplam	PROF.	DOÇ.	Y.DOÇ.	ÖĞR.GR	DiĞER
DEVLET	T	87605	13,9	7,5	18,7	13,0	46,9
	K	40,5	3,9	2,4	6,5	5,0	22,7
	E	59,5	10,0	5,1	12,2	8,0	24,2
VAKIF	T	10318	12,5	5,6	18,5	28,0	35,4
	K	51,0	2,7	2,2	7,7	14,8	22,9
	E	49,0	9,8	3,4	10,8	13,2	12,5
Genel Toplam	T	97923	13,8	7,3	18,7	14,6	45,7
	K	41,5	3,8	2,4	6,6	6,1	22,7
	E	58,5	10,0	4,9	12,1	8,5	23,0

\* okutman, uzman, araştırma görevlisi vb. (MEB web sitesi 2010)

Tablo içeriklerinden de anlaşılacağı üzere üniversitelerde, kadın öğretim elemanlar

Özellikle de daha üst unvanlarda çok daha az sayıdadır.

Türkiye, Dünya Ekonomi Forumu’nun (WEF) küresel cinsiyet eşitsizliği 2009 raporunda 134 ülke arasında 129’uncu sırada yer almaktadır. (Türkiye, Dünyanın 17. büyük ekonomisine sahip bir ülke gerçeği de düşünülürse bu sonuç hem şaşırtıcı hem de kabul edilebilir değildir.

– Aynı rapora göre Türkiye 2006’da 105’inci, 2007’de 121’inci, 2008’de 123’üncü sıradaydı, yani Türkiye’de kadın ve erkekler arasındaki “fark” kadınlar aleyhine olarak giderek artmaktadır.

WEF’in raporu kadınların eğitime ulaşabilirlik sıralamasında Türkiye’yi 110’uncu sıraya koyuyor çünkü *Türkiye’de her beş kadından biri hâlâ okuma yazma bilmemektedir.*

## TARİHSEL SÜREÇTE KADINA BAKIŞ

Kadın ve erkek arasındaki mücadele, ayrımcılık daha Adem ve Havva’yla başlamış olup hala sürmektedir.

Tanrının belirlediği bir iş bölümüne göre devlet yönetme sanatı kadınların değil erkeklerin göreviydi; 13. yüzyılda, “büyük erkekler”den söz edilirken “tatlı ve ölümcül bir musibettir kadın” deniliyordu. Bu yıllarda kadınlar da erkek olmak istiyordu çünkü onlar da erkeğin daha değerli olduğunu düşünüyorlardı.

15. yüzyılda; Aristoteles’in doğanın hatası dediği kadın, Aquino’lu Aziz Thomas için ise “hatalı”, “noksan erkek”ti. Kadınların gerekli olması eşit oldukları anlamına gelmiyordu. 16. yüzyılda, İbni Yahya: kadınların erkeklerden daha değerli olduğunu savundu. Ona göre bu, Ademin çamurdan, Havva’nın ise Ademin kaburga kemiğinden yaratılmasından da anlaşılabilir!!

1778 İngiltere’de bir yazar kitabında; kadınların mevcut düşük statülerinin nedeni, eğitimlerinin yetersizliği ve buna bir çare bulmak gerekiyordu diyordu. Başka bir yazar ise, “kadınların erkekler gibi insan olduklarını ve kesinlikle farklı bir kökenden gelmedikleri” uyarısında bulunuyordu.

Yeniçağda “kadın eksik erkek miydi?” tartışmalarının sürdüğünü görüyoruz.

Genel görüşe göre, evet, kadınlar erkeklerden eksikti. Ancak, kadınların bu eksikliği düşük statüleri nedeni ileydi ve bunun da nedeni eğitimlerinin yetersiz olmasıydı ve buna bir çare bulunması gerekiyordu.

## Tıp Tarihinde Kadın Hekimler

Modern tıp öncesi dönemde tıp ve din iç içedir. Bir yanda tıbbın anasından söz edilirken, dünyanın diğer yarısında babadan oğula geçen şamanlık yaygındı. Tıp dinden bağımsızlaşırken *kadınlar mabetlerden çıkarılırken , tıptan da çıkarılıyorlardı. Kaynaklarda bu dönemler için kadınlara kapalı tıp okullarından, sadece evde tedavi yapan şifacı ve ebe kadınların varlığından söz edilmektedir.*

Eski Yunan’da, Hipokratik okullar ve diğer ünlü okullar kadınlara kapalı idi ve yine sadece evde tedavi yapan şifacı ve ebe kadınlar mevcuttu . Bu dönemde tek istisna, M.Ö.4. yüzyılda erkek elbiseleri giyip hekimlik icra ettiği için halk mahkemesine çıkarılıp yargılanan Agnodice’dır.

Roma tıbbında, Hipokratik okulların hegemonyası devam etmekteydi. Reçeteleri ünlü kadınlar, sara ve kısırlık tedavisi , ev tababeti yapan kadın sagalardan söz edilmektedir.

M.S.150-230: Kadınlar “düşükçüler” diye sınıflandırılır, yöntemleriyle alay edilir.

Galen (M.S.129-201) ise geleneksel tıbbi kocakarı masalları ve Mısırlı şarlatanlığı diye nitelendirir. Kadınlar aşağılanarak, “ampirikçi, zehirli veya fahişe” olarak adlandırılmaktaydı.

Erkek tıbbi bilgi ve yeni buluşlar, kadın tıbbi ise hurafe anlamı kazanmaya başlar. Büyücü sıfatının da verilmesinden sonra sagalar idam edilmeye başlanır.

## Semavi Dinler ve Kadınlar

Semavi dinler döneminde de kadınlar için olan güçlükler devam eder ve paganizmin lanetlenmesi kadınlar üzerinden gerçekleştirilir

İdam edilen ilk hristiyanlardan Theodosia, Niceratave Thekla kadın şifacılarıdır.

Bu dönemde İtalya Salerno'da kurulan tıp okulu (11.yy) kadınlar bakımından tek istisnadır. Birçok açıdan çağının çok önünde olan okul 13. yüzyılda ortadan kaybolmasına rağmen burada yazılan tıp kitapları 17-18. yüzyıla kadar bütün Avrupa'daki tıp eğitiminin ana kaynağını oluşturdu. Salerno tıp okulunun jinekoloji ve obstetri kitabının yazarı ise bir kadındır (Trotula ).

Modern kurumsal tıp ve kadınlar; İngiltere'de 13. yüzyılda kadınlar Berberler Loncası'na kabul edilirler ancak cerrahlar zaten hekim sayılmamaktadır.

1421'de Üniversiteler okullu olmayan kadınlara tıbbın yasaklanması için parlamentoya başvurur. 1518'de Tıp Koleji'ne verilen imtiyaz beratında "Büyücülük, sihir ve biraz da ilaç kullanarak cüretkârca tedavi yapmaya çalışan ve Tanrı'nın hoşnutsuzluğuna sebep olmaktan başka bir şey yapmayan cahil kadınların" yetkisiz olduklarından bahsedilir. 1563 yılında çıkarılan bir yasa ile büyücülüğe ölüm cezası getirilir ve binlerce kadın idam edilir. Bu davalarda yargılananların % 85'i kadındır.

12. yüzyıldan 17. yüzyıla kadar Avrupa'yı kasıp kavuran cadı avları devam etmiştir.

18. ve 19. yüzyıllarda toplumsal değişiklikler kadın şifacılar için bu sefer fiziki olmayan ama bir o kadar ciddi tehdit oluşturur, artık günümüze uzanan temkinli iklim yaratılmıştır. Ne var ki önceki yılların kadın katliamları belleklerden silinemez.

20. yüzyılda New York'ta tıp okulunu bitiren Elizabeth Blackwell, ilk "resmi" kadın hekimidir ancak hekim olarak çalışma izni alamadı.

Elizabeth Garrett, İngiltere'de tıp okuduğu halde mezuniyet sınavlarına kabul edilmedi ve ancak eczacılık lisansı alarak tıbbi pratik yapabildi.

1873'de Londra'da Kadınlar için Tıp Okulu kuruldu ancak erkeklerden oluşan Kraliyet Koleji'nden ebe olarak çalışma izni alamadılar.

Kadınların hekim olmaları ve hekimlik yapabilmeleri önündeki yasal engellerin kalkması 20. yüzyıl başlarına kadar sürdü.

1970'lere kadar kadınlar için sınırlayıcı kotalar devam etti (%10 ya da 20'den fazla olamazlar gibi ).

Kadın hareketleri ile kadınların hekimlik yapmasıyla ilgili yazılı ve yazılmamış engeller ortadan kaldırılmaya başlandı ve bu mücadele günümüzde bile pek çok ülkede farklı ölçülerde de olsa hala devam etmektedir.

#### Türkiye'de Kadın Hekim Olmak

İslam öncesi Türk kültüründe, şamanlardan kadın olanlar "kam hatun" diye tanınır, kadın kamların en güçlü şamanlar olduğuna inanılırdı.

Müslümanlık sonrasında bir yandan eski gelenekler sürerken, öte yandan İslam anlayışına uygun bir hayat benimsemeye başlanır. Kadınların savaşlarda yaralı askerleri tedavi ettiğine dair rivayetler vardır.

#### Türkiye'de Kadının Konumu

Eski Türk destanları kadını hep yüceltirken, Türk'lerin İslam dinini kabul etmelerinden sonra, 1070 yılında yazılan "Kutadgu Bilig", artık kız çocuklarını değersiz sayıyor, kadınların örtünmemelerini eleştiriyordu

Selçuklu ve Osmanlı Dönemi: Anadolu'ya yerleştikten sonra, Selçuklular zamanında Anadolu Bacıları'nın sağlık alanına da katkılarının olabileceği konusunun araştırılması gerekmektedir. Osmanlılar zamanında, 15. yüzyılda "kabile" olarak adlandırılan ebelerden daha farklı görevleri yerine getiren "tabibe" ya da "hekime" adı verilen kadınlar vardır. Halife Abdulmecid'i tedavi eden Meryam Kadın, tabibe Gülbeyaz Hatun isimlerine rastlanmaktadır.

Osmanlıda kadın hekimler, genellikle tek bir hastalığı ya da benzer hastalıkları geleneksel yöntemlerle tedavi ederlerdi. Bunlar arasında yer alan; "Aşıcı Hatun", "Keyci Hatun" (dağlama ile tedavi), "Kenhal" (göz tedavisi), "Kırbacı Kadınlar" (ishal tedavisi), "Alazcı Kadın" vb. Bu kadınların bir kurumda eğitildiklerini gösteren ya da ima eden hiçbir belge yoktur.

Türk kadınının konumundaki iyileştirmeler Tanzimat'tan sonra yeniden başladı. Kız çocuklarının ilk ve ortaokula gitmelerine 1858 yılında izin verildi. Ebe okulu ve kız öğretmen okulu açıldı. İkinci meşrutiyetin ilanından sonra ise ilk kız lisesi açıldı.

Osmanlı'da ilk kadın hekimlerle ilgili ilk tartışma, Tercüman-ı Hakikat gazetesinde "Tabibeler" adlı yazı ile 1890 yılında başladı. Bu tartışmalar üzerine Süra-i Devlet meseleyi inceler ve 1898'de de kararını vererek "kadınların hekimlik yapamayacaklarını" bildirir. 1908 devriminden sonra, kadın haklarının tartışılması ve savunulması güçlenir, 1915'de İstanbul Darülfununu'na kız öğrenciler alınarak kadınların yüksek öğrenim yapmalarına izin verilir.

1917 Sıhhiye Meclis-i Umumisi kadınların hekimlik yapmalarında bir sakınca yoktur kararı alır ve karar "Muallim Mecmuası"nda duyurulur.

1921 yılında, Dr. Safiye Ali Almanya'da tıp eğitimini tamamlayarak ilk kadın hekim olarak tarihimizdeki yerini alır.

Türkiye'de kadınların tıbbiyeye ilk başvurusu 1921 yılındadır. Kendi kızları ilk hemşirelerden olan İstanbul Dârülfünunu başkanı Dr. Besim Ömer Paşa'nın da desteğiyle Müfide Küley, Sabiha Sayın ve İffet Çağlar tıp fakültesine kayıt yaptırmak isterler.

Bu başvuru, dönemin dekanı Âkil Muhtar Özden tarafından reddedilir. Aynı yıl konu Millet Meclisi'nde gündeme gelir. Sert tartışmaların ardından kadınların tıp fakültesine girmesi oy çokluğuyla reddedilir. Kadınlar bunun üzerine büyük bir mücadeleye girişirler. İlk başvuruyu yapan kadınlar bir tür lobi faaliyetine başlarlar. Bazı gazetecilerin de desteğini alarak yürüttükleri lobi çalışmaları sonucu amaçlarına ulaşırlar ve 1922'de yedi kadın öğrenci tıp fakültesine girer, 1928'de de altısı mezun olur.

Kadınların tıp fakültesine girmesinde en önde mücadele edenlerden biri Dr. Müfide Küley'dir. Onun öyküsü, tıp tarihimizde kadın dostu olabilen ve olamayan erkek hocalarımız hakkında da fikir vermektedir; Âkil Muhtar Özden "kızların" fakülteye alınmaması için dilekçe verenlerdendir.

Besim Ömer Paşa kerhen destekte bulunur. Tevfik Sağlam ise, Küley'i akademik gelişimi için hep destekleyen hocasıdır.

Osmanlı'da ve Türkiye Cumhuriyeti döneminde kadın hekimler için olan gelişmeler anlaşılacağı üzere kolay olmamıştır. Yıllar içinde kadınlar için olan engeller giderek azaldı ve kadın hekimlerin hekim işgücü içindeki payı giderek artmakta ise de "toplumsal cinsiyet ayrımcılığı" nedeniyle tamamen ortadan kalkmamıştır. **Kadın hekimlerin / kadın sağlık personelinin toplumsal cinsiyet ayrımcılığını meslek ortamında da yaşamasının temel nedeni; cinsiyeti nedeniyle geçmişte yaşadığı toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ile ilgili kendisinin ve toplumun ayrımcı kalıp yargılarının varlığını hala sürdürmesidir.**

Halen Türkiye'de hekimlerin %20'si kadındır.

Günümüzde Türkiye'de kadın hekimler için mevcut sorunlar:

- Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı
- Karar verici noktalarda kadın hekimlerin yeterince yer alamamaları ("cam tavan etkisi")
- Uzmanlık alanı seçimleri ("kadınsı alanlar")
- Aile ve iş yaşamı arasındaki çatışmalar
- Yorgunluk, tükenme, depresyon, intihar vakalarının varlığı
- Taciz, aşağılanma, mobbing ve kadın hekimlere giderek artan şiddet uygulanması
- Koruyucu ve destekleyici kurumsal mekanizmaların yokluğu / yetersizliği olarak sayılabilir.

TTB'nin 2006 yılında yaptığı 55. Olağanüstü Genel Kurulu'nda; tıp ortamlarının cinsiyetçi yaklaşım ve davranışlardan arındırılması, kadın hekimlerin cinsiyetçi davranışlarla karşılaşmaması için araştırma ve eğitim çalışmaları gerçekleştirmek üzere bünyesinde kadın çalışmalarının yürütülebilmesi için Türk Tabipleri Birliğinin olanak sağlamasına;



Bu amaçla;

- Meslek örgütünde kadın çalışmaları yapılması için kadın hekimlerin uygun koşullarda bir araya gelmesini kolaylaştıracak yöntemler geliştirilmesine,
- Meslek örgütünde pozitif ayrımcılık ilkesi uyarınca kadın dostu çalışma ortamları yaratılmasına,
- Çalışmalar için gerekli donanımın sağlanmasında ihtiyaç duyulan desteğin sunulmasına oy çokluğuyla karar verildi denilmektedir. Bu karardaki oy çokluğu; Çoğu kez olduğu gibi farkında olmama nedeni ile “buna ne gerek var”? yaklaşımına işaret etmektedir.

Bu genel kuruldan sonra Kadın Sağlığı ve Kadın Hekimlik Kolu kurulmuş olup tabip odalarında da benzer yapı oluşturulmuştur.

*TTB-Halk Sağlığı Kolu daha sonra oluşan Kadın Hekimler Kolunun Benimsedikleri:*

#### TTB ortamında

- TTB ortamında kadın hekim olmanın anlamlarını tartışmak,
- TTB ortamında kadınların katılımını arttıracak mekanizmaları kurmak, (kota, pozitif ayrımcılık, örgütsel iklimin erkek egemen anlayıştan arındırılması gibi)

#### Kadın sağlığı alanında

- Kadın sağlığına ilişkin konulara geleneksel yaklaşımdan farklı bir bakış açısı geliştirmek,
- Kadınlara eşit, ücretsiz, nitelikli, ulaşılabilir, sürekli sağlık hizmeti için mücadele etmek,
- Ülkemizde öncelikli bir kadın sağlığı sorunu olan kadına yönelik şiddetle mücadele etmek, bu amaçla kadın örgütleriyle ve diğer kuruluşlarla işbirliği yapmak,
- Kadınların eşitlik, özgürlük mücadelesine katkı sağlamak için çalışmalar yapmak, bu amaçla kadın örgütleriyle ve diğer kuruluşlarla işbirliği yapmak.

#### İLKELERİ arasında;

- Kadınların kendi sözlerini söyleyebilecekleri, kadın bakışını içeren yöntemlerle stratejiler üretebilecekleri, erkeklik ideolojisinin filtresinden geçmemiş fikirleri rahatça ve çekincesiz olarak dillendirebilecekleri, komisyon ve kol toplantılarının kadınların katılımına açık olması.
- Tıbbın egemen ataerkil bakışını sorgulamak, tıbbi uygulamalarda kadını ve kadına özgü sağlık sorunlarını görünür kılmak.
- Kadının sağlık ve güvenlik politikalarından dışlanmasına karşı mücadele etmek, kadın emeğini görünür kılma mücadelesine katkıda bulunmak.
- Bir halk sağlığı sorunu, kadın bedenini /cinselliğini / emeğini denetleme aracı ve patriarkal kapitalizmin en önemli silahı olarak “kadına yönelik şiddet” konusunu gündemde tutmak.

Toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasının en etkili yolu, toplumsal cinsiyete duyarlı politikaların geliştirilmesi ve ülkenin yasalarına, ana plan ve programlarına “toplumsal cinsiyete duyarlı bakış açısının” entegre edilmesidir (Gender Mainstreaming). Bu bağlamda bu makalenin yazarının da içinde olduğu bir ekip tarafından Dünya Sağlık Örgütü işbirliğinde yürütülen bir çalışmadan söz etmek yerinde olacaktır: Çalışma, Türkiye’nin de içinde bulunduğu toplam 7 ülkede (İrlanda, İngiltere, Hollanda, Tacikistan, Kırgızistan, Hırvatistan ve Türkiye) gerçekleştirilmiş ve Türkiye’de Anayasa (1982), Umumi Hıfzıssıha Kanunu (1930), Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında 224 sayılı Kanun, Nüfus Planlaması Kanunu (# 557, 1965), Nüfus Planlaması Kanunu (# 2827, 1983) toplumsal cinsiyete duyarlılığı yönünden incelenmiştir. Sonuçta, Anayasa’nın daha eşitlikçi, 2827 sayılı yasanın toplumsal cinsiyete daha duyarlı olduğu, diğer yasaların böyle bir özellik taşımadıkları, hatta “Umumi Hıfzıssıha kanununun” kadının geleneksel rolünü daha da vurgulayan özellikler taşıdığı saptanmıştır.

Benzer şekilde Türk Tabipleri Birliği Kanunu (# 6023, Resmi Gazete: 31.01.1953 / 83 23) incelendiğinde, hiçbir maddesinde toplumsal cinsiyet duyarlılığını – farkındalığını düşündüren hiç bir ifadenin olmadığı görülmüştür.

Bütün özetlenenler, dünyada ve Türkiye’de, gerek toplumda gerekse tıp alanında tarihsel süreçte ve günümüzde ciddi anlamda toplumsal cinsiyet ayrımcılığının söz konusu olduğunu göstermektedir.

### **Tıp Alanında Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı ile Mücadelede Yapılması Gerekenler:**

Temel Hedefler Neler olmalıdır? :

- Ülkede kadının statüsünün yükseltilmesi,
- Toplumda yerleşik ayrımcı kalıp yargılarla mücadele edilmesi,
- Kadının cinsiyeti nedeni ile farklı muamele görmemesi,
- Kadınların kendilerine yapılan ayrımcılığı içselleştirmelerinin engellenmesi,
- Toplumda konu ile ilgili farkındalık yaratılması,
- Toplumda kadının statüsünü geri götürecektir, kadının örtünmesinin özendirilmesi-zorlanması ya da doğurganlığın teşviki gibi her türlü akım ve uygulamalarla mücadele edilmesi

Nasıl Bir Mücadele Olmalıdır?

- Her yerde her zaman ve sürekliliği olan bir mücadele,
- Bireysel (Hekimlerin konuyla ilgili farkındalığını artırmak),
- Kurumsal (TTB ve bütün tabip odalarının mücadelenin içinde olması).

### En etkili eylemler

- Toplumsal cinsiyet eşitliği perspektifinin ülkenin ana plan ve programlarına, yasalarına, mevzuatına daha hazırlık aşamasından başlanarak entegre (Gender Maimstreaming-GEM) edilmelidir.
- Bunun yapılabilmesi için yasa yapıcıların, karar vericilerin “gender sensitif” bakışa sahip olmaları gerekir.
- Yasaların uygulanmasını sağlamak için sözcükler eyleme çevrilmelidir.
- Konu ile ilgili izleme değerlendirme mekanizmaları oluşturulmalıdır.
- Kadınlar ve erkekler, kız ve erkek çocukları arasında eşitlik, karşılıklı saygı ve sorumlulukların paylaşılması kültürünü oluşturmak üzere mutlaka toplum içinde çalışılması gerekmektedir.

Kadınların ve erkeklerin eşit fırsatlara, eşit haklara, eşit beraberliklere, üretimde ve üremede eşit sorumluluklara sahip oldukları bir kültür ve dünya yaratmak için;

## **ÇOK SEKTÖRLÜ ÇOK DİSİPLİNLİ ÇALIŞMALAR YAPILMALIDIR .**

### **Yararlanılan Kaynaklar**

- Sağlık Hizmetlerinde 50 yıl: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, yayın no:422, Ayıldız matbaası AŞ., Ankara – 1973.
- Akın, A., ve Ark., “Kadının Statüsü ve Sağlığı İle İlgili Gerçekler”, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayını, Afşaroğlu Matbaası, Ankara, 2008.
- Akın, A., Türkiye’de Kadın Sağlığının Dünü ve Bugünü, 4. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Kongre kitabı içerisinde, Adana, 2007, s.85-91.
- Gender and Health”, Technical Paper, World Health Organization publication-Geneva, Switzerland, 2007
- Akın, A., Bahar Özvarış, Ş. “Dünyada ve Türkiyede Kadın Sağlığının Durumu” Halk Sağlığı Temel Bilgiler (Ed. Ç. Güler, L. Akın), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2006
- United Nations, *The World’s Women 2000 Trends and Statistics*, Social Statistics and Indicators Series K 16, 2000
- “Women’s Empowerment: Measuring the Global Gender Gap”; Augusto Lopez-Claros, Saadia Zahidi. World Economic Forum Geneva / Switzerland , 2005 World Economic Forum
- “The Global Gender Gap Report World Economic Forum 2009” ; Ricardo Hausmann, Harvard University , Laura D. Tyson, University of California, Berkeley , Saadia Zahidi , Geneva, Switzerland, 2009
- “Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi: Bir Vaka Çalışması” Ed.Akın A. Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi , WHO, UNFPA . Tasarım Baskı , 2006 Ankara.
- Inter-Parliamentary Union database: <http://www.ipu.org/wmn-e/classif.htm>, Women in National Parliaments”, Erişim: 26.02.2006.
- Türmen T. “*Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı*”, Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın (Ed. A. Akın), Hacettepe Üniv. Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), HÜ yayınları, 2003
- Akın, A., Doğan, B., Mihçioğur, S., Türkiye’de Hastane Kayıtlarından Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması Raporu, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000.
- 2007 seçim sonuçları için [www.tbmm.gov.tr](http://www.tbmm.gov.tr); KSGM, Türkiye’de Kadın 2001.

## Kadın Bedeni Üzerine Tıbbi Çeşitlemeler: Kanserli Kadınlar Rahim ve Meme Kaybı Süreçlerini Nasıl Anlatıyor?

Ayşecan Terzioğlu

Hastalık tuhaf bir olgu. İnsanın varlığı kadar eski, ama bugünün toplumsal dinamikleriyle karşılıklı etkileşiminden dolayı son derece de güncel. Bütün insanların başına geldiği ve bütün toplumlarda bulunduğu için evrensel, ama bir yandan da en fazla hasta olan kişiyi etkilediği için son derece kişisel ve öznel bir deneyim. Hastalık tıbbi istatistiklerdeki sayılarla da ifade edilebiliyor, hastalık anlatılarıyla da. Pekiyi bu kadar farklı özellikleri olan hastalıklar hastalar tarafından nasıl görülüyor ve yaşanıyor? Hastalar hastalık deneyimlerini ve anlatılarını sağlık çalışanlarıyla ne derece paylaşabiliyor? Tabii ki bunlar bu konuşmanın sınırlarını aşan çok geniş ve genel sorular, ama bu konuşmanın konusu olan, kanser tedavisi sırasında memesi ya da rahmi alınmış kadınların bu kaybı nasıl yaşadığı ve bu kaybı doktorlarla nasıl paylaştığını bu kısa süre içinde örneklerle anlatabilsem, bu geniş sorulara da bazı yanıtlar sağlayabileceğimi umuyorum. Memesi veya rahmi alınmış kanserli kadınlar bu kayıpları anlatırken, aynı zamanda tıptaki cinsiyetçi bakışı ve bu bakışın beden algısı, cinsellik ve cinsiyet gibi mahrem konulara yansımalarını da bize gösteriyorlar.

Doktora tezim sırasında ve daha sonra yaptığım araştırmalarda görüştüğüm meme, rahim ve rahimağzı kanserli kadınların çoğu, tedavileri sırasında, doktorlarla, beden, doğurganlık, cinsellik ve cinsiyet gibi mahrem konularda, “zoraki” bir yakınlığa girdiklerini anlattılar. Bu kadın hastalar, çeşitli sağlık sorunlarını tıbbın teşhis ve tedavi edeceğini düşünerek hastanelere başvurduğu için, bu konuda duydukları güvenin de etkisiyle, doktorların kendi özel ya da mahrem alanlarına girmesini normal karşılıyor. Yine de bu “normal karşılama durumu” hastanın kendisini ve bedenini doktorlara ve tıba kayıtsız şartsız teslim etmesi anlamına gelmiyor. Çünkü hastalar, her ne kadar tıba güvenseler de, hastalıklarının bedenlerine ve yaşamlarına etkisini mümkün olduğu kadar kendileri de kontrol etmek isterler. Burada Michel Foucault’nun anlattığı bilmek ve güç sahibi olmak arasındaki yakın ilişkinin bir örneği olarak, bir çok kanser hastası hastalıklarının yaşamlarına ve bedenlerine olan etkilerini kontrol edebilmek için, hastalıkları hakkında mümkün olduğu kadar çok şeyi bilmek ve açıklayabilmek ister. Bu istek, kimi zaman doktorun verdiği bilgiler karşılığında hastanın doktora kendi mahrem alanına girmesine izin verdiği bir alışverişe dönüşür. Bu durumu görüştüğüm 35 yaşında bir meme kanseri hastası şu şekilde anlatıyor: “Eh doktor soyun derse soyunacaksın, muayne etmek için de istediği yeri elleyecek o. Benim de hasta olarak bundan rahatsız olmamam lazım, ama insan, ne bileyim, bazen bunun karşılığında bir açıklama, bir bilgi bekliyor. Şurana bakıyorum, çünkü bunun için, desin istiyorum. O zaman kendimi daha bir rahat hissedirdim.”

Kanserli hastaların teşhisleri konulduğunda, doktorlardan açıklama bekledikleri iki temel konu hastalıklarının sebebi ve tedavinin ne derece etkili olacağı oluyor. Fakat, doktorların bu konularda çoğu zaman kesin bir bilgi veremeyip, sebep açısından olası birkaç neden sayması, tedavi konusunda da ancak, hastaya çok da fazla birşey ifade etmeyen istatistikler verebilmeleri, hastaların bu beklentilerini karşılamıyor. Kanserli hastaların yaşamlarında yol açacağı değişiklikler konusundaki bilinmeyenler ve belirsizlikler, onların hastalıklarının yaşamlarına etkisini kontrol etmesini büyük ölçüde engeller ve tıbbın dolduramadığı boşlukları hastalar kendi yorum ve çıkarımlarıyla doldurur. Bu tıbbi ve kültürel bilgiler ışığında, hastalar tedavileri süresince kendi bedenlerini ve toplumsal cinsiyetlerini yeniden tanımlıyarak, tıbbi otoritenin pasif öznesi olmakla kendi bedenine sahip çıkmak arasında bir denge kurmaya çalışırlar. Bu dengede mahremiyete saygı kavramı ön plana çıksa da, ne yazık ki, özellikle kalabalık ve kaotik devlet hastanelerinde ya da doktorların hükmettiği muaynehanelerde bu saygının gösterilmesi pek de mümkün olmaz. Okmeydanındaki, eski ismiyle SSK hastanesinde, muayne olan meme kanserli bir kadın hastanın anlatımıyla bu sorun şu şekilde aktarılıyor: “Ben tam giyiniyordum ki, benim muayne olup giyindiğim, paravanla kaplı, yere, üzerinde önlüğü olmayan bir adam girdi ve göğsümdeki kitleyle ilgili sorular sormaya başladı. Anlamadım, irkildim ve rahatsız oldum, neyse sonra bana bakan doktor da geldi, dedi ki, bu arkadaş da burada doktor, ama bugün izinli, ben ona senin kitleni gösterecektim. Ama keşke o doktorun geleceğini bana bir söyleseydi yani önceden”. Hasta-doktor arasındaki, tıbbi otoriteye güvenle pekiştirilmiş, mahrem ilişkinin bozul-

ması, bir doktorun muaynehanesinde de gerçekleştirilebilir. Örneğin yine SSK hastanesinde memesi alınmış bir hasta, bu ameliyattan sonra kontrol ve pansuman için doktorunun muaynehanesine gittiğinde, su manzarayla karşılaşır: “İçeride doktorun on tane öğrencisi vardı. Bana onların yanında üstümü çıkarmamı söylediğinde bir an şaka yapıyor sandım, ama ciddiydi. Ameliyattan sonra bitkin bir haldeydim ve daha yaram bile kapanmamıştı. Mecburen çıkardım bluzumu, ama o halde o öğrencilerin beni görmesi ve çok da temiz görünmeyen elleriyle yarama tek tek ellemeleri hoş değildi, utandım. Bir kaç tanesinin tırnaklarının içi bile kirliydi, midem bulandı. Doktora bu öğrencileri niçin çağırdığını sorduğumda, çok rahat bir halde, bu öğrencilerin bu tip bir ameliyatı daha yeni yapılmışken muhakkak görmeleri gerektiğini anlattı.”

Yara kelimesi, memesi veya rahmi alınmış kadınların çok kullandığı, ve onların içinde bulunduğu durumun psikolojik güçlüğü de ifade eden bir kelime. Yara kimi zaman da ameliyatla alınan meme ya da rahmin yerini almasıyla, o kaybı ve o kaybın getirdiği acıyı sembolize ediyor: “Bir zamanlar çocukları evi olmuş, onları daha doğmadan korumuş, kollamış rahmimin yerinde şimdi sadece bir yara var”. Rahmi alınmış bir kadının bu ifadesi aynı zamanda yaranın psikolojik derinliğine de işaret ediyor. Hastalık anlatıları konusuna eğilen Cherly Mattingly ve Linda Garro hastaların hastane ortamında kabul görebilmek için mümkün olduğunca sağlık çalışanlarından öğrendikleri tıbbi terimlerle konuştuğunu, fakat kendi hastalık anlatılarını oluşturup, paylaşırken kendilerine ait olarak gördükleri unsurları, sağlık çalışanlarından farklı bir şekilde, kendi kelimeleriyle ifade etmeyi tercih ettiklerini anlatırlar. Yine aynı şekilde Susan Sontag da kanserin tabu özelliğinin, biraz da toplum içinde sözü edilemeyen, mahrem beden kısımlarıyla özdeşleşmesinden ileri geldiğini anlatır. Rahim, rahimağzı ve meme kanserleri de buna en tipik örneklerdir. Buna paralel olarak, özellikle yaşı 55’in üzerinde olan ve yüksek sosyo-ekonomik kesimden gelen, birçok meme kanseri hastası, “meme” kelimesinin kullanılmaktan kaçınıyor ve bu kelimenin hastane ortamında bu kadar sık kullanılmasından rahatsız oluyordu: “Hastanede o kadar çok meme lafını kullanıyorlar ki, benim yüzüm kızarıyor valla bu lafı duyunca. Ben ki kolay kolay göğüs bile diyemem, sanki ayıp bir lafım gibi gelir, bilemiyorum, ama hastanede böyle değil, genç hemşireler, kocaman adam olmuş doktorlar habire meme deyip duruyorlar, bu da benim çok garibime gidiyor!” diyor örneğin özel bir hastanede tedavi olan 65 yaşında meme kanserli bir hasta. Bu kelimelerden kaçınma çabası yüzünden de yara kelimesi hastalık anlatılarında çoğu zaman alınmış meme veya rahim anlamına da geliyor.

Açıkça sözünü edebilmenin yanı sıra, bu yarayla yani meme ya da rahmin alınmasıyla da yüzleşmek ve başa çıkabilmek de farklı yaşlarda ve sosyo-ekonomik konumlarda kadınlar için farklı zorluklar içerebiliyor. Görüştüğüm kadınlardan bu kayıplarla daha rahat bir şekilde başa çıktığını söyleyenler 55 yaşın üzerinde ve düşük sosyo-ekonomik kesimden gelen kadınlardı. SSK hastanesinin koşullarında kalan bu kadınlardan bazıları birbirlerine ve bana, ben böyle birşey istemediğim halde, yaralarını gösteriyor, ve yaralarının büyüklüğünü ve şeklini ayrıntılı bir şekilde karşılaşıyorlardı. İçlerinden bir tanesi: “Aman memem alındı da ne oldu, çocukları emzireli yıllar olmuş, işi bitmiş artık. Kolumu alsalar, o çok daha fena olurdu, o zaman iş yapamazdım” diyerek, alınan organın cinsellik yerine çocuk besleme işlevini vurguladı. Buna karşın, 55 yaşın üzerindeki yüksek sosyo-ekonomik kesimden gelen kadınlar için bu yüzleşme çok daha zordu: “Yıkanırken ya da aynada kendi bedenime bile bakamıyorum”, “Otobüste giderken, kazayla bana bakan birini görsem, acaba göğsümün alındığını farkettiler mi diye endişeleniyorum” ve “Kırk yıllık eşimin yanında bile geceliğimi giyerken rahat edemiyorum” gibi ifadeler bu gruptaki kadınlar tarafından sıklıkla kullanıldı.

Doğal olarak, görüştüğüm 25-55 yaş arası kadınlar meme ya da rahim kaybıyla cinsellik ve doğurganlık arasında çok daha sıkı bir bağ kurdular ve bu kaybı, kendilerine yapılmış bir “haksızlık” olarak nitelendirdiler. Özellikle evlenmemiş ve çocuğu olmayan kadınlar bu kayıpların etkisini daha derinden yaşayarak doğurganlık, ve cinselliği yeniden tanımladılar. Örneğin, 32 yaşında rahim kanserli ve bekar bir kadın ortaokul zamanından beri evlenip, çocuk sahibi olmadan önce ekonomik bağımsızlığını kazanmayı hedeflediğini, ama bu hedefe ulaşmanın bedelinin de rahminin alınması olduğu için hiç bir zaman çocuk sahibi olamayacağını anlattı. Bu kadın şiddetli ağrılarına rağmen, evlilik öncesi cinselliğe karşı olduğundan cinsel hayatı olmadığı için jinekolojik bir muayneye ihtiyaç duymadığını, bu yüzden de kanserin ilerleyerek tüm rahmini kapladığını anlattı. Fakat o bu duruma üzülse de, yine de hayatının hedeflerini bu şekilde belirlediğinden pişmanlık duymadığını, anneliği de yeğenlerine, başarılı bir iş kadını olduğu için, onların kendi annelerinden daha iyi bir örnek oluşturarak, derslerine yardım ederek ve sır-

larını paylaşarak tattığını anlattı. Burada anneliğin biyolojik tanımının yerine toplumsal ve kültürel özelliklerine vurgu yapılarak rahim kaybının getirdiği “haksızlık” hissi de hafifletilmeye çalışılmıştır. Bu da, yine Mattingly ve Garro'nun vurguladığı, hastalık anlatısı oluşturmanın ve paylaşmanın hastalıkla başa çıkmada önemli bir adım olmasına iyi bir örnektir. Bu yaş grubunda meme kaybı ise, tahmin edebileceği gibi, genellikle güzelliğin ve cinsel çekiciliğin azalması olarak yorumlandı. 30 yaşında ve memesi alınmış bir hasta: “Daha iki yıllık evliyim ve son altı ayım ameliyat ve radyoterapilerle geçti! Bu bana da haksızlık diye düşünüyorum, eşime de! Çünkü ben kendimi eskisi kadar güzel ve çekici hissetmiyorum, esim bütün ömrünü tek göğüslü bir kadınla geçirecek diye de üzülüyorum. O bunu fazla dert etmiyor gibi gözüküyor şimdilik, ama ben yine de bu eksikliği hem kendim hem de ikimiz için hissediyorum” diyerek bu sorunu anlatıyor. Ama aynı hasta bu sorunla da başa çıkma yollarını buluyor: “Kanser tedavimden önce neredeyse hiç makyaj yapmazdım. İşe gitmediğim günler ne giydiğime önem bile vermezdim. Şimdi sanki tek göğüslü kalmanın verdiği bir hırsla her sabah aynanın karşısına geçip yeni aldığım kıpkırmızı rujumu sürüyorum, ayna karşısında kendimi iyice beğenene kadar oyalanıyorum. Göğsümün yerinde bir yara var ama yine de güzelim, diye düşünene kadar.” Görüştüğüm kadınlardan 30'lu yaşlardaki iki kadın hariç, hiçbir kadının meme rekonstrüksiyonunu düşünmemesi ve bu operasyonu pahalı ve gereksiz diye tanımlaması ilginçti. Bunun yanı sıra yine 30'lu yaşlarda, memesini kaybeden bir hasta da, niye doğal olanın yerine yapay bir şey koyayım ki sonradan, diye açıklayarak bu operasyonu doğal görmediğini belirtti. Bu yüzden meme kaybı da rahim kaybı gibi sürekli olarak görülüyordu çoğu kadın hasta tarafından.

Kanserli kadın hastaların kendi bedenleri, cinsiyet ve cinsellikleriyle ilgili verdiği bu mücadele ve iç hesaplaşmalar, onların doktorlarıyla iletişimine nasıl yansıyor diye baktığımızda, doktorların birçok ifadesinin onları ve mücadelelerini olumsuz etkilediğini söyleyebiliriz. “Artık zaten rahmin bir işe yaramaz, boş bir patates çuvalı gibi, alalım onu hemen, sen de kurtul!” ve “Bu meme bir çöp torbası gibi olmuş, sadece daha fazla hastalık üretecek ve yayacak” gibi sıklıkla duyulan duyarsız doktor ifadeleri hastaların onlarla bedenleri üzerinden kurdukları yakınlığın zorakılığını pekiştiriyor. Bu ifadeler biraz da doktorların hastalarla iletişim kurarken, farklı yaşlar ve sosyo-ekonomik konumlardan kadınlar için meme veya rahim ne anlam ifade ediyor, bunların kaybı onlar için ne demek, sorularının yanıtlarını etrafıca düşünmemelerinden kaynaklanıyor. Bu yorumları yüzünden doktorlar, hastaların meme veya rahim kaybıyla başa çıkmasında onlara destek olmak yerine, onların en kişisel ve mahrem alanlarında, tıbbi otorite adına zoraki bir kişi, haline geliyorlar. Tıbbi açıdan doktorların kaçınılmaz gördüğü bu kayıplar, aynı zamanda hastanın kendi bedeninden, ona bir çok anlamlar yüklediği bir kısmın kaybı da demek. İşte tam da bu yüzden, tıbbi olarak kaçınılmaz bir müdahale hastada nasıl bir kayba ve yaraya yol açıyor, bunu sormak, düşünmek ve bu yaraya buna göre yaklaşmak gerekiyor. Beni dinlediğiniz için çok teşekkür ederim.

## REFERANSLAR:

- Michel Foucault, Colin Gordon (ed), *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977*, Harvester Press, 1980  
Cheryl Mattingly, Linda Garro (ed) , *Narrative and Cultural Construction of Illness and Healing*, University of California Press, 2000  
Susan Sontag, *Illness as Metaphor*, Farrar, Strauss, Giroux, 1978

## **KADIN BEDENİNİN MEDİKALİZASYONU**



## Histeriden Somatizasyona; Cinsiyetçi Ortam ve Ruh Sağlığımız

**Özge Yenier Duman**  
**Psikiyatri Uzmanı**

Cinsiyetçilik-psikiyatri ilişkisi üzerine pek çok şey söylenebilir. Bir tıp disiplini olarak psikiyatri uygulamalarında cinsiyetçi tutumların yanı sıra toplumsal cinsiyetçi söylemin kurulumunda ve yeniden üretiminde psikiyatrinin katkılarından da bahsedilebilir.

Toplumsal cinsiyet üzerine yazan kuramcılar sıklıkla dişillığın ve erilliğin edimsel doğasına dikkat çekerler. Buna göre, toplumsal cinsiyet genlere yerleşik bir olgu değil toplumsallaşmanın bir ürünüdür. Aynı zamanda günlük yaşamın bir parçası olarak sürekli yeniden ve yeniden yapılan bir kendilik projesidir (1). Geçen hafta bu kürsüde dinleme şansını yakaladığımız Judith Butler bu yeniden üretimi toplumsal cinsiyetin performatif niteliği yani tek seferlik bir edim değil tekerrür ve ritüel oluşu üzerinden tarif eder. Butler toplumsal cinsiyetin ya cinsiyetin doğal bir sonucu sayıldığını ya da hiçbir insan eyleminin değiştiremeyeceği bir kültürel sabit olarak görüldüğünü oysa kendimizde bir iç özellik sandığımız şeyin aslında beklentiyle ve belli bazı bedensel eylemler üzerinden ürettiğimiz bir şey olduğunu ifade eder (2).

Foucault 18 yüzyıl burjuva kapitalist toplumunda cinsellik üzerine konuşma konusunda bir kışkırtma başladığına değinir. Bu konuşmaya teşvik kampanyası itirafın sonuçlarının tıbbileştirilmesi yoluyla cinsellik alanının artık yalnızca günah, aşırılık ve yasakları çiğneme değil bunların bir yer değiştirmesi olan normal ve patoloji düzeninde yer almasına yol açar (3).

İktidarla cinsiyetin toplumsal cinsiyet bağlamında nasıl ilişkilendiği konusuna değinirken Foucault 18. yüzyıldan başlayarak cinselliğe ilişkin özel bilgi ve iktidar tertibatları geliştiren birbiriyle geçişli dört büyük alandan söz eder (3):

- 1) Kadın bedeninin histerikleştirilmesi: Kadın bedeni cinsellikle ve üreyle ilişkili bir yapı olarak bazı kişilik özellikleri ve patolojik durumlarla bağdaştırılarak tıbbın konusu haline getirilmiştir. Anne ve onun negatif görüntüsü olan asabi kadın histerikleşmenin en görünür biçimini oluşturur.
- 2) Çocuk cinselliğinin eğitim bilimlerinin konusu haline getirilmesi: Çocuk cinselliğinin fiziksel, ahlaksal, kolektif ve kişisel tehlikeler taşıdığı düşüncesiyle ana babalar, eğitimciler, doktorlar, psikologlar tarafından toplumsal cinsellik normları çocuklara aktarılır. Mastürbasyon yapan oğlan çocuğu bu çevrelerin nesnesi halindedir.
- 3) Üreme davranışlarının toplumsallaştırılması: Üremenin toplumsal, ekonomik ve tıpsal önlemlerle özendirilmesi ya da frenlenmesi, evlilik ve ebeveynlik rollerinin popülerleştirilmesi söz konusudur.
- 4) Sapkın hazın psikiyatikleştirilmesi: Cinsel içgüdünün özerk biyolojik ve psişik bir içgüdü olarak ayrıştırılması sonucu cinsel davranışların normalleştirilme ya da patolojikleştirilmesi ve bunları düzeltebilecek bir teknoloji bulunması yoluna gidilir. Böylece psikiyatri tüm cinsel edimler üzerinde bir normalleştirme ya da patolojikleştirme gücü kazanmış ve bunu kullanagelmiştir.

Ünlü Fransız nörolog Charcot izleyiciler önünde gösteri niteliğinde tedaviler gerçekleştirir. Kadınlar bu gösterilerin malzemesidir. Histeri sözcüğü bilindiği gibi uterus kaynaklıdır, yani rahim. Kadın bedeninin histerikleştirilmesi sürecinde cinsel organ üç biçimde tanımlanmıştır: kadına ve erkeğe ait olan ortak bir şey, erkeğin sahip olduğu kadında eksik olan bir şey, bir de tek başına kadının bedenini oluşturan, onu üreme işlevlerine göre baştan aşağı düzenleyen ve aynı işlevin etkileriyle onu sürekli bozan şey (3, 4).

Ana babalar ve eşler doktorlara, eğitim bilimcilere ve psikiyatriklere dayanan, evlilik bağı ilişkilerini psikiyatikleştirmeye yönelik bir cinsellik tertibatının uygulayıcılarına dönüşürler. Böylece histerik ya da nörastenik kız, asabi kadın, frijit eş, duygusuz anne, iktidarsız koca, mastürbasyon yapan saplantılı çocuk, evlenmeyi reddeden eşcinsel erkek gibi anormal cinsellik tanımlamaları yapılıverir.

Psikiyatri kuram ve pratiğinin hem toplumsal cinsiyet rollerinin kurulumunda hem de yeniden üretiminde önemli bir etkisi olduğu açıktır. Psikiyatri pratiği içinde cinsiyetçi tutumun yaygınlığı da dikkat çekicidir. Yani psikiyatri; cinsiyetçiliğin hem tarihselliği hem de deyim yerindeyse popülerliği için başat unsurlardan biri olagelmiştir.



Psikiyatri özellikle toplumsal cinsiyete uygun davranışın tıbbi çerçevesini oluşturmada katkıda bulunur. Öte yandan Butler'ın deyimiyle "cinsiyetin toplumsal biçimlerini baskıcı kılan şey tam da ürettikleri ruhsal zorluklardır" (2).

Tibbin bilgi dağıtıcısı kadın ve erkeğin duygularını yaşama yollarında önemli ayrımlar olduğu nosyonunu kurmak, yaymak ve meşrulaştırmak için önemli rol oynamıştır. Cinsiyetle ilgili ayrımlar özellikle üreme organlarıyla ilişkisi bakımından kadın erkek arasındaki anatomik ayrımlara dayandırılmıştır.

Freud'a göre öznel cinsiyet genital anatomiden kaynaklanır ve genital farklılığı merkeze alır. Dolayısıyla cinsiyete ilişkin psikanalitik kuramlar, Freud'un penisin varlığı veya yokluğuna ilişkin vurgusu üzerine kurulur. Freud'a göre kadın psikolojisinin özü penis haseti, erkeğinki ise hadım edilme kaygısıdır (5, 6).

Zamanla genellemeler ve varsayımlar iş başına geçirilir; kadınlar içeriye atar erkekler dışavurur, oğlan çocukları kızlara göre daha saldırgandır, kadınlar histeriye erkekler saplantıya yatkındır.

Kadınların doğal olarak anneliğe yatkın oldukları veya içgüdüsel anlamda edilgen ve mazoşist oldukları, heteroseksüelliğin olağan sayılabileceği ama eşcinselliğin açıklanması gerektiği, kadınlar üzerinde üstünlük sağlamaya odaklanan eril psikolojinin klinik analize ihtiyaç duymadığı, dişil saldırganlık ve şiddet; özel açıklamalar gerektirse bile eril saldırganlığın gerektirmediği varsayımlarını içerir (5,7).

Premenstrüel sendrom denilen tablo ve menopoz üzerine yazılanlar kadınları hormonlarının denetimine tabi olmak ve çok duygusal tepkiler vermekle tarif etmektedir. Premenstrüel sendromda depresyon, panik ataklar gibi duygusal değişimlerin, irrasyonel davranışlarda bulunma eğiliminin, aşırı duygusal değişkenlik olduğundan söz edilmektedir. Menopozda ise, başıboş hormonlarının etkisi altındaki kadınların zihin bulanıklığı, duygusal gelgitler ve çökkünlük yaşadıkları, durduk yerde hiddetlendikleri ve kendilerini denetleyemedikleri iddia edilmektedir (5,7, 8).

Normal cinsiyet hakkında varsayımlar söz konusudur. Geleneksel olmayan ebeveyn rol örüntülerini patolojize eden (örneğin etkin, idareci, saldırgan anneler ve edilgen babaları sorunlu gören) varsayımlar üretilir. Annelik, meme, birincil bakım verme uğraşı vb hakkında özellikle nesne ilişkileri ve kendilik psikolojisi geleneklerinde üretilen varsayımlar ile annenin suçlanması ve psikanalitik kurtarıma fantazileri mevcuttur. Heteroseksüel nesne seçiminin eşcinsel nesne seçimi ve cinsel birleşme olmayan çeşitli sapıklıklar kadar açıklama gerektirmiyormuş gibi görülmesinin nedenlerinden biri türün sürekliliği için heteroseksüel birleşmeye gerek duyulmasıdır (5).

Duyguların öznelliğimizin biçimlenmesinde oynadığı roller anlamlıdır. Peki toplumsal cinsiyet ve iktidar ilişkileri gibi etkenlerin duygusal deneyimdeki rolü nedir? Duyguları ifade etme ve yaşama biçimlerimiz toplumsal cinsiyete bürünmüş kendiliğin edimsel pratikleri olarak düşünülebilir.

Duyguların dışavurumunun toplumsal ve kültürel unsurlar tarafından biçimlendirildiği genel kabulüne karşılık bütün insanların doğuştan sahip olduğu bir dizi temel duygu olduğu inancı da yaygındır.

Geleneksel yaklaşımın yanı sıra pozitivist, özcü, organizmacı diye anılan perspektifle yapılan araştırmalar duyguların anatomik ya da genetik temelini saptamak, bedensel değişimlerle bağlantısını göstermek, kalıtsal duyguların insanın hayatta kalma mücadelesindeki ve toplumsal etkileşimdeki işlevini açıklamak, hangi duygunun tüm insanlarda ortak olduğunu bulmak gibi amaçlar güderler (1).

Duygusal deneyimin başka bir boyutu, bedensel duyuların dile aktarılması yani söylemsel boyuttur. Söylem dışının, duygusal bedensel süreçlerin sosyokültürel süreçlerle etkileşiminin ve bilinçdışının duygusal deneyim üzerindeki etkisinin anlaşılması da gerekmektedir. Bu noktada psikanalitik yaklaşımlar duygusal deneyimin irrasyonel ve söylemi dışlayan boyutları üzerinde çalışırlar.

Cinselliğe toplumsal cinsiyet kazandıran nosyonlar ile cinsiyeti duygularla bağlantılandıran nosyonlar arasında güçlü bir ilişki vardır. Keder, korku, incinme, haset, kıskançlık gibi duyguların daha çok kadınlar, öfke, hiddet, saldırganlık gibi duyguların daha çok erkekler tarafından ifade edilmesi beklenmekte ve hoş karşılanmaktadır. Cinayet işleyen kadınlar varsayımlara ters düştüğü için daha fazla korku ve tepki yaratır. Öldürme potansiyeli kalıtsal bir erilliğin parçası olarak görülmektedir.

Duyguların toplumsal cinsiyet rollerine büründürülmesi bazı paradokslara yol açar. Kadınlardan genel olarak şefkatli, nazik olmaları, başkalarının duygularını anlayıp empatik davranmaları beklenir. Bu nitelikler ideal dişillik için önemli bileşenleri olarak düşünülür. Aksine erkeklerden bu tip nitelikler beklenmez. Dişillik ve duygusallık arasında güçlü bir simgesel bağ kurulur. Duyarlılık ve şefkat gösterebilme duygusallığa yüklenen olumlu anlamları temsil eder. Kadınların bu kapasitelerinin daha fazla olduğu varsayılır. Öte yandan kadınları aşağı gören anlayışlar açısından duygusallık irade zayıflığı, mantıksal düşünme yetersizliği ve denetim kaybıyla bağlantılandırılır. Duyguların sürekli olarak dişillikle bağlantılandırılması sonucu dişillik akıldan yoksunluk, eğitilmemişlik, aşağı sınıf olma gibi öteki olumsuz anlamlarla da ilişkilendirilir (1).

Jaggar'a göre akıl sadece duyguyla zıtlaştırılmaz, aynı zamanda zihinselle, kültürelle, evrensel, kamusal ve erkekle bağlantılandırılır. Duygu ise irrasyonel olanla, fizikselle, doğal olanla, tikelle, özelle ve kadınla bağlantılandırılır (10).

Özel alan ile kamu alanı arasındaki ayrım duyguların toplumsal cinsiyete büründürülme biçimlerinin bir bileşeni haline gelmiştir. Açık duygusal ifadenin ve duygusal denetimin gevşemesinin daha yerinde hatta bireylerin esenliği için zorunlu görüldüğü ev ya da özel alan, iş alanının zıddı olarak kurulur. Ev baskın olarak kadına ait, kadının güç uyguladığı ve sorumluluğu üstlendiği alan olarak betimlenir. Ev içinde eşi ve çocukları için duygusal dengeyi korumanın kadının rolü olduğu düşünülür.

Dişillik özel alan ve ev ile ilişkilendirilmesinin ücretli istihdam üzerine de etkileri vardır. Özellikle büyük, profesyonel ve bürokratik işyerleri erillik, akılcılık, verimi bozucu duygusallıkların katı biçimde denetlendiği bir kendine hakim olma ile bağlantılandırılır.

Soğuk ve genel ilişkileri temsil eden ekonomik alanın rekabetçi, hesapçı, belirsiz, bireyci ortamının erkek için yarattığı gerilim karşısında ev ve aile bir yakınlık sığınağı olarak idealleştirilmiştir. Kadınlar erkeklerin ve çocuklarının imdadına sıcak dişil nitelikleriyle koşmak için teşvik edilirler. Bu rol kadınların özel alanda talip oldukları ahlaki otoriteyi destekler. Kadınlar bu rolü oynamak için yumuşaklık, başkalarını gözetme, empati, saldırgan olmama, müşfiklik, sevgi gibi içsel yeteneklere sahip gösterilirler. Rollerini gerçekleştiremediklerinde bizim hastalarımız olurlar. Bu arada irrasyonel diye tarif edilen annelerden buna rağmen, erkek çocuklarını düzene sokmaları, onları rasyonel, serinkanlı yurttaşlar olarak yetiştirmeleri beklenir (1).

Kadınların görünmez ev içi emeklerinin önemli bir bölümü duygusal ev işi olarak harcanır. Aile içindeki duygusal çalışma sadece diğerlerinin duygusal hallerini sürekli gözlemleyip yanıtlamayı değil aynı zamanda sıkıntıyı hafifletme ve diğerlerinin uygunsuz görünen duygularını düzenleme görevini de içerir. Kadının duygusal emeğinin amacı böylece toplumsal düzeni korumak ve yeniden üretmek ve normları kuşaktan kuşağa aktarmaktır (1, 10).

Duygusal kadın arketipine karşılık duygusal olmayan erkek arketipleri hem kamusal hem de özel alanda erkeklerin öfke, saldırganlık, kıskançlık gibi bazen şiddete varan duyguları olduğu gerçeğini göz ardı eder. Sevgi duygularını sergilemekten kaçınan erkekler sıra hiddet ve şiddete gelince aynı kısıtlanmayı göstermezler. Özellikle cinsellik, hayal kırıklığı ve öfke söz konusu olduğunda çok duygusal ve çok denetim dışı olduklarını söylemek yanlış olmaz. Başkaları üzerinde denetim kurmanın kendisi duygusal bir deneyimdir.

Erkekler duyguların kendilerine dışsal bir şey olduğu söylemini kullanmakta, duygusal patlamalarına kadınların yol açtığından dem vurmaktadırlar. Cinayetle yargılanan erkekler suçlarını eşlerinin sadakatsizliği ya da başka bir erkeğin kıskırtması karşısında eril şereflerini savunmalarına bağlarlar. Bunlar meşru görülmektedir. Şiddet uygulamakla suçlanan kadınlar ise histeri krizi, adet, gebelik, lohusalık humması gibi bedensel hallerinin etkisinde kalarak düşünme yetilerini kaybetmiş olma ve dolayısıyla doğaları gereği psikopati sergileme ile itham edilirler.

Duyguları kurmanın ve dışavurmanın tek aracı dil değildir. Bedensel dışavurumlar birey üzerlerini örtmeye ya da dili kullanarak duyguları inkar etmeye çalışsa da duygusal halleri ele verir.

Rasyonel düşünceye irrasyonel duygusallık karşısında ayrıcalık tanıma eğilimi modernist düşüncede belirgindir. Kadına atfedilen duygusal değişkenlik ile kadın bedeni arasında açık bir bağlantı vardır. Kadınlar bedenleriyle tartılırken erkekler zihinlerinin ağırlığıyla tarif edilirler.

Modern batının beden ideali kapanık, kuru, öteki bedenlerden ayrı, sınırları üzerinde etkin denetim uygulanabilen bir bedendir. Dişi beden denetlenemeyen, sızan, akan bir sıvı, şekilsiz bir yapışkanlık, salgılama ve çeperden yok-sunluk olarak kurulur (1). Kadınlar kendi bedenleriyle savaşır hale gelirler. Katı diyet ya da egzersiz yapanlar, yeme bozukluğu olanlar bu zapt edilemez dişi bedenlerini disipline sokmak için uğraşırlar.

Öte yandan sert, kuru, denetimli eril beden ideali; kaslı, sıkı, disiplinli olarak tarif edilir. Bu açıdan kendini sıkı, frenlemek, duygularına gem vurmak eril beden ideali ile bağlantılı değişlerdir. Kendilik denetimi ve kendini tutma geç modern dönemin ideallerindedir. Bedene, kendiliğe egemen olduğu kadar başkalarına da egemen olmak tüm bireylerce ulaşılması gereken ancak kadınlardan çok erkeklerin ulaşabildiği bir ideal olarak çizilmiştir.

Bir kadının toplumsal cinsiyetini yaşamasının yaygın biçimi, suçlulukla tanımlanmış olabilir. Evi terk etmek, profesyonel başarı, anne babadan uzun yaşamak ya da onlara zarar vermiş olmaktan duyulan suçlulukla. Chodorow, klasik ataerkil ailelerde yetişmiş olan bazı kadınlarda, suçluluğun anne için gözyaşı dökmek diye ifade ettiği bir davranışla dışa vurulan bir biçiminden söz eder (5).

Kadınlara ve annelerin güçsüz olduğu inancı, toplumsal bir analiz olmasının yanı sıra suçluluğun ve ketlenmenin, anneyi onarma ve ondan daha ileride olmama çabasının güçlü bir güdüleyicisidir. Anneyle ilgili olarak hissedilen suçluluk ve üzüntü kadının özerkliğini, keyif ve başarısını herhangi bir kültürel buyruk kadar kısıtlayabilen kadınlara özgü yaygın takıntılardandır (5).

Utancı bir çok kadının anne, kendilik ve cinsiyet hakkındaki duygu ve fantazilerinin merkezinde görünür, utanç ve tiksinti çoğu zaman kadınların bedensel kendilik duygularını renklendirir.

Feminist yaklaşımlar, cinsiyetin baştan belli olduğu, cinsiyetler arasında evrensel olarak belli kişilik farklılıkları bulunduğu, biyolojinin cinsiyete dayalı kendiliği belirlediği veya cinsiyet örgütlenmesinin tarihsel veya kültürler-arası anlamda değişmez olduğu yönündeki psikanalitik ve gündelik kültürel varsayımlara karşı çıktıkları için önemlidir.

Feminist söylem duygusallığı aynı zamanda başkalarıyla bencil olmayan ilişkiler kurma ve başkalarını gözetme yeteneğiyle eşdeğerde görme eğilimindedir. Duygusal tepkiler insan değerleri ve etiğin yanı sıra politik eylemliliğin de gerçek temeli olarak görülebilirler. Kadınlar açısından duygu-akıl ayrımını kabul etmek yerine yasaklanmış duyguları dikkate alarak politik eleştiri üretmek mümkündür.

## Kaynaklar

- 1) Deborah Lupton, *The Emotional Self; A Sociocultural Exploration*, (1998); Türkçesi: *Duygusal Yaşantı*, çev. Mustafa Cemal, İstanbul: Ayrıntı, 2002.
- 2) Judith Butler, *Gender Trouble* (1990); Türkçesi: *Cinsiyet Belası*, çev. Başak Ertur, İstanbul, Metis, 2008.
- 3) Michel Foucault, *Histoire de la Sexualite I,II,III*, (1976-1984), Türkçesi: *Cinselliğin Tarihi*, çev. Hülya Uğur Tannöver, İstanbul, Ayrıntı, 2007.
- 4) Julia Kristeva, *Les nouvelles maladies de l'ame*, (1993), Türkçesi: *Ruhun Yeni Hastalıkları*, çev. Nilgün Tural, İstanbul, Ayrıntı, 2007.
- 5) Nancy J. Chodorow, *The Power of Feelings: Personal Meaning in Psychoanalysis, Gender and Culture*, (1999), Türkçesi: *Duyguların Gücü; Psikanalizde, Cinsiyette ve Kültürde Kişisel Anlam*, çev. Jale Özata Dirlikyapan, İstanbul, Metis, 2007.
- 6) Jacqueline Rose, *Sexuality in the Field of Vision*, (1986, 2005), Türkçesi: *Görme ve Cinsellik*, çev. Ayşe Deniz Temiz, İstanbul, Metis, 2010.
- 7) Judith Lewis Herman, *Trauma and Recovery*, (1992), Türkçesi: *Travma ve İyileşme*, çev. Tamer Tosun, İstanbul, Literatür, 2007.
- 8) Amerikan Psikiyatri Birliği, *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, (1994), çev. Ertuğrul Köroğlu, Ankara; hekimler Yayın Birliği, 1996.
- 9) Gülnur Acar-Savran, Nesrin Tura Demiryontan, *Kadının Görünmeyen Emeği*, İstanbul, Yordam Kitap, 2008.
- 10) Jaggar A., (1989), *Love and Knowledge: Emotion in Feminist Epistemology*, A. Jaggar ve S. Bordo (der.), *Gender/Body/Knowledge: Feminist Reconstruction of being and Knowing*, New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

## TÜRKİYE'DE DOĞUMLARIN MEDİKALİZASYONU; FEMİNİST BİR BAKIŞLA SEZARYEN PROBLEMİNİ DÜŞÜNMEK

Doç. Dr. Dilek Cindoğlu<sup>2</sup> ve Feyda Sayan Cengiz<sup>3</sup>

### ÖZ:

*Bu makalenin amacı, Türkiye’de kadınların hayatında etkin olan modernleşme söylemiyle, doğum sürecinin medikalizasyonunun ve artan sezaryen oranlarının ilişkisini incelemektir. Bu amaçla, üreme sağlığı konusunda tıbbi hizmet almış, çoğu doğum tecrübesi yaşamış kadınlarla, hekimlerle ve ebe hemşirelerle İstanbul, İzmir ve Ankara’da düzenlenmiş olan toplam 15 odak gruptan elde edilen veriler analiz edilmiş; kadınların, doğum sürecinin artan medikalizasyonuna ilişkin tutumları incelenmiştir. Bulgularımız, hastanede doğum tecrübeleriyle ilgili memnuniyetsizliklere rağmen, bu tecrübeleri yaşayan kadınların doğumun medikalizasyonunu sorgulamama eğiliminde olduklarını göstermektedir. Türkiye’de modernleşme söylemi ve geleneksel ataerkil söylem arasında, kadın bedeni ve doğum süreci üzerinden kurulan ortak izlekleri işaret ettiğimiz bu çalışmada, doğumun artan medikalizasyonunun her iki söylemden de beslendiğini savunuyoruz.*

Bu çalışmada, günümüz Türkiye’inde kadınların çocuk doğurma sürecine ilişkin algılarına ve anneliğe adım atma deneyimlerine odaklanarak, doğumun artan medikalizasyonunu incelemekteyiz. Doğumun medikalizasyonundaki artış süreci genel olarak literatürde modernleşme ve modernize olmuş ataerkil hakimiyet ile ilişkilendirilirken, bu çalışma bize, Türkiye örneğinde geleneksel ataerkilliğin de bu süreçte etkili bir rol oynadığını göstermektedir. Modernleşme söylemi, ulusun ideal “tohumlarını” yetiştirmek için “modern”, “hijyenik” anneliğin önemini vurgulamaktadır. Öte yandan doğum, geleneksel ataerkil yapı içerisinde “erkeğin tohumunu dünyaya getirmek” olarak algılanmakta, kadın bedeni doğum deneyiminde ikincil konuma yerleştirilmektedir. Bu iki bakış açısı, kadın bedeni üzerindeki tıbbi kontrolün artışında birbirlerini güçlendiren bir rol oynamaktadırlar.

Günümüz Türkiye’inde, doğumun medikalizasyonuna eleştirel bakış Batı’dakine oranla kısıtlı kalmış, alternatif doğum yöntemleri de Batı ülkelerinde olduğu kadar popülerleşmemiştir. Bu durum, doğumun günümüz Türkiye’indeki anlamı ile yakından ilintilidir. Türkiye’de modernleşme söyleminin kadınların gündelik yaşamlarında oynadığı rol, söz konusu anlamın oluşumunda etkili olmuştur. Bu etkiyi anlamak için, öncelikle modernleşme ve modernleşme ile el ele giden Batılılaşma süreçlerinin kadınlar için nasıl bir bağlam oluşturduğuna değinmek elzemdir.

Türkiye’de, özellikle erken Cumhuriyet döneminde, kadın, Türk modernleşmesinin sembolü olarak tahayyül edilmiştir (Arat, 1994, 1997; Durakbaşa, 1998). Kadınların kamusal alana girişi önündeki engelleri kaldırmak amacıyla Atatürk döneminde hukuki düzenlemeler yapılmış, bu düzenlemeler aracılığıyla kadın-erkek eşitliği sağlanmaya çalışılmıştır. 1926 yılında çok eşliliği yasaklayan, kadınlara boşanmada eşit haklar tanıyan Medeni Kanun’un kabulü, 1930’larda kadınlara seçme ve seçilme hakkının tanınması gibi reformlar, yüzü Batı’ya dönük bir Cumhuriyet kurma amacına yönelik olarak yapılan bu düzenlemelere en belli başlı örnekler olarak gösterilebilir.

<sup>1</sup> Bu çalışmanın İngilizcesi, daha önce Health Care for Women International dergisinde yayımlanmıştır. (bkz.: Cindoğlu, Dilek & Sayan-Cengiz, Feyda (2010). “Medicalization Discourse and Modernity: Contested Meanings Over Childbirth in Turkey”. *Health Care for Women International*, 31: 221-243.) Yazarlar, araştırma sürecindeki emekleri için Saime Özçürümez’e ve bu çalışmayı mümkün kılan araştırma bursu için Kanada – IDRC’ye teşekkürü bir borç bilirlir.

<sup>2</sup> Bilkent Üniversitesi, Siyaset Bilimi Bölümü

<sup>3</sup> Bilkent Üniversitesi Siyaset Bilimi Bölümü, doktora öğrencisi

Bu reformlar her ne kadar Türkiye’de kadınlar için önemli kazanımlara denk düşse de, kadınların gündelik hayatlarındaki etkileri, feminist perspektifin eleştirel süzgecinden geçirildiğinde ortaya konulan görüşlerden biri, cinsellik, ev içi işbölümü gibi toplumsal cinsiyet ilişkilerinde önemli rol oynayan konuların, eleştiriye tabi tutulmadığı, sorgulanmadan olduğu gibi bırakıldığı yönündedir (Ertürk, 1991). Kandiyoti (1987) bu görüşü, kadınların “kurtulmuş ama özgürleşmemiş” olduklarını söyleyerek özetler. Nitekim kamusal alana ve çalışma hayatına girilerek kazanılan ekonomik bağımsızlığı takip etmesi beklenen bireysel, sosyal ve siyasi haklar konusunda kaydadeğer eksiklikler mevcuttur (Arat, 1989; Öncü, 1981; Tekeli, 1982). Üstelik çalışan kadınlardan, kamusal alana kabul edilmeye layık olduklarını ispatlamak üzere katı bir “mazbutluk” anlayışına uygun davranmaları beklenmektedir (Ertürk, 1991). Nitekim, Türkiye’de kadınların geleneksel yeniden üretim görevlerine, kamusal alanda üstlendikleri yeni görevler de eklenirken; kadının bekaretinin ve cinsel namusunun, ailenin ve kocanın namusunu belirlediği geleneksel yapı tartışılmamıştır (Cindoğlu, Cemrek, Toktaş ve Zencirci, 2008).

Paradoksal olarak, bir yandan kadının kamusal alanda hayata katılımı konusunda reformlarla belli bir başarı kaydedilirken, öte yandan kendini Batılı, modern, ilerlemeci, aydınlanmış gibi tanımlamalarla konumlandırılan yeni bir çeşit ataerkil kontrolden de bahsetmek mümkündür. Bu bağlamda, hayatın geleneksel olarak kadının hakimiyetindeki alanları olarak kabul gören çocuk bakımı gibi konularda da ataerkil kontrolün etkileri daha çok hissedilmeye başlanmıştır (Cindoğlu ve Moldenhauer, 1998).

Modernleşme sürecinin ev içi alana en önemli müdahalelerinden biri, ev işinin ve annelik pratiğinin “rasyonalize edilmesi”, “bilimsel”, “hijyenik” birtakım standartların söz konusu edilmesi yönünde olmuştur (Durakbaşa, 1998, s. 144). Kadının kamusal alana çıkışını yöreklendiren reformlara rağmen çocuk bakımı ve yeniden üretim konuları, kadınların en önemli görevleri olarak görülmeye devam etmiştir. Devlet politikaları da bu perspektifi desteklemiştir. Örneğin çocuk bakımı, ev ekonomisi gibi konularda ağırlıklı olarak eğitim veren Kız Enstitüleri’nin kuruluşu bu bağlamda değerlendirilebilir (Toktaş ve Cindoğlu, 2006). “Ulusun evlatlarını” yetiştirecek olan kadınların eğitimine en çok da bu “annelik” misyonundan ötürü önem verildiği de öne sürülmüştür (Arat, 1994). Bu argümana göre, artık geleneksel annelik pratikleri “ulusun evlatlarını yetiştirme” amacı için yeterli görülmemekte, “modern annelik” pratiklerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Anneliği, ulusal kalkınma ve modernleşme emeline ulaşmak için geliştirilmesi gereken bir pratik olarak gören bu perspektife göre, annelik, kadınlığa içkin bir tecrübe olmaktan ziyade, çocuğun gelişimine ve eğitimine “dışarıdan” katkıda bulunmaya denk düşmektedir. Bu perspektif, Antropolog Carol Delaney’nin (2001), Türkiye’de köy toplumunda toplumsal cinsiyet ve kozmoloji üzerine yaptığı çalışmada çözümlediği perspektifle paralellikler taşımaktadır. Delaney’e göre, sperm, hayatı başlatan “tohum”, kadın bedeni ise o tohumu taşıyan “toprak” olarak algılanmaktadır:

“Köylülere kadın olmadan çocuk da olmaz dediğimde, kaçırdığım bir nokta olduğunu gösterdiler. Erkekler, çocuğun özünü taşıyan tohumu verirler. Kadın yalnızca fetüsü besleyecek bir ortam sağlar. Bedenin bereketli iklimi, tıpkı toprak gibi, besleyici bir araçtır ve herhangi bir kadın bunu sağlayabilir. Kadının bedeni fetüsün fiziksel gelişimini ve büyümesini etkiler ama özerkliğini ve kimliğini hiçbir şekilde etkilemez” (Delaney, 2001, s. 52).

Dolayısıyla “tohum”, üreme için elzem parçadır ve “toprak”tan daha önemli görülmektedir:

“Tohum ve toprak, görünürde masum imgeler ama çok güçlü anlamlar içeriyorlar: Birbirlerine doğal olarak uyumlu görülseler de kategorik olarak farklılar, hiyerarşik bir sıralanışları var ve onlara biçilen değerler de farklı. Erkekler tohumları ile yaratıcı yaşam kıvılcımını ve çocuğun temel kimliğini sağlıyor gibi görünüyorlar; kadınlar ise tıpkı toprak gibi bunu besleyici malzeme ile destekliyorlar” (Delaney, 2001, s. 23-24).

Kadın bedeninin, “tohumun taşıyıcısı” olduğu algısı, kadınların kendi bedenlerinin kontrolüne ilişkin hisleri açısından da önemli sonuçlara yol açar. “Tohum”u sağlayan erkek, aynı zamanda onu korumak ve çocuğun kendi “tohumundan” olup olmadığını denetlemek üzere, kadın bedeni üzerinde hak iddia eder. Delaney’e göre bu iddia, namus kodlarının temelinde yatmaktadır: Bir başka deyişle erkeğin namusu, “ ‘kadını’ denetleme yeteneğine

bağlıdır” (Delaney, 2001, s. 59). Kadın bedeni aynı zamanda geniş ailenin, hatta toplumun beklentilerine de tabi olabilmektedir. King’e (2008) göre, özellikle Akdeniz’i çevreleyen coğrafyada, kadınların erkek “tohumunun” taşıyıcısı olarak algılanmaları, soy üzerindeki egemenliğin sürdürülmesi kaygısıyla, kadın cinselliğinin sıkı bir kontrol altına alınması sonucunu doğurur. Bu kaygı, kadınların yabancıardan, başka soydan gelenlerden uzak tutulmasına, dolayısıyla “sınırlanmasına” da yol açar. Yuval Davis ve Stoetzler de (2002), topluluk ve toprak sınırlarının tahayyülünde kadının ve kadın bedeninin merkezi rolüne dikkat çekerler.

Ulus ve milliyetçilik kavramlarının toplumsal cinsiyetle bağlantısını vurgulayan Delaney (1995), Türk ulusunun sembollerinin, üremeye ilişkin metaforlar içerdiğine dikkat çeker: “Anavatan”, “Devlet Baba” gibi (s. 191). Delaney’e göre, “Anavatan” ve benzeri metaforların, korunması gereken “namus”u akla getiren yüklü çağrışımları, Kurtuluş Savaşı’nda halk desteğinin sağlanmasına katkı sağlamakla kalmamış (Delaney, 1995, s.186); bu ve benzeri metaforlar, yeni ulus devletin kavramsal tabanını oluştururken de etkili olmuştur.

Bu çerçeveden bakıldığında, Türkiye örneğinde kadınların, ulusun sınırlarını belirleme, ulusun çocuklarını yetiştirme görevlerinin öncelikli görülmesi ve kadını sınırlayan ataerkil bağların ortadan kalkmaması daha derin bir anlam kazanmaktadır. Ancak elbette belirtmek gerekir ki, ulusun inşası sürecinde ulusun egemenliği ile cinsel namus arasında kurulan bağlantı da, anneliğe atfedilen sembolik önem de, Türkiye örneğine özel değildir (Kandiyoti, 1991). Örneğin Halkias (2003), Yunanistan örneğinde, ulusal kimlik ile üremenin nasıl ilişkilendirildiğini ortaya koymuştur. Bu çalışmaya göre, Yunanistan’da milliyetçi söylemler ve “en azından bir çocuk sahibi olmayı” teşvik eden politikalar, kadınların çocuk sahibi olmanın elzem olduğunu içselleştirmelerine ve bu gerekliliği ulusal kimlik ile ilişkili görmelerine neden olmuştur. Yine de, Türkiye örneğinde, görünürde birbiriyle çelişkili olarak algılanan modern değerler ile geleneksel ataerkil değerlerin farklı bağlamlarda farklı şekiller alan alışverişi, incelenmeye değer desenler çizmekte, kadınların gündelik yaşamlarında da etkili olmaktadır. Doğumun Türkiye’de keskin bir şekilde medikalize olması da, kadınların hayatı üzerinde etkili olan bu bağlamlardan birini oluşturur. Modern bir kavram olan “medikalizasyon” ile üremeye ataerkil bakış açısının karşılıklı etkileşimini ortaya koymak amacıyla, öncelikle doğumun medikalizasyonu üzerine tartışmaları irdeliyoruz.

## DOĞUMUN MEDİKALİZASYONU

“Medikalizasyon” kavramı, en genel anlamıyla, belirli pratikleri, deneyimleri ve davranışları, tıbbın otorite alanına tabi kılmak olarak tanımlanabilir. Kohler Riessman (2003), medikalizasyonun tanımında, birbiriyle bağlantılı iki sürecin olduğunu belirtir: birincisi, bazı davranış ya da durumların sağlığa ve hastalığa referans veren kavramlarla tanımlanmaya başlanması; ikincisi ise, tıbbın, toplum normlarına uymayan, “sorunlu” görülen deneyimleri kontrol altına almak için işe koşulmasıdır (s.47).

Dolayısıyla, medikalizasyon kavramı, bedenler ve gündelik deneyimler üzerinde tıp yolu ile kontrol tesis edilmesine ilişkin çağrışımlarla yüküldür. Foucault’nun çalışmaları, medikalizasyona bu perspektiften bakışın temel çerçevesini çizerken, aynı zamanda bedenlerin kontrol ve disiplininin modern kurumlar ile ilişkisini anlamamızı sağlar (1973, 1979). Foucault’ya göre, hastane, ordu, okul gibi modern kurumlar, bedeni daha verimli hale getirmek, “uysal bedenler” yaratmak amacını taşırlar (Foucault, 1979). Bartky (2003), Foucault’yu feminist perspektiften eleştirirken, onun modern disiplin ve kontrol mekanizmalarına ilişkin analizlerinde toplumsal cinsiyet boyutunun azımsandığını savunur; ataerkil hakimiyetin modernleştiğinin altının çizilmesi gerektiğini belirtir.

Doğumun medikalizasyonunu incelemek, modern disiplin ve kontrol mekanizmalarının işleyişine toplumsal cinsiyet açısından bakmak; kadınların bedenlerinin ve deneyimlerinin nasıl etkilendiğini görmek açısından bir fırsat sağlar. Tıpta toplumsal cinsiyet ilişkilerini irdelleyen literatürde, bu alanda erkek hakimiyetinin, kadınların aldığı sağlık hizmetlerini nasıl etkilediği konusu tartışılmaktadır (Corea, 1985; Dan & Lewis, 1992; Fisher, 1986). 17. yüzyılın sonlarına doğru Batı’da kadın bedeninin tıbbi bir obje olarak görülmeye başlandığı, günümüze uzanan dönem içerisinde hamilelik, menopoz gibi süreçlerin giderek daha fazla tıbbi kontrole tabi tutulduğu belirtilmekte, 20. yüzyılda kadın bedeninin üreme işlevlerinin medikalizasyonunun daha da arttığı savunulmaktadır (Greil, 1991). Bu süreç içerisinde doğum, “sosyal doğum”dan “tıbbi doğum”a doğru evrilmiş; evde yapılan doğumların yerini hastanede yapılan doğumlar almıştır.

Hamilelik ve doğumun medikalizasyonu, kadınların bedenleri üzerindeki kontrollerinin sınırlandığı savıyla eleştirilmiş, medikalizasyonun ataerkil bir süreç olduğu belirtilmiştir. Bu sava göre, hamileliği bir “hastalık” ya da anormallik olarak değerlendirmek, kadınların üreme sistemlerinin ve dolayısıyla anatomilerinin kurbanı oldukları algısını yansıtmaktadır. Bu şekilde kadın bedeninin özerkliği ihlal edilmektedir (Cahill, 2001, s.334). Kohler Riessman’a (2003) göre, hamileliğin ve doğumun medikalizasyonunda, kadın doğum doktorlarının normal bir hamilelik sürecinin “kural değil istisna” olduğu algısını hakim kılmalarının da etkisi vardır (Kohler Riessman 2003, s.51). Kadınlar, güvenli bir hamilelik süreci geçirme ve güvenli doğum yapma isteğiyle, bu süreçte pasif ve bağımlı bir rolü kabul etmektedirler (Cahill, 2001). Zadoroznyj de (1999), tıbbi söylemin, doğumu olduğundan daha “riskli bir süreç” olarak kurgulayarak aşırı tıbbi müdahaleleri meşrulaştırdığını iddia eder (s. 268). Lazarus ise, kadınların, hekimlerin verdikleri talimatları sıkı sıkıya uygulamadıkları takdirde doğabilecek komplikasyonlardan sorumlu tutulma kaygısı yaşadıklarını belirtmektedir (alıntılayan Liamputtong, 2005).

Şüphesiz ki, doğumun medikalizasyonunda, kadınların tutumlarının da etkisi olmuştur. Örneğin Batı dünyasında kadınların özellikle 20. yüzyılın başından itibaren, biyolojik süreçlerin hayatlarındaki etkisini hafifletmek için doğumun medikalizasyonuna rıza gösterdikleri, hatta bunu destekledikleri belirtilmektedir (Kohler Riessman, 2003). Ancak bu durum, “paradoksal bir biçimde kadınların deneyimlerinin biyomedikal kontrolüne yol açmıştır” (s.59). Benzer bir şekilde Davis-Floyd’un (1994) çalışması da, ABD’de orta sınıf kadınların, medikalizasyonu, bedenleri üzerindeki kontrolün kaybı değil, aksine doğum deneyimini daha fazla kontrol altına alma ve güçlenme olarak algıladıklarını ortaya koymaktadır. Bu algı, kadınların doğum sürecinde mümkün olan en güncel teknolojileri kullanma ve bu şekilde kontrolü ellerinde hissetme isteğinden kaynaklanmaktadır. Öte yandan, farklı toplumlarda yapılan araştırmalar farklı sonuçlar da verebilir: Örneğin, Parry (2008) Kanada’daki çalışmasında, bu ülkede pek çok kadının ebe yardımıyla doğumu tercih ederek medikalizasyona direndikleri sonucuna ulaşmaktadır.

Doğumun medikalizasyonu sürecinde kadınları pasif “kurbanlar” olarak ele almak yerine onların sürecin aktörleri olarak aktif rollerine değinen yaklaşımlar, bu sürecin hızlanmasının nedenlerini daha iyi anlamamızı sağlayacaktır. Konuya bu perspektiften yaklaşan Behague (2002), Brezilya’da sezaryen doğumların çok yüksek oranlara ulaşmasının nedenlerini irdelediği çalışmasında, yüksek sezaryen oranlarının, hekimlerden ziyade doğum yapan kadınların taleplerinden kaynaklandığını belirtir. Behague’nin argümanına göre, Brezilya’da devlet hastanelerinde yapılan normal doğumlara ilişkin tatsız tecrübeler, halk arasında yaygın biçimde duyulmaktadır ve kadınlar benzer tecrübelerden kaçınmak için sezaryen istemektedirler. Bunun yanı sıra, söz konusu toplumda, sezaryenle doğum yapmış olmak bir statü göstergesi sayılmaktadır.

Yukarıdaki tartışmada da görüldüğü gibi, doğumun medikalizasyonuna ilişkin literatür, bu olguya oldukça eleştirel bir gözle bakmakta, bu süreçteki güç ilişkilerine yoğunlaşmaktadır. Türkiye’de de doğumun medikalizasyonu çarpıcı bir artış göstermektedir ancak bu konu eleştirel bir perspektiften değerlendirilmemiştir. Doğumun medikalizasyonundaki artış, hastane doğumları ve sezaryenle yapılan doğumların oranlarının artışında açıkça görülmektedir. 2003 yılı verileri, tüm doğumların yüzde 79.8’inin sağlık kuruluşlarında gerçekleştiğini gösterirken 2008 yılında bu oran yüzde 89.7’ye yükselmiştir (Hacettepe Üni. Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, 2004, 2009). 2003 istatistikleri, sezaryenle yapılan doğumların tüm doğumların yüzde 21.2’sini oluşturduğunu gösterir. Dünya Sağlık Örgütü standartlarına göre, bu oranın yüzde 15’i geçmemesi tavsiye edilmektedir. Ancak sezaryenle doğum oranı, 2003’ten beri de son derece keskin bir artış göstermiştir: Hacettepe Nüfus Etüdüleri Enstitüsü’nün 2008 yılı verilerini içeren raporuna göre, 2003-2008 arasında sezaryen ile yapılan doğum oranlarının beş yıllık ortalaması, yüzde 37’dir. İlk doğumların yüzde 45’i sezaryen ile yapılmış, sezaryen ile doğum oranı kentlerde yüzde 42 olarak gerçekleşmiştir. Üstelik bu oranın, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri dışındaki tüm bölgelerde yüzde 40’ın üzerinde olduğu tespit edilmiştir (Hacettepe Üni. Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, 2009, s.152).

**TABLO 1 1998-2008 arası sezaryen ile doğum oranları**

Yıl	1998	2003	2008
Sezaryen ile yapılan doğumların tüm doğumlara oranı	%13.9	%21.2	%37

Kaynak: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 1998, 2003, 2008.

Ankara'da bir eğitim hastanesinde yapılan çalışma (Tatar ve diğerleri, 2000), sezaryen ile doğum yapan kadınların ağırlıklı olarak doğum deneyimlerinden hoşnutsuz olduklarını ortaya koymuştur. Çalışmanın yazarları, sezaryen ile doğumlara ilişkin sorunların boyutlarının anlaşılması için, konuya, hastaların bakış açısını da dikkate alarak niteliksel ve sosyolojik bir perspektiften bakmasının gerekliliğini vurgulamaktadırlar. Bizim çalışmamız da bu yönde bir adımdır. Türkiye'de doğum sürecinde hızlı medikalizasyon eğiliminin ardındaki sosyal dinamikler yeterince incelenmemiştir. Temel amacımız, Türkiye bağlamında bu dinamiklerin anlaşılmasına katkıda bulunmaktır.

## METODOLOJİ

Bu çalışmada, kadınların tıbbi kurumlarla doğum süreci ve üreme fonksiyonlarına ilişkin olarak yaşadıkları deneyimlerin yanı sıra, hekimlerin ve ebe hemşirelerin perspektiflerine niteliksel bir metodoloji ile yaklaşmaktayız. Bu bağlamda, İstanbul, Ankara ve İzmir'de düzenlenmiş olan toplam 15 odak gruptan elde edilen verilerden yararlanıyoruz. Bu veriler, merkezi Kanada'da bulunan International Development and Research Center (Uluslararası Kalkınma ve Araştırma Merkezi - IDRC) tarafından desteklenen ve 1996 yılında düzenlenen araştırma çerçevesinde elde edilmiştir. Bu çalışmada, söz konusu verileri yeni bir çerçevede analiz etmekteyiz. Sağlık hizmeti alan kadınların, hekimlerin ve ebe hemşirelerin çocuk doğumuna ilişkin bu çalışmada irdelenen perspektifleri, günümüzde medikalizasyonun anlaşılması açısından büyük önem kazanmıştır. Nitekim Tablo 1'de de görüldüğü gibi, 1990'lı yıllardan bu yana sezaryen ile doğum oranları istikrarlı ve çarpıcı bir biçimde artmıştır. Bu nedenle çalışmada kullanılan veriler, bu artışın ardındaki sosyal dinamikleri kavramamıza yardımcıdır.

Araştırma kapsamında kullanılan odak grup metodu, katılımcıların deneyimlerinin ve o deneyimlere ilişkin geliştirdikleri bakış açılarının tartışılması ve anlaşılması için elverişli bir methodur (Kruger, 1988; Morgan, 1988, 1993; Stewart ve Shamdasani, 1990). Odak gruplar, farklı deneyimler arasındaki ortak dinamikleri kavramak için de pek çok fırsat sunar (Wilkinson, 2004). Araştırma boyunca hekimlerle, ebe hemşirelerle ve üreme ile ilgili herhangi bir konuda sağlık hizmeti almış olan kadınlarla ayrı ayrı odak grup çalışmaları yapılmıştır. Odak gruplara katılan kadınların büyük çoğunluğu en az bir kez doğum yapmış kadınlardır. Bu odak gruplarda, kadınlardan doğum deneyimlerini, nasıl bir ortamda doğum yapacaklarına karar verme süreçlerini anlatmaları ve tartışmaları istenmiştir. Hekimlerle ve ebe hemşirelerle yapılan odak gruplarda ise, katılımcıların, hizmet verdikleri kişilerle olan sosyal etkileşimlerinin yanı sıra, doğum sürecine ilişkin fikirleri, tavır ve deneyimleri de irdelenmiştir. Odak grupların İzmir, Ankara ve İstanbul'da düzenlenmesinin nedeni, hem nüfusun en yoğun olduğu üç kent olma özellikleri, hem de farklı yörelerden göç alıyor olmalarıdır. Niteliksel bir araştırma olan bu çalışmada temsiliyet iddiası olmamakla birlikte, belli bir çeşitlilik bu şekilde yakalanmaya çalışılmıştır.

15 odak grubun dokuzu, üremeye ilişkin sağlık hizmeti alan ve doğum yapmış kadınların katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Bu gruplarda eğitim faktörü kontrol edilmiş; okuryazar olmayan kadınlarla, 5-11 yıl arası eğitim görmüş kadınlarla ve yüksek eğitim görmüş kadınlarla ayrı ayrı üçer odak grup toplantısı yapılmıştır. Diğer odak grup toplantılarının dördü kadın üreme sağlığına ilişkin hizmet veren hekimlerle, ikisi de ebe hemşirelerle gerçekleştirilmiştir.

Odak grup çalışmalarından elde edilen verileri şu noktalara referansla analiz etmekteyiz: (1) kadınların hastane ortamına ilişkin anlatıları ve doğum deneyimleri, (2) kadınların tıbbi personele, özellikle de hekimlere ilişkin anlatıları, (3) hekimlerin ve ebe hemşirelerin doğumun medikalizasyonuna ilişkin görüşleri, (4) hekimlerin ve ebe hemşirelerin hizmet verdikleri kişilerle ilişkileri.



## KADINLARIN BAKIŞ AÇISINDAN

### **Hastane: Konfor mu hayalkırıklığı mı?**

Carol Delaney (2001), "Tohum ve Toprak" adlı eserinde, saha çalışmasını yaptığı köyde tanıdığı bir hamile kadının öyküsünü anlatır. Bu genç kadın, iyi bir tıbbi hizmetin yanı sıra saygı ve ilgi görme umuduyla, köydeki diğerlerinin aksine kentteki bir hastanede doğum yapmak istemiştir:

"Modernliğe doğru heyecanlı bir yolculuk olarak başlayan macera, acı bir hayal kırıklığıyla sona erdi. Eğitimli doktorların kadınlara köydekilerden daha saygılı davranacaklarını ummuştum ama bu hayali tuzla buz oldu. 'Hepimiz insanız ama sanki ben insan değilmişim gibi davrandılar'. Hastane yönetimine bir şikayet mektubu yazmaya niyetlendi ama biraz düşününce bundan vazgeçti. 'Köylü kadını kim dinler?' " (Delaney, 2001, s.84).

"Modern" doğum ortamına ilişkin bu hayalkırıklığı, bizim çalışmamızda da pek çok kadının anlatısında ortaya çıktı. Bu anlatılarda, hastanedeki prosedürlerin, kişiyi kimliğinin öğelerinden sıyrarak "bütüncü kurum"ların (Goffman, 1961) özelliklerini örneklediklerini görmek mümkün. Hem geleneksel hem de modern değerler bağlamında doğum yapmanın, kadına statü sağlaması beklenir. Hastanede karşılaşılan olumsuz tavırlar ise, kadınların beklentilerinin karşılıksız kalmasına ve mutsuz bir doğum deneyimine neden olmaktadır. Araştırmamıza katılan bir katılımcı, devlet hastanesinde doğum yaparken karşılaştığı muamelenin yarattığı hayalkırıklığını şu sözlerle anlatıyor:

"Hastanede oldun mu herkes yabancı olduğu için... bir doktor korkusu var bizde. Bir hemşire korkusu var. Bağırıcaksın azarlıyorlar. Ne bağırıyorsun ne şey yapıyorsun falan diye. Ne bileyim insan o anda canın derdine düşünce bu acıdan kurtulayım diye ama sonradan zoruna gidiyor. İşte niye bağırıyor niye şey yapıyor... Candan can çıkıyor! Ne bileyim öyle doğum hemşiresi filan olsaydı kesinlikle rahat ederdim. Hastanede hiç rahat olmuyor. İnsana değer vermiyorlar. Öyle dışarıdan görüldüğü gibi değil".

Bulgularımız, pek çok katılımcının devlet hastanesindeki ortamdan ve doğum sırasında hekimin ilgisinden memnun olmadıklarını ortaya koyuyor. Katılımcıların anlatılarındaki belirgin bir örüntü, özellikle pek çok başka kadınla aynı odada doğum yapmanın bir hüsrans hissi yarattığı yönünde:

"Doğumhaneye götürdüler. Baktım üç beş kişi birden doğum yapıyor. Tabi gördüğüm manzara beni mahvetti. Ama ne yapacağız, sonuçta doğuracağız iyi veya kötü."

Pek çok kadının bir arada doğum yaptığı doğum odaları ile ilgili anlatılar, odak grup toplantılarında en sık gündeme gelen konular arasındaydı. Örneğin pek çok kadın doğum yaptığı esnada kendisiyle yeterince ilgilenilmediğinden yakındı; 30 kadın ile birlikte doğum yaptığı aynı odada yalnızca bir tek hekimin mevcut bulunduğunu anlatan bir katılımcı da oldu. Devlet hastanelerinde doğum yapmış olan hemen hemen tüm katılımcılar, bu konuyla ilgili tecrübelerini tatsız tecrübeler olarak dillendirdiler. Ancak buna karşın, tıbbi hizmetin kalitesinin sorgulanmadığını, aksine hastane doğumlarını yine de "norm" olarak kabul edildiğini de anlatılarda gözlemlemek mümkün:

"Şimdi artık köyde olmaz o iş. O kadar hastalık var. Hastaneye gitmek mecburi artık yani. Şehirde doğum yapmak lazım".

Bazı katılımcılar, köyde doğum yapmaları halinde, doğumun hemen ardından yapmaları beklenen gündelik işlerin başına dönmek zorunda kaldıklarını, oysa hastanede doğum yapınca biraz dinlenip bakım görme imkanı bulduklarını anlattılar. Bu katılımcılar için hastanede doğurmak bu nedenle tercih sebebiydi:

"Doğum kolay oluyor. Ama sonra bakım hiç olmuyor. Gelin yatmaz, oturmaz, yemez, iş görür. Her işe gelin koşar. Doğurmuş, doğurmamış, çocuk ağlarmış... Orada hiç bakım olmadığı için çocuk hastalık kapıyor. Bir tanesi doğumdan sonra 8 ay yaşadı öldü. O çocuğa belki 10 kere meme vermedim. O çocuğa meme verdirmezler. Çok iş var diye".

Katılımcılar arasında, doğumu riskli bir olay olarak görmeleri nedeniyle hastane doğumunun alternatifini olmadığını düşünen kadınlar çoğunlukta. Bulgularımız, özellikle sezaryenle doğum yapan ya da bu yolla doğum yapmak isteyen kadınların, normal (vajinal) doğumu da riskli bir olay olarak algılamakta olduklarına işaret etmektedir:

“Sezaryenler bebeğin beyni için daha iyiymiş. Hem şekli de daha iyi çıkıyor. Normal doğumda basınç oluyormuş. Oksijen gitmeyebilir. Riskli yani”.

Bir başka katılımcı da, vajinal doğum sürecinde “belirsizlik” yaşandığını, sezaryen doğumun ise tüm süreci öngörülebilir kılarak doğumu güvenli hale getirdiğini savundu:

“Aslında sezaryen iyi oldu. Normal doğumda ne olacak, ne zaman olacak bilemiyorsun. Daha çok korkuyor insan. Özellikle de bebeğin sağlığı için”.

### **Hekimlerle ilişkiler**

Araştırmaya katılan kadınların, özellikle de devlet hastanelerinde doğum yapanların hamilelik ve doğum sürecinde hekimlerle ilişkilerine dair anlatıları, bu ilişkilerin utanma, saygı ve korku hisleri etrafında yaşandığını göstermektedir. Özellikle de erkek hekimlerle olan ilişkilerde, rahatsızlık ve utanma duygusu baskındır. Ancak anlatılar, bu duyguların yalnızca erkek hekimlerin toplumsal cinsiyet kimliklerinden kaynaklanmadığını, duyarsız tavırların, sözlerin ve şakaların rahatsızlığı artırdığını göstermektedir. Odak grup görüşmelerinde, cinselliğe ilişkin rahatsız edici bazı şakaların hekimler ve yardımcı personel arasında “klişe” hale geldiğinden bahsedilmiş, “mahremiyet ve haysiyet”e saygının önemi katılımcılar tarafından defalarca vurgulanmıştır:

“... Hastanesi’nde. Çocuk için, tedavi açısından çok iyi bir hastane. Fakat ortamı görüyorsunuz. Doktorlar size bağıyor, siz de onlara. “Bu işi yaparken bana mı danıştın?” diyorlar.

- Çok çirkin.
- Psikolojik baskısı çok”.

Devlet hastanelerinde hekimler tarafından azarlanmak, anlatılarda sık sık dile getirilen ortak tecrübeler arasındadır. Bu ve benzeri tavırlarla kimi zaman doğum esnasında da karşılaşıldığı anlaşılmaktadır:

“SSK hastanesinde doğurdum ben. Yataktayım, doğuruyorum. İki doktor hiç bir şey yokmuş gibi orada oturuyorlar. Bir tanesi “Bağırmasana be. Bağırırsan bakmam” dedi. Bebek geliyor nasıl bağırman!”

Katılımcılar, yukarıdaki örneklerde de görüldüğü gibi, hamilelik ve doğum süreçlerinde hastanelerde haysiyet kırıcı tavırlarla karşılaştıklarından ve doğum sırasında yeterli ilgi ve bakımı görmediklerinden yakınmaktadır. Ancak yine de hekimin doğum yapılan ortamdaki mevcudiyeti, güven sağlayan bir faktör olarak görülmektedir:

“Doktora orada bir güven var. Aslında yine aynı şekilde sancuları biz hep kendimiz çekiyoruz. Yardım eden yok yani”.

“- Biz doktorlara güveniriz.

- İnanmamamız mümkün değil. Çünkü ne olursa olsun onların bilgisi daha iyidir. Yani insan sağlığına önem vermeseler de en azından bir güvendir. İnsana bir güvendir. Ben böyle düşünüyorum”.

Devlet hastanelerindeki deneyimlerin aksine, özel hastanelerde doğum yapan katılımcıların anlatıları nispeten olumlu deneyimlere işaret etmektedir:

“Devlet hastanesinde... hemşireler solucanlara muhtemelen daha iyi davranıyordu. Özel hastanelerde ki özel hastane olarak .....’e ve .....’a gittim. Oralarda gördüğümüz muamele bambaşkaydı”.

## HEKİMLERİN VE EBE HEMŞİRELERİN BAKIŞ AÇISINDAN

### “Hastane” ve doğumun medikalizasyonu

Hekimlerle düzenlenen odak grup çalışmalarında ortaya çıkan net bir eğilim, çocuk doğumunun son derece riskli bir olay olarak algılama eğilimidir. Bu nedenle araştırmaya katılan hemen hemen tüm hekimler, hastanede doğum yapmayı elzem gördüklerini belirtmekte ve ev doğumlarının çok tehlikeli olduğunu söylemektedirler.

“Doğum riskli bir olaydır. Doğum var, doğum yaptığında kadının... mesela çocuk birdenbire içerde ölebilir. Siz hiçbir şey yapamazsınız. Bazen rahim de çıkabilir... bacağı da... Hiçbir şey yapamazsınız. Binde bir. Ama binde bir sizin başınıza gelirse.”

Hekimlerin önemli bir çoğunluğu, sezaryen ile doğum yapmanın vajinal doğuma kıyasla daha sağlıklı ya da “sorunsuz” olduğunu işaret etmişlerdir. Bu anlatılarda, sezaryen ile doğum yaptırmanın daha rahat kontrol edilebildiği ve öngörülebilir olduğu vurgulanmaktadır:

“Olması lazım gelen nedir dersiniz, sezaryendir. Sezaryende hem anne hırpalanmıyor hem bebek hırpalanmıyor. Doğum randevulu oluyor. Kararsız kalmıyorsunuz. İşte arkadaşımızın dediği gibi saçları o yüzden ağarmış. Hakikaten bu doğum konusu öyledir. Yani gece yalnızsınız. Hasta karşınızda. Hastanın hayatı hakkında ölüm ve yaşam arasında karar veriyorsunuz. Ve hiç gereği yokken müdahale etmiş de olabilirsiniz. Hem o şekilde kritik durumdasınız hem de bir saniye geç kalsanız hayati tehlike yaratmış olabilirsiniz. Beklemekte de hatalısınız. Beklemeden onda da hatalı olabilirsiniz. Daima böyle sırat köprüsü üzerinde gibi. Ama sezaryen olduğu zaman hasta için de sizin için de problem değil. Hangi gün hangi saatte hastanın günü geldiyse karar vereceksiniz. Randevuyla hastaneye gidilecek”.

Araştırmaya katılan hekimlerden ikisi, sezaryen ile doğum yaptırmanın tercih edilme sebeplerini anlatırken, öngörülebilirliğin yanı sıra, sezaryenlerin zaman ve para açısından karlı olduklarının da altını çizmişlerdir.

“Özel hastanedeki hekim normal doğum yaptıracak olsa ilk eleme aşığı yukarı sekiz – on tane hastayla muayenhanede ilişkiniz olmayacak. Ücretiniz kırılacak, para kazanamayacaksınız. Diğer hastalarınız bekleyecek. Bir an evvel istiyorsunuz ki bu iş bitsin. Niye sabaha kadar bekleyeceksiniz. Bir an evvel bitsin. Nasılsa olacak. Onun için sezaryen isteyenleri pırt diye hemen yapıp geçiyorsunuz. Ben şahsen öyle davranıyorum”.

“Evde çoluk çocuğun ayrı... sizin uykunuz ayrı. On saat traş olmadan ter içinde bekleyin. Bu on saat sancı çektikten sonra hasta da doğum karşılığında “Allah razı olsun” demiyor ki. Çok çektim diyor, çok bağırıttın beni diyor, yani o kadar az teşekkür eden oluyor ki. Normal doğumdan sonra öyle ama sezaryende acı yok, beklemek yok. Parayı hiç söylemiyorum bile”.

### Hastalarla ilişkiler

Devlet hastanelerinde çalışan hekimlerin, hastalarıyla ilişkileri üzerine anlatıları, sağlık hizmeti alan kadınların hekimlerle ilişkilerine dair anlatılarını yalanlamamaktadır. Kadınların, doğum yapma süreçlerindeki tatsız tecrübeler olarak anlattıkları hasta-hekim ilişkilerini, hekimlerin anlatılarında bir başka bakış açısından takip etmek mümkündür. Örneğin bir hekim, hastaların bağırma ve haykırmalarını farklı bir açıdan değerlendirirken, neden yanıt verme sorumluluğu hissetmediğini de şöyle anlatmıştır:

“Bazı hasta hayatında ilk defa hastane görmüş oluyor. Köyden gelmiş, İstanbul’un varoşundan gelmiş. Uzaylı gibi hissediyor. Ondan bağırıyorlar, korkudan”.

Benzer bir bakış açısıyla, doğum sırasında bağırmanın doğal değil kültürel bir işaret olduğu da öne sürülmüştür:

“Ama yabancı hastalar mesela hiç bağırılmaz doğum esnasında. Bir şekilde yatağın kenarını ısırır, çarşafın kenarını. Bağıracağına sesini öyle gizler”.

Hekimlerin anlatılarında ortaya çıkan önemli bir eğilim, hastalara karşı sert davranışların birer “gereklilik” olarak anlaşıldığı yönündedir. Bir hekime göre, doğum sırasında hastaya vurmak da bu açıdan değerlendirilebilir:

“Serap yukarıdan bastırıyor, çocuk doğsun diye. Birdenbire kadın ambulans gibi bağırma başladı. Kadının memesine yapışmış, Serap da kadına vurdu. Şimdi bu kadına sorsanız, doğumevi çok kötü,

dövüyorlar der. Yani madalyonun iki yüzü var, kadınlar öyle memnun kalmış, böyle memnun kalmış..... Şimdi bu, hasta için kötü, hastaya bağırmış olmanız. Ama çocuk doğum kanalından bir an önce kurtarlarsa zeka seviyesi yükselir. Orada kaldığı müddetçe gerizekalı bir çocuk olmaya mahkum”.

Hekimlerle düzenlenen odak grup çalışmalarında öne çıkan bir başka bulgu da, hasta üzerinde hiyerarşik kontrol ve otorite sağlama eğiliminin güçlü olduğunu, bu eğilimin tıbbi bilgi ve uzmanlık çerçevesinde meşru görüldüğünü göstermektedir:

“Gebenin bize verebileceği hiçbir şey yok. Ama bizim ona verebileceğimiz herşeyimiz var. Bilgimiz var, yöntemimiz var, uygulamamız var, her şeyimiz var. Onun için bizim öne çıkmamız lazım. Yönlendirmemiz lazım”.

Araştırmaya katılan bir hekimin anlatısı, bu anlamda paradoksal bir tutuma işaret etmektedir: Bir yandan kontrolün hasta için “iyi ve gerekli” olduğunu söyleyen bu hekim, diğer yandan eğitilmiş hastalara aynı şekilde davranmaktan kaçındığını belirtmektedir:

“Kategori aşağı indikçe bizim hastaya olan hakimiyetimiz daha fazla artıyor. Ve biz rahat davranabiliyoruz hastaya karşı. Bir anlamda daha güvenli davranabiliyoruz yani hem kendimiz güvenli davranıyoruz ve alt tabakaya daha hakim olduğumuz için daha fazla ilgi de gösteriyoruz. Yani kendi yaptığımızı kendimiz kontrol etme, kendimiz denetleme gibi bir yaklaşım sergiliyoruz”.

Hekimler genel olarak tıbbi uzmanlıkları karşısında itaat bekleme konusunda mutabakat içindedirler. Ancak ebe hemşireler ile düzenlenen odak grup çalışmalarında, hastalarla ilişkiler konusunda özeleştirme ve sorgulamalar gündeme getirilmiş ve tartışılmıştır:

“.....Davrandığımı sanmayın, öyle davrananlar çoğunlukta ve ben, mesela o pozisyondayken kadının bacaklarına vuran çok insan gördüm. Bu ebesi olsun, hemşiresi olsun... çok hunharca davranıldığı zamanları gördüm.

- Neden böyle davranılıyor sence?
- Artık insanlar bir süre sonra kendilerini hiçbir şekilde engellemiyorlar ve karşısındakinin üstünde görüyorlar sanırım. Yani orada sana muhtaç bir insan var ve sen onu istediğin gibi şekillendirebilirsin.
- Sanki doğum sürecinde kadının yaşadıkları, başka herhangi bir acil durumla geldiğinde yaşadıklarından daha farklı, hatta daha aşağılayıcı gibi geliyor. Yanılıyor muyum?
- Yani evet, bu açıdan hiç düşünmemiştim açıkçası, ama mümkün”.

### **“Tohum”u doğru taşıma kaygısı**

Önceki bölümlerde görüldüğü gibi, araştırmaya katılan ve doğum süreçleriyle ilgili deneyimlerini anlatan kadınların anlatılarında, özellikle devlet hastaneleriyle ilgili olumsuz deneyimlere rastlamaktayız. Buna rağmen, mecbur kalınmadıkça hastane dışında herhangi bir ortamda doğum yapmanın asla düşünülmediğine de, yine önceki bölümlerde değinmiştik. Şüphesiz ki bunun en önemli nedenlerinden biri, doğumun riskli olduğu düşüncesidir. Bunun yanı sıra, pek çok katılımcı kadının, bebeğin sağlığı ile ilgili kaygılar doğrultusunda hareket ettikleri, bu nedenle doğum sürecini nasıl yaşamak istedikleriyle ilgili düşüncelerini geri plana attıkları da, araştırmanın bulguları arasındadır.

“O kadar çok şeyle karşılaşılıyor ki bebeğin sağlığını düşünüyorum. Yani kendi sağlığımı değil de bebeğimin sağlığını düşünüyorum. Doğum anında herşey olabilir, çocuk benim için çok önemli. Yani ben kendimi çocuğun yaşamına endeksledim.”

Bir başka katılımcının, hamileliğin bir hastalık olduğu algısı ile fetüsün bedenine yabancı, “dışsal” bir varlık olduğu algısı arasında kurduğu ilişki çarpıcıdır:

“Hamileliğe dair hiç böyle özel duygular yaşamadım. Hamileliğimi bir hastalık olarak gördüm. Ve de çok ilgi göstereceğim bir şey. Çünkü zaten hamile olana kadar üç tane ameliyat geçirmiş durumdaydım. Sonuçta, doğum yapmak kadınlara mahsus bir şey ve güzel bir şey olduğunu da biliyorum, ama hassas duygular yaşamadım. Birinin bana bu anlamda özel bir ilgi göstermesini bekledim. Mesela seni dinlerken çok şaşırımdı (bir başka odak grup katılımcısına) korkunç bir sahiplenme var, kendine ait bir şey olarak görüyorsun. Muhtemelen bu, çocukla olan ilişkisinde sorun yaratacak bir şey”.

Sosyal sınıf ve eğitim düzeyi anlamında avantajlı bir konumda olan bu katılımcı, aynı zamanda hamileliğini, aile bireylerinden özel ilgi ve bakım talep etmek için bir neden olarak gördüğünü ifade etmiştir. Bourqie (1990) Fas'ta kadınlar üzerine yaptığı çalışmada, kadınların üreme fonksiyonlarını, statülerini müzakere etmek ve arzularını dile getirmek için bir araç olarak kullandıklarını iddia eder. Bu çalışmaya göre, hamileliğin bu şekilde "kullanılması", kadının, hamile olmadığı sürece kendini kısıtlı hissettiği ve isteklerini dile getiremediği anlamına gelmektedir.

Bazı durumlarda, doğum yapılacak olan ortamı kadının seçemediğini de görmekteyiz. Evde doğum yapmak istediğini söyleyen katılımcılarımızdan biri, kocasının hastane tercihini kabul etmek zorunda kaldığını anlattı:

"Çok acı çektim. Evde olsa belki daha iyi olurdu. Orada beyim müsaade etmedi.

- Evde olsa daha mı az sancılı olur ki?

- Yani daha rahat olurum diye düşündüm. Çok ısrar ettim ama istemedi şey ayarlayalım hemşire filan eve gelsin dedim istemedi. Böylelikle hastanede doğum yaptım".

-

Anlatılarda, erkeklerin üremeye ilişkin tüm konulardaki tercihlerinin kadınlar üzerinde etkili olduğu da görülmektedir. Üniversite eğitimi görmüş orta sınıf bir kadın katılımcı, "eğitimsiz" olarak tanımladığı kuzeninin bu konudaki deneyimini şu sözlerle anlattı:

"Benim kuzenim... 2. doğumu zor oldu, sezaryenle alındı. Bu arada birkaç düşük yaptı, rahmi çok kötü hale gelmiş. Bir daha doğum yapmayı düşünüyor musun, hayır diyor kadın. Peki o zaman bağlayalım mı diye soruyorlar. Kadın karar veremiyor, eşyle karar vermek istiyor. Sonuçta onun doğum yapması risk, adam belki başka birinden çocuk sahibi olmayı isteyebilir vesaire. Ve adam izin vermiyor, hayır diyor ve kadın karara uyuyor. Birkaç yıl sonra tekrar hamile kalıyor, tekrar kürtaj oluyor. Bir gün banyo yaparken bir bakıyor kan gidiyor oluk oluk. Ve kadın, bedenine o kadar duyarsız vaziyette ki, ben şoka giriyorum. Hastaneye götürüyorum ve tekrar bir kürtaj oluyor, bir hafta içinde. Rahim çok fazla yumuşadığı için, kadın çok fazla kazıma yapamamış. Bunu da söylemiyor hastaya, ondan sonra kalan parça tekrar kanama yapıyor ve ikinci bir kürtaj olmak zorunda kalıyor".

Yukarıdaki anlatıda da görüldüğü gibi, erkeklerin çocuk yapabilme "kapasitesi" konusundaki hassasiyetleri, kimi zaman çocuk uğruna annenin sağlığının gözardı edilmesi gibi sonuçlara yol açabilmektedir. Bu durum, kadınların kendi bedenleri ve üreme fonksiyonları üzerindeki kontrollerini de tehdit etmektedir. Araştırmaya katılan hekimlerin de, özellikle hamilelik sürecinde komplikasyonlarla karşılaştığı durumlarda, bu hakimiyeti pekiştirebilecek bazı kararlar alabildiklerini görmekteyiz.

"- Diyelim acil durum oldu, kadını muayene ediyorsun. "Kocam ne olur öğrenmesin" diyor. Hayır diyoruz biz de. Kocanın bilmesi lazım. Öteki türlü kabul edemeyiz. Birşey olursa sonra, fark ederse. Başımıza dert açabilir.

- Yasal olarak bir şey yapamaz ki.

- Olsun, yine de bilmesini istiyoruz."

Delaney (2001), Türk köy toplumuna ilişkin çalışmasında, çocuk yapabilmenin, erkeğin otoritesinin ve toplumdaki değerinin belirlenmesinde en önemli faktör olduğunu belirtmektedir (s.59). Erkeklerin üreme konusundaki bu hassasiyetleri, kadının üreme fonksiyonları üzerinde hakimiyet kurma eğilimlerine de yansımaktadır. Özellikle erkeğin üreme fonksiyonuyla ilgili bir tehlike söz konusu olduğu durumlarda, bu eğilim daha net gözlemlenmektedir. Bir hekim, bu olguyu şu sözlerle anlatmıştır:

"En zengin, en eğitilmiş insanlar da gurur meselesi yapıyor. Erkekler hep böyle yorumluyor. Sonuç kötüyse, hep takıntı yapıyor. Bir hastam vardı, karısında sorun yoktu. Her çeşit teste girdi. Sorun adamda belli ki. Bana gelir gelmez adam dedi ki, "Ben tedavi oldum, bende sorun yok". Test sonuçlarını bana göstermiyor da. Sonra akrabalarından öğrendim, önceden gördüğü tedavi işe yaramamış aslında."

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma bize göstermektedir ki, Türkiye’de devlet hastanelerinde yaşanan doğum süreçleri, genellikle olumsuz deneyimler şeklinde karşımıza çıkmakta, ancak bu deneyimleri yaşayan kadınlar, doğum yapmak için -özel hastanelerde doğum yapmak dışında- alternatif bir doğum deneyimi tahayyül etmemektedirler. Ayrıca sezaryen ile doğum yapmanın vajinal doğumdan daha güvenli olduğuna dair bir algı da dillendirilmektedir. Hekimlerin ilgisiz, hatta kimi zaman onur kırıcı şekilde davrandıklarından yakınılsa da, hastanelerdeki sağlık hizmetinin kalitesi derinlemesine sorgulanmamaktadır. Bu paradoksal görülen bulguların analizi, hızla artış gösteren sezaryen oranlarının ve doğumun medikalizasyonunun arkasındaki dinamikleri görmemize yardımcı olacaktır.

Bu bağlamda, odak gruplarda elde edilen anlatılarda öne çıkan ve birbiriyle etkileşim içinde olan üç ana temayı tartışıyoruz: (1) doğumun riskli olduğu algısı, (2) modern tıbbi otorite ile kadın cinselliğine yönelik ataerkil bakışın alışverişi, (3) “tohum” kavramına paralel olarak bebeğin kadından çok erkeğe ait olduğu algısı.

### **Riskli Doğum – Öngörülebilir Doğum**

Araştırmamızın bulgularına dayanarak, Türkiye’de kadınların, doğum sürecinin çok riskli olduğu düşüncesi ve güvenli bir doğum yapma kaygısıyla medikalizasyona rıza gösterdiklerini savunuyoruz.

Zadoroznyj (1999), tıbbi söylemde, doğumun olduğundan riskli bir olay olarak kurgulandığını, ölçsüz tıbbi müdahalelerin de bu şekilde meşrulaştırıldığını savunur. Hekimlerin anlatıları göz önüne alındığında, doğumu yüzlerce komplikasyon tehlikesi içeren riskli bir olay olarak gördüklerinden ve bu süreçte belirsizlik yaratabilecek durumlardan olabildiğince kaçınma eğiliminde olduklarından söz etmek mümkündür. Hatta bu durum, vajinal doğuma çekinceyle yaklaşılmasına neden olabilmektedir. Sezaryen ile doğum yaptırmayı tercih eden hekimlerin, iki çeşit motivasyonla hareket ettikleri söylenebilir. Birincisi pratik ve pragmatik kaygılardır: vajinal doğum uzun zaman alır, hekim tüm geceyi doğumda geçirebilir, doğum yapan kadın daha fazla acı çeker, hekim daha az ücret alır. İkinci olarak, hekimler, vajinal doğumun “öngörülemez” yapısına ilişkin de kaygı duymaktadırlar. Vajinal doğum, belirsiz durumlarda çeşitli kararlar almayı gerektirirken, sezaryen ile doğumların zamanı önceden bellidir, hekim randevu verir ve bebeği alır. Bu şekilde vajinal doğuma kıyasla belirsiz ve muğlak süreçlerden kaçınmak mümkün olur. Ancak bu iki farklı kaygı, ortak bir zemine oturmaktadır: Doğumu, belirsizliklerle örülü bir deneyim olmaksızın çıkarıp öngörülebilir, steril, üstelik zamanı önceden belirlenebilen cerrahi bir müdahaleye dönüştürme eğilimi.

### **Uzmanlığın dili**

Araştırmada hem üreme sağlığına ilişkin hizmet alan kadınların, hem de hekimlerin anlatıları, hekimlerin hasta ile iletişimlerinin hiyerarşik ve otoriter yapısına dikkat çekmektedir. Kadınların kendilerine sert, haysiyet kırıcı ya da ilgisiz davranıldığına ilişkin deneyimleri, hekimlerin tıbbi bilgi ve uzmanlıktan kaynaklanan otoritelerinin etkisiyle sarmalanmış halde dile getirilmektedir. Sağlık hizmeti alan kadınlar, hekimlerin bu tavırlarından yakınmakla beraber, tıbbi otoriteye saygı ya da kimi zaman otorite korkusu nedeniyle durumu kabullenmektedirler. Hastane ortamına mahkum ve muhtaç olma duygusu da, olumsuz ve kimi zaman haysiyet kırıcı tavırlara katlanma eğilimine yol açan faktörler arasındadır.

Araştırma katılımcısı kadınların anlatılarında, hastanede doğum yapmak, “modern hayat” ve modernlik “pake-tinin” olmazsa olmazları arasındadır. “Modern hastane” imajı, karşısında yer alan ev doğumu ve köyde gerçekleşen doğuma atfedilen imaj ile keskin bir tezat oluşturur. Nitekim ev doğumları, genellikle “ilkel”, “pis”, “korkutucu”, “geri” gibi imajlarla bezenmiştir. Türkiye’de modern hayatın gerekliliklerini yerine getirmek için ev içi alanı da dönüştürmeyi hedefleyen modernleşme söyleminin kadınlar üzerindeki etkileri bu konuda da kendini göstermektedir. Araştırmaya katılan kadınların hastane ve modern otorite karşısında korku, saygı ve itaat gibi karmaşık hislerini yansıtan deneyimlerini bu çerçeveden de değerlendirmek gerekmektedir. Delaney’nin (2001) işaret ettiği gibi, hastanede doğum yapmak, özellikle kırsal kesimde yaşayan kadın için, geleneksel/modern ikiliği ekseninde kurgulanan anlamlarla yüklü bir deneyim olabilmektedir.

Diğer yandan, hekimler de genellikle hastalarıyla olan ilişkilerinde oldukça “otoriter” tavırlar sergilediklerini inkar etmemekte, bu tavrı da tıbbi bilgilerine ve hastanın iyiliğini düşünerek hareket ettikleri argümanına dayanarak meşrulaştırmaktadırlar. Ancak bu tavırlar hastaların sosyoekonomik konumlarına bağlı olarak değişebilmekte, hastanın eğitim düzeyi, köy ya da kent kökenli olması belirleyici olabilmektedir. Hekimler ve ebe hemşirelerin hasta ile kurdukları ilişkilerdeki tavırlarını savunurken, “modern” ve “geleneksel” gibi kavramlara yüklü referanslar yapmaları da dikkat çekici bir bulgudur. Bu anlatılarda, fazla eğitilmiş olmayan ya da köyden gelen kişiler; modern bir binada nasıl davranılacağını, hekimlerle nasıl konuşulacağını bilmeyen, doğum sırasında gereksiz yere bağırarak gibi kontrolsüz davranışlar sergileyen kişiler olarak tasvir edilmekte, hastaların olumsuz olarak nitelendirildiği hekim davranışlarının gerekçeleri de bu tasvirlerle dayandırılmaktadır. Foucault’nun kavramını ödünç alacak olursak, köylülerin bedenleri henüz bu modern kuruma uyum sağlayacak şekilde disipline edilmemiş, yeniden düzenlenip “uysal”laştırılmamıştır.

“Modern” kavramına verilen bu yüklü referanslar, kadın cinselliğini hor gören bakış açısını da ortadan kaldırmaktadır. Bu bakış, kadınların anlatılarında önemli yer tutan haysiyet kırıcı şakalar, cinselliğe ve hamileliğe ilişkin rahatsız edici yorumlar, doğum sırasında bacaklara vurulması gibi deneyimlerde kendini göstermektedir. Bu anlatılarda, Bartky’nin (2003) altını çizdiği gibi, disipline edici bir süreç olan modernleşmenin, ataerkil hakimiyetin yeniden üretimi için fırsatlar barındırdığını görmekteyiz.

### ***Bir “tohum” olarak bebek***

Anlatılarda öne çıkan bir diğer eğilim de, fetüsün oluşumunda kadından çok erkeğin rolünün olduğuna ilişkin algıdır. Pek çok farklı anlamı olan bu algı, King (2008) ve Delaney’nin (1995, 2001) çalışmalarında vurgulandığı gibi, kadın bedeninin, soyun sınırlarını belirleyen “toprak” olarak görüldüğü, namusun taşıyıcısı olduğu algısı ile ilintilidir. Bu çalışmadaki savlarımızdan biri, fetüsün, erkeğin üzerinde daha fazla hak iddia edebileceği “tohum” olduğu düşüncesi ile doğumun medikalizasyonu arasında da bir ilişki olduğu yönündedir. Nitekim kadın bedeni doğum deneyiminde “ikincil” ve “dışsal” bir aktör olarak kurgulanmaktadır. Özellikle geniş aileyle birlikte yaşayan kadınlar, doğum sürecinde oluşabilecek herhangi bir komplikasyondan dolayı suçlanma endişesi ile hem tıbbi otoriteyi, hem de eşlerinin doğum süreci üzerindeki kontrollerini kabullenme eğilimi göstermektedirler. Kadın bedeni üzerinde benzer bir denetimin, üremeye ilişkin farklı sorunlar söz konusu olduğunda da kurulabildiği araştırmamızın bize gösterdiği bir başka bulgudur. Dolayısıyla, kadın bedeninin “toprak”, bebeğin ise o toprakta yetişen “tohum” olduğu algısının, kadın bedeni üzerindeki geleneksel ataerkil denetimin yanı sıra, modern denetimi de güçlendirdiğini ve doğumun medikalizasyonundaki hızlanmayı kolaylaştırdığını görmekteyiz.

## KAYNAKÇA

- Arat, Y. (1989) *The Patriarchal Paradox: Women Politicians in Turkey*. New Jersey, London, Ontario: Associated Press Inc.
- Arat, Y. (1997) 'The Project of Modernity and Women in Turkey', s. 95-111. S. Bozdoğan and R. Kasaba (der.), *Rethinking Modernity and National Identity in Turkey*. Seattle: University of Washington Press.
- Arat, Z. (1994) 'Turkish Women and the Republican Reconstruction of Tradition', s. 57-78. M. Göçek and S. Balaghi (der.), *Reconstructing Gender in the Middle East*. New York: Columbia University Press.
- Bartky, S. L. (2003) 'Foucault, Femininity, and the Modernization of Patriarchal Power', s. 25-45. R. Weitz (der.) *The Politics of Women's Bodies: Sexuality, Appearance and Behaviour*. New York & Oxford: Oxford University Press.
- Béhague, D. P. (2002) 'Beyond the Simple Economics of Cesarean Section Birthing: Women's Resistance to Social Inequality', *Culture, Medicine and Psychiatry* 26: 473-507.
- Bourqie, R. (1990) 'The Woman's Body: Strategy of Illness in Morocco'. Basılmamış konferans sunumu. *Towards More Efficiency in Women's Health and Child Survival Strategies—Combining Knowledge and Practical Solutions*. Kahire, Aralık 2-4, 1990.
- Cahill, H. (2001) 'Male Appropriation and Medicalization of Childbirth: A Historical Analysis', *Journal of Advanced Nursing*, 33(3): 334-342.
- Cindoğlu, D. and Moldenhauer J. A. (1998) 'Herstory of Modernization: Reflections on the Birthing Settings of Modern Turkey', Basılmamış konferans sunumu. *The Ninth International Congress On Women's Health Issues*, Alexandria Üniversitesi, Mısır, Haziran 22-25, 1998.
- Cindoglu, D., Cemrek M., Toktas S., Zencirci G. (2008) 'The Family in Turkey: The Battleground of the Modern and the Traditional', s. 235-265. C. Hennon and S. M. Wilson (der), *Families in a Global Context*. New York: Routledge.
- Corea, G. (1985) *The Hidden Malpractice: How American Medicine Mistreats Women*. New York: Colophon Books/Harper & Row Publishers.
- Crossley, M. L. (2007) 'Childbirth, Complications and the Illusion of 'Choice': A Case Study', *Feminism & Psychology*, 17(4): 543-563.
- Dan, A. J. and Lewis L. (1992) *Menstrual Health in Women's Lives*. Urbana and Chicago: University of Illinois Press.
- Davis-Floyd, R. E. (1994) 'The Technocratic Body: American Childbirth as Cultural Expression', *Social Science and Medicine*, 38(8): 1125-40.
- Delaney, C. (1995) 'Father State, Motherland, and the Birth of Modern Turkey', s.177-199. S. Yanagisako and C. Delaney (der.) *Naturalizing Power: Essays in Feminist Cultural Analysis*. New York and London: Routledge.
- Delaney, C. (2001) *Tohum ve Toprak: Türk Köy Toplumunda Cinsiyet ve Kozmoloji*. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Durakbaşa, A. (1987) *The Formation of Kemalist Female Identity*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Bogaziçi Üniversitesi.
- Durakbaşa, A. (1998) 'Kemalism as Identity Politics in Turkey', s. 139-155. Z. Arat (der.), *Deconstructing Images of the Turkish Women*. New York: St. Martin's Press.
- Ertürk, Y. (1991) 'Convergence and Divergence in the Status of Muslim Women: The Cases of Turkey and Saudi Arabia', *International Sociology* 6(1): 307-320.
- Fisher, S. (1986) *In the Patient's Best Interest: Women and the Politics of Medical Decisions*, 2nd edition. New Brunswick and London: Rutgers University Press.
- Foucault, M. (1973) *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*. New York: Pantheon.
- Foucault, M. (1979) *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. New York: Vintage.
- Goffman, E. (1961) *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Doubleday Anchor.
- Greil, A. L. (1991) *Not Yet Pregnant: Infertile Couples in Contemporary America*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (1999). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Macro International Inc., Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Ankara, Türkiye.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2004). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.



- Halkias, A. (2003) 'Money, God and Race: The Politics of Reproduction and the Nation in modern Greece', *European Journal of Women's Studies* 10(2): 211-232.
- Kandiyoti, D. (1987) 'Emancipated but Unliberated: Reflections on the Turkish Case', *Feminist Studies* 13(2): 317-338.
- Kandiyoti, D. (1991) 'Identity and Its Discontents: Women and the Nation', *Millennium: Journal of International Studies* 20(3): 429-444.
- King, D. E. (2008). 'The Personal is Patrilineal: Namus as Sovereignty', *Identities: Global Studies in Culture and Power* 15(3): 317-342.
- Kohler Riessman, C. (2003) 'Women and Medicalization: A New Perspective' içinde, s.46-63. Weitz, R. (der) *The Politics of Women's Bodies: Sexuality, Appearance and Behaviour*. New York and Oxford: Oxford University Press.
- Kruger, R. (1988) *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. Newberry Park, California: Sage Publications.
- Liamputtong, P. (2005) 'Birth and Social Class: Northern Thai Women's Lived Experiences of Caesarean and Vaginal Birth', *Sociology of Health & Illness* 27(2): 243-270.
- Martin, E. (1989) *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. London: Open University Press.
- Morgan, D. L. (1988) *Focus Groups as Qualitative Research: Qualitative Research Method Series 16*. Newberry Park, California: Sage Publications.
- Morgan, D. L. (ed.) (1993) *Successful Focus Groups: Advancing the State of Art*. Newberry Park, California: Sage Publications.
- Stewart, D.W., and P. N. Shamdasani, (1990). *Focus Groups: Theory and Practice*, Newberry Park, California: Sage Publications.
- Tatar, M., Gunalp, S., Somunoglu, S. and Demiroglu, A. (2000) 'Women's Perceptions of Caesarean Section: Reflections from a Turkish Teaching Hospital', *Social Science and Medicine* 50: 1227-33.
- Tekeli, Ş. (1982) *Kadınlar ve Siyasal/Toplumsal Hayat*. İstanbul: Birikim Yayinlari.
- Toktaş, Ş. and Cindoğlu, D. (2006) 'Modernization and Gender: A Study of Girl's Technical Education in Turkey since 1927', *Women's History Review* 15(5): 737-749.
- Öncü, A. (1981) 'Turkish Women in the Professions: Why So Many?' s.361-373. Abadan-Unat, N. (der.) *Women in Turkish Society*. Leiden: E. J. Brill.
- Wilkinson, S. (2004) 'Focus Group Research', s. 177-200. D. Silverman (der.) *Qualitative Research*. California: Sage Publications.
- Yuval-Davis, N. and Stetzler, M. (2002) 'Imagined Boundaries and Borders: A Gendered Gaze', *European Journal of Women's Studies* 9(3): 329-344.
- Zadoroznyj, M. (1999) 'Social Class, Social Selves and Social Control in Childbirth', *Sociology of Health and Illness* 21(3): 267-89.

## ABD Feminist Sağlık Merkezlerinin Tıbbileşme ile Başa Çıkma Stratejileri

Ayşe Dayı

Yar Doç, Towson Üniversitesi Kadın Çalışmaları Bölümü

Başkan, Ulusötesi Kadın Konuları Merkezi

adayi@towson.edu

### Özet

ABD’de kürtajın yasallaştığı Roe v. Wade kararına (22 Ocak 1973) yakın tarihlerde ortaya çıkan feminist sağlık merkezleri, 1960’ların sonu 70’lerin başında ivme kazanan ABD Kadın Sağlık Hareketi’nin değerlerinin hayata geçirildiği ve tıbbileşmeye karşı feminist yöntemlerin uygulandığı hareket örgütleridir. Feminist kliniklerin 90 sonrası durumlarını görmek; teknobilimsel biomedikalizasyon ve ileri kapitalist sağlık sistemi içinde tıbbileşme ile başa çıkma bulabilmek için, 2001-2002 yılları arasında ABD’nin doğu yakasında faaliyet gösteren iki feminist sağlık merkezi üzerinde mülakat, gözlem ve saha notlarına dayanan kalitatif bir çalışma yürüttüm. Bu makalede iki merkezin tıbbileşme ile (örgütsel/kurumsal seviyede) başa çıkma ve müzakere stratejileri tartışılıyor. Sheryl Ruzek’in kadın sağlığı konusunda ideal sağlık dünyaları ve bunların içinde feminist ortamları anlatırken kullandığı kriterlere uygun olarak bu çalışmadaki merkezlerin tıbbi otorite ile başa çıkma ve kendi içlerindeki tıbbileşme oranının da merkez içi ortamın düzenlenmesi, iş bölümü, üreme bilgisinin dağılımı, uygulamada tıbbi ve invazyoncu veya alternatif metotlara verilen ağırlık, hizmet verenler ve alan kadınlar arasındaki eşitlikçi ilişkiler olarak ortaya çıktı. Makalede bu yöntemlerin iki merkez arasında benzerlik ve farklılıkları, başarı ve sorunları tartışılıp, tıbbileşmenin tam başarısı için örgütsel yöntemlerin yanısıra kapitalist ekonomi, tıp ve kürtaj karşıtı hareketin etkileşimiyle oluşan dış/sosyal faktörlere müdahale etme gereğine de değiniliyor. Makalenin bir amacı da feminist üreme sağlığının işleyişini gözler önüne sererek, feminist kadın sağlığı merkezlerinin Türkiye’de uygulanabilecek yapılanma ve hizmet unsurlarını beraberce düşünebilmektir. Bunun için de bu sonuçları Türkiye’de kadın sağlığının tıbbileşmesinin tarihi ve bugünü, tıbbin neoliberal politikalar ve yeni muhafazakar sağ hareketin Türkiye’deki şekli ile etkileşiminin etrafında tekrar değerlendirmemiz gerekir.

**Anahtar kelimeler:** Kadın Sağlığı Hareketi, feminist klinikler, üreme sağlığı, tıbbileşme, doğum kontrolü

Formed around Roe v. Wade (January 22, 1973), the date for the legalization of abortion in the U.S., feminist health centers are significant movement organizations for the U.S. Women’s Health Movement that was launched in late 1960’s and early 70’s. Feminist health centers provided the testing grounds for the movement’s strategies, especially on demedicalization of women’s reproductive care. In an aim to investigate the state of feminist clinics after 1990’s and their negotiation of medical authority in a time of increased *technoscientific* biomedicalization, and capitalistic health care system in the U.S, in 2001-2002, I conducted a qualitative study of two feminist health centers the east coast of U.S. In line with the criteria Sheryl Ruzek discussed in differentiating ideal health worlds in women’s health care and feminist health worlds within these, in this research, I also found that the negotiation of medical authority/level of medicalization in both agencies was revealed in their arrangement of space/atmosphere, division of labor (level of specialization), distribution of knowledge, emphasis on medical and invasive versus alternative methods, and through more egalitarian relationship between providers and clients. In this paper, I discuss the similarities and differences, and success and challenges in using these demedicalization strategies. I also emphasize that for demedicalization strategies to fully succeed, in addition to the organizational level, one needs to also intervene at the social level (at the pressures emanating from the intersecting effects of medicine, capitalist economy, and the anti-abortion movement). One of the aims of the article is to provide for the Turkish context the inner workings of a feminist reproductive health care, to be able to imagine together the possible organizational structure and feminist care aspects applicable in Turkey. For this to happen though, we need to rethink/relocate these findings both within the history and current status of medicalization of women’s health in Turkey and interactions of medicine with the neoliberal economic policies and with the new right movement as it exists in Turkey.

**Keywords:** Women’s Health Movement, feminist health centers, reproductive health, medicalization, contraception

### ABD Kadın Sağlık Hareketi ve tıbbilesme eleştirisi

ABD Kadın Sağlık Hareketi (KSH) 1960'ların sonu/70'lerin başında ivme kazanan, kürtaj hakları, üreme özgürlüğü, saygın (*dignified*) ve erişilebilir hizmet hakkını savunan tabansal örgütlenen bir hareketti.<sup>1</sup> Hareketteki feministler doktor-hasta ilişkileri, doğum kontrolünün güvenliliği ve ulaşılabilirliği, zorla kısırlaştırma, doğumun tıbbilesmesi, gereksiz jinekolojik ve göğüs ameliyatları konularında<sup>2</sup>, tüm bunların ana sebebi olan kadınların normal üreme deneyimlerinin tıbbilesmesini içeren kapsamlı bir eleştiri getirdiler.<sup>3</sup> KSH savunucuları tıbbilesmede cinsiyetçiliğe dikkat çekerek kadınların tıp lisans kanunları ile sistematik olarak tıptan dışlanmalarını görünür hale getirip<sup>4</sup>, modern batı tıbbinin dayandığı, sağlığın sosyal faktörlerini dışlayan, patoloji ve hastalık üzerine kurulu biomedikal sistemi eleştirdiler<sup>5</sup>. Biomedikal sistemde normal üreme deneyimlerini yaşayan kadınlar 'hasta' olarak adlandırılır ve 'uzman' doktorların kadın sağlığı üzerindeki otoritesi haklı görülür<sup>6</sup>. Tıp ve kapitalizm arasındaki ilişkiyi de eleştiren KSH savunucuları, kadınların Amerikan sağlık sektöründe hem hizmet alan hem de çalışan konumunda sömürdüklerini gösterdiler. Sonraki eleştirilerde kapitalist tıp ve ilaç sektörü arasındaki kar arttırma amaçlı ilişkiyi ele aldılar.<sup>7</sup>

### Feminist klinikler: Medikal otorite ile müzakere

KSH savunucuları tıbbin kadın vücudu ve sağlık hizmetleri üzerindeki, kapitalist ve ataerkil güçlerle de beslenen otoritesini yıkmaya ve sağlık sisteminde yeniden yapılanmaya yönelik stratejiler geliştirdiler. Bu yöntemlerin önemli uygulama yerlerinden biri de ABD'de kürtajın yasallaştığı Roe vs. Wade kararına (22 Ocak 1973) yakın tarihlerde ortaya çıkan, kadınlar tarafından kurulup yönetilen sağlık merkezleri idi.<sup>8</sup> Bu merkezler içinde yer alan feminist sağlık merkezleri, kadınlara alternatif sağlık hizmetleri sunmakta ve feminist teori ve KSH'nin savunduğu değerler için uygulama alanı oluşturmaktaydı. Bu merkezleri feminist hareket örgütleri yapan öğeler: (1) Örgütte kadın egemenliği (*women-controlled centers*), (2) Doktora ihtiyaç duymadan kendi başına tedavi (*self-help*), (3) Kolektif örgütlenme biçimi ve oybirliği (*consensus*) ile karar almanın öne çıktığı eşitlikçi bir sistem, (4) Kadınların hizmet haklarının yerine kar amacını öne çıkararak kapitalist sağlık sistemine karşılık düşük fiyatlı hizmet vermeye önem gösterme, (5) feminist sağlık hizmetlerinin politik yönü ve (6) feminist işyerleri oluşlarıydı. Bu kliniklerin çoğu kürtaj ve doğum kontrolü hizmetleri vermekte, bazıları ise lezbiyen sağlığı, hamilelik hizmetleri,

1 Sandra Morgen "It was the best of times, it was the worst of times": emotional discourse in the work cultures of feminist health clinics" in *Feminist organizations: Harvest of the new women's movement* eds Myra Marx Ferree and Patricia Yancey Martin (Philadelphia: Temple University Press, 1995), 234-24.

2 Linda Gordon, *Woman's body, woman's right: Revised and updated: Birth control in America* (New York: Penguin Books, 1990). Sheryl Burt Ruzek, *The women's health movement: Feminist alternatives to medical control* (New York: Praeger Publications, 1978).

3 Tıbbilesme, hayatın giderek artan kısmının tıbbi otorite, yetki alanı ve uygulamaları altına girmesidir (Zola, 1972). Bunun sonucunda da tıbbi olmayan sorunlar hastalık veya bozukluk şekillerinde tanımlanır ve tedavi edilir ve bu sürece direnmek mantıksızlık, gericilik ve ahlaksızlık olarak görülür.

4 Barbara Ehrenreich & Deirdre English. *Witches, midwives, and nurses: A history of women healers*. Glass Mountain Pamphlet, no. 2. (Old Westbury, NY: The Feminist Press, 1972)

Judith Lorber "The doctor knows best: Gender and the medical encounter" in *Gender and the social construction of illness* Judith Lorber (Thousand Oaks, CA: Sage), 35-54.

5 Lorber, "The doctor knows best" Mary K. Zimmerman, & Shirley A. Hill "Reforming gendered health care: An assessment of change" *International Journal of Health Services* 30, no. 4 (2000): 771-795.

6 Lorber, "The doctor knows best" Ruzek, *The women's health movement*.

7 ABD'deki tıbbilesmenin, tıbbilesmeden tekno-bilimsel biomedikalleşmeye geçen tarihini tartışan daha yakın zamanlı teorisi ve eleştirisi için bakınız Clarke, Adele et al, "Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. Biomedicine" *American Sociological Review* 68 (April 2003): 161-194.

8 Sandra Morgen. *Into our own hands: The women's health movement in the United States, 1969-1990* (New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2002, 149).

doğal doğum dersleri, danışmanlık, masaj, psikoterapi ve tıp lisanssız personelin (*lay worker*)<sup>9</sup> kontrolünde yapay dölleme hizmetleri de sunmaktadır.<sup>10</sup>

### 1970-1990 arasında feminist klinikler

Feminist klinikler 1980'lerde yoğunlaşan iç ve dış baskılar sonucu örgüt yapıları ve tıbbileşme ile başa çıkma yöntemleri üzerinde değişiklikler yapmaya başladılar. Çoğu kolektiften daha hiyerarşik ve uzmanlığa dayanan yapılara dönüştü ve bir çoğunda oybirliği zaman kaybına yol açan verimsiz bir sistem olarak görülmeye başlandı. En büyük dış baskı Yeni Sağ (*New Right*)-'dan, özellikle de bunun içindeki kürtaj karşıtı hareketten geldi. Diğer dış baskılar ise devletin sağlık yönetmelikleri ve sağlık kurumunun ekonomik dayatmalarıydı. Klinikler üzerindeki ekonomik baskıların nedenleri sağlık hizmetlerinde 1960'larda başlayıp gittikçe artan fiyatlar (özellikle de meslek hatası sigortası, tesis sigortası, tıbbi malzeme fiyatları ve doktor ücretlerindeki artışlar), 1980'lerde Reagan döneminde federal fonların sağlık fonlarından çekilmesi ve kürtaj karşıtı eylemlerin yol açtığı masraflardı. Bunlar sağlık sistemine rekabete dayanan piyasa sistemini getirerek "yönetilen sağlık" (*managed care*) sistemi ve ilkelerinin kadın sağlığında uygulanmasına yol açtılar.<sup>11</sup>

Devletin baskısı ve ekonomik baskılarda, tıbbin örgütlenmiş gücünden geçen payı da vardı. Sağlık yönetmeliklerini belirleyen ve gözetken komitelerde güçlü bir temsile sahip olan doktorlar, klinikleri denetleme amacı ile, tıbbi lisans kanunlarında jinekolojik ve kürtaj hizmetlerinin sadece doktorlar tarafından verilmesi yönünde belirlenmesinde rol oynadılar ve doktorsuz/kendi başına tedaviyi gayrimeşrulaştırmaya yönelik kanunları desteklediler. Özel ve devlet sigortaları ödemelerinin sadece doktor tarafından verilen hizmetlerle sınırlanmasını teşvik ederek, doktorlar feminist kliniklerde tıp lisanssız personel kullanımında da azalmaya yol açtılar.

### Feminist merkezler ve tıbbin 21. yüzyıldaki izdüşümü

Feminist kliniklerin 90 sonrası durumlarını görmek; teknobilimsel biomedikalizasyon ve ileri kapitalist sağlık sistemi içinde tıbbileşme ile başa çıkmalarını bulabilmek için, 2001-2002 yılları arasında iki feminist sağlık merkezi üzerinde çalışma yürüttüm. Tıbbileşmenin ortadan kalkması kişilerarası, örgütsel, topluluk ve toplumsal düzeyleri içeren çok seviyeli bir süreç olmasına karşın, burada sadece örgütsel/kurumsal yöntemlere değineceğim. Amacım feminist üreme sağlığı hizmetlerinin iç işleyişini gözler önüne sererek, feminist kadın sağlığı merkezlerinin Türkiye'de uygulanabilecek yapılanma ve hizmet unsurlarını beraberce düşünebilmek. Burada kullanılan veriler: (a) merkez çalışanları ile (n=21) merkezlerden doğum kontrolü, jinekolojik ve kürtaj hizmetleri alan kadınlarla (n=24) yüz yüze mülakatlar, (b) kürtaj öncesi danışma ve jinekolojik muayene sırasında gözlemler (n=16), (c) merkez çalışanları ve merkez çalışanları ile hizmet alan kadınlar arasındaki ilişkiler, kürtaj karşıtı protestolar,

<sup>9</sup> "Lay worker"ı ben tıp/psikoloji lisanssız personel diye çeviriyorum. İfade etmek istediğim üreme konusunda eğitiminin tıp okullarında değil de bilgi ve yapacağı işlemleri başkaları (doktorlar, hemşireler, pratisyen hekimler ya da deneyimli başka kadınlar) tarafından eğitilerek öğrenmişlerdir. Bu işlemlere örnekler kürtaj öncesi veya doğum kontrolü üzerine psikolojik danışma, laboratuvar işleri, pelvik muayene, kürtaj, kürtajda teknisyenlik, kürtaj sonrası telefon danışmadır. Bu uygulama feminist ideolojiye uygun olarak genelde uzmanlaşmaya ve özellikle de tıpta -tarihsel ve kurumsal olarak- uzmanlığının getirdiği hakimiyete karşın uzman olmayan kadınları eğiterek tıp ve psikolojik danışma gibi işlerde kullanmaya dayanıyor. Buradaki amaç eskiden şifacı kadın ya da ebelerce bilinen fakat uzmanlaşma ile kadınların elinden alınan unutturulan bazı şifa işlemlerinin ille de bir doktor tarafından uygulanmasının ve tıbbin altına alınarak gizemli hale getirilmesinin gerekeceğini göstermekti. Bu açıdan 'lay worker/lay women' terimini "uzman olmayan personel/kadın" diye de çevirebiliriz. Lakin bu da uzmanlığın sadece resmi bir eğitim ve lisansa dayandığı fikrini güçlendiriyor. Halbuki bu araştırmadaki feminist merkezde eskiden kendilerine ve başka kadınlara pelvik muayene uygulayabilen ve öğreten, ya da 1969-1973 arasında faaliyet gösteren Jane grubu gibi çalıştıkları bir doktordan öğrenerek vakum yollu kürtaj uygulaması olan kadınlar konularında uzmanlaşmış sayılabilirler.

<sup>10</sup> Sandra Morgen, *Into our own hands*.

<sup>11</sup> Health Management Organization (HMO) adı verilen sağlık hizmetlerinin merkezileştiği ve işletme modeliyle yönetildiği sistemin "doktorları 'seçme özgürlüğü'" ve "kendine bakma" (*self-care*) şeklindeki görünürde özgürlük ve otonomi sağlayan ilkeleri esasında kadınların sağlık hizmetlerinde karar verme kapasitelerinin azalmasına ve tıbbileşmenin artmasına yol açtı.

merkezlerin iç alan düzenlerinin gözlemi, merkez çalışanları ile konuşmaların yer aldığı saha notları, (d) kurumların form ve arşivlerinin gözden geçirilmesinden oluşuyor. Veriler yapısal-sonrası (*poststructural*) öğeler eklediğim Grounded Theory yöntemi ile analiz edilmiş, katılımcıların ve merkezlerin isimleri değiştirilmiştir.

### Feminist Sağlık Merkezi (FSM)

FSM 1974'de ABD'nin doğu yakasında orta boy ve orta nüfuslu bir şehirde kurulmuştur. Araştırma tarihinde (2001 Temmuz-Eylül) FSM, yönetim kurulsuz bir kollektif şeklinde çalışıyordu. Çalışanlardan biri kağıt üzerinde yönetici olarak belirlenmiş olmasına rağmen telefonlar, laboratuvar, hasta refaketi/haklarını savunma gibi günlük işleri gerçekleştiriyordu. Merkezin çalışması, tıbbi hizmetler, sosyal yardım ve eğitim, ön ofis, yönetim ve işe alma şeklinde 5 komiteye ayrılmıştı. Yirmibeş çalışandan sekizi tam zamanlı idi. Çalışanlar danışma, telefon, laboratuvar, hasta refaketi/haklarını savunma, sosyal yardım ve eğitimden sorumlu 'sağlık işçileri/görevlileri', genel jinekolojik hizmetleri veren ve hap ile kürtaja bakan Doktor Yardımcısı (*Physician Assistant*)<sup>12</sup>, kontratlı çalışan ve ameliyatlı kürtaj hizmetlerini sunan üç doktordan oluşuyordu. Doktorlardan biri Tıbbi Hizmetler Direktörü olup tıbbi işlem ve protokollerin belirlenmesinde son söz hakkına sahipti. Merkez, bulunduğu eyaletteki kadınlara ve ergenler için kürtajda ebeveyn izninin istendiği komşu eyaletin kadınlara jinekolojik hizmet, tıbbi/hapla<sup>13</sup> ve ameliyatlı kürtaj hizmetleri sunmaktaydı.

### Kadın Sağlık Merkezi (KSM)

KSM, 1978'de ABD'nin doğu yakasında, orta boy ve orta nüfuslu bir şehirde kadınlara düşük fiyatlı ayakta tedavili kürtaj ve genel jinekolojik hizmetler sunmak için kurulmuştur. Araştırma tarihinde (2002 Mart-Eylül), KSM kar amaçlı çalışan, yöneticisi ve yönetim kurulu olan bir merkez olarak çalışmaktaydı. Merkez, yönetim, tıbbi hizmetler, psikolojik danışmanlık, ve ön ofis şeklinde 4 bölüme ayrılmıştı. Yirmi üzerinde çalışanın beş tanesi tam zamanlı idi. Merkez tıbbi/hapla ve ameliyatla kürtaj hizmetleri, kürtaj öncesi ve genel danışmanlık hizmetleri, kürtaj sonrası tamamlayıcı tedavi ve geniş jinekolojik hizmetler (jinekolojik muayene, kolposkopi, cinsel hastalık testleri, doğum kontrol yöntemleri sunma ve yenileme) sunmaktaydı.

### Bulgular: Tıbbileşme ile başa çıkmada örgütsel/kurumsal yöntemler

Sheryl Ruzek, kadın sağlığında hizmet alanların kendi tedavileri üzerinde (doktorlara kıyasla) ne kadar sorumluluk üstlenecekleri üzerindeki fikirleri, saha gözlemleri, mülakatlar ve literatürle birleştirerek, rutin obstetrik ve jinekolojik sağlık hizmetlerinde dört ideal kategori oluşturur<sup>14</sup>. Bunlar geleneksel-otoriter, geleneksel-eşitlikçi, geleneksel-feminist ve radikal/köktenci feminist dünyalardır. Her birinde otorite ve sorumluluğun nasıl bölüştürüldüğü altı özelliğe dayanır: (1) hizmet veren ve alan kadın arasındaki ilişkideki baskın roller, (2) tıbbi bilginin sosyal paylaşımı, (3) iş bölümü, (4) ilaç/tedaviye ulaşma imkanı, (5) zaman ve alan düzenlenmesi ve (6) risk üzerine görüşler. Benzer şekilde, araştırmamdaki merkezlerin tıbbi otorite ile başa çıkmaları ve kendi içlerindeki tıbbileşme oranının

<sup>12</sup> Doktor Yardımcısı olarak çevirdiğim Physician Assistant (PA), Türkiye tıp/sağlık sisteminde tam karşılığı olmayan ABD'de 60'ların ortasında birinci basamak hizmetlerindeki hekim azlığı ve hizmet kapsamındaki eşitsizlikle başa çıkmak için Duke Üniversitesi'nden Dr. Eugene Stead'in 2. Dünya savaşında kullanılan sıhhiye erlerinin eğitimine bakarak yarattığı ve ilk eğitimini verdiği bir statüdür. Doktor yardımcıları tıp okulu değil, iki veya dört yıllık üniversitelere bağlı, tıp modelinde eğitim gördükleri ulusal akredisyonlu programlardan bir doktorun süpervizyonu altında çalışmak üzere lisans alırlar. Birinci basamak işlemlerinde muayene, hastalık tanımı ve tedavisi yapabilir, tahlil isteyebilir ve yorumlayabilir, ameliyatta yardımcı olabilir, reçete yazabilirler. (American Academy of Physician Assistants web sitesi, <http://www.aapa.org/>)

<sup>13</sup> Tıbbi veya haplı kürtajdan kastedilen, erken gebeliklerde (7 ile 11 hafta arası) vakum aspiratör/ameliyat yerine mifepristone hapıyla düşüğe yol açarak sağlanan (ilk adıyla RU486 olarak bilinen) kürtaj metotudur. Fransa'da 1988, ABD'de 2000 yılından itibaren kullanılmaktadır. ABD'de hala az kullanılmaktadır: Allen Guttmacher Enstitüsüne göre ABD'de kürtaj veren yerlerin %57 sinde, tüm kürtajların %13 ünde, 9 hafta öncesi hamileliklerin %22 sinde kullanılmaktadır. Tıbbileşmeye karşı olmalarına rağmen araştırmadaki merkezler de bu tür kürtaja, ABD tıp kültüründe bahsedildiği gibi *tıbbi kürtaj (medical abortion)* olarak adlandırmışlardır.

<sup>14</sup> Ruzek, *The women's health movement*.

göstergeleri de, merkez-içi ortam (alan düzenlenmesi), iş bölümü (uzmanlaşmanın önemi), üreme bilgisinin dağılımı, uygulamada tıbbi ve invazif-yayılmıcı veya alternatif metodlara verilen ağırlık ve hizmet verenler ve alan kadınlar arasındaki eşitlikçi ilişkiler olarak ortaya çıktı. Zaman düzenlenmesi ve risk dağılımı üzerine görüşler ise bilgi ve zaman dağılımı kategorilerine ait çıktı.

### **Ev Ortamı**

Geleneksel-otoriter ve geleneksel-eşitlikçi sağlık dünyalarında yer kullanımı (kadın bedeni ile doktoru kumaşla ayırmayı da içeren şekilde) kesin çizgilerle, tıbbi statüyü pekiştirmek üzere ayrılmıştır. Geleneksel-feminist ve radikal-feminist dünyalarda ise yer ayrımı daha azdır. Merkezler eski ev veya apartmanlar içine kurulmuş, pelvik muayene, hasta kabul ve laboratuvar işlemleri hizmet için gelen kadınların izlemelerine ve katılımlarına açıktır.

Araştırmadaki iki merkez de yerleri; bekleme salonu, kürtaj sonrası nekahat alanı, laboratuvar ve muayene odaları şeklinde ayırmış olsalar da genelde ev ortamlarına sahiplerdi. Ev ortamı, kadınların üreme hizmetlerine geldiklerinde 'hasta' olmadıkları ve tıbbi gücün, yer ayrımı ve beyaz önlüklerle mesafeli ve gizemli bir hale getirilmesinin gerekmediği fikirlerini pekiştirerek, üreme alanındaki tıbbileşmeyi azaltıp, hizmetleri normalleştirmeye yarıyordu.<sup>15</sup>

Kadınların hizmet gördükleri diğer yerlerdeki 'sterillik' ve 'profesyonellik' ile karşılaştırdıklarında bu ev ortamı, jinekolojik muayene ve kürtajın kadınlarda yarattığı endişe, rahatsızlık, fiziksel ve duygusal açıdan savunmasızlık hislerini hafifletiyor, endişelenen kadınların da dikkatlerini dağıtarak rahatlamalarını sağlıyordu. Rahat ortam ve duyarlı bir hizmetin önemi yıllık jinekolojik muayene veya kürtaj için gelip de daha önce hiç muayene olmamış genç kadınlar, kürtaj veya jinekolojik hizmetlerde daha önce acı hissetmiş veya aşağılanma yaşamış, insancıl olmayan tavırlarla karşılaşmış olanlar ve tecavüze uğramış kadınlar tarafından özellikle vurgulanmıştı. Tıbbi olmayan ev ortamı aynı zamanda, bu konuyu daha önce düşünmemiş kadınlar için üreme sağlığı hizmetlerinin değişik bir şekilde de verilebileceğini gösteriyordu.

### **İş bölümü**

Ruzek'e göre sağlık dünyasındaki işbölümü, hem tıbbi bilginin dağılımına göre yapılmakta, hem de tıbbi bilgi dağılımını pekiştirmektedir. Geleneksel-otoriter ve geleneksel-eşitlikçi yerlerde çalışan ve hastalar arasında, sertifikalı ve resmi eğitime dayalı keskin bir iş bölümü vardır. Bu işbölümü hizmet alanlar ve verenler arasında mesafe yaratır ve hastaların tıbbi bilgiye ulaşmalarını kısıtlar. Feminist sağlık ortamlarında, işbölümü daha eşitlikçi olup, doktorların uygulamaları ve sorumlulukları tıp lisanssız personel tarafından gözlemlenir ve değerlendirilir. İşte uzmanlaşma, sertifikaya dayanma ve hiyerarşik ilişkiler tüm çalışanların işleri dönüşümlü yapması ile azaltılır.<sup>16</sup>

Bu araştırmada KSM profesyonelliğe dayalı hiyerarşik işbölümüne sahipti. Bu işbölümünün göstergeleri merkez bölümlerinin düzenlenişi, yersel düzenlemelerde tıp, psikolojik danışma ve ön ofis şeklindeki ayırım, tıbbi işlemler ve psikolojik danışmada tıp/psikoloji lisansız kadınların kullanılmaması<sup>17</sup>, işlerin dönüşümlü (rotasyonla) yapılmasında azlık (olan dönüşümün de feminist nedenlerden çok personel azlığından yapıldığı) ve tıbbi bazı görevler de dahil personelin kendi alanının dışındaki işlerde eğitilmesinin (*cross-training*) azlığı idi. Doktorların

<sup>15</sup> Ev ortamına örnekler pastel renk kullanımı, ev içi tarz dekorasyon, duvarlarda tablolar, bekleme ve muayene odalarında müzik veya TV kullanımı idi. Bunlara ek olarak kürtaj sonrası alanda çay ve bisküvi sunulması, yumuşak aydınlanma sistemi, jinekolojik muayene ve kürtajda kadınlara kağıt yerine güzel kumaş önlükler verilmesi, ve spekulumların sıcak battaniye içinde tutulması gibi uygulamalar da içeriyordu.

<sup>16</sup> Ruzek, *The women's health movement*.

<sup>17</sup> KSM'de kürtaj öncesi psikolojik danışmada profesyonel kullanımı, ordaki danismaların FSM'den daha yoğun geçmesine yol açıyor gibiydi. Psikolojik danışma bölümünün olması, danismada sadece profesyonel kullanımı ve kürtaj öncesinde iki defa danisma istenmesi psikolojik danismaya verilen ağırlığı gösteriyor, bu da hizmetlerin tıbbileşmesi yerine bu sefer kürtajın 'psikolojik' hale getirilmesine yol açıp acımadığı sorusunu uyandırıyor.

kendilerini teknisyen olarak görmelerine rağmen, KSM'de çalışan tıbbi personel merkez içinde hiç de az olmayan bir güce sahipti. Güçlerinin göstergeleri hiyerarşideki yerleri, iş dönüşümden muaflikları, karar alma hakları (örnek: altı ay sonrası kürtajlarda çalışacakları gebelik sınırını belirleme ve pratisyen-hemşirenin önerdiği elle kullanılan vakum aspirator yerine D & C uygulamasını seçme), risk hakkındaki görüşleri ve tıbbi görevler üzerindeki kontrolleri (kürtaj hapının pratisyen hemşire/nurse practitioner<sup>18</sup> değil de doktorlar tarafından verilmesi) idi.

FSM'de tıbbi personel hariç tüm çalışanlar 'sağlık görevlileri' (*health worker*) olarak adlandırılıyordu. İç veya dış bir yönetim kurulu yoktu ve yasal nedenlerden dolayı bir kişi 'yönetici' olarak belirlenmişti. KSM'den farklılık, tıp lisanssız kişilerin kullanılmasında ve işlerin daha dönüşümlü yapılmasında idi. Tıp lisanssız kadınlar telefonlara cevap veriyor, kürtaj öncesi ve doğum kontrolü üzerine danışmanlık yapıyor, laboratuvar işlerini yürütüyor, fetal dokuyu ayırd ediyor, kürtaj sırasında kadınlara destek verme veya doktora teknisyenlik yapma görevlerini üstleniyorlardı. Sağlık görevlileri ekiplerde ve günlük işlerde dönüşümlü çalışıyorlardı. Tıp lisanssız personel kullanımı ve merkez içi iş dönüşümü, hem personel ve yönetim, hem de tıbbi ve tıbbi olmayan personel arasındaki mesleki ve tıbbi hiyerarşiyi yıkmayı amaçlayan, çalışanlar ve hizmet alan kadınlar için tıbbin otoritesini çözmeye, gizemini ortadan kaldırmaya yönelik feminist ideolojiden kaynaklanıyordu. Klinik işlemleri üzerinde artan devlet denetimi ve sigortaların sadece doktor işlemlerini karşılama politikalarından dolayı tıp lisanssız kadınların kullanılması zaman içinde azalmıştı. Ekonomik baskılar (özellikle 'verimli olma'/*efficiency* ihtiyacı), çalışanların işbölümü ve oybirliği üzerine görüşlerinin değişmesi de iş dönüşümünün azalmasına, uzmanlığın çoğalmasına yol açmıştı.

FSM'de tıp otoritesini azaltan başka yöntemler de tıbbi personeli de kapsayan tüm çalışanların kadınlara ilk isimleri ile tanıştırmaları, merkezde doktorlara oy hakkı verilmemesi, çalışanların tıbbi personeli gerektiğinde uyara-bilmeleri, görüş ayrılıklarını belirtmeleri idi.

Fakat, KSM'de de olduğu gibi önce doktorlar sonra yardımcı doktor olmak üzere tıbbi personel klinik içinde hala güce sahipti. Bunu da tıbbi protokollerin belirlenmesindeki rollerinde ve medikal direktörün, o eyalette yasal olduğu halde, orta-seviye tıp personelinin kürtaj için eğitilmelerini önlemesinde görülüyordu. Risk belirlenmesinde KSM'den farklı olan FKM'de kürtaj hapını yardımcı doktorun verebilmesi idi. Doktorların, gerektiğinde tıp lisanssız personel tarafından uyarılmaları yöntemi ise, doktoru kaybetme kaygısından dolayı tam uygulanamamaktaydı. Bu da ABD genelinde olan ve FKM'nin bulunduğu yere de yansıyan kürtajı bilen ve uygulamada çekincesi olmayan doktorları bulmanın zorluğu idi.

### Üreme bilgisinin paylaşımı

Kadınların kendi vücutları ve sağlık sistemi hakkında bilgilerinin azlığı ve uzmanların da bu bilgiyi onlarla paylaşmamları, hem yüksek seviyede bakımın sağlanmasını önler hem de tıbbi uzmanların otoritelerinin meşrulaşması ve kurumsallaşmasına yol açar. Aradaki bu bilgi (ve güç) farkını azaltmaya yarayan yöntemler hastaları, hizmet verenleri, yasa koyucuları eğitmek, hizmet verenlerde seçici (*selective utilization*), alternatif kurumlar oluşturmak ve kendi kendine tedavi işlemlerine (*self-help*) yönelmektir.<sup>19</sup> Bu güç dağılımı örgütsel açıdan ele alındığında üreme bilgilerinin, tıbbi-tıbbi olmayan personel ve personel hizmeti alan kadınlar arasındaki paylaşımına denk gelir. Geleneksel-otoriter yerlerde doktorlar kendilerini tıbbi bilginin tek güvenilir kaynağı olarak görürler, kadınlara doğum kontrol metotlarının yan etkileri ve riskleri ve hastalık tanısı hakkında yeterli bilgi vermede gönülsüzdürler ve üreme bilgisinin kadınların eline geçmesini hoş görmezler. Geleneksel-feminist ve kok-

<sup>18</sup> Pratisyen hemşire olarak çevirdiğim nurse practitioner'ın da Türkiye tıp/sağlık sisteminde tam karşılığı yok. Bunlar, diğer hemşirelerden (devlet diplomalı hemşireler/*registered nurses* ve lisanslı hemşireler/*licensed vocational nurses*) daha çok özerklik ve otoriteye sahip hemşirelerdir. Birinci basamak hizmetlerinde çalışır, doktorlar gibi hastaları görme, teşhis ve tedavi etme yetkisine sahiptirler. Pratisyen hemşirelerin çoğu hemşirelik derecelerini, sonrasında da devlet diplomalı hemşire lisansını almışlardır. Sonrasında pratisyen hemşirelikte akreditesi olan bir okuldan tıbbın bir alanında, bir hastalık alanında, ya da bir hasta topluluğu üzerine özelleştikleri master derecesi alırlar. Bu hemşireler için ABD'de kazancı en çok olan özelleşme alanları sırayla obstetric/jinekoloji, cerrahi, ve kardiolojidir.

<sup>19</sup> Ruzek, *The women's health movement*.

tenci-feminist dünyalar ise kadınlardan kendi vücutları ve sağlıkları hakkında bilgilerini arttırmaları beklenir, sağlık grupları ve kendi kendine bakım (*self-help*) atelyelerine katılmaları teşvik edilir<sup>20</sup>. İki merkezin personeli de hizmet alan kadınlarla doğum kontrolü ve kürtaj hakkında bilgilerin paylaşımına inanıyorlar, bu bilgileri kadınlarla telefonda, kürtaj ve doğum kontrolü üzerine danışma, kürtaj sonrası tedavi ve jinekolojik muayene sırasında, eve yollanan mektuplarla (FKM), eğitim videoları ile (KSM) ve kadın sağlığı üzerine broşur, poster ve kitaplarla paylaşıyorlardı. Bilgiler karşılıklı etkileşim içinde, teknik olmayan bir dille ve her kadının ihtiyaçlarına uygun olarak veriliyordu. FKM, eskiden atelyeler yaparak ve bir dergi çıkararak, kendi kendine tedavi yöntemlerini de kullanmış fakat zamanla bunları bırakmıştı.

Tıbbi personel içinde ve tıbbi ve tıbbi olmayan personel arasında bilgi paylaşımı açısından KSM’de pratisyen hemşireler doktorlar tarafından laminarya konulmasında eğitilmiş, danışmanlar da doktor ve hemşireler tarafından IV anestezi ile kürtaj olacak kadınların kürtaj gününde hangi ilaçları alabilecekleri hakkında eğitilmişlerdi. FKM’de ise doktorlar eskiden tıp lisanssız personeli, kürtaj öncesi pelvik ölçülendirme, Pap Smear ve serviks üstü başlık ölçüme eğitiyorlarmış fakat bu uygulamalara feminist klinikler üzerinde devlet gözetiminin artması ve sigortanın bu işlemleri doktorlar dışında personel tarafından yapıldığında karşılamaması yüzünden devam edilmemiştir. Araştırma sırasında, tıp lisanssız personel doktorlar tarafından kürtaj sırasında teknisyen olarak çalışmada, doktor yardımcısı tarafından da kürtaj komplikasyonları ile ilgili telefonlara cevap vermede eğitiliyorlardı.

### **Tıbbi ve invazif-yarılmıcı veya alternatif metotlar kullanımı**

Bu boyut, geleneksel-otoriter ortamlarda doktorların reçeteli ilaç ve hormon bazlı kontraseptifler yönünde tercihleri ve bunların dağıtımını üzerindeki kontrollerinden, feminist ortamlardaki kadınların bazı ilaç, kontraseptif alet ve teknolojiye bağımlılığını azaltan ve daha doğal metotlar ve ev tedavilerine ağırlık verme arasında değişir. Doğum kontrolünde, KSH’nin ilk yıllarında feministlerin hormon bazlı yerine prezervatif, diafram, rahim ağzı kabı gibi bariyer metotlarına olan bağlılıklarına rağmen, iki merkezde de böyle bir tercih görülmedi. Kürtajda ise haplı/tıbbi kürtaj KSM personeli tarafından daha riskli olarak tanımlanmakta, bu da muhtemelen vakum metodu/ameliyattan daha az invazif olan bu metodun KSM’de FSM’den daha az kullanılmasında etkiliydi. Bunların yanısıra KSM’de kürtaj tedavisinde pratisyen hemşire alternatif metotlar kullanmakta, FKM’de ise doktor yardımcıları, RİA (Rahim İçi Araç) üreten firmanın kriterlerine aykırı olarak üreme yaşında olup da henüz çocuk sahibi olmayan kadınlara da RİA takıyorlardı.

### **Hizmet verenler ve hizmet alan kadınlar arasındaki eşitlikçi ilişkiler**

Geleneksel-otoriter sağlık dünyalarına, otorite ve karar verme hakkının tümünün kendi ellerinde olması gerektiğine inanan hekimler hakimdir. Geleneksel-feminist kliniklerde ise bakımın çoğu paraprofesyonel (uzman olmayan) kadınlar tarafından gerçekleştirilerek hekimlerin kadınlar üzerinde hakimiyeti azaltılmaktadır. Bu ortamlarda hekimler ancak bu çalışanlardan sonra hastayı görebilir, tanı koyabilir, tavsiyede bulunabilir ya da tıbbi müdahalede bulunabilirler. Paraprofesyonel personelin tümünün kadınlardan oluşması da hizmet veren ve alanların arasındaki iletişim ve yakınlığın sağlanmasına yardımcı olur<sup>21</sup>. Hasta ve paraprofesyoneller arasındaki ilişkiler, kadınların kendilerine verilen hizmetle ilgilenmeleri ve kararlara katılmalarının beklendiği “katılımcı model”e uygun olarak gerçekleşmektedir<sup>22</sup>. Radikal/köktenci feminist dünyalarda hastalar, tıp lisanssız kadınların da yardımlarıyla kendi bakımları üzerinde ciddi sorumluluk almaya teşvik edilir. Doktorlar teknisyen statüsüne indirilir ve sadece reçete yazmak, RİA yerleştirmek, kürtaj yapmak gibi yasal açıdan diğerlerinin yapamadığı işlemler için kontratla çalıştırılır, bunları da ancak tıp lisanssız kadınların kararları sonrasında yapabilirler<sup>23</sup>. İki merkezdeki personel de

<sup>20</sup> Ruzek, *The women’s health movement*.

<sup>21</sup> Ruzek, *The women’s health movement*.

<sup>22</sup> Thomas Szasz & Hollander, Marc. H “A contribution of the philosophy of medicine: The basic models of the doctor-patient” *American Medical Association Archives of Internal Medicine*, 97 (May1956): 585-92.

<sup>23</sup> Ruzek, *The women’s health movement*.



katılımcı modele uygun ilişkiler sergilemekte idi. Hizmet alan kadınlar da bunu doğrularak, yargılamayan, zorla yönlendirici olmayan ve acele ettirmeden insani bir şekilde verilen kürtaj ve doğum kontrolünde tüm seçeneklerin sunulup kararın kendilerine bırakıldığı hizmetlerin öneminden ve soru sormada duydukları rahatlıktan bahsettiler. Kadınlar kürtaj öncesi veya doğum kontrol metodları için aldıkları danışmanlık sırasında psikolojik danışman ya da tıp lisanssız kadınlara, jinekolojik muayene sırasında da pratisyen hemşire veya doktor yardımcısına soru sormada rahattılar. Fakat kadınlar, daha önce danışmanların sorularını cevapladıklarını söyleyerek kürtaj öncesi veya sırasında doktorlara soru sormuyorlardı. Bunun doktorlarla geçirilen sürenin azlığından mı yoksa kadınların doktorlara soru sormada rahat hissetmediklerinden mi olduğunu anlamak zor. Katılımcı ve daha eşit bir ilişki için merkezlerde kullanılan diğer yöntemler ise çalışanları kadınlara ilk isimleri ile tanıştırma ve doktorla geçirilen zamanı asgariye indirme idi. Katılımcılık ve eşitlik için kullanılan bütün bu yöntemlere ilişkin bir sorun ise kadınların katılımcı modeli farketmeleri fakat bunun onlar tarafından eşitlikçi değil de 'güvenli ve insani' bir hizmetin göstergesi olarak yorumlanması.

Yani kadınlar, alt üst ilişkisi olmadan akranmış gibi (*peer approach*) davranılmasını farketmiş ve bundan hoşlanmışlardı ama hizmet verenlerle eşitlikçi bir ilişki talebinde de bulunmuyorlardı. Bu da kullanılan feminist yöntemlerin merkezler içinde örgütsel açıdan eşitlikçi bir model yaratsa da, kadınların bu tip bir bakımı üreme hizmetleri aldıkları her yerde talep etmelerinin daha uzun bir süreç alacağına göstergesi olabilir. İkinci bir konu da kadınların, doktorla olan zamanlarını azaltma ve doktorların teknisyen statüsüne indirgenmesi yöntemlerinin doktorların güçlerini azaltmada ve doktor ile hasta arasında alternatif (daha katılımcı ve eşitlikçi) bir ilişki yaratmadaki başarılarını nasıl yorumladıklarına ve bu makalede kısaca bahsedilen kurumları etkileyen dış/sosyal faktörlere (ör: kürtaj hakkında eğitim almış ve kürtaj yapmak isteyen doktorların giderek azalmasından doğan doktor sıkıntısı) dayanıyor.

## Sonuç

KSM ve FSM feminizm ve kadın egemenliğinin farklı derecelerde uygulandığı kadın sağlığı hareketi örgütleridir. Rutinleşme teorisinde Weber, sosyal hareket örgütlerinin eninde sonunda "toplumdan gelen politik ve ekonomik baskılara yenilerek karizmatik bir gelişim safhasından" sonra, ya çöktüklerini ya da "bürokratik tip organizasyon" a doğru giderek bu baskılara uyum gösterdiklerini söyler.<sup>24</sup> Araştırmadaki merkezler de personelin devamlı feminist idealler ile iç ve dış baskıları hokkabazca dengeledikleri melez/karma kurumlar (*hybrid organizations*)<sup>25</sup> olarak kurulmuş (KSM) veya sonradan karma hale gelmişlerdir (FSM). Ruzek'in bahsettiği KSH yöntemlerinin ışığında bakıldığında merkezler zaman ve (tıbbi olmayan/ev ortamında) mekan düzenlemede, bilgi paylaşımında, kadınlar ve hizmet verenler arasında saygılı ve eşitlikçi ilişkilerde başarılı olmuşlar.

Öte yandan en keskin şekilde işbölümü, tıbbi ve diğer personel arasındaki bilgi paylaşımı, risk tanımı ve dağılımında görüldüğü üzere doktorlar, onları takiben doktor yardımcıları ve pratisyen hemşireler merkez içinde hayli güce sahiptiler. Detaylı tartışılmasa da burada bahsedildiği gibi doktorların gerçekten kontratla teknisyen gibi çalıştıkları ve iş rotasyonuna katıldıkları yatay bir işbölümünün gerçekleşmesi için bazı dış etkenlerde müdahaleler gerekiyor. Bunlar kapitalist sistemin, tıp ve kürtaj karşıtı hareket ile etkileşiminin sonucu ortaya çıkan sigorta kurallarının değişimi ve piyasa sistemine dayanmayan bir sağlık sistemine yönelik müdahaleler, tıp eğitiminde ve uygulamalarında kürtajın normalleşmesi ve rutin eğitime alınması şeklindeki değişikliklerdir. Şu anda bu sosyal faktörler merkezlerin işleyişini şöyle etkiliyorlardı: sadece doktor uygulamalarını karşılayan poliçeler ve jinekolojik bakım üzerinde artan devlet gözetimi dolayısıyla merkezler tıp lisanssız personeli tıbbi işlemlerde kullanamıyor, kürtajın tıp eğitiminde rutin olarak öğretilmemesi ve istenmeyen bir tıbbi işlem olarak görülmesi sonucu kürtaj uygu-

<sup>24</sup> Morgen'de referanslanan Weber. Max Weber. *Economy and society*. Guenther Roth and Klaus Wittich. ed. (Berkeley: University of California Press, 1978, p. 111 ve116).

<sup>25</sup> Myra Marx Ferree & Patricia Yancey Martin *Feminist organizations: Harvest of the women's movement*. (Philadelphia: Temple University, 1995).

layabilen doktorların azalması ile bağlantılı olarak doktorlarını kaybetme korkusu ile feminist personel doktorları ikaz edemiyor ve merkezler 'verimlilik' adına yataydan daha hiyerarşik, uzmanlığa dayalı sistemlere geçiyorlardı.

Bu araştırmanın sonuçları Türkiye'deki diğer feminist kurumlarla özellikle fon bulma ve yapı ve işleyişleri üzerindeki devlet gözetimi yönlerinden benzerlik gösterebilir. Fakat Türkiye'de klinik, hastahane veya özel muayene ortamlarında gerçekleştirilecek feminist sağlık hizmeti/bakımını hayal edebilmek için bu sonuçları Türkiye'de kadın sağlığının tıbbileşmesinin tarihi ve bugünü, tıbbın neoliberal politikalar ve yeni muhafazakar sağ hareketin Türkiye'deki şekli ile etkileşiminin etrafında tekrar değerlendirmemiz gerekir.



## **NEOLİBERAL POLİTİKALARIN KADIN SAĞLIĞINA ETKİLERİ**



## Değişen Çalışma Biçimlerinin Kadın Sağlığına Etkisi

Prof. Dr., Gamze Yücesan Özdemir, Ankara Üniversitesi

“Kadın çalışanların sağlığı” üzerine yapılan çalışmalarda egemen yaklaşımın dayandığı epistemoloji, diğer yaklaşımlar üzerinde bir epistemik şiddet yaratmaktadır. Buradaki epistemik şiddet, alışılmış açıklamalar ile toplumsal gerçeklikleri anlamamızı önlemekte, bizi alışılmış düşünce kalıpları içinde tutsaklaştırmakta ve farklı yaklaşımları cezalandırma tehdidini savurmaktadır. Bu çalışma, öncelikle, “kadın çalışanların sağlığı” konusunda egemen yaklaşımın yarattığı epistemik şiddete üç noktada karşı durmak gerektiğini vurgulamayı amaçlamaktadır. İlk olarak, “kadın çalışanların sağlığı” üzerine olan egemen yaklaşım, “iş kazası” olarak, işyerinde kadın işçinin karşı karşıya kaldığı istenmeyen, beklenmeyen ve/veya şanssızlık sonucu meydana gelen olayları görmektedir. “İş kazası”na şanssızlık sonucu meydana gelme anlamı içkindir. Bu kavramda yeterince açık olmayan ise “şans”ın da toplumsal olarak üretilen, sınıfsal bir nitelik taşıdığıdır (Nichols, 1997). Diğer bir deyişle, ait olunan sınıf, üretim sürecindeki yerinizi belirlediği gibi iş kazasına maruz kalma “şans”ınızı da doğrudan belirler. Dolayısıyla, “iş kazası” kavramı kapitalist sisteme içkindir ve emek ve sermaye sınıflarının görece güçleri ve sermaye birikim rejimleri içinde anlaşılabilir.

İkinci olarak, “kadın çalışanların sağlığı” üzerine olan egemen yaklaşım, sağlık tanımı olarak Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımını benimsemektedir: “Sağlık, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.” Bu tanım hasta olmama halini çağrıştırmaktadır. Birey özelinde tanımlanmaktadır. Ayrıca, fiziksel ve ruhsal sağlığı emek sürecinden koparmaktadır. Oysa “hastalık” yerine “sağlığın korunması”, “birey” yerine “toplum” kavramının kullanılması ile sağlık, tıbbi ve mekanik düzeyde tanımlanmaktan çok toplumsal düzeyde tanımlanmalıdır (Belek, 2009). Diğer bir deyişle, sağlık kavramı, emeğin bütün sürecine müdahale eden ortamı, kısaca insan yaşamının bütün alanlarını kapsamalıdır. Sağlık, toplumun kendini geliştirmesi, yeniden üretmesi ve kendini gerçekleştirme olarak tanımlanmalıdır (Sol Meclis Sağlık Komisyonu, 2003).

Üçüncü olarak, egemen yaklaşım kadın çalışanları ve onların sağlık sorunlarını ayırıştırıcı özellikler üzerinde durmaktadır. Dolayısıyla, kadın çalışanların farklı katmanlarına, mavi yakalı kadın işçi, beyaz yakalı kadın çalışan, kadın avukatlar ve kadın mühendislerle sürekli vurgu yaparak, bu katmanların sağlığının ve/veya karşı karşıya kaldığı sağlık sorunlarının farklılıkları üzerine yoğunlaşmaktadırlar. Oysa sınıf çalışmalarında sınıfın ortaklaştırıcı özellikleri üzerinde durmak oldukça önemlidir. Zira 21. yüzyılın başlarında, kadın çalışanlar ciddi bir proleterleşme dalgası içinden geçmektedirler. 21. yüzyılın başında kapitalizmin şekillendirdiği emek süreçlerinin, emeğin niteliğine ve vasfına ait farklılıkları giderek bulanıklaştırdığı ve bir benzeşme sürecine doğru evrildiğinden bahsedebiliriz (Köse ve Öncü, 2000). Kadınlar işçileşmektedirler. Dolayısıyla, kadın işçilerin sağlığında farklılaşan deneyimlerden öte de ortaklaşan deneyimlerin üzerinde durmak gerekmektedir.

Buradan hareketle, bu çalışmada kadın işçilerin sağlığı üzerine düşünürken sınıfın ortaklaştırıcı özelliklerine vurgu yapan, işyerinde sağlığı kapitalist emek sürecine içkin olarak kavramsallaştırıcı ve sağlığı toplumun kendini geliştirmesi, yeniden üretmesi ve gerçekleştirme olarak tanımlayan bir yaklaşım benimsenmiştir. Bu çalışma üç bölüme ayrılmıştır. Birinci bölümde kapitalist emek sürecinin kadın işçilerin sağlığını belirleyen yapısal özelliklerini tartışmayı amaçlıyorum. İkinci bölümde ise, 21. yüzyılda kadın işçilerin içinde yer aldığı emek süreçlerinden bahsetmek istiyorum. Son bölümde ise kadın işçilerin farklı emek süreçlerinde sağlıklarını tehdit etme noktasında ortaklaşan deneyimlerini tanımlamayı amaçlıyorum.

### Nasıl Bakmak Gerekir? Kapitalist Emek Süreçleri ve Kadın İşçilerin Sağlığı

Kadın işçilerin sağlığını inceleyen yaklaşımlar içinde endüstriyel psikoloji, işçinin bireysel özelliklerini (yaş, cinsiyet, yorgunluk, dikkatsizlik, asabiyet ve kazaya yatkınlık gibi) ve işçinin sosyal ve psikolojik çevresini (arkadaşlıkları, aile yaşamı ve alışkanlıkları gibi) iş kazalarının ardındaki temel nedenler olarak görür (Sheehy ve Chapman, 1987). İş kazalarına ekonomist yaklaşımda ise, iş kazalarına karşı yasal düzenlemeler, iş kazası riski fazla olan işler

için farklılaştırılmış ücret sistemi gibi konulara ağırlık verilmektedir (Flanagan vd., 1984). Endüstriyel psikoloji ve ekonomist yaklaşımların her ikisi de işçiyi birey olarak analizlerinin merkezine almaktadırlar.

Oysa iş kazaları; yorgunlukları, asabiyetleri, yetenekleri ve iş kazasıyla karşı karşıya kalma riskleri ile birlikte bireysel işçi tepkileri üzerinden açıklanamaz. İş kazası, işçiyi çalıştığı işyerinde üretilen ve yeniden üretilen toplumsal ilişkilerden soyutlayarak anlaşılamaz. İşçi, iş kazası tehlikesine kolektif emeğin bir parçası olarak maruz kalır. İş kazaları, kapitalist sisteme içkin sermaye birikim süreçleri, emek ve sermaye sınıflarının güç dengeleri içerisinde, anlam kazanır. Fabrikalarda kapitalist üretim, iki süreci aynı anda barındırır: emek süreci (kullanım değerleri üretmeye yönelik amaçlı etkinlikler) ve değerlenme süreci (değişim değerinin, artı-değerin ya da kapitalistin karının yaratılması). Kapitalist üretim artı-değer yaratma amacına dönük bir üretim biçimidir. Kapitalist üretimde, sermaye emek ya da çalışmayı değil, emek-gücünü (işçinin fiziksel ve/veya zihinsel çalışma kapasitesi) satın alır. Sermayenin amacı emek-gücünü (çalışma kapasitesi) emeğe (gerçek çalışma) dönüştürürken sermaye birikimi yaratmaktır. Üretim süreci içerisinde iki tür emek gerçekleşir; kullanım değeri yaratmak için gereken emek miktarı ve işçinin sermayenin el koyacağı değeri (artı-değeri) üretmek için harcayacağı emek miktarı. Kapitalist üretimin amacı kullanım değeri yaratmak ve işçinin ücretini karşılamak için gerekli emek miktarını azaltmak ve artı-değer yaratan emek miktarını çoğaltmaktır. Sermaye, artı-değeri, çalışma saatlerini uzatarak, işçileri aynı üretim süresi içerisinde daha fazla emek sarf etmeye zorlayarak -emek yoğunluğunu arttırarak- ya da emek verimliliğini yükseltecek üretim araçlarını üretime sokarak arttırabilir. Dolayısıyla, daha çok kar ve sermaye birikimi için, işyeri, çıkarları çatışan iki sınıfın; emek ve sermaye sınıfının, mücadelesine sahne olur. Emek ve sermayenin görece güçleri -sınıf çatışması- üretim sürecinde, fabrikadaki çalışmayı biçimlendirirken, toplumsal düzlemde iktisadi, teknolojik ve siyasi dinamikleri belirler. Dolayısıyla artı-değer yaratmaya yönelik uzun çalışma saatleri, hızlandırılmış teknoloji ve artan emek yoğunluğu, kapitalist toplumlarda var olan bir çelişkiye gösterir: “ işçi sağlığı ya da daha fazla kar”.

### **Sermayenin Yeni Coğrafyası ve Kadın İşçiler**

Kadın işçilerin içinde yer aldığı “işçi sağlığı ya da daha fazla kar” çelişmesini üreten emek süreçleri 21. yüzyılda farklılaşmaktadır. 21. yüzyılda sermaye kendi coğrafyasını yaratmaktadır. Sermaye akımları, iletişim teknolojileri ve küresel meta zincirleri, hem zamanın hem de mekanın yeniden örgütlenmesi anlamına gelmektedir. Bu da, yeni uluslararası işbölümü içinde sermayenin yayılması ve küresel üretim için gerekli mekansal yeniden yapılanmadır. Sermayenin küresel üretimi, artı-değerin belli bir zamanda üretileceği çok özel mekanlara ihtiyaç duymaktadır. Küresel sermayenin küresel mekanı, oldukça soyuttur ve emek ve sermaye arasındaki ilişki, belli emek süreçleri içinde ve belli zamansal-mekansal belirlenimlerde (*spatio-temporal fixes*) üretilmektedir (Jessop, 2002). Tam da bu noktada, kadın işçilerin içinde oldukları emek süreçlerine ve giderek hızlanan bu artı değer edinme yarışının çeşitli görünümüne göz atmak anlamlı görünmektedir. Kadın işçilerin içinde buldukları emek süreçlerini, sanayi ve hizmet üretiminin yeni coğrafyası üzerinden inceleyeceğim.

### **Sanayi Üretiminin Yeni Coğrafyası ve Kadın İşçiler**

Sanayi üretiminin yeni coğrafyasında ilk belirtilmesi gereken, merkez ülkelerdeki sermayenin işçi sağlığının da aralarında bulunduğu maliyet kalemlerinden kaçarak çevre ülkelerdeki denetimsiz ve ucuz emeğe, özellikle kadın emeğine yönelmesidir. Sermaye içinde bulunduğu toplumun çalışma koşullarını uluslararası rekabetin gerektirdiği hızla değiştiremediği durumlarda, ürünlerin bir kısmının (ihracat ikamesi) ya da tümünün emeğin ucuz olduğu ve/veya emeğin denetimi için koşulların daha uygun olduğu yerlerde üretilmesini sağlama yoluna gidebilir. İşçi sağlığından verilen ödün, çevre ülkelerin uluslararası sermayeyi çekme çabalarında önemli faktörlerden birisi olarak yorumlanabilir. Hatta böyle bir paradigmanın içerisinde bakıldığında, bir çevre ülkede işçi sağlığına dikkati çekmek ülke ekonomisini uluslararası rekabette zayıf düşürmek olarak bile yorumlanabilir.

Bu noktada belirtilmesi gereken bir önemli deneyim de, Petrol-İş sendikasına bağlı Novamed'deki grevdir. Novamed çok büyük bir dünya tekelinin Türkiye'deki üretim yeridir. Antalya serbest bölgede yer alan Novamed

fabrikasında 81 kadın ve iki erkek sendika üyesi, 26 Eylül 2006 tarihinde, “sendikal örgütlülüklerinin tanınması, iş güvencelerinin garanti altına alınması, insanca koşullarda çalışabilmek, çalışırken tuvalete gitmek gibi ihtiyaçlarının baskı altına alınmaması ve şefleri ve/veya yöneticileri tarafından aşağılanmamak” gibi taleplerle greve gitmişlerdi (Yücesan-Özdemir, 2009). Novamed’de yemek molaları 25 dakika olarak belirlenmişti. Bu süre dışında sadece 15 dakika mola yapmalarına izin veriliyordu. Üretim sırasında özel ihtiyacını gidermek durumunda kalan işçilerin üretimlerini hızlandırıp yedek set üretmeleri gerekiyordu. Yedek üretim yapmadan banttan ayrılmıyorlar, dolayısıyla tuvalete gidemiyorlardı. Bir işçinin günde kaç kere tuvalete gittiği ve gittiğinde ne kadar süre kaldığının hesabı tutuluyordu. Örneğin ay sonu geldiğinde bu hesaba göre, en az tuvalete gittiği tespit edilen işçiye 15 euro ikramiye verilmekteydi.<sup>1</sup> Novamed grevi 448 gün sürdü. Kadın işçilerin, kadın dayanışması ve uluslararası dayanışmayla sürdürdükleri mücadele sonucu, Petrol-İş Sendikası ve Novamed arasında üç yıllık toplu iş sözleşmesi 18 Aralık 2007’de imzalandı.

Sanayi üretiminin yeni coğrafyasında bir diğer önemli konu ise çevre ülkelerin özellikle kadın emeğinden yararlanarak, IMF ve DB’nin istikrar ve yapısal uyum programları doğrultusunda ihracata dönük sanayileşme ile “küreselleşen” dünyada yer edinme uğraşdır. Bu politikalar, özellikle iki açıdan kadın işçi sağlığına yönelik ciddi tehdit ve tehlikeler içermektedir. İlk olarak, uluslararası rekabette ayakta kalabilmek için ihracata yönelik sektörlerde - öncelikle tekstil, elektronik montaj ürünleri, ayakkabı, spor eşyaları ve oyuncak gibi emek-yoğun üretimin olduğu sektörlerde-ucuz kadın emeği kullanılmaktadır (Özbay, 1998). İkinci olarak, IMF ve Dünya Bankası politikaları ile çevre ülkelerde giderek artan yoksulluk yine kadın işçilerin çok kötü çalışma koşullarını, uzun çalışma saatlerini ve düşük ücretleri kabul etmelerine neden olmaktadır.

### **Hizmet Üretiminin Yeni Coğrafyası ve Kadın İşçiler**

Hizmet üretiminin yeni coğrafyasında ilk olarak belirtilmesi gereken, göçmen kadın emeğidir. Merkez kapitalist ülkelerde göçmen kadın emeği, sermaye ihracı yerine çalışmaya geldiği ülkeye yasal olarak girmemesi nedeni ile ucuz mal olan emeği kullanmak anlamında bir sermaye birikim stratejisi olarak düşünülebilir (Dedeoğlu, 2008). Merkez kapitalist ülkelerde son dönemde giderek artan kaçak kadın işçiler, çok kötü çalışma koşullarında, aşırı emek yoğunluğunda ve çok ucuz çalışmaktadırlar. Bu noktada, merkez ülkelere yöneltilen ciddi bir eleştiri, ülke yönetimlerinin, kaçak işçilerin girişlerini engelleyecek yasal denetimi, bu işçilerin ucuz emek olarak karı arttırdıkları için, bilerek sıkılaştırmadıkları yolundadır (Yıldızoğlu, 1996). Kaçak kadın işçiler durumunda kadın işçinin sağlığı işgücü maliyetine dahil edilmemektedir.

İkinci olarak vurgulanması gereken, kadın temizlik işçileridir. “*Neoliberalizmin Kirli İşi*” adını verdikleri kitapta Aguiar ve Herod, Şili’den Güney Afrika’ya kadar uzanan bir coğrafyada temizlik işçilerinin zor çalışma şartlarını ve ağır çalışma koşullarını gözler önüne sermektedirler (Aguiar ve Herod, 2006).<sup>2</sup> Türkiye’de, 2005 yılında, Ankara’daki kadın temizlik işçileri üzerine yapılan bir araştırmada, temizlik işçilerinin çalıştıkları yerlerin yarısından çoğunda işyeri sağlık birimi, işyeri hekimi ve işyeri hemşiresi bulunmadığı gözlemlenmiştir (İlhan vd., 2006). Araştırmaya katılan temizlik işçilerinin hemen hiçbiri işiyle ilgili mesleki eğitim ve işiyle ilgili sağlık ve güvenlik eğitimi almamıştır. Çalışırken, temizlik işçileri kişisel koruyucu kullanmamaktadır. Araştırmaya katılan temizlik işçilerinin çoğu iş kazası geçirmiş, iş kazasına bağlı sakatlıklara maruz kalmış, meslek hastalığı tanısı almış ve meslek hastalığına bağlı kalıcı sakatlıklarla karşı karşıya kalmışlardır.

Bakım emeği, üçüncü olarak üzerinde durulması gereken bir emek süreci örgütlenmesidir. Eski dönemde Keynesyen refah devletinin ve refah rejiminin önemli ölçüde üstlendiği bakım hizmetleri artık piyasa koşullarında kaçak göçmen kadın emeği ile ikame edilmektedir. Göçmen kadınlar, gerek geride bıraktıkları aile ve çocukların

<sup>1</sup> “Antalya Serbest Bölgesi’nde Bir Örgütlenme Mücadelesi: Novamed İşçisinin Grev Hikâyesi”, <http://www.urundergisi.com/makaleler.php?ID=1575> (erişim tarihi:19.05.2010)

<sup>2</sup> Taşeron kadın temizlik işçilerinin emek süreci deneyimleri ve örgütlenme pratikleri üzerine İngiliz yönetmen Ken Loach’un *Ekmek ve Güller* (*Bread and Roses*) filminin çok açıklayıcı ve çok da etkileyici olduğunu düşünüyorum.



bakımlarını yerine getiremememin yarattığı baskılar ve gerekse de gittikleri ülkelerde göçmen emeği olarak ortaya çıkan çalışma ve yaşam koşulları nedeni ile çok yıpranmaktadır (Gökbayrak, 2009).

Hizmet üretiminden bahsederken, kadın çalışanların önemli bir bölümünü içine alan bir önemli kavram da kuşkusuz maddi olmayan emek kavramıdır. Maddi olmayan emek kavramı, enformasyon, bilgi, fikir, imaj, ilişki ve duygulanımlar üreten emektir (Hardt ve Negri, 2004: 122). Maddi olmayan emek, üretim sürecinde fiziksel olarak bir nesneye tekabül eden maddi emeğin yerine “bir hizmet, bir kültürel ürün, bilgi ya da iletişim gibi maddi olmayan mallar üreten emek” şeklinde tanımlanmaktadır.

Maddi olmayan emeğin iki önemli bileşeninden bahsetmek mümkündür: entelektüel emek ve jenerik emek (Castells, 1995). Entelektüel emek, kendi kendini programlayabilen, burjuva sosyal bilim kategorilerini gönderme yapmak gerekirse beşeri ve sosyal sermayeye sahip çalışanlardır. Entelektüel emeğin kendi katmanlaşması içerisinde kadın çalışanlar en alt düzeylerde yer almaktadırlar. Entelektüel emeğin en üst katmanını bilim ve teknoloji ile arası oldukça “iyi” olan ve beşeri ve sosyal sermayeye sahip erkek çalışanlar oluştururken; bilim ve teknolojiyle arası “mesafeli” ve beşeri ve sosyal sermaye konusunda “yetersiz” olan kadın çalışanlar daha düşük nitelikli işlerle ve daha az ücretlerle hiyerarşinin en altlarında yer almaktadırlar.

Maddi olmayan emeğin bir diğer bileşeni olan jenerik emek ise, vasıfsız işleri kapsamaktadır: bilgi işlem operatörleri, çağrı merkezi çalışanları... Jenerik emeği, aslında 21. yüzyılda, sermayenin yeni coğrafyasında zamansal-mekansal belirlenimlerde örgütlenen yeni fabrikalardaki Taylorist-Fordist emek örgütlenmesi olarak adlandırmak yanlış olmayacaktır. Çağrı merkezlerinde çalışma ise bu jenerik emeğin kristalize olduğu emek örgütlenmesidir. Ciddi anlamda kadın çalışan istihdam etmesi anlamında çağrı merkezleri “kadın gettoları” olarak da adlandırılmaktadır (Belt, 2001). Çağrı merkezleri, 1980’lerin ortalarında, iletişim ve bilgisayar teknolojilerindeki gelişmeleri ile birlikte, eskiden yüz yüze sunulan bir takım hizmetlerin telefon ve bilgisayar sistemi aracılığıyla görülmesini sağlayan bir çalışma şekli olarak ortaya çıkmıştır (Koskina, 2005). Bu yolla hem bir çalışan üzerinden görüşülen/hizmet verilen kişi sayısı esaslı bir şekilde artmış, hem çalışan başına düşen metrekaare sayısı azalmış, hem de çalışanların denetimi çok daha etkin bir şekilde arttırılabilmektedir. Çağrı merkezleri, dünya üzerinde merkez ve çevre ülkelerde, özellikle bankacılık ve mobil telefon operatörlüğü sektörlerinde artmaktadır. Uluslararası işbölümü çerçevesinde, mal üretiminde olduğu gibi, çağrı merkezleri sektöründe de emek maliyetlerinin yüksek olduğu ülkelere düşük olduğu ülkelere doğru bir yönelim söz konusudur ve çevre kapitalist ülkeler, ucuz emek gücü sayesinde küresel çağrı merkezleri için bir çekim noktası olmaktadır (Alkan, 2007). Özellikle Hindistan, bu konuda önemli bir örnek teşkil etmektedir. New Delhi’deki çağrı merkezi emekçileri, Kuzey Amerika’ya hizmet vermektedirler. Zaman farkından da yararlanarak, gece vardiyasında çalışması gereken emekçiler yerine ucuz Hintli işgücü istihdam edilmektedir (Mirchandani, 2004).

Maddi olmayan emek, entelektüel emek ve jenerik emek kavramsallaştırmasını içermesinin yanı sıra daha farklı iki kavramsallaştırmayı da içermektedir. Birincisi, hizmet işleri, entelektüel emek ve bilişsel emek gibi kavramları kapsayan ve asıl olarak entelektüel ya da dilsel olarak adlandırılabilir problem çözme, sembolik ve analitik görevler ve dilsel ifadeler gibi emek türlerini ifade eder. İkinci olarak ise, “maddi olmayan emek”in, en önemli bileşeni duygulanımsal emektir (*emotional labour*) (Hardt ve Negri, 2004: 122). Duygulanımsal emek, örneğin uçuş görevlilerinin, çağrı merkezi emekçilerinin, banka veznedarlarının, güvenlik emekçilerinin ve *fast-food* emekçilerinin işlerinde gözlemlenebilen; esenlik, rahatlık, tatmin ve heyecan gibi hisleri üreten bir emektir. Duygulanımsal emekte işverenler; çalışanların hal, tavır ve sosyal becerilerine önem verirler. Dolayısıyla, Hardt ve Negri (2004: 83)’nin deyişiyle, “fikirlerimiz ve duygulanımlarımız işe katılınca, dolayısıyla yeni bir biçimde patronun komutasına tabi hale gelince, genelde yeni ve yoğun yabancılaşma ve taciz biçimleri yaşarız.” Duygulanımsal emek, kadın işlerin niteliğine de ışık tutmaktadır. Duygulanımsal emek içeren emek süreçlerinde çalışan erkekler aynı işte çalışan kadınlardan daha fazla ücret alıyor çünkü ‘ahenk’, ‘bakım’, ‘anlayış’, ‘dayanışma’, ‘sabır’ yani anne gibi davranışları ve duyguları çağrıştıran işler düşük ücretli oluyor bu tip özellikler kadınların doğal özelliği kabul ediliyor ve itibarı ne talep ne de hak ettiği varsayılarak yapılandırılıyor (Özkaplan, 2009: 19).

### Kadın İşçilerin Sağlığı: Farklı Emek Süreçleri ve Ortaklaşan Deneyimler

Sermayenin yeni coğrafyasında merkez ve çevre kapitalist ülkelerde sanayi ve hizmet üretiminde kadın işçilerin oldukça farklı emek süreçleri içinde olduğunu saptadık: Çevre ülkelerde uluslararası sermaye baskısı altında çalışan kadın emeği, çevre ülkelerde merdiven altı kadın emeği, merkez ülkelerde göçmen kadın emeği, merkez ve çevre ülkelerde kadın temizlik işçileri, merkez ve çevre ülkelerde bakım emeği, entelektüel emeğin parçası olarak kadın hekimler, kadın mühendisler, jenerik emeğin parçası olarak kadın bilgi işlem operatörleri, çağrı merkezi çalışanları... Tüm bu farklılaşan emek süreçlerine rağmen tüm kadın işçilerde ortaklaşan sağlık sorunlarından bahsetmenin anlamlı olduğunu düşünüyorum.

İlk ortaklaşan deneyim fiziksel yıpranmadır. Kadın işçilerin geçirdiği iş kazaları, meslek hastalıkları ve üreme sağlığı ile ilgili sorunlar her geçen gün artmaktadır. Doğan çocuklarla ilgili de oldukça endişe verici istatistikler bulunmaktadır: Yüksek ısıda çalışma sonucu bebekte büyüme gerilikleri, tekstilde çalışanlarda düşük doğum ağırlıklı bebek, erken doğum, ölü doğum gibi komplikasyonlar... Fiziksel yıpranma, sanayi sektöründeki kadın işçilerin daha çıplak yaşadığı sağlık sorunu olmakla birlikte, hizmet sektöründe çalışan kadınların da farklı açılardan da olsa ciddi fiziksel yıpranma ile karşı karşıya olduğu açıktır.

İkinci ortaklaşan deneyim manevi yıpranmadır, diğer bir deyişle, duygulanımsal emeğin yarattığı yıpranmadır. Bu yıpranma belki şu cümleyle de özetlenebilir: “Önce kol emeğimizi istediler, sonra kafa emeğimizi istediler şimdi yüreğimizi istiyorlar.” Kadın emekçilere yönelik denetim aygıtlarında, kadının “uysal”, “itaatkar” ve “sorun çıkarmak istemeyen” gibi özelliklerine dayanan cinsiyetçi bir yaklaşım olduğu gözlemlenmektedir (Aguar ve Herod, 2006). Cinsiyete dayalı denetimi, tam ters açıdan destekleyen bir başka olgu ise, 1990’larda, ucuz ve üretken kadın emeğine dayanan Güney Kore’de, hükümet tarafından kadın işçilerin “endüstriyel asker” imgesi olarak tanımlanması ve böylece “zayıf”, “kırılgan” ve “kadınsı” şeklindeki geleneksel imgelemenin tersyüz edilmeye çalışılmasıdır (Seung-Kyung’dan aktaran Özügürlü, 2005: 116). Cinsiyete dayalı denetim aygıtları, Marx’ın *Kapital*’i yazmasının üzerinden yaklaşık yüzelli yıl geçmiş olmasına rağmen, pek değişmemiş gözükmektedir. Marx, *Kapital*’in Birinci Cildi’nde İngiliz Parlamentosunda bir Lord’un yaptığı konuşmayı şöyle aktarır:

Fabrikatör Mr. E... bana, buharlı dokuma tezgahlarında yalnızca kadınları çalıştırdığını ... evli kadınları ve özellikle evde bakımıyla sorumlu aileleri bulunanları yeğlediğini söyledi; bunlar, bekar kadınlara göre daha dikkatli ve yumuşak başlı oluyorlar ve gerekli tüketim maddelerini sağlayabilmek için bütün çabalarını harcıyorlardı. Böylece, kadına özgü erdemler, onun aleyhine olarak kullanılıyor ve fabrikalarında var olan en ince görev duygusu ve şefkat, onun köleleştirilmesi ve ıstırap çekmesi için birer araç haline getiriliyordu.

(aktaran Marx, K.; [1867] 2000: 387)

Ayrıca vurgulanması gereken, son dönem duygulanımsal emek örgütlenmeleri ile bizatihi hal, tavır ve davranışların yoğun ve despotik bir denetim altına alınmasıdır. Güvenlik, bankacılık ve *fast-food* sektörlerinde ya da büyük alışveriş merkezlerinde satış görevlisi olarak çalışan ve büyük çoğunluğu kadın olan işçilerin, eski sistemde Taylor ve Ford’un işçinin vücudunu (bedenini) despotik emek rejimine tabi kılması benzeri; zihinleri, duygulanımları ve organizmalarının bütünü (gülümseme ve ses gibi) despotik emek rejimine tabi kılınmaktadır.

Üçüncü ortaklaşan deneyim, çalışma ve gündelik yaşam arasındaki sınırların aşınması veya çökmesidir. 21. yüzyılda hizmet ve sanayi üretimi “fabrika”nın ve/veya işyerinin mekansal ve zamansal sınırlılıkların ötesine geçme çabası içindedir (Hardt ve Negri, 2004: 13). Endüstriyel paradigmada, işçiler üretimi neredeyse sadece fabrika içinde yaparlardı; fakat günümüzde, yeni çalışma biçimlerinin farklı görünümleri olan “evde çalışma” ve “eve iş verme”, emek süreci örgütlenmesinin “fabrika”nın kapılarının ardına yaşamın her alanına doğru genişlediğini göstermektedir. Bu zamansal ve mekansal yeniden örgütlenmeyi, Hardt ve Negri (2004: 110) “biyopolitik üretim” olarak tanımlamaktadırlar: “Biyopolitik üretim, topluma içkindir ve müşterek emek biçimleri aracılığıyla toplumsal ilişkileri ve biçimleri üretir.” Dolayısıyla, dün bireye ait, kişiye özgü, beden parçası gibi kavramlarla düşündüğümüz her türlü durumun, hareketin; organı sermaye tarafından yutulup kapitalist mübadelenin bir parçası haline dönüşmesinin kavramsallaştırılmasıdır.

Dördüncü ortaklaşılan deneyim, patriarkal ilişkiden dolayı çalışma yaşamı dışı sorumlulukların çokluluğudur. Bu noktada kuşkusuz refah devleti düzenlemelerinin ciddi olarak zayıflamasının da bu sorumlulukları artırdığını vurgulamalıyız. Kadın çalışanlarda her geçen gün uyku ve dinlenme süresinin azaldığı belirtilmektedir. Feminist iktisatçıların vurguladığı üzere, “piyasa üzerinden, metalaşmış, parasallaşmış bir değiş tokuşun dışında, ev işleri, çocuk bakımı, yaşlı bakımı gibi farklı üretim faaliyetlerini kapsayan yeniden üretimin daha geniş kapsamlı ele alınması çok önemlidir. Yeniden üretim üç başlık altında irdelenir: işgücünün yeniden üretimi, mevcut yaşamın sürdürülmesi için harcanan emek anlamında toplumsal yeniden üretim ve bir sonraki kuşağın yetiştirilmesi için harcanan emek olarak insanların yeniden üretimi; hepsi görünmeyen kadın emeğidir” (Özkaplan, 2009: 15).

Beşinci ortaklaşılan deneyim, işyerlerinde uğranılan sözsöl/davranışsal tacizdir. Hem merkez hem de çevre kapitalist ülkelerdeki kadın çalışanlar için işyerinde kadına yönelik psikolojik ve cinsel taciz ile şiddetin yaygın bir sorun olduğu gerçekliktir. İşyerinde taciz ve kadına yönelik şiddete ilişkin çalışmalarda kadına yönelik tacizin genellikle açığa vurulmadığı ve görünür olmadığı ve tacizin tanımlanmayabildiği belirtilmektedir (Sosyal-İş, 2010).

Altıncı ortaklaşılan deneyim, güvencesiz çalışmadır. Emeğin sermayeden isteyebileceği en asgari talep bir işe sahip olmaktır. Günümüzde, bu asgari talep bile sağlanmamaktadır. Günümüzde, güvencesiz çalışma ile bir işe sahip olunup olunmadığı sürekli bilinmezlik içindedir. Güvencesiz çalışma bir boyutu ile sosyal güvencesi olmadan çalışma iken bir boyutuyla da uzun süreli olmayan esnek çalışma pratiklerini kapsamaktadır. Özellikle uzun süreli olmayan esnek çalışma pratikleri (yarı-zamanlı çalışma, *home office*, *teleworking*, proje bazlı çalışma vb.) kadın çalışanların önemli bir bölümünün içinde olduğu istihdam biçimleridir. Güvencesiz çalışmanın yarattığı belirsizlikler ve riskler ve bunun neden olduğu iş yaşamındaki sürekli rekabet, kararlılık ve uzun vadeli düşünme gibi duyguları erozyona uğratmaktadır. Karakter işyerindeki duygusal deneyimlerimizle rabitalıdır. Karakter, işin doğası, karşılıklı sadakat ve bağlılık, uzun vadeli bir hedef için ortak çaba sarf etme ve gelecekteki bir amaca yönelik çalışmayı içerirken farklı; esnek, güvencesiz, sadakat ve bağlılık gerektirmeyen, yarın sonlandırılabilir, her an parçalanıp ve sürekli olarak yeniden şekillenen örgütsel yapılar içerisinde yürütülen bir çalışma ilişkisinde farklı biçimlenmektedir (Sennett, 1998).

Son olarak belirtilmesi gereken bir ortak deneyim de yabancılaşma ve yalnızlaşmadır. Tüm emek süreçleri içinde kadın çalışanlar, sürekli risk altında yaşamakta, iç dünyasında sürüklenmekte ve “biz” zamirinden çekinmektedirler. Dolayısıyla, birbiri için kaygılanmayan “yalnız” kadın işçilerden bahsetmekteyiz.

### **Sonuç Yerine: Ne Yapmalı?**

Kadın işçilerin kapitalist emek süreçleri içinde karşı karşıya oldukları fiziksel yıpranma, sözsöl/davranışsal taciz, manevi yıpranma, çalışma dışı sorumlulukların artması, yabancılaşma ve yalnızlaşma, uzun çalışma saatleri ve güvencesiz çalışma koşulları onların kendilerini işçi sınıfından görmeleri ve örgütlenmeleri ile sonuçlanmalıdır. Dolayısıyla, örgütlenme sürecinde en öncelikli konu, tüm kadın çalışanlarının “emek güçlerini satarak yaşamda kalmaya çalışan” nitelikleri ile işçi sınıfının bir parçası olduklarını görebilmeleridir. Burada en önemli sorun ise eğitilmiş ve genç kadın işgücünün kendilerini “işçi” olarak görmemeleridir. Burada karşımıza çıkan “meslek”ler ve “kariyer” mitidir. Günümüz kapitalizmi, “meslek”leri ve “kariyer” mitini sarsan ciddi gelişmelere sahne olmaktadır. Güvencesiz çalışma, yarının belirsiz olması, sürekli bir risk altında yaşama, görece düşük ücretler ve uzun çalışma saatleri, bu “meslek” sahiplerine ve “kariyer” sahiplerine gelecek günlerin eski günlerden farklı olduğunu göstermektedir.

Dolayısıyla, kadın işçilerin sağlığını tehdit eden kapitalist emek süreçlerine yönelik itirazlar için ortaklaşan deneyimlerden ve ortaklaşan dertlerden bahsetmek gerekmektedir: Güvencesiz çalışan kadın mühendisler, her geçen gün emek sürecinde denetim ve vasıftan uzaklaşan kadın hekimler, uzun çalışma saatleri ve ucuz ücretlerle karşı karşıya olan kadın sağlık çalışanları, yoğun denetim altında kadın çağrı merkezi çalışanları, bakım işleri gittikçe kamusal hizmet niteliğinden çıktıkça bu işleri üstlenen kadınlar, serbest bölgelerde büyük markalar için çalışan kadınlar...

Son cümle olarak, kadın işçiler, ancak vasıf ve denetimin kendilerinde olduğu ve kendilerini üretebilecekleri ve gelişebilecekleri alternatif, kolektif ve yaratıcı bir emek sürecinde sağlıklı olabilirler.

## Kaynakça

- Aguiar, L.M. & Herod, A. (2006) (der.) *The Dirty Work of Neoliberalism: Cleaners in the Global Economy*. Oxford: Blackwell.
- Alkan, T. (2007) “*Esnek Çalışma Biçimleri ve Çağrı Merkezi Örneği*”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Belek, İ. (2009) *Küba’da Sağlık*, İstanbul: Yazılama Yayınevi.
- Belt, V. (2001) “A Female Ghetto? Women’s Careers in Call Centres”, “*Call Centres and Beyond: The HRM Implications*” konferansında sunulan tebliğ, Kings College, University of London.
- Castells, M. (1995) *The Rise of Network Society*, Oxford: Blackwell.
- Dedeoğlu, S. (2008) “Avrupa’da Göçmen Kadın emeği ve Refah Devleti”, Türkiye İşçi Sınıfı ve Emek Hareketi Küreselleşiyor mu?, Sosyal Araştırmalar Vakfı ve Türkiye Sınıf Araştırmaları Merkezi Yayını, İstanbul, 221-232.
- Flanagan, R.J, Smith R.S. ve Ehrenberg, R.G. (1984) *Labor Economics and Labor Relations*, Glen View, Foresman.
- Gökbayrak, Ş. (2009) “*Refah Devletinin Dönüşümü ve Bakım Hizmetlerinin Görünmez Emekçileri Göçmen Kadınlar*”, *Çalışma ve Toplum*, 2, 55-82.
- Hardt, M. ve Negri, A. (2004) *Çokluk: İmparatorluk Çağında Demokrasi ve İmparatorluk* (çev. B. Yıldırım), İstanbul: Ayrıntı.
- İlhan, M. N, Kurtcebe, Z.Ö., Durukan, E. ve Çoşar, L. (2006) “Temizlik İşçilerinin Sosyodemografik Özellikleri ve Çalışma Koşulları ile İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sıklığı”, *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20, 6, 433-439.
- Jessop, B. (2002) *The Future of the Capitalist State*, Cambridge: Polity Press.
- Koskina, A. (2005) “Converging Divergences of Call Centre Management in Greece” *23st International Labour Process Conference*, University of Strathclyde <http://www.hrm.strath.ac.uk/ILPC/2005/conf-papers/Koskina.pdf> (4.06.2008).
- Köse A. H. ve Öncü, A. (2000) *Kapitalizm İnsanlık ve Mühendislik: Türkiye’de Mühendisler-Mimarlar*, Ankara: TMMOB.
- Marx, K. [1867] (2000) *Kapital, Birinci Cilt* (çev. A. Bilgi), Ankara: Sol.
- Mirchandani, K. (2004) “Practices of global capital: gaps, cracks and ironies in transnational call centres in India”, *Global Networks*, 4, 355-373.
- Nichols, T. (1997) *The Sociology of Industrial Injury*, Mansell Publishing Ltd.
- Özbay, F. (1998) *Küresel Pazar Açısından Kadın Emeği ve İstihdamındaki Değişimler: Türkiye Örneği*, Ankara: KSSGM ve İKGV Yayını.
- Özkaplan, N. (2009) “Duygusal Emek, Kadın İş/Erkek İş”, *Çalışma ve Toplum*, 2, 15-24.
- Özüğurlu, M. (2005) *Anadolu’da Küresel Fabrikanın Doğuşu*, İstanbul: Halkevleri.
- Sennett, R. (1998) *The Corrosion of Character: The Personal Consequences of Work in the New Capitalism*, WW. Norton & Company.
- Sheehy, N.P. ve Chapman, A.J (1987) “Industrial Accidents”, *International Review of Industrial and Organisation Pshychology*, (der. C.L. Cooper ve I.T. Robertson) içinde, Chichester, Wiley.
- Sol Meclis Sağlık Komisyonu (2003) *Sosyalist Türkiye’de Sağlık*, İstanbul: Nazım Yayınevi.
- Sosyal-İş (2010) 8 Mart’ın 100. Yıldönümünde Türkiye’de ve Dünyada Kadın Emeği ve İstihdamı Raporu, <http://www.ivmedergisi.com/files/belgeler/SosyalsKadinRaporu.pdf> (erişim tarihi: 25.04.2010)
- Yeates, N. (2004) “Global Care Chains”, *International Feminist Journal of Politics*, 6, 3, 369-391.
- Yıldızoğlu, E. (1996) *Globalleşme ve Kriz*, İstanbul: Alan Yayınları.
- Yücesan-Özdemir, G. (2009) *Emek ve Teknoloji*, Ankara: Tan Kitabevi Yayınları.

## SAĞLIK REFORMLARI KADIN SAĞLIĞINA ETKİSİ

Doç. Dr. Meltem Çiçeklioğlu

Ege Üniversitesi Halk Sağlığı AD

### Sağlık Tanımı ve Toplumsal Cinsiyet Analizi

Sağlık reformlarının kadın sağlığına etkilerini değerlendirirken öncelikle sağlığın tanımı net olarak yapılmalıdır. Hastalık ve sağlıktan bahsederken, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri dikkate almak gerekmektedir. Geleneksel yaklaşım olarak da bilinen biyomedikal yaklaşımda, hastalıkların sadece fizyolojik faktörlerin sonucu olarak düşünüldüğü ve hastalığın davranışsal boyutunun ihmal edildiği görülmektedir. Biyomedikal yaklaşımda, hastalıkların azalmasında ilaçlar ve aşıların etkili olduğu, hastalık etkenleri ve bunların yarattığı biyolojik sonuçların önemi vurgulanır. Bu yaklaşım birey olarak hastaya odaklıdır. Sağlığı sosyal bir olgu olarak kabul eden yaklaşım ise sağlığın bireysel bir durum olmadığını toplumsal yaşantının sonucu olduğunu kabul eder<sup>1</sup>.

Sağlık tanımındaki farklı yaklaşımlar, kadın sağlığına bakış açısında da farklılıklar yaratmıştır. Biyomedikal sağlık anlayışının uzantısı olarak gelişen **Kadınların Sağlık Gereksinimi** yaklaşımı cinsiyetler arasındaki epidemiyolojik özelliklerdeki farklılıklar üzerinden kadın meselesi ile ilgilenir. Bu yaklaşım, özellikle üremenin biyolojisi ile ilgili sonuçları açısından kadın ve kız çocuklarının ihtiyaçlarına odaklanır. İhtiyaçlardaki dengesizlikleri hedefleyen temel haklara yönelik kadına yönelik sağlık müdahalelerine odaklanır. Bu müdahalelerde maliyet etkinliği önemlidir; kadına yatırım ailenin ve çocukların refahının en maliyet etkin yolu olarak tanımlanır. Bu yaklaşıma getirilen eleştiriler ise; sadece kadına odaklı ve sosyal bağlamdan kopuk olması, tüm kadınların aynı tarzda ve süreçte dezavantajlara sahip olmadığını açıklamada yetersiz kalması, erkeklerin rol ve sorumluluklarının değişmesine hiç değinmemesidir<sup>2</sup>.

Kadının toplum içindeki rollerini dikkate alan **Toplumsal Cinsiyet Eşitliği** yaklaşımı ise hastalıklar açısından duyarlılık ya da sağlık sistemi içindeki dezavantajların oluşumunda toplumsal cinsiyete bağlı rollerin etkisi ile ilgilenir. Sağlık sistemine erişim ve kullanım sorunları ile ilgilidir. Toplumsal cinsiyet rolleri sağlıksızlıktaki duyarlılığı artırır, sağlık sistemine ulaşmadaki dezavantajı üretir. Kadınlar duyarlı bir gruptur, daha az kazanır. Kadınların para kazanma olanaklarına erişimi kısıtlıdır. Kentteki erkeğin kadına göre sağlık hizmetine erişimi daha yüksektir, kadınlar geleneksel ve ekonomik açıdan erkeğe bağımlıdır. Bu yüzden kadın sağlığını iyileştirmek için müdahalenin yapılacağı en küçük birim aile değil aile içinde kaynakların eşitsiz dağılımıdır.

Bu iki yaklaşımı bir örnekle açıklayalım; Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar'a (CYBH) yönelik sağlık hizmetini planlamak için **Kadınların Sağlık Gereksinimi** yaklaşımını kullandığımızda, kadınların CYBH'a karşı daha duyarlı olduğunu, kadınlarda bu enfeksiyonların asemptomatik geçirildiğini, bu yüzden de hastalığın geç fark edildiğini bilmemiz ve müdahalelerimizi bunlara göre şekillendirmemiz yeterlidir. Ancak **Toplumsal Cinsiyet Analizi** kullanıldığında kadınların CYBH'la ilgili bilgilerinin az olduğu, infertilitenin kadın için daha çok baskı yarattığı, kadınların tedaviye erişiminin daha düşük olduğu, hizmet alımının saklandığı ve kadınlarda korunma daha zor (kondom kullanımı konusunda ısrar etme şansları daha az) olduğu gibi çok farklı etkenlerin de göz önüne alınması gerekliliği ortaya çıkar. Dolayısıyla Toplumsal Cinsiyet Analizi kadınların CYBH deneyimlerinin daha iyi anlaşılması için sağlık hizmeti verenlere kadınların ihtiyaçlarına cevap vermek için önemli bilgiler sağlar. Bu sorunların çözümünde kadın erkek arasındaki ilişkilerin önemi üzerinde durur. Böylece kadın ve erkek arasındaki eşitsizlikleri azaltmak için uygun stratejilerin geliştirilmesini sağlar<sup>3</sup>.

Sağlıkta toplumsal cinsiyet analizi toplumsal cinsiyete bağlı iş bölümünden etkilenir. Her toplumda ve her grupta erkekler ve kadınlar değişik etkinlikler yapar, değişik roller üstlenirler. Bu işbölümü temelde ekonomik süreçlere dayanır. Kadın ve erkek arasındaki eşitsizliğin bir nedeni de üretim süreçlerindeki bu rollerdir. Toplumsal Cinsiyet Rollerini açısından genel olarak ve çok kaba bir sınıflamaya gidersek şu temel rolleri görürüz<sup>4</sup>:

Üretim ile İlgili Roller : Erkek daha çok piyasa için üretim yapar (parasal karşılığı olan), kadın ise ev/hane içi üretim (parasal karşılığı olmayan).

Yeniden Üretimle ilgili Roller : Kadın, biyolojik yeniden üretim (çocuk doğurma ve yetiştirme); günlük yeniden üretim (hanenin günlük işleri, ve hane üyelerini ertesi günün üretim sürecine hazırlama) ; İdeolojik yeniden üretim (çocukları toplumsal rolleri için hazırlama) yapar.

Topluluk Düzeyinde, Hayatın İdamesine İlişkin Roller: Hane içi yeniden üretim rollerinin bir uzantısı olarak topluluk düzeyinde kadın tarafından yapılan işler: Kısıtlı ve toplu tüketime açık kaynakların kullanımı (özellikle su, sağlık ve eğitim hizmetleri); kadınların karşılık almaksızın ve 'serbest' zamanlarında yaptıkları düşünülen işler.

### **Sağlık Reformları**

İş gücünün %80'nin kadınlar tarafından verildiği sağlık hizmeti, fonksiyonları gereği sosyal devlet döneminde kamu tarafından verildiği ve piyasada değişim değeri yaratmadığı için yeniden üretim olarak tanımlanmakta ve devlet tarafından güvence altına alınmaktaydı. 1980'lerden itibaren uygulanmaya başlayan neoliberal politikalar doğrultusunda yürütülen sağlık reformları, devletin sosyal sorumluluklarından çekilmesi ve sağlığın ticarileşmesi olarak karşımıza çıkmaktadır<sup>5,6</sup>.

Sağlık reformlarının sağlık sisteminde yarattığı değişim; finansman, örgütlenme ve yönetim başlıkları altında incelenebilir:

### **Finansman**

Genel olarak sağlık reformlarının uygulandığı ülkelerde vergiyle finansmandan sigorta sistemine geçiş sözkonusudur. Sigorta sistemi prim ödemeyenin hizmetten yararlanamadığı ve hizmetin kapsamının teminat paketi ile sınırlı olduğu bir sistemdir. Sağlık reformlarında ikinci ve en önemli finansman kaynağı cepten ödemelerdir. Bu ödeme biçimi, kullanıcı ödentisi ya da katkı payı adları altında vatandaştan alınmaktadır.

Finansmandaki değişimi toplumsal cinsiyet yaklaşımı ile analiz etmek istersek; fakir kadınlar fakir erkeklerden daha fazla mı etkilenecekler, sağlık sistemine erişim toplumsal cinsiyet açısından nasıl etkilenecek sorularını sormalıyız<sup>2</sup>.

Sigorta sisteminin uygulandığı ülkelerde sağlık hizmeti özellikle informal sektörde çalışanlara ve kadınlara ulaşamamıştır<sup>7</sup>.

Ülkemizde kadınların %68.7'sinin sosyal güvencesi yokken, %16,1'inin sağlık güvencesi yoktur. Bu durum kadınların sağlık güvencesi açısından eşlerine bağımlı olduklarını göstermektedir. Genel sağlık sigortası ise kadınların %16'sına ulaşamamıştır<sup>8</sup>.

Sigorta uygulamasının yapıldığı ülkelerde hizmet sunumunda temel teminat paketi esas alınmaktadır. Temel teminat paketlerinin belirlenmesi hastalıkların yarattığı DALY (Engellilik Nedeniyle Kaybedilen Yaşam Yılı) kayıplarının hesaplamasına dayanır. Ancak DALY hesaplamalarında özellikle üreme sağlığı açısından sorunlar vardır. Üreme sağlığı sorunları ile ilgili hesaplamalarda toplumsal cinsiyet ve toplumsal normların etkisi hesaba katılmaz. Hesaplama kimin maruz kaldığının önemi yoktur. (Ayrımcılığa uğrama, damgalama, dışlama ölçülemez.) Müdahalelerin etkisini değerlendirmek zordur ülkeye hatta bölgeye göre değişir. Buna rağmen yaygın kullanılır. Üreme sağlığı ile ilgili sorunlar toplam DALY kaybının kadınlarda %10.2'sinden, erkeklerde %3.3'ünden sorumludur. DB 1993 raporunda yer alan 12 \$'lık paketin içinde; gebelik öncesi bakım, doğum (acil doğum hizmeti dışında), aile planlaması, CYBH tedavisi, AIDS önleme programı yer alır. 1993'ten bu yana bir çok ülke Dünya Bankası'nın temel teminat paketini kullanmaktadır. Yapılan bir araştırmada 152 ülkeden sadece 20'sinde aile planlaması, doğum öncesi bakım, doğum sonu bakım, acil doğum, 71'inde aile planlaması, 44 tanesinde

HIV/AIDS'ten korunma, 51'inde CYBH ve HIV/ AIDS'ten korunma teminat paketlerinde yer almaktadır. Acil doğum, şiddette maruz kalan kadının tedavisi ve infertilite bu paketin içindeki öncelikli sorunlar arasında yer almaktadır<sup>7</sup>.

Peru'da sağlık reformu sonrasında sigorta kapsamı gebe ve yeni annelere ek olarak, 40 yaş üstü kadınların kanserlerinin taranması, aile planlaması ve düşük sonrası tedavilerini de kapsayarak genişledikten çok kısa bir süre sonra sadece gebelik, doğum ve sonrası hizmetlere gerilemiştir. Benzer olarak ülkemizde de 18 yaş altı bakımın herkese ücretsiz olması uygulaması ancak bir yıl sürdürülebilmiştir<sup>9</sup>.

Sağlık hizmetinde katkı payı uygulaması sağlık hizmeti kullanıcıları açısından erişimi ve eşitliği zedeleyicidir<sup>7</sup>. Ancak kadınlar hizmeti daha çok kullandığı ve bakım verdiklerinin başvurularını da ödediği için daha fazla cepten ödeme yapmaktadırlar<sup>10</sup>.

Aile planlaması ve izlemler gibi koruyucu hizmetlerde ödeme isteği düşüktür ve hizmet paralı olursa hizmet alınmaz. Bangladeş'te insanların hastalıklarında ödeme isteği varken, aile planlamasında yoktur. Sahra altı Afrika'da kullanıcı ödentileri aile planlaması hizmetini aksatmıştır. Çin'in Dongland bölgesinde kullanıcı ödentileri doğumlarda sağlık kurumu kullanımını azaltmış, düşük gelirli orta ve yüksek gelir grupları arasında eşitsizlikleri artırmıştır. Hindistan Rajasthan'da 1980'den beri uygulanan hastane uygulamalarındaki kullanıcı ödentisi doğumda, doğum öncesi hizmete erişimde, CYBH'da tedaviye erişimde gerilemeler olmuştur<sup>7</sup>.

## Örgütlenme

Reformlar sürecinde sağlık hizmet sunumu ticarileştirilmektedir. Bu süreçte gereksinim yaklaşımından talep yaklaşımına, sağlık kavramından hastalık kavramına, korunma önceliğinden tedavi önceliğine doğru bir kayma söz konusudur. Örgütlenmedeki temel değişiklikler; sağlık bakanlığının hizmet sunumundan çekilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinde parçalı yapıya geçiş (Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri), hizmet sunumunda performans dayalı ödeme, kamu özel ortaklıkları<sup>5,6</sup>.

Sağlık reformlarının örgütlenmede yarattığı değişimi toplumsal cinsiyet yaklaşımı açısından değerlendirirken; sağlık hizmet sunumunda birinci basamak yaklaşımında entegrasyonun bozulması toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle kadının sağlığını daha fazla etkileyecek sorusunu sormak gerekmektedir<sup>2</sup>.

Sağlık reformlarının verimlilik ve performans dayalı ödeme baskısı hastane yatış gün sayılarının azalmasına neden olmuştur. Bu da kadının bakım yükünü artırmıştır<sup>10</sup>. Ülkemizde performans dayalı ödeme sistemi nedeniyle üreme sağlığı açısından çok önemli olan eğitim ve danışmanlık hizmetleri performansla yansımadağı için yok sayılmaktadır. Özellikle ikinci basamaktaki aile planlaması merkezleri hastaneler için bir yük olarak algılanmakta, burada çalışan personel "kazandırmıyorsunuz" gerekçesi ile azaltılmakta, geçici görev ve nöbet uygulamaları ile farklı alanlarda çalıştırılmaktadırlar.

Sağlık sisteminde kamu özel ortaklığı başlıca üç şekilde kendini göstermektedir: ürünlerinin sosyal pazarlama yoluyla dağıtılması, sosyal bayilik (franchising), kamunun özelden hizmet satın alması.

Toplumsal cinsiyet yaklaşımı açısından bu konuda sorulması gereken soru; duyarlı grup özel sektör tarafından verilen hizmeti az ya da çok mu alabilir olmalıdır<sup>2</sup>.

Kamu özel ortaklığının özü 'kamu malı' özelliği taşıyan hizmet kamuda, tedavi edici hizmet özelde verilmeli yaklaşımına dayanır ve üreme sağlığı hizmetinin "kapsamlı" ve "entegre" yaklaşımına aykırıdır. Örneğin kamu özel ortaklığı kontrasepsiyon ve HIV/AIDS önlemede kondom kullanımına odaklanmıştır ancak bu yaklaşım önemli ama yeterli değildir<sup>7</sup>.

## Yönetim ve planlama

Yönetim ve planlamadaki en önemli değişim desantralizasyon yani sağlıkta idari ve mali yetkinin bölge ve il düzeyine devridir<sup>5,6</sup>. Toplumsal cinsiyet yaklaşımı açısından sorulması gereken soru; desantralizasyon erişimi

artıracak mı, yoksa duyarlı grupları daha fazla mı marjinalize edecek olmalıdır<sup>2</sup>.

Desantralizasyon kaynak aktarımında azalma ve bölgesel eşitsizlikler yaratır. Uganda'da yerel hükümet sağlığa daha az kaynak aktarmış, Meksika'da zengin ve fakir bölgeler arası eşitsizlikleri artırmıştır<sup>7</sup>.

Yereldeki sağlık yöneticileri gerekli üreme sağlığı hizmetleri konusunda baskı gruplarının gücünden etkilenmişlerdir. Filipinlerin katolik bölgesindeki verilecek üreme sağlığı hizmetlerinin seçiminde yerel hükümet etki altında kalmıştır. Senegal'de tutucu yöneticiler marjinallerin ve adölesanların hizmet alımını desteklememiştir<sup>7</sup>.

**Sonuç olarak** sağlık reformları kadınlar için, sağlık hizmetine erişimde eşitlik, gelire oranla harcamada eşitlik ve hizmetin sonuçları açısından eşitlik sağlayamamaktadır. Bu yüzden sağlık reformlarının kadın sağlığına etkileri, cinsiyet duyarlı araştırmalarla görünür hale getirilmeli, emek mücadelesi ile kadın hareketinin ortak mücadele alanı olarak tanımlanmalıdır.

### Kaynaklar

1. Liverpool School of Tropical Medicine Gender and Health Group; Guidelines for the Analysis of Gender and Health, <http://www.liv.ac.uk/lstm/groups/documents/LSTM-guidelinesfortheAnalysisofGenderandHealth.pdf>, erişim tarihi : Nisan 2010
2. Standing H.(1997), Gender and equity in health sector reform programmes : a review, Health Policy and Planning; 12(1):1-18
3. PAHO, (1997), Workshop on Gender, Health and Development: Facilitator's Guide Washington, D.C.
4. Ecevit Y. (2003), Toplumsal cinsiyetle yoksulluk ilişkisi nasıl kurulabilir? Bu ilişki nasıl çalışılabilir? C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4), Özel Ek
5. National Coordinating Group on Health Care Reform and Women (2002), Women and Health Care Reform, Canadian Women's Health Network [www.cewh-cesf.ca/healthreform/](http://www.cewh-cesf.ca/healthreform/) erişim tarihi : Şubat 2010
6. Standing H. (2002) , An overview of changing agendas in health sector reform, Reproductive Health Matters, 10 (20); 19-28.
7. Murthy R., Pinho H., Ravindran S.T.K., Romero M., (2004) Health sector reforms and sexual reproductive health services, Womens Health Project, South Africa
8. Hacettepe Nüfus Etüdüleri Merkezi, (2009), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Hacettepe, Ankara.
9. Rousseau S.(2007), The politics of reproductive health in Peru: gender and social policy in the global South, Social Politics, 14(3); 93-125
10. Ewig C., Bello A.H, (2009), Gender equity and health sector reform in Colombia: Mixed state-market model yields mixed results, Social Science and Medicine, 68;1145-1152



## NEOLİBERAL SAĞLIK POLİTİKALARININ KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ETKİSİ

Arzu Çerkezoğlu

### NEOLİBERAL POLİTİKALARIN KADINLARA ÖZGÜ ETKİLERİ NELER?

Sermayenin kar derdine çözüm için uygulamaya koyduğu politikaların bedelinin ve yaşatacakları yıkımın en ağır biçimde kadınlar tarafından hissedileceğini biliyoruz.

Yoksulluğun ve her türden güvencesizliğin artışı toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini de paralelinde arttırıyor.

Yoksulluk ve kriz koşullarında kadınlar ücretli ve ücret karşılığı olmayan emeğini arttırıyor ve erkeklere kıyasla daha fazla çalışarak hanenin ayakta kalması için uğraşılıyor.

- İster ev kadını ister ücretli çalışan olsun kadınların ev içi üretim sorumlulukları artıyor.
- Kadınlar evin idaresinden, yiyecek, yakacak teminine; çocukların eğitiminden bakım hizmetlerine yaşamı asgari düzeyde sürdürebilmek için “ayakta kalma stratejilerini “ geliştirmek zorunda kalıyorlar.
- Sermaye, kendi krizini insanlığın krizini derinleştirerek ve yeni gericilik, savaş ve zor biçimlerini seferber ederek aşmaya çalışıyor.
- Bu; kadınlar için daha fazla şiddet, daha fazla baskı, daha fazla ayrımcılık demek

### SAĞLIK EMEKÇİLERİ NASIL ETKİLENİYOR?

#### KAMU PERSONELİNİN TASFİYESİ VE GÜVENCESİZ ÇALIŞTIRMA MODELLERİ

- BİREYSEL SÖZLEŞMELİ ÇALIŞTIRMA
- DIŞARDAN HİZMET SATIN ALMA (TAŞERONLAŞTIRMA)
- MALİYE VİZELİ ÇALIŞTIRMA
- VAKIF VE DERNEKTEN ÇALIŞTIRMA
- DÖNER SERMAYEDEN ÇALIŞTIRMA
- GEÇİCİ STATÜLÜ ÇALIŞTIRMA
- 657 4/B VE 4/C

#### GÜVENCESİZLEŞTİRME-1

- En büyük, en geniş kapsamlı, en akut gelişen işçileştirme süreci!
- Mülksüzleştirme ve yoksullaştırma temelinde yaşanıyor.
- Bir önceki döneme özgü örgütlenme ve mücadele biçimlerini etkisiz hale getiriyor

#### GÜVENCESİZLEŞTİRME-2

- Neo-liberalizm, örgütlü işçi hareketlerini, örgütsüz işçi kitlelerine empoze ettiği güvencesiz çalıştırma biçimleriyle kuşatıyor.
- Bu kuşatmayı, yalnızca “içeriden” direnişle, yani örgütlü emekçilerin kazanılmış haklarını savunma mücadelesiyle etkisiz hale getirmek olanaklı değil.

### GÜVENCESİZLEŞTİRME-3

- Neoliberalizm, bu evresinde “içererek etkisizleştirme” çizgisi izliyor. Performans, döner sermaye, TKY, özel hastanelere gidişin açılması vb.
- Bu durum, süreçten zarar görenlerin güçlü ve bütünlüklü bir karşı koyuş ortaya koymasını engelliyor.
- İçerilemeyen ve en kötü koşullara maruz kalanlar doğru bir strateji ile buluştuğunda en hareketli kesim.

### ÇALIŞMA YAŞAMI VE KADINLAR

Kadınlar daha da artan bir biçimde yoğun işten çıkarmalarla karşı karşıya.

Direnme koşullarının zayıflığı ve öncelikle “eve ekmek getiren erkek” yerine kadınların işten çıkartılması tercihi bu sonucu doğuruyor.

- İşsizlik korkusu kadınların sigortadan çalışma saatlerine kadar birçok konuda haklarının gasp edilmesine sessiz kalmalarına yol açıyor.
- Güvencesizlik ve hak ihlalleri yaygınlaşıyor. Süt izninden kreşe kadar bir çok hak gasp ediliyor. Çalışma saatleri uzuyor koşulları ağırlaşıyor.
- Güvencesizlik koşullarında yükselen işsizlik oranları “pazarlık” gücü zayıf olan kadınların düşük ücretlerle ve kötü koşullu işlerde çalışma oranını artırıyor.
- Güvencesizlik koşulları kadınların işe alınmada, ücretlerde ve görevde yükselmelerde uğradıkları ayrımcılığı artırıyor
- Zam yapılmaması, maaş indirimleri, maaşların geç verilmesi gibi uygulamaların artması kadınların yaşamlarını sürdürebilmelerini zorlaştırıyor.
- İşsiz kalma korkusu işyerindeki taciz ve tecavüze sessiz kalmayı da beraberinde getiriyor. (Antalya örn.)
- Kadın işçilerin örgütlenme, sendikalaşma çabalarına saldırılar artırıyor
- Ucuz, güvencesiz, denetimi kolay işgücü olarak kadınlar üzerindeki emek sömürüsü sermaye birikimi açısından kritik bir rol oynuyor.
- Ayrıca erkeğin kadın emeği üzerindeki denetimi de artırıyor.

### TEMEL KAMUSAL HAKLAR VE KADINLAR

- Neoliberalizmin enerji, beslenme, barınma, sağlık, eğitim, su gibi temel hizmetler alanında yarattığı yıkım giderek daha da derinleşiyor.
- Kadınların eğitim ve sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları eşitsizlikler derinleşiyor, kadınlar eğitim, sağlık ve bakım hizmetlerinde daha fazla iş yükünü üzerlerine almak zorunda bırakılıyor.
- Aile gelirlerinin azalması öncelikle kadınların ve kız çocuklarının ihtiyaçlarının kısıtlanmasına yol açıyor.

### NE YAPMALI?

- Kadınların eşit ve özgür bir şekilde yaşama ve çalışma hakkını savunacağız
- Kadın taleplerini görünür hale getirecek, kadınların mücadeleye katılması önündeki engellerle mücadele edeceğiz.
- Piyasalaştırılan temel yaşamsal hakları talep eden hak mücadeleleri programını kadın talepleriyle şekillendirmek, kadınların hak mücadelelerinin aktif özneleri haline gelebilmelerini sağlayacak mücadele yöntemlerini, dilini ve araçlarını geliştirmek gerekiyor.
- Kadınların çalışma ve güvenceli iş hakkını temel bir talep olarak örgütlemeliyiz.

## KONFERANS

### Yıldırmanın Yol Açtığı Ruhsal Sorunlar ve Belgelenmesi

Şahika Yüksel (\*)

Konuyu tartışmaya başlamadan önce, bu konuda beni sınırlayan bazı sorunları ifade etmek isterim. Türkçe yaygın olarak iş yerinde yıldırma olarak kullandığımız mobbing dünyada ve Türkiye de yeni bir kavram. Hangi tutum ve davranışların yıldırma olarak adlandırılabilceği, etkilerinin neler olduğu ve iş hukukunda bunların kanıtlanma yolları konusunda bir uzlaşma yok. Bu yazı yazıldığında, 2010 yılında, Türkiye’de bildiğim kadarı ile yıldırma maruz kaldığını yasal olarak da sonuçlanmış dava sayısı çok sınırlı idi.

Bir diğer sorun bana ait, konu ile ilgilenmem çok yeni. 14. Şubat 2009 tarihinde Muğla Tabip Odası, tarafından bir konuşmaya çağrılmamla başlıyor. İşyerinde psikolojik şiddet: Mobbing konulu toplantı 14.02.2009 tarihinde Muğla’da yapıldı. Toplantı dört sivil toplum kuruluşu (Muğla Tabip Odası, Muğla Barosu, Sağlık ve Sosyal Emekçiler Sendikası Muğla Şubesi, Eğitim-Sen Muğla Şubesi) ve Muğla Belediyesi tarafından düzenlenmişti. Toplantının moderatörlüğünü TTB Onur Kurulu Üyesi Dr. Naki Bulut yaparken konuşmacı olarak (Halil Güner (Yargıç), Perihan Sarı (Sosyal Politika Uzmanı) ve Ruh Sağlığı Uzmanı olarak ben katıldık. Muğla Belediyesinin yeni toplantı salonunda yapılan toplantıya yaklaşık 150 kişi katıldı, işin önemlisi katılımcılar toplantı sonunda konu ile ilgili kendi deneyimlerini aktararak gerçek olayların tartışılmasına sağladılar.

Üçüncü sorun, psikolojik travmanın belgelenmesi rapor yazılması ile ilgili genel sorunlarla ilgili. Bu konuyu biraz daha açmak isterim. Travma, şiddet yaşamış kişilerin yaşadığını kanıtlamak amacıyla rapor yazan bir uzman doktor, klinik psikolog için en rahat / güven’ce”li durum gözlenebilir fiziksel ipuçlarının olmasıdır. Bu veriler net olarak tanımlanabilir, fotoğrafı çekilebilir ve yetkililere sunulabilir. Oysa psikolojik ve/veya cinsel istismarlar yaşamış kişiler çok kez istismardan sonra yaşadıklarının kanıtlanması amacıyla bir uzmana gittiğinde fiziksel bulgular yoktur. İş yerinde yıldırma tanımından da anlaşıldığı gibi fiziksel şiddet içermez ve kişinin ruhsal durumu, ilişkilerini, sosyal uyumunu etkiler. Bu durumda düzenlenen raporda fiziksel şiddet, darp izleri bulamadığımız mağdurun psikolojik istismar yaşadığına ilişkin belirtilerin varlığı önemli olacaktır.

Raporu yazan uzman açısından, psikolojik bir istismarın sokakta, evde, iş yerinde nerede olursa olsun kanıtlanabilmesi için ruhsal durumun etkilenmiş olması “tercih edilir” bir durumdur. Hatta hastalık işaretlerin ne kadar ağır olursa kanıtlanması o kadar kolay olur veya başka türlü söylersek, istismar eden, zarar veren tarafın olayı inkar etmesi o kadar zorlaşır demek hatalı olmaz. Sözü edilen sıklıkla tanıkları olmayan ve istismarı yapan kişi tarafından daima reddedilen travmatik psikolojik durumu belgelerken yani varlığını ispat etmeğe kalkışırken bu verilere ihtiyacı vardır.

Ayrıca, travmatik bir olayın belgelenebilmesi için gözlenen belirtilerin başlama zamanı da önemlidir. Travma-stresle bağlantılı olduğu ifade edilecek olan belirtilerin travmatik olaydan sonra çıkmış / artmış / etkilenmiş olması ve sergilenen belirtilerin yaşanan olaylarla ilişkilendirilmesi gerekmektedir.

Uzmanlar, psikolojik etkiler söz konusu olduğunda değerlendirmelerini kitaba uygun olarak yapmak durumundadır. Bugün dünyada ve Türkiye’de kullanılan ruhsal hastalıklar sınıflandırmalarından Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) hastalık sınıflaması, International Clasification of Disease-10 (ICD-10), ve Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı IV. Baskı (DSM-IV-TR) kullanılmaktadır. Travmaya bağlı bir hastalık saptanırsa onun bu kitaplarda yer alması gereklidir.

(\*) İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Psikososyal Travma Programı Çapa, İstanbul sahikayuksel@tnn.net, sy4650@gmail.com

Bu yazı 20-23 Mayıs 2010 tarihinde TTB Kadın Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu tarafından düzenlenen II. Kadın Sağlığı Kongresi’nde sunulmuştur.

Bu kitaplarda travmanın ardından ortaya çıkan özgün hastalıklar olarak Akut Stres Bozukluğu (ASB) ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) yer alır. Bu hastalıkların tanı ölçütleri arasında belirli/ belirtilerin, bu belirtilerin yeterli bir süre yaşanması ve mutlaka bir travmatik olay yaşanması gerekmektedir. DSÖ şiddeti psikolojik, fiziksel, cinsel boyutları ile tanımladığı halde, halen yeni versiyonu hazırlanmakta olan, bu sınıflandırmalarda ASB ve TSSB hastalık tanısını koyarken psikolojik travmaların varlığı net açıkça yer almamaktadır. ASB ve TSSB tanısı koymak için ilk ölçütü olan A ölçütünde psikolojik şiddet açıkça yer almaz. A ölçütünün kapsamının dar ve ya geniş tutulmasıyla ilgili tartışmalar halen sürmektedir. Bu dışlamanın nedeni resmen bilinmiyor. Ama bu dışlamanın nedenini psikolojik şiddetin en sık rastlanan biçimi olan cinsel istismarın nerede ise tümü erkeklerden kadınlara uygulanmakta olduğu gerçeği ile birlikte düşünmeliyiz.

Bunları açıklama nedenim, yukarıda sayılan sorunların varlığı ile iş yerinde yıldırımaya maruz kalan ve bunu ispat etmeye çalışan kişinin ve ona bunu belgelenmeye çalışan uzmanın zorluklarını sergilemektir. Türkiye’de travmaların belgelenememesinde istismar eden kişilerin başvurdukları, nerede ise rapor vermekte tek yetkili gibi gösterilen, Adli Tıp Kurumunda psikolojik travma olarak kabulü için bu zorluklar tekrar tekrar yaşanacaktır.

### **Yıldırma Nedir?**

Mobbing ilk olarak hayvan davranışlarını inceleyen Lorenz tarafından 1960’lı yıllarda kullanılmıştır. Lorenz bu sözcükle, büyük bir hayvanın tehdidine karşı daha küçük hayvan gruplarından gelen karşı saldırıları kastetmiştir. Heinemann, çocuklarda, diğer çocuklara yönelik olarak sergilenen, genelde zorbalık ve kabadayılık biçimindeki davranışları araştırmıştır.

İş yerinde tacizle ilgili olarak önemli bir yayın California işçiler Tazminat Başvuru Kurulu ve Nevada Sanayi Komisyonu’nun açtığı davalardaki iddiaları temel alarak “Taciz Edilen Çalışan” adındaki kitap 1976’da yayınlanmıştır. Kitabın yazarı bir psikiyatrist ve antropolog olan Carroll Brodsky, bu kitabında bir kişiye yönelik olarak tekrarlayıcı ve sürekli bir biçimde yapılan küçük düşürücü, umut kırıcı, aşağılayıcı, baskılayıcı, ürkütücü, sindirici ve rahatsızlık verici davranışları tanımlamak üzere taciz terimini (The Harrashed Worker) kullanmıştır. Yıldırma mobbing ilk olarak Alman asıllı İsveç bir psikiyatrist olan Leymann (1984) tarafından işyeri terörü olarak tanımlanmıştır. Kısa bir süre önce kaybettiğimiz Heinz Leymann yaşamını nerede ise iş yerindeki yıldırmanın önemini ve zararlarını kanıtlamaya adanmıştır. İşyerinde zarar görme/ taciz edilme konusunda hak arama konusunu gündeme taşımak için iş hukukçuları ve ruh sağlığı uzmanlarının birlikte çalışmakta olduğunu görüyoruz.

Türkçe’de mobbing sözünün çevirisinde işyerinde duygusal linç, işyerinde psikolojik terör, işyeri travması, iş yerinde psikolojik taciz, işyerinde duygusal saldırı gibi farklı karşılıklar kullanılmıştır. Bu yazıda mobbing karşılığı olarak en sık kullanılan “yıldırma”yı kullanacağım. Yıldırma konusu farklı disiplinleri ilgilendirir. Konu yapısı itibarıyla özellikle iş hukukçuları, iktisatçılar ve sosyologlarının ilgisini çekmiştir. Mağdur olan kişide yarattığı olumsuz etkileri, travmatik bir ruh sağlığı sorunu oluşturması nedeniyle ruh sağlığı çalışanlarının da kaçınılmaz olarak ilgi alanına girmiştir.

### **İş yerinde yıldırmanın temel özellikleri**

1. Bir kişiye yönelik düşmanca tavırlar;
2. Bu davranışların kişiye zarar verme ve yıpratma amacıyla kasıtlı olarak uygulanması;
3. Davranışların amacı kişiyi sürekli olarak dışlamaya ve oluşan saldırgan ortamda kişinin işten uzaklaştırmaya yönelik olmasıdır.
4. Bu tavırların uzun süreli ve sistemli olarak tekrarlanması, (en az haftada bir kez ve altı ay boyunca süregelmesi);
5. İşyerinde yıldırma çalışanlara sıklıkla üstleri tarafından daha seyrek olarak, astları veya kendileriyle eşit düzeyde olanlar tarafından uygulanır. Çalışanların çoğunluğu, bu davranışları yöneticilerinden gördükleri zaman görmezden gelebilir;
6. Bu tür davranışlara maruz kalan mağdur durumla baş etmekte zorlanır.

Yıldıрма tanımı ile ilgili sık yapılan itirazlardan biri asgari altı aylık sürenin gerekmesi. Tabii ki, kişinin zarar görmesi, travmatize olması için bir kez aşağılanması yeterlidir. Doğru tek psikolojik darbeden etkilenebilir ve patronumuzdan bu nedenle şikayetçi olabiliriz. Ama bir patron evde çok sinirlenip işe geldiğinde sağa sola bağıırır çağıırır ve huysuzluk yaparsa bunlar uygunsuz davranışlardır. Ama yıldıрма kapsamına giremez. Zira belli bir kişiye zarar vermek onu işten uzaklaştırmak için uygulanmamıştır.

### Yıldıрма Türleri

Yıldıрма tutum ve davranışları geniş bir yelpazede değişir. Psikolojik taciz olarak Leymann 45 farklı tutum ve davranış tanımlamıştır. Bu tür davranışları gerçekleştiren kişiler hedeflerine ulaşmak için, yaratıcılıklarına göre değişebilen, farklı psikolojik taciz tutum ve davranışlarda bulunabilir. Yıldıрма davranışları arasında şunlar sık rastlanmaktadır: İma, alay ve karşısındakinin toplumsal itibarını düşürme gibi yollarla, psikolojik duygusal her türlü kötü muamele olabilir. Çeşitli etik dışı iletişim ve düşmanca davranışlar sıklıkla fiziksel şiddet boyutuna ulaşmaz. Bir iyi bir kötü davranma, önemli kimlik özelliklerini hiçe sayma, ismini sürekli yanlış söyleme, kabalık, önemsenmeme, kişiyi nedensiz bekletme, haksız yere suçlama, dedikodu yoluyla saygınlığını zedeleme, küçük düşürme. Konu ile ilgili uzmanlardan Davenport (2003) yıldıрма davranışlarını beş gruba ayırır.

- 1- **Kendini gösterme ve iletişim oluşumunu etkileme** (sözün kesilmesi, azarlanma, yersiz, orantısız sürekli eleştiri ve benzerleri);
- 2- **Sosyal ilişkileri etkileme** (çevredeki insanların mağdurla konuşmaması, o yokmuş gibi davranılması);
- 3- **Kişinin itibarını etkileme** (arkasından kötü konuşma, asılsız söylentilerin ortada dolaşması, dedikodu, mağduru gülünç durumlara düşürme, disiplin işlemleri uygulama ile tehdit etme);
- 4- **Kişinin yaşam kalitesini ve mesleki durumunu etkileme** (yaptıklarını azımsama, yaptıklarını hasır altı etmek, kendisine bilgi verilmeden sorumluluklarını azaltmak, sürekli işin değiştirilmesi, anlamsız işlerin verilmesi);
- 5- **Kişinin sağlığını etkileme** (gerekçesiz olarak eğitim faaliyetlerini ve izinlerini reddetme, aşırı çalıştırma, fiziksel olarak ağır işlerin verilmesi, fiziksel şiddet tehditleri, fiziksel zarar, doğrudan cinsel taciz).

Bu sayılan tutum ve davranışların yıldıрма olarak kabul edilmesi için kişiye zarar verme amacı ile uygulanması ve altı ay devam gerekmektedir.

### Yaygınlığı

Bu alandaki veriler ABD’de ve Avrupa’da “yıldıрма”nın sıra dışı bir durum olmadığını göstermektedir. ABD’de yaklaşık altı çalışandan birinin (%16.8) işyerinde yıldıрма mağduru olduğu aktarılmaktadır. ABD’de kamu çalışanlarını kapsayan bir araştırmada, kadın çalışanların % 42’sinin, erkek çalışanların ise % 15’inin son iki yılda işyerinde duygusal tacize ve zorbalığa maruz kaldığı, İsveç’te ise intiharların % 15’inin “yıldıрма” kaynaklı olduğu belirtilmektedir.

Bazı meslek gruplarında yıldırmının daha sık görüldüğü bilinmektedir. Özellikle akademik alanda eğitim ve sağlık sektörü riskli meslek grupları arasında sayılmaktadır. İşçi haklarının sistemli olarak yerleşmediği ülkelerde konu ile ilgili veriler çok sınırlı. Tayvan’da sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada “yıldıрма” yaygınlığı son bir yıl için %50.9 bulunmuş, sözel ve fiziksel şiddetten daha yüksek oranda görüldüğü belirtilmiştir. Bosna’da yine sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada bireylerin %76 oranında “yıldıрма” davranışlarına maruz kaldıkları bildirirken, %26’sında bunun ısrarlı ve yineleyici olduğu saptanmıştır.

### Türkiye’de İşyerlerinde Yıldıрма ile ilgili çalışmalar?

Konu son yıllarda ilgi odağı haline geldiği görülmektedir. Önce kavramın yeri ve nitelikleri nicelenmiş. Son yıllarda saha çalışmaları ve yıldırmının iş yaşam kalitesine ve örgütsel verimliliğe etkisi üzerine farklı sektörlerde örnek

olay çalışması yapılmıştır. Baykal (2005), tarihi bir inceleme yapmış ve Türkiye’de Kanuni devrinden günümüze olguyu araştırmıştır. Türkiye’de hemşirelerde yapılan bir diğer çalışmada bir yıl içinde yıldırma davranışına maruz kalma oranı %86.5 olduğu belirtilmiştir.

Kutlu (2006) internet üzerinde oluşturduğu web sitesinden çalışanlara yönelik araştırmasında yıldırma davranışları ve tükenme sendromu arasında ilişki bulmuştur. Araştırmada, yıldırmanın boyutları ile tükenmişlik boyutlarından olan duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü güçlü bir ilişki düzeyi olduğu, kişisel başarı ile yıldırma boyutları arasında negatif bir ilişki olduğu, saptandığını bildirmektedir.

Prajnic ve ark(2006) Bosna’da yıldırmanın sıklığı ve sağlığa etkisini 511 doktorda yaptıkları inceleyen bir tarama yapmıştır. İncelenen değişkenler arasında iş ortamı ile ilgili bilgi, stres sağlık durumu, iş ve yaşam doyumu, son bir yılda amir ve iş arkadaşlarıyla ilişkiyi ve desteği sorgulayan bölümler vardı. Yazarlar yıldırma ve stresin kişinin sağlığına ve çalışma yeterliliğine olumsuz etkilemesi hipotezi test etmeyi amaçlamıştı. Bu çalışmada sonuçlar çok çarpıcı doktorların 3/4’ü bir veya daha fazla yıldırma davranışına maruz kaldığını bildirmiştir. Sonuç olarak; yıldırmanın kişinin ruh sağlığını etkilediğini kendisine güvenini olumsuz etkilediğini profesyonel konumunu sürekli tehdit edip yalıtıttığı görülmektedir.. Sisteme bunları önleyici etkileyici supapların konulması gerekiyor.

### Cinsiyet ve Yıldırma:

Hep bildiğimiz gibi görünmez “saldırı” evde, işte, sokakta daha çok kadınların payına düşer. Bazı çalışmalarda **kadınların** yıldırma davranışlarına maruz kalma riskinin erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmekle birlikte bu konudaki veriler arasında çelişki var. Örneğin Zapf ve arkadaşlarının (2003) farklı Avrupa ülkelerinden verileri değerlendirdiklerinde tüm ülkelerde kadın çalışanların erkek çalışanlardan daha yüksek oranda yıldırmaya maruz kaldığını açıkça görülmektedir. Diğer yandan, Pranjic ve ark (2006)’nın ve Leyman ve ark (1984) çalışmalarında ise kadın erkek oranında fark yoktu.

Arpacioğlu’na (2004) göre Türkiye’de yıldırmaya maruz kalanlar Avrupa ülkelerine göre daha yüksek oranda olmalıdır. Zira sindirme, yıldırma, yalıtma, aşağılama gibi yöntemler bir disiplin biçimi olarak normalize edilerek benimsenmektedir. Ben Arpacioğlu’nun saydığı özelliklerin erişkin erkeklerden çok kadınlara uygulandığını düşünüyorum. Dahası, bu tür davranışlara maruz kalsın kalmasın kadınlar önce suçu, sorumluluğu kendilerinde arama eğiliminde olup, itiraz etme, hak arama, karşı olduğunu bildirme şeklindeki tepkilerini daha geç ve güç bildirirler.

Türkiye’de yıldırma konusunda az sayıda çalışma var. Bu çalışmalarda cinsiyete göre farklar olduğu bildirilmektedir. Tanoğlu’nun (2006) bir akademik kurumda ve Işık (2007), tekstil sektöründe çalışanlarla yaptığı araştırmasında yıldırmanın fiziksel saldırı ve cinsel tacizden farklı algılandığı ancak, cinsiyet değişkeni açısından farklılık olmadığını bildirmiştir. Gökçe’nin (2006) öğretmenlerde yaptığı araştırmada; kadın öğretmenlerin daha çok iletişim, sosyal ve mesleki konulara yönelik yıldırma davranışlarına, erkek öğretmenlerin ise kişisel ve şiddet içerikli yıldırma davranışlarına maruz kaldıklarını, öğretmenlerin yöneticilere ve kadınların da erkeklere göre daha fazla yıldırma davranışlarına maruz kaldığını bildirmiştir.

Cinsiyet faktörünü, yıldırmaya maruz kalmak için tek bir risk etkeni olarak değerlendirmemeliyiz. Kapalı, sert, katı ve hiyerarşik kuralların geçerli olduğu ortamların yıldırmaya neden olduğu ve özellikle erkek egemen işyerlerindeki örgüt ikliminin kötü davranış biçimlerine neden olduğu ve bunların sonucunda yıldırmanın ortaya çıkması için yüksek risk taşıdığı ileri sürülmektedir (Einarsen ve Raknes, 1997).

Kadın çalışanların iş yaşamında çoğunlukla ast konumunda, erkek çalışanların ise yönetici pozisyonda olmalarının yıldırma davranışının oluşumunda cinsiyetler arası farklılığın oluşumunu tetiklediği sonucuna varan Kelly (2006) ve Scutt (2005) araştırmacılar da vardır.

Türkiye’de tüm meslek dallarında yönetim ve üst düzeyde kadınların daha az bulunması, ilk işten çıkarılanların kadınlar olması ve çok sayıda kadının “aile iş yerlerinde” çalışıyor olması nedeniyle aynı fiziksel şiddet ve cinsel istismara maruz kaldıklarında sustukları, hak arama aşamasına geçemedikleri gibi iş yerinde yıldırmaya maruz kalan kadınların bunu resmi şikâyetler haline getirmediklerine inanıyorum. Sayılara dayalı, kanıta dayanmayan bu varsayımın, tarafsızlığına güvenilebilen bağımsız araştırmalarla ortaya çıkarılması mümkün olabilir.

Etnik kökenleri nedeniyle kadın ve erkek çalışanların yıldırma davranışlarına daha riskli olabilir ama kadınlara yönelik yıldırma davranışlarına cinsel içerikli davranışlarında eklenmektedir.

Yıldırma nedenlerine ilişkin yapılan araştırmalarda örgütlerde rol çatışmalarının artmış olmasının, iş kontrolünün çok fazla olmasının, örgütsel yeniden yapılanmanın, negatif yönetim tarzının, örgüt iklimi ve kültürünün ve gittikçe artan çatışmaların iş yerinde psikolojik tacize neden olduğunu pek çok yazar ileri sürmektedir.

### Yıldırma Nedenleri

Yıldırmanın nedenlerini inceleyenler araştırmacılar, nedenleri üç farklı kategoride ele alınabileceğini belirtmektedir. İlk çalışmalarda bu nedenler birbirinden bağımsızmış ve sanki sadece biri belirliyormuş gibi sorgulanmıştır. Zamanla olayın çok boyutlu olduğu su yüzüne çıkmakta. **Kişisel** nedenler olarak; yıldırma uygulayıcısının ve mağdurunun kişilik özellikleri **sosyal** nedenler olarak; düşmanca örgüt kültürü ve iklimi ile modern kültürün güçlükleri. **örgütsel** nedenler olarak işteki değişimler (yönetici/ yönetimin değişimi, geniş örgütsel değişim), rol çatışması, rol belirsizliği, liderin kalitesi (liderin düşük iş tatminine neden olması, umursamaz liderlik tarzı, otokratik liderlik tarzı), negatif iş çevresi, kontrol ve otonomiden yoksunluk şeklinde sıralanmıştır. Tek tek aktörlere bakalım;

**Mağdur:** Mağdur olarak seçilme veya seçim olma kişilik arasında ilişkinin varlığını savunan ve karşı olan yazarlar var. Bu konuya girmek istemiyorum. Bunun nedeni yıldırma uygulayan kişilerin kişilik özelliklerine indirgelemek uygun olmaz, hedefi şaşırır. Her işte görevlerini yetkilerini kötüye kullanan kişiler olabilir. Sistemin yasaların, yönetmeliklerin iş yeri ahlakının buna izin vermemesi gerekmektedir. Hedefimiz bu tür davranışlar yapan kişileri bu davranışlarından caydıracak bir ortam yaratmaktır. İşyerinde yıldırma mahrem olmaz. Tanıkların tutumunun önemi yadsınamaz. Sağlık kurumlarında çalışan bizler amirlerinin kötü muamelesine maruz kalan arkadaşlarımızı görebiliyoruz ama her zaman tanıklık yapamayabiliyoruz.

### Kimler işyerinde yıldırma davranışlarında bulunur

Aynı mağdurlar gibi işyerinde diğer çalışanlara yıldırma şeklinde davranışlarda bulunan kişilerin bu davranışlarını onların kişisel özelliklerine sınırlayamayız. Yıldırma salt bireysel bir sorun veya o işyerinde ki antisosyal özellikteki kişilere ait münferit olayları olarak ele almak doğru değildir. Ekonomik değişimin, işyerindeki çalışma ortamının niteliğinde yarattığı değişikliklerin kar anlayışının ve rekabetin, yarattığı güvencesiz istihdam biçiminin ve geliştirdiği bir durum olarak görmek gereklidir. Bu zeminde yaşanan krizler, yarattığı işsizlik, aşırı çalışma, çalışanlar üzerinde yıldırma davranışlarının ve baskının artmasına zemin hazırlamaktadır. Çalışmalar yüksek işsizlik oranlarının ve çalışanların değersiz görülmesinin yıldırma'nın artmasına neden olduğunu göstermektedir.

**Sosyal:** düşmanca örgüt kültürü ve iklimi ile modern kültürün güçlükleri. Yıldırma'nın en fazla, aşırı iş yükünden kaynaklanan doyumsuzluk, çalışma ortamının demokratik olmayan niteliği, var olan liderlik biçimi, çoğul roller ile ortaya çıkan rol belirsizliği ve rol çatışması ile bağlantılı olduğuna dikkat çekilmiştir. Bu anlamda kapitalist kültürün egemen kıldığı toplumsal değerlerin yıldırma'yı tetiklediğini ve artan oranda fiziksel ve duygusal tahribat yarattığını öne sürmek abartı sayılmaz. Böyle bakıldığında yıldırma'nın sınıfsal bir karakteri olduğu, ırksal, sınıfsal ve cinsiyete dayalı eşitsizlikleri içeren bir süreç olduğu görülmelidir.

### Yıldırmanın Etkileri:

Yıldırma çalışanları ve örgütü etkiler. Bu yazıyı, yaşayan kişinin ruh sağlığına ve kişinin işlevselliğine etkilerinde sınırlayacağım.

**Maruz Kişiyeye Etkileri:** Kişinin benliğini ve iş yaşamının huzurunu ve güvenliğini etkileyen yıldırma kişilerin ruhsal ve fiziksel sağlığını derinden etkiler. Stres ve yıldırma ve farklı ruhsal sorunlara neden olsa da sıklıkla TSSB, ASB, Depresyon, Uyum Bozukluğuna neden olabilir. Sürekli duygusal saldırılar, kişinin sağlığını, görünüşünü ve düşünce biçimini bozar. Tekrarlayan saldırılar normal akıl yürütme ve iletişim yollarını değişime uğratar. Mağdurlar saldırganlaşır, anlamsız şeylere anlam vermeye çalışırlar. Korkuları ve ihanete uğramışlık duyguları davranışlarını ve özdenetimlerini etkiler. Kimseye güven duymaz, güvenli olan ve olmayan ayrımı bozulur (Davenport,2003).

Bu konunun ciddiyetine dikkati çeken ilk çalışma Leyman tarafından yapılmıştır. Bu çalışmayı özetlemek isterim; Leyman, İsveç'te 64 yıldırma mağdurunu ayrıntılı olarak incelendi. Grup yaşları 41-50 arasında olup 11'i lider olarak çalışmakta olan 20 erkek ve 44 kadından oluşuyordu. 59 kişi TSSB, diğer beş kişide depresyon görüldü. Bu grubun hastalıklarının ciddiyeti, aynı yerde yapılan tecavüz mağdurlarından daha yüksek olduğunu bulmuştur. Bu çarpıcı sonucu yazarın açıklaması şöyle idi; travmatik olayın ardından mağdurun, farklı sosyal kaynaklardan kimliğine yönelik hakaret/ onur kırıcı davranışlara muhatap olması ve daha fazla travmatize edilmesi durumunda travmaya bağlı belirtilerin de yüksek olmasına yol açmaktadır. Tecavüzün ardına bir dizi travmatik deneyim eklenir. Aynı şekilde, işyerinde yıldırılan kişiler işsiz kalarak /dışlanarak travmatizasyonu devam eder. Bu varsayımıma göre; yasal ve sağlık servislerinin yavaş işlemesi gibi nedenlerle travma uzun süreli olduğunda TSSB daha da kötü/ ciddi olacaktır.

Bizim, İstanbul'da Psikososyal Travma Program'ında, yıldırma mağduru kadınlarla yaptığımız çalışmada da yıldırma mağduru kişilerin ruhsal zorluklarının ciddiyeti, tecavüz yaşamış kadınlarınkine benzerdi. Bunun nedeninin mağdurlar kendileri işte daha alt pozisyonlarda, yıldırma ve işten uzaklaştırılma tehditlerin devam ettiğini bir ortamda çalışırken, onları istismar eden amirlerin serbest, cezasız kaldığını görüyorlardı. Mağdurların önemli bir kısmı, istismar eden idarecilerin, kurumlarında kendi üstleri tarafından korunduğunu ileri sürmekte idi.

İş yerinde taciz edilen kişiler etkin bir destek, tedavi almadığı sürece ruhsal sorunlarının, kırılma noktalarının devam etmesi beklenir. Bu şekilde kişiler kendilerini, uzamış stres-yaratan ortamda bulacaklar. Birkaç gün/ haftada kendiliğinden düzelebilecek akut (normal) /kisa TSSB tepkisi yerine, sorunları sürekli yenileyecektir. Ek yeni travmalar ve hak ihlalleri/ haksızlıklar kaygı uyandıracak yeni uyaranlar kişinin kendine güvenini ve psikolojik sağlığını etkiler. İş yaşamında yaşanan bu durumlarda kişinin sosyo-ekonomik durumu da etkilenir. Sosyal ilişkiler ağı hasar görür ve erken emekliliğe yol açabilir.

Yıldırma mağduru kişilerin salt ruh sağlığı etkilenmez. Aynı zamanda hem kendisini hem işyerini etkileyebilen sorunlar çıkar. Örneklersek; tedavi masrafları, avukatlık ücretleri, çatışma, hastalıklı örgüt kültürü, hastalık izinlerinin artması, yüksek işgören devir hızı, düşük verim, uzmanlık kaybı, çalışanlara tazminat ödeme gibi etkileri bildirilmiştir.

### **Yıldırmanın çalışma ortamına etkileri**

Çalışma ortamına etkisine en iyi DSÖ'nün bu konuda ki şeması ile özetlemek isterim; Dünya Sağlık Örgütü yıldırma'nın ortaya çıkmasını kolaylaştıran iş ortamlarının özelliklerini tanımlamıştır. Özellikle rol tanımlarının iyi yapılmadığı, işbirliği ve dayanışmanın kurulamadığı ortamların yatkınlık yarattığı ifade edilmektedir. Ortaya çıkan sorun ve çatışmaların uygun problem çözme beceriyle çözülmemesi, aksine gizlenmesi bunu artıran etkenler olarak görülmektedir. Bu yapı neo-liberal politikaların biçimlediği iş ortamının bir ürünü olarak görülmelidir

### **Sağlıklı çatışma ortamı ile yıldırma ortamı arasındaki farklılıklar (WHO2003: 15):**

#### ***Sağlıklı çatışma ortamında;***

**roller** ve iş tanımları açıktır,  
çalışanlar arasında **işbirliği** vardır,  
**hedefler** ortaktır ve paylaşılmıştır  
**ilişkiler** açıktır,  
sağlıklı bir **örgüt yapısı** vardır  
**çatışma ve sürtüşmeler** olabilir,  
çatışmalar ve tartışmalar açıktır,  
stratejiler nettir ve **doğrudan iletişim vardır**

#### ***İşyerinde Yıldırma ortamın***

roller belirsizdir  
işbirlikçi olmayan ilişkiler hâkimdir  
ileriye görmek olanaksızdır,  
ilişkiler belirsizdir  
örgütsel aksaklıklar vardır

Özetle; yıldırma: çalışanların iş tatminleri ve örgütsel bağlılıkları azaltmakta ve işgören devir hızını arttırmaktadır. Örgütsel sağlık açısından; örgüt ikliminin geliştirilebileceği, örgüt kültürünün ise daha zor değişebileceği belirtilmektedir. Bu nedenle özellikle liderlik tarzını etkileyen, çalışanlarla iletişimde geribildirim sağlayan ve rollerin açık olduğu örgütsel iklimlerin, yıldırma oluşumunu engelleyerek örgütsel sağlığı desteklediği görülmüştür.



### Yıldırma Nedenleri

Yıldırma nedenleri üç farklı kategoride ele alınmaktadır. **Kişisel**, Kişisel nedenler olarak; yıldırma uygulayıcısının ve mağdurunun kişilik özellikleri, **sosyal** nedenler olarak; düşmanca örgüt kültürü ve iklimi ile modern kültürün güçlükleri, **örgütsel** nedenler olarak işteki değişimler (yönetici/ yönetimin değişimi, geniş örgütsel değişim), rol çatışması, rol belirsizliği, liderin kalitesi (liderin düşük iş tatminine neden olması, umursamaz liderlik tarzı, otokratik liderlik tarzı), negatif iş çevresi, kontrol ve otonomiden yoksunluk şeklinde sıralanmıştır.

### Ne yapılabilir, Sonuç ve Öneriler

Öneriler; gerçekleştirilmesi kolay olmasa da öncelikle olmasını engellemek için koruyucu tedbirler alınmalıdır. Engellenemeyen durumlarda; bireylerin durumu açıklaması ve yapan hakkında suç duyurusunda bulunması, kendisi yaşadığı travma nedeniyle sağlık sorunu yaşamakta ise bunu belgelemesi, rapor alması ve gerekiyorsa tedavi olamsı olarak özetlenebilir.

Mağdurlara, yeni bir iş araması, yardım alması, kendini yalıtması, özgüvenini geliştirmesi, yasal işlem yapması önerilmektedir. Yıldırma'nın ruhsal bütünlüğe yönelik bir saldırı olduğu düşünülürse, buna uygun başa çıkma beceriler geliştirmenin büyük önem taşıdığını vurgulamamız gerekir. Sorunu arkadaşlarla paylaşmaktan profesyonel yardım aramaya varan bir yelpazede yardım almak gerekebilir. Bu çabalar sorunun kalıcılığını önleme yanında bireyin başa çıkmasını, orselenmeden kurtulmasını sağlayabilir.

Yıldırma mağduruna işyerinde taciz uygulayan kişiye itiraz etmek, işyerinde zorbaca davranışlara, tacize uğradığını tanıklarla saptamak, verilen talimatları yazılı olarak belgelemek, maruz kalınan tacizi belgeli olarak yetkililere ve üst yöneticilere iletmek, gereğinde arkadaşlarla paylaşmak ve profesyonel yardım almak önerilen durumlardır.

Her durumda öncelikle işyerinde yaşanan olayın adını koymak ve bununla yüzleşmek önerilmektedir.

İş yerlerinde olası bir yıldırma veya diğer travmalar yaşandığında mağdurların nereye başvuracağı konusunda yönergeler olmalı ve kişilerin nereye başvuracağı bilgisi önceden olmalıdır:

1. Çalışma ortamının düzenlenmesi, ast üstü ilişkisinin bir ezen ezilen ilişkisine dönüştürülmemesi, ekip çalışmasının ana çalışma yaklaşımı olmasını sağlanması gereklidir.
2. Demokratik ve dayanışmayı temel alan bir işbölümü yapılmalıdır. Roller belirginleşmeli, sınırlar belirginleştirilmeli ve role uygun kişiler yetkilendirilmelidir.
3. Bireylerin rahatlamasını, kendini yargılanmadan özgürce ifade etmesini sağlayan, duygusal ifadeye izin veren bir ortam yaratılmalıdır.
4. Aşırı çalışmaya son verilmelidir.
5. Güvenli, zarar verici uyarılardan arınmış, sağlıklı bir fiziksel ortam yaratılmalıdır.
6. Çalışanların özlük hakları sağlanmalıdır.
7. Yıldırma'yı önleyici etik kurallar geliştirilmelidir.
8. Çalışanların iletişim becerileri geliştirilmelidir. Problem çözme becerileri kazandırılmalıdır.
9. İşyeri sağlık birimleri aracılığıyla koruyucu ruh sağlığı uygulamaları (bilgilendirme, eğitimi, danışma) yapılmalıdır.
10. Yıldırma ile ilgili hukuksal girişimler engellenmemeli,

Yıldırma; çalışma yaşamında işgörenlerin ve örgütlerin sağlık, refah ve gelişmelerinin önünde büyük bir engel olarak durmaktadır

Yıldırma sürecini önleyebilmek için, çalışılan kuruma- örgütte roller belirlenmiş olmalıdır. Bunun için;

- 1- Görev tanımları açıkça yapılmalı, sorumluluklar belirlenmelidir. Beklenen davranışların ne olduğunu ve etik standartları açıkça ortaya koyan, birbiriyle çelişmeyen personel politikası oluşturulmalıdır.
- 2- Yönetimin söylemleri ile eylemleri arasında tutarlılık sağlanmalıdır.
- 3- Özellikle yöneticiler etik düşünüş ve davranış bakımından kendilerini geliştirmeli ve diğer çalışanlara örnek olmalıdır.

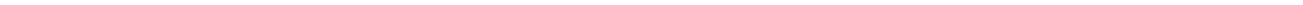
- 4- Yönetimde saydamlık sağlanmalı, bunu gerçekleştirmek için kararlara katılmaya önem verilmeli ve katılma ortamı yaratılmalıdır.

Günümüzde, özellikle gelişmiş ülkeler, işyerlerindeki yıldırma sorunlarına çok fazla duyarlılık göstermektedir. Bu sorunu çalışan kitlelere çeşitli boyutları ile tanıtmak için özel çalışmalar yürütmektedir. Çeşitli kuruluşlar, mağdurlara hem hukuki hem de sağlık desteği sağlamaktadır. Ülkemizde ise akademik çevrelerin, iş çevrelerinin ve meslek örgütlerinin ilgisi yeterli düzeyde değildir. Oysa bu süreç ciddi bir şekilde tüm çalışanları tehdit etmekte, önem alınması gerekmektedir.

Yıldırma işyerinde yaşanan bir psikolojik taciz olup önemli bir iş güvenliği riskidir. Mağdurlar çok kez nasıl başa çıkacaklarını bilemez veya hatalı olarak taciz davranışlarına maruz kalmış olmayı kendi eksikleri gibi yaşar ve olayı uzun süre utanarak gizler ve sineye çekebilir. İş ahlakına da uymayan yıldırma olgusunun işyerlerinde ve toplumda daha ciddiyetle ele alınması gerektiği açıktır.

### Yararlanılan kaynaklar :

1. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (IV-TR). Washington, DC: Author.
2. Akgeyik T, Güngör M, Usen Ş, Omay U İşyerinde psikolojik taciz olgu: niteliği, yaygınlığı ve mücadele stratejileri. Sosyal Siyaset Konferansları, İ.Ü, 56, 91-150
3. Avina C, O'Donohue W. (2002) Sexual Harrassment and PTSD: Is sexual harrashment diagnosable trauma? Journal of Taumatic Stress. 15, 69-79
4. Baykal A.N. (2005). Yutucu Rekabet: Kanuni Devrindeki Mobbingden Günümüze. Sistem Yayıncılık. İstanbul
5. Brewin CR, Lanius RA, Novac A, Schnyder U, Galea S Reformulating PTSD for DSM-V: life after Criterion A. JTS, 2009
6. Davenport N, Schwartz, R. D, Eliot G.P. Mobbing: İşyerinde Duygusal Taciz; Sitem Yayıncılık; İstanbul; 2008
7. Field T. Bullying in medicine. Those who can, do; those who can't, bully. BMJ. 2002;324:786 Medline:11923166
8. Leymann,H.; 'Introduction to the Concept of Mobbing', *The Mobbing Encyclopedia*, <http://www.leymann.se/English/11110E.HTM>, (01.06.2005)
9. Leymann,H., Gustafsson A. (1996) Mobbing at te work and the developing PTSD. European Journal of Work and Organizational Psychology. 5 (2) 251-275.
10. <http://www.leymann.se/english/frame.html>
11. Kelly D.J, (2006) Workplace Bullying, Women and Workcoices, in Proceedings of Our Lives. National Conference on Women Industrual Relations, 12-14 ,July Brispane <http://ro.uow.edu.au/artpapers/24>
12. Pranjic N, Males-Bilic, Beganlic A, Mustajbegovic J. Mobbing, Stres and Work Abeylity Index Among Physicians in Bosnia and Herzegovina: Survey Study. Croat Med J. 2006; 47: 750-758
13. Özturk H, Sökmen S, Yılmaz F, Cilingir D. (2008).. Measuring mobbing experiences of academic nurses: Development of a mobbing scale Journal compilation American Academy of Nurse Practitioners. 20,9,435-442
14. Quine L. Workplace bullying in junior doctors: questionnaire survey. Britis Medical Journal. 2002;324:878-9. Medline:11950736
15. Royal College of Nursing (RCN), (2002); *Working Well Initiative, Bullying and Harassment at Work: a Good Practice Guide for RCN Negotiators and Health Care Managers*, London.
16. Salin D 2005 Workplace Bullying among business professionals: Prevalences, gender Differences and te Role of Organizational Politics. Pistes V7 No 3 Recherche
17. Titz P. Mobbing: İşyerinde psikolojik taciz Çalışma ve Toplum, 2006/3
18. Tınaz P (2006); İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing), Beta Basım Yayım, İstanbul
19. Yılmaz A.,Ergun Özler D., Mercan N (2008) Mobbing ve Örgüt İklimi ile İlişisine Yönelik Ampirik bir Araştırma. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. [www.esosder.org](http://www.esosder.org) electronic Journal of Social Sciences. 7. 26; 334-357.
20. World Health Organization 1992 International of Clasification of Disease- ICD-10
21. World Health Organization (WHO), (2003); Occupational and Environmental Health Programme, Raising Awareness of Psychological Harassment at Work, Protecting Workers' Health Series, No.4, Geneve.
22. Zapf D, Einarsen S. (2003) Individual Antecedans of bullying: victims and perpetrators. In Bullying and Emotional Abuse in Workingplace in International Perspectives and Research Eds. Einarsen S, Hoer D. Zapf D, Cooper C London: Taylor and Francis.



## **NÜFUS POLİTİKALARI**



## NÜFUS POLİTİKALARI VE UYGULAMALAR

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış\*

Başta gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere tüm dünyada, 1960'lı yıllarda kontrolsüz nüfus artışının ekonomik ve sosyal kalkınma üzerindeki olumsuz etkileri konusunda artan bir duyarlılık gelişmeye başlamıştır. 1970'lerdeki demografik yaklaşımın yerini, 1980'lerde sağlıkla ilgili kaygılar almış, 1990'larda ise insan hakları ve ihtiyaçları üzerine odaklanılmıştır.

Türkiye'de 1965 yılından önce ülkenin nüfusunu artırıcı, doğurganlığı teşvik eden "pro-natalist" bir nüfus politikası izlenmiştir. Ancak, izlenen bu politika sonucu ülkede aşırı doğurganlık, riskli gebelikler giderek artmış, yasal olmamasına rağmen ilkel yöntemlerle isteyerek düşük yapma ve bunlara bağlı olarak da anne ve bebek morbidite ve mortaliteleri artmıştır. 1955'lerde özellikle isteyerek düşüğe bağlı anne ölümlerindeki artışın dikkat çekmesi üzerine pro-natalist olan nüfus politikalarının değiştirilmesi çalışmaları başlatılmıştır.

Türkiye'de 1965 yılında kabul edilen 557 Sayılı Nüfus Planlaması Kanunu ile anti-natalist politikaya geçilmiş ve ilk kez gebeliği önleyici yöntemlerin uygulanması, bu konuda toplumun bilgilendirilmesi ve eğitime yasal olarak izin verilmeye başlanmıştır. Bu ilk yasada, cerrahi sterilizasyon hariç, geriye dönüşümü olan kontraseptif yöntemlerin ithalat, satış ve kullanımına izin verilmiş olup, cerrahi kontraseptif yöntemler ve isteyerek düşüklere ise sadece tıbbi endikasyonların olması durumunda izin verilmiştir.

Daha sonra 1983 yılında kabul edilen "2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun" ile cerrahi sterilizasyon (erkeklerde vazektomi, kadınlarda tüp ligasyonu) ve 10 haftaya kadar olan isteyerek düşük serbest bırakılmıştır. Sertifikalı pratisyen hekimlerin 10. haftaya kadar isteyerek düşük hizmetini vermesine ve sertifikalı ebe-hemşirelerin Rahim İçi Araç (RİA) uygulamasına izin verilmiştir.

Bu düzenlemenin sonucunda, beş yıl içerisinde RİA kullanan kadınların yüzdesi iki kat artmış, cerrahi sterilizasyon uygulanmaya başlamış, Sağlık Bakanlığı tarafından pratisyen hekimlerin MVA tekniği konusunda eğitimleri yapılmış, ebe-hemşirelerin Aile Planlaması/RİA eğitimleri yaygın bir şekilde sürdürülmüştür.

Üreme sağlığını ilgilendiren konular, uzun yıllar geleneksel olarak doğurganlıkla ilişkilendirilmiş ve bu fonksiyonda, rolü daha fazla olan kadına odaklanılarak genellikle "Anne ve Çocuk Sağlığı"ndan söz edilmiştir. Oysa 1990'lardan sonra bu bakış açısı değişmeye başlamış ve nihayet 1994 yılında Kahire'de yapılan "Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı"nda (International Conference on Population and Development), ilk kez "Üreme Sağlığı" kavramı dile getirilmiştir (1). Bu konferansta, kalkınmanın temel ve vazgeçilmez bir insan hakkı olduğu, nüfus politikalarının temelinde, bireylerin yaşam kalitesini yükseltme hedefinin yer alması gerektiği, insanların sadece bugün için değil, gelecekteki refahını güvence altına almak için de nüfus, kaynaklar, çevre ve kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkilerinin bilincinde olunması ilkeleri kabul edilmiştir. Yoksulluğun yok edilmesi için bütün ülkelerin işbirliği yapması zorunluluğu, insan onurunun ve potansiyelinin tam olarak gelişmesine yönlendirilecek ve kadınlarla kız çocuklarına özel bir önem verecek şekilde eğitimin herkesin hakkı olduğu ve mümkün olan en yüksek önceliğin çocuklara verilmesi gerektiği gibi ilkeler kabul edilmiştir. Konferansta, ayrıca, cinsiyetler arası eşitliğin ve hakkaniyetin artırılması, kadınların güçlendirilmesi, kadınlara yönelik şiddetin yok edilmesi ve kadınların kendi doğurganlıklarını kontrol edebilmelerinin sağlanmasının nüfus ve kalkınmaya ilişkin programların temel taşları olduğu vurgulanmıştır (1).

Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda; devletlerin, kadın erkek eşitliğini temel alarak, aile planlaması ve cinsel sağlığı da içeren üreme sağlığı hizmetleri dahil, tüm sağlık hizmetlerine evrensel ulaşabilirliğini sağlamak için gereken bütün önlemleri alması gerektiği ilkesi kabul edilmiştir. Konferansta kabul edilen ilkeler doğrultusunda eylem planları yapılmıştır (1). Bu konferansın sonuçları daha sonra, 1995'de Pekin'de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansı'nda da bir kez daha vurgulanmış ve eylem planında yer almıştır.

Türkiye'de 1965 ve 1983'te yapılan yukarıda belirtilen iki yasal düzenleme sonucunda aile planlaması konusunda 40 yılı aşkın bir süredir, riskli gebelikleri önleyerek kadın ve çocuk sağlığını korumayı amaçlayan, ailelere gerekli bilgi ve hizmeti sunarak doğurganlıkları ile ilgili özgürce ve bilinçli seçim yapmalarını sağlayan politikalar

(\*) Hacettepe Üniv. Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara

izlenmiştir. 1994 Kahire Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nı takiben ülkemizde izlenen politika da aile planlamasından üreme sağlığına doğru geçiş yapılarak kapsamı genişletilmiştir.

Türkiye'de 1960'lı yılların ortalarında 28 milyon olan nüfus, bugün gelinen noktada, 2009 rakamlarına göre 72.561.312 olmuştur. Nüfus artış hızı; binde 14.5, kaba doğum hızı; binde 17.5, kaba ölüm hızı ise binde 3.0'tür. 2008 nüfus piramidinde 0-4 ve 5-9 yaş grubu yüzdesinde bir daralma ve ileri yaş grubu yüzdesinde bir artış söz konusudur. Türkiye'de 1990'lı yıllarda 2,2 milyon olan yaşlı nüfusun hacmi günümüzde iki kattan daha fazla artarak 4,9 milyona ulaşmıştır. Kent ve kır nüfuslarının yaş yapısı incelendiğinde; kentte % 25.8 olan 0-14 yaş grubu, kırsal alanda % 28.5; kentte % 68.6 olan 15-64 yaş grubu, kırsal alanda % 61.6; kentte % 5.6 olan 65 yaş üzeri nüfus kırsal alanda % 10'dur. Türkiye İstatistik Kurumu rakamlarına göre cinsiyete göre doğumda beklenen yaşam süresi erkeklerde 69.4 yaş, kadınlarda ise 74.3 yaştır. 1978'de 4.33 olan toplam doğurganlık hızı (TDH), 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA) göre 2.16'ya düşmüştür. Yıllar itibarıyla tüm bölgelerde önem arz eden düşüşe rağmen, bu rakam halen kentte 2.00, kırsal alanda 2.67, batıda 1.73, kuzeyde 2.08, doğuda 3.26'dır. 2008 TNSA'ya göre, istenen çocuk sayısına göre hesaplanan TDH 1.6 iken, ortalama canlı doğum sayısı 3.11'dir. Görüldüğü gibi, ülke genelinde halen kadınlar istedikleri sayının yaklaşık iki katı kadar çocuğa sahip olmaktadır. Bölgelere göre bu rakamlar incelendiğinde; istenen TDH batıda 1.4 iken ortalama canlı doğum sayısı 2.8, doğuda istenen TDH 2.00 iken ortalama canlı doğum sayısı 5.58'dir. Eğitimi olmayan kadınlarda TDH 3.28, lise mezunu ve bunun üzerinde eğitimi olan kadınlarda ise 1.28'dir. Görüldüğü gibi kadınların eğitimi doğurganlıkları üzerinde önemli bir etki oluşturmaktadır. 20-29 yaş arasında halen yüksek olan yaşa özel doğurganlık hızında tüm yaş gruplarında yıllara göre önemli bir azalma söz konusudur (2).

Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün yaptığı bir çalışmada(3) belirtildiği gibi; Türkiye 2000'li yıllardan başlayarak yeni bir demografik rejime girmiş, özellikle son yıllarda anne ve çocuk sağlığı göstergelerinde gözlenen olumlu gelişmeler, beş yaş altı çocuk ölümlerinin ve kadın başına düşen doğum sayısının önemli ölçüde azalmasına yol açarak Türkiye'yi demografik dönüşüm kuramında sözü edilen üçüncü, yani son aşamaya taşımıştır. Türkiye'nin yaşadığı demografik dönüşüm süreci, nüfusun demografik yapısının gelenekselden moderne doğru evrilmesini sağlamıştır. Ancak bu süreç henüz tamamlanmamıştır. Demografik dönüşümün bu aşamasında Türkiye nüfusu artık yüksek doğurganlık ve ölümlülük hızlarına sahip genç bir nüfus olmaktan çıkarak, düşük doğurganlık ve ölümlülük hızlarına sahip ve gittikçe yaşlanan bir nüfusun özelliklerini kazanmaktadır. TNSA 2008'in sonuçlarına göre, Türkiye'deki doğurganlık düzeyi yenilenme düzeyinin hemen üzerindeki bir düzeye kadar (2,16) düşmüş durumdadır. Yapılan projeksiyona göre; bazı yöneticilerin belirttiği Türkiye'de nüfusun azalmakta olduğu görüşünün aksine, nüfusunun bir süre daha artmaya devam edeceğini, 2050'li yıllarda yaklaşık olarak 95 milyon olacağını ve daha sonra da aşağı yukarı bu düzeyde sabit kalacağını göstermektedir (3).

2008 TNSA rakamlarına göre, 15-49 yaş grubu kadınların halen % 73.1'i herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanırken, bunların % 27.1'i geleneksel bir yöntemi, % 46.0'ı modern bir yöntemi kullanmaktadır. Modern yöntem kullananların yüzdesi kentte kırsal alanlara göre daha yüksek, batıda doğuya göre daha yüksektir. Kullanılan yöntemler içerisinde % 26.3 geri çekme gibi geleneksel bir yöntemi kullanırken, % 16.9'u RİA'ı, % 14.3'ü kondom, % 8.3'ü tüp ligasyonunu, % 5.3'ü ise kontraseptif hapları kullanmaktadır. Kadınların eğitimi yükseldikçe modern yöntemleri kullananların sıklığı da artmaktadır. Tüm kadınların % 67.2'si sahip olduklarından başka çocuk istememektedir. Bölgelere göre artık daha fazla çocuk sahibi olmak istemeyen kadınların yüzdesinin benzer olduğu görülmektedir. Buna rağmen aile planlamasında karşılanamayan gereksinim yüzdesi ülke genelinde % 6.2 iken, batıda % 4.3, doğuda ise % 13.9'a ulaşmaktadır. Bilindiği gibi, istenmeyen gebelikler isteyerek düşük sorununun beraberinde getirmektedir. Yıllara göre isteyerek düşükler incelendiğinde; isteğe bağlı düşük 1993'te %18.0 iken, 2008 TNSA'da % 10.0 olarak bulunmuştur (2).

Türkiye'de, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve kabul edilen sürede isteyerek düşükle sonlandırılması yönünden yasal engel yoktur. Ancak istenmeyen gebeliklerin daha meydana gelmeden eşler tarafından aile planlaması yöntemleri kullanılarak önlenmesi, isteyerek düşükle sonlandırılmasına ya da plansız, istenmeyen doğumların olmasına göre daha sağlıklıdır ve tercih edilmelidir. İstenmeyen gebeliklerin meydana gelmesindeki sorumluluk kadın ve erkek olmak üzere her iki cinsiyete de aittir. Ne var ki gebelik, doğum ve isteyerek yapılan düşüklerin sağlıkla ilgili tüm olumsuz sonuçlarına kadın maruz kalmaktadır. İstenmeyen gebeliklerin, sağlığın tanımı içerisinde olan diğer psiko-sosyal olumsuz sonuçları da yine kadın için daha ciddidir.

### Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi

Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi olarak 2005 yılında Dünya Sağlık Örgütü-Avrupa Bölgesi’nin İngiltere, İrlanda, Hollanda, Tacikistan, Kırgızistan, Hırvatistan, Türkiye’de yürüttüğü yedi ülke çalışmasında, Türkiye’de uygulanan DSÖ/EURO Avrupa Bölge Ofisi araştırma faaliyetlerinin bir parçası olarak başlatılan çalışma iki aşamada gerçekleştirilmiştir (4). Çalışmanın ilk aşamasında, toplumsal cinsiyet perspektifinin Türkiye’deki üreme sağlığı politikasına hangi bağlamda ve ne düzeyde entegre olduğunu saptamak için Türkiye’deki 5 temel mevzuatın incelenmesi amaçlanmıştır. İkinci aşamada ise araştırma; sağlık politikasının uygulamaya yansıtılması açısından, kanunlar ile bunların uygulanışı arasındaki ilişkiyi kurmak için, aile planlaması ve istenmeyen gebelikler alanında gerçek uygulamayı ve gereksinimleri saptamak üzere, konu, toplum düzeyinde incelenmiştir. Araştırmanın birinci aşamasında; aşağıdaki beş yasal düzenleme DSÖ tarafından hazırlanan rehberin ana konu başlıkları (sorun analizi, politika oluşturma, uygulama, izleme ve değerlendirme) altında yer alan sorulara göre incelenmiştir.

- Anayasa,
- Umumi Hıfz-ı Sıhha Kanunu (# 1593)
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (# 224)
- Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (# 557)
- Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (# 2827).

Araştırmanın birinci aşamasında elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir:

- Genel olarak toplumsal cinsiyet perspektifi eski tarihli mevzuatlarda yer almamıştır.
- Cinsiyetler arasındaki farklılıklar ve bir cinsiyetin dezavantajları vurgulanmış ve incelenen kanunlarda bazı önleyici tedbirler öngörülmüştür.
- Kadınların özellikle üremeyle ilgili rolü olmak üzere geleneksel rollerine vurgu yapan ataerkil normlar mevcuttur.
- Kadınların rolünü çocukların bakımından ve ailenin sağlığından sorumlu annelikle ve ev kadınlığı ile sınırladığı ve doğurganlık ile ilgili sağlık sorunlarına önemli vurgular yapılmıştır.
- Üreme sağlığı ile ilgili olarak;
  - Konu genelde kadınlar için öngörülen bir konu olmuştur;
  - Önceki mevzuatlarda kadınların üreme konusundaki rolleri aşırı vurgulanırken yeni yasalarda bu durum değişmiştir.
  - Örneğin; önceleri kadınlar demografik amaçlı bir “araç” gibi görülürken son yasalarda kadınlara kendi doğurganlığı hakkında karar verme hakkı tanınmıştır.
- Yasalarda her zaman kadınlar hedeflenmiştir.
- Üreme sağlığı konusunda erkeklerin katılımı tüm politika oluşturma aşamalarında göz ardı edilmiştir.

Bu çalışmanın UNFPA tarafından desteklenen ikinci aşamasında, İstanbul, Ankara, Diyarbakır ve Mardin’den Sivil Toplum Kuruluşları, kamu sektörü veya üniversiteler tarafından yürütülen programlarda görev alan kilit bilgi kaynakları ile 30 adet yarı yapılandırılmış kapsamlı görüşme yapılmıştır (4). İkinci aşamanın sonuçları da aşağıda özetlenmiştir:

- Yapılan görüşmelerde toplumsal cinsiyetin ne şekilde üreme sağlığı hizmetlerine entegre edilebileceği ve toplumsal cinsiyete duyarlı bir yaklaşımın nasıl uygulama normu haline getirilebileceği açıklık kazanmamıştır.
- Sağlık personelinin kadınların cinselliğine karşı yanlı olmalarından hizmetlerin sadece evli kadınlara sunulmasına kadar farklı biçimlerde toplumsal cinsiyet ayrımcılığının görülmesi, bu konuda daha fazla araştırma yapılması gerektiğini göstermektedir.



- Hizmet sunumunda birçok faktör aile planlaması hizmetlerinin hedef kitleye ulaşmasını engellemektedir. Yöntemlerin (malzemelerin) sağlanmasında devamlılık sorunu en önemli sorunlardan birisi olup, Doğu Anadolu'daki çoğu sağlık kuruluşu bir kutu hap bulma konusunda bile güçlüklerle karşılaşmaktadır.
- Bu çalışmada sağlık personelinin ön yargıları hizmet alanlar adına karar vermeleri biçiminde, örneğin kimin hapları kullanabileceği kimin kullanamayacağı şeklinde ortaya çıkmıştır.
- Hormonal yöntemler sağlık personeli tarafından "üvey evlat" muamelesi görmekteydi; bu konudaki genel inanış, şans verilmesi halinde kadınların da büyük bir olasılıkla bunları sağlıklarını riske atacak şekilde yanlış kullanacakları olmuştur.
- Mevzuattaki temel sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan "herkesin" (aile planlaması ve düşük hizmetleri de dahil olmak üzere) bu hizmetleri kamu sektöründen ücretsiz olarak alabilecekleri şeklindeki ifadeye rağmen, yapılan görüşmeler STK'lar ya da kamu sektörü veya üniversiteler tarafından yürütülen programların öncelikle evli kadınları hedef aldığını göstermiştir.
- Kadınların evlilik öncesi ve evlilik dışı cinsel ilişkiye girmesi hala çok güçlü bir tabudur.
- Adolesanlar ve evli olmayan kişiler kamu sektörü tarafından sunulan üreme sağlığı hizmetlerine dahil edilmeyen diğer gruplardır.
- Yaşlarına bakılmaksızın evli olmayan kadınlar "eş imzası" şartı yüzünden bazı kamu sağlık kuruluşlarındaki düşük hizmetlerinden yararlanamamaktadırlar. Düşükler özel sektörde "eşin imzası" olmadan da gerçekleştirilebilmektedir.
- Acil kontrasepsiyonun sunulabilirliğine ilişkin soruya verilen tepkiler, Türkiye'deki AP hizmetlerinin büyük oranda medikal hale geldiğini göstermektedir. Kadınlar AK'ye ihtiyaç duysalar bile, STK'ların görüşünün tersine birçok hizmet sunucu tarafından desteklenmemektedir.
- Bazı kliniklerde, özellikle Diyarbakır ve Mardin'de eşin imzası olmadan düşüğe izin vermeyen hizmet sunucuları vardır. Büyük devlet hastanelerinde ve AP kliniklerinde düşük hizmetlerinin olmayışı hiçbir mantıkla açıklanamamaktadır. Bu konudaki tek gerekçe, kadınların ücretsiz düşük olanaklarından yararlanmaları durumunda çok fazla düşük yapacaklarını ifade eden Kadın Doğum uzmanlarından gelmiştir.

**Sonuç olarak;** toplumsal cinsiyet perspektifinin ulusal sağlık politikalarına entegre edilmesi gerekir. Bu da; politika geliştirmenin tüm aşamalarında (sorun tanımlama ve gündem oluşturma, politika tasarımı, karar verme, politikanın uygulanması ve izleme safhaları) toplumsal cinsiyete duyarlı bütüncül bir yaklaşımı gerektirir.

#### Kaynaklar:

1. *Nüfus ve Kalkınma*, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında Kabul Edilen Eylem Planı, Kahire, 5-13 Eylül 1994, Birleşmiş Milletler, Ankara, 1994, s. 1, 8-12.
2. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2009. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008*. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara.
3. Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye'nin Demografik Dönüşümü, 2008, [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu\\_220410.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu_220410.pdf) (Erişim tarihi: 03.06.2008)
4. Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi: Bir vaka çalışması, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM) Yayını, Ankara, 2006.

## Osmanlı'da ve Cumhuriyet Türkiye'sinde Nüfus Politikaları

Doç. Dr. Elif Ekin Akşit

A.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi

*Osmanlı'da ve Cumhuriyet Türkiye'sinde nüfus politikaları genellikle milli nüfusun yaratılması bağlamında ele alınmıştır. Öte yandan doğumları azaltmak ve arttırmaya yönelik girişimlerinin kadınların bedenleriyle olan bağlantısı ve sürekliliği tarihsel bağlamda tartışılmamıştır. Her iki konu da birbiriyle yakından ilişkilidir: nüfus politikaları iki durumda da bedenlerin düzenlenmesinin siyasetin alelde bir boyutu olması anlamına gelir. Bu sunuşta tarihsel bir yaklaşımla söz konusu bağlantı ve uzun dönem içerisinde ortaya çıkan süreklilik değerlendirilecek ve böylece kadınların bedenlerinin siyasetin bir boyutu olan sağlık politikaları bağlamında nasıl makineleştiği anlatılacaktır.*

**Anahtar Sözcükler:** *Beden, tarih, doğum, biyopolitika, tıp, modern devlet.*

### **Population Politics and Women in the Ottoman Empire and the Turkish Republic**

*Population politics in the Ottoman Empire and the Turkish Republic have so far been evaluated as a part of the nationalist will to create new populations. On the other hand, the two-centuries long effort of the modern state to regulate women's bodies by attempts to increase and decrease the population have been understudied. These two subjects are closely interlinked as state figures and masses of bodies are: A wide array of different governments as well as different states, such as the Ottoman and Turkish ones, have continuously made bodies an ordinary part of their politics. This essay focuses on this process in a historical fashion to evaluate how population politics, in a close cooperation with the field of medicine, have mechanized women's bodies.*

**Keywords:** *Body, history, birth, biopolitics, medicine, modern state.*

On dokuz ve yirminci yüzyıllarda modern devletin toplumdan yüksek nüfus beklentisi nüfus sayımlarının sistematize edilmesi, istatistik ilminin yaygınlaşması, devletin toplumu kontrol araçlarının gelişmesi ile farklı bir boyuta taşınmıştır. Bu bağlamda nüfus düzenlemeleri sorunu şimdiye kadar Osmanlı İmparatorluğu'nda ve Türkiye Cumhuriyeti'nde etnik nüfusun düzenlenmesi bağlamında ele alınmıştır.<sup>1</sup> Nüfusun on dokuzuncu yüzyıl boyunca müslümanlaşması ve bu müslümanlaşmadan temel alan milliyetçilik, modernleşme çabalarının da seyrini belirliyordu. Yeni bir neslin temsilcilerinin kaydı devletin görevi haline geliyor, artık doğar doğmaz ölseler bile kaydetilmeleri gereken bebekler ebeveynin değil devletin parçası olarak görülüyordu. Yani aslında belli bir etnik nüfusu amaçlamakla bu nüfusun artışı sağlamayı amaçlamak benzeri bir modern devlet pratiğinin parçası idi. Bu minvalde üreme-yanlısı (pronatalist) politikalar geç Osmanlı ve erken Cumhuriyet dönemlerinde bir yandan istenen nüfusun artması, öte yandan istenmeyen nüfusun kontrol altına alınması halinde yürütüldü. Üreme-karşıtı (antinatalist) politikalar ise ikinci amaç güçlendirilirken, ilki istenen nüfusun istendiği gibi gelişmesi halini aldı.

1 Kemal H. Karpat *Osmanlı Nüfusu (1830 - 1914) Demografik ve Sosyal Özellikleri* (İstanbul: Tarih Vakfı Yurt Yayınları, 2003); "Ottoman Population Records and the Census of 1881/82-1893," *International Journal of Middle East Studies* 9, no. 3 (1978): 237-274; Engin Akarlı, *Ottoman population in Europe in the 19th century : its territorial, racial, and religious composition*, Wisconsin Üniversitesi Tarih Bölümüne sunulmuş Doktora Tezi, 1972; Stanford Shaw "The Ottoman Census System and Population, 1831-1914," *International Journal of Middle East Studies* 9, no. 3 (1978): 325-338; Fuat Dündar *Modern Türkiye'nin Şifresi / İttihat Ve Terakki'nin Etnisite Mühendisliği (1913-1918)* (İstanbul: İletişim Yayınları, 2008).

1960'larda tersine dönen ve gelişmişliği nüfusun azlığı ile ölçen dönüşüm<sup>2</sup> de bu birikim üstüne gelmiş ve aynı şekilde devletin toplum üzerinde bir baskı aracı haline gelmiştir.

Biyopolitika; devletin, siyasi gücünü hayatın her alanına ve bedene nüfuz ettirmesinin tarifinde kullanılır.<sup>3</sup> Osmanlı İmparatorluğu da on dokuzuncu yüzyıl boyunca oluşturduğu nüfus düzenlemeleriyle bu görünüme bir örneklem oluşturmaktadır. Cumhuriyet tarihine geçişte de, kadınlar başka bir çok yönden de yönetim araçları haline gelirken devletin biyopolitik alanı da genişlemiştir. Foucault<sup>4</sup> tıp kurumunun cinsiyetçiliği norm haline getirdiğini ve kadın bedenlerinin iktidarın giderek daha fazla nesnesi olması için aracılık ederken bir yandan da bir profesyonel alanı olarak kendisini bu bedenlerden kopuk tanımlamasını anlatmıştır. Bu şekilde biyopolitik alana kaydırılan siyasi düşünme, "çıplak hayat"ta odaklanan devletin, vatandaşlarını toplumsal ve siyasi değil cinsel ve üremeyle ilişkili olarak kurgulamak istemesiyle alakalıdır.<sup>5</sup> Ne var ki tam da bu alaka toplumsal ve siyasi olanın cinsel ve üremeye ilişkin olanla ne kadar ayrılmaz olduğunu göstermektedir.

Bu yazıda topluma yönelik bu düzenleyici mantığın sosyal, siyasi bir tarihçesi; kadınların bedenlerini doğrudan ilgilendiren "doğum" anahtar kelimesiyle inceleniyor. Devletin doğumları düzenlemek yoluyla, kamusalığın en soyut noktası gibi görünürken, özel alanın en dip noktasına yerleştirilen kadınların rahimlerini düzenliyor olduğu böylece açıkça anlaşılabilir.<sup>6</sup> Kadınların bedenlerinin bir devlet aygıtı haline gelmesi ya da makineleşmesi olarak adlandırabileceğimiz bu süreci incelerken çeşitli birincil kaynaklardan, yani arşivlerden, kanunlardan, söz konusu dönemlerin gazete ve dergilerinden, tutanaklarından faydalandım. Aynı zamanda, ilgili dönemlerde konu ile ilgili yazılan eserlere de değindim.<sup>7</sup>

İlerleyen bölümlerde sonra iki düzenleme evresinden, devletin toplumu aile büyüklüğü üzerinden düzenlediği iki temel yaklaşımdan bahs edeceğim. Birincisi pronatalist dönem; savaş sonrası yanmış, tükenmiş bir toplum yeni cumhuriyete geçerken keskinleşen, ama aslında Osmanlı İmparatorluğu'nun son döneminde başlayan bir strateji olarak ele alacağım. İkinci strateji, günümüzde aile planlaması denilince akla geleni ifade eder: gebeliği önleyici tedbirlerle sağlanan nüfus planlaması. Sonuç bölümünde bu gelişmeleri günümüzdeki gelişmelere sadece kaba hatları ile bağlayarak mevcut iktidarın yardımcı üreme tekniklerine (ART) ilişkin yaklaşımını bio-iktidar çerçevesinde değerlendirerek bitireceğim.

### **Geç Osmanlı'da Nüfus Düzenlemeleri**

Geç on sekizinci yüzyıl ve on dokuzuncu yüzyıllar boyunca, Osmanlı İmparatorluğu'nda geliştirilen nüfus politikaları daha çok daralan bir nüfus alanı çerçevesinde, bu daralan çekirdeğe yeniden ve yeniden göç eden müslüman nüfusunun yerleştirilmesi şeklindeydi.<sup>8</sup> Bu anlamda bugünkü nüfus politikalarından kısmen farklıydı. Ama bu Osmanlı imparatorluğunda değişmez tek bir nüfus politikası olduğu ve günümüz nüfus politikalarının Osmanlı

2 Naomi Pfeffer, *The Stork and the Syringe* (Cambridge: Polity Press, 1993), 23; W.K.A. Agyei, *Fertility and Family Planning in the Third World: A Case Study of Papua New Guinea* (London: Croom Helm, 1988), 1.

3 Michael Hardt ve Antonio Negri *Multitude: War and Democracy in the Age of Empire* (New York: Penguin, 2004); Nikolas Rose, "The Politics of Life Itself," *Theory, Culture & Society* 18, no. 6 (2001): 1-30.

4 Michel Foucault, *The Birth of the Clinic*, Çev. A.M. Sheridan (London: Routledge, 2003).

5 Giorgio Agamben, *Homo Sacer: Sovereign Power and Bare Life*, çev. Daniel Heller Roazen (Stanford: Stanford University Press, 1998); Ruth Miller "Rights, reproduction, sexuality, and citizenship in the Ottoman Empire and Turkey," *Signs* 32,no. 2 (2007): 350-352

6 Miller, Rights, reproduction, sexuality: 350-352; Ayşe Parla, "The 'honor' of the state: virginity examinations in Turkey." *Feminist Studies* 27, no. 1 (2000): 66.

7 Nusret Fişek, "Türkiye'de Aile Planlaması Program Stratejisi," *Toplum ve Hekim* 41 (1986); "Türkiye'de Nüfus Planlaması," *Tıpta Yenilikler* (İstanbul: Eczacıbaşı İlaç Fabrikası Yayını, 1967); *Problems Starting a Program in Family Planning and Population Programs* (Chicago: The University of Chicago Press, 1966); Aykut Toros, *Tarsus II: Doğurganlığın Düzenlenmesi Üzerine Sosyal Bir Deneme*, (Ankara: Türkiye Kalkınma Vakfı, 1975); Nüfus Etütleri Enstitüsü, *Turkish Fertility Survey 1978* (Ankara: Hacettepe Institute of Population Studies, 1978); Ferhunde Özbay ve Frederick Shorter, "Fertility and Family Planning in the Etimesgut Rural Health Region," *Conference on Turkish Demography*, İzmir: February 21-24, 1968.

8 Halil İnalçık ve Donald Quataert (ed.), *An Economic and Social History of the Ottoman Empire, 1300-1914* (Cambridge: Cambridge University Press, 1997), 647, 793.

döneminde başlamadığı anlamına gelmemektedir. Zira özellikle on dokuzuncu yüzyılda imparatorluk çok büyük değişimlerden geçmiştir. Örneğin artık tıp alanında da başka bir çok Avrupalı ürün gibi, var olan şifa arayışlarının yerini Avrupa menşeli klinik alırken<sup>9</sup> toplumsal cinsiyet, liberal devletin kendisini kurarken dayandığı en önemli direklerden biri oldu.<sup>10</sup> Devlet de kadınlara erkekler yoluyla değil doğrudan düzenlenmesi gereken bireyler muamelesi yapmaya başladı.<sup>11</sup>

1835 itibariyle kuruluşu tamamlanan ve çoğunlukla Dahiliye Nezareti'ne bağlı kalacak olan Nüfus-u Umum İdare-si, Ceride-i Nüfus Nezareti adı altında millet ve lonca liderlerini nüfus memuru olarak görevlendirirken<sup>12</sup> vatandaşların varlığını da yeniden tanımlayacak temelleri atıyordu. 1835, 1838, 1844 ve 1857 tarihli sayım raporları,<sup>13</sup> II. Abdülhamit döneminde, 1878 Sicill-i Nüfus Nizamnamesi'yle yeni bir biçim aldı. Nizamname artık kadınları da muhatap alıyor ve sayıma katıyordu.<sup>14</sup> Gerçi 1900 ve 1902'deki değişiklikler ve 1914'de yayınlanan kanun, ilk nizamnamenin hükümlerini fazla değiştirmeden tekrar etmişti ama 1914'ü izleyen yıllarda Osmanlı nüfusu daha da çok değişti.<sup>15</sup>

1914 Sicill-i Nüfus Kanunu'na göre müslüman ve gayrı-müslüm cemaatlerde sadece o zamana kadar alışlageldiği gibi evlilik değil, çocuk doğumları ve boşanmalar da kayda alınıyor ve öncekinden farklı olarak doğrudan Sicill-i Nüfus memuruna bildiriliyordu (Madde 29). Kanunun ilk maddesi herkesin kendisini kaydettirmekle yükümlü olduğu ile ilgiliydi ve Madde 13'te "kendini nüfusa kayıt ettirmemiş zükur ve inas yirmi beş kuruştan elli kuruşa kadar cezayı nakdiye mahkum olurlar" derken kadın ve erkek ayrı ayrı belirtiliyordu. Bu ve benzeri denetime dayanan modernlik gereçlerini geliştiren İttihat ve Terakki de, son Sicill-i Nüfus Kanunu'nu müteakiben çıkardığı Hukuk-u Aile Kararnamesi'yle, elbette nüfus artışının öneminden de bahsedecekti. Gerçi kararname laikleşmenin bir vesikası olarak değerlendirilse de var olan farklı dini müeyyidelerin biraraya getirilmesinden başka pek az işlevi vardı. Yine de, gerek farklı mezheplerin gerekse farklı dinlerin hukukunun aynı başlıkta toplanması önemli bir merkezileşme işaretiydi.

Bu çizgide düşünülünce, Hukuk-u Aile Kararnamesi'nin, her ne kadar yasaklamak fikri dile getirilmişse de zaten İstanbul'da çok yaygın olmayan çok eşliliği yasaklamamasında şaşılacak bir şey yoktu:

Taaddüd-i zevcenin vâcibattan olmayıp umuri caizden olmasına ve umûri caizde veliyy ül emrin tasarrufa salâhiyeti kaidesi müsellemtan bulunmasına binaen taaddüd-i zevcenin men'edilmesi ve hiç olmazsa ilk zevcenin rızasının şart kılınması lüzumu vârid-i hatır olmuş ise de şer'i şerifin taaddüd-i zevceye müsaadesi fuhşun men'i ve **nüfus-i ehalinin tezyidi** gibi nice esbab ve mesalihe müstenid olup kadınların erkeklerden ez'afi müzaafe ziyade olduğu hali hazırda taaddüd-i zevcenin cevazına olan ihtiyaç...<sup>16</sup>

Daha ilginç olan, çok eşliliği neden tamamen yasaklamadığıydı. Nüfusun artırılması, fuhşun önlenmesi ve kadın sayısının erkeklerden fazla olması gibi sebeplerle kararname, sadece evlenme sırasında, varolan eşin üzerine evlenmemek ve evlendiği surette kendisi veya ikinci kadının boş olmak şartının yazılabilmesi yeniliğini getirmişti.<sup>17</sup> Kısaca, İttihat ve Terakki'nin milli bir nüfus yaratma çabası sadece Teşvik-i Sanayi kanunlarıyla, Tehcir Yasasıyla ya da, örneğin Yanya'ya müslüman nüfus aktarımıyla<sup>18</sup> değil çok eşlilikle de sürdürülmeye çalışılıyordu.

9 Dror Ze'evi, *Producing Desire: Changing Sexual Discourse in the Ottoman Middle East* (Berkeley: University of California Press, 2005), 46, 123-4

10 Miller, "Rights, reproduction, sexuality," 357.

11 Elif Ekin Akşit, *Kızların Sessizliği* (İstanbul: İletişimYayıncıları, 2005), Bölüm 2.

12 Shaw "The Ottoman Census System," 326-328.

13 Shaw "The Ottoman Census System," 327.

14 Shaw "The Ottoman Census System," 332.

15 "Sicill-i nüfus kanunu," *Düstur*, (1300[1882-1883]), 3-8; 15-24; *Sicill-i nüfus kanunu* (İstanbul: Hilal Matbaası, 1330 [1914]).

16 "Hukuk-u Aile Kararnamesi," *Düstur*, II. t. c. IX. sh. 762 vd. Kasım 1333 (1917).

17 Halil Cin, *İslam Ve Osmanlı Hukukunda Evlenme* (Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 1974), 301.

18 Başbakanlık Osmanlı Arşivleri DH.MKT. 1238 40 28/Ra, 1326.

## Cumhuriyet Dönemi Nüfus Düzenlemeleri

### İlk Yıllar

1917 senesine ait Hukuk-u Aile Kararnamesi muhafazakarların ve azınlıkların tepkileri sebebiyle pek kısa bir süreyle -iki yıl, 20 Ramazan 1337/19 Haziran 1919'a kadar- yürürlükte kalacak olsa da, Ankara'da kurulan meclis ve Ankara hükümeti kararnameyi neredeyse hiç değiştirmeden—mesela çokeşlilik meselesi aynı kalacaktı—1926 senesine değin kullanmaya devam etti.<sup>19</sup> İsviçre Medeni Kanunu'nu model alan yeni hukuk sistemi ise, çok eşliliğe son verirken nüfus artış politikalarına devam edecekti. Üstelik bu sefer çokeşliliğin devam ettirilmesi gibi bu konuda etkililiği tartışılır yöntemler yerine tıp fakülteleriyle el ele vermek bu yaklaşımı daha da güçlendirecekti.

1926'da 1889 İtalyan Ceza Yasası devralındı. 1938'de ise İtalya'da 1930'da şekillenen Codici Rocco'nun "İrkin bütünlüğüne ve sağlığına karşı cürümler" gibi formülasyonları da yasaya aktarıldı.<sup>20</sup> Artık kadınlar kürtaj olarak ya da zina yaparak sadece ırkin bütünlüğünü ve sağlığını değil, "Adabı umumiye ve nizamu aile aleyhinde cürümler" formülasyonuyla<sup>21</sup> kamu ahlakını ve ailenin temelini de sarsabiliyordu. Yani kadınların bedenleri devletin ve ailenin keşiştiği noktayı sağlamlaştıran önemli birer aygıt haline gelmişti. Namus da bu önemi kapsayacak şekilde devlet tarafından yeniden tanımlanmıştı.<sup>22</sup> Mesela her ne kadar çocuk düşürmek engellenmeye çalışılıyorduydu da bu eğer namusu kurtarmak adına gerçekteştiriliyorsa—yakın zamana kadar sürecek bir şekilde—ceza hafifliyordu.

Daha 1920'lerden itibaren Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti eliyle kurulan müesseseler ve 1945'ten itibaren kurulmaya başlanmış olan Halk Sağlığı ya da Nüfus Etütleri gibi bölümler işi sadece hukukçulara bırakmıyor, yapılan araştırmalarla, belirlenen politikaların isabetliliğini artırıyordu.<sup>23</sup> Ne var ki bu politikaların uygulayıcılarını bulmak zor işi.<sup>24</sup> Tıp ve sosyal bilimler arasında asılıp kalan uygulayıcılar gelişmişliğin tesisi için çalışmalarına devam ettiler.<sup>25</sup>

### 1960 sonrası

1 Nisan 1965 tarihli ve 557 sayılı nüfus planlaması hakkında kanun 1920'lerin doğurganlık politikalarını tersine çevirdi, halen yürürlükte olan 24 Mayıs 1983 tarihli ve 2827 sayılı kanun da bunu perçinledi.<sup>26</sup> DPT'nin kuruluşundan sonra hazırlanan planın ekonomik büyüme hedefini yakalamak nüfus artış hızının düşürülmesine bağlıydı. Bu minvalde nüfus kontrolü nüfus düzenlemeleri için önemli bir anahtar kelime haline geldi. Böylece ikinci ve yeni bir döneme girilmişti. Bu gelişme kadınların lehine gibiydi çünkü aile planlaması çalışmaları kadınlara kendi hayatlarında seçime dayanan bir özgürlük vadediyor, halk sağlığı kavramının yaygınlaşması ise bu seçimi alt sınıflar için de mümkün kılıyordu. Ama siyasi hedeflerin bedenler üzerindeki tasarrufunun varlığı da bedenlerinin makineleşme sürecinin parçası idi.<sup>27</sup>

19 Cin, *İslam Ve Osmanlı Hukukunda Evlenme*, 305-310.

20 Miller, "Rights, reproduction, sexuality," 362.

21 Miller, "Rights, reproduction, sexuality," 369.

22 Miller, "Rights, reproduction, sexuality," 372; Dicle Koğacioğlu, "The Tradition Effect: Framing Honor Crimes in Turkey." *differences: A Journal of Feminist Cultural Studies* 15, no. 2 (2004):118-51.

23 Özbay ve Shorter, "Fertility and Family Planning;" Toros, *Tarsus II*; Esin Kahya ve Ayşegül Erdemir, *Osmanlıdan Cumhuriyete Tıp ve Sağlık Kurumları* (Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları, 2000), 404-405.

24 Toros, *Tarsus II*, 4.

25 Toros, *Tarsus II*, 2-4.

26 Toros, *Tarsus II*, 9; Fişek, "Türkiye'de Nüfus Planlaması;" "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun," No.557, *Resmi Gazete*, 10 Nisan 1965; "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun," No. 2827, *Resmi Gazete*, 27 Mayıs, 1983.

27 Ata Soyer, *Hekimlerin Sınıfsal Kökeni* (İstanbul: Sorun Yayınları, 2005); Gürkan Öztan, "Türkiye'de öjeni düşüncesi ve kadın," *Toplum ve Bilim* 105 (2006): 265-282.

Bu ikinci dönemle gelen en büyük problem aile planlamasının, yani bu yıllarda nüfus artışının kontrol altına alınması niyetinin tek tek ailelere daha iyi bir hayat getirebilecek olması değildi. Buradaki problem, aslında nüfus artışının desteklendiği dönemlerde de telaffuz edilen ama bu yeni antinatalizm döneminde ön plana çıkartılan bir şekilde istenmeyen milliyetlerden, eğitimsiz ve alt sınıf kadınları “çocuk yapmaya” ehil görmeme problemiydi. Doktorların kadınları ve bedenlerini çocuksulaştırın ve önemsizleştiren yaklaşımlarının bir devamı bu anlamda toplumsal yönleri ile ele alınmaya çalışılan tıp meselelerinde de ortaya çıkıyordu.

Zaten doğum kontrol yöntemleri sunmayı, istenirse kullanılabilir hale getiren ama zorunlu kılmayan, devlet eğitiminin bağımsız annelik bilgisini hiçe saymayan bir anlayışın da darbe sonrası dönemde ortaya çıkması durumu karmaşıktı. Bu ikinci çerçevede sunulabilen aile planlaması pratikleri toplumun farklı kesimlerine kısa zamanda etki edecekti. Mesela “gebeliği önleyici metotlardan haberdar etme” misyonu da bu başarıya haizdi.<sup>28</sup> Yine de Türkiye, paralel bir tarihi seyir izleyen Orta Doğu devletleri arasında bilgilendirme amaçlı aile planlamasından değil, DPT prensipleri doğrultusunda doğurganlığı düşürme amaçlı aile planlamasından yana olan tek ülke olarak anılmakta.<sup>29</sup>

Özetle köylerle şehirler arasında aşılması güç sınırların olduğu 1920’lerden 1965’e kadar pronatalizm egemenken, bu sınırların hızla dönüştüğü 1950’lerden itibaren antinatalizm tam yol ilerlemişti. İlk dönemde “düşük ve gebeliği önleyici ilaç ve araçların satılması, kullanılması ve bu konuda eğitim ve propaganda yapılmasının yasaklanması, altı çocuktan fazla çocuklu annelere ödül ve madalya verilmesi gibi konular” yasalarda yer almıştı, hatta herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmak yasaklanmıştı. 1950’li yıllarda bir yandan arzu edilen nüfus artışı sağlanıp öte yandan da söz konusu köy-kent sınırları belirsizleşince, bu yasakların kaldırılması önemsenmeye başlamış, ama bu sefer de aile planlaması sadece nüfusun -devlet tarafından, profesyoneller eliyle- kontrolü olarak tanımlanmaya başlanmıştı.<sup>30</sup> Halk, en iyi halde, gebeliği önleyici yöntemleri bilmeyen, küçük aile normunu kabul etmeyen ya da doğum kontrolü için çaba harcayacak kadar motive olmayan ve eğitilmesi gereken bir homojen kitle olarak görülüyordu. Programı yürütmekle sorumlu hekimlerin büyük çoğunluğu halk eğitimine gereken önemi vermedikleri için bu işbirliğindeki çatlaklar bu işe gönül vermiş doktorlar tarafından başından beri tespit ediliyordu.<sup>31</sup>

Yine de, 1958 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, üniversite profesörleri, Adli Tıp yetkilileri ve Türk Jinekoloji Derneği uzmanlarının önerisi doğrultusunda yasalardan doğum kontrolünü yasaklayan hükümlerin kaldırılmasını Adalet Bakanlığı’ndan talep etti.<sup>32</sup> Ne var ki bu hükümlerin yürürlüğe girmesi ancak 1960 yılındaki 27 Mayıs darbesini izleyen aylarda Devlet Planlama Örgütü’nün kurulmasıyla aile planlamasının Beş Yıllık Kalkınma Planı’na alınması beş yıl süren uğraşlar sonucu mümkün olacak ve 10 Nisan 1965 tarihli Nüfus Planlaması Yasası çıkacaktı. Adalet Partisi hükümeti de 10 Şubat 1967 plan stratejisi kararıyla bu “liberal” eğilimi devam ettirdi.<sup>33</sup> 1968-1972 planı her sene kadın nüfusunun yüzde beşine ulaşma hedefi koyacak, 1973-1977 arası için yapılan üçüncü plansa Ana-Çocuk Sağlığı kavramı ile aile planlaması kavramlarını birleştirmeyi hedefleyecek ama başarısız olacaktı.<sup>34</sup>

1965 seneli kanunun yerine gelen ve kadınların hayatını tehlikeye atan düşükleri düzenleyen, bir önceki kanunu günün şartlarına uyarlamakla yetinen Mayıs 1983 tarihli ve 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ise, başka her türlü siyasi projeyi bertaraf ederken bedenleri araç olarak kullanmanın devletin tekelinde olduğunu gayet kesin bir dille hatırlatıyordu:

28 Toros, *Tarsus II*, 114; Özbay ve Shorter, “Fertility and Family Planning,” 13.

29 Agyei, *Fertility and Family Planning*, 5.

30 *Cumhuriyet Halk Fırkası Programı*, İstanbul, 1931: 33; Fişek, “Türkiye’de Nüfus Planlaması;” “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun,” 1983; Adnan Güriz “Türkiye’de Siyasi Partilerin Nüfus Politikası Konusunda Görüşleri,” *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 28, no. 1-4 (1971): 13-40.

31 Fişek, “Türkiye’de Nüfus Planlaması,” *Problems Starting a Program in Family Planning*.

32 Güriz, “Türkiye’de Siyasi Partilerin,” 26.

33 Fişek, “Türkiye’de Nüfus Planlaması;” Nüfus Etütleri Enstitüsü, *Turkish Fertility Survey*, 11; “İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Hedefleri ve Stratejisi,” *Resmî Gazete*, 10 Şubat 1967.

34 Nüfus Etütleri Enstitüsü, *Turkish Fertility Survey*, 12.

Madde 2 - Nüfus planlaması, fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları demektir.

Devlet, nüfus planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır. Nüfus planlaması gebeliği önleyici tedbirlerle sağlanır.

Gebeliğin sona erdirilmesi ve sterilizasyon, devletin gözetim ve denetimi altında yapılır.

Bu kanunun öngördüğü haller dışında gebelik sona erdirilemez ve sterilizasyon veya kastrasyon ameliyesi yapılamaz.

Ne var ki bu kararlı dil aynı zamanda çelişkiliydi de: ilk paragrafla ikincisi özneleri bakımından—fertler ve devlet—çelişiyordu. Gebeliği önleyici tedbirlerle sağlanan nüfus planlamasının isteyenin istediği kadar çocuk sahibi olmasını engelleyici bir tarafı vardı. Üstelik doğurganlık ortalama aile için verili kabul edilmişti. Çocukları olmayan ve gelişen teknoloji doğrultusunda bu ikinci tip aile planlamasını talep eden vatandaşlar halihazırda devlet tarafından bir ölçüde desteklense de kanundaki ifade bunu kapsamıyordu. Zaten üçüncü paragrafta devletin gözetim ve denetimi vurgusu planlamadan çok kontrol boyutunun altını çiziyordu. Dördüncü paragrafta 1920’lerdeki pratiklerden kurtulma amaçlanırken, şişe çocuk düşürme ve saire gibi gerek kadınların hayatına ya da sağlığına gerekse ve eğer düşmediyse bebeklerin sağlığına mal olan pratikler sanki önce geçerli olan ve her türlü doğum kontrol yöntemini yasaklayan kanunun bu pratiklere katkısı yokmuş gibi kadınların hatalarına bağlanıyordu. Nüfus politikalarının kendisini apaçık gösterdiği alan olarak hukukun yaşama müdahale edebilmek, daha çok da kontrol edebilmek için bedeni nasıl esas aldığı bu hata atfında ortaya çıkıyordu.

## Sonuç

2008 yılında ülkenin başbakanının 8 Mart Kadınlar Günü’nde kadınlara “En az üç çocuk yapın” konulu bir çağrısı yapması nüfus düzenlemelerinin doğrudanlığına karşı yerleşen tepkiyi dile getirmeyi amaçlıyor ve nüfus düzenlemeleri açısından yeni bir dönemin başladığını da haber veriyordu.<sup>35</sup> AKP’nin farklı etnik kimlikten geniş kitlelerden oy toplamasına sebep olan bir kaygı açık seçik dile getirilmişti. Bu haberler, kaçınılmaz olarak yeni teknolojilerin devlet politikalarında doğrudan yer almasıyla da bütünleşiyor. Çok çocukluluğun olduğu gibi tüp bebeğin desteklenmesi ya da son günlerde “Türk soyunu korumak için bankadan bebek yapana üç yıl hapis” gibi başlıklarla verilen 6 Mart 2010 tarihli *Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik* (ÜYTE Yönetmeliği)<sup>36</sup> bu bütünleşmenin örnekleri. Ne var ki, aynı zamanda içinde yer alınan ve on dokuzuncu yüzyıldan beri süregelen siyasa bu kaygıların dile getirilmesiyle değişmiyor.<sup>37</sup> Mevcut yönetimin düz yoldan ve diğer dönemlerle kontrast oluşturarak eleştirisi kadın bedenlerinin makineleşmesi açısından pek bir değişiklik getirmiyor. Örneğin ÜYTE Yönetmeliği speküle edildiği gibi “Türk soyunun korunması” üzerinden değil,<sup>38</sup> Madde 231’de belirtildiği gibi “Bir çocuğun soybağını değiştiren veya gizleyen kişi”nin cezalandırılmasıyla ilgili olarak düzenleme yapmaktadır. Yani ÜYTE Yönetmeliği, Altıncı Bölüm “Yasaklar ve Sorumluluklar ile Denetim ve İdarî Müeyyide” başlığı Madde 18/5, 6, 7 ile sadece yabancı ülkelerde sperm bankasından alınacak spermle hamile kalmak değil, “Türk” olduğu iddia edilen spermle hamile kalmak da düzenlenmektedir. Bu da Türk soyunun korunmasından daha çok, yeni nüfus politikalarında mevcut hükümetin biyopolitik iktidarını sağlamlaştırmasına yorulmalıdır ve eğer kadın bedenlerinin bu sağlamlaştırmanın yapı-taşı olmasına karşı durulmak isteniyorsa bu noktadan hareket edilmelidir.

35 Arzu Çetik, Turan Gültekin, Yavuz Kuşdemir, “Erdoğan: En az üç çocuk doğurun,” *Hürriyet e-Gazetesi*, <http://www.hurriyet.com.tr/gundem/8401981.asp?m=1>, 7 Mart 2008.

36 “Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik,” *Resmî Gazete* 27513, 6 Mart 2010, <http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2010/03/20100306.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2010/03/20100306.htm>.

37 “Her Ailenin 3 Çocuğu Olmazsa Nüfus İhtiyarlar,” *Vatan e-Gazetesi*, <http://w9.gazetevatan.com/haberdetay.asp?Categoryid=1&Newsid=166627>, 12.03.2008.

38 Ayşe Aydın, “Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü İrfan Şencan: tek embriyo kısıtlaması ile anne ve bebek ölümlerini azaltacağız,” *Ayşe’nin İnkizleri*, 6 mart 2010, <http://www.aysenininkizleri.com/YaziDetay.aspx?ArticleID=785>; (2010) “Türk soyunu korumak için bankadan bebek yapana üç yıl hapis” *Milliyet e-gazetesi*, 15.03, <http://www.milliyet.com.tr/-turk-soyunu-korumak-icin-bankadan-bebek-yapana-3-yil-hapis/yasam/sondakika/15.03.2010/1211502/default.htm>.

## Kürt Göçmen Kadın Devlet Ataerkilliği ile Karşı Karşıya: Sağlık Politikasının Kadının Üreme Pratikleri Üzerindeki Etkisi

Miki Suzuki Him

### Özet

Bu çalışma Van'da köyden kente gelen göçmen Kürt kadınların üreme pratiklerini incelemiş ve nüfus politikasının Türkiye'deki en yoksun kesimden biri olan bu kadınlar üzerindeki bazı etkilerini tartışmıştır. Alan araştırması 2008 Şubat ve Temmuz ayları arasında ağırlıklı olarak köyden kente göç edenlerin oturduğu bir gecekondu mahallesinde yapıldı. Veriler kartopu tekniği ile seçilen kırk kadın ile gerçekleştirilen derinlemesine görüşme ile toplandı. 1990'lı yılların sonunda, Türkiye'nin aile planlama programı, gecekonduya yaşayan kadınlar ve Doğu ve Güneydoğu Anadolu'daki kadınlar gibi önceki dönemlerde ulaşamayan gruplara odaklanmaya başladı. Ancak, ilk zamanlarda daha çok sağlık ocaklarında verilen bu sağlık hizmeti bir süre sonra yeni neoliberal sağlık politikası altında ağırlıklı olarak Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) merkezlerinde verilmeye başlandı. Mülakat yapılan Kürt göçmen kadınların, ülkedeki diğer kadınlara benzer şekilde kendi üremelerini kontrol etmek için mücadele ettikleri gözlemlendi. Gebelik önleyici yöntemler hakkında oldukça fazla bilgiye sahiptiler ve doğum sayısını sınırlandırmayı ve doğumlar arasındaki süreleri uzatmayı arzu ediyorlardı. Çoğu kadın gebelik önleyici yöntemleri kullanmıştı. Özellikle, gönüllü göçmen kadınlar zorunlu göçmenlere göre, kadın ağı gibi sosyal sermayeyi daha kolay mobilize edebiliyor ve doğum kontrol hizmetlerine daha kolay ulaşabiliyorlardı. Buna rağmen bu kadınlar tekrar tekrar istenmeyen gebelikler yaşamışlardı. Doğum kontrolü hakkındaki bilgileri ve bu konudaki teşebbüsleri, büyük ölçüde 2000'li yılların başında gecekondu mahallelerindeki evlere ziyarete gelen ve kadınları doğum kontrolü hakkında bilgilendiren hemşireler sayesinde olmuştu. **Ancak, aile planlama programının AÇSAP merkezlerine alınarak merkezleştirilmesinden sonra sağlık ocaklarında verilen aile planlama hizmetleri gerilemiş ve buralardaki sağlık personelinin, kocanın eşinin bedeni üzerindeki kontrolünün daha da güçlenmesine neden olacak şekilde kadınlara hizmet sunmalarına yol açmıştır.** Örneğin, daha önce hiç doğum yapmamış kadınlara, kocalarının rızası olmadan doğum kontrol hapı verilmemesi sıklıkla karşılaşılan bir uygulamadır. Böylelikle, üreme haklarını kullanmak için zaten üstesinden gelmek zorunda oldukları bir takım engellerin yanında, bu bölgedeki kadınlar şimdi sağlık personeli eliyle sunulan devlet ataerkilliği ile karşı karşıya gelmişlerdir.

**Anahtar kelimeler:** nüfus politikası, üreme hakları, ataerkillik, Kürt kadınları, Türkiye

### Abstract

This paper is based on part of the findings gained from the research on reproductive practices among Kurdish rural-urban migrant women in Van. It reports some impacts of population policies on those women who are among the most disadvantaged in Turkey. Fieldwork was conducted in a gecekondu neighbourhood between February and July 2008. Data were collected by in-depth interviewing with forty women who were selected by snowball technique. In the late 1990s, family planning programme in Turkey shifted to target group approach which focused on the groups that the programme could not reach before such as women in gecekondu and Eastern and South-eastern women. However, the role of family planning counselling soon became less prioritised in sağlık ocağı but centralised to AÇSAP centres under the new neoliberal health policy. The research found that Kurdish migrant women I interviewed struggle to control their reproduction as the other women in the country. They are well informed of contraceptive methods and desire to space and limit births. Many of them used contraceptives. Nonetheless, they experienced unwanted pregnancies repeatedly. Their knowledge and attempt for birth control largely owes to nurses who used to visit houses in squatter neighbourhoods and informed women



about contraception during a few years at the turn of the century. After the centralisation of family planning programme, however, the quality of service in the area of family planning counselling seems to have deteriorated in a way to allow health personnel's patriarchally biased arbitrary advices. They are now additional obstacle for those women who have to overcome a number of obstacles in accessing health services in order to exercise their reproductive rights.

**Key words:** population policy, reproductive rights, patriarchy, Kurdish women, Turkey

## Giriş

İnsan üremesi ile ilgili pek çok tarihsel, antropolojik ve feminist çalışma, doğum kontrolünün modern düşünce ve biyomedikal teknolojinin birdenbire oluşan bir başarısı olmadığını ileri sürmüşlerdir.<sup>1</sup> Kadınlar da, her zaman kendi bedenlerini, cinselliklerini ve üremelerini toplumsal değerler, eşlerinin ve diğer aile fertlerinin istekleri ve kendi güçleri ölçüsünde kontrol etmek istemişler ve bunun için mücadele etmişlerdir. Eğer kadınlar tarih boyunca ve farklı kültürlerde hala kendi bedenleri ve üremelerini kontrol edebilmek için değişik yollarla mücadele ediyorlarsa bunun nedeni hegemonik cinsiyet, sosyal sınıf ve küresel ve ulusal politik güçlerin insan üremesi üzerinde çıkarlarının olmasıdır.<sup>2</sup> Üreme haklarının hala küresel olarak en tartışmalı haklardan biri olması bunu desteklemektedir.

Kadınlar küresel olarak üreme haklarını kullanmada değişik oranlarda zorluklarla karşılaşmaktadırlar çünkü bilinen çoğu toplumlar hala “*erkek egemen, erkektanımlı ve erkek merkezli* olarak erkek üstünlüğünü teşvik eden” derin bir sistem ile organize olmuştur, yani ataerkillilerdir.<sup>3</sup> Ancak, ataerkillik diğer hiyerarşik sınıf, ırk ve etnisite düzenleri ve tarihsel durumlarla kesişmektedir. Böylece ataerkillik diğer hiyerarşik sistemlerde farklı pozisyonlarda bulunan kadınları farklı yollarla etkilemektedir.

Bu çalışma, köyden kente göç etmiş Van’da yaşayan Kürt kadınlarının üreme davranışları üzerine yapılan bir çalışmada elde edilen bulgulara dayanmaktadır.<sup>4</sup> Bu çalışma sağlık politikalarının Türkiye’de en dezavantajlı kesim arasında bulunan bu kadınlar üzerindeki etkisini irdelemektedir. Doğu’daki kadınların ülkedeki diğer kadınlara göre daha fazla baskı altında olup olmadığını değerlendirmek güç olmakla birlikte, mevcut olan veriler okuryazarlık, eğitim ve iş imkanları gibi pek çok açıdan bu kadınların daha dezavantajlı olduklarını göstermektedir.<sup>5</sup> Türkiye’nin Doğu ve Güneydoğu bölgelerinde bugün doğurganlık oranı diğer bölgelere göre oldukça yüksektir. Diğer bölgelerde doğurganlık oranının hızla düştüğü 1980-2000 yılları arasında, PKK terör örgütü ile devlet güvenlik güçleri arasındaki çatışmalar Doğu’da ve özellikle kırsal kesimde bölgeye yeni ulaşmaya başlayan kamu hizmetlerinin gerilemesine neden olmuş ve bu zaman diliminde pek çok Doğu illerinde doğurganlık oranı artmıştır.<sup>6</sup> Bu makale, göçmen Kürt kadınların aile ve toplum seviyesinde pek çok engelleri aşarak şehirde sağlıklı bir üreme hayatına sahip olmak için sağlık hizmetlerinden yararlanmaya çabaladıklarını, fakat yine de devlet seviyesinde engellerle karşılaşmalarını göstermeye çalışmaktadır.

1 Carol P. MacCormack (ed.), *Ethnography of Fertility and Birth*. (London: Academic Press, 1982); Angus McLaren, *A History of Contraception: From Antiquity to the Present Day* (Oxford: Blackwell, 1990).

2 Asoka Bandarage, *Women, Population and Global Crisis: A Political-Economic Analysis*. (London and New Jersey: Zed Books, 1997).

3 Allan G. Johnson, *The Gender Knot: Unravelling Our Patriarchal Legacy* (Philadelphia: Temple University Press, 1995) 5. Vurgu orjinalindeki gibidir.

4 Miki Him, *Reproductive Practices: Kurdish Women Responding to Patriarchy* (PhD Dissertation, Ankara: Middle East Technical University, 2010).

5 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-2010* (Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2010); Dincer, Bülent ve ark., *İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması 2003* (Ankara: T.C. Devlet Planlama Teşkilatı, 2003).

6 Murat M. Yüceşahin and E. Murat Özgür, “Regional Fertility Differences in Turkey: Persistent High Fertility in the Southeast” *Population, Space and Place* 14 (2008).

### Türkiye’de nüfus politikası

Aile plaanlama politikalarının Van’da yaşayan köyden kente göç eden kadınlar üzerindeki etkilerini tartışmadan önce Türkiye’nin son yıllardaki nüfus politikalarına bir gözatmak faydalı olacaktır. Türkiye’nin nüfus politikası, uluslararası politik durumlar ve nüfus politikaları ile uyumlu olmak için, kalkınmacı istekler ile (devlet ataerkilliğinin küresel ataerkillik ile uyumu), dış etkilere karşı koymak ve babanın egemenliğine bırakılmış özel alana müdahale etmemeyi devam ettirmek için ulusal istekler arasında bir yerde gidip gelmektedir (devlet ataerkilliği ve özel alandaki ataerkillik arasında uzlaşma). Türkiye’de 1960’larda askeri hükümet ve arkasından da merkez-sol hükümet döneminde anti-natal politika başlatıldı, ancak idari istikrarsızlıklar, anti-natal Sağlık Bakanlığı ile pro-natal Milli Eğitim Bakanlığı arasındaki uyuşmazlık, yükselen emperyalizm karşıtlığı ve ulusal ve uluslararası kalkınma politikalarındaki nüfus azalmasından sosyoekonomik kalkınmaya doğru olan eğilim nedenleriyle bu politika yeteri kadar uygulanamadı.<sup>7</sup>

Anti-natal nüfus politikası askerlerin politik gücü tekrar ele aldığı 1980’lerde tekrar başlatıldı ve 1983’te yeni Nüfus Planlama Yasası çıkartıldı. Türkiye tarihinde ilk defa aile planlaması konusu anayasaya girmiş oldu, ancak dikkatli bir şekilde “Aileyi Koruma” başlıklı 41. Madde içinde aile konusu içersine yerleştirildi ve cinsel özgürlük ile ilişkili olma ihtimali ortadan kaldırıldı.<sup>8</sup> Daha sonra gelen ve sivil olan ANAP merkez-sağ hükümeti nüfus politikasına ilgisiz kaldı. Ancak, 1985 nüfus sayımı politikacıları çok şaşırttı.<sup>9</sup> 1960’tan beri giderek azalan nüfus artış hızı 1980 ve 1985 yılları arasında birdenbire artmıştı.<sup>10</sup> 1986 ilkbaharında Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Genel Müdürlüğü (AÇSAP) “daha az fakat daha sağlıklı çocuk” sloganıyla ülke çapında Cumhurbaşkanı Kenan Evren ve bazı işadamlarının desteğiyle Türkiye tarihindeki en büyük aile planlaması kampanyasını başlattı ve bununla bebek ölümlerini ve kürtajları azaltmayı amaçladı.

Bu arada, Türkiye’ye yardımda bulunan uluslararası nüfus kuruluşları Türk politikacılarına özellikle eğitim ve diğer hizmetlerin yeteri kadar ulaşmadığı daha az gelişmiş bölgelerde daha etkili aile planlama politikalarının geliştirilmesinin gerekli olduğu konusunda uyarılarda bulunmaya başladılar.<sup>11</sup> 1988’de UNFPA (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu) Türkiye’de 1988-1992 yılları arasında aile planlama projelerinde kullanılmak üzere beş milyon dolarlık bir mali plan hazırladı.

1990’larda kalkınma söyleminde kadın konusu, ‘Kalkınmada Kadın (Women in Development)’ kavramından ‘Toplumsal Cinsiyet ve Kalkınma (Gender and Development)’ kavramına kaydı. Vurgu, kadınların kalkınmaya katılımından kadınların güçlenmesine (empowerment) doğru değişti. Bu, uluslararası nüfus politikalarına da yansdı. 1994 yılındaki ICPD (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Kongresi)’de ‘üreme hakları’ kavramı feminist girişimler sayesinde ‘nüfus fazlalığı (overpopulation)’ fikrinin (veya korkusunun) yerine yerleşti. Türkiye 1997 kalkınma programı, AÇSAP hizmetlerini nüfus kontrolünden ziyade üreme sağlığı kavramı çerçevesinde tekrar tanımladı.<sup>12</sup> Buna göre, verilen hizmetlerin ulaşılabilirliği ve kalitesini geliştirmek ve doğum sonrası hizmetleri teşvik etmek için hastanelerde aile planlama kliniklerinin sayısı artırıldı.

Gerçekte, ülkedeki doğurganlık oranı 1990 yılında zaten üçün altına gerilemişti ve giderek yenilenme seviyesine yaklaşıyordu. Ancak gebelik önleyicilerin kullanımında ve doğurganlık oranında giderek artan bölgesel farklılıklar konuyla ilgili uzmanları endişelendiren başlıca sorundu. Böylece, 1990’ların sonunda aile planlama programı önceki dönemlerde programların ulaşamadığı veya ulaşmadığı kırsal kadınlar, kent gecekondü bölgelerinde yaşayan göçmen kadınlar, Doğu ve Güneydoğu bölgelerindeki kadınlar, erkek ve gençleri hedef almıştı.<sup>13</sup>

7 Ned Levine, Sunday Üner and Esen Altiok, “The Development of a Population Policy and Its Implementation”, in Ned Levine and Sunday Üner eds. *Population Policy Formation and Implementation in Turkey* (Ankara: Hacettepe University Institute of Population Studies, 1978) 66-71, 240-2.

8 Erhard Franz, *Population Policy in Turkey: Family Planning and Migration between 1960 and 1992* (Hamburg: Deutsches Orient-Institut, 1994) 66.

9 Erhard Franz, *Population Policy in Turkey*, 72.

10 Bkz. Turkish Statistical Institute, *1923-2004 Statistical Indicators* (Ankara: Turkish Statistical Institute, 2005) 2.

11 Erhard Franz, *Population Policy in Turkey*, 73-4.

12 Ebru Özberk, *Nüfus Politikaları ve Kadın Bedeni Üzerindeki Denetim* (Master’s Thesis. Ankara: Ankara Üniversitesi, 2003) 81.

13 Erhard Franz, *Population Policy in Turkey*, 94.

Örneğin, 1990'ların sonunda kısa bir dönemde Van'daki küçük yerleşim yerlerindeki sağlık ocaklarında bile aile planlama hizmeti için ayrılmış odalar mevcuttu.<sup>14</sup> İsmet Koç, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-1993 verilerine dayanarak modern gebelik önleyici yöntemlerin Doğu'da geleneksel yöntemlerden daha sık kullanılma eğiliminde olduğunu bildirmiştir. Koç, bu durumun bölgede devletin yoğun olarak yürüttüğü aile planlama programının bir sonucu olduğunu düşünmektedir.<sup>15</sup> Ancak sınırlı mali kaynaklar ve bölgedeki yoğunlaşan politik huzursuzluk programın arzu edildiği şekilde uygulanmasını engellemiştir.

2001 yılında ABD'nin Cumhuriyetçi Başkanı George W. Bush, daha önce Başkan Clinton tarafından iptal edilen Meksika Şehir Politikası'nı tekrar yürürlüğe koydu ve ABD'li bağışçılar aile planlaması sektöründen parasal desteklerini kısmen geri çektiler.<sup>16</sup> Bu, Türkiye'deki ekonomik kriz ile aynı döneme denk gelmekteydi ve arkasından 2002 genel seçimlerinde hükümete gelen muhafazakar Adalet ve Kalkınma Partisi neoliberal ekonomik politikaları tekrar başlattı. Bütün bunlar aile planlama hizmetlerinin geliştirilmesini olumsuz yönde etkiledi. Öyle görünüyor ki, yeni neoliberal sağlık politikası altında aile planlama programı daha az öncelikli hale geldi ve aile planlama hizmetleri daha çok şehir merkezlerinde bulunan AÇSAP merkezlerine kaydırıldı. Bunun sonucunda, küçük kasabalar ve köylerdeki sağlık ocakları daha az sayıda ve çeşitte gebelik önleyicilerle hizmet vermeye başladılar.<sup>17</sup>

Diğer taraftan Sağlık Bakanlığı ve AÇSAP, üreme hakkı kavramını birincil sağlık politikasına entegre etmek için çaba göstermeye devam etmiştir ve 2003 yılında Avrupa Birliği ile birlikte beş yıllık Türkiye Üreme Sağlığı Programı'nı yürürlüğe koymuştur. Sağlık Bakanlığı 2005 yılında *Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015*'i yayınladı. Bu programın önerdiği koruyucu önlemler üreme hakları yaklaşımını yansıtmaktadır. İstenmeyen gebelikleri önleme politikası Doğu bölgelerini ve kırsal ve gecekondulu yerleşimlerini hedef almakta, bölgeler arasındaki ve özellikle köy-kent arasındaki eşitsizlikleri azaltmayı amaçlamaktadır. Özgür ve sorumlu olarak kadının, çocuk sahibi olup olmamaya, kaç ve hangi aralıkla çocuk sahibi olmaya karar verme hakkına sahip olmasına, bunu yapabilmek için gerekli bilgileri elde edebilmesine, cinsiyet, ırk, medeni durum, yaş, etnisite, gelir durumu ve bölgesine bakılmaksızın en iyi sağlık hizmetlerine ulaşabilmesine, aile planlama yöntemi kullanıp kullanmaması veya hangi yöntemi kullanmasına karar verebilmesine ve etkili ve güvenli bir yöntem seçme ve uygulama hakkına sahip olmasına vurgu yapmaktadır.<sup>18</sup> Ayrıca bu program sağlık personeline, sağlık hizmetleri alanların kişisel bilgilerini ve özel hayatlarını korumalarını, onlara saygılı ve hoşgörülü davranmalarını ve sağlık hizmetleri konusunda onların fikirlerini almalarını tavsiye etmektedir.

## Metod

Bu çalışmada veriler derinlemesine yapılan mülakatlar ile toplandı. Mülakatlar 2007 yılının ilkbaharında yapılan pilot çalışmanın ardından 2008 yılı Şubat ve Haziran ayları arasında Van'ın *Doluca mahallesinde*<sup>19</sup> yaşayan köyden kente göç etmiş Kürtçe konuşan kırk evli kadın ile yapıldı. Doluca mahallesi Van'ın en büyük gecekondulu mahallelerinden biridir ve çok sayıda küçük kerpiç evler ile bir miktar çok katlı beton evler bulunmaktadır. Mahallede yaklaşık 20.000 kişinin yaşadığı 2.500 hane bulunmaktadır ve mahallede oturanların pekçoğunun göç ettiği yer olan Çatak, Siirt ve Şırnak'a bağlanan şehrin güneyindeki bir tepenin altına kurulmuştur. Yoğun göçün olduğu 1990'lı yılların sonunda Doluca mahallesine kamu hizmetleri gitmeye başlamıştır. Bugün hem halk otobüsleri hem de dolmuşlar her on veya onbeş dakikada bir şehir merkezine karşılıklı seferler yapmaktadır. Mülakatların

14 Araştırmanın yapıldığı dönemde Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda görev yapan Doç.Dr. Tuğrul Erbaydar ile görüşmeler,

15 İsmet Koç, "Determinants of Contraceptive Use and Method Choice in Turkey" *Journal of Biosocial Science* 32 (2000): 340.

16 Andrzej Kulczycki, "The Determinants of Withdrawal Use in Turkey: A Husband's Imposition or a Woman's Choice?" *Social Science & Medicine* 59 (2004):1031.

17 Doç.Dr. Tuğrul Erbaydar ile görüşmeler; Aktan Karahan, Ayşe Yüksel ve Tuğrul Erbaydar, "Aile Planlaması Sağlık Ocaklarının İş Değil Mi?" (11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2007 Denizli: Unpublished, 2007).

18 Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, *Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015: Sağlık Sektörü için* (Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2005) 33.

19 Mahallenin adı takma addir.

ağırlıklı olarak yapıldığı mahallenin güney ucunda 1996'da bir ilkokul yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı dönemde bölgede iki ilköğretim okulu ve bir lise vardı. Mahallenin kuzey ucuna yakın bir yerde ise devlete bağlı bir doğum hastanesi vardı. Kadınlar doğum için ve diğer jinekolojik ihtiyaçları için bu hastaneye gitmekteydiler ve otobüs ile sadece on dakikalık bir yoldu. 2008 yılı ilkbaharında ise mahalle içine bir sağlık ocağı açıldı.

Mülakat yapılacak katılımcılar kartopu örneklem yöntemiyle seçildi. Katılımcıların ortalama yaşı otuzbir olup onsekiz ile ellibir arasında değişmekteydi. Bütün katılımcılar anadil olarak Kürtçenin Kırmancı lehçesini konuşuyorlardı. Kırk katılımcıdan onyedisi Türkçe bilmiyordu veya çok az biliyordu. Katılımcıların eğitim seviyeleri oldukça düşüktü. Yirmioç katılımcı okuryazar değildi ve yaklaşık üçte ikisi hiç okula gitmemişti. Altı katılımcı ilkokulu bitirmeden ayrılmış, altısı beş yıllık ilkokulu bitirmiş ve ikisi ise sekiz yıllık ilköğretimi bitirmişti. Liseye giden hiçbir katılımcı yoktu. Bütün katılımcılar ev hanımı olduklarını ifade ettiler. Kocalarının çoğu sigortasız işlerde çalışıyordu. Katılımcıların çoğu Yeşil Kart'tan yararlanıyorlardı. Katılımcıların beşinin ise hiçbir sağlık sigortası yoktu.

Mülakatlar sırasında katılımcılara sorular Türkçe olarak soruldu, ancak Türkçe bilmeyenler ile katılımcıların tercih ettiği bir tercüman (genelde kızları) yardımıyla görüşmeler yapıldı. Mülakatlar genellikle katılımcıların kendi evlerinde gerçekleştirildi. Bütün mülakatlar katılımcıların izniyle ses kayıt cihazıyla kayıt altına alındı. Mülakatlar yaklaşık yarım saat ile üç saat kadar sürdü. Katılımcıların onbeşi ile ya önceki mülakatlarda net olmayan konuları aydınlatmak ya da yeni şeyler sormak için birden fazla kez mülakat yapıldı.

### Doğum kontrolüne karşı değişen yaklaşımlar

Öyle görünüyor ki, Doluca mahallesindeki üreme çağındaki kadınlar doğum kontrolü hakkında oldukça fazla bilgi sahibiydiler ve genel olarak doğumların sayısı ve sıklığını sınırlandırmak istiyorlardı. Aralıklı yapılan doğumlar katılımcılar tarafından bebeklerin daha iyi bakımı açısından özellikle destekleniyordu. Kırk katılımcının otuzaltısı ekonomik zorluklardan dolayı çocuk sayısını sınırlandırmak istiyordu. Katılımcıların üçte ikisinden fazlası, daha çok geriye dönük olarak, istedikleri şekilde yetiştirebilmek için iki çocuğun (bir erkek ve bir kız) ideal çocuk sayısı olduklarını ifade ettiler. Dörtte birden fazlası ise ekonomik durumları daha iyi olsaydı, yaşlılık güvencesi ve çocuklar arasındaki yardımlaşma açısından dört çocuk (iki erkek ve iki kız) istediklerini belirttiler. Bütün katılımcılar, tüp bağlama, doğum kontrol hapları, rahim içi araç (RİA), enjeksiyon, prezervatif, laktasyon amenore metodu ve geri çekme gibi Türkiye'de kullanılan gebelik önleyici yöntemlerin çoğunu biliyorlardı.

Çoğu katılımcı gebelik önleyici yöntemleri, ulusal aile planlama programının Doğu ve gecekondu bölgelerinde yaşayan kadınları hedef aldığı 1990'lı yılların sonunda yoğun olarak evleri ziyarete gelen hemşirelerden öğrenmişlerdi. Hemşireler her bir evi ziyaret etmiş, kadın ve çocukları aşlamış ve onları kibar ve saygılı bir şekilde gebelik önleyici yöntemler hakkında bilgilendirmişlerdir. Hemşireler sıklıkla da kadınların hastanelere gitmeleri konusunda onları cesaretlendirmişlerdir;

Biz hiç bir yere çıkmıyoruz da, onlar evimize geliyordular. Gene gelmiyorlar. Şimdi gene kadınlar onlara gidiyorlar. Çocuklara aşı yaptılar. Sonra bana iki üç sefer geldiler üçüsünü birden aşı yaptılar. Bana da dediler, 'Doğum Evine gel, spiral takıyorlar, hap veriyorlar. Ne istersen.' Öğrendim, gittim (Müjde, yaş yirmi-altı, dört çocuk annesi).<sup>20</sup>

Hemşirelerin mahallede kadınları ziyarete geldikleri o zamanlarda pek çok insanın gebelik önleyiciler hakkında kuşkuları vardı.<sup>21</sup> Bunların sağlık sorunlarına yol açabileceklerine inandıkları için birbirlerini bu konuda uyarıyorlardı. İnsanlar yapılan aşilar konusunda da şüphelere sahipti. Hemşireler evlere gelip neonatal tetanozu önlemek için onbeş-kırkbeş yaş arasındaki kadınları aşıyorlardı. Bu, halk arasında devletin Kürt kadınları kısırlaştırdığı söylentisine yol açmıştı. **Katılımcılar şimdi ise o günlere gülüyorlar ve o zaman kendilerini aşıllara ve ge-**

20 Katılımcıların isimleri gerçek isimleri değildir.

21 2006 yılında yapılan bir sağlık arama davranışı araştırması da, Van'da köyde veya şehirde evleri ziyaret edip tetanoz aşısı yapan hemşirelerin, kadınları kısır yapacağını duydukları için insanların tepkisiyle karşılaştıklarını bildirmektedir. Bkz. Conseil Sante, SOFRECO, EDUSER, Sağlık Arama Davranışı Araştırması (Ankara: Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, 2007) 66, 73-4.

**belik önleyicilere karşı uyarın büyüklerini cahilliklerinden dolayı kınıyorlardı. Bu, on yıldan daha kısa bir zaman süresinde insanların yaklaşımlarının nasıl değiştiğini göstermektedir; cahillik mi sadece? Nedensiz mi?**

Şimdi hemşireler geziyor. Tetanoz aşılı yapıyorlar. Biri diyor, ‘Tetanoz aşısıdır.’ On kişi ya yirmi kişi diyor, ‘Yok, kısırlık aşısıdır. Sizi kısırlaştırarak.’ Niye kısırlaştırırsın ki? Niye insan kendi devletin ... (Saadet, yaş otuz, dört çocuk annesi);

Neymiş çocuk olmayacaktı. Hemşire burada deli oldu kızcası. ‘Nasıl böyle pişey düşünüyorsunuz’. Valah, ben düşünmüyorum. Doktordur. Düşman değildir. O da zaten (dedi), ‘ben sizin düşüman değilim. Sizin sağlığı için buradayım’ (Ceylan, yaş yirmisekiz, beş çocuk annesi);

Aşı kendimize hastalıktan korumak için kullanılır. **Bizim bu Kürtler, karlar anlamıyorlar.** Yengem pişey dedi, benim tanıdık hemşire var, eve geldi ben kızken, biz kullandık. Anladık tabii ki, bulaşıcı hastalıklar için. Sonra yengem, izin vermedi. Kızlar da kısır olacak falan filan. Ben anladım kullandım. Şükür çocuğum var. Ablam da çocuğu var. Onların yüzüne vurdum, hani, bak çocuğum olmayacaktı (Esra, yaş onsekiz, bir çocuk annesi).

### **Kadınların kendi üremeleri üzerinde kontrolüne karşı çıkan devlet ataerkillik**

Doğum kontrolü bilgisi ve arzularına rağmen çoğu katılımcı tekrarlayan gebelikler yaşamış ve istediklerinden daha fazla sayıda doğum yapmıştı. Mülakat yapıldığı sırada katılımcıların sahip oldukları çocuk sayısı sıfır ile oniki arasındaydı. Ortalama çocuk sayısı dörtbuçuk idi ve kadınların yüzde kırkı dörtten fazla sayıda çocuk sahibiydi. Katılımcıların verdiği bilgilere göre **kadınlar başarılı bir doğum kontrolüne mani olan bir seri engellerle karşılaşmışlardır ve bunlar toplum ve devlet seviyesinde ataerkillik ile ilişkilidir.**<sup>22</sup> Bu makalede, aile planlama politikalarının etkilerine dikkat çekmek için devlet ataerkilliği üzerinde duracağım.

Çoğu katılımcı ziyarete gelen hemşirelerin samimiyetle sundukları aile planlama hizmetlerine olan şükranlarını ifade ettiler; “Gerçekten derdimizden anlıyorlardı.” Mahallede 2008 yılı ilkbaharına kadar bir sağlık ocağı yoktu. İstedikleri gibi dışarıya çıkamayan Doluca mahallesi kadınlarının ziyarete gelen kadınlardan ne derece faydalandıklarını hayal etmek zor olmasa gerekir. Ancak, kadınların sağlık hizmetlerini ve gebelik önleyici yöntemleri kullanmaya istekli hale geldikleri 2000’li yılların başında hemşirelerin ev ziyaretleri birdenbire kesildi. Bu, yukarıda da bahsedildiği gibi aile planlama hizmetlerinin ülkede genel olarak azaltıldığı döneme rastlamaktadır. **Aile planlama hizmetlerini geliştirme planı kısa sürmüştü. Şimdi ise bu hizmetler daha az standardize hale gelmiş ve daha çok sağlık personelinin iyi niyetine kalmış gibi görünüyor. Bunun bir sonucu olarak, Doluca mahallesindekiler gibi sosyoekonomik olarak dezavantajlı Kürtçe konuşan kadınlar, sıklıkla sağlık personelinin kötü muamelelerine maruz kalmaktadırlar. Bu ise sağlık personelinin yetersiz eğitiminden ve kadınların üreme hakları konusundaki bilgilerinin eksik olmasından kaynaklanmaktadır.** Daha önce çok mu farklı?

İlk olarak; kısırlığa neden olma riskinden dolayı (pek de doğru olmayan) çocuk doğurmamış kadınlara sağlık ocaklarında doğum kontrol haplarının verilmemesi Van’da oldukça yaygın bir uygulamadır. Esra onsekiz yaşında ve bir kız çocuk annesiydi. Katılımcılar arasındaki en iyi eğitilmiş kadındı. Hasta annesine bakabilmek için lise eğitimini terketmişti. Daha evlenmeden önce gebelik önleyici yöntemler hakkında bilgi sahibiydi. Evlendikten hemen sonra kocasından ve kocasının ailesinden gizli olarak sağlık ocağında bir hemşireye gebelik önleyiciler konusunda danışmıştı. Bunu gizli yapmasının nedeni ise çocuk sahibi olmak için birkaç yıl beklemek istemesi ve kocası ve kocasının ailesinin buna karşı çıkmasıydı. Esra bir gün kocasına kendini iyi hissetmediğini söylemiş ve ondan kendisini daha önce konuştuğu hemşirenin de çalıştığı sağlık ocağına götürmesini istemişti. Sağlık ocağında kocası yanında değilken Esra hemşireden doğum kontrol hapı istemiş, ancak hemşire, “Kızın daha. Belki kısır kalırsın. Bir daha da çocuk getiremezsin. Eşinden izin alırsan yaparız. Eğer eşin istemiyorsa o sorumluluğu alamayız” de-

22 Miki Him, Reproductive Practices.

mişti. Mahallede yeni açılan sağlık ocağında çalışan bir hemşire bu uygulamayı bana doğruladı: “Evet, biz daha çocuk doğurmamış olanlara vermiyoruz. Hap kısırlık yapabilir. Spiral çocuk doğurmamış olanlara takılmaz.” Bundan dolayı bir koca, doğum kontrol hapı almaya giden karısına “kocasını olmayınca sorun çıkartabilirler” diye eşlik etmişti.

İkinci olarak, katılımcıların verdiği bilgilere göre sağlık personeli kadınları küçük görmekteydi ve bu durum kadınları çok rahatsız ediyordu. Yasemin ondokuz yaşında ve bir erkek çocuk annesiydi. Günlerdir karın ağrısı çekiyor ve adet kanaması gecikmişti (birkaç gün sonra düşük yaptığını öğrenmişti). Yasemin ile birlikte sağlık ocağına gittik. Doktor onun için bir ağrı kesici iğne verdi ve birlikte hemşire odasına gittik. Bir hemşire Yasemin’e kabaca “Hangi iğne?” dedi. Yasemin iğnenin adını söyleyemedi ve bir eziklik hissetti. Yasemin, belki hemşirenin hangi iğne olduğunu anlamasını sağlar diye ona sağlık sorununu açıklamaya çalıştı. Ben araya girerek doktorun reçete yazdığını ve ona okursa daha iyi anlayacağını söyledim. Yasemin reçeteyi hemşireye verdi. Hemşire, “Öyle desene!” dedi. Yasemin ise kısık sesle “Bilemedim ...” dedi. Yasemin hemşireye yatağa yatıp yatmayacağını ve nasıl yatacağını sordu. Hemşire kızarak “Nasıl yatarsan yat! Kalçaya vuracam” dedi. Sonrasında hemşire ile yalnız kalınca konuştuğumda hemşire bana “Çok çocuk yapıyorlar. İnsanlar cahiller. Bilmiyorlar. Bir de dil sorunu yaşıyoruz” dedi.

Gerçekten de devlet ataerkilliği çok sert olabiliyor. Esmenur otuzbeş yaşında ve beş çocuk annesidir. **Doğum için hastaneye gittiğinde daha önce kendisine mahalleden bir ebe kadının baktığını söylediğinde hemşireler tarafından azarlanmıştı;**

**Bunların çok zoruna gitti. Dediler, “Kürt ebe kadın gelsin, seni doğursun!” Bana orada işkence ettiler. O hemşireler ... (ağlayarak), “Burada Doğum Evi varken, dağ başında mı yaşıyoruz, kızım!” Baya bi bağırdılar. Hakaret ettiler. Artık kendimden geçtim. Bir an tokatladı beni. Uyandım.**

Devlet çözüm için kendisinin tanımlamadığı yöntemlere başvuran vatandaşları cezalandıracak düzenlemeler yapabilir.

Üçüncü olarak, yeni Eylem Planı’nda ileri sürülen kadınların üreme hakları bilincinin sağlık personeline yeteri kadar aktarılmadığı görülmektedir. Örneğin, Müjde yirmialtı yaşında ve dört çocuk annesiydi. Pelvik enfeksiyondan dolayı rahim içi aracı aldırıldığından beri karında şişkinlik, sırt ağrısı ve amenorenden şikayetçiydi. Yıllarca gidip bir doktora görünmeye cesaret edemiyordu çünkü iyileşirse tekrar hamile kalmaktan korkuyordu. Yine de sağlıklı olmak ve genç bir kadın olarak üreme gücünü tekrar kazanmak istiyordu. Bir gün tedavi olmaya karar verdi ve bir hastaneye gitti. Muayeneden sonra rahim içi aracının bir parçasının uterus içinde gömülü kaldığı ve ağrı ve yangıya neden olduğu anlaşılmıştı. Cerrahi müdahale ile parçayı aldırılmış ancak adet düzeni geri gelmemişti. Kontrol için hastaneye gittiğinde bir bayan doktor ona, “Ne güzel, adet olmayınca hamile de kalmazsın. Daha ne istiyorsun?” demişti. Müjde ise hala genç olduğunu, düzenli bir adete sahip olmak istediğini ve bunun da normal olduğunu söylemişti. Doktor onunla dalga geçer şekilde “Yine seni kız mı yapayım?!” demişti.

Son olarak, sağlık personelinin göçmen Kürt kadınlarını hor görmesi ve onların üreme haklarını iyi kavrayamamaları sağlık hizmeti sunanlar ile bu hizmetten faydalananlar arasında zayıf bir iletişimin oluşmasına neden olmaktadır. Aile planlama danışmanlık hizmetleri gereklidir çünkü üreme sosyal hayatın içindedir ve sosyal hayat çok karmaşıktır. Her bir kadın kendi sağlık durumu ve sosyal şartlarına göre farklı bir doğum kontrol yöntemine ihtiyaç duyabilir. Kadın kendi üremesini kontrol etmeye çalıştığında karşılaşacağı çeşitli engeller vardır. Bazı katılımcılar doğum kanalındaki yaralardan veya pelvik enfeksiyondan dolayı RİA kullanamamışlardı. Bazıları ise emzirdikleri için hormonal yöntemleri kullanmak istememişlerdi. Bazıları kadınların kullandıkları RİA, enjeksiyon ve haplar gibi yaygın yöntemleri kullanma konusunda kararsızdılar, çünkü daha önce bunları kullanan diğer kadınların sağlık problemlerine şahit olmuşlardı. Buna rağmen, bazıları kocalarından prezervatif kullanmalarını istemeye utanıyordu. Bazı katılımcılar ise prezervatiflerin bel fitiği yaptığını inanıyordu. Bazı kocalar da prezervatif kullanmayı reddediyorlardı. Katılımcıların çoğu daha önce denedikleri yöntemlerden memnun kalmadıkları için sürekli başka bir yöntem arayışı içindeydiler.

Esmenur'un hikayesi bir taraftan yan etkilerin neden olduğu sorunları bir yandan da yetersiz aile planlama hizmetlerini göstermesi açısından iyi bir örnektir. Esmenur haplar, RİA, enjeksiyon, geriçekme ve prezervatifler dahil olmak üzere neredeyse bütün doğum kontrol yöntemlerini kullanmış olmasına rağmen onaltı yıllık evlilik hayatında bir kez düşük yapmış, dört kez kürtaj olmuş ve beş kez doğum yapmıştı. Özel bir klinikte ilk kez kürtaj yaptırdığında doktorlar ona kürtajdan sonra bir daha bebek sahibi olamayabileceği hakkında birşeyler söylemişler ve o da bundan bir daha hamile kalamayacağı anlamını çıkarmıştı. Bundan dolayı da bir ay sonra tekrar hamile kaldığını öğrenince çok üzülmüştü. Bundan sonra hap kullanmasına rağmen iki çocuk daha doğurmuştu. Beşinci çocuğunun doğumu sırasında, doktor ona ve eşine bir doğum daha yapmasının hayatını tehlikeye atacağını ve tüpünü bağlatmasının iyi olacağını söylemişti. Bir ay sonra ameliyat için hastaneye gittiğinde başka bir doktor hala genç olduğu için ameliyat yapmak istememişti; "Kızım, sen bu yaşta utanmıyor musun? Başka yöntem kullan." Aynı yıl içerisinde Esmenur iki kez daha kürtaj olmuştu. Dördüncü kürtajdan sonra RİA taktırmış, fakat çok hasta olmuş; elleri, ayakları ve karnı şişmişti. Kontrole gittiğinde pelvik enfeksiyon geliştiği için RİA'nın alınması gerektiğini söylemişlerdi. Ancak Esmenur kabul etmemişti; "Her türlü hastalığa razıyım ama hamile kalmak istemiyorum." Sonra enfeksiyon için bir ilaç almış ve biraz iyileşmişti. Bu şekilde üç yıl boyunca dayanmış ama daha fazla devam edememişti. Sonra ise kullanmayı istememesine rağmen aylık enjeksiyonu denemişti. Esmenur, "Elbette sağlıklı olmadıklarımı biliyordum, ama mecburdum hamile kalmamak için. Kim ne derse desin yine de kullandım" dedi. Altı ay sonra Esmenur enjeksiyonu bırakmış ve kocasını prezervatif kullanması için ikna etmişti. Ancak yine de güvenemediği için tekrar hap kullanmaya başlamış ve kocası cezaevine girene kadar iki yıl boyunca kullanmıştı.

Doğum kontrol yöntemlerinin başarısız olması sıklıkla kadınların bilgisizliğine, yani yan etkileri "abartmalarına" bağlanmaktadır.<sup>23</sup> Ancak sağlıkçıların "abartma" dedikleri ağır veya düzensiz adet kanaması gibi pek çok yan etki eğitilmiş olsun veya olmasın her sıradan kadını endişelendirir. Doluca mahallesinde yaşayan kadınlar arasında, aylık adet kanamalarının kadının vücudunu temizlediği ve adet olmamasının ise vücutta kirlerin birikmesine neden olarak hastalık yapabileceği inancı kuvvetlidir. Bundan dolayı, adet kanamalarının düzensiz olması veya hiç olmaması onlar için oldukça endişe vericidir. Uzun süren adet kanamaları da abdesti bozduğu için düzenli olarak günde beş vakit namaz kılan kadınlar için oldukça önemli bir sorundur. ??? Ağır geçen adet kanamaları ise kadın pedi satın almaya gücü olmayan ve bu iş için bir bez parçası kullanan kadınlar için oldukça rahatsız edicidir. Kadının özellikle kalabalık bir ailede yaşıyorsa bu durum kadın için daha fazla bir sorun olmaktadır, çünkü kadının adet kanaması geçirdiğinin anlaşılması utanılacak birşeydir ve bunun için kadınların özellikle erkekler farketmeden kanama izlerini temizlemeleri gerekmektedir. Küçük çocukların arasında ve bitmeyen ev işlerinden dolayı biraz uzanıp dinlenme lüksleri olmadığından pek çok kadın baş ağrısı, mide ağrısı ve diğer rahatsızlıklarla başetmekte zorlanmaktadır. Sağlık personeli, üreme hakkının bir insan hakkı olduğunu algılamadıkları sürece, cinsiyet hiyerarşisi içine gömülü olan kadınların karmaşık günlük hayatlarını kolayca anlayamayabilirler.

Pek çok katılımcı doğum kontrolü hizmeti almak için sağlık ocaklarına çok sayıda engelin üstesinden gelerek gitmişlerdi. Bu halde, hemşire veya doktor onların sorunlarını yeterince dinlemediğinde veya önerilen yöntemi kullandıkları halde başarısız olduklarında hayal kırıklıkları çok fazla olmakta ve sağlık hizmetlerine ve devlete olan güvenleri sarsılmaktadır. Bir defasında Yasemin'e emzirirken de kullanılabilen doğum kontrol haplarının olduğundan bahsettiğimde bana bakarak, "Öyle şey vermezler bizim gibilere. Baya zor bizim sorunlar. Yardımcı olmuyorlar" dedi. Esra ve Ceylan doğum kontrol hapları ve araçlarının onlar için işe yaramadığını düşünüyorlardı çünkü devletin Yeşil Kart sahiplerine günü geçmiş bayat olanları verdiğine inanmaktaydılar. Bir katılımcının kızı acılı bir şekilde şöyle dedi; "Özellikle Kürtlere böyle davranıyorlar. Bazıları Türkçe bilmez. Ne dediklerini anlamaz diye."

## Sonuç

Bu makalede 2000'li yılların öncesi ve sonrasındaki aile planlama politikalarının Van'da yaşayan göçmen Kürt kadınları üzerinde olumlu ve olumsuz etkilerini göstermeye çalıştım. Doluca mahallesi kadınlarının muhtemel sağlık sorunlarından endişelenmelerine rağmen yine de aktif olarak doğum kontrol yöntemlerini kullanmak için ça-

23 Örn. P. Ay ve ark., "Do Perceived Health Risks Overweigh the Benefits of Modern Contraceptives?: A Qualitative Study in a Suburban Population in Istanbul, Turkey" The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 12. No.2 (2007).

balamaları, 1990'lı yılların sonunda yoksun kesimlere kaliteli aile planlama hizmetleri götürmeyi amaçlayan programın başlamasından sonra evlere sık sık ziyarete gelen ve içtenlikle kadınlara tavsiyelerde bulunan hemşirelerin bir eseridir. Ancak kısa süre sonra aile planlama hizmetleri halk sağlığı hizmetleri içinde daha az öncelikli duruma geldi. Öyle görünüyor ki standardize olmayan sağlık hizmetleri o zamandan beri devam etmektedir. Üreme hakkı yaklaşımının AÇSAP Eylem Planı'na entegre edilmesine rağmen, sadece kadınların üreme hakları değil, gebelik önleyiciler ve kadınların üreme sağlığı hakkındaki geniş bilgiler de kadınlarla doğrudan iletişimde olan sağlık personeline sistematik olarak aktarılamamış gibi görünüyor. Standardize olmayan hizmetler, sağlık personelinin kadınlara karşı ataerkil ideoloji ile yüklü önyargılı davranmalarına olanak sağlayabilir. Bu durum sağlık personelinin kişisel eksikliklerinden kaynaklanıyormuş gibi görülebilir. Ancak Doluca mahallesi kadınlarının anlattıkları, kadınların üreme haklarına gösterilen bu saygısız tutumların devlet adına verilen sağlık hizmetlerinde sistematik olarak ve sıklıkla gerçekleştiğini göstermektedir, çünkü ataerkillik her bireyin zihninde ve hayatında derinden yerleşmiştir. Doluca mahallesindeki çoğu kadın için kamu sağlık hizmetleri devlet ile ilk iletişim kurdukları yerdir. Kadınlar samimi olarak kendi üremelerini kontrol etmek ve sağlıklı bir üreme ve cinsel hayat yaşamayı arzu ediyorlar. Cinsiyet, etnisite ve diğer farklılıklara bakmaksızın her bir vatandaşın hakkını koruduğunu söyleyen devletin, aile içi ataerkilliğin çözemediği problemlerini anlamasını ümit ediyorlar. Son on yılda devlet kamu hizmetlerini Doğu'da oldukça genişletti. Ancak yine de öyle görünüyor ki, pek çok göçmen Kürt kadını sorunlarına devlet çatısında çare bulamadığı gibi ataerkilliğin bir başka şekliyle karşı karşıya geliyorlar.





## **MESLEKİ KİMLİK**



## TIBBIN EVRİMİNDE KADINLAR(\*)

Yrd. Doç. Dr. Hafize Öztürk Türkmen  
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD  
deonto@akdeniz.edu.tr

### Giriş:

Tanınmış tıp tarihçisi Victor Robinson'ın tıbbın başlangıcına ilişkin şu sözleri insanın tarih sahnesine çıkışıyla birlikte tedavi edicilik görevinin de başladığını dile getirmektedir ; “*tarih öncesi çağlarda ormanda yankılanan ilk ağrı çılgılığı, hekime gönderilen ilk çağrı idi*”. Gerçekten de insanların doğa olayları karşısında takındıkları tavır ve ilişkilerden bağımsız düşünülmemeyecek olan geleneksel halk hekimliği uygulamaları, insanlık tarihinin başlangıcından günümüze yaşamın içinde gelişip değişerek varlıklarını sürdürmüşlerdir. Öte yandan yine tarihsel süreç içinde tıbbın modernleşmesi ile birlikte hastalıklardan korunma, tedavi yöntemleri ve esenlendirici hizmetlerin hızla gelişerek gerek ortalama yaşam süresinin uzatılması gerekse tedavisiz sayılan pek çok hastalığın başarıyla tedavisinin sağlanması bağlamında günümüze kadar önemli başarıların elde edildiği bilinen bir gerçektir.

Hekimliğin ve tıbbın evrimine kadınlar açısından bakıldığında tedavi ediciliğin yukarıda dile getirilen iki farklı biçiminde de kadınların etkin rol aldıkları, ancak tarihsel olarak ciddi bir bedel ödedikleri gözden uzak tutulmayacak bir başka gerçekliktir. Bu çalışmada halk hekimliğinde geleneksel iyileştirici olarak kadınların tarihi, tıbbın bilimleşmesi sürecinde kadın hekimlere karşı geliştirilen tutum ile genel olarak felsefede ve bilimde kadına bakıştan söz edilmesi amaçlanmıştır.

### Tarihöncesi dönemde tıp:

Yazılı tarih öncesi ilk çağların topluluk yaşamında bilinen ilk sosyal eylemin kadınla erkek arasındaki işbölümü olduğu, acımasız doğa koşullarında ortaya çıkan bu işbölümünde *sepetin kadına, ok ve yayın erkeğe* verildiği, ancak süreç içinde bu durumun cinsler arası eşitsizliğe yol açan bir olguya dönüştüğü söylenebilir. Uygarlığın tohumlarını kadınların attığı, ilkel avların efendiliğini ise erkeklerin yaptığı avcı-toplayıcı toplumlarda bu işbölümü pek çok antropolog tarafından kabul edilmekte ve “*erkekler avlanır, kadınlar taşır*” sözleriyle dile getirilmektedir. Doğada olup bitenleri anlamaya çalışan insan düşüncesi, beklentilerini ve düşlerini de aynı sistemle biçimlendirme yolunda büyüü keşfetmiş ve sonuçta “*şaman*”ı yaratmıştır. Yakutlar ve Kırgız-Kazak baskılarında şamanların uzun saçlı olması, özel cübbelerinde kadın memesine benzer yuvarlak madeni şekillerin bulunması, cübbe yoksa kadın giysileriyle tören yapılması, Türkler ve Moğolların cenaze törenlerinde kadın şamanların önde gitmeleri gibi bilgiler, şamanlığın ilk dönemlerde kadınlara özgü bir sanat olduğu yolundaki görüşleri desteklemektedir. Bilinen dünya ile bilinmeyen arasında bir aracı olmanın yanı sıra büyüsel düşünceden dinsel düşünceye geçişte de bir aracı kurum olan şamanlığın ataerkil sistemle birlikte babadan oğula geçen bir şefliğe dönüştüğü bilinmektedir (1). Doğaüstü niteliklere sahip olduğuna inanılan şamanlar, hastalık nedenlerinin doğaüstü güçlere ve insana musallat olmuş cinlere bağlandığı büyüsel düşünce yapısı içinde aynı zamanda birer tedavi edici olarak kabul edilmekteydi.

Başka bir ayrımlaşma ise, “*otacı*” adı verilen, hastalık-sağlık süreçlerini büyüsel-dinsel yöntemler dışında yorumlayan, hastalıkların iyileştirilmesinde doğanın iyileştirici gücünden yararlanma temelinde deneme yanılmaya dayalı bitkisel tedavi yöntemlerini kullanan uzmanların ortaya çıkmasıdır. Doğu toplumlarında “*kocakarı ilaçları*” adıyla anılan ve günümüze kadar varlığını sürdüren bu uygulamalar, modern tıbbı önceleyen sürecin de başlangıcını

(\*) Bu metnin hazırlanmasında aşağıdaki makale ve sunumdan yararlanılmıştır:

1. H. Öztürk Türkmen. “Halk Hekimliğinde Kadın İyileştiriciler” Türk Tabipleri Birliği STED, 2008, 17(1); s. 8-11.
2. H. Öztürk Türkmen. “Kuram ve Uygulama Açısından Bilim ve Toplumsal Cinsiyet”. Uluslar arası Multidisipliner Kadın Kongresi (sözel bildiri), 13-16 Ekim 2009, İzmir. Kongre Özet Kitabı, s.229.

oluşturmaktadır. Otacılık geleneğinde de niceliksel olarak kadın egemenliğinin söz konusu olduğu bilinmektedir. Avcı-toplayıcı toplum geleneğinde sepeti taşıyan kadının bitkiler hakkında daha fazla bilgiye sahip olması, toprakla ilişkisi ve onunla bir tür mistik dayanışma içinde olması otacılıkta kadınların üstünlüğünü haklı çıkaracak bir öge olsa gerektir. Bitkiler ve toprağa ilişkin birikimleri nedeniyle kadınlar büyücü hekimlerden ayrı olarak tıbbın gelişimine önemli katkılarda bulunmuşlardır (2, 3).

Kadının “Büyük Hayat Verici” toprakla temas halinde olması, doğumun ve ölümün toprakla ilişkilendirilmesi, kadını toprağın bu dünyadaki temsilcisi durumuna yükseltmekte, erkeğin döllenme sürecindeki rolünün bilinmemesi bu mitolojik algıyı güçlendirmektedir. Kadının doğurgan yaratıcı gücüne ilişkin olarak Eliade şunları söylemektedir: *“Toprak Ananın gebe kalmak için bir babaya gereksinimi yoktur. Bu düşüncenin izleri Akdeniz Tanrıçalarının tanrı doğurmalarına ilişkin efsanelerde görülmektedir ve Toprak Ananın kendine yeterliliğinin ve üretkenliğinin mitolojik ifadesidir. Bu tür mitolojik kavrayışlara, kadının bitkilerin hayatı üzerinde belirleyici etkiler icra eden gizil büyüsel-dinsel güçlerine ilişkin inançlar karşılık gelmektedir. Kadının büyüsel-dinsel prestiji kozmik bir modele sahiptir: Toprak Ana.”* Badinter’e göre ise *“kadınların gücü tarih dışı bir zaman-uzamda etkili iken, erkeğin güç alanı tarihsel bir zaman-uzamda ortaya çıkmıştır. Kadının güçleri arasında yer alan ölümsüzlük, onu aşkınlık alanında önemli kılmaktadır. Kan bağlarının ve alt klanların devamlılığını sağlamaktan o sorumludur. Birçok eski dinde ortak olan Ana Tanrıça mitidir.”* (4)

Paleolitik ve neolitik çağlara ilişkin arkeolojik bulgular; doğurganlık simgelerinin yer aldığı mağara resimleri, mezar figürleri, sözü edilemeyecek kadar az sayıda erkek heykelciklerine karşın değişik taşlardan yapılmış çok sayıda kadın/ana heykelcikleri ilk çağlarda kadının saygın olduğunun göstergeleridir. Neolitik dönemin Ana Tanrıçaları ise, kadının saygınlığının olağanüstü artışıyla birlikte kadını üretimin ve bereketin sembolü haline getiren anlayışı gözler önüne sermektedir (4,3).

### **Mezopotamya’da tıp:**

Sümer-Babil kültürünün Rönesansı olarak bilinen İ.Ö. yedinci yüzyılda hüküm süren Asurbanipal’in Nippur kazılarında ortaya çıkan ünlü kütüphanesindeki eserler, Mezopotamya tıbbına ilişkin temel kaynakları oluşturmaktadır. Tabletler ve yazma eserlerden elde edilen bilgilere göre Ön Asya uygarlıklarında tıp üç ana başlıkta incelenebilir:

1. Dinin egemen olduğu toplumlarda büyüsel tedavi
2. Savaşçı toplumlarda bıçakla yapılan cerrahi tedavi
3. Tarım toplumlarında şifali bitkilerle tedavi

Mezopotamya’da tıbbın tapınak okullarında (tablet evleri) gizli bir sanat olarak öğretildiği, rahip hekimlerin bilgilerini meslek sırrı olarak sakladıkları ve hekimliğin üç rahip sınıfı tarafından yürütüldüğü bilinmektedir. Bunlardan BÂRÛlar, karaciğer falı, zeytinyağı falı gibi yöntemlerle hastalığın prognozu konusunda kehanette bulunanlar, ASÛlar bitki, maden, hayvan kaynaklı ilaçlarla hastalığı tedaviye çalışanlar, bir başka deyişle tıbbın empirik yönüyle ilgilenenler grubunda yer almaktadır. ÂSİPÛlar ise büyücülük, üfürükçülük gibi yöntemlerle hastalığı iyileştirmeye çalışanlardır. Mezopotamya tıbbında hekimbaşı, doktorlar müfettişi, şef doktor, pratisyen doktor gibi farklı konumların bulunduğu, bunlar arasında SAL A.ZU adı altında kadın hekimlerin de görev yaptığı bilinmektedir. Tarihin bilinen ilk yazılı yasaları olan Hammurabi yasaları ise Eski Babil’de, cerrahların mesleki bilgilerinin kötüye kullanılmasını önlemeye yönelik kısas mantığıyla hazırlanmış maddeler içermektedir (3).

### **Hekim Kraliçeler:**

Eski Mısır ve Mezopotamya uygarlıklarında kral ve kraliçelerin yaşamın her alanında olduğu gibi sağlık alanında da söz ve karar sahibi oldukları anlaşılmaktadır. Yöneticilik yanı sıra hekimlik yaptıklarından söz edilen Kraliçe Şubad (İÖ 3000-Ur), Mentuhetep (İÖ 2300, Hatşepsut (İÖ 1500) ve Kleopatra (İÖ 100) bu örneklerden bir kaçıdır (5).

**Hititlerde tıp:**

Hitit tıbbi konusundaki bilgiler Hattuşa (Boğazköy)'da bulunan arşiv tabletlere dayanmaktadır. Hitit toplumunda hastalık etkenlerinin başında, tanrıların ihmali ya da onlara karşı işlenmiş suçlar, bedensel ruhsal kirlilik, mağaralar ve yer çatlaklarından çıkarak insanları hasta eden kötü güçler ve karabüyü gelmektedir. Hekimler arasında usta-çırak ilişkisi olduğu; şef hekim, büyük hekim, küçük hekim, asistan hekim gibi unvanlar aldıkları, falcılık-kehanet gibi yöntemleri kullananlara AZU, ilaçla tedavi yapanlara ise A.ZU denildiği, SAL A.ZU adıyla anılan grubun ise kadın hekimleri tanımladığı anlaşılmaktadır. Hattuşa tabletlerinde Hurrili bir kadın hekim olan Azzari'nin savaş arabaları, atlar ve askerleri yağlayarak bir tür majik işleme orduyu düşman saldırılarından koruduğu dile getirilmektedir. Gebeleri izleyen, doğumlarını yaptıran ve bebeğin sağlıklı gelişimi için dua eden ebelere ise SAL Hasnupala adı verildiği bilinmektedir. Hitit doğum geleneklerini gösteren ve günümüze kadar korunmuş olan Papanikri Rituali adlı metinde Hitit kadınlarının doğum yapmak için gittikleri doğum evinde özel bir doğum sandalyesine oturtuldukları, doğum sırasında bu sandalye kırılırsa uğursuzluk saydıkları için doğum yerinin değiştirildiği anlatılmaktadır (6).

**Hint tıbbi:**

İÖ. 2300 yıllarında gelişmiş kentlere dayalı ileri bir uygarlık temelinde Hint felsefesi ve kozmolojisiyle iç içe evrimleşen Hint tıbbının, bu süreçte başlıca iki dönem geçirdiği; bunlardan ilkinin dinsel bilgilerin ağırlıklı olduğu Vedik dönem, ikincisinin ise akılcı ve sistematik bilgilerin egemenliğinde gelişen Brahmanik dönem olduğu bilinmektedir. Bitkisel ve hayvansal maddelerin kullanımına dayalı empirik tedavi yanı sıra dinsel tedavi yöntemlerinin de yer aldığı Hint tıbbında aynı zamanda halk sağlığının temellerinin de atıldığı anlaşılmaktadır. Her on köye bir hekimin görevlendirildiği, hasta ve engelliler için ilk hastanenin açıldığı, öyle ki İÖ 226'da ülke çapında onyediyen hastanenin var olduğu, kadınların doğum ve bakımı için özel kurumların oluşturulduğu elde edilen bilgiler arasındadır (3).

**Antik Yunan'da tıp:**

Batı Anadolu, Ege adaları ve Yunanistan'da İÖ yedinci-altıncı yüzyıllardan başlayarak yeni ticaret kentleriyle gelişen ve yüzyıllarca egemenliğini sürdüren Yunan uygarlığında tıbbın evrimi başlıca üç dönem olarak incelenmektedir: mitolojik dönem, filozof hekimler dönemi ve hipokratik tıp dönemi.

Kadınların bitkiler konusunda çok fazla bilgiye sahip olması ve bitkilere yükledikleri tıbbi büyüsel anlamlar *mitolojik dönemin* temel özelliklerinden biridir. Menstruasyon, gebelik ve doğum süreçlerinde kullanılan pek çok bitkinin yanı sıra tanrıların çoğunun şifa verme gücüne inanılıyordu. Örneğin Afrodit, Artemis ve Hera doğumun, Eileithyia ise ebeliğin tanrıçaları olarak kabul ediliyordu. Ancak en çok bilinen hekim tanrı, adına üçyüzden fazla tapınak kurulmuş olan (bunlardan altmışüçü hastane-tapınak özelliği taşımaktadır) ve tanrılar panteonunda ölüme mahkum edilenleri dirilttiği için Zeus'un yıldırımlarıyla öldürülen Asklepios idi. Sağlığı sembolize eden kızı Hygieia ve düş yorumcusu oğlu Telesphoros ikinci derecedeki tanrıları. Meslekte uzmanlaşma soy bağı temelinde babadan oğula ya da seçilmiş kişilere bilgi aktarımı biçimindeydi ve güçlü bir lonca örgütlenmesi söz konusuydu.

*Filozof hekimler dönemi* ise (İÖ altıncı ve beşinci yüzyıllar), sistematik düşünce ile evreni ve insanı kavrama çabasının sağlık-hastalık süreçlerine yansımaları biçiminde tanımlanabilir. Tıbbi süreçleri doğa felsefesi ile açıklayarak kuramlardan genellemeler yoluyla tıbbi bilgileri üreten filozof hekimlerin bir kısmı kuramsal çalışmaları yanı sıra deneysel çalışmalar da yapmışlardır. Bu dönemin en çok bilinen isimleri Epikharmos, Demokritos, Alkmaion, Empedokles'tir (3).

Bilimöncesi akılcı tıp dönemi olarak da bilinen *Hipokratik Dönem*, İÖ beşinci yüzyıldan başlayarak yüzyıllar boyu tıpta egemenliğini sürdüren, tıbbın dinden ve felsefeden bağımsızlaşarak laik bir nitelik kazanmasıyla karakterize edilen bir dönemdir. Hipokrat'ın felsefedeki Dört Öge Kuramına dayalı olarak fizyolojik süreçleri açıkladığı, hastalık nedenlerinin ve tedavi edici gücün doğada bulunduğunu, hekimin yaratıcılığı ve doğuştan gelen yeteneklerini kullanarak doğanın iyileştirici gücüne katkıda bulunabileceğini, klinik gözlemin ve prognozun temel önem

taşıdığını savunan Hipokratik yaklaşım, tıbbın hurafelerden arındırılmasını sağlamış, sistem kurucu felsefecilerin ve tek tanrılı dinlerin de katkısıyla bilimsel-deneysel yöntemin paradigma olarak kabul edildiği onsekizinci yüzyıla kadar hekimlik uygulamalarına yön vermiştir.

Atina yasalarına göre hekimlik mesleği kadınlara yasaktı. Bu yasağa ilk karşı gelen ve Antik Yunan'da ilk kadın hekim olarak tarihe geçen *Agnodice* (İÖ üçüncü yüzyıl), İskenderiye Okulu'nda Herophilus'un öğrencisi olarak tıp eğitimini tamamlamış ve kadın hastalıkları alanında hekimlik yapmak üzere Atina'ya gelmiştir. Mesleğini uygulayabilmek için kendisini erkek olarak tanıtmış, kısa zamanda büyük bir ün kazanmıştır. Kadın hastalar tarafından çok sevilen bu genç hekimin gerçek kimliği konusundaki dedikodular ve meslektaşları tarafından kıskançlıkla karşılanması yüksek mahkemede yargılanmasına neden olmuş, mahkemede kadın olduğunu açıklaması üzerine yasalara karşı geldiği için cezalandırılması gerektiği öne sürülmüştü. Atinalı kadınların mahkemeye gelerek hemcinslerini savunmaları, kendilerine ilgi ve şefkat gösteren *Agnodice*'in yargılanmak yerine ödüllendirilmesi gerektiğini öne sürmeleri hem onun beraatını sağlamış hem de kadınlara hekimliği yasaklayan yasaların değiştirilmesine yol açmıştır. Bu olay belki de başarıyla sonuçlanan bilinen ilk feminist eylem olarak nitelendirilmektedir (7).

### Ortaçağ ve kadının statü kaybı:

İnsanlık tarihinde üretim ilişkilerinin ve üretici güçlerin değişimiyle birlikte özel mülkiyetin ortaya çıkması ile dinin kurumsallaşarak sihirden ayrılması eşzamanlı olarak gerçekleşmiştir; zira feodalitenin kurumsallaşmış dinsel desteğe gereksinimi bulunmaktadır. Bu yeni dönem, mülk sahipliğiyle siyasi erki elinde tutan feodal beyin aynı zamanda dinsel otoriteye de sahip olması demektir. Özünde dünyevi güç-metafizik güç ayrımını içeren bu durum, mülk sahipliği ve yönetme/hükmetme gücü demek olan dünyevi gücü iyi, üstün ve kutsal olanın temsilcisi olarak tanımaktadır. Metafizik güç ise kötü, aşağı ve uğursuz olan tarafına atılmaktadır. Güç ve otoritenin sahibi olan erkek, aynı zamanda kutsala da sahip çıkmakta, inanç sisteminin tanrısı erkek olarak algılanmakta, "baba" ya da "efendi" olarak anılmaktadır. Öfke, şiddet ve gücü bünyesinde taşıyan Tanrının yeryüzündeki taklitçisi ise, egemenliğini şiddete dayalı olarak sürdüren erkek iktidardır.

Erkek iktidarın inşasını sağlayan bu süreçte doğum, yaşam ve ölümün denetleyicisi olarak metafizik bir güce sahip olan kadının konumunda da bir dönüşüm yaşanmıştır. İlk dönemlerin kutsal ve saygın olarak algılanan kadınının kutsallığı tabuya, saygınlığı ve yetenekleri ise kötü ve tehlikeli güçlere dönüşmektedir. Böylece örneğin Türklerde önceki dönemin koruyucu dişi ruhları, şifacıları "*al karısı*", baştan çıkarıcı "*sarı kızlar*", Ortaçağ Avrupa'sında ise "*cadılar*" olarak tanımlanmaya başlamıştır. René Monnier bu durumu ve sonuçlarını şöyle dile getirmektedir: "*Kadınların sihir gücüne sahip olması, daha önce dini hizmetler yapan kadının dinin dışında bırakıldığını gösteriyor. Din ve sihir ayrılıp birbirine karşıt sistemler halini aldıktan sonra, kadın sihir tarafına atılarak kötü güçlerin koruyucusu sayılmış ve kutsal şeylerden uzak tutulmuştur* (4)."

İnsanlık tarihinde Kilisenin tüm yaşam alanlarını ağır bir despotizmle belirlediği için "karanlık çağ" olarak anılan Ortaçağ'ın bilinen olumlu özelliklerinden biri üniversitelerin kurulması olsa gerektir. İtalyan dükalıklarında İS dokuzuncu yüzyılda Salerno Okulu'nun kurulmasıyla başlayan bu süreç, ardından Padua, Montpellier, Bologna, Paris gibi üniversitelerin açılmasıyla devam etmiştir. Arap, Yahudi, Rum ve Latin kökenli dört kişi tarafından kurulduğu söylenen, laik bir anlayışın egemen olduğu ve tıp eğitimine ilişkin kitapların yazıldığı *Salerno Okulu* onüçüncü yüzyıla kadar parlak dönemini sürdürmüştür. Kadın hekimlerin hocalık yaptığı bu okuldan bilinen kadın hekimler "Obstetrik Ebelik" kitabının yazarı Trotula ile birlikte Abella, Rebecca ve Constanza'dır. Tıp ve hukuk eğitiminin standardize edilmesi, hekimlik yapacak kişilere eğitim ve diploma zorunluluğu getirilmesi ilk bakışta olumlu bir gelişme gibi görünmekle birlikte, tıpta okullaşmanın kadınlar açısından sonuçları Salerno Okulu dışında hiç de beklenildiği gibi olmamıştır. Çünkü kadınların üniversiteye girme hakkı yoktur (8).

Tarihin uzun bir dönemi boyunca toplumun ebeleri, şifa vericileri ve sağaltıcıları olan bilge kadınların "*cadı*" olarak tanımlanmasında Ortaçağ Kilisesi'nin ve hastalık kavramının belirleyici etkisi olmuştur. Hastalığın Tanrı vergisi olduğunu öne süren ve denetlenmesini istemeyen kilise ile onun egemenliğinde olan hekimler, üniversiteye girme hakkı olmadığı için hekimlik diploması alamayan kadınların tıp alanından dışlanması amacıyla yaygın

bir kampanya başlatmışlardır. İlk kez 1421’de üniversitelerin başvurusuyla başlayan bu dışlama sürecinin tipik örneklerinden biri İngiltere’de çıkarılan, şifa verici kadınları hedef alan ve onları yetkisiz ilan eden 1511 tarihli Parlamento Yasası’dır. Oysa doğum, loğusalık, gebelikten korunma, kürtaj gibi kadının üreme döngüsüyle ilgili uygulamalar öteden beri kadınların denetiminde, yardımlaşma ve kuşaktan kuşağa bilgi-deneyim aktarımı biçiminde işlerliğini sürdürmüştü. Ondört-onyedinci yüzyıllar arasında üreme sağlığına ilişkin bu denetimin kadınlardan erkeklere geçtiği ve tıbbın erkek egemenliğinde bir meslek haline geldiği görülmektedir (8,9).

Batı Ortaçağ toplumunda şu üç hiyerarşi birbirine denk düşmektedir: Halk üzerinde *kilisenin*, kadın üzerinde *erkeğin* ve köylü üzerinde *toprak sahibinin egemenliği*. Kadın-ebe-sağaltıcı ise bu üç hiyerarşiye meydan okumakta, kilise dışı bir alt kültürü temsil etmekte, bir azınlık grubunun sahip olduğu potansiyel gücü simgelemekte ve bu nedenle de kurulu düzen için bir tehdit oluşturmaktaydı. Kilisenin savı, bilge kadınların (“kocakarılar”) ve “cadılar”ın hastalıkları iyileştiremeyeceği ya da hastalık tedavisinin kendi başına kötü bir şey olduğu değil, *bu kadınların başarısının Şeytanla işbirliğinin bir sonucu olduğu, çünkü Şeytanla işbirliğinin kadının doğasına içkin bir özellik olduğu* biçimindeydi. 1563’te yayımlanan *Malleus Maleficarum (Cadı Balyozu)* adlı ünlü Ortaçağ cadı avı metninde “*Katolik inancına ebelerden daha fazla zarar veren kimse yoktur, eğitim görmemiş bir kadının sağaltıcılığa kalkışırsa cadı olduğuna hükmedilir ve öldürülür*” denilmektedir. Öldürülmeliydiler, çünkü şifa dağıtan bilge kadınlar ve ebeler birer uygulamacıydı; inanç dünyasının sabır ve acı çekme öğüdü veren duaları ile kilisenin uhrevi öğretilerinden uzak duruyor, deneme-yanılmalarla yüzyıllar içinde edinilmiş empirik bilgi birikimini kullanıyor ve neden-sonuç ilişkilerine önem veriyorlardı (10,9).

Ortaçağın büyücü-cadı safsatalarına bağlı yargılananların büyük çoğunluğunun kadın olduğu, örneğin Essex’deki yargılamada 291 kişiden 268’inin, Salem yargılamasında 162 kişiden 120’sinin kadın olduğu bilinmektedir. Yargılamaların hedefindeki tipik “cadı”, sosyo-ekonomik düzeyi düşük, 41-60 yaş arası, evli ya da dul bir kadındı. Cadılıkla suçlanan erkeklerin çoğu ise, “cadı” kadınların kocaları ya da oğullarıydı. Onaltı-onyedinci yüzyıllarda Finlandiya’dan İtalya’ya, İskoçya’dan Rusya’ya kadar geniş bir coğrafyada yüzbinlerce köylü kadın korkunç cadı avının kurbanları olarak işkenceyle öldürüldüler (10,9).

### Modern kurumsal tıp:

Matbaanın ve buharlı geminin keşfi, ticaretin gelişmesi ve yeni hammadde kaynakları için denizasını toprakların sömürgeleştirilmesi, dinde reformasyon ve protestanlığın doğuşu, sermaye birikimi ve bankacılık sisteminin geliştirilmesi, meta üretimi için fabrikaların kurulması üretim ilişkilerinde ve üretici güçlerde değişime yol açmış; feodalizmin tasfiyesi ve monarşilerin yıkılmasıyla birlikte insanlık tarihinde egemen bir sistem olarak kapitalizmin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Bu dönüşüm üretim araçlarının sahibi olan burjuvazi ile emeğini satarak geçimini sağlayan proletarya sınıfının doğmasına neden olmuştur. Endüstri devrimini de içeren ve insanlık tarihinde en çok değişime yol açan onsekizinci yüzyıl, zorunlu eğitimle birlikte tıp ve hukukun birer “*profesyonel meslek*” olarak yapılandırıldığı dönemdir.

Kadınların tıp mesleği içindeki konumunun yeniden düzenlenmesine ilişkin adımlar ise ancak ondokuzuncu yüzyılda başlatılabilmektedir. Örneğin ilk diplomalı kadın hekim olan *Elizabeth Black Well* (1821-1910) New York Tıp Okulu’ndan 1849’da diploma almasına karşın 1874’e kadar çalışma izni alamamıştır. *Sophia Jex Blake* ise onun kadar şanssız değildir ve 1876’da aldığı diplomayla hekimlik yapmaya başlamıştır. Kadın öğrenci kabul eden ilk İngiliz okulu Edinburgh Üniversitesi’dir. Uzun mücadelelerin sonucunda 1870’te Londra’da kadınlar için açılan tıp okulundan mezun olan kadın hekimler erkeklerle eşit haklara sahip olamamışlar ve Kraliyet Koleji’nden çalışma izni alamamışlardır. *Elizabeth Garrett* İngiltere’de tıp eğitimi almasına karşın mezuniyet sınavlarına kabul edilmediğinden eczacılık lisansı ile tıbbi pratik yapabilmektedir. Kanımca ilginç bir başka örnek, savaşta gönüllü hemşirelik yapan ve savaş tutuklusu olan *Mary Edwards Walker*’ın (1832-1919) erkek kıyafetleriyle mesleğini icra edebilmiş olmasıdır. Görüldüğü gibi kadınların tıp eğitimi alabilmeleri, karşılıklarına çıkartılan yasal engelleri aşabilmeleri ve hekimlik yapabilmeleri yirminci yüzyıl başlarına kadar sürmüştür. 1970’lere kadar tıp fakültelerinde kadınlar için %10-20 gibi sınırlayıcı kotaların uygulanmış olması bile cinsiyetçi yaklaşımın göstergesi olsa gerektir (5,8).



Osmanlı İmparatorluğunun son dönemi ve Cumhuriyet Türkiye'sinde kadın hekimlerin konumuna bakıldığında Batı dünyasıyla benzer bir süreci izlediği görülmektedir. 1890'da "Tabibeler" başlıklı makaleyle başlayan tartışma 1898'de Şura-ı Devlet'in kadınların hekimlik yapamayacağı kararıyla sürmüştür, İkinci Meşrutiyet'in ilanıyla kadın hakları savaşımının güçlenmesi sonrasında 1915'te kadınların yüksek öğrenim yapmalarına izin verilmiş, 1917'de de Sıhhiye Meclis-i Umumisi kadınların hekimlik yapmalarında sakınca olmadığı kararını almıştır (5). Almanya'da tıp eğitimini 1921'de tamamlayan ve İstanbul'da hekimlik yapmaya başlayan Dr. Safiye Ali ilk kadın hekimimizdir. İlk kez 1922 yılında Darülfünun Tıp Mektebine kız öğrencilerin alınmasına izin verilmiş ve eğitime başlayan on genç kadın 1928'de mezun olmuşlardır. Bunlar arasında Dr. Kamile Şevki, Dr. Müfide Kazım, Dr. Suat Rasim, Dr. Fitnat Celal, Dr. İffet Naim ve Dr. Hamdiye Abdürrahim ilk akla gelen isimlerdir.

### Felsefe ve bilimde kadına bakış:

Fizik eğitimi alan ve matematiksel biyoloji çalışmaları yürüten Evelyn Fox Keller'in 1985'te yayımlanan "Reflections on Gender and Science" ("*Toplumsal Cinsiyet ve Bilim Üzerine Düşünceler*") adıyla Türkçeye çevrilmiştir) adlı eserini, bilimde toplumsal cinsiyet iklimi konusunda derinlemesine çözümlenmeler içeren bir yapıt olarak değerlendirmek olanaklıdır. Toplumsal cinsiyet ve bilim araştırmalarının akademik alanda düşünsel bir saygı kazanmasını sağlayan bu başarılı çalışma bu nitelikleriyle haklı bir tartışmaya konu olmuştur. "*Bilimin eril bir proje olmaktan çıkartılıp insani bir proje olarak yine bilimin içinden kişilerce düzeltilmesi, bilimin erkeklere tahsis edilmiş bir alan olarak kalmasını sağlayan duygusal emekle düşünsel emek arasındaki işbölümünün reddedilmesi*" çağrısıyla Keller, toplumsal cinsiyetten azade bir bilimin haksız toplumsal cinsiyet ayrımlarıyla yüklü bir bilime göre çok daha insani olacağını öne sürmektedir. Bu söylemiyle Keller, hem "dişi bilim" kavramının yanlışlığına dikkat çekmekte ve bilimin islah olmaz derecede eril bir çaba olarak karalanmasına karşı çıkmakta hem de bilimin işleyiş mekanizmalarını eleştirel olarak incelemenin feminizmle ilgisiz bir şey olarak görülmesini eleştirmektedir. Yazımızın bu son bölümünde Keller'in felsefe ve bilimin cinsiyetçi yapısı üzerine yukarıdaki eserinde yer alan analizleri, herhangi bir değerlendirme yapılmaksızın kısaca gözden geçirilecektir.

Bilim kuramsal ve uygulamadaki sonuçları açısından cinsiyetçi bir yapıya sahiptir. Bilim etkinliğinin buluş, doğrulama ve uygulama bağlamına ilişkin temel belirleyici olan nesnellik, sorgulama yeteneği, tutarlılık gibi nitelikleri eril niteliklerle özdeşleştirilmiştir. Bu özdeşleşme bilim ortamı ve toplumun öteki kesimlerince paylaşılmaktadır. O zaman şu sorunun yanıtlanması gerekmektedir: *Özdeşleşme nasıl sağlanmıştır ve hangi dinamiklerden beslenmektedir?* Genel olarak kabul edilenin aksine erillik ve dişilik biyolojik zorunluluklar değil, toplumsal kategorilerdir. Benzer biçimde genel kabulün aksine bilim, mantıksal kanıtlar ve deneysel doğrulamaların basit bir toplamı değil, iç içe geçmiş bilişsel, duygusal, toplumsal güçler dinamiğinden oluşur. Bu durumda toplumsal cinsiyet ve bilimin toplumsal olarak "inşa edilmiş" kategoriler olduğu söylenebilir (11).

Söz konusu inşa sürecinin felsefi tarihsel bağlamı incelendiğinde görülecektir ki, Platon'dan günümüze düşünce dünyasında geçerli olan yaklaşım iki temel bölünmeyi esas almaktadır: *mantıksal doğa ve fiziksel doğa*. Bu temel bölünmenin yansımaları ise bilen insan-bilinen gerçek, akıl-doğa, özne-nesne, erkek-dişi ayrımlarında kendini göstermektedir. Platon "*fani bir bedene hapsolmuş akıl, hakikate nasıl ulaşır ?*" sorusuna "*akıl bilgiye Eros'un rehberliğinde ulaşır*" biçiminde yanıt vermekte; "*filozofu yola çıkaran itkinin ya da varlık dünyasına giden yolda önemli bir adım olan bu Eros'un homoseksüel olduğunu*" dile getirmektedir. Bilgiye ulaşmada cinsellik dilinin açıkça yer aldığı bu söylemde heteroseksüel arzunun fiziksel üremeyle ilişkili olduğu için aşkınlığa katkıda bulunmayacağı, homoseksüel arzunun ise bilgelik ve erdemi doğuracağı kabul edilmektedir (11).

Platon'un idealar dünyasında "*sevginin nesnesi sevilen değil, ondaki ideadır*" yaklaşımı ise, maddenin epistemolojiden ayrılması olarak yorumlanmaktadır. Aynı zamanda düşünsel ve duygusal alanlar arası ayrıma karşılık gelen bu bakış açısı modern bilim anlayışında da sürdürülmüştür. Modern bilimcinin araştırma nesnesi formlar değil, aynı zamanda kadın cinselliğinin cisimsel çerçevesini de oluşturan maddi doğadır. Bilimin amacı da doğaya ilişkin bilgi aracılığıyla doğanın denetim ve tahakküm altına alınmasıdır. "*Bilgi güçtür*" cümlesinde özetlenen bakış açısı ile tanınan ve modern bilimin öncüsü olarak kabul edilen Francis Bacon, Platon'a benzer şekilde bilim ve cinsellik arasında bir analogi kurmakta; bilimi "*akıl ile doğa arasında iffetli ve yasal bir evlilik*" olarak tanımlamaktadır. Belirli bir toplumsal – siyasal bağlam içinde evrilen ve bu bağlamın şekillenmesine katkıda bulunan bir süreç olarak modern bilim, her aşamasında belirli bir toplumsal cinsiyet ideolojisiyle kol kola yürümüştür. Bilim-

sel çalışmalara ilişkin belirli değerler, amaçlar ve hedeflerin oluşumunda toplumsal cinsiyet metaforları önemli bir rol oynamıştır. Örneğin Bacon'ın felsefesinde yer alan “doğa üzerinde denetim ve baskı kurma” amacı ile “erkek üst insan metaforu” çakışmaktadır. Akıl ve maddenin, eril ve dişinin kaynaşmasını, işbirliğini savunan Rönesans simyacıları ile Hermetik geleneğin temsilcileri yukarıda tanımlanan bilim çerçevesine uymadıkları için eril bilim paradigmasının dışında bırakılmışlardır. 1662’de Royal Society’nin kurulması modern bilimin gelişimi ve kurumsallaşması açısından önemli dönüm noktalarından birisidir. Kurumun sekreteri H. Oldenburg’un şu sözleri bilimin eril yönelimine ilişkin açık bir itiraf niteliğindedir: “*Kurumun amacı eril bir felsefe oluşturmak ve insan aklını doğruların bilgisiyle yüceltmektir*”. Benzer şekilde kurcu üyelerden J. Glanvill’in “*duygular denetimi ele geçirdiğinde ve kadınların borusu ötmeye başladığında hakikatin hiçbir şansı yoktur*” sözleri cadılık psikozu, cinsellik ve yeni bilim arasındaki bağlantıyı gözler önüne sermektedir (11).

Bilimin temel niteliklerinden biri olan ve bilimin, gerek bilim topluluğunun üyeleri gerekse bilim dışı kitlelerin gözünde saygınlık kazanmasına katkıda bulunan “nesnellik” ile tahakküm arasındaki ilişkinin açıklanması, bu niteliğin gerçekte erkek tahakkümünü dile getiren bir şifre sözcük olup olmadığı sorusuna yanıt vermemizi de kolaylaştırabilecektir. Bu çözümlemede “özerklik”, “yeterlik” ve “denetim” temel kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocuğun benlik, toplumsal cinsiyet ve gerçeklik bilincinin gelişimi ile özerklik-erillik-nesnellik arasındaki bağlantıların kurulması çözümlememizi ilerletebileceğimiz bir rota olabilir (11).

Yapılan çalışmalar, insan olarak en erken deneyimlerimizin duygusal ve bilişsel nesneleştirme anlayışını eril olanla özdeşleştirmeye yönelik olduğunu göstermektedir. Örneğin bireyleşme, farklılaşma ve nesnel gerçekliğin simgesi olan baba, gerçek dünyanın içindedir ve onun temsilcisidir. Buna karşılık özne ile nesne arasındaki sınırların bulanıklaşmasını anlatan süreçler dışı olanla özdeşleştirilme eğilimindedir (11).

Geleneksel psikanalitik kurama göre kız ve erkek çocuklarda özerklik gelişimi farklı yollar izlemekte; erkek çocukta özkimlik gelişimi ve eril toplumsal kimlik gelişiminin sağlanmasını aşamaları anneye özdeşliğin babaya kaydırılması yoluyla sağlanmaktadır. Annelik otoritesinin meşruiyetini yitirmesine yol açan babayla özdeşleşme sürecinin erkek çocuğa yeni bir erk alanı yarattığı, bu nedenle de erkek çocuklarda toplumsal cinsiyet kimliği hissini kırılan olduğu öne sürülmektedir. Kız çocuklarda ise anneye özdeşlik, itaate dayalı bir cinsel kimlik/dişilik rolünün özümsemesine yol açmakta, bu benimsenmiş rol toplumsal kültürel yapının da katkısıyla sürdürülmekte ve özkimlik gelişimi bu nedenle zayıf ve kırılan kalmaya mahkum olmaktadır. “Özerklik” kavramını başkalarından bağımsızlık anlamında kabul edersek, öznenin nesneden indirgeyici biçimde koparılmasını ifade eden ve her tür dişilik/bulanıklık görünümünü reddeden “nesnellik” kavramıyla örtüştüğünü söylemek yanlış olmayacaktır. Aynı “özerklik” yorumu, erki başkaları üzerinde denetim yani tahakküm olarak algılayan anlayışla da örtüşmektedir ve bu ilinti nesnellikle tahakküm arasındaki bağlantıyı açığa çıkarmaktadır. Çocuğun gelişen fallik bilincine karşılık gelen “erk” kavramı, nesnellik ve baskı arasındaki bu ilişkide kilit kavram olarak önemli yer tutmaktadır (11).

Sonuç olarak, nesnelliği erillikle eşitleyen ve yücelten erkek egemen kültürel/siyasal değerler sistemi, bağımlılık ve öznelliğin de dişil nitelikler olduğu anlayışını yaygın kabul haline getirmektedir. Erkek çocuklar öznenin radikal kopuş (anneden ayrılma) deneyimlerinin ve cazip eril iktidar seçeneklerinin önlerine serilmiş olmasının katkısıyla bilimsel çalışmalara daha eğilimli olmalarına karşın sevmekte zorlanan erkeklere dönüşmektedirler. Kız çocukta ise özerklik gelişimini sınırlayan bu durum, onları kendisiyle eylemi arasında keskin sınırlar çizme dolayısıyla nesnellik iddiası taşıyan bilimden uzak tutmaktadır. Ataerkilliğin ve cinsiyetçiliğin önyargılarıyla çarpıtılmış bilim tanımı ve bu çerçevede oluşturulan bilimsel model, kadınları dışlayan bir mekanizmaya yol açmaktadır (11).

## Sonuç:

Temel paradigması bilimsel-deneysel yöntem olan tıp alanı da, öteki pek çok bilim dalı gibi toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılığın öteden beri sürdürülegeldiği bir uygulamalı alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalığı iyileştirmeye ve insan acısını azaltmaya yönelik büyüsel pratiklerden geleneksel halk hekimliği uygulamalarına, tapınak tıbbından bilimsel yöntemin eksen alındığı kanıta dayalı tıp uygulamalarına kadar geniş bir yelpazede ve tarihsel süreç içinde genel olarak tıbbın erkek egemen bir bakış açısına, işleyiş yapısına ve dile sahip olduğu görülmektedir. Sağlık alanında otacı, ebe, hekim vb farklı kimliklerle kadın sayısının fazla olması bu eril yapıyı ve görünümü ortadan kaldırmamaktadır.

**Kaynaklar:**

1. Tolga Ersoy, *Tıp-Tarih-Metafor* (Ankara, Öteki Yayınevi, 1996, s. 38-44).
2. Cemal Şener, *Şamanizm* (İstanbul, BDS Yayınları, 1996, s. 11-14, 22-26).
3. Ali Haydar Bayat, *Tıp Tarihi* (İzmir, Sade Matbaa, 1. Baskı, 2003, s. 25,37,42,77,83-90).
4. Mümtazer Türköne, *Eski Türk Toplumunun Cinsiyet Kültürü* (Ankara, Ark Yayınevi, 1. Baskı, 1995, s. 26-33, 86).
5. Gülsüm Önal. Tıp Tarihinde Kadın Hekimler. <http://www.ttb.org.tr/kadinhekim/filegulsumonal.ppt> erişim tarihi: 22.04.2010.
6. Gaye Şahinbaş Erginöz, *Hititlerde Anatomi ve Tıp* ( İstanbul, İstanbul Üniv. Edebiyat Fakültesi Yayını, 1999)
7. Emine Atabek, Şefik Görkey, *Başlangıcından Rönesansa Kadar Tıp Tarihi* ( İstanbul, İstanbul Üniv. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayını, 1998, s. 134-135).
8. Feridun Nafiz Uzluk, *Genel Tıp Tarihi* (Ankara, Ankara Üniv. Tıp Fakültesi Yayını, 1958,s. 83-85, 311-312)
9. B. Ehrenreich, D. English *Cadılar, Büyücüler ve Hemşireler* (Çev. E. Uğur, İstanbul, Kavram Yayınları, 1. Baskı, 1992, s. 15, 24-28)
10. Fatmağül Berktaş, “Kadınlann Tarihinden Tüylcr Ürpertici Bir Yaprak”, *Cadılar, Büyücüler ve Hemşireler* (Ed. B. Ehrenreich, D. English, Çev. E. Uğur, İstanbul, Kavram Yayınları, 1. Baskı, 1992, s. 73-78).
11. Evelyn Fox Keller, *Toplumsal Cinsiyet ve Bilim Üzerine Düşünceler* (Çev. F.B.Aydar, İstanbul, Metis Yayınları, 1. Basım, 2007).

## Kadın Hekimler Açısından Mesleki Kimliğin Anlamları

Gökçe Bayarakçeken Tüzel  
Sosyolog

### Giriş

Bu metinde hekimliği ve kadın hekimlerin mesleki ve yaşamsal pratiklerini anlamak için önemli gördüğüm birkaç temel kavram ve kavramsal ilişki üzerinde durmak istiyorum. Bu amaçla söze önce feminist eleştirinin anahtar kavramlarından biri olan ataerkillik kavramı ile başladım. Ataerkillik kadın hekimlerin meslek alanındaki varlığını belirleyen temel bir yapılaşmadır. Profesyonel kadınların yaşam alanını çevreleyen bu yapılaşma meslek ideolojisinin pratikleri içinde kendisini kurgular. Bu nedenle ikinci aşamada profesyonelizmden yani meslek ideolojisinden ve ataerkilliğin bu ideoloji içindeki tezahürlerinden söz ettim. Son olarak da Türkiye örneğinin özgün nitelikleri içinde ataerkillik ve profesyonelizmin nasıl biçimlendiğini tartıştım. Bu kavramsal yapının kadınların dünyasında nasıl karşılık bulduğunu kadın hekimlerin yaşam anlatılarından alıntılarla örneklere çalıştım.

### Ataerkillik

21. yüzyıl dünyası, nüfusun yarısının diğer yarısı üzerine uyguladığı tahakkümün toplumun temel niteliği haline geldiği, iki cinsiyetli ve bu iki cinsiyetin hiyerarşik ilişkileri ile örgütlenen bir dünyadır. Toplam işgücünün üçte ikisini oluşturan ancak dünya gelirinden onda bir oranında pay alan; tüm besin maddelerini üretirken dünyadaki mal varlığının sadece yüzde birine sahip olan kadın, (N. Arat, 1998; 21) erkek egemen sistem tarafından bir anlamda köleleştirilmiştir. Erkek egemenliğinin tarihin hangi evresinde ve ne şekilde ortaya çıktığına ilişkin araştırmaları ve tartışmaları bir kenara bırakacak olursak, güncel pratiğin bize gösterdiği kadının baskı altına alınmasının türlü biçimleridir.

Ataerkillik, Bradley'nin (1989) de belirttiği gibi feminist eleştirinin anahtar kavramlarından biridir. Ataerkillik konusundaki teorik yaklaşımlar “neden meşrulaştırılmamış bir geribıraktırma ortaya çıkıyor, nasıl sürdürülüyor ve onsuz yaşam nasıl olurdu” sorularını sorar (Connell, 1983: 51).

Ancak ataerkilliğin tanımlanması sadece önemli değil aynı zamanda problematiktir de. Baskı deneyiminin çeşitliliği ve yaygınlığı ataerkilliğin temellerine ve işleyişine yönelik pek çok farklı kavramsal yaklaşım doğmasına yol açar. Buna karşılık paylaşılan baskı deneyiminin kendisine işaret edebilecek bir tek ataerkillik kavramına gerek duyulur. Fakat, Ehrenlinch'in söylediği gibi, ataerkilliğin çeşitliliğine ve yaygınlığına bağlı olarak ortaya çıkan varyasyonlarını ayırtılabilecek bir ataerkillik tanımı yapmak oldukça güç (Ehrenlinch, 1981: 117). Sözü edilen, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin ve ataerkilliğin farklı görünümünü temellendiren dönem, sınıf, etnik köken, ırk, farklı kültürel pratikler, işbölümü, üretim ilişkileri ve benzeri pek çok toplumsal etkeni dikkate alan bir kavramsal yapılaşmadır. Bu niyet Connell (1983) ve Walby (1992) gibi teorisyenleri, ataerkilliği farklı toplumsal ilişkiler içinde çok biçimli, bağlantılı bir anlayış içinde kavramaya yöneltmiştir.

Bu kavramsal çabaların ışığında ben, biyolojik olarak erkek ve dişi olan kadın ve erkeğin birer toplumsal cinsiyet kategorisi olarak mevcut seks/toplumsal cinsiyet sistemi içinde toplumsal olarak üretildiklerini, içinde bulunduğumuz bu sistemin ise ataerkilliği olduğunu düşünüyorum. Kadının bir toplumsal cinsiyet kategorisi olarak erkek olmayan ve erkeğe atfedilen niteliklerden yoksun olarak tanımlanmasını sağlayan iki cinsiyetli gerçekliğin irrasyonelliği günümüz toplumlarında cinsiyete dayalı hiyerarşilerin kurulmasına yol açacak maddi görünümünün bir bir yok olması ve yerini ideolojik kurgulara bırakmasından kaynaklanır.

Bu irrasyonel kurguyu, Connell'in tanımladığı gibi “biyolojik farklılıkları içine alan, kullanan ve dönüştüren bir toplumsal dinamik” olarak anlamak mümkün. Bu anlamda ataerkillik biyolojik farklılıkların toplumsal, kültürel, ekonomik ve politik baskı kaynaklarına dönüştüğü bir soyutlama olarak tanımlanabilir.

Ataerkilliğin maddi niteliği ise, ilişki içinde olduğu maddi yapıya dayanır. Kültürel, politik, ideolojik ve ekonomik yapılarla etkileşim içinde ve bu etkileşimin kurulduğu ilişkinin uyum ya da çatışma gibi farklı biçimlerine bağlı olarak farklı biçimlerde tezahür eder. Bu toplumsal yapıların, kurumların ve ilişki biçimlerinin tümüne “pratik” kavramı altında toplayacak olursak, ataerkilliğin maddi niteliğinin daha çok pratik içinde ortaya çıktığını söylemek mümkün. Biz ataerkilliğin farklı pratikler içindeki farklı tezahürlerini deneyimleriz.

## Profesyonellik

Genelde uzman meslekler alanında, özelde ise hekimlik alanında ataerkilliğin çeşitli tezahürleri ile karşılaşmaktayız. Bu tekil tezahürler ve bu tezahürlerin etkileri ile mücadele biçimlerini ele almadan önce ataerkilliğin uzman meslekler pratiğinin tarihsel ve ideolojik kurgusu içinde nasıl bir yer edindiği ve ne biçimlerde tezahür ettiği sorusunu sormamız gerektiğine inanıyorum.

Bu sorunun yanıtlarını ararken öncelikle çalışma yaşamında ataerkilliğin ne şekilde tezahür ettiğini anlamaya çalışan teorik yaklaşımlardan yararlanıp yararlanamayacağımızı gözden geçirebiliriz.

Feminist teoride kadının emek kullanımı daha çok marksist ve sosyalist feminist yaklaşımlar içinde değerlendirilmiş, bu yaklaşımlar kadının emek kullanımını çevreleyen yapılar ve bu yapıların birbirleriyle ilişkilenebilecek biçimlerine dikkati çekmektedirler. Kadının çalışma yaşamında karşı karşıya kaldığı baskı, daha çok sınıf ve kapitalist üretim ilişkileri çerçevesinde ele alınmıştır.

Toplumsal iktidara uzak olan kadının cinsiyete dayalı işbölümünün hiyerarşik yapılanışı tarafından dayatılan görevleri üstlenerek, kapitalist sistemin hizmetine tüm direnme mekanizmaları kırılmış olarak sunulduğu konusunda hemfikirlerdir. Buna göre, kadının emek pazarındaki dezavantajlı konumu ataerkillik ile kapitalizmin eklemlediği bir sistem içinde belirlenir. Bu yaklaşımlar içindeki varyasyonlar ise bu iki sömürü düzeninin biraradalığını yani ataerkillik ile kapitalizmin eklemleme stratejilerini formüle etmedeki farklılıklardan doğmaktadır. Ancak bu yaklaşımlar genellikle kadının emek kullanımının kapitalizm ve ataerkilliğin birlikteliği tarafından biçimlendiği ve belirlendiği alanlarla ilgilenmiş ve çalışma yaşamında kadını sadece ücretli emekçi kategorisinde ele alarak sınıf analizi ile ataerkil analizin bütünleştiği modellerle sınırlı kalmışlardır. Dolayısı ile çalışma yaşamında karşılaştığı eşitsizliklerin analiz edildiği aktör, ataerkillik tarafından iktidardan uzak tutulmuş, kendi emeği üzerindeki kontrolünü kaybetmiş, kapitalist sistem için kırılğan ve kolay sömürülür hale getirilmiş kadındır.

Bu yaklaşımlardan yola çıkarak profesyonel mesleklerin kadınlar için eşitlikçi bir alan olduğunu düşünmek mümkün. Çünkü, profesyonel mesleklerdeki kadınlar; yüksek öğrenim görmüş, az bulunur vasıflara ve zor elde edilir becerilere sahip, beşeri sermayeleri yüksek, mesleki hiyerarşinin en üst basamaklarında yer alan ve yüksek ücretlerle ödüllendirilen, kamusal alanda saygın bir yeri olan ev içinde ise kendilerine yüklenen sorumlulukları yerine getirecek emek gücünü satın alabilecek maddi güce sahip ve bu sayede mesleki çalışmayı ikinci yük olarak pratik etmeyen kadınlardır. Yani doğrudan kapitalist sömürü ilişkilerine tabi olmayan bir çalışma biçimi olan profesyonellik alanında yer alırlar.

Kadının profesyonel alanlardaki katılımının özgün biçimi, öncelikle profesyonel çalışmanın kendisine özgü niteliklerinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle profesyonel çalışmanın anlamı, diğer çalışma biçimlerinden farklılaşmasına neden olan ayırt edici özellikleri, toplumsal bütün içindeki konumları, toplumla girdikleri dinamik ilişkinin nitelikleri üzerine kısaca değinmek gerektiğini düşünüyorum.

Kavramsal açıdan profesyonellik çağdaş, kentsel, endüstriyel toplumlarda başat bir çalışma alanı olarak görülmekte, gelecek ekonomilerin profesyonellerce belirleneceği vurgulanmaktadır (Taylor 1968; Slocum, 1967). Profesyonellik 1960'lı yıllarda ayırt edici özelliklerine vurgu yapılarak ele alınmıştır. Buna göre profesyonellik temelde miktarı ve zorluk derecesi bakımından herkes tarafından kolayca ulaşılabilmeyen (Greenwood 1966; Freidson, 1970), somut problemlere uygulanabilir, profesyonellerce üretilen, değiştirilen, tartışılan ve kullanılan, toplumun problemleri çözeceğine inandığı (Goode, 1969: 275-278; Gross, 1958), uzun yıllar süren ve bir belgeleme istemi tarafından belgelenen akademik formal eğitim yolu ile kazanılabilmeyen (Turner and Hodge, 1970; Greenwood, 1966; Taylor, 1968; Carr-Saunders 1966; Volmer & Mills, 1966) teorik bilgiye dayanır.

Profesyoneller iş, bilgi, beceri ve pratiklerin tanımlanması ve denetlenmesi konusunda tek söz sahibidirler (Turner & Hodge, 1970, Freidson 1970; Burrage & Tronstendal, 1988). Toplum, profesyonellerin meslekleri üzerindeki tekeli onaylamakta (Gross, 1958). Kendi kendisini kontrol eden bir tekeli yapı (Taylor 1968) içinde, toplumun onayından destek alarak özerk bir örgütlenme biçimini alır (Goode, 1969). Profesyonelliğin özerk örgütlenmesi; meslek odaları, dernekler ve birlikler aracılığıyla kendileri hakkındaki yasal düzenlemelerin belirlenmesi ve mesleki uygulamanın meslek sahipleri tarafından denetlenmesini sağlayan altyapıyı oluşturur. Üyelik can alıcı önem taşır ve pek çok durumda mesleği icra etmenin ön koşulu olarak görülür (Carr-Saunders, 1966). Profesyonelliğin yapısını belirleyen tüm bu özelliklerin, mesleki kimlikleri, dili, jargonu, kalıp davranışları, yaşam biçimlerini tanımlayan bir kültürel örüntü haline geldiğini söylemek mümkün (Greenwood, 1966).

**Profesyonizm:**

O halde toplumsal sistem içinde profesyonelerin ayrıcalıklı konumlarından söz etmek mümkün<sup>1</sup>. Weber'in toplumsal tabakalaşma yaklaşımı içinde<sup>2</sup> profesyoneller, içirme ve dışlama stratejileri ile ayrıcalıklı konumlarını korumaya yönelik bir "statü grubu"<sup>3</sup> ve hatta bir "toplumsal kapanma sistemi" olarak görülebilir. Profesyoneller açısından "toplumsal kapanma", bir mesleğin ve onun örgütlenme biçimlerinin (meslek birliği gibi) mesleki bilgi, eğitim ve kredilendirme sistemlerine ve iş piyasasına ulaşılmasını denetlediği ve kapatmaya niyetlendiği bir sistemdir (Evetts, 2002)

Bütün bu açıklamalar ışığında diyebiliriz ki profesyonellik sadece mesleki uzmanlık becerileri olarak anlaşılacak kadar karmaşık bir yapıya sahiptir. Toplumun onayını alarak, kendi kendisini yöneten ve denetleyen, kendi değerler sistemini geliştiren ve koruyan bir yapı olarak profesyonellik, varlığını ve toplumdaki ayrıcalıklı konumunun korunması ve geliştirilmesi idealine yönelmiş olan ideolojik yapı olarak karşımıza çıkar. Profesyonellik, basitçe bir mesleğin uzmanlaşması olarak değil, uzmanlaşmanın ve beraberinde gelen ayrıcalıklı konumun sağlanmasına yönelmiş bir ideolojidir. Collins mesleğin kazandığı kurumsal ve yasal otoritenin yanında profesyonelleri bir kapanma sistemi yapan şeyin kendi kendilerini tanımlama ve kendilerine duydukları saygı olduğunu belirtir. Bu mesleki idealizm, sistemi kuran temel motivasyon kaynağıdır. Collins'in de belirttiği gibi profesyoneller mesleklerini ideolojik bir örtü ile sarmalamışlardır. Dünyevi bir kazancın dışında özgeci bir adanmışlık, ahlaki, ruhani, estetik bir teslimiyet gerektirir (Collins, 1988: 35-36). Bu biçimiyle profesyoneller, toplumdaki yapısal eşitsizliklerin sürdürülmesinde rol oynar ve "toplumsal faydaya adanmış meslek" ideali de bir mit olarak kalır. Profesyonizm ideolojisi mesleğin hegemonyasını kuran ve meşrulaştıran zemini hazırlayan ve profesyonellerin vazgeçilmezliğine ve biricikliğine olan inancın gerçeklik olarak algılanmasını sağlayan bir dinamiktir. Johnson'a göre (1972) profesyonellik mesleğin uzmanlaşmasından çok, mesleği kontrol altında tutmanın aracıdır. 3 tip kontrol biçimi vardır: ihtiyaçların ve eylemlerin profesyoneller tarafından tanımlandığı meslek-içi kontrol, kapitalistler ya da yatırımcılardan oluşan müşteri grubunun talepleri ile tanımlandığı patronaj, devletin ya da yatırımcının müdahalesiyle tanımlandığı arabuluculuk. Larson'a göre ise profesyonellik mesleğin pazar gücü elde etmesine yönelik, mesleki üretim biçiminin, profesyonellik ideolojisine dönüştüğü bir projedir. Illich(1994), Zola(1994) ve McKnight'in(1994) açıklamaları profesyonellik ideolojisini daha yakın planda ele alan mikro bir perspektif geliştirir ve özünde ihtiyaçların belirlenmesi ve karşılanması süreçleri ile ilgilenir ve profesyonellere duyulan ihtiyacın profesyonellerin kendileri tarafından yaratıldığı savı üzerinde durur.

**Uzman meslekler alanında kadınlar:**

Böyle bir yapı içinde kadının var oluş biçimleri hakkında neler söylenebilir? Profesyonel çalışma alanına kadınların katılımı ile ilgili analizler göstermektedir ki kadınlar profesyonel alanlarda çeşitli baskılara maruz kalırlar. Parkin'in (1996) "geçiş bileti" ("ticket to ride") diye adlandırdığı uzmanlık, kadınların profesyonel alanlardaki eşit katılımını gerektirmez ya da mümkün kılmaz. Çünkü kadınların bu alana katılımı maddi koşullarla, diplomalarla ya da eğitimle değil ideolojik temsillerle tanımlanmaktadır. Kadının uzman mesleklere katılımı, profesyonizm ve onunla eklenerek tezahür eden bir ataerkillik tarafından belirlenmektedir.

1 Profesyonellerin oluşturduğu sosyal bütünlüğün toplum içindeki yerini tanımlamak için ise teoride sınıf analizi ve toplumsal kapanma sistemi kavramlarına başvurulmaktadır. Profesyoneller, orta sınıf olarak kavramsallaştırılsa da proleterleşerek işçi sınıfına dahil olacak bir toplumsal tabaka olarak değil, mülk avantajları olmadığı halde sahip oldukları uzmanlık nedeniyle toplum içinde ayrıcalıklı bir konuma sahip ve bu ayrıcalıklı konumu korumak için mevcut üretim ilişkilerinin korunmasından yana olan, böylelikle de sınıfsal çıkarlarının ege-men sınıf çıkarları ile örtüşen bir konumdadır (Bottomore, 1992: 45-47; Mills, 1964; Savage et. all. 1995: 17-18).

2 Weber modern toplumlarda hakim faktör olan mülk temelinde gerçekleşen sınıfsal durumun analizi yerine, beceri gibi başka faktörlerin de mülksüzler arasında sınıf farklılıkları yaratabileceğini iddia eder (Edgell, 1998: 35).

3 Collins'e göre profesyoneller ortak çıkarları çerçevesinde örgütlenen bir sınıf olarak, ortak bir kimlik, idealler bütünü, kültürel bilinç ve yaşam standardı geliştirdiklerinde piyasa ilişkilerinin soğuk maddi görüntüsünün ötesine geçerek statü grubu oluştururlar (Collins, 1988: 24).

Kadının uzman mesleklerde yer almasının alışılmadık hatta aykırı ve uygunsuz bir durum olarak görüldüğü literatürde yer alan öncelikli konulardandır (Epstein, 1970: 152). Bu konuda Fahriye (1922, jinekoloji) hanımın anlatısı dikkate değer: “Ankara’da (Tıp Fakültesi’ndeki) ilk mezunlarız. Bizim balomuz olacak, mezuniyet balosu. Elinden çok güzel dikiş gelir (kardeşimin), bana kırmızı alev gibi bir tuvalet dikti. Bütün buralar sim işlemeli falan, giyindik. Yine kuzenim Necmi ile beraber gittik. Dans açılacak, eğlence başlayacak falan. Çocuklar dediler ki var mı içinizde.... İstanbul’dan mezun olanlar da geldi, kızlar da geldi yalnız bizim sınıf değil. Şükrü Saraçoğlu başbakan da biz ilk mezunlarız diye baloya geldi. Dediler Saraçoğlu’nu dansa kaldırıp dansı açtırabilen kimse var mı, ben açtırırım’ dedim. Kalktım gittim önüne, ‘sayın başbakanım’ dedim ‘bu baloyu beraber açabilir miyiz?’. ‘A! Tabi’ dedi. Beraber biz onunla şöyle bir döndük dans ettik, ondan sonra herkes yerine dağıldı. Ondan sonra hediyeler çekildi, şu oldu bu oldu falan, derken bana enjektör takımları çıktı. Saraçoğlu, ‘Yahu’ demiş, ‘bu tıp talebesine çıkmalıydı bu enjektörler, yani doktor olacak birine çıkmalı, kim bu hanım’ demiş ‘onu alın elinden’ falan demiş. ‘Bu zaten tıp talebesiydi’ demişler. Tahmin edememiş yani”

Ayrıca uzman meslekler alanını toplumsal cinsiyet ilişkilerinin belirlediği ifade edilir. Profesyonel meslekler eril niteliklerle özdeşleştirilir, tarafsız, mantıksal, pragmatik, agrasif ve yarışmacı oldukları var sayılır (Epstein 1970; Fox & Hessbiber, 1984; Homans, 1987; Coates, 1996). Uzman mesleklerin, yapısal olarak feminen özelliklerle bağdaşmaz nitelikleri nedeniyle, kadınlara uygun olmadığı iddia edilmektedir. Kadınların tıp eğitimi almaya başlamaları ile ilişkili olarak Pakize Tarzi ve Müfide Küleyin anılarında aktardıkları, profesyonelliğin maskülen niteliklerine ilişkin vurguları örnekler gibidir. Örneğin Küley tıp fakültesine kız öğrenci almama gerekçesinin kadınların varlığının sınıf içindeki disiplini bozacağına ilişkin yargı olduğunu belirtmiştir. Tarzi ise okul yıllarında erkek öğrencilerle çok sınırlı bir iletişim içinde olduklarını, erkek öğrencilerle samimi ilişkiler kuran kadın öğrencilerin hocalar tarafından hoş karşılanmadıklarını, üzerlerine giydikleri giysilere çok özen göstermeye çalıştıklarını ve yemeklerini bir kız arkadaşıyla birlikte boş bir sınıfta yediklerini belirtmiştir. Bu bir kadının “tıp öğrencisi” ve hekim adayı olmasının alışılmadık bir durum olduğunu göstermektedir. Bu istisnai durum Tarzi’nin öğrenim sürecinde yaşamını çeşitli şekillerde etkilemektedir. Kadınların varlığından duyulan tedirginlik bu anılarda açıkça yer buluyor. Bu cinsiyetçi kalıp yargılar toplumsal cinsiyete dayalı tabakalaşma sistemini sürdürmekte ve güçlendirmektedir. Dahası, Witz’in (1992) de belirttiği gibi belirli yetenekler ve becerilerin kullanımı konusundaki mesleki tekelin kurulmasını amaçlayan mesleki kapanma stratejileri ile oluşan profesyonellik projesi yapısal olarak cinsiyetçidir. Tıp fakültesine kadınların girmeleri konusu tartışılırken erkek tıp öğrencisi tarafından yazılan şu dörtlük, dönemin düşüncesini açıkça ifade eder niteliktedir:

Her şey olsun bir doktor olmasın yeter/

Tıbbiyeye girmeye heves ederse bir kız/

Bizi taklit edeyim derken gülünç oluyor/

İnanmazsan ey Vatan Tıbbiyelilere sor (aktaran Etker & Dinç, 1998: 49)

Kadınlar için meslek alanlarına girmek kadar bu alanlarda var olmak da problemlidir. Öncelikle kadın profesyonellerin varlıkları, yaptıkları her hatanın belirgin biçimde görülmesine yol açacak denli göz önündedir. Kadın hekimlerin anlatıları arasında bu konu ile ilgili olan ifadelerden örnekler verebiliriz: Şahika Ataman özellikle erkek meslektaşlarının kadınların çalışmalarında bir hata bulmak için uğraştıklarını ama kendilerinin buna direndiğini ifade etmiş, mesleki bilgi deneyim ve beceri açısından erkek meslektaşlarının pek çoğundan da daha ileride olduklarının belirtmiştir (Ataman, 1999: 171). Benzer ifadeler Naciye (1918, jinekoloji) hanımın anlatılarında da yer almaktadır: “Neyse 2-3 ay sonra gittim. Erkek doktorlar böyle hepsi erkek. Bir tek şey, benim bir arkadaşım var, sınıf arkadaşım var. O da benden 3-4 yaş büyük. (...) Hepsi böyle bekliyorlar nerede bir kusur yapacağım. (...) epeyce bir mücadele ettim, yani mücadele ettimse, çalıştım”. Mefkure(1923 dahiliye) hanım ise bir erkek hocanın patoloji sınavında kadın olması dolayısı ile onu zor durumda bırakacağını düşünerek yaptıklarının şöyle anlatıyor: “İmtihana girdik patolojinin. Bana testisin çıkarılmasını sormaz mı o aksi adam. Testis de erkeğin yumurtası. Kasıklardaki kanaldan torbalara testis iniyor. ...Çıkartmak çok zor. Kızları illa ki utandıracak şey edecek. Çapkın hocalar. Neyse üstelemedi, yarı bıraktırdı pekiyiyle çıktım.”

Ayrıca profesyonellik kültürünün değişmez olarak kabul edilen yapısı ve bu yapının ataerkil niteliği kadınların bu alan içindeki sosyalleşmesini etkilemektedir. Kadınların meslekler alanında var oluşları ve kabul görmeleri kimi durumlarda cinsiyetçi yapıdaki değişimle değil, kadınların meslek alanlarının eril doğasına kendilerini uydurabilme konusunda gösterdikleri çaba ile belirlenir. Nicolson'un da ifade ettiği gibi (1996) profesyonel alanlarda kadınlar, girişte şok yaşar; daha sonra ayrılma kararı ya da protesto etme gibi şekillerde kendisini gösteren bir başa çıkma stratejisi geliştirir; son aşamada da mevcut değerler sistemini içselleştirerek alanda yer almaya çalışırlar. Bununla ilgili Mefkure hanımın anısı da şöyle "Bunlar ilk zamanda doğumevinde açık saçık konuşma konuşarak beni mat ettiklerini şey ettiler (sandılar). Bir ara biz mütehassıslar ayrı bir odada yerdik. Bir şeyler konuşuyor(lar) falan bana laf atmağa çalıştılar, yani ben kızarıcam bozulucam ezlicem (diye bekletiler). (bunu yapan) Aslında çok hoş espiritüel bir adam(dır) ama bu tür esprileri hoşluk zannederler. Öyle bir laflar ediyorlar. Bana takılmak istedi. Onun da gömleği açık, operatör açtı. Burada da tüyler beyazlamış, tüyleri gözükiyor. Senin dedim bir defa (veya sizin dedim o benden yaşlı çünkü) tüyleriniz bile beyazlamış dedim öyle (o anlamda) bir şey söyledim. O yaşa Mefkure hanım diye alkışladılar beni." Mefkure hanım erkek meslektaşlarının dilinden konuştuğu durumda kabul görmüştür.

Öte yandan mesleğin cinsiyete dayalı kalıp yargılarla tanımlanması (Alvarez et al., 1996) sonucunda cinsiyet rolü sosyalleşmesi kadınların mesleki alanlarda yer alışlarını belirlemektedir (Fox & Hessbiber, 1984). Toplumsal cinsiyete dayalı stereotipleşme özellikle erkek egemen alanlarda kadınları dezavantajlı konuma sokmaktadır. Tıpta, uzmanlık gibi objectif olması beklenen bir sınavla belirleniyor olsa da kadınların tıbbın hangi dalına seçeceği ile ilgili tercihleri bu kalıp yargılar çerçevesinde belirlenmektedir. Meslek eğitimi sırasındaki sosyalleşme kadınlara hangi alanların açık olduğunu, hangi alanlarda daha kolay kendilerini ifade edebileceklerini, hangi alanlarda kendi toplumsal cinsiyet özellikleri ile var olabileceklerini öğrenirler (bkz: Bekata Mardin et al.: 2000). Literatürde de kadınların uzman meslekler alanında yer almaları onların toplumsal cinsiyet rollerinin bir uzantısı gibi görüldüğü ve kadının ev içindeki rollerinin mesleki yönelmesinde etkili olduğu ifade edilmektedir (Epstein, 1970; Blitz, 1990; Alvarez et al. 1996; Riska, 2001). Burada tezahür eden ataerkil tavır sonucunda kadınların aile içinde kendilerine atfedilen rolleri mesleki seçimlerini belirlemektedir. Tıp alanında kadınların mesleğe giriş hikayeleri de Türkiye'de benzer bir eğilim gösterir. Kadınlar tıp mesleğine ebe olarak girmiş, bu kadınların 1839'da "Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane" verilen derslere devam etmeleri zorunlu kılınmıştır. İkinci aşamada kadınlar hemşirelik mesleğine girmiş, cumhuriyetin ilanında sonar ise tıp alanında eğitim gören kadınların genellikle pediatri ve jinekoloji alanlarında yoğunlaştığı görülmüştür.

Kadınlar açısından profesyonel meslekler alanında yer almayı zorlaştırdığı var sayılan bir diğer durum da aile ve ev yaşamıdır. Aile ve ev yaşantısı erkek profesyoneller için bir avantaj, fakat kadın profesyoneller için önemli bir engel olarak görülmektedir. Özellikle hamilelikte kadınların işten ayrılacağı var sayılır. Homans (1987) bunun bir yanlısına olduğunu belirtmiş, araştırmasında işten ayrılma sebepleri içinde promosyonun birinci sebep olarak belirlendiğini hamileliğin ise üçüncü sırada yer aldığını ortaya koymuştur. Bu konuda Safiye'nin (1930, dahiliye& gastroontoloji) anlatısı ilgi çekicidir: "... tartışmalardan sonra (asistanlık sınavını) benim kazandığımı kabul ettiler. (...) Profesör, o zaman doçentti galiba koltukta oturuyor böyle, ben ayaktayım. Otur demek yok. 'Safiye hanım sizi asistan olarak alacağız' dedi ama o sırada işte 4-5 aylıkdı Emine, doğum yapmışım. 'Çocuğun küçük diye geç gelip erken gitmek yok' dedi. Ben emzirmek için ayrılıyorum, dönüyorum tekrar, evimiz çok yakındı hastaneye. Arada bir emziebilmem için kızımı kapıya getiriyor görüncem. Yani sütüm de müsait çocuk da besleniyor. 'Geç gelip erken gitmek yok' dedi. 'Efendim' dedim 'ben geç gelip erken gitmiyorum ama' dedim 'benim emzirmem için gittiğimde dönüşümü beklemeden gidenler evde kaldığımı sanmışlardır size onu söylemişlerdir'. Günler sonra Safiye hanımın yeni doğum yapmış olması tekrar problem olarak gündeme getirilir" 'Efendim bu benim ikinci nöbetim, sınava girdiğimiz hafta ben zaten nöbetçiydim, ikinci nöbetimi yapıyordum. Doğumdan sonra ben hiç nöbetten (eksik) kalmadım' dedim. 'E peki, eğer dedi bu şartlarda devam etmezseniz' dedi, 'o zaman asistanlığınızı da alırs elinizden' dedi. 'Kabul ediyor musunuz?' dedi bir de. 'Zaten bundan başka şartlarda çalışmıyorum, elbette kabul ediyorum' dedim ve çıktım dışarı ama hayatta ilk defa meslek ile ilgili gözlerim sulandı, yani çok gücüm gitti bu."



### Türkiye Örneği:

Buraya kadar hekimliği de kapsayan uzman meslekler alanının temel niteliklerini ve bu alanda kadınların katılımını belirleyen iki ideolojik yapıyı, ataerkilliği ve profesyonelizmi ele almaya çalıştım. Ancak ülkemizde profesyonelleşmenin özgün niteliklerine değinmeden bu bahsi kapatmak istemem. Türkiye’de kadınların uzman mesleklerle katılımını belirleyen sadece profesyonelleşme ideolojisi ve bu ideolojiye içkin olarak tezahür eden ataerkillik değil aynı zamanda da kemalizm olmuştur. Ülkemizde kadınların uzman mesleklerine katılımını çevreleyen yapı ataerkilliğin, kemalizmin şekillendirdiği bir profesyonelleşme ile eklenmesiyle oluşmuştur. Profesyonelizm üzerindeki bu etkinin sonuçlarını görmek için birkaç sayısal veriye göz atacak olursak diyebiliriz ki, Türkiye’de profesyonel kadınların oranı diğer alanlarla ve benzer ülkelerle karşılaştırıldığında göreceli olarak yüksektir.

Türkiye’de meslek kadınları kentlerde işgücüne katılan kadınların % 23’ünü oluştururlar. Kentlerde işgücüne katılan erkeklerin sadece % 8.7’lik bir kısmı profesyonel meslek sahipleridir. Uzman mesleklerde kadınların oranı (% 38.2) erkeklerinkinden (% 61.8) düşük olmakla birlikte aradaki farklılık diğer alanlarda olduğundan çok daha düşüktür. İşgücüne katılan kadınların % 72’sinin tarım alanında ücretsiz aile işçisi olarak bulunduğu bir ülkede uzman mesleklerde kadınların oranının yüksek olması beklenen bir durum değildir.

O halde Türkiye’de kentli kadının profesyonel alanlara katılımını belirleyen önemli değişkenlerden biri Türk modernleşmesinin ve kemalist ideolojinin kadına yaklaşımıdır. Cumhuriyetin ilk yıllarında yönünü ve amaçlarını “batılılaşmaya dönük liberal demokratik ve laik bir toplum yaratma” (Y. Arat, 1998: 85) olarak belirleyen proje içinde meslek kadınları hem modern cumhuriyetin simgeleştiği bedenler hem de cumhuriyetin gelişen sanayi ve bürokrasisinin ihtiyaç duyduğu işgücü olarak görülmüştür. İlerleme ve gelişme yolunda verilen bu savaşa dahil edilen kadınlar, cumhuriyetin ilk yıllarında sadece öğretmenlik gibi daha uygun oldukları düşünülen yarı profesyonel mesleklerde değil, sağlık, hukuk, mimarlık, mühendislik gibi erkeklerin çoğunlukta olduğu alanlarda da eğitim görmeleri ve hizmet vermeleri konusunda desteklenmiş ve cesaretlendirilmişlerdir. Profesyonelliğin, erken cumhuriyet döneminde kadınlara atfedilen rollerden biri olduğu, sıklıkla tartışılmakta ve ifade edilmektedir (Z. Arat, 1998; Durakbaşı, 1998a; Saktanber, 2002).

Bu çerçevede diyebiliriz ki Türkiye Cumhuriyeti’nde profesyonelliğin kuruluşu tepeden inme bir biçim göstermektedir (bkz. McClelland, 1990; Larson). Ancak Türkiye’de profesyonel alanların tepeden inme kuruluşunun özgün, benzersiz bir yönü vardır. Bu yön her şeyden önce kadınlar açısından kritiktir. Profesyonel alanlara kadınların tepeden inme bir biçimde sokulması, profesyonel alanların aynı biçimde kuruluşunu bir kez daha farklılaştırır. Türkiye’de genç cumhuriyetin kuruluş ilkelerinin çerçevesi içinde “kurgulanan” profesyonellik olgusu görece yeni bir olgudur ve dolayısıyla da bir seçkinler grubu oluşturacak kadar uzun bir geçmişi yoktur. Bu durum kadınların meslekler alanına görece yüksek katılım oranlarını anlamamız açısından anlam taşır. Batıdakinden farklı olarak “Bu mesleklerin kadınlara yaraşmayan özenilmeyecek meslekler olarak bellendiği uzun bir sosyalleşme dönemi geçirmiş kuşaklar yoktur. Tersine kadın erkek eşitliğini vurgulayan bir hükümet politikası ve uzman mesleklerde çalışan kadın örneklerinin bol olduğu bir ortam söz konusudur” (Öncü, 1982: 264).

Ancak kadınların meslek alanlarına görece yüksek oranlarda katılmasına önyak olan kemalist politikalar kadınların profesyonel alanlardaki katılımının eşit nitelikler taşıması sonucunu doğurmaz. Kadınların meslek alanlarına katılımı kemalizmin ideolojik ve maddi amaçlarına hizmet ettiği sürece ve oranda onaylanmış, desteklenmiştir (Bayrakçıken Tüzel 2009). Cumhuriyet hükümeti bu katılımı mümkün kılan gerekli yasal düzenlemeleri gerçekleştirmiştir. Dolayısı ile kadınları meslekler alanından alı koyan ataerkil pratikler kamusal alanda yerlerini eşitlikçi politikalara bırakmışlardır. Ne var ki bu politikalar toplumsal cinsiyet ilişkilerini sorunsallaştırmaktan çok uzaktır. Yaygın toplumsal cinsiyet değerlerine yönelik temel bir karşı çıkış geliştirilmemiş, hatta aile içinde erkeğin egemenliğinin pekiştirildiği bir anlayış güdülmüştür (Y. Arat, 1998; White, 2003; Gündüz-Hoşgör, 1996; Z. Arat, 1998a; Saktanber, 2002; White, 2003). Hatta kamusal alanda kadının var oluş koşullarını cinsiyetsiz bir kimlik üzerinden kurgulama yoluna giden ataerkil bir içerikle hareket etmiş, sözde eşitlikçi ama gerçekte eril bir alanı ve ataerkil toplumsal ilişkileri yeniden üretmiştir (Z. Arat, 1998a; Berktaş 1998; Saktanber, 2002; Kandiyoti, 1995; Durakbaşı, 1998). Cumhuriyet dönemi meslek kadınlarının öz yaşam anlatıları üzerine şekillenen çalışmalar bu tür bir meslekler alanının ve “meslek kadını” formatının varlığını örnekleyen çalışmalardır (bkz. Bayrakçıken Tüzel, 2004; Köker, 1988; Ataman, 1999).

Ülkemizde, meslek sahibi kadınlar üzerine gerçekleştirilen çalışmalar göstermektedir ki, kadınlar genellikle mesleki hiyerarşinin alt basamaklarında, daha az prestijli ve daha az kazançlı alanlarda, marjinal konumlarda yer almaktadırlar. Mesleğin cinsiyetçi kalıplarla belirlenmesi kadınların bu alanlarda var olma koşullarını belirlemektedir. Öte yandan aile içi sorumlulukların ve aile içinde kadına atfedilen rollerin meslek kadınlarının mesleki ve özel yaşamlarında yarattığı çatışmalar pek çok çalışmada örneklenmiştir (Bayrakçeken Tüzel, 2004; Kandiyoti, 1997: 40; Öncü, 1981: 260; Kabasakal, 1998). Mesleki ilerleme ve ücret gibi göstergelerde ortaya çıkan eşitsizlikler meslekler alanındaki toplumsal cinsiyet eşitsizliklerine işaret etmektedir. Bu anlamda uzman meslekler alanında hem yatay hem de düşey ayrımcılığın yaşandığından söz edebiliriz (bkz. Bekata mardin et al., 2000; Günindi-Ersöz, 2000; Acar, 1991. Ecevit'in (2000) Acar, 1998).

## Referanslar:

- Acar, F. (1991), "Women in Academic Science Career in Turkey", V. Stolte-Heiskanen, Women in Science: Token Women Or Gender Equality, Berd Publisher, Oxford.Acar, 1998).
- Alvarez, R., Robin, L., Tuan, M. & Shui-i Huang, A. (1996), "Women in Profession: Assessing Progress", P.J.Duback & K.Borman, Women at Work, Rutgers University Press, New Jersey.
- Arat, N. (1998), "Cumhuriyetin 75. Yılında Türkiye'de Kadın Tartışmaları", N. Arat, Aydınlanmanın Kadınları, Cumhuriyet Kitap Kulübü, İstanbul
- Arat, Y. (1998), "Türkiye'de Modernleşme Projesi ve Kadınlar", S.Bozdoğan & R.Kasaba, Türkiye'de Modernleşme ve Ulusal Kimlik, Tarih Vakfı Yurt Yayınları, No: 55., İstanbul.
- Arat, Y. (1998), "Türkiye'de Modernleşme Projesi ve Kadınlar", S.Bozdoğan & R.Kasaba, Türkiye'de Modernleşme ve Ulusal Kimlik, Tarih Vakfı Yurt Yayınları, No: 55., İstanbul.
- Arat, Z. (1998a), "Kemalizm ve Türk Kadını", A.B. Hacımirzaoğlu, 75. Yılda Kadınlar ve Erkekler, Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı ve Yapı Kredi Yayınları, İstanbul
- Arat, Z. (1998b), "Introduction", Z.Arat, Deconstructing Images of 'The Turkish Women', St. Martin Press, New York.
- Ataman, N. (1999) "Erken Cumhuriyet Döneminde Kadın Kimliğinin Oluşumu, Dr. Şefika Ataman'ın Yaşamöyküsü Üzerine Meslek Sahibi Cumhuriyet Kadını Kimliğinin İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, A.Ü.S.B.E. Kadın Çalışmaları A BD.
- Bayrakçeken Tüzel, (2004) "Being and Becoming Professional: Work and Liberation Through Women's Narratives in Turkey" Phd Thesis Submitted to the Graduate School of Social Sciences of Middle East Technical University, Ankara.
- Bayrakçeken Tüzel (2009) "Kemalizm, profesyonelizm ve ataerkil tezahürler" Toplum ve Bilim, Sayı: 114
- Berktaş, F. (1998), "Cumhuriyetin 75 Yıllık Serüvenine Kadınlar Açısından Bakmak", A.B. Hacımirzaoğlu (ed) 75. Yılda Kadınlar ve Erkekler, Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı ve Yapı Kredi Yayınları, İstanbul
- Blitz, R.C. (1970), "Women in the Professions, 1870-1970", Monthly Lab. Rev., Vol. 97, No. 5, pp. 34-40.
- Bradley, H. (1989), *Men's Work, Women's Work : A Sociological History Of The Sexual Division Of Labour In Employment*, University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Burridge, M. (1990), "Introduction: The Professions in Sociology and History", M.Burridge & R.Torstendahl, *Professions in Theory and History: Rethinking the Study of the Professions*, Sage Publications, London.
- Carr-Saunders, W. (1966), "Professionalization in Historical Perspective", H.M.Vollmer & D.L.Mills, *Professionalization*, Prentice-Hall Inc., New Jersey
- Coates, I. (1996), "Uluslararası ve Tarihsel Bağlamda Kadınların Üniversite ve Mesleklere Giriş Koşulları", *Akademik Yaşamda Kadın Türk Alman Kültür İşleri*, Yayın No: 9, Ankara.
- Collins, R. (1990), "Market Closure and the Conflict Theory of the Professions", W.Burridge & R.Torstendahl, *Professions in Theory and History*, Sage Pub., London. Connell, R. (1983) *Whic way is up; essay on class, sex and culture*, Alen & Unwin Ltd, North Sidney
- Diñç, G. & Etker, \_ (1998), "Prof. Dr. Müfide Küley: Kadın Hekimlerimizin Öncüsü", N.Yıldırım, Sağlık Alanında Türk Kadını Cumhuriyet'in ve Tıp Fakültesi'ne Kız Öğrenci Kabulünün 75. Yılı, Form Reklam Hizmetleri, İstanbul.
- Durakbaşı, A. (1998), "Cumhuriyet Döneminde Modern Kadın ve Erkek Kimliklerinin Oluşumu: Kemalist Kadın Kimliği ve Münevver Erkekler", A.B. Hacımirzaoğlu, 75. Yılda Kadınlar ve Erkekler, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul
- Ecevit, Y., Sancar-Üür S. & Tan, M. (2000), Kadın Erkek Eşitliğine Doğru Yürüyüş: Eğitim, Çalışma Yaşamı ve Siyaset, TÜSİAD Yayınları, İstanbul. Ehrenlinch, 1981: 117).
- Epstein, C.F. (1970), *Women's Place Options and Limits in Professional Careers*, University of California Press, USA.
- Evetts, J. (2002), "Explaining the Construction of Professionalism in the Armed Forces: Occupational Change within and beyond the Nation-State", 15th ISA World Congress of Sociology Brisbane, Australia
- Fox, F. & Hesse-Biber, S. (1984), *Women At Work*, Mayfield Pub. Co., California

- Freidson, E. (1970), *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Atherton Press, New York.
- Goode, W.J. (1969), "The Theoretical Limits of Professionalization", A.Etzioni (ed.), *The Semi-Professions and Their Organization*, The Free Press, New York.
- Greenwood, E. (1966), "The Elements of Professionalization", H.M.Vollmer & D.L.Mills, *Professionalization*, Prentice-Hall Inc., New Jersey.
- Gross, E. (1958), *Work and Society*, Crowell, New York
- Gündüz-Hoşgör, A. (1996), "Development and Women's Employment Status: Evidence form the Turkish Republic 1923-1990", *PhD thesis submitted to the Faculty of Graduate Studies*, The University of Western Ontario, London (yayımlanmamış)
- Günindi-Ersöz, A. (2000), "Kamu Yönetiminde Yönetici Olarak Çalışan Kadınların Geleneksel ve Çalışan Kadın Rollerine İlişkin Beklentileri", O.Çitçi, 20. Yüzyılın Sonunda Kadınlar ve Gelecek, TODAİ, İstanbul
- Homans, H. (1987), "Man-Made Myths: The Reality of Being a Women Scientist in the NHS", A.Spencer & D.Padmire (eds.), *In A Man's World; Essays on Women in Male-Dominated Professions*, Tavistock Publications, London & New York.
- Illich, I, K.Zola, J.McKnight, J.Caplan & H.Sahiken(eds) (1994), *Profesyoneller İktidarı*, Pınar Yayınları, İstanbul.
- Johnson, T. (1972), *Professions and Power*, Macmillan, London.
- Kabasakal, H. (1998), "Türkiye'de Üst düzey Kadın Yönetici Profili", A.B. Hacımirzaoğlu(eds.), 75. Yılda Kadınlar ve Erkekler, Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı ve Yapı Kredi Yayınları, İstanbul.
- Kandiyoti, D. (1995), "Patterns of Patriarchy: Notes for and Analysis of Male-Dominance in Turkish Society", Ş.Tekeli, *Women in Modern Turkish Society*, Zed Books, London.
- Kandiyoti, D. (1997), *Cariyeler, Bacılar, Yurttaşlar: Kimlikler ve Toplumsal Dönüşümler*, Metis Yayınları, İstanbul.
- Köker, E. (1988), *Türkiye'de Kadın, Eğitim ve Siyaset: Yüksek Öğretim Kurumlarında Kadının Durumu Üzerine Bir İnceleme*, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Enstitüsü, Ankara. (Yayımlanmamış Doktora Tezi, Kamu Yönetimi ve Siyaset Bilimi Ana Bilim Dalı)
- Larson, M.S.(1977), *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*, University of California Press, California.
- McClelland, C.E. (1990), "Escape from Freedom? Reflections on German Professionalization 1870-1933", R.Torstendahl & M.Burridge(eds), *The Formation of Professions: Knowledge, State and Strategy*, Sage Publications, London.
- Nicolson, P. (1996), *Gender, Power and Organizations*, Routledge, London, New York.
- Öncü, A. (1982), "Uzman Mesleklerde Türk Kadını", N.Abadan-Unat, *Türk Toplumunda Kadın*, Türk Sosyal Bilimler Derneği Yayını, 2. Baskı, Ankara.
- Parson, T. (1966), *Essays in Sociological Theory* 3rd Edition, Macmillan, Canada
- Riska, E. (2001), "Towards Gender Balance: But Will Women Physicians Have an Impact on Medicine?", *Social Science and Medicine*, no: 52, pp. 179-187.
- Saktanber, A. (2002), "Kemalist Kadın Hakları Söylemi", T.Bora & M.Gültekinçil, *Modern Türkiye'de Siyasi Düşünce: Kemalizm 2. Cilt*, İletişim Yayınları, İstanbul.
- Slocum, W.L. (1967), *Occupational Careers: A Sociological Perspective*, Aldine Pub. Co, Chicago.
- Taylor, L. (1968), *Occupational Sociology*, Oxford University Press, New York.
- Turner, C. & Hodge, M.N. (1970), "Occupations and Professions", J.A.Jackson, *Professions and Professionalization*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Vollmer, H.M. & Mills, D.L. (1966), *Professionalization*, Prentice-Hall Inc., New Jersey
- Walby, S. (1992), *Theorizing Patriarchy*, Basil Blackwell, Cambridge.
- White, J. (2003), "State Feminism, Modernization, and the Turkish Republican Women", *N.W.S.A. Journal*, Vol. 15, No. 3, pp. 146-159.

## **Hemşirelik Mesleği ve Toplumsal Cinsiyet Rollerinin Hemşirelik Mesleğine Etkilerinin Betimlenmesi**

**Salime Tarihçi Delice**

**Kadın Çalışmacısı, felsefeci**

Annelik, kadınların bakım verme konusuna doğal olarak yatkın olduğunu savunan cinsiyetçi yaklaşım ve kadınların sevme yeteneği daha fazladır gibi geleneğin zihin yapısı; hemşirelik mesleğinde kendini açığa vurmaktadır. Hemşire olmak isteyen genç kadınlar başlangıçta bu övgü dolu yaklaşımdan etkilenmekte, yüceltilmekte ancak meslek yaşantısı içindeki ikilemlerin çokluğu karşısında şaşkına dönmektedir.

Hemşirelik mesleği, kamusal alanda kadın mesleği olarak tanımlanmaktadır. Özellikle alt, orta sınıfa mensup ailelerin kız çocukları, kısa yoldan iş sahibi olmak ya da mezun olunca işsiz kalmamak için hemşire okullarına yönelebilmektedirler. İhtiyacın idealin önüne geçtiği yaşam koşulları yoksul genç kadınları zor seçimler yapmak durumunda bırakmaktadır. Kendini gerçekleştirmek, ideale yönelmek, belirli maddi-manevi sınırların altında olanaklı olmaz. Barınma, beslenme ve güvenli-güvenceli gündelik yaşam koşullarını sağlamadan, sağlama almadan hayal ettiğini istemek fazla zorlayıcı olduğundan en olanaklı olana sarılmak mantıklı, gerçekçi bir yönelim olmaktadır.

Hemşirelik mesleğini kendine ideal olarak seçen, maddi sorunlar nedeniyle bu işe yönelmeyen kadınların meslek içi çatışmalarından biri de yoksulluktan kaçmak için bu mesleği seçenlerle, mesleği savunma noktasında olmaktadır. Fark yoksunluk ve yoksulluk arasındaki gerilimden ortaya çıkmaktadır. İdeali hemşire olmak olan kadınların beklentileri iş yapıp para kazanmaktan çok o işle doyum sağlamak olduğundan her engellemede daha fazla hayal kırıklığı yaşamaktadırlar. Kendi varoluşunu yaratmaktan yoksun bırakılmak oldukça incitici olabilmektedir.

Örneğin, yıllarca ruh sağlığı kliniklerinde çalışan idealist bir hemşire ile ücreti için bu işi yapan, ameliyathane hemşireliğine kendi isteği dışında çalışmaya zorlanırsa incinme dereceleri farklı olacaktır. Ücret için çalıştığını düşünen için durum can sıkıcı olmanın ötesine geçmeyebilir. Öteki için ise ruh sağlığı hemşireliğinden uzaklaştırılmak çok büyük bir haksızlıktır.

İdeal etkin öznenin kendini açığa vurması ile olanaklıdır. Yazık ki ülkemizde hemşirelik hizmetlerinde hemşire, hem iş yapma sürecinde hem de genel idari konumda ara kademedeki bağımlı konumdadır. Tedavinin yürütücüsü olarak bağımlı, bakım vermede bağımsız olarak hemşirelik hizmetleri planlanırken, tedavinin takibi çok zaman aldığından bakım verme hizmetleri aksamakta ya da hasta bakıcılara kalmaktadır. Dolayısıyla, hemşirenin etkin özne olarak kendi belirlediği bir alan içinde iş üretme imkânları oldukça sınırlıdır.

Toplumsal yapının cinsiyet rol ayrımcılığından dolayı kadın işi tanımıyla hemşire olmayı seçmeye zorlanmak, razı olmak; bir anlamda sisteme onay vermektir. Görece daha iyi ücret ve öteki meslek alanlarından daha fazla iş alanı olması mesleğin cazibesi olmaktadır. Başlangıçta cinsiyetçi iş bölümünün götürüleri algılanmaz. Hatta eğitim sürecinde kendilerine sürekli vurgulanan melek olma halinin uçurduğu duygular, iyileştirmenin yarattığı maneviyat de eklenince; olduğundan başka bir hemşirelik meslek yaşantısı başlamış olur.

### **Hemşireliğe Sorular/Sorunlar**

Hemşirelik mesleğini çok yönlü olarak anlamak, betimlemek ve dinamik bir güç olarak kavramak farklı bilme biçimlerinin yan yana gelmesiyle mümkün olabilmektedir. Bu yazı bazı soruların yanıtını aramak için yola çıkma, hemşirelerin kendi dillerinde anlam arayışı ve sosyal bilimlerin kavramlarının bu anlama açıklama olarak katılması niteliğindedir.

Hemşirelik mesleğine kadın çalışmacılarının yorumu; hemşirelik ataerkil toplumsal yapının günümüz koşullarında yeniden üretimini de yapılandıran önemli bir kurumsallaşmadır. Hastanede, evde kadın işleri olarak tanımlanan işlerin hemşireden beklenmesi cinsiyetçi önyargılar, toplumsal cinsiyet rollerinin gereği olarak açıklanmaktadır. Kadınlar özel alandan kamusal alana özel alan-ev işleriyle çıkabilmektedir. Temizlik, bakım verme, tekstil, öğretmenlik gibi görünmesi zor, yoğun emek isteyen işler kadınlara sistem tarafından uygun bulunmaktadır

Aşağıda sıralanan varsayımlar soru-sorun olarak tartışmaya açılmaktadır. Yanıtı aranan, bulunan ya da daha sonra açığa çıkacak olan yanıtlar sadece bu metnin değil tüm toplum bireylerinin meselesidir. Beyaz melek, anne ya da istenmeyen gelin olarak hemşire bu toplumsal yapının ürünü, kızımız, kız kardeşimiz, sevdiğimiz ya da kendimiz olarak her yerdeyiz. Görünmeyen emek, yok sayılan meslek, dili olmayan cinsiyet olarak varız. Bazılarımız hemşire olarak, bazılarımız ev kadını, öğretmen olarak görünürüz.

Sorular çoğaltılabilir. Sadece soruları sormak bile başlamak için yeter, değişim için koşul olabilir. Toplumsal yapı kendini yeniden üretirken, toplum kesimlerinin onayını alır. Onay verme soru sorup sorgulayarak yapılan bir özne etkinliğinden çok kişinin yaşarken edindiği koşullanmalar içinde gizlice olur. Soru kuşku, kuşku doğru hakkında düşünmeyi, sonrasında sorgulamayı getirir. Soru sormak hem yıkıcı, hem yapıcıdır. Aydınlanmış bir yaşam üretmek için soru gereklidir.

- 1- Hemşirenin işyerindeki ve işyeri dışı davranışları toplumun yargıları tarafından önemli ölçüde belirlenmektedir. Şefkatli, merhametli, güler yüzlü ama fazla gülmeyen kadın olma toplumsal kabulleri; hemşireleri kuşatmaktadır. Fazla gülmesi ya da hiç gülümsememesi üzerinden bile eleştirilen hemşireler vardır. Hemşireler gülümseme üzerinden bile “denge”li olmaya zorlanmaktadır. Meslek kültürü bu denge-dengesizlik ayracında üremektedir
- 2- Hastanede hizmetin gereği olarak hemşirelerin çalıştıkları bölümlerin çoğunluğunda hizmet 24 saat devam etmektedir. Bu nedenle bir kadının gece evi dışında olması özel yaşantılarını olumsuz etkileyebilmektedir. Özellikle küçük çocuğu olanların gece bakımı sorun olabildiğinden aile üyesi olmayan kişilerle birlikte yaşamaya mecbur kalmaktadırlar. Bu durumda “evin kadını” olma konumu sarsılıp, eşin ailesinden biri çocuğa bakıyorsa, çatışmalar olabilmektedir
- 3- Hemşirenin hizmet sunduğu hastalar ve yakınları; hemşirenin mesleği ve kendini algılamasını etkiler. Çalıştığı bölüme gelen hasta yoğunluğu, hastalıkların niteliği, tedavi ve hemşirelik bakım gereksinimi; hemşirenin günlük yaşantısını belirleyecek kadar önemsenir. Örneğin, ameliyathane hemşireleri temizlik konusunda abartılı titiz olabilir, plastik cerrahi hemşireleri daha fazla görünüşüne dikkat etmek durumunda kalabilir. Yoğun bakım veya onkoloji hemşireleri ölüme karşı ya aşırı duyarlı ya da duyarsız olma noktasına sürüklenebilir.
- 4- Hemşirenin kadın olarak dikkati çekmemesi gerektiğine dair hemşirelik uygulamalarındaki yönetici tutum, tamamen cinsiyet baskılayıcı, denetleyici bir yaklaşımdır. Kadınların cinselliğinin denetlenmesi genel toplumsal kabule denk gelir. Hemşirelik hizmetlerindeki yönetim gece ve gündüz hemşirenin görünümünü sürekli denetler. Diğer meslek gruplarında denetim sorun odaklıdır, özel durum yoksa kişiler denetlenmez. Herhangi bir teknik eleman, örneğin, hastane önlüğü üzerindeki leke için genellikle uyarılmaz. Hemşirelerin ise formaları her zaman ütülü, ayakkabıları boyalı-temiz, görülmeyecek kadar az makyajları olmalıdır. Fazla gibi görünen süslenme sorun olarak görünür.
- 5- Hemşirelerin toplumsal cinsiyet rollerini algılamaları, kendi bilgi, tutum, farkındalık durumları, beceri ve deneyimlerine göre şekillendirme farkları olsa da, genel olarak ikincil olma dirençlerini ortaya çıkarır ya da zayıflatır. Hemşire olmak kimine göre kurtuluşken, kimine göre tutsaklıktır. Yoksulluktan kurtulma aracı, sıradan, yetkilendirilmemiş bir iş ve hekime bağlı-bağımlı çalışmayla kısmen konforlu tutsaklığa tutunma olarak durumu adlandıran hemşireler vardır
- 6- Hemşireler kendilerini sağlık kurumlarında ücret karşılığı ve kurallar içinde çalışan kişi olarak değil, sahip olarak algılamaktadırlar. Çalışma koşullarından kaynaklı sorunlarla ilgili görüşmelerde, eleman eksikliği sorun

olarak dillendirilebilmektedir. Çalışma farkındalıkları, sahip olma-ait olma biçiminde gibi görünmektedir. Bu nesneleşme konumu hem emek sömürüsüne dirençlerini azaltmakta, hem de daha iyisi için mücadele etme güdülenmesini düşürmektedir. “Eleman yok” ya da “taşıyabileceğimden fazla iş yükü taşımak zorunda kalıyorum” sorun tespiti arasındaki bilinç farkı özne olmak ve nesne olmak arasındaki farka benzer. İşin nesnesi insan olmaz. Algıdaki bu sapma yabancılaşmadır

Modern anlamda hemşirelik hizmetleri ve hastane yapılanmasındaki gelişme, şehirleşme arasında doğrudan ilişki vardır. Büyük savaşlar, büyük yıkımlar, büyük kentler hizmet sektöründe de büyümeyi gerektirmiştir. Geleneksel anlamda kadın sorumluluğu olarak bakım verme modern zamanda ücrete tabi tutulup, kadınların kamusal alana geçmelerine olanak sağlamıştır. Ancak eşit yurttaş kamusalılığı değil kadınlara mahsus kamusalılık yaratılmış, fırsat eşitliği değil, seçeneklerin cinsiyetlendirilmesi ataerkinin yeniden üretimi, yapılandırılması olmuştur.

Modern dünya evi ve işi ayırırken; işi yaşamak için gereken etkinlik olarak tanımlamaktadır. İş yaparak üretime katılır, farklı gereksinimlerimizi karşılamak için o ürünü piyasaya sunarız. Ancak tüm sektörler işi parçaladığından artık bütün olarak ürünle karşılaşma şansımız kalmaz. Temizlik elemanı yer siler. Hemşire ilaç takibi yapar, bakım verir. Doktor uzak mekânlarda tanı koyar. Birileri kan alır, film çeker. Binlerce insan 24 saat çabalar. Yapılan iş, elde edilen sağlık hizmeti ekip çalışması olarak bütüne aittir. Değer ve değerli olan budur. Öyle ise neden bazı hemşireler kendilerini değersiz hissettiklerini söylemektedirler?

Kapitalist sistem ve toplumsal yapı değeri de parçalar. Bir etkinlik olarak yapılan iş piyasada “para” ile değer bulur. Toplum yaşamında ise “saygınlık” değerdir. Kapitalizm sağlık sistemini ekip çalışması olarak yürütme değil, değer katmanları ile şekillendirmiştir. Hekim hastalığı tanıyan ekip başıdır. Tanımak için araç olarak kullanılan öteki meslek grupları daha az değerlidir. Tedavi planı ve bu plana atılan imza saygındır. Dedikleri yapılacak olan daha saygın olduğundan, dediklerini yapanlar araçsallaşır ve araç kadar değerli olurlar. Sağlık hizmetinde “buyuran” ve “buyrulan” ayrımı hekimin dışındaki çalışanları yaptıklarına imza atamayan, edilgin çalışanlar olarak konular. Bazı hemşireler sistemin kendilerine biçtiği bu rolü kabullenemez. Özellikle toplumsal cinsiyet rollerindeki edilginliğe onay vermeyen kadın çalışanlar kendilerini değersiz hissedebilmektedir.

Hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının hem daha az görüldüğü hem de emek yoğun az ücretle istihdam edildikleri bilinmektedir. Daha az görünür çünkü kendi işlerini planlama hakları yoktur. Yaptıkları çoğu iş de imza karşılığı kayıt altına alınmadığından görünmez. Ayrıca sağlık kurumlarında hekimlerin odalarının üstünde adları yazılıdır. Onlar kişidir. Oysa hemşire odası, teknisyen odası ya da hizmet odası adsızların odasıdır. Oralarda “sayılar” bulunur. 3 hemşire, 5 teknisyen, 2 hastabakıcı o odalarda vardır. Çocuklarımıza doğduklarında töreler, törenler eşliğinde ad koyarız. Adları yok edilen insanlar yitmek için çabalamaktan yorulurlar. Türkiye hemşireleri adıyla, iş tanımıyla, cinsiyet ayrımcılığını yok ederek yaşamak, çalışabilmek için mücadele etmek zorunda bırakılmıştır.



## **SÖZLÜ BİLDİRİLER**





## ÇOCUK CERRAHLARININ CİNSİYET ROLLERİ İLE İLGİLİ DÜŞÜNCELERİ VE KADIN ÇOCUK CERRAHLARININ CİNSİYETLERİYLE İLGİLİ KARŞILAŞTIKLARI SORUNLAR

Canan Ceran Özcan<sup>1</sup>, Gülsen Güneş<sup>2</sup>, Mihriban Şengül<sup>3</sup>

### Amaç:

Toplumsal cinsiyet, toplumların kadın ve erkekleri için farklı rolleri, sorumlulukları ve aktiviteleri uygun görmesidir. Tıpta da toplumsal cinsiyete dayalı bir işbölümü mevcuttur. Bu çalışmada çocuk cerrahlarının cerrahide toplumsal cinsiyet rolleriyle ilgili düşüncelerini ve kadın cerrahların karşılaştıkları sorunları saptamak amaçlanmıştır.

### Yöntem:

Bu çalışma tanımlayıcı niteliktedir. Bir ulusal çocuk cerrahisi kongresine katılan çocuk cerrahlarına, cerrahide ve tıpta kadının rolüne ilişkin sorulardan oluşan bir anket formu dağıtılmıştır. Anketlerin % 90'ı geri dönmüştür.

### Bulgular:

Araştırmaya 23 kadın, 80 erkek çocuk cerrahı katılmıştır. Çoğunluğu (% 33) 35-39 yaş grubundadır. Erkeklerin % 90'ı, kadınların % 56.5'i evlidir. Erkeklerin % 16.3'ü profesör, % 13.8'i doçent, % 15'i yardımcı doçent, % 36.3'ü uzman, % 18.8'i asistandır. Kadınların % 4.3'ü doçent, % 17.4'ü yardımcı doçent, % 30.4'ü uzman, % 47.8'i asistandır. Profesörlerin hepsi erkektir. Doçentlerin % 91.7'si, yardımcı doçentlerin % 75'i, uzmanların % 80.6'sı ve asistanların 57.7'si erkektir. Kadınların % 26.1'i, erkeklerin % 5'i mesleklerini uygularken üstlerinin cinsiyetleri nedeniyle olumsuz davrandıklarını (p=0.010), kadınların % 21.7'si, erkeklerin % 1.3'ü eş kıdemlilerinin (p=0.001), cinsiyetleri nedeniyle olumsuz davrandıklarını belirtmişlerdir. Erkeklerin % 50'si cerrahlığın erkeklere uygun bir meslek olduğunu, % 50'si kadın erkek fark etmeyeceğini düşünürken, kadınların % 95.7'si fark etmez düşüncesindedir (p=0.001). Kadın çocuk cerrahlarının % 13'ü kadın olmaktan dolayı sözel tacizle, % 26.1'i cesaret kırıcı davranışlarla karşılaştıklarını bildirmişlerdir. İki hekim ameliyattan kesme, iki hekim araştırma faaliyetleri dışında tutulma, iki hekim sorumluluk verilmemesi ile karşılaştıklarını bildirmişlerdir. Kadın cerrahların % 22.7'si cerrahi eğitimin kadınlar için fazla yorucu ve zor olduğunu düşünürken, erkek cerrahların % 61.3'ü bu düşünceye katılmaktadır (p=0.001)

### Sonuç:

Erkek cerrahlar, cerrahi branşın daha çok erkeklere uygun bir branş olduğunu düşünürken, kadın cerrahlar, cinsiyetin cerrahlık için önemli bir farklılık yaratmadığını düşünmektedirler. Kadın cerrahlar, mesleklerini uygularken cinsiyetlerinden dolayı sıkıntılarla karşılaşmaktadırlar. Tıp eğitimi süresince hekimler, kadınların toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda eğitim almalıdırlar.

1 Doç. Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahi, Malatya [cceran@inonu.edu.tr](mailto:cceran@inonu.edu.tr)

2 Prof. Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı, Malatya [ggunes@inonu.edu.tr](mailto:ggunes@inonu.edu.tr)

3 Doç. Dr., İnönü Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Kamu Yönetimi, Malatya

## GİRİŞ ve AMAÇ:

Dünyada, özellikle gelişmiş ülkelerde kadınların işgücüne katılımı arttıkça cinsiyet ayrımcılığının önemi de artmıştır. Cinsiyet ayrımcılığının göstergelerinden biri, işlerin “kadın işi” ve “erkek işi” olarak ayrılmasıdır (1). Bu konunun kökenini irdeleyen Ferber ve Lowey’in 157 ülkede yaptığı araştırma, kadınların yoğun olarak çalıştığı iş kollarının ülkeden ülkeye farklılaştığını, ancak buna cinsiyetin değil, yönetim rejimi, kültür, din gibi faktörlerin sebep olduğunu göstermiştir (2). Ülkeler arası ortak olan, kadınların çalıştığı iş kollarında kazançlarının erkeklerden düşük olmasıdır.

Dünyada sağlık sektörü kadın yoğun bir meslek olmakla birlikte daha kazançlı olan doktorluk daha çok erkeklerin, daha düşük maaşlı hemşirelik ise daha çok kadınların çalıştığı alanlardır (1).

Tıpta uzmanlık dallarında kadın ve erkeklerin dağılımı farklılık göstermektedir. İngiltere’de 1986’da kadın uzman doktorların çeşitli uzmanlık alanlarındaki dağılımı şu şekilde bulunmuştur; %37’si çocuk psikiyatrisi, %19’u anestezi, %17’si genel psikiyatri, %7’si kardiyoloji, %0.06’sı genel cerrahi. Bu arada, halk sağlığı için çalışan doktorların %60’ı kadın olduğu halde bölge yöneticilerinin sadece %26’sı kadındır. Görüldüğü gibi doktor olan kadınlar için cinsiyet ayrımcılığı, uzmanlık alanı, statü ve maaş açısından devam etmekte ve rekabet, zorluk ve gelir açısından daha üst seviyelerde kadınlara pek fazla rastlanmamaktadır (3). Her ne kadar uzmanlık alanlarındaki kadın oranları giderek artsa da kazancı yüksek olan alanlarda halen erkekler hakimdir (1).

Tıp alanlarında kadın cerrahlar, erkeklere göre daha az olmakla birlikte gittikçe artan bir eğilim de gözlenmektedir. Ancak kadın doktorlar, seçtikleri cerrahi bölümlerde cinsiyetlerinden dolayı zaman zaman bazı sıkıntılarla karşılaşabilmektedirler (4-6).

Bu çalışmada çocuk cerrahlarının cerrahide toplumsal cinsiyet rolleriyle ilgili düşüncelerini ve kadın cerrahların karşılaştıkları sorunları saptamak amaçlanmıştır.

## YÖNTEM:

Bu çalışma tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır. Bir ulusal çocuk cerrahisi kongresine katılan çocuk cerrahlarına, cerrahide ve tıpta kadının rolüne ilişkin sorulardan oluşan bir anket formu dağıtılmıştır.

Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, çalıştığı kurum, görev ünvanı gibi demografik veriler, çocuk cerrahlarının tümüne mesleklerini uygulamaları sırasında üstleri, alt kademlileri, eş kademlileri ya da diğer sağlık personelinin cinsiyetleri nedeniyle uyguladıkları tutum ve davranışlar, sadece kadın olan çocuk cerrahlarının da kliniklerinde karşılaştıkları olumsuz tutum ve davranışlar sorgulanmıştır. Bazı meslekleri hangi cinsiyete daha uygun buldukları ve kadın cerrahlık konusundaki tutumlarını sorgulayan sorular ankette yer almıştır. Anketlerin % 90’ı geri dönmüştür.

Verilerin analizi SPSS 15.0 programında yapılmıştır. Verilerin sunumunda sayı ve yüzdeler kullanılmıştır. Değişkenler arası incelemelerde kare analiz uygulanmıştır.

## BULGULAR:

Araştırmaya 23 kadın, 80 erkek çocuk cerrahı katılmıştır. Çoğunluğu (% 33) 35-39 yaş grubundadır. Araştırmaya katılan cerrahların % 82.5’i evli, % 15.5’i bekarken (Tablo 1), erkeklerin % 90’ı, kadınların % 56.5’i evlidir.

**Tablo 1: Araştırmaya katılan çocuk cerrahlarının bazı demografik özellikleri:**

	n	%
<b>Yaş grubu</b>		
25-29	16	15.5
30-34	18	17.5
35-39	34	33.0
40-44	13	12.6
45-49	11	10.7
50+	11	10.7
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	23	22.3
Erkek	80	77.7
<b>Medeni durum</b>		
Evli	85	82.5
Bekar	16	15.5
Diğer	2	1.9

**Tablo2: Araştırmaya katılan çocuk cerrahlarının görev ünvanlarının cinsiyete göre dağılımı**

	Kadın		Erkek	
	n	%	n	%
Asistan	11	42.3	15	57.7
Uzman	7	19.4	29	80.6
Yardımcı doçent	4	25.0	12	75.0
Doçent	1	8.3	11	91.7
Profesör	0	0.0	13	100.0

Araştırmaya katılan profesörlerin hepsi erkektir. Doçentlerin % 91.7'si, yardımcı doçentlerin % 75'i, uzmanların % 80.6'sı ve asistanların 57.7'si erkektir (Tablo2).

**Tablo 3: Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine göre mesleklerini uygularken “cinsiyetleri” nedeniyle karşılaştıkları tutum ve davranışlar**

	K		E		P*
	n	%	n	%	
<b>Üst kıdemlileri</b>					
Olumlu	2	8.7	6	7.5	
Olumsuz	6	26.1	4	5.0	0.01
Fark yok	15	65.2	70	87.5	
<b>Eş kıdemlileri</b>					
Olumlu	2	8.7	5	6.3	
Olumsuz	5	21.7	1	1.3	0.001
Fark yok	16	69.6	74	92.5	
<b>Alt kıdemlileri</b>					
Olumlu	3	13.0	7	8.8	
Olumsuz	3	13.0	1	1.3	0.026
Fark yok	17	73.9	72	90.0	
<b>Hekim dışı personel</b>					
Olumlu	5	21.7	16	20.0	
Olumsuz	3	13.0	0	0.0	0.004
Fark yok	15	65.2	64	80.0	

\* ki-kare

Kadınların %26.1'i, erkeklerin %5'i mesleklerini uygularken üstlerinin, kadınların %21.7'si, erkeklerin %1.3'ü eş kıdemlilerinin kendilerine cinsiyetleri nedeniyle olumsuz davrandıklarını (p=0.010, p=0.001, sırayla), belirtmişlerdir (Tablo 3)

Erkeklerin % 50'si cerrahlık için kadın yada erkek olmanın fark etmeyeceğini düşünürken, kadınların % 95.7'si fark etmez düşüncesindedir (p=0.001). Kadın çocuk cerrahlarının % 13'ü kadın olmaktan dolayı sözel tacizle, % 26.1'i cesaret kırıcı davranışlarla karşılaştıklarını bildirmişlerdir. İki hekim ameliyatlara alınmama, iki hekim araştırma faaliyetleri dışında tutulma, iki hekim sorumluluk verilmemesi ile karşılaştıklarını bildirmişlerdir. Kadın cerrahların % 22.7'si cerrahi eğitimin kadınlar için fazla yorucu ve zor olduğunu düşünürken, erkek cerrahların % 61.3'ü bu düşünceye katılmaktadır (p=0.001)

**Tablo 4: Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine göre bazı meslekler ve cinsiyet konusundaki düşünceleri**

	Kadın ya da Erkeğe uygun bulma				Fark etmez				p*
	K		E		K		E		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Öğretmenlik	4	17.4	27	34.6	19	82.6	51	65.4	0.091
Cerrahlık	1	4.3	39	50.0	22	95.7	39	50.0	0.001
Pediatrist	3	13.0	20	25.6	20	87.0	58	74.4	0.163
Dermatolog	4	17.4	22	28.2	19	82.6	56	71.8	0.224
Hemşire	5	21.7	53	67.9	18	78.3	25	32.1	0.001

\*: Fisher ki-kare  
Sütun yüzdeleri verilmiştir

Araştırmaya katılanlar, öğretmen, pediatrist ve dermatolog mesleklerini yapmak için cinsiyetin fark etmeyeceğini ifade ederlerken, cerrahlik mesleği için kadınların % 95.7'si cinsiyetin önemli olmadığını söylerken, erkeklerin % 50'si cinsiyetin önemli olmadığını söylemiştir ( $p<0.05$ ). Ayrıca hemşirelik mesleği için de kadınların % 78.3'ü cinsiyetin fark etmeyeceğini söylerken, erkeklerin % 32.1'i cinsiyetin fark etmeyeceğini ifade etmiştir ( $p<0.05$ ).

Yirmüç kadın cerrahı sadece bir tanesi cerrahlığın erkekler için daha uygun olduğunu düşünmekte iken, diğerleri cinsiyetin önemli olmadığını ifade etmişlerdir. Cinsiyet fark etmez diyen kadın cerrahların % 23.8'i "cerrahi eğitimi kadınlar için fazla yorucu ve zor bir eğitimidir" fikrine katılırken, % 76.2'si bu düşünceye katılmamaktadır.

Erkeklerin % 50'si cerrahlığın erkeklere uygun bir meslek olduğunu, % 50'si kadın erkek fark etmeyeceğini düşünmektedir. Cinsiyetin fark etmeyeceğini düşünen erkek cerrahların % 40.5'i aynı zamanda, "Cerrahi eğitimi kadınlar için fazla yorucu ve zor bir eğitimidir" fikrine katılmaktadır.

**Tablo 5: Kadın cerrahların kadın olmaktan dolayı klinikte karşılaştığı olumsuz tutum ve davranışlar:**

	n	%
Sözle taciz	3	13.0
Cesaret kırıcı söz ve yaklaşım	6	26.1
Küçük düşürücü davranış	1	4.3
Sorumluluk vermeme	2	8.7
Angarya işler	2	8.7
Sınavlarda subjektif değerlendirilmeme	2	8.7
Ameliyat ekiplerine alınmama	2	8.7
Araştırmaların dışında tutulma	1	4.3
Diğer	2	8.7
Olumsuz tutum ya da davranışla karşılaşmadım	1	4.3

## TARTIŞMA

Toplumsal cinsiyet, toplumların kadın ve erkekleri için farklı rolleri, sorumlulukları ve aktiviteleri uygun görmesidir. Tıpta da toplumsal cinsiyete dayalı bir işbölümü mevcuttur. Türkiye'de Kadın hekimler genellikle birinci basamak, dermatoloji, fizik tedavi, pediatri ve temel bilimlerde daha yoğun olarak bulunmaktadır. Cerrahi bölümlerde ise erkekler daha fazla yer almaktadır. Her uzmanlık dalının toplumsal cinsiyet kapsamında bir anlamı vardır. Uzmanlık alanında çalışma koşulları, kazanç düzeyi ve hasta kitlesinin özellikleri o alanın kadın ya da erkek hekimler tarafından seçilmesini etkilemektedir(7).

Gelişmiş ülkelerde bile cerrahi, kız öğrencilerin çok tercih ettiği bir bölüm değildir. Örneğin İngiltere'de yapılan bir çalışmada çoğunluğu kız öğrenci olduğu bir tıp fakültesinde kızların çoğunluğu cerrahi branş istememektedir (8).

Pediatri toplumsal cinsiyet rolleri açısından kadınlarla çocuklara daha yakın olduğu düşünüldüğünde, kadın doğum mahrem bir alan ve kadın hekim tercihinden dolayı kadınların seçtikleri alanlardandır (7).

Ülkemizde ilk olarak 1987 yılında Öğrenci seçme ve yerleştirme merkezince (ÖSYM) yapılan tıpta uzmanlık sınavı (TUS) uzmanlık alanlarında kadın ve erkeklerin dağılımında devrim yaratmıştır. Eskiden tüm cerrahi dallarda ihtisas imkanı kadınlar için hemen hemen sıfırken bu sınav sayesinde her sene daha çok kadın doktor, uzmanlık dalı olarak cerrahi branşları seçmeye başlamıştır. Ancak bu olumlu gelişmeyle birlikte bazı olumsuzluklar ortaya çıkmıştır. TUS ile cerrahi kliniklere ilk yerleşen kadın uzmanlık öğrencilerinin çoğu maalesef hocalar ve kıdemliler-

ince yıldırılıp ihtisas eğitimlerini yarıda bırakmak zorunda bırakılmışlardır. İçlerinde dirençli çıkan ve bugün profesör ünvanı almış alan bir azınlıkta vardır. Cerrahi kliniklerde kadın uzmanlık öğrencilerinin sayısı yıllar içinde bu dirençli öncülerinin ışığında artmıştır.

Çocuk cerrahisi kadınlar tarafından özellikle tercih edilen cerrahi dallardan birisidir. Bunda dalın kendine has özelliklerinin yanı sıra eğitim veren kişilerin de payı vardır. Pek çok cerrahi dal çalışanlarına nazaran çocuk cerrahlarının kadın meslektaşlarına bakışı daha ılımlıdır. Bunun sonucunda da günümüzde uzmanlık öğrencileri içinde kadınların oranı yarıya yaklaşmıştır. Bugüne dek bu alanda kariyer yapmaya çalışan meslektaşlarımızın karşılaştığı zorlukları dile getirerek bu konuda bir duyarlılık oluşturmak ve arkamızdan gelenlere daha iyi koşullar sağlanmak amacıyla bu anket çalışmasını yaptık.

Çalışmamızın bazı eksiklikleri vardır. En önemli sadece bir cerrahi branşı içermesidir. Bu anketin başka cerrahi branş çalışanlarına da uygulanıp karşılaştırma yapılması daha iyi olurdu. Hatta tıp dışı meslek gruplarıyla karşılaştırma yapılması da gerekir. Bir diğer eksikliğimiz bu anketin yapılması ile sunulması arasında 5 yıl gibi bir zaman geçmiş olmasıdır. Bu süre içinde durum kadınların biraz daha lehine değişmiştir. Bir diğeri de sadece kongreye katılabilenlere ulaşılmıştır. Ama sayı tüm meslek grubunu temsil etmeye yeterlidir.

Bu çalışma göstermiştir ki; zaman içinde kadınların sayısı artmıştır ve bu artış devam etmektedir. Kadın çocuk cerrahlarının anne olma yaşı erkeklerle aynıdır ki bu normal toplumsal verilere göre oldukça geç bir yaşır. Meslekleri kadınların evlenme ve çocuk sahibi olmalarını etkilemektedir.

Çocuk cerrahisi uzmanlık eğitimi alırken kadınlar gerek üstlerinin, gerek eş kıdemlerinin ve gerekse astlarının olumsuz davranışlarına maruz kalabilmekte ve bir katılımcının deyimiyle beğenilmek için erkek meslektaşlarının 2 katı çaba göstermek zorunda kalmaktadırlar. Sözle taciz başta olmak üzere küçük düşürücü davranışlar, cesaret kırıcı söz ve yaklaşım, sorumluluk verilmemesi, angarya işler verilmesi, sınavlarda objektif değerlendirilmeme, ameliyat ekiplerine alınmama, araştırmaların dışında tutulma ifade edilen belli başlı olumsuz davranışlardır. Katılımcı kadın cerrahlardan sadece biri olumsuz tutum ya da davranışla karşılaşmadığını belirtmiştir.

Erkek çocuk cerrahları kız olsun erkek olsun çocuklarının cerrah olmasını istememektedirler.

Erkek çocuk cerrahları “aşağıdaki mesleklerin hangisi kadınlar için hangisi erkekler için daha uygundur?” diye sorulduğunda kadınlara nazaran oldukça fazla oranda meslekleri cinsiyetlere uygunluklarına göre kategorize etmişlerdir. Kadın çocuk cerrahları ise hemen tüm mesleklere kadın veya erkek olunması fark etmez şeklinde yanıt vermişlerdir. Yalnızca bir kadın katılımcı cerrahinin kadınlara uygun olmadığı yönünde fikir bildirmiştir. Erkeklerin içinde de meslekleri daha fazla sınıflandıranların kadın cerrahlarla ilgili ayrımcılığı ifade eden “kadınlarla çalışmak zor, cerrahi eğitimi kadınlara göre değil” gibi ifadelere daha fazla oranda katıldığını saptadık. Yine eşi doktor olan erkeklerin eşi hemşire ve öğretmen olanlara kıyasla daha sık ayrımcı ifadelere katıldığını ve meslekleri sınıflandırdığını saptadık.

Bu çalışma konu ile ilgili ülkemizde yapılan ilk çalışmadır ve aslında soysala sir inceleme sağlıkçılar tarafından yapılmıştır. Kısıtlılıklarına rağmen oldukça önemli sonuçlar elde edilmiştir. Sonuç olarak bu çalışma göstermiştir ki; erkek cerrahlar, cerrahi branşın daha çok erkeklerle uygun bir branş olduğunu düşünürken, kadın cerrahlar, cinsiyetin cerrahlık için önemli bir farklılık yaratmadığını düşünmektedirler. Kadın cerrahlar, mesleklerini uygularken cinsiyetlerinden dolayı sıkıntılarla karşılaşmaktadırlar. Tıp eğitimi süresince hekimler, kadınların toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda eğitim almalıdırlar.

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmada uygulanan anket soruları konusunda yardımcı olan Doç. Dr. Mihriban Şengül'e teşekkür ediyoruz.

**KAYNAKLAR:**

1. Bekata Mardin, N., Tulun, A.M. ve diğerleri. 2000. Sağlık Sektöründe Kadın, T.C. Başbakanlık KSSGM Yayını.
2. Ferber, M. & Lowry, H. "Women's Place: National Differences in the Occupational Mosaic" *Journal of Marketing*. 1977:23-30.
3. First-Cozens, J. 1991. "Women Doctors" in J. Firth-Cozens & M.A. West (eds) *Women at Work*. Philadelphia. Open University Press.
4. Williams C, Cantillon P. A surgical career? The views of junior women doctors. *Medical Education*. 2000;34 602-607
5. Geisler JP, Mernitz CS, Geisler MJ, Harsha CG, Eskew PN Jr. Does gender discrimination exist in a gynecology training program in a private hospital? *Clin Exp Obstet Gynecol*. 1999;26(2):53-5.
6. Hickman R. Is full-time surgical research a career for a woman? *Arch Surg*. 1993 Jun;128(6):654-7.
7. Tıp Mesleğinde Toplumsal Cinsiyet İklimi. Dr. Didem Gediz Gelegen. [www.ttb.org.tr/kadinhekim/file/didemgelegen.ppt](http://www.ttb.org.tr/kadinhekim/file/didemgelegen.ppt) (Ulaşım tarihi: 20.3.2010)
8. Fysh TH, Thomas G, Ellis H. Who wants to be a surgeon? A study of 300 first year medical students. *BMC Med Educ*. 2007 Jan 19;7:2.



## Bedene Zimmetlenmiş Cinsiyet ve Tıp: Homo Sexus

Elifhan Köse<sup>1</sup>

Modern çağın öznesinden beklenen homo economicuslaşma sürecini homo sexus, yani cinsel insan olmakla taçlandırmasıdır. Modern cinsiyetlerin oluşturulması; zaman, mekân ve dil gibi çeşitlendirilebilir deneyimlerin standartlaşmasına ve deneyimleme aracı olan bedenlerin tıbbın yardımıyla üreme odaklı çift cinsiyetli bir kutuplaşmaya indirgenmesine bağlı olarak mümkün oldu. Böylelikle cinsiyetleri anlatan bütün sembolik evren bedenlere tıkıştırıldı. Gender bu çalışmada Ivan Illich'in işaret ettiği gibi cinsiyetin bedenlere sıkıştırılmadığı ve salt üreme odaklı deneyimlenmediği premodern bir evrenin cinsiyet evrenini imler. Gendersiz cinselliğin oluşumu ise homo economicusun ortaya çıkmasının zorunlu ön koşullarından biridir.

**Anahtar Sözcükler:** dişillik, beden, cinsiyet, toplumsal cinsiyet, modernlik

### Embodied Sex and Medicine: Homo Sexus

Modern liberal subject is formed as homo economicus and homo sexus. Being formed of modern gender identity depends on standardization of symbolic systems of time, space and language and medicine also helped to this process by sexing bodies in two dichotomic polar. By this way all symbolic systems full of gender meaning was forced into bodies in this way embodied sex emerged. In this paper "gender" refers to premodern sex conception as used by Ivan Illich and means to unity of all gendered symbolic systems, i.e. space, time, language and bodies. Bodies without gender is essential to modern sexuality culture working by embodied sex. Embodied sex is also essential to emerging of homo economicus called liberal subject.

**Key words:** femininity, body, sex, gender, modernity

### Modernlik ve Beden

Bedenin toplumsal olarak görünmezliği ile modern toplumsal olguların cinsiyetsizleştirilmesi ve toplumsalın nötr bir yapı olarak kavranmasının arasında pek çok çalışmada dile getirilmiş bir bağlantı mevcuttur. Bu bağlantının nasıl kurulduğunu anlamak adına 17. yüzyılın iki önemli doğuşuna dikkat etmek gerekir (Gatens,1996:50). Birincisi öznesinin aklın ve mantığın insani tutkulara ve bedene hükmettiği, egemenlik ilişkilerinin merkezinde ortaya çıkan 'insan özne'dir. İkincisi ise insani arzu ve ihtiyaçların yönetilmesi üzerine dizaynedilmiş, aklın bir ürünü olarak sunulan modern siyasal bedenin (body politic) doğuşudur. Özellikle sözleşmecî yaklaşımlarda karşılığını bulan sözleşmeyle oluşturulan bu siyasal beden ile insan öznenin doğuşunun birlikte bir ikiz doğummuşçasına ele alınması gerekir "Beden hiyerarşik emir-komuta mekanizmalarıyla ve bütünlüklü işleyiş biçimiyle krallığın hem hükümdara bağlı olduğunu, hem de kişilere indirgenmiş bir otoriteye sahip olduğunu simgeleyen geleneksel göndergelerden biridir" (Vigerello, 2008: 314).

Fakat burada daha önemli olan siyasal bedenin yaratılmasının "annesiz bir doğum" olarak bir nevi erkeksi bir kendi kendinden üreme (masculine auto-reproduction) olarak gerçekleşiyor olmasıdır. Bu annesiz doğum ve anne-

<sup>1</sup> Arş. Gör. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

siz siyasal beden, erkek aklının ‘doğurganlığı’nın bir ürünü olarak aynı zamanda “ölüm”den de muaf olduğundan sonsuz bir ömre sahiptir (Gatens, 1996: 53). Modernlikte, ilerlemeci mantığa içkin olan gelecek fikri süre giden düzen için aşkın referanslar yaratma adına her zaman beden karşısında akla önem verecektir. Bedensel bir semptom olarak özellikle ölüm, modern toplumda yaşamdan ötelenir, sahne arkasına atılır. Doğum ise feminize edilip tıbbileştirilerek ‘insan özne’nin “kontrol”u altına alınacaktır. Modern siyasal beden, devletin kendisini bedensel metaforlarla doğallaştırmasına karşın, beden, doğum, ölüm hastalık gibi bedeni “zayıflatan” semptomlarına karşılık auto-masculine production bir üretim olarak devlet kendisini ebedileştirme fırsatı yakalamış olur. Ölüm ve yas, hem Elias’ın (2000) dikkat çektiği gibi yaşamın görmezden gelinen parçaları haline dönüştürülürler.

Beden-akıl bölünmesinin radikalleşmesi ile ölüm-hayat ve diğer ikiliklerin birbirinden kopuşu arasında güçlü bir bağ vardır. İkiliklerin modernlikteki dengesi Marcos’un söylediği gibi artık akışkanlığın değil sabitliğin dengesidir (2006: 102). Bu döngünün kırılması, ölümle hayatın birbirine dönüşen döngüsünün kırılmasına ve ikisinin birbirinden ayrılmasına, modern gündelik hayatta ölümün ve ona dair kederin görünmez kılınması çabasına eşlik eder. Bu ikiliklerin birbirinden ayrılıp kendinde sabitlenmesi hayatın kederini ölümün ise neşesini ortadan kaldırır. Burada elbette eziyet törenlerinin ve öldürmenin modernlikte sahne arkasına çekildiğini gösteren Foucault’u anmadan geçmek olmaz (Foucault,2000). Modernliğin gündelik kültüründen bedensel semptomlarının dışlanmasıyla modern siyasal kültür de saf akılla bedenselleşmiş bir politik beden haline gelir.

Siyasal beden, ima ettiği akıl ve cinsel olarak nötr durumun ortaya çıkışı ise organizma bedenlerin cinselleşmesiyle mümkün olacaktır. Premodern toplumda cinsellikten ve diğer yerel bağlaşıklardan(mekan ve zaman) bağımsız bir yaşam ve siyasal sistem düşünmek mümkün değildi. Örneğin eski yerli kültüründe kadınlık halinin yaşamın her haline içkin durumundan bahsedilmektedir: “ O her edime,- tohum ekmeye sevişmeye, gebe kalmaya, çocuk doğurmaya, öğretmeye ve tedavi etmeye ve oğullarını ve kızlarını eğitmeye, çömleğe biçim vermeye ve süslemeye – hatta ölüme hazırlanmaya bile nüfuz etmişti” (Mchale,2006:67). Illich modern cinsiyet kavramının insanın mekan ve zaman algısının, araçlar kullanarak yaşam için gerekli ürünleri yetiştirebilmesinin ayrılmaz bir koşulu olan premodern “gender” kavramından koptuğunu söylerken aynı bilgiyi yineler. Gender bağlamından koparılıp cinsiyetleştirilen insan varoluşu, sadece üreme özelliğini ifade eden bir parçalılığa sığdırılır. Cinselleşme soyun üreme arasındaki ilişkinin sadece bedene ait bir sürece indirilmesi bedenlerin cinselleştirilmesiyle gerçekleşecektir. Ayrıca böylelikle eskiden cinsellik hem dişili hem de erili işaret ederken, modernlikte artık soyun üreme görevi kadını bedenselleştiren ve cinselleştiren bir süreç olduğundan, daha çok dişil olanı çağırıştıracaktır. Modernlik, erkeği bedeninden bağımsızlaştıran ve akılla simgeleştiren bir gündelik ve siyasal kültüre sahiptir.

### **Zaman ve Mekânın Standartlaşması: Cinsel Bedenin Doğuşu**

Modern siyasal zaman, mekân standartlaşmasının bir sonucu olarak bedenlerin de homojenleştirildiği bir tarihsel dönemdir. Zamanın standartlaşmasının sembolü yeryüzünde geçerli tek evrensel saatin Greenwich sisteminin kullanılmasıdır ve greenwivh sistemi mekânın da evrenselleşmesine, başka bir deyişle mekânın dilinin “hız” kavramında olduğu gibi ve “zaman ölçümüne çevrilerek homojenleştirilmesine neden olur. Griffiths’e göre binlerce zaman vardır ve birine bir tane zaman olduğunu söylemek hem doğru değildir, hem de son derece politiktir. Zamanın nasıl kavranıldığı hakim cinsiyet değerleri için de ipucu niteliğindedir: Döngüsel zaman dişilliği temsil ederken çizgisel zaman erilliği ifade eder (Griffith,2003). Döngüsellik kökeni menstürasyondan gelir:

“Zaman ve dalgaları çeken ay denizde gelgit dalgalarına, döllyatağındaysa kan dalgalarına neden olur..ayın dolunaydan yeni aya değişen hallerinin oluşturduğu dizi bir ay sürer ki bu kadınların aylık zaman deneyimine karşılık gelir, güneşe hep aynı biçimdedir, tıpkı erkeğin zaman deneyimi gibi” (Griffith, 2003:128).

Kadının aylık döngüsü onu, her şeyin tahmin edilebilir ve tutarlı olmasının beklenildiği homojen evrensel-eril zamanın dışına atar. Bu zaman sisteminde eril zamanın Griffiths tarafından çizgisel, ileri doğru akan homojen bir zaman akışı olarak teorileştirildiği anlaşılıyor.

Bu homojenleşme sistemi içerisinde bedenün homojenleştirilmesi ise geleneksel yaşamda gündelikliğe yayılmış olan mekânları ve zamanları da kapsayan cinselliği, bedenlere özellikle tıp yoluyla zimmetleyerek denetim altına aldı. Bu noktada modern cinselliğin üreme odaklı ve erotizm olarak ikiye ayrılması ve doğum yapan öznenin kadın olması dolayısıyla üreme eylemi “doğum” olarak tümüyle feminize edildi ve tıbbileştirildi. Diğer yandan üremeye endekslenmiş modern cinsellik kültürü geleneksel cinsiyet kültüründe birbirine çevrilebilir eril ve dişillik bedenlerde sabitleyerek, ya dişi ya da eril olmayı getirdi. Nötrleşme ve homojenleşme, simgesel düzenler arasındaki sınırların netlikle çizilmesini gerektirir. Simgesel homojenleşmenin mevcut olmadığı örneğin orta Amerika kültüründe ise eril dişil ikilik arasında bir akışkanlık mevcuttur:

“Akışkanlık eril ve dişile sürekli yer değiştirme doğasını kazandırarak, iki kutupluluğun kapsamını derinleştirir. Akışkanlık sayesinde dişillik her zaman erillğe geçiş içindedir ve erillik de aynı şekilde dişillğe. Bu akışkan simgesel düzenin önemi her bedenün erillikten ve dişillikten payını alması, “ikiliğin her nesnede, durumda, tanrıda ve bedende izini bırakarak tüm kozmosa nüfuz etmesi”dir (Marcos: 2006:101).

Burada nötrleşme ve homojenleşme kavramının beden ve cinsiyet algısını nasıl değiştirdiği anlayabilmek için İlich’in premodern “gender”in modern “cinsiyet”e dönüşmesinin seyrini izlediği çalışmasına bakılmalıdır. İlich “gender” terimini davranışlardaki bir ayrımı, vernacular kültürlerdeki evrensel bir ayrımı belirtmek için modern “cinsiyet” kavramından ayırt ederek benimser. Gender kavramı öznedeki ve bedeninde cisimleşmeyen bir cinsiyet haline, özne, zaman, mekân ve araçlar birliğine işaret eder. Başka bir deyişle insanın cinsiyetini bedene kapatmaz, cinsiyet zaman mekân ve araçlara içkindir:

“Bu terim [gender] erkeklerle bütünleşen yerleri, zamanları, aletleri ve görevleri konuşma biçimlerini jest ve kavrayışları kadınlarla bütünleşenlerden ayırt eder...Bütünleşme bir zaman ve yere özgü olduğu için toplumsal genderi oluşturur...Cinsiyet 18. yüzyıl sonlarından itibaren bütün insanoğluna atfedilen ortak karakteristiklerdeki bir kutuplaşmanın sonucu” (İllich, 1996:13-4).

Nötrleşme kavramı, İlich’in meta alışverişinin kolaylaştırılmasının zorunlu olduğu sanayi kapitalizmde farklılıklarının yok edilmesi olarak kullandığı “uniseks” kavramıyla bağdaştırılabilir. “Modern cinsiyetin(sex) yeni gendersiz anlamı “cinsellik” gibi terimlerle açıkça ortaya çıkar. Bir anahtar sözcük olarak işlev gördüğünde cinsiyet(sex) paradoksal olarak gendersizdir. Gendersiz cinselliğin oluşumu homo economicusun ortaya çıkmasının zorunlu ön koşullarından biridir”(İllich, 1996:26). Bu nedenle İlich ekonomik cinsiyeti vernacular genderin karşısına koyar. Gender tözellğine karşılık, ekonomik nötrdeki cinsiyet insan deneni nötr oluşa eklenilebilir ve eklenilemediği durumda insan oluşu eksik kalmaz. “Nötrün bakış açısında cinsiyet tali bir nitelik, bireyin bir zenginliği insanoğlunun sıfatsal bir karakteristiğidir”(İllich:1996:103). Modern siyaset kültürünün dayandığı homojen sistemler, zamanın dişil ve eril olmanın büyük sorumluluğunu böylelikle bedenlere yıkarak insan varoluşunu, bedensel cinsiyet sınırlarıyla sabitlenmiş homo sexus lar haline getirdiler.

Modern liberal özerk “birey” algısının yaratılmasında cinselliğin bedenlere endekslenmesi ve bedenlerin sınırlarını dışarı kapamasının önemli olduğunu yeniden söylemek gerekir. Modern siyasal öznenin yaratılmasında beden-akıl tamamlayıcılığından filizlenen “insan” öznesi, rasyonelleşen akıl ve bireyselleşen bedenün birlikteliğinden doğabiliyordu. Zamanın, mekânın ve dilin standartlaşmasıyla cinsiyetler bedenlere sığdırılıyor ve taşanlar ise hastalıklar ve suçlar olarak kategorize ediliyorlardı. Cinsiyetlerin Foucault’nun söylediği gibi bedenlere tıkkıştırılmasında modern tıbbın hizmeti etkileyici olacaktı. Modern tıbbın gelişimi de kadın bedenini özellikle üreme fonksiyonları üzerinden ilgi alanı haline getirilmişti. Erkek bedenlerinin tıbbın alanına girmesi çok daha erken olmasına rağmen özellikle dünyanın keşfedilmemiş hiç “karanlık hiçbir köşe” si bırakmayan aydınlanmacı görüşe uygun olarak insan bedenlerine yöneldiler. Rahim elbette ki bu konuda etkili bir baştañçıkarcıydı. İlich Dr. Sims’in spekülomla olan macerasını aktarıyor:

“Dr. Sims in öyküsü: 1845te bayan Merrill i dört ayaklı yapma düşüncesi vardı. (O zamandan beri sims pozisyonu diye terimlendiriliyor). Vajinayı açık tutmak için bir kaşık sapı uyarladı. Günlüğünde şunları diyor: kıvrık sapı içeri sokunca hiçbir erkeğin daha önce görmediği asla görmemiş olduğu her şeyi açıkça görüyordum...spekülom girişten itibaren her şeyi açıkça gösteriyordu...kendimi tıpta yeni ve önemli bir şeyi keşfeden bir kaşif gibi hissediyordum. Bir meslektaş olan Dr Baldwin bunu şöyle yorumladı : “simsin spekülomu rahim hastalıklarına ulaşmak oldu..tıpkı denizciler için pusula gibi” (İllich,1996:39).

18. yüzyıla kadar üreme kültürü kadınların erkeklerin kopyası olduğuna, rahmin ters bir penis şeklinde kadının içerisinde bulunduğu dair bilgiler üzerinden işlemekteydi (Laqueur,1997). Yani kadın erkeğin ters bir kopyası olarak görülmekteydi. Tıbbi araştırmalarla bedenin içerisine bakış yeni bir üreme ve kadınlık hakikati yaratmaktadır. Böylelikle doğru cinselliğin üremeye endekslendiği modern cinsellik kültüründe rahmin işlevinin ayrıntılarıyla keşfedilmesi kadın bedenini rahim üzerinden erkek bedeninden kesin olarak farklılaştırmayı mümkün kıldı. Diğer yandan doğum ve özellikle adet kanaması üzerine modern yaşam içerisinde kadını patoloikleştiren ve büyük oranda tüketilen popüler tıp yazının pervasızca üremesine neden oldu.

Kadın böylelikle giderek cinselleştirilirdi ve kadınlar için etkin-özne oldukları cinsellik bir tür patoloji diliyle aktarılırken (modern erotik kültürde kadının nesne olduğu unutulmamalı), erkekler kadını sarıp sarmalayan cinsiyet kültüründen sıvışmayı başardı! Ancak diğer yandan erilliğin dominant değerlerini taşımak zorunluluğunu hissettiler, yani “erkek” olmak ya da daha çok görünmek zorunda kaldılar. Görülüyor ki gündelik hayatın standartlaştırıcı simgesel düzenlerinde cinselliğin bütün yükünü beden ve davranışları çekmek zorunda kaldı. Başka bir deyişle her gün aynı saatte kalkıp, aynı araçlarla çoğu zaman aynı işi yapmak üzere yola koyulan ve aynı apartman dairelerine dönen erkek ve kadınlar için erkek ve kadın olmak sadece bedenleriyle ve davranışlarıyla sergileyebilecekleri bir performans şekline dönüştü. Böylelikle homo sexuslaşma sürecimiz giderek derinleşmiş oldu.

### Kaynaklar:

- Elias,N. (2000), Uygarlık süreci I : Sosyo-oluşumsal ve psiko-oluşumsal incelemeler : Batılı dünyevi üst tabakaların davranışlarındaki değişimler, çev. Ender Ateşman, İletişim:İstanbul.
- Foucault, M. (2000), Hapishanenin doğuşu, Çev. M.A. Kılıçbay, İmge: Ankara
- Gatens,M.(1996), Imaginary bodies : ethics, power, and corporeality, Routledge:NY.
- Griffiths,J.(2003),Tık Tak:Zamana Kaçamak Bir Bakış,çev.Ertuğ Altınay,Ayrıntı:İstanbul
- Illich,I.(1996), Gender, Çev. Ahmet Fethi, Ayraç: Ankara
- Laqueur, T.(1997), “Orgasm, Generation, and the Politics of Reproductive Biology”, The Gender/Sexuality Reader: Culture, History, Political Economy, eds. Lancaster, R. Ve di Leonardo M., Routledge:NY and London.
- Marcos, Silvia(Der)2006, Bedenler, Dinler ve Toplumsal Cinsiyet, Ütopya: Ankara
- McHale,Catherine(2006),Çiçek Açmış Açlık: Lakota Dilbiliminde ve Huaroni Ritüel Dil Kuramlarında Simgesel Doygunluk, Bedenler, Dinler ve Toplumsal Cinsiyet,ed. Sylvia Marcos,Ütopya: Ankara.
- Vigerello, G.(2008), “Kralın Bedeni”, Bedenin Tarihi 1, Corbin ve diğ. Eds, çev. Saadet Özen, YKY:İstanbul.

## FEMİNİST KADINLARIN SAĞLIK ORTAMINDA CİNSİYETÇİLİK DEĞERLENDİRMELERİ

Dr.Lale Tırtıl\*, Dr. Suzan Saner \*\*

### Amaç:

Tıp eğitimi ve uygulamaları sırasında bireyler arasında dil, cins ve sınıf ayrımları yapılamayacağı bilinmektedir. Bununla birlikte tıbbi uygulamalarda ve meslek seçiminde cinsiyetçi yaklaşımların olduğu belirtilmektedir.

### Yöntem:

Bu çalışma feminist örgütlerde kadın politikası ile ilgilenen kadınların sağlık ortamı deneyimlerini cinsiyetçilik yönünden değerlendirmeleri amacıyla yapılmıştır. Sosyalist Feminist Kollektif üyeleri arasından rastgele örnek-leme yöntemi ile seçilen kişilere araştırmacıların literatüre dayanarak oluşturdukları anket uygulanmıştır.

### Bulgular:

Çalışma sonucunda elde edilen verilere göre sağlık hizmetinden yararlanan ve feminist yaklaşımı nedeniyle bir örgütte uğraş veren kadınlar, sağlık ortamında uzmanlık alanlarına, hizmetin verildiği yer ve yoğunluğa göre değişen cinsiyetçi özellikler bulunduğunu belirtmektedir.

### Sonuç:

Tıp eğitimi ve uygulamaları sırasında cinsiyetçi nitelikte bulunan yaklaşımlar konusunda farkındalık oluşturulması gerekmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımlamasıyla sağlık, "sadece hastalık ve sakatlık olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir". Kadınlara karşı toplumsal cinsiyete dayanan ayrımcılığın dayattığı eşitsizlikler, sağlığa erişimlerine de yansımaktadır. Birleşmiş Milletler tarafından 1998 yılında imzaya açılan Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi; kadınların sağlık hizmetlerinden eşit yararlanabilmesi için taraf devletlere sorumluluk yüklemektedir. DSÖ'nün 2001 yılında hazırladığı Avrupa Bölgesi Kadın Sağlığı Stratejik Eylem Planı; Avrupa'nın en gelişmiş ülkelerinde bile kadın ve erkek arasında sağlık yönünden farklılıklar olduğunu ortaya koyar. Sağlık ölçütlerinin en önemli etkenlerinden biri yoksulluktur. Toplumsal eşitsizliğe bağlı olarak kadınların erkeklerden farklı ve daha fazla sağlığa ilişkin riskleri vardır.

Bilimlerle toplumsal cinsiyet arasındaki ilişkiler üzerine yapılan incelemeler, tarihte bilimsel araştırmaların erkek bireyler tarafından ve onlar için yapılmış olmasının, bilimsel bilginin evrimini şekillendirdiğini göstermektedir. Bilimin yansızlık, nesnellik, ussallık ve evrensellik tanımları, hatta bilgiyi aktarırken kullanılan mecazlar, gerçekte genelde bu bilimi yaratanların –batılı ve egemen sınıftan erkeklerin- bakış açısını içermektedir. Bilim tarihi çoğunlukla önemli "keşiflerde" bulunmuş "önemli" erkeklerin –ve özenle seçilmiş bazı kadınların- birbiri ardından gelen çalışmaları olarak sunulmuştur. "Kendilerini adanmış eşler", "becerikli teknisyenler" ve adları resmi bilim tarihinden silinmiş başka "adsız çalışma arkadaşları"nın katkıları görünmez kılınmıştır.

\* Adli Tıp Uzmanı Adli Tıp Kurumu Büyükçekmece Şube Müdürlüğü laetirtil@gmail.com

\*\* Psikiyatri Uzmanı

Toplumsal cinsiyet rolleri kültürler arasında ve aynı kültür içinde zamanla değişmektedir. Bakım emeği ve ev işi yapmakla da yakından ilgili olan hastalıklardan depresyon ve anksiyete bozukluğu görülme sıklığı tüm dünyada kadınlarda, erkeklerdekenden en az iki kat fazladır. Kadınlık rolü üzerinden iktidarı üretmekte tıbbın katkısına örnek olarak, premenstrüel sendrom verilmektedir: ‘Kadın’ kategorisinin en önemli özelliklerinden biri olan adet görme, psikiyatrik bir tanıya kaynaklık etmekte ve kadın tanımına katkıda bulunmaktadır. Bu tanıyla kadında doğal bir sürecin, bir hastalık tanısıyla eşleşmekte olduğu; yani kadınların stigmatize olduğu ileri sürülmüştür. Benzer biçimde kadınlar için doğal bir süreç olan menopozda hormon replasman tedavilerinin etkinliği ve güvenilirliği de halen tartışılmaktadır.

Psikiyatride eşcinselliğin hastalık olarak tanımlanmaktan çıkarılması 1980 yılında gerçekleşmiştir. Ruhsal hastalıkların tedavisinin en iyi toplum içinde olabileceği anlaşıldığından, depo işlevi gören akıl hastanelerinin boşaltılması da çok eski değildir. 1968’in antipsikiyatri akımının teorisyenleri psikiyatri-aile-hapishane benzeşmesine dikkati çekmişlerdir. “Kutsal aile” içi tecavüz, cinsel saldırı ve şiddetin görünür hale gelmesinde, bütün bu bilimsel yaklaşım değişikliklerinde, toplumsal hareketlerin (LGBTT hareketi, feminizm, antipsikiyatri) etkisi göz ardı edilemez.

Kadınların bakışından sağlık ortamının değerlendirilmesi; tıbbın cinsiyetçi uygulamalarına ilişkin eleştirilerin tanımlanmasını sağlayacaktır. Bu çalışma, feminist bir örgüte üye olarak politika yapan kadınların, sağlık ortamı deneyimlerinin cinsiyetçilik yönünden değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Literatür araştırmasında benzer örneklem grubu çalışmasına rastlanmamıştır.

## Yöntem

Araştırmacılar tarafından hazırlanan sorulardan oluşan anket formu, feminist örgüt üyelerinin tümüne gönderilmiş, araştırma süresi on gün olarak belirlenmiştir. Anket iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; sosyodemografik veriler ve sağlık hizmetine başvuru özelliklerini ortaya koyan sorular ile feminist literatürde belirtilen kadın sağlığı konularına odaklanılmıştır. İkinci bölümde; sağlık hizmeti sunumu sırasında yaşanan cinsiyetçiliği inceleyen sorular sorulmuştur. İkinci bölümde sorular Likert ölçeğine göre yapılandırılarak veriler değerlendirilmiştir. Kadın sağlığına ilişkin medya değerlendirmesi, sağlık sisteminin genel değerlendirmesi sorulmuştur. Feministler tarafından sorular yanıtlanmakla birlikte; bazı ifadelerin kendisinin cinsiyetçi belirlenimler içerdiği belirtilmiştir.

## Bulgular

Anket formu 200 üyesi bulunan örgütün 80 üyesi tarafından yanıtlanmış, katılım %40 olmuştur. Katılımcıların yaş dağılımında ikinci dekad (%35) ve üçüncü dekad (%31) çoğunluktadır. Evli olmayanlar 34 kişi (%42,5) ile ağırlıkta olup evli olanlar 21 (% 26,2) kişi, boşanmışların oranı % 23,8’dir. Medeni durum başlığı ile sorulan soru feministler tarafından eleştirilmiş, yasal ve görünür olanın kendilerini tanımlamadığı belirtilmiş ve “diğer” olarak 6 (%7,5) kişi yanıt vermiştir. Katılanların 59’unun (%73,8) çocuğu yoktur. Katılan kadınların örgütsel deneyimi çoğunlukla 1-2 yıl iken (%50), 17 kadın (%21,2) örgütsel deneyimini beş yılı aşkın zaman olarak belirtmiştir.

Sağlık kuruluşlarına başvuru %55’inde yılda beş ve daha az sayıda olmaktadır. Çoğunlukla sigortalı (%93,8) olup sigortalı bir işte çalışanların (%76,3) %21,2’si özel sağlık sigortasını tercih etmektedir. Sağlık sorunu yaşadığında; sağlık kurumuna başvuranlar 28 (%35) kişi olurken 35 kişi (%43,8) önce yakınlarına danışmaktadır.

Örneklem grubu genel olarak; hastanede kendini gergin hissettiğini (%56,2), buna karşın çaresiz (%43,8) hissetmediğini bildirmiştir. **Genel muayenede** hekimin kadın olmasının çoğunluğu (%52,9) rahatlatmadığı, **jinekolojik muayenede** de çoğunluğun (%60) erkek hekimden rahatsız olmamaktadır. **Psikiyatrik muayenede** çoğunluk (%55) erkek hekimden rahatsız olmazken; grubun %46,8’ine göre muayene eden hekimin cinsiyetinin önemi yoktur. Kadın hekimlerin, mahremiyete daha saygılı olmadığı (%67,1) ve daha çok açıklama yapmadığı (%57,5) bildirilmiştir. Buna karşın, “kadın hekimlerin bilgisine güvenmiyorum” ifadesine %66,2 “kesinlikle katılmadığını” belirtmiştir. Kadın hekim yerine kadın hemşireyle daha iyi anlaşabildiğini söyleyenler daha azdır. Eşcinsel bir hekime muayene olmaktan ‘kesinlikle’ rahatsız olunmamakla birlikte (%63,8), eşcinsel olduğunu bir heki-

me ya da hemşireye rahatlıkla söyleyememe oranı da yüksektir (%46,8). Cinsel saldırıya uğradığını hekime ya da hemşireye rahatlıkla söyleyebileceğini düşünenlerin oranı %51'dir.

Katılımcılardan 50 kişi **kürtaj** deneyimi yaşadığını bildirmiştir. Kürtaj deneyimi sırasında 24 kişi (%48) çeşitli sorunlar yaşamıştır. Bu sorunlardan en sık bildirilenler; kürtaj olmak zorunda kalan ve evli olmayan kadınların yaşadığı aşılanma, kürtajdan vazgeçirmeye yönelik yaklaşımlar, kamu hastanelerinde kürtaj öncesi ve sonrası ilgisizlik nedeniyle özel hastanenin tercih edilmesi ve bunun beraberinde getirdiği ekonomik zorluklar olmaktadır.

Katılımcılardan 28 kişi **gebelik** deneyimi yaşadığını belirtmiş, bunlardan 11'i (%39,3) gebeliklerinde sağlık sistemi ve sağlık çalışanlarından kaynaklanan sorunlar yaşamıştır. Gebelik dönemi ve doğumda kadının hassasiyetlerine özen gösterilmediği, kamu hastanelerinde epidural anestezi ile doğum yapmanın güçlüğü, özel hastanelere yönelmeye zorlanma, gebelik dönemi izlemlerinin ekonomik güçlülere nedeniyle gereği gibi yapılamadığı en fazla belirtilen sorunlar olmuştur. **Menopoz** dönemini yaşayan 17 kadının ikisi (%11,8) genel sağlık sistemi ile ilgili olarak menopoz ve ilişkili sorunların birinci basamak hizmetleri içinde ele alınmamasını, sağlık çalışanlarının bu konuda yol gösterici olmamasını sorun olarak değerlendirmektedir.

Grubun %15,1'i ev işi ve bakım emeği vermekle ilişkili olduğunu düşündüğü depresyon, anksiyete bozukluğu, karpal tünel sendromu, fibromyalji gibi hastalıklardan yakınmaktadır.

**Cinsel saldırıya** uğradığında bunun belgelenmesini isteme oranı %91'dir. Cinsel saldırı sonrasında feminist destek almak isteyenlerin oranı %97,4, feminist hekim tercih etme oranı %92,3 olarak ortaya çıkmıştır. Üyeleri cinsel saldırı yaşamış kadınlardan oluşan bir grupla dayanışmaya olumlu bakanların oranı %92,3'tür.

Grubun %62'si, gebeliği önlemeyle ilgili ilk bilgilendirmenin 13-15 yaşları arasında olmasını uygun bulmaktadır. Cinsel ilişkinin kabul edilebilir görüldüğü yaş %96,2 oranında 15 yaş ve üstü olmaktadır. Çoğunluğun yaklaşımı 16 yaşından önce cinsel ilişki yaşanmaması gerektiği yönünde olmuştur.

Grubun kadın sağlığının medya yansımaları, tıbbi uygulamalar, sağlık çalışanları ve sağlık sistemine yönelik eleştirilerini, kadınların kendi dilinden aktarmayı seçtik. Bu cümleler zaten kendi adlarına konuşmakta; dinleyenler için, çözüm yollarını, değişim ve dönüşümü de içlerinde barındırmaktadır.

### 1- Katılımcıların 'medyada kadın sağlığı'nın ele alınışına yönelik eleştirileri:

- Kadına, aile kurumunun bir parçası olarak, ailenin devamlılığının düşünülerek yaklaşılması kadına birey olarak sağlıklı bir yaklaşımı engelliyor. Ataerkilliğin yarattığı kadın-erkek eşitsizliğini olumlayıcı algı var. Eril bir dil ile bilgi veriliyor ve kadın cinselliği sadece doğurganlık üzerinden ele alınıyor. Sağlığın ticari bir değer taşıması yaklaşımı belirleyici oluyor, sağlık kuruluşlarının reklâmı yapılıyor. Bilgi kirliliği ve kadın bedeni sömürüsü izleniyor.
- Kadın bedeninin her halinin medikalleştirilmesi, bedensel ve ruhsal yönden bütüncül bir sağlıklılık anlayışından ziyade beden terbiye edilmesi, belli kalıp ve formlarda olması, şişmanlık-zayıflık, güzellik-çirkinlik, doğurganlık, yaşlanmayı geciktirme gibi konuların hakim olması. Kadın sağlığı denince medyanın aklına çoğunlukla erkek fantezilerini besleyecek türden kadın cinselliğiyle ilgili klişeler, estetik sorunlar (kilo sorunu, gençleşme formülleri-cilt bakımları, epilasyon türleri vb.), sağlıklı annelik konuları geliyor. Nadiyen de menopoz konusu işleniyor.
- Kadın bedeni sağlık konusunda erotize ediliyor. Çocuk sahibi olmayan ya da olamayan kadınların eksik ve tamamlanamamış olarak algılanmasını destekliyor.
- Kadın sağlığını belli alanlara hapsederek tüketim malzemesine dönüştürüyor.
- Sağlıklı kadın imgesi belli bir sınıfsal konuma tekabül ediyor zira "sağlıklı" kadın olmak için ciddi bir bütçe gerekiyor.

## 2- Genel tıbbi yaklaşımın cinsiyetçi özellikleri;

Genel olarak tıp cinsiyetçi bir uygulama alanı, mesleki örgütlenmeden (hemşire kadın-erkek doktor özdeşliği, belirli ana bilim dallarının kadın sağlıkçılara “kapalı” oluşu, meslek içi ve sağlıkçı-hasta hiyerarşisi, “bilen” doktor, “yardımcı” hemşire vb) hasta haklarının yok sayılmasına kadar varan bir cinsiyetçi uygulamalar bütünü olarak görülüyor.

- Cinsiyetçi mesleki dağılımı; bilen ve muktedir doktorlarla, yardımcı hemşireleri,
- Klasik cinsiyetçi kalıpların yeniden üretilmesi, bilgi tekelleşmesinin olması,
- Kadının bedeni üzerinde ebeveyne, eşe göre karar veren yaklaşımlar,
- Genç, bekâr kadınlara erkek doktorların paternalist yaklaşımı, baba gibi öğüt veren, sevgili gibi kullandığı dilde aşırı “samimi” olmaları,
- Sadece kadınlar için yaygın kitlesel doğum kontrol yöntemi geliştirilmesi, erkeklerin düşünülmemesi,
- Evli olmayan kadınların jinekoloji muayenesine her hastanede rahatlıkla ulaşamaması, ulaştığı durumda ise hemşire ve doktorlarla yaşadıkları gerginlikler,
- “Cinsiyetten arındırılmış” genel hal ve tavır,
- Cerrahların çoğunluğunun erkek olması,
- Doktorların, bir mühendisin bir araba üzerinde çalıştığı gibi çalışması,
- Kadın hasta ya da hasta yakınlarını geçiştirerek, önemsiz ve cahilmiş gibi davranmak, kadının kendisine sorununu anlatmak yerine; çocuklarına, kocasına açıklama yapılması

## 3- Jinekolojiye yönelik eleştiriler:

- Jinekologların tedavi ettiği kadınların yalnızca hasta olmadıklarını, fakat kadın olduklarını göz önünde bulundurmadığı, “cinsiyetçilik körü” olduğu,
- Bekâret muayenesi, kızkık zarı denetimi; bekar olduğunu söyleyen kadına bakire olarak yaklaşılması, cinsel ilişki sorulması yerine evli olup olmadığının sorulması,
- Hekimlerin kadınların mahremini korumamaları,
- Ayakları havaya diken, bacakların “çarmıha gerildiği” klasik jinekolojik masa,
- Kürtajda eş rızası aranması, kürtaj aleyhine ikna edici çabalar,
- Üreme teknolojilerinin kadınları kuluçka makinesi gibi pasif ve edilgen konumda değerlendirmesi,
- Genital bölgenin mutlaka çok “temiz”, kılsız olması baskısı,
- Kadınların rahmi ile ilgili bir şikayetleri (myom vs.) olduğunda, özellikle de orta yaşlı ise, histerektomiye teşvik edilmeleri olarak belirtilmektedir.

## 4- Psikiyatriye yönelik eleştiriler:

- Toplumsal cinsiyet stereotiplerini pekiştirmesi -ki bu stereotipler kadını belli kalıplar içine hapsederek ikincil konuma düşmesine sebep olmaktadır-
- Toplumsal cinsiyet rollerinin kadın üzerinde yarattığı ağır yükler sorgulanmadan, kaldırılmadan, erkeklik dönüştürülmeden kadınlara hemen “tanı” konması ve ilaç başlanması, ataerkil şiddetin her türüne kadının verdiği tepkinin hemen medikalize edilmesi,
- Terapi veya analizin genel kabul gören yöntemi, analık içgüdüğü üzerine yapılan yorumlar, “penis haseti” konusu,
- Geleneksel kadın ve erkek rollerine/ kimliğine dayalı açıklamaların yapılması,



- Eşcinselliğin anomali olduğunu düşünen heteroseksist yaklaşım,
- Evlilik ve aile terapisi,
- “Kadınlar duygularıyla başedemezler” anlayışı, kadın başvuranlara ailenin bütünlüğü ve kutsallığı, ahlak ve namus konusunda vaaz verilmesi olarak bildirilmektedir.

#### 5- Sağlık çalışanlarına yönelik eleştiriler:

- Cinsiyetçiliği üreten patriyarkal eğitim sistemi nedeniyle; meslek sahibi olmadan çok önceleri, çocukluktan itibaren tutumlar şekilleniyor. Hekim/ hemşire/ hastabakıcı olmadan önce cinsiyetçi kalıp yargılarla şekilleniyorlar. Aldıkları mesleki formasyon bunu değiştirmedeği gibi pekiştiriyor,
- Hekimler, konumları dolayısıyla iktidar mekanizmalarını kullanıyorlar, erkek hekimler daha cinsiyetçi, ama kadınlar arasında değişik cinsiyetçilik tutumları mevcut,
- Hemşirelerin cinsiyetçi durumu hekimler tarafından besleniyor, hemşirelerin kadın olmaları cinsiyetçi tutumları olmadığı anlamına gelmiyor. Hemşire ve hastabakıcılar söz konusu kadın olunca, hakkını da savunamayan bir kadın olursa, tam bir iktidar ilişkisi kuruyor, devlet hastanelerinde, parasız tedavi olan hastaya karşı tavır böyle iken, özel hastanelerde tutum değişiyor.
- Hastabakıcılar, kadın hastaların kadın oldukları için daha az bakıma ihtiyaç duyduklarını, hasta oldukları halde kendi işlerini kendileri görebileceğini düşünüyor,
- Kadın hekimler veya sağlık personeli arasında dayanışma gözlemlenmiyor, tersine yükselmekte olan kadınların en büyük rakipleri ve mobbing uygulayıcıları diğer kadın çalışanlar oluyor; şeklinde sıralanmaktadır.

#### 6- Genel sağlık sistemine yönelik eleştiriler:

- Herkese eşit, ücretsiz, kolay erişilebilir sistem oluşturulmalı, sağlıkta piyasa ilişkileri, sözleşmeli çalışma, taşeronlaşma, özel hastaneler kalkmalı, tamamen kamu hizmeti olmalı
- Koruyucu hekimlik gelişmeli, hastalanınca iyileştirmek değil hastalanmamayı sağlamak önemli, özellikle kadınlar için ücretiz ve yaygın olmalı, sağlık kuruluşlarına kadınların erişimi konusunda pozitif ayrımcılık uygulamaları olmalı,
- Katkı payı kadınların hastaneye gitme sıklığını azaltacaktır, kadınlar kendileri yerine çocuklarını ya da bakım işini yüklediği yaşlı ve hastalarını hastaneye götürecektir, katkı payı kaldırılmalı,
- Tıp eğitiminden başlayarak kadının cinselliğini yok sayan, bekarite yaklaşım başta olmak üzere geleneksel değerleri tıp etiğinin önüne koyan tüm uygulamaların ortadan kaldırılması gerekli,
- Kadının evli ya da bekar olduğuna bakılmaksızın muayene ve tedavisinde ayrımcılık içeren söz, tavır ve davranışlardan korunmalı, aksi takdirde cezai yaptırımlar uygulanmalı,
- Sağlık çalışanları arasındaki cinsiyetçi uygulamalar ile hastalara uygulanan cinsiyetçi uygulamalara son verilmesi için, toplumsal cinsiyete ilişkin “zorunlu ders- eğitim” verilmeli,
- Sağlık çalışanlarına güvenceli, hak ettikleri özlük haklarını alabilecekleri bir sistemin oluşturulmalı,
- Tıp eğitimi alanların eğitim sırasında hastabakıcı, hemşire stajları yaparak diğer çalışanların çalışma koşullarını öğrenmesi ve hastalarla daha sağlıklı ve eşit bir ilişki kurabilmesi sağlanmalı,
- İktidar ilişkileri (hekimin hasta, erkek hekimin kadın hekim, hocanın asistan, hocaların öğrenci, AD başkanının/şefin diğer hekimler, hekimlerin hemşire/sağlık teknisyeni, idarenin çalışanlar üzerinde), beyaz önlüğün herkes üzerinde kurduğu bütün iktidar ilişkileri yok edilmeli,
- Kadınlar ücretli ve sigortalı işlerde çok az çalıştıkları için, evde çalışan kadınlar da sigorta kapsamına alınmalı.

- Ücretli işçi olmayan kadınlara, varsa çocuklarına baba ve kocadan bağımsız, koşulsuz sağlık hakkı sağlanmalı,
- Kadının kendi bedeni konusunda söz hakkı olabilmeli: doğum, kürtaj gibi ya da bir tedaviyi kabul edip etmemek konusunda inisiyatif kadının olmalı, hekimlerin ayrıntılı bilgilendirme yapması gerekli,
- Her gün üç kadının öldürüldüğü bu ülkede şiddet, tecavüz, tacize uğrayan kadınlar ve çocuklarla ilgili önlem alınmalı,
- Homofobik ve ayrımcı uygulamalar ortadan kaldırılmalı,
- Toplumsal cinsiyet dinamikleri yüzünden kadınların ikincil duruma gelmesi, HIV pozitiflerin aşılınması ve ayrımcılığa maruz kalmaları, eşcinsellerin hala bazı hekimlerce hasta olarak kabul edilmesi gibi cinsiyetçi yaklaşımlarla mücadele edilmeli denilmektedir.

### 7- “En az üç çocuk” önerisine yaklaşımlar:

- Kadını, emeğin yeniden üretimi sürecinde pasif ve patriarkal rolü olan ev içine hapsedmek ve sosyal hayattan dışlayarak evlilik, aile kurma temelli muhafazakar ideolojinin somutlanmış bir önerisi,
- Nüfusu, yani işsizler ordusunu arttırarak asgari ücreti düşürmek niyetiyle söylenmiş politik bir talep,
- Bu tarz söylemler, hele ki söyleyen erkekse, tam bir dayatmadır; cinsiyetçi söylem ve tutumların yaygınlaşmasına hizmet eder; kadını annelikle özdeşleştiren söylemi besler.

### Sonuç olarak

Örgütlü feminist kadınların sağlık ortamında gergin ama çaresiz olmadıklarını hissetmeleri, sağlık ortamının kadınlar için özlenenin altında, ancak temel bir güven duygusu sağlayabildiğini göstermektedir. Sağlık hizmeti alırken, hekimin cinsiyeti önemsizken kadın hekimlere daha fazla rahatlatma, mahremiyete daha saygılı olma, daha fazla açıklama yapma gibi özellikler atfedilmemiştir. Buna karşın, feministlerin kadın hekim algısı; hastanın duygusal, düşünsel ihtiyaçlarını anlamama, önemsememe gibi özellikler taşımakla birlikte, bilgi donanımı bakımından yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Eşcinsel bir hekime muayene olmaktan genelde rahatsız olmama, ancak eşcinsel olduğunu sağlık ortamında rahatlıkla söyleyememe, sağlık çalışanlarının dikkate alması gereken bir eleştiridir. Cinsel saldırıya uğradığını rahatlıkla söyleyememe oranının, feministler arasında bile %51 olması ise çok önemli ve acil tedbirler (tecavüz kriz merkezleri kurulması gibi) alınmasını zorunlu kılan bir durumdur.

ABD, İngiltere, Kuzey Avrupa ülkeleri gibi bir çok ülkede, feministler sağlık ortamına eleştirilerini somutlaştırarak kar amacı gütmeyen klinikler açmışlardır. Bu merkezler lisansını tamamlamamış, ehil olmayabilen tıbbi personel çalıştırmak zorunda kalabilmekte, sigorta kurumlarıyla anlaşmalarında sorun yaşayabilmekte, zaman zaman dışardan her tür toplumsal baskıya karşı korunmasız kalabilmektedirler.

Kadınların sadece kadın olmaktan kaynaklanan, bedenleri üzerine uygulanan baskıyla kuşatılmışlıklarının tüm yaşam deneyimlerini belirlediği, feminizmin temel tezlerinden biridir. Üreme politikalarına indirgenen kadın sağlığı söylemine karşın, kadın sağlığını bozan cinsiyetçiliğin eleştirisi yapılır. Feminizmin; tarihsel belirleyiciliği, günümüzde toplumsal cinsiyet farkındalığının oluşması yönündeki tüm yasal ve sosyal düzenlemeleri etkilemiştir.

Günümüzde DSÖ, Türk Tabipleri Birliği gibi mesleki kuruluşların, Sağlık Bakanlığının, büyük ilaç firmalarının, yerel yönetimlerin kadın sağlığı büroları vardır. Üniversitelerde toplumsal cinsiyet araştırmalarına eğilen bölüm ve enstitüler yaygınlaşmakta, “toplumsal cinsiyet farkındalık kursları ” tıp ve mezuniyet sonrası eğitimin bir parçası haline gelmektedir. Genel tıpta, jinekolojide, psikiyatride yerleşmiş eril cinsiyetçi uygulamalar kadınların ruh ve beden sağlığını tehdit etmektedir. Tıbbın “önce zarar verme” temel ilkesi gereği bütün hekimlerin, kadın bakış açısından haberdar olmaları gerekir. Kadın bakış açısı hakkında bilgilenmek için, sorunları bir de kadınların dilinden, önce dinlemek gerekir.

### Yararlanılan Kaynaklar

1. Löwy, Ivana, "Bilimler ve Toplumsal Cinsiyet", yay. haz. Hirata H, Laborie F, Le Doare H, Senotier D, *Eleştirel Feminizm Sözlüğü* içinde, çev: Gülnur Acar Savran, Kanat Kitap, 2009, s.46-51.
2. Fox Keller, Evelyn, "Bilimsel Dil(in Cinsiyetlendirilmesi)", yay. haz. Hirata H, Laborie F, Le Doare H, Senotier D, *Eleştirel Feminizm Sözlüğü* içinde, çev: Gülnur Acar Savran, Kanat Kitap, 2009, s.52-57.
3. Weissman MM, Bland R, Joyce PR et al. Sex differences in rates of depression: crossnational perspectives. *J Affective Dis.* 1993; Vol.29, No.2+3:77-84.
4. Merikangas KR. Epidemiology of mood disorders in women. *Mood Disorders in Women* içinde. Editörler Steiner M, Yonkers KA, Eriksson E. London: Martin Dunitz; 2000. p1-14.
5. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. *2001 Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Md; 2001.s 81.
6. Oğuz YN. Toplumsal Cinsiyet ve İktidar. *Cinsiyet ve Psikiyatri* içinde. Malatya: İnönü Üniversitesi Psikiyatri AD &Psikiyatri Derneği; 1998.s 7-13.
7. Göka E. *Psikiyatri ve Düşünce Dünyası Arasında Geçişler*. Vadi yay. Ankara, 1996.s14,53-55.
8. Ruzek, SB. *The Women's Health Movement: Feminist alternatives to medical control*. NY Praeger pub, 1978.
9. Feminist Women's Health Center in Washington provides empowering women's health information on abortion, contraception, and reproductive freedom.. [www.fwhc.org/](http://www.fwhc.org/)
10. Nonprofit clinic offering first-trimester medical and surgical abortions, STD and HIV testing, and comprehensive women's reproductive health.. [www.feministhealth.org/](http://www.feministhealth.org/)
11. Dayı, Ayşe. "Negotiating Medical Authority in a Feminist Collective: Legacy of the Women's Health Movement in 2000s" Paper presented at the annual meeting.  
[www.allacademic.com/meta/p107059\\_index.html](http://www.allacademic.com/meta/p107059_index.html)

## TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN TOPLUMSAL CİNSİYETE İLİŞKİN TUTUMLARI

Filiz Ak Parlak\* MD, A. Gülsen Ceyhan Peker\* MD, A.Selda Tekiner\* MD, Zehra Dağlı\* MD, Serpil İnan\* MD, Meftune Sav Aydın\* MD

### ÖZET

#### Amaç:

Çalışma; tıp fakültesi öğrencilerinin toplumsal cinsiyete ilişkin tutumlarını öğrenmek, bu tutumlarla öğrencilerin cinsiyeti, mezun oldukları lise, üniversiteye başlamadan önce yaşadıkları bölge, tıp fakültesinde buldukları sınıf ve ailelerinin sosyo-ekonomik düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yürütülmüştür.

#### Yöntem:

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2007-2008 öğretim yılında öğrenim gören bütün öğrenciler arasından çalışmaya katılmaya gönüllü olanlara 1 Nisan-30 Haziran 2007 tarihleri arasında, Çelişik Duygulu Cinsiyetçilik Ölçeğini (ÇDCÖ) ve demografik özelliklerini öğrenmeye yönelik soruları içeren bir adet anket formu verildi. Anket formunu yanıtlayan 424 (249 kadın, 175 erkek) katılımcının yaş ortalaması 21.10 (SD=2.021) idi. ÇDCÖ; 22 önermeden oluşan ve “düşmanca cinsiyetçilik” ve “korumacı cinsiyetçilik” olmak üzere 11 önermeli iki altgrup-tan oluşan 6 puanlı (1=Hiç katılmıyorum; 6=Çok katılıyorum) Likert tipi bir ölçektir. Korumacı cinsiyetçilik boyutu da; “heteroseksüel yakınlık”, “koruyucu ataerkillik” ve “cinsiyetler arası tamamlayıcı farklılaştırma” alt boyutlarını içermektedir. Analizler, tanımlayıcı istatistikler ve iki değişkenli korelasyon (Pearson’s) analizi uygulanarak SPSS 11.5 programı ile yürütüldü.

Sonuçlar: Bütün öğrenciler için ortalama skorlar, düşmanca cinsiyetçilikte 3.698, korumacı cinsiyetçilikte 3.615 bulundu; bu iki boyut arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki ( $r=0.171$ ,  $N=424$ ,  $p=0.000$ ) vardı. Düşmanca cinsiyetçilik boyutunda erkeklerin skoru (mean=4.190), kadınların skorundan (mean=3.353) ( $p=0.000$ ) yüksek iken; cinsiyetler arası tamamlayıcı farklılaştırma boyutunda kadınların skoru (mean= 3.973) erkeklerin skorundan (mean=3.222) ( $p=0.000$ ) yüksekti. Düşmanca cinsiyetçilik boyutunda anneleri eğitimsiz olanların skoru (mean=4.1856); anneleri iki yıllık yüksek okul (mean=3.2327) ( $p<0.05$ ) veya üniversite mezunu (mean=3.4925) ( $p<0.05$ ) olanlardan yüksekti.

#### Tartışma:

Düşmanca cinsiyetçilik ile korumacı cinsiyetçilik arasındaki pozitif korelasyon ve düşmanca cinsiyetçilik ile cinsiyetler arası tamamlayıcı farklılaştırma tutumlarında toplumsal cinsiyete göre olan farklılık; Glick ve ark.’nın (2000) ve Sakallı’nın (2002) çalışmalarındaki bulguları desteklemektedir. Çalışmamızda önceki çalışmalardan farklı olarak tıp fakültesi öğrencilerinin mezun oldukları lise, üniversiteye başlamadan önce yaşadıkları bölge, tıp fakültesinde buldukları sınıf ve ailelerinin sosyo-ekonomik düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Toplumsal cinsiyet, tutumlar, cinsiyetçilik, tıp eğitimi

\* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İletişim: Filiz Ak Parlak. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. İbn-i Sina Hastanesi 06100 Samanpazarı Ankara. E-mail: drfilizak@yahoo.com

## **EVLİ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ BAZI SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ ÜZERİNE BİR İNCELEME**

**KARADAĞ Nuriye<sup>1</sup>, ÖZBAŞARAN Ferda<sup>2</sup>, AKAY Günay<sup>3</sup>, BAYRAM Esra<sup>3</sup>, KAYA M.Eda<sup>3</sup>, KARASU Hilal<sup>3</sup>, EREN Eda<sup>3</sup>, ÇETİN Esra<sup>3</sup> Mukadder GÜN<sup>4</sup>**

### **ÖZET**

#### **AMAÇ:**

Aile planlaması (AP) istenmeyen gebelikleri ve buna bağlı olarak anne ve bebek ölümlerini önlemek, her aileye istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olabilmeleri için yardım ve danışmanlık hizmeti sunmaktır. AP'nin bir başka amacı da anne ve çocuk sağlığının düzeyini yükseltmektir. AP hizmetlerini etkili bir şekilde uygulayan ülkelerde aşırı doğurganlık ve buna bağlı olarak da riskli gebelik oranları yüksektir. Aşırı doğurganlık ve riskli gebelikler beraberinde bebek ölümlerini getirir. AP çocukların yaşamasını, sağlığını ve gelişmesini olumlu yönden etkileyerek çocuk ölümlerini azaltmaktadır. Bu nedenle AP hizmetlerine ağırlık ve öncelik verilmesi önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı Balıkesir Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne sağlık sorunlarıyla başvuran evli kadınların AP bilgi tutum ve davranışlarının bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini incelemektir.

#### **GEREÇ-YÖNTEM:**

Kesitsel nitelikteki çalışma 5 Aralık 2009-9 Ocak 2010 tarihlerinde Balıkesir Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi Jinekoloji Polikliniği'ne farklı sağlık sorunlarıyla başvuran evli kadınlara (n=118) soru formu uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Uygulanan soru formu kadınların demografik özellikleri, gebelik, doğum, AP yöntemleri, AP yöntemini tercih etme nedenleri, AP yöntemini kullanmama nedeni, bilgi kaynakları vb. sorulardan oluşmaktadır. Uygulama öncesi kurumdan ve kadınlardan izin alındı. Veriler yüzyüze görüşme tekniğiyle toplandı. Toplanan veriler SPSS istatistik programında değerlendirildi. Analizlerde kıkare testi kullanıldı, p<0.05 anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

#### **BULGULAR VE TARTIŞMA:**

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalamaları  $30.2 \pm 8.5$ [16-57] olup ilkökul mezunu olanlar % 72.9, eşi ilkökul mezunu olanlar % 56.8, sosyal güvencesi olanlar %84.7'dir. Kadınların obstetrik geçmişleri incelendiğinde ortalama evlenme yaşları  $20.7 \pm 3.3$ [15-36], ortalama ilk doğum yaşları  $21.2 \pm 3.4$ [15-35], ortalama evlilik süresi  $9.7 \pm 8.6$ [1-37], ortalama yaşayan çocuk sayısı  $1.3 \pm 1.1$ [0-5]olarak saptandı. AP'nı doğru olarak tanımlayanlar % 50.0,AP konusunda eğitim/danışmanlık alanlar % 41.5 olup bilgi kaynaklarında "sağlık kuruluşu" (% 61.4) ilk sıradadır. AP yöntemi kullananlar % 64.1 olup modern bir yöntemlerden kondom (% 28.1), RİA(% 21.3), oral kontraseptif (% 12.4) kullanıldığı izlendi. AP yöntemi kullananlarda kullanılan yöntem "Eşle birlikte karar verme" (% 71.2) birinci sırada bulundu. AP yöntemi kullanmama nedeni olarak "diğer nedenler"(günah olması,

1 Balıkesir Sağlık Yüksekokulu, Öğretim Görevlisi

2 Balıkesir Sağlık Yüksekokulu, Prof.Dr

3 Balıkesir Sağlık Yüksekokulu, Ebelik Bölümü 3.sınıf Öğrencileri

4 Ankara Lojistik Komutanlığı, Sağ.İkm.Bak.Şb, Bnb.Hemşire

kanser yapması, cinsel ilişkiye engel olması ve eşinin istememesi) % 48.6, “kullanımı zor bulma”% 21.6, “yan etkiler” % 16.2 ilk üç neden olarak saptandı. 36 yaş ve üzerinde olanların AP yöntemi kullanımı daha fazla iken kadınların eğitim düzeyleri ve sosyal güvence durumlarının AP yöntemlerini kullanmayı etkilemediği bulunmuştur (kikare testi, $p>0.05$ ).

## SONUÇ:

Bu çalışmada, kadınların AP bilgi tutum ve davranışlarının istendik düzeyde olmadığı saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının hizmet verdikleri her alanda AP'ye ilişkin eğitim/danışmanlık yapmaları ve varsa AP'ye ilişkin yanlış bilgi tutum ve davranışların düzeltilmesi için çaba sarfetmeleri önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Evli kadınlar, aile planlaması, bilgi....

## GİRİŞ VE AMAÇ

AP hizmetlerinde amaç; istenmeyen gebelikleri ve buna bağlı olarak anne ve bebek ölümlerini önlemek, her aileye istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olabilmeleri için yardım ve danışmanlık hizmeti sunmaktır. İyi bir AP hizmeti çocuk sahibi olmayan (infertil) çiftlerin, çocuk sahibi olabilmeleri için onlara sunulacak yardım hizmetlerini de kapsar (1-3).

2008 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre evli kadınların % 73'ü gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Modern yöntem kullananlar % 46, geleneksel yöntem kullananların oranı ise % 27'dir. Evli olan her 4 kadından 1'i geri çekme yöntemini kullanmaktadır. Modern yöntemler içinde RİA (% 17) ve hap (% 14) en çok kullanılan yöntemlerdir. Kadınların yöntem kullanma oranlarında yerleşim yerleri ve bölgelere göre belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Kentsel yerleşim yerlerinde yaşayan kadınlar arasındaki yöntem kullanma oranı (% 74) kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan kadınlara göre (% 69) daha yüksektir. Bölgelere göre bakıldığında, Doğu dışındaki tüm bölgelerde her 10 kadından en az 7'sinin gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullandığı görülmektedir. Modern yöntem kullanma oranı batıda % 48 iken Doğu Anadolu'da bu oran % 38'dir (4).

Bu verilere bakılarak ülkemizde 1965 yılından bu yana istenmeyen gebelikleri engellemek için kullanılan AP yöntemleri konusunda büyük ilerleme kaydedilmesine rağmen, ihtiyacı olan tüm çiftlerin etkili bir yöntemle korunmasının sağlanamadığı söylenebilir. Günümüzde aile planlaması uygulayacak kişilerin yöntem seçimini; yöntemin kişinin yaşam şekline ve sosyal normlara uygunluğu, aile onayı, etkinlik ve güvenilirliği, yan etkileri, mesafe-zaman ve maliyet açısından ulaşılabilirliği, kullanım kolaylığı, uygun danışmanlık süreci, bilinçli seçim ve yöntem sunan kişinin empatik yaklaşımı gibi bir dizi faktörlerde etkilemektedir (5-7).

Bu çalışmanın amacı Balıkesir Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne sağlık sorunlarıyla başvuran evli kadınların AP bilgi tutum ve davranışlarının bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini incelemektir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel nitelikteki çalışma 5 Aralık 2009-9 Ocak 2010 tarihlerinde Balıkesir Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi Jinekoloji Polikliniği'ne farklı sağlık sorunlarıyla başvuran evli kadınlara (n=118) soru formu uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Uygulanan soru formu kadınların demografik özellikleri, gebelik, doğum, AP yöntemleri, AP yöntemini tercih etme nedenleri, AP yöntemini kullanmama nedeni, bilgi kaynakları vb. sorulardan oluşmaktadır. Uygulama öncesi kurumdan ve kadınlardan izin alındı. Veriler yüzyüze görüşme tekniğiyle toplandı. Toplanan veriler bilgisayarda SPSS istatistik programında değerlendirildi. Analizlerde kikare testi kullanıldı,  $p<0.05$  anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

## BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan kadınların ortalama yaşları  $30.2 \pm 8.5$  [16-57]'dir. Tablo 1'de görüldüğü üzere yaklaşık yarısının (% 48.9) 20-29 yaş grubunda olduğu, eğitim düzeyleri incelendiğinde % 72.9'unun ilköğretim mezunu ve % 84.7'sinin sağlık güvencesinin olduğu saptanmıştır. Kadın sağlığı üzerine etki eden sosyo-ekonomik değişkenleri inceleyen araştırmacılar kadınların eğitim düzeyinin en önemli faktör olduğunu belirtmektedir. Çünkü eğitilmiş kadın daha iyi iş imkanlarına sahip olacağından, sağlık hizmetlerinden daha iyi yararlanabilmesi sağlık kurumlarına ve sağlık personeli başvuru oranına ve hijyenlerine daha fazla dikkat etmelerini sağlayacaktır (8). Evlilik yaşları ortalamaları  $20.7 \pm 3.3$  [15-36] saptanmıştır. TNSA 2008 sonuçları 25-49 yaşlarındaki kadınlar için daha önceki araştırmalarla karşılaştırılması da evliliği erteleme eğilimini doğrulamaktadır. TNSA 1993 ve TNSA 2008 arasındaki 15 yıllık dönemde ilk evlenme yaşı, neredeyse 2 yaş artmıştır. Kentli kadınlar, kırdaki yaşayan kadınlardan 1.5 yıl daha geç evlenme eğilimindedirler. Kentli kadınların (evlenme yaşı) 21.1 iken kırdaki yaşayan kadınların 19.5'dir. Bu, tüm yaş gruplarında gözlenmektedir. Bölgesel farklılıklara bakıldığında, 25-49 yaşlarındaki kadınlar için ilk evlenme yaşı, Doğu ve Orta Anadolu'da en düşüktür ve sırasıyla 19.6 ve 20.0'dır. Diğer bölgelerde ise 21'in üzerindedir (9). Bu durum araştırma kapsamındaki kadınların eğitim düzeylerinin Türkiye ortalamasından yüksek olması ve araştırmanın Balıkesir kent merkezinde yapılması ile açıklanabilir.

Kadınların obstetrik geçmişleri incelendiğinde ilk doğum yaşları  $21.2 \pm 3.4$  [14-35], evlilik süresi  $9.7 \pm 8.6$  [1-37], yaşayan çocuk sayısı  $1.3 \pm 1.1$  [0-5] ve sahip olmak istedikleri ideal çocuk sayısı  $2.2 \pm 0.5$  [1-5] olarak saptandı. TNSA 2008 sonuçlarına göre doğurganlıkta bölgesel farklılıklar devam ederken, kadın başına ortalama çocuk sayısı Batı Anadolu'da 1.7 olarak bulunmuştur (10). Araştırma grubunun eğitim seviyesinin Türkiye ortalamasından yüksek ve araştırmanın Balıkesir kent merkezinde yapıldığı göz önüne alındığında araştırma sonuçları ortalamadan biraz düşük bulunmuştur.

Kadınların AP özelliklerine göre dağılımları Tablo 2'de sunulmuştur. AP'yi doğru olarak tanımlayanlar % 50.0, AP konusunda eğitim/danışmanlık alanlar % 41.5 olup bilgi kaynaklarında "sağlık kuruluşu/sağlık personeli" (% 61.4) ilk sıradadır. Yapılan benzer çalışmalar göre sağlık personelinin bilgi alma oranı daha yüksektir (11). TNSA 2008 sonuçlarına göre doğumların % 89.7'sinin bir sağlık kuruluşunda yapıldığı saptanmıştır (12). Tüm kadınların doğum yaptıkları ve doğumu hemen takip eden dönem de, kadınların kontraseptif yöntemlere en sıcak baktığı ve yüksek oranda kabul ettiği bir dönem olduğu düşünüldüğünde kadınların doğumun gerçekleştiği sağlık biriminden AP danışmanlığı almadan ayrıldıkları düşünülmektedir. AP danışmanlığı alamayan ve etkili kontraseptif yöntemlere ulaşamayan kadınların, eğer gebeliği süresince de bilgilendirilmezse, kısa süre içinde tekrar gebe kalabilecekleri aşırıdır. Oysa, doğumları ve doğum yapılan diğer birimlerde, doğumdan sonra, kadın taburcu edilene kadar çeşitli eğitimler için oldukça yeterli zaman vardır ve bu sürede AP eğitimi yada uygulaması yapılması kadınlardaki bu riski azaltacaktır. Ayrıca kadınların AP yöntemlerini öğrendikleri kaynaklar arasında sağlık çalışanlarının yanı sıra, internet ve televizyonun bulunması, sağlık personelinin ve medyanın halkın sağlık eğitimindeki önemini bir kez daha vurgulamaktadır. Sağlık çalışanlarının her konuda olduğu gibi, bilinçli ve etkili danışmanlık hizmeti vermesi gerektiğini de göstermektedir.

Kadınların AP yöntemi kullanma durumlarına göre dağılımları Tablo 3'de sunulmuştur. AP yöntemi kullananlar % 64.1 olup; modern yöntemlerden kondom kullananlar % 28.1, RİA % 21.3, oral kontraseptif % 12.4, tüpligasyon % 5.6 oranındadır. TNSA 2008 sonuçlarına göre ülkemizde gebeliği önleyici modern yöntemlerin kullanımında önemli bir artış görülmekte olup, gebeliği önleyici yöntem kullanma yaygınlığı (halen yöntem kullanan 15-49 yaşlarındaki evli kadınların yüzdesi) % 73'dür. Evli kadınların % 46'sı modern yöntem kullanırken % 27'si geleneksel yöntemleri kullanmaktadır. Bulgular yaklaşık her dört evli kadından birinin geri çekme yöntemi kullandığını ortaya koymaktadır. Evli kadınlar tarafından en çok kullanılan modern yöntem % 17 ile RİA'dır. En yaygın olarak kullanılan ikinci yöntem % 14 ile kondomdur. Hap; evli kadınların % 5'i tarafından kullanılırken, tüp ligasyonunun yine evli kadınların % 8'i tarafından kullanılması dikkat çekicidir (12). Araştırmada modern yöntem kullanma oranı geçmiş yıllara göre daha yüksek olsa da Herkese Sağlık Türkiye Hedef 21'de belirtilen rakamın çok altındadır (13). Bizim çalışmamızda yöntem kullananların yaklaşık 1/3'ünün geri çekme yöntemi gibi etkisi sınırlı yöntemleri kullanması istenmedik bir sonuçtur (Tablo3). Kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemini ter-

cih etme nedenlerinin başında güvenilir olması gelmektedir. Ancak geri çekme yöntemini tercih etme nedeni olarak erkeğin isteğinin gösterilmesi ilgi çekicidir. Geri çekme yöntemi erkek merkezli bir yöntem olduğundan aile planlaması eğitimlerine erkeklerinde katılmalarının sağlanması gerekmektedir. Daha önce konu ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçları da çalışmamızla benzer doğrultudadır (14). Bu nedenle bu konuda oluşturulacak etkin politikalar yanında, konunun özelliği ve önemi nedeniyle erkeklerin eğitimi de, hedeflenmesi gerekenler arasında olmalıdır. Bu eğitim, toplum eğitimlerinin yanı sıra, bireysel olarak da herkesin bağlı olduğu sağlık ocağı-evi/aile hekimlerince danışmanlık şeklinde yapılmalıdır. Yine benzer çalışmalarda uyumlu olarak gebelikten korunma yöntemi olarak vazektomiye hiç rastlanılmaması, ülkemizde olduğu gibi Balıkesir’de de aile planlaması süreçlerine erkeklerin yeterince katılmadığını göstermektedir (15). % 30.7’si 2-4 yıldan beri yöntemi kullandığını belirtmektedir. AP yöntemi kullananlarda kullanılan yöntem “Eşle birlikte karar verme” (% 71.2) birinci sırada bulunmuş olup AP yöntemi kullanmama nedeni olarak “diğer nedenler”(günah olması,kanser yapması,cinsel ilişkiye engel olması ve eşinin istememesi) % 48.6, “kullanımı zor bulma” % 21.6, “yan etkiler” % 16.2 ilk üç neden olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda hayatlarının herhangi bir döneminde yöntem bırakan kadınların en önemli yöntem bırakma nedenlerinin başında yan etkiler, sağlık kaygısı ve eşin karşı çıkması gelmektedir (16-17). Araştırma kapsamındaki kadınların kullanılan AP yöntemine eşle birlikte karar verme oranları yüksek olmakla birlikte yöntem kullanmama nedenlerinde eşin istemesinin yer alması yapılan çalışmalarla uyumluluk göstermektedir. Bizim ve konuyla ilgili olarak yapılan yurt içi ve yurt dışı çalışmaların sonuçları aile planlaması yöntemi tercihinde eşin kararının etkisini ortaya koymakta ve bu doğrultuda sağlık çalışanlarının duyarlı olması gerekmektedir.Yöntemler, uygun zamanda uygun kişilere verilse bile bazı yan etkileri ortaya çıkabilir. Bunlar arasında RİA için kanama artışı-ara lekelenme, enfeksiyon riskinde artma ve ara lekelenme; OKS için başağrısı, bulantı, ara kanaması, amenore, akne ve kilo artışı; kondom için ise duyarlılık azalması, cinsel ilişkiyi kesintiye uğratma ve nadiren lateks allerjisi gibi durumlar sayılabilir (18).

Araştırma kapsamındaki kadınların 36 yaş ve üzerinde olanların AP yöntemi kullanımı daha fazla iken kadınların eğitim düzeyleri ve sosyal güvence durumlarının AP yöntemlerini kullanmayı etkilemediği bulunmuştur (kikare testi,  $p>0.05$ ). Balıkesir’in Türkiye’nin batısında, sosyoekonomik yönden daha kalkınmış bir bölge olan Marmara bölgesinde olması ve eğitim düzeylerinin Türkiye ortalamasından daha yüksek olması bu sonucu kısmen açıklamaktadır. Araştırma grubunun doğumevine başvuranlardan oluşması da, sağlık hizmetlerine bir biçimde ulaşabilmiş ve AP yöntemi kullanan kadınların örnekleme daha fazla seçilmesine yol açmış olabilir. Daha önce yapılan çalışmalarda da AP yöntemlerini kullanma oranında bölgenin kalkınmışlığının, kadınların eğitimi olma oranının ve sağlık güvencesine sahip olmalarının etkili olduğu ifade edilmektedir (19).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, kadınların AP bilgi tutum ve davranışlarının istendik düzeyde olmadığı saptanmıştır. Anket çalışmasına katılan kadınlara AP yöntemleri hakkında bilgi verilmiştir. Ülkemizde doğum, kadınların birçoğu için bir sağlık hizmeti aldığı belki de tek dönemdir. Doğum yapılan sağlık kuruluşlarında doğum sonrası yapılması gereken eğitimlere aile planlaması konusu da eklenerek kadınların bu konuda erken dönemde doğru davranışlar geliştirmeleri sağlanabilir (20). Sağlık çalışanlarının hizmet verdikleri her alanda AP’ye ilişkin eğitim/danışmanlık yapmaları ve erkeklerin dahil edileceği eğitim programlarının hazırlanması, özellikle geri çekme yöntemini kullanan eşlere eğitim verilmesi varsa AP’ye ilişkin yanlış bilgi tutum ve davranışların düzeltilmesi için çaba sarfetmeleri önerilmiştir.



**Tablo 1. Araştırmaya katılan kadınların bazı sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine göre dağılımları.**

Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellik	Sayı	Yüzde (%)
<b>Yaş</b>		
15-19 yaş	3	2.6
20-24 yaş	28	23.5
25-29 yaş	30	25.4
30-34 yaş	22	18.6
35-39 yaş	16	13.7
40-44 yaş	11	9.3
45 ve üzeri	8	6.9
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur-yazar değil	4	3.4
Okur-yazar	2	1.7
İlköğretim	86	72.9
Lise mezunu	15	12.7
Yüksekokul/Üniversite mezunu	11	9.3
<b>Eş Eğitim durumu</b>		
Okur-yazar değil	3	3.4
Okur-yazar	23	1.7
İlköğretim	67	56.8
Lise mezunu	29	24.6
Yüksekokul/Üniversite mezunu	16	13.6
<b>Sağlık güvencesi</b>		
SSK	54	45.7
Baş-Kur	11	9.3
Emekli Sandığı	15	12.8
Yeşil Kart	20	16.9
Yok (Kendisi karşılıyor)	18	15.3
<b>Evlenme yaşları</b>		
18 yaş altı	17	14.4
18-34 yaş	100	84.8
35 yaş ve üzeri	1	0.8
<b>Evlilik yılları</b>		
1-5 yıl	52	44.1
6-10 yıl	21	17.8
11 yıl ve üzeri	45	38.1
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>		
Çocuğu olmayanlar	27	22.9
Bir çocuğu olanlar	45	38.1
İki çocuğu olanlar	35	29.7
Üç çocuğu olanlar	4	3.4
Dört çocuğu olanlar	5	4.2
Beş çocuğu olanlar	2	1.7
<b>İdeal çocuk sayısı</b>		
Bir çocuk isteyen	4	3.4
İki çocuk isteyen	80	67.8
Üç çocuk isteyen	32	27.1
Dört çocuk isteyen	1	0.8
Beş çocuk isteyen	1	0.8
<b>TOPLAM</b>	<b>118</b>	<b>100.0</b>

**Tablo 2. Araştırmaya katılmış olan kadınların AP özelliklerine göre dağılımları.**

ÖZELLİK	Sayı	Yüzde (%)
<b>AP tanımlama</b>		
Ailenin çok çocuk sahibi olmaları	11	9.3
Aileleri kısırlaştırma ve çocukları olmaması için uygulanan yöntemlerdir	15	12.7
Eşlerin istedikleri zaman istedikleri kadar çocuk sahibi olmalarıdır	59	50.0
Fikrim yok	33	28.0
<b>AP eğitimi/danışmanlık alma</b>		
Evet	49	41.5
Hayır	69	58.5
<b>*AP bilgi kaynakları</b>		
Sağlık kuruluşu/sağlık personeli	51	61.4
Kitap/gazete/dergi	7	8.4
İnternet/Tv	8	9.6
Komşu/arkadaş/akraba	17	20.5
<b>TOPLAM</b>	<b>118</b>	<b>100.0</b>

\*Y anıt verenler dikkate alınmıştır

**Tablo 3. Araştırmaya katılmış olan kadınların AP yöntemi kullanma durumlarına göre dağılımları.**

ÖZELLİK	Sayı	Yüzde (%)
<b>AP kullanma</b>		
Evet	75	64.1
Hayır	43	35.9
<b>*Kullanılan AP yöntemi</b>		
Kondom	25	28.1
RIA	19	21.3
Oral Kontraseptifler	11	12.4
Cerrahi Sterilizasyon(tüpligasyon)	5	5.6
Geriçekme	29	32.6
<b>* AP yöntemi kullanma süresi</b>		
1 yıl ve daha az	20	22.7
2-4 yıl	27	30.7
5-7 yıl	18	20.5
8 yıl ve üzeri	23	26.1
<b>*AP yöntemine karar verme</b>		
Kendisi karar verme	9	7.9
Eşinin karar vermesi	23	20.9
Eşi ile birlikte karar verme	82	71.2
<b>*AP yöntemi kullanmayı düşünme</b>		
Evet	24	68.6
Hayır	11	31.4

\* Yanıt verenler dikkate alınmıştır

**KAYNAKLAR**

1. KAYA H., TATLI H., AÇIK Y., DEVECİ S.E. , Bingöl İli Uydükent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi, *Fırat Üniversitesi Dergisi*, 2008; 22 (4): 185-191
2. T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, *Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 1*. Ankara, 1995.
3. *Aile Planlamasında Temel Bilgiler*, 2. Basım, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Damla Matbaacılık, Ankara, 2002.
4. ....[http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008\\_On\\_Rapor-tr.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_On_Rapor-tr.pdf) (erişim 26.04.2010)
5. ŞENOL V., MUCUK S., ÖZTÜRK Y., Kayseri Doğumevi Aile Planlaması Polikliniğinde Sunulan Modern Aile Planlaması Yöntemlerinin (RİA ve Kombine Oral Kontraseptif) Değerlendirilmesi, V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı 1996, :37-41.
6. ÖZVARŞ ŞB., *Sağlı Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme* 2001:25-56.
7. NAÇAR M., ÖZTÜRK A., ÖZTÜRK Y., Doğum Sonrası Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Yöntem Kullanmaya Etkisi, *Erciyes Tıp Dergisi* 2003;25(3):122-130.
8. DÜNDAR C., KAYNAR E., PEKŞEN Y., Samsun İli Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Evli Ebelerin Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 12(4):243-246.
9. .... <http://www.ksgm.gov.tr/Pdf/saglik.pdf> (erişim 26.04.2010)
10. .... <http://www.hekimce.com/index.php?kiid=4836> (erişim 26.04.2010)
11. ALTAY B., GÖNENER D., Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler, *Fırat Tıp Dergisi* 2009;14(1): 56-64
12. ... <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/analiz.shtml> (erişim 26.04.2010)
13. AYDIN S., *Aile Planlaması Ve Yöntemleri-I*, *Aile Hekimliği Dergisi*, 2007;1(3):84-90
14. TANRIVERDİ G., ÖZKAN A., ŞENVELİ S., Çanakkale'deki Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Tercih Nedenleri, *Fırat Tıp Dergisi* 2008;13(4): 251-254
15. TOKUÇ B., ESKİOCAK M, EKUKLU G., SALTİK A., Edirne Merkezinde 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Yöntem Kullanım Oranları, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2005;14(1):8-14
16. ERSİN F., GÖZÜKARA F., ŞİMŞEK Z., KAYAHAN M., KURÇER M.A., Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları ve Yöntem Bırakma Nedenleri, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003;(1):30-37
17. ÖZBAŞARAN F.U., Manisa Doğumevi Polikliniğine Başvuran 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Kontraseptif Yöntemleri Kullanma Süreleri ve Bırakma Nedenleri, *Perinatoloji Dergisi* 1998;6(1-2):27-29
18. BALCI E., ÖZTÜRK A., GÜN I., ÖZTÜRK Y., Kayseri İli Talas İlçesindeki 15-49 Yaş Kadınlarda Kullanılan Aile Planlaması Yöntemiyle İlgili Şikayetlerin Değerlendirilmesi, *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)* 2008;17(1):54-62
19. ÇAKMAK A., ERTEM M., *Aile Planlaması Eğitimi İçin Önemli Bir Fırsat: Bir Çocuk Hastanesine Yatan Hastaların Anneleri*, *Diyarbakır-2004.*, *Dicle Tıp Dergisi*, 2005;32(4): 190-195
20. KİTAPÇIOĞLU G., YANIKKEREM E., Manisa Doğumevinde Doğum Yapan Kadınların Doğurganlık Öyküleri, *Aile Planlaması Davranışı Ve Doğum Sonrası Aile Planlaması Danışmanlığı*, *Ege Tıp Dergisi* 2008;47(2):87-92

## BİR GÜVENCESİZ ÇALIŞMA BİÇİMİ OLARAK EV-EKSENLİ ÇALIŞMA VE KADIN SAĞLIĞI

Gülsüm Coşkun – Durdu Çetiner – Habibe Inan – Emel Sefa<sup>1</sup>

Biz, **Ev-eksenli Çalışanlar Sendikası (Ev-Ek-Sen)** olarak buradayız. Burada olmaktan çok mutlu ve umutluyuz. Daha önce de çeşitli sempozyum ya da konferanslara katıldık, sendika ya da sendika girişimi olarak: Bir iki örnek vereyim. 2008’de İspanya Barcelona’da Dünya Sosyoloji Derneği’nin (ISA) düzenlediği I. Dünya Sosyoloji Forumu’nda dünya federasyonumuzun (Dünya Evde Çalışanlar Federasyonu –FHWW) oturumunda sunuş yaptık. Buradaki sunuşumuz Global Labour (Küresel Emek) diye internet dergisinde yayınlandı. Yine 2008’de Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın düzenlediği 5. Uluslararası İş Sağlığı ve Güvenliği Bölgesel Konferansı’nda sunuş yaptık, orada “Ev-eksenli Çalışmada İş Sağlığı ve Güvenliği” anlattık. Bunları söylüyorum, çünkü bizim politikamızın önemli bir ayağı bu. **Güçbirliği yapabileceğimiz kesimlerle ilişki kurmayı ve sürdürmeyi önemsiyoruz. Kendimizi anlatmayı, tıpkı diğer işçi kesimleri gibi ezilen ve ezildiğinin de farkında işçiler olduğumuzu, güçbirliği yapabileceğimiz kesimlere anlatmayı önemsiyoruz.** Çünkü güçbirliğinin temeli bu.

Hepimiz, ev-eksenli çalışan işçileriz. Ev-eksenli çalışanların çoğunluğu hem dünyada hem de Türkiye’de kadındır; tıpkı güvencesiz çalışma biçimlerinin tümünde olduğu gibi. Ben ev-eksenli çalışan işçiyim, kumaş boyama, makarna kesme, dikiş, yaptığım başlıca işler. Ama ev-eksenli çalışmam bunlarla sınırlı değil; geçimimi sağlamak için o sırada hangi işi bulursam onu yapıyorum. Bu da yine tipik ve yaygındır: Hem dünyada hem Türkiye’de.

Sizlere geçimimizi sağlamak için gerçekleştirdiğimiz ev-eksenli çalışma ile ev içi karşılıksız emeğimiz –ki bütün kadınlar için geçerli bu- ve kadın sağlığı arasındaki ilişkilerden söz edeceğim; bunu yaparken de şu kabul üzerinden gideceğim:

Ev içi karşılıksız emeğimiz ve kadınlar olarak topladığımız tüm o güvencesiz çalışma biçimleri, bu arada ev-eksenli çalışma nasıl cinsiyetçi işbölümüyle, kadınlar olarak eziliyor oluşumuzla ve kadın sağlığıyla birbirinden ayrı düşünülemez. Bunlar iç içedir, birbirlerini biçimlendirirler.

Bu sunuşumuz, yazılı metinden biraz farklı: çünkü o metindekileri burada okumaya kalksak yetiştiremeyeceğiz, hepten eksik kalacak diye düşündük ve **bazı temel noktaları ve başlıca politika önerilerimizi** burada sunalım dedik. Yazılı metni sonuç bildirgesinde göreceksiniz, ya da isteyen olursa mail adresini verirse göndeririz. (Biz ev-eksenli çalışanlar ortak yazdığımız için, ve ayrı şehirlerde yaşadığımız için metnimizi kitaba yetiştiremedik.)

1. Sağlık ve kadın sağlığı, hastalıktan öte bir şeydir. Sağlık, yaşama koşullarıyla çalışma koşullarıyla, kendine ya da etrafındakilere reva görülen muameleyle –yemekteki et parçalarını erkek çocuğa vermek mesela-, geçim imkânlarıyla yakından ilişkilidir.
2. Kadınlar açısından düşündüğümüzde toplumsal cinsiyet eşitsizliği doğrudan etkilidir. Demin verdiğim örnek: erkek çocuklara yemekteki etleri vermek. Kız çocuklarına aynı imkânları sunmamak. Elindeki kısıtlı imkânları erkek çocuktan yana kullanmak.
3. Ama bundan ibaret değil, **cinsiyetçi işbölümü** de çok önemli. Genel şeylerden söz ediyorum, farkındayım, ama bu genel şeyler ev-eksenli çalışma için de geçerli. Biz kadınlar, bakım işlerini yapmakla, çocuklara, yaşlılara, hastalara ve tabii sağlamlara (babalar, kocalar) bakmakla yükümlü büyütülürüz. Ev işlerini yapmakla da yükümlü büyütülürüz. Ama erkekler dışarıda para kazanmak ve evin geçimini sağlamak üzere büyütülürler. **Bu sadece biz ev-eksenli çalışanlar için değil, tüm kadınlar için geçerli. Hatta şöyle: ev-eksen-**

<sup>1</sup> Yazarlar, ev-eksenli çalışan kadınlardır.

**li çalışanların ağırlıkla kadınlar olması, doğrudan doğruya bu cinsiyetçi işbölümü yüzündendir.** Bu sadece “geleneksel” denen ailelerde değil, modern ailelerde de böyledir: Kızıyla oğlunu eşit büyütüyor diyen ortamlarda bile erkeğe kendi işini yapmak öğretilir; kendi yemeğini kendi çamaşırını yıkama gibi. Oysa ki kadına bütün evin işi ve bakım işleri öğretilir, yani başkalarına bakmak öğretilir. Bu eğitilmiş ya da eğitimsiz anne veya baba olmakla da ilişkili değildir.

4. Biz ev-eksenli çalışan anneler de istisna değiliz. Tıpkı “dışarıda” çalışan anneler gibi biz de, çalıştığımız için yapamadığımız işleri kızlarımızdan bekleriz. Yani kızlarımızın bize ev işlerinde, yemek, çamaşır, ütü yardım etmelerini sağlarız. Açıkça beklesek bile, bunları yapmayı onlara öğretiriz. Ve biz çalıştığımızda kızlarımız bize destek olmak için daha çok yorulmayalım diye yardım etmek için yaparlar.
5. Ev işleri ve bakım işleri biz kadınların üzerinde kaldığı için, kızlarımızı da böyle yetiştirdiğimiz için, geleceğin ev-eksenli çalışanları olarak yetişmiş olurlar. Hayatımızı idame ettirmek için çalışmak zorundayız onun için ev-eksenli çalışırız. Biz ev-eksenli çalışanlar, bir taraftan çocuklarımıza bakarız, bir taraftan yaşlılarımıza, hastalarımıza, engellilerimize bakarız, bir taraftan ev işlerini yaparız, bir taraftan da geçimimizi kazanmak için ev-eksenli çalışırız. Dolayısı ile cinsiyetçi iş paylaşımı sanki bizim kaderimiz gibi sürer gider. Ev-eksenli çalışmaya da annelerimize yaptıkları işlerde yardım ederek 6-7 yaşında başlamış oluruz. Ve giderek güvenceli çalışma alanlarında yer almamız çok zorlaşır.
6. **Bu döngü nasıl kırılır?** Cinsiyetçi işbölümüne karşı önlemlerle. **Çocuk, yaşlı, hasta bakımı evde kadınların üzerinde kalmamalı.** Herkesin kolay ulaşabileceği, ucuz ve yaygın bakım hizmeti nasıl sunulur, nasıl örgütlenir bu çok önemli. Öncelikli. **Gelecek kuşak kadınların güvencesiz çalışma biçimlerinde toplaşmaması için çok önemli.**
7. Ev-eksenli çalışma işçiliktir, biz ev-eksenli çalışanlar da işçileriz. ILO'nun (Uluslararası Çalışma Örgütü) 1996'da kabul ettiği 177 sayılı Evde Çalışma Sözleşmesi (ve 184 sayılı Evde Çalışma Tavsiye Kararı), bizim işçiliğimizi açıkça tanımıştır. Ev-eksenli çalışma derken üç ayrı istihdam ilişkisinin bir aradığından söz ediyoruz:
  - a. Fason çalışma: Büyük miktarlarda parça başı çalışmadır.
  - b. Siparişle çalışma: Konu komşuya, çok miktarlı olmayan tekil siparişlerle parça başı çalışmadır. ILO sözleşmesine göre bağımlı çalışmadır.
  - c. Kendi hesabına çalışma. ILO sözleşmesine göre bağımlı çalışma değildir. Ama bağımlı çalışmalarımızla birlikte yaparız, ve pazardaki işlerimiz sipariş almak için kullandığımız örneklerdir, bizim CV'lerimizdir. O yüzden bağımlı çalışmamızla iç içedir: sadece siparişle çalışmamızla değil, fason çalışmamızla da iç içedir. Çünkü bizi öyle görüp işlerini bize getirebiliyorlar.
8. Ev-eksenli çalışma tabii ki işçiliktir, biz işçiyiz ama burada önemli olan sorun **ev-eksenli çalışmanın güvencesiz olmasıdır.** Sosyal güvencesi yok, düşük gelirli, düzensiz iş, düzensiz çalışma koşulları ile çalışmak zorunda kaldığımız bir çalışmadır. Ülkemizde ve dünyada hızla yayılan bir çalışmadır. Bütün iş kollarında nerede güvencesiz iş varsa onlarda çalışan, part time çalışma, çağrı usulü çalışma, evlerde çocuk bakma, temizliğe gitme vs zorunda kalan biz kadınlar değil miyiz? Yani sadece ev-eksenli çalışmada değil bu düzensizlik. Tüm güvencesiz çalışma biçimlerinin ortak tarafı. Bir de güvenceli çalışanların da durumları sağlam değil. Onların da ya güvenceleri azaltılıyor ya da zorlaştırılıyor. Daha düne kadar güvenceli olan bir sürü iş, artık güvencesiz çalışanlarca gerçekleştiriliyor.
9. Güvencesiz çalışmanın sağlıkla ilgili ciddi sonuçları var. Hem bizim, işçinin sağlığıyla hem de bizim çalışma ortamımızı paylaşanların sağlığıyla ilgili sonuçlar bunlar. Yani gelir karşılığı çalışmamızın evde yapmamızın, bütün bu işleri iç içe yapmamızın hem biz işçilerin, hem de evde bizim çalışma koşullarımızı paylaşan diğerlerinin –çocukların, yaşlıların, hastaların- sağlığıyla ilgili sonuçlar bunlar. Kalem ucu takma işinde çocuklarımız kalem uçlarını, boncuk işlemede boncukları yutar. Boncuk ve kumaş boyamada bağımlılık yapan boyayı ve yapıştırıcıyı sadece biz ev-eksenli çalışan işçiler solumayız. Tekstil tozlarına bizimle yaşayan büyük küçük herkes solur.

10. Yaptığımız işlerden dolayı bedenimizin uğradığı şekil bozuklukları var, devamlı önümüze bakmaktan kamburumuz çıkar, ellerimiz makas kullanmaktan nasırlaşır, makine pedalı çevirmekten ayak bilek ağrıları, diz bel ağrıları olur... Çok çeşitli çalışmanın bıraktığı farklı beden tahribatlarının hangi birini sayalım ki. Pike dikerken tekstil tozundan ve yırtarak kestiği kumaşların boyalarından ellerinde oluşan renk değişikliği ve alerjiler, kansere varan hastalıklar.. Bütün bunlar sadece ev-eksenli çalışan işçiler için değil, sadece ev içi emek harcayanlar için değil, ya da sadece fabrikalarda çalışan işçiler için değil, tüm güvencesiz çalışan işçiler için geçerlidir. Bütün bunlar sağlığımızı etkilemekle kalmıyor, sağlığımızı biçimlendiriyor. Düzenli ve sürekli olarak kötü koşullarda, yetersiz beslenerek yaşamaktan ötürü, birçok hastalığa daha kolay yakalanıyoruz.
11. Ama en acıtanı, en ağırı, yorgunluğumuzu dile getirmemektir: Çalıştığımız en yakınlarımız bile kabul etmez çünkü biz onların gözünde çalışmıyoruzdur, evde oturan hanımlarız. Bu bakış açısı bizim hep içimizi acıtmıştır. 20 yılı aşan, 30 yıla dayanan sürelerle evde çalıştığımız halde, güvencesiz çalıştığımız için emekliliğimizin olmayacağını, hasta olduğumuzda doktora gidemeyeceğimizi, meslek hastalıklarımızın ve iş kazalarımızın kabul edilmeyeceğini bilmek, bizim içimizi acıtıyor. Ama aynı zamanda uğraşlarımızın da temelini oluşturuyor. Örgütlenmemizin de başlıca hedeflerinden birini oluşturuyor. **Bizler ev-eksenli çalışanlar olarak haklarımızı alabildiğimiz oranda daha düzgün çalışma koşullarında daha iyi ücretler karşılığında çalıştığımızda, kadın sağlığı da daha genel olarak işçi sağlığı da ya da sağlık da bundan olumlu etkilenecektir.**
12. Kısacası, ev-eksenli çalışmada sorun, bir diğer önemli sosyal güvencesizliktir. Sosyal güvencesizlik de sadece ev-eksenli çalışanların değil tüm çalışanların –şu anda güvenceli çalışanlar dahil- sorunudur. Eski SSGSS'ye şimdiki SGK'ya (Sosyal Güvenlik Kanunu) getirmek istiyorum lafı. Çıktı uygulanıyor diye durmak olmaz. Sorun devam ediyor. Ev-eksenli çalışmayı da güvencesiz çalışma biçimlerini de kapsamayan, kadınların ev içi karşılıksız emeğini hesaba katmayan aksine bu emeğin karşılıksızlığına yaslanan SGK yürürlükten kaldırılmıdır.
13. Özetleyerek bitireyim: Biz ev-eksenli çalışanlar olarak iki temel noktada mücadele etmeyi önemsiyoruz, kadın sağlığının ve genel olarak sağlığın bu iki noktada bütünsel politikalar üretilebildiği ve uygulandığı ölçüde gelişeceğini öneriyoruz. Yani, cinsiyetçi işbölümüne ve ev-içi karşılıksız kadın emeğine karşı politikalar geliştirilmelidir; bir de güvencesiz çalışma biçimlerinin güvenceli hale gelmesine yönelik politikalar geliştirilmelidir.
14. Son söz: Tüm bu politikalar, ilgili grupların kendi katılımlarıyla, onların kendi örgütlenmeleri üzerinden tasarlanmalı, biçimlendirilmeli ve uygulanmalıdır. Aksi taktirde en iyi ihtimalle hayırseverlikten, daha kötü ihtimalle üstencilikten öteye geçilemez. Bu nedenle, Ev-eksenli Çalışanlar Sendikası olarak biz, sizlerle, diğer emek ve kadın örgütlenmeleriyle güçbirliğini önemsiyoruz, güçbirliği geliştirebilmek ve ortak mücadele edebilmenin yordamları için uğraşıyoruz.



## **POSTER BİLDİRİLERİ**





## AİLE PLANLAMASININ ERKEKLER ÜZERİNDEN SÜRDÜRÜLMESİ; VAZEKTOMİ YÖNTEMİNİN CİNSİYETE GÖRE BİLGİSİ VE KABUL EDİLEBİLİRLİK DÜZEYİ

Gülşah Seydaoğlu, Çağla Sarıtürk, Zeynep Çam

Çukurova Üniversitesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı

### Giriş ve Amaç:

Vazektomi erkeklerin kullanabileceği, basit, güvenli, geri dönüşü olmayan bir aile planlaması yöntemidir. Amerika'da her yıl yarım milyondan fazla erkek vazektomi yaptırırken tüm dünyada ise bugüne kadar vazektomi sayısının 30 milyonu aştığı tahmin ediliyor. İngiltere'de erkeklerde gönüllü kısırlaştırmanın, giderek kadınlarda tüp bağlatmaktan daha popüler hale geldiğini göstermektedir. Buna karşılık Hindistan'a baktığımızda, 2002-2003'te 4.6 milyon tüp bağlatmaya karşılık sadece 114 bin adet vazektomi yöntemi kullanıldığı görülmektedir. Ülkemizde de benzer şekilde aile planlaması sorumluluğu da kadınların üzerine yıkılmaktadır ve erkeklere yönelik yöntemler hemen hemen hiç konuşulmamaktadır. Adana Devlet Hastanesi Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması verilerine göre 2001-2004 yılları arasında 297 kişi vazektomi operasyonu geçirmiştir. Bu rakam bu kurumda çalışan bir kaç hekimin vazektomiden yana özel tutum ve davranış geliştirmesi ile sağlanabilmiştir.

Bu çalışmanın amacı, doğurganlık dönemindeki erkek ve kadınların vazektomi yöntemi hakkında bilgi düzeyini ve tutumunu belirlemektir.

### Yöntem:

Adana Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması merkezlerine çeşitli nedenlerle gelen bireylere bir anket uygulanmış ardından vazektomi konusunda kısa bir eğitim ve açıklama yapıldıktan sonra bu yöntem konusunda eşlerinin ve kendilerinin tutumlarının ne olacağı sorgulanmıştır.

### Bulgular

Çalışmaya 102 erkek, 104 kadın olmak üzere 206 kişi dahil edilmiştir. Yaş ortalamaları  $35,6 \pm 8,7$  olan bireylerin, evlilik yıl ortalaması  $12,1 \pm 8,8$ , çocuk sayısı ortalamaları ise  $2,12 \pm 1,34$ 'tür. Sosyo ekonomik olarak %41,7'si iyi, %46,1'i orta, %12,2'si kötü, eğitim düzeyi olarak %7,3'ü eğitimsiz, %35,0'ı ilköğretim %57,8'i lise ve üzeri eğitim düzeyindedir. Kadınların %67 si kendisi korunurken erkeklerin %39,2 si kendisinin korunduğunu bildirmiştir. Doğum kontrol yöntemi olarak vazektomi yöntemini kullananların oranı %3,9 (n=8), kondom %28,2 (n=58), rila %44,2 (n=91), doğum kontrol hapı %11,2 (n=23) tüpligasyon %5,3 (n=11) yöntem kullanmayan %7,3 (n=15) dir. Bireylerin %21,8'i başka çocuk istediğini bildirmiştir. Vazektomi yöntemi konusunda bilgisi olduğunu belirten erkeklerin oranı %15,7 iken kadınlarda bu oran %23,1'dir.

Katılımcılara kısa bir eğitim verildikten sonra vazektomi yöntemini uygulama konusundaki eğiliminin ne olacağı sorulduğunda kadınların %31,7'si bu yöntemi kabul etmeyeceğini erkeklerin %58,8'i kabul etmeyeceğini bildirirken, kadınların %31,7'si erkeklerin ise %24,5'i kararsız olduğunu, kadınların %36,5'i kabul edeceğini erkeklerin ise %16,7 sinin kabul edeceğini bildirmiştir (p=0,01). İki cinsiyet arasında oranlar istatistiksel olarak anlamlı fark göstermesine karşılık sizin ve eşinizin tutumu ne olur sorusunun analizine bakıldığında cinsiyet alt gruplarında ve toplam grupta zayıf da olsa uyum olduğu gözlenmektedir.

### Sonuç:

Vazektomi, zengin ülkelerde gelir düzeyi ve eğitim seviyesi yüksek kesimde, istenmeyen gebeliklerden korunmada sorumluluk alan erkeklerin tercihi gibi görünse de eğitim düzeyi topluma göre oldukça yüksek olan bu çalışmada 3 kadından birinin bu yöntemi kabul ediyor olması düşündürücüdür.

## KENAR SEMTLERDE YAŞAYAN KADINLARIN SAĞLIK HİZMETİNDEN YARARLANMASINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Gülşah Seydaoğlu, Zeynep Çam, Çağla Sarıtürk

Çukurova Üniversitesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı

### Giriş ve amaç:

Kenar mahallelerde yaşayanların kaldıkları evler, oda, yapı ve ısıtma sistemi olarak yaşamaya uygun olmaması, ortamın soğuk ve nemli olması, çocukların ve ev halkının çok çabuk enfeksiyon hastalıklarına yakalanmasına neden olmaktadır. Bu noktada bu kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşmasında çeşitli sorunlar da yaşanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, Adana'da kenar mahallelerde yaşayan kadınların sağlık hizmetinden yararlanma durumunu ve bunu etkileyen faktörleri değerlendirmektir.

### Yöntem:

Adana kenar mahallelerden tesadüfi örneklem ile seçilen 8 mahallede, 1200 kadına anket uygulanmıştır. 1080 kişi çalışmaya dahil edilmiştir.

### Bulgular:

Ortalama yaş 31.2 (min:14 max:75 yaş aralığında) % 91.1'i doğurgan, % 47,2 eğitimsiz, % 90,3 evli, % 95.7'si çalışmıyor, % 60,6'sı göç etmiş, % 54.9'unun sosyal güvencesi yok, % 29,4'ü bir hastalıktan yakınıyor. Ortalama gebelik sayısı  $4,7 \pm 3,1$ , yaşayan çocuk ortalaması  $3,7 \pm 2,2$ . % 26,1'i sağlık ocağına kayıtlı değil, % 27,0 geçen yıl hiç doktora gitmemiş, % 39,2 sağlık personeli ile iletişim sorunu yaşıyor %51,7 kontraseptif yöntem kullanmıyor, %54.9'u evde doğum yapıyor, % 23,5'i çocukların aşılarını düzenli yaptırmıyor, % 31.1'i son 5 yıl içinde bebek-çocuk ölümü yaşamıştır. Çalışmaya katılanların % 22 si sağlık personeli ile sorun yaşadığını, %10'u ayrımcılığa uğradığını belirtmiştir.

### Sonuç:

Kenar semtlerde yaşayan kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyinin oldukça düşük olduğu görülmektedir. Kadınlar, özellikle toplumsal değer yargıları, töresel nedenler, erkek egemen bakış açısı nedeniyle en çok ihmal edilen, yaşanan sorunların en önemli yükünü çeken sosyal gruptur. Hamilelik, doğum süreci ve kadın hastalıkları, yoksulluk ile birlikte oldukça olumsuz tablolar ortaya çıkarabilmektedir.

## GEBELİKTE CİNSEL YAŞAM VE SAĞLIK PERSONELİNİN GÖRÜNMEYEN ROLÜ

Gülşah Seydaoğlu, Zeynep Çam, Çağla Sarıtürk

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik AD

### GİRİŞ ve AMAÇ

Sağlıklı bir cinsel birliktelik, hem özel hem de sosyal yaşamın uyumlu bir biçimde sürdürülmesinde etkili bir rol oynar. Cinsel birliktelik çiftlerin yaşamında özellikle gebelik sürecinde farklılıklar ve değişimlere maruz kalır. Gebelik dönemi, anne adayında çeşitli bedensel ve ruhsal değişikliklerin meydana geldiği bir dönemdir. Libido (cinsel arzu) gebeliğin bazı dönemlerinde azalabilir, bazı dönemlerinde normale dönebilir, hatta bazen artış gösterebilir. Libidodaki bu değişiklikler anne adayında oldukça belirgin iken Baba adayında genellikle değişiklik gözlenmez ya da çok hafif değişimler izlenebilir. Bu sorunlar gebelik sürecindeki dönemlerde aylara göre değişiklik gösterebilir.

Gebelik kesesinin erken açıldığı, suların erken geldiği durumlar, vajinal kanama, önceki gebeliklerde erken doğum tehdidi öyküsü ve şimdiki gebelikte erken doğum tehdidi, partnerin cinsel yolla bulaşan hastalık taşıyıcısı olması, plasenta previa, çoğul gebelikte gebeliğin son aylarında, kadın doğum uzmanı veya sağlık ekibi tarafından cinselliğe yasak getirilen diğer durumlar dışında gebelere cinsel ilişki yasak değildir.

Birçok çift toplumsal baskılar ve tabular nedeniyle bu süreçte problem yaşamakta ve bu konuda hekime ya da sağlık personeline başvurmamaktadırlar. Sorunları kendi içlerinde halletmeye çalışıp problem yaşamaktadırlar.

Bu çalışma, bölgemizdeki sağlık kurumlarında hizmet alan gebelerin gebelik süresince sürdürdükleri cinsel performanslarını ve yaşadıkları cinsel sorunları ve sağlık personelinin katkısını araştırmak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

### YÖNTEM

Bu araştırma, Ç.Ü. Balcalı Araştırma Hastanesi, SSK Doğumevi ve Meydan Doğumevinde kadın doğum servislerinde gebe ve gebelik geçirmiş 128 kadın üzerinde 10.01.2005-20.01.2005 tarihleri arasında anket uygulanarak yapılmıştır.

**BULGULAR**

Çalışmaya katılan gebelerin özellikleri tablo 1 de izlenmektedir.

**Tablo 1.** Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri

	Ort±SS	Medyan (min-max)
Yaşı	28,9±6,8	27 (17-48)
Eşinin yaşı	32,9±7,4	31,5(21-55)
Eşi ile yaş farkı	4,0±3,3	3(-2-19)
Evlenme yaşı	21,3±3,6	21(13-34)
Evlilik yılı	7,6±6,8	5(1-32)
Aylık Gelir	740,0±588,3	550(100-4000)
Gebelik sayısı	2,3±1,4	2(1-8)
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><u>Eğitimi</u></b>		
Okur yazar değil	14	10,9
İlkokul	45	35,2
Lise	48	37,5
Üniversite	21	16,4
<b><u>Eşinin eğitimi</u></b>		
Okur yazar değil	6	4,7
İlkokul	42	32,8
Lise46	35,9	
Üniversite	34	26,6
<b><u>Çalışıyor mu?</u></b>		
Evet	35	27,3
Hayır	93	72,7
<b><u>Eşi Çalışıyor mu?</u></b>		
Evet	117	91,4
Hayır	11	8,6
<b><u>Sosyal Güvence</u></b>		
Var	92	71,9
Yok36	28,1	
<b><u>Sosyo Ekonomik Düzey</u></b>		
İyi	27	21,1
Orta	78	60,9
Fakir	23	18,0
<b><u>Oturduğu yer</u></b>		
Adana merkez	64	50,0
Adana ilçe-köy	35	27,3
Adana dışı	29	22,7
<b><u>Son gebeliği isteme</u></b>		
Evet	90	70,3
Hayır	38	29,7
<b><u>Doktorun cinselliği kısıtlaması</u></b>		
Sorun var kısıtlanma önerilmiş	21	16,4
Sorun yok ve kısıtlama önerilmiş	19	14,8
Hayır	88	68,8

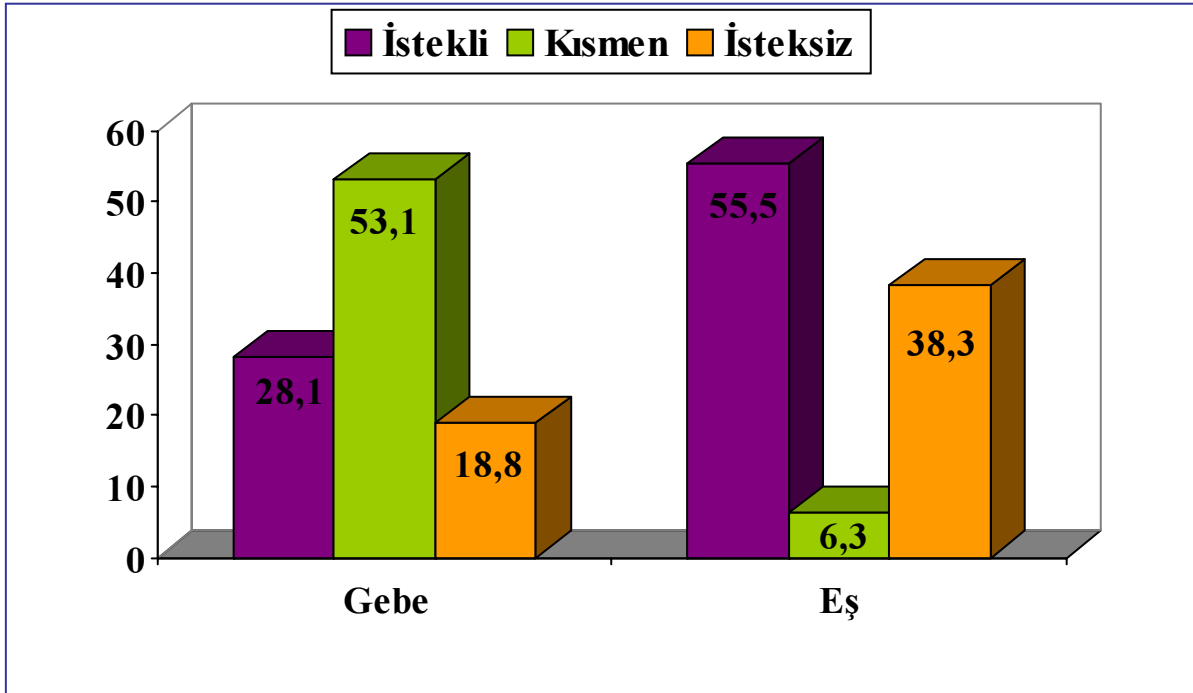
Gebelerin gebelik süresince cinsellik etkinliklerinde belirgin azalma olduğu gözlenmektedir. Gebelik öncesi sıklık ile 1. 2. ve 3. trimesterdeki sıklık arasında giderek azalan korelasyonlar saptanmıştır (tablo 2). Gebelerin ilişkiyi sonlandırma ayı ortalama 6,6±2,4 (medyan 7,5 min:1 max:9) olarak saptanmıştır. Gebelerin %17,5'i ilk trimesterde, %12,5'i ikinci trimesterde %70,3'ü son trimesterde ilişkiyi sonlandırmaktadır.

Tablo 2. Gebelik öncesi ve gebelik süresince cinsellik yaşama sıklığı

	Gebelik öncesi	1. trimester	2. trimester	3. trimester
<i>Cinsellik sıklığı</i>				
Hiç	-	4(3,1)	19(14,8)	26(20,3)
İki haftadan uzun süre	4(3,1)	14(10,9)	11(8,6)	51(39,8)
İki haftada bir	9(7,0)	11(8,6)	31(24,2)	26(20,3)
Haftada bir kez	29(22,7)	58(45,3)	40(31,3)	16(12,5)
Haftada 2-3 kez	86(67,2)	41(32,0)	27(21,1)	9(7,0)
Gebelik öncesi sıklık ile korelasyon katsayısı (r )		-0.45*	-0.45*	-0.30*

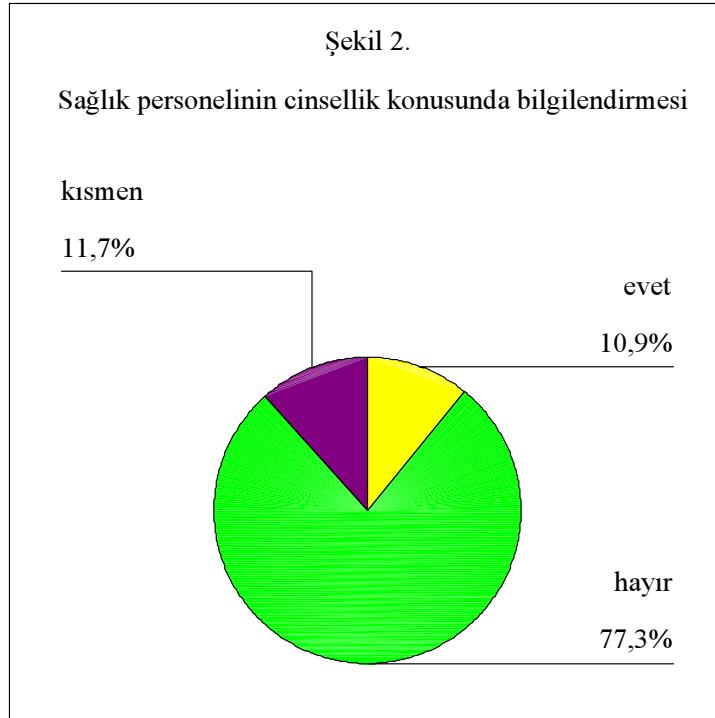
\*p&lt;0.05

Eşlerin gebelik süresince cinsellik yaşama konusundaki isteklilik oranları eşler arasında farklılık göstermektedir. (şekil 1).



Şekil 1. Gebelik süresince gebenin ve eşinin cinsel isteklilik oranları

Gebelerin % 77,3' nün cinsellik konusunda sağlık personeli tarafından hiç bilgilendirilmediği, %11,7 'sinin kısmen bilgilendirildiği %10,9'unun ise bilgilendirildiği saptanmıştır (şekil 2). Gebelerin %32,8'i eşleri tarafından cinsel ilişkiye zorlandıklarını bildirmiştir (şekil 3)



Gebelik süresince cinsel ilişkiye zorlanmayı etkileyen gebe ve eşteki risk faktörleri tablo 3'te görülmektedir. Kadınlarda eğitim düzeyi, çalışma durumu ve yaş ortalaması cinsel ilişkiye zorlanmada önemli faktör iken erkeklerde yaş faktörü önemli bir faktör olarak saptanmıştır. Cinsel ilişkiye zorlananların hem kendileri hem de eşlerinde yaş ortalamaları anlamlı olarak yüksektir. Gebelik süresince cinsel isteklilik düzeyi erkeklerde önemli bir faktör olarak saptanmıştır. İstekli olanlarda cinselliğe zorlanma oranı daha yüksektir. Bu faktör kadınlar için risk faktörü olarak saptanmamıştır.

Tablo 3. Gebelik süresince cinsel ilişkiye zorlanmayı etkileyen gebe ve eşteki ortak faktörler

	GEBE			EŞ		
	Zorlama var	Zorlama yok	p	Zorlama var	Zorlama yok	p
<b>Eğitim</b>						
Okur yazar değil	10(71,4)	4		4(66,7)	2	
İlkokul	19(42,2)	26		16(38,1)	26	
Lise	10(20,8)	38		15(32,6)	31	
Üniversite	3(14,3)	18	0,001	7(20,6)	27	0,1
<b>İş</b>						
Çalışıyor	4(11,4)	31		39(33,3)	78	
Çalışmıyor	38(40,9)	55	0,002	3(40,9)	8	0,6
<b>Gebelikte cinsel ilişki isteği</b>						
İstekli	12 (33,3)	24		30(42,3)	41	
Kısmen	24(35,3)	44		4(50,0)	4	
İsteksiz	6(25,0)	18	0,6	8(16,3)	41	0,007
Yaş ortalaması	30,9±7,8	27,9±6,2	0,02	34,8±8,4	32,1±6,9	0,04

Gebelik süresince cinsel ilişkiye zorlanmayı etkileyen faktörler tablo 4'te görülmektedir. Gebelik öncesi cinsel sıklığının yüksek olması, ekonomik düzeyinin düşük olması, isteyerek gebe kalmama, sağlık personelinin cinsellik konusunda bilgilendirilmemesi, evlilik süresinin uzun olması ve gebelik sayısının artması cinsel ilişkiye zorlanmayı artıran faktörler olarak saptanmıştır ( $p<0.05$ ).



Tablo 4. Gebelik süresince cinsel ilişkiye zorlanmayı etkileyen faktörler

		Zorlama var	Zorlama yok	p
Gebelikte cinsel ilişkide ağrı	Çok	5(31,3)	11	0,9
	Biraz	27(33,3)	54	
	Hiç	8(29,6)	19	
Gebelikte sorun	Yok	35(32,7)	72	0,9
	Var	7(33,3)	14	
Gebelik öncesi cinsel sıklık	İki haftadan uzun	2(15,4)	11	0,05
	Haftada bir kez	6(20,7)	23	
	Haftada 2-3 kez	34(39,5)	52	
Ekonomik düzey	İyi	4(14,8)	23	0,002
	Orta	24(30,8)	54	
	Fakir	14(60,9)	9	
İsteyerek gebe kalma	Evet	21(23,3)	69	0,0001
	Hayır	21(55,3)	17	
Doktorun cinsellik kısıtlaması	Evet	12(30,0)	28	0,6
	Hayır	30(34,1)	58	
Yerleşim yeri	Adana merkez	17(26,6)	47	0,3
	Adana ilçe-koy	14(40,0)	21	
	Adana dışı	11(37,9)	18	
Sağlık personelinin cinsellik konusunda bilgilendirmesi	Evet	1(7,1)	13	0,03
	Kısmen	3(20,0)	12	
	Hayır	38(38,4)	61	
Evlenme yaşı*		20,8±3,5	21,6±3,7	0,2
Evlilik süresi (yıl)*		10,1±8,4	6,4±5,6	0,003
Aylık gelir*		574,6±330,7	815,1±661,8	0,03
Gebelik sayısı*		3,2±1,8	1,9±1,1	0,0001
İlişkiye son verme ayı*		7,1±2,3	6,4±2,6	0,1
Eşi ile yaş farkı(yıl)*		3,9±3,3	4,1±3,4	0,7

\* Ortalama ±SS

## SONUÇ

Gebeler cinsel ilişkinin zararlı olabileceği koşulları kendi kendine değerlendirebilecek bilgi donanımından yoksun oldukları için bu konuda kadınlar en sağlıklı bilgileri kadın doğum uzmanları veya sağlık personelinin alabilirler. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar gebelerin %77,3 nün cinsellik konusunda sağlık personeli tarafından bilgilendirilmediğini ortaya koymuştur. Gebelik süresince cinsel performanslarında belirgin azalma olduğu gözlenmektedir. Bu durumun eşler arasında gerginliğe ve istenmeyen durumlara yol açması söz konusu olabilmektedir. Gebelerin yaklaşık üçte birinin cinsel ilişkiye zorlandığı saptanmıştır. Eğitim düzeyinin ve sosyo-ekonomik düzeyin düşmesi, gebelik sayısının ve evlilik süresinin artması zorlama için risk faktörü olarak saptanmıştır. Ayrıca cinsellik konusunda sağlık personeli tarafından bilgilendirilmeme de riski anlamlı olarak arttıran bir faktördür. Gebelerin ve eşlerin cinsellik konusunda bilgilendirilmesinin istenmeyen durumları azaltacağı düşünülmektedir.

## Kaynaklar:

- Gökıldız Ş, Beji NK(2001). Gebeliğin Cinsel Yaşam Üzerindeki Etkileri. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksel Lisans Tezi
- Naim M. Bhutto E. Sexuality during pregnancy in Pakistani women. J Pak Med Assoc 2000; 50: 33-38.
- Eryılmaz G, Ege E, Zincir H. Gebelikte Cinsel Yaşamı Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. CETAD Günleri-II 'Cinsel Eğitim', İTÜ Sosyal Tezleri, İstanbul-2000.
- Kocatepe K. Gebelikte Cinsel Yaşam. <http://www.gebelik.org/dosyalar/cinsellik2.html>, 1999-2000.
- Thorpe EM, Ling FW. Sex and sexuality in pregnancy. Gynecology and Obstetrics. Ed. JJ Sciarra, 1992; 2: 1-7.
- Karaoğlu, L., Celbis, O., Ercan, C., Ilgar, M., Pehlivan, E., Güneş, G., et al. (2006). Physical, emotional and sexual violence during pregnancy in Malatya, Turkey. *Europ Journal Public Health*, 16(2), 149-56.

**CİNSİYETE GÖRE TIPTA UZMANLIK ALANLARI TERCİHLERİNİN SAPTANMASI**

Ayşe KOYUN\*, Şenay AKGÜN\*\*, Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ\*\*\*

**Özet**

Kadın ve erkeğe ait işlerin ne olduğuna yönelik kültürel ve sosyal tutumlar ile eğitimde cinsiyet eşitsizliği, kadın ve erkek işgücünün farklı mesleklere yönelmesine yol açarak, ülkeden ülkeye ve işten işe değişebilen bir mesleki cinsiyet ayrımı meydana getirmektedir. Cinsiyetten kaynaklanan bu ayrım kadınların “kadınsı işlere” yoğunlaşmalarına, yani yatay bir mesleki ayrım yaşamalarına ve aynı zamanda erkeklerden daha düşük statüde görev alarak dikey bir mesleki ayrım yaşamalarına neden olmaktadır. Bu noktadan yola çıkarak araştırmada Türkiye’de uzmanlık alanlarında hekimlerin dağılımında cinsiyete bağlı bir farklılık var mıdır? sorusunun yanıtını aramak amaçlanmıştır. Araştırma iki aşamadan oluşmaktadır: Birinci aşamada Türkiye’de bulunan üniversitelerin web sayfalarında yer alan tıp fakültelerinin anabilim dallarında görev yapan toplam 9072 hekimin bilgileri alınmıştır, ikinci aşamada ise 2007-2009 yılları arasında Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM)’nin yapmış olduğu Bahar Dönemi Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS)’nda yerleşen 7788 adayın tümünün cinsiyete göre tıpta uzmanlık alan tercihleri saptanmıştır. Araştırmanın birinci aşamasının verileri toplanmış, ikinci aşamanın değerlendirilmesine devam edilmektedir. Birinci aşamada elde edilen bulgulara göre; temel tıp bilimlerindeki öğretim üyelerinin %42.6’sının kadın, %57.4’ünün erkek; dahili tıp bilimlerindeki öğretim üyelerinin %38.1’inin kadın, %61.9’unun erkek; cerrahi tıp bilimlerinde öğretim üyelerinin %18,2’sinin kadın, %81.8’inin erkek olduğu saptanmıştır. Birinci aşamada elde edilen bulgular göstermektedir ki, kadınlar ağırlıklı olarak temel tıp bilimlerinde yoğunlaşmaktayken, dahili (çocuk sağlığı ve hastalıkları) ve cerrahi bilimlerinde (anestezi ve reanimasyon, tıbbi patoloji) ise daha çok femine olmuş alanlara kaymaktadırlar. İkinci aşamada elde edilen veriler analiz aşamasında olduğundan bununla ilgili bulgular daha sonra verilecektir.

**Anahtar kelimeler:** Toplumsal cinsiyet, meslek tercihi, mesleki cinsiyet ayrımı, tıp bilimleri, kadın.

\* Öğr. Gör., \*Selçuk Üniv. Akşehir Kadir Yallagöz SYO Hemşirelik Bölümü İletişim adresi: Selçuk Üniv. Akşehir Kadir Yallagöz SYO Hemşirelik Bölümü Akşehir/KONYA, GSM: 0506 721 23 61 Elektronik posta: ayse.koyun@hotmail.com

\*\* Arş. Gör., Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, ANKARA/TÜRKİYE İletişim adresi: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, ANKARA/TÜRKİYE, GSM: 0530 592 98 71, Elektronik posta: sakgun@hacettepe.edu.tr

\*\*\*Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, ANKARA/TÜRKİYE İletişim adresi: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, ANKARA/TÜRKİYE, GSM: 0533 226 04 42, Elektronik posta: sevkato@hacettepe.edu.tr

## **DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ'NDE TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTSİZLİĞİ DOKTORA DERSİ DENEYİMİ**

**Serpil Salaçin<sup>1</sup>, Zuhal Bahar<sup>2</sup>, Türkan Günay<sup>3</sup>, Candan Algun<sup>4</sup>**

Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ) Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde (SBE) 2009–2010 eğitim-öğretim yılı, bahar yarımında “Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve kadına yönelik aile içi şiddet” başlıklı doktora dersi açılmış ve 15–27.02.2010 tarihlerinde tam zamanlı iki haftalık blok ders şeklinde gerçekleştirilmiştir. Bu bildiri; dersin açılış öyküsü, amacı, dayanağı, öğrenme hedefleri, programı, dersin gerçekleşmesinde alınan üniversite dışı destekler, dersin işleyişi ve çıktıları ile ilgili genel değerlendirilmesinin paylaşılması amaçlanmıştır.

Nisan 2009'da Yüksek Öğretim Kurumundan gelen yazı doğrultusunda DEÜ SBE Müdürlüğü bu başlıkta bir dersin açılmasını önermiştir. SBE'nin çeşitli programlarında YL ya da PhD yapan hekim, hemşire, psikolog, biyolog, fizyoterapistler için hazırlanan taslak program enstitü kurulu ve Üniversite Senatosunun onayı ile Mayıs 2009'da SBE 6042 kod numarası (1–2–2 kredi) ile açılmıştır. Bu ders öğrencinin toplumsal cinsiyet kavramını algılama ve sorgulamasını, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin bireyin duygu durumuna, davranışlarına ve sergilediği rol kalıplarına yansımalarını, kuşaklara aktarımını, yaşamımızı nasıl şekillendirdiği, bize neler yaptığını, dünden günümüze süreci, sosyal yapımızın erilliğini algılamasını kolaylaştırmayı hedeflemiştir. Şiddet, şiddetin aile içindeki yaygınlığı, ülkemizdeki ve dünyadaki başlıkları, sağlık çalışanının şiddeti tanınması, şiddete uğrayan ile ilgili yaklaşım ve mekanizmalar, ulusal ve uluslararası yasal koruma mekanizmaları ve yaşama geçirilmesinde karşılaşılan sorunlar, tüm bunlarla ilgili yaşanan süreç konusunda farkındalık arttırmayı ve beceri kazandırmayı da ikinci bir temel hedef olarak almıştır. Programda yarımşar günlük 5 atölye çalışması, 9 sunum, 3 konferans, yarımşar günlük iki alan çalışması, 1 forum, 4 kısa metrajlı eğitim filmi, iki uzun metrajlı film ile öğrenme hedeflerine ulaşılmaya çalışılmıştır. Öğrenciler 3 ev ödevi hazırlayarak sunmuşlardır. Akran eğitimi mini proje çalışmaları sürmektedir. Bu bireysel proje çalışmaları final sınavı olarak Haziran ayında değerlendirilecektir.

İki haftanın sonunda uygulanan yapılandırılmış geri bildirim formlarından öğrencilerin aldıkları dersi hedefleri, işleyişi, kullanılan eğitim modelleri, eğiticilerin nitelikleri yönünden değerlendirmeleri istenmiştir. Ayrıca yazmaları beklenen geri bildirim serbest mektupları ile de ders ile ilgili düşünce ve duygularını aktarmaları istenmiştir. Bu sunumda dersi alan 23 doktora öğrencisinin bu değerlendirmeleri de paylaşılmaya çalışılacaktır.

<sup>1</sup> Dokuz Eylül Üniversitesi(DEÜ) Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

<sup>2</sup> DEÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Anabilim Dalı

<sup>3</sup> DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

<sup>4</sup> DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu

## NEVŞEHİR ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN EVLİLİK VE EŞ SEÇİMİYLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ

\*Öğr. Gör. Ayşegül Özcan

### Amaç:

Sağlıklı toplumlar, sağlıklı bireyler tarafından meydana gelir. Bu bireyler de sağlıklı aile ortamında yetişir. Hemşirenin temel görevlerinden biri de toplum sağlığını korumak ve geliştirmektir. Bu çalışmada elde edilen bilgiler, hemşirelerin koruyucu halk sağlığı hizmetlerinde üniversite öğrencilerinin evlilik ve eş seçimine yönelik yürütecekleri çalışmalarına bir veri tabanı sağlayacaktır. Bu nedenle bu araştırma üniversite gençlerinin evlilik ve eş seçimleri ile ilgili görüşlerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem:

Tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmanın evrenini, Nevşehir Üniversitesi İktisat ve İdari Bilimler Fakültesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu'nda son sınıfta öğrenim gören 170 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem Ocak-Şubat 2010 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden, araştırmanın yapıldığı tarihlerde raporlu ya da izinli olmayan, veri toplama araçlarının doldurulması ve yapılacak görüşmelerde iletişim zorluğu yaşayabilecekleri düşünüldüğünden yabancı uyruklu olmayan ve araştırmaya gönüllü olarak katılan 103 öğrenci alınmıştır. Dolayısıyla araştırma kapsamına evrenin %60.58'i kapsamaktadır. Araştırma bulguları, 2009-2010 eğitim-öğretim yılında Nevşehir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve İktisat ve İdari Bilimler Fakültesi son sınıfa devam eden gençler ile sınırlıdır. Bu anlamda aynı çalışma daha büyük örnekleme ve farklı yaş gruplarına uygulanabilir.

Veri toplama aracı, araştırmacı tarafından literatür bilgileri kullanılarak oluşturulan bir anket formu doğrultusunda hazırlanmıştır. Öğrencilerin sosyo-demografik verilerini, evlilik ve eş seçimi ile ilgili görüşlerini içeren soru formu kullanılmıştır. Veriler sınıf ortamında araştırmacı gözetiminde öğrencilerden izin alındıktan sonra toplanmıştır. Değerlendirmede tanımlayıcı istatistiklerden sayı, yüzde ve ki-kare testi kullanılmıştır.

### Bulgular:

Araştırmaya katılan öğrencilerin %71.8'i 20-22 yaş aralığında, % 82.5'i kız ve % 65'i İktisat bölümünde okumaktadır. Öğrencilerin % 23.3'ü İç Anadolu bölgesi, %10.6'sının Akdeniz bölgesinden geldiği saptanmıştır. Öğrencilerin %83.8'inin annesinin çalışmadığı, %26.8'nin babasının işçi ve aile gelirlerinin giderlerinden az olduğu (% 33) saptanmıştır. Araştırmaya alınan üniversite öğrencilerinin % 40.2'si 'evlenilecek erkeğin yaşı kadından büyük olmalı' yanıtını verdiği saptanmıştır. 'Evde kararları kim vermelidir?' sorusuna, öğrencilerin % 66.2'si 'kadın erkek birlikte' yanıtını verirken, %28.9'u 'erkek' şeklinde yanıtlamışlardır. Öğrencilerin %61.6'sı din ayrılığının, %45.6'sı mezhep ayrılığı ve %51.5'inin ülke ayrılığının evliliğe engel olacağını söylemişlerdir. Üniversite öğrencilerinin büyük çoğunluğunun (75.8), ülkemizde aile bağlarının zayıfladığı ve evlilik kurumunun önemini yitirdiğini düşünmektedir.

### Sonuç:

Araştırmanın sonucunda evlenilecek kişinin seçimi konusunda öğrencilerin büyük çoğunluğu kendi karar vermesi, evlenilecek kişide tahsil farkı olmamasını, ideolojik görüşlerin aynı ya da yakın olmasını, dini inançlarının aynı olmasını tercih etmişlerdir. Sağlıklı ve mutlu bir birlikteliğin dolayısıyla sağlıklı ve mutlu bir toplumun devamı açısından; gerek duygu ve düşünce gerekse sosyo kültürel ve ekonomik bağlamda bireylerin birbirleriyle uyum sağlayabilmeleri gerekir. Buda daha mantıklı ve uygun kararlar verilerek sağlanabilir.

Bireylere orta öğretim ve yüksek öğretimde ailenin önemi, toplumdaki yeri, es seçimi ve evlilikle ilgili konular uygun derslere ilave edilip okutulabilir.

**Anahtar kelimeler;** Üniversite öğrencileri, evlilik, eş seçimi

\* Nevşehir Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu  
ayse-77@hotmail.com

## ŞANLIURFA İLİ KADIN DOĞUMEVİ HASTANESİNDE DÜŞÜK YAPAN KADINLARDA ŞİDDET GÖRME DURUMLARI

Öğr. Hem. BİRGÜL TAŞ<sup>1</sup>, Öğr. Gör. Feray KABALCIOĞLU<sup>2</sup>

### ÖZET

#### Amaç:

Bu çalışma Şanlıurfa İli Doğumevi Hastanesi'ne düşük nedeni ile başvuran kadınlarda, düşük yapma nedenleri ve kadına uygulanan şiddetin düşük üzerindeki etkisini araştırmak amacı ile yapılmıştır.

#### Materyal-Metot:

Kesitsel nitelikte olan bu çalışma, Kasım-Aralık 2009 tarihleri arasında yürütülmüştür. Hastaneye düşük nedeniyle gelen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 100 kadın çalışmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırmacı tarafından hazırlanan bir soru formu düşük yapan kadınlara kürete edildikten yaklaşık 2 saat sonra yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Veriler SPSS 16.0 paket programı ile analiz edilmiştir

#### Bulgular:

Araştırma kapsamına alınan 100 kadının % 49'u il merkezinde oturmaktadır. Kadınların % 23'ü Yeşil Kart dahil bir sosyal güvenceye sahip değildir. Kadınların % 52'si hiç okula gitmemiş, % 19'u sadece okuryazardır. Kadınların yaş ortalaması  $27,3 \pm 6,08$ , ilk evlenme yaşı  $19,3 \pm 3,42$ 'dir.

Kadınların % 25'i zorla evlendirildiğini / istemediği bir evlilik yaptığını ve sürdürdüğünü bildirmişlerdir. Kadınların % 72'si daha önce aile planlaması hizmetleri konusunda herhangi bir danışmanlık hizmeti almadığını, % 62'si herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmadığını ifade etmiştir. Kadınların eşlerinin % 24'ü olabildiği kadar çocuk, % 20'si 3'ten fazla erkek çocuk istediklerini ifade etmiştir.

Daha önce gebe kalan 78 kadından % 67'si bir önceki gebeliği arasındaki farkın 2 yıldan az olduğunu, % 79'u daha önce düşük yaptığını bildirmişlerdir.

Kadınların tümü gebelikleri sürecinde eşleri tarafından en az bir kez olmak üzere şiddet gördüklerini % 8'i bu gebeliği planlamadığını bildirmişlerdir. Kadınların % 90'ını şiddetin normal olduğunu ve eğer kadın eşinin sözünü dinlemezse hak ettiğini ifade etmişlerdir. Kadınlara hastaneye başvurmadan önce eşleri tarafından uygulanan şiddet çeşitleri sorulduğunda; % 74'ü sözlü, % 52'si fiziksel şiddet gördüğünü, % 49'u tramvaya ( düşme, çarpma vb...) maruz kaldığını, % 49'u zorla ağır işlerde çalıştığını bildirmişlerdir. Kadınların % 5'i ise eşini sevmediğini ifade etmektedir.

#### Sonuç:

Şiddet karmaşık ve çok boyutlu bir olgu olduğundan önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Bu çalışma sonucunda gebe kadınların fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kaldıkları ve bunun sonucu olarak düşük yapmasına neden olduğu saptanmıştır.

<sup>1</sup> Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokul Hemşirelik 3. Sınıf Öğrencisi, ŞANLIURFA

<sup>2</sup> Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, ŞANLIURFA

## Giriş ve Amaç

Tüm Dünya'da olduğu gibi şiddet insan yaşamının her alanında görülebilen giderek artan, önemli bir toplum sağlığı sorunudur (1-9).

Dünya'da yapılan araştırmalar aile içi şiddete maruz kalanların çok büyük bir bölümünün kadınlar olduğu ortaya koymaktadır (10). Bu da temel insan hakları ve özgürlüklerinin ihlali olup, kadın ve erkek arasında güç eşitliğinin olmaması sorunudur.

Kadına yönelik şiddet cinsiyete dayanan kadını inciten ve zarar veren fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içerisinde ya da özel yaşamında ona baskı uygulanması ve özgürlüklerin kısıtlanmasına neden olan her türlü davranıştır (2,4,8,11,12) .

Kadınlara yönelik şiddet binlerce yıl öncesine dayanmaktadır. Yapılan antropolojik çalışmalara göre Papua Yeni Gine'de bazı yerli toplulukların dışında dünya'da neredeyse her toplumda görüldüğü saptanmıştır (3,4). Günümüzde ise kadına yönelik şiddet coğrafi sınır ekonomik gelişmişlik ve öğretim düzeyine bakılmaksızın tüm dünya'da kültürde son derece yaygındır (1) .

MÖ'de de var olan kadına yönelik şiddet, MS dünyada 1970'lerden itibaren tartışılmaya başlanmıştır. 17 Mayıs 1987'deki "Dayağa Hayır" yürüyüşü kadınların şiddete karşı ilk toplu tepkileridir. Kadın hareketleri bu yıldan sonra hız kazanmıştır (5,12) .

Kadınların şiddete artık dur demesinin başlangıcı 1960'lı yıllardaki kadın hareketleri ve çocuk suiistimalleri ile ilgili çalışmalar, Kadına yönelik şiddetin ilk kez 1975 yılında Meksika'da toplanan "Uluslar arası Dünya Kadınlar Komitesi'nde" dile getirilmesi etkili olmuştur. Birleşmiş Milletler "Kadına Yönelik her türlü ayrımcılığın tasfiyesi sözleşmesini" 1981 yılında Türkiye ise 1985 yılında sözleşme imzalamıştır. Türkiye kadına yönelik önlenmesi sözleşmesini de 1993 yılında imzalamıştır(7) .

Kadına yönelik şiddetin geçmişi çok eski iken Türkiye'de bilisel çalışmalar çok yenidir (8) .

Şiddet kavramının içi toplumsal değerlerle doldurulur, öğrenilir, öğretilir ve kuşaktan kuşağa aktarılır(11). Bir toplumda hangi davranışların şiddet olarak kabul edildiği o toplumun toplumsal yapı ve özellikleriyle ilgilidir. Toplumsal bir gerçek olarak şiddeti uygulayandan çok şiddete maruz kalan bunu dile getirmekten utanç duymaktadır (12-14).

Genellikle kadınların yaşadığı şiddetli tanımlamalarını engelleyen etmenler şöyle sıralanabilir;

- Şiddetin olağanlaştırılması
- Şiddete kör kalınması
- Çocukların kullanılması
- Ekonomik nedenler
- Küçümseme inkar
- Göz dağı verilmesi
- Hep duracak beklentisi
- Ben nasılsa duramam şeklinde çaresizlik ve becerisizlik algısı
- Şiddetin ara ara görülmesi ve ara verilen dönemlerde yok saymayı kolaylaştıran olayların yaşanması (14,15)

Hakların kullanımında kadın ve erkek arasında çok büyük farklılıklar mevcuttur.

Örneğin; 1930'larda çok düşük olan toplumun okur yazarlık oranı yıllara göre giderek artmıştır ve buna bağlı olarak şiddet de azalma gözlenmiştir (16).

2003 – 2008 TNSA raporları karşılaştırıldığında 2003 yılında yapılan araştırmada 100 kadından 39'u şiddet nedeni olan gerekçelerden en az birini doğru bulurken, 2008 yılında bu sayı 100 kadın içinde 25'e inmiştir (17) .

2008 TNSA raporları gösteriyor ki kadınların eğitim düzeyi artmakla ve eğitim düzeyin artmasına bağlı olarak doğum oranı ana bebek ölüm oranı ve şiddet oranında azalma gözlenmiştir (18).

Gebelik kadının yaşamında en riskli dönemlerden biridir (5,19). Gebelikte kadına yönelik şiddet hem anne hem de bebek sağlığını tehlikeye düşürmektedir (5,6,19-21).

Travmaya uğrayan gebe kadınlarda gelişebilecek klinik tablolarla travmasında ilişki kurabilmesi objektif bulgulara bağlıdır (20) .

Gebelikte fiziksel şiddetin azalmış olmasına karşın bir çok ülkede kadınlar hamile kalma özelliğini kullanarak şiddetten korunduğu bilgisine ulaşmıştır (5,22) .

Ülkemizde sağlık çalışanları tarafından az oranda göz önünde tutulmakta ve kadınlara şiddetle ilgili pek az soru sorulmaktadır (23). Şiddet mağduru kadınlar tarafından bildirilmemektedir (24). Bu sebeple de aile içi şiddetin büyüklüğü istatistiklere göre çok daha yüksektir (11). Bu çalışma Şanlıurfa İli Doğumevi Hastanesi'ne düşük nedeni ile başvuran kadınlarda, düşük yapma nedenleri ve kadına uygulanan şiddetin düşük üzerindeki etkisini araştırmak amacı ile yapılmıştır

## Materyal - Metod

Kesitsel nitelikte olan bu çalışma Kasım – Aralık 2009 tarihleri arasında Şanlıurfa il merkezindeki Kadın Doğum Hastanesi'nde septik servisinde yatmakta olan düşük/kürataj yapacak 100 kadına bire bir görüşmecili yöntemiyle anket formu uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan bir soru formu düşük yapan kadınlara küretajdan yaklaşık 2 saat sonra yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Araştırmanın amaç hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılan gebe kadınlara, verdikleri bilgilerin gizli kalacağını teminatı verilerek gönüllü olmaları yönünde sözlü onamları alınmıştır.

Veriler SPSS 16.0 paket programı ile analiz edilmiştir

## Bulgular

Araştırma kapsamına alınan kadınların %49'u il merkezinde, %21 ilçede, %30 ise köyde oturmaktadır. Kadınların %23'nün hiçbir sosyal güvencesi bulunmazken,%64'nün sağlık güvencesi yeşil kartve %13'nün SSK yada bağkur dur.

Kadınların %52'si kısmı hiç okula gitmemiştir, okuryazarlığı yoktur ve Türkçe bilmemektedir. %19'u sadece okula birkaç sene gidebilmiş iletişim kurarken Türkçe konuşabilmektedir, %23'ü ise ilkokul mezunudur ve kadınlar yalnızca %6'sı liseye gitmiştir.

Kadınların yaş ortalaması 27,3±6,08,ilk evlenme yaşı 19,3±3,42'dir. Kadınların %58'i 20 yaşından önce anne olmuştur.

Kadınların %75i eşiyile görücü usulü , %25'i dayak ve tehditle evlendirildiğini ifade etmiştir.

Kadınların %62'si akraba evliliği yaptığını ifade etmiştir. Akraba evliliği yapan kadınların %47'si eşiyile uzak akraba iken, %53'ü amcaoğlu-dayıoğlu gibi yakın akrabalar ile evlilik yapmıştır. %48'i akraba evliliği yapmamıştır fakat aralarında berdel evliliği yapmış olanlarda vardır.

Kadınlar çocuk sayısının belirlenmesinde %10'unda kendilerinin %12' sinin eşi inin %71 eşi ve kendisinin, %7'lik kısmı ise Aile büyüklerinin etkili olduklarını belirtmiştir.

Kadınların %8 bu gebeliği planlamadığını, %62'si herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmadığını ve %72'si daha önce danışmanlık hizmeti almadığını ifade etmiştir Daha önce hamile kalan 78 kadına bir önceki gebeliği arasındaki fark sorulduğunda; %28,2'si 6 aydan az,%21,7'si 1 yıldan az, %25,6's ise iki yıldan az olduğunu ifade etmiştir. Daha önce gebe kalan 78 kadının %79'nun bir önceki gebeliği düşükle sonuçlanmıştır.



Daha önce gebe kalan kadınlara “**doğumunuzu nerede yaptınız ?**” sorusuna %74,36’sı hastanede, %25,64’ü evde yaptığını ifade etmiştir

Kadınların %51’lik kısmı tekrar hamile kalmak isterken %49’luk kısmı tekrar hamile kalmak istemiyor.

Kadınlara “**bu kaçınıcı gebeliğiniz ?**” sorusuna %63’ü 5 ve daha az , %37’si 6 ve daha fazla gebelik geçirdiğini ifade etmiştir. Bu kadınların arasında 9,10,13,16 doğum yapan kadınlar bulunmaktadır.

Kadınların %28’i 4 ve daha fazla, %13’ü 3 ,%17’si 2, %14’ü 1 yaşayan çocuğunun olduğunu, %28’i ise hiç yaşayan çocuğunun olmadığını ifade etmiştir.

Kadınlara kaç çocuğunuz olmasını isterdiniz sorusu sorulduğunda %16’sı olduğu kadar %11 3 erkek 3 kız, %43’ü 2 kız 2 erkek, %14’ü 1 kız 1 erkek, %2’si 2 erkek çocuğu olmasını istediğini, %14’ü ise daha çocuk istemediğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların eşlerine kaç çocuğunuz olmasını isterdiniz sorusu yöneltildiğinde %24’ü olduğu kadar, %20’si 3 den fazla erkek, %39’u 2 erkek 2 kız, %1’i 1 erkek 1 kız çocuk istediklerini, %16’sı daha çocuk istemediğini belirtmişlerdir.

Kadınların %22’lik kısmı sigara kullanıyor açıklamalarında ise bu olmazsa dayanmam bazı şeylere gibi cümleler kullanmışlardır.

Kadınların %43’ü ağır ev işleri( halı yıkamak, hamur leğenini kaldırmak gibi), %6’sı pamuk yada biber tarlasında, %1’i masa başında çalıştığını, %50’si ise çamaşırları makine yıkıyor, ev temizliği ve yemek yapmak, çocuk bakımının her kadının yapması gereken iş olduğunu belirtmiş ve para kazancı olmayan şeylerin iş olmadığını ifade etmiştir.

Kadınların tümü gebelikleri sürecinde eşleri tarafından en az bir kez olmak üzere şiddet gördüklerini bildirmişlerdir. Kadınların % 90’ını şiddetin normal olduğunu ve eğer kadın eşinin sözünü dinlemezse hak ettiğini ifade etmişlerdir. Kadınlara hastaneye başvurmadan önce eşleri tarafından uygulanan şiddet çeşitleri sorulduğunda; % 74’ü sözlü, % 52’si fiziksel şiddet gördüğünü,% 78 gebeliğinde eşi tarafından tecavüze uğradığını, % 49’u tramvaya ( düşme, çarpma vb...) maruz kaldığını, % 49’u zorla ağır işlerde çalıştığını bildirmişlerdir. Kadınların % 5’i ise eşini sevmediğini ifade etmektedir.

## Tartışma

Çalışma kapsamına alınan kadınların %57’si fiziksel, %74’ü sözlü şiddete, %78’i cinsel şiddete maruz kaldığını belirtilmiştir.

Güliz Onat Bayram’ın 164 kadın üzerinde yaptığı çalışmada %16’sı gebelik döneminde şiddet türlerinden herhangi birine maruz kaldığını ifade etmiştir (5). Kocacık ve Çağlayanderli’nin Denizli’de 593 kadın üzerinde yaptığı çalışmada kadınların %52,5’i şiddet gördüğünü belirtmiştir (12). Taşpınar ve arkadaşlarının Manisa’da 505 kadın üzerinde yaptığı çalışmada %32,7’si gebeliklerinden önce, %28,4’ü önceki gebeliklerinde, %24,8’i ise bu gebeliklerinde şiddet gördüğünü belirtmiştir (22). Giray ve arkadaşları 2005 yılında İzmir’de yaptığı çalışmada kadınların %63’ü sözlü, %20’si fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir(19).Ayrancı ve ark adaşlarının Eskişehir’de yaptığı bir çalışmada kadınların %71,4’ü hamilelik sırasında eşi tarafından şiddet türlerinden herhangi birine maruz kaldığını belirtmiştir(23).Nasir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise şiddetin görülme oranının gelişmekte olan ülkelerde %4 ile %29 arasında olduğunu belirtmiştir(9) .Bu oranla bizim çalışmamızın sonucu karşılaştırıldığında ülkemiz gelişmekte olan ülkeler arasında bile yer alamamaktadır.

Daha çok gelişmekte olan ülkelerde ve gelişmiş ülkelerde önemli toplum sağlığı sorunu olduğu kabul edilmektedir (6,19,21,24).

Genel olarak sosyo-ekonomik durum, sosyal güvencenin bulunmaması, kötü yaşam koşulları, gelir durumu, öğrenim durumu, kötü yaşam koşulları, geniş aile tipi, çok çocukluluk, istenmeyen evlilik, akraba evliliği, evlilik süresi, kıskançlık şiddeti arttıran risk etmenleri arasında gösterilmektedir (5,8,12,19,24).

Şiddetin görülme sıklığının toplumlarda farklılık göstermesi nedeni toplumların kendilerine uygulanan zoraki yaptırımları bazıları şiddet olarak görmemesidir(1,4).

Türkiye aile araştırma kurumunun Türkiye genelinde yaptırdığı bir araştırmaya göre Türkiye’de her üç kadından biri kocasından dayak yemektedir (7).

Kadın doğum uzmanları gebelikte ağır işleri, cinsel ilişkiyi, ani hareket etmeyi yasaklamaktadır. Fakat bizim çalışmalarımızdaki kadınlar ağır ev işleri yapmakta cinsel ilişkiye zorlanmakta bazen eşleri tarafından tecavüze uğramaktadırlar. Ani hareket yapmak istemeyen kadınlarımız eşleri tarafından fiziksel şiddet maruz kalmakla beden simgesi zedelenmektedir.

## Sonuç

Yaptığımız çalışmadaki 100 kadın düşük/ küretaj yapmıştır. Bunun nedeni gebelikte uygulanan fiziksel, psikolojik şiddet, kadınların gebeliği zorlayıcı işlerde çalıştırılması, kadının akraba evliliğine zorlanmış olması, ardarda gebeliğe zorlanması sonucu elde edilmiştir. Kadına yönelik şiddet olgularının tanımlanmasında, tedavi, destek ve rehabilitasyonu yanı sıra, toplumda şiddetin azaltılmasında, önleme, koruma ve erken müdahaleyi içeren şiddetsiz bir kültür oluşturmada da sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Toplumun tüm alanlarında hizmet sunan sağlık çalışanları, şiddet ile ilişkili kendi tutumlarını tanımaya ve profesyonel hizmet sunumlarında bu yaklaşımlarının etkilerinden arınmış olmaya çabalamalıdır. Sağlık çalışanları, etik ve mesleki kodlar doğrultusunda aile şiddet mağdurunu tanıma, suçluluk hissetmeden sorununu dile getirmede cesaretlendirme, mahremiyetini ve güvenliğini sağlama, uygun veri toplama, gerekli durumlarda diğer profesyonellere yönlendirme ve destek sistemleri ile ilgili rehberlik etme görevlerini yerine getirmelidir.

## Kaynakça

- Güler N, Tel H, Tuncay Özkan F. Kadının Aile İçinde Yaşanan Şiddete Bakışı, C.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi 27 (2):51-56,2005
- Tanrıverdi G, Şıpkın S.Çanakkale’de Sağlık Ocaklarına Başvuran Kadınların Eğitim Durumunun Şiddet Görme Düzeyine Etkisi. Frat Tıp Dergisi 2008;(3):183-187
- Yetim D, Şahin Melih E. Aile Hekimliğinde Kadına Yaklaşım. Aile hekimliği Dergisi. cilt:2.Sayı:2:48-53
- Dişsiz M, Şahin Hotun N. Evrensel bir kadın sağlığı sorunu:Kadına Yönelik Şiddet.Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi.cilt:1.sayı:1:50-58,2008
- Bayram Onat G. Gebelikte Benlik Saygısı, Bakırköy Tıp Dergisi.Cilt:5.Sayı:2:67-71.2009
- Bunn MY, NA Higa Parker WJ, Kaneshiro B, Domestic violence screening in pregnancy, soc psychiatry psychatr epidemiol.25 Ekim 2009
- Tel H,Gizli Sağlık Sorunu: Ev İçi Şiddet ve Hemşirelik Yaklaşımları, C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2002;6(2):1-9
- Köse A, Beşer A, Kadının Değiştirilebilir Yazgısı ‘Şiddet’,Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2007;10(4):114-120
- Khurram Nasir I ve Adnan A. The European Journal of Public Health 2003 13(2):105-107; doi:10.1093/eurpub/13.2.105 © 2003 by European Journal of Public Health
- Şahin N, Dişsiz M, Sağlık Çalışanlarında Aile İçi Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği Geliştirme Çalışması, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2009;6(2), Erişim: <http://www.insanbilimleri.com>
- Eryılmaz G,Aile İçi Şiddet, Kadın Sağlığı ve Hemşirelik, C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001;5(2):19-24
- Kocacık F, Çağlayandereli M. Ailede Kadına Yönelik Şiddet: Denizli İli Örneği cilt:6. sayı:2:24-43,2009
- Aslan D, Erdost T, Vefikuluçay D, Zeynepoğlu S, Temel F:Flört Şiddeti, Sağlıkla Dergisi Eylül 2008 Sayı:6:6-9
- Karabaş B, Derebent E, Yüzer R, Özcan A. Kırsal kesim Kökenli Kadınların Aile İçi Şiddete İlişkin Görüşleri
- Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Temel Eğitim Seti
- Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Sağlık, Türk Tabipler Birliği: Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu Raporu, 07 mart 2008
- 4 Kadından 1’i Dayacağı onaylıyor,Vatan 25 ekim 2009
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008
- Giray H, Keskinöğlü P, Sönmez Y, Meseveri R, Karakuş E.N, Yüctin N, Günay T. Gebelikte Aile İçi Şiddet ve Etkileyen Etmenler, sted, Cilt:14, Sayı:10:217-220,200520.Ergönen Toprak A, Özdemir Hakan M, Can Özgür İ, Salacı S,Aile İçi Şiddet Öykülü Abortus Olgularında Medikolegal Sorunlar: Bir Olgu Sunumu, Adli Bilimler Dergisi 2003;2(4):39-43
- Ann L. Coker, Maureen Sanderson, Beili Dong; Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. Blackwell Publishing Ltd. Paediatric and Perinatal Epidemiology 2004,18, 260-269.
- Taşpınar A, Bolsoy N, Şirin A,Gebeler Fiziksel Şiddete Uğruyorlar mı? Manisa Örneği, Adli Psikiatri Dergisi 2005;2(2):41-47
- Ayrancı Ü, Günay Y,Ünlüoğlu İ: Hamilelikte Aile İçi Şiddet: Birinci basamak sağlık kurumuna başvuran kadınlar arasında bir araştırma, Anadolu Psikiatri Dergisi 2002; 3:75-87
- Hortensia Amaro, Phd, Lise E. Fried, Msph, Howard Cabral, Mph, And Barry Zuckerman, Md. Violence during Pregnancy and Substance Use

## DİCLE ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ

Yrd. Doç.Dr. Rojan Arcak\* Dr. Özlem Sezgin Anlı\*\* Öğr.Gör.Evin Evinç\*\*\*

### ÖZET:

Bu çalışmaya Dicle Üniversitesi'nde öğrenim gören 300 öğrenci dahil edilmiştir. Öğrenciler son sınıfta olanlardan bölümleri dikkate alınarak rasgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Deneklerin kız-erkek oranı %50 olarak tutulmuştur. Sonuçlar SPSS 16.0 istatistik paket programı ile değerlendirilmiştir.

Çalışma sonucunda öğrencilerin aile planlaması yöntemleri ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır. Elde edilen bulgulardan bazıları şöyledir: Öğrencilerin çoğunluğu tüpligasyon, iğne, vazektomi, ertesı gün hapı konusunda bilgi sahibi değildir. %36'sı doğum kontrol hapının cinsel ilişkiden hemen önce alınması gerektiğini söylerken, sadece %40'ı cinsel ilişkiden sonra su ile temizlenmenin gebeliği önlemediğini bilmektedir. İlk cinsel ilişkide hamile kalılabileceğini söyleyenler %60 olup, rahim içi araçların kaç yıl koruduğunu doğru bilenlerin oranı %11'de kalmıştır. %40'ı da ilişki sırasında erkeği rahatsız ettiğini düşünmektedir. Vazektominin iktidarsızlığa yol açmayacağını bilenlerin oranı sadece %18'i bulurken, bunun küçük bir ameliyat gerektirdiğini %60'ı bilmektedir. Sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerin diğerlerine göre daha bilgili oldukları (ki-kare= 132.6, p<0,05), erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha bilgisiz oldukları tespit edilmiştir (ki-kare=149.5, p<0,05).

Önerimiz, sağlıklı gelecek nesillerin yetişmesi için, gençlere aile planlaması yöntemleri hakkında, gerek okullarda, gerekse toplu iletişim araçları yolu ile daha fazla bilgilendirme yapılmasıdır.

### SUMMARY:

#### KNOWLEDGE LEVEL OF DİCLE UNIVERSITY STUDENTS ABOUT FAMILY PLANNING METHODS

In this study, 300 students who were in Dicle university were included. The students were in the last year of the school and chosen randomly. The proportion of girls and boys was 50%. Results were analyzed by SPSS 16.0 statistical package program.

It was found that students didn't have enough information about family planning methods. Some of the results were like this: Most of the students were uninformed about vasectomy, tubigation, combined injectibles and the day after oral contraceptives. 36% percent of them said that oral contraceptives should have taken before sex. Only 40% percent of them knew that washing the uterus cannot prevent pregnancy after sex. 60% of students said that woman might have baby in the first sexual intercourse, but only 11% percent of them knew how many years an intrauterine device may survive. 40% of them thinks that intrauterine device annoys man during sex. It was found that only 18% of students knew that vasectomy doesn't cause sexual potency but 60% of them knew that men should have a little surgery for this method. Students in health sciences had more information than the others (chi-square= 132.6, p<0,05) and boys were more ignorant than girls about family planning methods (chi-square=149.5, p<0,05).

Our suggestion is, for bringing up healthier generations, education about family planning methods should be given in schools; also it must be supported collective communication organs.

\* Dicle Üniv. Atatürk S.H.M.Y.O.

\*\* Diyarbakır Yenışehir Sağlık Ocağı

\*\*\* Dicle Üniv. Atatürk S.M.O.

**GİRİŞ:**

Uluslararası insan hakları kapsamında, çiftlerin ve bireylerin, çocuklarının sayısı ve doğum aralığına özgürce ve sorumlu bir biçimde karar vermeleri için gereken bilgiye sahip olabilme; en yüksek standartlarda üreme ve cinsel sağlık hizmetlerine ulaşabilme; üremeyle ilgili kararlarını şiddet, baskı ve ayrımcılıkla karşılaşmaksızın verebilme hakkı vardır (1).

Etkin olmayan yöntemlerle korunan kesim aslında aile planlamasına istekli, ancak yeterince hizmet götürülemeyen kesimdir. Eğitim, bireylerin gelişmelerine ve davranışlarına yön veren bir kurallar bütünüdür. Toplumun, eğitim düzeyi yükseldikçe, hem istenen çocuk sayısı azalmakta, hem de daha bilinçli bir aile planlaması uygulanmaktadır. Bu nedenle aile planlaması temel sağlık hizmetlerinin en önemli bileşenlerinden biridir (2,3).

Nüfus artışı dünyamız için bir tehdit oluşturmaktadır. İnsanlık tarihinin ilk büyük nüfus artışı, insanların göçebe yaşam biçiminden, yerleşik bir yaşam biçimine geçmeleri ile olmuştur. İnsanlar, hayvanları evcilleştirmeye, toprağı da tarım amacıyla kullanmaya başlamışlardır. Hiç şüphesiz, avcılık ve toplayıcılıktan daha garantili bir beslemeyi sağlayan bu yeni yaşam biçimi, insanların daha iyi beslenebilmelerine ve dolayısıyla da daha fazla ve hızlı bir oranda üremelerine yol açmıştır.

Sanayi devrimi ile artan verimlilik, nüfusun hızla artmasını sağlayan son büyük sıçramayı başlatmıştır. 1850'lerde 1 milyar olan Dünya nüfusu, 150 yıl gibi kısa bir süre içinde 6,5 milyar civarına ulaşmıştır. Bu nüfus artışının yüzde 85'ini üçüncü dünya ülkeleri oluşturmuş, dünyadaki nüfus artışının yüzde 40'ı sadece Çin ve Hindistan'da gerçekleşmiştir.

Geçmişte veba salgınları, savaşlar, doğumdaki yüksek ölüm oranları, yetersiz sağlık ve hijyen koşulları sebebiyle nüfus belli dönemlerde azalma da göstermiş ancak her verim artırıcı gelişmenin ardından yine artış sürecine girilmiştir. Burada, tüm canlılar için geçerli olan bir kural işlemektedir. Canlılar, şartlar uygun olduğu takdirde daha fazla üreme eğilimi gösterecektir.

Türkiye nüfus politikaları yönünden iki önemli aşama geçirmiştir. Cumhuriyetin ilk yıllarından 1965'e kadar pronatalist politika izlenirken bu tarihten donra antenatalist döneme geçilmiştir. Aile planlamasında önemli bir kilometre taşı da 1983'de çıkarılan yasadır. Bu yasa ile isteğe bağlı düşükler ile gönüllü cerrahi sterilizasyon yasallaşmış, ebelerin RİA uygulamalarına ve pratisyen hekimlerin menstrual regülasyon yöntemi ile gebeliklerin sonlandırılmasına izin verilmiştir. Aile planlaması hizmetleri büyük oranda sağlık ocakları, Ana çocuk sağlığı ve Aile planlaması merkezleri aracılığı ile Sağlık bakanlığı tarafından sunulmaktadır. Devlet hastanelerinde de Aile planlaması hizmetleri verilmekte, ayrıca bu kurumlarda cerrahi sterilizasyon yöntemleri ve küretaj yapılmaktadır. Sağlık bakanlığı dışında SSK gibi diğer kamu kurumları da aile planlaması hizmeti vermektedir. Buna rağmen çiftlerin önemli bir bölümü hala geleneksel, güvenilirliği düşük ve hatta sakıncalı yollarla doğum kontrol yöntemleri uygulamaya çalışmaktadır. Bu duruma neden olan faktörlerin arasında yöntemler hakkında bilgi sahibi olunmaması önemli bir yer tutmaktadır (4).

Dünyada adolesan nüfusunun hızla artmasıyla birlikte adolesanların üreme sağlığı gereksinimleri de artmıştır. Cinsel etkinlik dönemi daha erken yaşta başlarken, adolesanlar cinsellik, kontraseptif yöntemler ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla ilgili yeterli bilgiye sahip olamadıkları için yüksek oranda istenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyon riskine maruz kalmaktadırlar (5,6).

Bu çalışma gençlerin üreme sağlığı konusundaki bilgilerini, cinsel konulardaki davranış ve tutumlarını ortaya çıkarmak amacı ile düzenlenmiştir.

**GENEL BİLGİLER:**

Aile planlaması, istedikleri zaman, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları için ailelere verilen hizmetlerin tümüdür. Aile planlaması ailelerdeki kişi sayısını sınırlandırma anlamını taşımaz. Amaç anne ve doğacak çocukların sağlıklı olması ve çocuk sahibi olmak istendiğinde gebeliğin oluşmasıdır. Çünkü iki yıldan az aralıklarla yapılan doğumlar annenin vücut sağlığını önemli ölçüde bozmakta, gebelik sırasında riskleri artırmakta, hatta ara vermeden

arka arkaya yapılan doğumlar anne ölümlerine neden olmaktadır. Ayrıca sık aralıklarla doğan çocukların anne karnında gelişmeleri tam olmamakta (doğum ağırlığı düşük bebekler), sakatlık oranı yükselmekte, bakımları güçleşmekte ve bebek ölümleri artmaktadır (4).

Bütün bunlar gözönüne alındığında aile planlamasının amaçlarını şöyle sıralayabiliriz ;

- Bireyleri ve aileleri, üreme sağlığı konusunda eğitmek.
- Anne ölümlerini önlemek ve sağlığını korumak
- Bebeklerin sağlıklı doğmalarını ve yaşamalarını sağlamak
- Yüksek riskli gebelikleri önlemek
- İstenmeyen gebelikleri önlemek
- Çocuk sahibi olmak isteyenlere tıbbi yardım sağlamak
- Bireyleri aile planlaması yöntemleri konusunda eğitmek.

Türkiye'de aile planlaması hizmetleri; Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan sağlık ocakları, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri ve hastanelerin yanında SSK hastaneleri, üniversite ve diğer kamu kuruluşlarının hastaneleri ve özel sağlık merkezlerinde verilmektedir. Kamu kuruluşlarında, kondom ve doğum kontrol hapları ücretsiz dağıtılmakta, rahim içi araç (RİA) ücretsiz ya da çok düşük bir ücret karşılığında uygulanmaktadır.

## Aile planlaması yöntemleri

### 1. Prezervatif (kondom, kılıf)

Erkek tohum hücrelerinin (spermlerinin) vajina(hazneye) dökülmesini, dolayısı ile sperm ve yumurtanın karşılaşmasını engelleyerek gebeliği önler. Bir başka özelliği de cinsel yolla bulaşan hastalıkların bulaşmasını engelleyen tek yöntem olmasıdır. (örn: AIDS, sifiliz, bel soğukluğu vs.) Halk arasında kılıf diye de bilinir. Cinsel ilişki öncesi erkek tarafından doğru şekilde kullanıldığında koruyuculuk oranı % 95 - 98 ' dir. Her bir prezervatif bir defa kullanılmalıdır. Sağlığa hiçbir zararı yoktur.

### 2. Vajinal bariyerler (diyafram, sperm öldürücü krem, köpük, fitil)

Diyafram rahim ağzına takılarak spermelerin içeriye geçmesini engeller. Sperm öldürücüler, vajinadaki tüm spermeleri işe yaramaz hale getirir. Diyafram ve sperm öldürücüler birarada ve doğru kullanıldığında etkinlikleri artar. İlişkiden önce kadın tarafından yerine yerleştirilir. İlişkiden sonra en az 6 saat yerinde bırakılmalıdır. Sağlığa bir zararları yoktur.

### 3. Rahim içi araçlar (spiraller)

Rahim içine uygulanarak yumurtanın rahim içine naklini, spermelerin yumurtanın yanına gitmesini ve dölleme olsa bile rahim içinin özelliklerini bozarak döllemiş yumurtanın yerleşmesini engeller. Çıkarıldığında doğurganlık geri döner. Yan etkileri yok denecek kadar azdır, kontrolleri düzenli olarak yapılırsa 10 yıl süre ile % 98 oranında korur.

### 4. Hormonal yöntemler (doğum kontrol hapları, iğneleri)

Hemen hepsi, yumurtlamayı durdurur, rahim ağzı tıkaçını kalınlaştırarak spermın rahim içine girmesini engeller, rahim içi zarı inceltir.

Haplar ağızdan alınır, 21 ile 25 gün kullanılanları vardır.

İğneler aylık ya da 3 aylık iki ayrı formdadır. Enjeksiyon iğne tipine göre her ay, ya da 3 ayda bir kas içine yapılarak uygulanır. Kullanımları bırakıldığında doğurganlık geri döner.

Hormonal yöntem kullanmadan önce mutlaka bir muayeneden geçip hangi yöntemin nasıl kullanılacağı hekim ve çift tarafından kararlaştırılmalıdır. Koruyuculuk oranları doğru kullanıldıklarında % 100'e çok yakındır.

**Özellikle 5 yıldan uzun süre hap kullanan kadınlarda kullanmayanlara nazaran rahim ve yumurtalık kanseri görülme sıklığı yaklaşık yarı yarıya azalmaktadır!.**

### **5. Tüp ligasyonu (kadınlarda kordonların (rahim kanalları) bağlanması)**

Kadınlarda yumurtanın geçtiği rahim kanallarının kapatılması ya da bağlanması işlemidir. Genellikle genel anestezi ile yapılan küçük bir ameliyat gerektirir. Böylece sperm ve yumurtanın karşılaşması engellenir. **Geri dönüşü olmayan bir yöntemdir.** Herhangi bir şekilde adet bozukluklarına ya da hormonal değişime, cinsel istek azalmasına neden olmaz. Kesinlikle bir daha çocuk sahibi olmak istemeyen çiftler tercih etmelidir.

### **6. Vazektomi (erkekte sperm kanallarının bağlanması)**

Erkeklerde lokal anestezi ile spermin geçtiği kanalların kesilmesi veya bağlanması işlemidir. Geri dönüşü yoktur. Ancak erkeklik gücünde ya da cinsel ilişkide herhangi bir azalmaya veya değişmeye neden olmaz.

## **MATERYAL VE YÖNTEM:**

Bu çalışmaya Dicle Üniversitesi'nde öğrenim gören 300 öğrenci dahil edilmiştir. Öğrenciler son sınıfta olanlardan bölümleri dikkate alınarak rasgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Deneklerin kız-erkek oranı %50 olarak tutulmuştur. Sonuçlar SPSS 16.0 istatistik paket programı ile değerlendirilmiştir.

Çalışma sonucunda öğrencilerin aile planlaması yöntemleri ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır. Elde edilen bulgulardan bazıları şöyledir: Öğrencilerin çoğunluğu tüp ligasyonu, iğne, vazektomi, ertesi gün hapi konusunda bilgi sahibi değildir. %36'sı doğum kontrol hapının cinsel ilişkiden hemen önce alınması gerektiğini söylerken, sadece %40'ı cinsel ilişkiden sonra su ile temizlenmenin gebeliği önlemediğini bilmektedir. İlk cinsel ilişkide hamile kalılabileceğini söyleyenler %60 olup, rahim içi araçların kaç yıl koruduğunu doğru bilenlerin oranı %11'de kalmıştır. %40'ı da ilişki sırasında erkeği rahatsız ettiğini düşünmektedir. Vazektominin kısırlığa yol açmayacağını bilenlerin oranı sadece %18'i bulurken, bunun küçük bir ameliyat gerektirdiğini %60'ı bilmemektedir.

Sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerin diğerlerine göre daha bilgili oldukları (ki-kare= 132.6, p<0,05), erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha bilgisiz oldukları tespit edilmiştir (ki-kare=149.5, p<0,05).

Bulunan diğer bazı sonuçlar şu şekildedir: öğrencilerin %88'i adet kanamasının kaç günde bir olduğunu ve kaç gün sürdüğünü, kaç yaşında başladığını bilmiştir. Rahim içi araçlar hakkında %80'e yakını doğru cevap verirken, doğum kontrol hapları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları gözlenmiştir hatta hapların kısırlığa yol açtığını düşünen veya bilgisi olmayan %54'lük bir kısım vardır. En fazla bilgi prezervatif hakkındadır. Aile planlaması için kullanılan iğneler hakkında bilgi sahibi değildirlir. Tüp ligasyonun kalıcı bir yöntem olduğunu, ve küçük bir ameliyat gerektirdiğini bilmeyen %50'lik bir kısım vardır. Vazektominin bir daha hiç çocuk istemeyen erkekler için uygulanabileceğini ve küçük bir ameliyat gerektirdiğini bilenler %45'tir. Sadece %20'lik bir kısım iktidarsızlığa sebep olmadığını düşünmektedir.

Geri çekme yöntemini %26'sı bilmezken, gebe kalma riskinin yüksek olduğunu bilmeyenlerin oranı %37'dir.

Öğrencilerin %76'sı kızkılık zararının ilk seferde kanamayacağını düşünmektedir. İlk cinsel ilişkide hamile kalınmayacağını düşünen %40'lık bir grup vardır. Adetliken cinsel ilişkiye girmenin enfeksiyona yol açacağını %78'lik bir grup düşünmektedir. Cinsel ilişkiden sonra hazne suyla yıkanılrsa bile hamile kalılabileceğini düşünenler sadece %20'dir.

Çocuk sahibi olabilmek için her türlü hizmetten yararlanma ve gebeliğin istenmediği durumlarda gebelikten koruyucu yöntem kullanabilme hakkına sahip olunmasının üreme hakları olduğunu bilenlerin oranı %76'dır.

## **SONUÇLAR VE ÖNERİLER:**

Bulgularımızı incelersek genel olarak öğrencilerin aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür. Sağlık bölümlerinde okuyan öğrencilerin bilgisi daha fazla olmakla birlikte bu grupta bile bilgi eksikliği vardır. Kız öğrenciler konuya daha fazla yakınlık duymaktadır.

Daha eğitimli bir nüfus, daha sağlıklı bireyler, kaynaklar üzerinde daha az baskı, daha az işsizlik, daha çok iş verimi demektir.

Yapılması gereken, kontrollü bir nüfus artışı ve nitelikli bireylerin yetiştirilmesidir. Çocuğun aileden yeterli sevgiyi görebilmesi, yeterli eğitim, sağlık gıda ve diğer koşulların sağlanması için az sayıda çocuğa sahip olmak önemlidir. Bu sayede ruhsal açıdan sağlıklı, eğitimli ve iyi ahlaklı bireylerin yetişmesi sağlanmış olacaktır. Kaliteli bireyler yetiştirmek, sadece bir ana-baba görevi değil, aynı zamanda hem toplumsal, hem de insanlık görevidir.

Sonuç olarak üniversite öğrencilerinin aile planlaması konusunda daha eğitimli olmaları gerekir. Bunun için de sık sık eğitici programlarla gereken bilgi verilmelidir. Üniversite öğrencilerinde bile durumun bu olduğu göze alınırsa, lise ve ilköğretim okullarında daha aşağı düzeyde olduğu tahmin edilmelidir. Cinselliğin son yıllarda daha küçük yaşlarda yaşanmaya başladığı düşünülürse, gençlere bu konuda verilecek eğitimlerin ne derece önem kazandığı bilinmektedir.

#### **KAYNAKLAR:**

1. Vanş Ş.B., "Doğurganlığın düzenlenmesi. Aile planlaması temel bilgiler." İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. İstanbul. 5-13, 1997.
2. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. T.C Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 3-18, 2000.
3. Bulut A, . "Aile planlaması danışmanlığı danışmanlık hizmetinin izlemi-kalite kontrol yaklaşımı." 1.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi. Ankara,32-50, 2001
4. [www.saglikbilgisi.com](http://www.saglikbilgisi.com) Erişim tarihi:10.04.2010
5. Kasımoğlu E., Arcak R., " Dicle Üniv. Önlisans öğrencilerinin üreme sağlığı hakkında bilgi düzeyleri ile cinsel tutum ve davranışlarına genel bakış.",5. Uluslararası Üreme sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 19-22 Nisan, Ankara, 12-13, 2007
6. Sahip Y. "Gebelikten korunma", II. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı. Kongre Kitabı. İstanbul, 138-139, 2003.

## HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SİHİYE YERLEŞKESİ'NDE ÖĞRETİM ÜYE VE GÖREVLİLERİ ARASINDA AKADEMİK İLERLEME İLE TOPLUMSAL CİNSİYET İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

(İzmir-Uluslararası Multidisipliner Kadın Kongresinde 14 Ekim 2009 Tarihinde Sözel Bildiri Olarak Sunulmuştur)

Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ\*, Şenay AKGÜN\*\*, İlknur M. GÖNENÇ\*\*\*

### Özet

Kadınlara yüklenen toplumsal cinsiyet rolleri akademik dünyada güçlüklerle karşılaşmalarına ve akademik ilerlemelerinde sistematik olarak daha alt kademelerde bırakılmalarına neden olmaktadır. Türkiye'de Yüksek Öğretim Kurulu'nun verilerine göre, akademik kariyerin ilk aşaması olan araştırma görevliliğinde kadın (%47) ve erkek (%53) sayıları birbirine yakın iken, ilerleyen aşamalarda durum erkeklerin lehine dönmektedir. Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, toplumsal cinsiyet rollerinin akademik ilerlemeyle ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilen ve Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'nde görev yapan 127 akademisyen oluşturmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formuyla katılımcıların onamı alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Çalışma sonucunda, kadınların erkeklere oranla daha yavaş ilerledikleri, erkeklerin yayın sayıları ortalamalarının 17.02, kadınların yayın sayıları ortalamalarının 10.01 olduğu, kadın katılımcıların yayın sayılarının yardımcı doçentlik aşamasında ciddi bir azalış gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca, kadın akademisyenlerin gebelik ve çocuk bakımı gibi nedenlerle akademik kariyerlerine 3 aydan daha fazla ara verdikleri, erkeklerin ise tamamen kariyer ilerlemeleri için yurt dışında olma ve diğer kariyer ilgileri nedeniyle ara verdikleri, kadın akademisyenlerin daha fazla yıldırma/ayrımcılığa uğradıkları, ev işleri, çocuk bakımı gibi toplumsal cinsiyetten kaynaklı rolleri daha fazla üstlendikleri bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda, kadınların gebelik, doğum ve çocuk bakımı sürecine rastlayan yardımcı doçentlik aşamasında, erkeklerle eşit koşullarda akademik hayata katılmalarını sağlamak için kurumların esnek çalışma saatleri ve çocuk bakım merkezleri kurmayı da içeren düzenlemeleri yapmaları, kurumlar tarafından kadınlara gebelik, doğum ve çocuk bakımı süreçlerinde evlerinden çalışabilmeleri için fırsat verilmesi önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Üniversite, sağlık bilimleri, akademik ilerleme, kadın, toplumsal cinsiyet.

\* Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, ANKARA/TÜRKİYE İletişim adresi: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, ANKARA/TÜRKİYE,

GSM: 0533 226 04 42, Elektronik posta: [sevkat@hacettepe.edu.tr](mailto:sevkat@hacettepe.edu.tr)

\*\* Arş. Gör., Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, ANKARA/TÜRKİYE İletişim adresi: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, ANKARA/TÜRKİYE,

GSM: 0530 592 98 71, Elektronik posta: [sakgun@hacettepe.edu.tr](mailto:sakgun@hacettepe.edu.tr)

\*\*\* Eğitim Hemşiresi, Sağlık Bakanlığı Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ANKARA/TÜRKİYE, İletişim adresi: Sağlık Bakanlığı Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ANKARA/TÜRKİYE, Elektronik posta: [imgonenc@gmail.com](mailto:imgonenc@gmail.com)



**Abstract**

The gender roles which are given to women by society bring about difficulties for their academic career and as a result of these roles, systematically women take place more lower grades in their academic progress. According to the data from Turkey High Education Commission; the first step of academic career as a researcher assistant, the number of women and men is nearly equal. However, next steps are in favour of men. As a descriptive research, these research's purpose is analyzing relation between academic progress and gender roles. These research's sample was consisted of Sıhhiye campus of Hacettepe University's 127 academician who were chosen with stratified sampling method. The data were gathered by the way of face to face conversations and survey form which was developed by the researchers. According to the results of the research; women progress more slower than men, the average publication number of men (17.02) more than the average publication number of women (10.01). Also it is determined that the publication number of women decrease significantly, especially in the step of assistant professor. While woman academicians give interval from their academic career over three months because of pregnancy and infant care, men give interval from their academic career only to go abroad for academic career progression and other career based reasons, and also it is determined that woman assistants sustain much more handicap and discrimination and they undertake the gender role such as houseworks, child care much more than men, too. As a result of these findings, women's assistant professor period and pregnancy period occur nearly at the same time. It is suggested that there should be some facilities such as flexible working times, child-care centers or the opportunity of working from home to provide academic equality between women and men, during and after pregnancy.

**Key words:** University, health sciences, academic career, woman, gender.

## MERSİN'DE ÇALIŞAN KADIN HEKİMLERİN EĞİTİM ve MESLEK YAŞAMLARINDAKİ CİNSİYET AYRIMCILIĞINA BAKIŞ AÇILARI

Yrd.Doç.Dr.Gülçin Yapıcı<sup>1</sup>, Dr.Ful Uğurhan Torlak<sup>2</sup>, Yrd.Doç.Dr.Oya Ögenler<sup>3</sup>, Dr.Keriman Çiçek<sup>4</sup>, Dr.Sakine Emir<sup>5</sup>, Doç.Dr.Şebnem Atıcı<sup>6</sup>, Doç.Dr.Zeliha Kurtoğlu<sup>7</sup>

### Amaç:

Çalışmanın amacı, hekimlerin lisans ve uzmanlık eğitimleri ve meslek yaşamları sırasında kadın olmaktan dolayı ayrımcılık yaşayıp yaşamadıklarını ve cinsiyet ayrımcılığına bakış açılarını belirlemektir.

### Metod:

Çalışma, Mersin Tabip Odası Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Komisyonu tarafından

Mersin İl Merkezi'nde devlet kurumu ve özel sektörde çalışan kadın hekimlerde gerçekleştirildi. Hekimlerin çalışma yerlerine gidilerek anket formları verildi ve anketler katılımcılar tarafından dolduruldu. Verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanıldı.

### Bulgular:

Mersin İl Merkezi'nde çalışan 191 hekime ulaşıldı, 160 hekim çalışmaya katılmayı kabul edip anket formlarını doldurdu. Hekimlerin yaş ortalamaları  $39.4 \pm 7.4$ , ortalama hekimlik süreleri  $16.5 \pm 8.0$  idi. Hekimlerin 126'sı (%78.8) evli, 34'ü (%21.2) bekar idi. Hekimlerin 66'sı (%41.3) uzman, 54'ü (%33.8) pratisyen, 28'i (%17.5) asistan ve 12'si (%7.5) akademisyen olarak görev yapıyordu.

Tıp eğitimi alma kararlarında kimlerin etkisinin olduğu sorusuna katılımcıların %48.8'i kendi istekleri ile, %35.6'sı ise aile veya toplum yönlendirmesi ile olduğunu belirtti. Hekimlik mesleğini seçme nedenleri sorusuna ise; %28.5'i aile veya toplum yönlendirmesi, %13.9'u kendi ilgi alanlarında olduğu için ve %12.7'si prestiji iyi olduğu için seçtiğini belirtti. Uzman ve asistan hekimlerin uzmanlığı en sık seçme nedenleri; %23.1 aile veya toplum yönlendirmesi, %13.5 akademik yönlendirme, %5.8 kazancının iyi olması idi.

Tüm dünyada kadın hekimlerin çoğunluğunun pratisyen hekim olmasının nedenini; katılımcıların %61.0'i ailevi sorumlulukların kariyerden önce gelmesi, %8.2'si pratisyen hekimliğin daha rahat ve nöbetinin az olması, olarak belirttiler. Kadın hekimlerin uzmanlık alanı olarak daha çok rahat ya da hafif olduğu düşünülen branşları seçme nedenini; %55.3'ü nöbetinin az olması, %18.4'ü kadının ailevi sorumluluklarının da olması şeklinde belirttiler. Kadın hekimlerin cerrahi branşları daha az tercih etme nedeni olarak ise; katılımcıların %39.2'si bu branşların ağır ve zor olmasını, %12.8'i kadınların fiziksel olarak daha güçsüz olmalarını, %6.8'i bu branşların erkek egemen olmasını belirttiler. Katılımcıların %68.2'si Tıpta Uzmanlık Sınavı'nın kadınların uzmanlık alanı seçimlerinde olumlu bir gelişme sağladığını belirtti.

1. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Mersin
2. SHÇEK Kız Bakım ve Sosyal Rehabilitasyon Merkezi, Mersin
3. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Mersin
4. Tozkoparan Sağlık Ocağı, Mersin
5. Kadın Doğum Çocuk Hastanesi Nüfus Planlaması Bölümü, Mersin
6. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Mersin
7. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı, Mersin

Yrd. Doç. Dr. Gülçin Yapıcı Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim DalıYenişehir Kampüsü-MERSİN Tel: 0324 3412815 (Dahili:1029) e-posta: [gulyapici@yahoo.com.tr](mailto:gulyapici@yahoo.com.tr)

Kadın hekimlerin %20.4'ü lisans eğitimleri sırasında pozitif ayrımcılık, %33.3'ü negatif ayrımcılık yaşadıklarını belirtti. Uzman ve asistan hekimlerin ise %18.4'ü uzmanlık eğitimi sırasında pozitif ayrımcılık, %33.0'ü negatif ayrımcılık yaşadıklarını belirtti. Katılımcıların %57.7'si meslek yaşantıları boyunca kadın olmalarından dolayı ayrımcılık yaşadıklarını, bu hekimlerin %62.9'u ise ayrımcılıkla pratisyen hekimliklerinde karşılaştıklarını belirtti. Ayrımcılığı kimin yaptığı sorusuna; %21.3'ü sadece hasta ve yakınlarının, %11.2'si hasta ve yakınlarına ek olarak amirlerin ve meslektaşlarının, %10.1'i hasta ve yakınlarına ek olarak meslektaşlarının ayrımcılık yaptığını belirtti.

Yönetici kademesinde çalışan hekimlerin genellikle erkek olmalarını, katılımcıların %64.5'i kadın hekimlere yönelik ayrımcılığa, %34.0'ü kadın hekimlerin bu kademelerde çalışmak istememelerine bağladı.

### **Sonuç:**

Anket sonuçları kadın hekimlerin cinsiyetlerinden dolayı lisans ve uzmanlık eğitimleri ve meslek yaşamları sırasında ayrımcılıkla karşılaştıklarına işaret etmektedir. Ayrımcılığın daha çok negatif yönde olduğu ve en çok ayrımcılığı yapan kişilerin; hasta ve yakınları, amirler ve meslektaşlar olduğu anlaşılmaktadır. Kadın hekimler ailevi sorumlulukları kendi üzerlerinde hissetmekte, dolayısıyla nöbet ve acili az olan, daha rahat olduğu düşünülen branşları seçme eğilimi göstermektedirler. Toplumda var olan kalıplaşmış kadın ve erkek yargıları kendisini hekimlik mesleğinde de göstermektedir.

## TÜRKİYE'DE KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALLARINDA CİNSİYET EŞİTSİZLİĞİ

A. Davas\*, I. Ergin\*, B. Samanyolu\*, M. Çiçeklioğlu\*

Dünyada ve Türkiye'de yapılan bir çok araştırma, kadınların jinekolojik problemlerinde daha çok kadın hekimlere başvurmayı tercih ettiklerini göstermektedir. Bu çalışmanın amacı Türkiye'deki tüm tıp fakülteleri kadın hastalıkları doğum anabilim dallarında kadın hekimlerin öğretim üyesi olarak yer alma düzeylerini saptamaktır.

### Gereç Yöntem

YÖK'ten Türkiye'deki tüm tıp fakültelerinin listesi alınmıştır. Varolan 96 kamu 45 özel üniversitenin, 52'sinde tıp fakültesi mevcuttur. Bunların 2'sinde ise kadın doğum anabilim dalı aktif değildir. 50 (46 kamu, 4 özel) kadın doğum anabilim dalı sekreterlikleri aranmış, çalışan tüm hekimlerin cinsiyet ve akademik görevleriyle ilgili bilgi alınmıştır.

### Bulgular

Anabilim dalı başkanlarının %72'si erkektir. Profesörlerin sadece % 17'si kadinken, doçentlerin % 19,51'i, yardımcı doçentlerin % 39,51'i kadındır. Buna rağmen asistanların % 55,48'i kadın olarak saptanmıştır. Öğretim üyeleri ve asistanlar arasında cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmıştır ( $\chi^2 = 96,09, p < 0,000$ ). Kamuda çalışan öğretim üyelerinin %20,48'i kadinken, özeldekilerin %54,17'si kadındır ( $\chi^2 = 14,45 < 0,0001$ ). Eski üniversitelerdeki öğretim üyelerinin %16,95'i kadinken, yeni üniversitelerde bu oran % 34,17'dir ( $\chi^2 = 13,42 < 0,0002$ ).

### Sonuç

Kadın doğum Anabilim dallarında eğitim alan asistanlarda kadın ağırlığı olmasına rağmen bu durum kadın hastalıkları ve doğum alanındaki akademisyen kadın oranlarına yansımamaktadır. Bu sonuç, kadın hekimlerin bu alanda akademik ilerleme isteği duymamasından veya anabilim dallarının erkek egemen yapıyı tercih etmesinden kaynaklanmış olabilir. Bu durumun nedenlerini aydınlatacak araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu özellikli alanın, akademisyen kadın temsiliyeti açısından gösterdiği bu eşitsiz dağılım, ülkemizde kadın doğum alanında yürütülen akademik uğraşların, kadını temel alan bakış açısına dair eksiklikler barındırabileceğini düşündürmektedir.

\* Ege Üniversitesi halk Sağlığı Anabilim dalı  
asli.davas@eg.edu.tr

## Kadın, Sağlık ve Osmanlı

Feryal Saygılıgil

**İstanbul Teknik Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Bölümü Misafir Öğretim Görevlisi**

Osmanlı Tıp Tarihi ile ilgili kitaplarda “hiçbir ayırım yapılmadan her cins hastalıklı insana” hizmet verildiği varsayılabilir. Her cins hastalıklı insandan kastedilen erkek hastaların olduğu açıktır. Kadın sağlığı, ancak on dokuzuncu yüzyılın ortalarından itibaren Osmanlı’da görülen batılılaşma akımlarıyla birlikte, -kadınlar modernleşmenin göstergesi olarak her alanda kullanıldıklarından- devletin üzerinde düşünmeye başladığı bir konu olur. Adı geçen yüzyıla gelinceye kadar Osmanlı hastanelerinde ayrı bir kadın koğuşuna rastlamıyoruz. Osmanlı’da ev hekimliğinin zenginler arasında yaygın olarak geçerli olduğunu göz önüne alırsak yoksul olan kadın hastaların on dokuzuncu yüzyılın ortalarına gelinceye kadar hastanelerin sadece polikliniklerinden yararlanabildiğini söyleyebiliriz. Bu da elbette kocanın ya da babanın iznine tabi olarak. Haseki Hastanesi Osmanlı Devleti’nin başşehri olan İstanbul’da yalnızca kadınlara hizmet veren ilk hastanedir<sup>1</sup>. Daha sonra Bezm-i Âlem Valide Sultan Gureba-i Müslimin Hastanesi (1848–1870 yılları arası kadınlara hizmet verir), Zeynep Kamil Hastanesi<sup>2</sup>, Viladethane (Doğumevi) (1892), Hamidiye Etfal Hastanesi Kadın Koğuşu (1900) bu başlangıcı izlemiştir. Ancak bu hastanelere başvuran kadınlar fakir ya da kimsesiz kadınlardır. Zengin ya da hali vakti yerinde olan kadınların tedavisini ise konak ya da saray hekimleri üstlenmektedir.

II. Meşrutiyet’ten sonra kadınlara hizmet veren hastane ve kliniklerin durumunda gözle görülür bir iyileşme olduğu, insan yaşamını doğrudan etkileyen sağlıkla ilgili sorunların ilkel tedavi yöntemlerinden uzaklaşarak bilimsel yöntemlerle çözüldüğü söylenebilir. Ancak bunun sağlanması, belli bir mücadelenin sonucunda gerçekleşir. Örneğin, doğumevi açma düşüncesi 1843 yılından itibaren Tıp Okulu’nun faaliyet raporlarında yer alır ancak bu düşünce 1892 yılına gelinceye kadar doğumevi “Piçhane” olarak algılandığından gerçekleşmez. On dokuzuncu yüzyılın özellikle ikinci yarısından itibaren kadınlara hizmet veren hastane ve kliniklerin gerek İstanbul’da gerekse İstanbul dışında açılması, gecikmeli de olsa kadınların da sağlık sorunlarının olabileceğinin farkına varılması anlamına gelebilir.

### WOMEN, HEALTH AND THE OTTOMANS

Although in literature related to the history of medicine in the Ottoman Empire it is generally assumed that “medical care was accessible to all the citizens of the empire without any discrimination”, it is clear that by “citizens” only the male population was meant. Women’s health was on the agenda of State as from mid- nineteenth century along with the occidentalisation movement when women served as an indication of modernisation. Until the century in question there had been no ward for the care of female patients in hospitals. If we consider that in the Ottoman Empire only the wealthier class could benefit of the medical care at home, the female patients from the less fortunate class could, until mid-nineteenth century, apply to polyclinics only. This, of course, being subject to the permission of the father or the husband. Haseki hospital was the first hospital in the capital Istanbul reserved exclusively for the female population<sup>3</sup>. Bezm-i Âlem Valide Sultan Guraba-i Muslimin Hospital (1848-1870), Zeynep Kâmil Hospital<sup>4</sup>, Viladethane Hospital (maternity) (1892), Hamidiye Etfal Hospital Women’s Ward (1900) were the medical establishments in the service of female patients. However, the female patients

<sup>1</sup> Bu hastane 1550 yılında hizmet vermeye başlar. Ancak 1843 yılına gelinceye kadar kadınların da tedavi olduğuna ilişkin herhangi bir belgeye rastlamıyoruz. Modern bir kadın hastanesi olması ise 1885 yılında gerçekleşmiştir.

<sup>2</sup> Hastanenin açılış tarihi 1862’dir. Ancak genel bir hastane mi yoksa sadece kadınlara mı mahsus olduğunu tam olarak bilmiyoruz.

<sup>3</sup> This hospital was inaugurated in 1550. But there is no trace regarding the admission of women until 1843. The date at which it was transformed into a modern women’s hospital was 1885.

<sup>4</sup> The hospital provided service as of 1862 although we do not know whether it was a general hospital or reserved only for women.

who solicited the care at these hospitals were of the poorer class. The patients among the wealthier population had recourse to the special care of private physicians or of palace doctors.

One can say that after the Second Constitution the condition of hospitals and clinics providing medical care for women patients considerably changed for the better when primitive treatment systems came to be abandoned for scientific methods. However, it took some time before, this was realised. For instance, the plan to open a maternity ward considered in 1843 as testified by the records of the School of Medicine was actualised but in 1892 since maternity ward was dubbed “the bastard house”. As of the second half of the nineteenth century the fact that hospitals and clinics began to be instituted both in Istanbul and elsewhere is indicative of the eventual awareness, even though belatedly, of the fact that women also were liable to be afflicted by diseases.

## Türkiye’de Sağlık Politikalarında Toplumsal Cinsiyet Eşitliği

Ayşe Akın, Şevkat Bahar Özvarış, Kezban Çelik, Nalan Ş. Hodoğlugil, Aslıhan Coşkun, Sarp Üner, Türküler Erdost

(World Congress of the International Forum for Social Sciences and Health-2005’de sözlü bildiri olarak sunulmuştur)

### Giriş:

Kadın erkek eşitliğinin ana plan ve politikalara yerleştirme yaklaşımı, tüm dünyada toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamak için kabul görmüş bir stratejidir. Bu kavram kendi başına bir amaç değil, toplumsal cinsiyet eşitliği hedefine hizmet eden bir araçtır. Toplumsal cinsiyet bakış açısının ve toplumsal cinsiyet eşitliği hedefinin, politika geliştirme, planlama, araştırma, savunuculuk, mevzuat, kaynak tahsisi, kaynakların kullanımı ve müdahalelerin uygulanmasının merkezinde yer almasının güvence altına alınmasını içerir. Dünya Sağlık Örgütü’nün Avrupa Bölgesi’ndeki bir üye devleti olarak Türkiye, BM Kahire nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) ve Pekin Eylem Platformu’nun tüm tavsiye kararlarına katılmış ve bunları imzalamıştır. Türkiye’de toplumsal cinsiyet eşitliğinin teşvik edilmesi kuramsal olarak kabul edilmiş bir strateji olsa da, şimdiye kadar bu konu özellikle gelişmekte olan sağlık politikası alanında ayrıntıları ile araştırılmamıştır.

### Amaç:

Türkiye’de istenmeyen gebelikler ve aile planlaması konusunda izlenen ulusal politikaların toplumsal cinsiyete duyarlılığı açısından incelenmesidir.

### Yöntem:

Çalışmanın hedeflerine ulaşmak için sağlık politikaları ile ilgili ana dokümanlar ve beş yasa; Anayasa, Umumi Hıfz-ı Sıhha Kanunu, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun, Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun, Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanunu doküman analizi yöntemiyle incelenmiştir. Çalışmada, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen soru kâğıdı aracılığı ile üreme sağlığı, aile planlaması ve istenmeyen gebelikler gibi özel alt alanlar olarak seçilen politika belgeleri; sorunun tanımlanması, politika oluşturma, uygulama, izleme ve değerlendirme gibi kanun çıkarma sürecinin tüm basamaklarında toplumsal cinsiyete duyarlı bakış açısının ana politikalara dâhil edilip edilmediği konusunda incelenmiştir. Ayrıca, doküman analizi tamamlandıktan sonra, kapsamlı bir soru kâğıdı ile anahtar bilgi kaynağı kişilerle de görüşülmüştür.

### Bulgular:

Toplumsal cinsiyet eşitliği ve hakkaniyeti kavramı geçmişte tanımlanmamıştır, bu nedenle bu konu vurgulanmamış ve genel olarak toplumsal cinsiyete duyarlı görüşler eski tarihli mevzuatta yer almamıştır. Cinsiyetler arasındaki farklılıklar ve bir cinsiyetin (kadın) dezavantajları vurgulanmış ve incelenen kanunlarda bazı önleyici tedbirler öngörülmüştür. Üreme sağlığı ile ilgili olarak, konu genelde kadınlar için öngörülen bir konu olmuş; önceki mevzuatta üreme konusundaki rolleri aşırı vurgulanırken yeni tarihli yasalarda bu durum değişmiştir. Örneğin, önceleri kadınlar demografik amaçlı bir araç olarak görülürken kendi rızası olmadan doğurganlığa zorlanmıştır. Ancak, son yasalarda kadınlara kendi doğurganlığı hakkında karar verme hakkı tanınmıştır. Yasalarda her zaman kadınlar hedeflenmiştir. Her ne kadar ülkede üreme sağlığında gelişme, erkeklerin doğurganlığın düzenlenmesi etkinliklerine daha fazla katılımıyla ve kadınlar ile erkeklerin üreme sağlığı konusundaki gereksinimlerinin eşit ve adil olarak karşılanmasıyla mümkün olsa da, üreme sağlığı konusunda erkek katılımı tüm politika oluşturma aşamalarında göz ardı edilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Toplumsal cinsiyet, kadın, sağlık politikaları

## **ATÖLYELER**





## Hemşirelik Atölyesi

### Hemşireler: Melekler ve Cadılar

Atölye,

Hasbiye, Elif, Aysel, Salime, Emine, Birgül, Handan, Leyla ve Satı'nın katılımıyla gerçekleşti.

Salime ve Aysel emekliliği yaklaşmış laboratuvar teknisyeni, Birgül yüksek okulda okuyan bir hemşirelik öğrencisi, Emine ve Elif sahada hemşire, Handan, Leyla ve Satı ise hayatlarının bir döneminde hemşirelik yapmış (gececi hemşire), gündüzleri ise hemşirelik dışındaki alanlarda üniversite bitirerek meslekten ayrılmışlardı.

Atölyenin başında Salime ve Emine, Nisan Ayında Sağlık Emekçileri Sendikası tarafından düzenlenen uzun süreli ve geniş katılımlı "Çalışma Yaşamı ve Hemşirelik" Sempozyumu'nda ortaya çıkan görüşleri, tartışmaları ve sonuç bildirisini aktardılar.

Ardından başlatılan serbest tartışmalarda, hemşireliğin toplumsal ve siyasal temsil sıkıntısı, hemşirelerin büyük ölçüde travmatik bir eğitim sürecinden geçmiş olması ve bunun mesleki hayatlarındaki uzantısı ve yeniden üretimi, mesleğe bağlı hastalıklar, çalışma koşullarının kötü ve ağır olması nedeniyle erken yıpranma, hemşireler arasında farklı eğitim düzeylerinde olup aynı işi yapmanın getirdiği çatışmalar, doktor (Kadın doktor/erkek doktor) -hemşire ilişkileri, mesleğe erkek hemşirelerin girmesinin olumlu, olumsuz etkileri vb. gibi konunun pek çok boyutunun olduğu görüldü. Bir ana eksen üzerinden tartışmaların yürütülmesi kararlaştırıldı.

#### "Sağlık politikalarında hemşirelerin görünmezliği"

#### Bu görünmezliği mümkün kılan koşullar ve yapılar neler, nasıl işliyor?

Bu soru üzerine düşünürken, tartışırken cinsiyet ve sınıf temelli bir bakış açısı geliştirmenin temel şart olduğunu atölye katılımcıları ifade ettiler. Dolayısıyla;

Sağlık hizmeti ciddi düzeyde ekip işi gerektirdiği halde hemşireliğe tıp hiyerarşisinde görece olarak alt kademenin verilmesi, bakım emeğinin hayati ve merkezi değerinin görülmemesi, hatta inkarı, bu mesleğin sadece ve her daim hastanın yaşam kalitesini artırmada araçsallaştırılması,

Hizmeti üretenler ve çalıştıkları yerlerde kotarıcı olarak pek çok "angarya"dan sorumlu tutulmalarına rağmen karar mercilerinden dışlanmaları, yok sayılmaları,

Yakın bir zamana kadar kadın mesleği olan hemşireliğin, toplumda yerleşik ve egemen kadınlık durumundan pa-yına düşeni doğrudan ve katmerlice alması, (Katmerlice diyoruz çünkü, toplumun kadınlardan beklentileri ile hemşirelerden beklentileri bir yere kadar örtüşürken hemşirelerin para kazanıyor olması, gece ve erkeklerle aynı ortamda çalışıyor olması sarkacı hızla "beyaz melekten hafif meşrep kadına" yaklaşıyor)

Hemşirelerin 1940'lardan 1990'lara kadar büyük ölçüde dar gelirli, ya da yoksul ailelerin çocukları arasından çıkması.

Hemşirelerin büyük ölçüde sağlık meslek liselerinde travmatik bir eğitim sürecinden (disiplin yöntemleri, günlük hayat düzeni vb.) geçmeleri, öğrencilere öğretilmeye çalışılan hemşirelik ve kadınlık tasarımının (edilgen, yardımcı, bağımlı hizmet yapacak kişi, beyaz melek, sağlık sisteminin ev kadını/annesi olmak vb.) meslek algılarını ve kurgularını belirlemesi,

Pratikte hemşirelerin işlerini yaparken bireyselliklerinin görmezden gelinerek üniformalı, sayılardan ibaret bir kategori olarak görülmesi, sistemin böyle kurulması,

Hemşirelik hizmetlerinin yönetiminin hemşirelerde bulunmaması, gibi kabaca sıraladığımız bu durumların, hemşirelerin sağlık politikalarındaki yokluğunu, görünmezliğini açıklamada göz önünde bulundurulması gerektiğini konuştuk.

Yüksek hemşirelik öğrencisi dışında katılımcıların ortak tarafı Sağlık Meslek Lisesi (SML) mezunu olmalarıydı. Bu ilk uğrak noktası, hem mesleği hem de kadınlık bilginin belirlenmesinde önemliydi. Okullarda nasıl bir hemşirelik algısı ve nasıl bir kadınlık kurgusu inşa edilmeye çalışılmıştı?

Bu konuyu açtığımızda, bir acıyı, hüznü bilenlerin ortaklaştığı, gözü yaşlı bakışlarımız değdi birbirimize. Anladık ki orada bize bir şey olmuş. “Bizi ağlatan neydi?” diye soruyordu, bir önceki oturumda hemşirelik ve toplumsal cinsiyet üzerine konuşan Salime. Bizi ağlatan, içimiz acımadan konuşamadığımız ne? Buraya bakmak, bu konuyu biraz eşelemek istedik. Pandoranın Kutusunu açmaya karar verdik. Artık bunu yapabilecek güçteyiz belki de. Şanslıydık, Leyla Şimşek aramızdaydı ve “hayatımın çalışması” dediği bir araştırmayı tamamlamak üzereydi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Meslek Liselerinden mezun olmuş hemşirelerle okullardaki “ezilme sürecini”, travmatik olduğunu düşündüğümüz eğitim sürecini anlamaya çalışıyordu. Çok yakında bitecek olan bu araştırma başka bir yokluğu, boşluğu işaret etti bize. Hemşire yetiştiren orta ve lise öğrenimi veren okullar üzerine yapılmış tek kalem oynatılmamıştı. Birkaç hemşire biyografisinden başka elimizde hiçbir şey yoktu. Belki de Elif Akşit’in “Kızların Sessizliği” çalışmasında ortaya koyduğu perspektifle, Sağlık Meslek Liselerine bakmak gerekiyordu. Hazır sosyal bilimcilerle tıp alanının birbirine baktığı, birbirini dinlediği bu kongrede, konseptte de uygun olarak, 1940’larda kurulan Sağlık meslek liselerinde verilen eğitim ve yaşanan deneyimlere disiplinler arası bir bakış açısıyla yakından bir bakmak gerekiyordu. Önemli bilgilere gebe, pek çok açılımı olabilecek bu araştırma odağı, sahiplerini bekliyor.

Sağlık Meslek Liseleri, şüphesiz dar gelirli ya da yoksul ailelerin zeki ve sağlıklı çocukları için –çoğunluk kız çocukları olmak üzere- kısa yoldan meslek sahibi olabilmelerini sağlayan önemli bir şans, bir fırsat kapısı oldu. Bu grubun içinden hemşireliğin kendisini de bir basamak yapıp, gece çalışıp gündüz başka alanlardan üniversite okuyanlar da oldu. Bu yoksul çocukların kısa yoldan meslek sahibi olmalarının bedeli, iktidar ilişkilerinin çok net ve baskın yaşandığı tıp camiasında epey aşağı kademelerde ve görünmezlik sarmalı içinde varolmaları gibi görünüyor.

Hemşirelik Kanununda yapılan değişiklik ve yeni çıkan yönetmelik ile hemşirelik üniversite eğitimi ile kazanılan bir meslek haline geldi. Sağlık Meslek Liseleri 2012 yılına kadar öğrenci almaya devam edecek, sonra kapanıyor. Hemşireliğin lisans eğitimi ile verilmesi mesleğin statüsü, etkinliği vb açısından pek çok olumlu sonuç yaratabilir elbette. Ancak tarihe bakıldığında eğitim süreleri kademeli olarak sürekli artırılan bu mesleğin eğitim süresi arttıkça değer kazandığını, çalışanların değerli kılındığını söylemek de zor. Nitekim üniversite mezunu hemşireler de, iş güvencesi olmayan çalışma yaşamının getirdiği problemlerle karşı karşıya. Yeni bir emek sömürüsü.

Ayrıca farklı eğitim düzeylerinden gelen ve bir arada, aynı işi yapan hemşireler arasında, bu eğitim meselesi, önemli bir çatışma alanı gibi görünüyor. “Kadın kadının kurdudur”, söylemini derinleştiren kültürel bir iklimde, ortaokullu hemşirelere karşı liseli, liselilere karşı üniversiteli hemşireler karşılaştırmalarının yaratacağı rekabet ortamı, aslında çok gerekli olan dayanışma pratiklerini zorlaştırıyor.

Yeni yasal düzenlemelerin getirdiği diğer bir önemli durum da hemşireliğin artık kadın mesleği olmaktan çıkması, erkeklerin de hemşire olmaları. Bu süreci pek çok açıdan yakından takip etmek gerekiyor. Erkeklerin katılımıyla toplumsal cinsiyete dayalı iş bölümünün sağlık sektöründe yeniden üretildiği deneyimler de yaşanıyor, ezber bozan deneyimler de. Yakından ve analitik bir bakışla bu sürecin takip edilmesi ve “doğru” müdahalelerde bulunulması gerekebilir.

Peki bütün bunları konuştuktan sonra, **“Görünür Olmak İçin NE YAPMALI?”** dedik ve işte söylediklerimiz;

Başta hemşirelerin deneyimlerini yazmaları, sözü çoğaltmaları gerekiyor.

Alana ilişkin işaret ettiğimiz konularla ilgili araştırmalar yapmak gerekiyor.

Bakım emeğinin değerini her platformda sürekli olarak dillendirmek gerekiyor.

Tıp, sağlık alanındaki iktidarın sorgulanması zor olsa da hiyerarşileri sürekli olarak sorgulamak gerekiyor.

ve şüphesiz örgütlenmek, hem meslek örgütlerinde hem karma örgütlerde yer almak, mesleğin sorunlarını siyasi platforma taşıyarak temsil talep etmek gerekiyor.

## II. KADIN HEKİMLİK VE KADIN SAĞLIĞI KONGRESİ

### 20-23 MAYIS 2010 ANKARA

#### ATÖLYE ÇALIŞMASI

#### KADIN CERRAHLAR

“KADIN CERRAHLAR” konulu atölye çalışmasına Türk Cerrahi Derneği’ni temsilen Doç.Dr. Feza Karakayalı ve Yrd. Doç.Dr. Kuzey Aydınuraz katıldı.

Dr. Aydınuraz’ın yaptığı Türkiye’de kadın cerrahların tarihi ve dünyada kadın cerrahların durumunu anlatan sunumu takiben konu interaktif olarak irdelendi .

Doç.Dr. PeykerTemiz : Kadın cerrahlar ile erkek cerrahların arasında bir fark var mıdır?

Cerrahlık neden erkekler için önemlidir?

Cerrahların tanrısal özellikler ve otoriteyi kadınlar ile paylaşmama düşünceleri tutumlarında belirleyici midir?

Sorularını sorarak cerrahi ve özellikle de beyin cerrahisi ile ilgili olarak kendi kişisel düşünceleri ve deneyimlerini aktardı.

Alev Özkazanç: Cerrahların yarı tanrı gibi davranmalarına dikkat çekti.

Müge Yetener: Hiyerarşi ve pek çok erkeğe has özellikler barındıran cerrahi disiplinin militer bir yapılanmayı çağrıştırdığını ifade etti.

Dr. Karakayalı ve Dr. Aydınuraz hiyerarşinin genel cerrahi disiplini için vazgeçilmez olduğunu söylediler.

Didem Gediz Gelegen: Daha önceki dönemlerde cerrah kadınlar ile yaptığı birebir konuşmalarda cinsiyet ayrımcılığının pek çok farklı örneğini gördüğünü belirtti. Erkek ve kadın cerrahların arasında Salieri fenomeninin var olduğu ve bu durumda ilişkileri şekillendirdiğini belirtti.

Topluluk kadın cerrahların farklı bir organizasyona gitmeyi düşünüp düşünmediğini tartıştı.

Dr. Karakayalı ve Dr. Aydınuraz bu konuda bir istek, gerek ve çalışmanın olmadığını ifade etti.

Sonuç olarak

Ülkemizdeki kadın cerrahlar ile dünya genelindeki kadın cerrahların karşılaştıkları zorluklar benzerdir, ülkemize has bir farklılık sözkonusu değildir.

Genel cerrahi zor bir cerrahi disiplin olup, bu disiplini seçen erkek sayısında da bir azalma sözkonusudur.

Kadın doktorlar için cerrahi branşlara ilgiyi azaltan en önemli neden rol model eksikliğidir. Bu nedenle akademik yapılanma içerisinde kadın cerrahların varlığının artarak sürmesi ülkemizdeki kadın genel cerrah sayısının artması için en önemli koşuldur.